

УДК 617.7

# ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОФТАЛЬМОЛОГА

КАЗАНОВА С.Ю., врач-офтальмолог высшей категории, заведующая отделением.

ГБУЗ ЯО «Клиническая больница №1», консультативно-диагностическое отделение № 1 (глаукомное отделение), Ярославль, Российская Федерация, 150040, проспект Октября, 52.

Авторы не получали финансирование при проведении исследования и написании статьи.

Конфликт интересов: отсутствует.

Выражение признательности: автор выражает благодарность профессору Страхову Владимиру Витальевичу, ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава России.

## Резюме

**ЦЕЛЬ.** Оценить демографический состав офтальмологов поликлинического звена, уровень их профессиональной подготовки, организацию приема глаукомных больных и соблюдение стандартов диспансерного наблюдения.

**МЕТОДЫ.** В мае-июне 2013 г. в г. Ярославле проведено анкетирование врачей-офтальмологов, осуществляющих прием взрослого населения в поликлиниках города. Форма анкеты разработана глаукомным отделением г. Ярославля.

Анкета состояла из трех разделов. В первый раздел были включены вопросы относительно возраста, образования, объема выполняемой работы, повышения квалификации. Во втором разделе рассматривались вопросы по организации диспансерного приема больных с глаукомой и выполнению стандартов обследования. В третьем разделе были вопросы произвольного характера относительно пожеланий самих врачей по улучшению условий их труда.

Анкетирование проводилось анонимно, в нем приняли участие 29 офтальмологов из 15 муниципальных поликлиник города.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средний возраст врачей-офтальмологов поликлинического звена составил 47 лет, все врачи — женщины. Число врачей пенсионного возраста (55 лет и старше) преобладает над числом молодых врачей (до 35 лет).

Работают на 1 ставку только 10 из 29 врачей, остальные имеют дополнительную работу или совместительство на основном приеме. Загруженность работой не позволяет врачам принимать активное участие в заседаниях

научного общества и конференциях, а значит, и получать современную информацию по диагностике и лечению глаукомы.

Глаукомные дни и часы ликвидированы в большинстве поликлиник — 20 офтальмологических приемов не имеют возможности выделить отдельное время для диспансерной группы. Только 7 врачей из 29 опрошенных сами выдают явки на следующий прием глаукомным больным. Но, несмотря на организационные сложности, врачи стараются сохранить систему активных вызовов, в основном по телефону или через участкового терапевта.

Стандарты обследования глаукомных больных, как следует из ответов, выполняются не в полном объеме. Среди причин врачи отметили нехватку времени на приеме и плохую техническую оснащенность кабинетов.

При этом ответы на вопросы третьего раздела анкеты показали, что требования самих врачей вполне реальные и выполнимые — увеличить заработную плату (средний уровень желаемой заработной платы составил 37 212 рублей), увеличить норматив времени приема и оснастить современным оборудованием кабинеты.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Результаты проведенного анкетирования выявили проблемы в профессиональном портрете врача-офтальмолога поликлинического звена (возрастной диапазон работающих, перегрузки на приеме, низкая оплата труда, отсутствие стимулов для профессионального роста и т.д.), что негативно отражается на качестве выполняемой работы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** офтальмолог поликлинического звена, стандарты диспансерного наблюдения.

## Для контактов:

Казанова Светлана Юрьевна, e-mail: kazanova3112@mail.ru

## ENGLISH

## PROFESSIONAL PROFILE OF REGIONAL POLYCLINIC OPHTHALMOLOGIST

KAZANOVA S.Y., M.D., Ophthalmologist, Head of the Glaucoma Department.

Clinical Hospital № 1, pr. October, 52, Yaroslavl, Russian Federation, 150040.

Conflicts of Interest and Source of Funding: none declared.

Acknowledgements: the author would like to thank Strakhov V.V., professor, Doctor of Medical Sciences, Yaroslavl State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation.

## Abstract

**PURPOSE:** To evaluate the demographic makeup of polyclinic ophthalmologists, their qualification, patient reception organization and meeting dispensary observation standards.

**METHODS:** Adult ophthalmologists working in Yaroslavl polyclinics were surveyed in May-June 2013. The questionnaire was developed by the Yaroslavl glaucoma department.

The questionnaire consisted of three parts. The first part included questions covering the age, qualifications, workload and professional training. The second part covered glaucoma patient reception procedures and meeting the patient examination standards. The third part of the questionnaire related to doctors' working conditions expectations.

The survey was conducted anonymously. 29 ophthalmologists working in 15 municipal polyclinics participated in the survey.

**RESULTS:** The average age of polyclinic ophthalmologists is 47 years old, all of them are female. The number of retirement age doctors (55 years old and over) exceeds the number of younger doctors (under 35 years old).

For only 10 out of 29 surveyed the job in the polyclinic is the main one. All the others have either an extra job or extended hours in the main workplace. Work overload does not allow the doctors to participate in scientific society meetings and conferences, hence to receive up-to-date information on glaucoma diagnosis and treatment.

Glaucoma consultation days and hours were eliminated in most polyclinics — 20 of the surveyed ophthalmologists could not allocate any special time to glaucoma patients. Only 7 out of 29 participants initiate the next appointment with their glaucoma patients. Despite the organizational problems, ophthalmologists try to keep up the glaucoma patient visit scheduling system mainly by phone or via a district therapist.

The survey showed that glaucoma patients' examination standards are not fully complied with. The main reasons named by the surveyed doctors were the lack of time allocated to each patient and poorly equipped consulting rooms.

At the same time, the third part of the questionnaire showed that the doctors' needs and expectations were realistic and feasible. Among them are a pay raise (the average salary expectation is 37 212 rubles), patient time allocation increase and up-to-date consulting room equipment.

**CONCLUSION:** The results of the conducted survey helped identify some problems with polyclinic ophthalmologist professional profile: predominance of the retirement age employees, work overload, low salary, lack of motivation for professional development etc. The factors listed above decrease the quality of doctors' work.

**KEYWORDS:** polyclinic ophthalmologist, clinical supervision standards.

Работа по выявлению глаукомы, первичной диагностике и диспансерному наблюдению больных в первую очередь лежит на врачах поликлинического звена. При этом известно, что сохранение зрения пациентов с глаукомой зависит не только от ранней диагностики заболевания, но и от качества дальнейшего наблюдения [1-8].

По данным ретроспективного исследования, проведенного в 2011 г. на территории всех федеральных округов России, при постановке диагноза глаукомы I стадию (на худшем глазу) имеют 43% пациентов. Однако через несколько лет у этих больных отмечается переход заболевания в более продвинутой стадии, что приводит к потере зрительных функций и снижению качества жизни [9, 10].

С этой работой перекликаются результаты другого мультицентрового исследования, охватившего 9 стран СНГ и Грузии (группа «Научный авангард», 2012), а также публикации из разных регионов страны [11-19]. Среди причин, приводящих к быстрому прогрессированию глаукомного процесса от диагностики на начальных стадиях до инвалидизации пациентов, авторы отмечают низкое качество диспансерной работы на местах, в районных поликлиниках.

Цель работы: оценить демографический состав офтальмологов поликлинического звена, уровень их профессиональной подготовки, организацию приема глаукомных больных и соблюдение стандартов диспансерного наблюдения.

## Материалы и методы

Сотрудниками глаукомного отделения г. Ярославля была разработана анкета, которая включала в себя три блока вопросов. Первый раздел состоял из вопросов ознакомительного характера — возраст, пол, последипломное образование, объем выполняемой работы (на 1 ставку или более), наличие медицинской сестры на приеме, дополнительная работа (после приема в поликлинике), участие в заседаниях научного общества и тематических конференциях. Во втором разделе анкеты рассматривались вопросы по организации диспансерного приема больных глаукомой и по выполнению стандартов обследования. Третий раздел носил произвольный характер — пожелания самих врачей в плане технического оснащения кабинетов, улучшения условий работы и оплаты труда и т. д.

Анкетирование проводилось в мае-июне 2013 г., анонимно с исключением прямого контакта офтальмолога поликлиники и врача-глаукоматолога.

В анкетировании приняли участие 29 офтальмологов из 15 муниципальных поликлиник г. Ярославля — все врачи, осуществлявшие на тот период времени прием взрослого населения города с выделением диспансерной группы пациентов с глаукомой.

## Результаты

Средний возраст офтальмологов составил 47 лет ( $\pm 13$  лет), возрастной минимум — 25 лет, максимум — 75 лет. Пол респондентов — исключительно женский. Число офтальмологов пенсионного возраста (старше 55 лет) превышает молодых врачей до 35 лет (8 и 6 человек соответственно), что означает отрицательную динамику в кадровом составе поликлинических врачей (рис. 1).

Последипломное образование: закончили интернатуру по офтальмологии после 6-летнего обучения в медицинском институте/академии 14 врачей, клиническую ординатуру — 5, первичную специализацию по офтальмологии (после интернатуры по другой специальности) — 5, четверо прошли обучение в интернатуре с последующей специализацией (после перерыва в работе) и один врач закончила интернатуру и ординатуру.

Не имеют квалификационной категории 12 офтальмологов поликлинического звена, трое имеют вторую категорию, 13 — первую, и один врач — высшую квалификационную категорию. Отсутствие категории связано не с возрастом респондентов, а с нежеланием участия в сложных этапах, связанных с ее получением — необходимостью написания отчета, подготовки пакета документов, сдачи экзамена. При этом обеспеченная наличием квалификационной категории дополнительная прибавка к заработной плате составляет всего 100-200 рублей.

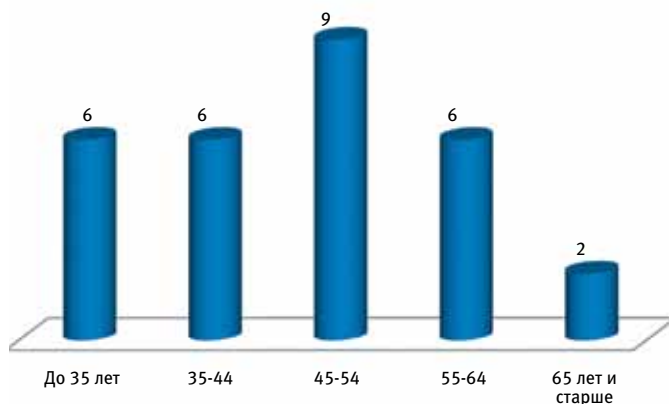


Рис. 1. Возраст офтальмологов поликлиник г. Ярославля (п чел., абс.)

Работают на 1 ставку в поликлинике 22 врача, двое — на 1,25 ставки и пять врачей — на 1,5 ставки. Несмотря на нехватку кадров в поликлиниках и наличие вакантных ставок, врачи не хотят брать совместительство на основной работе, поскольку доплата в денежном эквиваленте небольшая, а нагрузка при этом возрастает значительно. После поликлинического приема работают в оптике 7 врачей, в частном центре — 2, другие варианты — 3. Таким образом, только 10 врачей из 29 работают на «голую» ставку.

Практически все врачебные приемы укомплектованы средним медицинским персоналом — 25 из 29.

Ряд вопросов анкеты касался получения дополнительного образования. Все врачи 1 раз в 5 лет в обязательном порядке проходят учебу на цикле усовершенствования и сдают экзамен для подтверждения сертификата. Последние годы характеризуются высокими темпами внедрения новых диагностических приборов для ранней диагностики и дальнейшего мониторинга глаукомы, расширением фармацевтического рынка и появлением новых препаратов для медикаментозного лечения глаукомы, разработкой хирургических и лазерных методик. Однако в рамках 144-часовых циклов обучения, охватывающих все разделы офтальмологии, выделяются, как правило, 2-3 лекции по глаукоме. Этого явно недостаточно даже для поверхностного знакомства с новейшими достижениями в области глаукомы.

Для того чтобы врачи могли своевременно получать последнюю информацию, в г. Ярославле регулярно (1 раз в месяц) проходят заседания Ярославского научного общества (ЯНО), а также тематические семинары и круглые столы с приглашением на них лекторов из других регионов. Однако есть ли возможность у офтальмологов поликлиник посещать эти мероприятия? На диаграммах представлены ответы участников анкетирования (рис. 2).



Рис. 2. Частота посещения врачами поликлинического звена:  
А — заседаний ЯНО; Б — тематических конференций

Мы видим, что большинство поликлинических офтальмологов редко приезжают на заседания общества. Среди причин были названы: не отпускают с приема — 14, по семейным обстоятельствам — 8, заняты на второй работе — 7 ответов. Тематические конференции посещают больше врачей, поскольку в этом случае есть возможность выбора мероприятия, позволяющего получить наиболее интересную и необходимую информацию.

Сами офтальмологи поликлинического звена не хотят выступать с докладами на обществе. Только 4 из 29 имеют подобный опыт. Причины разные: боятся выступать в аудитории — 8, считают свою работу неинтересной для подготовки доклада — 7, другие причины (без пояснений) — 10 ответов.

На конференции в другие регионы (Москва, Санкт-Петербург, Казань, др.) выезжают единицы — 6 из 29. Проходили циклы усовершенствования на базе ведущих НИИ и клиник страны всего 8 врачей. Из пояснений: все устраивает в Ярославле — 9, финансовые сложности проживания в другом городе — 7, по семейным обстоятельствам — 8, другое — 2.

На сегодняшний день, в условиях зависимости финансирования лечебных учреждений от числа принятых больных и необходимости выполнения плана, администрации невыгодно отпускать врача с приема. Поэтому для поездки на конференцию необходимо использовать дни отпуска (отняв их от семьи) или отработать, потратив на это опять-таки свое личное время. Кроме того, многие ЛПУ не оплачивают (или оплачивают частично) учебу, проживание, проезд и командировочные. При скромной заработной плате такие поездки становятся для поликлинических врачей невозможными.

Во втором разделе анкеты рассматривались вопросы по организации приема диспансерной группы пациентов. Глаукомный день выделен в расписании 5 врачей, глаукомный час — у четверых, но 20 врачей (!) ведут прием глаукомных больных в общем потоке. Только 7 врачей из 29 выдают явки на следующий прием непосредственно в кабинете.

В остальных случаях пациенты получают явки в порядке общей очереди в регистратуре (11 ответов) или запись в регистратуре сочетается с возможностью записи через интернет (11 ответов). Учитывая необходимость регулярных посещений лечащего врача, для пациентов с глаукомой все это достаточно сложно, и уже на этом этапе мы получаем снижение комплаенса лечения.

В недавнем прошлом работала система активных вызовов — если в течение года глаукомный больной ни разу не посетил лечащего офтальмолога, его приглашали на прием, используя разные способы оповещения. Сегодняшние врачи так ответили на этот вопрос: приглашают по телефону — 3, вызывают через участкового терапевта — 4, комбинация этих двух ответов — 10, посылают открытку — 1. Однако не имеют возможности это делать 10 врачей, сохранение зрения — личное дело пациента — 1 ответ.

Осмотр пациента с глаукомой офтальмологом первичного звена должен проводиться в соответствии со стандартами наблюдения и лечения. Врачам были предложены вопросы по основным диагностическим методикам, необходимым для динамического наблюдения за больным глаукомой — визометрии, периметрии, офтальмоскопии, биомикроскопии, гониоскопии.

В анкету не включались вопросы по тонометрии, поскольку ответы были прогнозируемы — во всех поликлиниках г. Ярославля врачи измеряют ВГД тонометром Маклакова (только в одной медсанчасти есть пневмотонометр и врачи используют оба способа измерения). Кроме того, тонометрия, пожалуй, единственная диагностическая процедура, которая выполняется пациенту регулярно, при каждом посещении. Также не было вопросов по тонографии — она, наоборот, не используется на поликлиническом этапе. Хотя лет 15 назад электронные тонографы ТНЦ-100 были закуплены практически в каждую поликлинику г. Ярославля, в последующем они переселились в шкафы и тумбочки, поскольку на проведение тонографии требуется



Рис. 3. Ответы врачей на вопрос «Что Вы используете для осмотра глазного дна?»

около 12-15 мин., а время приема одного пациента ограничено жесткими рамками 8-12 мин. На сегодняшний день тонографию выполняют только в одной поликлинике г. Ярославля (модель тонографа Глау-тест 60).

Визометрия — все врачи (100% участников анкетирования) ответили, что подбирают очковую коррекцию пациентам. Однако по направлениям из поликлиник в глаукомный центр видно, что визометрия стала формальностью и выполняется небрежно, а многие больные жалуются на то, что, несмотря на их настойчивую просьбу, врач направляет выписывать очки в оптику.

Для офтальмоскопии врачи преимущественно используют электрический офтальмоскоп. И никто на поликлиническом приеме не пользуется высокодиоптрийными линзами (рис. 3).

Осмотр глазного дна в условиях миопии проводят только 8 врачей и еще двое — редко, при плохой прозрачности сред. Никто из врачей не выбрал вариант пояснений «все детали вижу с узким зрачком». Среди причин, препятствующих использованию миопии на приеме, врачи ответили так: недостаток времени — 8 ответов; боязнь возможных осложнений (повышение ВГД, ятрогенный приступ глаукомы) — 11 ответов.

Биомикроскопия — большинство врачей ответили, что осматривают пациента на щелевой лампе при каждом посещении (рис. 4). Однако на практике мы сталкиваемся с противоположной картиной: во многих направлениях (а также в амбулаторных картах, которые пациенты приносят на консультацию) описание структур переднего сегмента глаз отсутствует. Врачи «не замечают» рубец радужки, прорезавшийся дренаж (назначая при этом лечение конъюнктивита), межочулярную асимметрию. На момент анкетирования в 2 поликлиниках города (3 врачебных приема) вообще не было щелевой лампы — по распоряжению главного врача устаревшее оборудование списано и отправлено на склад, при этом новое не закуплено.

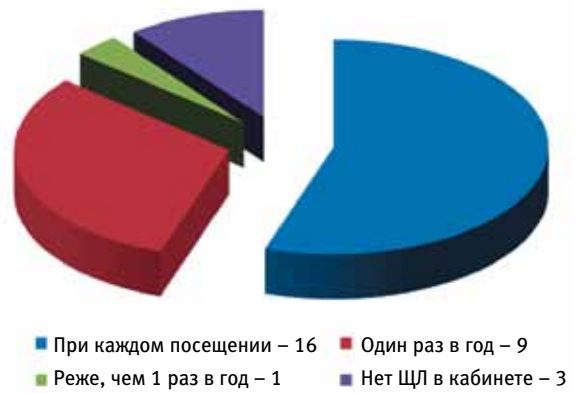


Рис. 4. Регулярность осмотров больных глаукомой на щелевой лампе

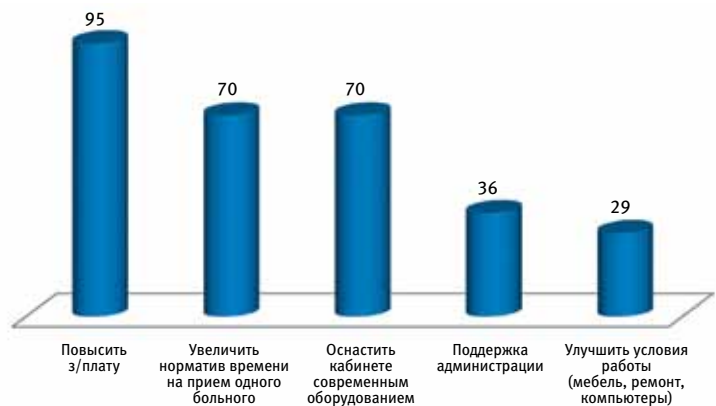


Рис. 5. Ответы на вопрос о том, что нужно сделать, чтобы остановить отток кадров из поликлинического звена

Гониоскопию выполняют только трое из 29 врачей. Из пояснений: нет гониоскопа в кабинете — 9, нет времени на приеме — 12, не владеют техникой гониоскопии — 5 врачей.

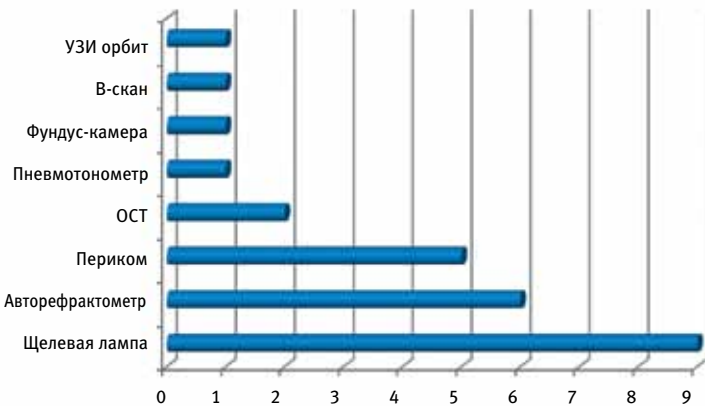
Периметрию больным диспансерной группы выполняют регулярно (2-3 раза в год) 10 врачей. Причины несоблюдения стандарта периметрии: не хватает времени на приеме — 12, работаю без медицинской сестры — 4, отказ пациента от проведения обследования — 2, другое — 1.

Вопросы третьего раздела анкеты звучали следующим образом:

«Что, на Ваш взгляд, нужно сделать, чтобы врачи не уходили из поликлиник?». Были даны 5 вариантов ответов, за каждый нужно было поставить баллы от одного до пяти (за наиболее важный ответ — 5 баллов). Не все ответы можно было обработать, т.к. некоторые участники ответили некорректно (например, отметили все ответы как правильные без постановки баллов). Ответы 20 респондентов представлены на рис. 5.

Самый высокий суммарный балл получил ответ о повышении заработной платы, также врачи отмечают низкий уровень оснащения кабинетов и недостаточный норматив времени на прием пациентов.





**Рис. 6.** Самое необходимое для работы оборудование, по мнению врачей-офтальмологов поликлинического приема

«Если бы от Вас зависела возможность формирования заработной платы, какая сумма (на Ваш взгляд) была бы достойной оплатой труда врача-офтальмолога на сегодняшний день?». Три врача не ответили на этот вопрос. Из 26 ответов: уровень желаемой заработной платы варьировал в диапазоне от 15 000 руб. до 60 000 руб., что в среднем составило 37 212 руб.

«Если бы на Ваш кабинет сейчас выделили деньги на оборудование (один прибор по любой цене), что бы Вы выбрали?». Мнения разделились в зависимости от технического оснащения поликлиник на текущий момент. Пожелания офтальмологов (26 ответов) представлены на рис. 6.

Лидером среди ответов стала щелевая лампа (!), поскольку во многих поликлиниках г. Ярославля год выпуска ЩЛ старше возраста врачей, которые на них работают. Напомним, что речь идет о поликлиниках областного промышленного города центрального региона России.

«При выборе врача для себя или своих родственников, какие качества специалиста являются наиболее важными? (Ваш взгляд глазами пациента)». Ответы на этот вопрос были самыми разнообразными. Участники анкетирования отмечали как профессиональные качества (опыт, квалификация, медицинская грамотность, компетентность, умение анализировать и принимать решения), так и личностные (доброжелательное отношение, внимательность, любовь к людям, желание помочь, а не заработать на чужой беде).

## Обсуждение

Проведенное анкетирование выявило серьезные разноплановые проблемы в системе диспансерного наблюдения больных глаукомой и профессиональном портрете врачей поликлинического звена, что отражается на качестве работы с пациентами диспансерной группы.

И самая основная проблема — кадровая. Слабая материально-техническая база офтальмологических приемов; низкая заработная плата, заставляющая врачей брать совместительства и подработки; вынужденная погоня за количеством принятых больных с неминуемой потерей качества; нарастающее с годами эмоциональное выгорание; культивируемое в обществе отношение к медицине как к сфере услуг; исключительно негативная информация в СМИ о врачебных ошибках; отсутствие стимулов к профессиональному росту — все это означает, что работать врачам в поликлинике сложно, не интересно и не престижно.

Отток кадров имеет место во всех возрастных группах. Но наиболее выражен этот процесс в возрасте до 35 лет — молодые люди после получения образования неохотно идут работать в районные поликлиники и через год-другой уходят в поисках лучшего места. Эта возрастная группа нестабильна еще и по другой причине — все офтальмологи в поликлиниках г. Ярославля женщины, и они могут уходить в декретный отпуск. В возрастных группах 35-44 лет и 45-54 лет кадровое движение несколько замедляется, поскольку преобладает чувство привычки, долга, привязанности, а также имеют место опасения, что не все новое лучше старого. А вот в возрастной группе старше 55 лет появляется дополнительный постоянный источник дохода — пенсия, и врачи этого возраста нередко уходят из поликлиник, чаще в оптики.

Городской глаукомный кабинет (позднее — отделение) работает в г. Ярославле на протяжении 20 лет (с 01.04.1993 г.), и эта работа всегда была построена на тесной взаимосвязи с поликлиническими офтальмологами взрослого приема. За этот период вышли на пенсию 14 врачей поликлиник, и более 40 (!) специалистов перешли из поликлинического звена на другую работу (в оптики, диагностические центры, страховые компании и т. д.), некоторые стали медицинскими представителями фармкомпаний. Девять врачей на сегодняшний день находятся в декретном отпуске. В 2013 г. в поликлиники города не пришел ни один молодой специалист после окончания интернатуры или ординатуры. Отсутствие постоянного лечащего врача (или отсутствие врача вообще), несомненно, отрицательно сказывается на качестве диспансерного наблюдения больных глаукомой.

Серьезная проблема, на которую также обращали внимание врачи в своих ответах — время, отведенное на прием пациентов. В разных регионах РФ оно составляет 8-12 мин., что недостаточно для обследования при любом офтальмологическом диагнозе. Пациентам с глаукомой необходим большой объем исследований, а в силу их возраста — и больше времени на коммуникацию (пик заболеваемости глаукомой приходится на возрастную группу 70-79 лет) [20, 21]. Диагноз «глаукома»

нередко вызывает первоначальный шок у пациентов, сменяющийся затем депрессией и чувством тревоги, поскольку многие воспринимают этот диагноз как приговор слепоты [22]. От того, как сложится диалог на приеме, насколько правильно больной поймет назначения врача, зависит качество и комплаенс дальнейшего лечения. Из ответов врачей видно, что им не хватает времени на выполнение необходимых обследований, тем более на беседы с пациентом.

Хронометраж приема глаукомного больного (по рекомендациям «Национального руководства по глаукоме», 2008 г.) составляет не менее 30 минут [23]. Однако при составлении годовых планов работы дополнительное время на диспансерную группу не заложено, что приводит к неполному соблюдению врачами стандартов обследования, а также ухудшению доступности приема для пациентов с глаукомой (отмена глаукомных дней и часов, получение явок на прием в порядке общей очереди и т. д.).

Материально-техническая база в поликлиниках города невероятно устарела. Древние щелевые лампы, периметр Ферстера, электрический офтальмоскоп и тонометр Маклакова — вот все, на чем строится диспансерное наблюдение больных глаукомой, делаются выводы о прогрессии или стабилизации глаукомного процесса. Несмотря на приказ Минздравсоцразвития России № 115н от 27.02.2010 г., регламентирующий стандарты оснащения офтальмологического кабинета [24], за прошедшие почти четыре года ничего не изменилось.

Постепенно снижается качество профессиональной подготовки врачей поликлинического звена. Поставленные в жесткие условия выполнения плана, врачи зачастую не имеют возможности посещать заседания общества и конференции, а специализированная литература стоит дорого и далеко не все могут себе это позволить. С другой стороны, нет материальных стимулов к профессиональному росту.

Однако ответы на вопросы третьего раздела анкеты показывают, что при определенных улучшениях условий труда (оснащении кабинетов современным оборудованием, увеличении заработной платы, пересмотре временных нормативов приема, поддержке администрации и др.) врачи готовы продолжать работать в поликлиническом звене.

## Выводы

1. Результаты проведенного анкетирования показали, что на сегодняшний день есть существенные проблемы в работе врачей-офтальмологов поликлинического звена (кадровые, образовательные, организационные).

2. Для улучшения качества диспансерной работы глаукомным отделением г. Ярославля предприняты шаги по оказанию образовательной помощи

врачам поликлинического звена: с 2012 г. проводятся регулярные семинары (1 раз в 2 месяца) по темам, которые заявлены самими врачами — разбор клинических случаев, обзор литературы, алгоритм медикаментозной терапии глаукомы и др.

3. Организовано обучение на рабочем месте — врачи могут присутствовать на приеме глаукоматолога и осваивать диагностические приборы и манипуляции (гониоскопию, тонографию, интерпретацию результатов периметрии и оптической когерентной томографии).

4. На протяжении последних 3 лет проводятся регулярные «Школы глаукомного больного», где пациенты могут получить исчерпывающую информацию, которую не может предоставить врач на приеме в силу своей загруженности.

5. На базе кафедры глазных болезней ЯГМА с сентября 2013 г. организованы курсы непрерывного обучения, которые привязаны к работе Ярославского научного общества — одночасовые практические занятия перед заседанием общества.

6. График проведения семинаров и заседаний общества утвержден Приказом департамента здравоохранения и фармации ЯО и доведен до главных врачей всех государственных учреждений здравоохранения ЯО, что позволит врачам-офтальмологам принимать участие в данных мероприятиях.

## Литература/ References

1. Волков В.В. Как диагностировать и контролировать начальную открытоугольную глаукому. *Глаукома* 2009; 2:3–13. [Volkov V.V. How to diagnose and control early open-angle glaucoma. *Glaucoma* 2009; 2:3–13. (In Russ.)].
2. Волков В.В., Сухина Л.Б., Устинова Е.И. Глаукома, пре-глаукома, офтальмогипертензия. Л: Медицина 1985; 215. [Volkov V.V., Sukhinina L.B., Ustinova E.I. *Glaukoma, pereglaukoma, oftalmogipertenziya* [Glaucoma, pereglaucoma, ophthalmohypertension]. Leningrad, Meditsina Publ., 1985. 215 p.]
3. Волков В.В. Глаукома открытоугольная. М: Медицинское информационное агентство 2008; 352. [Volkov V.V. *Glaukoma otkrytougolnaya* [Open-angle glaucoma]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2008. 352 p.]
4. Нестеров А.П. Глаукома. М: Медицинское информационное агентство 2008; 360. [Nesterov A.P. *Glaukoma* [Glaucoma]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2008. 360 p.]
5. Догарова Л.П., Жаров В.В., Амиров А.Н. Раннее выявление, скрининг, мониторинг и диспансеризация больных глаукомой. В кн.: Глаукома. Национальное руководство. Под ред. Е.А. Егорова. М: ГЭОТАР-Медиа 2013; 780. [Dogadova L.P., Zharov V.V., Amirov A.N. *Ranee vyavlenie, skringing, monitoring i dispanserizatsiya bol'nykh glaukomoj*. V kn.: *Glaukoma. Natsional'noe rukovodstvo*. Pod red. E.A. Egorova [Early detection, screening, monitoring and clinical examination of glaucoma patients. In: Egorov E.E., editors. *Glaucoma. National leadership*]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2013. 780 p.]
6. Илларионова А.Р., Фридман Н.В. Диспансерное наблюдение больных глаукомой в условиях поликлиники. *Клиническая офтальмология* 2001; 3:118–121. [Illarionova A.P.,

- Fridman N.V. Dispensary observation of glaucoma patients in the out-patient clinic. *Clinical Ophthalmology* 2001; 3: 118–121. (In Russ.).
7. Кунин В.Д., Редид А.А. Диспансерное наблюдение за больными первичной открытоугольной глаукомой и мониторинг глаукомного процесса. *Поле зрения* 2013; 18(4): 35–37. [Kunin V.D., Redid A.A. Dispensary supervision of patients with primary open-angle glaucoma and glaucoma monitoring. *Field of vision* 2013; 18(4):35–37. (In Russ.).]
  8. Романова Т.Б., Романенко И.А. Диспансеризация глаукомы: прошлое и настоящее. *Клиническая офтальмология* 2007; 2:75–78. [Romanova T.B., Romanenko I.A. Clinical examination of glaucoma. *Clinical Ophthalmology* 2007; 2: 75–78. (In Russ.).]
  9. Нероев В.В., Киселева О.А., Бессмертный А.М. Основные результаты мультицентрового исследования эпидемиологических особенностей первичной открытоугольной глаукомы в Российской Федерации. *Российский офтальмологический журнал* 2013; 3:4–7. [Neroev V.V., Kiseleva O.A., Bessmertny A.M. The main results of a multicenter study of the epidemiological features of primary open-angle glaucoma in the Russian Federation. *Russian Ophthalmological Journal* 2013; 3:4–7. (In Russ.).]
  10. Харьковский А.О. Качество жизни у больных глаукомой. В кн.: Глаукома. Национальное руководство. Под ред. Е.А. Егорова. М: ГЭОТАР-Медиа 2013; 760. [Kharkovskij A.O. Kachestvo zhizni u bol'nykh glaukomoj. V kn.: Glaukoma. Natsional'noe rukovodstvo. Pod red. E.A. Egorova [Glaucoma patients' quality of life]. In: Egorov E.E., editors. Glaucoma. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2013. 760 p.].
  11. Авдеев Р.В., Александров А.С., Басинский А.С., Блюм Е.А., Брежнев А.Ю., Волков Е.Н. и др. Клинико-эпидемиологическое исследование факторов риска развития и прогрессирования глаукомы. *Российский офтальмологический журнал* 2013; 6(3):4–11. [Avdeev R.V., Alexandrov A.S., Vasinsky A.S., Blum E.A., Brezhnev A.Yu., Volkov E.N., Gaponko O.V., et al Clinical and Epidemiological Study of Risk Factors of Glaucoma Development and Progression. *Russian Ophthalmological Journal* 2013; 6(3):4–11. (In Russ.).]
  12. Алексеев В.Н., Куликова Н.К. Оценка стабилизации процесса у больных первичной открытоугольной глаукомой. *Глаукома* 2009; 2:30–32. [Alekseev V.N., Kulikova N.K. Assessment of the primary open-angle glaucoma progression. *Glaucoma* 2009; 2:30–32. (In Russ.).]
  13. Алексеев В.Н., Малеванная О.А. О качестве диспансерного наблюдения при первичной открытоугольной глаукоме. *Клин. офтальмология* 2003; 3:119–122. [Alekseev V.N., Malevannaya O.A. On the quality of the follow-up monitoring of patients with primary open-angle glaucoma. *Clinical Ophthalmology* 2003; 3:119–122. (In Russ.).]
  14. Алексеев В.Н., Малеванная О.А., Тубаджи Ессам, Никитин Д.Н., Газизова И.Р. Прогрессирующая глаукома — неизбежность или недоработка? *Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН* 2012; 3:26–31. [Alekseev V.N., Malevannaya O.A., Nader Samih El Haj, Nikitin D.N., Gazizova I.R. Progressive glaucoma — inevitability or incomplete treatment? *Glaukoma. Zhurnal NII Glaznyh Bolezney RAMN* 2012; 3:26–31. (In Russ.).]
  15. Бикбов М.М., Бабушкин А.Э., Мурова Л.Х., Матюхина Е.Н. Результаты диспансерного наблюдения и поликлинического этапа лечения больных первичной открытоугольной глаукомой. *Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН* 2012; 4:31–35. [Bikbov M.M., Babushkin A.E., Murova L.H., Matuyhina E.N. [Results of case follow-up and out-patient phase of treating patients with primary open-angle glaucoma. *Glaukoma. Zhurnal NII Glaznyh Bolezney RAMN* 2012; 4:31–35. (In Russ.).]
  16. Казанова С.Ю., Страхов В.В. Комплайнс. Взгляд на проблему с другой стороны. *Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН* 2012; 3:58–60. [Kazanova S.Yu., Strakhov V.V. Komplajns. Compliance. A look from a different perspective. *Glaukoma. Zhurnal NII Glaznyh Bolezney RAMN* 2012; 3:58–60. (In Russ.).]
  17. Казанова С.Ю., Страхов В.В. Сравнительная оценка качества лечения первичной открытоугольной глаукомы. *Российский офтальмологический журнал* 2013; 4:92–95. [Kazanova S.Y., Strakhov V.V. Comparative evaluation of the primary open-angle glaucoma treatment quality. *Russian Ophthalmological Journal* 2013; 4:92–95. (In Russ.).]
  18. Кунин В.Д., Редид А.А. Эффективность длительной диспансеризации больных первичной открытоугольной глаукомой. *Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН* 2012; 4: 18–23. [Kunin V.D., Redid A.A. Effectiveness of long term follow-up of patients with primary open-angle glaucoma. *Glaukoma. Zhurnal NII Glaznyh Bolezney RAMN* 2012; 4:18–23. (In Russ.).]
  19. Шиловских О.В., Стрэнёв Н.В., Пасенова И.Г. Оценка состояния диспансеризации больных глаукомой на примере крупного промышленного центра. *Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН* 2013; 1:24–27. [Shilovskikh O.V., Strennev N.V., Pasenova I.G. Estimation of glaucoma patients monitoring through the example of a big industrial city. *Glaukoma. Zhurnal NII Glaznyh Bolezney RAMN* 2013; 1:24–27. (In Russ.).]
  20. Либман Е.С. Современные позиции клинико-социальной офтальмологии. *Вестник офтальмологии* 2004; 1:10–12. [Libman E.S. Modern clinical and social position of Ophthalmology. *Annals of Ophthalmology* 2004; 1:10–12. (In Russ.).]
  21. Удинцов Е.И. Успехи отечественной офтальмологии и профилактика глазных заболеваний. М: Наука 1966; 238. [Udintsov E.I. Uspekhi otechestvennoi oftal'mologii i profilaktika glaznykh zabolevanij [Advances in Russian ophthalmology and prevention of eye diseases]. Moscow, Nauka Publ., 1966. 238 p.] (In Russ.).]
  22. Решетова Т.В. Тревожный пациент в офтальмологической клинике: диагностика, лечение, контакт. *Поле зрения* 2013; 15(1):42–44. [Reshetova T.V. Alarming the patient in ophthalmology clinic. Diagnostics, treatment, contact. *Field of vision* 2013; 15(1):42–44. (In Russ.).]
  23. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Шуко А.Г. Национальное руководство (путеводитель) по глаукоме для поликлинических врачей. Москва, Столичный бизнес, 2008; 136 с. [Egorov E.A., Astakhov Yu.S., Shchuko A.G. Natsional'noe rukovodstvo po glaukome dlya poliklinicheskikh vrachei [National glaucoma guidance for clinic doctors] Moscow, Capital business, 2008; 136 p. (In Russ.).]
  24. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. 2-е изд. Под ред. Егорова Е.А., Астахова Ю.С., Шуко А.Г. М: ГЭОТАР-Медиа 2011; 280. [Egorov E.A., Astakhov Yu.S., Shuko A.G., editors. Natsional'noe rukovodstvo po glaukome dlya praktikuyushchikh vrachei. 2-e izd [Glaucoma for medical practitioners: national guidance. 2nd ed]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2011. 280 p. (In Russ.).]

Поступила 26.12.2013