

Аливердиева М.А.¹, Линденбратен А.Л.²

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (на примере глаукомы): СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ

¹ ГБОУ ДПО РМАПО Министерства здравоохранения РФ

² ФГБНУ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко.

Резюме. В работе представлены современные медико-организационные аспекты всех этапов диспансеризации хронических заболеваний (скрининг, углубленное обследование, лечение и мониторинг) на примере глаукомы. Проведен анализ данных анкетирования врачей офтальмологов первичного звена и ретроспективный анализ данных амбулаторных карт пациентов.

Ключевые слова: диспансеризация, скрининг, глаукома.

Актуальность. Идея раннего выявления болезни или предболезненного состояния у внешне здоровых людей лежит в основе диспансеризации, а вернее, это является первой задачей диспансеризации, за которой должны следовать: своевременное начало лечения и качественное динамическое наблюдение за хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) – только в этом случае диспансеризацию можно назвать эффективной государственной программой. Соответствует ли действующая на данный момент модель диспансеризации взрослого населения этим требованиям? Чтобы ответить на данный вопрос, нами была проведена оценка медико-организационных аспектов системы диспансеризации на примере глаукомы, являющейся, согласно Порядку диспансеризации, одной из основных причин инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации. Выявленные нами проблемы, с одной стороны, отражают картину диспансеризации ХНИЗ в общем, и, с другой стороны, в отечественной литературе вопрос диспансеризации глаукомы проработан в значительно меньшей степени, чем по другим заболеваниям, приводящим к инвалидности и преждевременной

смертности, что и явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования: оценить современные медико-организационные аспекты диспансеризации определенных групп взрослого населения на примере глаукомы.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 392 амбулаторных карт (а/б) всех пациентов, обратившихся в 1 филиал ГКБ им.Боткина в 2013 год; разработана анкета для врачей-офтальмологов амбулаторно-поликлинического звена, включающая 38 вопросов; проведено анонимное анкетирование всех врачей-офтальмологов первичного амбулаторно-поликлинического звена, проходящих курсы повышения квалификации на базе кафедры «Офтальмологии» ГБОУ ДПО РМАПО (2014-2015 годы). Общее количество врачей-респондентов - 62 человека.

Результаты: Диагноз «впервые выявленная ПОУГ» подтвердился в 39% (153 а/б карт), и, соответственно, в 61% (239 а/б карт) диагноз ПОУГ не подтвердился. Дальнейший анализ относится лишь к пациентам с впервые выявленной ПОУГ: средний возраст пациентов составил 73 ($\pm 6,7$) года; на I стадии ПОУГ выявлено 94 пациента (62%), на II- 34 пациента (22%), на III-20 пациентов (13%) и на IV-5 пациентов (3%), то есть в 84% случаев глаукома была выявлена на ранней стадии.

Кроме того, было проведено анкетирование 62 врачей-офтальмологов, из которых: 39 врачей работают в Москве, 5 - в Подмосковье, 18 - в регионах. Средний стаж работы врачом-офтальмологом составил 20 лет (от 5 до 54 лет). В результате анкетирования врачей установлено, что на данный момент чаще глаукома в их клинической практике выявляется на ранней стадии (20 отметили I стадию, 39- I-II и 3 врача-респондента- II-III стадию), что соответствует полученным нами данным в ходе ретроспективного анализа амбулаторных карт. Большинство респондентов (42 врача, 68%) отметили, что в клинической практике выявляют глаукому чаще при самостоятельном обращении пациентов по поводу снижения зрения, а в ходе диспансеризации чаще выявляют глаукому 20 врачей (32%). Вместе с тем, 35 врачей (56%) отмечают, что введение пневмотонометрии в рамках всеобщей диспансеризации позволило увеличить выявление глаукомы на ранней стадии в их клинической

практике; 13 врачей (21%), что глаукома выявляется чаще, но на поздних стадиях; 14 врачей (23 %) считают, что введение пневмотонометрии в рамках всеобщей диспансеризации не повлияло на выявление глаукомы в их клинической практике. В целом эффективной существующую систему диспансеризации считают 24 врача (39%), неэффективной-39 (61%).

В анкете было предложено расположить в порядке значимости недостатки существующей системы диспансеризации больных глаукомой от 1 до 8: на 1 место практически все врачи поставили недостаток времени для полноценного обследования пациентов; на 2 место- формальность системы диспансеризации в государственных учреждениях; практически одинаковое число баллов набрали - отсутствие необходимого оборудования для постановки диагноза (3 место) и недостаток врачей-офтальмологов в амбулаторно-поликлинических учреждениях (4 место); на 5 место - недостаточную информированность населения о проведение диспансеризации; на 6 место - акцент на выявление глаукомы, без должного обеспечения остальных этапов диспансеризации; на 7 - отсутствие ответственности и заинтересованности в результатах диспансеризации врачей; наименее значимый недостаток - отсутствие должного контроля эффективности диспансеризации и оценки этапных результатов (8 место).

Показательно, что 57 из 62 врачей (92%) считают недостаточным время, выделенное на осмотр пациентов с подозрением на глаукому: чтобы полноценно обследовать пациента 14 врачам (23%) необходимо 30 мин, 38 врачам(61%) - 45 мин, 10 врачам (16%) - 1 час. При этом среднее время, которое они реально могут выделить на приеме составило 14,5 минуты (от 7 до 20 минут). На вопрос «Как Вы решаете проблему нехватки времени для полноценного осмотра?» 13 врачей (21%) выбрали из предложенных ответов, что проводят только те обследования, на которые хватает времени; 19 врачей (31%) - направляют в консультативно-диагностический центр (КДЦ); 30 врачей (48%)- проводят обследование в несколько приемов. В среднем 15 врачам необходимо 2 приема для обследования пациента, 35 врачам- 3 приема, 12 врачам – больше 3 приемов; ни один врач не выбрал ответ - 1 прием. Врачи также должны были отметить те методы исследования, которые

реально проводят при обследовании пациентов с подозрением на глаукому. В результате анализа ответов, установлено, что 54 врача (87%) не выполняют все регламентированные манипуляции, включенные в стандартный протокол обследования. Мы также просили отметить то оборудование, которое имеется у них на рабочем месте и то оборудование, которое им хотелось бы иметь. Во всех анкетах было отмечено как имеющееся базовое оборудование, необходимое для полноценного обследования пациентов с подозрением на глаукому. Из недостающего оборудования отмечали компьютерный периметр (при имеющемся ручном периметре Ферстера) и высокотехнологичное оборудование (HRT, OCT). При этом считают, что оборудование, которое имеется в медицинской организации, в которой работает врач-респондент, достаточно для полноценного обследования пациента с подозрением на глаукому на уровне амбулаторно-поликлинического звена - 36 врачей (58%); недостаточным считают 26 врачей (42%).

В следующем вопросе, где нужно было отметить, в каких случаях врач-респондент направляет пациента на углубленное обследование в консультативно-диагностический центр (КДЦ), были предложены следующие ответы: сомнения в диагнозе – отметили 18 врачей (29%); всех пациентов с подозрением на глаукому/с впервые выявленной открытоугольной глаукомой – 20 врачей (32%), из-за нехватки времени для полноценного осмотра - 15 врачей (24%), из-за недостатка оборудования для постановки диагноза- 9 врачей (15%). При этом, 37 врачей-респондентов считают, что в КДЦ в среднем в 75-100% подтверждается диагноз ПОУГ; 20 врачей, что подтверждается в 50-75%, ответ 25-50% выбрали 5 врачей.

Динамическое наблюдение пациентов с глаукомой 4 раза в год проводят 39 врачей; 3 раза в год-17 врачей; 2 раза в год - 6 врачей, однако чаще проводиться лишь визометрия и тонометрия. Важно, что 29 врачей отметили, что медсестра связывается по телефону с пациентами, не являющихся на динамические осмотры, 5 врачей связываются сами.

Выводы: Если рассматривать медицинские аспекты, выявленные в ходе исследования, то положительным является то, что глаукома чаще диагностируется на ранней стадии, что и определяет большие шансы на сохранение зрения; пациенты проходят повторные

осмотры 3-4 раза в год и при этом есть механизм связи с пациентами, которые не приходят на повторные осмотры. Полученные данные в определенной степени являются обнадеживающими, учитывая, что чем раньше выявлена ПОУГ и назначено лечение, тем благоприятнее прогноз заболевания. Однако, есть и негативные факторы. В первую очередь, следует отметить низкое качество первичных и, особенно, повторных осмотров. Данный аспект связан с организационными аспектами: врачи могут выделить на своем приеме лишь от 7 до 20 мин., что недостаточно для полноценного осмотра и влияет не только на качество осмотра (практически во всех анкетах осмотр не соответствует стандартному протоколу обследования), но и приводит к нерациональному перераспределению нагрузки на специализированные медицинские центры, об этом свидетельствуют как данные анкетирования врачей, так и данные ретроспективного анализа а/к, где лишь в 31% случае подтвердился диагноз ПОУГ. Для примера, в КДЦ 1 филиала ГKB им. Боткина запись ведется на 4 месяца вперед, то есть с момента первичного осмотра до установления окончательного диагноза и, соответственно, начала лечения проходит около полугода и это в том случае, если пациент согласен приходить повторно и ждать обследования, а при глаукоме время - дорого, так как потерянное зрение восстановить уже невозможно.

Амлаев К.Р., Муравьева В.Н., Зафировва В.Б.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩЕЙСЯ
МОЛОДЕЖИ И ИНФОРМИРОВАННОСТИ В ВОПРОСАХ
ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

Ставропольский государственный медицинский университет

Контакты для переписки: vasilisa-zafirova@yandex.ru

Резюме. В статье представлены результаты изучения образа жизни учащейся молодежи г. Ставрополя и их грамотности в вопросах профилактики туберкулеза. Выявлено, что на образ жизни молодежи