

УДК 617.731-007.23-082:001.8

В.А. Васюта

АНАЛІЗ НЕДОЛІКІВ У НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ

ДУ «Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити недоліки в наданні медичної допомоги хворим з атрофіями зорового нерва.

Матеріали та методи. Проаналізовано медичні дані 1667 хворих із низхідною та 330 хворих із висхідною атрофією зорового нерва.

Результати. Виявлено суттєві недоліки в діагностичному процесі та своєчасності встановлення діагнозу.

Висновки. Проблема надання допомоги хворим з атрофіями зорового нерва потребує комплексного, міждисциплінарного підходу та оптимізації ранньої діагностики з метою якомога повного збереження зорових функцій хворих.

Ключові слова: зоровий нерв, атрофія, допомога, недоліки.

Вступ

У наш час у світі налічується понад 45 млн сліпих людей і понад 135 млн осіб із серйозними порушеннями зору. За прогнозами, до 2020 р. їх число може подвоїтися, тобто, незважаючи на значні успіхи в розвитку офтальмології, частота і тяжкість патології органа зору в цілому не має тенденції до поліпшення [5]. Рангові місця основних груп захворювань, що призводять до інвалідності внаслідок патології органа зору, залишаються незмінними протягом останніх років: глаукома, міопія, дегенерації сітківки, захворювання кришталика, атрофії зорового нерва (АЗН) [1]. Особливе місце серед захворювань ока посідає АЗН. Це обумовлено тяжкістю захворювання, яке в багатьох випадках значно знижує зорові функції та спричиняє сліпоту. Аналіз десятирічної динаміки захворюваності на АЗН демонструє зростання поширеності цієї нозології серед дорослого населення з 84,6 на 100 тис. населення у 2001 р. до 107,4 випадку на 100 тис. населення у 2011 р. [4]. Високий рівень інвалідизації хворих обумовлює визначення даного захворювання як соціально важливого [3, 4]. Ураження зорового нерва у 8–21% випадків закінчуються повною сліпотою [7]. Факторами, які спричиняють зростання числа інвалідів – сліпих від АЗН, є недоліки в організації офтальмологічної допомоги населенню, особливо в сільській місцевості, малодоступність і низька якість амбулаторно-поліклінічної служби [1, 6]. Причинами пізньої діагностики частіше стають дефекти в діагностиці

хворих, відсутність чітких алгоритмів надання медичної допомоги та комплексного міждисциплінарного підходу із залученням лікарів суміжних спеціальностей (неврологів, терапевтів, нейрохірургів та інших) до лікувального процесу.

Мета роботи – вивчити недоліки в наданні медичної допомоги хворим з АЗН.

Матеріали та методи

Проведено дослідження хворих, які зверталися на консультації до нейроофтальмологів ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України». Проаналізовано медичні дані 1667 хворих із низхідною та 330 із висхідною АЗН. Проведено опитування хворих, зібрано анамнез захворювання, проаналізовано медичні консультативні висновки, виписки з історій хвороб, дані додаткових методів діагностики.

Результати дослідження та їх обговорення

Хворі з підозрою на АЗН, як правило, консультуються в декількох офтальмологів, оскільки встановити такий діагноз у деяких випадках досить важко. Ми звернули увагу на той факт, що часто високовартісні офтальмологічні методи дослідження дублюються в різних офтальмологічних закладах. ОСТ – оптична когерентна томографія, НРТ – Хейдельберзька ретинальна томографія, лазерна поляриметрія, комп'ютерна периметрія виконується по кілька разів із коротким проміжком часу (табл. 1).

Таблиця 1

Частота дублювання у використанні високовартісних методів діагностики у хворих з атрофіями зорового нерва різного генезу

| Метод діагностики | Група за типом АЗН | Частота дублювання N (%) | P (χ^2) |
|------------------------|--------------------|--------------------------|----------------|
| ОСТ | Низхідна | 68/285 (23,9) | 0,017* |
| | Висхідна | 9/71 (12,7) | |
| HRT | Низхідна | 59/220 (26,8) | 0,020* |
| | Висхідна | 8/57 (14,0) | |
| Лазерна поляриметрія | Низхідна | 15/97 (15,7) | 0,588 |
| | Висхідна | 3/26 (11,5) | |
| Комп'ютерна периметрія | Низхідна | 160/234 (68,4) | 0,464 |
| | Висхідна | 692/1050 (65,9) | |

Примітка: p – оцінка суттєвості різниці за критерієм Хі-квадрат (* – різниця статистично значуща, p<0,05).

Дублювання комп'ютерної периметрії цілком допускається, оскільки характер полів зору може змінюватися при прогресуванні патологічного процесу. Дане обстеження бажано повторювати 1 раз на 3 міс., порівнюючи результати. Повторне проведення ОСТ, HRT, лазерної поляриметрії через короткий проміжок часу (частіше ніж 1 раз на 3 міс.) не є обґрунтованим.

Атрофії зорового нерва можуть бути наслідком багатьох патологій як органа зору, так і нервової,

серцево-судинної системи, патології ЛОР-органів, токсичних уражень тощо. Тому важливо дотримуватися комплексного, міждисциплінарного підходу до вирішення даної проблеми. Нами досліджувалася частота направлення офтальмологами до лікарів інших спеціальностей при підозрі на АЗН із метою консультації та уточнення діагнозу серед мешканців міста і села (табл. 2).

Таблиця 2

Частота направлення офтальмологами до лікарів інших спеціальностей при підозрі на атрофію зорового нерва з метою консультації та уточнення діагнозу, n (%)

| Лікар | Досліджувані групи АЗН | | | | p1 | p2 |
|--------------------------------------|------------------------|---------------|-------------------|---------------|--------|--------|
| | висхідні (n=330) | | низхідні (n=1667) | | | |
| | місто n=148 | село n=182 | місто n=870 | село n=797 | | |
| Невропатолог | 15 (10,1) | 22 (12,1) | 471 (54,1) | 377 (47,3) | 0,001* | 0,001* |
| Нейрохірург | 8 (5,4) | 6 (3,3) | 36 (4,1) | 36 (4,5) | 0,522 | 0,421 |
| Ревматолог | 17 (11,5) | 12 (6,6) | 18 (2,1) | 9 (1,1) | 0,001* | 0,004* |
| Терапевт | 85 (57,4) | 88 (48,4) | 335 (38,5) | 272 (34,1) | 0,001* | 0,001* |
| Кардіолог | 51 (34,5) | 73 (40,1) | 141 (16,2) | 123 (15,4) | 0,001* | 0,001* |
| Онколог | 4 (2,7) | 6 (3,3) | 13 (1,5) | 18 (2,3) | 0,387 | 0,466 |
| ЛОР | 24 (16,2) | 33 (18,1) | 47 (5,4) | 48 (6,0) | 0,001* | 0,001* |
| Стоматолог | 32 (21,6) | 44 (24,2) | 65 (7,5) | 75 (9,4) | 0,001* | 0,001* |
| Інші фахівці | 12 (8,1) | 12 (6,6) | 36 (4,1) | 48 (6,0) | 0,090 | 0,778 |
| Направлення до 2-х і більше фахівців | 95 (64,2) | 110 (60,4) | 271 (31,1) | 193 (24,2) | 0,001* | 0,001* |

Примітки: p1 – оцінка суттєвості різниці за частотою консультацій міських жителів із різними типами АЗН; p2 – оцінка суттєвості різниці за частотою консультацій сільських жителів із різними типами АЗН (* – різниця статистично значуща, p<0,05).

Дефекти в організації консультативної допомоги хворим із низхідними АЗН спостерігаються за такими спеціальностями: мешканці міст і сіл направляються на консультації

до невропатолога в 54,1% і 47,3% випадків відповідно. Низхідні АЗН у більшості випадків пов'язані із захворюваннями центральної нервової системи, тому направлення до консультації до

невропатолога мають бути набагато частішими. Хворі рідко направляються на консультації до нейрохірургів – 4,1% мешканців міст і 4,5% мешканців сіл, незважаючи на те, що однією з основних причин низхідної АЗН є саме нейрохірургічна патологія. Хворі з висхідними АЗН рідко направляються на консультації до ЛОР-лікарів (16,2% мешканців міст і 18,1% мешканців сіл), незважаючи на те, що запальні захворювання ЛОР-органів є однією з важливих причин запальних захворювань зорових нервів із розвитком АЗН. Хворі рідко направляються до ревматологів для виключення аутоімунних процесів як провокуючих факторів розвитку АЗН (11,5 мешканця міст і 6,6 мешканця сіл). Враховуючи поліетіологічний характер АЗН, для

точного встановлення етіологічного чинника захворювання доцільно направляти хворих на консультації до кількох фахівців. При висхідній АЗН 64,2% мешканців міст і 60,4% мешканців сіл консультуються у 2 та більше суміжних спеціалістів. При низхідній АЗН 31,1% мешканців міст і 24,2% мешканців сіл консультуються у 2 та більше фахівців, що є значним недоліком та утруднює встановлення діагнозу і правильну тактику лікування, враховуючи етіологічний чинник.

У ході дослідження аналізувалися часові періоди до встановлення діагнозу АЗН від первинного звернення до лікаря-офтальмолога залежно від місця проживання та типу АЗН (табл. 3).

Таблиця 3

Аналіз часу від первинного звертання до лікаря-офтальмолога до встановлення діагнозу атрофії зорового нерва

| Період | Досліджувані групи | | | |
|---------------------|--------------------------------|------------|--------------------------------|------------|
| | висхідні АЗН, n (%) | | низхідні АЗН, n (%) | |
| | місто | село | місто | село |
| До 3 міс. | 88 (59,5) | 52 (28,6) | 77 (8,9) | 26 (3,3) |
| 3–6 міс. | 43 (29,1) | 86 (47,3) | 522 (60,0) | 393 (49,3) |
| 6–12 міс. | 15 (10,1) | 38 (20,9) | 141 (16,2) | 176 (22,1) |
| >1 року | 2 (1,4) | 6 (3,3) | 130 (14,9) | 202 (25,3) |
| Усього | 148 (44,8) | 182 (55,2) | 870 (52,2) | 797 (47,8) |
| P (x ²) | x ² =32,4, p=0,0001 | | x ² =59,8, p=0,0001 | |

Виявлена різниця у термінах встановлення діагнозу АЗН у мешканців міст і сіл, а також при різних видах АЗН (висхідній та низхідній). При висхідній АЗН мешканцям міст діагноз встановлюється до 3 міс. від початку захворювання у 59,8%, для мешканців сіл – лише у 36,2%. Протягом 3–6 міс. діагноз АЗН встановлюється 29,6% мешканцям міст і 52,2% сільських жителів. Протягом 6–12 міс. діагноз АЗН встановлюється 25,9% жителям сіл, що є прогностично несприятливим у плані відновлювального лікування. Ситуація з більш тривалим встановленням діагнозу висхідної АЗН мешканцям сіл пояснюється меншою доступністю до висококваліфікованої медичної допомоги сільських жителів. При низхідній АЗН діагноз протягом 3 перших міс. встановлюється лише 8,8% мешканцям міст і 3,3% мешканцям сіл. Цей показник свідчить про незадовільну ранню діагностику низхідної АЗН, коли шанси на позитивний ефект лікування найбільш високі. Протягом 3–6 міс. діагноз встановлюється 60,1% мешканцям міст і 49,5% мешканцям сіл. До 1 року низхідна АЗН виявляється у 16,2% та 22,0% пацієнтів відповідно. На жаль, зустрічаються випадки, коли діагноз низхідної АЗН встановлюється протягом

3–5 років від початку появи перших симптомів. 25,3% мешканців сіл і 14,9% мешканців міст мають такі терміни виявлення захворювання. Тривалість патологічного процесу не дає змоги адекватно допомогти даній групі хворих. Поліпшення зорових функцій після лікування, як правило, не значне, що зумовлює великий відсоток інвалідів по зору серед таких хворих.

Також нами аналізувалася частота направлень хворих лікарями-офтальмологами на інші методи дослідження (не офтальмологічного профілю) при підозрі на АЗН (табл. 4).

Незважаючи на те, що АЗН може бути наслідком різних захворювань центральної нервової системи, офтальмологічної патології, захворювань серцево-судинної системи, лікарі-офтальмологи рідко направляють хворих на не офтальмологічні методи дослідження, обмежуючись лише офтальмологічним обстеженням. Мешканців сіл рідше направляють на дослідження, ніж мешканці міст, що може обумовлюватися браком діагностичного обладнання в місцях надання медичної допомоги даній групі хворих.

Таблиця 4

**Частота направлень лікарями-офтальмологами
на не офтальмологічні методи дослідження при підозрі на атрофію зорового нерва**

| Метод дослідження | Частота проведення, % (95%ДІ) | | P (x ²) |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| | низхідні АЗН, % (95%ДІ) n=1667 | висхідні АЗН, % (95%ДІ) n=330 | |
| МРТ головного мозку | 40,8 (38,4–43,2) | 33,3 (28,2–38,4) | 0,011* |
| УЗДГ судин голови та шиї | 55,1 (52,7–57,5) | 42,4 (37,1–47,8) | 0,0002* |
| Рентгенографія турецького сідла | 1,3 (0,8–1,9) | 1,2 (0–2,4) | 0,875 |
| КТ головного мозку | 35,0 (32,7–37,3) | 26,7 (21,9–31,4) | 0,003* |

Примітка: * – різниця статистично значуща за частотою призначення спеціальних методів дослідження при різних формах АЗН.

Висновки

Проведені дослідження виявили ряд суттєвих недоліків у наданні медичної допомоги хворим з АЗН. Виявлено високу частоту дублювання високовартісних методів діагностики, низький відсоток направлення хворих на консультації до суміжних спеціалістів. Аналіз часу від первинного звернення до лікаря-офтальмолога до встановлення діагнозу АЗН виявив суттєві недоліки у своєчасному встановленні діагнозу АЗН. Порівнюючи частоту недоліків у мешканців міст і сіл, більший відсоток

дефектів у наданні медичної допомоги виявлено у мешканців сіл, що пов'язано з браком обладнання та нестачею спеціалістів даного профілю.

Перспективи подальших досліджень

Проблема надання допомоги хворим з АЗН потребує комплексного, міждисциплінарного підходу та оптимізації ранньої діагностики з метою якомога повного збереження зорових функцій хворих.

Література

1. *Аналіз стану офтальмологічної допомоги населенню України у 2006–2011 роках* / Н. Пасечнікова, С. О. Риков, О. П. Вітовська [та ін.] // Офтальмологічний журнал. – 2012. – № 6. – С. 72–77.
2. *Анализ первичной инвалидности вследствие офтальмопатологии детского населения Амурской области* / А. С. Выдров, Н. Ю. Кафанова, Е. Н. Комаровских, И. Н. Кушнарера // Вестник офтальмологии. – 2013. – № 6. – С. 76–82.
3. *Разумовский М. И. Необходимый объем обследований больных и инвалидов офтальмологического профиля при о свидетельствовании в учреждениях МСЭ* / М. И. Разумовский, Т. К. Кажушко // Методические рекомендации. – Санкт-Петербург : Изд-во «Эксперт», 2012. – 36 с.
4. *Риков С. О. Захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату, їх поширеність серед населення України* / С. О. Риков, В. А. Васюта // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (20). – С. 7–11.
5. *Сліпота та слабкзорість. Шляхи профілактики в Україні: науково-методичне видання* / за ред. проф. Рикова С. О. – Київ : ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – 268 с. (Серія «Бібліотека Здоров'я України»).
6. *Современные аспекты диагностики и лечения частичной атрофии зрительного нерва* / Л. Ф. Линник, Г. М. Антропов, Е. Э. Иойлева, Н. С. Гаджиева // Офтальмохирургия. – 2008. – № 3. – С. 12–15.
7. *Golnik K. C. Neuroophthalmology around the world* / K. C. Golnik // J. Neuroophthalmol. – 2013. – Dec.; Vol. 33 (4). – P. 319–321.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.03.2015 р.

**Анализ недостатков в оказании медицинской помощи
больным с атрофиями зрительных нервов**

V.A. Vasiuta

ГУ «Институт нейрохирургии имени А.П. Ромоданова
НАМНУ», г. Киев, Украина

Цель – изучить недостатки в оказании медицинской помощи больным с атрофиями зрительного нерва.

Материалы и методы. Проанализированы медицинские данные больных с атрофиями зрительного нерва.

Результаты. Выявлены значительные недостатки в диагностическом процессе и своевременности постановки диагноза.

Выводы. Проблема оказания помощи больным с атрофиями зрительного нерва требует комплексного, междисциплинарного подхода и оптимизации ранней диагностики с целью более полного сохранения зрительных функций больных.

Ключевые слова: атрофия зрительного нерва, помощь, недостатки.

**Analysis of the shortcomings in the care of patients
with optic nerve atrophy**

V.A. Vasiuta

SI «Institute of Neurosurgery n.a. A.P. Romodanov
NAMSU», Kyiv, Ukraine

Purpose – to study of the shortcomings in the care of patients with optic nerve atrophy.

Materials and methods. Patients with optic nerve atrophy.

Results. It was revealed significant deficiencies in the diagnostic process and timeliness of diagnosis.

Conclusions. Problem of care of patients with optic nerve atrophy requires complex approach and optimizations of early diagnostics with the purpose of more complete maintenance of optic functions of patients.

Key words: optic nerve atrophy, help disadvantages.

Відомості про автора

Васюта Віра Анатоліївна – к.мед.н., лікар-нейроофтальмолог ДУ «Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова НАМН України»; вул. Платона Майбороди, 32, м. Київ, 04050, Україна.