

© Васюта В.А.

УДК 617.731-007.23:362.147

Васюта В.А.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України» (м. Київ)

ophthal78@mail.ru

Робота виконана в рамках НДР «Розробити засоби та методи диференційованого відновного лікування ушкоджень різних ділянок зорового нерва» (№ держ. реєстрації 0107U012146), та НДР «Обґрунтування сучасної системи профілактики хронічних неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя» (№ держ. реєстрації 0114U000508).

Вступ. Профілактика сліпоти є основним завданням соціальної офтальмології. По даним ВООЗ у світі кількість сліпих та слабкозорих неухильно збільшується [2, 3, 5, 7]. Серед захворювань, що призводять до значного зниження гостроти зору важливе місце посідає атрофія зорових нервів (АЗН) [6]. Дане захворювання потребує ранньої діагностики, адекватного своєчасного лікування для стабілізації зорових функцій. АЗН є наслідком багатьох захворювань, факторами ризику можуть виступати загальні хвороби організму (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, атеросклероз, тощо), крім того АЗН може розвиватися внаслідок нейрохірургічної патології (новоутворення хіазмально-селярної локалізації, наслідок внутрішньочерепної гіпертензії) [4]. Саме тому ключовим елементом ведення даної групи хворих є адекватне диспансерне спостереження. Диспансеризація є науково обґрунтованою системою профілактичних та лікувальних-діагностичних заходів, направлених на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я людини. Елементами диспансерного спостереження є систематичний контроль за станом хворих, раціональне лікування основного та супутніх захворювань, навчання хворих методам самоконтролю та виконання лікарських призначень [1].

Мета дослідження - провести аналіз ефективності диспансерного спостереження хворих з АЗН та удосконалити диспансерне спостереження шляхом створення комплексної програми ведення даної категорії хворих.

Об'єкт і методи дослідження. Для оцінки якості диспансерного спостереження хворих з АЗН проведено персоналізований аналіз параметрів та результатів диспансерного спостереження. Досліджувалися амбулаторні та стаціонарні історії хвороб пацієнтів, що зверталися до відділу нейроофтальмології ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України» для консультацій та лікування. Хворі зверталися як з медичних закладів вторинного рівня надання офтальмологічної допомоги, так і з третинного для уточнення діагнозу та тактики лікування. Пацієнти були розподілені на 2 групи – 1030 з низхідними АЗН (внаслідок

захворювань ЦНС, травматичних уражень, загальних захворювань організму) та 170 з висхідними АЗН (наслідок офтальмологічної патології). Для аналізу використано наступні характеристики: своєчасність взяття на диспансерний облік, наявність пропуску візитів диспансерного огляду, частота клінічного погіршення перебігу АЗН та своєчасність виявлення факту погіршення перебігу АЗН, наявність дублювання диспансерного спостереження, частота залучення суміжних спеціалістів до диспансерного спостереження за хворими з АЗН. Аналізувалися дані показники на вторинному та третинному рівнях надання офтальмологічної допомоги.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати проведеного аналізу в розрізі рівнів медичної допомоги (вторинний та третинний) та видів АЗН (висхідна та низхідна) наведено в **таблиці 1**. За рівнем офтальмологічної допомоги в аналіз включено 910 випадків низхідної АЗН та 70 хворих з висхідною АЗН на третинному рівні надання офтальмологічної допомоги. На вторинному рівні допомоги проаналізовано результати диспансерного спостереження 120 хворих з низхідною АЗН та 100 хворих з висхідною формою АЗН.

Як видно з наведених результатів, своєчасність взяття на диспансерний облік є суттєво вищою серед хворих з низхідною формою АЗН, які залишаються під спостереженням на третинному рівні медичної допомоги - 92,3% проти хворих, що перебувають на диспансерному спостереженні після лікування на вторинному рівні медичної допомоги – 70,8% ($p=0,0001$). Хворі з висхідною формою АЗН поступають після лікування під диспансерне спостереження в закладах з різним рівнем спеціалізації практично з однаковою частотою: 82,9% на третинному і 79,0% на вторинному рівнях ($p=0,532$).

Оцінка якості диспансерного спостереження у вигляді оцінки частоти пропусків планових візитів до лікаря (2 рази на рік згідно плану) свідчить про кращу організацію допомоги на третинному рівні, де частота пропусків профілактичних візитів суттєво нижча (низхідна АЗН – 32,4%, висхідна – 15,7%, $p<0,05$), ніж на вторинному рівні допомоги (низхідна АЗН – 42,5%, висхідна – 28,3%). Відповідно до вищої якості диспансерного спостереження на третинному рівні, формується вища ефективність диспансерного спостереження, що проявляється зниженням частоти клінічного погіршення у відповідних групах.

Таблиця 1

Аналіз якості диспансерного спостереження хворих з АЗН

Показники	Форми АЗН	Рівні медичної допомоги		p (χ^2)
		Третинний	Вторинний	
Своєчасність взяття на диспансерний облік, n (%)	Низхідна	840 (92,3)	85 (70,8)	0,0001*
	Висхідна	58 (82,9)	79 (79,0)	0,532
Пропуски візитів диспансерного огляду, n (%)	Низхідна	295 (32,4)	51 (42,5)	0,027*
	Висхідна	11 (15,7)	34 (28,3)	0,048*
Частота клінічного погіршення перебігу АЗН, n (%)	Низхідна	282 (31,0)	45 (37,5)	0,150
	Висхідна	6 (8,6)	21 (21,0)	0,029*
Своєчасність виявлення погіршення перебігу АЗН, n (%)	Низхідна	224 (79,4)	28 (62,2)	0,011*
	Висхідна	5 (83,3)	17 (81,0)	0,895
Дублювання диспансерного спостереження, n (%)	Низхідна	321 (31,2)		-
Частота залучення суміжних спеціалістів, n (%)	Низхідна	866 (95,2)	79 (65,8)	0,0001*
	Висхідна	65 (92,9)	73 (73,0)	0,002*

Примітка: * - різниця статистично значима за критерієм Хі-квадрат (p<0,05).

Частота клінічного погіршення залежить як від організаційних чинників диспансерного спостереження, так і від клінічних чинників (рецидиву основного захворювання), які не можуть коригуватись організацією спостереження, але можуть своєчасно виявлятися при оптимальній організації та якості диспансерного спостереження. При низхідних формах АЗН своєчасність виявлення погіршення клінічного перебігу АЗН суттєво вища в групі пацієнтів на третинному рівні допомоги (79,4% проти 62,2% при диспансерному спостереженні на вторинному рівні). Вища якість диспансеризації хворих з АЗН обумовлена залученням вузькопрофільних фахівців (в т.ч. нейрохірургів, радіологів, нейроофтальмологів) на всіх етапах спостереження (динамічне спостереження). Частота залучення суміжних фахівців на третинному рівні складає 92,9 – 95,2% при різних формах АЗН. Серед хворих, що перебувають на диспансерному спостереженні на вторинному рівні допомоги, частота залучення вузькопрофільних фахівців суттєво нижча - 65,8 – 73,0%, (p<0,01).

При низхідній формі АЗН при диспансерному спостереженні на третинному рівні найбільш часто залучаються неврологи (100%), нейроофтальмологи (100%), нейрохірурги (79,6%), радіологи (20,4%), отоневрологи (14,1%). При висхідній формі АЗН, крім офтальмологів (100%), перелік фахівців за частотою залучення суттєво відрізняється: неврологи (55,0 - 65,0%), нейроофтальмологи (20-30%), кардіологи (15-25%), ревматологи (10-14%), отоларингологи (6-10%). Слід відмітити, що у 31,2% хворих з АЗН виявлено факт дублювання диспансерного спостереження на різних рівнях допомоги. Хоч факт дублювання може сприяти підвищенню якості спостереження, проте не є раціональним з економічної точки зору. Для підвищення клінічної ефективності диспансерного спостереження протягом дослідження нами реалізовувалась програма підвищення кваліфікації лікарів офтальмологів, яка включала теоретичну підготовку з питань нейроофтальмології, організації нейроофтальмологічної допомоги та диспансерного спостереження хворих з АЗН, практичну підготовку на робочому місці лікарів офтальмологів. Також дана програма включала участь в науково-практичних конференціях, участь у засіданнях товариства глаукоматологів – нейроофтальмологів, регулярної публікації клінічних випадків з розбром недоліків організації допомоги та лікарських помилок на різних етапах надання медичної допомоги та диспансерного спостереження.

Враховуючи вищеперераховане, у відділі нейроофтальмології запропонована комплексна програма диспансеризації хворих з АЗН та підозрою на АЗН. Завдання комплексної програми диспансеризації хворих з АЗН та підозрою на АЗН наступні: 1) раннє виявлення захворювань, що призводять до розвитку АЗН та адекватне лікування; 2) раннє виявлення АЗН,

лікування в залежності від етіологічного чинника; 3) медико-соціальна реабілітація хворих. Згідно розробленої програми, диспансеризація має складатися з трьох етапів. На першому етапі проводиться активне виявлення захворювань, що призводять до розвитку АЗН (запальні, судинні, токсичні ураження зорового нерва), а також неврологічні та нейрохірургічні захворювання, що призводять до розвитку низхідної АЗН. На другому етапі проводиться раннє виявлення АЗН та проведення адекватного лікування. На третьому етапі проводиться медико-соціальна реабілітація хворих з АЗН (табл. 2). Комплексна програма диспансеризації хворих на АЗН потребує міжгалузевої взаємодії між лікарями різних спеціальностей (офтальмологів, неврологів, нейрохірургів, сімейних лікарів, кардіологів, тощо). Практична цінність запропонованої комплексної програми диспансерного спостереження хворих з АЗН та підозрою на АЗН базується на ранньому виявленні факторів ризику АЗН, ранній діагностиці АЗН та полягає у профілактиці інвалідизації внаслідок АЗН.

Для хворих з факторами ризику реалізація комплексного підходу починається з скринінгових програм для раннього виявлення захворювань, що є факторами ризику АЗН, встановлення наявності екологічних, професійних та індивідуальних факторів ризику. Актуальним аспектом в реалізації скринінгового етапу є використання спеціалізованого опитника для збору анамнезу та скарг пацієнта для визначення пріоритетних клінічних напрямів при плануванні індивідуальних лікувально-діагностичних програм. Розробка індивідуальних лікувально-діагностичних програм полягає у визначенні пріоритетних етіологічних факторів, які часто виявляються за межами офтальмології, та розробки оптимальних консультативно-діагностичних алгоритмів та схем лікування основного захворювання,

Комплексна програма диспансерного спостереження хворих з АЗН та підозрою на АЗН

Назва етапу	Мета	Хто проводить	Шляхи реалізації
Перший етап	раннє виявлення захворювань, що є факторами ризику АЗН; лікування захворювань, що впливають на розвиток АЗН;	лікарі-офтальмологи лікарі сімейної медицини лікарі суміжних спеціальностей (невропатологи, кардіологи, нейрохірурги, отоларингологи, тощо)	збір анамнезу з використанням спеціалізованого опитника (для груп ризику АЗН); комплексна офтальмологічна діагностика (візометрія, периметрія, офтальмоскопія); комплексна загальна діагностика (МРТ, КТ, рентгенологічне дослідження, лабораторні дослідження загальні та специфічні); лікування офтальмологічної патології (протизапальна, судинна, дезінтоксикацій на терапія); лікування основного захворювання (гіпертонічної хвороби, атеросклерозу, порушення мозкового кровообігу, ЧМТ, нейрохірургічної патології, тощо), що можуть привести до розвитку АЗН; забезпечення оптимальної частоти та повноти консультативної допомоги (хворі з групи ризику по АЗН повинні обов'язково обстежуватися у офтальмолога не рідше 1 разу на пів року).
Другий етап	раннє виявлення АЗН лікування АЗН залежно від етіологічного чинника; програми медичної реабілітації	лікарі-офтальмологи лікарі суміжних спеціальностей	офтальмологічна діагностика, направлена на виявлення АЗН; офтальмологічне лікування АЗН в залежності від етіологічного чинника; лікування (стабілізація) основного захворювання, що привело до розвитку АЗН; організація реабілітаційних програм за основним захворюванням.
Третій етап	- медична реабілітація та соціальна адаптація	лікарі – офтальмологи лікарі суміжних спеціальностей медичні психологи	участь в роботі МСЕК для встановлення групи інвалідності; розробка індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації розробка реабілітаційних програм, спеціалізованого навчання, працевлаштування за участю УТОС; співпраця з органами соціального забезпечення.

що є предиктором у розвитку АЗН. Офтальмолог на даному етапі може виступати в ролі координатора діагностичних та консультативних програм.

Основою комплексної програми диспансерного спостереження є виявлення клініко-анамнестичних факторів ризику та мінімізація їх впливу. Наступним аспектом програми (другий етап) є оптимізація та організація лікування хворих з АЗН з метою мінімізації ускладнень перебігу АЗН та втрати зорових функцій. При цьому важливим є не тільки факт залучення лікарів суміжних спеціальностей, а саме організаційні аспекти за своєчасністю, повнотою та наступністю в лікуванні АЗН залежно від етіологічного чинника захворювання.

Для обох груп пацієнтів (з факторами ризику АЗН та встановленим діагнозом АЗН) ключовим аспектом організації диспансерного спостереження є профілактика інвалідизації на основі якісної реалізації першого етапу (усунення факторів ризику та лікування супутньої патології) та другого етапу (стабілізація патологічного процесу та реалізація реабілітаційних програм для хворих з різними типами АЗН).

У випадку пізньої діагностики АЗН, нерационального лікування та недостатньої ефективності лікування актуальним стає третій етап - медична реабілітація та соціальна адаптація хворих з АЗН. Цей етап полягає у розробці медичних реабілітаційних програм, та соціальній адаптації хворих з залученням спеціальних державних та недержавних організацій.

Висновки. Своєчасність взяття на диспансерний облік є суттєво вищою серед тих хворих з низхідною формою АЗН, які залишаються під спостереженням на третинному рівні медичної допомоги після лікування на цьому етапі - 92,3%. Тільки 70,8% залишаються на диспансерному спостереженні після лікування на вторинному рівні медичної допомоги.

Для третинного рівня медичної допомоги хворим з АЗН у порівнянні з вторинним рівнем притаманна вища якість диспансерного спостереження, що обумовлено вищою частотою своєчасності взяття на диспансерний облік (на 3,9 - 21,5%), меншою частотою пропусків диспансерного спостереження (на 6,5 – 12,6%), меншою частотою клінічного погіршення перебігу АЗН (на 6,5 – 12,4%), вищою частотою залучення суміжних спеціалістів (на 19,9 %) хворими з АЗН та підозрою на АЗН). Дана програма була реалізована та апробована на третинному рівні медичної допомоги хворим з АЗН у відділі нейроофтальмології ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України». Виявлена різниця за якістю диспансерного спостереження свідчить про ефективність запропонованої комплексної програми диспансерного спостереження.

Перспективи подальших досліджень полягають у впровадженні даної програми диспансеризації у медичних офтальмологічних закладах України з метою профілактики сліпоти та слабкобачення внаслідок АЗН.

Література

1. Куроедов А.В. Оценка эффективности скрининговой диагностики и динамического наблюдения больных глаукомой / А.В. Куроедов // Сборник тезисов по материалам 7-й научно-практической конференции «Актуальные проблемы офтальмологии». – Москва, 2004. – С. 95–97.
2. Либман Е. С. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения / Е. С. Либман, Е. В. Шахова // Вестн. офтальмологии. – 2006. – № 3. – С. 35–37.
3. Либман Е. С. Современные позиции социальной офтальмологии / Е. С. Либман, Д. П. Рязанов // Мед.-соц. пробл. инвалидности. – 2011. – № 1. – С. 26–30.
4. Морозов В. И. Заболевания зрительного пути. Клиника. Диагностика. Лечение / В. И. Морозов, А. А. Яковлев. – М.: Бинном, 2010. – 650 с.
5. Global burden of visual impairment and blindness / R. Bourne, H. Price, G. Stevens [et al.] // Arch. Ophthalmol. – 2012. – Vol. 130, № 5. – P. 645–647.
6. Weber K. P. Neuro-ophthalmology update / K. P. Weber, D. Straumann // J. Neurol. – 2014. – Vol. 261, № 7. – P. 1251–1256.
7. VISION 2020: The Right to Sight: a global initiative to eliminate avoidable blindness / L. Pizzarello, A. Abiose, T. Ffytche [et al.] // Arch. Ophthalmol. – 2004. – Vol. 122, № 4. – P. 615–620.

УДК 617.731-007.23:362.147

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ

Васюта В.А.

Резюме. Проведено аналіз ефективності диспансерного спостереження хворих з АЗН. Своєчасність взяття на диспансерний облік вище у хворих з низхідною АЗН на третинному рівні медичної допомоги – 92,3%. Тільки 70,8% хворих залишаються на диспансерному обліку на вторинному рівні медичної допомоги. Для третинного рівня медичної допомоги хворим з АЗН притаманна краща якість диспансерного спостереження, що обумовлено більш високою частотою взяття на диспансерний облік (на 3,9-21,5%), менша частота пропусків диспансерного спостереження (на 6,5-12,6%), менша частота клінічного погіршення перебігу АЗН (на 6,5 – 12,4%), вища частота залучення суміжних спеціалістів (на 19,9%). Запропонована комплексна програма диспансеризації, яка була реалізована на апробована у відділі нейроофтальмології.

Ключові слова: зоровий нерв, атрофія, висхідна, низхідна, диспансеризація.

УДК 617.731-007.23:362.147

ПУТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТРОФИЯМИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ

Васюта В.А.

Резюме. Проведен анализ эффективности диспансерного наблюдения больных с АЗН. Своевременность взятия на диспансерный учет выше у больных с нисходящей АЗН на третичном уровне медицинской помощи - 92,3%. Только 70,8% больных остаются под диспансерным наблюдением после лечения на вторичном уровне медицинской помощи. Для третичного уровня медицинской помощи больным с АЗН присуще лучшее качество диспансерного наблюдения, что обусловлено более высокой частотой своевременного взятия на диспансерный учет (на 3,9 - 21,5%), меньшая частота пропусков диспансерного наблюдения (на 6,5 – 12,6%), меньшая частота клинического ухудшения течения АЗН (на 6,5 – 12,4%), более высокая частота вовлечения смежных специалистов (на 19,9%). Предложена комплексная программа диспансеризации, которая была реализована и апробирована в отделе нейроофтальмологии.

Ключевые слова: зрительный нерв, атрофия, восходящая, нисходящая, диспансеризация.

UDC 617.731-007.23:362.147

Ways to Improve of Follow-Up of Patients with Optic Nerve Atrophy

Vasyuta V.A.

Abstract. Among the diseases that lead to decreased visual acuity very important is optic nerve atrophy (ONA). The disease requires early diagnosis and adequate treatment for stabilization of visual function. The key element of maintaining this group of patients is adequate clinical supervision. Clinical examination is a science-based system of preventive and therapeutic and diagnostic measures to preserve, strengthen and restore health. The main elements of this system are: systematic follow-up monitoring of patients, management and treatment of underlying comorbidities, patient education techniques and self-fulfillment medical appointments.

The purpose of the study. To analyze the effectiveness of follow-up of patients with ONA and improve clinical supervision by a comprehensive program.

Object and methods. To assess the quality of follow-up of patients with ONA held personalized analysis parameters and results of follow-up. We studied the outpatient and inpatient medical history of patients treated in the department neuroophthalmology. Patients were divided into 2 groups - 1030 patients with descending ONA (due to central nervous system diseases, traumatic lesions, common diseases of the body) and 170 with ascending ONA (a consequence of ophthalmic pathology). For the analysis applied the following characteristics: timeliness taking in clinical records, presence crossing dispensary inspection visits, the incidence of clinical worsening and timely detection ONA fact worsening

ONA, presence duplication of follow-up, the frequency of involvement of related experts to dispensary observation of patients with ONA. We analyzed data rates in the secondary and tertiary levels of eye care.

Results. The timeliness of taking on a clinical account higher in patients with descending ONA at the tertiary level of care – 92,3%. Only 70.8% of the patients are under medical observation after treatment on the secondary level of care. Tertiary level of medical care has better quality of follow-up ONA, due to a higher frequency timely take on dispensary registration (3,9 – 21,5%), lower pass rate of follow-up (6.5 - 12.6%), lower the frequency of clinical worsening of ONA (6,5 – 12,4%), high frequency of involvement related professionals (19,9%).

A comprehensive program of clinical examination of patients with ONA was established. The main tasks of this program are: 1) early detection of diseases, leading to the development of ONA and adequate treatment; 2) ONA early detection and treatment, depending on the etiological factor; 3) medical and social rehabilitation of patients. According to our program, clinical examination consists of the three stages. The first stage - active detection of diseases, leading to the development of ONA (inflammatory, vascular, toxic optic nerve damage), and neurological and neurosurgical diseases that lead to the development descending ONA. The second stage is the early detection of ONA and adequate treatment. In the third stage the medical and social rehabilitation of patients with is provided. Complex program requires cooperation between physicians of different specialties (ophthalmologists, neurologists, neurosurgeons, family doctors, cardiologists, etc.). The practical value of the proposed comprehensive program of follow-up of patients with suspected ONA and ONA is based on the early detection of risk factors, early diagnosis and prevention of disability is the result of treatment.

Prospects for further research are to implement this program in medical institutions of Ukraine to prevent visual loss due optic nerve atrophy.

Keywords: optic nerve atrophy, ascending, descending, medical examination.

Рецензент – проф. Воскресенська Л.К.

Стаття надійшла 05.06.2015 р.