

1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

1.1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОРЬБА СО СЛЕПОТОЙ И СЛАБОВИДЕНИЕМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ПОДГОТОВКА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ КАДРОВ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГЛАЗА У ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

А.В. Егиазарян

*Общественная медицинская благотворительная организация
«Говард Карагезян», Ереванский государственный
медицинский университет
Ереван, Республика Армения*

Актуальность. Государственная политика в области охраны здоровья детей рассматривается как самостоятельное приоритетное, законодательно закрепленное направление во внутренней политике, обеспечивающее целенаправленное регулирование общественных отношений для полного осуществления права каждого ребенка на охрану здоровья [2].

Организация и совершенствование детской офтальмологической помощи на региональном уровне является одной из важнейших в сфере формирования региональной политики здравоохранения по вопросам охраны зрения подрастающего поколения [3, 4].

В системе медицинских мер по рациональной организации офтальмологической помощи важное место принадлежит изучению распространенности глазной заболеваемости [5].

Цель работы. Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности и региональных особенностей заболеваний передней глазной поверхности у детей и подростков Республики Армения и НКР.

Материал и методы. Анализ деятельности региональных специализированных служб РА и НКР, входящих в состав офтальмологической службы Медицинской Благотворительной Общественной Организации «Говард Карагезян» (США), организованных и действующих в разных регионах, начиная с 2000 года (Ширак, Лори, НКР, Ереван (2 кабинета), Сюник) по настоящее время.

Результаты исследования. Нами дана характеристика распространенности патологий глаза и его придаточного аппарата среди детского и подросткового населения в возрасте до 18 лет.

Анализ полученного материала позволил установить, что патологическая пораженность детей заболеваниями органа зрения существенно отличается в различных регионах (табл. 1). Произведен сравнительный анализ результатов исследования в регионах Ширак (Гюмри), Лори (Ванадзор), НКР (Степанакерт) и Сюник (Горис).

Таблица 1

**Заболееваемость глазной патологией среди детей и подростков по регионам
(на 1000)**

Регион	Количество посещений	Количество больных	
	абс.ч.	абс.ч.	$P \pm m$
Ширак	13116	3154	$240,5 \pm 3,7$
Лори	15354	3860	$251,4 \pm 3,5$
НКР	10688	2441	$228,4 \pm 4,1$
Сюник	8196	1312	$160,1 \pm 4,0$
Всего	47354	10767	$227,3 \pm 1,9$

Таким образом, наивысший уровень заболеваемости глазной патологией среди детей и подростков отмечен в Лори (251,4‰). Заболеваемость глазной патологией статистически достоверно выше в Лори по сравнению с Шираком и НКР ($p < 0,005$) и статистически достоверно выше в Лори по сравнению с Сюником ($p < 0,0001$).

Патология передней глазной поверхности (табл. 2) представлена в виде воспалительных и аллергических заболеваний глаза и его придаточного аппарата (блефарит, халазион, конъюнктивит, весенний катар, кератит, увеит, кератоувеит, травмы и др.).

Рефракционная патология представлена в виде миопии, простого и сложного видов миопического астигматизма, гиперметропии, простого и сложного видов гиперметропического астигматизма, смешанного астигматизма, спазма аккомодации, а также анизометропии при наличии миопии, гиперметропии или смешанного астигматизма на анизометропическом глазу.

Патология глазодвигательного аппарата представлена в виде разных типов содружественного (сходящееся, расходящееся, атипичное) и паралитического косоглазия.

Врожденная патология представлена в виде патологии глазного яблока в целом и его придаточного аппарата (аномалии развития переднего

Частота встречаемости сгруппированных поражений органа зрения
с колебаниями интенсивных показателей (на 1000)

Сгруппированные патологии	Количество больных							
	Гюмри		Ванадзор		Степанакерт		Горис	
	абс.ч.	$P \pm m$ $P \pm t \cdot m^*$	абс.ч.	$P \pm m$ $P \pm t \cdot m^*$	абс.ч.	$P \pm m$ $P \pm t \cdot m^*$	абс.ч.	$P \pm m$ $P \pm t \cdot m^*$
Патология глазной поверхности	505	$38,5 \pm 1,7$ 35,1 – 41,9	892	$58,1 \pm 1,9$ 54,3 – 61,9	486	$45,5 \pm 2,0$ 41,5 – 49,5	433	$52,8 \pm 2,5$ 47,8 – 57,8
Рефракционная патология	1667	$127,1 \pm 2,9$ 121,3 – 132,9	1991	$129,7 \pm 2,7$ 124,3 – 135,1	1448	$135,5 \pm 3,3$ 128,9 – 142,1	751	$91,6 \pm 3,2$ 85,2 – 98,0
Патология глазодвигательного аппарата	828	$63,1 \pm 2,1$ 58,9 – 67,3	769	$50,1 \pm 1,8$ 46,5 – 53,7	461	$43,1 \pm 2,0$ 39,1 – 47,1	106	$12,9 \pm 1,5$ 9,9 – 15,9
Врожденная патология	154	$11,7 \pm 0,9$ 9,9 – 13,5	208	$13,5 \pm 0,9$ 11,7 – 15,3	46	$4,3 \pm 0,6$ 3,1 – 5,5	22	$2,7 \pm 0,6$ 1,5 – 3,9
Всего	3154	$240,5 \pm 3,7$ 233,1 – 247,9	3860	$251,4 \pm 3,5$ 244,4 – 258,4	2441	$228,4 \pm 4,1$ 220,2 – 236,6	1312	$160,1 \pm 4,0$ 152,1 – 168,1

* 95%, $t = 2$

отрезка, патологии сосудистого тракта, патологии хрусталика, патологии сетчатки и зрительного нерва, доброкачественные и злокачественные новообразования).

Проведенный дисперсионный анализ [1] распределения сгруппированных патологий глаз (1 группа) по разным регионам (2 группа), позволяет заключить, что региональные особенности имеют важную организационно-статистическую значимость и на 82,1% влияют на уровень глазной заболеваемости.

$$F = \frac{s_{2\text{ меж}}}{s_{2\text{ внут}}^2} = \frac{2,954e + 05}{3,597e + 05} = 0,821 \cdot 100 = 82,1\% \quad P = 0.507$$

Данное обстоятельство достоверно ($P = 0.507$) и обуславливает необходимость проведения региональных программ по оказанию офтальмологической помощи для выявления и диагностики глазных заболеваний.

Изучение структуры офтальмологических больных с заболеваниями глазной поверхности по разным регионам показало следующее: Ши-рак – 16% (38,5‰ ± 1,7); Лори – 23,1% (58,1‰ ± 1,9); НКР – 19,9% (45,5‰ ± 2,0); Сюник – 33,0% (52,8‰ ± 2,5).

Нами проведено распределение заболеваний передней глазной поверхности по нозологиям:

патология век и слезных органов – блефарит, ячмень, халязион, дакриоцистит;

патология конъюнктивы – бактериальные, аденовирусные, аллергические (весенний катар), невус конъюнктивы склеры, синдром сухого глаза (ССГ);

патология роговицы и склеры – герпетический кератит, кератоконъюнктивит, кератоконус, помутнение роговицы, склерит, эписклерит;

увеиты – кератоувеит, иридоциклит;

травмы – инородное тело, контузии глазного яблока, посттравматические конъюнктивиты, кератиты, увеиты.

Дисперсионный анализ распределения больных с заболеваниями передней глазной поверхности (1 группа) по разным регионам (2 группа) показал, что

$$F = \frac{s_{2\text{ меж}}}{s_{2\text{ внут}}^2} = \frac{8,104e + 04}{3,597e + 05} = 15,665 \quad P = 0.000$$

внутригрупповая дисперсия коэффициента Фишера достоверна – $F_{\text{факт.}} > F_{\text{табл.}}$, чем и доказывается существенная значимость влияния региональных особенностей на структуру патологий передней глазной поверхности.

Основной процент заболеваний глазной поверхности приходится на долю патологий конъюнктивы по всем регионам: Ши-рак – 62,4%; Лори – 63,3%; НКР – 45,3%; Сюник – 68,5%. На втором месте патология век и слезных органов: Ши-рак – 28,7%; Лори – 24,9%; НКР – 29,6%; Сюник – 23,8%.

В структуре конъюнктивитов преобладали бактериальные поражения в Шираке и Сюнике (около 85%), в Лори и НКР отмечаются сезонные обострения ОРВИ, способствующие увеличению количества больных с аденовирусным конъюнктивитом. Патология конъюнктивы в большинстве случаев наблюдалась у лиц женского пола во всех регионах, кроме Сюника, где отмечается почти равное соотношение полов.

Лечение заболеваний передней глазной поверхности проводилось в основном препаратами фирмы «Alcon», за исключением препаратов фторхинолонового ряда /препарат Вигамокс на стадии регистрации/:

- группа аминогликозидов – Тобрекс;
- группа фторхинолонов – Ципрофлоксацин 0,3%, Моксифлинксин 0,5% местного производства – «Ликвор»;
- кортикостероиды – Максидекс,
- комбинированные препараты – Тобрадекс, Макситрол;
- препараты интерферона, Ацикловир;
- противоаллергические препараты – Патанол, Кромогексал;
- слезозаменители – Систейн, Слеза натуральная II.

Результаты лечения больных с заболеваниями передней глазной поверхности выявили: выздоровление – 55,3% (1282 больных); улучшение – 40,0% (924 больных); ухудшение наблюдалось у 1,1% (25 больных); без перемен – 3,6% (85 больных).

Выздоровление отмечалось в основном за счет больных с острыми бактериальными, аденовирусными конъюнктивитами и с патологией век. Улучшение наблюдалось у больных с хроническими формами воспаления передней глазной поверхности. Динамика заболевания в виде ухудшения и без перемен отмечалось в основном у больных с патологией роговицы, с увеитами и в единичных случаях с травмами.

В структуре заболеваний передней глазной поверхности выздоровление отмечалось у больных с патологией конъюнктивы в 71,9 % случаев.

Изучена и установлена зависимость между исходами лечения больных с офтальмопатологией и региональными особенностями.

С этой целью нами вычислены коэффициенты соответствия (χ^2).

$$\text{Ширак } \chi^2 = 132,947 \ (n' = 12, p < 0,0001); \left(\frac{\chi^2}{n} = 11,1 \right).$$

$$\text{Лори } \chi^2 = 301,323 \ (n' = 12, p < 0,0001); \left(\frac{\chi^2}{n} = 25,1 \right).$$

$$\text{НКР } \chi^2 = 162,118 \ (n' = 12, p < 0,0001); \left(\frac{\chi^2}{n} = 13,5 \right).$$

$$\text{Сюник } \chi^2 = 146,383 \ (n' = 12, p < 0,0001); \left(\frac{\chi^2}{n} = 12,2 \right).$$

Установлено, что существует статистически достоверная зависимость между исходами лечения и патологией глазной поверхности во всех изученных регионах. Однако, имеются региональные особенности: качественный показатель степени зависимости исходов лечения от региона был высоким в Лори – 25,1.

Заключение. Установлена необходимость проведения региональных программ по профилактике, ранней диагностике и лечению детей с глазной патологией.

Определена медицинская эффективность региональной модели оказания офтальмологической помощи детскому и подростковому населению РА и НКР.

Выявлены высокие показатели заболеваемости передней глазной поверхности в основном в виде патологии придаточного аппарата глаза и патологий конъюнктивы.

Проведена качественная оценка исходов лечения больных с патологией передней глазной поверхности с учетом региональных особенностей.

Литература

1. Гланц С. *Медико-биологическая статистика (пер. с англ.)*. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
2. Лапин Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей // *Здравоохранение РФ*. – 2010. – №1. – С. 14–18.
3. Потапов А.И., Ракитский В.Н., Новичкова Н.И., Романова Е.А. Проблемы охраны здоровья детского населения России // *Здравоохранение РФ*. – 2008. – № 3. – С. 3–5.
4. Рожавский Л.А. Некоторые аспекты состояния здоровья подростков Ленинградской области // *Здравоохранение РФ*. – 2007. – № 1. – С. 36–38.
5. Сомов Е.Е. Распространенность патологии органа зрения среди детей Северо-Западного экономического региона // *Медико-социальные проблемы охраны здоровья на этапе перехода к страховой медицине*. – М., 2006. – С. 102–103.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ И ВРОЖДЕННЫМ АНОМАЛИЯМ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

И.Л. Лисовская, О.С. Заводнова

*ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России.
Ставрополь, Россия*

Актуальность. В России в 1999 г. количество детей-инвалидов с нарушениями зрения составляло 14,0 на 10 000 детского населения. Тотальная потеря зрения на оба глаза у детей обоего пола регистрировалась с частотой 1,9 на 10 000. Врожденная патология до настоящего времени занимает ведущее место среди заболеваний глаз у детей (среди причин слабовидения составляет 82,2–92,2%, а в структуре слепоты — 77,8%) [Сидоренко Е.И., 1996; Хватова А.В., 1996]. В $\frac{3}{4}$ случаев тяжелые нарушения зрительных функций обусловлены патологией во время беременности и родов [Либман Е.С., 1994]. В 11,3–30% случаев дети с врожденно-наследственной патологией родились в семьях с подобными нарушениями зрения. Врожденные катаракты являются частой причиной слепоты и слабовидения [Аветисов С.Э., 1994].

Цель исследования: определение значимости врожденных аномалий развития, заболеваний глаза и его придаточного аппарата в структуре заболеваемости и смертности детского населения Ставропольского края.

Материалы и методы. Осуществлялось динамическое наблюдение за группой больных ($n = 52$) с врожденной катарактой. Проведено распределение больных на группы (полная, частичная, одного глаза, обоих глаз, оперированные, неоперированные, с ИОЛ, без ИОЛ) по результатам динамических комплексных офтальмологических исследований. Диагностика этиологии врожденной катаракты основывалась на особенностях течения ante- и интранатального периодов, анализа данных о состоянии здоровья, беременности и родов у матерей, результатах исследования сыворотки крови серологическими и молекулярно-биологическими методами и инструментального обследования.

Результаты исследования.

Болезни глаза и его придаточного аппарата у детей в возрасте до 14 лет в Ставропольском крае стоят на втором месте в структуре общей заболеваемости, на третьем месте в структуре хронической патологии. При этом в структуре больных преобладают больные с впервые установленным диагнозом – 62,8–65,4%.

Численность населения Ставропольского края в возрасте до 14 лет с 2008 по 2010 год увеличилась с 409,3 тыс. до 416,6 тыс. человек (на 1,8%). Наблюдается ежегодный прирост численности родившихся живыми и мертвыми с 29041 в 2005 г. до 34604 в 2010 г. (на 19,2%).

Произошли изменения в показателях и структуре заболеваемости и смертности детского населения. Так, в структуре смертности населения в возрасте от 0 до 14 лет на 100 тыс. населения врожденные аномалии развития составляли в 2005 году 19,8. В динамике к 2011 году частота регистрации врожденных аномалий уменьшилась и достигла 13,0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста.

Показатели выявления врожденных аномалий развития находятся в зависимости от возраста детей. В структуре младенческой смертности на 100 тыс. родившихся живыми врожденные аномалии составляют в раннем неонатальном периоде 24,2%, в неонатальном периоде 8,3%, постнатальном периоде 23,2% (данные 2010 г.).

В Ставропольском крае в структуре заболеваемости детей в возрасте до 14 лет наблюдается четкая тенденция к увеличению частоты регистрации болезней глаза и его придаточного аппарата с 74,3 в 2006 г. до 79,2 на 1000 детей в возрасте до 14 лет в 2010 г. и врожденных аномалий развития с 13,6 в 2006 г. до 18,6 в 2010 г. Общая заболеваемость детей до 14 лет за указанный промежуток времени увеличилась с 1636,1 до 1863,7. По данным МУЗ «Городская детская поликлиника №3» г. Ставрополя, за указанный промежуток времени зарегистрированы значительно более высокие показатели заболеваемости глаза и его придаточного аппарата с тенденцией к росту: от 185 в 2005 г. до 187,5 на 1000 детей в возрасте до 14 лет в 2010 г.

Среди заболеваний новорожденных в Ставропольском крае наблюдается снижение числа врожденных аномалий с 50,1 в 2005 г. до 34,2 на 1000 родившихся живыми в 2010 г. В структуре заболеваемости детей первого года жизни доля врожденных аномалий снижается до 2,2%, болезни глаза и его придаточного аппарата составляют 3,7% (2010 г.).

Проанализирована работа консультативной поликлиники ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница» по оказанию офтальмологической помощи детскому населению Ставропольского края. За период с 2009 по 2011 г. количество посещений детьми в возрасте до 14 лет кабинета охраны зрения ГБУЗ «КДКБ» снизилось на 2,3%, при этом количество городских жителей среди пациентов увеличилось на 17,4%, в том числе жителей города Ставрополя – на 1,3%. Большую часть пациентов составляют первичные больные (69,8% в 2009 г., 65,6% – в 2011 г.), доля которых в структуре пациентов снизилась на 8,3%. В структуре консультируемых преобладают сельские жители – 68,7% в 2009 г., 66,5% в 2011 г., в том числе среди первичных больных – 67,8% в 2009 г., 65,5% в 2011 г. Количество повторных консультаций увеличилось на 19%, как за счет городского (на 36%), так и за счет сельского (на 18,4%) населения.

В структуре первичных больных доля детей первого месяца жизни увеличилась с 2009 по 2011 г. с 13,4 до 17,9%, в возрасте от 1 до 3 мес. с 10,9 до 13,6%. Появилась тенденция к снижению доли детей в возрасте 4–6 лет (с 16,2 до 14,6%), в возрасте 7–14 лет (с 44,3 до 42,0%).

По результатам консультативного приема наблюдается снижение числа здоровых пациентов: 7,5% в 2009 г., 6,7% в 2010 г. и 2011 г., преимущественно сельские жители (77% в 2009 г., 68,9% в 2011 г.). В дальнейшем стационарном лечении нуждались от 19,9 % в 2010 г. до 21,3% в 2011 г.

Наиболее часто среди врожденных аномалий глаза и его придаточного аппарата в Ставропольском крае регистрируются врожденные катаракты (22,3%), блефароптоз (13,8%), гемангиома (9,6%), глаукома (9,6%).

Под динамическим наблюдением в лечебно-профилактических учреждениях Ставропольского края за период с 2007 по 2011 год находилось 52 ребенка с врожденной катарактой, из них жителей г. Ставрополя – 15,4%, жителей 5 городов Ставропольского края (Невинномысск, Кисловодск, Пятигорск, Лермонтов, Железноводск) – 15,4%, жителей 16 районов Ставропольского края – 69,2%.

Среди пациентов с врожденной катарактой 51,9% составляли девочки, 49,1% – мальчики. Средний возраст первичного обращения больных составил $3,4 \pm 0,5$ лет. Врожденная катаракта выявлялась преимущественно при профилактических медицинских осмотрах в декретированные сроки.

Наблюдается семейная отягощенность патологией глаза и его придатков: врожденная катаракта у матери или отца (8,4%), миопия высокой степени у матери (5,6%), катаракта и глаукома у отца (2,8%). У 24,2% детей с врожденной катарактой были множественные аномалии развития разных органов и систем, у 18,2% детей сложные аномалии развития нескольких органов одной системы. В 2 случаях у пациентов с врожденной катарактой установлен диагноз болезни Дауна. Двое пациентов с врожденной катарактой родились в 1 семье. Врожденная катаракта в 57,6% случаев явилась простой аномалией развития с поражением одного органа.

По результатам комплексного офтальмологического обследования установлено, что наиболее часто регистрировались зонулярные катаракты (59,6%), реже ядерные (7,7%), диффузные полные (7,7%), задне-капсулярные частичные (7,7%), атипичные (7,7%). У 32,4% пациентов с врожденной катарактой выявлено поражение одного глаза, двусторонняя катаракта – у 67,6% пациентов. Частичная катаракта регистрируется преимущественно у детей в возрасте старше 4 лет (75%), полная – с большим преимуществом у детей в возрасте до 3 лет (65,9%).

В 73,1% случаев проведено оперативное лечение врожденной катаракты, в том числе 83,9% детям с двусторонней катарактой (1 глаз – 38,5%, 2 глаза – 61,5%), 57,1% детям с односторонней катарактой. Средний возраст, в котором проведено оперативное вмешательство – $3,6 \pm 0,5$ лет.

Среди пациентов с двусторонней катарактой ИОЛ имплантирована в 42,3% случаев, в том числе в 19,2% – в оба глаза. У пациентов с

врожденной катарактой одного глаза ИОЛ имплантирована в 16,7% случаев.

Таким образом, в Ставропольском крае регистрируется рост заболеваемости органа зрения, числа врожденных аномалий развития глаза. Самой частой врожденной аномалией является врожденная катаракта, которая встречается как самостоятельное заболевание, так и в сочетании с другими аномалиями органа зрения и других органов. Врожденная катаракта наблюдается с небольшим преимуществом у девочек, выявляется у 52,8% детей на 1 году жизни. В 16,8% регистрируется тяжелая патология органа зрения у родителей пациентов. Офтальмологически преобладает двустороннее зонулярное поражение глаз. Оперативное вмешательство проводится с большей частотой при двусторонней врожденной катаракте. Эта же категория больных преобладает среди пациентов с ИОЛ.

Список литературы

1. Аветисов С.Э., Ильякова Л.А., Касьянов А.А. Принципы лечения врожденных катаракт у детей раннего возраста // VI съезд офтальмологов России: Тезисы докладов. – М., 1994. – 222 с.
2. Либман Е.С., Шахова Е.В. К вопросу об инвалидности «с детства» вследствие зрительных расстройств // Профилактика слепоты и слабовидения у детей. – М., 1996. – С. 12.
3. Хватова А.В. Заболевания хрусталика у детей. – Л.: Медицина, 1982. – 199 с.
4. Хватова А.В. Основные причины слепоты и слабовидения у детей и пути их профилактики // Профилактика слепоты и слабовидения у детей. – М., 1996. – С. 3.

НАРУШЕНИЯ РЕФРАКЦИИ У ДЕТЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Е.С. Можилевская, О.П. Верещак, Н.П. Сергиенко, Л.К. Ярлыкова

*ГБУЗ ККБ № 2, детское офтальмологическое отделение.
Владивосток, Россия*

Актуальность. Аномалии рефракции у детей – одна из важнейших проблем офтальмологии. С нарушением рефракции связаны трудности адаптации ребенка в социальной жизни и формирования психо-эмоционально здоровой личности. Аметропии составляют до 6% в структуре инвалидности по зрению, а среди общего состава школ-интернатов для слепых и слабовидящих детей – до 45%. Частота миопической анизометропии составляет от 20 до 60 % у близоруких пациентов [8].

Согласно данным ВОЗ, в развитых странах 20% детей дошкольного возраста и каждый четвертый школьник имеют проблемы со зрением. В глобальных масштабах основными причинами нарушения зрения являются некорригированные аномалии рефракции (близорукость, дальность зрения или астигматизм) в 43%. Примерно 90% людей с нарушениями зрения живут в развивающихся странах. По оценкам, 19 миллионов детей страдают от нарушений зрения. 12 миллионов из них имеют нарушения зрения из-за аномалий рефракции – состояний, которые легко диагностируются и корректируются. 1,4 миллиона детей являются необратимо слепыми на всю оставшуюся жизнь [7].

Цель. Целью работы явилась оценка структуры нарушений рефракции у детей, количества пролеченных консервативно и прооперированных детей с прогрессирующей миопией в Приморском крае, обратившихся в детское офтальмологическое отделение Краевой клинической больницы № 2 Владивостока с 2009 по 2011 годы.

Материалы и методы. За период наблюдения в детское офтальмологическое отделение Краевой клинической больницы № 2 г. Владивостока

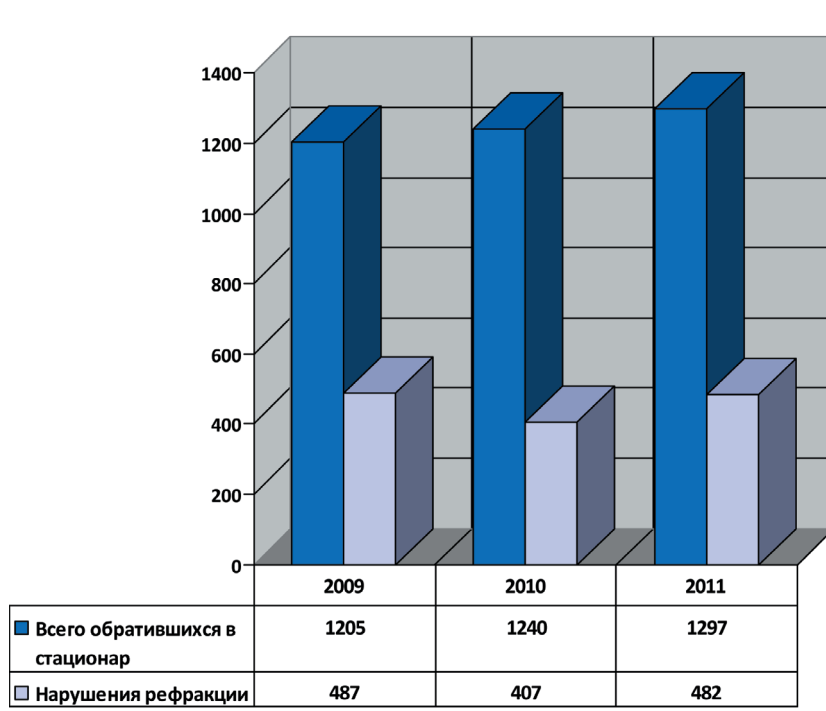


Рис. 1. Количество госпитализированных детей в стационар с нарушениями рефракции и другими нарушениями органа зрения.

стока обратилось 3742 пациентов детского возраста, 1376 из них с различными нарушениями рефракции, нуждающихся в консервативном и хирургическом лечении. Изучались данные о соотношении количества обратившихся детей с глазной патологией и нарушениями рефракции, количество пролеченных консервативно и прооперированных детей с прогрессирующей миопией, структура оперативных вмешательств.

Результаты.

Методы лечения: В нашей клинике, наряду с традиционными методами лечения, применяется электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, магнитофорез, иглорефлексотерапия, паттернстимуляция и электростимуляция на аппарате «Sunshin». Отмечено, что сочетание этих методик дает положительный результат – повышение остроты, качества зрения, купирование спазма аккомодации.

При прогрессирующей миопии используются операции, имеющие целью приостановление прогрессирования за счет каркасного действия трансплантата, усиления кровоснабжения склеры, хориоидеи и улучшения обменных процессов в тканях.

В отделении применяются следующие операции:

- аллопластика ТМО по Зайковой–Негоде;
- аллопластика по Пивоварову;
- различные методики ретросклерального пломбирования.

В настоящее время в отделении внедрено применение аллоплантов фирмы «Аллоплант»: АТ для ретросклерального пломбирования при миопии, введение ретросклеральной пломбы, АТ для полной склеропластики, а также при наличии вторичной хориоретинальной дистрофии, АТ для регуляции васкулогенеза.

Заключение.

При анализе структурной заболеваемости преобладают нарушения рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм и др. патология), что составляет 53,5% от всех пролеченных детей в стационаре.

По нашим последним наблюдениям методики консервативного лечения и используемые операции при прогрессирующей миопии позволяют

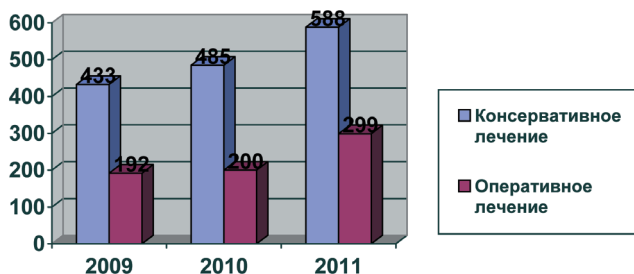


Рис. 2. Количество пролеченных и прооперированных детей с прогрессирующей миопией.

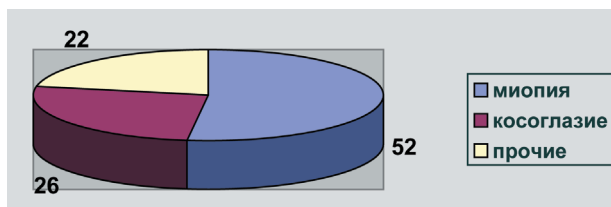


Рис. 3. Структура оперативных вмешательств.

существенно замедлить рост близорукости, снизить градиент прогрессирования миопии.

Литература

1. *Офтальмология. Национальное руководство* / Под ред. С.Э. Аветисова. – М., 2008.
2. *Клинические рекомендации. Офтальмология 2006* / Под ред. Л.К. Мошетовой. – М., 2006.
3. Кузнецова М.В. *Причины развития близорукости и ее лечение.* – 2004.
4. *Современная офтальмология* / Руководство под редакцией В.Ф. Даниличева: 2-е издание. – СПб.: Питер, 2009.
5. Орлова Н.С., Осипов Г.И. *Коррекция зрения.* – 2006.
6. *Офтальмология* / Под ред. Е.А. Егорова. – М., 2008.
7. www.who.int/ru/
8. www.eyenews.ru

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РФ ЗА ПЕРИОД 2008–2011 гг.

Разумовский М.И., Разумовская А.М., Коровянский Ю.А.,
Мельник Т.Е., Бабенко О.Д.

ФГБУ «СПбНЦЭР им. Г.А. Альбрехта ФМБА России».
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Одной из важных медико-социальных проблем государства является борьба со слабовидением и слепотой среди детского населения. Это обусловлено высокой распространенностью глазной патологии и инвалидности среди детей в РФ.

Частота впервые зарегистрированных заболеваний (заболеваемость) в последние годы среди детей возросла с 47 28,1 до 47 47,8, среди подростков – с 37 69,8 до 40 28,8 (на 100 тыс. населения), т. е. ежегодно около 4,5 тыс. детей России становятся инвалидами по зрению [Разумовский М.И., 2006; Нероев В.В., 2009].

С целью получения наиболее объективной картины состояния детской инвалидности при офтальмопатологии, отделом проблем МСЭ и реабилитации слепых и слабовидящих СПб НЦЭПРа проведено сплошное статистическое исследование (по отчетным документам бюро МСЭ) результатов первичного освидетельствования детей-инвалидов вследствие заболеваний органа зрения в различных регионах РФ.

Таблица 1

Динамика численности детей-инвалидов по городу Санкт-Петербургу*

	Годы				
	2008	2009	2010	2011	2012
Численность детей-инвалидов	14046	13929	14408	14 153	13774

*) данные городского информационно-расчетного центра

В 2011 году было первично освидетельствовано 1932 ребёнка с целью определения инвалидности (в 2010 году – 2191 ребёнок). Из них признаны «детьми-инвалидами» 1698 детей, или 83,2% (в 2010 году – 1939 детей, или 88,5%).

Общая структура первичной инвалидности по формам болезней в 2011 году по сравнению с предыдущими годами существенно не изменилась. Так, в структуре причин первичной инвалидности у детей в 2011 году преобладают следующие заболевания: психические расстройства и расстройства поведения – 22,3% (в 2010 г. – 22,4%); болезни нервной системы – 19,2% (в 2010 г. – 18,9%,); врождённые аномалии и пороки развития – 5,6% (в 2010 г. – 17,1%,); болезни глаза и придаточного аппарата – 4,2% (в 2010 г. – 5,0%).

Таким образом, как и в прежние годы, около 60% среди причин первичной инвалидности детей в Санкт-Петербурге составляют психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, врождённые пороки и аномалии развития. Инвалидизирующие заболевания глаза и придаточного аппарата в 2011 году занимают 7 ранговое место. Интенсивный показатель инвалидности при офтальмопатологии в общей структуре инвалидности в период с 2008–2011 гг. колебался в промежутке от 0,8 до 1,4 на 10 тыс. детского населения.

Уровень повторной инвалидности среди детей в Санкт-Петербурге стабильно ниже российских показателей: в 2011 году он составил 86,2 на 10 тысяч детей (в 2010 г. – 87,0; по РФ – 107,8 на 10 тысяч детского населения).

Таблица 2

**Структура первичной инвалидности среди детей-инвалидов по формам болезней
(в процентах к общему числу впервые признанных детьми-инвалидами *)**

№ п/п	Нозологические формы	Годы			
		2008	2009	2010	2011
	ВСЕГО, из них:	100,0	100,0	100,0	100,0
1	Туберкулёз	0,5	0,5	0,4	0,2
2	Новообразования	3,7	4,7	3,8	5,7
3	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	7,0	8,2	9,0	9,7
4	Психические расстройства и рас- стройства поведения	23,4	24,0	22,4	22,3
5	Болезни нервной системы	20,2	18,7	18,9	19,2
6	Болезни глаза и придаточного ап- парата	3,5	2,7	5,0	4,2
7	Болезни уха и сосцевидного от- ростка	2,4	2,2	2,9	3,2
8	Болезни системы кровообращения	1,2	1,4	1,3	0,9
9	Болезни органов дыхания	4,1	3,2	3,8	3,4
10	Болезни органов пищеварения	2,1	1,8	1,6	1,5
11	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	7,1	6,3	7,3	7,2
12	Болезни мочеполовой системы	1,7	1,3	1,0	1,1
13	Врождённые аномалии и пороки развития, деформации и хромосом- ные нарушения	16,7	18,4	17,1	15,6
14	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,6	0,6	0,2	0,4
15	Травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин	2,5	2,8	2,6	2,0
16	Прочие болезни	3,3	3,2	2,7	3,4

*) данные Главного бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу

Абсолютное число «детей-инвалидов» вследствие патологии органа зрения в СПб в период с 2008–2011гг. представлено в табл. 3.

Анализ структуры и динамики первичной детской инвалидности при офтальмопатологии в Санкт-Петербурге за 2009 – 2011гг. представлен в табл.4

Анализ нозологической структуры первичной детской инвалидности вследствие офтальмопатологии в Санкт-Петербурге показал, что на протяжении 3-х лет первое место занимала врожденная миопия высокой степени (в среднем 22,6%), в 2009 и 2010 второе место – частичная

Таблица 3

Абсолютное число «детей-инвалидов» с патологией органа зрения в г. Санкт-Петербурге (в абсолютных числах*)

Освидетельствовано	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Первично	83	123	97
Повторно	420	434	450
Всего	503	557	547

*) данные БМСЭ № 47 по г. Санкт-Петербургу

Таблица 4

Нозологическая структура детской инвалидности при офтальмопатологии*

Нозология	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	Абсол. число	%	Абсол. число	%	Абсол. число	%
Миопия высокой степени	20	24%	25	20,3%	23	23,7%
Ретинопатия недоношенных	10	12%	18	14,6%	21	21,6%
Врожденная глаукома	4	4,8%	10	8,2%	3	3,1%
Врожденная катаракта, афакия, артификация	12	14,5%	14	11,4%	11	11,3%
Пороки развития глаз (ДЗН, радужной, сосудистой обол.)	2	2,5%	7	5,7%	7	7,2%
ЧАЗН	14	16,8%	20	16,3%	11	11,4%
Новообразования глаза	1	1,3%	3	2,4%	2	2,1%
Последствия травм глаза	4	4,8%	3	2,4%	3	3,1%
Другие заболевания	16	19,3%	23	18,7%	16	16,5%
Всего:	83	100%	123	100%	97	100%

*) данные БМСЭ № 47 по г. Санкт-Петербургу

атрофия зрительного нерва (16,5%), в 2011 году – ретинопатия недоношенных (21,6%), третье место – в 2009 и 2010 гг. врожденная катаракта (12,9%) и в 2011 – частичная атрофия зрительного нерва (13,3%).

Анализ структуры и динамики первичной детской инвалидности при офтальмопатологии в некоторых регионах представляющие основные федеральные округа РФ за 2008–2011 гг. представлен в табл. 5.

Таблица 5

Показатели первичной детской инвалидности вследствие заболеваний органа зрения года в некоторых регионах РФ с 2008 по 2011 гг.

	Регион	Год	Установлена категория «ребенок-инвалид»
1	Приморский край	08	26 24 г, 2 с (6,6%)
	(филиал № 5)	09	33 28 г, 5 с (9%)
		10	35 27 г, 8 с (11,4%)
2	Республика Башкортостан	08	24126 (9,5%)
		09	26122 (9,5%)
		10	25218 (9,9%)
3	Орловская область	09	27(8,2%)
	(филиал № 6)	10	15(5,5%)
		11	18(6,9%)
4	Краснодарский край (3 состав)	09	65(6%)
5	Брянская область (филиал № 3)	11	91(14%)
6	Челябинская область	09	1792(6,4%)
		10	1841(6,7%)
		11	1776(6,7%)

С – село, Г – город

Заключение

Таким образом, приведенный статистический анализ отражает основные аспекты состояния и динамики детской инвалидности в РФ и ее регионах и будет способствовать целенаправленному и более эффективному формированию программ реабилитации среди детского населения Российской Федерации.

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.М. Ревта, Е.Б. Макарова

*ГБУЗ АО «Архангельская клиническая офтальмологическая
больница»*

*ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Архангельской области».
Архангельск, Россия*

Актуальность. Охрана зрения детского населения, борьба со слепотой и слабовидением у детей являются важной медико-социальной задачей. Распространенность детской слепоты на территории РФ составляет 1,6, а слабовидения 3,5 на 10 000 детского населения. Инвалидность по зрению с детства по данным Е.С. Либман достигает показателя 3,5 на 10.000 детского населения и не имеет тенденции к снижению [4].

Цель исследования состояла в изучении показателей детской инвалидности по зрению и анализе причин слепоты и слабовидения у детей Архангельской области.

Материал и методы. Материалом послужили 292 ребенка-инвалида по зрению, освидетельствованных в Бюро медико-социальной экспертизы Архангельской области. Дети были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 143 ребенка, впервые освидетельствованные в Бюро МСЭ в 2006–2011 гг., вторую группу составили 149 повторно освидетельствованных в 2011 году детей-инвалидов. Среди первично освидетельствованных преобладали мальчики – 63,6% (91 ребенок) и городские жители – 72,7% (104 ребенка). Во второй группе также преобладали горожане – 77,9% (116 детей), по полу разница была минимальной – 75 девочек и 74 мальчика. Исследованы основные показатели инвалидности, возраст детей на момент установления инвалидности, проведен анализ причин инвалидности по зрению. Использовались общепринятые критерии признания лица инвалидом по зрению (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.12.2009 «Об утверждении классификации и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»). У большинства детей основным критерием является острота зрения с коррекцией. Слепыми на оба глаза признаны 20 детей, слепыми на один и слабовидящими на другой глаз – 23, слабовидящими на оба глаза – 90, слепыми на один и зрячими на другой глаз еще 17 детей (8 из последних с анофтальмом).

Результаты исследования. Численность детского населения Архангельской области на 01.01.2012 составила 228 465 человек. Из этих данных были рассчитаны основные показатели детской инвалидности,

представленные в таблице 1. Полученные показатели были сопоставлены с общероссийскими.

Таблица 1

Показатели инвалидности по зрению у детей Архангельской области

Показатели	Данные по Архангельской области	Данные по РФ
Инвалидность по зрению с детства	7,0 на 10.000 (n = 162)	3,5–5,2 на 10.000 [2,4]
Первичная инвалидность	0,74 на 10.000 * (n = 17)	1,3–1,44* на 10.000 [1,3]
Повторно установленная инвалидность	6,5 на 10.000 (n = 149)	5,8 на 10.000 [1]
Слабовидение	4,6 на 10.000 (n=107)	3,5 на 10.000 [4]
Слепота	1,8 на 10.000 (n=43)	1,6 на 10.000 [4]

* распространенность первичной детской инвалидности в среднем за 3 года

Как видно из представленной таблицы, почти по всем показателям уровень детской инвалидности в Архангельской области превышает общероссийские показатели. Обращает на себя внимание и возрастной состав обследованных детей (табл. 2).

Таблица 2

**Возрастной состав детей-инвалидов по зрению
(на момент установления инвалидности)**

возраст	впервые освидетельствованные		повторно освидетельствованные	
	абс.	%	абс.	%
0–3 лет	63	44,0	18	12,1
4–7 лет	31	21,7	47	31,5
8–14 лет	31	21,7	61	41,0
15 лет и старше	18	12,6	23	15,4
Всего:	143	100	149	100

Среди впервые освидетельствованных преобладали дети раннего возраста от 0 до 3 лет (44%), во второй группе преобладали школьники

(56,4%). Причины инвалидности по зрению у детей представлены в следующей таблице.

Таблица 3

Структура инвалидизирующей офтальмопатологии

Нозология	впервые освидетельствованные		повторно освидетельствованные	
	абс.	%	абс.	%
Аномалии рефракции	42	29,4	49	32,3
Болезни сетчатки (+ретинопатия недоношенных)	22	15,4	21	14,1
Атрофия зрительного нерва	14	9,8	15	10,1
Последствия травм	12	8,4	4	2,8
Катаракта	12	8,4	12	8,1
Злокачественные новообразования	12	8,4	7	4,8
Нистагм	11	7,6	23	15,5
Врожденные аномалии	4	2,8	10	6,7
Болезни век	4	2,8	–	–
Глаукома	3	2,1	–	–
Болезни сосудистой оболочки	3	2,1	–	–
Болезни роговицы	3	2,1	–	–
Болезни конъюнктивы	1	0,7	–	–
Всего:	143	100	149	100

Аномалии рефракции (прежде всего врожденная и осложненная близорукость) являются основными причинами инвалидности у детей в обеих группах (29,4–32,3%). Второе место в группе впервые освидетельствованных детей принадлежит болезням сетчатки (ретинопатия недоношенных, отслойка сетчатки, дегенеративные изменения – 15,4%), третье место – болезням зрительного нерва (врожденные и приобретенные атрофии нерва – 9,8%). Реже среди причин первичной инвалидности выступали последствия травм, врожденная катаракта и злокачественные новообразования органа зрения. У повторно освидетельствованных

детей инвалидность чаще была обусловлена нистагмом (15,5%), болезнями сетчатки (14,1%) и атрофией зрительного нерва (10,1%).

В разных возрастных группах причины инвалидности отличались. У дошкольников среди причин инвалидности преобладали злокачественные новообразования, пороки развития, врожденные катаракта и атрофия зрительного нерва. У школьников инвалидность чаще определялась травмой органа зрения. Аномалии рефракции и болезни сетчатки одинаково часто обуславливали инвалидность во всех возрастных группах. Некоторые отличия определялись и по другим критериям. Так, среди мальчиков главными причинами инвалидности были аномалии рефракции, болезни сетчатки и последствия травм органа зрения. Эти состояния у лиц мужского пола встречались от 1,5 до 6 раз чаще. У девочек в 3 раза чаще наблюдался врожденный нистагм. Остальная патология одинаково часто определяла инвалидность и не зависела от половой принадлежности. Среди сельских жителей причинами инвалидности чаще становились аномалии рефракции, атрофия зрительного нерва и травмы органа зрения. У городских детей, наряду с аномалиями рефракции, в структуре причин инвалидности лидировали болезни сетчатки и злокачественные новообразования. Последние среди городских жителей встречались в 4 раза чаще.

Заключение. В Архангельской области показатели детской инвалидности по зрению превышают общероссийские. В структуре причин инвалидности ведущее место принадлежит врожденной и рано приобретенной патологии. Снижение уровня детской инвалидности возможно при своевременной диагностике и квалифицированном лечении инвалидизирующих заболеваний.

Литература

1. Либман Е.С., Калеева Е.В. *Состояние и динамика инвалидности вследствие нарушения зрения в России // Тезисы докладов IX съезда офтальмологов России.* – М., 2010. – С. 73.

2. Парамей О.В. *Предмет, задачи и перспективы развития педиатрической офтальмологии // Российская педиатрическая офтальмология.* – 2006, №1. – С. 12–17.

3. Разумовский М.И., Шестаков В.П., Кожушко Л.А. и др. *Первичная детская инвалидность вследствие офтальмопатологии в различных регионах РФ // материалы научно-практ. конференции «Современные проблемы детской офтальмологии».* – СПб, 2005. – С. 21–22.

4. Хватова А.В. *Состояние и современные аспекты детской офтальмологии // Материалы научно-практ. конференции «Детская офтальмология: итоги и перспективы».* – М., 2006. – С. 11–23.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ СО СЛАБОВИДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНОЙ (КОРРЕКЦИОННОЙ) ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА

С.И. Рычкова, И.Г. Куман

*МГППУ, ГБОУ г. Москвы специальная (коррекционная)
школа-интернат IV вида №5,
Офтальмологический центр «Визион»
Москва, Россия.*

Актуальность. Слабовидящими считаются дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4. Такие дети требуют щадящего режима зрительных нагрузок, наблюдения офтальмолога и проведения курсов лечения, направленного на стабилизацию и улучшение зрительных функций [3]. Условия специализированных школ-интернатов позволяют совмещать в удобном для детей графике учебный процесс и проведение поддерживающего лечения. Известно, что использование магнитофореза, электростимуляции и лазер-стимуляции способствует улучшению тканевого кровотока, увеличению скорости проведения нервного импульса и активизации многих биохимических обменных процессов в зрительном анализаторе и центральной нервной системе [1, 4]. Кроме того в лечении больных с патологией сетчатки и зрительного нерва активно используют антиоксиданты и витамины группы В (в том числе и у пациентов школьного возраста) [2, 3].

В связи с этим, целью данной работы явилась оценка возможностей комплексной терапии в улучшении состояния зрительных функций у школьников со слабовидением.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе ГБОУ г. Москвы специальной (коррекционной) школы-интерната IV вида (для детей со слабовидением). Под наблюдением находились 142 ребенка с сочетанной офтальмологической патологией. У всех детей выявлялись аномалии рефракции. При этом миопическая рефракция (миопия, миопический астигматизм) отмечалась у 82 человек, гиперметропическая рефракция (гиперметропия, гиперметропический астигматизм) – у 60 человек. Аномалии рефракции сочетались с атрофией и гипоплазией зрительного нерва у 51 человека, амблиопия средней и высокой степени – у 26 человек, макулодистрофия наблюдалась у 5 человек, пигментный ретинит – у 6 человек, ретинопатия недоношенных в рубцовой фазе – 15 человек, патология хрусталика (врожденная катаракта, афакия и артифакция) – у 8 человек. Под наблюдением находились также 2 человека с оперированной врожденной глаукомой, 3 – с односторонним анофтальмом и 5 – с альбинизмом. Врожденный нистагм отмечался в сочетании с другой офтальмопатологией в 97 случаях, косоглазие – в 95 случаях (у 65 детей – сходящееся, у 30 детей – расходящееся).

Курсы консервативного лечения проводились 2 раза в год и включали магнитофорез с тауфоном 4% на аппарате «АМО-АТОС», лазерную стимуляцию (красный и зеленый спекл-лазер на аппарате «Спекл-М»),

чрезкожную электростимуляцию на аппарате «Эсом» и витаминотерапию с использованием препарата «Нейромультивит» (содержащий тиамина гидрохлорид 100 мг, пиридоксина гидрохлорид 200 мг, цианкобаламина 0,2 мг) по 1 таблетке 1 раз в день. Каждый курс включал 10 сеансов в течение двух недель.

Офтальмологический осмотр в начале и в конце учебного года включал оценку остроты зрения, поля зрения, рефракции, резерва аккомодации, состояния оптических сред и глазного дна, оценку порога электрической чувствительности (ПЭЧ) и электрической лабильности (ЭЛ).

Результаты исследования. Сравнивая показатели зрительных функций в начале и в конце учебного года, можно отметить выраженное замедление прогрессирования близорукости у пациентов с миопической рефракцией. У 48 из 82 детей рефракция за период наблюдения оставалась стабильной и у 34 детей рефракция усилилась не более чем на $-0,5D$. Наиболее выраженное повышение остроты зрения с $0,19 \pm 0,05$ до $0,48 \pm 0,06$ ($p < 0,01$) наблюдалось у пациентов с амблиопией. У детей с патологией зрительного нерва и сетчатки наиболее заметные улучшения зрительных функций проявлялись в виде расширения поля зрения с $220 \pm 10^\circ$ до $350 \pm 15^\circ$. Увеличение резерва аккомодации с $3,2 \pm 0,5D$ до $6,5 \pm 0,5D$ отмечалось у всех пациентов с сохранным хрусталиком. У всех детей общей группы наблюдалась положительная динамика в отношении ПЭЧ и ЭЛ. Так ПЭЧ составлял в начале года в среднем 357 ± 55 мкА у детей с патологией сетчатки и зрительного нерва и 105 ± 12 мкА – у остальных детей. После второго курса лечения, в конце учебного года, ПЭЧ составлял, в среднем, 160 ± 15 мкА у детей с патологией сетчатки и зрительного нерва и 75 ± 11 мкА – для остальных пациентов. ЭЛ составляла, в среднем, $22 \pm 3,2$ Гц для детей с патологией сетчатки и зрительного нерва и $32,5 \pm 3,5$ Гц – для остальных пациентов. После второго курса лечения наблюдалось улучшение показателей ЭЛ у всех пациентов – до $31 \pm 3,5$ Гц у детей с патологией сетчатки и зрительного нерва ($p < 0,01$) и до $39,5 \pm 4,4$ Гц ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, сочетание магнитофореза, лазерстимуляции и чрезкожной электростимуляции и витаминотерапии в комплексном лечении детей со слабовидением на базе специализированной школы-интерната является достаточно эффективным средством, позволяющим не только сохранять, но и улучшать зрительные функции у таких детей в условиях школьного обучения.

Литература

1. Бржеский В.В. Принципы лечения заболеваний и повреждений зрительного нерва. Сукцинат-содержащие растворы – современный подход в лечении патологии зрительного нерва: Пособие для врачей-офтальмологов. – СПб.: «Тактик-Студио», 2010. – 96 с.
2. Егоров Е.А. Астахов Ю.С. Ставицкая Т.В. Офтальмофармакология. Руководство для врачей. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2004. – 464 с.
3. Ковалевский Е.И. Профилактика слабовидения и слепоты у детей. – М.: «Медицина», 1991. – 220с.
4. Никифоров А.С., Гусева М.Р. Нейроофтальмология: Руководство. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 624 с.

К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

А.С. Саркисов, С.А. Саркисов

*ФГБУ «НИИ истории медицины» РАМН,
Москва, Россия*

Установление национальных приоритетов России в организации оказания офтальмологической помощи является актуальной проблемой истории медицины и до сих пор не имеет окончательного разрешения.

В настоящее время существуют три претендента на звание первой в мире больницы офтальмологического профиля: глазная больница при медицинском факультете Московского университета (11 февраля 1805 г.), диспансер для лечения заболеваний глаз и ушей в Лондоне («The London Dispensary for Curing Diseases of the Eye and Ear», 25 марта 1805 г.) и глазной институт Медико-филантропического общества в Санкт-Петербурге (6 марта 1806 г.).

Исследователи указанной проблемы в России разделились в следующих мнениях.

А.Я. Самойлов указывал, что открытый в Санкт-Петербурге в 1806 г. глазной институт Медико-филантропического общества стал первой в мире специализированной больницей офтальмологического профиля [1]. Этот институт, основанный по инициативе видного деятеля отечественной медицины врача-офтальмолога И.И. Райнери (1759–1835) и состоявший из амбулатории и стационара на 17 кроватей, из-за недостатка финансовых средств в 1823 г. был передан в ведение Приказа Общественного Призрения и фактически распался [2; 3]. Мнение А.Я. Самойлова разделял М.А. Шагов [4].

Возражая А.Я. Самойлову, другую точку зрения обосновывал В.А. Рукин, который писал о том, что «приоритет России в этом вопросе восходит не к 1806-му году, а к 1805-му году, и принадлежит не Петербургу, а Москве» [5]. Он считает первым в мире специализированным лечебным учреждением офтальмологического профиля глазную больницу при медицинском факультете Московского университета [5]. Этого же взгляда придерживался С.Г. Магильницкий [6].

Действительно, с утверждением в 1804 г. «Устава Императорского Московского Университета» 1804 г. хирургия становится самостоятельной учебной дисциплиной. Первым руководителем кафедры хирургии медицинского факультета Московского университета в период с 1804 по 1830 гг. был профессор Фёдор Андреевич Гильтебрандт (1773–1845), которому принадлежит инициатива выделить место в собственном курсе хирургии для преподавания офтальмологии. И прежде всего для организации учебного процесса потребовалось создание трехкоечной «глазной больницы» [7; 8].

В этой связи газета «Московские ведомости» 11 февраля 1805 г. опубликовала объявление о том, что в Хирургическом институте Московского университета (так называлась хирургическая клиника медицинского факультета. – *Авт.*) под руководством профессора Ф.А. Гильтебрандта, «преподающего лекции о глазных болезнях и Хирургических операциях, открыта особая больница для лечения страждущих глазами, и даже для потерявших зрение, таких особенно, кои, по недостатку в необходимой помощи, не могут быть пользованы в своих домах» [9].

Хотя В.С. Делов, ссылаясь на незначительное количество коек офтальмологического профиля, в конце XIX в. не без основания отметил, что «количество больничного материала было незначительно» [2], в то время, когда даже три специализированные койки были чрезвычайной редкостью для европейских больниц и клиник, «глазная больница» медицинского факультета Московского университета, безусловно, представляла собой весомое достижение современной медицины.

Однако против приоритета Московского университета в этом вопросе справедливо возражают А.М. Сточик, М.А. Пальцев и С.Н. Затравкин. Они напоминают, что 3 кровати, которые были выделены для пациентов офтальмологического профиля, не являлись самостоятельным лечебным учреждением, а входили в состав шестикоечного Хирургического института Московского университета [10]. Видимо, и само название – «Глазная больница» – так и не успело закрепиться за новым учреждением. Вот как об этом обмолвился после окончания Отечественной войны, в апреле 1814 г. сам Ф.А. Гильтебрандт в своем ходатайстве о восстановлении Института: «Хирургический Институт имея прежде сверх положенного числа 3 кроватей, еще 3 для глазных болезней, присоединенных потом к первым по причине неудобности места для одних глазных болезней отведенного, и *так называвшейся прежде глазной больницы* (курсив наш. – С.А.), имея сие большее число мест для труднейших и любопытнейших болезней, пользовался постоянно доверенности публики...» [11].

Что касается приоритета диспансера для лечения заболеваний глаз и ушей в Лондоне, дело обстоит следующим образом. Несмотря на сложившееся устойчивое мнение зарубежных исследователей о приоритете Великобритании, в отечественной литературе отсутствует обстоятельная информация, посвященная истории организации и развития этого медицинского учреждения. К сожалению, российские историки, ограничиваясь отдельными замечаниями, не сформировали убедительно обоснованную позицию национальных достижений нашей страны.

Так, например, А.Я. Самойлову было известно о том, что «старейший в Англии Лондонский глазной госпиталь был открыт в 1805 году, но в первые несколько лет своего существования он не являлся чисто глазным специализированным учреждением, обслуживая больных с заболеваниями глаз и органов слуха» [1]. Однако за пределами публикации остается вопрос, когда именно диспансер, одним из современных

названий которого является Королевская Лондонская офтальмологическая больница [12], получил статус офтальмологического.

С.Г. Магильницкий в поисках истины не идёт дальше замечания о том, что «нельзя согласиться с утверждением Дюк-Элдера, что Джон Канингэм Саундерс основал «первую гражданскую больницу в мире для глазных больных». Верно то, что в марте 1805 г. в Лондоне была основана больница, известная под названием Мурфилдской, для глазных и отоларингологических больных. Таким образом, лондонская больница не была специализированной глазной лечебницей, как московская, кроме того, открылась она на месяц позже московской» [6]. В этой цитате С.Г. Магильницкий ссылается на работу видного английского офтальмолога У.С. Дюка-Элдера (Duke-Elder, William Stewart, 1898–1978), который также не указывает время, когда для лондонской больницы был определён офтальмологический профиль [13].

Всё, что нам известно из доступной иностранной литературы, в сущности, ограничено предельно лаконичной информацией: основателем лондонской благотворительной больницы, которая по своему административному адресу (Bloomfield Street, Moorfields) стала известна как Мурфилдская, был английский хирург Дж. К. Саундерс (Saunders, John Cunningham, 1773–1810). Для приёма больных это учреждение открылось 25 марта 1805 г., «но вскоре стала очевидной необходимость сосредоточиться на глазных болезнях» [12].

Безусловно, мы не вправе предъявлять претензии к отечественным исследователям истории офтальмологии, когда даже самые авторитетные издания Великобритании обходят стороной этот принципиальный вопрос. Вот, например, как трактует его «The New Encyclopædia Britannica»: «...первой медицинской глазной клиникой с обязательным преподаванием стал лондонский глазной лазарет, открытый в 1805 г. и давший импульс для развития современной специальности» [14].

Изложенное выше побудило нас обратиться в адрес администрации лондонской глазной больницы, которая и поныне благополучно существует и действует под названием «Moorfields Eye Hospital», со следующими вопросами:

1. Как точно называлась больница, основанная в 1805 г. в Лондоне для лечения глазных болезней?
 2. С какого именно времени больница стала строго специализированным учреждением для оказания помощи только пациентам офтальмологического профиля?
 3. С какого именно времени осуществлялось специальное обучение врачей-офтальмологов, в течение какого срока и по какой учебной программе? Кто был первым преподавателем глазных болезней в этой больнице?
 4. В каких научных публикациях получили освещение эти вопросы?
- Мы выражаем искреннюю признательность господину П.К. Ливеру (Peter K. Leaver), архивариусу больницы, за внимание к нашему запро-

су и обстоятельному ответу на него в апреле 2004 г. Ниже мы приводим в нашем переводе выдержки из письма господина П.К. Ливера:

1. Больница была основана Дж. К. Саундерсом и открылась в 1805 г. под названием “The London Dispensary for Curing Diseases of the Eye and Ear”.

2. В январе 1808г. больница была переименована в “The London Dispensary for Curing Diseases of the Eye”.

3. Лекции по анатомии, физиологии и заболеваниям органа зрения болезням впервые были прочитаны главным хирургом больницы У. Лоуренсом (Mr. William Lawrence) в 1822г.

4. История больницы описана и издана в двух томах, авторами которых являются Treacher Collins (Т. I, 1929 г.) и Frank Law (Т. II, 1975 г.).

Отметим, что третий том, в котором исследован период истории последних 40 лет, издан в 2004 г. и принадлежит перу господина П.К. Ливера.

Таким образом, строгий офтальмологический профиль для лондонской больницы был определён лишь в январе 1808г.

Теперь у нас есть все основания аргументировано и обосновано поддерживать отечественных исследователей истории офтальмологии, которые утверждают, что первая в мире больница для оказания офтальмологической помощи была учреждена в России. Этой больницей стал глазной институт Медико-филантропического общества, открытый в Санкт-Петербурге 6 марта 1806 г. [2].

В заключение отметим, что в других странах Европы специализированные глазные больницы и клиники (институты) были открыты позже: в Англии, в Ливерпуле, Эдинбурге и Глазго – в 1808г.; в Австрии, в Вене, – в 1812 г.; в Германии, в Дрездене – в 1812 г.; в Италии, в Неаполе, – в 1815 г., а в Павии и Падуе – в 1819 г. [15].

Литература

1. Самойлов А.Я. *Из истории отечественной офтальмологии*. М.: Изд-во АМН СССР, 1949. – 30 с.

2. Делов В.С. *Материалы для истории офтальмологии в России: Диссертация на степень доктора медицины*. СПб., 1895. – 144 с.

3. Магавли И.Х. *История С.-Петербургской глазной лечебницы и организация её* // *Сообщения С.-Петербургской глазной лечебницы*. Кн. II. С.-Петербург, 1888. – С. III–XIX.

4. Шагов М.А. Николай Иванович Пирогов как офтальмохирург // *Вестник офтальмологии*. – 1953. – Т. 32, Вып. 2, № 2. – С. 41–46.

5. Рукин В.А. *Первая в мире специализированная глазная лечебница* // *Офтальмологический журнал*. – 1953. – № 4. – С. 248–254.

6. Магильницкий С.Г. *Очерк истории офтальмологии* // *Многотомное руководство по глазным болезням* / Отв. ред. член-корр. АМН СССР проф. В.Н. Архангельский. Т. 1, кн. 1. – М.: «Медгиз», 1962. – С. 13–129.

7. Шевырев С.П. История Императорского Московского университета, написанная к столетнему юбилею. 1755–1855. Репринтное издание. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1998. – 600 с.
8. Саркисов С.А. Первая в мире специализированная глазная больница // Вестник офтальмологии. – 2005. – Т. 121, № 4. – С. 52–54.
9. Московские ведомости. 1805, 11 февраля. – № 12. – С. 232.
10. Сточик А.М. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века / А.М. Сточик, М.А. Пальцев, С.Н. Затравкин. Изд. 2, доп. М., 2001. – 368 с.
11. Центральный исторический архив Москвы (ЦИАМ). Ф. 418. Оп. 332. Д. 2. Л. 47, об. 48.
12. Saunders, John Cunningham // *The compact edition of the Dictionary of national biography. Complete text reproduced micrographically. Vol. 2. Oxford University Press, 1975. – P. 1857.*
13. Duke-Elder, Sir Stewart. *Ophthalmologic research in Britain* // *Amer. J. Ophthalmol.* – 1955. – Vol. 39, № 4, part 2. – P. 43–49.
14. *Ophthalmology* // *The New Encyclopaedia Britannica. 15th Edition. Vol. 8. Chicago. etc.: By Encyclopaedia Britannica, Inc., 1993. – P. 966.*
15. Гезер Г. Основы истории медицины. Казань: Н.А. Ильяшенко, 1890. – 488 с.

РОЛЬ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ В ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТСКИХ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

Л.А. Сухина, К.Э. Голубов, А.Ф. Смирнова, Г.В. Котлубей,
И.В. Сухина, М.Б. Зорина

*Кафедра офтальмологии ФИПО Донецкого национального
медицинского университета им. М. Горького,
Донецк, Украина*

Совершенствование системы последиplomного образования детских офтальмологов предполагает внедрение в учебный процесс современных технических средств обучения. Немалая роль в этом принадлежит мультимедийным методам обучения. Использование их в процессе преподавания особенно и даже необходимо в медицинских учебных заведениях, где объектом изучения является человеческий организм. Кроме того, слайды не дают должного представления о ходе тех или иных оперативных вмешательств, об особенностях технических приемов при их проведении в зависимости от характера операций или методик обследования пациентов.

Наиболее эффективное использование мультимедийных методических пособий в преподавании связано с определением их места в процессе обучения и с выяснением информативных возможностей. Мультимедийные методические пособия обучения должны помочь преподавателю в определенном месте и в определенное время обучения выполнять те задачи, которые не могут быть разрешены другими путями и средствами. Однако мультимедийные методические пособия не являются средством, самостоятельно формирующим знания. Их необходимо рассматривать в качестве компонента единой методической системы обучения. Представляется особенно важным использовать мультимедийные методические пособия в преподавании детской офтальмологии, учитывая то, что объект изучения глаз – малых размеров, а видеофрагменты пособия позволяет увеличить как его изображение, так и детально рассмотреть отдельные его части, ход офтальмологического обследования или оперативного вмешательства.

В процессе обучения детских офтальмологов на кафедре глазных болезней ФИПО учебные мультимедийные методические пособия используются в течение пяти лет и уже накоплен определенный опыт их применения наряду с другими средствами преподавания.

Цель мультимедийных методических пособий – отразить основные этапы обследования или лечения больного ребенка, зафиксировать казуистические и редко встречающиеся наблюдения. Их особенностью является то, что пособие включает не только видеофрагменты, но и текстовую информацию, а также и вопросы для самоконтроля. Опыт показывает, что видеофрагменты не должны быть продолжительными – не более 3–5 минут. Особое место занимает использование мультимедийных методических пособий во время лекций.

Особенное значение видеофрагментов в мультимедийных методических пособиях отводится на циклах «Патология органа зрения у новорожденных детей», «Избранные вопросы детской офтальмологии», «Микрохирургия глаза». С их помощью курсант может глубже ознакомиться с деталями техники офтальмологического осмотра новорожденного доношенного и недоношенного ребенка, кадры крупным планом позволяют фиксировать основные наиболее важные моменты при зондировании слезных путей и замедленно их показывать. В целях фиксации внимания офтальмологов на отдельных особо важных моментах манипуляций применяется также «стоп-кадр», а для повторного показа отдельных моментов – метод обратной проекции в сочетании с текстовым конспектом изложенного. Широко используются мультимедийные пособия при проведении занятий, посвященных современным методам лечения врожденной катаракты и ретинопатии недоношенных.

Оказался полезным просмотр мультимедийных методических пособий перед экзаменом и зачетами с целью повторения пройденного материала в памяти курсантов. Мультимедийные методические пособия являются необходимым компонентом практического занятия при отсут-

ствии в клинике больных с тем или иным заболеванием, проведении какого-либо оперативного вмешательства, о которых, согласно программе, идет речь. Использование их на практических занятиях помогает организовать внимание курсантов, повысить интерес к предмету. Значительная роль использования мультимедийных методических пособий в организации самостоятельной внеаудиторной работы курсантов. Их просмотр полезен в процессе отработки пропущенных занятий. Курсантами самостоятельно могут быть просмотрены специальные разделы пособия для закрепления полученных данных.

Таким образом, использование мультимедийных методических пособий занимает особое место в последипломном обучении детских офтальмологов. Его специфические особенности раскрывают перед обучающимися процессы и явления, недоступные для изучения с помощью других средств.

ПУТИ И МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТСКИХ ОФТАЛЬМОЛогоВ

**Л.А. Сухина, К.Э. Голубов, А.Ф. Смирнова, Г.В. Котлубей,
И.В. Сухина, М.Б. Зорина**

*Кафедра офтальмологии ФИПО Донецкого национального
медицинского университета им. М. Горького,
Донецк, Украина*

Особое значение в условиях перестройки современной системы здравоохранения приобретает подготовка и повышение квалификации детских офтальмологов. Основную роль в решении проблемы играет тематическое усовершенствование врачей, как более гибкая форма повышения профессиональной компетенции специалистов, которое осуществляется на кафедре глазных болезней ФИПО.

Целью тематического усовершенствования является повышение профессионального уровня врачей в соответствии квалификационной характеристики детского офтальмолога. Обучение во время курсов повышения квалификации также важным звеном, которое определяет становление прежде молодого специалиста.

На кафедре согласно учебному плану проводится обучение на монотематическом цикле «Аномалии рефракции у детей и подростков и современные методы их коррекции», «Патология органа зрения у новорожденных детей», «Избранные вопросы детской офтальмологии» и «Предаттестационные циклы по детской офтальмологии».

Преподавание детской офтальмологии имеет свои особенности. Перед началом занятий осуществляется анкетирование, проводимое с целью определения наиболее интересных тем врачами-курсантами, а также тестирование по оценке исходного уровня их знаний. На основании тщательного анализа результатов анкетирования и тестирования разрабатываются индивидуальные программы для каждого обучающегося курсанта.

Подготовка проходит в современно оснащенных базах кафедры. Обучение состоит из практических и теоретических занятий. Практические занятия предусматривают самостоятельную работу врача-курсанта под руководством ассистентов и доцентов кафедры в детском офтальмологическом отделении, консультативной детской поликлинике, городском центре охраны зрения детей, а также клинические разборы больных детей с разнообразной патологией органа зрения.

Во время учебы как на практических, так и на лекционных занятиях, постоянно делается акцент на профилактической направленности работы современного детского врача-офтальмолога. Курсантам предоставляются алгоритм и требования к проведению профилактических осмотров у детей разных возрастных групп, образцы документации, которая заполняется при проведении профосмотра, уделяется время для отработки навыков статистической обработки и анализа его данных.

Одним из важных аспектов подготовки курсантов по детской офтальмологии является умение своевременно диагностировать врожденную патологию органа зрения. Данным вопросам уделяется особое внимание во время проведения занятий в неонатологических отделениях родильных домов, перинатальном центре. Детально рассматривается алгоритм осмотра новорожденного ребенка. Современным аспектам диагностики, лечения и профилактики врожденной патологии зрения у новорожденных обращается внимание и во время проведения лекционных занятий.

Особенностям диспансерного наблюдения, этапности его проведения у детей с патологией органа зрения отводится значительное время в процессе последиplomного обучения детских офтальмологов. Тщательно рассматриваются и анализируются схемы реабилитационных мероприятий, сроки их проведения.

В ходе лекционных и практических занятий постоянно уделяется внимание современным методам медицинской реабилитации детей с офтальмологической патологией, которые внедрены в ведущих детских офтальмологических клиниках Украины и других стран. Из этой цели используются видеофильмы, мультимедийные презентации, в которых представлены современные методы консервативного и хирургического лечения детей с заболеваниями и повреждениями глаз. Курсантам предоставляется также описание методов восстановительного лечения детей с патологией зрения, разработанные на кафедре, что позволит внедрить их врачами во время своей работы в детских поликлиниках или стационарах после окончания их обучения.

Важным аспектом подготовки детского офтальмолога является знакомство с современными фармакологическими препаратами, возможностью их использования у детей разных возрастных групп, наличием их побочных действий, чему также уделяется значительное внимание во время проведения занятий.

Врачам предоставляется возможность ознакомиться с организацией работы детских специализированных центров «детский сад-школа» для детей с различными нарушениями зрения. Во время занятий курсантам предоставляется алгоритм проведения реабилитационных мероприятий детей с патологией органа зрения в условиях детского летнего оздоровительного лагеря.

Во время практических занятий с курсантами подробно разбираются показания по назначению социального пособия детям с патологией глаза и современные требования к проведению медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с патологией органа зрения, по профилактике инвалидности. На занятия приглашается врач-эксперт областной специализированной МСЭК, который знакомит врачей с правилами оформления экспертной документации и проводит тщательный разбор наиболее распространенных ошибок при их оформлении и планировании индивидуальной реабилитационной программы.

В начале курсов усовершенствования каждый курсант, согласно его желанию, получает реферативную тему, над которой он работает в течение всего времени обучения. На последнем семинаре они представляют свои рефераты и под руководством преподавателя проводится их обсуждение. Наиболее интересные из них заслушиваются на заседаниях областной Ассоциации детских офтальмологов Украины, а также направляются для публикации в материалах конференций.

Сочетание системного обучения врача на практических и на теоретических занятиях целесообразно и дальше расширять и совершенствовать, что будет способствовать более квалифицированной подготовке детских офтальмологов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Д.А. Тошматов

*Областной центр «Микрохирургия глаза»,
Худжанд, Республика Таджикистан*

Актуальность. Республика Таджикистан (РТ) среди бывших союзных республик является одной из самых бедных: доля населения с доходами ниже черты бедности составляет 83%, в том числе беднейшего населения, чей доход ниже 1 доллара США в день – 17% [2].

Национальная система здравоохранения последние пятнадцать лет сталкивается с крайне ограниченным финансированием и, вследствие этого, – с оттоком квалифицированных кадров. В настоящее время обеспеченность врачами в РТ составляет 18,8, а больничными койками 57,1 на 10000 человек, что в 2–3 раза ниже, чем в Российской Федерации (РФ).

Болезни глаза и его придаточного аппарата являются важной медико-социальной проблемой в большинстве стран мира. Не является исключением и Таджикистан. С 2006 по 2011 гг. общая заболеваемость взрослого населения в стране увеличилась на 9,1% с 428,1 до 467,2 на 100000 человек, однако, по сравнению с РФ, уровень регистрируемой в стране офтальмологической заболеваемости в 18–20 раз ниже, что статистически значимо. Основной причиной этих различий является низкая обеспеченность населения РТ врачами-офтальмологами [3], что послужило основанием для исследования организации и ресурсного обеспечения офтальмологической помощи в стране.

Цель исследования. Оценить ресурсы офтальмологических служб и эффективность их использования в разных административно-территориальных образованиях (АТО) РТ.

Материал и методы. Численность населения РТ около 7 млн человек. По административно-территориальному делению выделены 5 регионов: г. Душанбе, Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО), Согдийская область, Хатлонская область и группа районов республиканского подчинения (РРП).

Исследование охватывало период с 2008 по 2011 гг. На первом этапе оценивались показатели обеспеченности врачами-офтальмологами и специализированными больничными койками в РТ и её АТО. Сравнение проводилось с аналогичными данными по РФ. На втором этапе исследовалась эффективность использования офтальмологического коечного фонда в АТО РТ. Анализ проводился двумя способами: 1) на основе информации о первичных медико-статистических показателях; 2) расчета обобщающего (интегрального) показателя по методике, изложенной в Методических рекомендациях по оценке медицинской эффективности

деятельности лечебно-профилактических учреждений [1]. На третьем этапе оценивались эффективность и качество работы трех центров специализированной высокотехнологичной помощи.

Результаты и обсуждение. В 2008–2011гг. обеспеченность врачами-офтальмологами в РТ составляла 0,33–0,35 на 10000 человек, что в 3,4 раза ниже, чем в России (1,1–1,2 на 10000). Наряду с ограниченностью врачебных кадров наблюдается высокая степень неравномерности их распределения: в 2011г. из 245 специалистов в целом по стране, 102 (41,6%) работали в г. Душанбе, 76 (31,0%) – в Согдийской области, 37 (15,1%) – в Хатлонской области, 20 (8,2%) в РРП и 10 (4,1%) – в ГБАО, соответственно уровень обеспеченности офтальмологами в г. Душанбе составлял 1,4 на 10000 человек, в ГБАО – 0,4, в Согдийской области – 0,3, а в Хатлонской области и РРП – 0,1 на 10000 человек.

В 2011г. в РТ было развернуто 625 коек, соответственно обеспеченность ими населения составляла 0,9 на 10000 человек, и, по сравнению с РФ (1,8 на 10000), она была вдвое ниже. Специализированный коечный фонд распределен между АТО неравномерно: в Душанбе имеется 185 офтальмологических коек, в Согдийской области – 235, в Хатлонской области – 140, в ГБАО – 45, все в административном центре области г. Хорог, а в РРП – 20, все в больнице г.Турсунзаде. Уровень обеспеченности населения койками этого профиля на 10000 человек в Душанбе – 2,72, в Согдийской и Хатлонской областях – 1,03 и 0,63, соответственно, в ГБАО – 2,06 и в РРП – 0,12.

В этих условиях ограниченности ресурсов офтальмологической службы важное значение имеет эффективность их использования. Согласно приведенным в таблице 1 данным видно, что только в Согдийской области длительность работы койки в течение года была близка к оптимальной (312 дней), в остальных же наблюдается значительный ее простой. План койко-дней выполняется только в лечебных учреждениях Согдийской области и РРП. Наиболее низка эффективность работы офтальмологических коек в Хатлонской области.

Таблица 1

**Показатели эффективности использования коечного фонда
офтальмологического профиля в административно-территориальных
образованиях Республики Таджикистан, 2011 г.**

Административно-территориальное образование	Работа койки в году (дней)	Средняя длительность госпитализации (дней)	Оборот койки (раз)	Выполнение плана койко-дней (%)
Душанбе	276	8,2	35,0	90,7
Согдийская область	312	8,2	37,6	108,1
Хатлонская область	160	10,5	15,2	53,9
ГБАО	234	10,5	22,0	68,7
РРП	242	9,6	25,0	103,8

Множественность информации создавала трудности при выработке обобщенного заключения, в связи с чем был проведен расчет интегрального показателя (ИП). Согласно полученным результатам, наиболее эффективно специализированный коечный фонд используется в офтальмологической службе Согдийской области, величина ИП которой составляет 0,953, что соответствует оценке «высокая». Достаточно высокая эффективность работы офтальмологических коек и в Душанбе (ИП = 0,874, оценка «выше средней»). Наименее эффективно используется специализированный коечный фонд в Хатлонской области (ИП = 0,498, оценка «низкая»: Таблица 2).

Таблица 2

Эффективность использования коечного фонда офтальмологических служб административно-территориальных образований Республики Таджикистан, рассчитанная с помощью интегральных показателей, 2011 г.

Административно-территориальное образование	Величина ИП	Оценка
Душанбе	0,874	Выше средней
Согдийская область	0,953	Высокая
Хатлонская область	0,498	Низкая
ГБАО	0,785	Средняя
РРП	0,798	Средняя

Основной причиной более высокого ресурсного потенциала офтальмологических служб и интенсивности его использования в г. Душанбе и Согдийской области является наличие в структуре их систем здравоохранения центров высокотехнологичной специализированной помощи. В Душанбе расположены Республиканский клинический офтальмологический центр (РКОЦ) мощностью 80 коек и Республиканский национальный медицинский центр (РНМЦ), где имеется офтальмологическое отделение на 105 коек, а в г. Худжанде Областной центр микрохирургии глаза (ОЦМГ) Согдийской области на 70 коек.

Из данных, приведенных в таблице 3, видно, что наиболее интенсивно используются ресурсы в РКОЦ, немного уступает ему ОЦМГ, расположенный в г. Худжанд, а наименее эффективна работа офтальмологического отделения РНМЦ.

Оценка качества работы офтальмологических центров показала, что наименьший удельный вес осложнений при операциях и в послеоперационном периоде наблюдается в РНМЦ (0,37% и 0,96%), в РКОЦ эти показатели составляют 0,52% и 1,3%, а в ОЦМГ – 2,3% и 1,7%.

Таблица 3

Показатели эффективности деятельности центров высокотехнологичной офтальмологической помощи в Республике Таджикистан, 2011 г.

Офтальмологический центр	Работа койки в году (дней)	Средняя длительность госпитализации (дней)	Оборот койки (раз)	Хирургическая активность (%)
РКОЦ	292,1	6,6	31,6	86,0
РНМЦ	261,0	9,8	26,4	35,3
ОЦМГ	317,6	8,2	29,6	56,9

Для сравнения в 2011г, в среднем по 11 российским филиалам ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза», доля осложнений при операциях составляла 0,21% (от 0,09 до 0,4%), а в послеоперационный период – 0,63% (от 0,14% до 1,7%).

Заключение. В условиях ограниченности кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов офтальмологической службы в РТ ведущая роль в обеспечении специализированной помощи населению принадлежит центрам высокотехнологичной помощи. В регионах, где за счет них обеспечена большая доступность для населения специализированной офтальмологической помощи, показатели инвалидности вследствие болезней органа зрения вдвое ниже: уровень её в Душанбе составляет 2,6, в Согдийской области – 2,73, тогда как в Хатлонской области и ГБАО – 4,34 и 4,66 на 100000 человек, соответственно.

Литература

1. *Методические рекомендации по оценке медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений.* – М., 2001. – 15 с.
2. *Оперативная оценка сектора здравоохранения Республики Таджикистан, октябрь–ноябрь 2008* /// ВОЗ 2010.
3. Тошматов Дж.А. Холматова Р.С., Юнусова З.И. *Заболеваемость болезнями глаз в Республике Таджикистан* // *Общественное здоровье и здравоохранение.* – 2011. – № 4. – С. 20–24.