

ВИВЧЕННЯ ОСНОВНИХ НЕДОЛІКІВ У НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З НИЗХІДНИМИ АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»

Вступ. АЗН - поліетіологічне захворювання, яке є наслідком різних патологічних процесів (запалення, набряк, порушення кровообігу, вплив токсинів, здавлення). За локалізацією процес розділяється на висхідну та низхідну АЗН. **Мета.** Вивчити основні недоліки в наданні медичної допомоги хворим з низхідною АЗН.

Матеріали та методи. Оцінювалась медична документація (виписні епікризи, консультативні висновки, тощо) хворих з низхідними АЗН, які зверталися у відділ нейроофтальмології ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України» на протязі 2007 -2014 років. Обстежено 1667 хворих.

Результати. Проаналізовано основні недоліки в наданні медичної допомоги хворим з низхідними АЗН: 1) пізнє виявлення АЗН (на протязі перших 3 місяців діагноз встановлюється лише 6,05% хворих); 2) рідке направлення на консультації до суміжних спеціалістів; 3) не всім хворим проводиться периметрія (комп'ютерна периметрія проводилась лише 62,8% хворих); 4) спостерігається абсолютний дефіцит у використанні високотехнологічних методів діагностики НРТ, ОСТ. Згідно наших досліджень, ОСТ використовується у 17% випадків низхідної АЗН, НРТ дослідження – у 13,2% випадків; 5) помилкове встановлення різних офтальмологічних діагнозів (глаукома, макулодистрофія, периферична катаракта, тощо). Перспективи подальших досліджень полягають у створенні чітких покрокових діагностичних та лікувальних протоколів для адекватного ведення даної групи хворих.

Ключові слова: хворі, зорові нерви, низхідна атрофія, недоліки, медична допомога.

Вступ. Атрофія зорових нервів (АЗН) уявляє собою патологію, яка в однаковій мірі цікавить офтальмологів, неврологів, нейрохірургів. Основними етіологічними чинниками є запалення, дегенеративні зміни, набряк, порушення кровообігу, вплив токсинів, стискання і ушкодження як зорових волокон, так і судин, що їх живлять [4]. Етіопатогенетичні чинники викликають дистрофічні зміни у нервових волокнах, прискорюються процеси апоптозу зменшується кількість гангліонарних клітин та аксонів нервових клітин [5]. За локалізацією процесу АЗН поділяють на низхідну та висхідну [4]. Висхідна АЗН частіше є наслідком офтальмологічної патології (запалення, судинних порушень у зоровому нерві), низхідна є проявом захворювань центральної нервової системи. АЗН обумовлює близько 20% сліпоти серед інших причин офтальмопатології. Близько 60% хворих є інвалідами I та II груп [1, 2, 3]. Серед найбільш інвалідизуючих етіологічних факторів АЗН виділяють пухлини головного мозку, запальні захворювання мозку і його оболонок, черепно-мозкові травми, інтоксикації і вроджено-спадкову патологію [2]. У цілому, 92,6% інвалідів з АЗН страждають на захворювання інших органів і систем організму, більшість з яких були причиною розвитку атрофії ЗН [3]. Особливе

місце серед АЗН займають низхідні АЗН. Даний вид АЗН пов'язаний з захворюваннями ЦНС такими як: новоутворення головного мозку (супратенторіальної та субтенторіальної локалізації), черепно-мозкові травми, гідроцефалія, мозкові аневризми та гострі порушення мозкового кровообігу, вроджена патологія ЦНС).

Мета. Вивчити основні недоліки у наданні медичної допомоги хворим з низхідними АЗН.

Матеріали та методи. Оцінювалась медична документація (виписні епікризи, консультативні висновки, дані офтальмологічних та не офтальмологічних досліджень) хворих з низхідними АЗН, що зверталися до відділу нейроофтальмології ДУ «Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова НАМН України» на протязі 2007 – 2014 років. Обстежено 1667 хворих. Крім оцінки медичної документації, всім хворим проводилося стандартне офтальмологічне обстеження, збирався анамнез, аналізувалися дані не офтальмологічних обстежень (МРТ, КТ).

Результати. Виявлено основні недоліки та проблеми надання офтальмологічної допомоги даній групі хворих. Основною та найбільш серйозною проблемою є пізнє виявлення низхідної АЗН. При низхідній АЗН діагноз на протязі 3 перших місяців встановлюється лише 6,05% хворих. Цей показник свідчить про незадовільну ранню діагностику низхідної АЗН, коли шанси на позитивний ефект лікування найбільш високі. 54,8% хворих діагноз встановлюється на протязі 3 - 6 місяців. До 1 року низхідна АЗН виявляється у 19,1% пацієнтів. Нажаль, зустрічаю випадки, коли діагноз низхідної АЗН встановлюється на протязі 3 - 5 років від початку появи перших симптомів. 20,1% хворих мають такі терміни виявлення захворювання. Тривалість патологічного процесу не дозволяє адекватно допомогти даній групі хворий. Покращання зорових функцій після лікування, як правило, не значне, що зумовлює великий відсоток інвалідів по зору серед таких хворих. АЗН є поліетіологічним захворюванням і потребує консультацій і лікування часто основного захворювання у різних фахівців – кардіолога, ревматолога, інфекціоніста, отоларинголога, невропатолога, нейрохірурга, тощо. На жаль, міждисциплінарний підхід до даної проблеми проводиться не в повній мірі. Нами проведено аналіз направлення лікарями – офтальмологами на консультації до інших спеціалістів. Згідно наших досліджень лише 50,7% хворих направляються на консультацію до невропатолога у разі потреби. До терапевта направляються 36,6% хворих, до кардіолога – 15,8% пацієнтів. Рідко хворі направляються до стоматолога (8,5%), отоларинголога (5,7%), нейрохірурга (4,3%), онколога (1,9%). Згідно наших досліджень, не всім хворим з підозрою низхідну АЗН проводиться периметричне дослідження, що є грубою діагностичною помилкою. Орієнтовна периметрія проводиться 10,2% хворих, кінетична периметрія – 30,3%, статична периметрія – 56,3%, комп'ютерна периметрія – 62,8%, периметрія на кольори – лише у 10,1% випадків. Встановити діагноз АЗН без проведення периметричного дослідження практично не можливо, особливо на ранніх стадіях атрофічного процесу, коли деколорація диску зорового нерва може бути мало вираженою. 4) Спостерігається абсолютний дефіцит у використанні високотехнологічних та коштовних приладів діагностики таких як НРТ, ОСТ. Згідно наших досліджень, ОСТ використовується у 17% випадків низхідної АЗН, НРТ дослідження

– у 13,2% випадків. 5) Згідно наших досліджень, встановлення заключного діагнозу низхідної АЗН у лікувальному закладі, становить 51,1%, що є незадовільним результатом. 5) Хворим з низхідною АЗН часто помилково встановлюються різні офтальмологічні діагнози такі як: глаукома (33%), макулодистрофія (15,4%), периферична катаракта (10,5%), ретинопатія (7,1%), неврит зорового нерва (8,5%), оптична нейропатія (8,4%), інші види патології (9,2%). Лікування низхідної АЗН традиційними медикаментозними засобами (судинні препарати, вітамінотерапія, фізіотерапевтичні засоби) в більшості випадків не показано і може призвести до прогресування основного захворювання (новоутворення головного мозку, тощо).

Висновки. Проаналізовані основні недоліки у наданні медичної допомоги хворим з низхідними АЗН: пізнє виявлення даної патології, відсутність міждисциплінарного підходу з консультуванням у суміжних спеціалістів, не проведення частини хворих периметричного дослідження, помилкове встановлення різних офтальмологічних діагнозів та призначенні не коректного офтальмологічного лікування. Перспектива подальших досліджень полягає у створенні чітких покровкових діагностичних та лікувальних алгоритмів низхідної АЗН для адекватного ведення даної групи хворих.

Література

1. Абрамова Л.П. Особенности организации медико-психологической помощи инвалидам по зрению пребывающим в лечебно-профилактическом учреждении широкого профиля / Л.П. Абрамова, В.А. Момот // Мед. реабилитация. – 2005. – № 2. – С. 26–27.
2. Основные показатели первичной инвалидности лиц в возрасте 18 лет и старше вследствие патологии органа зрения по данным ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Амурской области» за 2007–2011 гг. / И.Н. Кушнарева, Н.Д. Шкроба, Ю.Г. Перетолчин, Н.Ю. Кафанова // Мед.-соц. проблемы инвалидности. - 2013. - № 3. - С. 107–110.
3. Касимов Э.М. Гендерные особенности медико-социального груза инвалидности вследствие офтальмопатологии / Э.М. Касимов, Н.М. Рустамова // Офтальмология. – 2011. – № 1. – С. 49–51.
4. Офтальмология: национальное руководство / под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 943 с.
5. Рубаев А.Ю. Патофизиологические механизмы частичной атрофии зрительного нерва и разработка принципов эффективной патогенетической терапии: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.03.03 / Рубаев Артур Юрьевич; Сев.-Осет. гос. мед. академия. – Владикавказ, 2012. – 21 с.

В.А. Васюта

Изучение основных недостатков в оказании медицинской помощи больным с нисходящими атрофиями зрительных нервов

ГУ «Институт нейрохирургии имени А.П. Ромоданова НАМН Украины»

Вступлення. АЗН - поліетиологічне захворювання, яке є наслідком різних патологічних процесів (воспалення, набряток, порушення кровообігу, вплив токсинів, тиск). По локалізації процесу розділяють на висхідну та нисхідну АЗН. Мета роботи. Вивчити основні

недостатки в оказании медицинской помощи больным с нисходящими АЗН.

Материалы и методы. Оценивалась медицинская документация (выписные эпикризы, консультативные заключения и т.п.) пациентов с нисходящими АЗН, которые обращались в отдел нейроофтальмологии ГУ «Институт нейрохирургии имени А.П. Ромоданова НАМНУ» на протяжении 2007 – 2014 годов. Обследовано 1667 больных.

Результаты. Проанализированы основные недостатки в оказании медицинской помощи больным с нисходящими АЗН: 1) позднее выявление АЗН (на протяжении первых 3 месяцев диагноз устанавливался лишь 6,05% больных); 2) редкое направление на консультации к смежным специалистам; 3) не всем больным проводится периметрия (компьютерная периметрия проводилась лишь 62,8% больных); 4) наблюдается абсолютный дефицит в использовании высокотехнологических методов диагностики, таких как HRT, OCT. Согласно нашим исследованиям, OCT используется в 17% случаев нисходящей АЗН, HRT исследование – в 13,2% случаев; 5) ошибочная постановка различных офтальмологических диагнозов (глаукома, макулодистрофия, периферическая катаракта). Перспектива последующих исследований заключается в создании четких пошаговых диагностических и лечебных протоколов для адекватного ведения данной группы больных.

Ключевые слова: больные, зрительные нервы, нисходящая атрофия, недостатки, медицинская помощь.

V. A. Vasiuta

Study of the major shortcomings in health care of patients with descending optic nerve atrophy

SI "Institute of Neurosurgery named after A.P.Romodanov of the NAMS of Ukraine"

Introduction. Optic nerve atrophy (ONA) is polietiologic disease, which is a consequence of various pathological processes (inflammation, swelling, poor circulation, exposure to toxins, compression). According to the localization process ONA is divided into ascending and descending. **Aim.** To study the major shortcomings in health care of patients with descending ONA. **Materials and methods.** There were evaluated medical documents (discharge summaries, advisory opinions, etc.) of patients with descending ONA, who applied to the department of neuro-ophthalmology of SI "Institute of Neurosurgery named after A.P. Romodanov" in 2007-2014. There were examined 1667 patients. **Results.** There were analysed the main shortcomings in health care of patients with descending ONA: 1) late identification of ONA (during the first 3 months the diagnosis was determined only in 6.05% of patients); 2) rare referrals for advice to allied specialists; 3) not all the patients undergo perimetry (computerized perimetry was performed only in 62.8% of patients); 4) there is an absolute deficiency in the use of high-tech diagnostic methods such as HRT, OCT (according to our research, OCT is used in 17% of cases of descending ONA, HRT study – in 13.2% of cases); 5) wrong ophthalmic diagnoses (glaucoma, macular degeneration, peripheral cataract). The prospect of further research is to establish clear step-by-step diagnostic and treatment protocols for adequate management of this group of patients.

Key words: patients, optic nerve, descending atrophy, shortcomings, health care.

Відомості про автора:

Васюта Віра Анатоліївна - кандидат медичних наук, лікар-нейроофтальмолог ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. Майбороди, 32. тел.: (044) 484 18 73.