



**Міністерство охорони здоров'я України
Державний заклад
«Центр медичної статистики МОЗ України»
Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика**

***Офтальмологічна допомога в Україні
за 2006-2011 роки***

(аналітично-статистичний довідник)

м. Київ - 2012

Офтальмологічна допомога в Україні за 2006-2011 роки
(аналітично-статистичний довідник)

Головний науковий Моїсеєнко Р.О.

редактор:

Відповідальні Голубчиков М.В., Слабкий Г.О., Риков С.О.

наукові редактори:

Відповідальні за Хобзей М.К., Осташко С.І.

випуск: Терещенко А.В.

Розробники:

Баринов Ю.В., Аліфанова Т.А., Обухова Н.А., Венгер Л.В.,
Гудзь А.С., Вітовська О.П., Шаргородська І.В.,
Черемухіна О.М., Шевченко В.І., Костецька А.О.,
Руденко Н.Г, Степанюк Г.І., Шпак Г.В., Коробов К.В.,
Некрасова Н.В.

Показники діяльності лікувально-профілактичних закладів системи Міністерства охорони здоров'я України щодо надання медичної допомоги населенню України з хворобами ока та придаткового апарату складені за матеріалами офіційних державних і галузевих статистичних звітів.

Довідник знайомить з динамікою показників діяльності лікувально-профілактичних закладів системи МОЗ України, які надають медичну допомогу населенню України, дає можливість проаналізувати захворюваність та поширеність хвороб ока та придаткового апарату, стан інвалідності та надання медичної допомоги.

*При використанні даних статистично-аналітичного довідника у публікаціях
обов'язково посилатись на даний довідник.*

Зміст

№ з/п таблиць	Найменування	Сторінка
	<i>Вступ.</i> Офтальмологічна допомога населенню України	4
1	Чисельність населення України	27
	<i>Діяльність закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України</i>	
2	Частота реєстрації хвороб ока та придаткового апарату у дорослого населення	30
3	Частота реєстрації хвороб ока та придаткового апарату у дитячого населення	64
4	Специфічні ураження ока	99
5	Дитяча інвалідність від хвороб ока та придаткового апарату	106
6	Частота виявлення зниження гостроти зору під час профілактичних оглядів	118
7	Штати та кадри офтальмологічної служби	127
8	Ліжковий фонд та надання стаціонарної офтальмологічної допомоги	138
9	Хірургічна діяльність амбулаторно-поліклінічних закладів щодо надання офтальмологічної допомоги	155
	<i>Діяльність закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління інших міністерств, відомств</i>	
10	Надання офтальмологічної допомоги у закладах охорони здоров'я інших міністерств та відомств:	
	- Академія медичних наук України	160
	- Міністерство транспорту та зв'язку України	162
	- Міністерство внутрішніх справ України	165
	- Міністерство оборони України	168
	- Державний департамент України з питань виконання покарань	171
	- інші міністерства та відомства	174
	<i>Діяльність приватних установ</i>	
11	Надання офтальмологічної допомоги у приватних установах	178

Вступ

В період реформування галузі охорони здоров'я дуже важливо вірно визначити пріоритетні напрямки спрямування зусиль для ефективного впливу на стан роботи закладів та окремих підрозділів. Оцінка діяльності медичної галузі чи її окремого підрозділу розпочинається з відповідного аналізу показників роботи та характеристики впливу цієї діяльності на стан здоров'я населення, забезпечення найвагоміших складових медичної допомоги: своєчасності, доступності, високої кваліфікації. Без проведення такого аналізу неможливо спланувати заходи, прийняти управлінські рішення, організувати чітку роботу та взаємодію лікувально-профілактичних закладів. Вкрай необхідно вивчити тенденції, які складаються за порівнянням показників здоров'я населення впродовж певного періоду.

У довіднику наведено статистичні дані, які характеризують стан офтальмологічної допомоги населенню України в динаміці за 2006-2011 роки, показники захворюваності населення, кадрового забезпечення служби, діяльності спеціалізованих стаціонарів. Використання наведених показників дозволить успішно провести відповідний регіональний порівняльний аналіз з метою поліпшення організації офтальмологічної допомоги населенню області, району, міста.

Офтальмологічна допомога населенню України

У 2006 – 2011 роках **кадровий потенціал офтальмологічної служби** залишався практично стабільним порівняно з попереднім періодом. В лікувально-профілактичних закладах державної форми власності працювали на кінець 2011 року 3346 лікарів-офтальмологів (фізичних осіб). Загальна чисельність лікарів-офтальмологів включаючи працівників Інститутів та закладів підготовки кадрів складала 3830 . Забезпеченість фахівцями на 10 тисяч населення складала у 2006 році – 0,82; у 2011 році – 0,80.

Всього зареєстровано штатних посад лікарів-офтальмологів у 2006 році – 3802, у 2011 році – 3774. Зайнятих посад у 2011 році – 3472, з них у поліклініках – 2430. На одну зайняту посаду лікаря-офтальмолога поліклініки припадає в середньому 1386 відвідувань хворих з них – 522 хворих з вперше встановленим діагнозом. Кожен лікар-офтальмолог поліклініки в середньому забезпечує диспансерний нагляд 280 хворих.

Укомплектованість штатних посад лікарів-офтальмологів складала у 2006 році – 94,2%; у 2011 році – 91,9%, в т.ч. основними працівниками – 88,6%.

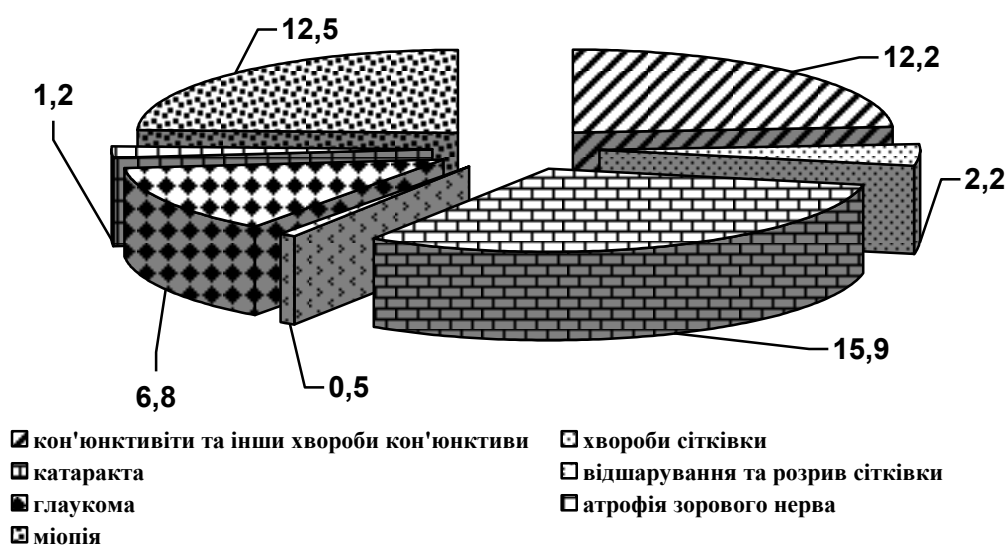
Число вакантних посад лікарів-офтальмологів у лікувально-профілактичних закладах збільшується. У 2006 році вакантними залишались 218 посад, у 2011 році – 302 посади. Найбільш уразливою в кадровому забезпеченні є первинна ланка офтальмологічної допомоги, відсоток вакантних посад у поліклініках складав у 2006 році 90,8% від усіх вакантних посад, у 2011 році – 85,4%.

Кваліфікаційний рівень офтальмологічних кадрів стабільно високий. Число атестованих лікарів у загальній кількості лікарів-офтальмологів фізичних осіб складало у 2006 році – 74,3 відсотка а у 2011 році – 74,6 відсотків. Понад 84,6% атестованих лікарів мають вищу та першу кваліфікаційні категорії.

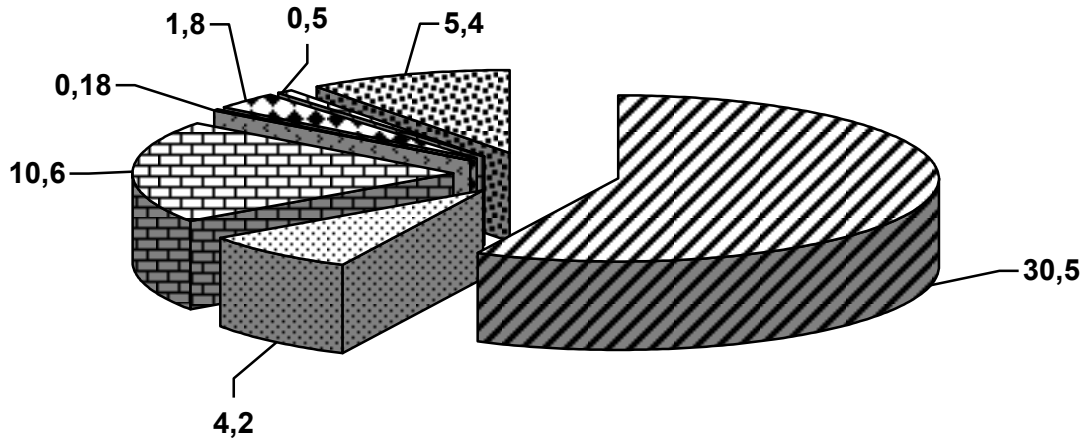
Відсоток атестованих лікарів у Волинській, Донецькій, Закарпатській, Миколаївській, Рівненській, Чернігівській, Львівській та Херсонській областях перевищує 80%.

Негативна динаміка *поширеності та захворюваності хворобами* очей продовжується уже більше 10 років. Захворюваність населення на хвороби ока та придатків за період з 2006 по 2011 рік зросла на 4,1%. Число випадків вперше зареєстрованих протягом року захворювань зросло впродовж 6 років на 39 тисяч. (3,2%). Число звернень за медичною допомогою протягом 2011 року з приводу хвороб ока зросло на 83 тисячі в порівнянні з 2006 роком. Достовірнішою є динаміка числа хворих з найбільш тяжкою патологією, котрі потребують диспансерного нагляду. В динаміці за 6 років чисельність диспансерної групи зросла на 59,5 тисячі хворих, або на 10,6% в порівнянні з 2006 роком. В структурі диспансерної групи суттєво зросла частка тяжких інвалідизуючих захворювань. Число диспансерних хворих з глаукомою зросло в порівнянні з 2006 роком на 29,6 тисяч(16,8%), тобто глаукома складає 67% приросту диспансерної групи хворих з захворюваннями очей. Диспансерна група хворих з відшаруваннями та розривами сітківки зросла за 6 років на 26%, хворих з атрофією зорового нерва – на 14,9%, хворих з ускладненою короткозорістю – на 4,5%.

**Структура
поширеності хвороб ока та придаткового апарату у 2011 році**

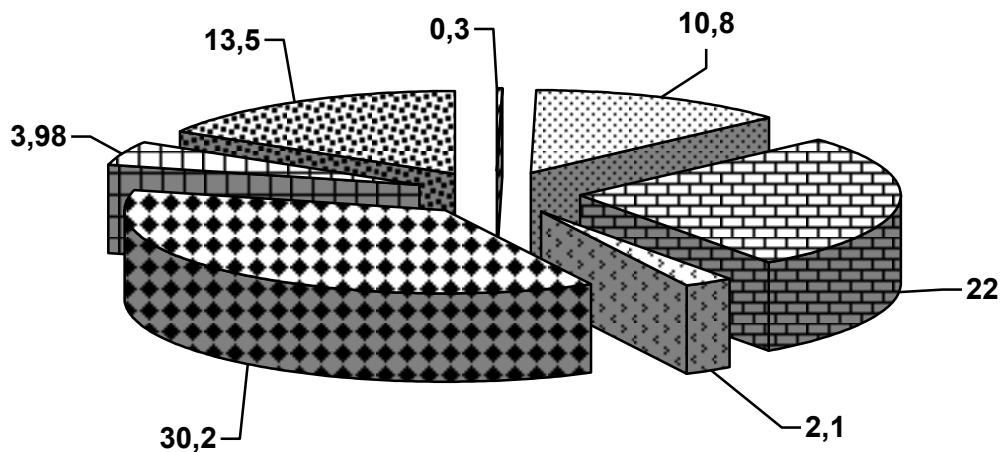


**Структура
захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату
(вперше в житті зареєстровані захворювання)
у 2011 році**



- | | |
|---|-----------------------------------|
| ☐ кон'юнктивіти та інші хвороби кон'юнктиви | ☐ хвороби сітківки |
| ☐ катаракта | ☐ відшарування та розрив сітківки |
| ☐ глаукома | ☐ атрофія зорового нерва |
| ☐ міопія | |

**Структура
диспансерної групи хворих з захворюваннями ока
у 2011 році**



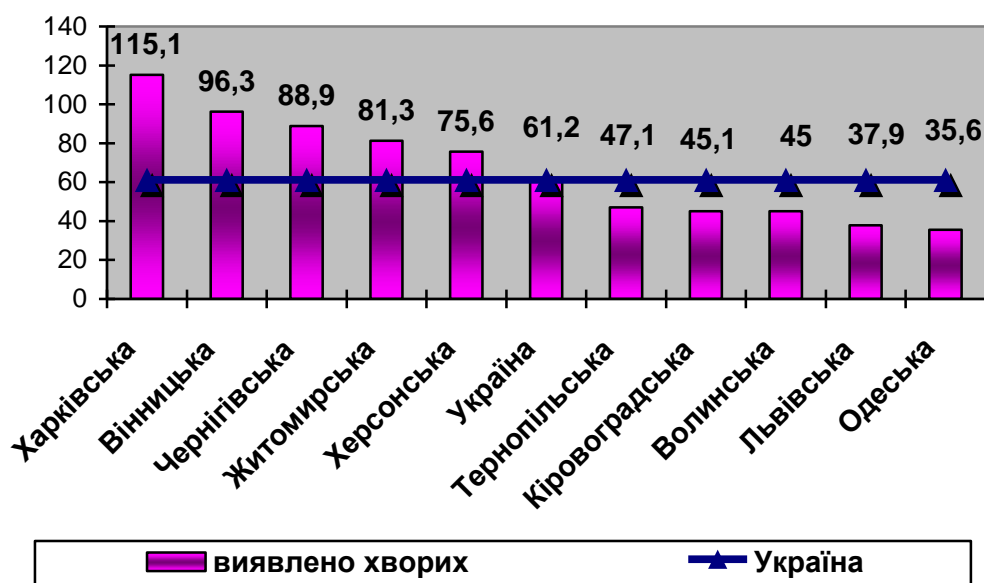
- | | |
|---|-----------------------------------|
| ☐ кон'юнктивіти та інші хвороби кон'юнктиви | ☐ хвороби сітківки |
| ☐ катаракта | ☐ відшарування та розрив сітківки |
| ☐ глаукома | ☐ атрофія зорового нерва |
| ☐ міопія | |

Найвищий рівень поширеності очних захворювань у м. Києві – 13588 звернень з приводу захворювань ока на 100 тисяч жителів, на другому місці Дніпропетровська область – 11443,9; третє місце займає Харківська область – 11443,5; Львівська область – 10665,4 на четвертому місці. Ситуація з показником поширеності очних захворювань по регіонах впродовж останніх років стабільна. У Закарпатській, Житомирській, Київській, Полтавській областях поширеність захворювань очей менша ніж в середньому по Україні.

Значно нижчі показники захворюваності дорослого населення у селі. Очевидно, що тут є як вплив екологічного навантаження на стан здоров'я, так і недоліки в організації діагностики захворювань.

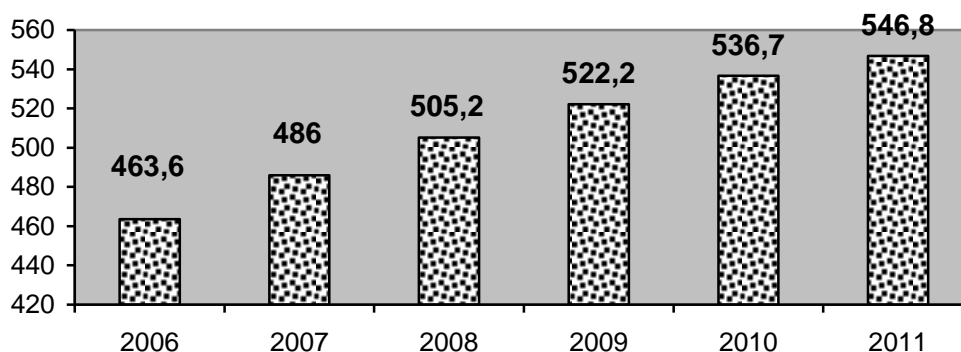
Тривожна ситуація з поширеністю серед населення глаукоми потребує більш детального аналізу показників виявлення цього захворювання. Глаукома стабільно посідає друге місце серед причин сліпоти у світі. Факторами, які спричиняють постійно зростаюче число інвалідів сліпих від глаукоми є: пізня стадія захворювання на момент його виявлення, коли функції зору не зворотно знижені, малоефективне лікування, причиною якого можуть бути недоступні високовартісні медичні препарати та недоліки в обстеженні хворих. Для ефективної діагностики глаукоми необхідне сучасне обладнання, яке практично відсутнє в районних лікарнях, де зосереджено диспансерний нагляд за хворими. Не менше одного разу на рік хворі з глаукомою повинні обстежуватись в умовах обласного глаукомного кабінету, котрий слід відповідно забезпечити обладнанням. Особливо важливу роль грає раннє виявлення хвороби. Показники виявлення захворювання в регіонах суттєво відрізняються, на що впливає наявність долікарських кабінетів, які проводять вимірювання внутрішньо очного тиску, рівень та цілеспрямованість санітарно освітньої роботи.

Число виявлених хворих глаукомою на 100 тис. дорослого населення (2011 рік)



Враховуючи, що усі хворі з глаукомою підлягають диспансерному нагляду, чисельність диспансерної групи характеризує розповсюдженість захворювання. В розрахунок показника взято все доросле населення, хоча більш достовірним є показник числа хворих на глаукому серед населення старше 40 років. Так, якщо показник числа хворих на 100 тис. населення складає – 0,56 % (за даними ВООЗ у світі – 0,5%), то серед населення старше 40 років цей показник – 0,95%.

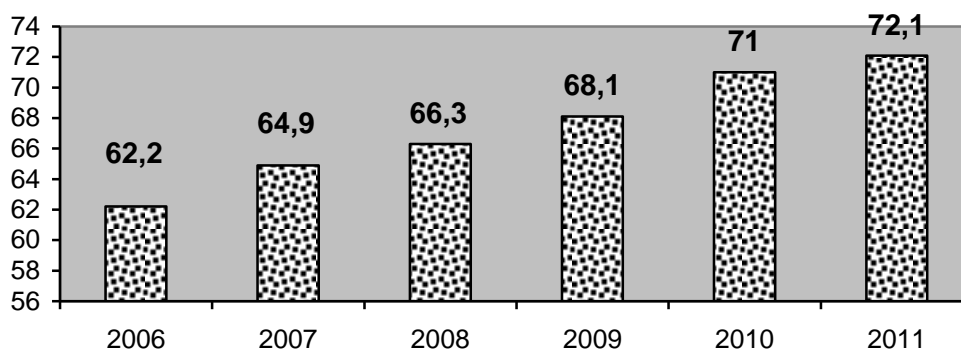
***Динаміка чисельності диспансерних хворих з глаукомою
(на 100 тис. дорослого населення)***



Відсоток зростання кількості хворих з глаукомою на диспансерному обліку за зазначений період – 16,8%.

Стрімко зростають показники захворюваності на хвороби сітківки та зорового нерва. Ця група захворювань уже сьогодні входить до числа соціально значимих у зв'язку з високим рівнем інвалідизації.

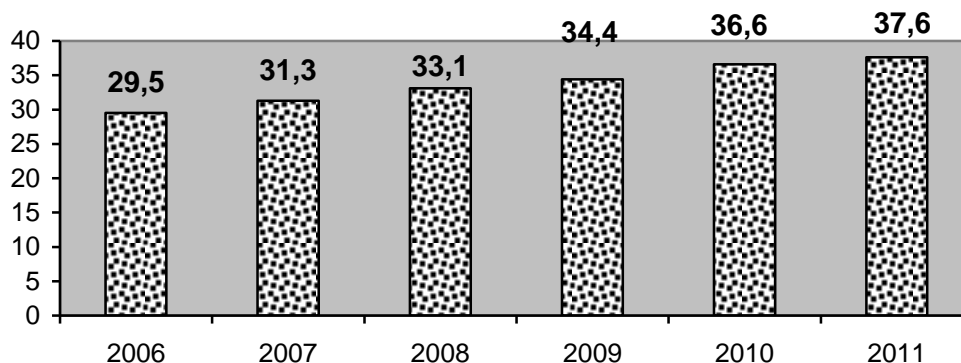
***Динаміка чисельності диспансерних хворих з атрофією зорового нерва
(на 100 тис. дорослого населення)***



Кількість хворих з атрофією зорового нерва на диспансерному обліку щороку збільшується: 2006 році – 23589, 2007 – 24624, 2008 – 25123, 2009 – 25744, 2010 – 26750, 2011 – 27117.

Відсоток зростання кількості хворих з атрофією зорового нерва на диспансерному обліку за зазначений період – 14,9%.

Динаміка чисельності диспансерних хворих з відшаруванням та розривами сітківки (на 100 тис. дорослого населення)



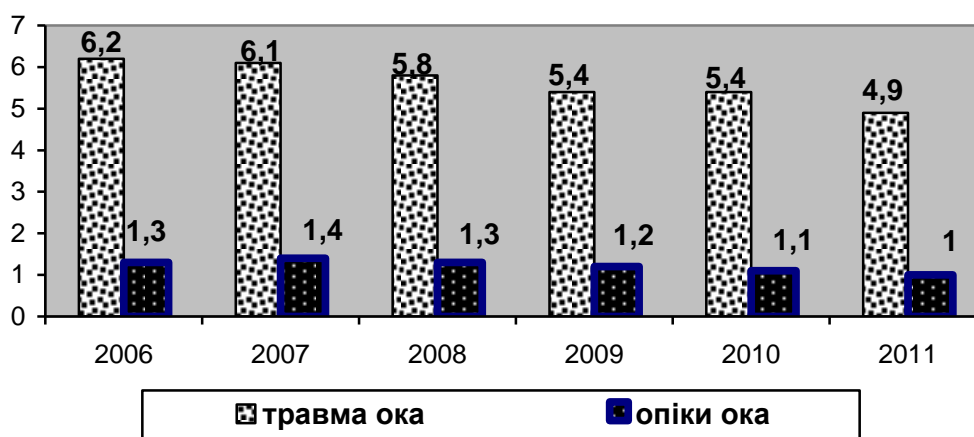
Кількість хворих з відшаруванням та розривами сітківки на диспансерному обліку щороку збільшується: 2006 році – 11210, 2007 – 11886, 2008 – 12519, 2009 – 12992, 2010 – 13805, 2011 – 14129.

Відсоток зростання кількості хворих з відшаруванням та розривами сітківки на диспансерному обліку за зазначений період – 26,0%.

На жаль, наявні статистичні дані не дають можливості проаналізувати динаміку захворюваності дистрофіями сітківки та ускладненнями цукрового діабету, але ці захворювання виходять на перший план в проблемі сліпоти та інвалідності по зору.

Показники *очного травматизму* в динаміці мало відрізняються, хоча мають тенденцію до зниження чому сприяє зниження показника зайнятості населення у сфері промислового виробництва.

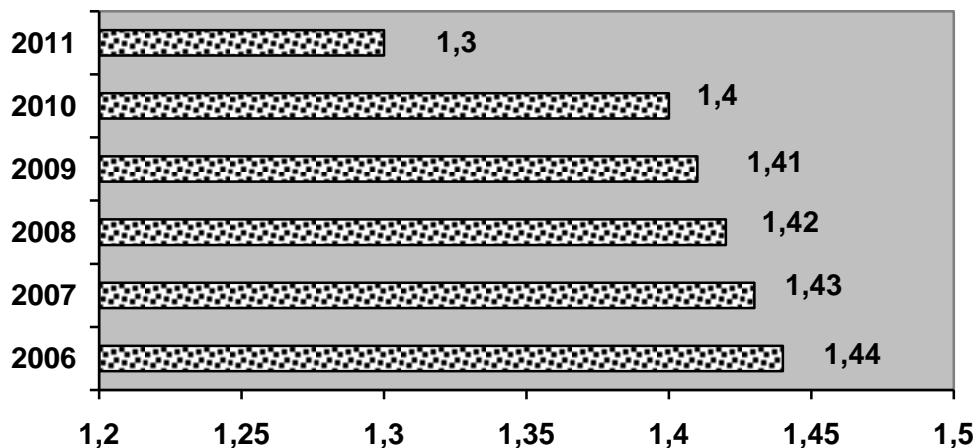
Динаміка очного травматизму (на 10 тис. населення)



Лідирують за рівнем травматизму у 2011 році Донецька (8,4), Сумська (8,0), Дніпропетровська (6,5), Луганська та Вінницька області (по 6,0 на 10 000 населення).

Ліжковий фонд офтальмологічної служби планово скорочується. В порівнянні з 2006 роком число лікарняних ліжок в офтальмологічних підрозділах системи МОЗ скоротилось на 11,3% і на кінець 2011 року складає 5996.

Забезпеченість офтальмологічними ліжками (на 10 тис. населення)



З загального числа ліжок в офтальмологічних відділеннях обласних лікарень (обласні центри мікрохірургії ока) зосереджено 18,3%, в стаціонарах міських лікарень – 48,3%. Саме в цих закладах, ліжковий фонд яких складає 66,6 % проводиться хірургічна робота. Інтенсивність роботи цих стаціонарів з року в рік зростає, сприяючи поліпшенню загальних показників роботи офтальмологічної служби. В цих стаціонарах зосереджено сучасне обладнання, запроваджені нові медичні технології, здатні забезпечити ефективне лікування хворих у стислі строки.

Середній термін перебування хворого в офтальмологічному стаціонарі для дорослих у 2011 році склав 8,04 дні. Порівняно з 2006 роком цей показник знизився на 0,8 дні (9,9%)

Показники надання медичної допомоги населенню в офтальмологічних стаціонарах для дорослих

<i>Найменування</i>	<i>2006</i>	<i>2011</i>
Число ліжок	6674	5996
Забезпеченість ліжками на 10 000 населення	1,44	1,3
Середній ліжко-день	8,44	8,04
Хірургічна активність	60,53%	61,9%

Хірургічна діяльність офтальмологічного стаціонару

<i>Найменування</i>	<i>2006</i>	<i>2011</i>
Усього проведено операцій на 10 тис. населення, у тому числі:	34,7	34,88
- глаукома	3,63	2,63
- катаракта	16,2	16,23
- енуклеації	0,36	0,27
Питома вага операцій виконаних на мікрохірургічному рівні	80,4%	80,9%
Проліковано хворих	260051	256742
Проведено операцій	157424	159050

Як видно з таблиці число операцій у 2011 році порівняно з 2006 роком зросло, зросло число операцій на 10 тис. населення, збільшилась хірургічна активність у стаціонарах.

В *структурі хірургічної діяльності стаціонарів* 46,5% складають операції з приводу катаракти. В останні роки відмічається тенденція до зменшення питомої ваги операцій катаракти в хірургії ока. (2006 – 48,1%, 2007 – 49,0%, 2008 – 50,3%, 2009 – 46,2%, 2010 – 46,9%). Натомість зростає число операцій на сітківці та задньому відрізку ока в тому числі лазерні втручання при діабетичних ураженнях ока. Операції з приводу катаракти у 94,7% проводяться з імплантацією штучного кришталіка.

В Україні неухильно зростає число операцій на органах зору проведених в амбулаторних умовах, що свідчить про зростаючу роль амбулаторної ланки у лікуванні хворих. Ця тенденція цілком відповідає світовому досвіду надання офтальмологічної допомоги.

У 2011 році в амбулаторному режимі проведено 163046 операцій, що на 29,8 тисяч, або на 22,4% більше ніж у 2006 році (133257 операцій). Загальне число амбулаторних операцій та показник числа таких операцій на 10 тисяч населення починаючи з 2010 року перевищують аналогічні цифри по спеціалізованих стаціонарах.

Інвалідність внаслідок патології органа зору в Україні

Первинна інвалідність внаслідок патології органа зору стабільно займає сьоме місце серед інших класів хвороб та складає в 2011 році 4,4% серед дорослого населення України та 4,4% серед працездатного.

Інтенсивні показники первинної інвалідності мають тенденцію до зростання у порівнянні з 2010 роком:

1,6 → 1,7 на 10 тис. дорослого населення з відсотком зростання (+6,3);

1,7 → 1,8 на 10 тис. працездатного населення з відсотком зростання (+5,9).

Спостерігається також підвищення показників сліпоти у порівнянні з 2010 роком:

0,8 → 0,9 на 10 тис. дорослого населення з відсотком зростання (+12,5)

0,8 → 0,9 на 10 тис. працездатного населення з відсотком зростання (+12,5).

Аналогічні інтенсивні показники первинної інвалідності по зору були зафіксовані у 2009 році.

До адміністративних територій, в яких зареєстровані найбільш високі показники інвалідності по зору серед дорослого населення, належать: АР Крим, Вінницька, Запорізька, Кіровоградська, Львівська, Луганська, Рівненська, Полтавська, Чернівецька області, м. Севастополь (2,7-2,3 на 10 тис.).

Серед працездатного населення найбільш високі показники (2,8-2,3 на 10 тис.) також спостерігаються у вище зазначених областях за винятком АР Крим, Кіровоградської, Запорізької областей, м. Севастополь.

Слід відзначити, що ці ж області (за винятком Запорізької) мали високі показники інвалідності і у попередні роки. Така стабільність викликає обґрунтовану стурбованість і потребує найбільш ретельного аналізу причин інвалідизації офтальмологічних хворих в указаних областях.

Найнижчі показники інвалідності по зору серед дорослого населення спостерігаються у Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Харківській областях, м. Києві (1,4-1,0 на 10 тис.), тобто в областях з високим рівнем доступності кваліфікованої офтальмологічної допомоги населенню. Нижчі від середніх показники інвалідності працездатного населення у Дніпропетровській, Кіровоградській, Черкаській, Харківській областях, м. Києві, м. Севастополі (1,4-1,0 на 10 тис.).

Основними інвалідизуючими нозологічними формами офтальмопатології у первинних інвалідів по зору в 2011 році були:

наслідки травм ока та орбіти – 19,6%;

патологія очного дна – 19,0%;

глаукома – 16,4 %;

міопія – 12,7%;

атрофія зорового нерву – 7,9%;

уроджені аномалії розвитку органа зору – 6,4%.

Динамічні спостереження статистичних показників первинної інвалідності по зору з 2005 по 2011 рік показують:

найбільш чітка тенденція зросту відмічається серед первинних інвалідів внаслідок патології очного дна (15,3→19,0%), уроджених аномалій та вад розвитку органа зору (5,3→6,4%), атрофії зорового нерва (6,7→7,9%);

достовірно знижуються екстенсивні показники первинної інвалідності внаслідок травм органа зору і орбіти (24,1→19,6%);

відносно стабільні з невеличкими коливаннями екстенсивні показники інвалідності внаслідок короткозорості (12,8→12,7%)

відмічається поступовий послідовний зріст питомої ваги інвалідів з патологією рогівки (3,3 – 3,7 – 4,0%), офтальмоонкологією (1,4→1,8%) в загальній структурі первинної інвалідності по зору.

Наслідки травм ока та орбіти на протязі останніх трьох десятиріч є найбільш поширеною інвалідизуючою патологією очей. Більш 90% первинних інвалідів внаслідок травматичного пошкодження очей – особи працездатного віку. До інвалідності призводять такі анатомічні дефекти і ураження як анофтальм, субатрофія очного яблука, більма та рубцеві помутніння рогівки, помутніння скловидного тіла, відшарування, розриви сітківки, дегенеративні зміни на очному дні і т.п. Спостерігається збільшення побутових травм органа зору, у тому числі проникаючих.

Аналіз показників первинної інвалідності внаслідок травм ока та орбіти дозволяє зробити наступні висновки:

інтенсивний показник інвалідності внаслідок очного травматизму в областях України у 2010-2011 роках знаходиться у межах 0,1-0,7 на 10 тис. серед дорослого населення (середній показник 0,3) та 0,2-1,0 на 10 тис. серед працездатного населення (середній показник 0,4);

до областей з найбільш високим рівнем інвалідності серед дорослого та працездатного населення відносяться Житомирська, Кіровоградська, Полтавська, Рівненська, Миколаївська (інтенсивний показник 0,7-0,6 на 10 тис. дорослого населення та 1,0-0,8 на 10 тис. працездатного).

Основними причинами інвалідизації хворих при очному травматизмі є: морфофункціональні наслідки травм ока та орбіти, тяжкість патологічних змін, відсутність своєчасної кваліфікованої медичної допомоги, недостатнє використання інтраокулярної, контактної корекції, збільшення звертань до МСЕК хворих, що отримали травму в дитячому віці, які раніше не вирішували питання про визначення інвалідності до чого їх спонукає ускладнене працевлаштування, особливо в аграрних областях, де ринок праці має значні обмеження в виборі професійної діяльності.

Патологія очного дна характеризується неухильним зростанням в нозологічній структурі інвалідності по зору, що в значній мірі обумовлено її етіопатогенезом: як правило, дистрофічна патологія очного дна формується на фоні захворювань серцево-судинної, едокринної систем, розповсюдження яких вже давно набуло статусу пандемій. Крім того, значну роль у формуванні інвалідизуючої патології очного дна відіграють генетично детерміновані дистрофічні захворювання, наслідки перенесених тяжких системних захворювань та загальних інфекцій, інфекцій ЦНС і т.п.

До областей в яких патологія очного дна у нозологічній структурі інвалідності по зору складає більш 20% відносяться Волинська, Івано-Франківська, Київська, Луганська, Тернопільська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська та м. Київ. Основними інвалідизуючими факторами при означеній патології є наявність дегенеративних незворотних змін на очному дні, неадекватність та несвоєчасність лікування (наприклад, при офтальмо-діабеті відшаруванні сітківки і т.п.).

Глаукома як причина інвалідності по зору за останні три десятиріччя зросла у 5 разів і на протязі 2005-2011 років складає 15,4-16,4% (середній

показник по Україні) у нозологічній структурі інвалідності по зору. Найбільш високі показники у 2011 році спостерігаються у м. Севастополі, м. Києві, Чернігівській, Чернівецькій, Тернопільській, Вінницькій областях, АР Крим (34,1-19,6%). Найбільш поширена серед інвалідів – відкритокутова форма глаукоми.

До інвалідності призводять оперовані нестабілізовані випадки глаукоми, термінальна стадія розвитку глаукоми. Більш 50% інвалідів з глаукомою – сліпі та слабозорі (інваліди I-II гр). Основною причиною інвалідизації даного контингенту хворих є несвоєчасні діагностика та лікування. На формування інвалідності при глаукомі впливають також обмежені можливості відновного лікування нейрооптикопатій, раціонального працевлаштування хворих.

Міопія на протязі останніх років стабільно посідає четверте місце у нозологічній структурі інвалідності внаслідок патології органа зору. Починаючи з 2000 року спостерігається її поступове зниження по всіх областях України. Найнижчі показники інвалідності внаслідок міопії в Вінницькій, Київській, Сумській, Тернопільській, Харківській областях, м. Севастополі. Причинами інвалідизації хворих з міопією є дегенеративні прояви та ускладнення (наприклад, крововиливи в сітківку та скловидне тіло, розриви та відшарування сітківки, скловидного тіла, епіфіброз, фіброз, субретинальна неоваскулярна мембрана, і таке інше). До факторів інвалідизації при короткозорості відносяться: відсутність своєчасного лікування та корекції дефекту зору, недостатнє використання контактної корекції, нераціональне працевлаштування, особливо в професіях з вираженими фізичними навантаженнями.

Атрофія зорового нерва є причиною сліпоти та слабозорості у 37% інвалідів з даним захворюванням. На протязі останніх трьох десятиріч кількість первинних інвалідів з атрофією зорового нерва в нозологічній структурі інвалідності збільшилась вдвічі. Серед первинних інвалідів по зору атрофія зорового нерва незмінно зберігає п'яте місце та являється однією з основних інвалідизуючих форм офтальмопатологій. До областей з найбільшою питомою вагою інвалідів внаслідок атрофії зорового нерва відносяться Харківська (15,2), Закарпатська (11,8), Запорізька (11,0), Дніпропетровська (10,2), Львівська (9,7), Кіровоградська (9,4), м. Севастополь (12,9). Тобто , високий рівень інвалідизації хворих з атрофією зорового нерва спостерігається як в економічно розвинутих промислових областях, так і в аграрних, що свідчить про значну тяжкість уражень зорового нерва, формування незворотних морфо- функціональних змін незалежно від екологічних, медичних, соціальних факторів. Значну роль в інвалідизації хворих з атрофією зорового нерва відіграють етіологічні фактори та своєчасність відновного лікування. Слід відзначити, що в останнє десятиріччя значно збільшилась кількість атрофій зорового нерва токсичного генезу.

Уродженні аномалії розвитку органу зору у 2011 році складають 6,4% в нозологічній структурі первинної інвалідності по зору. До цієї групи захворювань відносяться анатомічні дефекти (рудиментарні очні яблука, мікрофтальм, аніридія), аномалії розвитку судинної оболонки, сітківки, зорового нерва – колобоми, дисплазії, мієлінові волокна, генетично обумовлені синдромні ураження (альбінізм, с-м Морфана і т.п.). У порівнянні з 2005 роком відсоток інвалідів з означеною патологією підвищився з 5,3 до 6,4. Біля третини інвалідів з уродженими аномаліями розвитку органу зору сліпі та слабозорі. Слід відзначити, що можливості медичної реабілітації цієї групи інвалідів значно обмежені, або зовсім відсутні. Тому на перший план виступають питання соціальної реабілітації – професійного навчання та працевлаштування інвалідів.

Звертає на себе увагу факт зростання онкоофтальмопатології у структурі первинної інвалідності по зору у 2011 році в порівнянні з 2005 роком – з 1,4% до 1,8%. Біля 80% первинних інвалідів з онкоофтальмопатологією визнаються інвалідами I-II групи. Спостерігається зростання тяжкості інвалідності цього контингенту хворих. Проблема інвалідності внаслідок онкологічних очних захворювань потребує окремого ретельного вивчення.

Патологія рогівки в нозологічній структурі первинної інвалідності по зору з 2006 року стабільно посідає сьоме місце з тенденцією до поступового зростання. Не дивлячись на сучасні можливості відновного лікування, мікрохірургії захворювань та наслідків травматичних ушкоджень рогівки, рівень інвалідності внаслідок означеної патології не знижується. В значній мірі це обумовлено недостатністю законодавчої бази у державі з питань трансплантології, в тому числі трансплантації рогівки, що призводить до несвоєчасного лікування та передчасного визначення інвалідності.

У загальній сукупності первинних інвалідів по зору в Україні у 2011 році **розподіл за тяжкістю інвалідності** був наступним :

- I гр. – 11%
- II гр. – 13,4 %
- III гр. – 75,6 %

Переважає більшість інвалідів I-II групи – це хворі на глаукому, дистрофічні захворювання сітківки та зорового нерва. Контингент інвалідів третьої групи сформований хворими з наслідками травм ока та орбіти, міопією, уродженими аномаліями розвитку органу зору та вище вказаними захворюваннями. За останні три роки рівень інвалідів третьої групи найбільш високий.

При первинному визначенні інвалідності спостерігається підвищення питомої ваги інвалідів по зору працездатного віку у 2011 році до 77%. Висока питома вага інвалідів внаслідок патології органу зору працездатного віку у

Закарпатській (96%), Волинській (91%), Тернопільській (91%), Чернівецькій (82%) областях. Така ситуація, у більшості випадків, обумовлена соціальними факторами: значними труднощами у працевлаштуванні, відсутністю робочих місць.

Аналіз причин первинної інвалідності по зору в Україні у 2011 році дозволяє зробити наступні узагальнення:

Основними причинами інвалідизації хворих з вадами зору є медико-біологічні (нозологічна форма очної патології, тяжкість та перебіг захворювання), соціально-економічні (зниження життєвого рівня, відсутність коштів для відновного лікування, професійного навчання, перенавчання, неможливість раціонального працевлаштування і т.п.), якість медичної та соціальної реабілітації (відсутність своєчасної діагностики, диспансерного нагляду, висококваліфікованого лікування, професійного навчання відповідно клініко-функціональному стану органа зору).

Причинами збільшення інвалідів по зору у 2011 році (в порівнянні з 2010 роком) є також зміни та доповнення до законодавчої бази медико-соціальної експертизи, які передбачають розширення кола соціальних благ для інвалідів. Так, значно збільшилось число інвалідів та передінвалідів, які претендують на зміну категорії інвалідності (переважно «з дитинства»), встановлення інвалідності до 18 років. Зросла кількість переосвідчень по встановленню I-A групи інвалідності відповідно наказу МОЗ України №561 від 05.09.2011 р.

До збільшення інвалідності призводить недосконалість законодавчої бази з питань трансплантології.

Потребує удосконалення організація та контроль за якістю наданої офтальмологічної допомоги населенню. Мова йде про несвоєчасну діагностику та лікування хворих з інвалідизуючою офтальмопатологією, надання висококваліфікованої медичної допомоги.

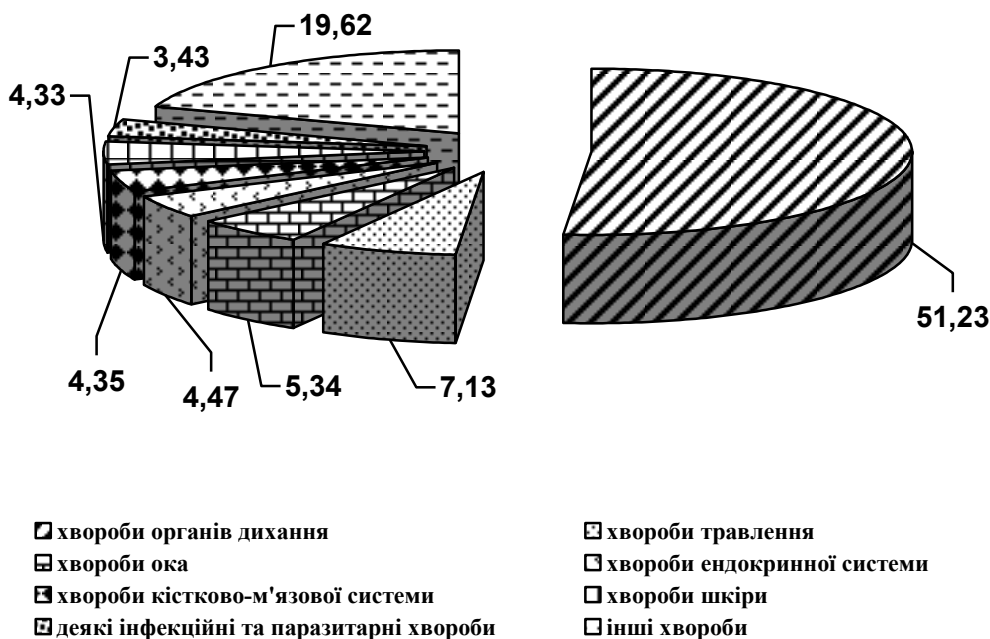
Необхідне удосконалення економічних механізмів забезпечення медичною та соціальною реабілітацією інвалідів та передінвалідів з патологією органа зору.

Потребують вирішення питання професійної реабілітації, працевлаштування інвалідів, а саме – розширення кола доступних професій, кількості робочих місць в умовах загального виробництва; економічна підтримка та розвиток УВП УТОС, де створюються спеціальні умови праці цих інвалідів.

Формування патології органу зора починається з дитячого віку, тому її профілактиці у цьому віці необхідно приділяти особливу увагу.

У структурі усіх зареєстрованих хвороб у дітей 0-17 років включно хвороби ока та придаткового апарату займають – 5%. Якщо у 2006 році в структурі поширеності усіх хвороб хвороби ока та придаткового апарату займали IV місце (5,51%), то з 2007 року вони пересунулися на III місце і у 2011 році відсоток їх став 5,34%.

**Структура
поширеності захворювань у дітей 0-17 років включно у 2011 році**

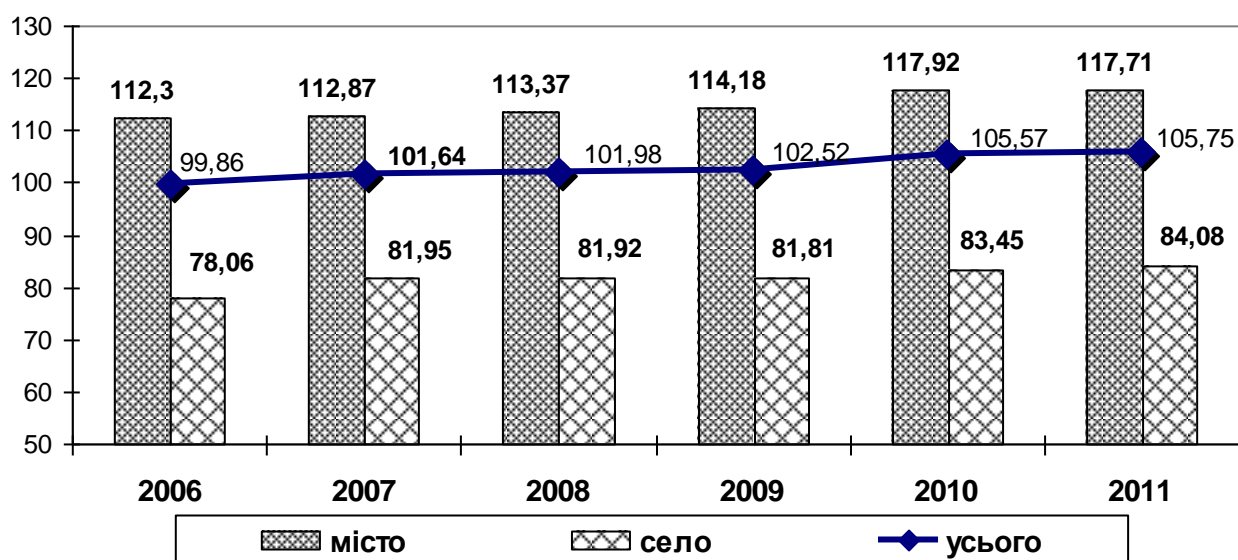


У структурі поширеності хвороб ока та придаткового апарату у 2011 році на долю кон'юнктивіту та інших захворювань кон'юнктиви припадало 20,3% серед усіх хвороб ока та придаткового апарату, катаракти – 0,23%, міопії – 29,1%.

Поширеність хвороб ока та придаткового апарату серед дитячого населення щороку зростає: 105,75 на 1000 дітей 0-17 років у 2011 році проти 99,86 у 2006 (зріст на 5,9%).

Найвищий рівень поширеності хвороб ока та придаткового апарату у 2011 році зареєстрований у м. Києві (147,15 на 1000 дітей 0-17 років включно), Харківській (145,80) і Вінницькій (137,75) областях; найнижчий – у Закарпатській (77,02) і Одеській (78,96) областях.

**Поширеність хвороб ока та придаткового апарату
серед дітей 0-17 років включно**



Рівень поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед жителів міста значно вищий за відповідний рівень у жителів сільської місцевості. У 2011 році рівень поширеності хвороб ока та придаткового апарату у жителів міста на 40,0% перевищив рівень поширеності зазначеної патології у жителів сільської місцевості (відповідно 117,71 проти 84,08).

У **жителів міста** найвищий рівень поширеності хвороб ока та придаткового апарату у 2011 році зареєстрований у Рівненській (157,80 на 1000 відповідного дитячого населення), Харківській (156,55), Вінницькій (151,46), Тернопільській (146,12) областях та м. Києві (147,15); найнижчий – у Закарпатській (82,27) і Запорізькій (85,51) областях.

Серед **сільських жителів** у 2011 році найвищий рівень поширеності хвороб ока та придаткового апарату був зареєстрований в Вінницькій області (124,45 на 1000 відповідного дитячого населення); найнижчий – в м. Севастополь (48,08), Одеській (54,29) і Херсонській (57,12) областях, АР Крим (58,11).

Широкий діапазон коливання частоти реєстрації хвороб ока та придаткового апарату у дитячого населення потребує звернути увагу на виявлення, повноту реєстрації зазначеної патології й якість надання офтальмологічної медичної допомоги.

Серед **окремих хвороб ока та придаткового апарату** особливу увагу звертає на себе частота реєстрації катаракти у дітей 0-17 років включно. Частота реєстрації катаракти серед дітей 0-17 років, як серед жителів міста, так і сільської місцевості, щороку знижується. Але незважаючи на це відмічається рівень частоти реєстрації катаракти у жителів сільської місцевості значно перевищує відповідний рівень серед жителів міста.

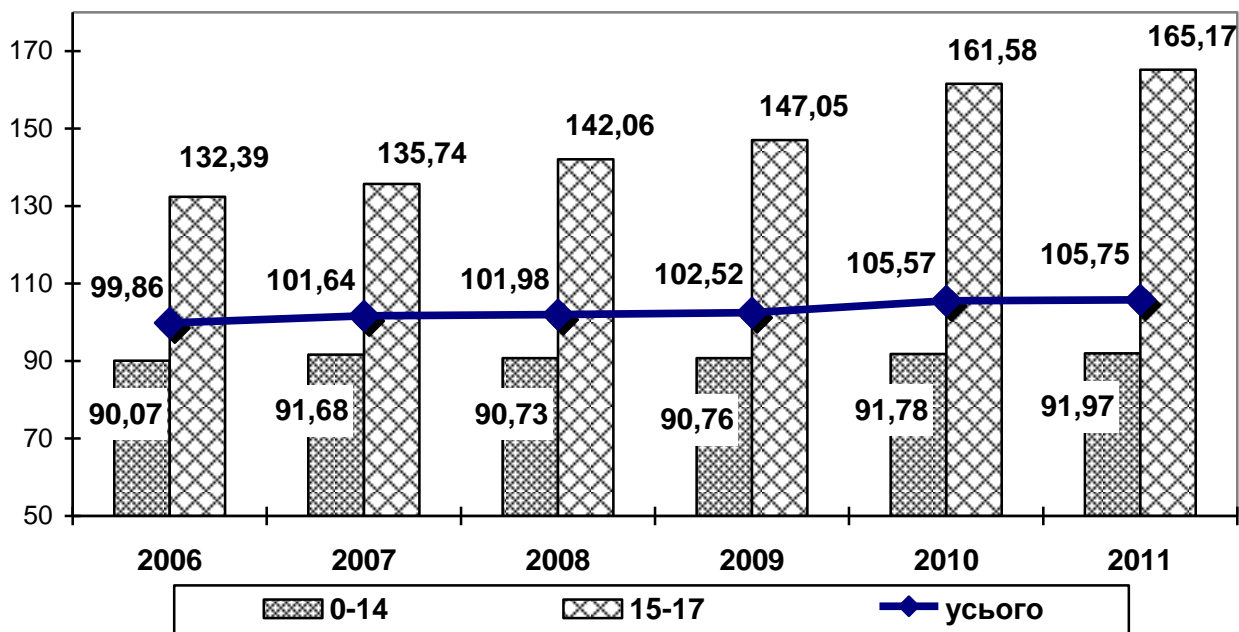
Рівень поширеності захворювань кон'юнктиви та міопії (короткозорості) у жителів міста вищий за відповідний рівень у жителів сільської місцевості. Але звертають на себе увагу темпи зростання зазначеної патології – серед жителів сільської місцевості темпи зростання поширеності міопії вище ніж серед жителів міста (що потребує звернути увагу на повноту та якість проведення профілактичних оглядів), зростання поширеності захворювань кон'юнктиви нижче ніж у жителів міста (що потребує звернути увагу на доступність офтальмологічної допомоги).

**Поширеність окремих хвороб ока та придаткового апарату
серед дітей 0-17 років включно**

<i>Найменування</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>% росту/зниження</i>
<i>Україна</i>							
- кон'юнктивіт та інші захворювання кон'юнктиви	19,17	20,39	20,57	20,62	21,12	21,50	+ 12,15%
- катаракта	0,31	0,29	0,28	0,26	0,25	0,24	- 22,58%
- міопія (короткозорість)	27,38	27,54	27,81	28,50	30,01	30,77	+ 12,38%
<i>Жителі міста</i>							
- кон'юнктивіт та інші захворювання кон'юнктиви	19,73	21,17	21,44	21,36	21,82	22,19	+ 12,47%
- катаракта	0,28	0,27	0,26	0,23	0,23	0,22	- 21,43%
- міопія (короткозорість)	33,35	32,95	33,37	34,03	35,81	36,29	+ 8,82%
<i>Жителі сільської місцевості</i>							
- кон'юнктивіт та інші захворювання кон'юнктиви	18,18	19,02	19,06	19,31	19,85	20,24	+ 11,33%
- катаракта	0,35	0,33	0,32	0,31	0,28	0,28	- 20,00%
- міопія (короткозорість)	16,92	18,07	18,02	18,68	19,61	20,78	+ 22,81%

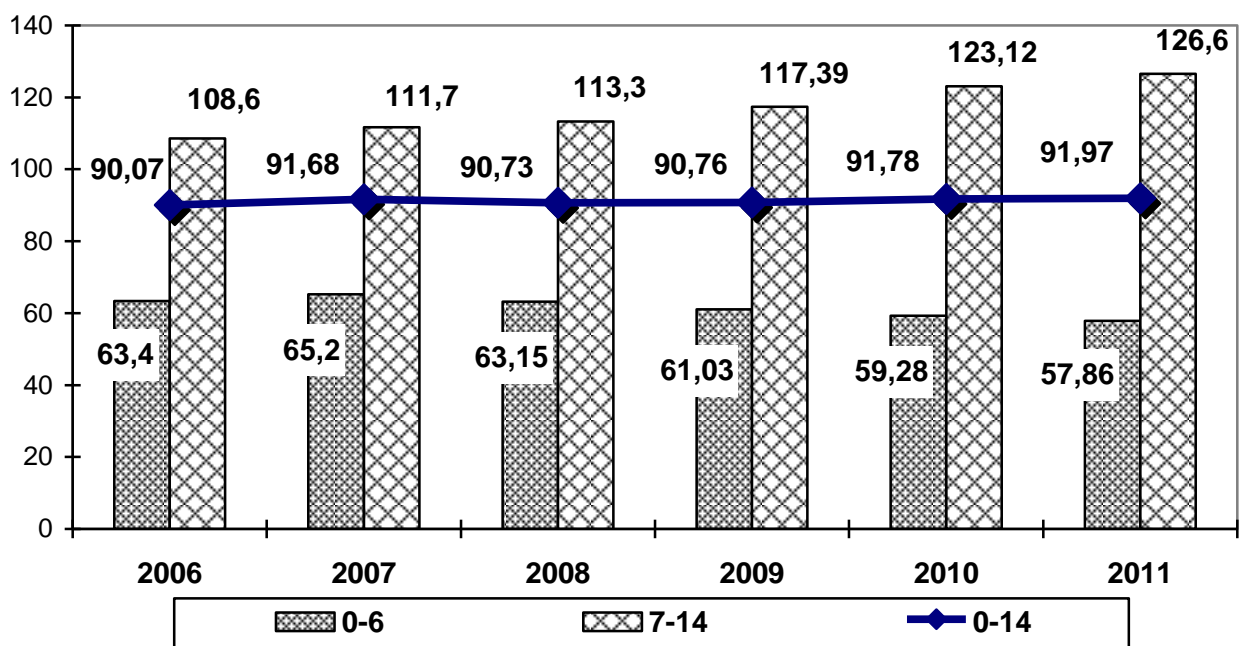
Серед *окремих вікових груп дитячого населення* поширеність хвороб ока та придаткового апарату зростає: якщо серед дітей 0-14 років включно відмічається зростання на 2,11% (з 90,07 на 1000 дітей у 2006 році до 91,97 у 2011 році), то серед дітей підліткового віку 15-17 років включно на 24,76% (відповідно з 132,39 на 1000 підлітків у 2006 році до 165,17 у 2011 році).

Поширеність хвороб ока та придаткового апарату серед окремих вікових груп дитячого населення на 1000 відповідного населення



Серед дітей 0-14 років включно звертає на себе увагу зростання поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед дітей шкільного віку на 16,57% (з 108,6 на 1000 дітей шкільного віку у 2006 році до 126,60 у 2011 році) на фоні зниження поширеності цієї патології серед дітей дошкільного віку на 8,74% (з 63,4 на 1000 дітей дошкільного віку у 2006 році до 57,86 у 2011 році).

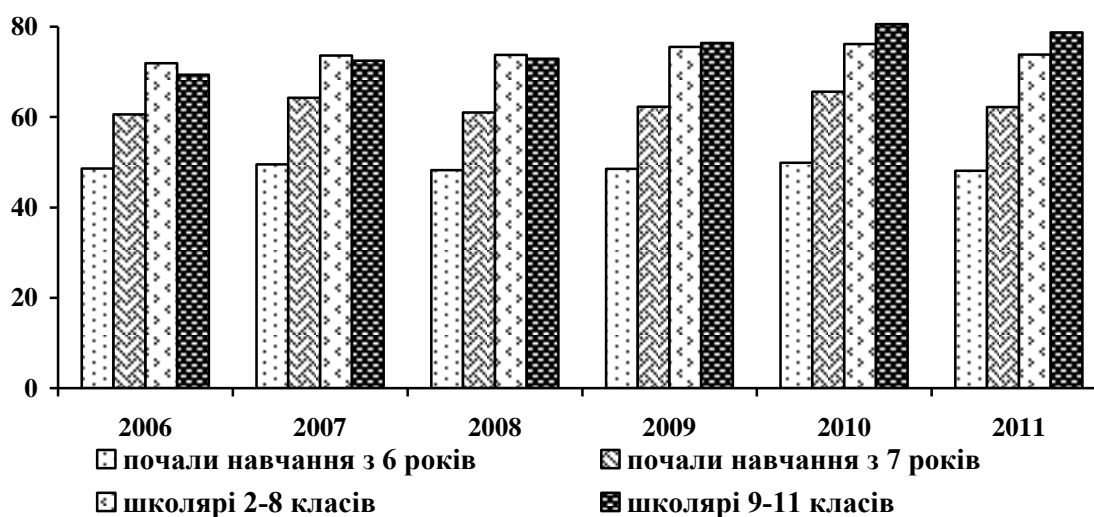
Поширеність хвороб ока та придаткового апарату серед дітей дошкільного і шкільного віку на 1000 відповідного населення



Особливу увагу звертає на себе поширеність міопії (короткозорості) серед окремих вікових груп дитячого населення. Якщо серед дітей дошкільного віку (0-6 років включно) частота реєстрації міопії у 2011 році була 3,44 на 1000 дітей відповідного віку, то у дітей шкільного віку (7-14 років включно) вона була в 11,4 разів вище (39,04 на 1000 дітей відповідного віку), у дітей підліткового віку – в 21,1 разів (72,45 на 1000 дітей відповідного віку).

Для попередження у подальшому зростання хвороб ока та додаткового апарата (особливо зниженням гостроти зору) важливо проведення щорічних *профілактичних оглядів* серед дитячого населення.

Частота реєстрації зниження гостроти зору у дітей, що почали навчання у школі, при профілактичних оглядах



За даними поглиблених профілактичних оглядів дитячого населення ріст частоти виявлення дітей зі зниженням гостроти зору вже виявляється у дітей, що почали навчання з 6 років (48,12 на 1000 оглянутих дітей, що почали навчання з 6 років проти 15,48 на 1000 оглянутих дітей дошкільного віку у 2011 році). Найвищий рівень виявлення частоти зниження гостроти зору під час профілактичних оглядів був зареєстрований серед учнів 2-8 класів, а з 2009 року – серед учнів 9-11 класів.

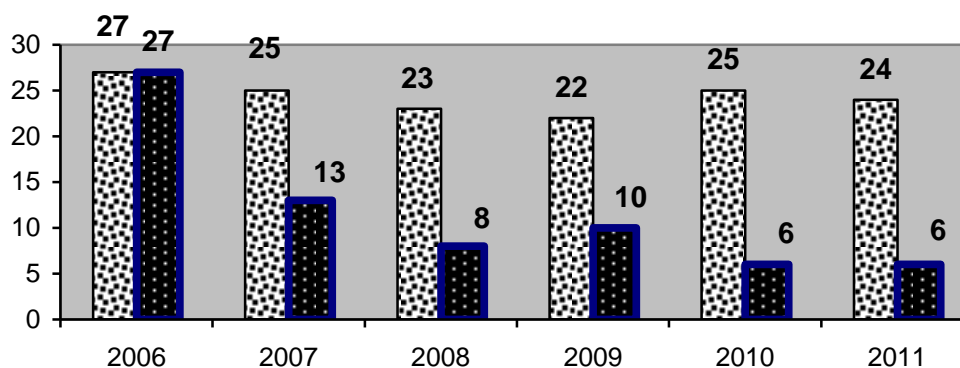
Вищезазначене потребує посилити сумісну роботу дитячих офтальмологів, лікарів з шкільної гігієни та освітян щодо профілактики зниження гостроти зору у школярів.

У 2011 році при профілактичних оглядах *дітей, що почали навчання з 6 років*, найвищий рівень реєстрації зниження гостроти зору був у Тернопільській (69,76 на 1000 оглянутих) і Луганській (66,56), найнижчий – у Закарпатській (28,03) області і АР Крим (33,89); *серед дітей, що почали навчання з 7 років*, найвищий рівень – у Житомирській (114,80) області, найнижчий – у м. Києві (37,19); *серед учнів 2-8 класів* найвищий рівень – у Київській (105,23) і Вінницькій (100,07) областях, найнижчий – у Закарпатській (46,45) області; *серед учнів 9-11 класів* найвищий рівень – у м. Севастополь

(161,08), Київській (133,19), Черкаській (110,39), Полтавській (105,70) і Житомирській (103,49) областях, найнижчий – у Закарпатській (36,47) області і АР Крим (39,93).

Серед специфічних уражень ока та його придатків звертає на себе увагу захворюваність на туберкульоз і злякисні новоутворення.

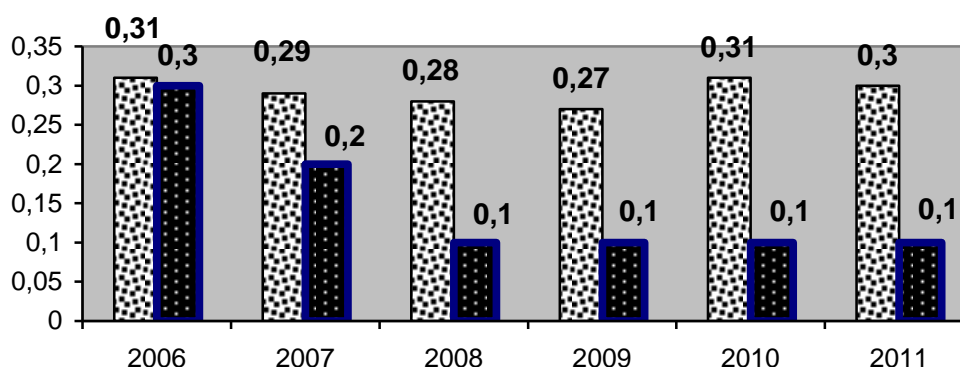
Зареєстровано випадків туберкульозу та злякисних новоутворень ока та придатків у дітей 0-17 років включно



Злякисні новоутворення ока у 2011 році були зареєстровані по 1 випадку в АР Крим, Закарпатській, Київській, Миколаївській, Тернопільській та Чернівецькій областях, по 2 випадки – у Вінницькій, Донецькій та Харківській областях, 3 випадки – у Львівській, 4 випадки – у Дніпропетровській, 5 випадків – у Одеській областях.

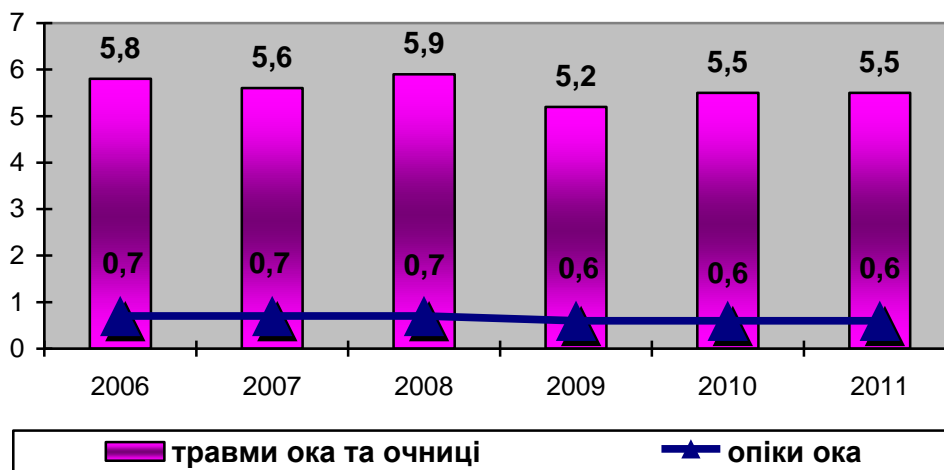
Туберкульоз ока у 2011 році був зареєстрований по 1 випадку у Вінницькій, Донецькій, Кіровоградській та Хмельницькій областях, 2 випадки – у Львівській області.

Захворюваність на туберкульоз та злякисні новоутворення ока та придатків дітей 0-17 років включно на 100 000 дітей відповідного віку



Незважаючи на те, що рівень очного травматизму в Україні знижується (як травм, так і опіків ока), частота коливання травматизму на окремих територіях досить значна. Тому профілактиці його слід уділяти особливу увагу.

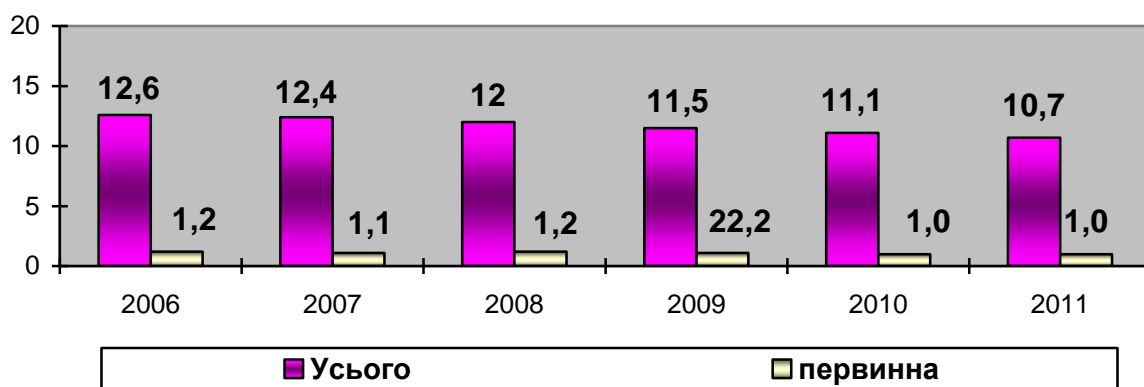
Рівень травматизму серед дітей 0-17 років включно на 10 000 відповідного населення



У 2011 році найвищий рівень **травм ока та очниці** був зареєстрований у м. Севастополь (19,6 на 10000 дітей 0-17 років включно) і Києві (12,9), найнижчий рівень – у Львівській (2,6), Ів.-Франківській та Тернопільській (по 2,9) областях; найвищий рівень **опіків ока** – у м. Києві і Севастополь (по 1,5), Житомирській та Ів.-Франківській (по 1,0) областях, найнижчий – у Миколаївській (0,2) області.

Дитяча інвалідність внаслідок хвороб ока та придаткового апарату загальна та первинна має тенденцію до зниження.

Рівень інвалідності серед дітей 0-17 років включно з хвороб ока та придаткового апарату на 10000 відповідного населення



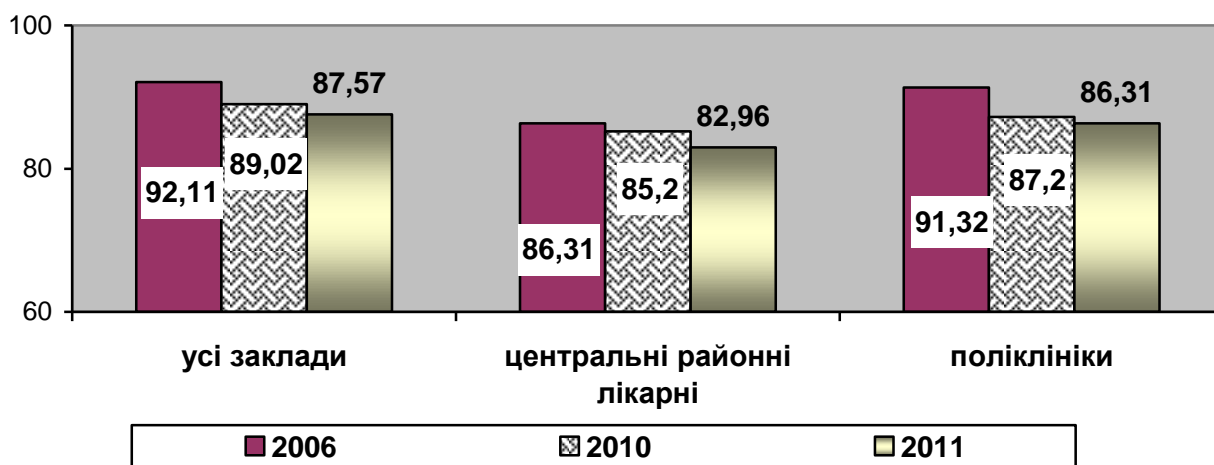
У 2011 році найвищий рівень дитячої інвалідності внаслідок хвороб ока та додаткового апарату був зареєстрований у Рівненській (15,2 на 10000 дітей 0-17 років включно), Ів.-Франківській і Луганській (по 15,0), Харківській (13,8) областях, найнижчий – у м. Києві (6,3) та Чернігівській області (6,6).

Серед окремих вікових груп дитячого населення найвищий рівень інвалідності реєструється серед дітей підліткового віку (15-17 років включно), потім у дітей шкільного віку (7-14 років включно) і дітей дошкільного віку (3-6 років включно і 0-2 роки).

Офтальмологічна допомога дитячому населенню в Україні у 2011 році надавалась 645 фахівцями з дитячої офтальмології, що складає 0,08 на 1000 дитячого населення. Із загальної кількості дитячих офтальмологів атестовано 498 лікарів, або 77,2%. Вищу атестаційну категорію мають 223 лікарів, першу – 194, другу – 81.

Якщо різниця між штатними та зайнятими посадами дитячих офтальмологів в цілому по закладах охорони здоров'я складає 98,75 посади, то різниця між штатними посадами та основними працівниками на зайнятих посадах майже у 2 більше (170,25 посад). Це потребує звернути увагу на укомплектованість штатних посад дитячих офтальмологів основними працівниками, особливо в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Київській областях та м. Києві.

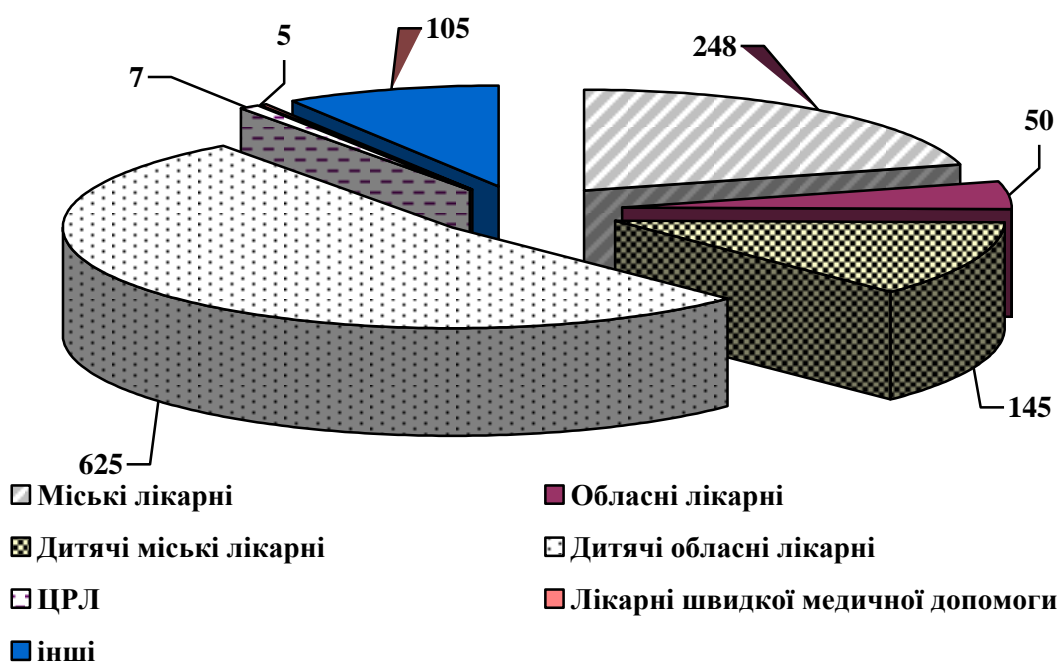
Укомплектованість штатних посад дитячих офтальмологів зайнятими посадами в окремих типах лікувальних закладів



Укомплектованість штатних посад дитячих офтальмологів зайнятими посадами має тенденцію до зниження, як в цілому за усіма закладами, так і в окремих типах закладів охорони здоров'я: центральних районних лікарнях і поліклінічній мережі, що негативно впливає на рівень надання медичної допомоги дитячому населенню.

Забезпеченість дитячими офтальмологічними ліжками щорічно зростає і у 2011 році склала 1,43 на 10 000 дитячого населення. Найнижчою вона залишається у Київській (0,33), Одеській (0,34) областях та АР Крим (0,74 на 10 000 дитячого населення).

Розподіл дитячих офтальмологічних ліжок за типами лікарняних закладів у 2011 році



Найбільша кількість дитячих офтальмологічних ліжок входить у ліжковий фонд обласних дитячих лікарень – 625 ліжка (62,54%), у 11 міських лікарнях розгорнуто 248 ліжок (20,93%), у 7 дитячих міських лікарнях – 145 ліжок (12,24%), у 2 центральних районних лікарнях – 7 ліжок (0,59%), в лікарнях швидкої медичної допомоги знаходиться 5 ліжок (0,42%) і інших закладах розміщено 105 ліжок (8,86%).

Знижується середнє перебування хворого в дитячому офтальмологічному стаціонарі. Збільшується частота проведення операцій на органах зору. Лише у 2011 році операції у дітей склали 8,14% від загальної кількості операцій на органах зору, або 3,56 на 1000 дитячого населення.

Серед негативних наслідків надання медичної допомоги немовлятам є збільшення частоти реєстрації ретинопатії новонароджених за остання два роки. Найбільша кількість ретинопатій новонароджених (більше 20 випадків) зареєстрована в АР Крим, Дніпропетровській, Миколаївській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Севастополь. Одночасно в Житомирській, Закарпатській, Кіровоградській та Рівненській областях ця патологія не була зареєстрована.

Враховуючи позитивні тенденції в наданні офтальмологічної допомоги дитячому населенню України, особливу увагу необхідно звертати на усунення недоліків на окремих адміністративних територіях, поліпшити профілактичну направленість офтальмологічної допомоги в цілому серед дитячого населення і зокрема серед школярів.

Розробити програму профілактики зниження зору та травматизму серед школярів сумісно з лікарями шкільної гігієни та освітянами та дотримуватись її виконання.