

С.О. Риков, Ю.В. Баринів

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

## Роль первинного контакту з пацієнтом у виявленні порушень зорових функцій серед дітей перших років життя (огляд літератури)

У статті наведено результати наукового аналізу описаних у сучасній літературі досліджень щодо запровадження заходів з метою посилення профілактики сліпоти і слабкобачення серед дітей перших років життя в Україні, розроблених для запобігання зростанню показників дитячої інвалідності за зором та абсолютної кількості випадків виникнення сліпоти і слабкобачення в ранньому дитячому віці. Розглянуто питання щодо ролі медичного персоналу первинного контакту із пацієнтом (лікарів загальної практики — сімейної медицини, дільничних терапевтів, педіатрів та дитячих офтальмологів амбулаторно-поліклінічного рівня). Проаналізовано особливості залучення родини, в якій виховується дитина з порушенням зорових функцій в ранньому віці, медичного персоналу, фахівців освіти (дошкільної) до організації процесу своєчасного виявлення порушень зорових функцій у дітей раннього віку та їх лікування і реабілітації, спрямованих на сприяння позитивному прогнозу щодо соціалізації та працевлаштування в майбутньому.

**Ключові слова:** організація медичної допомоги, порушення зорових функцій, сліпота, слабкобачення, діти перших років життя.

На сьогодні >500 млн осіб (тобто майже кожна 10-та людина на Землі) відносять до осіб з обмеженими можливостями, серед яких не менше 150 млн дітей. Водночас у світі близько 285 млн осіб із порушенням функцій зору, з них 4,5 млн повністю сліпі, ще 246 млн мають знижений зір. Більшість (близько 90%) з цих людей проживають у країнах, що розвиваються. У 80% випадків порушенням зору можна було б своєчасно запобігти та/чи вилікувати їх (Bodunde O.T., Ajibode H.A., 2006; Kotb A.A. et al., 2006; Ndegwa L.K. et al., 2006; Mema S.C. et al., 2012).

Порушення зорових функцій у дитячому віці — складна медико-соціальна проблема, вирішення якої потребує міжсекторального комплексного підходу із залученням медичного, освітнього персоналу, суспільства та держави в цілому. Саме такий підхід відображений у стратегічних цілях програми VISION 2020 (Тимченко О.І. та співавт., 2008; Burden T., 2008; Ackland P., 2012).

Нами проаналізовано дані вітчизняних та іноземних сучасних літературних джерел щодо ролі медичного персоналу і його первинного контакту з пацієнтом (лікарів загальної практики — сімейної медицини, дільничних терапевтів, педіатрів та дитячих офтальмологів амбулаторно-поліклінічного рівня) у запровадженні заходів щодо посилення профілактики сліпоти і слабкобачення серед дітей перших років життя у різних країнах світу та в Україні зокрема, розроблених із метою запобігання зростанню показників дитячої інвалідності за зором та абсолютної кількості випадків розвитку сліпоти і слабкобачення у ранньому дитячому віці.

За допомогою бібліосемантичного, аналітико-синтетичного методів та контент-

аналізу також вивчали описані в наукових публікаціях сучасні підходи до посилення акценту на профілактику при організації надання медичної допомоги зростаючій кількості дітей раннього віку (перших років життя), в тому числі з порушеннями зорових функцій, приділяючи особливу увагу ролі первинного контакту з пацієнтом у впровадженні профілактичних заходів, зокрема офтальмологічного скринінгу, серед дітей перших років життя.

При своєчасному виявленні зорових порушень, зокрема порушень бінокулярного зору, в умовах раннього спеціального навчання формовий, просторовий і стереоскопічний зір може розвиватися та вдосконалюватися, що в майбутньому забезпечує формування складних просторових уявлень, а отже, дає позитивний прогноз щодо життєдіяльності, навчання та подальшого працевлаштування. Внаслідок обмеженості сенсорної сфери, результатом чого є недостатність інформації про оточуючий світ, сліпі та слабкозорі діти з перших днів життя потребують спеціальних заходів, спрямованих на формування в них механізмів компенсації дефектів зору та їх соціально-психологічну адаптацію до умов сучасного життя. Вітчизняні та зарубіжні науковці підкреслюють важливість своєчасно розпочатої корекції розвитку, від чого залежить успіх інтеграції у перспективі таких громадян у суспільство, їх психічне та соціальне благополуччя, успіхи в особистому і громадському житті, професійна діяльність (Giorgiacomo J., Morey S.S., 2005; Окунев М.А. і соавт., 2008; Dahmann-Noor A.H. et al., 2009).

Основними принципами вітчизняної лікувально-профілактичної допомоги дітям перших років життя залишаються затверджені на державному рівні:

- безперервність медичного нагляду здорової дитини з перших днів життя;
- участь команди лікарів різного профілю у наданні амбулаторно-поліклінічної лікувально-профілактичної медичної допомоги дітям перших років життя;
- етапність і наступність надання лікувально-діагностичної допомоги (поліклініка, стаціонар, де надається вторинна, третинна високоспеціалізована офтальмологічна медична допомога, реабілітаційний санаторій).

На сьогодні в амбулаторно-поліклінічних умовах дитячої поліклініки обслуговуються діти і підлітки віком до 18 років, де їм надається доступна і якісна первинна медична допомога, кваліфікована спеціалізована допомога, в тому числі із залученням дитячого офтальмолога. Завданнями роботи дитячих поліклінік залишаються:

- організація та проведення профілактичних оглядів, в тому числі на дому, з активним динамічним спостереженням за здоров'ям дітей дільниці, регулярність проведення щеплень, санітарно-просвітницька робота, пропаганда здорового способу життя;
- надання кваліфікованої спеціалізованої лікувальної допомоги в умовах поліклініки і на дому;
- експертиза тимчасової та стійкої втраченої працездатності;
- своєчасна діагностика та лікування, своєчасна госпіталізація (за показаннями) із попереднім обстеженням дітей різного віку.

Виконання вищезазначених функцій стає можливим при налагодженій взаємодії дитячої поліклініки з іншими лікувально-профілактичними закладами, жіночими консультаціями, пологовими будинками,

дитячими лікарнями, диспансерами (Кужда І.М. та співавт., 2006).

У своїй роботі працівники амбулаторно-поліклінічного рівня надання медичної допомоги дітям перших років життя керуються діючою нормативно-правовою базою (наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», наказ МОЗ України від 29.11.2002 р. № 434 «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні», наказ МОЗ України від 03.04.2008 р. № 177 «Про деякі заходи щодо вдосконалення надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям»), а також затвердженими МОЗ України медико-технологічними документами та розробленими локальними протоколами. Дільничний лікар первинного контакту з пацієнтом (лікар загальної практики — сімейної медицини, педіатр) надає первинну медичну допомогу переважно за територіальним принципом на основі вільного вибору лікаря батьками дитини. Саме лікар первинного контакту проводить первинний патронаж новонародженого у встановлені терміни, організовує та бере безпосередню участь у проведенні профілактичних оглядів дітей перших років життя, забезпечує роботу стаціонару на дому, своєчасне направлення дітей на консультацію до лікарів-спеціалістів, при відповідних показаннях — на госпіталізацію, забезпечує виконання індивідуальних програм реабілітації дітей-інвалідів, здійснює диспансерний нагляд за дітьми зі спадковими та вродженими захворюваннями, виявленими в результаті неонатального скринінгу, а також патронаж сімей, які виховують дітей зазначеної категорії. Для виконання таких функцій та обов'язків лікар першого контакту з дитиною має володіти сучасними знаннями, навичками та вміннями догляду і ведення дітей перших років життя, зокрема з порушенням зорових функцій (Сумерина Е.К. і соавт., 2007; Carlton J. et al., 2008; Groenewoud J.H. et al., 2010; Hered R.W., 2011).

Регулярний огляд у дитячого офтальмолога не менш важливий, ніж профілактичні щеплення і візити до педіатра. Проблеми із зором розвиваються у кожній четвертій дитині, при цьому більшість захворювань тривалий час лишаються непомітними для батьків, а за відсутності вчасно наданої медичної допомоги можуть призвести до розвитку косоокості, гіперметропії, міопії з астигматизмом, амбліопії тощо. Перший огляд новонародженого офтальмологом проводять у пологовому будинку. Його метою є виявлення вродженої патології ока та його придаткового апарату (катаракта, ретинобластома тощо). Особливу увагу приділяють огляду недоношених, особливо тих, які народилися з масою тіла <2 кг, з терміном гестації <34 тиж; їх оглядають у зв'язку із загрозою розвитку ретинопатії недоношених, атрофії зорового нерва, а особливо — якщо дитині тривалий час (близько 1 міс) проводили кисневу терапію чи штучну вентиляцію легень. Чим раніше ця патологія буде ви-

явлена, тим кращий прогноз для зору дитини. За наявності показань (діти із вродженими вадами, перенесеними родовими травмами, асфіксією, недоношені, а також діти зі слюзотечею та слизово-гнійними виділеннями з очей) наступне обстеження офтальмолога дитина проходить у віці 1 міс. Планова консультація дитячого офтальмолога може призначатися медичним персоналом первинного контакту з пацієнтом за наявності показань у віці 3; 6 місі обов'язково — в 1 рік. Перевірки зору мають повторюватися у віці 2 років, перед оформленням дитини до дитячого садочку, у 6 років, перед оформленням до школи і щороку під час навчання в ній. При виявленні патології рефракції необхідно регулярне (кожні 6 міс) диспансерне спостереження, метою якого є контроль лікування і своєчасне виявлення ускладнень, оскільки саме в дитячому віці відбувається прискорений ріст очного яблука (Катаргіна Л.А., Хватова А.В., 2006; Катаргіна Л.А., Коголева Л.В., 2008; Нероев В.В., Катаргіна Л.А., 2008).

Результати огляду заносять до документа дитячої поліклініки «Історія розвитку дитини» та до «Медичної карти дитини», які мають юридичну силу, виписки з них надають до освітніх дошкільних та шкільних закладів, санаторіїв, профілакторіїв, шкіл-інтернатів. При порушенні зорових функцій до роботи з родиною залучають психологів, дитячих офтальмологів, вихователів та педагогів спеціалізованих навчальних закладів для правильного налагодження процесів соціальної адаптації та реабілітації компенсаторних можливостей дитини зі слабким зором. На сьогодні, згідно з чинною нормативно-правовою базою, лікар первинного контакту (педіатр, сімейний лікар) має стати для родини головною особою, до якої надходить інформація про умови та спосіб життя дитини, результати огляду спеціалістів, педагогів, всі надані ними рекомендації та встановлені діагнози, особливості розвитку і формування дитячого організму — для своєчасного виявлення і лікування факторів ризику захворювань, або детермінанти, які провокують загострення та/чи прогресування наявного захворювання (Хватова А.В., 2006; Сумерина Е.К. і соавт., 2007; Тимченко О.І. та співавт., 2008; Нисан Б.А., 2012).

Таким чином, амбулаторно-поліклінічна допомога дітям перших років життя надається в умовах дитячої поліклініки та на дому (патронаж, виклик лікаря), організовується та контролюється дільничним педіатром, сімейним лікарем із залученням до нагляду за дитиною дитячого офтальмолога, в рамках проведення консультативного прийому спеціаліста-офтальмолога згідно з визначеними термінами залежно від віку дитини. До компетенції медичного персоналу первинного контакту з пацієнтом входить організація за потреби стаціонарів на дому, денних стаціонарів і направлення на проведення відновного та реабілітаційного лікування, а також до офтальмологічного стаціонару, санаторію, реабілітаційних центрів та спеціалізованих освітніх закладів.

## Список використаної літератури

- Катаргіна Л.А., Коголева Л.В.** (2008) Рекомендації по организации раннего выявления и профилактического лечения активной ретинопатии недоношенных. Рос. офтальмол. журн., 3(1): 43–47.
- Катаргіна Л.А., Хватова А.В.** (2006) Актуальные проблемы ретинопатии недоношенных на современном этапе. В сб.: Материалы Науч.-практ. конф. «Детская офтальмология: итоги и перспективы». Москва, 113–117.
- Кужда І.М., Гаврилишин Н.І., Котурбаш Р.Й., Загородня С.Б.** (2006) Досвід роботи обласного кабінету охорони зору дітей обласної дитячої клінічної лікарні. Офтальмол. журн., 3: 245–247.
- Нероев В.В., Катаргіна Л.А.** (2008) Ретинопатия недоношенных. В кн.: «Офтальмология. Национальное руководство». С.Э. Аветисов, Е.А. Егоров, Л.К. Мошетова и др. (ред.). Гэотар-Медиа, Москва, 580–591.
- Нисан Б.А.** (2012) Международные аспекты организации профилактики нарушений зрения как социально значимой патологии. Глаз. журн. для офтальмологов и отометристов, 5: 20–21.
- Ожнев М.А., Дискаленко О.В., Горюня А.Е.** (2008) Проблемы оказания офтальмологической помощи детям на современном этапе. В кн.: Проблемы городского здравоохранения. Вып. 13. Вишняков Н.И. (ред.). Санкт-Петербург, 275–276.
- Сумерина Е.К., Глазунова О.В., Хромова В.А. и др.** (2007) Системный подход к охране зрения у детей, необходимость раннего вмешательства. Поликлиника, 1: 88–90.
- Тимченко О.І., Риков С.О., Вітовська О.П., Степанюк Г.І.** (2008) Стратегія зміцнення здоров'я в офтальмології. Мед. перспективи, 4(13): 87–93.
- Хватова А.В.** (2006) Состояние и современные аспекты детской офтальмологии. Материалы Науч.-практ. конф. «Детская офтальмология: итоги и перспективы». Москва, с. 1123.
- Ackland P.** (2012) The accomplishments of the global initiative VISION 2020: The Right to Sight and the focus for the next 8 years of the campaign. Indian J. Ophthalmol., 60(5): 380–386.
- Bodunde O.T., Ajibode H.A.** (2006) Congenital eye diseases at Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital, Sagamu, Nigeria. Niger. J. Med., 15(3): 291–294.
- Burden T.** (2008) VISION 2020. Can. J. Diet. Pract. Res., 69(2): 54.
- Carlton J., Karnon J., Czoski-Murray C. et al.** (2008) The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children up to the age of 4–5 years: a systematic review and economic evaluation. Health Technol. Assess., 12(25): III, XI–194.
- Dahmann-Noor A.H., Vrotsou K., Kostakis V. et al.** (2009) Vision screening in children by Plisoptix Vision Screener compared with gold-standard orthoptic assessment. Br. J. Ophthalmol., 93(3): 342–345.
- Giangiuliano J., Morey S.S.** (2005) Improving preschool vision screening programs. Mo. Med., 102(1): 55–58.
- Groenewoud J.H., Tjiam A.M., Lantau V.K. et al.** (2010) Rotterdam AMBlyopia screening effectiveness study: detection and causes of amblyopia in a large birth cohort. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 51(7): 3476–3484.
- Hered R.W.** (2011) Effective vision screening of young children in the pediatric office. Pediatr. Ann., 40(2): 76–82.
- Kotb A.A., Hammouda E.F., Tabbara K.F.** (2006) Childhood blindness at a school for the blind in Riyadh, Saudi Arabia. Ophthalmic. Epidemiol., 13(1): 1–5.
- Merna S.C., McIntyre L., Musto R.** (2012) Childhood vision screening in Canada: public health evidence and practice. Can. J. Public Health, 103(1): 40–45.
- Ndegwa L.K., Karimurio J., Okelo R.O., Adala H.S.** (2006) Prevalence of visual impairment and blindness in a Nairobi urban population. East Afr. Med. J., 83(4): 69–72.

## Роль первичного контакта с пациентом в выявлении нарушений зрительных функций среди детей первых лет жизни (обзор литературы)

С.А. Рыков, Ю.В. Баринюк

**Резюме.** В статье приведены результаты научного анализа описанных в современной литературе исследований касательно внедрения мероприятий по усилению профилактики слепоты и слабовидения среди детей первых лет жизни в Украине, разработанных для предупреждения роста показателей детской инвалидности по зрению и абсолютного количества случаев возникновения слепоты и слабовидения в раннем детском возрасте. Рассмотрены вопросы роли медицинского персонала первичного контакта с пациентом (врачей общей практики — семейной медицины, участковых терапевтов, педиатров и детских офтальмологов амбулаторно-поликлинического уровня). Проанализированы особенности привлечения семьи, в которой воспитывается ребенок с нарушением зрительных функций в раннем возрасте,

медицинского персонала, специалистов образования (дошкольного) для организации процесса своевременного выявления нарушений зрительных функций у детей раннего возраста, их лечения и реабилитации, направленных на содействие позитивному прогнозу по социализации и трудоустройству в будущем.

**Ключевые слова:** организация медицинской помощи, нарушение зрительных функций, слепота, слабовидение, лечебно-профилактическая помощь детям первых лет жизни.

## The role of primary contact with the patient in identification of visual malfunctions among children during the first years of life (literature review)

S.O. Rykov, Yu.V. Barinok

**Summary.** The article presents the results of a scientific analysis of the modern studies regarding the implementation of measures to strengthen the prevention of blindness and visual impairment among children during

the first years of their life in Ukraine, designed to prevent the growth of child disability rate and absolute number of cases of blindness and visual impairment in early childhood. The questions of the role of medical personnel of primary patient contact (general practitioner, family doctors, pediatricians and pediatric ophthalmologists in outpatient hospital) are discussed. We also analysed the features to engage families who have a child with visual impairment in early age, medical staff, education professionals (pre-school) into organization of the process of early detection of visual disorders, its' treatment and rehabilitation, aimed at promoting a positive outlook for socialization and employment in future.

**Key words:** organization of health care, visual impairments, blindness, medical and preventive care for children of the first years of life.

### Адреса для листування:

Рыков Сергей Александрович  
04112, вул. Дорогожицька, 9  
Національна медична академія  
послядипломної освіти імені П.Л. Шупника,  
кафедра офтальмології

Одержано 20.09.2016

## Реферативна інформація

### Наследственная склонность к болезням сердца — не приговор



Приведению здорового образа жизни даже люди с высоким генетическим риском развития коронарных событий могут значительно снизить вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС). Это подтверждают результаты нового исследования, опубликованные недавно в «The New England Journal of Medicine».

О том, что образ жизни и наследственная предрасположенность являются основными факторами, предопределяющими индивидуальный риск развития ИБС, известно давно, однако ранее не было возможности выяснить, насколько значительным может быть влияние образа жизни на врожденную склонность к развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

По словам одного из авторов исследования, Секара Катирезана (Sekar Kathiresan) из Центральной больницы штата Массачусетс (Massachusetts General Hospital) в Бостоне, США, здоровый образ жизни способен модулировать сердечно-сосудистый риск в значительной степени, снижая 10-летний риск развития инфаркта миокарда примерно на 50%.

Для изучения этого вопроса авторы исследования рассчитали генетический риск развития ИБС путем анализа нуклеотидного полиморфизма ДНК для почти 60 000 участников из 3 проспективных когорт: 7814 человек из Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC), 21 222 — из Women's Genome Health Study (WGHS), 22 389 — из Malmö Diet and Cancer Study (MDCS), а также из кросс-секционного исследования Biomage Study (n=4260). Все участники были распределены на три категории: высокий, средний и низкий генетический риск развития ИБС.

Для всех участников также определяли их приверженность здоровому образу жизни, учитывая четыре основных фактора: отсутствие склонности к курению табака (на момент проведения опроса), отсутствие ожирения, регулярная физическая активность и здоровое питание. Тех, кто демонстрировал благоприятные

результаты по >3 из вышеуказанных факторов, расценивали как ведущих здоровый образ жизни; по 2 — промежуточный; <1 — нездоровый образ жизни.

Установлено, что в целом относительный риск (ОР) развития коронарных событий на 91% выше у лиц, которые были отнесены в группу высокого генетического риска, по сравнению с представителями группы низкого генетического риска развития ИБС (ОР 1,91; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,75–2,09).

В то же время каждый фактор здорового образа жизни оказывает модулирующее влияние на этот риск. Отказ от курения снижает риск развития коронарных событий на 44% (ОР 0,56; 95% ДИ 0,47–0,66), отсутствие ожирения — на 34% (ОР 0,66; 95% ДИ 0,59–0,76), регулярная физическая активность — на 12% (ОР 0,88; 95% ДИ 0,80–0,97), а здоровое питание — на 9% (ОР 0,91; 95% ДИ 0,83–0,99).

Вышеуказанные факторы являются сильными предикторами коронарных событий в каждой категории генетического риска: для низкого риска здоровый образ жизни снижает риск развития коронарных событий на 45% (по сравнению с нездоровым образом жизни), для среднего — на 47%, для высокого — на 46%.

Таким образом, если 10-летний риск развития коронарных событий для лиц с высоким генетическим риском достигает 10%, то приверженность здоровому образу жизни способна снизить этот показатель примерно до 5%. Приблизительно до такого же уровня возрастет риск для тех пациентов, которые унаследовали благоприятный генотип, однако ведут нездоровый образ жизни.

По словам авторов исследования, это внушает оптимизм, в особенности тем пациентам, которые имеют неблагоприятный семейный анамнез в плане ИБС, инфаркта миокарда, и позволяет им модулировать риск развития коронарных событий путем коррекции собственного образа жизни.

Hand L. (2016) Healthy lifestyle can partly counter genetic coronary risk. Medscape, Dec. 13 ([www.medscape.com/viewarticle/873253](http://www.medscape.com/viewarticle/873253)).

Khera A.V., Emdin C.A., Drake I. et al. (2016) Genetic risk, adherence to a healthy lifestyle, and coronary disease. N. Engl. J. Med., 375(24): 2349–2358.

Лана Жалуюва