

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

УДК: 617.7–007.681: 616-084.3 (575.146) *На правах рукописи*

Бобоёрова Дилфуза Набижановна

**Современный подход к выявлению и диагностики
рефракционные аномалии у детей**

5A510106 – Офтальмология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени

магистра

**Научный руководитель:
кандидат медицинских наук
Дадамухаммедова Шохид
Мубашировна**

Бухара – 2020

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	7
1. ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА.....	7
1.1. Офтальмологическая заболеваемость у детей.....	8
1.2. Факторы риска офтальмологической заболеваемости у детей	10
1.3. Проблема отслойки сетчатки в педиатрии	13
1.4. Структура офтальмологической помощи детям	14
1.5. Экономические аспекты офтальмологической помощи детям.	16
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	18
2.1. Материалы исследования.....	18
2.2. Методы исследования.....	19
2.3. Характеристика работы.....	20
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	23
3.1. ХАРАКТЕРИСТИКА АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ.....	23
3.1.1. Контингент проконсультированных детей.....	25
3.1.2. Характеристика наблюдения за детьми в консультативной Поликлинике.....	28
3.2. Результаты экспертной оценки качества ведения детей.....	30
3.2.1. Структура проэкспертированных случаев.....	33
3.2.2. Оценка ведения детей на районном этапе.....	33
3.2.3. Оценка качества консультативной помощи в БООБ.....	35
ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БООБ,	

И ПРОВЕДЕННЫХ ИМ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.....	38
4.1. Характеристика состава лечившихся.....	38
4.2. Характер проведенных в стационаре лечебно-диагностических мероприятий.....	50
4.3. Результаты экспертной оценки качества ведения детей.....	55
ВЫВОДЫ.....	58
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	60
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	62
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	80

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения в настоящее время в мире имеется около 150 млн. человек со зрительными расстройствами, в числе которых - 4 млн. слепых людей. За последние 20 лет численность незрячих увеличилась на 12 млн. человек (Либман Е.С., 2008). По результатам медицинских осмотров в России у каждого второго жителя выявлены какие-либо проблемы со зрением (Южаков А.М. и др., 2002).

Среди детей до 14 лет частота болезней глаза и его придаточного аппарата по данным обращаемости составляет 1747,7 случая на 100 тыс. детей данного возраста (Нероев В.В., Травкин А.Г., 2008).

Инвалиды по зрению с детства составляют 20,7% в общем контингенте инвалидов по зрению в Российской Федерации. В структуре инвалидности по зрению среди детей первое место занимают аномалии рефракции (26,4%), далее следуют врожденная катаракта (17,3%), ретинопатия недоношенных и другие заболевания сетчатки (16,6%), патология зрительного нерва (12,0%), травмы глаза (10,5%), пороки развития (5,3%) и глаукома (3,8%) (Либман Е.С., 2008).

Среди аномалий рефракции главное место принадлежит близорукости, частота которой у выпускников школ достигает 20-25%. Основными причинами слепоты и слабовидения с детства являются патология зрительного нерва и сетчатки, врожденные заболевания глаз (катаракты, глаукомы, аномалии развития), ретинопатия недоношенных, увеиты, миопия высокой степени. В последние годы резко возросла роль ретинопатии недоношенных в

формировании слепоты и слабовидения с раннего детства (Катаргина Л.А., Коголева Л.В., 2009).

Нарушение зрительной системы в раннем возрасте наносит огромный вред формированию психических процессов, двигательной сферы, физическому развитию, приводит к утрате трудоспособности. Учитывая высокую инвалидизацию при заболеваниях органов зрения, становится ясным, насколько необходима медицинская помощь, профилактика и реабилитация таких больных.

Серьезной проблемой является нарушение зрения у детей и подростков во время обучения в школе. По данным профилактических осмотров доля детей с понижением остроты зрения увеличивается с 8,2% перед поступлением в образовательное учреждение до 23,3% к моменту окончания обучения.

Об актуальности офтальмологической патологии среди детей свидетельствуют также данные многочисленных зарубежных исследований (Rahi J. S. et al., 1997, 2003; Reddy S.C., Tan B.C., 2001; Alagaratnam J. et al., 2002; Thulasiraj R.D. et al., 2003; Titiyal J.S. et al., 2003; Mirdehghan S.A. et al., 2005). Ее распространенность составляет от 15 до 41 на 100 тыс. детского населения, на что влияет множество факторов: возраст, пол, географические особенности, различия в питании, структура общей заболеваемости.

Отсутствует техническое оснащение, позволяющее интенсифицировать, оптимизировать и совершенствовать лечебно-диагностическую работу, а нагрузка почти в 3 раза превышает физические возможности врача, что является непреодолимым препятствием коренной перестройки работы по диспансерной охране зрения и офтальмологической помощи детям.

Следует отметить также, что за последние годы лишь небольшое число работ посвящено вопросам оптимизации детской офтальмологической службы. Кроме того, практически отсутствуют исследования, посвященные ана-

лизу организации офтальмологической помощи детям, проживающим в сельской местности. Указанное и определило актуальность данной работы.

Цель исследования: разработка комплекса мероприятий, направленных на совершенствование выявления и профилактики оказания офтальмологической помощи детям с рефракционными аномалиями.

Задачи исследования:

- выявить основные факторы, способствующие развитию и прогрессированию рефракционных аномалий и разработать меры их профилактики;

- оценить качество оказания медицинской помощи детям с аномалиями рефракции в областной консультативно-диагностической поликлинике и стационаре БООБ

- разработать предложения, направленные на совершенствование выявления и профилактики оказания офтальмологической помощи.

- **Научная новизна исследования** состоит в том, что в нем впервые на примере Бухарской области проанализирована организация оказания офтальмологической помощи детскому населению, в т.ч.:

- изучена структура оказания помощи;

- оценено ее качество на районном и областном этапах (в последнем случае - амбулаторной и стационарной);

- проанализирован контингент детей (в т.ч., с учетом места жительства, каналов направления), которые получили консультативную помощь в областной поликлинике и стационарную помощь, а также объем оказанной помощи.

Научно-практическая значимость. Данные, полученные в исследовании, сформулированные на их основе выводы и практические рекомендации имеют важное значение в определении стратегии развития и разработке конкретных мероприятий по улучшению оказания офтальмологической помощи детскому населению на региональном уровне, а также мер, направленных на профилактику развития и прогрессирования рефракционные аномалии у детей.

- Методика работы может быть использована при проведении аналогичных исследований, касающихся других видов помощи, оказываемых сельским жителям.

- Результаты исследования используются в практике работы ряда районных поликлиник Бухарской области (Вабкентский, Шафирканский, Гиждуванский районы), в работе Бухарской областной офтальмологической больницы, а также в деятельности Комитета по здравоохранению Правительства Бухарской области.

- Кроме того, полученные данные используются в учебном процессе на кафедре офтальмологии Бухарского государственного Медицинского института им. Абу Али ибн Сины.

Структура и объём работы:

Диссертация изложена на 88 страницах машинописного текста, иллюстрирована 17 таблицами, 5 рисунками. Работа состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, главы результатов собственных исследований, выводов, заключения, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 159 источника, из них 50 отечественных и 109 зарубежных.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1. ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Здоровье населения России рассматривается как важнейший фактор обеспечения национальной безопасности страны (Щепин О.П. и др., 2009), а состояние здоровья детского населения является тем показателем, который во многом определяет социальное благополучие в обществе (Конева Л.В., 1996; Баранов А.А. и др., 2009). Изучение состояния здоровья детей и подростков с разработкой мер, направленных на его охрану и укрепление, является не только актуальной медицинской, но и острой социальной проблемой. Она занимает центральное место в государственных программах здравоохранения многих стран.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире имеется около 150 млн. человек со зрительными расстройствами, в числе которых - 4 млн. слепых людей. За последние 20 лет численность незрячих увеличилась на 12 млн. человек (Либман Е.Г., 2000, 2006, 2008; Коновалов А.В., 2002). По результатам медицинских осмотров в России у каждого второго жителя выявлены; какие-либо проблемы зрением, (Южаков А.М. и др., 2000, 2002).

Высокие показатели инвалидности по зрению, недостаточная результативность лечебно-профилактических мероприятий обуславливают необходимость повышения эффективности разносторонних научных исследований, способствующих своевременному выявлению, адекватному лечению, диспансерному наблюдению лиц с офтальмопатологией.

Объективные данные о количестве людей с нарушением зрения и причинах, вызвавших это нарушение, являются основой для планирования мероприятий по предотвращению слепоты и развития офтальмологической помощи населению. Такие исследования, в частности, необходимы для планирования работы современных специализированных высокотехнологичных лечебно-профилактических учреждений, а также для

создания программы действий по предупреждению слепоты и формированию регионального банка данных о слепоте.

Состояние здоровья детского населения страны вызывает очень серьезные опасения специалистов. Так, по данным НИИ педиатрии (Хрущев С.В., Шлейфер А.А., 1994), 20% детей 6-7 лет не готовы к обучению в школе; у 50 % детей школьного возраста отмечаются отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата; 30% детей имеют отклонения в сердечно-сосудистой и дыхательной системах; около 70% детей страдают от гипокинезии. По данным Института возрастной физиологии РАО, около половины школьников страдают теми или иными невротическими синдромами (Безруких М.М., 1998): По данным Института возрастной физиологии РАО, Центра здоровья-детей и подростков РАМН и других ведомств, около* 90% детей имеют отклонения в физическом и психическом здоровье. 30 — 35% детей, поступающих в школу, уже имеют хронические заболевания. За годы обучения в школе в 5 раз возрастает число нарушений зрения и осанки, в 4 раза увеличивается количество нарушений психического здоровья, в 3 раза увеличивается число детей с заболеванием органов пищеварения и т.п. Данные о динамике показателей заболеваемости и физического развития школьников, полученные специалистами Научного центра здоровья детей РАМН (Баранов А.А. и др., 2009) свидетельствуют о неблагоприятно протекающих процессах адаптации детей к увеличивающимся учебным нагрузкам. До 80% юношей призывного возраста по медицинским критериям не готовы к службе в вооруженных силах (Сонькин В.Д., Зайцева В.В., 1998); при призыве на военную службу более трети призывников оказываются негодными или ограниченно годными к ней по медицинским показаниям (Петрова Н.Г., Петров М.В., 2007).

1.1. Офтальмологическая заболеваемость у детей

Важным направлением развития отечественного здравоохранения является охрана зрения детей, предупреждение и лечение заболеваний и травм

глаз, профилактика слепоты и слабовидения, снижение уровня инвалидности по зрению с детства.

Анализ всех зарегистрированных в РУз случаев болезни глаза и его придаточного аппарата (Класс УП – по МКБ–10) с 2002 г. по 2012 г. показал, что средний многолетний уровень общей заболеваемости за исследуемый период по республике в целом составил $2274,71 \pm 153,19$ на 100 000 населения с колебаниями интенсивного показателя заболеваемости от 1270,76 до 2635,68 в отдельные годы. Общая заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата по РУз характеризуется ежегодным поступательным ростом уровня заболеваемости: за период 2002-2012 гг. показатель общей заболеваемости вырос на 52,8%. Имеют место территориальные различия уровня общей заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата. Основная часть общей офтальмологической заболеваемости ежегодно формируется за счет вновь возникающих заболеваний. Средний многолетний уровень первичной заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата по республике в целом в 2002-2012 гг. составил $1310,38 \pm 127,23$ на 100 000 населения с колебаниями этого показателя от 521,45 до 1655,08 в отдельные годы. Для более полной характеристики структуры болезней глаза и его придатков в РУз нами проведен анализ данных учета всех офтальмологических больных, зарегистрированных в ЛПУ во всех областях республики в 2009 и в 2010 гг.: численность таких больных по состоянию на 2010 г. составляла 1527960 человек. Оказалось, что на первом месте в структуре изучаемого класса заболеваний находятся болезни конъюнктивы (30,8%). На втором месте – болезни, имеющие коды Н49–Н52, чаще всего представленные миопией и косоглазием. На третьем месте находятся болезни век, слезных путей и глазницы, в основном, воспалительного характера (блефариты, воспаления слезных протоков, дерматозы). Четвертое место занимают болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела (склерит, кератиты, помутнение роговицы). На пятом месте находятся заболевания хрусталика, в

основном, катаракты различного происхождения. Шестое и седьмое места делят между собой болезни сосудистой оболочки сетчатки и глаукома: в 2009 г. это было, соответственно, 6-е и 7-е место, а в 2010 г. – 7-е и 6-е место. Восьмое место занимают болезни зрительного нерва и зрительных путей, а девятое – болезни стекловидного тела и глазного яблока.

В приведенной характеристике структуры офтальмопатологии заболевания, требующие хирургического лечения, не всегда занимают ведущие места. Так, катаракта, составляющая основную часть заболеваний хрусталика, в целом по РУз занимает 5-е место, а в разрезе областей чаще всего находится на 4-6 месте. Глаукома в целом по РУз занимает 6-7 места, по областям – от 5 до 9 места. Диабетическая ретинопатия как основная часть заболеваний сосудистой оболочки и сетчатки по РУз занимает 6-7 место, а в областях чаще всего находится на 7-9 месте. Лишь миопия как важная часть нарушений рефракции и аккомодации занимает 2-е место в целом по РУз и 1-2 место – по областям.

Таким образом, доля заболеваний, обусловленная основными видами патологий, требующих хирургического лечения, в целом невелика. Так, в 2010 г. эти заболевания составили от 2,3% (глаукома) до 27,4% (аномалии рефракции). Однако абсолютное число больных этими формами глазных заболеваний достаточно велико: в целом по РУз таких больных (по состоянию на 2010 г.) было более 500 тыс. человек, в том числе с заболеваниями хрусталика – 57835, глаукомой – 35812, болезнями сосудистой оболочки и сетчатки – 54680, аномалиями рефракции – 426460 человек.

Высокая значимость заболеваний офтальмохирургического профиля подтверждена результатами обследования населения в 2011 году в ходе акции «Неделя оздоровления». В рамках этой акции во всех областях был объявлен прием больных офтальмологами, основной целью которого было выявление наиболее типичных форм заболеваний с последующим определением тактики лечения этих больных. За неделю по РУз к

офтальмологам обратилось 8925 человек, из которых в 8307 случаях выявлены различные заболевания глаз. Чаще всего отмечены обращения по поводу аномалий рефракции (в основном, миопия) – эти заболевания составили более трети всех обратившихся (34,6%). На втором месте оказались воспалительные заболевания (17,4%), на третьем – заболевания хрусталика (катаракта – 15,2%), на четвертом – глаукома (11,3%). В равных долях отмечены заболевания сетчатки и зрительного нерва. Из числа выявленных больных заболевания, требующие хирургического лечения, составили 5678 случаев, т.е. 68,4%.

В соответствии с поставленными задачами проведен анализ уровня и динамики показателей инвалидности по причине болезней глаза и его придатков в РУз за период 2005–2011 гг. По материалам Пенсионного фонда республики, на конец 2011 г. в РУз было зарегистрировано 14359 инвалидов по причине болезней глаза и его придатков, что составляет 7,2% от общего числа инвалидов. Показатели общей инвалидности в анализируемый период варьировали от 10,9 до 8,6 на 10000 взрослого населения, что близко к аналогичным показателям, регистрируемым в других странах.

Структура причин инвалидности по причине офтальмопатологии ежегодно была однотипной. Основными причинами инвалидности являются: аномалии рефракции (30,9%), дистрофические заболевания сетчатки и зрительного нерва (30,6%) и глаукома (15,5%); эти формы патологии обуславливают 77% инвалидности. 6,4%, 5,9% и 5,4% составляют, соответственно, катаракта, заболевания роговицы и последствия травм. Остальные формы заболеваний глаза обуславливают в совокупности 5,3% инвалидности. Таким образом, заболевания офтальмохирургического профиля являются причиной инвалидности в 94,7%.

Заболеваемость по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) детей и подростков превышает показатели заболеваемости взрослого населения и имеет тенденцию к росту (Конева Л.В., 1998). Для рациональной организации лечебно-профилактической помощи детям с

офтальмопатологией необходима объективная информация об эпидемиологии этих заболеваний (Конева Л.В., Мармылев А.Л., 1995). Распространенность зрительных нарушений у детей в 2001 г. составила 16,0 на 10 тыс. детского населения, слепоты на один и оба глаза - 5,0 и 2,0 соответственно. По новейшим данным, среди детей до 14 лет болезни глаза и его придаточного аппарата по обращаемости составили 1747,7 случая на 100 тыс. детей данного возраста (Нероев В.В., Травкин А.Г., 2008).

Инвалиды по зрению с детства составляют 20,7% в общем контингенте инвалидов по зрению в Российской Федерации, а в возрасте 19-50 лет - 55,4%.

В структуре инвалидности по зрению среди детей первое место занимают аномалии рефракции (26,4%), далее следуют врожденная катаракта (17,3%), ретинопатия недоношенных и другие заболевания сетчатки (16,6%), патология зрительного нерва (12,0%), травмы глаза (10,5%), пороки развития (5,3%) и глаукома (3,8%) (Либман Е.С., 2008).

Среди аномалий рефракции главное место принадлежит близорукости, частота которой у выпускников школ достигает 20-25%. Основными причинами слепоты и слабовидения с детства являются патология зрительного нерва и сетчатки, врожденные заболевания глаз (катаракты, глаукомы, аномалии развития), ретинопатия недоношенных, увеиты, миопия высокой степени.

Врожденная патология органа зрения у учащихся специальных школ для слепых и слабовидящих детей выявляется в 88-92% случаев. В последние годы резко возросла роль ретинопатии недоношенных в формировании слепоты и слабовидения с раннего детства (Волков В.В. и др., 2002; Нероев В.В., Катаргина Л.А., 2008; Катаргина Л.А., Коголева Л.В., 2009). Ведущие причины слепоты при этом заболевании - пролиферативный процесс, фиброз и отслойка сетчатки различного генеза (Сидоренко Е.И., Илларионова Е.В., 2002). Отслойка сетчатки у детей встречается значительно реже, чем у взрос-

лых: лишь 3,2 - 6,6% всех случаев отслойки сетчатки приходится на долю пациентов детского возраста (Meier P., 2008).

Довольно значительное место в структуре глазных заболеваний детей занимает детский глазной травматизм (Сидоренко Е.И. и др., 1995). Инвалидов-мальчиков больше, чем инвалидов-девочек (66% и 34% соответственно). Подавляющее большинство инвалидов утратили зрение с рождения. Нарушение зрительной системы в раннем возрасте наносит огромный вред формированию психических процессов, двигательной сферы, физическому развитию, приводит к утрате трудоспособности. Учитывая высокую инвалидизацию при заболеваниях органов зрения, становится ясным, насколько необходима медицинская помощь, профилактика и реабилитация таких больных.

Е.И. Ковалевский (1986) в структуре заболеваний глаз у дошкольников выделил две группы нозологических форм: первая — воспалительные заболевания и повреждения вспомогательного аппарата глаза (40%), вторая - аномалии рефракции с косоглазием и амблиопией (50%). При этом автором отмечено, что в ежегодной динамике удельный вес воспалительных заболеваний и повреждений постепенно снижался, хотя и не слишком резко. Эти сдвиги обусловлены тем, что подавляющая часть дошкольников (98%) находится в детских учреждениях, где профилактика, диагностика и лечение более своевременны и эффективны. По данным того же автора, у 64% детей выявлена дальнозоркость с астигматизмом или без нег, а у 5% - близорукость с астигматизмом или без него, у 31% детей - эмметропия. Среди детей с близорукостью в 80% случаев миопия была слабой степени, в 17% - средней и 3% - высокой. Частота заболеваний глаз у дошкольников больше, чем у школьников: у детей до 1 года этот показатель составляет 115 на 100 тыс. детского населения, от 1 до 3 лет - 120, от 3 до 7 лет - 108, у детей и подростков 7-15 лет - 104 на 100 тыс. детского населения соответствующего возраста.

Серьезной проблемой является нарушение зрения у детей и подростков во время обучения в школе. Болезни глаза и его придаточного аппарата, включая снижение остроты зрения, занимают в структуре общей заболеваемости детей и подростков более 3%. За период учебы в образовательных учреждениях количество детей с пониженной остротой зрения увеличивается.

По данным профилактических осмотров в 2006 г. за время пребывания в образовательных учреждениях возрастает число детей с понижением остроты зрения: с 8,2% перед поступлением в образовательное учреждение до 23,3% к моменту окончания обучения. Число детей с понижением, остроты зрения за время обучения увеличивается более чем в 2 раза, и это соотношение сохраняется на протяжении всего периода наблюдения.

По данным информационного бюллетеня «Особенности состояния здоровья населения города Москвы в связи с влиянием факторов среды обитания», в 2006 г. нарушения остроты зрения перед поступлением в школу были выявлены у 8,6% осмотренных детей, проживающих в Москве, а перед окончанием школы - у 23,3%.

Л.В. Конево и А.Л. Мармылевым (1995) проводился осмотр детей на Севере и Северо-Западе России. Исследование показало, что в структуре патологической пораженности детей этого региона преобладают нарушения рефракции и аккомодации (74,1%) и воспалительные заболевания (7,7%).

Анализ патологической пораженности заболеваниями органа зрения детей в зависимости от возраста и пола показал, что с возрастом отмечается накопление патологии органа зрения как у мальчиков, так и у девочек в основном за счет нарушений рефракции и аккомодации. Косоглазие чаще выявлялось у детей в возрасте от 3 до 11 лет. Воспалительные заболевания органа зрения чаще отмечались у детей в возрасте до 3 лет и старше 10 лет. Во всех возрастных группах патологии органов зрения у девочек с нарушениями рефракции и аккомодации выше, чем у мальчиков. В то же время во всех возрастных группах старше 2 лет косоглазие чаще выявляется у мальчиков,

чем у девочек. Патологическая пораженность воспалительными заболеваниями органа зрения у мальчиков также существенно возрастает во всех возрастных группах, за исключением возраста 7-10 лет, когда эти показатели у мальчиков и девочек практически равны.

Е.Е. Сомов и др. (1995) приводят следующие данные о распространенности и структуре офтальмологической патологии у детей (оценивалось состояние здоровья детей, находящихся в школах-интернатах для слепых и слабовидящих Санкт-Петербурга): среди причин инвалидизации детей по зрению заметно преобладают врожденные заболевания глаз (49%), второе место занимают различные аномалии рефракции (34,5%) и третье - приобретенная патология (16,1%). В группе детей с заболеваниями органа зрения доля врожденной патологии достигает уже 75,2%. Причем основной ее массив составляют различные комбинированные нарушения (25,5%), дегенерации сетчатки и помутнения хрусталика (13,8%), а также атрофии зрительного нерва (13,3%). Сравнительно невелик удельный вес врожденной глаукомы (3,8%) и косоглазия (5%). Среди приобретенных заболеваний явно доминируют ретинопатии в далеко зашедших стадиях развития (19,96%).

Оценивая состояние детей, находящихся в специальных школах для слабовидящих и слепых, А.В. Хватова и др. (2000) констатируют, что врожденная патология среди причин детской слепоты составляет 88,08%, среди причин слабовидения - 92,2%. Преобладают атрофия зрительного нерва - 30,9%, врожденная катаракта - 19,5%, высокая миопия - 18,2%. Доля аномалий глаза в структуре причин слепоты у детей составляет 10,9%, патологии сетчатки - 10,1%, аномалий рефракции 7,8%, врожденной глаукомы - 2,2%, ретинопатии недоношенных - 0,4%.

И.Л. Ферфильфайн и др. (1992) изучали состояние зрительных функций школьников старших классов на Украине. Авторы выяснили, что основными видами патологии глаз у них являлись аномалии рефракции. Количество детей с миопией составило среди учащихся младших классов 7,9%, а среди старшеклассников - 70,9%. По степени близорукости они

распределились таким образом: со слабой степенью - 78,3%, средней - 18,9%, высокой - 2,8%.

По данным Л.А. Александровой (1996), ведущей глазной патологией у северян является миопия, причем у детей Корякского автономного округа она встречалась в 84% случаев (в возрасте до 12 лет — преимущественно слабой степени, в более старшем возрасте - в основном средней и высокой степени с изменениями глазного дна).

Состояние глаз у детей на Севере изучали И.В. Балясникова и др. (1982). По данным ученых, наиболее частой офтальмопатологией являются аномалии рефракции (63,5%). При этом 35,9% приходится на миопию и миопический астигматизм, а 27,6% - на гиперметропию и гиперметропический астигматизм. На втором месте по частоте обращаемости находятся заболевания конъюнктивы - 22,8%, затем травмы органа зрения - 2,8%, заболевания сосудистого тракта - 0,7%, патология хрусталика - 0,6%, пороки развития - 0,15%, новообразования - 0,02%.

По итогам всероссийской диспансеризации детей до 17 лет, в Чувашской Республике на начало 2003 г. заболевания глаза и его придаточного аппарата занимают 3-е место (154,7 на 1000 детского населения) после заболеваний костно-мышечной системы (217,4) и заболеваний эндокринной системы и расстройств питания (175,8) (Волкова Л.П., 2006). По данным профосмотров детей дошкольного возраста г. Чебоксары, нарушения зрения встречаются в 4% случаев, при этом преобладают дети с близорукостью. Около 11% из них имеют спазм аккомодации, что указывает на необходимость профилактики с дошкольного возраста. Л.П. Волкова (2006) отмечает, что среди детей с понижением зрения в возрасте до 7 лет миопия выявлена в 27% случаев, гиперметропия средней степени - в 23%, косоглазие - в 10,3%, разные виды астигматизма - в 6,4 - 8,7%, другие виды патологии - в 5,6% случаев.

В мировой практике вопросам глазной патологии и ее эпидемиологии у детей уделяют большое внимание (Pearce W.G., 1975; Taylor D., 1975; Kortlang C. et al., 1996; Rogers M., 1996; Waddell K.M., 1998; Mets M.B., 1999;

Rahi J. S. et al., 1997, 2003; Reddy S.C., Tan B.C., 2001; Alagaratnam J. et al., 2002; Bulgan T., Gilbert C.E., 2002; Schwarz K. et al., 2002; Shi Y., Xu Z., 2002; Thulasiraj R.D. et al., 2003; Titiyal J.S. et al., 2003; Mirdehghan S.A. et al., 2005).

Распространенность и причины глазной заболеваемости у детей в различных зарубежных странах исследовали R. Riise et al. (1992, 1993), T. Rosenberg et al. (1987, 1992, 1996), S. L. Rudanko и L. Laatikainen (2003, 2004), В.А. van der Pol (1986). По данным этих авторов, глазная заболеваемость составляет на 100 тыс. детского населения в Норвегии и Финляндии - 15, в Исландии - 19, в Дании - 41. В Швеции этот показатель равен 10,9 на 10 тыс. детского населения (Blohme J., Tornqvist K., 1997, 2000). По данным С. Arnaud et al. (1998), во Франции офтальмологическими заболеваниями страдают 8 из 10 тыс. человек, а слепотой - примерно 3 из 10 тыс.

В Австралии наиболее частыми видами глазной патологии у детей являются астигматизм и амблиопия (Robaei D. et al., 2005).

Среди обследованных детей Афганистана мальчики страдали глазной патологией чаще, чем девочки (53,35 и 40,7% соответственно). В структуре заболеваний органа зрения в этой стране у детей первое место занимали воспалительные заболевания (51%) (Петров П.П., Вахеди А.С., 1987).

В ряде развивающихся стран, по данным Ю.Ф. Майчука (1983), А.В. Топаловой и И.Л. Турыкиной (1984), глазные болезни распределяются следующим образом: катаракта - 41,8-47%, глазные инфекции - 7-12,6%, аномалии рефракции - 7,7%.

В странах южной Африки, как отмечают С.Е. Gilbert et al. (1995), структура глазной заболеваемости детей такова: 35.2% - патология роговицы, 13.5% — катаракта и 14.8% — болезни сетчатки.

Некоторые расхождения в структуре офтальмопатологии в разных странах говорят о том, что на распространенность глазных заболеваний

влияет множество факторов: возраст, пол, географические особенности, различия в питании, структура общей заболеваемости.

Данные о глазных заболеваниях, требующих госпитализации, позволяют судить о более тяжелых формах этой патологии у детей, нередко требующих хирургического вмешательства. На повреждения глаз, по обобщенным данным Л.В. Коневой (1996) приходится от 5,5% до 44,3% всех стационарных больных детского возраста, на косоглазие 11,8-22,6%), на болезни век — 1,5-22,6%, на опухоли - 2,7-19%.

1.2. Факторы риска офтальмологической заболеваемости у детей

Анатомо-физиологические особенности зрения детей обуславливают и своеобразие патологии в детском возрасте. Эти особенности накладывают свой отпечаток и на клиническую картину, течение и исход заболеваний глаз у детей (Конева Л.В., 1996).

При определении главных задач по охране зрения важно выделить такие заболевания глаз, которые служат наиболее частой причиной слепоты или понижения зрения. У детей таковыми являются аметропии и косоглазие с амблиопией. На их долю приходится до 90% всех случаев ухудшения зрения в детском возрасте, около 15% нужны очки или линзы (Конева Л.В., 1996).

Миопия уже давно привлекает к себе пристальное внимание исследователей, так как является распространенным дефектом зрения, а также быстро прогрессирует и сопровождается рядом серьезных осложнений (Nissenkorn I. et al., 1983)

В механизме развития близорукости рассматриваются многочисленные гипотезы (Волков В.В., 1984, 1988). Близорукость может наследоваться как по аутосомно-доминантному, так и по аутосомно-рецессивному типу. Э.С. Аветисов (1975) выделял в развитии близорукости три звена: зрительную работу на близком расстоянии при ослабленной

аккомодации; наследственную обусловленность; ослабленную склеру - внутриглазное давление.

F. Trichtel (1986) рассматривает близорукость как проявление стрессовых психофизиологических и соматических реакций организма на условия современной жизни (с гиперфункцией адреналовой системы).

E. Goldschmidt (1968, 1969) установил, что в возникновении миопии в период полового созревания важную роль играет наследственность, а позже - факторы зрительной нагрузки в процессе учебной и профессиональной деятельности. Таким образом, единого мнения о происхождении близорукости нет, однако прослеживается вывод об участии в этиологии этого заболевания нескольких различных факторов.

Другим частым дефектом зрения у детей является косоглазие. Помимо серьезного расстройства зрительных функций, это заболевание оказывает тяжелое психологическое воздействие на ребенка (Медведь Л.И., 1976; Аветисов Э.С. и др., 1977; Пеньков М.А., 1979; Сенякина А.С., 1979, 1981; Дубашева Т.И., 1982; Вайнштейн Б.И., 1988). Косоглазие встречается у 0,51,5% детей. Наиболее часто оно возникает в возрасте 2-4 лет - 53,9% случаев (Маймулов В.Г., 1979, 1984). Содружественное косоглазие возникает в дошкольном возрасте и в 2/3 случаев сопровождается развитием амблиопии, причем степень выраженности последней напрямую связана с длительностью косоглазия. Эффективность лечения содружественного косоглазия в школьном возрасте незначительна (практически с 10 лет бинокулярное зрение у страдающих косоглазием удается восстановить крайне редко, и все лечение сводится к устранению косметического дефекта).

Важное место в структуре офтальмологических заболеваний у детей занимают воспалительные заболевания. Конъюнктивиты - самое распространенное из них (Аветисов Э.С., 1983). Частота возникновения конъюнктивитов составляет 15,0 на 1000 человек. Среди детей этот показатель выше -

19,8 на 1000 человек. Чаще конъюнктивиты встречаются в зонах жаркого климата и в летне-осенний период.

Большое внимание уделяется вопросам глазного травматизма, который является одной из ведущих причин детской слепоты (Бельтюков Г.А., 1980; Лазаренко В.И. и др., 1986, 1989; Волков В.В., 1987; Макаров П.Г., 1987; al- Salem M., Rawashdeh N., 1992) и инвалидности (Колотов В.В. и др., 1985; Мисюн Ф.А., 1985; Сомов Е.Е., 1991). Характерной особенностью травм органов зрения у детей является их большая степень тяжести по сравнению со взрослыми больными. В структуре детского глазного травматизма преобладают бытовые повреждения (90,2%), которые в большинстве своем связаны с самостоятельным проведением детьми своего досуга. Дома или на улице, как правило, травмы возникают при отсутствии настороженности детей к возможному повреждению глаза (дома - 28%, в школе - 4%, на улице - 68%) (Морозова Т.А. и др., 1985). Причинами тяжелых исходов глазных травм часто является позднее обращение к врачу, а причиной позднего обращения детей и их родителей за помощью - скрытый механизм травмы: в одних случаях дети первых лет жизни не могут объяснить условия травмы, в других - сознательно скрывают из-за ложного чувства товарищества или боязни наказания (Вильшанский Э.Н., 1979; Макаров П. Г., 1987).

Несмотря на то, что воспалительные заболевания сосудистого тракта и сетчатой оболочки у детей встречаются относительно редко, они служат одной из наиболее частых причин неизлечимой слепоты (Конева Л.В., 1996).

Большое значение для профилактики и предупреждения глазной патологии имеют многофакторные критерии оценки клинического и функционального состояния организма ребенка с учетом биологических и социально- гигиенических условий среды (Flanagan N.M. et al., 2003; Tornqvist K., Källén ,2004).

Ряд авторов указывает на неблагоприятное воздействие факторов анте-, интранатального и пренатального периодов (родовая травма, токсикоз беременности, асфиксия, низкий вес при рождении) (Bryars J.H., Archer D.B., 1977; O'Keefe M. et al., 1990; Czeizel E. et al., 1991; Jacobson L., Stenström I., 1993; Rosenberg T. et al., 1994, 1996; Seroczynska M. et al., 2001; Kello A.B., Gilbert).

Ретинопатия недоношенных (РН) - сосудисто-пролиферативное поражение сетчатки, приводящее к необратимой слепоте (Аветисов Э.С., 1997; Антонов А.Г., Байбарина Е.Н., 2000; Сайдашева Э.И. и др., 2000; Сидоренко Е.И. и др., 2000; Асташева И.Б., Сидоренко Е.И., 2002; Аронскинд Е.В. и др., 2006; Нероев В.В., Катаргина 2008; Катаргина Л.А., Коголева Л.В., 2009; Л.А., Robinson G.C., Jan J.E., 1993; Knight-Nanan D.M. et al., 1996; Holmstrom G. et al., 1998; Kösa E., Grasselly M., 2006). В последние годы РН выходит на первое место среди причин инвалидности по зрению у детей. В 40-50-е годы XX в. РН являлась причиной слепоты у 6-18% детей. В настоящее время этот показатель в США, Канаде, Швеции, достигает 20% (Knight-Nanan D.M. et al., 1996; Holmstrom G. et al., 1998; Mervis C.A. et al., 2000).

Неблагоприятное воздействие перинатально оказывают такие факторы, как возраст родителей, здоровье родителей, вредные привычки (Веселов Н.Г., 1980).

Все дети с осложнениями перинатального периода должны быть отнесены к группе риска возникновения глазной патологии с последующим активным динамическим наблюдением окулиста в амбулаторных условиях. Часть детей, перенесших родовую травму спинного и головного мозга, гемолитическую болезнь новорожденных, гипоксически-ишемическое повреждение головного мозга в неонатальном периоде, нуждается в комплексном офтальмологическом обследовании (Сидоренко Е.И., Парамей О.В., 1997; Таболин В.А. и др., 1999).

Состояние физического развития также влияет на формирование зрительных функций. Так, еще в 70-х - 80-х гг. прошлого века отмечено частое развитие миопии у детей с ускоренным ростом, особенно в период полового созревания (Скородинская В.В., 1974; Колосов В.И. и др., 1981).

Есть данные о том, что миопия чаще встречается среди детей с более низким физическим развитием (Ефимов Е.М. и др., 1977).

Т.С. Смирнова и др. в 1979 г. высказали мнение, что показатели, соответствующие весу, росту, возрасту, объему грудной клетки, гемодинамические показатели не являются информативными сами по себе, однако все же на них стоит обращать внимание. По мнению ряда авторов (Ковалевский Е.И., 1978; Комаров Ф.И. и др., 1982; Стуколкин О.Н., 1983; Маймулов В.Г., 1984), некоторые хронические заболевания оказывают неблагоприятное воздействие на зрительный анализатор детей и даже приводят к инвалидизации.

Доказано (Пыльцина Н.Ю., 2007), что существенным прогностическим признаком прогрессировать миопии является снижение мышечной массы на 30% и более (в балльной оценке) по сравнению с группой детей со стабилизированной близорукостью и контрольной группы. Кроме того, в группе детей с прогрессирующей близорукостью отмечена высокая частота общих хронических заболеваний (58%), тогда как в контрольной группе общая заболеваемость составила 34,3%, а у детей со стабилизированной близорукостью - 35,1%) случаев.

Учитывая, что сахарный диабет - одно из самых распространенных эндокринных заболеваний (наследственный характер заболевания выявляется до 55% случаев), а также то, что из всех эндокринных расстройств диабет наиболее часто вызывает изменения со стороны органа зрения, приводящие к тяжелой ретинопатии и слепоте, изучение ранних глазных симптомов этого заболевания представляется актуальным не только для офтальмологов, но и педиатров (Prasad S. et al., 2001). Проявления сахарного диабета наблюдаются практически во всех отделах глазного яблока и его придаточного аппарата. Это хронические, рецидивирующие ячмени, блефариты, изменения в конъюнктиве в виде микроаневризм и варикозных расширений. Микроаневризмы

наблюдаются при тяжелом течении диабета уже через один год. Многолетние наблюдения за больными сахарным диабетом позволили выявить катаракту у 7% больных, чаще у детей школьного возраста. Возникновению катаракт нередко предшествует быстро увеличивающаяся транзиторная близорукость (Гусева М. Р., 2001; Kristinsson J.K., 1997)

Показателями, сопутствующими близорукости, особенно у школьников, являются кариес зубов, высокая степень выраженности аденоидов и миндали. Работа К.Н. Хаитовой (1974) посвящена вопросу о возможности влияния на аккомодацию глаз у детей некоторых инфекционно-аллергических заболеваний. Автор считает, что в остром периоде таких заболеваний, как хронический тонзиллит, ревматизм, нефрит, как правило, наблюдается резкое снижение всех показателей, характеризующих состояние аккомодации; иногда клиническая картина приобретает характер близкий к тому, который наблюдается при миопии.

По данным различных авторов, у страдающих гипертонической болезнью глазное дно изменено в 50-95% случаев. Изменения зависят от возраста больного, течения и характера болезни, сопутствующих заболеваний. Ранние изменения глазного дна со снижением зрительных функций наблюдаются у детей со вторичной гипертонией. Среди школьников повышение артериального давления наблюдается у 10%, причем частота симптоматической гипертонии составляет 40% от общего числа больных с повышенным артериальным давлением. Характерными чертами гипертонической ангиопатии являются сужение артерий, расширение вен и неравномерность калибра сосудов. У детей младшего и раннего школьного возраста, в отличие от взрослых, отсутствует стадия ангиосклероза. Явления гипертонической ретинопатии развиваются достаточно быстро: на глазном дне появляются хлопьевидные очаги транссудации, кровоизлияния, отек диска зрительного нерва. Ранние изменения глазного дна со снижением зрительных функций наблюдаются у детей со вторичной гипертонией на почве опухолей надпочечников - феохромоцитомы (хромаффиномы), при тяжелой патологии почек. При этом на глазном дне с типичной картиной ангиоретинопатии имеется

макулопатия в виде фигуры многолучевой звезды в связи с выраженным отложением холестерина по ходу нервных волокон сетчатки (Гусева М. Р., 2001)

1.3. Проблема отслойки сетчатки в педиатрии

Сетчатая оболочка состоит из сенсорной сетчатки и пигментного эпителия. При отслойке сетчатки сенсорная сетчатка отделяется от пигментного эпителия, который остается связанным с мембраной Бруха и подлежащей хориоидеей. Образующаяся щель соответствует онтогенетическому пространству между наружным и внутренним листками глазного бокала (Faude F., Wiedemann P., 1995).

Различаются три вида отслоек сетчатки (Faude F., Wiedemann P., 1995): регматогенная (первичная), тракционная и экссудативная (вторичная). Иногда в качестве отдельного вида заболевания выделяется тракционно-регматогенная отслойка сетчатки (Нероев В.В., Сарыгина О.И., 2008).

Регматогенная (от греч. rhexis - разрыв) отслойка сетчатки связана с наличием разрыва сетчатки, через который под нее проникает жидкость из стекловидного тела.

Существует два основных механизма формирования разрыва сетчатки. Первый связан с истончением сетчатки в зоне дистрофий. При втором механизме разрыв сетчатки возникает при натяжении (тракции), которое испытывает сетчатка со стороны стекловидного тела при развитии его возрастных изменений и задней отслойки.

При тракционном происхождении отслойка сетчатки обусловлена выраженным натяжением со стороны стекловидного тела в области витреоретинальных сращений даже без образования разрыва (мест прочного контакта сетчатки со стекловидным телом). Типичным примером такой отслойки является отслойка сетчатки у больных сахарным диабетом. При сочетании тракции с наличием разрыва сетчатки отслойка называется тракционно-регматогенной.

Экссудативная отслойка сетчатки является следствием различных заболеваний глаза (опухоли сетчатки и сосудистой оболочки, воспаление сосудистой оболочки и др.), которые сопровождаются накоплением жидкости под сетчаткой (в субретинальном пространстве).

Причиной развития отслойки сетчатки могут быть врожденные аномалии развития, нарушения метаболизма, сосудистые заболевания, травмы глаза, наличие диабета. Риск развития отслойки увеличивается при близорукости, после перенесенных операций на глазном яблоке (возрастает тракционное воздействие стекловидного тела на периферию сетчатки), наличии опасных дегенераций сетчатки, травме глаза. Риск развития отслойки увеличивается, если имелись случаи отслойки сетчатки у близких родственников (возможное наличие дегенераций сетчатки у нескольких членов одной семьи как генетическая особенность) (Нероев В.В., Сарыгина О.И., 2008; Meier P., 2008).

При отслойке сетчатки неблагоприятные условия включают, прежде всего, гипоксию и, вероятно, гипогликемию, обусловленные физическим удалением сетчатки от источника ее кровоснабжения (Lewis G.P. et al., 2002) и от жизненно необходимых для нормального функционирования биологических факторов, секретируемых ретинальным пигментным эпителием (РПЭ) в нормальной сетчатке. При этом наиболее уязвимыми к гипоксии являются фоторецепторы (Егорова Е.Н., 2007).

Отслойка сетчатки относится к разряду заболеваний, требующих срочного лечения. Основным методом лечения этой патологии - хирургический. Обязательным условием успеха операций по поводу отслойки сетчатки, является их своевременность, поскольку длительное существование отслойки приводит к необратимым изменениям сетчатки, гибели зрительных нейронов (Аветисов Э.С. и др., 1987; Джусоев Т.М., Байбородов Я.В., 2001).

Патогенетически обоснованное лечение отслойки сетчатки было предложено в 1929 г. I. вопт. Им были выделены следующие моменты хирургии сетчатки: 1) обнаружение разрыва или отрыва сетчатой оболочки; 2) блоки-

рование или ограничение разрыва или отрыва сетчатой оболочки; 3) создание контакта отслоенной сетчатки с сосудистой оболочкой; 4) обеспечение стойкого слияния между сетчатой и сосудистой оболочками.

Все методы хирургии отслойки сетчатки, применяемые в настоящее время, подразделяются на экстрасклеральные (вмешательство производится на поверхности склеры) и эндовитреальные (вмешательство проводится изнутри глазного яблока). Эндовитреальная хирургия - это новая высокотехнологичная область микрохирургии глаза (Джусоев Т. М., Байбородов Я.В., 2001).

При отслойке сетчатки у детей характерна поздняя обращаемость, как правило - позднее и случайное выявление снижения зрения (при профосмотрах) и поздняя диагностика отслойки сетчатки. Наиболее частой причиной возникновения отслойки сетчатки у детей являются травмы - как проникающие ранения (30,8%), так и контузии (37,4%). У большинства больных отслойка сетчатки является тяжелой из-за осложняющих факторов (рубцы роговицы, частичные помутнения хрусталика, фиброз стекловидного тела, ригидность сетчатки, трудности обнаружения разрывов) (Боброва Н.Ф. и др., 1995).

О важности своевременного начала лечения пишут Е.И. Сидоренко и др. (1993). Позднее обращение за помощью при отслойках сетчатки в детском возрасте, как правило, связано с ослабленной критикой у детей, невнимательным отношением их к ощущениям глаза, неумением изложить свои ощущения. Родственники детей не всегда придают должное значение их жалобам на ухудшение зрения. Авторы также указывают на недостаточную настороженность окулистов в отношении этой патологии: осмотры часто проводятся поверхностно, без расширения зрачков и тщательного исследования глазного дна. Большинство детей с отслойкой сетчатки, поздно поступивших в специализированный стационар, получали лечение по месту жительства (60%).

В клинической практике встречаются случаи отслоек сетчатки после лазерной коррекции зрения. Крупномасштабное исследование, проведенное в Иране (Faghihi H. et al., 2006), показало, что, несмотря на опасения некоторых ученых, частота отслоек сетчатки после лазерной коррекции зрения по методике LASIK не отличается от частоты отслоек у близоруких людей, пользующихся очками или контактными линзами. Иранские офтальмологи проанализировали данные наблюдения в течение 2,5 лет за 59424 глазами, прооперированными по методике LASIK. У 49 пациентов (49 глаз) в среднем через 2 года развилась отслойка сетчатки. Таким образом, годовая частота отслоек сетчатки у пациентов после лазерной¹ коррекции зрения составила 0,032%.

1.4. Структура офтальмологической помощи детям

Учитывая широкую распространенность заболеваний органа зрения у детей, высокую инвалидизацию при этих заболеваниях, а также важность зрительных функций для активной жизни человека, становится ясно, что правильная организация офтальмологической помощи детям крайне важна.

Офтальмологическую помощь населению Республики Узбекистан оказывают 1169 офтальмологов, из них в государственной системе работают 995, Показатель обеспеченности врачами по Республике составляет 0,27. Среди офтальмологов 56 имеют ученую степень, из них докторов мед.наук 10, кандидатов мед.наук -46.

Амбулаторно-поликлиническая помощь. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в 680 глазных кабинетах ЦРБ и ЦГБ. За год к офтальмологам было сделано 5,8 млн. поликлинических посещений.

Охват профосмотров на глаукому по Республике составил 60,3% от запланированного, а выявляемость больных глаукомой по РУз - 0,3. Процент выполнения профосмотров среди дошкольников по РУз равен 72,6%, среди школьников -76,5% .

Стационарная помощь. Количество офтальмологических коек по РУз - 1734, показатель оборота койки - 47,4, дни работы койки-290, хирург, активность-46,6%, сред.пребывание больного на койке-6,5. За год по Республике стационарное лечение получило 84440 больных, из них лишь 37943 (45%) больным проведено хирургическое лечение. Из них 15371 (40,5%) - экстракции катаракты, в том числе с имплантацией интраокулярной линзы - 2855 (70,6%).

Проблемы и задачи. В свете реализации Постановления Президента № 700 02.10.2007г. и приказа МЗ РУз № 347 от с 2009г. РСЦМГ стал головным учреждением Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по офтальмологии. Директор Центра Сидиков З.У. назначен главным консультантом по офтальмологии МЗ РУз. По Распоряжению МЗ РУз № 384 от 29.03.2010г. утверждены состав консультативно- методического Совета (председателем совета является директор РСЦМГ) при главном специалисте по офтальмологии, схема закрепления кафедр офтальмологии и офтальмологических учреждений Республики за регионами республики, временные показания для госпитализации в областные офтальмологические больницы и отделения, финансируемые из госбюджета. Проведены семинар-совещания с участием главных специалистов регионов и зав.кафедр глазных болезней ВУЗов при РСЦМГ. Разработаны планы мероприятий по улучшению офтальмологической службы главным офтальмологом-консультантом МЗ РУз совместно с ГУЛПП МЗ РУз с указанием конкретных сроков исполнения на 2010г.

РСЦМГ является безусловным лидером офтальмологии Узбекистана, что подтверждается следующими цифрами:

- ежегодно в центре проводится более 2,5 тыс. операций по поводу катаракты, т.е. 12% всех экстракций катаракт по Республике. При этом доля факоемульсификаций (ФЭК) достигает 70%.

-из всех высокотехнологичных операций 75% выполняются в РСЦМГ, это операции: пересадка роговой оболочки, факоемульсификация катаракты с имплантацией гибких интраокулярных линз, панретинальная лазеркоагуляция сетчатки.

- проводится до 30 сквозных кератопластик (пересадка роговой оболочки), в том числе с проведением тройной процедуры (сквозная кератопластика+удаление катаракты+имплантация искусственного хрусталика- ИОЛ),

- разные виды лазерных операций на переднем и заднем отрезках глазного яблока. Организованы курсы усовершенствования врачей по микрохирургии катаракты. С 2007г. функционирует Хорезмский филиал РСЦМГ в г.Ургенче.

Анализ состояния офтальмологической службы Республики Узбекистан в настоящее время показал, что, несмотря на определенные достижения офтальмологической науки и практики, соответствие международному уровню качества услуг, оказываемых крупными офтальмологическими клиниками страны, остается нерешенным ряд проблем в сфере оказания населению качественной детской офтальмологической помощи. В этой связи одной из главных задач является подготовка высококвалифицированных офтальмологических кадров, дальнейшее развитие науки, разработка и внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения глазных заболеваний.

Актуальной проблемой является профилактика и раннее активное выявление таких социально значимых заболеваний, являющихся основными причинами слепоты и слабовидения, как глаукома, диабетическая ретинопатия, миопия, диагностика которых страдает вследствие пассивности и зачастую недостаточного профессионального уровня офтальмологов. Профилактика и раннее выявление больных с глаукомой на недостаточном уровне. Нет притока молодых кадров, особенно в поликлинической службе.

Парк медицинского и офтальмологического оборудования изношен, требует замены. Не до конца отработаны этапы оказания экстренной офтальмологической помощи населению от СВП до республиканских центров. Имеются нерешенные проблемы в системе оказания платных и льготных услуг. Существующие стандарты диагностики и лечения, утвержденные МЗ РУз, не всегда соблюдаются на местах.

Также, основными задачами офтальмологической службы РУЗ являются модернизация и обновление парка медицинской техники и инструментария, реструктуризация офтальмологических коек по регионам, аккредитация офтальмологических учреждений строго с определением перечня разрешенных услуг.

Диспансерное наблюдение всего контингента проводилось по пяти-групповой системе (Старков Г.Л. и др., 1986):

- о первую группу составляли здоровые дети, которые осматривались окулистом в декретированные возраста.

- о лица со стойкой компенсацией процесса составляли вторую группу и осматривались окулистом 1-2 раза в год;

- о больные с тенденцией к обострениям, прогрессированию болезни входили в третью группу и наблюдались 3-4 раз в год;

- о ранний послеоперационный период, активное течение болезни служили основанием для включения в четвертую или пятую группы, в которых пациенты подлежат частым осмотрам.

1.5. Экономические аспекты офтальмологической помощи детям

Основным учреждением в городах, оказывающим офтальмологическую помощь, является поликлиника. По данным В.А. Миняева и др. (1980), структура затрат поликлиник для взрослых на основные виды специализированной вспомогательной помощи (на момент написания статьи) была такова: терапевт (доля расходов в процентах) - 35%, стоматолог - 10,9%, акушер- гинеколог - 6,1%, офтальмолог - 2,0%. На

офтальмологический кабинет поликлиники для взрослых приходится 8,3% от общего количества посещений (Снегур Е.А. и др., 1985).

Средние затраты времени на прием одного пациента у поликлинических офтальмологов составляли: нормативные - 7,5 мин., фактические - 5,98 мин.; среднечасовая нагрузка: нормативная - 8,0 мин., фактическая - 8,0 мин.; полнота использования рабочего времени - 83,7% (Канеп В.В., Липовецкая Л.Л., 1981).

Эффективное использование коечного фонда - одна из важнейших проблем экономики здравоохранения.

Повышение качества медицинской помощи является приоритетной задачей современного здравоохранения. Если говорить об офтальмологии, то по данным Ю.П. Лисицына (1993) менее всего, 24% населения были удовлетворены работой врача-окулиста. Положительную оценку работы стационара дали 63,8% опрошенных, поликлиник - 40%. Основные причины неудовлетворенности - большие очереди на прием, отсутствие необходимых специалистов, сложность попасть к ним на прием.

Экономическая ситуация в стране подтолкнула здравоохранение к необходимости реформирования. Перед здравоохранением страны поставлена стратегическая задача - сделать его высокорентабельным, для чего необходимо перераспределить средства в соответствии с целесообразностью в развитии передовых технологий (Дембский Л.К., 2000)

Анализ литературы свидетельствует о том, что ведущие офтальмологические учреждения уделяют существенное внимание различным аспектам детской офтальмологии. Благодаря интенсивным научным исследованиям и частичному внедрению в практику их результатов достигнуты определенные успехи в лечении ряда заболеваний глаз у детей, в том числе отслойки сетчатки. Применение разработанных новейших технологий дает возможность сохранить и восстановить зрение значительному числу детей. Вместе с тем, отсутствуют сравнительные

исследования, содержащие оценку различных методов лечения детей с отслойкой сетчатки с точки зрения клинической и экономической эффективности, возможности сохранения зрительных функций, предотвращения инвалидизации.

Кроме того, практически отсутствуют исследования, посвященные анализу организации офтальмологической помощи детям, проживающим в сельской местности. Указанное и определило актуальность данной работы.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материалы исследования

Исследование проводилось нами на базе Бухарской области. По данным Госкомстата на 1.01.2018 г. в области проживало 1870000 чел., в т.ч. 560295 детей и подростков.

На территории области имеется 11 районов. Общая площадь области составляет 39400 кв. км., плотность населения - 42,74 чел. на 1 кв. км.

По данным ведомственные статические отчетности общая заболеваемость детского населения болезнями глаза и его придаточного аппарата в 2019 г. составила 14088 больных детей. Необходимо отметить, что с 2014 г. по 2019г. показатель увеличивается (с 91,8% до 105,1%), в последующем же наметилась тенденция к его снижению, хотя он остается выше, чем в 2014г.

В структуре общей заболеваемости преобладают аномалии рефракции, в т.ч. миопия (в 2017г. на ее долю пришлось 45,5%). Важно отметить, что по результатам профилактического осмотра миопия была выявлена у каждого 4 - 5 выпускника школ, причем в 6-8% случаев имела место миопия высокой степени, ограничивающая возможности профессиональной деятельности.

Процент охвата диспансерным наблюдением детей с патологией органа зрения сравнительно невысок (колебания за разные годы составляют от 24,3% до 27,6%; существенно выше он (43,6%-46,1%) - при миопии. Выше (по сравнению с детьми) уровень общей заболеваемости подростков (123,4% в 2009 г.) также при общей тенденции к снижению за последние годы. Доля миопии в структуре заболеваемости увеличивается до 47,8%.

Первичная заболеваемость подростков составляет 2350 (2019 г.) и в динамике снижается. Сопоставление уровней заболеваемости детей и подростков позволяет констатировать, что с увеличением возраста в популяции происходит «накопление» заболеваний органа зрения. Снижение

в динамике уровня общей заболеваемости (при сохранении и усугублении факторов, негативно влияющих на зрительный аппарат, в т.ч. увеличении уровня компьютеризации), на наш взгляд, может свидетельствовать о снижении выявления данной патологии (в силу объективных причин и недостаточной доступности офтальмологической помощи и субъективных факторов).

По нашим данным, в Бухарской области почти в 66,9% причиной инвалидности ребенка является аномалия рефракции, среди них 67,9% всей патологии занимает близорукость. Наибольшее число слабовидящих детей было в возрастной группе старше 10 лет, наименьшее число инвалидов среди детей младше 3 лет. Скорее всего, это связано с низкой выявляемостью патологии органов зрения у детей, нехваткой детских 53 офтальмологов в области, особенно в районных центрах, в результате чего некоторые дети первичный осмотр окулиста проходят в возрасте старше 1 года, а также поздним направлением детей на обследование и лечение в областную глазную больницу (Одилова Г.Р.1, Нуритов А.И.2, 2017 г.).

Структура офтальмологической помощи в области представлена следующим образом. В области имеется 13 детский врач-офтальмолог и еще в двух населенных пунктах ведется консультативный прием детей «взрослым» врачом-офтальмологом». На базе областной консультативной поликлиники ведут прием 2 врачей-офтальмологов.

Стационарная помощь детям области с патологией органа зрения оказывается только в офтальмологическом отделении областной офтальмологической клинической больницы, которое насчитывает 50 койки, из них всего лишь 4 детские койки. Обеспеченность койками данного профиля составляет 0,26 на 10 тыс. населения. В одном из районов области имеется специализированный детский сад (№ 24) для слабовидящих и нелепых детей, специализированная школа (№ 57), детский офтальмологический санаторий.

Основными нозологическими формами, по поводу которых осуществлялась госпитализация при болезни (в т.ч. отслойки) сетчатки (31,8%), нарушение рефракции и аккомодации (19,4%), косоглазие (1,1%), травмы глаза и глазницы (4,2%).

2.2. Методы исследования

Методика исследования включала в себя несколько этапов (рис. 1). На первом этапе после изучения литературных данных по анализируемой проблеме были определены цель, задачи исследования, алгоритм его проведения, разработаны первичные учетные документы, составлена рабочая программа.

На втором этапе были проанализированы ведомственные статистические данные Комитета по здравоохранению Правительства Бухарской области, позволившие, во-первых, получить представление об уровне распространенности патологии глаз среди детей области, и, во-вторых, о структуре оказания офтальмологической помощи детям (представленные выше). То есть, по сути, была проанализирована генеральная совокупность.

На следующем этапе изучалось состояние оказания амбулаторной помощи (преимущественно на уровне областной консультативной поликлиники и опосредованно - на районном этапе сельского здравоохранения). Для изучения структуры проконсультированных детей (которая в значительной степени отражает структуру нозологических форм офтальмопатологии среди детей области в целом) и характера оказанной им помощи была составлена специальная «Карта проконсультированного в поликлинике» (приложение №1), включающая данные о возрасте, поле ребенка, диагнозе и цели направления на консультацию, путях направления, месте жительства ребенка, окончательных диагнозах, установленных консультантом, остроте зрения, сведения об объеме помощи (в т.ч. о длительности и кратности наблюдения, консультациях других специалистов, госпитализациях, санаторном лечении, характере рекомендаций и

результативности наблюдения в случаях, если консультирование не носило одноразовый характер).

2.3. Характеристика работы.

Всего было заполнено 60 карт и изучено 100 посещений, что составило примерно 20% от объема генеральной совокупности по областной поликлинике и обеспечило достоверность выборки. Кроме этого, для оценки качества помощи, оказанной на амбулаторном этапе (в районной и областной поликлинике), была разработана «Карта экспертной оценки проконсультированного больного».

Высококвалифицированными специалистами Бухарской Государственной медицинской институте было проэкспертировано 30 амбулаторных карт пациентов. Проводилась оценка как на этапе районной поликлиники (по данным направительных документов), так и в областной поликлинике. Разработанная карта, наряду с общими сведениями (пол, возраст, диагноз, ребенка), включала балльную оценку уровня обследования, обоснованности диагноза, проведенного лечения (рекомендаций), заполнения медицинской документации. Оценивание проводилось в трехбалльной системе: «0» баллов ставился в случае грубых нарушений (отсутствие обследования, несовпадение диагнозов и т.д.); «0,5» баллов - при наличии небольших дефектов, «1» балл — при отсутствии замечаний. По «областному блоку» баллы суммировались (их максимальная сумма могла составить 5 баллов). При последующей обработке рассчитывались средние баллы. Кроме того, разработанная карта позволяла также экспертам высказать те или иные замечания в неформализованном виде.

«Карта госпитализированного больного» включала такие признаки, как пол, возраст детей, их место жительства, каналы, цель, характер госпитализации, диагнозы (направления, приемного покоя, клинический), длительность лечения, характер проведенного обследования и лечения, исходы госпитализации. Было заполнено 10 таких карт, т.е. объем выборки составил более 20% от общего числа госпитализированных в течение года.

Карта экспертной оценки была во многом аналогичной таковой для амбулаторной помощи. Однако она включала дополнительно оценку степени обоснованности длительности госпитализации. Суммарное максимальное число баллов могло составлять 6,0. Общее число заполненных карт составило 5.

Статические методы

Весь собранный материал был зашифрован и обработан с использованием стандартных программ статистической обработки на Вычислительном центре. При этом было получено более 30 групповых статистических таблиц, были рассчитаны статистические показатели (и их ошибки), средние величины (и их ошибки). Достоверность разности показателей и средних величин оценивалась с помощью критерия Стьюдента. Полученные данные были проанализированы, обобщены и явились основой для разработки практических рекомендаций, направленных на реализацию цели и задач исследования.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Характеристика амбулаторного этапа оказания амбулаторной офтальмологической помощи детям с рефракционными аномалиями

3.1.1. Контингент проконсультированных детей. В структуре детей, проконсультированных в областной консультативной поликлинике, примерно равную часть составили мальчики (47,0%) и девочки (53,0%). В возрастном составе наибольшую часть составили дети 7-14 лет (44,5%); меньшей была доля пациентов 1-3 (28,0%), 4-6 (15,5%), старше 14 лет (12,0%).

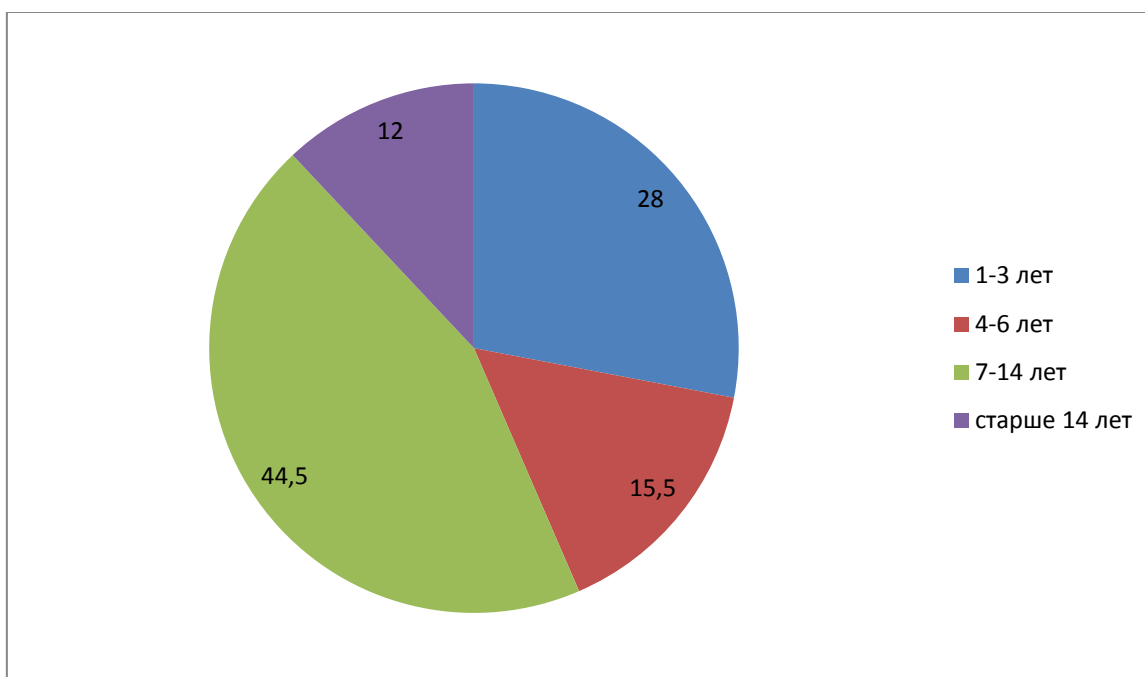


Рис. 1. Возрастная структура проконсультированных детей (%)

На консультацию 56,3% детей были направлены офтальмологом; 19,1% - педиатром; 8,5% - другими специалистами; 16,5%) обратились самостоятельно. Детей до года направлял на консультацию во всех

случаях офтальмолог; доля направленных педиатром была наибольшей в возрастной группе 1-3 года; обратившихся самостоятельно - в 4-6 и старше 14 лет; направленных другими специалистами - в старшей возрастной группе (табл. 1).

Как направлен	Возраст, лет				
	до 1	1-3	4-6	7-14	старше 14
Самостоятельно	-	14,3	22,6	14,6	21,1
Офтальмолог	100,0	41,1	48,4	66,3	57,9
Педиатр	-	35,7	22,6	11,2	5,3
другие специалисты •	-	8,9	6,4	7,9	15,7
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 1. Распределение детей разного возраста по путям направления на консультацию (%)

Целью направления в подавляющем большинстве (95,0%) случаев являлась консультация; в 1,5% - решение вопроса об оперативном лечении (дети 1-6 и старше 14 лет); в 3,5% - обследование (с этой целью в наибольшем проценте случаев - 25,5% - направлялись дети в возрасте до года). Доля направленных для решения вопроса об операции среди мальчиков была выше (2,2%), чем среди девочек (0,9%).

Распределение детей по диагнозам было следующим 20,1% составили пациенты с астигматизмом; 15,1% - с гиперметропией; 11,6% - с миопией; по 9,6% - с амблиопией ; ниже была доля других диагнозов.

В возрастных группах 4-6 и 7-14 лет наиболее высок удельный вес астигматизма (23,3% и 25,8% соответственно). Среди детей 7-14 лет

значительна также доля миопии (20,2%), гиперметропии (22,5% - максимальный среди всех возрастных групп показатель), астигматизма (25,8%). В старшей возрастной группе наиболее высока доля детей с миопией (20,0%) и значительно ниже - с остальными заболеваниями.

Среди девочек достоверно ($p < 0,05$) выше (14,3%), чем среди мальчиков (8,6%), была доля пациентов с миопией; среди мальчиков - заболеваний сетчатки (6,5% против 1,2% среди девочек).

Отличалась структура диагнозов среди детей, живущих в близлежащих и отдаленных от районов и в город Бухаре (табл. 2). Так, в последнем случае имели место только обращения по поводу миопии и гиперметропии. Среди детей близлежащих районов достоверно ($p < 0,05$) выше был процент направленных по поводу миопии, среди же живущих в отдаленных районах - по поводу амблиопии, косоглазия, заболеваний сетчатки.

Отличалась структура диагнозов среди детей, живущих в близлежащих и отдаленных от города районах и в город Бухаре (табл. 2). Так, в последнем случае имели место только обращения по поводу миопии и гиперметропии. Среди детей близлежащих районов достоверно ($p < 0,05$) выше был процент направленных по поводу миопии, среди же живущих в отдаленных районах - по поводу амблиопии, косоглазия, заболеваний сетчатки.

Таблица 2.

Структура диагнозов у детей с разным местом жительства (%)

Диагноз	Место жительства		
	Близлежащие районы	Отдаленные районы	Г. Бухара
Миопия	14,5	8,0	66,7

Гиперметропия	15,7	14,3	33,3
Амблиопия	4,8	13,4	28
Астигматизм	20,5	19,6	32
Косоглазие	1,2	2,7	18

Хотя при всех диагнозах ведущей целью направления являлась консультация, однако доля этой цели колебалась от 86,7% до 100%. С целью обследования было направлено 13% детей с миопией; 5,9% - с гиперметропией; 16,8% - с астигматизмом.

Сопоставление диагнозов направления и консультанта показало следующее. При наличии направительного диагноза «миопия» совпадение с диагнозом консультанта имело место в 57,9% случаев. В 15,8% была диагностирована амблиопия; в 15,8% - астигматизм; в 10,5% - прочие заболевания.

Диагноз гиперметропии изначально правильно был установлен в 82,4% случаев; в единичных - вместо него ставились диагнозы амблиопии, астигматизма, других заболеваний.

Диагноз амблиопии совпал в 63,6% случаев. В 18,2% вместо него консультантом была установлена гиперметропия; в 9,1% - астигматизм; в 9,1% - другие заболевания.

Почти таким же (63,2%) был показатель при астигматизме. Вместо него в 21,1% случаев консультант диагностировал гиперметропию; в 51,3% - амблиопию; в 0,5% - другую патологию.

Оставили «ведущим» диагноз «косоглазие» врачи-консультанты лишь в 9,1% случаев. Вместо него в 36,4% в качестве ведущей патологии был выделен астигматизм; в 32,8% - гиперметропия; в 18,2% - амблиопия; 4,6% - другие заболевания.

Диагностические ошибки были связаны с астигматизмом и прочей патологией.

Распределение детей по остроте зрения (на правый глаз) было следующим: в 74,2% случаев она составила 1; в 16,7% - 0,6-0,9; в 4,2% - 0,3-0,5; в

5,0% - была ниже 0,3 . По остроте зрения левого глаза соответствующие показатели составили: 65,8%; 18,3%; 9,2%; 6,6%. Указанное распределение отличалось среди детей разного возраста (табл. 3). Хуже всего было зрение среди детей 4-6 лет.

Таблица 3.

Возраст, лет	Острота зрения					
	Глаз	до 0,3	0,3-0,5	0,6-0,9	1,0	Итого
1-3	OD	-	-	-	100,0	100,0
	OS	-	-	-	100,0	100,0
4-6	OD	9,1	4,6	13,6	72,7	100,0
	OS	13,6	9,1	18,2	59,1	100,0
7-14	OD	3,8	5,0	20,3	70,9	100,0
	OS	6,3	10,1	20,3	63,3	100,0
Старше 14	OD	5,6	-	5,6	88,8	100,0
	OS	-	5,6	11,1	83,3	100,0

Распределение детей разного возраст по остроте зрения (%)

Процент случаев остроты зрения менее 0,3 составил:

По правому глазу - 5,3% при миопии; 9,5% при гиперметропии; 12,5% при амблиопии; 3,6% при астигматизме.

По левому глазу - 4,8% при гиперметропии; 18,8% при амблиопии; 7,1% при астигматизме.

3.1.2. Характеристика наблюдения за детьми в консультативной поликлинике

Следует отметить, что изученный контингент детей наблюдается у офтальмолога БООБ достаточно длительное время. Так, 36,7% наблюдались не более года; 13,3% наблюдались в течение 1-3 лет; 11,2% -

4-5 лет; 26,5% - 6-10 лет; 12,2% - более 10 лет. Естественно, что с увеличением возраста детей увеличивается и длительность их наблюдения. Более 10 лет наблюдались 15,1% детей 10-14 лет и 55,0% - старше 14 лет. Наблюдались более 10 лет 45,0% детей с миопией; 6,7% - с гиперметропией; 2,5% - с астигматизмом.

Более длительным было наблюдение детей, живущих в близлежащих районах (рис. 6): 52,7% из них наблюдались более 5 лет (среди живущих в более отдаленных районах - 36,0%; $p < 0,05$).

В течение последнего года наблюдения 32,0% наблюдавшихся детей сделали одно посещение в поликлинику; 19,0% - два; 13,5% - три; 35,5% - более трех. Наиболее активно наблюдались дети 4-6 и 7-14 лет (табл. 6).

Таблица 6.

Распределение детей разного возраста по числу посещений врача-офтальмолога БООБ в течение года (%)

Число посещений	Возраст, лет				
	до 1	1-3	4-6	7-14	Старше 14
1	100,0	53,6	22,6	16,9	40,0
2	-	32,1	16,1	14,6	10,0
3	-	14,3	9,7	16,9	5,0
более 3х	-	-	51,6	51,6	45,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Если среди проживающих в близлежащих районах доля тех, кто сделал более трех посещений в течение года составляла 40,5%, то среди живущих в более отдаленных районах она была достоверно ($p < 0,05$) ниже (33,0%)

Доля госпитализированных достоверно не отличалась ($p > 0,05$) среди мальчиков (15,7%) и девочек (13,0%). Несколько выше (15,6%) была она среди детей, проживающих в отдаленных от города районах, по сравнению с живущими в близлежащих районах (13,2%).

Показатель составил 4,5% среди мальчиков и 6,1% среди девочек. Выше он был среди живущих в более отдаленных районах по сравнению с близлежащими (6,6% и 3,9% соответственно).

По итогам консультации 48,7% проконсультированных детей были рекомендованы очки: 3,9% детей 1-3 лет; 44,8% - 4-6 лет; 76,7%) - 7-14 лет; 55,0% - старше 14 лет. 13,3% была назначена трофическая терапия: 17,3% детей 1-3 лет; 13,8% - 4-6 лет; 8,9% - 7-14 лет; 25% детей старше 14 лет. В 38,0% были даны другие рекомендации (включая оперативное лечение): 100% детей до года; 78,9% - 1-3 лет; 41,4% - 4-6 лет; 14,4% - 7-14 лет; 20% - старше 14 лет.

Структура рекомендаций практически не отличалась среди мальчиков и девочек, а также среди проживающих в г.Бухаре и разных регионах области.

Ношение очков было рекомендовано 73,9% детей с миопией; 80% - с гиперметропией; 89,5%» - с амблиопией; 74,4% - с астигматизмом; 50,0% - с косоглазием; 28,6% - с заболеваниями сетчатки; 23,1% - с прочей патологией. Другие методы лечения (преимущественно атропинизация) были рекомендованы всем пациентам, 25% - с косоглазием; 13,0% - с миопией; 16,8%) - с гиперметропией; 5,3% - с амблиопией; 12,8% - с астигматизмом.

За период наблюдения в БООБ у детей со сниженной остротой зрения в 24,6% случаев оно улучшилось; в 6,0% - ухудшилось; в 69,4% изменения отсутствовали. Доля случаев улучшения зрения была наибольшей (34,6%) среди детей 4-6 лет. Среди мальчиков показатель был несколько выше (26,2%), чем среди девочек (23,6%).

Таким образом, проведенный анализ показал, что среди детей, проконсультированных офтальмологами поликлиники БООБ, наибольшую часть (44,5%) составляют дети 7-14 лет. Хотя преимущественно (в 56,3% случаев) детей направляет на консультацию врач-офтальмолог, однако в каждом шестом случае (16,1%) имеет место самостоятельное обращение (что более

характерно для жителей близлежащих районов по сравнению с более удаленными). Цель направления в основном формируется как «консультация» (в 95% случаев).

Основными диагнозами, потребовавшими консультации, являются астигматизм, гиперметропия, миопия, амблиопия. Однако в ходе консультации нередко диагноз (в отношении ведущей патологии, если имеет место несколько заболеваний) меняется (наиболее часто - при косоглазии).

Важно отметить, что у части детей имеет место значительное снижение остроты зрения (до 0,3 и ниже): у 5,0% - на правый глаз и у 6,6% - на левый. Хуже острота зрения у детей, проживающих в более удаленных от города районах.

Консультативная помощь в довольно значительном числе случаев сводится не к одноразовой консультации, а к длительному (фактически диспансерному) наблюдению. Так, 37,7% детей из обследованной совокупности наблюдались более пяти лет (в первую очередь, дети с миопией, гиперметропией, астигматизмом). В большей степени это характерно для проживающих в близлежащих районах. В течение года каждый третий (35,5%) ребенок посетил врача-консультанта более трех раз. О системности и преемственности наблюдения свидетельствует и тот факт, что 14,3% детей в течение периода наблюдения были госпитализированы (в большей степени - детей из отдаленных районов), а 5,3% получали санаторно-курортное лечение.

По итогам консультации пациентам назначается (корректируется) ношение очков, трофическая терапия, другое (в т.ч. оперативное лечение) - в зависимости от характера патологии.

3.2. Результаты экспертной оценки качества ведения детей

3.2.1. Структура проэкспертированных случаев

Экспертизе было подвергнуто 30 амбулаторных карт пациентов, получивших консультативную помощь в поликлинике БООБ. Среди пациентов равную долю составили мальчики и девочки. 26,7% случаев

пришлось на долю детей до 7 лет; 70%) - на долю детей 7-14 лет и 3,3%) - на детей более старшего возраста.

В структуре диагнозов 26,7% пришлось на долю миопии (40,0% среди мальчиков и 13,3% среди девочек); по 13,3% - на долю гиперметропии (одинаковый показатель среди мальчиков и девочек); амблиопии (20% у мальчиков и 6,3% у девочек); наличия нескольких заболеваний (6,7% у мальчиков и 20,0% у девочек); по 10% - на косоглазие (6,7% у мальчиков и 13,3% у девочек) и прочую патологию; по 6,7% - на долю астигматизма (0,2% у мальчиков и 13,3% у девочек); и болезнью сетчатки (1,8% у мальчиков и 13,2% у девочек).

3.2.2. Оценка ведения детей на районном этапе

Оценка качества наблюдения за детьми проводилась по следующим критериям. Если у эксперта не было замечаний (все мероприятия, по его мнению, были проведены в полном объеме) ставился 1 балл; если они не были проведены (но были показаны и при этом имелись объективные условия для их проведения) ставилось «0» баллов; при наличии же тех или иных замечаний (недостаточные, избыточные обследования, консультации и т.д.) - 0,5 баллов. В отношении совпадения диагноза направления и консультанта «0» баллов ставился при их несовпадении; 0,5 — при частичном совпадении; 1,0 балл - при полном совпадении. Затем рассчитывается средний балл. На заключительном этапе все баллы суммировались (при оптимальном варианте их сумма могла составить 5 баллов) и также рассчитывался средний балл.

Оценка уровня обследования, проведенного на районном этапе, составила $0,79 \pm 0,19$, а оценка характера лечения - $0,62 \pm 0,09$. Уровень обследования ниже ($0,68 \pm 0,06$) был оценен среди детей 7-14 лет; лечения - также в этой возрастной группе ($0,54 \pm 0,1$); а точность диагностики - среди детей до 7 лет ($0,43 \pm 0,16$).

При различных заболеваниях минимальным оказался средний балл оценки уровня обследования ($0,50-0,52$) при косоглазии и наличии несколь-

ких заболеваний. Оценка качества проведенного лечения была ниже всего при косоглазии (0,31) и наличии нескольких заболеваний (0,33). По точности диагностики ниже всего был средний балл при астигматизме (0,50) и амблиопии (0,63).

3.2.3. Оценка качества консультативной помощи в БООБ.

Среди различных оценивавшихся элементов наименьшим ($0,68 \pm 0,08$) оказался средний балл качества проведения лабораторных и инструментальных исследований (рис. 12). Выше была оценка степени обоснованности диагноза ($0,81 \pm 0,05$); назначенного лечения ($0,85 \pm 0,05$); консультативной помощи других специалистов ($0,91 \pm 0,06$).

По уровню обследования и обоснованности диагноза минимальным оказался средний балл среди детей до 7 лет; по назначенному лечению - среди детей старшего возраста (табл. 7).

Таблица 7.

Оцениваемый критерий	Возраст, лет		
	до 7	7-14	старше 14
обследование	0,63	0,69	0,95
консультации	0,94	0,90	0,98
лечение	0,86	0,87	0,64
обоснованность диагноза	0,75	0,83	0,94

При различных заболеваниях уровень обследования и консультативной помощи были наименьшими при астигматизме (0,5 и 0,62 соответственно); по обоснованности диагноза - при астигматизме (0,55) и амблиопии (0,60); по назначенному лечению - при миопии (0,63).

Суммарный средний балл составил $3,71 \pm 0,25$ ($4,11 \pm 0,32$ среди мальчиков и $3,32 \pm 0,36$ среди девочек). Минимальным ($3,63 \pm 0,34$) он оказался среди детей 7-14 лет .

При отдельных заболеваниях средний балл составил: при миопии - 3,63; гиперметропии - 4,38; амблиопии - 3,67; болезнях сетчатки - 3,50; ас-

тигматизме - 2,75; косоглазии - 4,50; прочей патологии - 3,67; при наличии нескольких заболеваний — 3,25. Т.е., можно констатировать, что хуже всего было оценено качество помощи, оказанной детям с астигматизмом, а также с наличием нескольких заболеваний.

В отношении ведения медицинской документации имелось только две градации: отсутствие замечаний (1 балл) и их наличие (0 баллов). Анализ показал, что замечания имели место почти в двух третях случаев (68,0%): у мальчиков - в 73,3%; у девочек - в 64,3%. При миопии показатель составил 62,5%; при гиперметропии - 75%; амблиопии - 72,5%; астигматизме - 50%; косоглазии - 98,5%; болезнях сетчатки - 50%; прочей патологии - 33,2%; нескольких заболеваниях - 100%.

В неформализованном виде эксперты могли также высказать конкретное замечание по поводу ведения ребенка. Указанное имело место в 65,5% случаев. Преимущественно- (в 44,8%) замечания касались непроведения каких-либо (главным образом, инструментальных) исследований* (в т.ч. электрофизиологического); в 10,3% - не были проведены исследования и консультации специалистов; в 35% не было назначено лечение (или не даны необходимые рекомендации); в 6,9% имели место прочие замечания. Наиболее высоким (75,5%) был процент замечаний в отношении ведения детей до 7 лет.

При разных заболеваниях удельный вес случаев наличия замечаний составил: при миопии - 75%; гиперметропии - 25%; амблиопии - 72,4%; астигматизме - 90,5%; косоглазии - 66,7%; болезнях сетчатки - 50%; прочей патологии - 66,7%. Замечания, касающиеся и обследования, и консультаций, имели место при миопии, астигматизме, болезнях сетчатки. Т.е., экспертный анализ позволил установить, что качество наблюдения за детьми с офтальмологической патологией требует своего совершенствования как на районном этапе, так и в областной поликлинике. На районном этапе не всегда обоснованно ставятся диагнозы, а в областной поликлинике не в

полной мере используются имеющиеся возможности для проведения инструментального обследования. Естественно, что наибольшие проблемы возникают при ведении детей с наличием нескольких заболеваний. Обращает на себя внимание необходимость улучшения качества заполнения медицинской документации.

ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БООБ, И ПРОВЕДЕННЫХ ИМ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРПРИОЯТИЙ

4.1. Характеристика состава лечившихся

Среди лечившихся в стационаре детей 56,6% составили мальчики и соответственно 43,4% - девочки. В возрастной структуре наибольшую часть (30,2%) составили дети 1-3 лет; около четверти - дети до года (24%) и 7-14 лет (26,8%), меньшей (10,4% и 8,6% соответственно) была доля детей 4-6 и старше 14 лет. Указанная структура несущественно ($p > 0,05$) отличалась среди мальчиков и девочек.

Существенно отличалось распределение по месту жительства детей разного возраста (табл. 8). Так, если в возрасте до года более половины, а в возрасте 1-3 лет подавляющее большинство лечившихся составляли дети из других регионов, то в возрасте старше 7 лет (и, особенно, старше 14 лет) их доля была наименьшей. Соответственно доля детей, проживающих в Шафирканской район, составляя 9,9% в возрасте 1-3 лет, в старшей

возрастной группе детей увеличивается до 88,3%. Удельный вес детей, проживающих в Бухаре, наиболее высок в возрастных группах 4-6 (11,5%) и 7-14 (14,2%) лет.

Таблица 8.

Место жительства	Возраст, лет				
	До 1	1-3	4-6	7-14	Старше 14.
Гиждуванский район	25,8	6,6	17,3	36,6	39,5
Шафирканский район	8,3	3,3	36,5	36,6	48,8
Г. Бухара	6,7	2,7	11,5	14,2	4,7
Другие регионы	59,2	87,4	34,6	12,6	7,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Преимущественно (в 92,7% случаев) дети госпитализировались в плановом порядке. Ниже был этот показатель в возрастных группах до года и старше 14 лет (рис. 15) и практически не отличался среди мальчиков (92,5%) и девочек (93,0%).

Лишь 0,4% детей были направлены на госпитализацию скорой помощью. Более половины (60%) детей были направлены учреждениями районного этапа (37,4% - центральными районными больницами; 22,5% - районными поликлиниками); 11,7% поступили самостоятельно (без направления); в 28,1% случаев имели место прочие каналы госпитализации. Как самостоятельное поступление, так и поступление по «прочим» каналам в наибольшей степени было характерным для детей до 3х лет (табл. 9). Среди детей старше 14 лет наибольшим был процент доставленных скорой помощью и отсутствовали случаи поступления без направлений.

Таблица 9.

Возраст, лет	Каналы госпитализации					
	Скорая	Самостоя-	ЦРБ	Районная по-	Прочие	Итого

	ПОМОЩЬ	ТЕЛЬНО		ЛИКЛИНИКА		
До 1	-	20,0	22,5	18,3	39,2	100,0
1-3	-	17,3	26,0	20,7	36,0	100,0
4-6	-	5,8	44,2	28,9	21,1	100,0
7-14	0,8	3,7	55,2	25,4	14,9	100,0
Старше 14	2,4	-	54,8	23,8	19,0	100,0

Распределение детей разного возраста по каналам госпитализации(%)

Целью направления в большинстве (68,2%) случаев являлось оперативное лечение; почти в четверти (22,5%) - обследование; в 8,1% - консервативное лечение; в 1,3% - прочие. С увеличением возраста детей резко сокращается доля поступивших для оперативного лечения и соответственно увеличивается процент поступивших с другими целями (табл. 10).

Таблица 10.

Цель госпитализации	Возраст, лет				
	До 1	1-3	4-6	7-14	Старше 14
Оперативное лечение	98,3	89,7	51,0	33,9	29,3
Обследование	1,7	9,7	35,2	44,4	46,3
Консервативное лечение	-	0,6	11,8	18,6	22,0
Прочие	-	-	2,0	3,1	2,4
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Распределение детей по диагнозам направления было следующим. Наибольшей (39,0%) была доля поступивших с миопией (12,6%), астигматизмом (5,5%), косоглазием (4,8%), по 1,8% пришлось на гиперметропию, 9,6% детей поступили без направительного диагноза. В 10,2% имелась прочая патология.

Сопоставление диагнозов направления и приемного покоя (в случаях, когда имелся направительный диагноз) показало, что полностью совпал диагноз в 88,8% случаев; частично - в 8,5%. В 2,7% диагнозы не совпали. С увеличением возраста детей качество диагностики ухудшается.

Практически такой же, как при поступлении, остается структура диагнозов при выписке детей.). На долю миопии приходится 12,8% всех случаев госпитализации, а в возрастной группе старше 14 лет этот показатель составляет 37,2%, и данная патология является ведущей. На долю астигматизма приходится 6,6%, однако в возрасте старше 7 лет данной патологией обусловлен каждый шестой случай госпитализации. . 4,8% детей были госпитализированы по поводу косоглазия. Наиболее актуальна данная проблема для детей 4-6 и 7-14 лет. Ниже доля остальных заболеваний, причем все они наиболее значимы для детей старшей возрастной группы.

Важно отметить, что практически во всех случаях (99,4%) имело место полное совпадение диагнозов при поступлении и при выписке. Единичными были случаи неполного (дети старше 7 лет) и несовпадения (дети 1-3 лет) диагнозов.

Мы сравнили структуру диагнозов направления, при поступлении и выписке. При поступлении без направительного диагноза в 89,6% случаев при выписке были установлены болезни сетчатки; в 8,3% - глаукома; в единичных — другие заболевания. Направительный диагноз «миопия» совпал с окончательным в 87,3% случаев. В 7,9%) в качестве окончательного был установлен астигматизм; в единичных - другие заболевания. Процент совпадений диагнозов при гиперметропии составил 55,6%. В 11,1% была диагностирована миопия; в 11,1% - астигматизм; в 22,2% - косоглазие. При астигматизме диагноз совпал в 92,0% случаев, диагностические ошибки в отношении конкретных заболеваний носили единичный характер. Данные о точности диагностики на отдельных этапах при разных заболеваниях представлены в таблице 16.

Таблица 16.

Распределение-пациентов с различными заболеваниями по точности диагностики на отдельных этапах (%)

Диагноз	Совпадение диагнозов							
	Направления/при поступлении				При поступлении/при выписке			
	Не совпал	совпал.		Итого	Не совпал	Совпал		Итого
		Полностью	частично			полностью	частично	
Миопия-	6,4	84,1	9,5	100,0	-	100,0	-	100,0
Гиперметропия	12,5	62,5	25,0	100,0	-	100,0	-	100,0
Астигматизм	3,0	66,7	30,3	100,0	-	100,0	-	100,0
Косоглазие	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0

4.2. Характер проведенных в стационаре лечебно-диагностических мероприятий

Лабораторные исследования проводились в стационаре каждому третьему (35,4%) пациенту: один их вид - 20,2%; два — 4,6%; три и более - 10,6%. Наиболее активно обследовались дети до года (табл.19).

Таблица 19.

Лабораторные исследования	Возраст, лет.				
	До 1	1-3	4-6	7-14	Старше 14
Нет	48,3	60,3	76,9	75,4	76,7
1 вид	30,0	29,8	15,4	8,2	2,3

2 вида	7,5	3,3	-	6,0	2,3
3 и более	14,2	6,6	7,7	10,4	18,7
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Распределение детей разного возраста по наличию и количеству проведенных лабораторных исследований (%)

Отличался уровень лабораторного обследования и при разных заболеваниях (табл. 20). Так, детям с гиперметропией лабораторные исследования не проводились. Невысок был процент их проведения при астигматизме, миопии, косоглазии.

Таблица 20.

Диагноз	Лабораторные исследования				
	нет	1	2	3 и более	Итого
Миопия	85,9	6,3	зд	4,7	100,0
Гиперметропия	100,0	-	-	-	100,0
Астигматизм	93,9	-	3,0	3Д	100,0
Косоглазие	83,3	8,3	8,4	-	100,0

Распределение детей с разными заболеваниями по наличию и числу лабораторных исследований (%)

Процент детей с разными заболеваниями, которым проводились различные инструментальные исследования

Вид исследования	Диагноз
------------------	---------

	миопия	гиперметропия	астигматизм	косоглазие
тонометрия	56,3	87,5	72,7	8,3
биомикроскопия	89,1	100,0	93,9	33,3
Офтальмоскопия	96,9	87,5	97,0	37,5
Рефрактометрия	100,0	100,0	100,0	100,0
Визиометрия	100,0	100,0	100,0	100,0
Ультразвуковые	70,3	62,5	75,8	4,2
ОСТ	18,8	25,0	18,2	12,5

Более чем половине (53,6%) детей проводилась рефрактометрия. Среди детей старше 7 лет показатель «превышал 90%. Чуть менее чем в половине случаев проводились ультразвуковые исследования (42,6%) и внутриглазная тонометрия (47,4%). Как и в предыдущих случаях, показатель увеличивается с увеличением возраста детей, достигая максимума среди детей 7 лет и старше 14 лет.

Практически все (98%) дети были проконсультированы заведующим отделением: 14,5% - однократно; 47,6% - дважды; 35,9% - трижды и большее число раз. Наибольшее внимание заведующим отделением уделялось детям до трех лет.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в офтальмологическом отделении детской областной больницы лечатся дети с разнообразной патологией, в структуре которой преобладают болезни с миопии.

Среди детей старшего возраста наибольшую часть составляют пациенты с нарушениями аккомодации, астигматизмом, проживающие в отдаленных от города Бухаре и районах Бухарской области.

Преимущественно дети поступают на стационарное лечение в плановом порядке и большая их часть (60%) - по направлению районных ЛПУ.

При этом на догоспитальном этапе уровень диагностики достаточно высок (процент совпадений диагнозов направления и приемного покоя - 88,8%).

В приемном покое диагностика практически безошибочна.

В стационаре детям проводится значительный объем лабораторных и, главным образом, инструментальных исследований, что отчасти оправдывает направление части детей на госпитализацию с целью обследования.

Большинство пациентов (преимущественно при оперативном лечении) консультируется, специалистами (главным образом, педиатром). Заведующим отделением проводится большой объем консультативной помощи (с реализацией контролируемых функций). Каждый третий пациент (35,9%) консультировался заведующим отделением три и более раз.

Большинство (84,0%) пациентов выписываются из отделения с улучшением; 9,6% - с выздоровлением и только 6,4% - без перемен. Лучше исход лечения у прооперированных больных.

4.3. Результаты экспертной оценки качества ведения детей

Для оценки качества проведенного лечения был проведен экспертный анализ 5 случаев госпитализации детей (историй болезни). Среди них 46,7% составили мальчики; 53,3% - девочки. На долю детей до трех лет пришлось большинство (73,3%) проэкспертированных случаев; ниже была доля детей 4-6 (10,0%) и 7 лет и старше (16,7%). Последний показатель среди мальчиков был существенно ($p < 0,01$) ниже (7,1%), чем среди девочек (25,0%).

Преимущественно (в 86,2% случаев) госпитализации были первичными. Повторные госпитализации имели место среди детей до 3-х лет (в 13,6%) и 4-6 лет (33,3%); только среди направленных ЛПУ г.Бухаре и других районов.

Поскольку большинство детей было направлено медицинскими учреждениями, проводилась оценка качества наблюдения на этапе, предшествующем госпитализации. Оценка (как и в предыдущем случае) проводилась в трехбалльной системе (0-0,5-1,0). Недостатки в проведенном обследовании имели место в 39,3% случаев (в 66,7% они отсутствовали). Средний балл составил $0,83 \pm 0,07$. В разных возрастных группах средний балл составил: в- возрасте до 30 лет - $0,85 \pm 0,05$; в 4-6 лет - $0,95 \pm 0,02$; в возрасте 7 лет и старше - $0,63 \pm 0,11$. Нельзя не отметить, что среди направленных в стационар из учреждений разных регионов минимальным ($0,63$) оказался средний балл в случае направления ЛПУ Шафирканской области. Отличался средний балл и при отдельных заболеваниях, будучи ниже ($0,5-0,6$) при астигматизме, косоглазии.

Несколько ниже было оценено качество лечения. Оценка «0,5» имела место в 59,1% случаев; «1,0» - в 40,9%. Средний балл составил $0,7 \pm 0,05$ и был достоверно выше у мальчиков ($0,77 \pm 0,08$) по сравнению с девочками ($0,64 \pm 0,07$). Качество лечения хуже всего ($0,5 \pm 0,05$) было оценено в возрастной группе детей 4-6 лет. Как и в предыдущем случае, минимальным ($0,58 \pm 0,08$) был средний балл в случае направления ребенка медицинскими учреждениями Шафирканской области. Качество лечения мало отличалось при разных заболеваниях, будучи выше ($0,92$) при гиперметропии.

Частичное совпадение диагнозов направления и клинического имело место в 58,6% случаев (у 50,0% мальчиков и 66,7% девочек); полное - в 41,4%. Средний балл составил $0,71 \pm 0,05$ ($0,75 \pm 0,07$ у мальчиков и $0,67 \pm 0,06$ у девочек). В возрастной группе до трех лет средний балл составил $0,71 \pm 0,05$; в 4-6 лет - $0,83 \pm 0,14$; в возрасте 7 лет и старше - $0,6 \pm 0,09$. При направлении ЛПУ Гиждуванского района средний балл составил $0,61 \pm 0,07$; медицинскими учреждениями бухара - $0,98 \pm 0,06$; других регионов Бухарской области - $0,72 \pm 0,05$. Менее 0,6 баллов была оценка качества диагностики при амблиопии, астигматизме.

При оценке качества ведения больных в стационаре были получены следующие данные. В 20,0% случаев эксперты отметили, что необходимое обследование не было проведено; в 80% обследование было признано полностью адекватным. Средний балл составил $0,8 \pm 0,07$ ($0,79 \pm 0,1$ у мальчиков и $0,81 \pm 0,1$ у девочек). Минимальным (0,4) он был в возрасте старше 6 лет; выше - в возрастных группах до трех (0,86) и 4-6 лет (0,91).

Из всех оценивавшихся критериев минимальным ($0,68 \pm 0,04$) был средний балл качества ведения медицинской документации. Замечания у экспертов по качеству ее заполнения имели место в 63,3% случаев. Наибольшие нарекания имелись при ведении детей 7 лет и старше (средний балл в этой группе составил $0,5 \pm 0,02$). На уровне 0,5-0,6 баллов было качество заполнения* документов при- астигматизме, косоглазии.

В произвольной мере экспертам предлагалось высказать замечания по качеству ведения детей в стационаре. В 30,0% было указано, что не выносились на титульный лист сведения о сопутствующей патологии у пациентов; в 23,3% не проводились необходимые исследования. Указания на те или иные дефекты имели место в 66,7% при ведении детей 4-6 лет и в 80% - детей 7 лет и старше. Экспертами были высказаны замечания по обследованию детей с косоглазием.

Таким образом, проведенный анализ показал, что на догоспитальном этапе (особенно в медицинских учреждениях Шафирканской области) имеют место дефекты в обследовании детей с офтальмологической патологией, которые ведут к неточной диагностике и неправильному лечению.

Заключение

1. В возникновении и прогрессировании рефракционные аномалии у детей играет роль совокупность факторов. В их числе: доказана взаимосвязь изучаемой патологии с заболеваниями костно-мышечной системы и патологией соединительной ткани, гельминтозы и анемии которые занимают первое место по распространенности у школьников, что необходимо учитывать при разработке программ профилактики. Внедрение прогностической матрицы для определения степени риска возникновения аномалий рефракции в различные возрастные периоды служит базой для мероприятий по их раннему выявлению, профилактике, коррекции прогрессирования у школьников. Генетическая предрасположенность (у 50% родителей имелись заболевания органа зрения); значительные нагрузки на орган зрения в школе существующие проблемы и недостатки в организации оказания офтальмологической помощи.

2. Офтальмологическая служба областной поликлиники нередко является единственным этапом лечения детей с патологией глаз и выполняет функции, далеко выходящие за рамки консультативных. Среди проконсультированных детей 45,1% до данной консультации никем не наблюдались (особенно в отдаленных районах). Среди наблюдавшихся в поликлинике БООБ большая часть (63,3%) наблюдается более года, а в течение года каждый третий (35,5%) пациент делает более трех посещений в поликлинику.

3. В целом уровень оказания амбулаторной офтальмологической помощи в поликлинике достаточно высок, хотя имеются отдельные недостатки. За период наблюдения в поликлинике острота зрения улучшилась у 24,6% детей. Средний балл уровня обследования детей составил 0,68; обоснованности диагноза - 0,81; назначенного лечения — 0,85; консультаций специалистов - 0,91. Суммарный средний балл

составил 3,71 (при максимально возможном - 5,0). Замечания по качеству ведения медицинской документации имели место в 68% случаев. Подавляющее большинство (95,6%) родителей было удовлетворено оказанной помощью, почти половина (48,5%) отметила высокий профессионализм и внимательность врачей. В то же время 39,6% отметили недостатки в организации приема (наличие очередей, отсутствие талонов, предварительной записи и др.).

4. Офтальмологическое стационарное отделение БООБ по существу выполняет роль зонального центра. Лишь 44% лечившихся в нем составили дети, проживающие в Шафирканской области. Высок (11,7%) процент детей, госпитализированных без направления. Преимущественно (в 92,7% случаев) здесь осуществляется плановое лечение. В стационаре оказывается значительный объем диагностической, консультативной, лечебной помощи. 35,4% лечившихся проводятся лабораторные исследования; почти всем (92,6%) — инструментальные (визиометрия, рефрактометрия, ультразвуковые исследования, внутриглазная тонометрия, ОСТ исследования и др.); большинству (61,4%) - консультации других специалистов.

5. Уровень оказания стационарной офтальмологической помощи высок, хотя имеются отдельные недостатки, отчасти связанные с дефектами ведения пациентов на догоспитальном этапе. По данным экспертной оценки средний балл обследования на догоспитальном этапе - 0,83; лечения - 0,7; полное совпадение диагнозов направления и клинического имеет место в 41,4% случаев. Ниже эти показатели среди направленных ЛПУ Шафирканской области. В стационаре средний балл обследования составил 0,8; консультативной помощи - 0,97; обоснованности диагноза - 0,88; ведения медицинской документации - 0,68; лечения - 0,93; суммарный средний балл - 5,28 (при максимально возможном - 6,0). Исходом лечения в 9,6% случаев является выздоровление; в 84,0% - улучшение. Полную удовлетворенность проведенным

лечением высказали 93,8% опрошенных родителей. Их замечания касаются гигиенических условий в стационаре, а в ряде случаев (8,6%) - деонтологических проблем со средним и младшим медицинским персоналом.

ВЫВОДЫ

1. Структура офтальмологической помощи в области представлена следующим образом. В области имеется 13 детских врач-офтальмолог и еще в двух населенных пунктах ведется консультативный прием детей «взрослым» врачом-офтальмологом». На базе областной консультативной поликлиники ведут прием 2 врачей-офтальмологов. Стационарная помощь детям области с патологией органа зрения оказывается только в офтальмологическом отделении областной офтальмологической клинической больницы, которое насчитывает 50 койки, из них всего лишь 4 детские койки. Обеспеченность койками данного профиля составляет 0,26 на 10 тыс. населения. В одном из районов области имеется специализированный детский сад (№ 24) для слабовидящих и нелепых детей, специализированная школа (№ 57), детский офтальмологический санаторий.

2. В возникновении и прогрессировании рефракционные аномалии у детей играет роль совокупность факторов. В их числе: доказана взаимосвязь изучаемой патологии с заболеваниями костно-мышечной системы и патологией соединительной ткани, гельминтозы и анимии которые занимают первое место по распространенности у школьников, что необходимо учитывать при разработке программ профилактики

3. В целом уровень оказания амбулаторной офтальмологической помощи в поликлинике достаточно высок, хотя имеются отдельные недостатки. За период наблюдения в поликлинике острота зрения улучшилась у 24,6% детей. Средний балл уровня обследования детей составил 0,68; обоснованности диагноза - 0,81; назначенного лечения — 0,85; консультаций специалистов - 0,91. Суммарный средний балл составил

3,71 (при максимально возможном - 5,0). Замечания по качеству ведения медицинской документации имели место в 68% случаев.

4. Уровень оказания стационарной офтальмологической помощи высок, хотя имеются отдельные недостатки, отчасти связанные с дефектами ведения пациентов на догоспитальном этапе. По данным экспертной оценки средний балл обследования на догоспитальном этапе - 0,83; лечения - 0,7; полное совпадение диагнозов направления и клинического имеет место в 41,4% случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В рамках системы мероприятий по укреплению районного звена сельского здравоохранения (в т.ч. по закреплению кадров специалистов) обеспечить укомплектованность всех районов области врачами-офтальмологами.

2. Организационно-методическому отделу областной больницы при планировании выездной консультативной помощи предусмотреть первоочередной выезд врачей-офтальмологов в районы, где штат данных специалистов не укомплектован. Разработать мероприятия по упорядочению оказания плановой консультативной помощи.

3. В программы повышения квалификации врачей-педиатров сельского здравоохранения (врачей общей практики, семейных врачей) включить вопросы профилактики и своевременной диагностики заболеваний органа зрения. Областному офтальмологу разработать и обеспечить реализацию программы мероприятий по профилактике офтальмологических заболеваний (с вовлечением врачей-педиатров, среднего медицинского персонала дошкольных образовательных учреждений и школ), включающую санитарно-гигиеническое обучение детей и родителей.

4. Районным офтальмологам организовать диспансерное наблюдение за детьми с рефракционными аномалиями, обеспечить преемственность в наблюдении на районном и областном этапах, а также при лечении детей в офтальмологическом санатории и специализированных образовательных учреждениях.

5. Областному комитету здравоохранения совместно с ведущими специалистами города и области разработать стандарты обследования и лечения детей с различными видами заболеваний органа зрения, оснастить районные ЛПУ соответствующим оборудованием. Предусмотреть возможность создания межрайонного офтальмологического центра.

6. Областному офтальмологу внедрить систему периодического контроля за качеством офтальмологической помощи на районном и областном этапах. При этом могут использоваться разработанные в ходе исследования карты экспертной оценки и социологического опроса.

7. Учитывая фактически сложившуюся ситуацию, областному комитету здравоохранения ходатайствовать перед Министерством здравоохранения о придании офтальмологическому отделению БООБ статуса зонального центра с соответствующим финансированием. Провести реконструкцию и модернизацию отделения. Создать на базе отделения Центр по диагностике патологии сетчатки и зрительного нерва; Центр лазерной терапии и хирургии; Центр контактной коррекции зрения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисов Э.С. Охрана зрения детей. М.: Медицина, 1975. 272 с.
2. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Отслойка сетчатки // Руководство по детской офтальмологии. М., 1987. С. 370.
3. Аветисов Э.С., Тарасцева М.М., Хухрина Л.П. Методы и результаты исследования бинокулярного зрения у детей дошкольного возраста // Офтальмол. журн. 1977. № 2. С. 86-89.
4. Аветисов Э.С., Хватова А.В., Анджелов В.О. и др. Выборочные данные о распространенности глазной патологии среди детей //Вестн. офтальмологии. 1983. Т. 99, № 3. С. 32-34.

5. Александрова Л.А. Частота распространения глазной патологии у жителей Корякского автономного округа //Вестн. офтальмологии. 1996. Т. 112, № 1. С. 39-40.
6. Алиев А.Д., Гасанова Ш.М., Эфендиева И.Г. Врожденно- наследственная патология органа зрения и пути совершенствования службы охраны зрения детей в Республике Дагестан //9-й съезд выс офтальмологов России. М., 2010. <http://www.eyepress.ru/article.aspx> 7360.
7. Альбинский В.Г. Корреляция между фактором акушерского риска и рефракцией у дошкольников, родившихся в срок и недоношенными // Вестн. офтальмологии. 1985. Т. 101. № 1. С. 40-44.
8. Антонов А.Г., Байбарина Е.Н. Профилактика развития ретинопатии недоношенных при лечении детей, находящихся в критическом состоянии // Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных. Материалы симпозиума. М., 2000. С. 17-19.
- Ю.Аронскинд Е.В., Ковтун О.П., Аронскинд М.С., Мухамедзян М.Н. Проспективное изучение факторов риска развития и прогрессировать ретинопатии недоношенных //Журн. интенсив, терапии. 2006. № 2. С. 3-5.
11. Асташева И.Б., Сидоренко Е.И. Молниеносная ретинопатия недоношенных («плюс-болезнь»);, распространенность, факторы риска, критерии диагностики и варианты течения //Вестн. офтальмологии. 2002. Т.118. № 6. С.5-9
12. Балясникова И.В., Бедило В.Я. Организация офтальмологической помощи населению Архангельской области //Региональные проблемы здоровья и воспроизводства населения в условиях Европейского Севера. Л., 1982. С. 9-10.
13. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании //Вестн. Рос. АМН. 2009. № 5. С. 6-11.

14. Безруких М.М. Школьные факторы риска и нарушение психического здоровья детей //Охрана психического здоровья детей и подростков. М., 1998. С. 57-58.
15. Бельтюков Г.А. Травмы и болезни органа зрения среди городского населения//Здравоохранение Рос. Федерации. 1980. №11. С. 42-43.
16. Беляева М.Ю., Калинин И.Ю. Офтальмопатология новорожденных детей в Архангельской области //Ребенок и качество его жизни. Тез. на- уч.-практ. конф., посвящ. 20-летию педиатр, фак. АГМА. Архангельск, 1999. С. 14-15.
17. Беляева М.Ю., Коновалов А.В., Задорина Г.Д. Сравнительная характеристика детской офтальмопатологии на Севере и в средней полосе России //Ребенок и качество его жизни. Тез. науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию педиатр, фак. АГМА. Архангельск, 1999. С. 13-14.
18. Боброва Н.Ф., Меликова Г.Г., Тронина С.А. Особенности клиники и хирургического лечения отслоек сетчатки у детей //Актуальные проблемы детской офтальмологии. СПб., 1995. С. 92-93.
19. Вайнштейн Б. И. Хирургия содружественного косоглазия у подростков и взрослых. - Баку : Азернешр, 1988. - 152 с.
20. Веселов Н.Г. Влияние социально-биологических факторов на заболеваемость детей первых 7 лет жизни//Сов. здравоохранение. 1980. №5. С. 34-38.
21. Вильпанский Э.Н. Некоторые вопросы совершенствования организации травматологической глазной помощи населению в СССР //Тез. докл. 4-го Всерос. съезда офтальмологов. М., 1979. Т. 1. С. 23-25.
22. Вильданский Э.Н., Лазук В.А., Кузнецова И.И. и др. О совершенствовании нормирования труда медицинского персонала центров и отделений микрохирургии глаза //Тез. докл. 5-го Всерос. съезда офтальмологов. М., 1987. С. 11-14.

23. Волков В.В. О вероятных механизмах миопизации глаза в школьные годы //Юфталъмол. журн. 1988. - № 3. С. 129-132.
24. Волков В.В. О перспективах борьбы с офтальмологическим травматизмом //Вестн. офтальмологии. 1987. Т. 103. №5. С. 12-14.
25. Волков В.В., Горбань А.И., Джалиашвили О.А. Аккомодация и близорукость //Юфталъмол. журн. 1984. №2. С. 112-117.
26. Волков В.В., Копаева В.Г., Сомов Е.Е. и др. Глазные болезни //Учебник для студентов мед. вузов [Под ред. В.Г. Копаевой]. М.: Медицина, 2002. 559 с
27. Волков В.В., Трояновский Р.Л. Новые аспекты патогенеза, лечения и профилактики отслойки сетчатки //Актуальные проблемы офтальмологии. М., 1981. С. 151-152.
28. Волкова Л.П. О профилактике близорукости у детей //Вести, офтальмологии. 2006. Т. 122. №2. С. 24-27.
29. Володин Н.Н., Дегтярев Д.Н., Байбарина Е.Н. и др. Принципы профилактики, диагностики и лечения ретинопатии недоношенных детей // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003. Т.2. № 4. С.43- 48.
30. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 году //Здравоохранение Рос. Федерации. 2006. № 3. С. 3-23; №4. С.3-32.
31. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году //Здравоохранение Рос. Федерации. 2007. № 5. С. 8-18; №6. С. 3-33.
32. Григорьянц Р.Л., Кулиева Ж.А., Бердыев Б.Б. и др. Опыт диспансеризации сельских школьников с глазной патологией //Тез. докл. 6-го Всесоюз. съезда офтальмологов. М., 1985. Т. 1. С. 14-16.
33. Гусева М.Р. Изменения органа зрения у детей при общих заболеваниях //Рус. мед. журн. 2001. Т.2, № 4. С. 135-141.

34. Дембский Л.К. Новые подходы к профилактике и коррекции близорукости у детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996. 27 с.
35. Дембский Л.К. Организационно-экономические аспекты формирования системы охраны зрения детей в период реформирования здравоохранения // Экономика здравоохранения. 1999. № 2-3. С. 40-43.
36. Дембский Л.К., Организация системы охраны зрения детей в период реформирования здравоохранения // Актуальные вопросы офтальмологии. М., 2000. Ч. 2. С. 65-67.
37. Детская офтальмология. Итоги и перспективы: Всерос. науч.-практ. конф. 2006.
<http://www.igb.ru/rus/index.php?id=490&PHPSESSID=fe811eaebefaca5e2a cc396fcb3b!907>.
38. Джусоев Т.М., Байбородов Я.В. Хирургическое лечение отслойки сетчатки и пролиферативной витреоретинопатии. Современные тенденции // Мир медицины. 2001. №5-6. С. 15-17.
39. Дубашева Т.И. О сроках пребывания детей с нарушением зрения в специализированных группах детского сада // Офтальмол. журн. 1982. № 7. С. 441-442.
40. Егорова Е.Н. Применение озонотерапии в реабилитационном периоде у больных, оперированных по поводу регматогенной отслойки сетчатки : Автореф. дис. ... канд. мед. Наук / М., 2007. 19 с.
41. Ефимов Е.М., Пупанов Р.П., Бобон В.Н. Структура заболеваемости и некоторые показатели физического развития юношей с патологией органа зрения // Вестн. офтальмологии. 1977. Т. 87, №3. С. 60-62.
43. Захаров В.Д., Синедубская В.И., Лазаренко Л.Ф. К вопросу о технике интравитреальных вмешательств при травматических отслойках сетчатки // Актуальные проблемы хирургии хрусталика, стекловидного тела и сетчатки. М., 1986. С. 137.

44. Канеп В.В., Липовецкая Л.Л. Научная организация труда в учреждениях здравоохранения. М.: Медицина, 1981. 271 с.
45. Катаргина Л. А., Коголева Л.В. Ретинопатия недоношенных //Избранные лекции по детской офтальмологии [Под ред. В.В. Нероева]. М., 2009. 4.2. С. 27-61.
46. Ковалевский Е. И., Сидоренко Е. И., Котяшева Г. М., Чиненов И. М. Пути и результаты хирургической реабилитации больных детей со слабовидением и слепотой //Тезисы 6-го съезда офтальмологов России. М., 1994. С. 345.
47. Ковалевский Е.И. Аномалии развития и заболевания глаз у новорожденных и детей первого года жизни, требующие хирургического лечения: Метод, рекомендации. М.: Б.и., 1985. 22 с.
48. Ковалевский Е.И. Организация выявления и лечения глазной патологии у детей дошкольного возраста в процессе ежегодной диспансеризации в г. Москве//Офтальмол. журн. 1986. №1. С. 1-4.
49. Ковалевский Е.И. Охрана зрения детей : Инструкт.-метод. указания. - М. :Б.и., 1974.-20 с.
50. Ковалевский Е.И. Патология органа зрения при общих заболеваниях у детей. М.: Медицина, 1978. 312 с.
51. Ковалевский Е.И. Профилактика слабовидения и слепоты у детей. М.: Медицина, 1991. 224 с.
52. Ковалевский Е.И., Акчурина Г.З., Кораблев А.Г. Новые данные о структуре и частоте, методике и результатах лечения повреждений глаз у детей //Тез. докл. 5-го Всесоюз. съезда офтальмологов. М., 1979. Т. 5. С. 14-16.
53. Ковалевский Е.И., Башляева З.А. Система и некоторые показатели деятельности специализированной офтальмологической службы в Москве // Возрастные особенности органа зрения в норме и патологии: Труды МОЛГМИ. М., 1973. Вып. 3. С. 163-166.

54. Ковалевский Е.И., Корнюшин М.А., Корольчук А.Б. Принципы и методы совместной работы органов и учреждений здравоохранения и народного образования по охране зрения детей: Метод, рекомендации. М.: Б.и., 1983. 18 с.
55. Ковалевский Е.И., Корольчук А.Б. Принципы, методы, результаты и задачи дальнейшего совершенствования реабилитации детей с заболеваниями глаз //Тез. докл. 6-го Всесоюз. съезда офтальмологов. М., 1985. Т. 1. С. 118-119.
56. Ковылина В.В., Лахнова В.Г., Ковылин В.В. Острота зрения как показатель эффективности лечения детей в специализированном детском саду //9-й съезд офтальмологов России. М., 2010. <http://www.eyepress.ru/article.aspx77372>.
57. Колосов В.И., Кучерявый Н.И., Курочкин В.Н. и др. О рефрактогенезе при миопии у детей в связи с возрастными особенностями развития // Вестн. офтальмологии. 1981. Т. 97, № 3. С. 31-35.
58. Колотов В.В., Ионова Т.А., Каракулева И.С. О работе кабинета реабилитации детей с последствиями травм глаз //Тез. докл. 6-го Всесоюз. съезда офтальмологов. М., 1985. Т. 1. С. 120-133.
59. Комаров Ф.И., Нестеров А.П., Марголис М.Г. Патология органа зрения при общих заболеваниях. М.: Медицина, 1982. 285 с.
60. Конева Л.В. Медико-социальное исследование заболеваний органа зрения у детей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. СПб., 1996. 19 с.
61. Конева Л.В. Некоторые результаты оценки качества лечебно-профилактической помощи детям с офтальмопатологией //Проблемы оценки качества медицинской помощи. М., 1998. Вып. 2. С. 288-291.
62. Конева Л.В., Мармылев А.Л. Распространенность заболеваний органа зрения у детей Севера и Северо-Запада России // Актуальные проблемы детской офтальмопатологии. СПб., 1995. С.9-12.

63. Коновалов А.В. Заболеваемость глаз и организация офтальмологической помощи на Европейском Севере: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2002. 37 с.
64. Лазаренко В.И., Сычев Г.М., Маньякова Т.П. и др. Опыт организационного и медицинского обеспечения неотложных мероприятий при повреждениях глаз // Офтальмол. журн. 1989. №7. С. 393-395.
65. Лазаренко В.И., Хвощ Р.П. Распространенность и структура термических ожогов глаз среди городского населения // Здравоохранение Рос. Федерации. 1986. №8. С. 40-41.
66. Либман Е.С. Инвалидность вследствие патологии органа зрения // Офтальмология: Нац. руководство [Под ред. С.Э. Аветисова и др.]. М., 2008. С. 19-25.
67. Либман Е.С. Современные задачи социальной офтальмологии // Тез. докл. 7-го съезда офтальмологов России. М., 2000. С. 219-220.
68. Либман Е.С. Современные позиции клинико-социальной офтальмологии // Вестн. офтальмологии. 2004. Т. 120, № 1. С. 10-12.
69. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения // Вестн. офтальмологии. 2006. Т. 122, № 1. С. 35-36.
70. Либман Е.С., Шахова Е.В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии зрения в России // Тез. докл. 7-го съезда офтальмологов России. М., 2000. С. 209-214.
71. Лисицин Ю.П. Экономика и управление здравоохранением. Можайск, 1993. 288 с.
72. Маймулов В. Г. Гигиенические основы охраны зрения детей школьного возраста : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ленинград, 1984. 37 с.
73. Маймулов В.Г. Некоторые итоги работы специализированного дошкольного учреждения для детей с патологией органа зрения // Вопросы санитарной охраны окружающей среды и профилактики заболеваний населения. Л., 1979. Т. 128. С. 46-47.

74. Маймулов В.Г. Состояние зрительных функций у дошкольников г. Ленинграда //Офтальмол. журн. 1971. №5. С. 378-381.
75. Майчук Ю.Ф. Эпидемиология и профилактика слепоты в мире. М.: ВНИИМИ, 1983. №5. 40 с.
76. Макаров П.Г., Лазаренко В.И., Вилисова Л.Ф., Гололобов В.Т. Вопросы глазного травматизма. Красноярск, 1987. 160 с.
77. Медведь Л.И. Лечение косоглазия и амблиопии у детей в специализированных детских садах-яслях. Кишинев: Штиинца, 1976. 384 с.
78. Миняев В.А., Поляков И.В., Шестакова Н.А. Формы и методы работы крупной городской поликлиники. М.: Медицина, 1980. 207 с.
79. Мисюн Ф.А. К вопросу о детском глазном травматизме // Тез. докл. 6-го Всесоюз. съезда офтальмологов. М., 1985. Т. 4. С. 84-85.
80. Морозова Т.А., Босенко Т.А. Глазной травматизм у детей // Актуальные вопросы офтальмологии: Сб. науч. тр. Харьков, 1985. С. 44-46.
81. Неровнова-Котова Л.А., Подгорная А.Д. Охрана зрения у детей. Киев: Здоровья, 1994. 174 с.
82. Нероев В.В., Травкин А.Г. Офтальмологическая заболеваемость в Российской Федерации //Офтальмология: Нац. руководство [Под ред. С.Э. Аветисова и др.]. М., 2008. С. 17-19
83. Нероев В.В., Гринченко М.И., Зуева М.В. и др. Мультифокальная электроретинография при регматогенной отслойке сетчатки в миопическом глазу//Вестн. офтальмологии. 2009. Т. 125, № 1. С. 21-26.
87. Приказ Минсоцразвития России от 07.09.05 № 552 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с отслойкой и разрывами сетчатки» // Здравоохранение. - 2006. - № 2. - С. 118-125.
88. Пучковская Н.А., Гундорова Р.А., Волков В.В. и др. Профилактика, диагностика и лечение повреждений глаз и предупреждение их тяжелых исходов //Тез. докл. 6-го Всесоюз. съезда офтальмологов. М., 1985. Т. 4. С. 3-11.

89. Пучковская Н.А., Сергиенко Н.М., Левтюх В.И. Амбулаторно-поликлиническая офтальмологическая помощь населению УССР //Офтальмол. журн. 1983. № 3. С 129-132.
90. Пучковская Н.А., Сергиенко Н.М., Левтюх В.И., Анина Е.И. Задачи офтальмологов УССР в подготовке к всеобщей диспансеризации всего населения//Офтальмол.журн. 1985. №4. С. 193-195.
91. Пыльцина Н.Ю. О взаимосвязи клинического течения близорукости с анатомическим соматотипом у детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 20 с.
92. Рудник А.Ю., Сомов Е.Е. О фармакологической обеспеченности детской офтальмологической службы на территории России //9-й съезд офтальмологов России. М., 2010.
- <http://www.eyepress.ru/article.aspx77377>.
93. Сайдашева Э.И., Азнабаев М.Т., Ахмадеева Э.Н. Ретинопатия недоношенных детей. Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2000. 180 с.
94. Сафронова А.Г., Логинова Е.А. Стационарная медицинская помощь (основы организации). М.: Медицина, 1989. 350 с.
95. Сенякина А.С. Критерии выбора метода лечения детей младшего школьного возраста, страдающих прогрессирующей миопией //Тез. докл. 3-й Всесоюз. конф. по актуальным вопросам детской офтальмологии. Суздаль, 1989. С. 250-252.
96. Сенякина А.С. Мышечные аномалии при врожденном косоглазии, их диагностика и клиническое значение //Офтальмол. журн. 1981. № 4. С. 220-224.
97. Сенякина А.С. Особенности рефрактогенеза и развития приобретенной анизометропии у лиц с нарушениями бинокулярного зрения // Офтальмол. журн. 1979. № 1. С. 7-11.

98. Сергиенко Н.М., Кондратенко Ю. Н. Гипотеза патогенеза близорукости//Офтальмол. журн. 1988. №3. С. 138-143.
99. Сидоренко Е.И. Доклад по охране зрения детей. Проблемы и перспективы детской офтальмологии //Вестн. офтальмологии. 2006. Т. 122. № 1. С. 41-42.
100. Сидоренко Е.И. Проблемы и перспективы детской офтальмологии // 9-й съезд офтальмологов России. М., 2010.
- <http://www.eyepress.ru/article.aspx78001>.
101. Сидоренко Е.И., Аксенова И.И., Гераськина В.П. и др. Факторы риска и прогнозирование ретинопатии недоношенных //Рос. мед. журн. 2000. № 5. С. 30 - 33.
102. Сидоренко Е.И., Гусева М.Р., Аксенова И.И., Гераськина В.П. Особенности органа зрения недоношенного ребенка //Вестн. офтальмологии. 1999. Т.115. №4. С. 12-16.
103. Сидоренко Е.И., Илларионова Е.В. Случай самопроизвольного прилегания сетчатки при рубцовой стадии ретинопатии недоношенных //Вестн. офтальмологии. 2002. Т. 118. №3. С. 43-44.
104. Сидоренко Е.И., Обрубков С.А., Чиненов И.М. О лечении отслойки сетчатки у детей //Вестн. офтальмологии. 1993. Т. 109. № 1. С.22-24.
105. Сидоренко Е.И., Парамей О.В. Заболевания глаз у детей раннего возраста, перенесших патологию перинатального периода //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 1997. №5. С. 24-26.
106. Сидоренко Е.И., Парамей О.В., Аверкиева Л.Н. Медико-социальные аспекты слепоты и слабовидения у детей г. Москвы //Актуальные проблемы детской офтальмологии. СПб., 1995. С. 16-17.
107. Сидоренко Е.И., Парамей О.В., Аксенова И.И., Потапова Я.А. Ретинопатия недоношенных//Вестн. офтальмологии. 1993. Т. 109, № 1. С. 31-36.

108. Скородинская В.В. К вопросу об усилении рефракции у детей в период усиленного роста /Юфталъмол. журн. 1974. № 7. С. 499-501.
109. Смирнова Т.В., Волошин Г.Я., Косенкова С.Г. Некоторые данные о выявлении причин близорукости у школьников с применением ЭВМ // Тез. докл. 5-го Всесоюз. съезда офтальмологов. М., 1979. Т. 1. С. 154157.
110. Снегур Е.А., Нековаль В.Т., Задорожный В.Ф., Кострица Т.Б. Некоторые организационные и экономические вопросы поликлинической помощи//Сов. здравоохранение. 1985. №1. С. 30-33.
111. Сомов Е.Е. Заболевания и повреждения органа зрения: Руководство для семейных врачей. СПб.: СПМИ, 1995. 78 с.
112. Сомов Е.Е. Организация офтальмологической помощи недоношенным детям с патологией глаз //Актуальные проблемы детской офтальмологии. СПб., 1995. С. 19-21.
113. Сомов Е.Е. Особенности организации и работы офтальмотравматологического центра для детей //Повреждения органа зрения у детей. СПб., 1991. С. 8-14.
114. Сомов Е.Е. Повреждения органа зрения у детей. СПб., 1991. 25 с.
115. Сомов Е.Е., Азарова Г.А., Кузнецова М.Л., Меденцева М. А. Основные причины детской слепоты и слабовидения //Актуальные проблемы детской офтальмологии. СПб., 1995. С. 12-16.
116. Сомов Е.Е., Рудник А.Ю. Организация офтальмологического наблюдения за детьми с ретинопатией недоношенных в Санкт-Петербурге // 9-й съезд офтальмологов России: Тез. докл. М., 2010. <http://www.eyepress.ru/article.aspx77378>.
117. Сонькин В.Д., Зайцева В.В. Валеологический мониторинг состояния здоровья и условий обучения детей и подростков (Проект региональной программы)//Курьер образования. 1998. Т.2, №5. С. 5-6.

118. Старков Г. Л. Как сохранить и улучшить зрение. М.: Медицина, 1987. 20 с.
119. Старков¹ Г.Л., Соколова Р.С., Часовникова З.П. и др. Диспансерное наблюдение больных с заболеваниями глаз //Вестн. офтальмологии. 1986. Т. 102. № 6. С. 3-5.
120. Стуколкин О.Н., Веселов Н.Г., Юрьев В.В. Влияние комплекса факторов на заболеваемость детей раннего возраста, проживающих в городской и сельской местности Новгородской области //Здравоохранение Рос. Федерации. 1983. №1. с. 28-31.
121. Сухина Л.А., Коринь Л.С. Роль совместной работы офтальмологических учреждений и специализированной ВТЭК в повышении эффективности реабилитации инвалидов вследствие травмы глаза /Юфтальмол. журн. 1988. №1. С. 48-51.
122. Таболин В.А., Сидоренко Е.И., Гераськина В.П., Парамей О.В. Перинатальная офтальмология - новое перспективное направление охраны зрения детей//Педиатрия. 1999. №5. С. 7-8.
123. Тахчиди Х.П., Нероев В.В., Ходжаев Н.С., Жаров В.В. Организация офтальмологической помощи в Российской Федерации //Офтальмология: Нац. руководство [Под ред. С.Э. Аветисова и др.]. М., 2008. С. 26-33.
124. Тимофеев Н.Н., Цикова Т.Д., Ватченко А.А., Дроздов А.Г. К вопросу о повышении эффективности выявления и лечения начальной миопии у детей //Офтальмол. журн. 1990. № 8. С. 499-502.
125. Ткаченко Е.Т. Роль осложненных родов в возникновении содружественного косоглазия //Офтальмол. журн. 1968. № 6. С. 452-453.
126. Топалова А.В., Турыкина Н.Л. Распространенность глазных заболеваний в различных регионах мира //Офтальмол. журн. 1984. № 6. С. 374-377.

127. Ульданов Г.А., Медведев А.Н., Титова Л.Н. и др. Травмы глаз по материалам клиник Казахстана //Проблемы клинической офтальмологии. Алма-Ата, 1977. С. 62-64.
128. Ферфильфайн И.Л., Повещенко Ю.Л., Алифонова Т.А. Состояние глаз у школьников старших классов на Украине //Офтальмол. журн. 1992. №5. С. 313-316.
129. Фомина Н.В. Организация и содержание офтальмологической помощи недоношенным детям в городской специализированной больнице //Актуальные проблемы детской офтальмологии. СПб., 1995. С. 21-22.
130. Фомина Н.В. Структура глазной заболеваемости у новорожденных детей с перинатальной патологией //Актуальные проблемы детской офтальмологии. СПб., 1995. С. 22-23.
131. Хватова А.В. Основные причины слепоты и слабовидения у детей и пути их профилактики //Рус. офтальмол. журн. 2000. Т. 1, № 1. С. 30-34.
132. Хватова А.В., Катаргина Л.А. Состояние и перспективы исследований по проблеме ретинопатии недоношенных //Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных: Материалы симпоз. М., 2000. С.3- 16
133. Хватова А.В., Хлебникова О.В., Гинтер Е.К. Особенности клинической медико-генетической помощи населению с офтальмопатологией в южных регионах Российской Федерации //Тез. докл. 6-го съезда офтальмологов России. М., 1994. С. 392.
134. Хватова, А.В. Итоги и перспективы научных исследований по актуальным проблемам детской офтальмологии // Актуальные вопросы офтальмологии: Труды, науч.-практ. конф., посвящ. памяти Г. фон Гельмгольца. М., 1995. С. 83-101.
135. Хрущев С. В., Шлейфер А. А.Оздоровление детей (современные проблемы)//Вестн. спорт, медицины России; 1994. №1-2. С. 51.

136. Чухно А.А., Крамаренко В.И., Дембский Л.К. и др. *Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент: Учеб пособие. Симферополь: Таврида, 2001. 339 с.*
137. Шерешевский В.А. *Об исходах хирургического лечения травматических отслоек сетчатки у детей //Актуальные проблемы детской офтальмологии. СПб., 1995. С. 93-95.*
138. Щепин О.П., Коротких Р.В., Трегубов Ю.Г. *Профилактика 21 века: анализ концептуальных подходов //Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 4. С. 3-7.*
139. Щепин О.П., Овчаров В.К. *К оптимизации системы медицинской помощи населению в условиях межрегионального развития здравоохранения // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и история медицины. 1999. №5. С. 27-32.*
140. Южаков А.М., Травкин А.Г., Киселева О.А., Мазурова Л.П. *Статистический анализ глазной заболеваемости и инвалидности по РСФСР //Вестн. офтальмологии. 1991. Т. 107. №2. С. 5-7.*
141. Южаков А.М., Хватова А.В., Травкин А.Г. *Состояние офтальмологической помощи в Российской Федерации //Тез. докл. 7-го съезда офтальмологов России. М., 2000. С. 229-232.*
142. Alagaratnam J., Sharma T.K., Lim C.S., Fleck B.W. *A survey of visual impairment in children attending the Royal Blind School, Edinburgh using the WHO childhood visual impairment database // Eye. 2002. Vol. 16, №5. P. 557-561.*
143. al-Salem M., Rawashdeh N. *Pattern of childhood blindness and partial sight among Jordanians in two generations // J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus. 1992. Vol.29. №6. P. 361-365.*
144. Arnaud C., Bailie M.F., Grandjean H. et al. *Visual impairment in children: prevalence, aetiology and care, 1976-85 // Paediatr. Perinat. Epidemiol. 1998. Vol. 12. P. 228-239.*

145. Blohme J., Bengtsson-Stigmar E., Tornqvist K. Visually impaired Swedish children. Longitudinal comparisons 1980-1999 //Acta Ophthalmol. Scand. 2000. Vol.78. №4. P. 416-420.
146. Blohme J., Tornqvist K. Visual impairment in Swedish children. I. Register and prevalence data // Acta Ophthalmol. Scand. 1997. Vol. 75. № 2. P. 194-198.
147. Blohme J., Tornqvist K. Visual impairment in Swedish children. III. Diagnoses//Acta Ophthalmol. Scand. 1997. Vol.75. №6. P. 681-687.
148. Bryars J.H., Archer D.B. Aetiological survey of visually handicapped children in Northern Ireland // Trans. Ophthalmol. Soc. U K. 1977. Vol. 97. № 1. P. 26-29.
149. Bulgan T., Gilbert C.E. Prevalence and causes of severe visual impairment and blindness in children in Mongolia // Ophthalmic Epidemiol. 2002. Vol. 9. № 4. P. 271-281.
150. Causes of severe visual impairment in children and their prevention // Doc. Ophthalmol. 1975. Vol. 39. № 2. P. 213-341.
151. Crofts B.J., King R., Johnson A. The contribution of low birth weight to severe vision loss in a geographically defined population // Br. J. Ophthalmol. 1998. Vol.82. №1. P. 9-13.
152. Czeizel E., Metneki J., Vitez M. Az iskolaskoru sulyos latasi fogyatekos gyermekek gyakorisaga Magyarorszagon//Orv. Hetil. 1991. Vol.132. № 37. P. 2041-2044.
153. Czeizel E., Torzs E., Kovacs J. et al. Az iskolaskoru sulyos latasi fogyatekos gyermekek koreredete Magyarorszagon //Orv. Hetil. 1991. Vol. 132. №29. P. 1593-1538
154. Faghihi H., Jalali K.H., Amini A. et al. Rhegmatogenous retinal detachment after LASIK for myopia//J. Refract Surg. 2006. Vol. 22. №5. P. 448-452.

155. Faude F., Wiedemann P. Rhegmatogene Amotio retinae //Ophthalmologe. 1995. Bd. 92. №2. S. 229-246.
156. Flanagan N.M., Jackson A.J., Hill A.E. Visual impairment in childhood: insights from a community-based survey // Child Care Health Dev. 2003. Vol.29. №6. P. 493-499.
157. Gilbert C.E., Canovas R., Kocksch de Canovas R., Foster A. Causes of blindness and severe visual impairment in children in Chile // Dev. Med. Child Neurol. 1994. Vol.36. №4. P. 326-333.
158. Gilbert C.E., Wood M., Waddel K., Foster A. Causes of childhood blindness in east Africa: results in 491 pupils attending 17 schools for the blind in Malawi, Kenya and Uganda //Ophthalmic Epidemiol. 1995. Vol. 2. № 2. P. 77-84.

Приложения 1.

Карта проконсультированного в поликлинике

Ф.И.О. ребенка	Шифр
Возраст, лет	1
Пол	2
Место жительства	3
Кем направлен на госпитализацию: сам, ЦРБ	4
Цель направления	5
Диагноз направления	6
Диагноз консультанта	7
Осмотр: первично, вторично	8
Перечень исследований: лабораторные инструментальные	9
Доп. Консультации	10
Инвалидность есть, нет	11
Если нужна госпитализация - плановая, экстренная.	12
Рекомендации	13

Приложения 2.

Карта изучения случая госпитализации в БООБ

1. Ф.И.О. ребенка _____
2. Возраст: _____ до 1г.; 1-3 лет; 4-6; 7-14; >14 лет
3. Пол: муж., жен.
3. Место _____ жительства: Шафирканской район _____ : райцентр, сельская местность); г Бухарае; другие регионы
4. Кем направлен на госпитализацию: скорая помощь; сам; ЦРБ; прочее; характер госпитализации: плановая ; экстренная
5. Цель направления: оперативное лечение; обследование; прочее
6. Диагноз направления: Миопия (1); Гиперметропия (2); Астигматизм (3); Глаукома (4); Косоглазие (5);
7. Другое _____
8. Диагноз при поступлении: 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7;8; другое _____
9. Совпадение диагнозов направления и при поступлении: полное; частичное; не совпал; без направления
10. Дата госпитализации (месяц): 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
11. Диагноз при выписке: 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; другое _____
12. Совпадение диагнозов при поступлении и при выписке: полное; частичное; не совпал
13. Количество койко-дней в стационаре _____
14. Лабораторные исследования, проведенные в стационаре: Клинический анализ крови; Биохимические анализы крови (число _____):
15. Анализ мочи: Анализ кала на Я\Г, копрограмма
16. Инструментальные исследования: Визиометрия; УЗИ диагностика; Тонометрия; Рефрактометрия; офтальмоскопия; ОСТ исследование; Другое _____
17. Проведены консультации: Педиатр; ЛОР; Невролог; Ортопед; прочие _____
18. Проведено консультаций зав. Отделением _____
19. Исход заболевания: выписан с выздоровлением; с улучшением, без перемен; с ухудшением.

Приложения 3.

1. Пол; м/ж;
2. Возраст (лет);
3. Кем направлен: самостоятельно; поликлиника БООБ; ЛПУ СПб.; другое
_____ .
4. Цель направления: оперативное лечение; обследование; плановая госпитализация; экстренная госпитализация; другое .
5. Оценка уровня обследования офтальмологом района (педиатром) в баллах: в полном объеме - 1.0; в неполном объеме - 0.5; не обследован - 0 (при наличии показаний и возможностей); не обследован по объективным причинам - 9 .
5. Оценка проводившегося лечения:
в полном объеме-1; в недостаточном объеме- 0,5;
не проводилось-0 (при наличии показаний и возможностей); не проводилось по объективным причинам - 9.
6. Диагноз врача офтальмолога в поликлинике БООБ: (миопия, гиперметропия, амблиопия, астигматизм, косоглазие Другое .
7. Его совпадение с диагнозом направления: полностью-1, частично-0,5, не совпал-0.
8. Характеристика ведения больного в поликлинике БООБ. А.
Инструментальные и лабораторные исследования:
- не назначены какие-либо необходимые исследования-0;
- назначены в необходимом объеме-1;
- назначены избыточные-0,5.
Б. Консультации специалистов:
- не назначены необходимые консультации-0;
- назначены в необходимом объеме-1;
- назначены избыточные- 0,5. В.
Назначенное лечение.
полное-1; назначено в неполном объеме-0,5. Г. Обоснованность диагноза.
не обоснован-0; обоснован-1; недостаточно обоснован-0,5. Д.
Качество медицинской документации: нет замечаний — 1; есть замечания -

0.%. Е. Общая оценка качества ведения больного в поликлинике в баллах
(сумма А-Д) указать :
9. Выявленные замечания

Приложение 4

Карта экспертной оценки качества ведения офтальмологических больных в стационаре БООБ

1. Пол; м/ж;
2. Возраст (лет);
3. Кем направлен: самостоятельно; поликлиника БООБ; ЛПУ СПб.; другое _____ .
4. Цель направления:
оперативное лечение; обследование; плановая госпитализация; экстренная госпитализация; Другое .
5. Госпитализация: первичная, повторная.
6. Оценка уровня обследования офтальмологом района (педиатром) в баллах: в полном объеме - 1.0; в неполном объеме - 0.5; не обследован - 0 (при наличии возможности и необходимости); не было возможности (необходимости) - 9.
7. Оценка проводившегося лечения: в полном объеме-1. в недостаточном объеме-0,5. не проводилось-0 (при наличии возможности и необходимости); не было возможности (необходимости) - 9.
8. Диагноз врача офтальмолога отделения БООБ:
(миопия, гиперметропия, амблиопия, астигматизм,, косоглазие, другое
9. Его совпадение с диагнозом направления по (3-х бальной системе): полностью-1, частично-0,5, не совпал-0.
10. Характеристика ведения больного в отделении БООБ.
 - А. Инструментальные и лабораторные исследования:
 - не назначены необходимые исследования -0
 - назначены в необходимом объеме-1
 - назначены избыточные - 0,5 Б.
 - Консультации специалистов:
 - не назначены необходимые консультации-0;
 - назначены в необходимом объеме-1;
 - назначены избыточные-0.5.
 - В. Назначенное лечение.
 - полное-1; не назначено-0; назначено в неполном объеме-0,5.

Г. Обоснована ли длительность лечения (да, нет).

Д. Обоснованность диагноза.

не обоснован-0; обоснован-1; недостаточно обоснован-0,5.

Е. Качество медицинской документации (в баллах): нет замечаний - 1; наличие замечаний - 0,5.

Ж. Общая оценка качества ведения больного в стационаре в баллах (сумма пунктов А-Е)

указать: _____

11 .Указать выявленные дефекты (замечания) .