

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

© КАТАРГИНА Л.А., МИХАЙЛОВА Л.А., 2015

УДК 617.7-053.2-082:614.2

Катаргина Л.А., Михайлова Л.А.

СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (2012–2013 гг.)

ФГБУ “Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца” Минздрава России, 105062, Москва, РФ

Приведен анализ результатов отчетных форм федерального статистического наблюдения за 2012–2013 гг. Распространенность глазной патологии у детей и подростков в РФ на 23% превышает показатели распространенности среди взрослого населения, составляет 13167,6 на 100 тыс. детского населения и имеет стойкую тенденцию к росту (в 2012 г. – 13144,1). Выявлен недостаточный охват диспансерным наблюдением больных с заболеваниями, имеющими высокий риск развития инвалидности, в частности с глаукомой и ретинопатией недоношенных. Установлено, что высокая доля профилактических посещений не всегда способствует своевременному выявлению заболеваний на ранних стадиях, предотвращению роста числа запущенных случаев, что приводит к инвалидизации детей. Комплексный подход к организации офтальмологической помощи детям на всех уровнях оказания медицинской помощи позволит целенаправленно планировать профилактические и реабилитационные мероприятия.

Ключевые слова: детская офтальмологическая служба; заболеваемость; слепота; детская инвалидность

Для цитирования: Рос. педиатр. офтальмол. 2015; 1:5-10.

Katargina L.A., Mikhailova L.A.

THE CURRENT STAGE OF THE OPHTHALMOLOGICAL CARE SERVICE IN THE RUSSIAN FEDERATION (2012 – 2013)

The Helmholtz Moscow Research Institute of Eye Diseases, 105062, Moscow, Russia

This article was designed to report the results of the analysis of the statistical record-keeping forms for the years of 2012 – 2013. It has shown that the prevalence of eye pathology among the children and adolescents in this country is 23% higher than among the adult population. It amounts to 13,167.6 per 100,000 child population and shows the well-apparent tendency toward a further rise (compared with 13,144.1 per 100,000 in 2012). Moreover, the study revealed the incomplete coverage of regular medical examination of the patients presenting with the diseases creating the high risk of disablement, such as glaucoma and retinopathy of prematurity. At the same time, the high medical aid appealability rate was found to be insufficient to ensure the early detection of these conditions and prevent the increase in the number of the neglected cases responsible for the enhanced disability rate. The combined approach to the organization of the ophthalmological treatment of the children and adolescents at all levels of health care service is expected to make it possible to purposefully plan the necessary prophylactic and rehabilitative measures.

Key words: ophthalmological care service for the children and adolescents; morbidity; blindness; pediatric invalidism

Citation: Ros. pediatr. oftalmol. 2015; 1:5-10. (in Russian)

Развитие детской офтальмологической службы, ее достижения, принятие своевременных управленческих решений невозможны без объективной оценки эпидемиологической ситуации и правильности ее понимания.

В данной публикации мы приводим результаты анализа отчетных форм федерального статистического наблюдения за 2012–2013 гг.

Распространенность глазной патологии (или общая заболеваемость) у детей и подростков в РФ на 23% превышает показатели распространенности среди взрослого населения, составляет 13167,6 на 100 тыс. детского населения и имеет стойкую тенденцию к росту (в 2012 г. – 13144,1).

С улучшением качества профилактической работы первичного звена и расширением диагностических

возможностей мы ожидаем дальнейшего роста заболеваемости. Однако при этом должно снижаться число впервые выявленных запущенных случаев и, конечно же, улучшаться ситуация с инвалидизацией детского населения. В настоящее время для этого есть все предпосылки: высокая доля профилактических посещений (выше, чем в среднем ко всем врачам на 10%), рост охвата диспансеризацией детского населения, повышение качества работы первичного звена здравоохранения, усиление профилактической направленности.

Обращают на себя внимание существенные отличия распространенности офтальмопатологии в детском и подростковом возрасте. Установлено, что подростки в 2 раза чаще болеют, а вот выявляют патологию чаще у детей, что отражает структура общей

Для корреспонденции: Катаргина Людмила Анатольевна, e-mail: Катaргина@igb.ru; Михайлова Людмила Анатольевна, e-mail: Mihailova la@igb.ru

Correspondence to: Katargina Ludmila Anatol'evna, e-mail: Катaргина@igb.ru; Mikhaylova Ludmila Anatol'evna, e-mail: Mihailova la@igb.ru

и первичной заболеваемости детей и подростков. Так, среди детей в возрасте 0–14 лет заболеваемость глаза и его придаточного аппарата в структуре всей заболеваемости занимает 3-е место, а выявляемость (диагноз установлен впервые в жизни) – 5-е, среди подростков заболеваемость занимает 2-е место, а выявляемость – 7-е. Возможно, это связано частично с тем, что дети почти в 15 раз чаще болеют острым конъюнктивитом, и каждый новый случай, как острое заболевание, соответственно регистрируется чаще у детей. Влияют на это и сроки манифестации различной офтальмопатологии. Но в то же время практически все учитываемые в официальной статистике заболевания впервые выявляются чаще в подростковом возрасте, чем в детском: кератит – в 2,4 раза чаще, катаракта – в 1,5 раза, хориоретинальное воспаление – в 3 раза, глаукома, неврит зрительного нерва – в 1,5 раза, миопия – в 9 раз, слепота и слабоумие – в 1,5 раза. Это может говорить как о недостатках в работе первичного звена здравоохранения на этапе профилактических осмотров и диспансеризации детей в возрасте 0–14 лет, так и об особенностях возрастной структуры заболеваемости.

Несмотря на развитие в стране профилактического направления, в том числе и в офтальмологии, число заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом (выявляемость) в последний год, хотя и незначительно, но снизилось – с 6122,8 до 6116,9 случаев на 100 тыс. всего детского населения и на это следует обратить внимание офтальмологам первичного звена.

Не во всех регионах идет достаточная работа по активному выявлению детской глазной патологии, что приводит к значительному снижению первичного выявления на ранних стадиях, а в дальнейшем может ухудшить эпидемиологическую ситуацию по офтальмопатологии в целом. Например, в Дальневосточном федеральном округе выявляемость снизилась на -5% (в Амурской области на -14%), в Центральном федеральном округе на -3,2% (в Тверской области на -26%, в Орловской на -20%), в Сибирском федеральном округе – на -0,5%, в Кемеровской области на -9,5%, в Республике Бурятия на -9,4%, в Забайкальском крае на -7%.

Показатели заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет по регионам достаточно вариабельны – в ряде регионов наблюдается очень высокая заболеваемость (почти в 2 раза превышающая среднероссийский показатель): в Архангельской области – 21144,7, Курганской – 21856,6 и высокая: в Республике Коми – 17163,4, Мурманской области – 17635,8, в г. Санкт-Петербурге – 17029,6, Чувашской республике – 18888,8, Ямало-Ненецком автономном округе – 18548,7. При этом высокая заболеваемость не всегда связана с хорошей работой первичного звена по выявлению заболеваний на ранних стадиях. Например, в таких регионах как Саратовская, Кировская области, республиках Татарстан, Башкортостан и ряде других регионов высокая заболеваемость сопровождается низкой выявляемостью. В этом случае можно предположить, что заболеваемость растет из-за частых обращений больных с обострениями хронических заболеваний, которые были выявлены в предыдущие годы.

В динамике заболеваемости по отдельным нозологиям резких колебаний показателей не выявлено.

Рост общей заболеваемости по классу в целом среди детского населения в 2013 г. составляет 0,2%. Рост отмечается по таким заболеваниям как болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и рефракции – на 2–3%, ретинопатии недоношенных – на 9%. Общая распространенность слепоты возросла на 6%, при этом у детей в возрасте 0–14 лет – на 9%, у подростков же она наоборот снизилась на 8%. Возможно, это связано с эффективностью реабилитационных и профилактических мероприятий.

Структура заболеваний глаза и его придаточного аппарата (среди заболеваний, выделенных в отчетных формах федерального статистического наблюдения как наиболее распространенных) не меняется на протяжении многих лет (см. таблицу).

В то же время на так называемые “прочие” заболевания приходится почти 30%, включая заболевания, формирующие тяжелые осложнения, приводящие к инвалидности, в связи с чем необходим пересмотр перечня выделенных в госстатистике заболеваний в сторону расширения.

На основании анализа данных по заболеваемости (2012 г.) установлено, что наиболее высокий уровень имеют следующие заболевания.

Миопия (РФ – 4467,8), показатели которой у детей в возрасте 0–14 лет варьируют по регионам от *низкого уровня* (в 1,5–2 раза ниже среднероссийского) это: все регионы Северо-Кавказского федерального округа (кроме Республики Ингушетия), Дальневосточного федерального округа (кроме Республики Саха (Якутия)), республики Бурятия, Хакасия, Томская область, в республиках Тыва (в 4 раза ниже), Чеченской (в 7 раз), до *очень высокого* (превышающего среднероссийский в 1,5–2 раза): Чувашская республика, Марий Эл, Ненецкий и Чукотский автономные округа, Кировская область.

Катаракта (РФ – 29,7), вариабельность значений показателей которой по регионам также высока: *низкие* (ниже среднероссийского показателя более чем в 2,5 раза) у детей в возрасте 0–14 лет регистрируются в таких регионах как Калужская, Ивановская, Ярославская, Мурманская области, Республика Карелия. Крайне низкий уровень регистрировался в Калмыкии – менее 6 случаев на 100 тыс. детского населения. *Высокий* уровень заболеваемости катарактой (в 1,5 и более раз выше, чем в среднем по России) отмечается в областях: Белгородская, Курганская, Смоленская, Волгоградская, в республиках Кабардино-Балкария,

Структура заболеваний глаза и его придаточного аппарата

Диагноз	Абс.	%
Миопия	1,2 млн	34
Конъюнктивит	582,6 тыс.	16,6
Астигматизм	351 тыс.	10
Хориоретинальное воспаление	14,9 тыс.	0,4
Катаракта	7,9 тыс.	0,2
Кератиты	7,3 тыс.	0,2
Преретинопатия	5,4 тыс.	0,15
Неврит зрительного нерва	3,7 тыс.	0,1
Глаукома	1,5 тыс.	0,04

Мордовия, Забайкальском и Хабаровском краях. Самая высокая заболеваемость (71,4) зарегистрирована в Дагестане.

Глаукома (РФ – 5,7) – третье место в структуре заболеваемости, одно из основных заболеваний, ведущее к слепоте.

Обращает на себя внимание тот факт, что в 2012 г. в ряде регионов глаукома вообще не была выявлена. Это Костромская и Калининградская области, республики Северная Осетия, Марий Эл, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ. С чем это связано – неясно. В то же время высокая выявляемость зарегистрирована в Амурской, Архангельской областях, республике Татарстан – в 2–2,5 раза выше среднероссийского показателя, в Волгоградской области – в 4 раза выше, в республике Алтай – в 7 раз. Такая ситуация требует тщательного изучения и принятия соответствующих мер.

Полагаем, что следует изучить причины как *высокого*, так и *низкого* уровня показателей заболеваемости в регионах, улучшить качество диагностики при профилактических осмотрах, обратить внимание на оснащенность кабинетов первичного звена здравоохранения, его соответствие с Порядком оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты (приказ МЗ РФ от 25.10.2012, № 442н).

Регионам, в которых регистрируется *низкая* заболеваемость и соответственно выявляемость, стоит также обратить внимание на уровень охвата детского населения профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, качество их проведения, а в регионах с очень *высокими* показателями определить факторы риска и разработать мероприятия по профилактике их отрицательного воздействия.

С 2011 г. в официальную статистику для учета была введена **преретинопатия (ретинопатия недоношенных)**. Анализ показал, что ситуация по ретинопатии недоношенных в стране весьма неутешительная, разброс показателя заболеваемости ретинопатией от наименьшего к большему по регионам составил почти 1:90, то есть от 2,0 в Рязанской области до 176,3 в республике Якутия (Саха), где было зарегистрировано 372 случая ретинопатии недоношенных. Это, конечно, требует дальнейшего анализа и большей настороженности офтальмологов регионов с высоким числом недоношенных детей группы риска.

Все дети, перенесшие ретинопатию недоношенных, должны наблюдаться у офтальмолога, то есть состоять под диспансерным наблюдением. Фактически же на анализируемый период взяты на диспансерный учет только 44%, то есть более половины детей с ретинопатией недоношенных не состоят под наблюдением, что является предпосылкой неблагоприятных отдаленных последствий. Особенно это касается регионов, в которых из всех больных ретинопатией недоношенных на диспансерное наблюдение взято менее четверти больных (Курская, Саратовская, Калининградская области, республика Бурятия), а в Самарской, Пензенской, Амурской областях состоят под наблюдением меньше 10%, в Оренбургской и Смоленской областях – 4%, в Архангельской – всего 2%.

В настоящее время в Минздраве РФ прорабатывается вопрос создания регистра и соответственно мониторинга этого заболевания.



Число детей-инвалидов по зрению в различных регионах РФ (на 10 тыс. детского населения).

По остальным, учитываемым в госстатистике заболеваниям, показатели охвата диспансерным наблюдением более утешительные.

Так, в целом по стране состоящих на диспансерном учете пациентов с катарактой было 82%, с глаукомой – 76%, с невритом зрительного нерва – 75%, миопией – 47%. В это же время на диспансерном учете состоят 90% всех слепых и 60% слабовидящих, диагноз и перспективы реабилитации которых требуют уточнения.

В целом слепота и слабовидение среди детей и подростков РФ в 2012 году наблюдались более чем у 29 тыс. детей (из них у подростков почти 6 тыс.), что составило 109,2 на 100 тыс. детского населения.

Самая высокая распространенность слепоты и слабовидения зарегистрирована в республике Алтай (в 7 раз выше среднероссийской), в Северной Осетии-Алании (в 4,5 раза выше среднероссийской) и в Волгоградской области (почти в 4 раза). В 2–3 раза превышает среднероссийский показатель уровень слепоты в Курской, Орловской, Тверской, Нижегородской, Оренбургской, Свердловской областях, в Чеченской республике.

Слепота обоих глаз отмечалась у почти 3 тыс. детей и подростков (из них у подростков почти 500 случаев) и составила 10,2 на 100 тыс. детского населения. Высокая распространенность, превышающая среднероссийский показатель в 2 и более раз, отмечается в Тверской, Свердловской областях, республиках Марий Эл, Татарстан.

На фоне незначительного роста наиболее распространенных среди детского населения заболеваний отмечается рост слепоты обоих глаз – одной из основных причин детской инвалидности – в большей

степени за счет детей подросткового возраста, что требует анализа и целенаправленной работы по профилактике и реабилитации.

Обращает на себя внимание как резкий рост числа слепых в таких регионах как: Псковская область (с 6 до 18 детей), Ростовская область (с 55 до 81 ребенка), республика Дагестан (с 59 до 74 детей), Красноярский край (с 41 до 62 детей), так и отсутствие слепых детей в республике Тыва при одновременном наличии 45 детей-инвалидов по зрению, первично признанных инвалидами. Это свидетельствует о плохом учете и соответственно качестве и достоверности данных.

Всего инвалидов по зрению среди детей в РФ по состоянию на 1 января 2013 года – 16 168. Несоответствие показателей слепоты и слабовидения с числом детей, признанных инвалидами по зрению, связано, скорее всего, с комплексным характером детской патологии, когда причинами инвалидности признаются неврологические нарушения или патология опорно-двигательного аппарата, а не нарушение зрения.

В структуре детской инвалидности инвалидность по зрению находится на 5-м месте и составляет 5% от всего контингента детей-инвалидов.

Вариабельность показателя инвалидности по регионам очень высока – от 0,9 случая на 10 тыс. населения в Кировской области, до 78,2 – в Чеченской республике (см. рисунок).

В настоящее время возможности федеральной статистики не позволяют проанализировать причины, приводящие к инвалидности, в связи с чем мы внесли предложение в Минздрав РФ дополнить перечень заболеваний, учитываемых в отчетных формах федеральной статистики нозологиями, которые в основном формируют инвалидность по зрению. Это позволит целенаправленно планировать профилактические и реабилитационные мероприятия.

Говоря о сложившейся ситуации в детской офтальмологии, нельзя не сказать о ресурсах, которые необходимы для обеспечения качества и доступности офтальмологической помощи детям. Так, всего врачей-офтальмологов в стране, включая детских, 13 659 человек. Показатель обеспеченности офтальмологами на протяжении ряда лет сохраняется на уровне 1,0 на 10 тыс. населения. В номенклатуре специальностей не выделена специальность детского офтальмолога, поэтому мы не можем точно сказать, сколько офтальмологов оказывают медицинскую помощь детям. Проведенное нами анкетирование показало, что в медицинских организациях нашей страны трудятся примерно 3 тыс. детских врачей-офтальмологов.

При среднем показателе обеспеченности населения РФ врачами-офтальмологами 1,0 на 10 тыс. населения сохраняются значительные региональные различия. Несмотря на некоторое сокращение числа врачей-офтальмологов в Москве и Санкт-Петербурге, в этих городах по-прежнему сосредоточены основные офтальмологические ресурсы, обеспеченность остается одной из самых высоких.

Недостаточная обеспеченность офтальмологами сохраняется в 24 регионах страны: в Псковской, Тульской, Липецкой, Московской, Тверской, Калининградской, Ленинградской, Ульяновской, Свердловской, Вологодской, Костромской, Ростовской областях, республиках Ингушетия, Кабардино-Балкария, Та-

тарстан, Алтай, Бурятия, Тыва, Чечня, в Европейской автономной области, Ненецком автономном округе, в Приморском, Ставропольском, Камчатском краях.

Дефицит врачей-офтальмологов частично компенсируется коэффициентом совместительства, который в ряде регионов недопустимо высок. В среднем по стране на протяжении последних 5 лет коэффициент совместительства остается на уровне 1,3. В то же время в 13 субъектах РФ он существенно выше. Так, один врач занимает около 2 должностей в Еврейской автономной области, Тульской, Кемеровской, Ульяновской областях, республиках Алтай, Тыва и других регионах.

Представляет интерес тот факт, что в регионах с низкой обеспеченностью офтальмологами отмечается низкая заболеваемость (ниже среднероссийских показателей в 1,5 и более раз) и высокая инвалидность. То есть недостаток врачей, особенно в первичном звене здравоохранения, влечет за собой низкую выявляемость заболеваний на ранних стадиях, рост числа хронических заболеваний, приводит к росту инвалидизации детского населения.

Коечный фонд детской офтальмологической службы претерпевает изменения, характерные для всей отрасли здравоохранения: сокращаются “избыточные”, неэффективно “работающие” койки, не обеспеченные оборудованием. Таким образом, коечный фонд приводится в соответствие с Порядком оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты (приказ МЗ РФ от 25.10.2012, № 442н).

К началу 2013 года в круглосуточных стационарах было развернуто 2846 офтальмологических коек для детей. В результате оптимизации деятельности коечного фонда (снижения средней длительности пребывания на койке с 8,4 до 8,3, увеличения ее оборота с 36 раз до 37) увеличилась на 3 дня занятость детской офтальмологической койки, составив в 2012 году 305 дней. И хотя она не достигла норматива (согласно Программе госгарантий – 324 дня), тем не менее, это позволило на меньшей численности коек пролечить на 755 детей больше, чем в 2011 году (в 2011 году – 100 829 детей, в 2012 – 101 584).

В 2013 году в ходе дальнейшей оптимизации продолжился рост эффективности деятельности коечного фонда: увеличилась занятость койки до 314 дней в году, сократилось время простоя койки (число дней незанятости от момента выписки больного до поступления нового больного) с 1,8 дня до 1,6.

Обеспеченность детского населения офтальмологическими койками на протяжении ряда лет не меняется и составляет 1,1 на 10 тыс. населения. Среди субъектов РФ отмечается значительная вариабельность показателя.

Высокие показатели обеспеченности койками отмечаются в Орловской (2,5), Рязанской (3,3) областях, Чувашской республике (2,1), Нижегородской области (2,0), республике Хакасия (2,4), Алтайском крае (2,2), Амурской области (2,0).

Низкая обеспеченность детскими койками отмечается в таких регионах как Мурманская область, республика Башкортостан (0,1), Новосибирская область, республика Саха (Якутия) (0,2), Тверская (0,3), Московская, Ростовская области, республика Коми (0,4).

Анализ показал, что фактическая обеспеченность койками не влияет на эффективность их деятельности.

Например, при *низкой и крайне низкой* обеспеченности (в 3, 4, 5, 10 раз ниже, чем в среднем по России) прослеживается *низкая* занятость (недогруженность), *высокий* простой коек в течение года в следующих областях: Мурманская область (160 дней), Краснодарский край (183 дня), республика Башкортостан (266 дней), Новосибирская (270 дней), Тверская (77 дней), Владимирская (200 дней), Московская (295 дней), Ростовская (279 дней) области, республика Коми (214 дней), Еврейская автономная область (100 дней). В этих регионах отмечается высокий простой койки – от 3 месяцев до полугода. При этом, оборот койки в ряде из перечисленных регионов высокий – в 1,3–1,5 раза выше среднероссийского показателя (РФ – 37,0), а длительность пребывания в стационаре в Мурманской области, Краснодарском крае крайне низкая – 2,9–2,8 дня, Новосибирской области – 3,8 дня, Тверской области – 4,7 дня, республике Коми – 5 дней, Владимирской, Ростовской областях – 6 дней. Возникает вопрос, с каким диагнозом госпитализируются дети на 2, 3, 4 дня? Можно предположить, что только на обследование, а лечение в стационаре вообще не осуществляется, поскольку длительность пребывания ребенка в стационаре с учетом диагностики и лечения в среднем по России составляет 8,3 дня.

Высокая занятость (перегруженность) койки в течение года выявлена в следующих областях: в республике Калмыкии (350 дней), Ставропольском крае (344 дня), в республиках Татарстан (355 дней), Якутия (Саха) (420 дней), Пермском крае (325 дней), Тамбовской, Тульской областях (по 347 дней). «Перегруженность» койки при недостаточном количестве коек вполне реальна, и в данной ситуации необходим комплексный подход к решению проблемы с реорганизацией всего коечного фонда региона.

В регионах, где отмечается неудовлетворительная «работа» коечного фонда при высокой обеспеченности койками детского населения, следует пересмотреть необходимость содержания «лишних» офтальмологических коек, произвести расчеты в соответствии с рекомендациями Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, взяв за основу ежегодное информационное письмо Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (на очередной год) и развивать экономически выгодные стационарозамещающие технологии.

В 2012 году в стационарах всех типов учреждений специализированную помощь на детских офтальмологических койках получили более 100 тыс. детей, что составило 11% от числа всех госпитализированных на офтальмологические койки, или 0,5% от всего детского населения и 2,9% от числа детей со всей офтальмопатологией (отчетная форма федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности стационара»). В структуре госпитализированной заболеваемости многократно преобладают больные с «прочими», не расшифрованными в федеральной статистике заболеваниями. Из 98 752 госпитализированных всего в 7% случаев известно, с

какими заболеваниями больные госпитализированы. Среди них заболевания распределяются следующим образом:

- 0,2% – неврит зрительного нерва;
- 0,4% – язва роговицы;
- 0,9% – глаукома;
- 1,5% – катаракта;
- 1,8% – слепота и слабовидение;
- 2,1% – дегенерация макулы и заднего полюса;
- 93% – «прочие» заболевания.

Из общего числа детей с зарегистрированной офтальмопатологией (по данным формы Федерального статистического наблюдения № 12 – 3,5 млн) госпитализировано 2,9%, из них: с язвой роговицы – 74% от числа всех пациентов с язвой роговицы, с глаукомой – 57,5%, с катарактой – 18%, с невритом зрительного нерва – 7%.

Средняя длительность пребывания больного на детской офтальмологической койке в 2012 году несколько снизилась, составив в целом по РФ 8,3 дня (8,4 дня в 2011 году).

По отдельным нозологиям средняя длительность пребывания составила:

- неврит зрительного нерва – 13 дней;
- дегенерация макулы и заднего полюса – 10 дней;
- язва роговицы – 12 дней;
- глаукома – 7,7 дня;
- катаракта – 7 дней;
- слепота и пониженное зрение – 9,5 дней.

Возникает вопрос обоснованности госпитализации больных со слепотой. Обращаем внимание на формирование заключительного диагноза в учетной форме № 066/у «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания...», на основании которой формируется раздел «Состав больных в стационаре, сроки и исходы лечения» формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности стационара», куда включаются сведения о составе пролеченных больных по заключительному диагнозу.

В 2012 году продолжился рост хирургической активности детских офтальмологических стационарных подразделений. Всего было проведено 78 631 операция (на 1% больше, чем в 2011 году). При этом сократилось число операций, проведенных по поводу катаракты (на 2,8%) и глаукомы (на 8,7%) на фоне общего снижения числа госпитализированных с этими заболеваниями.

В ряде регионов отмечается значительный рост количества операций детям в возрасте 0–14 лет: в Курской – с 70 до 238 (в 3,4 раза), Смоленской – с 204 до 389 (почти в 2 раза) областях, республике Чувашия – с 1055 до 1386 (на 31%), Пензенской области – с 356 до 457 (на 28%), республиках Бурятия – с 405 до 492 (на 21%), Татарстан – с 1087 до 1403 (на 29%), Алтайском крае – с 1923 до 2365 (на 23%), Иркутской области – с 1405 до 1739 (на 24%), республике Саха (Якутия) – с 01 до 346, Хабаровском крае – с 254 до 939 (в 3,7 раза), Амурской – с 516 до 1117 (в 2,2 раза), Сахалинской – с 152 до 201 (на 32%) областях.

Однако в отдельных регионах отмечается значительное их снижение: в Орловской области – с 320 до 194 (на 60%), г. Москве – с 9351 до 6741 (на 38%), Оренбургской области – с 1541 до 1266 (на 22%).

В 2012 году из общего числа операций детям 6504 операции были проведены с применением высоких медицинских технологий (на 2% меньше, чем в 2011 году). В структуре операций по высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) составили 8,3% в 2012 году, 8,5% в 2011 году. При этом отмечается снижение числа операций по ВМП на 32% при глаукоме, на 28% при катаракте.

В ряде регионов отмечается существенное снижение количества операций по ВМП: в Чувашской республике – в 4 раза, в областях: Оренбургской – в 4 раза, в Волгоградской – на 59%, Кемеровской – на 37%, республиках Башкортостан – на 30%, Татарстан – на 13%, в г. Москве – на 11%.

В то же время прослеживается существенный рост таких операций детям в возрасте 0–14 лет: в областях Рязанской – в 82 раза (с 4 до 328), Свердловской – в 2 раза, Новосибирской – на 74% (с 67 до 117), Московской – на 55%, Калужской – на 39%, Челябинской – на 20%.

В 47 регионах страны операции на органе зрения по ВМП детям не проводились.

В 2012 году увеличилось с 2087 до 3041 (на 46%) число операций у детей в возрасте до 1 года по поводу ретинопатии недоношенных. Наибольшее количество операций проведено в городах Москве, Санкт-Петербурге, в республике Татарстан, в Калужской и Свердловской областях.

Таким образом, анализ эпидемиологической ситуации, проведенный по данным федеральной статистики, позволил выявить отдельные проблемы в организации детской офтальмологической службы.

Установлено, что высокая доля профилактических посещений не всегда способствует своевременному выявлению заболеваний на ранних стадиях, предот-

вращению роста числа запущенных случаев, что приводит к инвалидизации детей. Необходимо обратить внимание на качество работы первичного звена здравоохранения, обеспеченность его оборудованием.

Выявлен недостаточный охват диспансерным наблюдением больных с заболеваниями, имеющими высокий риск развития инвалидности (в частности, больных с глаукомой и с ретинопатией недоношенных).

Из-за низкой обеспеченности ряда регионов врачами-офтальмологами соответственно не обеспечивается рост доступности офтальмологической помощи больным детям.

В ряде регионов не сбалансирована деятельность коечного фонда. Для повышения эффективности использования коечного фонда необходимо проанализировать состав больных в стационаре, эпидемиологическую ситуацию по офтальмологической заболеваемости, обоснованность госпитализации в круглосуточный стационар.

Необходим комплексный подход к организации офтальмологической помощи детям на всех уровнях оказания медицинской помощи, начиная от первичной медико-санитарной и заканчивая специализированной, в том числе высокотехнологичной. Это не повлечет дополнительных финансовых расходов и может быть решено организационными методами.

Надеемся, что при принятии управленческих решений, направленных на улучшение сложившейся ситуации, данный материал будет использован с учетом особенностей региона и оптимального использования имеющихся ресурсов, а также с учетом глобальных задач, стоящих перед отечественным здравоохранением.

Поступила 14.11.14
Received 14.11.14