

Міністерство охорони здоров'я України  
Харківський національний медичний університет

**ПОВЧ ЗОРЕСЛАВА ВАСИЛІВНА**

УДК : 617.7-007.681-081-039.57-082/.084-058.8:614.2:362.121

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ РОЗВИТКУ ГЛАУКОМИ ТА  
ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ ЇЇ ПЕРВИННОЇ  
ПРОФІЛАКТИКИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Харків - 2015



Дисертацією є рукопис

Робота виконана в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**Науковий консультант:** доктор медичних наук Медведовська Наталія Володимирівна Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, науково-організаційний відділ Інституту сімейної медицини, завідувач

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор **Лехан Валерія Микитівна**, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор **Сайдакова Наталія Олександрівна**, ДУ «Інститут урології НАМН України», відділ епідеміології і організаційно-методичної роботи, завідувач відділу

Захист відбудеться «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2015 року, о 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 при Харківському Національному медичному університеті МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4, корпус А, конференційна зала.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського Національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4.

Автореферат розісланий «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2015 року

Учений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
кандидат медичних наук, доцент

Л.І. Чумак

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність дослідження.** Охорона зору населення є ваговою медико-соціальною проблемою, вирішення якої потребує подальшого розвитку системи профілактики, своєчасної діагностики, лікування та реабілітації. За даними ВООЗ у світі спостерігається тенденція до зростання кількості випадків сліпоти та слабобачення (Н. А. Quigley, 2006; В. А. Bengtsson, 2008; WHO, 2008; А. С. Day, 2012).

Необхідність пошуку ефективних шляхів збереження та зміцнення здоров'я населення обумовила прийняття політики ВООЗ „Здоров'я для всіх” (ЗДВ) та програми «Зір: 2020». Одним із її завдань визначено збереження офтальмологічного здоров'я населення з позицій узагальнення досвіду попередження розвитку безповоротної втрати зорових функцій на основі міжнародних, міжрегіональних порівнянь ефективності обраних стратегій.

В багатьох країнах, в тому числі з високим економічним рівнем розвитку і в тому числі охорони здоров'я, провідною причиною невиліковної сліпоти продовжує залишатися глаукома. Відсоток сліпоти спричиненої патологією останні 10 років тримається на рівні 14-21%. В 2010 році в світі кількість хворих на глаукому склала близько 100 млн. осіб, при цьому з них, сліпих внаслідок глаукоми – 12,3 млн. осіб (Є. С. Лібман, Є. В. Шахова, 2005; С. О. Риков, 2010; S. С. Meta, 2012). Аналіз даних літератури свідчить, що в Україні найчастіше зустрічаються відкритокутова глаукома (61,7%) та змішана (16,5%) її форми. Серед хворих на глаукому у 53,0% відмічається відсутність її компенсації, а 38,3% мають незворотні морфо-функціональні зміни (С. О. Риков, 2013; О. П. Вітовська 2013).

В плані реалізації Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою в Україні розроблена організаційна система надання медичної допомоги пацієнтам з глаукомою, яка включає діагностику, фармакотерапію, хірургічне лікування та медичну їх реабілітацію з метою досягнення максимального рівня відновлення втрачених зорових функцій (С. О. Риков, О. П. Вітовська, 2010).

У той же час недостатньо уваги приділяється виявленню сучасних факторів ризику, що мають вплив на виникнення глаукоми та динаміку розвитку патологічного процесу, недостатньо вивчена якість життя таких хворих. Труднощі полягають у: пізньому зверненні пацієнтів з офтальмогіпертензією за медичною допомогою, низькому рівні обізнаності населення про глаукому, повільному впровадженні сучасних методів первинної профілактики та діагностики захворювання в практичну діяльність первинної ланки медичної допомоги в особі лікаря загальної практики-сімейного лікаря. Особливого значення набуває профілактика захворювання, яка на сьогодні не зайняла належного місця в системі надання медичної допомоги зазначеному контингенту, фрагментарно представлена в інформаційних ресурсах.

Невизначеність підходів до первинної профілактики глаукоми в системі офтальмологічної допомоги, особливо на рівні первинної ланки, починаючи з лікаря загальної практики-сімейного лікаря, який повинен бути обізнаним щодо її реалізації, мати достатнє інструментальне, методичне забезпечення для визначення ризику розвитку захворювання, обумовила необхідність проведення даного дослідження, визначила його мету і завдання.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційна робота є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт ДУ „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”: «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України на 2012-2014 рр.», термін виконання 2012-2014 рр. № державної реєстрації 0112U002809, у підготовці якої автор, як виконавець безпосередню брала участь.

**Мета дослідження** – обґрунтувати, розробити та впровадити детермінантно орієнтовану оптимізовану модель первинної профілактики глаукоми в практичну діяльність лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

**Завдання дослідження**, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Вивчити за даними літератури вітчизняний та зарубіжний досвід щодо медико-соціальних аспектів глаукоми та підходів до організації надання медичної допомоги;

2. Провести аналіз динаміки основних статистичних показників за класом хвороб ока та придаткового апарату і, зокрема глаукоми, серед різних вікових груп дорослого населення, в гендерному аспекті та в розрізі основних адміністративних територій України;

3. Виявити та оцінити впливовість факторів ризику виникнення глаукоми, розробити методіку визначення ступеня індивідуального ризику розвитку захворювання та вибору адекватної тактики ведення таких пацієнтів;

4. Дослідити вплив глаукоми на якість життя хворих в різному віці та в залежності від стадії захворювання;

5. Обґрунтувати, розробити та впровадити детермінантно орієнтовану оптимізовану модель первинної профілактики глаукоми в практичній діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря, оцінити її ефективність.

Науковою базою дослідження стали амбулаторно-поліклінічні відділення п'яти закладів охорони здоров'я м. Києва. Для суцільного дослідження (оцінки статево-вікових та регіональних особливостей захворюваності та поширеності глаукоми) – усі адміністративно-територіальні одиниці України.

*Об'єкт дослідження* – стан офтальмологічного здоров'я дорослого населення України, система профілактики та надання медичної допомоги офтальмологічним хворим.

*Предмет дослідження* – захворюваність, поширеність за класом хвороб ока та придаткового апарату, фактори ризику розвитку глаукоми серед дорослого міського населення, детермінанти якості життя хворих на глаукому, модель первинної профілактики глаукоми на амбулаторно-поліклінічному рівні.

**Методи дослідження.** Реалізація мети і завдань дослідження потребувала використання комплексу взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів, спрямованих на отримання об'єктивних і достовірних результатів, основою яких став системний підхід. У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження:

-бібліосемантичний – для вивчення світового та вітчизняного досвіду щодо досліджуваної проблеми;

-епідеміологічний – для визначення регіональних відмінностей у стані офтальмологічного здоров'я дорослого населення та детермінант його формування;

-соціологічний – для вивчення точки зору пацієнтів та організаторів охорони здоров'я стосовно стану, проблем та шляхів удосконалення первинної профілактики глаукоми серед дорослого населення з урахуванням сучасних факторів ризику її виникнення та якості життя пацієнтів з діагнозом глаукома;

-статистичний – для аналізу регіональної диференціації офтальмологічної патології та глаукоми серед дорослого населення України, визначення обсягу спостережень у соціологічних, експертних дослідженнях, а також оцінки вірогідності їх результатів;

-концептуального моделювання – для розробки детермінантно орієнтованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми серед дорослого населення з урахуванням її сучасних факторів ризику, встановленням індивідуального ступеня ризику виникнення глаукоми в практиці сімейного лікаря,

- експертних оцінок – для визначення переваг та оцінки ефективності запропонованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми в практичній діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що вперше в Україні:

–виявлені сучасні особливості динаміки захворюваності та поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед різних верств дорослого населення в розрізі регіонів України, які проявилися у вигляді різної інтенсивності змін – зростанням первинної захворюваності та поширеності офтальмологічної патології з тенденцією до зниження первинної захворюваності на глаукому при суттєвому прирості її поширеності серед працездатного населення;

–доведено достовірний вплив на виникнення глаукоми низки детермінант (спадкової схильності, наявності у пацієнта супутніх захворювань, таких як гіпертонічна хвороба, дистонії та різні судинні порушення, цукрового діабету, міопії, шкідливих звичок, зокрема куріння, недостатня тривалість нічного сну, не раціональність харчування та медико-організаційні фактори надання офтальмологічної амбулаторно-поліклінічної допомоги);

–визначені вагові коефіцієнти факторів ризику глаукоми, що мають доведений вплив на її формування, розроблена методика розрахунку індивідуального прогностичного ризику розвитку захворювання;

–обґрунтовано принцип розподілу хворих на групи ризику розвитку глаукоми, базовою основою якого є наявність несприятливих факторів, запропоновано новий підхід до об'єктивізації визначення строків та обсягів профілактичних офтальмологічних обстежень, етапності надання медичної допомоги;

–підтверджено, що з віком та стадією прогресування хвороби зростає негативна тенденція змін якості життя хворих на глаукому, доведено, що вона більшою мірою проявляється спочатку в сфері психологічного, а згодом і фізичного її компонентів;

–обґрунтована концепція оптимізації профілактичної медичної допомоги хворим на глаукому, заснована на елімінації та /або зменшенні впливу найбільш значущих чинників розвитку цього захворювання;

–розроблена детермінантно орієнтована оптимізована модель первинної профілактики глаукоми для практики сімейного лікаря.

**Теоретичне значення роботи** полягає у доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині вчення про збереження офтальмологічного здоров'я дорослого населення в аспекті здійснення активно-конструктивної профілактики глаукоми на первинному рівні медичного забезпечення.

**Практичне значення результатів дослідження** полягає в тому, що:

- в результаті синтезу та аналізу отриманих даних для сімейних лікарів запропоновані чіткі критерії визначення ступеня індивідуального ризику виникнення глаукоми для розподілення дорослого населення дільниці у відповідні групи;

- динаміка розподілу пацієнтів за групами ризику є об'єктивним інструментом оцінки роботи по первинній профілактиці хвороби;

- впровадження оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми спрямоване на ефективне проведення своєчасної комплексної первинної профілактики для попередження безповоротних втрат зорових функцій в трудоактивному віці.

Впровадження результатів роботи здійснено:

а) *на галузевому рівні* при підготовці:

- наказу МОЗ України від 14.05.2013 № 372 «Про систему офтальмологічної допомоги населенню України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25.06.2013 за № 1051/23583, зокрема в частині розробки Положення про методичне забезпечення порядку проведення долікарського офтальмологічного скринінгу, розробки та затвердження обсягів, методик діагностичної і лікувальної допомоги в офтальмологічному кабінеті поліклініки (лист МОЗ України від 01.09.14 № 285-14/1);

- методичних рекомендацій, затверджених МОЗ України: Оптимізація первинної профілактики глаукоми в практиці сімейного лікаря : методичних рекомендації / уклад.: Н.В. Медведовська, З.В. Повч; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – К., 2013. – 32 с.

б) *на регіональному рівні* шляхом запровадження окремих елементів моделі оптимізації первинної профілактики глаукоми в роботу амбулаторно-поліклінічних відділень закладів охорони здоров'я (10 актів впровадження); у навчальний процес на кафедрах офтальмології, сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

**Особистий внесок здобувача.** Автор самостійно здійснила інформаційний пошук за проблемою, розробила програму наукового дослідження, визначила його мету та завдання, методологічні основи, методичні підходи та методи для їх вирішення, розробила анкети для соціологічних досліджень, карти експертної оцінки оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми. Проведено збір, викопіювання первинної документації, аналіз отриманої інформації, сформовано бази даних з їх статистичним опрацюванням. Автор самостійно узагальнювала результати комплексної характеристики стану офтальмологічного здоров'я дорослого населення, згрупувала адміністративні території за характером епідеміологічних змін за класом хвороб ока та додаткового апарату, в т.ч.

глаукоми; організувала і приймала участь у проведенні соціологічного опитування щодо виявлення факторів ризику глаукоми, якості життя пацієнтів; в результаті узагальнення розробила методичку індивідуальної оцінки ризику розвитку порушень зору, визначила концептуальні підходи до оптимізації первинної профілактики глаукоми на рівні лікаря загальної практики-сімейного лікаря, розробила відповідну модель та оцінила її ефективності. Результати дослідження, наукові положення та висновки знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Ідеї та розробки співавторів колективно опублікованих робіт у дослідженні не використовувалися.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на науково-практичних форумах різних рівнів. Зокрема, на міжнародному рівні: науково-практичній конференції «Сьогодення та майбутнє сімейної медицини» (м. Київ, 2014р.); «Актуальні досягнення медичних наукових досліджень в Україні та країнах ближнього зарубіжжя» (м. Київ, 2014р.); «Нові досягнення у галузі медичних та фармацевтичних наук» (м. Одеса, 2014 р.).

**Публікації.** Основні результати дисертаційного дослідження знайшли відображення в 14 публікаціях, у т.ч. 1 – стаття у фаховому зарубіжному виданні, 5 – одноосібних у фахових наукових виданнях, рекомендованих МОН України, 2 – окремі розділи монографії, 4 – матеріали науково-практичних конференцій, 1 – в інших наукових виданнях, одні методичні рекомендації.

**Обсяг та структура роботи.** Дисертаційна робота викладена на 200 сторінках машинописного тексту, з них обсяг основного тексту – 147 сторінок. Складається із вступу, шести розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних джерел (303 найменування, із них 200 кирилицею, 103 англомовні), містить 23 таблиці, 17 малюнків, 3 додатки.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У *вступі* обґрунтовано актуальність теми дисертаційного дослідження, сформульовано його мету та завдання, визначено об'єкт, предмет та методи дослідження, викладено наукову новизну, теоретичне та практичне значення отриманих результатів, їх апробацію, особистий внесок здобувача та публікації.

У *першому розділі* «Поширеність глаукоми, її медико-соціальні аспекти та підходи до організації надання медичної допомоги (огляд літератури)» з використанням бібліосемантичного методу вивчено 303 джерела світової і вітчизняної наукової літератури, щодо характеристики офтальмологічного здоров'я дорослого населення України, якості життя пацієнтів з офтальмологічною патологією. Проведений аналітико-синтетичний аналіз існуючих підходів до організації профілактики та надання медичної допомоги офтальмологічним хворим в Україні та за кордоном.

У *другому розділі* представлені програма, обсяги та методи дослідження. Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми з використанням методу системного підходу.



Для реалізації завдань дослідження програмою передбачено шість організаційних етапів (рис. 1). Перший етап висвітлює досвід економічно розвинутих країн світу, країн СНД та України з проблем організації надання медичної допомоги хворим на глаукому. Акцентувалась увага на поширеності патології, медико-соціальних факторах її виникнення та прогресування, своєчасному виявленні, попередженні розвитку ускладнень глаукоми. Надавалось значення дослідженням якості життя хворих з офтальмологічною патологією, вивченню сучасних підходів до профілактики глаукоми. Аналіз інформаційних ресурсів здійснювався за допомогою контент аналізу, структурно-логічного та бібліосемантичного методів дослідження.

На третьому етапі дослідження вивчалась динаміка первинної захворюваності та поширеності класу хвороб ока та придаткового апарату, і зокрема, глаукоми за період 2008-2013 рр., виявлено характер їх тенденцій в регіональному аспекті з урахуванням гендерних особливостей та віку.

Первинним матеріалом були звітні форми №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу».

На четвертому етапі дослідження виявлені та систематизовані сучасні фактори ризику виникнення глаукоми, отримано кількісну оцінку їх впливу на формування патології, обґрунтовано методику обрахунку індивідуального ризику глаукоми з розподілом пацієнтів на групи, з відповідною кратністю та обсягами профілактичних, діагностичних обстежень.

Об'єктом спостереження на даному етапі були 820 респондентів, з них до основної групи віднесено 402, до контрольної – 418 осіб у віці 18 років і старше. Вірогідність різниці за основними параметрами між групами порівняння визначалася за критерієм  $\chi^2$

П'ятий етап програми дослідження передбачав вивчення якості життя хворих на глаукому за даними аналізу відповідей, отриманих за результатами опитування, інструментом якого став адаптований опитувальник «Medical Outcomes Study 36–Item Short Form Health Survey» (SF–36). Репрезентативність опитування забезпечена 412 випадками. Вони за типологічною ознакою (встановлення діагнозу глаукома) були відібрані із генеральної сукупності хворих

м. Києва, які звернулися за допомогою впродовж 2013 р. (N = 1442,0). Групу контролю склали «умовно» здорові особи, які не мали офтальмологічної патології: усього 100 осіб, по 50 осіб працездатного та старше працездатного віку.

Під час виконання досліджень четвертого та п'ятого етапів забезпечена конфіденційність інформації про респондентів, заповнення ними анкет відбувалося після огляду лікаря-офтальмолога та інструктажу про мету проведення опитування.

Статистичну обробку результатів дослідження проведено з використанням методів статистичного аналізу, реалізованих у пакетах ліцензійних прикладних програм «EXCEL», «STATISTICA 8.0».

Шостий, заключний, етап полягав в узагальненні результатів попередніх етапів дослідження з обґрунтуванням шляхів оптимізації первинної профілактики

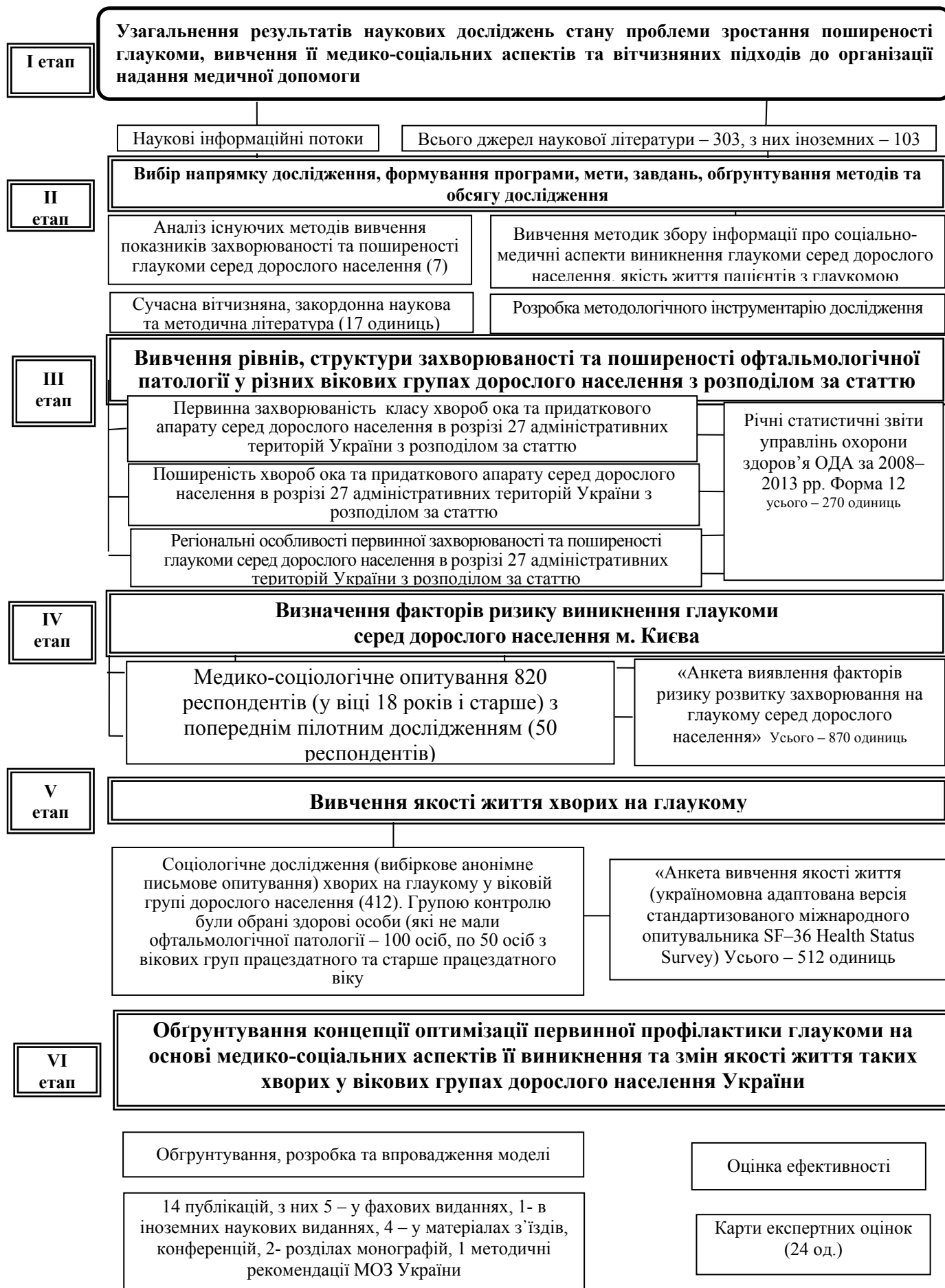


Рис. 1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

глаукоми з урахуванням медико-соціальних аспектів її виникнення та змін якості життя хворих після встановлення діагнозу глаукоми у вікових групах дорослого міського населення. Сформульовано організаційну технологію оптимізації первинної профілактики глаукоми з застосуванням елімінації та/або зменшенні впливу найбільш значущих чинників ризику цього захворювання, в якій провідна роль належить лікарю загальної практики-сімейному лікарю та молодшому персоналу з медичною освітою, який працює в його підпорядкуванні.

Запропонована детермінантно орієнтована оптимізована модель первинної профілактики глаукоми, подаються відомості щодо її переваг та результатів впровадження, доповнені результатами експертної оцінки оптимізованої моделі, здійсненої 24 експертами за спеціально розробленою картою експертного опитування. До складу експертної групи, відповідно до міжнародних вимог, увійшли: організатори охорони здоров'я регіонального рівня, керівники структурних підрозділів та Головні позаштатні спеціалісти МОЗ за фахом «Офтальмологія», «Загальна практика – сімейна медицина» – 9, науковці – 9, лікарі загальної практики – сімейні лікарі – 3 та пацієнти, хворі на глаукому – 3. У процесі опитування було забезпечено попереднє інформування експертів з застосуванням відкритої дискусії. Середній їх вік становив  $54,5 \pm 2,7$  роки, загальний стаж роботи в медичній галузі –  $28,5 \pm 2,1$  років, загальний стаж роботи за спеціальністю –  $24,5 \pm 2,2$  років. Серед експертів переважали спеціалісти з вищою (85,2%) кваліфікаційною категорією із них 9 доктори та 10 кандидати медичних наук. Для оцінки узгодженості думок експертів використовувався коефіцієнт конкордації (W).

Розроблена програма, обраний комплекс сучасних методів наукового дослідження при обсягах, що забезпечили одержання репрезентативних результатів, дозволили зробити об'єктивні висновки, які стали основою обґрунтування запропонованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми в практиці сімейного лікаря, проведеного на основі комплексного медико-соціального аналізу сучасних аспектів глаукоми з урахуванням впливу визначених факторів ризику її виникнення та змін якості життя хворих, особливістю якої є персоніфікований підхід та об'єктивізована етапність медичної допомоги.

У *третьому розділі* «Вивчення сучасних статеві-вікових, регіональних особливостей захворюваності, поширеності офтальмологічної патології та глаукоми в Україні» отримані результати засвідчили тенденції до неспинного зростання у 2009-2013 рр. захворюваності та поширеності хвороб ока та додаткового апарату серед населення. Зокрема, рівень захворюваності зріс як серед всього населення України (+2,86%), так й серед дорослого населення (+2,7%) працездатного (+2,8%) та старше працездатного віку (+0,7%). Рівень поширеності хвороб ока та додаткового апарату продовжує зростати, як серед всього населення (+ 2,9%), так і серед дорослого (+ 3,2%), в т.ч. працездатного (+ 3,0%), старше працездатного (+1,0%) віку. Найвищі показники поширеності цього класу хвороб в 2013 р. (рис. 2) виявлені серед дорослого населення м. Києва (13 213,2), Дніпропетровської (11 684,0), Чернігівської (11 290,5), Рівненської (11 186,9), Харківської (10 954,3), Львівської (10 944,3) та Одеської (9 928,3 на



Рис. 2. Картограма поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед дорослого населення України (на 100 тис. дорослого населення), 2013 рік.

100 тис. дорослого населення) та областей. Відмінності між крайніми показниками – 2,2 разу ( $p < 0,001$ ).

В ході вивчення виявлені гендерні особливості динаміки первинної захворюваності, поширеності хвороб ока та придаткового апарату. Вони засвідчили переважання темпів зростання цих показників серед жіночого населення (+ 3,4% та + 4,1% відповідно) із виявленими тенденціями до зростання більшості з них, тоді як серед чоловічого населення первинна захворюваність (+ 0,01%) та поширеність (– 0,8%) за цим класом хвороб залишилися майже без змін. В структурі захворюваності дорослого населення за класом хвороб ока та придаткового апарату глаукома складає 1,81%, зокрема серед чоловіків – 2,1%, серед жінок – 1,8%.

За період дослідження зменшилась кількість вперше виявлених випадків глаукоми серед дорослого населення, як чоловічої (–4,0%), так і жіночої (–2,2%) статі. В результаті рівень первинної захворюваності став менше на 11,2% при одночасному зростанні поширеності (+14,9%) цієї нозології.

Високими виявилися значення показника поширеності глаукоми в 2013 р. серед дорослого населення Чернігівської (989,1), Дніпропетровської (806,9) та Харківської (790,2) областей при середньому по Україні – 650,9 на 100 тис. дорослого населення. Спостерігаються також й високі значення поширеності хвороб ока та придаткового апарату у вищевказаних регіонах (11 290,5; 11 6854,0;

10 954,3 відповідно, при середньому по Україні значенні 8 968,0 на 100 тис. дорослого населення).

Таким чином, в Україні має місце накопичення хворих з патологією ока та додаткового апарату, в тому числі на глаукому, особливо осіб жіночої статі, що підкреслює важливість вирішення медико-соціального питання своєчасного надання їм медичної допомоги, адекватної профілактики та реабілітації. Виділення областей, які потребують підвищеної уваги є важливим в плані прийняття відповідних першочергових клініко-організаційних заходів та управлінських рішень для зміни ситуації.

У четвертому розділі дисертації «Виявлення та оцінка факторів ризику виникнення глаукоми» визначені та за допомогою методу факторного аналізу досліджені несприятливі фактори ризику розвитку глаукоми, сформовані в групи: соціально-економічні, соціально-гігієнічні, медико-біологічні та медико-організаційні. Визначальною серед них виявилася група медико-біологічних чинників. Для відбору осіб в групи ризику, в першу чергу, необхідно зосередитись наступних факторах, що мають вірогідний вплив та збільшують шанси виникнення глаукоми серед дорослого населення: не раціональність харчування (OR=2,05;  $p<0,0001$ ), недостатня тривалість нічного сну (OR=2,97;  $p<0,0001$ ), обтяжений спадковий анамнез по глаукомі (OR=16,95;  $p<0,0001$ ), наявність супутніх захворювань, таких як гіпертонічна хвороба, дистонії та різні судинні порушення (OR=10,15;  $p<0,0001$ ), цукрового діабету (OR=5,31;  $p<0,0001$ ), міопії (OR=4,89;  $p<0,0001$ ), шкідливих звичок, таких як куріння (OR=1,81;  $p<0,001$ ).

При оцінці медико-організаційних факторів ризику розвитку глаукоми виявилось, що хворі на глаукому частіше, ніж пацієнти з контрольної групи, незадоволені офтальмологічною допомогою наданою в поліклініці як сімейним лікарем (OR=3,18;  $p<0,001$ ), так і лікарем офтальмологом в поліклініці за місцем проживання (OR=1,85;  $p<0,001$ ), частіше засвідчували байдуже ставлення медичного персоналу до їх проблем із зором (OR=1,75;  $p<0,001$ ) та вважають рівень профілактичної роботи, зокрема щодо глаукоми, недостатнім (OR=1,75;  $p<0,001$ ).

Для визначення індивідуального ризику глаукоми розраховані нормовані інтенсивні показники (НІПи) та вагові індекси кожного з факторів (табл. 1). Значення величини вагового індексу фактора ризику свідчить про його вагу впливу на ймовірність розвитку глаукоми в діапазоні можливого мінімального і максимального значення їх суми від  $\Sigma K \cdot \text{НІП}_{\max} = 35,56$  до  $\Sigma K \cdot \text{НІП}_{\min} = 7,28$ .

Об'єктивізовано і запропоновано для впровадження розподіл пацієнтів за наявністю факторів ризику на 3 підгрупи: I – пацієнти з високою сумарною бальною оцінкою ризику глаукоми ( $\Sigma K \cdot \text{НІП} = 25,0 - 35,56$ ), яким рекомендовано профілактичні офтальмологічні огляди на первинному рівні надання медичної допомоги за участю лікаря загальної практики-сімейного лікаря не рідше 1 разу на 3-6 місяців; II – пацієнти з середньою сумарною бальною оцінкою ризику глаукоми ( $\Sigma K \cdot \text{НІП} = 16,0 - 24,99$ ), яким рекомендовано профілактичні офтальмологічні огляди на первинному рівні надання медичної допомоги за

**Фактори ризику глаукоми, їх НІПи та вагові індекси**

Фактори	Ознака	Основна група P±m	Нормовані інтенсивні показники (НІПи)	Вагові індекси (К)
Стать	1. чоловіки	46,3±1,6	0,46	1,2
	2. жінки	53,7±1,7	0,54	
Вік	1. 30-39.	3,1±0,9	0,03	12,0
	2. 40-49	19,2±1,4	0,19	
	3. 50-59	26,6±2,3	0,27	
	4. 60-69	36,3±1,7	0,36	
	5. 70 і старше	14,9±2,8	0,15	
Перебування на свіжому повітрі	1. 2 год. і більше	71,9±2,8	0,72	2,6
	2. менше 2-х год.	28,1±0,9	0,28	
Харчування	1. раціональне	38,3±1,7	0,38	1,6
	2. не раціональне	61,7±2,5	0,62	
Сон	1. 5 год.	7,2±1,4	0,07	16,5
	2. 6 год.	33,1±0,9	0,33	
	3. 7 год.	29,1±0,9	0,29	
	4. 8 год.	24,6±2,3	0,25	
	5. 9 год.	3,7±2,5	0,04	
	6. 10 год.	2,2±1,4	0,02	
ГРВІ	1. 1-2 рази на рік	68,4±1,9	0,68	11,3
	2. 3 і більше разів на рік	25,4±1,9	0,25	
	3. не хворію	6,2±1,4	0,06	
Гіпертонія, дистонія та судинні порушення	1. так	89,1±0,9	0,89	8,1
	2. ні	10,9±2,8	0,11	
Ендокринні порушення	1. так	28,4±1,9	0,28	2,6
	2. ні	71,6±2,3	0,72	
Міопія	1. так	28,9±2,8	0,29	2,4
	2. ні	71,1±0,9	0,71	
Куріння	1. так	48,1±0,9	0,48	1,1
	2. ні	51,7±2,5	0,52	
Глаукома у сім'ї	1. так	29,4±1,9	0,29	2,4
	2. ні	70,6±2,3	0,71	
Частота відвідування офтальмологічного кабінету	1. 1 раз на рік	22,6±2,3	0,23	3,2
	2. 2 рази на рік	14,9±2,8	0,15	
	3. 1 раз на 2 роки	14,7±2,5	0,15	
	4. рідше ніж 1 раз на 2 р.	47,8±2,6	0,48	

участю лікаря загальної практики-сімейного лікаря не рідше 1 разу на 6-9 місяців; III – пацієнти з низькою сумарною бальною оцінкою ризику глаукоми ( $\Sigma K \cdot \text{НІП} = 7,28 - 15,99$ ), в даному випадку профілактичні офтальмологічні огляди на первинному рівні надання медичної допомоги здійснюються лікарем загальної практики-сімейним лікарем не рідше 1 разу на рік.

Такий підхід до формування груп ризику дозволяє уніфікувати, і водночас, індивідуалізувати профілактично-оздоровчу, лікувально-діагностичну медичну

допомогу в кожному конкретному випадку та об'єктивізувати оцінку її результатів в динаміці.

У *п'ятому розділі* «Дослідження якості життя хворих на глаукому» продемонстровано зниження показників якості життя у хворих на глаукому в порівнянні з контрольною групою. Встановлені між ними статистично значимі відмінності в параметрах якості життя за шкалою SF-36, зокрема щодо: фізичного та соціального функціонування ( $p < 0,001$ ), змін самосприйняття загального стану здоров'я ( $p < 0,001$ ), енергійності, рольових обмежень внаслідок емоційних проблем ( $p < 0,001$ ). В групі хворих на глаукому середня підсумкова оцінка рівня якості життя склала 511,52 і була нижче, порівняно з контрольною групою – 831,1 бали на 38,5%. Ці відмінності проявляються як в сфері фізичного так і психологічного компонентів, що підтверджує наявність негативного впливу глаукоми на якість життя пацієнтів. Доведено, що показники якості життя

у хворих на глаукому знижуються з віком та стадією розвитку захворювання.

Показано, що вивчення якості життя у зазначеній категорії інформативно забезпечує функцію «зворотного зв'язку» з пацієнтом та є підґрунтям для розробки плану ведення таких хворих з урахуванням їх індивідуальних особливостей та суб'єктивної оцінки власного стану здоров'я.

У *шостому розділі* «Наукове обґрунтування оптимізації моделі первинної профілактики глаукоми» на основі узагальнення передового міжнародного та вітчизняного досвіду, рекомендацій ВООЗ, діючої нормативно-правової бази та результатів власних досліджень, обґрунтовані концептуальні детермінантно орієнтовані підходи до оптимізації первинної профілактики глаукоми та розроблена відповідна їй модель для первинного рівня медичного забезпечення. Запропонована етапність первинної профілактики глаукоми, базовою основою якої є формування та запровадження високого рівня доступності профілактичних офтальмологічних обстежень для комплексного вирішення проблеми охорони зору на первинному рівні надання медичної допомоги.

Впроваджені етапи стали ключовими в роботі сімейного лікаря, а саме:

1) широке інформування громадськості на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях щодо знань симптомів глаукоми, факторів ризику її розвитку, формування потреби у необхідності своєчасного проходження профілактичних обстежень;

2) планування та координація профілактичних обстежень з урахуванням та в залежності від наявності факторів ризику розвитку глаукоми;

3) формування груп ризику з кратністю проведення профілактичних обстежень відповідно віку. Так, особи з групи ризику по глаукомі обстежуються з 35-річного віку з обов'язковою візометрією та тонометрією (на відміну від раніше існуючих підходів, коли перше вимірювання внутріочного тиску відбувалося в 40 років). Пацієнтам з високим індивідуальним ризиком показано проведення профілактичних оглядів кожні 6, 9 місяців. Особи, які не віднесені до групи ризику та не мають скарг на порушення зорових функцій, починаючи з 40 років, обстежуються 1 раз на три роки;

4) систематичне проведення поточної реєстрації пацієнтів з фіксацією результатів дослідження їх гостроти зору, вимірювання внутріочного тиску (візометрії та тонометрії), що проводяться лікарем загальної практики-сімейним лікарем. Виявлення груп ризику по глаукомі може здійснювати сімейний лікар, лікар-терапевт, та лікар офтальмолог;

5) організація впровадження сімейним лікарем принципів первинної профілактики глаукоми з визначенням організаційного інструменту, формуванням інформаційного фонду та бази даних;

6) оцінка ефективності впровадження моделі первинної профілактики глаукоми серед дорослого працездатного населення через аналіз динаміки груп ризику, показників первинної захворюваності на глаукому, планування заходів подальшої персоніфікованої профілактики.

Суб'єктом управління детермінантно орієнтованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми є головні лікарі; заступники головних лікарів та завідувачі відділень медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу; головні позаштатні спеціалісти міського/обласного/галузевого рівнів, як профільні фахівці за клінічною спеціальністю. В їх функції входить планування, організація, координація, мотивація, ресурсне забезпечення, в т.ч. якісної кадрової складової (навчання персоналу), моніторинг, організація освітніх заходів по роботі з населенням, прийняття та контроль виконання управлінського рішення щодо оптимізації профілактики глаукоми.

Об'єктом управління є медичний персонал закладів, який надає первинну медичну допомогу, безпосередньо лікарі загальної практики-сімейні лікарі та населення. Функціональні обов'язки якого передбачають: безпосереднє здійснення профілактичних заходів на первинному рівні надання медичної допомоги; планування; моніторинг; аналіз результатів; участь в організації та проведенні освітніх заходів по роботі з населенням; безперервне підвищення свого кваліфікаційного рівня (володіння сучасними знаннями та методиками первинної профілактики).

Для блоку наукового регулювання, який покладається на асоціацію офтальмологів, мережу антиглаукомних кабінетів, головних позаштатних спеціалістів, галузеві та регіональні органи управління, визначені наступні основні функції: забезпечення директивною нормативною інформацією (стандарти, уніфіковані, локальні протоколи надання медичної допомоги, накази, розпорядження по службі), сучасними науковими джерелами інформації (науково-метричні бази даних щодо первинної профілактики глаукоми); створення і підтримка ведення реєстрів пацієнтів з глаукомою та осіб, віднесених до групи ризику по глаукомі; обґрунтування доцільності прийняття регіональних програм профілактики; організації зворотного зв'язку, роботи наукових товариств, науково-практичних конференцій, нарад, колегій, семінарів тощо.

Невід'ємними складовими оптимізованої детермінантно орієнтованої моделі первинної профілактики глаукоми, яка втілена на практиці, стали компоненти:



удосконалення функціональних обов'язків існуючих організаційних структур, активно-конструктивних принципів профілактики, кадрового та матеріально-технічного забезпечення, наукового супроводу (рис. 3.).

Акцент на первинну профілактику здійснюється через широке інформування громадськості, організацію та проведення профілактичних заходів на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях, надання усних настанов і друкованих пам'яток щодо факторів ризику глаукоми, організацію та проведення Днів профілактичної медицини тощо.

Посилення напрямку активно-конструктивної профілактики передусім спрямоване на формування активної саногенної позиції особистості, і відбувається в першу чергу через організаційно-правове забезпечення системи офтальмологічної допомоги, виявлення факторів ризику із формуванням відповідних груп ризику, кожна з яких забезпечує визначену кратність та обсяг проведення діагностичних профілактичних обстежень з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів. Поточна реєстрація та облік результатів досліджень, сприятиме реалізації положень профілактики з моніторингом її показників на первинному рівні. Вищенаведене вимагає відповідного кадрового, матеріально-технічного забезпечення та наукового супроводу.

Зокрема кадрова складова передбачає безперервну освіту медичного персоналу, офтальмологів з питань первинної профілактики глаукоми, підготовку волонтерів (переважно серед студентської молоді).

Знайшли подальший розвиток та набули якісно нового змісту видозмінені елементи моделі первинної профілактики глаукоми, такі як: ініціювання та проведення акцій (День здоров'я, День здорового зору, тощо); поширення серед пацієнтів та членів їх родин пам'яток щодо профілактики глаукоми; залучення студентів ВМНЗ та волонтерів для надання оздоровчо-профілактичної підтримки пацієнтам з порушенням функцій зору для своєчасного їх скерування до лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Впровадження детермінантно орієнтованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми довело свою медичну та соціальну ефективність. Актуалізація активності звернень населення з метою проведення профілактичних офтальмологічних обстежень, призвела до зростання первинної захворюваності серед дорослого населення м. Києва (з 61,1 у 2008 р. (абс. 1386 випадків) до 61,8 на 100 тис. відповідного населення (абс. 1442 випадки) з одночасним зростанням поширеності глаукоми (з 684,8 до 843,9 на 100 тис. відповідного населення, або +23,2% ). Такі дані підтверджують зростання поінформованості населення з приводу глаукоми і, як результат, кількості свідомих звернень за медичною, в тому числі профілактичною допомогою.

За період з моменту законодавчого затвердження (наказ МОЗ України від 14.05.2013 р. № 372 «Про систему офтальмологічної допомоги населенню України») запропонованих пропозицій щодо оптимізації первинної профілактики



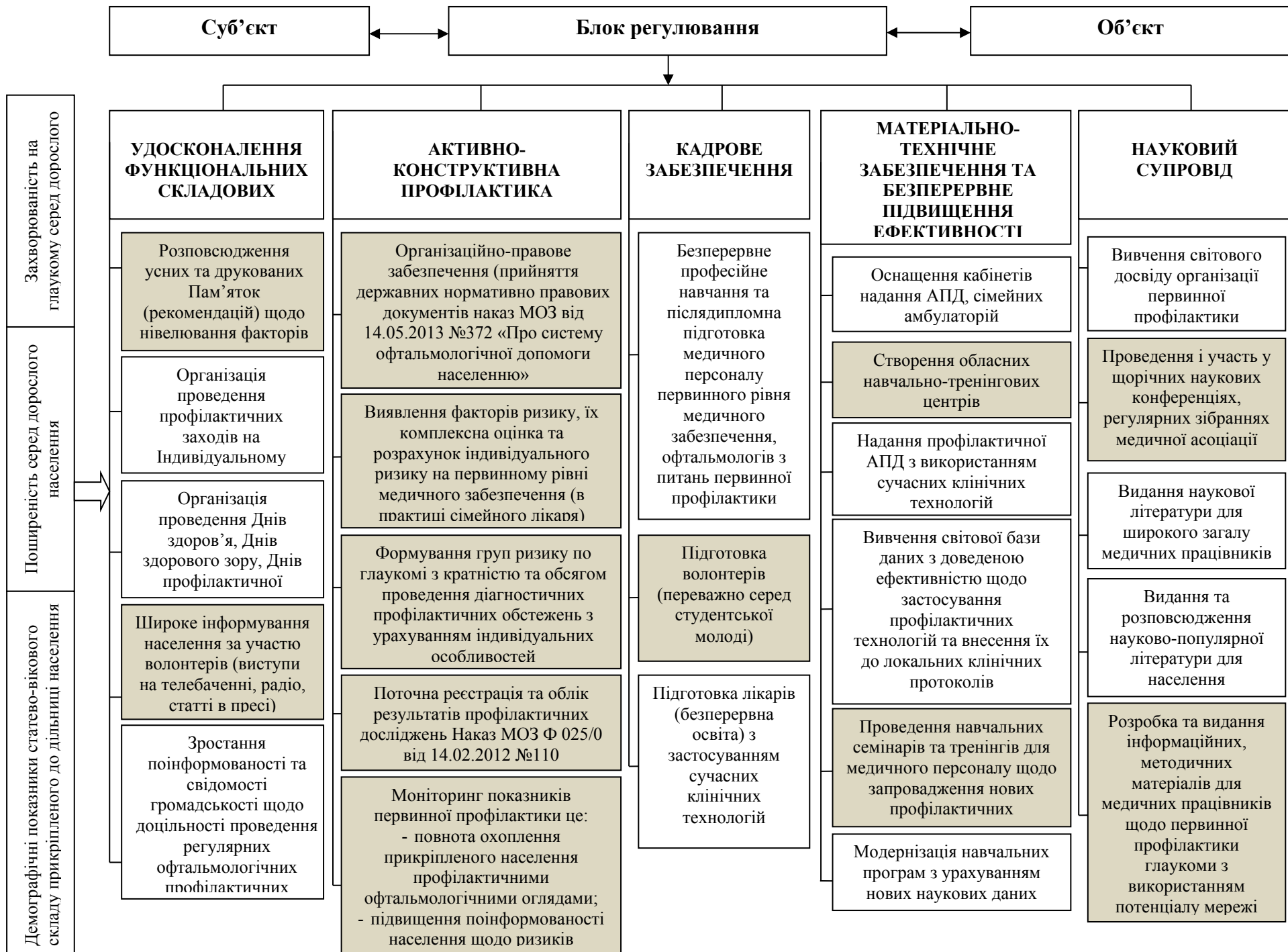


Рис. 3. Компоненти детермінантно орієнтованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми в практиці сімейного лікаря

глаукоми до 1 січня 2014 р. в закладах охорони здоров'я м. Києва, що визначені базовими, було виявлено 262 випадки глаукоми у пацієнтів в віці з 35 до 40 років. За розрахунками, проведеними з урахуванням значень валового регіонального продукту на одного мешканця м. Києва, економічний ефект від запровадження оптимізованої моделі протягом 6 місяців 2013 р. склав 6,43 млн. грн. Згідно відомостей бази даних обліку таких випадків, налагодженого в глаукомному кабінеті консультативної поліклініки Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока», станом на 01.01.2015 р. було зареєстровано більше 2000 таких випадків, що засвідчило доцільність подальшого широкого впровадження запропонованої моделі, незаперечний позитивний медичний, соціальний та економічний ефект якої полягає у реальній можливості попередити настання безповоротної втрати зорових функцій серед осіб молодого працездатного віку.

Позитивна оцінка та високий рівень узгодженості висновків експертів щодо достатньої наукової обґрунтованості запропонованих інноваційних, існуючих але змінених та доповнених функціонально, елементів моделі, доцільності їх впровадження в систему охорони здоров'я України, дозволяє рекомендувати її для використання у всіх регіонах України. Загальна експертна оцінка оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми за 10-ти бальною шкалою отримала  $9,6 \pm 0,085$  балів, в тому числі щодо: дієвості –  $9,5 \pm 0,1$ ; профілактичної спрямованості –  $9,8 \pm 0,09$ ; етапності організації –  $9,3 \pm 0,07$ ; доступності –  $9,6 \pm 0,08$  балів. Коефіцієнт конкордації (узгодженості думок та ставлення експертів до запропонованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми на первинному рівні надання медичної допомоги) становив 0,833, що вказує на високу їх узгодженість у своєму рішенні.

Таким чином, запропонована детермінантно орієнтована оптимізована модель первинної профілактики глаукоми відповідає сучасним вимогам посилення профілактичного вектору надання медичної допомоги населенню, розроблена із застосуванням теорії системності, на основі персоніфікованого підходу, узгоджується із сучасними міжнародними принципами та стратегією профілактики. Вона позитивно оцінена експертами в цілому, має медичну, соціальну та економічну ефективність за результатами впровадження, не потребує суттєвих структурно-організаційних змін та додаткового бюджетного фінансування, оскільки передбачає лише функціональний перерозподіл обов'язків між медичним персоналом на первинному рівні. Вищенаведене дозволяє рекомендувати використання оптимізованої моделі у всіх регіонах України.

## **ВИСНОВКИ**

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено недосконалість первинної профілактики глаукоми, обмежені можливості задоволення потреб населення у доступній, безпечній і своєчасній, економічно ефективній профілактичній офтальмологічній допомозі. У дисертації наведено теоретичне узагальнення та шляхи вирішення актуального питання – обґрунтування, розробка детермінантно орієнтованої оптимізованої моделі первинної

профілактики глаукоми, на основі виявлення та нівелювання факторів ризику з передбаченим персоніфікованим підходом в практичній діяльності сімейного лікаря, результати впровадження якої довели медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду засвідчує, що організація надання медичної допомоги пацієнтам з офтальмологічною патологією, зокрема глаукомою, не забезпечує вирішення питань профілактики. Недосконаліми визнані організаційні принципи первинної профілактики глаукоми, рівень яких починається з лікаря загальної практики-сімейного лікаря, який повинен мати достатнє інструментальне та методичне забезпечення для визначення ризику розвитку захворювання на первинному рівні системи офтальмологічної допомоги.

2. Простежено зростання поширеності класу хвороб ока та придаткового апарату серед дорослого населення на 3,2% (з 8 681,1 до 8 968,0 на 100 тис. дорослого населення), глаукоми – на 14,9% (з 566,2 до 650,9 відповідно); захворюваності в цілому за класом – на 2,8% (з 3 252,0 до 3 343,2 відповідно) при одночасному суттєвому її зменшенні (на 11,2%) з приводу глаукоми (з 68,2 до 60,5 відповідно), як серед працездатного населення – на 11,7% (з 20,5 до 18,1 відповідно), так і серед населення старше працездатного віку – на 14,2% (з 180,9 до 155,2 відповідно). Виявлено регіональні особливості поширеності, захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату дорослого населення, виявлені адміністративні території, яким впродовж спостереження притаманні найвищі їх рівні (м. Київ, Харківська, Рівненська, Дніпропетровська області), а також гендерні особливості, що проявилися зростанням поширеності та первинної захворюваності серед жіночого населення на 4,1% та 3,4% відповідно, на протигагу тенденціям серед чоловічого (-0,8% та +0,01% відповідно). Водночас, серед жінок та чоловіків мало місце зменшення первинної захворюваності на глаукому (на 2,2% та 4,0% відповідно) і зростає її поширеність (на 14,4% та 8,0% відповідно).

3. Доведено, що наявність судинної патології (гіпертонічної хвороби, дистоній, судинних порушень) збільшує шанси захворіти на глаукому (OR=10,15;  $p<0,0001$ ), великою є ймовірність її виникнення (OR=16,95;  $p<0,0001$ ) у осіб, які мають обтяжений глаукомою спадковий анамнез, цукровий діабет (OR=5,31;  $p<0,0001$ ), міопію (OR=4,89;  $p<0,0001$ ), часто хворіють на ГРВІ (OR=1,80;  $p<0,01$ ), мають низьку самооцінку власного здоров'я (OR=1,45;  $p<0,001$ ), курять (OR=1,81;  $p<0,001$ ), не висипаються (OR=2,97;  $p<0,0001$ ) (тривалість нічного сну менше 8 годин на добу), харчуються не раціонально (OR=2,05;  $p<0,0001$ ), віддають перевагу пасивному відпочинку (OR=1,40;  $p<0,05$ ) та рідко відвідують офтальмологічний кабінет (рідше рази на 2 роки) (OR=2,0;  $p<0,001$ ).

4. Виявлена низька задоволеність пацієнтів з глаукомою офтальмологічною допомогою особливо за умов її надання в поліклініці сімейним лікарем (OR=3,18;  $p<0,001$ ) та офтальмологом в поліклініці за місцем проживання (OR=1,85;  $p<0,001$ ). Порівняно із контрольною групою, пацієнти основної групи частіше засвідчували байдуже ставлення медичного персоналу до їх проблем із зором (OR=1,75;  $p<0,001$ ) та вважали рівень профілактичної роботи, зокрема щодо глаукоми, недостатнім (OR=1,75;  $p<0,001$ ).

5. Розроблено методику визначення індивідуального ризику розвитку глаукоми, яка дозволяє на первинному рівні формувати групи профілактики з диференційованим підходом до кратності та об'єму проведення профілактичних офтальмологічних обстежень. Індивідуальна кількісна оцінка за сумарною величиною наявних чинників ризику розвитку глаукоми склала основу об'єктивізованого виділення груп ризику, диспансерного спостереження та визначення ефективності профілактики глаукоми в практичній діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

6. Показано, що вивчення якості життя хворих на глаукому інформативно забезпечує функцію «зворотного зв'язку» з пацієнтом, доведена перевага появи змін спочатку психологічної, а потім фізичної її компоненти, що є підґрунтям для розробки індивідуального плану ведення таких хворих із залученням як медичної, так і соціальної служб. Підтверджено, що показники якості життя у хворих на глаукому знижуються з віком та стадією розвитку захворювання. В основній групі хворих середнє підсумкове значення рівня якості життя склало 511,52, і було нижче на 38,5%, ніж в контрольній (831,1 бали) групі.

7. Обґрунтована та розроблена детермінантно орієнтована оптимізована модель первинної профілактики глаукоми, яка базується на принципі персоніфікованого підходу і передбачає формування груп ризику, забезпечує високий рівень доступності профілактичних офтальмологічних обстежень для комплексного вирішення проблеми охорони зору на первинному рівні надання медичної допомоги, що сприятиме збереженню якості життя та офтальмологічного здоров'я хворих з глаукомою, зниженню захворюваності та інвалідності. Запропонована модель не передбачає структурних змін системи охорони здоров'я, що дозволяє впроваджувати її в інших регіонах України.

8. Запровадження детермінантно орієнтованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми довело її медико-соціальну ефективність із щорічним економічним ефектом 6,43 млн. грн. Завдяки зростанню поінформованості населення, збільшилася кількість свідомих звернень за профілактичною медичною допомогою, в результаті серед дорослого населення м. Києва зросла первинна захворюваність (з 61,1‰ до 61,8‰, в абс. з 1386,0 до 1442,0 випадків, або + 4,0%) та поширеність (з 684,8‰ до 843,9‰, або +23,2%). Експертна оцінка моделі засвідчила її профілактичну спрямованість ( $9,8 \pm 0,09$ ), етапність ( $9,3 \pm 0,07$ ), доступність ( $9,6 \pm 0,08$ ), а також прогнозу економічну ефективність за рахунок очікуваного зниження рівня інвалідності внаслідок глаукоми, завдяки її своєчасному виявленню.

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Повч З. В. Первичная профилактика глаукомы и особенности организации оказания первичной медицинской помощи таким пациентам в Украине / З.В. Повч // Вестник Киргизской государственной медицинской академии. — 2015. — №1. — С. 111-115.

2. Повч З. В. Динаміка та регіональні особливості захворюваності населення України на хвороби ока та його придаткового апарату / З.В. Повч // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. — 2014. — № 3(61). — С. 35-41.

3. Повч З. В. Оптимізація первинної профілактики глаукоми як вектор посилення профілактичного напрямку в офтальмології / З.В. Повч // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. — 2014. — № 4(62). — С. 8-11.

4. Повч З. В. Регіональні та гендерні особливості поширеності глаукоми, як інформаційне підґрунтя розробки регіональних профілактичних програм та технологій / З.В. Повч // Україна. Здоров'я нації. — 2014. — №4(32). — С. 24-30.

5. Повч З. В. Урахування регіональних особливостей та динаміки захворюваності населення працездатного віку на хвороби ока та його придаткового апарату при формуванні заходів щодо їхньої профілактики на первинному рівні / З.В. Повч // Сімейна медицина. — 2014. — №5 (55). — С. 161-163.

6. Повч З. В. Якість життя хворих на глаукому / З.В. Повч // Сімейна медицина. — 2014. — №6. — С. 120-122.

7. Оптимізація первинної профілактики глаукоми в практиці сімейного лікаря : методичних рекомендації / уклад.: Н.В. Медведовська, З.В. Повч; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». — К., 2013. — 32 с.

*Опубліковані праці апробаційного характеру:*

8. Повч З. В. Алгоритм первинної профілактики глаукоми в практичній діяльності сімейного лікаря / З.В. Повч // Медична наука та практика XXI століття: Міжнародна науково-практична конференція, 6-7 лютого 2015 р. : зб. тез наукових робіт учасників. — Київ: «Київський медичний науковий центр», 2015.— С. 110-113.

9. Повч З. В. Важливість своєчасного виявлення факторів ризику глаукоми в буденній практиці сімейного лікаря / З.В. Повч // Нові досягнення у галузі медичних та фармацевтичних наук : Міжнародна науково-практична конференція, 21-22 листопада 2014 р. : зб. наук. статей. — Одеса., 2014. — С. 113-115.

10. Повч З. В. Динаміка регіональних та гендерних особливостей захворюваності на глаукому, як інформаційне підґрунтя планування заходів її профілактики на первинному рівні / З.В. Повч // Актуальні досягнення медичних наукових досліджень в Україні та країнах ближнього зарубіжжя : Міжнародна конференція, 3-4 жовтня 2014 р. : зб. наук. статей. — Київ., 2014. — С. 97-100.

11. Підходи до удосконалення профілактики глаукоми з урахуванням регіональних особливостей її поширеності серед різних вікових груп населення України / З.В. Повч // Здоров'я суспільства. — 2014. — №1-2. — С. 79.

*Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:*

12. Крапивина А. А. Гендерні особливості стану здоров'я дорослого населення України / А. А. Крапивина, З.В. Повч, О.Л. Загрядська // Щорічна

доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012. — Київ, 2013. — С.68-75.

13. Карамзіна Л. А. Динаміка стану здоров'я дорослого населення України / Л. А. Карамзіна, З. В. Повч В., Я.В. Кметюк // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012. — Київ, 2013. — С.41-47.

14. Сучасні регіональні особливості та динаміка захворюваності на глаукому дорослого населення України, її гендерні аспекти / З.В. Повч // Здоров'я суспільства. — 2014. — №1-2. — С. 36-40.

## АНОТАЦІЯ

**Повч З. В. Медико-соціальні детермінанти розвитку глаукоми та обґрунтування оптимізованої моделі її первинної профілактики в практиці сімейного лікаря. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2015.

Дисертація присвячена обґрунтуванню, розробці та впровадженню детермінантно орієнтованої оптимізованої моделі первинної профілактики глаукоми в практичній діяльності сімейного лікаря.

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено недосконалість функціонування первинної профілактики глаукоми щодо виявлення факторів ризику її виникнення та нівелювання їх впливу, обмежені можливості задоволення потреб населення у доступній, безпечній і своєчасній, економічно ефективній профілактичній офтальмологічній допомозі.

Обґрунтовано шляхи оптимізації моделі первинної профілактики глаукоми, в якій передбачено персоніфікований підхід до визначення індивідуального ризику розвитку глаукоми, що дозволяє на первинному рівні формувати групи ризику з диференційованим підходом до кратності та об'єму проведення профілактичних офтальмологічних обстежень. Впроваджена оптимізована модель передбачає формування високого рівня доступності профілактичних офтальмологічних обстежень для комплексного вирішення проблеми охорони зору на первинному рівні надання медичної допомоги, що дозволить попередити погіршення стану офтальмологічного здоров'я та якості життя хворих з глаукомою.

Запропонована модель не потребує суттєвих структурно-організаційних змін та додаткового бюджетного фінансування, що дозволяє впроваджувати її в інших регіонах України

**Ключові слова:** глаукома, фактори ризику, первинна профілактика, формування груп ризику.



## АННОТАЦИЯ

**Повч З. В. Медико-социальные детерминанты развития глаукомы и обоснование оптимизированной модели ее первичной профилактики в практике семейного врача. – Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, Харьков, 2015.

Диссертация посвящена обоснованию, разработке и внедрению детерминантно ориентированной оптимизированной модели первичной профилактики глаукомы в практическую деятельность семейного врача.

Комплексным медико-социальным исследованием установлено несовершенство функционирования первичной профилактики глаукомы относительно выявления факторов риска ее возникновения и нивелирования их влияния, ограниченные возможности удовлетворения потребностей населения в доступной, безопасной и своевременной, экономически эффективной профилактической офтальмологической помощи.

Доказано, что наличие сосудистой патологии (гипертонической болезни, дистоний, сосудистых нарушений) увеличивает шансы заболеть глаукомой (OR=10,15;  $p<0,0001$ ), увеличивается вероятность ее возникновения у лиц с отягощенным наследственным анамнезом (OR=16,95;  $p<0,0001$ ), больных сахарным диабетом (OR=5,31;  $p<0,0001$ ), миопией (OR=4,89;  $p<0,0001$ ), часто болеющих ОРВИ (OR=1,80;  $p<0,01$ ), которые имеют низкую самооценку собственного здоровья (OR=1,45;  $p<0,001$ ), курят (OR=1,81;  $p<0,001$ ), не высыпаются (OR=2,97;  $p<0,0001$ ), не рационально питаются (OR=2,05;  $p<0,0001$ ), отдают предпочтение пассивному отдыху (OR=1,40;  $p<0,05$ ) и редко посещают офтальмологический кабинет (OR=2,0;  $p<0,001$ ).

Определена низкая удовлетворенность пациентов с глаукомой офтальмологической помощью, особенно в условиях ее оказания в поликлинике семейным врачом (OR=3,18;  $p<0,001$ ) и офтальмологической помощью по месту проживания (OR=1,85;  $p<0,001$ ). Пациенты основной группы, в сравнении с контрольной группой, чаще свидетельствовали о равнодушном отношении медицинского персонала к их проблемам со зрением (OR=1,75;  $p<0,001$ ) и считали уровень профилактической работы, в частности касательно глаукомы, недостаточным (OR=1,75;  $p<0,001$ ).

Разработана методика определения индивидуального риска развития глаукомы, применение которой позволяет на первичном уровне формировать группы профилактики с дифференцированным подходом к кратности и объемам проведения профилактических офтальмологических обследований.

Показано, что изучение качества жизни больных глаукомой информативно обеспечивает функцию обратной связи с пациентом, доказаны преимущественные изменения вначале психологического, а затем и физического ее компонентов, что может быть базисом для разработки индивидуального плана ведения таких больных с привлечением как медицинских, так и социальных служб. Получено

подтверждение прогрессирующего изменения показателей качества жизни с возрастом и стадией развития патологического процесса.

Обоснованы подходы к оптимизации модели первичной профилактики глаукомы, в которой предусмотрено персонализированный подход к определению индивидуального риска развития глаукомы, что позволяет на первичном уровне формировать группы профилактики с дифференцированным подходом к кратности и объему проведения профилактических офтальмологических обследований.

Внедрение детерминантно ориентированной оптимизированной модели первичной профилактики глаукомы показало ее медико-социальную и экономическую эффективность, увеличилось количество сознательных обращений за профилактическими медицинскими услугами, в результате которой среди взрослого населения г. Киева выросла первичная заболеваемость и распространенность глаукомы. Экспертная оценка оптимизированной модели подтвердила ее профилактическую направленность ( $9,8\pm 0,09$ ), этапность ( $9,3\pm 0,07$ ), доступность ( $9,6\pm 0,08$ ), а также прогнозную экономическую эффективность за счет ожидаемого снижения уровня бесповоротной потери зрительных функций благодаря ее своевременному выявлению.

**Ключевые слова:** глаукома, факторы риска, первичная профилактика, формирование групп риска.

## SUMMARY

**Povch Z. V. Medico-social determinants of development of glaucoma and justification of the optimized model of its primary prevention in practice of the family doctor. – The manuscript.**

The thesis on receiving scientific degree of the candidate of medical sciences in the specialty 14.02.03 – social medicine. – Kharkov national medical university MZ of Ukraine, Kharkov, 2015.

The thesis is devoted to justification, development and deployment of the optimized focused on determinants model of primary prevention of glaucoma in practical activities of the family doctor.

Complex medico-social research established imperfection of functioning of primary prevention of glaucoma concerning detection of risk factors of its emergence and leveling of their influence, limited opportunities of satisfaction of needs of the population for available, safe and timely, economically effective preventive ophthalmologic help.

Approaches to optimization of model of primary prevention of glaucoma in which it is provided the personified approach to definition of individual risk of development of glaucoma that allows to form at primary level groups of prevention with the differentiated approach to frequency rate and volume of carrying out preventive ophthalmologic inspections are proved.

**Key words:** glaucoma, risk factors, primary prevention, formation of groups of risk.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗПМСД	– заклади первинної медико-санітарної допомоги
ЄС	– Європейський союз
ЛЗП/СЛ	– лікар загальної практики – сімейний лікар
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
ОЗ	– охорона здоров'я
ООН	– Організація об'єднаних націй
СНД	– співдружність незалежних держав
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту
США	– Сполучені Штати Америки
ФАП	– фельдшерсько-акушерський пункт
ЦРЛ	– центральна районна лікарня

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 0.9. Тир. 100 прим. Зам. 102-15.  
Підписано до друку 15.04.15. Папір офсетний.

Надруковано з макету замовника у ФОП Бровін О.В.  
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30  
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру  
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

---

**СТИЛЬ·**<sup>®</sup>  
**·ИЗДАТ**  
ТИ ПО Г РА Ф И Я  
[www.stil-izdat.com](http://www.stil-izdat.com)