

ЕФЕКТИВНІСТЬ НАДАННЯ ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СТАЦІОНАРНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ МІСЬКОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Черемухіна О.М.

Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня "Центр мікрохірургії ока", Київ, Україна

Efficiency of Highly-Qualified Ophthalmic Hospital Care for Rural Population in Depend of City Medical Institution

O.M. Cheremukhina

Kiev Eye Microsurgery Center, Kiev, Ukraine

Received: October 27, 2010

Accepted: November 12, 2010

Адреса для кореспонденції:

Центр мікрохірургії ока
Проспект Комарова, 3
Київ, Україна
тел.: +38-044-404-14-17
e-mail: cheremukhina@yandex.ru

Summary

Intensification and optimization of organizational diagnostic and treatment process of urban health care facility level of organization of highly qualified eye care frees up resource opportunities at 15-20%, due to which it was possible to significantly improve the availability and quality of rural population for this medical service (within up to 200 km residence radius), without compromising availability and quality of its presentation to the city dwellers.

Key words: eye care, urban medical institution, hospital, rural population.

Вступ

Організація медичної допомоги населенню визначає рівень його здоров'я на 8-10% [4]. Недосконалість організації офтальмологічної допомоги населенню, зниження її доступності та низька якість збільшують ризик розвитку сліпоти та слабкості серед населення [3,5]. До теперішнього часу час в Україні залишаються не до кінця вирішеними вищезазначені проблемні питання, особливо це стосується населення сільської місцевості, де рівень, якість та доступність не тільки офтальмологічної, але і всіх інших видів медичної допомоги залишається катастрофічно

низькою [1,2]. Тому, одним із шляхів вирішення питання підвищення доступності сільського населення України до високоякісної офтальмологічної допомоги є використання для цього ресурсів міських лікувально-профілактичних закладів, де рівень ресурсного забезпечення на декілька порядків вище, ніж у медичних закладів, що надають допомогу мешканцям села. Все вищезазначене і визначило актуальність проведення даного дослідження.

Метою дослідження стало визначити ефективність надання висококваліфікованої стаціонарної офтальмологічної допомоги сільському населенню в умовах міського медичного закладу.

Матеріали та методи

Проведено аналіз даних діяльності Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні "Центр мікрохірургії ока" (КМКЛ "ЦМХО") за період 1999-2008 рр. щодо надання офтальмологічної допомоги населенню України, що мешкає у сільській місцевості (рис. 1).



Рис. 1

Динаміка кількості пролікованих та прооперованих пацієнтів у КМКОЛ "ЦМХО" протягом 1999-2008 рр.

Джерелом первинних даних були: "Річний звіт про виконання плану реалізації медичних послуг, наданих населенню", "Річний звіт про роботу ліжкового фонду", "Річний аналіз використання ліжкового фонду", "Річний розширений звіт про виконання планових показників".

Дані оброблялись методами варіаційної статистики. Визначення динаміки показників (ДП) проводилось відповідно до форм. 1, де: P_t — показник на обраний час дослідження; P_0 — попередній показник (на початок дослідження). Під час проведення дослідження не було потреби в отриманні інформованої згоди, внаслідок використання не персоналізованої первинної інформації.

$$ДП = \frac{P_t - P_0}{P_0} \times 100\%$$

Результати дослідження та їх обговорення

Надання висококваліфікованої стаціонарної офтальмологічної медичної допомоги дорослим сільським мешканцям здійснюється в КМКОЛ "ЦМХО" з 1989 р. На теперішній час у лікарні розгорнуто одинадцять спеціалізованих стаціонарних відділень. Впродовж 1999-2008 років у стаціонарних відділеннях КМКОЛ "ЦМХО" було проліковано 154817 пацієнтів, з них 21549 мешканців сільської місцевості (19,9%), прооперовано відповідно — 144165 та 21939 пацієнтів (15,2%). Динаміка показників представлена на рис. 1.

У КМКОЛ "ЦМХО" лікувались сільські жителі всіх регіонів України. Найбільш часто (71,1%) із Київської (30,8%), Черкаської (8,8%), Чернігівської (8,2%), Вінницької (6,8%), Житомирської (6,6%), Хмельницької (5,4%), Полтавської (4,6%) областей. Найменша (<1%) кількість із Запорізької, АР Крим, Донецької, Чернівецької, Херсонської, Луганської, Одеської, Миколаївської областей (табл. 1). Це свідчить, що доступність до висококваліфікованої офтальмологічної допомоги сільського населення визначається відстанню області, в якій проживає

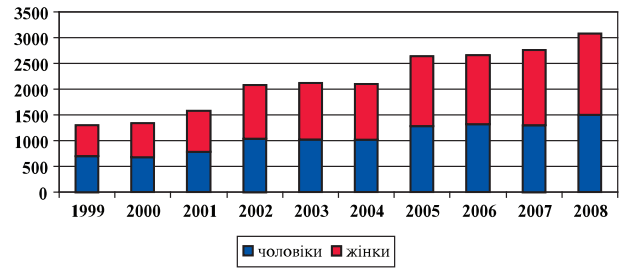


Рис. 2

Динаміка розподілу за статтю дорослих пацієнтів із сільської місцевості, які лікувались у КМКОЛ "ЦМХО" (1999-2008 рр.).

хворий, до Києва — 150-200 км. Тобто, оптимальний час для проїзду хворих до міста надання висококваліфікованої допомоги становить 1,5-3 години.

Гендерний розподіл пролікованих дорослих сільських хворих за статтю був наступний: жінки — 50,8%, чоловіки — 49,2%. Динаміка протягом десяти років свідчить, що кількість жінок, які пройшли оперативне лікування ока в КМКОЛ "ЦМХО" більша, ніж чоловіків (рис. 2).

Таблиця 1. Кількість дорослих пацієнтів із сільської місцевості, які лікувались у КМКОЛ "ЦМХО" (1999-2008 рр.)

Область	Кількість пацієнтів	
	осіб	%
Київська	6626	30,8
Черкаська	1890	8,8
Чернігівська	1756	8,2
Вінницька	1467	6,8
Житомирська	1418	6,6
Хмельницька	1156	5,4
Полтавська	995	4,6
Сумська	739	3,4
Львівська	673	3,1
Кіровоградська	665	3,1
Івано-Франківська	649	3,0
Рівненська	619	2,9
Закарпатська	481	2,2
Волинська	317	1,5
Харківська	304	1,4
Тернопільська	301	1,4
Дніпропетровська	246	1,1
Запорізька	226	1,0
АР Крим	198	0,9
Донецька	153	0,7
Чернівецька	153	0,7
Херсонська	150	0,7
Луганська	131	0,6
Одеська	129	0,6
Миколаївська	99	0,5
Всього	21549	100,0

Аналіз вікового розподілу пацієнтів вказує, що найбільш поширена група сільських пацієнтів, які пройшли лікування у КМКОЛ "ЦМХО" становить (медіана) — 66,0 [54,0-75,0] років (рис. 3). Аналіз динаміки вікового розподілу пацієнтів за період 1999-2008 рр. встановив, що їх кількість збільшилась у вікових групах: 28-37 років — у 15,9 разів; 48-57 років — 12,5; 38-47 років — 11,7; 88-97 років — 11,5; 78-87 років — 7,7; 18-27 років — 6,5; 58-67 років — 6,4; 68-77 років — 5,1. Що вказує на збільшення доступності сільського населення працездатного та пенсійного віку до високоякісної офтальмологічної допомоги.

Динаміка кількості пролікованих хворих, що мешкають у сільській місцевості, свідчить що їх кількість збільшилась в 2,3 рази (з 1302 до 3065 пацієнта), річні прирости мають коливання від -0,9% до

31,7% до попереднього року (рис. 4). Завдяки інтенсифікації та організаційної оптимізації лікувально-діагностичного процесу (доопераційна підготовка хворих в амбулаторних умовах; зменшення кількості хворих для офтальмотерапевтичного лікування; впровадження малоінвазивних методів мікрохірургічного лікування; використання сучасних лікарських засобів; широке застосування лікування за принципом "хірургія одного дня") вдалось досягти:

- зменшення в 1,9 рази середньої тривалості перебування хворого на ліжку (у 1999 р. — 4,8 день, у 2008 р. — 2,5);
- збільшився в 1,9 разів обігу ліжка (1999 р. — 58,8 хворих-ліжка; 2008 р. 112,5);
- збереження тривалості робота ліжка (1999 р. — 281 дня; 2008 р. — 280).

Таблиця 2. Структура захворювань дорослих пацієнтів із сільської місцевості у КМКОЛ "ЦМХО" (1999-2008 рр.)

Нозологічні одиниці	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Стареча катаракта (H25)	8504	41,0
Інша катаракта (H26)	2983	14,4
Глаукома (H40-H42)	2567	12,4
Відшарування сітківки та розриви (H33.0-H33.3)	2127	10,3
Діабетичні ретинальні ураження (H36*)	1127	5,4
Тракційне відшарування сітківки (H33.4)	430	2,1
Інші хвороби кришталика (H27)	426	2,1
Хвороби м'язів ока, порушення співдружності руху, акомодатії та рефракції (H49-H52)	377	1,8
Інші хвороби рогівки (H18)	333	1,6
Інші хвороби кон'юнктиви (H110-H119)	332	1,6
Розлади (хвороби) склистого тіла (H43)	305	1,5
Хвороби слезового апарату (H04, H10-H13, H042)	184	0,9
Кератит (H16)	140	0,7
Інші хвороби повіки (H02-H024, H041)	131	0,6
Хвороби очного яблука (H44)	126	0,6
Рубці й помутніння рогівки (H17)	125	0,6
Ячмінь та інші гострі запальні захворювання повіки (H00-H01)	78	0,4
Дегенерація макули та заднього полюсу (H35.3)	69	0,3
Інші хвороби райдужки та циліарного тіла (H21), Ураження райдужки та циліарного тіла при хворобах, класифік. в інших рубриках (H22*)	50	0,2
Інші хвороби сітківки (H35.0-H35.2, H35.6-H35.9)	50	0,2
Катаракта та інші ураження кришталика при хворобах, класифікованих в інших рубриках (H28*)	40	0,2
Хвороби зорового нерва та зорових шляхів (H46-H48)	39	0,2
Іридоцикліт (H20)	33	0,2
Периферична дегенерація сітківки (H35.4), Спадкова дистрофія сітківки (H35.5)	30	0,1
Ураження склери і рогівки при хворобах не класифікованих в інших рубриках (H19*)	28	0,1
Хвороби судинної оболонки і сітківки (H30-H32*)	21	0,1
Оклюзії судин сітківки (H34)	21	0,1
Ураження склистого тіла та очного яблука при хворобах, класифікованих в інших рубриках (H45*)	20	0,1
Інші форми відшарування сітківки (H33.5)	11	0,1
Розлади зору та сліпота (H53-H54), Інші хвороби ока та придаткового апарату (H55-H59)	11	0,1
Хвороби склери (H15)	6	0,03
Інші ураження кон'юнктиви при хворобах, класифікованих в інших рубриках (H13.8)	1	0,005
Всього	20725	100,0

Рис. 3

Розподіл за віком дорослих пацієнтів із сільської місцевості, які лікувались у КМКОЛ "ЦМХО" (1999-2008 рр.).

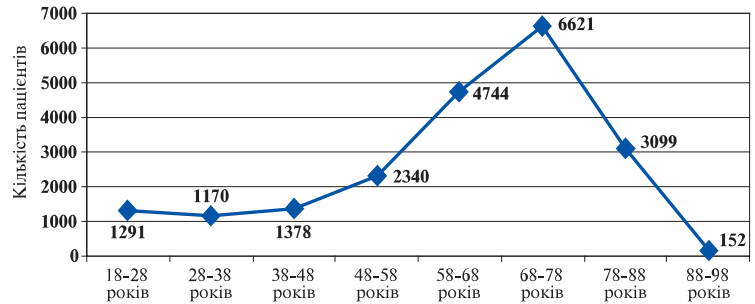
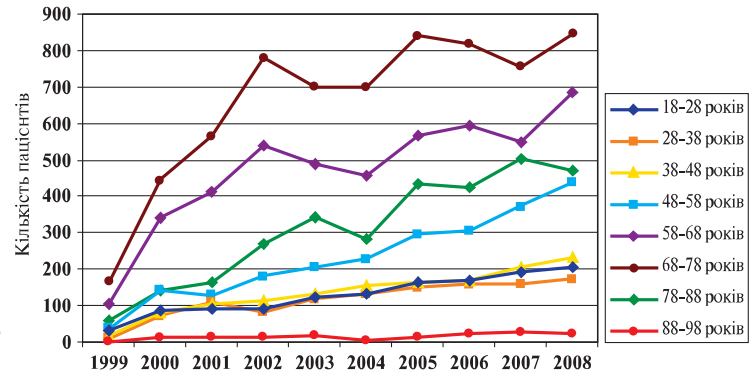


Рис. 4

Динаміка розподілу за віком дорослих пацієнтів із сільської місцевості, які лікувались у КМКОЛ "ЦМХО" (1999-2008 рр.).



У структурі захворювань пацієнтів із сільської місцевості I місце займала катаракта (57,7%), II місце — патологія сітківки та склистого тіла (20,3%), III місце — глаукома (14,4%) (табл. 2).

Відповідно до наявної офтальмологічної патології хворим була надана сучасна мікрохірургічна допомога, яка відповідала світовим стандартам (втручання I-II категорій складності в середньому становили — 74,32%):

- при катаракті: екстракапсулярна катаракта з імплантацією інтраокулярної лінзи (ІОЛ) (28,22%), факоемульсифікація катаракти з імплантацією ІОЛ (23,71%), реімплантації ІОЛ (0,17%);
- при глаукомі: антиглаукоматозні операції (8,08%), комбінована антиглаукоматозна операцією із одночасною екстракцією катаракти із імплантацією ІОЛ (3,84%);
- при патології сітківки: вітректомія (14,03%), склеропластичні операції (4,69%).

На ефективність та результати лікування важких хворих вказують позитивні дані: "одужання" (75,31% хворих) та "поліпшення" (20,35%); та низькі показники негативних наслідків: "погіршення" (3,39%) та "без змін" (0,73%). Рівень ускладнень був дуже низьким (0,58%), летальність хворих була майже відсутньою (менше 0,001%).

Висновки

Результати дослідження вказують, що інтенсифікація та організаційна оптимізація лікувально-діагностич-

ного процесу міського медичного закладу висококваліфікованого рівня організації офтальмологічної допомоги дозволяє вивільнити ресурсні можливості на рівні 15-20%, за рахунок яких вдалось значного покращити доступність та якості надання сільському населенню цієї медичної допомоги (в радіусі постійного мешкання — до 200 км), без зниження доступності та якості її надання мешканцям міста.

Отримані результати є підставою для впровадження на державному рівні досвіду інтенсифікація та організаційного удосконалення надання стаціонарної офтальмологічної допомоги у міських закладах охорони здоров'я України та розширення доступності до неї мешканців сільської місцевості.

Література

1. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Духовенко Є.К. (2009) Аналіз доступності медичної допомоги для населення України. Головна медична сестра. 1: 19-20
2. Лехан В.М., Крячкова Л.В. (2009) Нерівність у доступності медичної допомоги для населення України. Україна. Здоров'я нації. ? : 148-152
3. Риков С.О. (2004) Наукове обґрунтування системи надання офтальмологічної допомоги населенню України. Автореф. дис... д-ра мед. наук. (Київ). 36 с.
4. Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф. (2000) Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. (Тернопіль). 680 с.
5. Ферфильфайн И.Л., Алифанова Т.А. (2006) Инвалидизирующие ограничения жизнедеятельности детей и взрослых вследствие патологии глаз. Медико-социальная экспертиза. (Донецк). "Пороги". 274 с.