

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На правах рукописи

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯМ И В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Специальность: 3212.01- Здравоохранение и его организация

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Салихова Камила Мустафа кызы**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени доктора
философии по медицине

Баку – 2021

Диссертационная работа выполнена на кафедре «Организация здравоохранения и менеджмента с курсом педагогики, психологии и иностранного языка» Аз.ГИУВ им. А.Алиева.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Агаев Фазиль Баламирза оглы

Научный консультант: доктор медицинских наук, доцент
Рустамова Назиля Мамед кызы

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Рзакулиева Лейла Муса кызы
доктор медицинских наук, доцент
Агаева Рена Бёюккиши кызы
доктор философии по медицине
Мусабекова Гюльнара Нариман кызы

Диссертационный совет FD 1.03 Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики, действующий на базе действующего Национального Центра Офтальмологии им. академика Зарифы Алиевой.

Председатель диссертационного совета: член-корреспондент
НАНА, заслуженный деятель
науки, доктор медицинских
наук, профессор
Касимов Эльмар Мустафа оглы

Ученый секретарь диссертационного совета:
доктор медицинских наук
Багиров Низами Алинияз оглы

Председатель научного семинара:
доктор медицинских наук, доцент
Агаев Анар Азем оглы

Общая характеристика работы

Актуальность темы и степень её разработки.

Семейная медицинская практика – традиционная система первичной медико-санитарной помощи во многих странах – имеет разнообразные формы, выполняет различные функции и участвует в решении современных проблем здравоохранения^{1,2,3}. Широта и глубина решаемых семейными врачами задач определяет требования к их профессиональным навыкам и знаниям, на основе которых формируется система подготовки специалистов для семейной практики и материально-технического оснащения кабинетов врачей общей практики. В России, где исторически существовала земская врачебная практика, семейная медицина возникла в постсоветском периоде и стала заменять участковую службу медицинского обеспечения¹. Российская модель семейного врача предназначена для оказания профилактической и первичной лечебно-диагностической помощи не только при болезнях внутренних органов, но и при гинекологических, оториноларингологических, офтальмологических патологиях, дерматовенерологических и психических заболеваниях. Существует додипломная и последипломная подготовка семейных врачей, квалификационная характеристика которых включает умение проводить обследование, диагностику, лечение и реабилитацию больных, при необходимости организовывать дополнительное обследование, консультацию и госпитализацию при заболеваниях органов дыхания, системы кровообращения, пищеварения и кроветворения, эндокринной, мочевой системы, женских половых органов и молочной железы, суставов и

¹ Щепин В.О., Иванов М.В., Миргородская О.В., Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2011. № 1. с. 38 – 42

² Taylor J.L., Aalasma M.C., Gilbert A.L. et.al. Perspectives of family medicine physicians on the importance of adolescent preventive care: a multivariate analysis // BMC Family Practice, 2016, 17:4

³ Banfield M., Jowsey T., Parkinson A. et.al. Experiencing integration: a qualitative pilot study of consumer and provider experiences of integrated primary health care in Australia // BMC Family Practice, 2017, 18:2

соединительной ткани, уха, горла, носа, глаз, органов полости рта, а также при инфекционных (в том числе туберкулёз) патологиях.

В области офтальмологии компетенция врача общей практики в России охватывает навыки диагностики и лечения воспалительных (конъюнктивит, блефарит, дакриoadенит, дакриоцистит, кератит, ячмень) заболеваний, глаукомы, нарушений рефракции (миопия, гиперметропия, пресбиопия), косоглазия, катаракты. Имеются научные исследования, посвященные повышению эффективности работы семейных врачей^{4,5,6} в целом и в области офтальмопатологии^{7,8,9,10,11,12}.

⁴ Jorgensen J.T., Andersen J.S., Tjouneland A., Andersen Z.J., Determinants of frequent attendance in Danish general practice: a cohort – based cross – sectional study // BMC Family Practice, 2016, 17:9

⁵ Mortel T., Bird J., Chown P. et.al.General practitioners as educators in adolescent health: a training evaluation // BMC Family Practice, 2016, 17:32

⁶ Wagner E.H., Flinter M., Hsu C. et.al. Effective team-based primary care: observations from innovative practices // BMC Family Practice, 2017, 18:13

⁷ Бурлачук В.Т., Крысенкова Н.А., et.al. Офтальмотонометрия в общей врачебной практике (семейной медицине) // Журнал «Поликлиника», 2008, № 5. с. 94 – 96

⁸ Clement M. et. al. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Organization of Diabetes Care // Can J Diabetes. 2013;37(1):S20–5

⁹ Приходько В.Ю. Головная боль в практике терапевта и семейного врача. Укр. Мед. ЧАСОПИС, 3 (95) – V/VI 2013/www.umj.com.ua

¹⁰ Воронина А.Е. Медико-социальные аспекты заболеваемости глаукомой в Оренбургской области. Автореф. дисс... канд. мед. наук. Оренбург, 2015. 22 с

¹¹ Амиров А.Н., Зверева О.Г., Транспальпебральная тонометрия при скрининге населения на глаукому // Медицинский альманах, 2016, № 1 (41), с.88 – 90

¹² Зохан А.А., Никифорова Е.Б., Карлова Е.В., Полунина М.А. Организация специализированной офтальмологической помощи пациентам с глаукомой и скрининга на глаукому в отдаленных районах Самарской области // Медицинский альманах, 2016, № 1 (41). с. 85 – 88

В Азербайджане медицинская семейная практика находится в начальном этапе развития, отсутствуют регламенты для организации работы семейных врачей, хотя в номенклатуре врачебных должностей предусмотрен семейный врач. Выпускники медицинского университета могут работать семейными врачами. Однако стройная система до- и последиplomной подготовки семейных врачей не создана. Для адекватного формирования семейной врачебной практики в Азербайджане необходимо научное обоснование роли и задач будущих семейных врачей в решении проблем по первичной медико-санитарной помощи в области различных медицинских профилей. Поэтому обоснование роли семейного врача в оказании первичной медико-санитарной помощи по офтальмопатологиям и особенно в раннем выявлении глаукомы является актуальной задачей.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования был выбран пациент с глазными патологиями, которые определяли потребность в первичной медико-санитарной помощи семейного врача. Основным предметом данного исследования являлись нозологические формы глазных болезней (конъюнктивит, блефарит, дакриoadенит, дакриоцистит, кератит, ячмень, глаукома, астигматизм, миопия, гиперметропия, пресбиопия, косоглазие, катаракта) и профессиональная компетенция семейного врача по диагностике, лечению и профилактике этих патологий.

Цель исследования. Научно обосновать роль семейного врача в оказании первичной медико-санитарной помощи по офтальмопатологиям и в раннем выявлении глаукомы.

Задачи исследования:

- Получить современную характеристику уровня и структуры общей заболеваемости населения болезнями органов зрения по материалам обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (на примере Ясамальского района города Баку);

- Углубленно изучить медико-социальный груз (заболеваемость, распространенность, коморбидность, инвалидность) глаукомы на уровне первичной медико-санитарной помощи;
- Изучить потенциальные возможности участия семейного врача в медицинском обеспечении больных заболеваниями глаз и его придаточного аппарата;
- Обосновать роль семейного врача в оказании первичной медико-санитарной помощи при офтальмопатологиях и в раннем выявлении глаукомы.

Методы исследования. Клинические: общеклинический офтальмологический осмотр (визометрия, тонометрия, офтальмоскопия, биомикроскопия глаза, гониоскопия, рефрактометрия, кератометрия, периметрия и прочие).

Социально-гигиенические: методы изучения первичной и общей заболеваемости, инвалидности; экспертная оценка качества диагностики, обследования и лечения.

Статистические: описательная статистика количественных и качественных показателей, оценка статистической значимости критериями χ^2 и дисперсионный анализ; корреляционный и регрессионный анализ.

Нормативные: норма нагрузки, норма посещаемости и госпитализации.

Положения диссертации, выносимые на защиту.

- Потребность в посещениях врачей-офтальмологов и семейных врачей зависит от уровня и структуры заболеваний глаза и его придаточного аппарата, которые имеют характерные особенности в городе Баку;
- Глаукома составляет наиболее весомый медико-социальный груз на первичном медико-санитарном уровне. Она имеет характерные особенности в зависимости от стадии и тяжести течения патологии, степени инвалидизации, что существенно влияет на степень участия семейного врача в медицинском обеспечении глаукомных больных;

- Степень участия семейного врача в первичном медико-санитарном в области офтальмопатологии зависит от профессиональной компетенции семейного врача. При использовании российской модели семейного врача в Азербайджане на 1000 населения можно ожидать 79,4 посещения пациентов с глазными патологиями врачей общей практики для получения первичной медико-санитарной помощи .

Научная новизна результатов исследования:

- Впервые дана характеристика заболеваемости населения болезнями органов зрения как основа для формирования потребности в медицинских услугах семейного врача;
- Впервые в целях планирования работы семейных врачей показаны особенности первичной и общей заболеваемости населения глаукомой, её распространенности, инвалидности вследствие глаукомы;
- Впервые в Азербайджане обоснована модель для изучения потенциальной роли семейного врача в первичной медико-санитарной помощи при офтальмопатологиях;
- Впервые обоснована методология перераспределения нагрузки по лечебно-диагностической и профилактической работе при заболеваниях органов зрения между семейными врачами и офтальмологами.

Теоретическая и практическая ценность результатов исследования.

- Результаты исследования позволяют сформировать модель рационального планирования работы и связи семейных врачей с врачами-специалистами, которая может быть использована органами управления системой здравоохранения при переходе к семейной медицинской практике на уровне первичной медико-санитарной помощи.

- Обоснованные в ходе исследования нормативы перераспределения нагрузки между семейными врачами и офтальмологами, установленный объем помощи органам здравоохранения определяют численность контингента для семейных врачей и их обязанности.
- Результаты исследования могут найти практическое применение при подготовке программы и перечня компетенций для семейных врачей, могут использоваться на до- и последипломном уровнях образования.

Апробация диссертационной работы. Результаты исследования в ходе его выполнения были доложены и обсуждены на кафедре «Организация здравоохранения и менеджмента с курсом педагогики, психологии и иностранного языка» Аз.ГИУВ им. А.Алиева, на ученом Совете терапевтического и профилактического факультета, на VI международной научно-практической конференции (Москва, 2017), на XXI научно-практической конференции, (Санкт-Петербург, 2019,15 ноябрь), на форуме «Научное достижение третьего тысячелетия» (Нью-Йорк, 2019), на научно-практической конференции, посвященной дню рождению А.Алиева (Баку 2020), на XXIX международной научно-практической конференции (Москва, 2019).

Первичное обсуждение работы проведено на ученом совете (совместной межкафедральной конференции сотрудников кафедр «Организация здравоохранения и менеджмента с курсом педагогики, психологии и иностранного языка», «Офтальмология», «Гигиена» и «Фармакология». 16.11.2018, протокол №22).

Апробация диссертационной работы проведена на апробационном семинаре при Национальном Центре Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой 26.02.2021 года (протокол №3).

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедряются в работе базовой поликлиники

(поликлиник №3) и в учебном процессе в Азербайджанском Медицинском Университете и Азербайджанском Государственном Институте Усовершенствования Врачей имени А. Алиева.

Наименование организации, где выполнена работа:
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А. Алиева.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 179 страницах, набрана на персональном компьютере, включает 26 таблиц, 13 рисунков и графиков. Работа состоит из введения (9118 знаков), обзора литературы (I глава – 50328 знаков), описания материалов и методов исследования (II глава - 20115), 4 глав (III – 33853 знаков, IV – 32340 знаков, V – 29487 знаков, VI – 24740 знаков) собственных результатов, заключения – 6238 знаков, выводов – 2579 знаков, практических предложений – 1261 знаков, списка литературы, который включает 288 источников, из них 6 на азербайджанском, 42 на русском, 240 на английском языках. Общее количество знаков – 210059.

Материалы и методы исследования

В соответствии с целью и задачами исследования работа была проведена путем поэтапного и комплексного исследования, нацеленного на выявление потенциальных возможностей участия семейного врача в лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи в области офтальмопатологии.

Решаемые задачи охватывают разные аспекты болезней глаз, что потребовало самостоятельного формирования единицы наблюдения и объекта наблюдения для каждой задачи.

При изучении общей заболеваемости болезнями глаз и его придаточного аппарата единицей наблюдения был выбран пациент, у которого в амбулаторной карте имеется запись врача-офтальмолога с указанием диагноза, повода посещения. Объем наблюдения был установлен сплошным охватом всех единиц

наблюдения в поликлиниках (№3; 16; 17; 10; 5) Ясамальского района (всего 25308 диагнозов, в том числе 12759 диагнозов у мужчин, 12549 диагнозов у женщин). Диагнозы были сгруппированы в соответствии с рубриками класса VII Международной Классификации Болезней (МКБ -10).

Достоверность различия между возрастно-половыми группами по уровням общей заболеваемости определялся критерием «b».

Зависимость уровня общей заболеваемости от возраста оценивалась на основе изучения изменчивости показателя заболеваемости (y) в соответствии с порядковым номером возрастных (x) групп (0-4 лет – 1; 5-9 лет – 2; 10-14 лет – 3; 15-19 лет – 4; 20-29 лет – 5; 30-39 лет – 6; 40-49 лет – 7; 50-59 лет – 8; 60-69 лет – 9; 70 лет и старше – 10). Связь между ними оценивалась коэффициентом ранговой корреляции (ρ) Спирмена.

Для описания линии тренда, зависимости уровня заболеваемости от возраста (порядкового номера возрастных интервалов) был использован регрессионный анализ.

Результаты первого этапа наблюдения (данные о заболеваемости болезнями органов зрения) продиктовали необходимость изучения медико-социального груза глаукомы на уровне первичной медико-санитарной службы. При этом единицей статистического наблюдения стал пациент с впервые выявленным диагнозом глаукомы за 2016 год. Объект наблюдения состоял из 421 пациента, которые прошли углубленное обследование в Национальном Центре Офтальмологии имени академика З.Алиевой. Количество ранее выявленных больных составляло 1475. Общий объем совокупности для характеристики больных глаукомой составлял 1896. Группировка пациентов по клиническим формам глаукомы проводилась в соответствии с национальным руководством по глаукоме для поликлинических врачей¹³.

¹³ Е.А.Егоров, Ю.С.Астахов, А.Р.Щуко. Национальное руководство по глаукоме (путеводитель) для поликлинических врачей. Москва, 2008, 69 с

Из числа общей совокупности больных глаукомой (1896) 632 наблюдались в поликлинике №3 и находились на диспансерном учете. Эти пациенты были углубленно обследованы с целью выявления хронических заболеваний внутренних органов (полиморбидность) и заболеваний органов зрения (коморбидность). Среди этих пациентов 410 были мужчины, 222 были женщины. Возрастной состав контингента: ≤49 лет – 88; 50-59 лет – 193; 60 лет и более – 351. Состав больных по клиническим диагнозам: первичная ОУГ – 505; первичная ЗУГ – 71; прочие – 56.

Для оценки факторов риска инвалидности вследствие глаукомы проводилось сравнение медико-социальной характеристики пациентов с инвалидностью (150) и трудоспособных (482) больных. Эти группы пациентов были распределены на подгруппы по полу, возрасту, клиническому диагнозу, стадии глаукомы, давности патологии.

Эта информация служила научной базой для оценки потенциальной роли семейного врача в медико-санитарном обеспечении офтальмологических больных на первичном уровне. При этом использованы аналитический, балансовый и экспертный методы оценки с помощью которых были определены медицинские услуги, необходимые для офтальмологических больных (профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные), которые соответствуют компетенциям семейного врача. Объем потребности больных в диагностических процедурах определялся в соответствии со стандартами по нозологическим формам.

Потребность в посещаемости определялась по фактическим обращениям пациентов с привлечением экспертов. В роли экспертов выступали врачи-офтальмологи поликлиники, которые также оценивали вероятность выполнения семейными врачами части этих посещений при условии наличия у них стандартных компетенций по офтальмологическому обслуживанию пациентов.

Для экспериментального доказательства роли семейного врача в медицинском обеспечении офтальмологических больных было планировано проспективное наблюдение с нашим (врач-офтальмолог по базовому образованию, ассистент кафедры семейной медицины АМУ) участием на базе поликлиники №3 (база кафедры семейной медицины АМУ).

Всем пациентам до направления на прием к врачам-специалистам проводилось измерение внутриглазного давления с применением тонометрии по методу Маклакова. После тонометрии все пациенты были обследованы врачом-офтальмологом. Параллельно они могли получать лечение у терапевта, невропатолога, эндокринолога или любого другого узкого специалиста, в зависимости от причины посещения поликлиники.

Результаты наблюдения были обработаны методом анализа качественных признаков.

Характеристика общей заболеваемости населения болезнями органов зрения (по материалам обращаемости в лечебно – профилактические учреждения Ясамальского района города Баку)

Уровень общей заболеваемости болезнями органов зрения составлял $109,1 \pm 0,7\%$ (95% доверительный интервал $107,7 - 110,5\%$), величина показателя в группе мужчин ($114,3 \pm 1,0\%$; 95% доверительный интервал $112,3 - 116,3\%$) и женщин ($104,3 \pm 0,9\%$; 95% доверительный интервал $102,5 - 106,1\%$) отличалась существенно ($P < 0,05$), риск общей заболеваемости был сравнительно больше в группе мужчин (относительный риск 1,1; атрибутивный риск $10,0\%$).

По частоте среди болезней органов зрения на первом месте находятся болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и рефракции (коды МКБ-10:Н49 – Н52), на 1000 населения приходится $52,0 \pm 0,5$ случаев патологии отмеченной рубрики (95% доверительный интервал $51,0 - 53,0\%$).

Среди болезней органов зрения по материалам обращаемости второе место занимают болезни хрусталика, на 1000 населения приходится $15,3 \pm 0,3$ случая (95% доверительный интервал 14,7 – 15,9‰) этих патологий.

Третье место в структуре общей заболеваемости болезнями органов зрения занимают болезни конъюнктивы, на 1000 населения приходится $14,1 \pm 0,2$ случаев данной патологии (95% доверительный интервал 13,7 – 14,5‰).

Глаукома занимает четвертое место среди случаев общей заболеваемости болезнями органов зрения, на 1000 населения приходится $8,2 \pm 0,2$ случаев (95% доверительный интервал 7,8 – 8,6‰) глаукомы.

Пятое место в структуре общей заболеваемости по обращаемости болезнями органов зрения занимают болезни век (коды МКБ-10:Н00 – Н03). Уровень общей заболеваемости болезнями век составляет $5,1 \pm 0,2$ ‰ (95% доверительный интервал 4,7 – 5,5‰) для всего населения.

Зрительные расстройства и слепота (коды МКБ-10:Н53 – Н54) занимают шестое место в структуре общей заболеваемости болезнями органов зрения. Уровень общей заболеваемости населения зрительными расстройствами и слепотой составляет $4,1 \pm 0,1$ ‰ (95% доверительный интервал 3,9 – 4,3‰).

Болезни сосудистой оболочки и сетчатки (коды МКБ-10:Н30- Н36) занимают седьмое место в структуре общей заболеваемости по обращаемости с патологиями органов зрения, на 1000 населения приходится $3,2 \pm 0,1$ случаев этих патологий (95% доверительный интервал 3,0 – 3,6‰).

Иридоциклиты и другие болезни радужной оболочки и цилиарного тела (коды МКБ-10:Н20 – Н21) занимают восьмое место в структуре общей заболеваемости болезнями органов зрения, уровень общей заболеваемости этими патологиями составляет $1,8 \pm 0,1$ ‰ (95% доверительный интервал 1,6 – 2,0‰) для всего населения.

Кератиты, рубцы, помутнения роговицы и другие болезни роговицы (код МКБ: Н16 – Н18) занимают девятое место в

структуре общей заболеваемости населения болезнями органов зрения. Уровень общей заболеваемости данными патологиями составляет на 1000 населения $1,7 \pm 0,1$ случаев (95% доверительный интервал $1,5 - 1,9\%$).

Болезни слезного аппарата занимают десятое место в структуре общей заболеваемости населения патологиями органов зрения. Уровень общей заболеваемости составляет $1,3 \pm 0,1\%$ (95% доверительный интервал $1,1 - 1,95\%$) для всего населения.

Уровень заболеваемости болезнями органов зрения имеет гендерные особенности (общий уровень заболеваемости больше среди мужчин), в структуре заболеваемости преобладают нарушения аккомодации и рефракции ($52,0 \pm 0,5\%$), болезни хрусталика ($15,3 \pm 0,3\%$), конъюнктивы ($14,1 \pm 0,2\%$), глаукома ($8,2 \pm 0,2\%$). Гендерное различие характерно для уровня заболеваемости нарушениями аккомодации и рефракции (риск больше среди мужчин), глаукомой (риск больше среди мужчин), болезнями хрусталика (риск больше среди женщин) и прочими патологиями.

Возрастная динамика уровня общей заболеваемости болезнями конъюнктивы (у) при дифференциации 10 (х) возрастных групп (0-4, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 лет и старше) описывается следующими уравнениями регрессии с хорошей аппроксимацией ($R^2 > 0,90$):

Для мужской популяции:

$$Y = 0,0319x - 0,7473x + 6,5515x - 25,675x + 50,042 \quad (R^2 = 0,923);$$

Для женской популяции:

$$Y = -0,0033x + 0,1186x - 1,6304x + 10,633x - 32,789x + 38,211 + 10,229 \quad (R^2 = 0,9955)$$

Линия тренда показывает, что пик заболеваемости по обращаемости болезнями конъюнктивы попадает на ранний детский возраст (0-4 лет).

Возрастной тренд коэффициента заболеваемости (У) болезнями хрусталика описывается следующими уравнениями регрессии:

Для мужской популяции: $Y = -0,0036x^6 + 0,0708x^5 - 0,3081x^4 - 1,1366x^3 + 10,726x^2 - 22,729x + 14,524$ ($R^2 = 0,9865$);

– Для женской популяции: $Y = -0,0153x^6 + 0,4184x^5 - 4,3316x^4 + 21,626x^3 - 54,456x^2 + 64,648x - 26,941$ ($R^2 = 0,991$)

Линия тренда уровня заболеваемости болезнями хрусталика в зависимости от возраста, в мужской и женской популяции сходная; стабильность показателя на низком уровне до 50 летнего возраста характерна для обеих гендерных групп, динамичность отличается после 50 лет.

Возрастной тренд динамики уровня общей заболеваемости миопией в мужской и женской популяции сходный. Рост уровня заболеваемости достигает пика в мужской популяции в возрасте 10-14 лет, а в женской популяции в возрасте 20-29 лет. Основной тренд уровня заболеваемости миопией (Y) в зависимости от возраста (X) описывается следующими уравнениями:

– Для мужской популяции:

$$Y = 0,0207x^6 - 0,6981x^5 + 9,215x^4 - 59,599x^3 + 191,66x^2 - 269,73x + 130,31 \quad (R^2 = 0,9981);$$

– Для женской популяции:

$$Y = 0,0114x^6 - 0,3929x^5 + 5,3225x^4 - 35,544x^3 + 118,26x^2 - 169,09x + 82,191 \quad (R^2 = 0,9836)$$

Возрастная динамика уровня заболеваемости гиперметропией в мужской и женской популяциях в основном сходная, и описывается соответствующими полиномиальными уравнениями регрессии:

– Для мужской популяции: $y = 0,0331x^6 - 1,0196x^5 + 11,849x^4 - 64,594x^3 + 170,92x^2 - 219,92x + 155,08$ ($R^2 = 0,8564$);

– Для женской популяции: $y = 0,0476x^6 - 1,4929x^5 + 17932x^4 - 103,34x^3 + 295,94x^2 - 399,4x + 223,25$ ($R^2 = 0,7848$)

Линия тренда возрастной динамики уровня заболеваемости гиперметропией в мужской и женской популяциях сходная, стабильно низкий уровень соответствует возрастным интервалам 10-40 лет.

Возрастная динамика уровня заболеваемости астигматизмом по обращаемости имеет хаотический характер. Однако выравниванием линии тренда шестизначным полиномиальным уравнением регрессии выявляется тренд роста уровня заболеваемости по обращаемости астигматизмом:

- Для мужской популяции: $Y = -0,0062x^6 + 0,2115x^5 - 2,8382x^4 + 18,837x^3 - 63,85x^2 + 102,76x - 55,331$ ($R^2 = 0,8864$);
- Для женской популяции: $Y = 0,002x^6 - 0,0752x^5 + 1,0848x^4 - 7,5898x^3 + 26,338x^2 - 39,181x + 19,499$ ($R^2 = 0,8811$).

Линия тренда возрастной динамики астигматизмом в мужской и женской популяциях сходная и характеризуется динамичным ростом показателя.

Посещаемость больными врачами-офтальмологов непостоянна, колеблется в широких интервалах, фактический ее объем составляет 240,74 посещения в расчете на 1000 населения, в основном за счет посещений в связи нарушениями аккомодации, рефракции (93,60 на 1000 населения) и глаукомой (37,72 на 1000 населения).

Медико-социальный груз глаукомы на уровне первичной медико-санитарной службы

Заболевание глаукомой (первичные случаи в течение календарного года) в городе Баку, на примере Ясамальского района, составляет $4,89 \pm 0,24$ в расчете на 1000 лиц в возрасте 40 лет и старше. Основными факторами риска заболеваемости является изменение возрастного состава населения, повышение удельного веса лиц старше 40 лет, особенно тех, у которых возраст превышает 70 лет. Первичная заболеваемость глаукомой в возрасте 80 лет и старше ($19,5 \pm 2,98\%$) более чем в 5 раз превышает таковую в возрасте 40-49 лет ($3,61 \pm 0,34\%$). Общемировая тенденция демографических процессов, которая намечена и в Азербайджане, ассоциируется с увеличением удельного веса пожилых людей, что создает предпосылки для заболеваемости глаукомой в республике. Следовательно,

первичное звено службы здравоохранения должно быть ориентировано на раннее выявление глаукомы.

Случаи глаукомы, впервые выявленные при обращаемости населения, часто диагностируются в поздней, запущенной стадии (2,69% из 3,61% в возрасте 40-59 лет, 3,85% из 14,15% в возрасте 80 лет и старше), что свидетельствует о недостаточности внимания к проблеме глаукомы, как со стороны медицинских работников, так и со стороны населения. Поэтому, просветительная работа на уровне общества и активное выявление глаукомы всеми специалистами на уровне амбулаторного звена приобретает актуальность и является приоритетом первичной медико-санитарной помощи.

Контингент больных глаукомой (7,84; 17,08; 40,06; 70,85 и 30,15% соответственно в возрастах 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 лет и старше) и распределение их по стадиям патологии (доля больных в I, II, III и IV стадиях соответственно 22,8; 46,2; 19,9 и 11,1%), наличие у больных нескольких хронических патологий (3,45 хронических патологий внутренних органов, 2,2 хронических патологий органов зрения) характеризуют сложность медико-санитарной помощи, как на первичном, так и на дорогостоящем стационарном уровнях лечения. Следовательно, снижение нагрузки на высокочрезвычайные службы здравоохранения возможно путем перераспределения ресурсов в сторону развития семейной медицины, которая должна обеспечивать лечебно-диагностическую и реабилитационную работу на местном уровне. Возрастание роли хронической патологии в ухудшении состояния здоровья населения следует принимать как важнейший аргумент для ускорения развития семейной практики на первичном этапе медико-санитарной помощи.

Потенциальная роль семейного врача в медицинском обеспечении офтальмологических пациентов

Система здравоохранения Азербайджанской Республики взяла курс на введение семейной практики в работу первичной

медико-санитарной службы. Официальным подтверждением этого курса является включение семейного врача в номенклатуру врачебных специальностей.

Семейный врач в соответствии с квалификационной характеристикой должен иметь компетенции по обследованию, диагностике, лечению и реабилитации пациентов при многих патологиях, включая заболевания глаз. Компетенция врачей общей практики в области диагностики и лечения глазных болезней охватывает воспалительные заболевания (конъюнктивиты, блефариты, дакриoadениты, дакриоциститы, кератиты, ячмень и прочие), инородное тело глаза, глаукому, нарушения рефракции (миопия, гиперметропия, пресбиопия), косоглазие, катаракту.

При уровне общей заболеваемости болезнями век $5,1 \pm 0,2\%$ на одного пациента приходится 3,5 посещения врача. При этом первичное посещение осуществляет семейный врач, который после консультации с офтальмологом продолжает лечение. В этой связи ожидаемая нагрузка семейного врача составляет 6,25 посещения на 1000 населения или 1,23 посещения на одного пациента с патологиями век. В среднем семейный врач уменьшает нагрузку офтальмолога в связи с лечебно-диагностической помощью пациентам с болезнями век на 35,0%.

Общая заболеваемость населения болезнями слезного аппарата составляет $1,3 \pm 0,1\%$. Первичное обращение этих больных может быть как к офтальмологам, так и семейным врачам. Компетенция семейных врачей по лечению болезней слезного аппарата ограничена, поэтому он отправляет таких больных к офтальмологам. В итоге объем нагрузки семейного врача по оказанию первичной медицинской помощи пациентам с болезнями слезного аппарата невелик (0,30 посещения на 1000 населения).

Компетенция семейного врача, по экспертным заключениям, позволяет выполнять 41,6% ожидаемой нагрузки врача-офтальмолога. В итоге по оказанию лечебно-

диагностической помощи больным с болезнями конъюнктивы объем нагрузки врача составляет 11,15 посещений на 1000 человек населения.

Кератит относительно меньше распространен среди населения, на 1000 жителей приходится $1,7 \pm 0,1$ случаев кератита, который с лечебно-диагностической целью требует 7,14 посещений. Семейный врач в соответствии со своими профессиональными компетенциями обеспечивает первичные посещения. Поэтому, на 1000 человек населения приходится 1,70 посещений к семейному врачу в связи с этим заболеванием, которое, в основном, лечится врачом-офтальмологом. Однако, семейный врач может снизить объем нагрузки офтальмолога в связи с этой патологией на 23,8%.

Болезни хрусталика относительно широко распространены среди населения (на 1000 человек - $15,3 \pm 0,3$ случаев). В амбулаторных условиях эти больные нуждаются в наблюдении врачей, а лечебная помощь оказывается в условиях стационара. Поэтому, на одного больного приходится 1,4 амбулаторное посещение. Суммарно на 1000 населения рекомендуется 21,42 посещений к врачам амбулаторного звена, из этих посещений 5,3 может обеспечивать семейный врач, 16,12 – врач-офтальмолог.

Глаукома также является распространенным заболеванием, на 1000 человек приходится $8,2 \pm 0,2$ случаев этой патологии. Для лечения и наблюдения этих больных, в среднем, для одного пациента необходимо 4,6 посещений к врачам амбулаторного звена. По экспертным оценкам 29,52 посещений на 1000 населения следует планировать для врача-офтальмолога, 8,20 посещений на 1000 населения – для семейного врача.

Болезни сосудистой оболочки и сетчатки, по сравнению с глаукомой и болезнями хрусталика, меньше распространены (на 1000 населения $3,2 \pm 0,1$ случаев). В амбулаторных условиях на одного пациента приходится в среднем 2,5 посещений. Суммарно на 1000 населения необходимо планировать 8 амбулаторных посещений в связи с лечебно-диагностическими

потребностями пациентов, из числа которых 6,80 посещений целесообразно планировать для врача-офтальмолога, 1,20 посещения – для семейного врача.

Нарушения аккомодации и рефракции широко распространены среди населения - на 1000 человек приходится $52,0 \pm 0,5$ патологий. Суммарное количество лечебно-диагностических посещений для этих больных в расчете на 1000 населения составляет 93,60 (в расчете на одного больного 1,8 посещений). Компетенция семейного врача (оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз) позволяет ему взять на себя определенную часть лечебно-диагностической работы. По экспертным оценкам, семейные врачи могут обеспечивать 40,6% необходимого объема лечебно-диагностической помощи больным с нарушениями аккомодации и рефракции. На 1000 населения рекомендуется 38,0 посещений для выполнения отмеченной функции.

Итоговая нагрузка семейного врача по выполнению первичной медико-санитарной помощи пациентам с болезнями органов зрения составляет 79,40 посещений в расчете на 1000 человек населения. Это даст возможность снизить существующую нагрузку врача-офтальмолога на 33,0%. Следовательно, введение должности семейного врача может ассоциироваться с сокращением нагрузки врачей-офтальмологов.

Для доказательства эффективности активного выявления глаукомы семейным врачом мы планировали специальное наблюдение, которое было проведено нами проспективно с охватом репрезентативного количества пациентов.

Все пациенты до направления на прием к врачам-специалистам прошли офтальмологическое обследование у семейного врача с измерением внутриглазного давления, после чего были осмотрены врачом-офтальмологом (независимо от отсутствия и наличия показаний) в плановом порядке по мере посещения врача-специалиста по основной патологии (терапевты, невропатологи, стоматологи и прочие). С учетом

результатов тонометрии и осмотра офтальмолога при подозрении на глаукому пациенты проходили углубленное обследование в Офтальмологическом Центре имени академика З. Алиевой.

Внутриглазное давление более 21 мм ртутного столба выявлено у 10,5% контингента поликлиники старше 39 лет (у мужчин $12,8 \pm 1,6\%$, у женщин $8,6 \pm 1,2\%$; в возрастах 40-49 лет – $2,7 \pm 0,8\%$; 50-59 лет – $10,6 \pm 1,7\%$; 60 лет и старше – $25,8 \pm 2,9\%$).

Внутриглазное давление выше 21 мм/ртутного столба, как критерий раннего выявления глаукомы, характеризуется высокой чувствительностью (86,75), специфичностью (99,85), прогностической ценностью (97,8%).

Для раннего выявления глаукомы необходимо во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях страны проводить измерение внутриглазного давления при первичном посещении лицам старше 39 лет, которое может быть возложено на семейных врачей.

Компетенция семейного врача по офтальмопатологиям дает возможность впервые выявить миопию ($4,6 \pm 0,7\%$), гиперметропию ($3,8 \pm 0,6\%$), астигматизм ($2,2 \pm 0,5\%$), катаракту ($1,4 \pm 0,4\%$), глаукому ($2,3 \pm 0,5\%$), диабетическую ретинопатию ($0,1 \pm 0,1\%$) и прочие глазные болезни ($4,4 \pm 0,7\%$).

Использование профессиональной компетенции в области офтальмопатологий дает возможность семейному врачу впервые выявить при обращаемости населения в возрасте 40 лет и старше $18,8 \pm 1,2$ глазных болезней, в том числе $4,6 \pm 0,7$ случаев миопии, $3,8 \pm 0,6$ случаев гиперметропии, $2,2 \pm 0,5$ случаев астигматизма, $1,4 \pm 0,4$ случаев катаракты, $2,3 \pm 0,5$ случаев глаукомы, $0,1 \pm 0,1$ случаев диабетической ретинопатии, $4,4 \pm 0,7$ случаев прочих патологий.

Участие семейного врача в активном выявлении глаукомы путем регулярной тонометрии позволит сократить позднее выявление пациентов в третьей стадии глаукомы более чем в 2 раза, а также полностью исключить случаи позднего выявления патологии в четвертой стадии.

Выводы

1. На первичном медико-санитарном уровне на 1000 населения приходится $109,1 \pm 0,9$ глазных болезней ($114,3 \pm 1,0\%$ в мужской и $104,3 \pm 0,9\%$ в женской популяции), в структуре которых ведущие места занимают болезни мышц глаз, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и рефракции ($52,0 \pm 0,5\%$), болезни хрусталика ($15,3 \pm 0,3\%$), конъюнктивы ($14,1 \pm 0,2\%$), глаукомы ($8,2 \pm 0,2\%$) и болезни век ($5,1 \pm 0,2\%$).
2. Заболеваемость патологиями органа зрения зависит от возраста и пола. Повышение возрастного риска заболеваемости более характерно для миопии (10-49 лет), гиперметропии (0-9 лет, 40 лет и старше), болезней хрусталика (50 лет и старше), глаукомы (50 лет и старше). Гендерное различие характерно для больных с патологией аккомодации и рефракции (риск больше среди мужчин), глаукомой (риск больше среди мужчин), болезнями хрусталика (риск больше среди женщин).
3. Для глаукомы характерны многократные различия между уровнем первичной ($4,89 \pm 0,24\%$) и общей ($22,52 \pm 0,51\%$) заболеваемости, мультиморбидность (наличие 5,46 хронических патологий на одного пациента), коморбидность (2,2 глазных болезней на одного пациента), а также высокая вероятность инвалидности ($23,7 \pm 1,7\%$ больных) из-за позднего выявления болезни - во второй, третьей и четвертой стадии (78,4% больных). Надёжным способом профилактики инвалидности вследствие глаукомы является своевременное выявление её на ранних стадиях. Активное и регулярное тонометрическое исследование семейным врачом пациентов в возрасте 40 лет и старше позволяет выявить глаукому у $2,8 \pm 0,8\%$ мужчин и $1,9 \pm 0,6\%$ женщин.
4. Для изучения потребностей населения в офтальмологической амбулаторно-поликлинической

помощи важным критерием является объем посещаемости и обоснование нормативов распределения посещений между семейными врачами и офтальмологами. По нашим данным, объем посещений в связи с офтальмопатологией среди обследованного контингента составляет 140,74 на 1000 населения, семейный врач, обладающий компетенциями в области офтальмологии, может обеспечить 79,4 посещения в расчете на 1000 населения, в том числе 6,25-в связи с глаукомой, 38,0-в связи с нарушениями аккомодации и рефракции.

5. Семейный врач, используя профессиональные знания и навыки, может осуществлять существенную часть диагностических и лечебных мероприятий при обслуживании пациентов с офтальмопатологией. В частности, при обследовании населения в возрасте 40 лет и старше семейный врач может впервые выявить $18,8 \pm 1,2$ глазных болезней, из них $4,6 \pm 0,7$ случаев миопии, $3,8 \pm 0,6$ случаев астигматизма, $2,3 \pm 0,5$ случаев глаукомы, $1,4 \pm 0,4$ случаев катаракты, $4,4 \pm 0,7$ случаев прочих патологий.

Практические предложения

1. Для решения задач по развитию семейной медицинской практики в Азербайджане необходимо создание эффективной системы (программы) додипломной и последипломной подготовки семейных врачей, ориентированной на формирование у них профессиональных компетенций при самых различных заболеваниях, в том числе при офтальмопатологиях.
2. При введении должностей семейных врачей необходимо обучение их офтальмологическим компетенциям в объеме не менее 30 учебных часов, которое должно позволять им оказывать лечебно-диагностическую помощь при воспалительных заболеваниях глаз

- (конъюнктивит, блефарит, дакриoadенит, дакриоцистит, кератит, ячмень), косоглазии, катаракте и глаукоме.
3. Для своевременного выявления глаукомы и предупреждения инвалидности вследствие этого заболевания участковым и семейным врачам необходимо активно проводить тонометрическое исследование при первичных обращениях и профилактических осмотрах лиц в возрасте 40 лет и старше.
 4. При введении должностей семейных врачей и предоставлении им компетенции первичного медико-санитарного обеспечения по офтальмопатологиям потребность во врачах-офтальмологах в амбулаторно-поликлинических учреждениях может уменьшиться до 30%, что надо учитывать при планировании штатных нормативов.

Список опубликованных статей по теме диссертации

1. Салихова, К.М. Коморбидность и мультиморбидность, факторы их риска у больных глаукомой // - Bakı: Sağlamlıq jurnalı, - 2017. №6, - s. 88-93
2. Салихова, К.М., Рустамова Н.М. Факторы риска инвалидности вследствие глаукомы // - Bakı: Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, - 2017. №1, - s. 40-43
3. Салихова, К.М. Выявляемость глаукомы при амбулаторно-поликлинических посещениях // - Bakı: Oftalmologiya elmi-praktiki jurnal, - 2018. №1, s. 128-132
4. Салихова, К.М. Распространенность глаукомы среди населения в городе Баку // - Bakı: Sağlamlıq jurnalı, - 2018. №2, - s. 154-158
5. Салихова, К.М. Заболеваемость глаукомой населения города Баку // - Казань: Общественное здоровье и

- здравоохранение, научно-практический журнал, - 2018. №1, - с. 28-31
6. Салихова, К.М. Возрастно-половые особенности общей заболеваемости болезнями органов зрения по материалам обращаемости // - Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, - 2018. №4, - с. 84-89
 7. Салихова, К.М. Общая заболеваемость населения болезнями органов зрения по материалам обращаемости // -Bakı: Sağlamlıq jurnalı, - 2018. №5, - с. 135-141
 8. Салихова, К.М. Роль семейного врача по оказанию лечебно-диагностической помощи больным заболеваниями органов зрения // - Bakı: Tibb və elm Ə. Əliyev adına elmi-praktiki jurnal, - 2018. №4 (14), - s. 69-74
 9. Салихова, К.М. Роль семейного врача в раннем выявлении глаукомы // - Москва: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, - 2020, №1, том 28, с. 34-38
 10. Салихова, К.М. О расширении компетенций семейного врача в области офтальмопатологии в Азербайджане // - Москва: Профилактическая медицина, - 2020. №1, - с. 67-72
 11. Салихова, К.М. О преимуществе активного выявления глаукомы // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования, сборник VI международной научно-практической конференции, №6, - Москва, - 2017, - с. 40-43
 12. Salihova K.M. To the issue of glaucoma incidence in the population of Baku City // Scientific achievements of the third millennium, part 2; collection of scientific papers of X International Scientific Conference, - New York, USA, - 2019, - p. 42-45
 13. Salihova, K.M. Prevalence of different pathologies in the practice of a family doctor // Научный диалог: вопросы медицины. Материалы XXI научно-практической конференции, - Санкт-Петербург, - 2019, - с. 19-22

14. Салихова, К.М. Сравнительная оценка систем подготовки семейных врачей // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. Материалы XXIX международной научно-практической конференции, - Москва, - 2019, №11 (26), - с. 18-23
15. Салихова, К.М. Скрининг и мониторинг глаукомы на амбулаторно-поликлиническом уровне // Əziz Məmməd-kərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın məcmuəsi, - Bakı, - 2020, - s. 97-106

Защита диссертации состоится 25 июня 2021 года
в 14:00 на заседании Диссертационного совета FD 1.03
действующего на базе Национального Центра Офтальмологии
им. академика З. Алиевой.

Адрес: AZ1114, г. Баку, ул. Джавадхана 32/15

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Национального Центра Офтальмологии им. академика
З.Алиевой.

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на
официальном сайте: <http://www.eye.gov.az>

Автореферат разослан по
соответствующим адресам 24 мая 2021 года.

Подписано в печать: 18.05.2021

Формат бумаги: А5 210mm×148mm

Объём: 37268

Тираж: 70