

Проект „Визия за зрение“

Доклад за състоянието на зрителното здраве в България

ЯНУАРИ 2020 г.

Проектът „Визия за зрение“ се изпълнява с финансовата подкрепа на Исландия, Лихтенщайн и Норвегия по линия на Финансовия механизъм на ЕИП. Основната цел на проекта е да повиши гражданската осведоменост и тази на централните и местни власти относно броя и проблемите на хората със зрителни увреждания.

www.activecitizensfund.bg

СЪДЪРЖАНИЕ

| | |
|---|-----------|
| СЪДЪРЖАНИЕ | 1 |
| БЛАГОДАРНОСТИ | 2 |
| ПРЕДГОВОР | 3 |
| 1. ЗРЕНИЕ, ОЧНИ БОЛЕСТИ, ЗРИТЕЛНИ НАРУШЕНИЯ | 5 |
| 1.1. ЗРЕНИЕ | 5 |
| 1.2. ОЧНИ БОЛЕСТИ | 6 |
| 1.3. ЗРИТЕЛНИ НАРУШЕНИЯ | 9 |
| 2. ЗНАЧИМОСТ. ОЧНИ БОЛЕСТИ И ЗРИТЕЛНИ НАРУШЕНИЯ | 12 |
| 2.1. ЗНАЧИМОСТ: ОЧНИ БОЛЕСТИ | 12 |
| 2.2. ЗНАЧИМОСТ: ЗРИТЕЛНИ НАРУШЕНИЯ | 16 |
| 2.3. РАЗХОДИ ЗА ПОКРИВАНЕ НА НЕПОСРЕЩНАТИТЕ НУЖДИ | 17 |
| 2.4. РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ОЧНИТЕ БОЛЕСТИ И ЗРИТЕЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ | 19 |
| 2.4.1. ОЧНИ БОЛЕСТИ | 19 |
| 2.4.2. ЗРИТЕЛНИ НАРУШЕНИЯ | 19 |
| 2.5. ДОСТЪП И БАРИЕРИ ДО ГРИЖИ В ОЧНОТО ЗДРАВЕ | 20 |
| 2.5.1. НАЛИЧНОСТ | 20 |
| 2.5.2. ДОСТЪПНОСТ | 21 |
| 2.5.3. ПОЗВОЛИМОСТ | 22 |
| 2.5.4. ПРИЕМЛИВОСТ | 22 |
| 2.6. ПРОГНОЗИ ЗА ДИНАМИКАТА В ОЧНИТЕ БОЛЕСТИ | 22 |
| 3. ПОДХОД КЪМ ОЧНИТЕ БОЛЕСТИ И ЗРИТЕЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ. СТРАТЕГИИ ЗА ПОСРЕЩАНЕ НА НУЖДИТЕ В ОЧНОТО ЗДРАВЕ. | 23 |
| 3.1. ЗДРАВНА ПРОМОЦИЯ | 24 |
| 3.2. ПРЕВЕНЦИЯ | 25 |
| 3.3. ЛЕЧЕНИЕ | 27 |
| 3.4. РЕХАБИЛИТАЦИЯ | 31 |
| 3.4.1. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ | 31 |
| 3.4.2. РЕХАБИЛИТАЦИЯ ЗА СЛАБО ЗРЕНИЕ | 32 |
| 4. СПРАВЯНЕ С ОЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ЗРИТЕЛНИТЕ УВРЕЖДЕНИЯ В БЪЛГАРИЯ. НОРМАТИВНА УРЕДБА И СТРАТЕГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ | 37 |
| 4.1. ПРОМОЦИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ. НОРМАТИВНА УРЕДБА И СТРАТЕГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ | 37 |
| 4.2. РЕХАБИЛИТАЦИЯ. НОРМАТИВНА УРЕДБА | 39 |

БЛАГОДАРНОСТИ

Настоящият доклад е подготвен благодарение усиличта на експертния екип по проект „Визия за Зрение“ в състав:

Проф. Д-р Ива Петкова – офталмолог

Мила Драгомирова – оптометрист

Д-р Петя Стратиева – национални и международни политики

Хюсеин Исмаил – юрист

Здравко Сечков – местни политики

В доклада са използвани материали от World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Направените преводи не са извършени от Световната здравна организация (СЗО). СЗО не носи отговорност за съдържанието и точността им. За обвързващо да се счита английското оригинално и автентично издание. Всяко посредничество, отнасящо се до спорове, възникнали по повод лиценза следва да бъде проведено съгласно правилата за посредничество на Световната организация по интелектуална собственост (СОИС).

Изказваме искрените си благодарности на:

- Българското дружество по офталмология (БДО) за предоставените Препоръки за добра медицинска практика;
- НТА.LTD за подготовения от тях и предоставен безвъзмездно статистически анализ на данните за зрителните увреждания в България 1990 – 2020 г.

ПРЕДГОВОР

В свят, построен върху способността ни да виждаме, зрението – най-доминиращото от всичките ни сетива, има основна роля във всяка една страна от живота ни. Новороденото е зависимо от зрението си за да разпознае и да изгради връзка с майка си, прохождащото дете – за да установи баланс и да се научи да ходи, ученикът – за да ходи на училище, чете и учи, младият човек – за да участва в трудовия живот, възрастният – за да запази самостоятелността си.

Понастоящем, около 2,2 млрд. Души по света живеят с нарушено зрение или слепота; при над 1 млрд. От тях това състояние е могло да бъде предотвратено или все още се нуждае от обгрижване. Водещите причини за нарастващия брой хора с нарушено зрение са застаряването на населението, начинът на живот, ограниченият достъп до очни грижи, в частност в държавите с нисък и среден доход. Тежестта на очните болести и нарушеното зрение е неравномерно разпределена; тя е значително по-голяма сред населението в необлагодетелстваните географски региони, при хората с ниски доходи, жените, застаряващото население, хората с увреждания, етническите малцинства. Хората с тежка загуба на зрение не могат да участват в социалния живот и да достигнат до пълния си потенциал поради недостъпност до рехабилитационни услуги.

През идващите десетилетия, ако прогнозираното нарастване на броя на застаряващото население не бъде посрещнато с ръст в подобряването на достъпа до очни здравни грижи, ще има съществен ръст в броя на хората със зрителни нарушения и слепота.

България е сред страните, чиито непосредствени нужди в очното и зрително здраве са средно над 4 пъти спрямо тези, в държавите с висок доход, като потребностите сред необлагодетелстваните групи от населението надвишават многократно това число. Липсва установен механизъм за координация на централно и местно административно ниво между здравния, социалния и научно-образователния сектор, осигуряващ мерки за ограничаване на слепотата и гарантиращ правата на засегнатите.

С настоящия доклад се стараем да обобщим наличните статистически данни относно актуалния брой незрящи хора и хора с намалено (слабо) зрение в България; да изведем на преден план основните и специфичните за България) причини за зрителни нарушения и слепота,

Да определим основните пропуски и несъответствия в съществуващата нормативна уредба и политики, в наличните

Медицински, социални и образователни практики и стандарти, отнасящи се до зрителното здраве.

Стремежът ни е извършеният анализ да послужи за отправна точка за информиран дебат с експерти в очното и зрителното здраве, с лица със зрителни нарушения, с отговорните институции. Въз основа на изводите от този дебат сме си поставили задачата да подготвим препоръки за стратегически насоки за очното и зрителното здравеопазване в България, съдържащи необходимите намеси за справянето със зрителните нарушения и слепотата.

Този доклад е началото на нашата работа и ще сме Ви благодарни, в случай, че решите да допринесете за неговото допълване и актуализиране.

Екипът на проект „Визия за Зрение“

1. Зрение, очни болести, зрителни нарушения

В глобално общество, устроено около способността да се вижда, зрителното нарушение има съществени последици, засягащи всякакви страни на живота на индивида, семейството му, както и последици за тези, които полагат грижи за него.

Докато някои очни болести причиняват зрителни нарушения, много други – не, но те могат да доведат до лични и финансови затруднения поради необходимостта от лечение.

Зрително нарушение настъпва когато очна болест засегне зрителната система или една или повече от нейните зрителни функции.

Лице, което носи очила или контактни лещи, за да компенсира зрителното си нарушение, продължава да бъде със зрително нарушение.

За зрително увреждане се говори когато едно лице с очна болест среща затруднения и ограничения в процеса на общуване в средата си – физически, емоционални, поведенчески.

Навременният достъп до качествена грижа има основно значение за въздействието на една очна болест.

1.1. Зрение

В глобално общество, устроено върху способността да се вижда, зрението играе ключова роля във всяка страна и етап от живота. Зрението е най-доминантното от 5-те сетива. То е съставна част от междуличностните и социалните взаимоотношения, при общуването лице в лице, при които информацията се предава по невербални пътища като жестове и лицеви изражения.

Новороденото се нуждае от зрение, за да разпознава и да се свързва с майка си; прохождащото дете – за да установи баланс и да се научи да ходи; ученикът – за да ходи на училище, да чете и учи; младият човек – за да участва в трудовия живот; по-възрастният човек – за да запази независимостта си.

Зрението представлява способността на живите организми да възприемат светлината, цветовете, формата и движението на предметите в заобикалящата ги среда. То дава около 80% от информацията на човек за околната действителност.

Зрението играе огромна роля във всеки един момент от човешкия живот, но особено важно е във възрастта на подрастване на човешкия организъм, когато се формира представата му за света и се оформят психиката и професионалните умения.

Няколко са основните зрителни функции, които влизат в определението на термина “зрение”. Това са възприемането на светлина, възприемането на цветовете и възприемането на формата и движението на предметите. Тези функции се осъществяват под формата на т.нар. централно и периферно зрение, които в тясна връзка дават възможност за пълноценно възприемане на околната действителност.

Зрителната система започва с окото, където ретината възприема светлинните импулси и ги трансформира в нервни такива, те преминават по зрителния нерв през областта на хиазмата и достигат до *corpus geniculatum laterale* и след прекъсване там

постъпват в кората на главния мозък, където става „осъзнаването“ на получената информация.

Всяка една част от зрителната система може да бъде подложена на различни патологични влияния и да бъде увредена. Офталмологията се занимава предимно със заболяванията на окото и зрителния нерв, докато една гранична специалност – невроофталмология е съсредоточена върху тези увреждания, които настъпват в горните отдели на зрителната система. А оптометрията е насочена основно към оптична корекция на нарушено зрение.

1.2. Очни болести

Докато някои очни болести причиняват зрителни нарушения, много други – не, но те могат да доведат до лични и финансови затруднения поради необходимостта от лечение.

Очните болести, които са основни причини за зрителни нарушения или слепота са обектът на стратегиите за превенция, лечение и рехабилитация.

Основните причини, които могат да доведат до нарушение на зрението по реда на тяхната значимост са следните:

- Рефракционни аномалии – късогледство, далекогледство, астигматизъм, пресбиопия
- Катаракта – нарушение на прозрачността на лещата – една от основните структури на окото, която осъществява пречупването на светлинните лъчи
- Глаукома – специфично увреждане на зрителния нерв вследствие на комплекс от причини, основната от които е вътреочното налягане
- Макулна дегенерация свързана с възрастта – засягане на централната част на ретината / макула /, което води до различно по степен намаление на централното зрение и напредва с възрастта
- Нарушение на прозрачността на роговицата, която осъществява около 2/3 от пречупвателната сила на прозрачните очни среди
- Диабетната ретинопатия – промени в ретината, свързани с увреждания на съдовете, предизвикани от диабета
- Трахома – заболяване, което уврежда зрението поради нарушение на прозрачността на роговицата.

В световен мащаб некоригираните рефракционни аномалии са основната причина за зрителни нарушения.

На второ място е катарактата, която причинява „лечимо“ увреждане на зрението. Нейното значение е особено голямо в слаборазвитите райони на света, където процентът на двустранно слепи от катаракта хора е висок. В развитите държави напредъкът в областта на катарактната хирургия и възможностите за зрителна рехабилитация посредством модерни вътреочни лещи доведе до значително намаление на броя на засегнатите лица независимо от застаряването на населението в

тези страни. По-често засегнати във всички региони на света са жените, което се обяснява с по-голямата продължителност на живота при тях. Особено важен е този проблем при децата с вродени катаракти поради особеностите на детския организъм и по-трудната диагностика и оперативно лечение и зрителна рехабилитация. Лечението на катарактата е само оперативно, поради което пряко зависи от степента на достъп до медицински грижи и организацията на здравната система.

Глаукомата е заболяване, което може да доведе до пълна слепота и изисква непрекъснато лечение и проследяване, поради което в страната болните с установена глаукома подлежат на диспансеризация. Лечението се състои в средства за понижаване на вътреочното налягане – локално и общо приложение на медикаменти, лазерно и оперативно лечение. Независимо от непрекъснатото усъвършенстване на методите на лечение в световен мащаб съществува голям процент болни, при които се достига до пълна слепота вследствие на глаукома. Поради най-голямата честота на поява на заболяването в напредналата възраст съществуват диагностични затруднения с другите чести патологии в този период от живота – катаракта и макулна дегенерация свързана с възрастта.

Макулната дегенерация свързана с възраст / МДСВ / е най-честата причина за тежко увреждане на централното зрение при хора над 60-65 години и честотата ѝ се увеличава с напредване на възрастта. Докато при възрастта под 70 год. честотата на заболяването е 8-12%, при хората над 80 год. тя достига до 35-36%. Различават се две основни форми на заболяването – „суха“ и „влажна“. Докато при сухата форма болестта напредва много бавно и увреждането на зрението е постепенно в течение на години, при влажната форма се наблюдава бързо и рязко намаление на зрителната острота. Заболяването засяга в различно време и степен двете очи и води до тежка зрителна инвалидност.

Диабетната ретинопатия представлява засягане на съдовете на ретината и се наблюдава в първите 20 години при почти всички болни с диабет тип 1 и при 60% от пациентите с тип 2. Наблюдават се промени в стените на малките съдове и нарушения в реологията на кръвта. Това води до зони на исхемия, повишена пропускливост на съдовете и патологична пролиферация на нови съдове в ретината. Усложненията на заболяването могат да доведат до невъзвратима загуба на зрение. Диабетната ретинопатия е водещата причина за зрителни увреждания сред лицата в трудоспособна възраст. Основните рискови фактори за развитие на диабетната ретинопатия са типа на диабета, давността на заболяването, степента на контрол на диабета, ниво на холестерола и триглицеридите, генетични и фактори на средата.

Нарушението на прозрачността на роговицата е свързано с напредналата трахома, вродени аномалии и травматични и възпалителни увреждания.

Травматизъм – очните травми се отличават с голямо разнообразие. Голяма част от тях са професионални и битови и биха могли да бъдат предотвратени при спазването на определени условия на труд и използване на предпазни средства. Пораженията на окото и придатъците / клепачи, орбита / често са тежки, засягат много важни части на органа и водят до тежки увреждания.

Редки очни болести – те са водещата причина за зрителни увреждания и слепота в детската и младежката възраст. Към тях се числят 900 болести, подразделящи се на 4 основни групи: ретинални, невроофтальмологични, детски и болести на предния очен сегмент. (Европейска Референтна Мрежа по Очни Болести ERN-EYE, WWW.ERN-EYE.EU)

Списък на редките очни болести е в приложение 1.

Наследствените дистрофии на ретината съставляват основна част от редките очни болести. Причините за тях са генетични. Наследствените дегенерации на ретината (пигментен ретинит, синдром на Ушер, болест на Щаргардт, и др.) са сред най-сложните генетични заболявания при човека.

При най-често срещания вид сред тях – пигментния ретинит – зрителните увреждания започват в юношеска или младежка възраст и напредват до слепота на около 40-50 годишна възраст.

Освен заболяванията, които пряко могат да увредят зрителните функции, съществуват и такива, които косвено им влияят. Такива са например аномалиите в положението на клепачите, патологията на предната очна повърхност и в частност „сухото око“, бенигнените новообразувания и др., които в различна степен могат да повлияят на качеството на живот на индивида.

Важността на тези болести не следва да се подценява и поради факта, че те са често сред водещите причини за търсене на очна здравна помощ във всички държави, независимо от размера на доходите на населението в тях.

Рискови фактори и причини за очните болести

Рисковите фактори и причините за очните болести са различни: те могат да бъдат генетични, свързани с възрастта, свързани с начина на живот и поведение, инфекции, вследствие на друга болест.

Много от очните заболявания са с многофакторни причини.

Много са и рисковите фактори, които допринасят за развитието или за напредването на една очна болест.

Рисковите фактори и причините могат условно да се разделят на 2 категории: поддаващи се на промяна (модифицируеми) и неподдаващи се (немодифицируеми).

Сред рисковите фактори, неподлежащи на модифициране, могат да бъдат изброени по-долните според степента на важността им:

- Възрастта (стареенето) е водещият рисков фактор за много очни болести (пресбиопия, катаракта, макулна дегенерация свързана с възрастта, глаукома и др.)
- Генетични: наследствени дистрофии на ретината, глаукома, макулна МДСВ и др.) Генетичните фактори са в основата на заболяванията, причиняващи зрителни увреждания и слепота в детската и младежката възраст.
- Етнически

Сред факторите, които подлежат на модифициране спадат начина на живот и поведение:

- Професионални рискови фактори
- Тютюнопушенето е водещият сред факторите, подлежащи на промяна (МДСВ, катаракта)
- Начин на хранене (дефицит на витамин А, водещ до помътняване на роговицата)
- Инфекции и санитарно – хигиенни фактори (трахома, конюнктивити, морбили, рубеола, токсоплазмоза)

Има заболявания на други органи и системи, които вторично водят до появата и развитието на очни болести:

- Диабет
- Ревматоиден артрит
- Множествена склероза
- Недоносеността при новородените деца.

Употребата на някои медикаменти е установена възможна честа причина за поява на очно заболяване (продължителна употреба на стероиди– катаракта, глаукома)

Познаването на рисковите фактори и причините за очните болести е от ключово значение за изграждане на успешни стратегии за намеса – здравна промоция, превенция, лечение и рехабилитация.

Налични са успешни подходи за превенция, лечение и рехабилитация на много от очните болести. Разгледани са в Част. 3.

Навременният достъп до качествена медицинска грижа е от ключово развитие за повлияването на хода на болестта.

1.3. Зрителни нарушения

Зрително нарушение настъпва, когато очно заболяване засегне зрителната система и една или повече от нейните функции.

Според Международната Класификация на Функционирането, уврежданията и здравето (ICF) нарушението е общ термин, употребяван за описание на проблем във функцията или структурата на тялото на индивида, предизвикано от здравословно състояние. Тази класификация е съвместима с Международната Класификация на Болестите (МКБ, 11. издание).

Международната класификация на болестите (11-то издание) определя увреждане (или нарушение) на зрението, като състояние или заболяване на очите засягащо зрителната система и една или повече от зрителните ѝ функции.

Обикновено епидемиологичните проучвания измерват зрителните увреждания, използвайки изключително зрителната острота за далече, категоризирана като леко, умерено, тежко увреждане на зрението или слепота. В клинични условия, обаче често се оценяват и други зрителни функции, като например зрителното поле, контрастна чувствителност и цветно зрение.

Зрителната острота (визус) може да се определи като най-малкото разстояние между две точки, на което те могат да се възприемат като две отделни. Зрителната острота се измерва чрез най-малкия зрителен ъгъл, под който две точки се виждат като отделни. Тя се приема за нормална, ако този ъгъл е една ъглова минута (1'), като у някои хора той може да бъде по-малък и следователно зрителната острота да бъде по-голяма. При извършване на изследвания за определяне на зрителната острота измерването става, не в ъгли, а в относителни единици. При изследване на зрителната острота се използват зрителни знаци или оптоотипи. Оптоотипите се представят във вид на таблици или могат да се прожектират на екран. В България като оптоотипи, най-често се използват цифри или знакът на Снелен наподобяваща буква "Ш" обърната в различни посоки.

По света се използват и различни системи за записване на резултатите от изследване на визуса. В една от популярните системи се записва съотношението на разстоянието, от което изследваният пациент вижда оптоотипа спрямо разстоянието, от което човек с нормално зрение вижда същия оптоотип. Например визус 6/12 означава, че пациентът вижда от 6 метра това, което пациент с нормално зрение вижда от 12 метра. В България се използва друга система за записване на зрителна острота, а именно десетична система (Decimal). Визус 6/12 ще бъде записан като визус 0.5 в десетичната система.

Важно е да се отбележи, че според доклада на СЗО, повечето публикувани в световен мащаб данни за увреждания на зрението се основават на измерване на „некоригирана зрителна острота“ и не отчитат при кои изследвани лица нарушението на зрението се компенсира с очила или контактни лещи. Отчита се като съществен проблем осигуряването на данни за съотношението на посрещнатите и незадоволените нужди от здравни грижи за нарушеното зрение. По-пълни епидемиологични проучвания са особено важни за да се планират услугите и да се мониторира ефективно прогреса в здравните грижи и услуги за нарушеното зрение.

СЗО групира, още през 1974 г., в установени категории увреждането на зрение и слепота, за да се улесни събирането на база данни за населението в един и същ формат. През следващите десетилетия категоризирането еволюира. Променят се някои дефиниции. Въвеждат се три подкатегории за класифициране на слепотата, дефиниращи колко по-ниска от 3/60 е зрителната острота.

Таблица 1.1. Класификация на СЗО за тежестта на нарушено зрение, базирана на зрителната острота на по-добре виждащото око

| Категория: | Визус по-нисък от: | Визус по-добър или равен на: |
|-------------------------------|----------------------|------------------------------|
| Леко увреждане на зрението | 6/12 (=0.5 Decimal) | 6/18 (=0.33 Decimal) |
| Умерено увреждане на зрението | 6/18 (=0.33 Decimal) | 6/60 (=0.1 Decimal) |
| Тежко увреждане на зрението | 6/60 (=0.1 Decimal) | 3/60 (=0.05 Decimal) |
| Слепота | 3/60 (=0.05 Decimal) | |

В много случаи увреждането на зрението е причинено от очни заболявания, които се асоциират с допълнителни зрителни нарушения, например загуба на периферно зрение, намаляване на контрастна чувствителност и др. Поради това се използват и по-комплексни класификации на степента на зрителни увреждания. При класифициране на пациенти със слабо зрение се определя зрителната острота с най-добра корекция на по-доброто око.

Таблица 1.2. Класификация на Royal National Institute of Blind People (RNIB), UK

| |
|--|
| <p>Класифициран като човек с нарушено зрение (частично незрящ) е такъв, който с най-добра корекция има:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зрителна острота 3 / 60 до 6 / 60 с пълна загуба на зрително поле • Зрителна острота до 6/24 с умерено намаляване на периферно или централно зрение • Зрителна острота 6/18 или дори по-добре, ако голяма част от зрителното поле е увредено или загубено |
| <p>Класифициран като човек с тежко зрително нарушение (незрящ) е такъв, който с най-добра корекция има:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зрителна острота по-малка от 3/60 с пълно зрително поле • Зрителна острота между 3/60 и 6/60 при силно намаляване на зрителното поле, като тунелно зрение • Зрителна острота 6/60 или повече, но с много намалено зрително поле, особено ако липсва много зрение в долната част на полето |

Съществуват ефективни намеси за повечето от очните болести, предизвикващи зрителни нарушения:

А. Рефракционни аномалии – водещата причина за зрителни нарушения - могат да бъдат напълно компенсирани (очила, контактни лещи, лазерна корективна хирургия)

Б. Зрителни нарушения, причинени от някои очни болести свързани с възрастта (глаукома, МДСВ) нямат излекуване и не могат да бъдат коригирани. Налични са обаче методи за лечение и хирургични подходи, които могат да забавят или да са превантивни по отношение на прогресията на заболяването.

В. Зрителни нарушения, причинени от свързани с възрастта болести – катаракта – могат да бъдат успешно коригирани с хирургична намеса. Предвид факта, че катарактата се влошава в течение на времето, оставените без лечение лица ще изпитват прогресивно зрително нарушение, което може да доведе до слепота и до съществено ограничение в цялостното им функциониране.

Г. В случаите, при които зрителните нарушения и слепотата не подлежат на превенция (напреднала МДСВ – суха форма, наследствени дистрофии на ретината,

ретинопатия на недоносеното и др.) са необходими рехабилитационни грижи, които да оптимизират функционирането в ежедневието на засегнатите лица.

Изброените примери дават основание да се направят 2 извода:

Първо, съществуват ефективни намеси за преобладаващото число очни болести, които могат да причинят зрително нарушение, и Второ, достъпът до намеси може съществено да намали или елиминира зрителното нарушение или свързаните с него ограничения във функционирането. Наборът от съществуващи намеси е разгледан по-детайлно в Част. 3.

2. Значимост. Очни болести и зрителни нарушения

Най-малко 2.2 млрд. Души по света имат нарушено зрение, като при поне 1 млрд. От тях зрителното нарушение е могло да бъде предотвратено или все още се нуждае да бъде обгрижено.

Очните болести са забележително често срещани. Понастоящем, прецизни данни позволяващи изчислението на глобалното значение на очните болести, липсват.

Тежестта на повечето от очните болести и зрителни нарушения се понася неравномерно. Неадекватният достъп до очни грижи е главната причина за неравномерното разпространение.

Подобреното разбиране на значимостта на нуждите от грижи в очното здраве е безусловно необходимо за ефективно планиране от страна на здравната система. Грижата за очното здраве е добра инвестиция. Предпазването от очни болести и зрителни нарушения ще доведе до подобрена продуктивност и ще намали неформалните и неосезаеми разходи.

През идващите десетилетия, ако прогнозираното нарастване на броя на застаряващото население не бъде посрещнато с ръст в подобряването на достъпа до очни здравни грижи, ще има съществен ръст в броя на хората със зрителни нарушения и слепота.

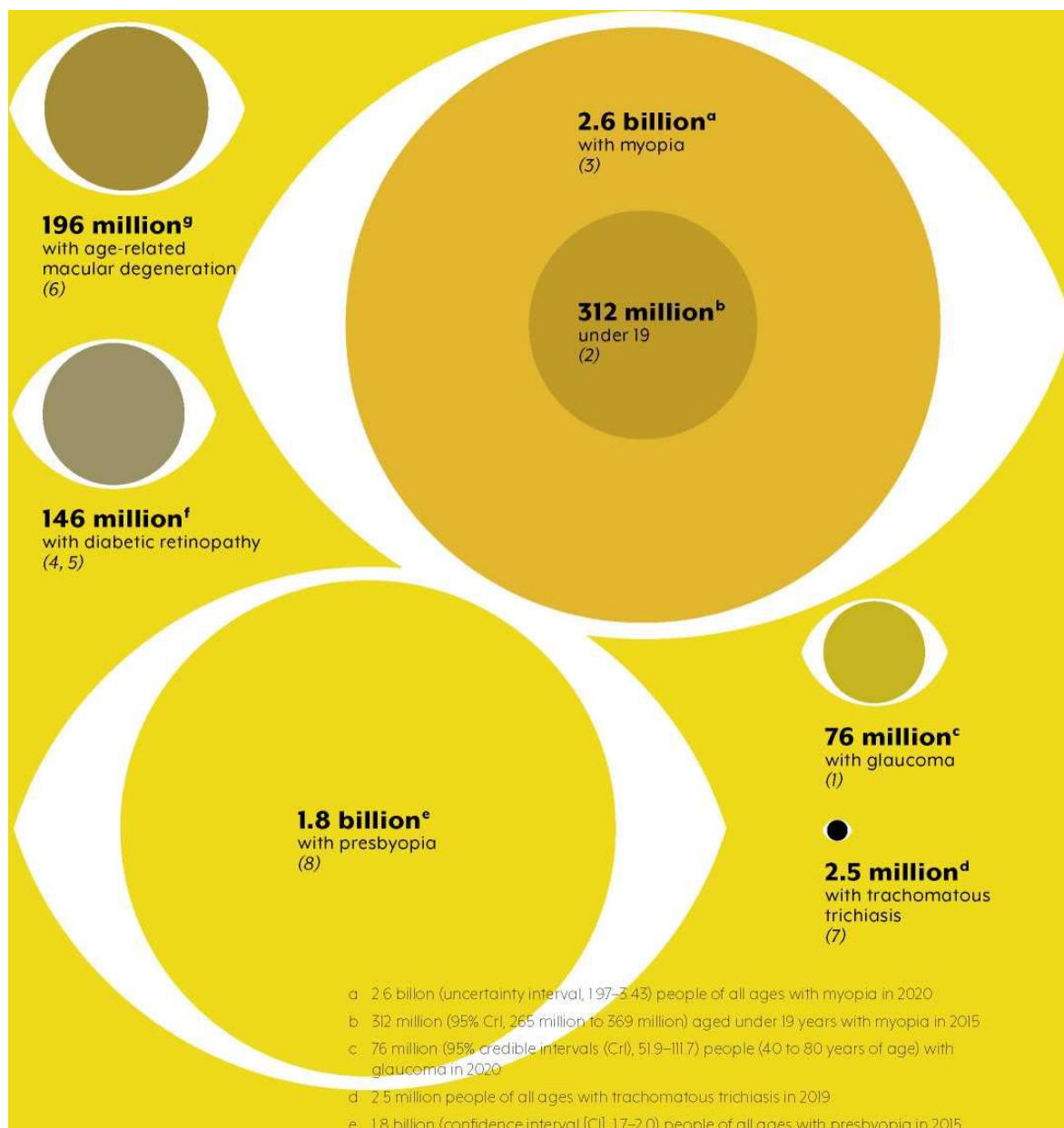
2.1. Значимост: Очни болести

Очните болести имат забележителна честота на разпространение. Всеки, който живее достатъчно дълго, ще изпита поне една очна болест през живота си. Например, мнозина, които са имали конюнктивит в детството си, ще се нуждаят от очила за пресбиопията си в някакъв момент след 40-годишната си възраст и могат да се нуждаят от хирургия за катарактана по-късен етап от живота си.

Очни болести, които могат да доведат до зрителни нарушения:

Изчисленията на глобалния брой на хората с очни заболявания, водещи до зрителни нарушения засега показва само масовата честота на разпространението на тези болести.

Фигура 2.1. Глобална прогноза за броя засегнати от някои очни състояния, които могат да причинят нарушения на зрението



Отчитайки факта, че човек може да има повече от едно очно заболяване, посочените данни във фиг. 2.1. не позволяват да бъде оценен общия брой на хората, стаъкъв вид заболявания. Глобалните данни за броя на хората с едно или с едно доминиращо очно заболяване – липсват.

Очни болести, които типично не водят до зрителни нарушения:

Въпреки че отсъстват надеждни данни за глобалния брой на хората с такива заболявания, което да даде основание за планиране, свързано с най-честите поводи за търсене на очни грижи, съществуват някои данни. Такива са данните за честотата на разпространение в някои големи географски региони на болести като птериgium, сухо око и др.

Епидемиология за България

В България не са извършвани редовни мащабни епидемиологични проучвания, поради което обикновено се позоваваме на европейските и световни данни за честотата на различните заболявания.

През 1995г. е правено проучване за очната заболеваемост в София и Западна България, от акад. П.Василева и сътр. Изследвани са 6275 случайно избрани пациенти над 40 годишна възраст. Установени са основните причини за загуба на зрение: 20% катаракта, 20% глаукома, 20% макулна дегенерация, 7% диабетна ретинопатия, останалите са комбинация от няколко очни заболявания и др.

В проучване на д-р Кирилова от 2015 г., са включени 1/5 от всички регистрирани в квартал Подуене деца в предучилищна и училищна възраст 1 437 деца (21%). За 95% от децата прегледът при скрининга е бил първичен при офталмолог. При 9,05% е установена намалена зрителна острота на двете очи а при 9,53% е установен риск от амблиопия. Нарушения в стереозрението са открити в 8,84% от всички деца, а при 3,7% са намерени нарушения в цветоусещането в корелация с мъжкия пол.

През 2007-2009 год. Н.Велева изследва деца с нормално и забавено нервно-психическо развитие от социални домове и помощни училища на територията на гр. София. Установено е наличие на очна патология в 35 % от децата с нормално развитие и 55% от децата със забавено нервно-психическо развитие. Развитие на тежко засягане в едното или двете очи или слепота са установени в 2,5% в първата група и в 11,7% от децата във втората група.

Изолирани проучвания на А.Оскар и екип на Александровска болница в периода 2013-2015 год. в североизточна България сред деца в предучилищна и училищна възраст установява, че 90% от тези деца / между 6 и 12 години / не са прегледани от специалист офталмолог и сочи честота на амблиопията от 4,85%. Същата група при профилактични прегледи на територията на София при деца между 4 и 8 години намира, че 50% от тезидеца са консултирани от специалист, а честотата на амблиопията е около 4%.

Проучване проведено 2015 – 2016 от М. Драгомирова, в което са обработени резултатите за 1227 деца в училищна възраст, в рамките на кампания за профилактика на детско зрение, показва че:

- 56.7% от децата никога не са били на очен преглед
- 35% имат нарушения на зрението (миопия, хиперметропия или астигматизъм)
- Само 15% имат изписани очила и половината от тях декларират, че не ги носят

Ст. Дикова в периода 2016-2017 год. провежда прегледи на деца в шестте основни района на страната / 3450 деца между 4 и 10 години / и установява честота на амблиопията между 4,23% и 5,66%.

Всички известни проучвания за България показват, че много голяма част от децата не преминават препоръчителните прегледи при офталмолог. Няма ефективна държавна политика за навременно откриване на проблеми със зрението при децата. Доколкото се провеждат скрининги и профилактика, то те са основно благодарение на неправителствени организации, социално предприемачество и научни проекти.

В първичните здравни грижи за зрението в България, през последните 20 години може да се види криза с ресурса от подготвени специалисти:

- Според нормативната уредба, личните лекари са отговорни за насочването на децата за преглед при офталмолог.
- По данни на Националния Статистически институт броят на общопрактикуващите лекари намалява значително за 10 години: от 5352 на 4572 (2003 – 2013).
- В проучване на К. Трифонова, 2013, се установяват съществени пропуски в подготовката на общопрактикуващите лекари в областта на офталмологията. Според проучването само 59.1% от тях знаят, че амблиопията се поддава най-ефективно на лечение в доучилищна възраст. А 31.8% вярват, че това може да стане на всяка възраст.

Като положителна тенденция за попълване на недостига от специалисти в първичните здравни грижи за зрението, може да се отбележи включването на оптометристите в профилактиката и скрининга на зрение. След 2015 училищните скрининги на зрение са включени в задължителната практика на студентите по оптометрия от СУ „Св. Климент Охридски“.

Данни за трайно намалена работоспособност вследствие нарушение на зрителните функции могат да се намерят в публикация на А.Буков от 2004 год., в която се анализират резултати на НЕЛК за периода 1998-2002 год.

Те показват тенденция за увеличение на пациентите с катаракта от 15,4% на 21,19% /, намаление на пациентите с диабетна ретинопатия / от 25,31% на 20,915 / и запазване на процента на болни с глаукома / 22,10% и 22,61% /.

Данни от очен ТЕЛК Варна за североизточна България за периодите 2005-2008 г. и 2008-2012 г. показват намаление на първичната инвалидност с 0.5-4 пъти във всички възрастови групи за втория период / Б.Ненчева /, което обаче корелира и с намаляването на броя на населението в посочената област. Водещи причини за зрителна инвалидизация и в двата периода в градските и селски райони са травмите, катарактата, глаукомата и диабетната ретинопатия.

За съжаление данните от експертните лекарски комисии не могат да претендират за сто процентно обхващане на всички лица със зрителни увреждания поради пасивния характер на работата. Известен брой засегнати лица остават нерегистрирани поради липса на мотивация и това значително изкривява статистическите данни. Същото се отнася и до списъците на Съюза на слепите в България поради доброволното членство в него.

Данни за заболяемостта в Централна и Източна Европа са отбелязани в IAPB-Vision-Atlas-GBVL-Region-Summary-6-Central-Europe (Прил. 2).

Данни за честотата на диабетната ретинопатия и на диабетния макулен едем сред диабетиците за България могат да се намерят сред данните за Европа в проучването Диабетен Барометър с географски обхват за всички региони на света (Прил. 3).

The diabetic retinopathy barometer report global findings. Electronic Book; 2017.

Според данните от Диабетния Барометър 50% от хората с диабет в България са засегнати от диабетна ретинопатия, а % честотата на Диабетния Макулен Едем сред диабетиците е 25%.

2.2. Значимост: Зрителни нарушения

СЗО заключава, че прецизни измервания на глобалния брой на хората със зрителни нарушения не могат да бъдат направени въз основа на сега съществуващите данни.

Причината за това е, че популационните изследвания за зрителни нарушения обичайно не съдържат данни за хората, носещи очила или контактни лещи за корекция на рефракционни аномалии.

СЗО заключава, че независимо от това може с увереност да се твърди, че най-малко 2.2 млрд. Души по света имат зрителни нарушения или слепота.

Box 2.1. Data sources used to calculate the global number of people with vision impairment

The estimate of at least 2.2 billion people globally having a vision impairment is based on recently published epidemiological data on i) the global magnitude of near vision impairment (Fricke et al. [2018] (8)) and; ii) the global magnitude and causes of bilateral distance vision impairment and blindness (the Vision Loss Expert Group;* Bourne et al. [2017]) (15, 16)).

* The Vision Loss Expert Group is an expert group of mainly ophthalmologists and optometrists in ophthalmic epidemiology

Общият брой на хората по света, които имат зрително нарушение, което е можело да бъде предотвратено или което все още не е обгрижено, се изчислява на 1 млрд.

СЗО заключава, че числото от 1 млрд. Души е подценено, тъй като данните за причините и честотата на разпространение на зрителните нарушения при децата са

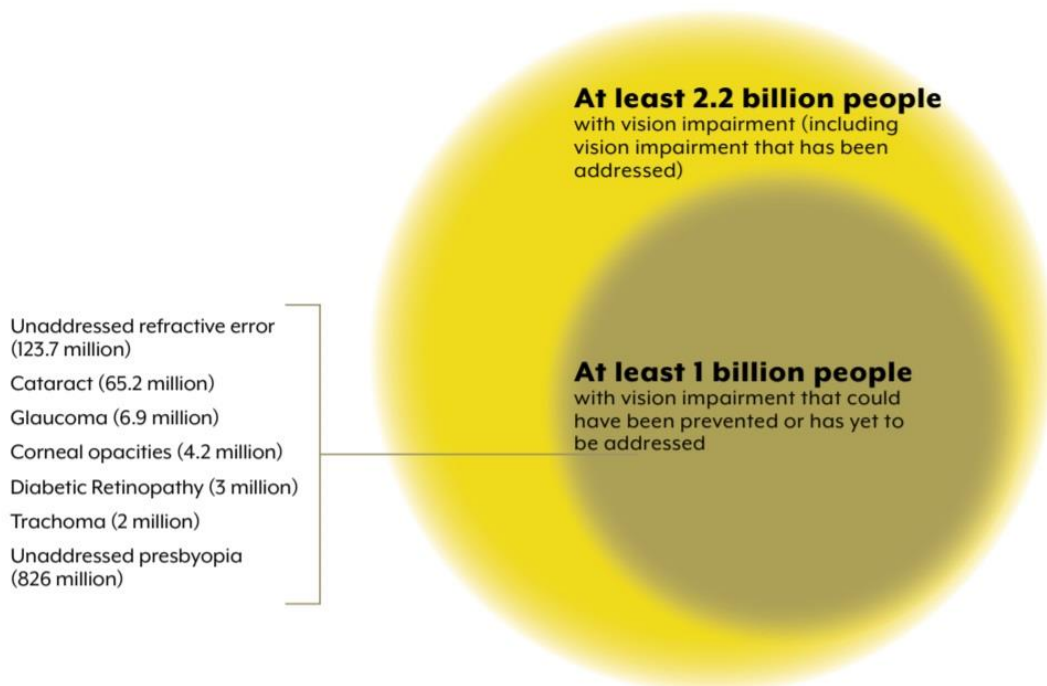
ограничени, както и поради несъответствието на актуалния брой на децата, който е по-голям, спрямо данните от направените изчисления.

Изчисленията за броя на случаите, които са могли да бъдат предотвратени, със зрителни нарушения и слепота по повод МДСВ са за 10.4 млн. Души. Глобално. Не е известно какъв дял от тях съставляват хората със зрителни нарушения и какъв – със слепота.

Не са известни и причините, за настъпилите зрителни нарушения за докладваните брой лица с леки, средни и тежки зрителни нарушения и слепота, поради което не може да се прецени кои от тези случаи са могли да бъдат предотвратени.

Диаграма от World Report on Vision:

Figure 2.2 Estimated global number of people with vision impairment and those with vision impairment that could have been prevented or has yet to be addressed



2.3. Разходи за покриване на непосредствените нужди

СЗО заключава, че стойността на разходите, необходими за обгрижването на непосредствените нужди при рефракционните аномалии и катарактата възлизат глобално на 14.3 млрд. USD;

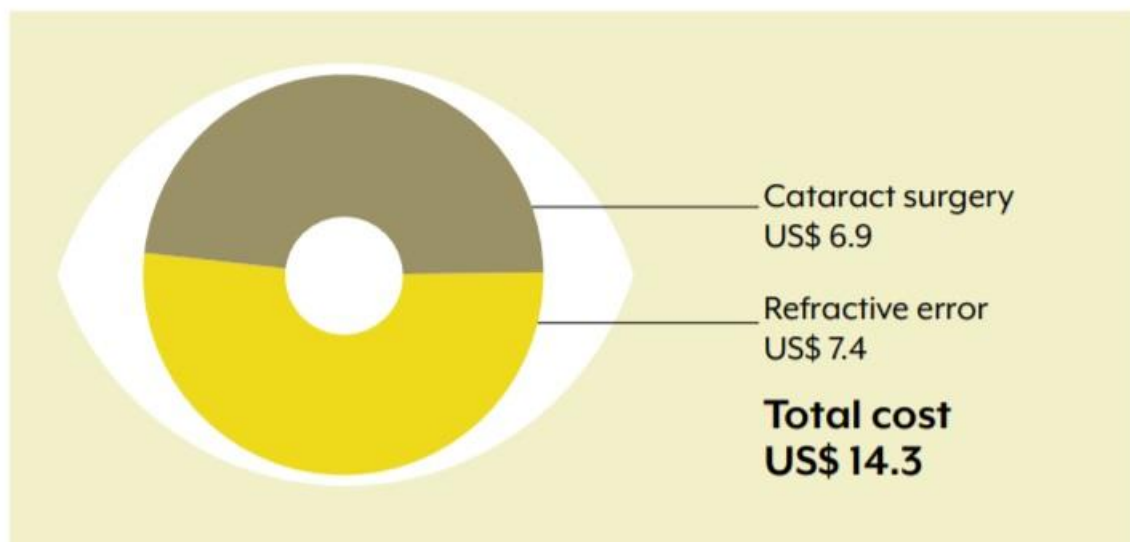
Това са допълнителните разходи, от които понастоящем съществуващата глобална здравна система би се нуждаела с моментален времеви ефект. Тази финансова инвестиция е необходима веднага, изисква подходящо планиране и разчита на допълнителни инвестиции за укрепването на съществуващите здравни системи. СЗО изчислява, че за да се постигнат глобалните здравни цели, поставени за 2030 г., страните със среден и нисък доход следва да инвестират в допълнителни 23 млн. здравни специалисти и да построят повече от 415 хил. здравни заведения.

Посочените по-горе в размер на 14.3 млрд. USD разходи се отнасят до необходимите инвестиции в допълнителен брой здравни специалисти и до инфраструктурните нужди.

Днес, милиони хора живеят със зрителни нарушения или слепота, които са могли да бъдат предотвратени, но, за съжаление, не са.

Независимо, че не е известен точният им брой, се изчислява, че 11.9 млн. Души по света имат средни до тежки зрителни нарушения или слепота, дължащи се на глаукома, диабетна ретинопатия или трахома, които са могли да бъдат избегнати. Разходите по превенцията на зрителните нарушения при тези 11.9 млн. Души по изчисления биха били в размер на 5.8 млрд. USD. Това представлява съществена пропусната възможност за избягване на тежестта на личните и социални разходи, свързани със зрителните нарушения и слепотата.

Breakdown of costs (US\$ billions)



Посочените до тук изчисления не представляват база за планиране от страна на държавите,, а са пресметнатите разходи, необходими за обгрижването единствено на случаите на средни, и тежки зрителни нарушения и на слепота, настъпили по причини, които са могли да бъдат предотвратени. Изчисленията не включват разходите за тези, които ще придобият очни заболявания и зрителни нарушения за в бъдеще.

2.4. Разпространение на очните болести и зрителните нарушения

2.4.1. Очни болести

Тежестта на очните болести и зрителните нарушения не е разпределена равномерно. Основните показатели, по които тя варира са регионите и нивата на доходи, възрастта и пола, мястото на пребиваване.

- По региони и нива на доходи: Данни за сравнение могат да се открият в Annex 1. WHO World Vision Report
- По пол и възраст
Пол – по данни на СЗО не се наблюдават особени диференциации, свързани с пола. Отбелязва се, че катарактата преобладава при жените, а в някои региони (напр. Африка, има инфекциозни очни болести, срещани по-често при жените – напр. Трахома, поради преобладаващата им ангажираност с повече битови дейности, спрямо мъжете).
Възраст – сравнителни данни се съдържат в доклада на СЗО.

За Европа водещите причини за зрителни увреждания и слепота са както следва:

- В детска и младежка възраст: редките очни болести (списък на Европейската Комисия - болестите в периметъра на ERN-EYE (около 900 вида очни болести): болести на ретината, невроофтальмологични, детски, на предния очен сегмент.
- В трудоспособна възраст: диабетна ретинопатия
- При лицата над 50 години: Катаракта, Глаукома, МДСВ, диабетна ретинопатия
- Място на пребиваване: Мястото на пребиваване е важен фактор. Повсеместно, лицата живеещи в отдалечени и изостанали географски региони имат затруднен достъп до очни грижи , което обяснява средно дву-и трикратното по-голямо разпространение на очни болести сред тях. Население, обитаващо места с ниско хигиенни условия, също се характеризира с неколкостранно увеличена заболяемост от очни болести.

2.4.2. Зрителни нарушения

Повечето държави не разполагат с данни за честотата на разпространение на зрителните нарушения сред етнически малцинства и сред групи лица, обитаващи определени географски територии. От доклади на държави, съдържащи данни за зрителна острота (Австралия, Мексико) се вижда, че честотата на разпространение на зрителните нарушения сред такива малцинства е двукратно по-голяма спрямо тази сред останалото население. Съобщават се данни за 2.5 пъти по-голяма честота на разпространение на слепотата сред етническото население в някои региони .

Данните от държавите с висок доход сочат за по-висока честота на разпространение на зрителни нарушения и слепота сред етническите малцинства на своите територии спрямо останалото население.

Данни за България за зрителните нарушения с демографско разпределение по пол и възраст:

В Прил. 4. Са представени данни за България с обхват последните 30 г. (1990 – 2020 г.)

Анализът е извършен и предоставен безвъзмездно за целите на този обзор от страна на HTA LTD. www.hta.bg

2.5. Достъп и бариери до грижи в очното здраве

Потреблението на грижи за очно здраве е неравномерно и е определено от наличността, достъпността, позволимостта и приемливостта за тези услуги.

Честотата на разпространение на очните болести и зрителните нарушения е повлияна от потреблението на услуги за очно здраве, които предпазват от зрителни нарушения или запазват или възстановяват зрението.

Различни проучвания сочат по-високо потребление на такива услуги в страните с висок доход, спрямо останалите.

Употребяван критерий в някои от тези проучвания е потреблението на катарактната хирургия.

2.5.1. Наличност

Недостигът на обучен персонал е едно от най-важните предизвикателства пред достъпа до очно здравеопазване. Териториалното разпределение на обучените специалисти не съответства на нуждите на населението. В много държави нуждите от очно здравеопазване в отдалечени и неразвити региони, в които малцина специалисти са ангажирани с очно здравеопазване, са по-големи спрямо тези в останалите региони.

Глобално, офталмолозите са отговорни преди всичко за извършване на хирургични дейности и за лечението на всички често срещани очни болести като глаукома, диабетна ретинопатия, МДСВ. Наскоро проведено през 2019 г. проучване за наличния ресурс от офталмолози с обхват 198 страни (94% от населението) съобщава, че докато броят на практикуващите офталмолози се увеличава в почти всички държави, разпределението им е неравномерно и недостигът на офталмолози спрямо настоящите и прогнозираните нужди е съществен. Това е от особена важност за много от страните със среден и нисък доход.

Критичен е и недостигът на оптометристи и този на друг по вид специалисти по очни здравни грижи – оптици, специалисти по рефракция, ортоптисти, офталмологични медицински сестри, помощници и др. Някои от тези групи представляват основните професионалисти, въввлечени в обгрижването на рефракционните аномалии навсякъде по света.

Поради този сериозен дефицит на офталмолози и оптометристи, наличието на други професионалисти по очни грижи играе главна роля по предоставянето на услуги за очното здраве предимно в страните със среден и нисък доход, както и на ниво на

първична помощ в здравеопазването. Дори и в случаите, когато професионалисти са налични, липсва основно необходимо офталмологично оборудване, особено в здравни заведения от обществения сектор в държави със среден и нисък доход. Участието в програми за тъканна и органна трансплантация и отсъствието на донорски банки за роговица е също пример за ограничен достъп до очно здравеопазване.

България разполага понастоящем с:

89 лечебни заведения, с които НЗОК е сключила договор за болнична дейност (което означава, че в тях е позволена хирургична дейност). Това са болници и медицински центрове.

670 офталмолози

60-70 специализанти по офталмология

За съжаление, нито една българска очна болница или медицински център са обозначени за експертни центрове по която и да е от редките очни болести. Към 1. Февруари 2020 г. България и Румъния са страните от Централна Европа, които не участват със свои болници и здравни специалисти в Европейската Референтна Мрежа по Редки Очни Болести ERN-EYE www.ern-eye.eu.

Оптометристите в България:

Практиката в световен мащаб показва, че оптометристите са един много важен ресурс за корекция, рехабилитация и превенция на зрителни нарушения. СЗО включва оптометристите в групата на здравните, но не медицински специалисти. Тази професионална група е определена от СЗО като приоритетна за развитие.

В България оптометристите са ресурс, който все още не се използва пълноценно. Те работят в нормативен вакуум, няма приета нормативна уредба за обхвата на практиката им. Правените досега предложения в тази посока, са оставени без ефективен резултат.

Оптометристите са около 220 (от тях 183 дипломирани в СУ до 2019 вкл. + два випуска завършили МУ Варна и няколко оптометристи от университети в Германия и Великобритания)

Възможностите за специализация в областта на Low Vision са ограничени.

Основен курс по Low Vision е включен в едногодишната магистърска програма по Оптометрия в Софийския Университет. Тази магистърска програма е предназначена за специалисти с бакалавърска степен по „Оптометрия“.

2.5.2. Достъпност

Много са факторите, които се числят към определящите достъпността до очно здравеопазване. Сред тях са социално-икономически статус, предполагаеми разходи, културни фактори и др.

Нараства броят на данните, свидетелстващи, че достъпът до очно здравеопазване сред хората с увреждания (на слуха, двигателни, ментални и др.) е значително по-възпрепятван от този на останалите.

Потреблението на услуги за очното здраве корелира с занижаването на социално-икономическия статус.

Слабата здравна грамотност е също определяща по отношение на слабо съблюдаване на грижите и препоръките за очно здраве, както и за слаби резултати от провеждано лечение или друг вид намеси. Неосведомеността относно наличието на услуги за очно здраве е също ограничаващ достъпа до тях фактор, напр. За определени уязвими групи сред населението в държавите с висок и среден доход (етнически малцинства (в т.ч. ромско население), мигранти,, др.)

Потреблението на очни здравни услуги е занижено и сред по-възрастното население; представителите му често се оказват неосведомени относно наличието на рехабилитационни грижи или услуги, които могат да подобрят функционирането им.

В отсъствие на достъпно очно здравеопазване сред население с ниски доходи се наблюдава самолечение чрез употреба на местни лекове, както и прибегване към услуги на продавачи на лекарства и на традиционни и духовни лечители.

Въздържанието от напрана на разходи, съчетано със слаба осведоменост относно ползите на лечението, например при катаракта или диабетна ретинопатия, са сред факторите, отнасящи се до достъпа до очно здраве.

2.5.3. Позволимост

Позволимостта на очните здравни услуги се влияе от разходите за лечение (преки разходи) и разходите за купуване на очила, контактни лещи или изделия за слабо зрение (непреки разходи), както и от здравно-осигурителния статус.

Намалената трудоспособност в трудова възраст и свързаните с нея намаления на доходи, са честа причина за избягване на непреки разходи.

2.5.4. Приемливост

Приемливостта се свежда до степента на разбиране на лицето, нуждаещо се от очни грижи, за самата намеса и ползите от нея. Към приемливостта спадат и нагласи спрямо пола, възрастта, културните специфики и други характеристики

Данни от литературата сочат, че носенето на очила се влияе от разбирането за това, че носещият ги би могъл да изглежда като инвалид или от вярването, че продължителното носене на очила влошава зрението. Недоверието в качеството на здравната услуга е също бариера до достъпа до нея.

Относно културните възприятия, за пример за по-висока степен на доверие и, съответно за приемливост, се сочи наличието на очен професионалист от същата културна среда. В България например, здравни медиатори от ромски произход биха могли да имат съществена роля за подобряването на достъпа на ромското население до очно здравеопазване посредством подобряване на възприятието сред малцинството за очните и зрителните грижи.

2.6. Прогнози за динамиката в очните болести

Застаряване на населението

Застаряването на населението ще има значително влияние върху броя на хората с очни болести.

Очаква се през 2030 г. населението на и над 60-годишна възраст от 962 милиона (2017) да достигне до 1.4 милиарда души, като броят на хората на и над 80-годишна възраст от 137 млн.(2017) ще нарасне до 202 млн.

Тези промени в броя на населението ще доведат до значително нарастване в броя на хората с очни болести, причиняващи зрителни нарушения.

Данни за ръста в броя на хората с очни болести, свързани с възрастта – глаукома и МДСВ –може да бъдат намерени на фиг. 2.б. в WHO World Vision Report.

Налични са и изчисленията за ръста на хората с:
Пресбиопия, катаракта.

Очакван е и ръст в броя на хората с очни болести, които типично не водят до зрителни нарушения (сухо око).

Начинът на живот

Промените в начина на живот се очаква също да допринесат за ръста на очните болести.

Например, намаляване във времето, прекарвано на открито, увеличаване на работата, свързана с гледане от близо, фактори на урбанизацията се очаква да доведат до увеличаване на броя на хората с миопия и на тези от тях с високо-степенна миопия.

Очакваният ръст на хората с диабет прогнозира и ръста на хората с диабетна ретинопатия.

Прогнозните данни са налични в WHO World Report.

СЗО заключава, че предизвикателствата пред здравните системи съществено се увеличават и разширяват, и че необходимостта от събиране на данни с цел планиране е от критично значение за посрещане на увеличаващите се потребности в очното и зрителното здраве.

3. Подход към очните болести и зрителните нарушения.

Стратегии за посрещане на нуждите в очното здраве.

Съществуват ефективни намеси за здравна промоция, превенция, лечение и рехабилитация, отговарящи на нуждите – свързани с очните болести и зрителните нарушения, възникващи в продължение на живота. Някои от тях са сред най-осъществимите и разходо-ефективни намеси за приложение в здравеопазването. В случаите на зрителни нарушения и на слепота, за които няма лечение, ежедневно функциониране може да бъде оптимизирано чрез рехабилитационна намеса.

Съществуват поредица от ефективни намеси за намаляване на риска от поява на очно заболяване и зрително нарушение ли за смекчаване на въздействието им.

Както е отбелязано в Глава 1., някои очни заболявания водят до зрителни нарушения или слепота, а за други това е нетипично. Малко са на брой заболяванията, които подлежат на превенция (трахома, повечето причини на помътняването на роговицата при децата и др.) В мнозинството си очните болести не могат да бъдат предотвратени. Всяко очно заболяване изисква отделен подход.

3.1. Здравна промоция

Намесите, числящи се към здравната промоция имат потенциала, от една страна, да повишат придобиването на здравословни навици, влияещи върху очните болести и зрителните нарушения, и от друга, да увеличат търсенето на грижи в сферата на очното здраве.

Намесите на здравната промоция целят овластяването на населението за повишаване на контрола над собственото му здраве по-скоро чрез придобиване на здравна грамотност, отколкото чрез насочване на вниманието към специфичен рисков фактор или към дадено заболяване.

Понастоящем, повсеместно на намесите, отнасящи се до промоция на очното здраве е отделено по-малко внимание и инвестиции спрямо тези, касаещи превенция и лечение. Затова, не е изненада фактът, че в оценката на програмите за здравна промоция отсъстват показатели, свързани с очното и зрителното здраве.

Относително малък е броят на намесите на промоцията на очното здраве, оценени като успешни за придобиване на здравословно поведение и за увеличено търсене на здравна очна помощ. Кампании за здравна промоция целящи повишаване на осведомеността за важността от редовни очни прегледи и посещаването на очен лекар в случай на необходимост показват ефективност сред по-възрастното население и сред лицата с диабет.

Ефективност спрямо повишено търсене на очни здравни грижи показват здравно-промоционални активности като постери, брошури, здравни беседи и отправяне на послания „Прегледай очите си“, които предхождат кампании по въвеждане на очен скрининг

Промотирането на поведение за очна защита също би могло да се счита за подход за здравна промоция и може да включва съблюдаване на редовност при носенето на очила, време, прекарвано на открито и носене на слънце-защитни очила в ученическа и студентска възраст.

Обзор, публикуван неотдавна от Cochrane посочва необходимостта от по-задълбочени проучвания за подходите за промоция в очното здраве и тяхната ефективност.

3.2. Превенция

Намесите с цел превенция в сферата на очното здраве се числят основно към 2 категории:

- а) Превантивни намеси, целящи предотвратяване на случаи на очни заболявания преди тяхното възникване. Те са насочени към причинителите или към рисковите фактори. Примери за заболявания, които могат да бъдат предотвратени чрез намеси за превенция от тази категория са trachoma, onchocerciasis и myopia.
- б) Намеси, целящи превенция на очни заболявания, възникващи вторично вследствие на друго заболяване.

Успешните превантивни намеси, спадащи към първата категория, са например намеси, насочени спрямо ограничаването на преносителите (черните мухи при онкосиазата) или други специфични намеси, прилагани в ендемичните огнища на разпространение на трахомата.

Превантивни намеси, насочени към придобиването на здравословни поведенчески навици при децата, могат да ограничат напредването на миопията и появата на високостепенна миопия със свързаните с нея усложнения. Такива превантивни намеси са прекарване на време на открито и избягване на зрителната дейност отблизо – четене, гледане на екран, др.

Превантивни намеси, които могат да предотвратят появата на заболявания като дефицит на витамин А, морбили, рубеола, които от своя страна са в състояние да причинят помътняване на роговицата, се отнасят към втората категория. Примери за такива намеси са приемът на витамин А, имунизациите срещу морбили и рубеола.

В случаите на диабет, оптималният контрол на високо-рисковите фактори - превенцията на хипергликемията и на хипертонията могат да намалят риска от възникването на диабетна ретинопатия или да забавят нейното развитие.

Пример за успешна програма за превенция на диабетната ретинопатия е посочен в Box 3.2 WHO Report on Vision.

Box 3.2 Long-term impact of retinal screening on diabetes-related visual impairment in the working age population: the English National Screening Programme (39)

A national systematic diabetic retinopathy screening programme was established in England in 2003 where all individuals with diabetes aged 12 years and over are invited for an annual diabetic eye screening appointment. In line with current recommendations for high resource settings, patients are sent reminders to attend screening. Since 2008, the programme has achieved near comprehensive population coverage (i.e. >80% annual coverage).

In the programme, screening is performed by well-trained screeners who measure visual acuity, instil drops for pupil dilation, carry out two-field retinal photography. Images are then digitally transferred to a centralized location (e.g. established grading centre) for retinal grading by specially trained non-physician technicians. Prior to their involvement in the programme, a minimum qualification is required for screeners and graders (40). In addition, all graders undertake monthly test sets of images and their results are compared to a guide grade. Audit and internal and external quality assurance schemes are also embedded in the service.

Robust sensitivities and specificities for the detection of diabetic retinopathy and sight-threatening diabetic retinopathy (moderate disease or worse) have been reported in this programme (41). Individuals with sight-threatening diabetic retinopathy are referred for timely ophthalmology assessment and management. In addition, all those with poor-quality images are referred for assessment of retinal status via slit lamp examination.

In 2015-16, the diabetic retinopathy screening programme in England screened 2 144 007 people with diabetes (83% coverage) (39). After 7 years of screening for treatable diabetic retinopathy, a review of the blindness registry in England revealed that the condition was no longer the most common cause of blindness in the working age population (42). This provides compelling evidence that systematic diabetic retinopathy screening, coupled with timely treatment of sight-threatening disease, can reduce vision impairment and blindness.

В Прил. 5. Screening DED са представени международните указания за скрининг на диабетната очна болест и препоръките за въвеждането му.

Въпреки международните препоръки и наличните европейски декларации и въпреки съществуващия у нас на национално ниво консенсус между офталмолозите за необходимостта от скрининг и ранно откриване на диабетната ретинопатия, в България няма въведена такава програма.

Въвеждането на законодателни мерки, като например задължителната употреба на предпазни колани по време на пътуване или ограничаване на употребата на

възпламенителни материали, са сред намесите с доказана и документирана ефективност по отношение на ограничаване на очния травматизъм.

Целеви кампании, насочени към превенцията на очните наранявания, например кампании за повишаване на осведомеността за очния травматизъм и възпитаване на употребата на предпазни средства в индустриална, спортна, земеделска и друга рискова среда, са примери за ефективни намеси.

Независимо от горепосоченото, наскоро публикуван обзор на Cochrane изтъква, че като цяло, образователните намеси с цел превенция на очните наранявания са с кратко времетраене и че повече проучвания са необходими в тази област.

3.3. Лечение

Лечението на очните болести цели излекуването или повлияването върху симптомите и развитието им. Лечението има за цел и превенция или забавяне на напредването на зрителни нарушения.

Катарактата и рефракционните аномалии са в глобален мащаб двете водещи причини за зрителни нарушения; лечението цели повлияване на зрителното нарушение и може да възстанови зрението.

Корекция на рефракционните аномалии

Корекцията на рефракционни аномалии може да се извърши по няколко начина – класически / очила /, контактни лещи и рефрактивна хирургия/ върху роговицата или при екстракция на лещата и имплантация на вътреочна леща със съответните характеристики /. Въпреки големите възможности за корекция днес съществуват състояния, при които не може да се достигне задоволителна зрителна острота. Лазерната корекция представлява корекция на кривината на роговицата чрез лазерната енергия, при което се получава промяна на пречупвателната и сила и изместване на фокуса на светлинните лъчи към макулата. В случаите на високостепенна миопия или хиперметропия, при които това лечение е неприложимо, се прилага екстракция на лещата и имплантация на вътреочна леща със съответната оптична сила. Роговичният астигматизъм се коригира с торични лещи, а пресбиопията – с би-, трифокални или дълбокофокусни вътреочни лещи.

СЗО определя очилата и контактните лещи като функционални намеси, тъй като те не отстраняват или излекуват причините, водещи до рефракционните аномалии, а допринасят за компенсирането им.

Очилата се употребяват и в контекста на зрителната рехабилитация, например използването на вградени конвекторни лещи позволяващи уголемяването на образа и допринасящи лицата със слабо зрение да изпълняват по-удобно дейности, изискващи близко зрение.

Очилата са определени и като помощни средства и влизат в състава на списъка на приоритетните помощни изделия на СЗО. СЗО определя помощните изделия и технологии като такива, чиито първична цел е да поддържат или подобряват функционирането и независимостта на едно лице, така че участието му в различни

сфери на живота да бъде подпомогнато и да бъде повишено относителното качество на живота му.

https://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en/

- Лечение на катарактата – сенилната катаракта изисква хирургично лечение във време, в което нарушението на зрителните функции стане сигнификантно за засегнатото лице. Почти сто процента от оперативните процедури днес са факоемулсификация с имплантация на вътреочна леща. Използването на лазери замества част от оперативната процедура и има известни предимства.

Хирургичното лечение на катарактата е сред най-разходоефективните и подобряващите качеството на живот намеси.(реф. Доклада на СЗО).

По отношение на сигурността на интервенцията . Оперативното лечение на детската катаракта по време, вид на операцията и вид на корекцията е много по-комплицирано и изисква продължително наблюдение и лечение на съпътстващата амблиопия.

- Лечение на глаукома – след диагностицирането на глаукомата в повечето случаи се започва с консервативно лечение, за което има голямо разнообразие съвременни лекарства. Определя се таргетно вътреочно налягане, което трябва да се достигне за да се прекрати увреждането на зрителния нерв. При първичната откритоъгълна глаукома в някои случаи може да се използва лазерна терапия ако това таргетно налягане не може да се постигне с консервативно лечение. Оперативното лечение се прилага в случаите на прогресия на глаукомния процес въпреки прилаганото лечение. То е свързано с потенциални сериозни усложнения и временен ефект, което може да доведе до допълнителни увреждания на зрението. Лечението на вродената глаукома е изключително трудно както поради технически трудната оперативна интервенция, така и заради необходимостта всички изследвания да бъдат провеждани под обща анестезия.

- Лечение на МДСВ – основните рискови фактори за развитие на заболяването са възрастта, генетични фактори, раса, тютюнопушене, начин на живот. Фактът, че почти всички са такива, върху които не може да се окаже въздействие ни насочва предимно върху ранната диагностика и лечение на заболяването. Продължават сериозни изследвания върху генетичните фактори, които определят появата, вида и тежестта на заболяването и които вероятно ще доведат до подобрене

в крайните резултати. До този момент не са установени сигурни терапии за лечение на сухата форма на МДСВ. Мащабни проучвания са доказали, че добавянето на медикаменти, съдържащи пигментите на макулата забавят развитието на процеса. Лечението на влажната форма на МДСВ в последните 15 години постигна огромни успехи с въвеждането на анти-VEGF медикаментите, които подтискат неоваскуларизацията намираща се в основата на процеса. Лечението изисква редовно проследяване на засегнатите лица и инжектиране отново по различни схеми в зависимост от развитието на заболяването.

- Лечение на диабетната ретинопатия. Диабетната ретинопатия се диагностицира под две форми – непролиферативна и пролиферативна. Нарушаването на зрителната острота при непролиферативната форма се дължи на развитието на диабетен макулен едем, докато при пролиферативната – на усложненията, свързани с кръвоизливи в стъкловидното тяло или тракционното отлепване на ретината. Макулният едем може да се прояви и в двете форми на ретинопатията в две основни форми – дифузен и кистоиден. От 1985 год. датира първото проучване върху възможностите за лечение на диабетната ретинопатия. Основно то се състои в използването на лазерната фотокоагулация на исхемичните зони на ретината, които произвеждат факторите на неоваскуларизацията. В резултат на много нови проучвания са изследвани различни схеми на лечение и са дадени последни насоки за използвани на лазерното лечение и анти-VEGF медикаментите при лечение на едема. Все още стоят неразрешени въпросите с успешното лечение на дифузния диабетен макулен едем.

Препоръки за добри медицински практики в България

- Българското Дружество по Офталмология е разработило специализирани препоръки за Добри Медицински Практики (медицински практики, клинични насоки, консенсуси, основани на доказателства, препоръки и правила за профилактика, диагностика и лечение, които създават условия за възможно най-добър изход от
- Препоръките на БДО за добра медицинска практика при глаукома, диабетна ретинопатия, макулна дегенерация свързана с възрастта, ретинални венозни оклузии, ретинопатия на новороденото и при пълен очен преглед са в прил. 6. – 12.заболяването).

Лечение на редки очни болести. Редките очни болести (около 900 на брой) , подобно на всички останали редки болести (около 7000, 70% сред тях са причинени от генетични фактори) представляват предизвикателство за лечение за всяка отделна национална здравна система, в това число и българската. За да обедини разпръснатия на територията си експертен потенциал и знание, Европейската Комисия въведе от март 2017 година 24 Европейски Референтни Мрежи по редки болести, сред които и Европейска Референтна Мрежа по редки Очни Болести. ERN-EYE. ERN-EYE обединява в работна мрежа специализирани болници – експертни центрове и здравните професионалисти от тях с цел трансгранично споделяне на знание и консултиране на пациенти в рамките на виртуална клиника. Това създава възможността за достъп до експертна грижа на пациенти от необлагодетелствени географски региони. Целта на виртуалната клиника е по-скоро да пътува информацията, за пациента отколкото самият пациент.

Участието на българските очни болници в състава на ERN-EYE се регламентира чрез Наредба 16. На МЗ за редките болести в Република България. Наредбата определя и списъка на редките болести за страната. Понастоящем, в списъка с редки болести на република България не фигурира нито една от 900-те редки очни болести. Нито една очна болница не е определена от българските здравни власти за експертен център по която и да е рядка очна болест и, съответно, България няма своя болница, участваща в работната мрежа. Това е критично препятствие за достъпа на българските пациенти до специализирана грижа.

Приложение към Наредба 16. Определящо заявлението за включване на рядка болест в списъка с редки болести на Р България изисква описанието на необходимите диагностични, лечебни и, рехабилитационни и други намеси за съответното заболяване. Понастоящем такива алгоритми има подготвени, но не одобрени, само за 4 редки очни болести: ЛХОН, аниридия, детска катаракта, детска глаукома.

В глава 1.2 беше отбелязан генетичния произход на повечето от редките очни болести.

Генетичният им произход налага необходимостта от геномна диагностика за изясняване на диагнозата и прогнозата на заболяванията.

Достъпът на пациентите с наследствени очни болести до геномна диагностика в България е възпрепятстван: разходите за геномна диагностика се покриват с публични средства от страна на НЗОК единствено за децата до 18 г. възраст. Цената на изследванията варира в рамките на 2 000 – 4 000 лв. в зависимост от лабораторията, в която се извършва изследването. Установен алгоритъм за рефериране на нуждаещи се от геномна диагностика и консултация пациенти от страна на офталмолозите, поставили фенотипната диагноза към генетиците не е наличен.

Отсъствието на адекватен достъп на пациентите до геномна диагностика и липсата на инфраструктура за обгрижване на пациентите възпрепятства достъпа им до участие в клинични проучвания и наличното експериментално лечение, свързано с тях в условията на възможностите, предоставени от трансграничното здравеопазване.

До 2017 г. за наследствените дистрофии на ретината лечение не беше налично. От 2018 на територията на ЕС е разрешена употребата на първата генно-базирана терапия за такъв вид болест – конгенитална амавроза на Лебер. В процес на развитие

са и редица други лечения за други наследствени дистрофии на ретината и редки очни болести.

Двете основни нужди на пациентите с наследствени дистрофии на ретината – ранна диагностика и адекватна и навременна рехабилитация са непосредствени в България.

Основни затруднения при осъществяването на медицинска помощ за очните болести в България

Основните затруднения при осъществяването на медицинска помощ в областта на медицинската специалност офталмология са следните:

- Липса на програми за мащабни профилактични прегледи за различните възрастови групи от населението
- Затруднение при осъществяване на прегледи при специалист поради специфичната система на здравеопазване в България

3.4. Рехабилитация

3.4.1. Общи положения

Зрителните нарушения и слепотата, причинени от много на брой значими очни заболявания като глаукома и макулна дегенерация – свързана с възрастта, не могат да бъдат лекувани и за тях се изисква рехабилитация.

Рехабилитацията цели оптимизирането на ежедневно функциониране в присъщата им среда на лицата със зрителни нарушения или слепота, които не могат да бъдат лекувани, посредством максимална употреба на остатъчното им зрение и чрез предоставяне на практическа адаптация за преодоляване на социалните, психологически, емоционални и икономически последици от зрителното нарушение.

Основните очни заболявания, причиняващи зрителни нарушения при възрастните и изискващи рехабилитация са глаукома, МДСВ, помътнявания на роговицата и диабетна ретинопатия.

Основните причини сред децата и младите хора включват вродени, генетични и придобити очни заболявания.

Съществува широк набор от зрителни рехабилитационни намеси.

Понастоящем СЗО разработва пакет от рехабилитационни намеси – основани на доказателства, включващ зрителна рехабилитация.

Пример за интегрирани услуги за зрителна рехабилитация за лица със слабо зрение е представен в Box 3.4.

Box 3.4 An integrated low-vision rehabilitation service: a case example from Sri Lanka (53)

Prior to 2008, vision rehabilitation services for the whole of Sri Lanka were provided by three low-vision clinics only, located within tertiary hospital settings. However, when Sri Lanka's first national eye care plan was developed in 2007, low vision was included and the necessary links with education, rehabilitation, and social services were established.

With support from international NGOs and the Ministry of Health (MoH), the strengthening of Sri Lanka's vision rehabilitation services began in 2008. Initially, this involved solidification of the existing tertiary level services, so they could competently provide visual skills training, orientation and mobility training, and counselling services for people with low vision. Following this, ten secondary level clinics, with strong referral links to the three tertiary clinics, were then established within existing district hospitals. Existing eye care practitioners from the eye units of these hospitals were trained to provide the services, including comprehensive low-vision assessment, prescription and dispensing of low-vision devices, as well as training in the use of such devices. People with complicated needs were referred to the nearest tertiary low-vision clinic for further management.

The establishment of these clinics improved the accessibility of vision rehabilitative services across the country and, within only two years following implementation, nearly 8000 people (of whom 10% were children) with vision impairment had received low-vision rehabilitation services. While it is acknowledged that this is a small proportion only of the total number of people with vision impairment in Sri Lanka, it represents a five-fold increase in the number of people accessing low-vision rehabilitation services when compared with the previous three years.

Adapted from: Yasmin S. An integrated low vision service: Sri Lanka. Community eye health. 2012;25(77):16.

3.4.2. Рехабилитация за слабо зрение

В Европа има повече от 30 милиона незрящи и зрително затруднени хора.

По данни на Европейския Съюз на Слепите (European Blind Union – EBU) от тях около 3 млн. са слепи, а значително по-голямата част имат остатъчно зрение и могат да бъдат определени като слабо зрящи.

Международните препоръки за планиране и развитие на рехабилитационните намеси към държавите са за разграничаване на слабо зрение от слепотата и развитие на национални планове по очно здраве, включващи отделни части за рехабилитационни намеси за слабо зрящи от една страна и за слепи, от друга.

Тъй като населението на континента ни застарява, броят на слабо зрящите и на слепите хора ще нараства. Загубата на зрение може да засегне всеки. Въпреки това, тези над 65 г. са най-заstrasени. Човек има слабо или частично зрение, когато намаленото му виждане не може да бъде напълно коригирано с очила или контактни лещи, операция или лекарства. Начините, по които слабото зрение засяга ежедневиия живот, силно се различават. Пациентите със слабо зрение, може да са зрителино затруднени по много различен начин. Например пациентите с AMD постепенно губят централното си зрение, но обикновено запазват добро периферно зрение.

За адекватна рехабилитация важно е да бъдат оценени внимателно индивидуалните параметри на остатъчното зрение. С такава цел е създадена системата наречена Nine Plus Parameters, която оценява следните медицински и функционални параметри на нарушеното зрение:

1. Ниска контрастна чувствителност
2. Адаптация и чувствителност към светлината
3. Чувствителност към отблясъци
4. Цветно зрение
5. Нощно виждане
6. Фиксация
7. Увеличение необходимо за четене на вестникарски шрифт
8. Зрителна острота за далече и за близо
9. Зрителни полета с хемиянорсии и скотоми

PLUS

- Диплопия
- Horror Fusionis
- Метаморфопсия
- Доминантност на по-слабото око
- Умора
- Оценка на четенето – ниска зрителна острота при четене, ниска скорост на четене, много грешки при четене, паузи при четене, необходимост от силно осветление

Системата за оценяване Nine-Plus Parameters е обичайно използвана в Европейските държави, в които има добра до отлична грижа за хората с нарушено зрение.

Обичайни действия като четенето на писма, придвижването и пазаруването в магазин, приготвянето на храна за семейството, гледането на любими телевизионни предавания, писането на бележки и съобщения, разпознаването на приятели или ходенето на разходка може да станат все по-трудни с отслабването на зрението.

За зрително затруднените хора е изключително важно да ползват колкото се може повече от оставащото им зрение.

Подходящите пособия, обучения и подкрепа може да направят тези задачи по-лесни. Отпечатването с едър шрифт, уголемяването на образа, подходящото осветление и ясно различимите цветове са от огромно значение.

По време на ранните етапи на загуба на зрението много пациенти могат да се справят адекватно със зрителните задачи. С постепенното влошаване се налага някаква адаптация. Рехабилитационните услуги варират в отделни държави и дори между държави и градове.

Рехабилитационните услуги се предоставят от болници, университети, благотворителни организации (неправителствени организации - НПО) или търговски специалисти. За подпомагане на адаптацията и придобиване на умения за справяне с ежедневни задачи е необходимо да има инструктори, предлагащи полезни съвети, техники за обучение и справяне в дома или на работното място.

Проблемите със здравето осигуряване и финансирането също не са еднакви. Някои законодателства осигуряват на пациентите с ниско зрение достъп до образование и заетост. В много други страни, ако услугите са налични, обикновено това е на база заплащане от потребителя. В някои случаи при изписана рецепта могат да бъдат разрешени определени данъчни облекчения.

Като цяло все по-голям набор от услуги и нови технологии предлага подпомагане на комуникацията и достъпа до информация за хора със слабо зрение. Интернет и развитието на софтуерните технологии предоставят възможности на голям брой хора с нарушено зрение, докато в международен план, все още се осъзнава необходимостта от адекватно законодателство за правата на хората със зрителни увреждания.

Retina International дава общ преглед на видовете помощни средства, които могат да бъдат на разположение. Помощните средства са с различна сложност и са ефективни при различни ситуации. Някои са оптични и използват лещи и призми, докато други използват най-новите компютърни технологии за подобряване на шрифта в текст, или за конвертирането му го в аудио текст. Много полезни могат да бъдат и някои прости съвети, като:

- Осветление – допълнително насочено осветление в работните зони
- Контраст – използване на по-ярък или цветен фон
- Размер – по-едър и удебелен шрифт
- Тактилен подход – маркиране с релефен помощен материал на циферблати и др.

Специфични са изискванията при избор на помощни средства и устоява. Докато някои доставчици на услуги предлагат цялостна и изчерпателна услуга, в други случаи се налага да бъдат посетени различни професионалисти. Важно е да се осъзнае, че няма помощно устройство, което може да замени комплексното зрение, за да виждаме обекти в далечината, както и тези отблизо, възприятието за цветовете, дълбочина, контраст и движение. Много от слабо зрящите пациенти очакват решение „едно устройство за всичко“, докато други купуват твърде много устройства и не овладяват използването им.

За да е успешно устройството за помощ, трябва да се спазват 3 важни стъпки:

- Точна оценка
- Добър избор на устройство

- Обучение за използване на устройството

ОПТИЧНИ УСТРОЙСТВА - Те се осигуряват от low vision терапевт, обикновено оптометрист, който е специализиран в low vision. След първоначална оценка на остатъчното зрение може да бъде избрано помощно средство.

Увеличителни устройства - променят размера, разстоянието или зрителния ъгъл. Устройствата за увеличение могат да бъдат монтирани на очила, ръчно или свободно стоящи. Някои лупи имат вграден източник на светлина, други имат дълго гъвкаво носещо рамо. Важна закономерност, която трябва да бъде обяснена на пациента е, че колкото по-голямо е увеличението, толкова по-къс е диапазона на ясно виждане. Телескопичните устройства са полезни за гледане на разстояние.

Машины за четене - могат да бъдат самостоятелни или свързани с компютри, някои от тях могат да бъдат свързани и към телевизор. Увеличението и контрастът са променливи. Това е отлично, но скъпо устройство.

Малки ръчни четци - с вграден екран и променливо увеличение, те са преносими и много полезни за най-различни задачи.

Филтърни очила – за защита от ултравиолетова светлина, от късовълновата синя светлина, за повишаване на контраста на зрителните обекти

Специализирани контактни лещи – При нарушения на зрението вследствие някои заболявания и състояния на роговицата, специализираните контактни са единствения начин за подобряване на зрителната острота. Предписването и напасването на склерални, минисклерални и специални дизайни твърди контактни лещи изискват много внимание и отделна специализация. Обикновено се извършва от оптометристи.

ТЕХНОЛОГИЧНО БАЗИРАНИ ПОМОЩНИ СРЕДСТВА – Бързото развитие на софтуерните технологии, на компютърните и мобилни приложения предоставят все повече възможности за пациентите с ниско зрение. Предвид голямото разнообразие, съществено е предоставянето на индивидуално съобразени консултации при избора, както и съдействие за обучението за употреба.

Софтуер за увеличение на екрана и гласов софтуер: Софтуер, който преобразува екранен текст в достъпна форма, често има и двете функции – може да увеличава в нужната степен шрифта или да го конвертира в гласово четене. По-новите версии на Windows имат вградени и двата елемента, достъпни чрез икона на контролния панел. Иконите на работния плот могат да бъдат увеличени, а имейл текстът да бъде увеличен или превърнат в глас. Има и възможност за промяна на контраста и на размера на курсора.

Текстовите скенери - правят текста достъпен за пациенти с ниско зрение, биват преносими или стационарни. Тези устройства се свързват с компютър и конвертират печатен текст в глас или го увеличават на екран.

Мобилни приложения – Смартфоните и таблетите предоставят все повече възможности за хора със слабо зрение. Много от приложенията са безплатни и имат функции, които успешно заменят редица по-стари устройства с висока цена.

Глас към текст преобразуващи устройства и софтуер – могат да бъдат много полезни, като изискват известна подготовка за да бъде успешно разпознаването на гласа на потребителя.

Книги за слушане – могат да бъдат предоставяни от различни библиотеки или неправителствени организации.

МОБИЛНОСТ

Едно най-големите предизвикателства за хората със слабо зрение е придвижването от едно място до друго, особено, ако е в непозната среда. Често при прогресивна загуба на зрение пациентите рязко ограничават движението си, поради затруднения, страх от честото сблъскване с предмети и опасността от нараняване. Обездвижването допълнително влияе негативно на общото физическо и психическо състояние. Загубата на самостоятелност и мобилност още повече влошават състоянието на слабо виждащия и са причина за сериозни натоварвания от различен характер за лицата, които полагат грижи за него. Съществено за запазване на независимостта е наличието на достъпна среда. В райони с ефективен и безопасен обществен транспорт това по-лесно се преодолява. Важно е също предоставянето на услуги от подготвени професионалисти, които да подпомогнат адаптацията и създаването на умения за справяне, и запазване на мобилността.

Някои от традиционните помощни средства са:

Символичен бастун - Това е сгъваем бастун, който обикновено е първото помощно средство за мобилност, използвано от хора с намаляващо зрение. В началните етапи на намаляващо зрение, обикновено сравнително лесно се усвояват задачи като намирането на ръба на стъпало с помощта на такъв бастун. Друга основна негова функция е да предупреждава околните за нарушеното зрение на ползващия го.

Дълъг бастун - Ефективната и безопасна употреба на дълъг бастун изисква специализирано обучение от инструктор за мобилност, но за хора със сериозна загуба на периферно зрение, това може да бъде много полезен инструмент.

Куче водач - Тази услуга се предлага в повечето страни, но начинът на живот и културното приемане може да бъде допринасящ или възпрепятстващ фактор. Обучението при доставчика на услуги и в домашната среда е необходимо. При предоставянето на куче водач, обикновено се изисква предварително обучение за ползване на дълъг бастун.

За България част от проблемите включват:

Недостатъчни статистически данни, позволяващи да се извършва планиране на грижите

Възможностите за специализация в областта на Low Vision са ограничени.

Малък брой офталмолози и оптометристи, специализиращи и работещи в областта на рехабилитация и корекция на слабозрящи.

Комерсиално достъпни у нас са следните групи Low Vision средства:

- Телескопични очила
- Увеличителни очила
- Филтърни очила
- Лупи
- Електронни увеличители

Допълнителни ресурси от различен тип:

- Онлайн платформи, напр. <https://www.storytel.com/bg/bg/>

- Кучета водачи, очи на 4 лапи, <https://e4p-bg.com/>

Съюз на слепите предлага социална интеграция, но няма рехабилитация.

Няма достатъчно информация за брой и разпределение на клиники, специализиращи в low vision.

4. Справяне с очните заболявания и зрителните увреждания в България. Нормативна уредба и стратегически документи

Общоприети са четири стратегии за въздействие (намеси) върху очните заболявания и зрителните нарушения - промоция, превенция, лечение и рехабилитация.

4.1. Промоция и превенция. Нормативна уредба и стратегически документи

Въздействието чрез промоция цели подпомагане на човека да постигне по-голям контрол върху очното си здраве по-скоро чрез повишаване на неговата информираност и знания, отколкото акцентирание върху специфични рискови фактори или заболявания.

В България, На национално ниво, политиките за промоция на здравето са залегнали в стратегически документи, приети и изпълнявани от държавата.

В Националната здравна стратегия 2014-2020 г., например, в приоритет 3 "Укрепване капацитета на общественото здравеопазване", са предвидени мерки за промоция на здраве и профилактика на болестите. Според стратегията: "Планирането, разработването и провеждането на политика по промоция на здраве, интегрирана профилактика на незаразните болести, надзор на заразните болести и ефективен държавен здравен контрол за ограничаване на заболяемостта от незаразни и заразни болести и предпазване от неблагоприятното въздействие на поведенческите рискови фактори и факторите на жизнената среда се осъществяват на национално ниво - от Министерството на здравеопазването и националните центрове по проблемите на общественото здраве, и на регионално ниво - от Регионалните здравни инспекции (РЗИ)."

Стратегията в различна степен обхваща различните сфери на опазване и подобряване на здравето на населението.

Например:

- Превенцията на хроничните незаразни болести чрез редуцирането на рисковите фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на

хранене, ниска физическа активност), се предвижда да се осъществява в рамките на отделно приета Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести.

- По отношение на майчиното и детското здраве - приета е Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014 - 2020 г.;

В стратегията е ясно отчетена липсата и, съответно, необходимостта от развиване на адекватни здравни и социални политики и услуги по отношение на болните от деменция и техните семейства. Отчетена е и липса на цялостна политика по отношение на психичното здраве, инцидентни и некоординирани дейности по промоция на психичното здраве, липса на интегриран подход и междусекторно сътрудничество.

Очните заболявания и зрителните нарушения не са обект на обособена политика или мерки в националната здравна стратегия.

Но в Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 са предвидени мерки, целящи превенцията на развитието и усложненията, вкл. и на очни заболявания.

В оперативна цел 3 на Националната програма е заложено "Въвеждане на скрининги за деца със специфични потребности с оглед превенция на развитие на усложненията", като се предвижда:

- Оптимизиране и разширяване на действащите профилактични и скринингови програми при бременни и деца;

- Разработване на механизъм и въвеждане за неонатален слухов скрининг, за скрининг на ретинопатия при недоносените деца и др.

- Обновяване на апаратурата за диагностика на генетични заболявания;

- Дооборудване с апаратура за целите на скрининга и лечението при ретинопатия при недоносените

- Актуализация на нормативната уредба за профилактични прегледи с оглед ранна диагностика на отклоненията в зрението при деца

- Закупуване на апарати за изследване на рефракцията при малки деца в довербална възраст

За постигане целите на Националната програма е изработен и Работен план (приложение 1 към програмата), в който са предвидени скринингови дейности, вкл. и такива свързани с очното здраве: разработване на механизъм и въвеждане на скрининг за ретинопатия при недоносените; дооборудване с апаратура за целите на скрининга и лечението при ретинопатия при недоносените; актуализация на нормативната уредба за профилактични прегледи с оглед ранна диагностика на отклоненията в зрението при деца; закупуване на апарати за изследване на рефракцията при малки деца в довербална възраст. Тези дейности са предвидени за изпълнение през периода 2015-2020 г. като конкретно за тях е предвидено финансиране в размер 2350000 лв.

Остава открит въпросът в каква степен през 2020 г. тези дейности са вече изпълнени.

Въпреки че диабетът е една от основните хронични незаразни болести, Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 не обхваща неговите усложнения, водещи до нарушение на очното здраве.

4.2. Рехабилитация. Нормативна уредба

"Рехабилитация" е последователен и непрекъснат възстановителен процес, който подпомага човека с увреждане да достигне оптимално физическо, интелектуално, психическо и социално равнище на дейност, като му се осигуряват възможности за промяна на живота към по-висока степен на независимост. Това определение е дадено в § 1, т. 7 от допълнителните разпоредби на Закона за хората с увреждания (ЗХУ).

В чл. 29 и сл. на същия закон рехабилитацията се определя като право на човека с увреждане; тя може да бъде комплексна и да включва медицинска, професионална, социална, трудова и психологическа рехабилитация.

Медицинската рехабилитация е лечебна дейност, осъществявана от мултидисциплинарни екипи при условията и по реда на Закона за лечебните заведения и на Закона за здравното осигуряване, и включва:

1. идентификация на уврежданията;
2. медицинска и функционална диагностика;
3. физикална терапия;
4. говорна и зрителна терапия;
5. кинезитерапия;
6. хидротерапия;
7. ерготерапия;
8. психотерапия;
9. поддържаща медикаментозна терапия;
10. назначаване на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания.

Медицинската рехабилитация е насочена към:

1. постигане на максимална функционална годност и успешна ресоциализация;
2. подпомагане на медико-биологичното възстановяване и профилактика на усложненията;
3. поддържане на функционалното състояние и ограничаване на патологичните последици;
4. компенсиране по различни начини и чрез различни средства на загубата на функционална годност на увредените органи и системи.

Професионалната рехабилитация е процес, който дава възможност на хората с увреждания за преодоляване на бариерите на достъп и връщането на работа към определена професия. Професионалната рехабилитация има за цел развитие на знанията и уменията на хората с увреждания за полагане на труд, подготовка за работа и осигуряване на работа, съответстваща на здравословното им състояние, образование и квалификация. В процеса на професионална рехабилитация се извършват следните дейности:

1. оценка на професионалната пригодност на хората с увреждания;
2. професионални консултации, които се основават на комплексна оценка на професионалната пригодност;
3. професионално обучение;
4. осигуряване на услуги за подкрепа и трудова асистенция;
5. осигуряване на подходяща подкрепа за преодоляване бариерите на функционалните ограничения за упражняване на усвоена професия, пригодено

работно място и условия на труд съобразно потребностите на човека с увреждане и други.

Социалната рехабилитация е създаване на умения за водене на независим живот в обществото чрез рехабилитация на зрението, слуха и говора, двигателна рехабилитация, психологична помощ, психо-социално консултиране, трудова и професионална дейност, предоставяне на социални и рехабилитационни услуги и други дейности. Дейностите, които се извършват в областта на социалната рехабилитация, са свързани със:

1. изграждане на умения и способности за справяне при осъществяването на дейностите в живота;

2. изграждане на подкрепяща среда за човека за водене на независим живот;

3. създаването на условия за социални контакти, творчество и художествено-творчески изяви, рекреационни дейности, информация и други.

Трудовата рехабилитация насърчава правото на заетост на хората с увреждане чрез:

1. трудова терапия;

2. социално приобщаване чрез трудова дейност;

3. осигуряване на услуги за насочване към заетост в специализирана, защитена или обичайна работна среда;

4. обучение в специализирана, защитена или обичайна работна среда;

5. осигуряване на подходяща форма на заетост в специализирана, защитена или обичайна работна среда;

6. адаптиране на трудовата среда за осигуряване на заетост на хората с увреждания.

Психологическата рехабилитация е насочена към възстановяване и поддържане на психическото равновесие и възможности за дейност.

Участие в посочените видове рехабилитация може да вземат и семействата на хората с увреждания в съответствие с идентифицираните потребности.

Този доклад е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Сдружение „Ретина България“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.