

## АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ДО КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ

АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ДО КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ – Метою роботи було провести аналіз надання медичної допомоги хворим з атрофіями зорових нервів (АЗН). Виявлено помилки у встановленні діагнозу та призначенні неправильного лікування. Частіше хворих лікують з діагнозами глаукоми, макулодистрофії, ретинопатії, ангіопатії сітківки. Порівняно частоту встановлення діагнозу АЗН у різних офтальмологічних закладах. Проаналізовано надання медичної допомоги у відділі нейроофтальмології (кратність консультацій до встановлення діагнозу). Виявлені недоліки потребують подальшого вивчення та оптимізації допомоги хворим з АЗН різного генезу.

АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АТРОФИЯМИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ – Целью работы было провести анализ предоставления медицинской помощи больным с атрофиями зрительных нервов (АЗН). Выявлены ошибки в постановке диагноза и назначении неправильного лечения. Чаще всего больных лечат с диагнозами глаукомы, макулодистрофии, ретинопатии, ангиопатии сетчатки. Сравнены частота установок диагноза АЗН в различных офтальмологических учреждениях. Проанализировано оказание медицинской помощи в отделе нейроофтальмологии (кратность консультаций до установления диагноза). Выявленные недостатки требуют последующего изучения и оптимизации помощи больным с АЗН различного генеза.

ANALYSIS OF SKILLED HEALTHCARE FOR PATIENTS WITH OPTIC NERVE ATROPHY – An analysis of medical care in patients with optic nerve atrophy (ONA) is conducted. The purpose was to conduct the analysis of medical care a patient with ONA. There were errors in diagnosis and wrong treatment. The most patients were treated with a diagnosis of «glaucoma, macular degeneration, retinopathy, retinal angiopathy». Frequency of setting of diagnosis is compared in various institutions. Analyzed the medical care in neuroophthalmological department (multiple consultations prior to diagnosis). The exposed failings require a subsequent study and optimization of medical help a patient with ONA of different genesis.

**Ключові слова:** атрофія, зоровий нерв, медична допомога, помилки, діагноз.

**Ключевые слова:** атрофия, зрительный нерв, медицинская помощь, ошибки, диагноз.

**Key words:** atrophy, optic nerve, medical care, mistakes, diagnosis.

**ВСТУП** Атрофія зорових нервів (АЗН) – тяжке поліетіологічне захворювання, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування [1–3]. Серед етіологічних факторів АЗН переважають захворювання ЦНС (об’ємні процеси головного мозку, запальні захворювання мозку і його оболонок, розсіяний склероз), черепно-мозкові травми, патологічні процеси у зоровому нерві й сітківці (запалення, дистрофія, порушення кровообігу, токсичний вплив), загальні захворювання (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет) і спадкова схильність [1]. Визначення основного етіологічного фактора має принципове значення для вибору патогенетично обґрунтованого лікування, оскільки АЗН при новоутвореннях головного мозку, демієлінізуючому процесі, інтоксикація

або судинних захворюваннях ока вимагає абсолютно різних методів лікування. Водночас, етіологія АЗН визначає прогноз не лише стабільності зорових функцій, але й якості життя пацієнтів [7, 8].

Доступна та якісна медична допомога хворим з АЗН полягає у своєчасному встановленні діагнозу та правильній тактиці ведення хворих. Серед факторів, що впливають на надання медичної допомоги хворим, виділяють такі: недоліки в організації офтальмологічної допомоги населенню, особливо у сільській місцевості, в тому числі диспансерного спостереження, малодоступність і низька якість амбулаторно-поліклінічної служби; демографічні та соціально-економічні особливості [4–6]. Метою дослідження стало проведення аналізу медичної допомоги хворим із АЗН.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Обстежено 2002 хворих з АЗН, серед них 1672 пацієнти з низхідними та 330 з висхідними АЗН упродовж 5 років спостереження. Аналіз проведено на основі звернень хворих із різних лікувальних закладів другого та третього рівнів надання офтальмологічної допомоги. Пацієнтів направляли з встановленим діагнозом АЗН або підозрою на дане захворювання до відділу нейроофтальмології ДУ “Інститут нейрохірургії імені А. П. Ромоданова НАМН України”. Проводили стандартне офтальмологічне обстеження (візометрія, периметрія, офтальмоскопія, біомікроскопія), а також поглиблені нейроофтальмологічні дослідження (вимірювання викликаних зорових потенціалів), вивчали медичну документацію (виписні епікризи, консультативні висновки, амбулаторні карти), ретельно збирали анамнез захворювання та сутупньої патології. Вірогідність різниці між групами порівняння визначали за критерієм  $\chi^2$ . Оцінювали довірчі інтервали з імовірністю 95 %.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Виявлено недоліки у наданні медичної допомоги хворим з АЗН. Найнебезпечнішою помилкою є невстановлення діагнозу низхідної АЗН при наявності нейрохірургічного захворювання. У таких випадках низхідний характер атрофічного процесу пов’язаний з тисненням внутрішньомозкових новоутворень на ділянки зорового нерва. На перших етапах процесу офтальмоскопічно не виявляється поблідіння дисків зорових нервів при наявності змін у полях зору та зниження гостроти зору. Це зумовлює високий відсоток діагностичних помилок у таких випадках. Пацієнти з низхідною АЗН лікуються від різних офтальмологічних захворювань, при цьому втрачається час та прогресує основне захворювання (новоутворення головного мозку, судинні аневіризми тощо), що, у свою чергу, погіршує перебіг АЗН. Існує значна різниця у встановленні діагнозу висхідної та низхідної АЗН в лікувальних офтальмологічних закладах (табл.). Діагноз висхідної АЗН лікарі-офтальмологи встановлюють у 73 % випадків

Таблиця. Аналіз надання медичної допомоги хворим з атрофіями зорових нервів

Показник	Види обстежень, що наявні у хворих при направленні на третинний рівень медичної допомоги (ДУ "Інститут нейрохірургії НАМН України")		p
	низхідні АЗН, n, % (95 %ДІ)	висхідні АЗН, n, % (95 %ДІ)	
Кількість обстежених хворих	1672 (100,0)	330 (100,0)	–
Встановлення заключного діагнозу АЗН у лікувальному закладі, що направив	854/1672 51,1 (48,7–53,5)	241/330 73,0 (68,2–77,8)	0,001*
Встановлення діагнозу АЗН у відділі нейроофтальмології	818/1672 48,9 (46,5–51,3)	89/330 27,0 (22,2–31,8)	0,001*
Кратність консультацій до встановлення заключного діагнозу АЗН у відділі нейроофтальмології	1	497/818 60,8 (57,4–64,1)	0,0001*
	2	280/818 34,2 (31–37,5)	
	3 і >	41/818 5 (3,5–6,5)	
Частота помилкового призначення лікування на попередніх етапах надання медичної допомоги при наявності АЗН	742/818 90,7 (88,7–92,7)	58/89 65,2 (55,3–75,1)	0,001*
У тому числі за діагнозами:			
Глаукома	245/742 33,0 (29,6–36,4)	24/58 41,4 (28,7–54,1)	0,212
Макулодистрофія	114/742 15,4 (12,8–18)	21/58 36,2 (23,8–48,6)	0,001*
Ретинопатія	53/742 7,1 (5,3–9)	5/58 8,6 (1,4–15,8)	0,698
Ангіопатія сітківки	59/742 8,0 (6–9,9)	3/58 5,2 (0,0–10,9)	0,366
Периферична катаракта	78/742 10,5 (8,3–12,7)	4/58 6,9 (0,4–13,4)	0,304
Неврит зорового нерва	63/742 8,5 (6,5–10,5)	–	–
Оптична нейропатія	62/742 8,4 (6,4–10,3)	1/58 1,7 (0,0–5,1)	0,001*
Інші види патології	68/742 9,2 (7,1–11,2)	–	–

Примітка. \* – різниця статистично значима ( $p < 0,05$ ) за критерієм  $\chi^2$ .

(68,2–77,8), діагноз низхідної АЗН – лише у 51,1 % (48,7–53,5) ( $p=0,001$ ). Високою є частота помилкового призначення лікування на попередніх етапах надання медичної допомоги хворим з АЗН. При низхідній АЗН при невстановленому діагнозі 90,7 % хворим (88,7–92,7) призначають лікування іншого офтальмологічного захворювання. При висхідній АЗН даний показник дещо менший і становить 65,2 % (55,3–75,1) ( $p=0,001$ ). У 33,0 % (29,6–36,4) випадків хворим із низхідною АЗН призначають лікування з приводу глаукоми. Згідно з нашими дослідженнями, зустрілися випадки, коли хворі були на диспансерному спостереженні з діагнозом глаукоми 3–5 років, і лише значне зниження зорових функцій та звуження полів зору змушувало шукати іншу причину патологічного процесу. Відсутність підвищення внутрішньоочного тиску (ВОТ) офтальмологи розцінювали як прояв "глаукоми з нормальним ВОТ". У 15,4 % (12,8–18,0) пацієнтів проводили лікування макулодистрофії. Складними з точки зору диференційної діагностики є неврити зорових нервів та оптичні нейропатії, якщо патологічний процес локалізується ретробульбарно та відсутні зміни на очному дні. При низхідній АЗН 8,5 % хворих (6,5–10,5) лікувалися з діагнозом невриту зорового нерва, 8,4 % (6,4–10,3) – з діагнозом оптичної нейропатії. У 7,1 % (5,3–9,0) хворих із низхідною формою АЗН проводили лікування ретинопатії, у 8,0 % (6,0–9,9) – виявлялася ангіопатія сітківки, у 10,5 % (8,3–12,7)

– периферична катаракта. Не вірно встановлений діагноз призводить до неправильного лікування та погіршення основного захворювання. На жаль, у всіх досліджених клінічних випадках був відсутній міждисциплінарний, комплексний підхід до встановлення діагнозу низхідної АЗН, коли нейроофтальмологічні прояви є лише симптомами захворювання ЦНС. У таких клінічних випадках необхідно ретельно проводити збирання скарг та анамнезу і при наявності відповідних загальних скарг направляти хворих на консультації до суміжних спеціалістів (невропатологів, терапевтів, кардіологів, нейрохірургів) та інструментальні методи дослідження. Діагностичні помилки при висхідній АЗН зустрічаються дещо рідше. Це пов'язано з тим, що висхідна АЗН є наслідком офтальмологічної патології (запальних, судинних захворювань зорового нерва) і легше виявляються за допомогою стандартних офтальмологічних методів дослідження. Офтальмологічне лікування призначається 65,2 % (55,3–75,1) хворих із неправильно встановленим діагнозом. 41,4 % (28,7–54,1) хворих лікуються з діагнозом глаукоми, 36,2 % (23,8–48,6) – макулодистрофії, 8,6 % (1,4–15,8) з діагнозом ретинопатії, 5,2 % (0,0–10,9) – ангіопатії сітківки, 6,9 % (0,4–13,4) – периферичної катаракта, 1,7 % (0,0–5,1) – оптичної нейропатії. Проаналізовано частоту встановлення діагнозів низхідної та висхідної АЗН у відділі нейроофтальмології тим хворим, яким помилково встанов-

лювали інші офтальмологічні діагнози (табл.). Більшості хворим діагноз встановлювали протягом першої нейроофтальмологічної консультації (60,8 % при низхідній та 91,0 % при висхідній формах АЗН). На другій консультації діагноз низхідної АЗН встановлювали у 34,2 % випадків, висхідної – у 9,0 %. Це пов'язано з тим, що для остаточного встановлення діагнозу необхідні дані МРТ, КТ дослідження, УЗД судин голови та шиї, консультативних висновків суміжних спеціалістів. Ефективність роботи нейроофтальмологічного підрозділу пояснюється залученням до консультацій лікарів суміжних спеціальностей (невропатологів, нейрохірургів, терапевтів) при перших підозрах на неврологічну та нейрохірургічну патологію і наявність чіткого діагностичного та лікувального протоколів для цієї групи хворих.

**ВИСНОВКИ** У проведених дослідженнях виявлено недоліки при наданні медичної допомоги хворим з АЗН, які полягають у встановленні хибних діагнозів, що призводить до призначення неправильного лікування. Особливо небезпечно це при низхідних АЗН, пов'язаних із нейрохірургічною патологією. Враховуючи поліетіологічність АЗН, відмінності у діагностиці висхідної та низхідної форм АЗН на перших стадіях патологічного процесу, існує необхідність у подальшому вивченні та оптимізації допомоги даному контингенту хворих.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Густов А. В. Практическая нейроофтальмология : в 2-х т. / А. В. Густов, К. И. Сигрианский, Ж. П. Столярова. – Н. Новгород : Изд-во Нижненовгородской государственной медицинской академии, 2000. – Т. 1. – 264 с.
2. Жабоедов Г. Д. Заболевания зрительного нерва / Г. Д. Жабоедов. – К. : Здоров'я, 1992. – 216 с.
3. Жабоедов Г. Д. Нові можливості лікування часткових атрофій зорових нервів / Г. Д. Жабоедов, Р. Л. Скрипник, В. А. Васюта // Український неврологічний журнал. – 2007. – № 2. – С. 18–21.
4. Нероев В. В. Организация офтальмологической помощи населению Российской Федерации / В. В. Нероев // Вестн.-офтальмологии : научно-практический журнал. – 2014. – № 6. – С. 8–12.
5. Новикова Н. Д. Оптимизация офтальмологической помощи на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Опыт ведомственной поликлиники №5 ФСБ России / Н. Д. Новикова // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2013. – № 11. – С. 31–37.
6. Яблонская Л. Я. Комплексная оценка организации офтальмологической помощи населению в сельских муниципальных образованиях Свердловской области / Л. Я. Яблонская // Офтальмология. – 2006. – № 1. – С. 89–92.
7. Golnik K. C. Neuro-ophthalmology around the world / K. C. Golnik // J. Neuroophthalmol. – 2013. – Vol. 33, № 4. – P. 319–321.
8. Global burden of visual impairment and blindness / R. Bourne, H. Price, G. Stevens [et al.] // Arch. Ophthalmol. – 2012. – Vol. 130, № 5. – P. 645–647.

Отримано 23.02.15