

Ижтимоий гуруҳларнинг соғломлиги, яъни муайян бир мақсадни кўзлаб ўзаро бирлашган меҳнат ва хизмат жамоалари, шунингдек, ҳар хил уюшмалар, бирлашмалар, ташкилотларга бирлашган одамларнинг турли хил касалликлардан холи бўлган ҳолатидир.

Аҳолининг соғломлиги - маълум бир ҳудудда яшаётган одамларнинг соғлиги ва саломатлигидир. Мамлакат аҳолисининг соғломлиги - бу жамиятда тинчликни ва барқарор ривожланишини таъминлашнинг гаровидир.

Жамиятнинг соғломлиги - бу жамият аъзоларининг соғломлик ва касаллик ўртасидаги курашда тирик қолиши учун моддий ва маънавий кадриятларни яратиш, унга амал қилиш асосида сермазмун ҳаёт кечириши борасида шарт-шароитлар яратиб беришга қаратилган имкониятлар ҳолатидир.

Адабиётлар:

ЕАбу Али ибн Сино. Тиб қонунлари. Уч жилдлик сайланма. 1-жилд. - Тошкент: Абдулла Қодирий номидаги халқ мероси нашриёти, 1992. 2.Брехман, Израиль Ицкович. Валеология - наука о здоровье / И. И. Брехман. - [2-е изд., доп., и перераб]. - М. : Физкультура и спорт, 1990.

3 . Гиппократ. О враче 1. // Этика и общая медицина. - СПб.: Азбука, 2001.

4 .Гален из Пергама (130-201)//100 ученых, изменивших мир. - Мн.: Харвест, 2006.

5 .Henry Ernest Sigerist. Соч.: Grosse Arzte, Munch., 1932; Socialized medicine in the Soviet Union, N. Y., [1937]; Civilization and disease, Ithaca - N. Y., 1944; Medicine and health in the Soviet Union, N. Y., [1947]; A history of medicine, v. 1, N. Y., 1955; в рус. пер. - Тревога в современном медицинском мире, “Советский врачебный журнал”, 1936, | 13.

6 .Лисицын Ю. П., Венгрова И. В., Памяти Г. Э. Зигериста, “Советская медицина”, 1957, | 12 (лит.). (https://en.wikipedia.org/wiki/Henry_E._Sigerist)

7 . Чикин С.Я. Врачи - философы. - М.: Медицина, 1990.

8 . Қодиров А.А. Тиббиёт тарихи. Дарслик. - Т.: Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси, 1993.

НАШ ОПЫТ МЕТОДА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ СЕТЧАТКИ

Янгиева Нодира Рахимовна

Ташкентский государственный стоматологический институт

к.м.н., доцент

Аннотация: Разработанная нами электронная программа может использоваться массово, не требует затрат времени на посещение лечебных учреждений и экономических затрат, эффективна как метод прогнозирования возникновения, раннего выявления ВМД и предоставления первичной информации, рекомендаций по дальнейшей тактике.

Предлагаемая регистрационная карта для обследования по ВМД, по нашему мнению, позволяет достаточно четко и полно (в рамках поставленной задачи) фиксировать необходимую информацию как о пациенте, так и о его состоянии. Данная карта может стать основой для обработки информации по ВМД при построении баз данных (регистры лечебно-профилактических учреждений, региональные регистры, национальный регистр).

Актуальность. Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) представляет собой серьезную медико-социальную проблему, так как встречается от 25 до 40% среди другой глазной патологии и является одной из наиболее частых причин слепоты и инвалидности по зрению в мире [1,11]. Распространенность данной патологии составляет 300 человек на 100 тысяч населения. По приблизительным оценкам, заболеваемость поздними стадиями ВМД превышает 15 человек на 1000 населения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, 5% слепых в мире потеряли зрение из-за ВМД [15]. В ряде экономически развитых стран ВМД находится даже на первом месте, «обгоняя» глаукому, диабетическую ретинопатию и другие заболевания, приводящие к необратимому снижению центрального зрения [11].

Тяжесть заболевания обусловлена поражением двух глаз, вовлечением в патологический процесс центральных отделов сетчатки и прогрессирующим течением.

Общепризнано, что основным фактором риска развития и прогрессирования ВМД является возраст [12,13]. А так как во многих странах мира отчетливо прослеживается тенденция, которая характеризуется относительным «старением» общества и увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста, это, несомненно, приведет к увеличению числа пациентов с ВМД. К 90-летнему возрасту у двух из трех пациентов наблюдаются ранние признаки ВМД, а один из четырех может потерять зрение от этого заболевания [14]. В частности, ожидается, что к 2050 году количество больных с влажной формой ВМД в возрасте 60 лет и старше, составляющее в настоящее время более 23 миллионов человек, возрастет приблизительно до 80 миллионов [10].

Кроме того, известно, что у лиц работоспособного возраста выход на первичную инвалидность вследствие инволюционных изменений сетчатки в макулярной области отмечается в 11 % случаев, а среди людей старше 60 лет - в 28 % случаев [2,3]. Особенно беспокоит факт, что появилась тенденция выявления признаков возрастной макулодистрофии в более молодом трудоспособном возрасте.

По данным литературы, повышение зрительных функций (на 0,2-0,3) и их стабилизация при применении традиционного комплексного медикаментозного лечения отмечаются лишь у 35% больных, у 45% лечение оказывается нерезультативным; кроме того, у 20% в процессе терапии отмечается прогрессирование процесса с ухудшением зрительных функций [4,5,6,7].

В связи с этим весьма актуален и оправдан поиск новых исследований, направленных на раннее выявление, предупреждение наступления инвалидности и полной утраты зрения, профилактику, эффективное лечение и реабилитацию ВМД. Их конечной целью является разработка эффективных

методов налаживания в учреждениях первичного звена здравоохранения системной работы по данному направлению.

В Республике Узбекистан, к настоящему времени осуществляется ряд преобразований системы первичного звена здравоохранения, в том числе приняты директивные документы Указы Президента Республики Узбекистан, а также другие нормативно-правовые документы, направленные на улучшение системы оказания медицинской помощи.

При этом даже в экономически развитых странах, где скринингу инволюционных изменений сетчатки в макулярной области уделяется достаточное внимание, значительное число пациентов попадает на прием к специалисту, осуществляющему лечение, лишь спустя полгода после появления первых симптомов.

К сожалению, большая часть больных не замечает ухудшения зрительных функций (остроты зрения и центрального поля зрения) на одном глазу до тех пор, пока патологический процесс не затронет парный глаз [13].

Следовательно, необходимо их прогнозировать и предупреждать и тогда, по мнению специалистов, в 90% случаев эти заболевания можно предотвратить.

Своевременное выявление инволюционных изменений в макулярной области сетчатки в нашей республике является одной из важнейших проблем, имеющих значение не только для офтальмологической науки и здравоохранения страны, но и для государства в целом, поскольку пенсии по инвалидности ложатся тяжелым бременем на систему социального обеспечения. Раннее выявление и своевременное начало лечения ВМД позволило бы сэкономить значительные средства. К сожалению, в доступной отечественной литературе отсутствуют ссылки на научно обоснованные методы организации медицинской помощи по раннему выявлению и массовой профилактике ВМД.

Цель исследования: изучение результатов применения электронной программы прогнозирования риска возникновения и раннего выявления ВМД.

Материал и методы:

Для прогнозирования риска возникновения и ранней диагностики функциональных расстройств макулярной области применялась разработанная нами электронная программа массовой доступности, дающая возможность к использованию в сотовых телефонах, когда каждый человек может определить степень риска возникновения ВМД и получить рекомендации по дальнейшим действиям, а также выявить признаки патологии макулярной области.

Учитывая тенденцию омолаживания возраста развития ВМД, 100 лицам старше 35 лет было предложено использование разработанной нами электронной программы, которое включало заполнение карты с анкетой- опросником, проведение теста Амслера [8].

Карта состоит из нескольких частей: первая часть, куда вводятся паспортные данные; вторая часть - факторы риска (с перечислением основных изученных состояний, влияющих на возникновение и течение ВМД. в том числе наследственность); третья часть с группой вопросов, позволяющих определить наличие или отсутствие проявлений патологии макулярной

области. Затем опрашиваемый проводит сам себе тест Амслера и отвечает на вопросы после его проведения. Программа проводит автоматический подсчет баллов, согласно полученным ответам. Анализ ответов с определением количества баллов позволяет определить группу риска возникновения ВМД и выявить ВМД. К программе имеется приложение с краткими литературными данными позволяющая повысить информированность обследуемого лица о ВМД.

Всем лицам прошедшим самообследование на данной программе проводилось тщательное офтальмологическое обследование: визометрия, периметрия, офтальмоскопия, ОКТ. Для определения стадии ВМД нами была использована классификация, предложенная AREDS (Age-Related Eye Disease Study) [8].

Результаты исследования:

Возраст лиц, применивших данную программу составил от 35 до 75 лет. Женщин было 55 и мужчин -45.

По данным заполнения разработанной нами программы были определены частные оценки для каждого из учитываемых факторов риска:

1) возраст (фактор с частной оценкой f1), определяют по персональным данным, присваивая частной оценке фактора П значение, равное: «0», если менее 35 лет; «1», если от 35 до 45 лет; «2», если от 45 до 55 лет; «3», если от 55 до 60 лет; «4», если от 60 до 65 лет; «5», если более 65 лет;

2) расовую принадлежность (фактор с частной оценкой f2), определяют на основе характерных визуальных внешних признаков, присваивая частной оценке фактора f2 значение, равное: «5», если раса европейская; «0», если раса не европейская;

3) пол (фактор с частной оценкой f3), на основании которого частной оценке фактора f3 присваивают значение, равное: «5», если пол женский; «0», если пол мужской;

4) цвет глаз (фактор с частной оценкой f4), по визуальному впечатлению определяют естественный цвет глаз, на основании которого частной оценке фактора f4 присваивают значение, равное: «0», если цвет глаз черный; «2», если цвет глаз темный; «5», если цвет глаз светлый;

5) избыточный вес (фактор с частной оценкой f5), определяют на основе индекса массы тела (ИМТ, кг/м²), рассчитываемого на основе роста (h, м) и массы тела (m, кг) как $ИМТ = m/h^2$, присваивая частной оценке фактора f5 значение, равное: «0», если избыточный вес отсутствует (ИМТ не превышает 25); «3», если избыточный вес присутствует (ИМТ находится в интервале от 25 до 30); «5», если диагноз «ожирение» (ИМТ превышает 30);

6) курение (фактор с частной оценкой f9), определяют по результатам опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора f9 значение, равное: «0», если обследуемый не курит и никогда не курил; «1», если обследуемый прекратил курить более двух лет назад; «3», если обследуемый прекратил курить менее двух лет назад; «4», если обследуемый курит и стаж курения менее 5 лет; «5», если обследуемый курит и стаж курения более 5 лет;

7) алкоголь (фактор с частной оценкой 17), определяют по результатам опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора 17 значение, равное: «0», если обследуемый не употребляет и не употреблял алкоголь; «1», если обследуемый употребляет алкоголь «по праздникам»; «3», если обследуемый ранее злоупотреблял алкоголем; «4», если обследуемый регулярно употребляет алкоголь; «5», если обследуемый злоупотребляет алкоголем;

8) близкие родственники (по прямой линии) с диагнозом «Макулодистрофия» (фактор с частной оценкой 18), определяют по данным анамнеза или опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора 18 значение, равное: «0», если таких родственников нет; «2», если нет информации о таких родственниках или обследуемый (респондент) затрудняется с ответом; «10», если у обследуемого (респондента) имеются такие родственники;

9) инсоляция (солнечные ванны, посещение солярия) (фактор с частной оценкой 19), определяют по данным анамнеза или опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора 19 значение, равное: «0», если прием солнечных ванн (загорание на солнце) или посещение солярия происходят редко; «3», если прием солнечных ванн (загорание на солнце) или посещение солярия происходят периодически; «5», если прием солнечных ванн (загорание на солнце) или посещение солярия происходят часто.

10) артериальную гипертензию (фактор с частной оценкой f10), определяют по данным анамнеза или опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора ПО значение, равное: «0», если артериальная гипертензия отсутствует; «3», если присутствует артериальная гипертензия первого типа; «5», если присутствует артериальная гипертензия второго типа;

11) диагноз «Сахарный диабет» (фактор с частной оценкой f11), определяют по данным анамнеза или опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора П1 значение, равное: «0», если диагноза «Сахарный диабет» нет; «20», если диагноз «Сахарный диабет 1 типа»; «10», если диагноз «Сахарный диабет 2 типа»;

12) операция по удалению катаракты (фактор с частной оценкой П2), определяют по данным анамнеза или опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора П2 значение, равное: «0», если такой операции не было; «10», если такая операция была;

Третий этап:

15) снижение остроты зрения за последний год (фактор с частной оценкой f11), определяют по результатам опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора f1 1 значение, равное: «0», если обследуемый не отмечает снижения остроты зрения за последний год; «1», если обследуемый отмечает снижение остроты зрения за последний год на один глаз; «10», если обследуемый отмечает снижение остроты зрения за последний год на оба глаза:

16) искажение прямых линий (фактор с частной оценкой f12). определяют по результатам опроса (анкетирования), присваивая частной оценке фактора П2 значение, равное: «0», если обследуемый не отмечает искажений прямых линий; «10», если обследуемый отмечает искажения прямых линий;

17) уровень холестерина крови (фактор с частной оценкой f5), определяют по результатам анализа крови натощак или учитывают результаты анализа уровня холестерина, выполненного не позже чем за полгода до момента определения риска, присваивая частной оценке фактора f4 значение, равное: «1», если уровень холестерина соответствует норме; «2», если уровень холестерина ниже нормы; «3», если уровень холестерина интермедиет как «повышенный»; «4», если уровень холестерина интерпретируется как «высокий»;

18) патологию сетчатки (фактор с частной оценкой f6), определяют по результатам офтальмологического обследования, проводимого с применением флуоресцентной ангиографии, исследования на фундус-камере, оптической когерентной томографии сетчатки, или учитывают результаты анализа такого обследования, выполненного не позже чем за полгода до момента определения риска, присваивая частной оценке фактора f6 значение, равное: «0», если патологии сетчатки отсутствуют; «1», если информация о патологиях сетчатки нет; «2», если патологии сетчатки присутствуют.

После заполнения всех вопросов программы, самообследования на тесте Амслера программа автоматизировано рассчитала группы риска развития ВМД.

По полученным данным, 23 обследованных лиц попали в группу, где нет риска развития ВМД. В группе с малым риском развития ВМД оказались 30 обследованных лиц. В группу с умеренным риском развития ВМД попали 37 обследованных лиц. В группу с высоким риском развития ВМД попали 10 обследованных лиц.

Для определения достоверности результатов данных программой всем лицам было предложено пройти офтальмологическое обследование.

В группе, где риск развития ВМД отсутствовал, всем обследуемым был поставлен диагноз «Макулодистрофия отсутствует» на момент обследования.

В группе с малым риском развития ВМД 21 пациенту поставлен диагноз «Макулодистрофия отсутствует» и 9 - «Ранняя стадия ВМД (категория 2 AREDS)» на момент обследования.

В группе с умеренным риском развития ВМД 1 пациенту поставлен диагноз «Макулодистрофия отсутствует», 32 - «Ранняя стадия ВМД (категория 2 AREDS)» и 3 - «Промежуточная стадия ВМД (категория 3 AREDS)» на момент обследования.

В группу с высоким риском развития ВМД 1 пациенту поставлен диагноз «Ранняя стадия ВМД (категория 2 AREDS)», 7 - «Промежуточная стадия ВМД (категория 3 AREDS)» и 2 - «Поздняя стадия ВМД (категория 4 AREDS)» на момент обследования.

Вышеуказанные данные актуальны лишь на момент обследования и не исключают их изменения с течением времени и сопутствующих факторов.

Таким образом, при помощи данной программы были выявлены: 2 пациента с ранней стадией ВМД, 10 пациентов с промежуточной стадией ВМД и 2 пациента с поздней стадией ВМД.

Согласно определенной группе риска возникновения ВМД опрошиваемому лицу были предложены рекомендации по дальнейшей тактике и образу жизни, а также ознакомление с предложенной информацией о ВМД.

Лицам, которым был поставлен диагноз ВМД были предложены рекомендации по дополнительному обследованию и лечению, а также перечислены лечебные учреждения, в которых пациент может получить необходимую помощь.

Таким образом, разработанная нами электронная программа может использоваться массово, не требует затрат времени на посещение лечебных учреждений и экономических затрат, эффективна как метод прогнозирования возникновения, раннего выявления ВМД и предоставления первичной информации, рекомендаций по дальнейшей тактике.

Предлагаемая регистрационная карта для обследования по ВМД, по нашему мнению, позволяет достаточно четко и полно (в рамках поставленной задачи) фиксировать необходимую информацию как о пациенте, так и о его состоянии.

Данная карта может стать основой для обработки информации по ВМД при построении баз данных (регистры лечебно-профилактических учреждений, региональные регистры, национальный регистр).

Наличие таких регистров позволило бы значительно улучшить планирование ресурсов (как финансовых, так и профессиональных), а следовательно, оптимизировать затраты.

Литература:

1. Возрастная макулярная дегенерация / Американская Академия Офтальмологии, Экспертный Совет по возрастной макулярной дегенерации, Межрегиональная Ассоциация врачей офтальмологов - СПб.: «Изд-во Н-Л», 2009. - 84 с.

2. Либман Е. С., Шахова Е. В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России // VII съезд офтальмологов России: Материалы. - М., 2000. -С. 209-214.

3. Либман Е. С., Шахова Е. В. Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в Российской Федерации // Российский межрегиональный симпозиум «Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ»: Материалы. - М., 2003. - С. 38-42.

4. Нероев В.В. Российское наблюдательное эпидемиологическое неинтервенционное исследование пациентов с влажной формой возрастной макулярной дегенерации. / Российский офтальмологический журнал 2011; 2:4- 9.

5. Туйчибаева Д.М., Янгиева Н.Р., Урманова Ф.М. Анализ результатов операции ревазуляризации хориоидеи при возрастной макулярной дегенерации // Современные технологии в офтальмологии. - 2019. - № 5. - С. 354-357.

6. Туйчибаева Д.М., Янгиева Н.Р. Усовершенствование консервативного лечения возрастной макулодистрофии // Практическая медицина. - 2018. - Т. 16, №4.-С. 81-83.

"ева Н.Р., Туйчибаева Д.М. Клиническая оценка эффективности комплексного лечения возрастной макулодистрофии // Современные тенденции в офтальмологии. - 2017. - № 3. - С. 276-280.

S A simplified severity scale for age-related macular degeneration: AREDS reoon number 18 / F. L. Ferris, M. D. Davis, T. E. Clemons [et al.] ; Age-Related Eye Disease Study (AREDS) Research Group // Arch. Ophthalmol. - 2005. - Vol. 123, № 11.-P. 1570-1574.

9. Fink W., Sadun A. 3D-Computer-automated Threshold Amsler Grid ntst//J. Biomedical Optics.- 2004.- Vol.9,No.1.-P. 149-153.

10. Smith A. F. The growing importance of pharmacoeconomics: the case of age-related macular degeneration // Br. J. Ophthalmol. - 2010. - Vol. 94. - P. 1116— 1117.

11. Taylor H. R., Keeffe J. E. World blindness: a 21st century perspective // Br. J. Ophthalmol. - 2001. - Vol. 85. - P. 261-266

12. Van Leeuwen R., Klaver C. C. W., Vingerling J. R., Hofman A., de Jong P. T. V. M. The risk and natural course of age-related maculopathy. Follow-up at 6 1/2 years in the Rotterdam Study //Arch Ophthalmol. - 2003. - Vol. 121. - P. 519-526.

13. Van Leeuwen R., Klaver C. C. W., Vingerling J. R., Hofman A., de Jong P. T. V. M. The risk and natural course of age-related maculopathy. Follow-up at 6 1/2 years in the Rotterdam Study // Arch Ophthalmol. - 2003. - Vol. 121. - P. 519-526.

14. Van Newkirk M. R., Nanjan M. B., Wang J. J. et al. The prevalence of age-related maculopathy: The visual impairment project // Ophthalmology. - 2000. - Vol. 107, N 8. -P. 1593-1600.

15. World Health Organization. Age Related Macular Degeneration: Priority eye diseases [Электронный ресурс] // World Health Organization.-2011.- Режим доступа: <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index8.html> - Загл. с экрана

HUMANITIES OF CONTEMPORARY HEALTH EDUCATION

Agranovsky Mark Leizerovich Muminov

Rakhimjon Kayumzhanovich

Kozimjonova Iroda Fakhritdin Kizi

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

Annotation. The transformation of an institution into a commercial enterprise inevitably leads to deformation of the social institution of science and education. These problems become especially topical when analyzing modern medical education. A deep and unique synthesis of practical and humanitarian-theoretical education at the medical faculties of Russian universities turned **out to be the most** productive and promising model of medical education at the end of the 19th century. This experience teaches that vocational training must be combined **with a broad** social and humanitarian education.