

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ГИГИЕНА

УДК 617.7-007.21-053.1-08

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АНОФТАЛЬМОМ***А. Н. Бараш¹, Т. М. Шаршакова¹, Г. Ф. Малиновский²*¹Учреждение образования«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь²Государственное учреждение образования«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

На основании анализа существующих в Республике Беларусь подходов к организации медицинской помощи пациентам после глазного протезирования и исследования уровня информированности врачей-офтальмологов по проблеме анофтальма предложены организационные и клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи этой категории пациентов. Разработана модель организации такой помощи, которая включает мультидисциплинарный подход, алгоритм обследования и диспансерного наблюдения пациентов с анофтальмом для врача-офтальмолога в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: анофтальм, медицинская помощь, диспансеризация, глазное протезирование, мультидисциплинарный подход, качество жизни.

On the basis of the analysis of the approaches to the organization of medical care to patients after ocular prosthetics existing in the Republic of Belarus and the study of the level of awareness of ophthalmologists about the problem of anophthalmos, organizational and clinical recommendations about delivery of health care to this category of patients have been offered. The model of the organization of such care has been developed and comprises a multidisciplinary approach and an algorithm of examination and dispensary observation of patients with anophthalmos for the ophthalmologist in out-patient conditions.

Key words: anophthalmos, health care, dyspanserization, ocular prosthetics, multidisciplinary approach, quality of life.

Problemy zdorov'ya i ekologii. 2018 Oct-Dec; Vol 58 (4): 67-71**Organizational and Clinical Approaches to Delivering Health Care to Patients with Anophthalmos****A.N. Barash, T.M. Sharshakova, G.F. Malinovskiy****Введение**

Разработка и внедрение новых высокотехнологичных методов профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации социально значимых неинфекционных заболеваний является приоритетным направлением развития здравоохранения. Интеграция науки и клинической практики в практическое здравоохранение позволяет улучшить доступность и качество оказываемой медицинской помощи [1].

Современная офтальмология достигла значительных успехов в лечении глазных заболеваний, тем не менее тяжелая офтальмопатология и травмы органа зрения нередко приводят к состояниям, которые требуют радикального хирургического вмешательства: удаления глазного яблока. В случае потери зрения и глаза как органа пациенты нуждаются в медицинской, и социальной реабилитации [2, 3].

Быстрая потеря зрения у данной категории пациентов оказывает значительное негативное влияние на весь комплекс социального функционирования (личного, профессионального, семейно-бытового), затрудняя последующую реадaptацию к повседневной жизни, нередко приводя к необходимости смены своей профессии и даже к инвалидности [4–6].

В связи с этим изучение особенностей влияния анофтальма на социальный статус пациентов, положение в обществе и микросоциальной среде, создание оптимального метода операции удаления глаза, поиск имплантата, отвечающего современным требованиям, разработка клинических и организационных подходов к оказанию медицинской помощи и реабилитации приобретает особую социальную значимость и актуальность. Значительный социальный и экономический ущерб, обусловленный тяжелой офтальмо-

патологией, выдвигает проблему совершенствования организации медицинской помощи данной категории пациентов в число актуальных научно-практических задач здравоохранения.

Цель исследования

Разработка организационных и клинических подходов к оказанию медицинской помощи пациентам с анофтальмом.

Материалы и методы

Проведен анализ существующих в Республике Беларусь подходов к организации медицинской помощи пациентам после глазного протезирования. Изучены законодательные и нормативные правовые документы, регламентирующие оказание медицинской помощи, объемы медицинской помощи в клинических протоколах диспансеризации пациентов с анофтальмом, уровень информированности врачей-офтальмологов по проблеме анофтальма.

В связи с отсутствием в Республике Беларусь статистической базы данных и единого учета пациентов после глазного протезирования и с целью учета данной категории лиц для дальнейшего исследования был разработан алгоритм формирования базы данных пациентов после глазного протезирования, который включал изучение и анализ форм первичной медицинской документации: медицинские карты стационарных пациентов (форма 003/у-07), статистические карты выбывших из стационара (форма 066/у-07 (n = 82)), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у-07 (n = 82)) и журнал расходов стандартных глазных протезов учреждения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» (n = 629 обращений); медицинские карты амбулаторных больных (учетная форма 025/у), направления на медико-социальную экспертизу (форма № 2 — мсэ/у-09), заключения ВКК, ИП медицинской реабилитации пациентов (форма № 7 — мсэ/у-09) государственных учреждений здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника», центральные районные больницы (n = 106); медицинские карты пациентов медико-реабилитационной экспертной комиссии (форма № 6 — мсэ/у-09) и акты освидетельствования пациентов в медико-реабилитационной экспертной комиссии (форма № 5 — мсэ/у-09) учреждения «Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия» (n = 45), а также отчеты главных внештатных врачей-офтальмологов Республики Беларусь за 2005–2014 гг. по количеству эвисцераций/энуклеаций, данные государствен-

ной информационной системы социальной защиты комитета по труду, занятости, социальной защите Гомельского облисполкома и карты учета пациентов лабораторий глазного протезирования г. Минска (ЧТПУП «Контактные линзы плюс» и ИП Савич) за период с января 2015 г. по декабрь 2016 г. (n = 1996).

Была сформирована база данных пациентов после глазного протезирования по Гомельской области (479 человек). В исследование включены 106 пациентов после глазного протезирования, проживающие в Гомельской области, а также 22 пациента после глазного протезирования, оперированные по разработанному нами методу на базе офтальмологического отделения микрохирургии глаза УЗ «10-я городская клиническая больницы» г. Минска.

Проведено медико-социальное исследование пациентов после глазного протезирования, изучено качество их жизни, влияние анофтальма на социальный статус и интеграцию в общество, особенности психологического статуса.

Разработан и экспериментально обоснован новый метод формирования опорно-двигательной культы для глазного протеза путем эвисцерации с использованием аллотрансплантата из подкожно-жировой клетчатки подошвы [7]. Доказана его экономическая, социальная и медицинская эффективность.

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ существующих в Республике Беларусь подходов к организации медицинской помощи пациентам после глазного протезирования показал несовершенство диспансеризации пациентов, подвергшихся удалению глаза ввиду тяжелой офтальмопатологии, за исключением онкологических заболеваний глаза, для которых прописаны соответствующие рекомендации для диспансерного учета, отсутствие единой базы пациентов с анофтальмом, психологической помощи, в клинических протоколах не прописан объем медицинской помощи при анофтальме.

Анализ причин, приводящих к слепоте и в дальнейшем — к потере глаза, как органа, в исследуемых группах позволил выделить следующие патологии органа зрения: травмы глаза и их последствия (55,5 %), воспалительные заболевания глазного яблока (18 %), злокачественные заболевания глазного яблока (11,7 %), терминальная болящая глаукома с выраженным болевым синдромом (10,9 %), другие причины (последствия оперативных вмешательств, отслойка сетчатки) (3,9 %).

Анализ данных регистрационных карт 1996 пациентов, обратившихся в лаборатории глазного протезирования г. Минска за период с января 2015 по декабрь 2016 гг., показал, что пациентам были изготовлены стандартные (подборочные) протезы (3 %), индивидуальные тонкостенные протезы из пластмассы (30 %), индивидуальные толстостенные протезы из пластмассы (45 %), индивидуальные протезы из стекла (22 %). Таким образом, основную массу глазных протезов, изготавливаемых в лабораториях, составляют индивидуальные протезы из пластмассы. Глазные протезы подборочного типа в лабораториях г. Минска подбираются в меньшем количестве, пациенты получают сразу индивидуальный глазной протез, соответственно они не проходят этапы ступенчатого протезирования, что может привести к развитию анофтальмического синдрома.

Исследование уровня информированности врачей-офтальмологов свидетельствует о наличии разногласий по кодированию анофтальма в МКБ 10 и алгоритму офтальмологического обследования. Выявлена низкая информированность пациентов об особенностях и возможностях глазного протезирования.

По результатам медико-социального обследования пациентов определен социальный портрет пациента после глазного протезирования: это пациент мужского пола, трудоспособного возраста, со средним образованием; инвалид III группы с травмой глаза и ее последствиями; средний возраст на момент потери зрения — 20 лет, при удалении глаза — 30 лет. Глазное яблоко удалено традиционным методом (энуклеация/эвисцерация) без формирования ОДК и использования орбитального имплантата. Пациент трудоустроен, однако профессия изменилась вследствие невозможности адаптироваться к имеющемуся зрительному дефекту, при этом снизилась квалификация, ограничен в выборе профессии, работа «не нравится», желает пройти переобучение. Безработный пациент считает, что не может рационально трудоустроиться и выбрать работу по желанию из-за зрительного дефекта, связанного с монокулярностью зрения и с большими трудностями выполнения заданий, требующих бинокулярное зрение.

Полученные результаты исследования подтверждают, что потеря зрения и глаза является тяжелой психологической и физической травмой для пациентов с анофтальмом, осо-

бенно для женщин, и снижает уровень общего состояния здоровья по физическому и психическому компоненту по сравнению с практически здоровыми лицами ($p < 0,05$). У 46 % пациентов после глазного протезирования выявлен патологический сенситивно-тревожный профиль личности и снижение показателей качества жизни ($p < 0,05$). Почти у половины пациентов выявлены признаки социальной дезадаптации.

Разработанный нами метод формирования опорно-двигательной культуры для глазного протеза путем эвисцерации подтверждает социальную (удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи, высоким косметическим результатом; совершенствование медицинской и социальной реабилитации и улучшение качества жизни пациентов), медицинскую (достижение хорошей подвижности глазного протеза, стабильного состояния конъюнктивальной полости; повышение уровня качества оказания специализированной медицинской помощи), экономическую эффективность (сокращение затрат на лечение анофтальмического синдрома).

В результате проведенных исследований и на основе полученных данных разработана модель организации медицинской помощи пациентам с анофтальмом на примере Гомельской области с мультидисциплинарным подходом при участии врача общей практики, врача-офтальмолога, глазного протезиста и психолога/психотерапевта для осуществления реконструктивно-пластической хирургии с формированием опорно-двигательной культуры и использованием орбитального имплантата в сочетании с поэтапным глазным протезированием, соблюдением сроков замены протезов, психологическим консультированием, а также информированием пациента на всех этапах оказания медицинской помощи (рисунок 1).

С учетом установленной низкой информированности пациентов с анофтальмом о необходимости своевременной замены глазного протеза и соблюдении правил ухода за ним в сочетании с разногласиями по анофтальму у врачей-офтальмологов определены направления совершенствования организации медицинской помощи: разработан алгоритм обследования и диспансерного наблюдения пациентов с анофтальмом для врача-офтальмолога в амбулаторных условиях (рисунок 2).

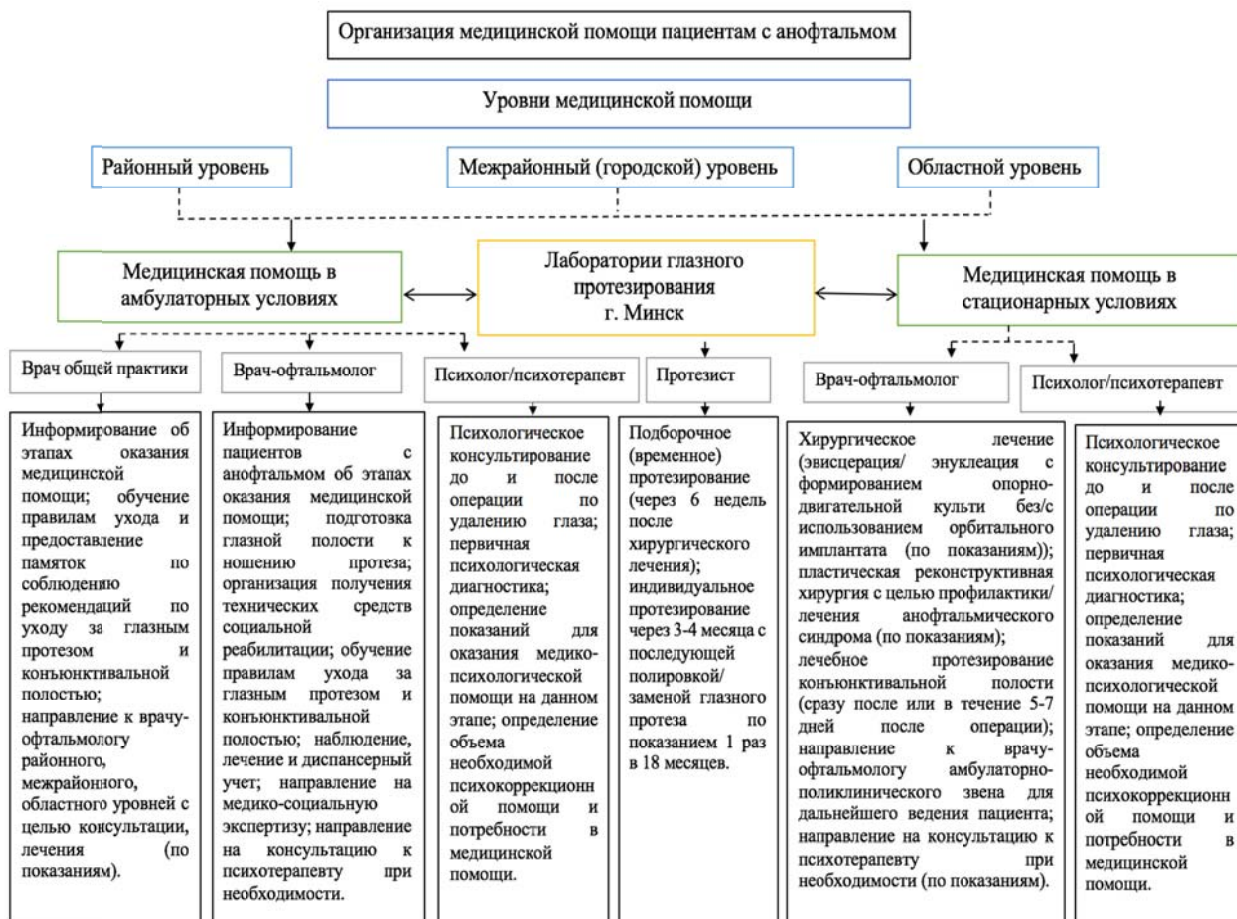


Рисунок 1 — Модель организации медицинской помощи пациентам с анофтальмом на примере Гомельской области

Алгоритм обследования и диспансерного наблюдения пациентов с анофтальмом для врача-офтальмолога в амбулаторных условиях

<p>I. Сбор анамнеза и выяснение жалоб пациента</p> <p>II. Осмотр и обследование видящего глаза по стандартной методике.</p> <p>III Осмотр глазного протеза и конъюнктивальной полости –осмотр состояния века (правильное, заворот верхнего, нижнего века, выворот верхнего, нижнего века, птоз верхнего, нижнего века, рубцовая деформация верхнего, нижнего века);</p> <p>–положение ресниц (правильное, выворот, заворот, трихиаз);</p> <p>–положение слезных точек (правильное, выворот, заворот, диспозиция);</p> <p>–определение ширины глазной щели с помощью миллиметровой линейки;</p> <p>–определение глубины положения глазного протеза в орбите с помощью экзофтальмометра;</p> <p>–определение суммарного объема подвижности глазного протеза с помощью периметра Форстера или используя существующие методы;</p> <p>–оценка состояния глазного протеза под микроскопом: определение необходимости срочной замены или ремонта глазного протеза;</p> <p>–биомикроскопия с оценкой состояния культи после удаления глаза и при длительном использовании изношенного протеза (объемная, сферичная, подвижная, плоская, втянутая, отсутствие культи), определение инъекции конъюнктивальной полости (слабая, средняя, выраженная), сводов конъюнктивальной полости (глубокие, мелкие, пролапс нижнего свода), наличия рубцовых изменений, грануляций, патологического отделяемого (чистая слеза, скудное, слизистое, обильное, гнойное);</p> <p>–установка глазного протеза в конъюнктивальную полость пациента;</p> <p>–при необходимости назначение лечения и/ или направление на дополнительное обследование;</p> <p>–рекомендации по уходу за конъюнктивальной и глазным протезом;</p> <p>–обучение пациента технике снятия и одевания протеза;</p> <p>–направление на медико-социальную экспертизу для освидетельствования граждан в целях проведения экспертизы нарушения жизнедеятельности в</p>	<p>порядке и сроки, установленные нормативными документами Республики Беларусь;</p> <p>–проведение медицинской реабилитации в сочетании с профессиональной ориентацией и подбором доступных условий труда для инвалидов;</p> <p>–объяснение прав и условий получения глазопротезной помощи за счет средств государственного бюджета;</p> <p>–направление в лаборатории глазного протезирования после проведения соответствующей комплексной диагностики, ступенчатого оформления пакета необходимых документов и последующей выдачей заключения врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения, в котором должна быть указана нуждаемость инвалида в глазном протезировании (первичный подбор лечебного стандартного протеза, подбор постоянного стандартного глазного протеза или его замена, изготовление индивидуального протеза; вид/материал протеза) в соответствии с рекомендуемыми сроками получения глазных протезов (первичное лечебное протезирование (сразу после операции или в течение 5-7 дней после операции), стандартное (подборочное) протезирование (через 6 недель после операции); индивидуальное протезирование (через 3-4-6 месяцев после операции) с последующей полировкой/заменой глазного протеза по показаниям 1 раз в 18 месяцев);</p> <p>–направление на консультацию к психотерапевту (в соответствии с индивидуальной программой медицинской реабилитации);</p> <p>–направление на пластическую реконструктивную хирургию с целью профилактики / лечения анофтальмического синдрома (по показаниям);</p> <p>–ведение базы данных пациентов с регистрацией половых возрастных и адресных данных, социальных особенностей лиц с анофтальмом, причин потери глаза с целью диспансерного учета и для дальнейшего определения потребности в глазных протезах;</p> <p>–оформление необходимой медицинской документации.</p>
---	--

Рисунок 2 — Алгоритм обследования и диспансерного наблюдения пациентов с анофтальмом для врача-офтальмолога в амбулаторных условиях

Заключение

1. С целью достижения единства профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и протезирования пациентов с анофтальмом необходим комплексный мультидисциплинарный подход при участии врача общей практики, врача-офтальмолога, глазного протезиста и психолога/психотерапевта, строгое соблюдение этапов глазного протезирования.

2. Разработанный и внедренный в клиническую практику метод формирования опорно-двигательной культуры для глазного протеза является высокоэффективным, экономически выгодным, не требует больших финансовых затрат на приобретение дорогостоящих небиологических имплантатов, что обосновывает его широкое применение в клинической практике.

3. Для повышения эффективности оказания медицинской помощи лицам, перенесшим глазное протезирование, и для решения широкого спектра проблем психологического и социального характера проведение лечебных мероприятий целесообразно сочетать с методами психологической коррекции и психотерапии

4. Разработанная модель организации медицинской помощи, алгоритм обследования и диспансерного наблюдения пациентов с анофтальмом для врача-офтальмолога в амбулаторных условиях позволит повысить доступность медицинской помощи пациентам с анофтальмом и уровень информированности врачей-офтальмологов, пациентов об особенностях и возможностях протезирования при анофтальме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пиневиц ДЛ, Филанюк ВА, Чумакова ЕД, Кравчук ЗИ, Врублевский СВ, Сачек ММ, Малахова ИВ, Дудина ТВ. Научный потенциал и результативность научно-технической и инновационной деятельности научных организаций системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2013 году.

Вопр Организации и Информатизации в Здравоохранении. 2014;(1):31-36.

2. Разумовский МИ, Кожушко ЛИ, Разумовская А.М., Гордиевская Е.О., Кузьмина ИЕ. Медико-социальные проблемы офтальмопротезирования. *Мед-Соц Экспертиза и Реабилитация.* 2014;2:50-53.

3. Запускалов ИВ, Горбунова ЕА, Кривошеина ОИ. Современные принципы профилактики анофтальмического синдрома: способы формирования опорно-двигательной культуры, виды орбитальных имплантатов. *Бюл Сиб Медицины.* 2017;16(1):119-131. doi: 10.20538/1682-0363-2017-1-119-131.

4. Peter J. Morgan-Warren, Purnima M, Harpreet S. Ahluwalia. Visual Function and Quality of Life in Patients Who Had Undergone Eye Removal Surgery: A Patient Survey. *Orbit.* 2013;32(5):285-293. doi: 10.3109/01676830.2013.814687.

5. Deacon BS. Orbital implants and ocular prostheses: A comprehensive review [Electronic resource] *J of Ophthalmic Med Technol.* 2014 [cited 2017 Sept 3].

6. Филатова ИА. Анофтальм. Патология и лечение. Москва, РФ; 2007. 213 с.

7. Бараш АН, Малиновский ГФ. Способ формирования опорно-двигательной культуры глазного протеза при эвисцерации. Евразийский патент № 201501116 от 23.10.2015, индекс А61F 9/007, А61F 2/14.

REFERENCES

1. Pinevich DL, Filanjuk VA, Chumakova ED, Kravchuk ZI, Vrublevskij SV, Sachek MM, Malahova IV, Dudina TV. Nauchnyj potencial i rezul'tativnost' nauchno-tehnicheskoi i innovacionnoj dejatel'nosti nauchnyh organizacij sistemy Ministerstva zdra-voohranenija Respubliki Belarus' v 2013 godu. *Vopr organizacii i Informatizacii v Zdravoohranenii.* 2014;1:31-36. (in Russ.)

2. Razumovskij MI, Kozhushko LI, Razumovskaja A.M., Gordievskaja E.O., Kuz'mina I.E. Mediko-social'nye problemy oftal'moprotezirovaniya. *Med-Soc Jekspertiza i Reabilitacija.* 2014;2:50-53. (in Russ.)

3. Zapuskalov IV, Gorbunova EA, Krivosheina O.I. Sovremennye principy profilaktiki anoftal'micheskogo sindroma: sposoby formirovaniya oporno-dvigatel'noj kul'ti, vidy orbital'nyh implantatov *Bjul Sib Mediciny.* 2017;16(1):119-131. doi: 10.20538/1682-0363-2017-1-119-131. (in Russ.)

4. Peter J. Morgan-Warren, Purnima M, Harpreet S. Ahluwalia. Visual Function and Quality of Life in Patients Who Had Undergone Eye Removal Surgery: A Patient Survey. *Orbit.* 2013;32(5):285-293. doi: 10.3109/01676830.2013.814687.

5. Deacon BS. Orbital implants and ocular prostheses: A comprehensive review [Electronic resource] *J of Ophthalmic Med Technol.* 2014 [cited 2017 Sept 3].

6. Filatova IA, Anoftal'm. Patologija i lechenie. Moskva, RF; 2007. 213 p. (in Russ.)

7. Barash AN, Malinovskij GF, inventors; Belarussian Academy of Postgraduate Study. The technique of evisceration for ocular prosthesis. Eurasian patent A61F 9007, A61F 214. 2015 Oct 23. (in Russ.)

Поступила 31.10.2018

УДК 316.356.22:614.2

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ (на примере семей Гомельской области)

Л. Г. Соболева¹, Т. М. Шаршакова¹, И. А. Атарик², Н. Г. Новак³, Е. А. Шундикова²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

²Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»

г. Гомель, Республика Беларусь

³Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Цель: изучить социально-психологические факторы, определяющие благополучие и жизненные ценности современной семьи (на примере семей Гомельской области).

Материалы и методы. Методической основой исследования являлось выборочное единовременное наблюдение. В социологическом опросе приняли участие 1100 респондентов в возрасте от 18 до 60 лет и