

УДК 617.7-007+615.2(477):001.5

О.П. ВИТОВСЬКА (Київ)

ДОСТУПНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ НАДАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ В УКРАЇНІ ТА ОЦІНКА ЇХ ВПЛИВУ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПАТОЛОГІЇ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Встановлено, що зниження доступності та якості надання хворим на глаукому медичної допомоги негативно впливає на клінічний перебіг їх захворювання і сприяє його прогресуванню. Низькі рівні доступності хворих до офтальмологічної допомоги пов'язані із наступними групами причин: суб'єктивними – відсутність мотивів до лікування у хворих, низька довіра до лікаря, запропонованих рекомендацій та режимів лікування; об'єктивними – недостатність фінансових ресурсів у хворого й матеріально-технічних ресурсів в лікувально-профілактичному закладі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: глаукома, медична допомога, доступність, якість, клінічний перебіг захворювання.

Глаукома є провідною причиною стійкої втрати зорових функцій серед населення в Україні. Одним із напрямків подолання цієї негативної ситуації є забезпечення хворих доступною та високоякісною офтальмологічною допомогою, яка спрямована на стабілізацію патологічного процесу та попередження втрати зорових функцій внаслідок атрофії зорового нерву [5].

Від доступності та якості офтальмологічної допомоги залежить раннє виявлення, профілактика, ефективність надання медичної допомоги населенню [2; 4; 6].

В сучасних умовах в Україні існує ряд недоліків в організаційній діяльності офтальмологічної служби, яка працює в умовах реформування галузі охорони здоров'я. Це обумовлено тим, що система, яка існує на даний момент, виявилась неадекватною до сучасних вимог; значного дефіциту економічних та матеріально-технічних ресурсів офтальмологічної служби на фоні гальмування впровадження страхової медицини; значного зниження спроможності пацієнтів оплатити медичні послуги; приділення меншої уваги в діяльності лікарів-офтальмологів профілактичному та реабілітаційному напрямкам [1].

Вищезазначене негативно впливає на стан офтальмологічної допомоги населенню в Україні, результатом чого стало значне зниження частки населення на щорічних профілактичних оглядах, рівня диспансеризації хронічних офтальмологічних хворих, доступності для населення спеціалізованої офтальмологічної допомоги [3].

Однак до теперішнього часу в Україні не проводились наукові дослідження щодо оцінки доступності та якості надання медичної допомоги хворим на первинну глаукому та не прово-

дилась оцінка їхнього впливу на клінічний перебіг патології, що визначило актуальність наукового дослідження.

Мета дослідження – оцінка доступності та якості надання медичної допомоги хворим на первинну глаукому та їхнього впливу на клінічний перебіг патології

Матеріали і методи. Проведено вибіркове дослідження серед 450 хворих на первинну глаукому – відкритокутову (300 осіб) та закритокутову (150 осіб), яким надавалась офтальмологічна допомога на III (висококваліфікованому) рівні медичної допомоги в амбулаторних умовах (глаукомний кабінет) Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока» (КМКОЛ «ЦМХО»), Київської Олександрівської лікарні, та Київської обласної лікарні.

Під час дослідження проводилась оцінка доступності хворим на первинну глаукому основних компонентів високоякісної медичної допомоги, які входять до організаційного стандарту:

1. Заходи діагностики та моніторингу: збір скарг та анамнезу; візометрія; рефрактометрія (автоматична); біомікроскопія (на щілинній лампі); ультразвукова (В/С) біометрія; офтальмоскопія; томографія сітківки та диску зорового нерву (методами НРТ, ОСТ); тонометрія (за Гольдманом чи Маклаковим), тонографія, навантажувально-розвантажувальні проби; периметрія (динамічна); периметрія комп'ютерна (квантитативна); кампіметрія; гоніоскопія (за Гольдманом); кератопахіметрія (ультразвукова); ультразвукова біометрія переднього відрізка ока; визначення наявності факторів ризику; визначення якості життя хворих.

2. Заходи лікування: визначення цільового внутрішньоочного тиску (ВОТ); місцева фарма-

котерапія препаратами I лінії (аналоги простагландинів, β -блокатори); місцева фармакотерапія препаратами II лінії (міотики, інгібітори карбоангідрази місцевої дії, комбіновані препарати); нейропротекторна фармакотерапія; лазерна хірургія; мікрохірургічне лікування.

Також проводилось опитування хворих (450 осіб) та лікарів-офтальмологів (50 осіб) з метою визначення причин зниження доступності та якості медичної допомоги, яка надається хворим. Проводилось дослідження впливу якості та доступності медичної допомоги на клінічний перебіг первинної глаукоми серед 450 хворих. З цією метою досліджені особи були розподілені на три групи за динамікою клінічних показників перебігу глаукоми (табл. 1).

Дослідження впливу факторів якості та доступності медичної допомоги на клінічний перебіг первинної глаукоми серед хворих проводилось із використанням факторного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідженням встановлено, що доступність та якість заходів класичної діагностики та моніторингу перебігу глаукоми серед хворих на первинну глаукому є високими. Однак спостерігається значний дефіцит у використанні сучасних високоточних методів діагностики, як серед хворих на відкритокутову, так і закритокутову глаукому – автоматичної рефрактометрії, ультразвукової (В/С) біомікроскопії. Спостерігається абсолютний дефіцит у використанні таких високоточних, але і високовартісних методів діагностики та моніторингу, як – прижиттєва морфометрія сітківки та зорового нерву (HRT, OCT), кератопахіметрія, комп'ютерна квантитативна периметрія. Така ситуація склалась переважно у Київській Олександрійській клінічній лікарні та Київській обласній лікарні, які мають лише бюджетне фінансування із значними дефіцитом до існуючих потреб. Краща ситуація спостерігається

Таблиця 1. Якісні офтальмологічні критерії розподілу хворих на первинну глаукому за клінічними критеріями динаміки патології протягом одного року

Ознаки	Клінічна динаміка перебігу глаукоми		
	«Погіршення»	«Стабілізація»	«Покращення»
Скарги на погіршення гостроти зору	збільшились	Без динаміки	зменшились
Скарги на біль в оці	Збільшились	Без динаміки	Зменшились
Рівень ВОТ	Не нормалізовано	Нормалізовано	Нормалізовано
Динаміка полів зору	Тенденція до звуження	Без динаміки	Тенденція до розширення
Динаміка скотоми Б'єрума	Тенденція до збільшення	Без динаміки	Тенденція до звуження
Морфологія ДЗН	Посилення ознак атрофії	Без динаміки	Зменшення ознак атрофії

у Київській міській клінічній офтальмологічній лікарні «Центр мікрохірургії ока», яка має бюджетні дотації на придбання спеціального обладнання та спеціальний бюджетний фонд, який формується за рахунок надання медичної допомоги хворим із інших міст України та з-за кордону. Однак, у жодному із досліджених медичних закладів не було обладнання для проведення ультразвукової біомікроскопії ока (табл. 2, 3).

Дослідженням також визначені наявні недоліки у забезпеченні лікувального процесу хворих на первинну глаукому. Так, визначено, що у всіх випадках для забезпечення цього процесу у хворих завжди визначається цільовий внутрішньоочний тиск, що відповідає сучасним стандартам надання медичної допомоги, повністю забезпечується призначення та використання хворими фармакотерапії – міотиками та β -блокаторами, використання мікрохірургічних методів лікування. Однак при цьому спостерігається значний дефіцит у використанні таких сучасних методів лікування первинної глаукоми, як фармакотерапія аналогами простагландинів та антагоністів

карбоангідрази, комбінованими антиглаукомними препаратами, нейропротекторна терапія, лазерне лікування (табл. 2, 3). А це в свою чергу не дозволяє забезпечити відповідну якість медичної допомоги у повному обсязі. Обмеження якості медичної допомоги хворим в досліджених медичних закладах була аналогічною до обмеження діагностики та моніторингу у них.

При вивченні причин обмеження доступності та якості медичної допомоги (діагностичної та лікувальної) встановлено, що на думку хворих на глаукому це пов'язано із відсутністю чи недостатністю мотиву та вільного часу для відвідування лікаря (медичного закладу), низькою довірою до лікаря та його рекомендацій, а також – недостатністю грошей для проведення діагностичних та лікувальних заходів. Більш виражені ці фактори були у забезпеченні лікувального процесу та серед мешканців сільської місцевості, яким медична допомога надавалась у Київській обласній лікарні, що, на нашу думку, пов'язано із більш скрутним положенням мешканців села та існуючими труднощами щодо по-

Таблиця 2. Доступність та якість наданої медичної допомоги хворим на первинну відкритокутову глаукому (%) ($p < 0,05$)

Показники якості	Досліджені хворі, які знаходились під диспансерним наглядом у спеціалізованих глаукоматозних кабінетах		
	КМКОЛ «ЦМХО»	Київської центральної міської клінічної лікарні	Київської обласної лікарні
Кількість хворих (осіб)	100	100	100
Заходи діагностики та моніторингу			
Збір скарг та анамнезу	100,0	100,0	100,0
Візометрія	100,0	100,0	100,0
Рефрактометрія автоматична	100,0	5,0±1,8	9,0±2,3
Біомікроскопія	100,0	100,0	100,0
Ультразвукова (В/С) біометрія	100,0	5,0±1,8	12,0±2,6
Офтальмоскопія	100,0	100,0	100,0
HRT, OCT	23,0±3,5	0,0	0,0
Тонометрія	100,0	100,0	100,0
Тонографія	100,0	100,0	100,0
Навантажувально-розвантажувальні проби	100,0	100,0	100,0
Периметрія динамічна	100,0	100,0	100,0
Кампіметрія	–	31,0±3,8	66,0±3,9
Комп'ютерна периметрія	100,0	0,0	0,0
Гоніоскопія	100,0	100,0	100,0
Кератопахіметрія	100,0	0,0	0,0
Ультразвукова біомікроскопія	0,0	0,0	0,0
Визначення факторів ризику	100,0	100,0	100,0
Визначення якості життя	100,0	100,0	100,0
Заходи лікування			
Визначення цільового VOT	100,0	100,0	100,0
Місцева фармакотерапія I лінії:			
- аналоги простагландинів	10,0±2,5	7,0±2,1	1,0±0,8*
- β-блокатори	100,0	100,0	100,0
Місцева фармакотерапія II лінії:			
- міотики	100,0	100,0	100,0
- інгібітори карбоангідрази місцевої дії	75,0±3,5	37,0±3,9	42,0±4,0
- комбіновані препарати	73,0±3,6	41,0±4,0	12,0±2,6
Нейропротекторна фармакотерапія	99,0±0,8	74,0±3,6	32,0±3,8
Лазерна хірургія	100,0	41,0±4,0	8,0±2,2
Мікрохірургічне лікування	100,0	100,0	100,0

Примітка: * – $p > 0,05$

долання відстані від місця їх мешкання до медичного закладу (табл. 4).

Отримана у досліджені інформація щодо причин низької доступності та якості наданої хворим на глаукому медичної допомоги на думку лікарів-офтальмологів, вказала на:

- з боку організації медичної допомоги: відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів; обмеження необхідного часу для обслуговування хворих.

- з боку хворих: відсутність / недостатність мотиву для лікування; дефіцит фінансових ре-

сурсів; недотримання рекомендацій та режиму лікування.

Також ці причини були більш виражені серед мешканців сільської місцевості, яким медична допомога надавалась у Київській обласній лікарні (табл. 5).

Так, проведеним непараметричним кореляційним аналізом Спірмена встановлено, що існує статистичний взаємозв'язок високого ступеня між думкою лікарів-офтальмологів та пацієнтів щодо причин обмеження доступності та якості медичної допомоги хворим на первинну глау-

Таблиця 3. Доступність та якість наданої медичної допомоги хворим на первинну закритокутову глаукому (%)

Показники якості	Досліджені хворі, які знаходились під диспансерним наглядом у спеціалізованих глаукоматозних кабінетах		
	КМКОЛ «ЦМХО»	Київської центральної міської клінічної лікарні	Київської обласної лікарні
Кількість хворих (осіб)	50	50	50
Заходи діагностики та моніторингу			
Збір скарг та анамнезу	100,0	100,0	100,0
Візометрія	100,0	100,0	100,0
Рефрактометрія автоматична	100,0	7,0±3,6	12,0±4,6
Біомікроскопія	100,0	100,0	100,0
Ультразвукова В/С біометрія	100,0	10,0	8,0±3,8
Офтальмоскопія	100,0	100,0	100,0
HRT, OCT	25,0±6,1	0,0	0,0
Тонометрія	100,0	100,0	100,0
Тонографія	100,0	100,0	100,0
Навантажувально-розвантажувальні проби	100,0	100,0	100,0
Периметрія динамічна	100,0	100,0	100,0
Кампіметрія	–	48,0±7,1	77,0±5,9
Комп'ютерна периметрія	100,0	0,0	0,0
Гоніоскопія	100,0	100,0	100,0
Кератопахіметрія	100,0	0,0	0,0
Ультразвукова біомікроскопія	0,0	0,0	0,0
Визначення факторів ризику	100,0	100,0	100,0
Визначення якості життя	100,0	100,0	100,0
Заходи лікування			
Визначення цільового VOT	100,0	100,0	100,0
Фармакотерапія:			
- міотики	100,0	100,0	100,0
- інгібітори карбоангідрази місцевої дії	12,0±4,6	3,0±2,4	4,0±2,8
- сечогінні та дегідратуюча системна терапія	100,0	100,0	100,0
Нейропротекторна фармакотерапія	99,0±1,4	63,0±6,8	28,0±6,3
Лазерна хірургія	100,0	31,0±6,5	1,0±1,4*
Мікрохірургічне лікування	100,0	100,0	100,0

Примітка: * – $p > 0,05$.

кому, відсутність довіри хворого до лікаря визначається такими факторами:

- відсутністю необхідних матеріально-технічних ресурсів, обмеженням необхідного часу для обслуговування хворих, відсутністю необхідної інформації та професійних навичок у лікаря, що в свою чергу веде до відсутності мотиву у хворого до лікування;

- значне обмеження фінансових ресурсів у хворого веде до неможливості дотримання ним призначеного лікування та рекомендацій;

- обмеження вільного часу для відвідування хворим лікаря підтримується його низькою мотивацією та веде до недотримання рекомендацій та призначеного йому режиму лікування (табл. 6).

Як показано вище, в системі надання медичної допомоги хворим на первинну глаукому існує обмеження доступності та якості до висококваліфікованої допомоги, вперш за все – до висококатегорійної діагностики та лікування. Нами проведено дослідження щодо встановлення клінічних наслідків цих обмежень. При дослідженні 450 осіб протягом року були виділені три групи за динамікою клінічних показників перебігу глаукоми, відповідно до яких і визначені фактори, які на них впливали.

Так, факторним аналізом встановлено, що в групі хворих із клінічним «погіршенням» переважають фактори, які знижують доступність та якість надання медичної допомоги:

Таблиця 4. Причини обмеження доступності та якості медичної допомоги хворим на первинну глаукому, на думку хворих (%) (p<0,05)

Причини	Досліджені хворі, які знаходились під диспансерним наглядом у спеціалізованих глаукоматозних кабінетах		
	КМКОЛ «ЦМХО» (n=30 осіб)	Київської центральної міської клінічної лікарні (n=10 осіб)	Київської обласної лікарні (n=10 осіб)
Заходи діагностики та моніторингу			
Відсутність можливості своєчасно та в повному обсязі надати необхідну діагностичну допомогу хворому:			
відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів	0,0	50,0±15,8	90,0±9,5
обмеження необхідного часу для обслуговування хворих	70,0±8,4	100,0	100,0
відсутність необхідної інформації та професійних навичок	0,0	0,0	0,0
відсутності мотиву у хворого для відвідування медичного закладу	100,0	100,0	100,0
відсутність / недостатність у хворого фінансових ресурсів	100,0	100,0	100,0
недотримання хворим режиму відвідувань	100,0	100,0	100,0
Заходи лікування			
Відсутність можливості своєчасно та в повному обсязі надати необхідну лікувальну допомогу хворому:			
відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів	0,0	100,0	100,0
обмеження необхідного часу для обслуговування хворих	100,0	100,0	100,0
відсутність необхідної інформації та професійних навичок	0,0	50,0±15,8	50,0±15,8
відсутність / недостатність мотиву у хворого для лікування	100,0	100,0	100,0
відсутність / недостатність у хворого фінансових ресурсів	100,0	100,0	100,0
недотримання хворим рекомендацій та режиму лікування	100,0	100,0	100,0

Примітка: * – p>0,05.

Таблиця 5. Причини обмеження доступності якісної медичної допомоги хворим на первинну відкритокутову глаукому, на думку лікарів-офтальмологів (%) (p<0,05)

Причини	Досліджені хворі, які знаходились під диспансерним наглядом у спеціалізованих глаукомних кабінетах		
	КМКОЛ «ЦМХО» (n=150 осіб)	Київської центральної міської клінічної лікарні (n=150 осіб)	Київської обласної лікарні (n=150 осіб)
Заходи діагностики та моніторингу			
Відсутність можливості своєчасно відвідати лікаря внаслідок:			
відсутності чи недостатності мотиву	1,3±0,9*	5,3±1,9	14,0±2,8
недостатності вільного часу	4,7±1,7	6,7±2,0	36,0±3,9
відсутності довіри до лікаря	1,3±0,9*	1,3±0,9*	1,3±0,9*
недостатності грошей	8,0±2,2	8,7±2,3	16,0±3,0
Заходи лікування			
Відсутність можливості провести призначене лікування в повному обсязі внаслідок:			
недостатності бажання, внаслідок недооцінки стану та прогнозу	1,3±0,9*	8,0±2,2	8,7±2,3
відсутності довіри до призначень лікаря	1,3±0,9*	3,3±2,6*	6,7±2,0
недостатності грошей	32,0±3,8	32,7±3,8	60,0±4,0

- з боку хворого – недостатність фінансових ресурсів (35 %), відсутність мотивів та бажання до лікування (20 %);

- з боку лікаря-офтальмолога – відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів (22 %),

а також недотримання хворим режиму та рекомендацій лікування (12 %).

В клінічних групах хворих із «стабілізацією» та «покращенням» основними факторами, які обмежують доступність та якість медичної допомоги є:

Таблиця 6. Кореляційні зв'язки між причинами, які обмежують доступність хворим на первинну глаукому якісної медичної допомоги, серед хворих та лікарів (непараметрична кореляція Спірмена) ($p < 0,05$)

Причини		Хворі на первинну глаукому		
		обмеження вільного часу для відвідування лікаря	відсутність довіри до призначень лікаря	недостатність фінансових ресурсів
Лікарі-офтальмологи	Відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів	–	0,84±0,06	–
	Обмеження необхідного часу для обслуговування хворих	–	0,99±0,01	–
	Відсутність необхідної інформації та професійних навичок	–	0,79±0,03	–
	Відсутності мотиву у хворого	0,78±0,05	0,91±0,02	–
	Недостатність грошей у хворого	–	0,54±0,05	1,00
	Недотримання хворим рекомендацій та режиму лікування	0,71±0,03	0,98±0,01	0,94±0,01

- серед хворих – недостатність фінансових ресурсів, ступінь яких підвищується у порівнянні із групою хворих із «погіршенням» (відповідно – 65 % та 87 %);

- серед лікарів – недостатність матеріально-технічного забезпечення, ступінь якого зменшується в групах дослідження (відповідно – 17 % та 8 %).

Різномасштабний вклад досліджених факторів у клінічний результат перебігу захворювання вказує на те, що:

- дефіцит фінансових ресурсів у хворого не впливає на клінічний результат лікування, що

може бути пов'язано із пошуком альтернативних (менш коштовних) методів його лікування, на фоні наявності у нього високого рівня мотивації до лікування;

- дефіцит матеріально-технічних ресурсів впливає на клінічний перебіг захворювання, що можна пояснити неможливістю надати високоякісну допомогу хворим з використанням сучасного та високоартісного обладнання, альтернатив яким нема, а фінансові витрати хворих, спрямовані на часткову компенсацію їх вартості, не є реальними через їх значну вартість (табл. 7).

Таблиця 7. Дані факторного аналізу щодо клінічних наслідків обмеження доступності хворим на первинну глаукому якісної медичної допомоги (% вкладу) ($p < 0,05$)

Причини		Клінічні наслідки перебігу глаукоми (впродовж одного року) (n=450 осіб)		
		«Погіршення»	«Стабілізація»	«Покращення»
Кількість хворих (осіб / %)		117 / 26,0 %	265 / 58,9	68 / 15,1
Хворі	Відсутність мотивів та бажання лікуватись	20,0±3,7	5,0±1,3	1,0±1,2*
	Недостатність довіри до лікаря	3,0±1,6	1,0±0,6	1,0±1,2*
	Недостатність фінансових ресурсів	35,0±4,4	65,0±2,9	87,0±16,6
Лікарі-офтальмологи	Відсутність необхідних матеріально-технічних ресурсів	22,0±3,9	17,0±2,3	8,0±3,3
	Обмеження необхідного часу для обслуговування хворих	7,0±2,6	3,0±1,0*	1,0±1,2*
	Відсутність необхідної інформації та професійних навичок	1,0±0,9*	1,0±0,6*	1,0±1,2*
	Недотримання хворим рекомендацій та режиму лікування	12,0±3,0	8,0±1,7	1,0±1,2*
Загалом		100,0	100,0	100,0
h²		0,97	0,71	0,34
F		<0,01	<0,05	>0,05
Частка причин хворого		58,0±4,6	71,0±2,8	89,0±3,8
Частка причин лікаря-офтальмолога		42,0±4,6	29,0±2,8	11,0±3,8

Примітка: * – $p > 0,05$

Висновки

Таким чином, встановлено, що зниження доступності та якості надання хворим на глаукому медичної допомоги негативно впливає на клінічний перебіг їх захворювання і сприяє його прогресуванню. Низькі рівні доступності хворим офтальмологічної допомоги пов'язані із наступними групами причин:

1) суб'єктивними – відсутність мотивів до лікування у хворих, низька довіра до лікаря та запропонованих ним рекомендацій та режимів лікування;

2) об'єктивними – недостатність фінансових ресурсів у хворого й матеріально-технічних ресурсів в лікувально-профілактичному закладі.

«Позитивний» клінічний перебіг глаукоми визначається наступними факторами, які визначають доступність та якість надання медичної допомоги: наявність у хворих високої мотивації до проведення лікування; висока довіра хворого до ліка-

ря-офтальмолога; оптимальне забезпечення лікувально-діагностичного процесу матеріально-технічними ресурсами; оптимальнонеобхідний час для надання медичної допомоги хворому; дотримання хворим призначених рекомендацій та режиму лікування.

Дані проведеного дослідження вказують на необхідність реалізації комплексу науково обґрунтованих заходів, спрямованих на покращення надання медичної допомоги хворим на глаукому шляхом: централізації та консолідації матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів для надання медичної допомоги хворим в спеціалізованих міських кабінетах та обласних центрах боротьби із глаукомою; реалізації цільових національної та регіональних програм забезпечення хворих на глаукому засобами фармакотерапії. Вищевикладені підходи стали науковим підґрунтям для розробки Національної стратегії боротьби із глаукомою.

Список літератури

1. *Возможности и пути профилактики слепоты и слабовидения в Украине в современных условиях реформирования организации здравоохранения* / И. М. Логай, Н. М. Сергиенко, И. Л. Ферфильфайн [и др.] // *Офтальмол. журнал.* – 1998. – № 4. – С.253–257.
2. *Капралова Н. Ф.* Единая система оценки качества медицинской помощи / Н. Ф. Капралова // *Новости медицины и фармации.* – 1994. – №29. – С. 35.
3. *Медведовська Н. В.* Сучасний погляд на організацію офтальмологічної допомоги / Н. В. Медведовська // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.* – 2001. – № 4. – 59–61.
4. *Нагорна А. М.* Проблеми якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський: Абетка-Нова, 2002. – 384 с.
5. *Соціальні аспекти попередження сліпоти, організація медичної допомоги та реабілітація хворих на глаукому* / автори-уклад : Н. В. Пасечнікова, С. О. Риков, О. П. Вітовська, [та ін.]; за ред. : Н. В. Пасечнікової. – К. : ТОВ "Доктор-Медіа", 2009. – 172 с.
6. *Чавпецов В. Ф.* Качество медицинской помощи, проблемы и перспективы обеспечения его гарантии в системе ОМС / В. Ф. Чавпецов, К. А. Кудрин // *Международ. мед. обзор.* – 1995. – № 3. – С. 209–215.

ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ В УКРАИНЕ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ

О. П. Витовская (Киев)

Установлено, что снижение доступности и качества предоставления больным с глаукомой медицинской помощи негативно влияет на клиническое течение у них заболевания и содействует его прогрессированию. Низкие уровни доступности больных к офтальмологической помощи обусловлены следующими группами причин: субъективными – отсутствие у больных мотивов к лечению, низкое доверие у них к врачу, предложенным им рекомендациям и режиму лечения; объективными – недостаточностью финансовых ресурсов у больного и материально-технических ресурсов в лечебно-профилактическом учреждении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: глаукома, медицинская помощь, доступность, качество, клиническое течение заболевания.

ACCESSIBILITY AND QUALITY OF GLAUCOMA MEDICAL CARE IN UKRAINE AND ITS INFLUENCE ON THE CLINICAL COURSE OF THE DISEASE.

О. П. Vitovska (Kyiv)

The decrease of accessibility and quality of glaucoma medical care has negative influence on the clinical course of the disease and leads to its progression. Low levels of the ophthalmological care accessibility are based on low motivation of patients, lack of confidence, lack of financial resources as in medical institution so in patients.

KEY WORDS: glaucoma, medical care, accessibility, quality

Рецензент: д. мед. н., проф. В. Б. Гошинський