

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК: 616-058+614.254+616-089

Децик О.З., Яворський А.М., Яворський М.І., Пилипчук В.І.

Аналіз показників стаціонарної хірургічної допомоги закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я (зав. кафе – проф. О.З.Децик)
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Вивчені дані статистичних звітів (фф. 17 і 20) закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області за 2002-2011 рр., а також результати соціологічного опитування 530 пацієнтів, які завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарів.

Встановлено, що якість надання хірургічної стаціонарної допомоги суттєво залежить від рівня закладу охорони здоров'я. У малопотужних районних лікарнях неможливо забезпечити якісну та безпечну медичну допомогу внаслідок низької оперативної активності (51,7% та 161 операція на одного хірурга в рік), недостатньої обґрунтованості госпіталізації (56,0% операцій можуть проводитись в амбулаторних умовах), що призводить до нераціонального використання коштів (середньорічна зайнятість ліжка менше 300 днів) і непривабливості для значної частки пацієнтів (46,2%).

Показано, що вітчизняна система збору медичної статистичної інформації лише частково відображає рівень дотримання стандартів якості медичної допомоги, вимагає нагальних змін, зокрема запровадження системи індикаторів якості.

Ключові слова: *якість, безпека, доступність, хірургічна стаціонарна допомога.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує, характеризуватися високою якістю й безпечною медичними послугами та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні [10].

Як свідчать матеріали низки досліджень, головною перешкодою для ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні є нераціональність фінансування, неефективність її структури на всіх рівнях медичної допомоги, висока зношеність основних фондів у державних та комунальних медичних закладах тощо. Все це заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі [4, 5].

Хірургічна стаціонарна допомога – один із найбільш технологічних, високовартісних, ресурсопоглинаючих видів медичної допомоги [6]. Її надання супроводжується високими рівнями ризику несприятливих наслідків хірургічних втручань. Все це створює певні виклики для національної системи охорони здоров'я щодо забезпечення населенню доступу до даного виду допомоги [2] та спричинює особливі вимоги до безпеки та якості її надання.

Якість та безпека всіх видів хірургічної допомоги як складової системи охорони здоров'я регламентується рядом нормативно-правових актів, які визначають механізми гарантій якості медичної допомоги у розрізі її основних компонентів – структурному, процесуальному та результативному [1]. Якість структури оцінюється через належне ресурсне забезпечення, дотримання яких контролюється в ході ліцензування медичної практики, акредитації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), сертифікації та атестації медичного персоналу. Якість процесів забезпечується шляхом оцінки дотримання стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів (уніфікованих та локальних). Якість результату характеризується рівнями показників медичної, соціальної та економічної ефективності, а також задоволеності пацієнтів [1, 5].

Мета дослідження: проаналізувати основні параметри якості стаціонарної хірургічної допомоги закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області за даними Державної системи збору медичної статистичної інформації та за

даними опитування споживачів медичних послуг.

Матеріал і методи дослідження

Вивчили дані за 2002-2011 рр. «Звіт про медичні кадри» (ф. № 17), «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (ф. № 20) закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, а також статистично-довідникових матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України та Івано-Франківського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики.

Проаналізували мережу та кадрове забезпечення населення Івано-Франківської області хірургічною стаціонарною допомогою, показники використання ліжкового фонду, обсягів та змісту хірургічної допомоги, залежно від потужності та рівня закладів охорони здоров'я: обласні, центральні районні, центральні міські та міські, районні (колишні номерні) лікарні.

Для вивчення задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою провели соціологічне опитування 530 пацієнтів, які завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. Достовірність різниці даних у групах спостереження визначали за критерієм χ^2 [11].

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз медичної статистичної документації показав, що у наявних статистичних формах інформація, яка стосується сучасних підходів до оцінки структурної, процесуальної та результативної складових якості медичної допомоги, відображена тільки частково. Зокрема, зі звітних документів для оцінки структурної складової якості можна отримати окремі дані про мережу та кадрове забезпечення за майже повної відсутності інформації про основні параметри безпеки допомоги. Оцінка якості процесів також ускладнена, оскільки у статистичних формах наявна тільки кількісна інформація про зайнятість лікарняних ліжок, тривалість лікування та число операцій і відсутня інформація про результати внутрішнього аудиту дотримання медико-технологічних стандартів [1]. Проблематично й оцінити результативну складову якості медичної допомоги. В якійсь мірі тільки показники післяопераційної летальності можна використати для оцінки ефективності хірургічної допомоги.

Отже, за результатами вивчення звітних статистичних документів встановлено, що в Івано-Франківській області ліжка хірургічного профілю розгорнуті у 14 центральних районних та 5 центральних міських та міських лікарень, 5 дитячих міських лікарнях, 8 районних лікарень, обласній клінічній лікарні, обласній дитячій клінічній лікарні, обласному фтизіопульмонологічному центрі та обласному онкологічному диспансері.

У динаміці за десятирічний період (2002-2011 рр.) кількість хірургічних ліжок в області скоротилась на 80 шт., що відповідає загальнодержавним процесам реорганізації системи охорони здоров'я та раціоналізації використання ліжкового фонду. Станом на 2011 рік забезпеченість населення Івано-Франківської області стаціонарними ліжками хірургічного профілю (14,91 ліжок на 10 тисяч населення) практично відповідає аналогічному показнику в Україні загалом (14,31 відповідно). Незначно відрізняється і забезпечення ліжками окремих профілів. Тобто, рівні забезпечення населення хірургічною стаціонарною допомогою в Івано-Франківській області відповідають середньоукраїнським.

Рівні забезпеченості лікарями-хірургами на 10 тисяч населення в області та Україні також суттєво не відрізняються

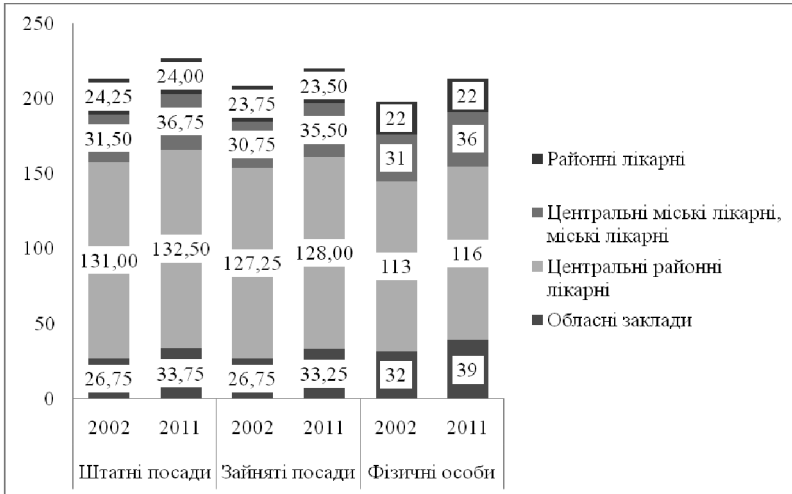


Рис. 1. Динаміка чисельності (у абсолютних числах) штатних, зайнятих посад та фізичних осіб лікарів-хірургів Івано-Франківської області за 2002-2011 роки

і за десятирічний період за даними статистичних довідників [3, 8] практично не змінилися: у 2002 році в Україні було 1,91 зайнятих посад лікарів-хірургів на 10 тисяч населення, а в області – 1,84, в 2011 році – 2,01 та 1,9 відповідно. Однак, навряд, чи це відповідає дійсності. Адже відомо, що за розглянутий період чисельність населення скоротилась. В той же час, як видно на рис. 1, дані статистичної звітності МОЗ України (ф. № 17) свідчать, що в Івано-Франківській області впродовж 2002-2011 рр. абсолютна кількість штатних і зайнятих посад лікарів-хірургів та відповідно фізичних осіб, які на них працюють, зростає. Найбільший приріст відбувся в обласних та центральних міських закладах охорони здоров'я. Враховуючи наявність в області медичного університету, очевидно така ситуація значною мірою пояснюється необхідністю перепрофільовувати ставки в межах закладу для працевлаштування лікарів.

Частковим підтвердженням цьому є й рівні показника укомплектованості, що відображає співвідношення зайнятих посад до штатних у % та коефіцієнта сумісництва, який показує середнє число зайнятих посад на одну фізичну особу. Зокрема, попри зростання абсолютної кількості ставок та фізичних осіб лікарів-хірургів, укомплектованість посад на сьогодні все ще не сягає 100% (96,6% - 98,5%) і в динаміці за десять років навіть дещо знизилась. В той же час, як видно на рис. 2, коефіцієнт сумісництва перевищує 1,0 тільки у центральних районних та районних лікарнях, що свідчить про те, що частина лікарів працюють більше, ніж на одну ставку. У центральних міських закладах (в тому числі обласного центру) і особливо виражено – в обласних закладах, на фоні показуваної недоукомплектованості посад, коефіцієнт сумісництва нижчий одиниці, що вказує на подробеність ставок. На наш погляд, така ситуація може загрожувати безпеці пацієнтів, оскільки лікарям-хірургам, що працюють не на повну ставку, важче досягти належного рівня кваліфікації через неможливість набути належну практику.

Сказане підтверджується й даними аналізу структури лікарів-хірургів за кваліфікаційними категоріями. Слід зазначити, що в цілому фаховий рівень лікарів-хірургів Івано-Франківської області достатньо високий, причому у динаміці

за 2002-2011 рр. процентний розподіл кваліфікаційних категорій практично не змінився. У 2011 році в області працювало 35,8% (у 2002 – 36,0%) лікарів-хірургів вищої категорії та 40,8% (40,9% відповідно) – першої. Частка хірургів другої категорії невисока – 14,9% (14,5%), не атестованих – лише 8,5% (8,6%).

В той же час, аналіз рівня кваліфікації кадрів у розрізі різних закладів охорони здоров'я показав суттєві відмінності. Як видно на рис. 3, якість кадрового складу обласних закладів охорони здоров'я, на жаль, не відповідає сучасним нормативним вимогам [9], адже майже 40% лікарів-хірургів, що працювали тут 2011 року, мали другу (25,6%), або взагалі жодної (10,3%) кваліфікаційної категорії. Значно більшими, порівняно з центральними районним, були аналогічні показники й у центральних міських та міських лікарнях.

На наш погляд, це вкотре вказує на намагання молодих випускників працевлаштуватися переважно у обласному центрі та великих містах. З одного боку, це має свої переваги, оскільки

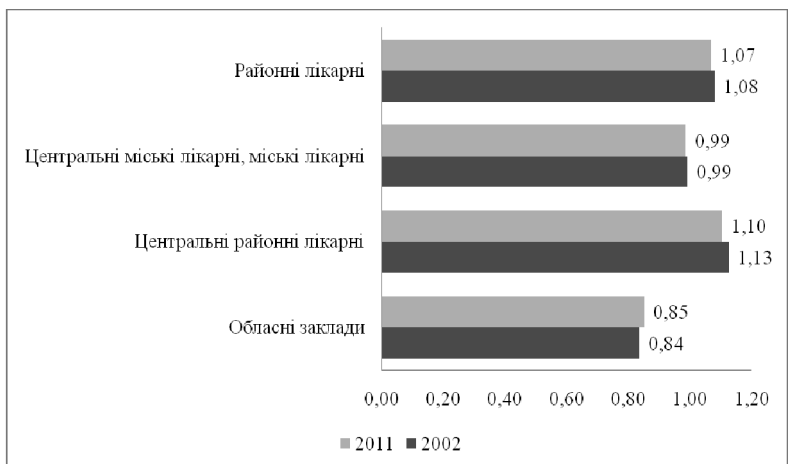


Рис. 2. Динаміка коефіцієнта сумісництва посад лікарями-хірургами Івано-Франківської області за 2002-2011 роки

тут є кращі можливості оволодіння молодими спеціалістами, які більш відкриті до навчання, різноманітним високотехнологічним методикам під патронатом досвідчених

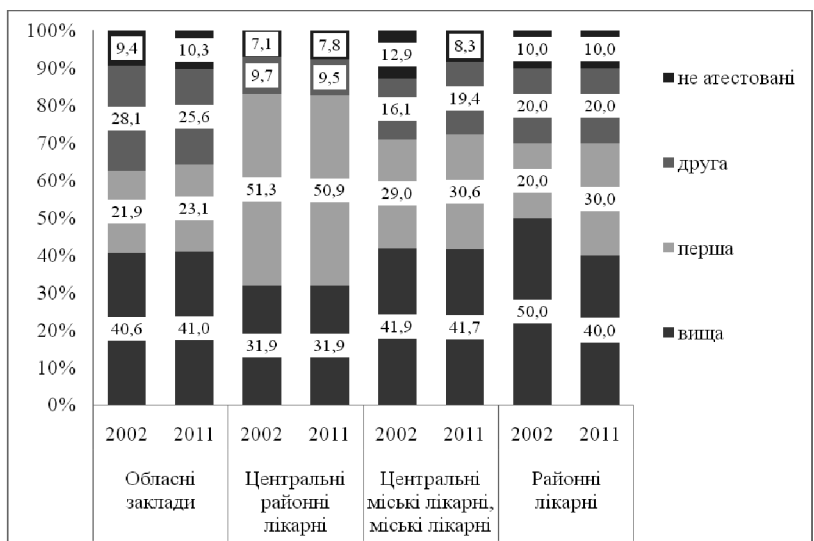


Рис. 3. Характеристика рівня кваліфікації лікарів-хірургів Івано-Франківської області у динаміці за 2002-2011 роки

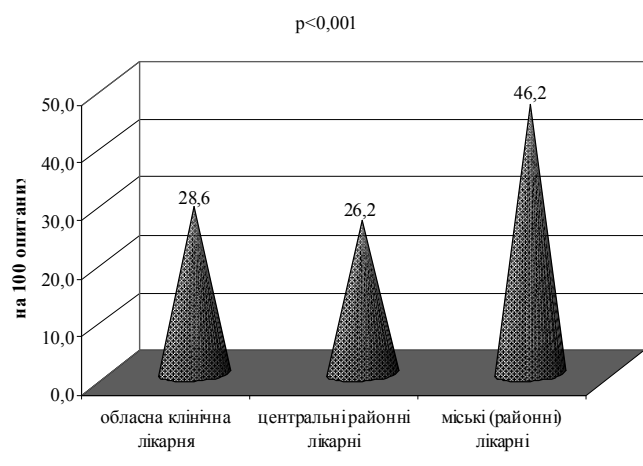


Рис. 4. Частота незадоволеності наданою медичною допомогою серед пацієнтів різних типів закладів охорони здоров'я

лікарів. З іншого боку, відсутність належного досвіду потребує такого патронату і постійного навчання, самовдосконалення тощо.

Під постійним контролем з боку органів управління, внаслідок високої вартості стаціонарної допомоги, знаходяться показники використання ліжкового фонду. Їх аналіз показав, що у цілому за період 2002-2011 рр. зайнятість хірургічних ліжок має тенденцію до зниження (з 329,2 днів у 2002 р. до 313,8 днів у 2011 році). Слід зазначити, що середні значення показника в Україні (329,4 дні у 2010 р.) загалом також нижчі від нормативних (340 днів). З одного боку, це може бути пов'язано із запровадженням новітніх технологій (наприклад, лапароскопічних), що супроводжуються зниженням тривалості лікування, а відповідно й зайнятості ліжок. З іншого боку, найбільш інтенсивне зниження показника демонструють малопотужні районні заклади (з 329,2 до 298,9 днів). На наш погляд, це в черговий раз підтверджує, що такі ЗОЗ не можуть задовольнити сучасні вимоги до хірургічної допомоги [4, 6]. При достатньо добре розвиненій інфраструктурі, наявності шляхів сполучення, невеликих віддальх, мешканці Івано-Франківської області очевидно при потребі хірургічної допомоги звертаються у більш технологічно обладнані центральні районні, центральні міські чи обласні заклади охорони здоров'я.

Таку ж тенденцію до зниження демонструють й рівні середньої тривалості перебування хірургічних хворих у стаціонарі. У цілому за десятирічний період показник знизився з 11,1 дня до 9,3 днів, причому у закладах всіх рівнів. Це відображає загальносвітові тенденції до скорочення термінів лікування в стаціонарних умовах через значну капіталомісткість даного виду допомоги [6], а також ефективність сучасних хірургічних технологій.

Цілком зрозуміло, що рівні середньорічного обігу ліжка навпаки зростають. За десятирічний період в цілому по області рівень показника зріс з 29,4 хворих у 2002 р. до 31,0 хворого у 2011 р.

Із загальної картини подібних співвідношень та пропорцій показників використання ліжкового фонду виділяють рівні та тенденції зазначених коефіцієнтів у районних лікарнях, де зниження середньої тривалості перебування хворого у стаціонарі супроводжується стабільним середньорічним обігом і наочно пояснює суттєве зниження середньорічної зайнятості ліжка, головним чином, як уже вказувалося, внаслідок очевидного зниження привабливості такого типу стаціонарів для сучасних пацієнтів. Підтвердження цьому ми знайшли у результатах опитування пацієнтів щодо задоволеності

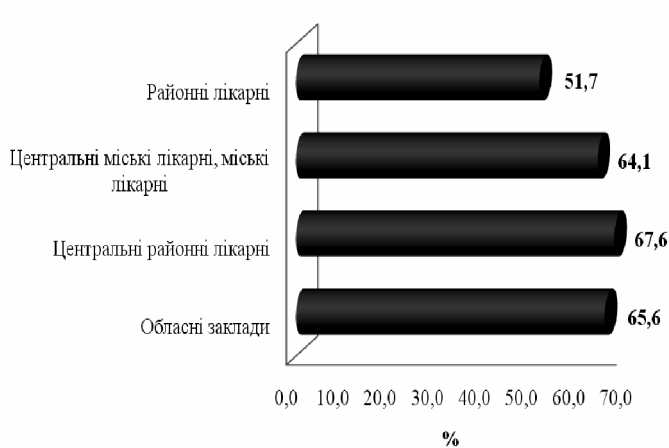


Рис. 5. Оперативна активність в закладах охорони здоров'я різного рівня

воленості отриманими медичними послугами. Як видно на рис. 4, найчастіше невдоволеність висловлювали пацієнти малопотужних міських, районних лікарень – 46,2% проти 26,2% респондентів центральних районних та 28,6% хірургічних пацієнтів обласної клінічної лікарні ($p < 0,001$).

Основними показниками діяльності хірургічних відділень є показники хірургічної роботи. Їх аналіз за 2011 рік показав, що оперативна активність у закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області становить 62,2%, що дещо нижче від нормативних 65-70%. Як видно на рис. 5, така ситуація склалась через низьку частку прооперованих хворих з числа вибулих з хірургічних відділень малопотужних районних лікарень – 51,7%.

Більшість проведених оперативних втручань згідно з даними звітними документами проводиться у плановому порядку – 70,5% проти 29,5% ургентних. Таке ж співвідношення спостерігалось у всіх проаналізованих ЗОЗ, крім обласних, де майже 40% (37,7%) всіх операцій ургентні. Поясненням цього може бути відсутність в області лікарні швидкої допомоги, практично втрачена система направлень та відбору хворих із вторинного рівня, законодавчо закріплена можливість самостійного звернення пацієнтів до будь-яких лікарів [7].

Згідно з положеннями доказового менеджменту хірургічна допомога може вважатися безпечною за умови, що в середньому на одного лікаря припадає 300 і більше операцій в рік [4]. На жаль, цей показник покищо не досягнуто. В Україні загалом він складає 289 операцій на одну зайняту посаду хірурга, а в Івано-Франківській області ще менше –

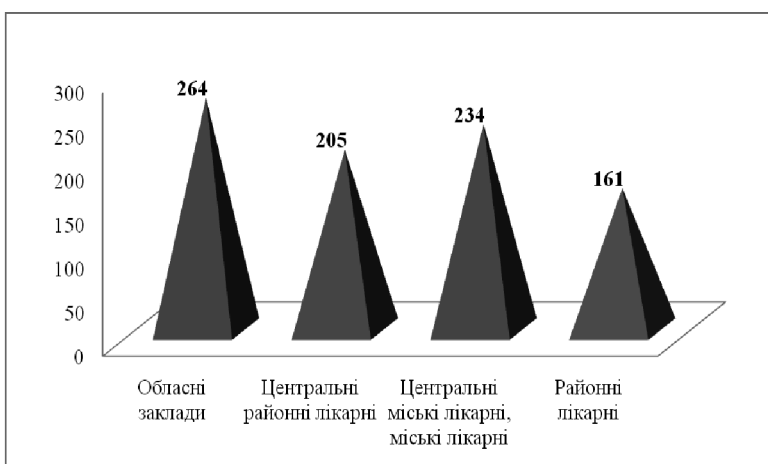


Рис. 6. Середня кількість операцій на одну посаду лікаря-хірурга у закладах охорони здоров'я різного рівня

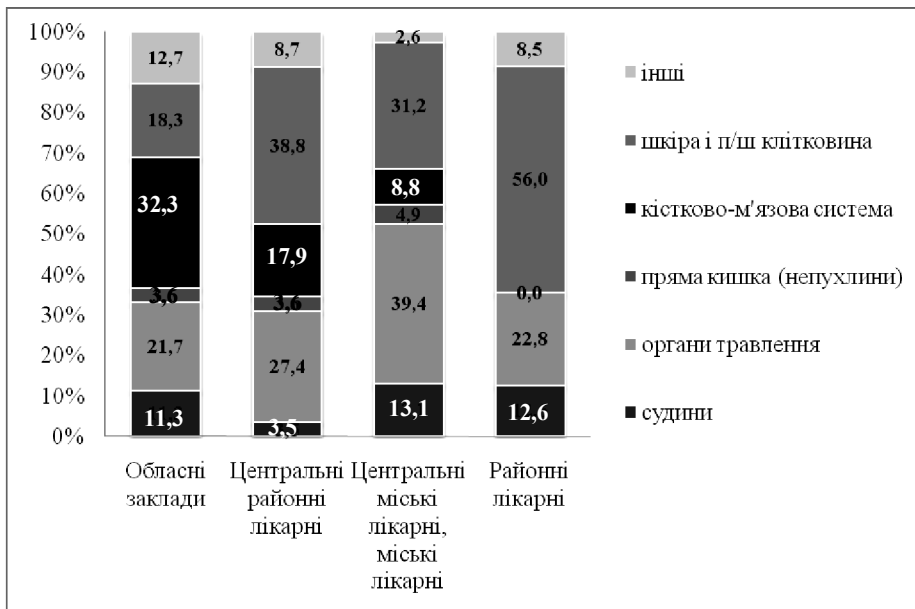


Рис. 7. Структура оперативних втручань у закладах охорони здоров'я різного рівня

216, причому, це знову ж таки за рахунок малопотужних лікарень (рис. 6), де в середньому одним хірургом виконується тільки 161 операція за рік. Не високим цей показник є й у ЦРЛ – 205. Найбільш навантажені лікарі центральних міських (234 операції) та обласних (264 операції) ЗОЗ.

Проте, крім відносної та абсолютної оперативної активності, важливе значення для характеристики якості хірургічної роботи має те, які саме операції проводились, тобто їх структура. На рис. 7 представлено процентний розподіл у різних типах ЗОЗ основних видів оперативних втручань. Найбільший їх спектр цілком логічно спостерігається у обласних та центральних міських закладах. Однак, звертає на себе увагу значна частка операцій на шкірі та підшкірній клітковині, які, як відомо у своїй більшості не вимагають цілодобового спостереження та можуть проводитись в амбулаторних умовах (так звана «хірургія одного дня»), у центральних районних (38,8%) і особливо у районних (56,0%) лікарнях. Тобто, це наочно підтверджує нераціональність утримання стаціонарної хірургічної допомоги у малопотужних ЗОЗ.

Від складності операцій залежить і післяопераційна летальність. Враховуючи показану структуру хірургічних втручань (рис. 7), не дивно, що її рівні найвищі в обласних (0,67%) та центральних міських (0,82%), а найнижчі – в центральних районних (0,31%) лікарнях і практично поодинокі випадки (0,06%) – у районних ЗОЗ. В цілому післяопераційна летальність у стаціонарах Івано-Франківської області дещо нижча, ніж в Україні загалом – 0,49% проти 0,61%.

Висновки

Ресурсне забезпечення хірургічної стаціонарної допомоги Івано-Франківської області, зокрема ліжками та кадрами, кількісно знаходиться на середньоукраїнському рівні. Проте якісний склад, зокрема обласних закладів охорони, який характеризується низьким коефіцієнтом сумісництва (0,85 ставок на одну фізичну особу) та значною часткою лікарів-хірургів з другою кваліфікаційною категорією (25,6%) і не атестованих (10,3%) – не відповідає сучасним вимогам, може становити загрозу безпеці допомоги та вимагає організації постійного професійного вдосконалення молодих спеціалістів.

Аналіз показників стаціонарної хірургічної роботи підтверджує неможливість забезпечення якісної та безпечної допомоги у малопотужних закладах охорони здоров'я внаслідок низької оперативної активності (51,7% та 161 операція

на одного хірурга в рік), недостатньої обґрунтованості госпіталізації (56,0% операцій можуть проводитись в амбулаторних умовах), що призводить до нераціонального використання коштів (середньорічна зайнятість ліжка менше 300 днів) і непрацездатності для значної частки пацієнтів (46,2%).

Вітчизняна система збору медичної статистичної інформації та оцінки показників діяльності лише частково відображає рівень додержання стандартів якості медичної допомоги, вимагає нагальних змін, запровадження системи індикаторів якості та нових механізмів для управління змінами.

Перспективи подальших досліджень

Отримані нами результати дослідження будуть використані при розробці удосконаленої системи контролю якості хірургічної стаціонарної допомоги.

Література

- Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : [монографія] / В. В. Горачук. – Вінниця: ПП Балук І. Б., 2012. – 212 с.
- Децик О. З. Аналіз шляхів та обґрунтованості госпіталізації у хірургічні відділення стаціонарів / О. З. Децик, А. М. Яворський, М. І. Яворський // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. – Житомир, 11–12.10.2012 р. – С. 29–30.
- Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я Івано-Франківської області в 2001–2003 роках: статистичні матеріали / Івано-Франківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. – Івано-Франківськ, 2004. – 118 с.
- Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
- Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : [монографія] / В. Ф. Москаленко. – К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.
- Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я : [монографія] / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
- Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К.: Парламентське вид-во, 1992. – (Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ). – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> – Назва з екрану.
- Показники стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів області за 2010–2011 роки (книга II): статистичні матеріали / Івано-Франківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. – Івано-Франківськ, 2012. – 248 с.
- Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К.: Парламентське вид-во, 2011. – (Закон України від 07.07.2011 року №3611-VI). – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17> – Назва з екрану.
- Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.
- Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.

Децик О.З., Яворський А.М., Яворський М.И., Пилипчук В.И.

Анализ показателей стационарной хирургической помощи учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области

Резюме. Изучили данные статистических отчетов учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области за 2002-2011 гг., а также результаты социологического опроса 530 пациентов, завершающих лечение в хирургических отделениях стационаров.

Установлено, что качество оказания хирургической стационарной помощи существенно зависит от уровня учреждения здравоохранения. В маломощных районных больницах невозможно обеспечить качественную и безопасную медицинскую помощь вследствие низкой оперативной активности (51,7% и 161 операция на одного хирурга в год), недостаточной обоснованности госпитализации (56,0% операций могут проводиться в амбулаторных условиях). Это приводит к нерациональному использованию средств (среднегодовая занятость койки менее 300 дней) и непривлекательности для значительной доли пациентов (46,2%).

Показано, что отечественная система сбора медицинской статистической информации лишь частично отражает уровень соблюдения стандартов качества медицинской помощи, требует неотложных изменений, в частности внедрения системы индикаторов качества.

Ключевые слова: качество, безопасность, доступность, хирургическая стационарная помощь.

O.Z. Detsyk, A.M. Yavorskyi, M.I. Yavorskyi, V.I. Pylypchuk Analysis of the Inpatient Surgical Care Indices of Ivano-Frankivsk Region Health Facilities

Summary. There has been performed the study of 2002-2011 annual statistical reports of Ivano-Frankivsk region health facilities and the survey of 530 patients who completed treatment in the surgical inpatient departments. It has been determined that the quality of surgical patient care depends greatly on the level of health facilities. In the low-district hospitals it is impossible to provide the quality and safe medical care because of the low operational activity (51.7% and 161 surgical operations per surgeon per year), insufficient justification of hospitalization (56.0% of operations could be conducted on an outpatient basis), which leads to irrational use of funds (average bed occupancy less than 300 days) and unattractiveness for a significant proportion of patients (46.2%).

It is shown that the national system for collecting health statistical information only partially reflects the accomplishment of medical care quality standards and requires urgent changes, including the introduction of health care quality indicators.

Key words: quality, safety, accessibility, surgical hospital care.

Надійшла 26.06.2013 року.

УДК: 616-084+617.7-007.681

Коцинець О.Б.

Аналіз динаміки і структури показників поширеності, захворюваності та інвалідності внаслідок первинної глаукоми в Україні та, зокрема, в Івано-Франківській області

Кафедра нейрохірургії та офтальмології (зав. каф. – проф. О.І.Потапов)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. У роботі проведений аналіз динаміки показників поширеності, захворюваності і первинної інвалідності внаслідок глаукоми в Україні та, зокрема, Івано-Франківській області за 2002-2011 рр.

Показано, що первинна глаукома становить суттєвий медико-соціальний тягар для систем охорони здоров'я та соціального захисту в Україні внаслідок значних рівнів розглянутих показників, у тому числі серед працездатного населення.

Встановлено, що в Україні, як і в інших країнах світу, переважає більшість хворих на глаукому (85,0%) – це особи старше 60 років; розглянуте захворювання частіше вражає жінок (55,2%).

Виявлені тенденції до зростання показників захворюваності (загальної і первинної) у динаміці за десятирічний період часу (2002-2011 рр.) вказують на несприятливий прогноз розвитку ситуації на майбутнє, ускладнений доведеною залежністю первинної захворюваності на глаукому від рівня постаріння населення ($r_{xy} = 0,94$), яке також зростає в українському суспільстві.

Ключові слова: глаукома, захворюваність, інвалідність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Масштаби проблеми глаукоми та її значення для країн, що розвиваються, обговорювались багато разів, проте вона і сьогодні займає одне з пріоритетних місць в офтальмології в силу своєї медико-соціальної значимості [1, 2, 5, 6].

Це третя за вагомістю причина сліпоты - частка незрячих внаслідок глаукоми в усьому світі становить 10% [6]. В Україні глаукома посідає друге місце серед причин інвалідності по зору, а в контингенті накопиченої інвалідності - перше місце [2].

Детальна епідеміологічна інформація з усіх регіонів світу вказує на те, що поширення глаукоми набуває характеру пандемії [9-11]. У 2010 році близько 60,5 млн. людей земної кулі постраждали від глаукоми і близько 8,4 млн. осліпли від неї. За прогнозами Quigley H. A. і Broman A. T. (2006) у

2020 році близько 80 млн. людей будуть хворіти на це захворювання [12].

Причини таких прогнозів є, в першу чергу, постаріння населення, яке стало суспільною трансформацією 21 століття і створило серйозні виклики для служб громадського здоров'я та соціального захисту [4]. Якщо в цілому на глаукому хворіє близько 3% дорослого населення (18 років і старших), то серед людей у віці понад 40 років показник зростає учетверо і складає близько 12%. Проте абсолютна більшість хворих на глаукому (80%) – це особи у віці понад 60 років, що вказує на важливу роль інволюційних процесів у виникненні і розвитку захворювання [5].

Ще одним підтвердження цьому може бути той факт, що глаукома більш поширена серед жінок [5], і більшість дослідників пов'язують це, у тому числі, і з довшою, порівняно із чоловіками, тривалістю життя [3-5]. Це також важливо враховувати, оскільки жінки частіше користуються всіма видами послуг, включаючи медичну допомогу [4].

Серед інших можливих причин несприятливих прогнозів щодо поширення глаукоми називають також зростання поширеності хронічних неінфекційних хвороб. Проведені дослідження в багатьох країнах світу вказують на взаємозв'язок між розвитком та перебігом глаукоми з серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями [2, 6-8].

Враховуючи, що постаріння населення торкнулося й України, проблема глаукоми також набула своєї актуальності та характеризується несприятливим прогнозом щодо зростання її рівнів надалі [1, 2, 5, 6].

Мета дослідження: проаналізувати динаміку поширеності, захворюваності на первинну глаукому та первинної інвалідності від неї в Україні та Івано-Франківській області за 10 років, зокрема.