

УДК 617.741:311.313-007+615.2

Ковтун М.И.

ПЕРСПЕКТИВЫ И РИСКИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ

КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14 им. проф. Л.Л. Гиршмана»

Целью работы был анализ перспектив и рисков перехода на амбулаторное лечение катаракты. Было проанкетировано 842 пациента, обратившихся за хирургическим лечением катаракты. Среди них 782 пациента отвечали на вопросы короткой анкеты и 60 – расширенной. Установлено, что типичный для Украины больной катарактой – пациент, находящийся в возрастной группе старше 60 лет (обычно, старше 70 лет), имеющий детей и проживающий в семье. Материальное положение его среднее или плохое. Среди сопутствующей глазной патологии наиболее часто встречается глаукома (18%) и высокая близорукость (21%), а среди соматической заболеваемости – гипертоническая болезнь (62%), ишемическая болезнь сердца (57%) и заболевания суставов (46%). В большинстве случаев катаракта у пациента старческая. Проведенные исследования подтвердили невозможность в современных условиях полного перехода на амбулаторное лечение катаракты. Оптимальным подходом к решению этой проблемы может стать предоперационная оценка риска развития послеоперационных осложнений, учет материального положения и соматического состояния больного и сохранение определенного количества стационарных мест для больных с высоким риском осложнений.

Ключевые слова: катаракта, амбулаторное лечение, сопутствующая патология, послеоперационные осложнения, медико-социальная характеристика больных.

Работа выполнена в рамках реализации Глобальной программы по борьбе со слепотой «Зрение 2020: Право на зрение».

Катаракта является одним из наиболее распространенных глазных заболеваний в мире, по данным литературы 48% (18 миллионов человек) ослепли в результате возрастной катаракты. В настоящее время выделяют две основные причины существенного снижения зрительных функций – некоррегированные аномалии рефракции (42%) и катаракта (33%) [1,2,7,8,9,10,12,13]. По данным ВООЗ количество слепых от катаракты в мире к 2025 году может превысить 40 млн. человек. В среднем в мировой популяции катаракта встречается у 70% населения старше 72 лет, кроме того, по последним данным катарактой страдает 20% лиц в возрасте от 40 до 60 лет.

По данным статистики в 2012-2014 годах средняя заболеваемость катарактой лиц работоспособного возраста в Украине составила 22805 человек (90, на 100 тыс. населения), а распространенность – 367302 человека (3357,9 на 100 тыс. населения) [2,7,8,9,10,13]. По сравнению с 2009 годом (заболеваемость составляла 26815, 96,3 на 100 тыс. населения) в 2014 году можно отметить снижение заболеваемости на 15% (или на 7,5% на 100 тыс.). Аналогично, распространенность заболевания в 2009 году составляла 449298 (4043,5 на 100 тыс.), а в 2014 снизилась на 18% (или на 17% на 100 тыс. населения). Снижение заболеваемости и распространенности катаракты указывает на наличие положительной динамики и свидетельствует о высоком уровне оказания офтальмологической помощи в Украине.

Современными тенденциями организации офтальмологической помощи больным катарактой является переход на амбулаторное лечение или хирургию одного дня. Такой подход в настоящее время является стандартом организации лечения катаракты во многих странах мира [2,13]. Переход на амбулаторное лечение ката-

ракты сокращает необходимость в коечном фонде, приводит к экономии энергоносителей и материальных ресурсов, существенно снижает эмоциональные, физические и финансовые затраты пациента. С другой стороны, учитывая специфику Украины, материально-техническое обеспечение лечебных учреждений и медико-социальные особенности больных катарактой (большой возраст, наличие сопутствующей патологии, материальное положение, места проживания) делают не всегда приемлемым амбулаторное лечение.

Нами проведен анализ структуры осложнений после операции факоэмульсификации катаракты [5], а также сопутствующей патологии у больных катарактой [6,14] в гендерном и возрастном аспекте. Оценка частоты встречаемости и структуры осложнений при хирургическом лечении катаракты была проведена путем анализа 636 историй болезни больных катарактой, оценка структуры сопутствующей заболеваемости - у 540 пациентов. Полученные результаты указывают на существенное влияние соматического состояния больных на результаты и длительность лечения.

На основании проведенных нами исследований можно утверждать, что полный переход на амбулаторное лечение катаракты в условиях Украины имеет ряд ограничений, связанных с соматическим и материальным состоянием пациентов, риском послеоперационных осложнений.

Для получения наиболее высоких результатов офтальмологической помощи больным катарактой необходима гибкая система ее организации, позволяющая учитывать все особенности состояния больных и еще до операции прогнозировать его успешность и возможные потребности в стационарном лечении.

Цель работы

Анализ перспектив и рисков перехода на амбулаторное лечение катаракты.

Объект и методы исследования

Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование 842 пациентов, оперированных по поводу катаракты в Харьковской

городской клинической больнице №14 им. проф. Л.Л. Гиршмана. Из этих пациентов 782 (261 (33,4%) мужского пола и 521 (66,6 %) – женского) отвечали на вопросы первой анкеты, а 60 пациентов отвечали на вопросы второй анкеты (табл.). Можно отметить, что вторая анкета была составлена на основании первой путем добавления целого ряда уточняющих вопросов.

Таблица

Структура анкет для оценки медико-социального статуса больных катарактой

Первая анкета		Вторая анкета
Структура анкеты		
Социальный статус	1.Пол	1.Пол
	2.Возраст	2.Возраст
	3. Место проживания (город, село)	3. Место проживания (город, село)
	4. Профессиональная группа	4. Профессиональная группа
	5. Семейное положение (женат, замужем)	5. Семейное положение (женат, замужем)
	5. Есть ли дети?	5. Есть ли дети?
	6. Есть ли маленькие дети в семье?	6. Есть ли маленькие дети в семье?
	7. Проживаете ли с семьей?	7. Проживаете ли с семьей?
	8. Есть ли тяжелобольные в семье?	8. Есть ли тяжелобольные в семье?
	9. Материальное положение (хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное.)	9. Материальное положение (хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное.)
		10. Далеко ли место проживания от больницы?
		11. Есть ли возможность лечиться амбулаторно?
		12. Передвигаетесь ли самостоятельно?
	13. Работаете ли в настоящее время?	
Факторы риска	1.Семейная предрасположенность к катаракте	1.Семейная предрасположенность к катаракте
	2. Условия проживания (экологическая опасность)	2. Условия проживания (экологическая опасность)
	3. Длительное пребывание на солнце	3. Длительное пребывание на солнце
	4. УФ облучение	4. УФ облучение
Медицинский статус	1.Травмы глаз, контузии	1.Травмы глаз, контузии
	2. Сопутствующие заболевания глаз	2. Сопутствующие заболевания глаз
	3. Сопутствующая соматическая патология	3. Сопутствующая соматическая патология
	4. Вид катаракты	4. Вид катаракты
	5. Срок от постановки диагноза до обращения за хирургическим лечением	5. Срок от постановки диагноза до обращения за хирургическим лечением
		6. Лечение катаракты амбулаторное? (Да, Нет)
		7. Количество суток пребывания в стационаре

Разработанная нами анкета содержала несколько блоков вопросов, которая позволяла оценить социальное положение пациентов, соматический и глазной статус, особенности основного заболевания, а также время пребывания в стационаре после операции. Если время пребывания в стационаре составляло 0-1 сутки, считалось, что была выполнена операция одного дня.

Результаты анализа ответов пациентов на вопросы первой анкеты были описаны нами ранее [4]. В данной работе более детально остановимся на результатах анкетирования с использованием второй анкеты.

В результате обработки анкет были получены ответы на 39 вопросов, анализ которых дал возможность собрать анамнез, оценить соматическое состояние и глазной статус, социальное положение, материальные возможности, место проживания и его удаленность от больницы, выявить наличие у пациентов хронических заболеваний (ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарного диабета, заболеваний суставов, заболеваний органов дыхания, заболеваний щитовидной железы, забо-

леваний желудочно-кишечного тракта, заболеваний почек, других заболеваний. Кроме того, вопросы анкеты касались систематического употребления алкоголя и курения.

Дополнительные вопросы, введенные во вторую анкету, касались места проживания пациентов и их возможностей лечиться амбулаторно. Эти вопросы играют значительную роль, поскольку основной контингент больных составляют лица пожилого и старческого возраста, имеющие значительное количество сопутствующей патологии и, в ряде случаев, нуждающиеся в посторонней помощи для посещения больницы. После амбулаторной операции больные должны в течение нескольких дней посещать лечебное учреждение для контроля состояния и коррекции лечения.

Группа опрошенных с использованием второй анкеты пациентов состояла из 19 мужчин, средний возраст которых составил (63,7±16,7) года с размахом от 26 до 82 лет и 41 женщина, средний возраст которых составил (67,6±10,2) года с размахом от 32 до 85 лет.

Результаты исследований и их обсуждение

Анализ анкет показал, что 51 (85±4,6)% опрошенный пациент проживал в городе и только 9 (15±4,6)% – в сельской местности. Такое распределение пациентов в зависимости от места проживания обусловлено тем, что опрос проводился в городской, а не областной больнице.

Далеко от больницы проживало 33(55±6,4)% опрошенных, близко – 27 (45±6,4)%. На возможность амбулаторного лечения катаракты указали 50 (83±4,8)% опрошенных, 10 (17±4,8)% такой возможности не имели.

Все опрошенные пациенты имели возможность самостоятельно передвигаться.

Семейное положение, наличие в семье маленьких детей и тяжелобольных, за которыми нужен уход, также играют существенную роль при выборе стационарного или амбулаторного лечения катаракты. После операции больные должны определенное время соблюдать специальный щадящий режим, что является обязательным условием протекания послеоперационного периода без осложнений. Если пациент одинокий или в семье существует потребность ухода за кем-нибудь еще, должный режим соблюдать достаточно сложно. Среди опрошенных больных выявлено 22 (37±6,2)% человека не имеющих супруга, 21 (35±6,1)% человек из опрошенных проживает без семьи, у 3-х человек (5±2,8)% в семье имеются тяжелобольные, у 53 (88±4,2)% - маленькие дети.

Хорошее материальное положение, по результатам опроса, имели только 2 (3,3±2,2)% человека, удовлетворительное – 42 (70±5,9)% человека, плохое - 16 (26,7±5,7)% человек. Опрос, проведенный нами ранее (в 2013-2014 гг.) показал более оптимистичные результаты [4]. Так, хорошее материальное положение на момент опроса имели 15% больных, удовлетворительное – 70%, неудовлетворительным его считали 15% опрошенных. В 2016 году, в связи с ухудшением социально-экономического положения в стране, материальное положение пациентов ухудшилось, что необходимо учитывать при разработке системы оказания помощи больным катарактой.

Материальное положение во многом определяет возможность человека после амбулаторной операции приезжать в больницу на контрольные осмотры или для продолжения лечения в случае необходимости. Обычно пациенты с низкими материальными возможностями предпочитают находиться в стационаре, где они имеют возможность круглосуточно получать квалифицированную медицинскую помощь, питание и уход.

Оценка глазного статуса пациентов проводилась путем анализа ответов на вопросы о наличии у них высокой близорукости, глаукомы, заболеваний сетчатки и зрительного нерва, кроме того, учитывался вид катаракты (возрастная, травматическая, осложненная, лучевая, токсическая,

вызванная общими заболеваниями, врожденная) и степень ее зрелости. Среди опрошенных пациентов было 13 (21±5,2)% человек с высокой близорукостью, 11(18±4,9)% – с глаукомой, 9 (15±3,5)% – с заболеваниями сетчатки, 4 (7±3,3)% – зрительного нерва. Было установлено, что 31 (51±6,4)% пациент не имел глазной патологии, сопутствующей катаракте, 23(38±6,2)% – имели одно заболевание, 4 (7±3,3)% больных имели два заболевания, 2 (4±2,5)% – имели три сопутствующих глазных заболеваний. Анализ структуры сопутствующих катаракте глазных заболеваний показал, что наиболее распространенной патологией в группе опрошенных пациентов были близорукость и глаукома ((39±6,2)% от количества опрошенных).

Установлено, что систематически курят 10 (16±4,7)% опрошенных, употребление алкоголя все опрошенные отрицают. Незначительный процент курящих больных не позволяет считать этот фактор существенным для прогнозирования эффективности лечения при хирургии одного дня.

Распределение опрошенных пациентов в зависимости от вида катаракты было следующим: возрастная – 50(82±4,9)%, травматическая – 1(2±1,7)%, осложненная – 3 (5±2,8)%, лучевая – 1 (2±1,7)%, токсическая – 0, вызванная другими заболеваниями – 2 (4±2,5)%, врожденная – 3 (5±2,8)%. Таким образом, у основной массы опрошенных больных (82%) была возрастная катаракта.

По степени зрелости катаракты пациенты распределялись следующим образом: начальная катаракта – 8 (13±4,3)% пациентов, незрелая – 37 (60±7,8)%, зрелая – 16 (27±5,7)%. Полученное распределение пациентов в зависимости от степени зрелости катаракты соответствует результатам, полученным нами на больших выборках [3,4,5,14]. То, что большинство пациентов своевременно обратилось в лечебное учреждение (73% опрошенных имели начальную и незрелую катаракту), указывает на то, что их правильно информировали на этапе диагностики или они самостоятельно получили необходимые сведения об оптимальных сроках хирургического лечения катаракты. При современных технологиях фактоэмульсификации обращение на ранних стадиях катаракты способствует повышению результатов операции.

Оценка структуры сопутствующей заболеваемости опрошенных больных показала, что наиболее распространенными сопутствующими катаракте заболеваниями были ишемическая болезнь сердца - 35(57±6,4)% и гипертоническая болезнь – 38(62±6,3)% опрошенных. Кроме того у 28 (46±6,4)% больных имелись заболевания суставов, у 7 (11±4,0)% – сахарный диабет. Заболевания органов дыхания отметили 14 (23±5,4)% пациентов, щитовидной железы – 8

(13±4,3)%, ЖКТ – 15 (25± 5,6)%, почек – 10 (16±4,7)%. По большинству позиций результаты оценки сопутствующей патологии совпадают с полученными нами ранее [5,6]. Оценка соматической заболеваемости больных катарактой особенно актуальна в свете перехода на амбулаторное лечение, поскольку наличие патологии и систематический прием различных препаратов могут привести к возникновению послеоперационных осложнений.

Проведенные исследования подтверждают полученные нами ранее данные о медико-социальном статусе больных катарактой. По нашим данным, типичный для Украины больной катарактой – пациент, находящийся в возрастной группе старше 60 лет (обычно, старше 70 лет), имеющий детей и проживающий в семье. Материальное положение его среднее или плохое. Среди сопутствующей глазной патологии наиболее часто встречается глаукома и высокая близорукость, а среди соматической заболеваемости – гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и заболевания суставов. В большинстве случаев катаракта у пациента старческая.

Выводы

Полученные в результате проведенных исследований данные позволяют оценить перспективы и риски перехода на амбулаторное лечение катаракты. Так, хирургия одного дня даст возможность в значительной степени сократить конечный фонд больниц, что, в свою очередь, приведет к экономии средств на их содержание, экономии энергоресурсов, сокращению фонда заработной платы за счет сокращения количества вспомогательного персонала. В условиях финансовой автономии лечебных учреждений, освободившиеся в результате реорганизации и перехода на амбулаторное лечение средства могут быть потрачены на повышение их материально-технического уровня за счет приобретения нового оборудования и материалов, проведения ремонтов и реконструкции зданий.

С другой стороны, как показали проведенные исследования, в условиях Украины полный переход на амбулаторное лечение катаракты не представляется возможным. Это обусловлено низким уровнем доходов населения, большим возрастом основного контингента больных, наличием у них сопутствующей глазной и соматической патологии, которая может привести к развитию послеоперационных осложнений. Кроме того, больные могут проживать далеко от

лечебного учреждения, что затрудняет их проезд на консультацию или для продолжения амбулаторного лечения.

В современных условиях оптимальным подходом к проблеме перехода на амбулаторное лечение катаракты является предоперационная оценка риска развития послеоперационных осложнений и сохранение определенного количества стационарных коек для больных с высоким риском. Кроме того, необходим учет потребностей приезжих больных и лиц пожилого возраста, нуждающихся в лечении в условиях стационара.

Перспективой дальнейших исследований является разработка модели прогноза в потребности стационарного лечения на основе данных анамнеза и медико-социального статуса пациента.

Литература

1. Збітнева С.В. Захворюваність населення України на специфічні хвороби органа зору та очний травматизм / С.В. Збітнева // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2/3. – С. 153–159.
2. Катаракта. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу: www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_49_Katarakta.doc.
3. Ковтун М.И. Анализ гендерных особенностей сроков обращения за хирургической помощью при катаракте / М.И. Ковтун // Вестник проблем биологии и медицины. – 2012. – Вып. 4, Т. 2 (97). – С. 91–95.
4. Ковтун М.И. Медико-социальная характеристика больных катарактой / М.И. Ковтун // Вестник проблем биологии и медицины. – 2015. – Вып. 2, Т. 3 (120). – С. 135–139.
5. Ковтун М.И. Особенности организации офтальмологической помощи больным катарактой в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине / М.И. Ковтун // Архів офтальмології України. – 2015. – Т. 3, № 2. – С. 14–19.
6. Ковтун М.И. Результаты оценки структуры сопутствующей заболеваемости больных катарактой / М.И. Ковтун // Вестник проблем биологии и медицины. – 2012. – Вып. 4, Т.1 (96). – С.120–124.
7. Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності населення України на офтальмологічну патологію, її динаміка / Н.В. Медведовська // Сімейна медицина. – 2013. – № 3. – С. 107–108.
8. Організація офтальмологічної допомоги на сучасному етапі : довідник лікаря / за ред. С. О. Рикова. – Київ : Доктор медіа, 2008. – 357 с.
9. Офтальмологічна допомога в Україні за 2006–2011 роки (аналітично-статистичний довідник) / під ред. Р. О. Моїсеєнко. – Київ : Поліум, 2012. – 183 с.
10. Повч З. В. Урахування регіональних особливостей та динаміки захворюваності населення працездатного віку на хвороби ока та його додаткового апарату при формуванні заходів щодо їхньої профілактики на первинному рівні / З. В. Повч // Сімейна медицина. – 2014. – № 5. – С. 161–163.
11. Про систему офтальмологічної допомоги населенню України : наказ МОЗ України від 14.05.2013 р. № 372 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130514_0372.html.
12. Риков С. О. Сучасні гендерні особливості офтальмологічної патології серед дорослого населення України / С. О. Риков, Н. В. Медведовська // Сімейна медицина. – 2012. – № 3. – С. 93–95.
13. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Катаракта / Наказ МОЗ України від 28.01.2016р. № 49. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160128_0049.html
14. Kovtun M.I. Assessment result of cataract stages distribution and concomitant diseases structure / M.I. Kovtun // East European Scientific Journal. – 2016. – № 6, Vol. 1 – P. 48–52.

Реферат

ПЕРСПЕКТИВИ ТА РИЗИКИ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ

Ковтун М.І.

Ключові слова: катаракта, амбулаторне лікування, супутня захворюваність, післяопераційні ускладнення, медико-соціальна характеристика хворих.

Метою роботи був аналіз перспектив та ризиків переходу на амбулаторне лікування катаракти в сучасних умовах. Було проанкетовано 842 пацієнти, які звернулися за хірургічним лікуванням катаракти. Серед них 782 відповідали на питання скороченої анкети та 60 – більш розширеної. Встановлено, що типовий для України хворий на катаракту - пацієнт, що знаходиться у віковій групі старше 60 років (зазвичай, старше 70 років), має дітей і мешкає в сім'ї. Матеріальне становище його середнє або погане. Серед супутньої очної патології найчастіше зустрічається глаукома (18%) і висока короткозорість (21%), а серед соматичної захворюваності - гіпертонічна хвороба (62%), ішемічна хвороба серця (57%) і захворювання суглобів (46%). У більшості випадків катаракта у пацієнта стареча. Проведені дослідження підтвердили неможливість в сучасних умовах повного переходу на амбулаторне лікування катаракти. Оптимальним підходом вирішення цієї проблеми може стати передопераційна оцінка ризику розвитку післяопераційних ускладнень, урахування матеріальних можливостей і стану хворого та збереження певної кількості стаціонарних ліжок для хворих з високим ризиком ускладнень.

Summary

PROSPECTS AND RISKS OF OUTPATIENT MANAGEMENT OF CATARACT

Kovtun M.I.

Key words: cataract, outpatient treatment, concomitant morbidity, postoperative complications, medical and social characteristics of patients.

The aim of the study was to analyze the prospects and risks of transition to outpatient management of cataracts nowadays. The study enrolled 842 patients who sought for the surgical treatment of cataracts. Among them 782 answered questions of shortened questionnaire and 60 answered more completed questionnaire. This has enabled us to identify the social and medical profile of a typical patient with cataracts in Ukraine – this is a person usually over 70 years with middle or low income, has children and lives with the family. The most common concomitant eye diseases are glaucoma (18%) and high myopia (21%), while the most common somatic comorbidities include essential hypertension (62%), coronary artery disease (57%), and joint diseases (46%). Our study has shown impossibility to perform transition to outpatient treatment of cataracts nowadays. The best approach to solve this problem may be the preoperative assessment of the risk of postoperative complications, taking into account the financial possibilities and the condition of the patient and the preservation of a certain number of hospital beds for patients with high risk of complications.

УДК 616.127-005.8-092:616.61-035.2

Копица Н.П., Вишневецкая И.Р., Петюнина О.В., Гилёва Я.В.

РОЛЬ РОСТОВОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ 15 В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» г. Харьков

Ростовой фактор дифференцировки 15 (РФД 15), обладая противовоспалительным действием, в то же время является маркером реагирования сердца на стресс – перегрузку давлением, ишемией, реперфузией, в результате чего происходит поражение почек. Его уровень может повышаться еще раньше, чем уровень креатинина. В статье отображен алгоритм прогнозирования острого повреждения почек у больных с острым коронарным событием на основании прогностической модели, которая включает в себя возраст больного, фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и уровень РФД 15. Указанная модель позволяет прогнозировать риск формирования острого повреждения почек с чувствительностью 96% и специфичностью 68%.

Ключевые слова: прогнозирование острого повреждения почек, острый инфаркт миокарда, РФД 15.

Работа является фрагментом НИР «Розробка сучасних моделей стратифікації ризику та визначення персоналізованих профілактичних заходів виникнення раптової серцевої смерті у хворих після перенесеного гострого коронарного синдрому», № гос. регистрации 0114U001167.

Вступление

Острое повреждение почек (ОПП) охватывает широкий спектр: от умеренного до тяжелого ухудшения функции почек. Данные канадского регистра Global Registry of Acute Coronary Events The (GRACE) свидетельствуют о том, что у больных инфарктом миокарда (ИМ) при уровне

скорости клубочковой фильтрации (СКФ) от 30 до 60 мл/мин/1,73 м² риск смерти повышается в 2,09 раза, при СКФ <30 мл/мин/1,73 м² – почти в 4 раза. Особенно неблагоприятен прогноз в ранние сроки после инфаркта: госпитальная летальность у больных с хронической болезнью почек (ХБП) составляет 21% по сравнению с 6-