

1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

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

ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ЗРЕНИЮ У ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ

Т.К. Ботабекова, Ю.С. Краморенко, И.С. Степанова

*Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней,
Алматы, Казахстан*

Актуальность. Инвалидность по причине заболеваний органа зрения составляет серьезную медико-социальную проблему, так как является причиной развития ряда специфических нарушений познавательных процессов и существенного снижения коммуникационного потенциала.

Распространенность первичной инвалидности вследствие зрительных нарушений в России составляет 1,4 на 10 тыс. детей, с колебаниями по регионам от 0,9 (Москва, Санкт-Петербург) до 18,4 (Чеченская республика), в Астрахани дети-инвалиды составляют 4–7% от общего числа впервые признанных инвалидами по зрению [1, 2]. В Украине уровни инвалидности детей вследствие слепоты колеблются в пределах 0,4–0,6 на 10 тыс. детского населения [3].

Причиной инвалидизации по зрению у детей, может быть как врожденная, так и приобретенная, нередко в младшем школьном возрасте, офтальмопатология [4–6].

Цель: изучить показатели и нозологическую структуру инвалидности вследствие патологии органа зрения у детей.

Материал и методы. Данные медико-экспертной документации, протоколы впервые и повторно освидетельствованных и признанных инвалидами детей с офтальмопатологией в возрасте до 16 лет.

Учитывая, что в работу включены данные 11 областей РК, численность детского населения которых составляет 73,6%, полученные результаты были экстраполированы на всю республику.

Собственные данные.

В результате проведенной работы установлено, что дети-инвалиды по причине заболеваний органа зрения и его придатков составляют в среднем 1,1% от общего числа инвалидов (взрослых и детей) и 7,2% – от числа детей-инвалидов всех категорий, более 40% из них – дети в возрасте 7–12 лет.

Распространенность инвалидности вследствие патологии органа зрения среди детей до 16 лет составляет в накопленном контингенте 6,9 на

10 тысяч детского населения, среди детей 7–12 лет – 3,2. Инвалидами по зрению в 2–3 раза чаще становятся дети, проживающие в городе, по сравнению с проживающими в сельской местности.

Уровень первичной инвалидности детей до 16 лет в связи со зрительными расстройствами в среднем по Казахстану составил 1,6 на 10 тысяч детского населения, детей в возрасте 7–12 лет – 0,67.

Основной причиной как первичной, так и накопленной инвалидности вследствие заболеваний органа зрения и его придатков являются рефракционные нарушения, среди которых превалирует дегенеративная миопия высокой степени, причем у детей 7–12 лет процент инвалидности вследствие миопии в 1,36 раз выше, чем в общей группе детей до 16 лет, и отмечен ее рост.

На втором месте находятся ретинопатия недоношенных, врожденная глаукома, врожденная катаракта, аномалии развития глазного дна, дистрофические и атрофические процессы на глазном дне.

Случаев инвалидности по зрению по причине диабетической ретинопатии (ДР) среди 187 обследованных детей, больных сахарным диабетом (СД), не выявлено. Всем детям, больным СД, установлена «инвалидность с детства» по общему заболеванию. При этом частота ДР среди этих детей составила 1,6%, а пролиферативная стадия диабетической ретинопатии, которая могла бы явиться причиной установления инвалидности по зрению, была диагностирована лишь в одном случае.

На третьем месте среди причин, приводящих к детской инвалидности по зрению, стоят травмы органа зрения, которые у мальчиков встречаются примерно в 5 раз чаще, чем у девочек. Травмы глаза отмечаются чаще в дошкольном, младшем и среднем школьном возрастах, то есть в период наибольшей двигательной активности детей. Глазной травматизм у детей (как и любой вид травматизма) имеет ярко выраженный сезонный характер: пики приходится на сентябрь — начало октября, март — апрель, меньше — на июнь, что связано с изменением погодных условий и началом и окончанием учебного года.

Полученные результаты показали, что фактический уровень детской инвалидности вследствие заболеваний глаза и его придатков значительно превышает уровень статистической отчетности, так как большая часть данных, связанных с установлением инвалидности по причине заболеваний глаз, включается в такие разделы как травмы, врожденные, онко- и другие заболевания.

Полученные данные свидетельствуют о том, что данные частоты и структуры инвалидности по причине заболеваний глаза и его придатков у детей по статистическим показателям МСЭ не отражают истинной картины, в результате чего так называемая «скрытая» инвалидность по зрению, достигает в среднем 25%.

Заключение. Таким образом, анализ инвалидности детей вследствие патологии органа зрения в Казахстане выявил высокую потребность детей-инвалидов в реабилитации, требующей совершенствования всех ее форм и методов, поскольку своевременное лечение рефракционных нарушений, травм и их последствий, катаракты и других заболеваний могло бы в значительной мере снизить число инвалидов по зрению как в детском возрасте, так и в последующем, взрослых людей. Этому в определенной степени способствует профилактическая направленность

и проведение реабилитационных мероприятий на базе специализированных детских садов, групп для детей с ослабленным зрением.

Список литературы

1. Либман У.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России // Вестник офтальмол. – 2006. – № 1. – С. 35–37.

2. Нефедовская Л.В. Комплексное медико-социальное исследование нарушения зрения у детей: региональные особенности, качество жизни, оптимизация медицинской помощи: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Красноярск, 2009. – 33 с.

3. Ермолаев А.В., Ермолаева Т.Н. Структура инвалидности и возможности реабилитации детей с глазной патологией по материалам г. Астрахани // VIII съезд офтальмологов России: Тез. докл. – М., 2005. – С. 83.

4. Рыков С.А., Варивончик Д.В. Методические подходы к разработке программы борьбы с детской слепотой в Украине // VIII съезд офтальмологов России: Тез. докл. – М., 2005. – С. 87.

5. Короткова Ю.А. Инвалидность вследствие врожденной патологии у детей и основные принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации: Автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 36 с.

6. Шустеров Ю.А., Магзумова Д.Г., Елисеева Е.В. Анализ детской инвалидности вследствие миопии // Актуальные проблемы офтальмологии: Сб. тез. научн.-практ. конф. – Ташкент, 2007. – С. 42.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

**Н.Г. Завгородняя, Л.Э. Саржевская, Т.Е. Цыбульская,
Т.С. Завгородняя**

*Запорожский государственный медицинский университет
Запорожская академия последипломного образования
Запорожье, Украина*

Актуальность. Одной из главных проблем здоровья населения являются слепота и слабовидение. Удельный вес инвалидов с врожденными аномалиями развития и дефектами органа зрения в течение 2008-2012 года увеличилась с 5,3 до 6,4%. Одним из факторов, способствующих инвалидизации больных, являются нереализованные возможности социальной реабилитации слепых и слабовидящих, в особенности, детей. Инвалидность по причине нарушения зрения у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, способствует развитию социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Снижение остроты зрения

влияет как на физическое состояние личности, так и на психологию ее поведения, эмоциональные реакции часто приводят к изменению роли и места в социальной жизни. Освоение детьми с ограниченными возможностями социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (специальных программ, центров по реабилитации, учебных заведений). Чтобы эффективно управлять процессом реабилитации детей с низким зрением, надо знать его специфику, предвидеть результаты воздействия и своевременно вносить коррективы. Потеря зрения — один из самых тяжелых дефектов человека. В качестве вторичных нарушений у слепых детей, в результате раннего поражения органов зрения, возникают недостаточность пространственных ориентировок, снижение выразительности мимики лица, ограничение конкретных предметных представлений. С экономических позиций «зрение является неотъемлемой частью производственной деятельности, так как способствует сохранению трудовых ресурсов, в связи с этим развитие офтальмологической профилактической службы создает значительную социальную перспективу жизнедеятельности общества в целом [(Рыков) 4, с. 315]».

Цель. Анализ существующих моделей реабилитации детей с нарушением зрения с учетом социально-экономических аспектов жизнедеятельности общества.

Материал и методы. Амбулаторные карты детей с низким зрением, состоящих на диспансерном учете в детских городских поликлиниках.

Результаты. В Запорожском регионе, особенностью которого является большой областной центр с чрезмерной техногенной нагрузкой и сложной экологической обстановкой, проблеме снижения зрения уделяется существенное внимание. Система профилактики органических изменений органа зрения состоит из 5 этапов. Первый этап — центры планирования семьи, акушерско-педиатрически-терапевтический комплекс, женские консультации. Задачей врача в профилактике гипоксии плода является оздоровление женщин до беременности, корректное ведение беременности, своевременное выявление и лечение осложнений, возникающих во время беременности (особенно некомпенсированная анемия, поздние гестозы 2–3 степени тяжести, и т.д.). Второй этап — акушерский стационар, где основные усилия врачей-акушеров должны быть направлены на оптимизацию ведения родов, устранение пренатальных факторов риска возникновения ретинопатии недоношенных. При преждевременных родах в сроке 28–32 недели необходимо, по-возможности, сохранить беременность. Третий этап — оказание адекватной помощи малышам в раннем неонатальном периоде. Особенно это касается новорожденных с низкой массой тела при рождении (ниже 1500 г), а также с гестационным возрастом менее 32 недель. Необходимо своевременно выделять таких детей в группу высокого риска по развитию ретинопатии недоношенных и наблюдение проводить под контролем офтальмолога. Четвертый этап — диспансерное наблюдение детей первого года жизни в детской поликлинике. При выписке из роддома или неонатального центра необходимо для участкового педиатра отображать степень риска развития ретинопатии недоношенных или другой офтальмологической патологии и рекомендовать своевременную консультацию и наблюдение офтальмолога по специальной схеме мониторинга (согласно приказа

МОЗ Украины № 683 от 21.09.2009). Пятый этап – углубленное диспансерное наблюдение офтальмологом детей после года жизни. Формирование списков детей для обучения в специализированных детских садах для детей с нарушениями зрения или тифлогруппах, а также в школах для слабовидящих и слепых.

Реабилитационные мероприятия в отношении инвалидов вследствие дефекта органа зрения требуют сугубо дифференцированного подхода. В современном понимании реабилитация рассматривается как сложный многопрофильный комплекс действий, направленных на медицинское, профессионально-трудовое, социальное и психологическое восстановление инвалидов. Основой ее служат правовые, материальные и психологические аспекты конституционных гарантий нашего государства, а также возможность решения их в законодательном порядке через систему государственных и общественных учреждений.

Медицинская реабилитация является первым и наиболее ответственным этапом реабилитационного процесса. В комплексе реабилитационных мер главную роль играет восстановительное лечение. Благодаря достижениям отечественной офтальмологии, особенно офтальмохирургии и лазерной офтальмологии, многим тысячам слепых возвращено зрение. Остаточные явления болезни или травмы органа зрения должны быть сведены к минимуму. От своевременности и полноты медицинских мероприятий зависит дальнейшее трудовое прогнозирование. Большое значение имеет также элементарная реабилитация слепых – развитие мобильности, сенсорного восприятия, овладение навыками ориентировки в пространстве, самообслуживания, домоводства, обучение письму и чтению по точечной азбуке Брайля (дающей возможность из комбинации 6 выпуклых точек создать 63 знака, достаточных для обозначения букв алфавита, цифр, знаков препинания, а также математических и нотных знаков). Не менее значимо овладение средствами тифлотехники – совокупности приспособлений, приборов и систем, компенсирующих частичную или полную потерю зрения. Для осуществления элементарной реабилитации созданы специальные школы, а также организована соответствующая служба на предприятиях общества слепых. В основе обучения таких детей должен лежать принцип инклюзивного образования, которое объединяет идеи равного отношения ко всем людям, исключается любая дискриминация, создаются особые условия для детей, имеющих особые потребности.

В ходе медицинской реабилитации ребенок проходит курс лечебных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, восстановление и развитие физиологических функций, нарушенных болезнью, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для возвращения к активной самостоятельной жизни.

Реабилитация средствами воспитания способствует расширению круга общения, завязыванию социальных связей, обогащению жизненного опыта, развитию компенсаторных возможностей личностного реагирования человека с ограниченными возможностями здоровья.

Выводы. Процесс реабилитации это сложный процесс, требующий понимания тех особенностей психо-эмоционального состояния, которые имеют место у детей, полностью или частично лишенных зрения. Полноценное возвращение в социум происходит не только через медицин-

скую реабилитацию (лечение недостатков, ликвидация последствий), но и психологическую (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов), педагогическую (восстановление утраченных учебных умений, формирование личностных качеств). Этапная система профилактики, а также медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации детей позволяет существенно повысить остроту зрения, уменьшить процесс инвалидизации детей, а инвалидам обеспечить полноценное возвращение в общество.

Список литературы

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений. – М.: «Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС», 2003. – 368 с.

2. Аліфанова Т.А., Чуйко О.Л., Гладченко Ю.Ю. Динамічні спостереження нозологічної структури первинної інвалідності по зору в Україні: мат. наук.-прак. конф. офтальм. з міжн. уч., присвяченої 80-річчю тканинної терапії за методом академіка Філатова [«Філатовські читання»], (23–24.05. 2013 р.) / Нац. Акад. мед. наук України, ДУ «Ін-т оч. хв. і ткан. терапії ім. В.П.Філатова НАМН України». – О.: ДУ «Ін-т оч. хв. і ткан. терапії ім. В.П.Філатова НАМН України», 2013. – С. 302.

3. Гичка М.М., Юревич В.Р., Гавенко М.М. Соціальні аспекти в організації надання офтальмологічної допомоги населенню: мат. наук.-прак. конф. офтальм. з міжн. уч., присвяченої 80-річчю тканинної терапії за методом академіка Філатова [«Філатовські читання»], (23–24.05. 2013 р.) / Нац. Акад. мед. наук України, ДУ «Ін-т оч. хв. і ткан. терапії ім. В.П.Філатова НАМН України». – О.: ДУ «Ін-т оч. хв. і ткан. терапії ім. В.П.Філатова НАМН України», 2013. – С. 304.

4. Риков С.О., Черемухіна О.М. Концепція формування офтальмологічної профілактичної служби України: мат. наук.-прак. конф. офтальм. з міжн. уч., присвяченої 80-річчю тканинної терапії за методом академіка Філатова [«Філатовські читання»], (23 – 24.05. 2013 р.) / Нац. Акад. мед. наук України, ДУ «Ін-т оч. хв. і ткан. терапії ім. В.П.Філатова НАМН України». – О.: ДУ «Ін-т оч. хв. і ткан. терапії ім. В.П.Філатова НАМН України», 2013. – С. 315.

ОПЫТ РАБОТЫ В КАБИНЕТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Р.М. Иванова, В.М. Панчишена, Р.В. Ершова, В.О. Соколов

*СПб ГБУЗ «Диагностический центр №7» (глазной) для взрослого
и детского населения,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Травмы глазного яблока и его вспомогательного аппарата в структуре детской глазной патологии составляют почти 10%. Повреждения органа зрения являются одной из причин необратимого снижения зрительных функций, нередко приводящего к инвалидности.

Материалы и методы. В реабилитационном отделении диагностического центра наблюдаются дети всех районов Санкт-Петербурга, перенесших травму органа зрения. Кабинет реабилитации детей с последствиями травм глаза осуществляет:

- наблюдение за течением раневого и контузионного процесса в глазу на основе применения современных методов обследования;
- своевременное направление на хирургическое лечение по тем или иным показаниям;
- наблюдение и амбулаторное лечение в послеоперационном периоде;
- назначение комплексной консервативной терапии, оптимальных средств коррекции зрения, мероприятий по развитию зрительных функций и бинокулярности.

Созданы возможности комплексного обследования больных современными методами, такими как визометрия, авторефрактометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, электрофизиологическое исследование, А-, В- сканирование, ОСТ, HRT, HRA.

Сроки наблюдения, объем лечебных мероприятий зависели от характера и тяжести травмы. Содержание реабилитационных мероприятий определялось индивидуально для каждого больного с соблюдением преемственности при проведении лечения.

Результаты. За последние 10 лет в отделении реабилитации диагностического центра под нашим контролем находились 1280 детей с травмами глаз. Из них 431 пациент (34%) – с последствиями проникающих ранений глазного яблока; 651 ребенок (51%) – после контузий средней и тяжелой степени; 75 детей (5,8%) – с глубокими непроникающими ранениями; 69 детей (5%) – с последствиями ожогов; 54 ребенка (4,2%) – после повреждений глазницы. Динамика диспансерной группы приведена в таблице. Количество наблюдаемых детей за последние 5 лет с тенденцией к уменьшению.

В результате диспансерного наблюдения за этот период были выявлены следующие осложнения:

- посттравматическая отслойка сетчатки – 21(1,7%)
- рецидив оперированной отслойки сетчатки – 16(1.2%)
- дислокация ИОЛ-8(0,6%)
- вывих ИОЛ-2(0,1%)
- повышение внутриглазного давления – 31(2,2%)
- прогрессирование травматической катаракты – 21(1,6%)
- болезнь трансплантата (после сквозной кератопластики) – 2(0,2%)

- посттравматический увеит – 55(4,5%)
- симпатическая офтальмия – 2(0,1%)
- формирование вторичной катаракты – 24(1,9%)

Все дети, у которых были выявлены осложнения, направлены в глазные клиники Санкт-Петербурга, где получили своевременное консервативное и хирургическое лечение.

Для восстановления и развития зрительных функций у детей с последствиями травм органа зрения в диагностическом центре успешно применяются:

- лазерное и светолечение;
- электростимуляция зрительного нерва;
- медикаментозное лечение коктейлями с применением фономагнитоэлектрофореза;
- плановые курсы метаболической, рассасывающей терапии, а также иммунокоррекции;
- при необходимости – плеопто-ортоптическое лечение с использованием компьютерных; программ по методу ФБУ, засветов по Э.С. Аветисову и др.

Выводы

Многoletний опыт наблюдения за детьми, получившими тяжелую травму глаза, свидетельствует о целесообразности организации системы единой диспансеризации таких больных в условиях специализированного центра.

Таблица

Структура диспансерной группы в кабинете реабилитации травм глаза

Диагноз	2008	2009	2010	2011	2012
Афакия	28	25	20		
Артифакия	29	27	21	18	17
Отслойка сетчатки	43	42	29	22	20
Травматическая катаракта	25	21	17	11	10
Вторичная глаукома	5	4	4	4	3
Анофтальм	3	2	3	2	1
Повреждения орбиты	18	16	15	17	21
Ожоги	11	4	4	5	12
Частичная атрофия зрительного нерва	14	12	12	11	12
Посттравматическая хориоретинальная дистрофия	14	11	12	10	13
Фиброз стекловидного тела	7	5	4	4	5
Повреждение придатков глаза Травматический дакриоцистит	12	9	5	4	6
Рубцы роговицы, склеры, корнеосклеральные	63	44	57	41	48
Реконвалесцент контузии	45	27	30	29	35
Итого:	317	249	233	195	230

Диспансеризация и реабилитация – единый процесс в системе мероприятий направленных на предупреждение и выявление того или иного осложнения.

Единая система диспансеризации детей с последствиями травм глаза в условиях специализированного консультативного центра обеспечивает полноценную высококвалифицированную помощь детям Санкт-Петербурга, сохранение и восстановление зрительных функций при травмах различной тяжести.

Список литературы

1. Архипова Л.Т., Гундорова Р.А., Кузнецова И.А. Патогенетическое лечение посттравматических увеитов. – М., 2002. – 17 с.
2. Боброва Н.Ф. Травмы глаза у детей. – М.: Медицина, 2005. – 200 с.
3. Гундорова Р.А., Героев В.В., Кашников В.В. Травма глаза. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 560 с.
4. Сомов Е.Е., Кутуков А.Ю. Тупые травмы органа зрения. – М.: «МЕДпресс-информ», 2009. – 104 с.
5. Vasnaik A., Vasu U., Battu R.R. et al. Mechanical eye (globe) injuries in children // J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus. – 2002. – Vol. 9, N 1. – P. 5–10.
6. Tomazzoli L., Renzi G., Mansoldo C. // Eye injuries in childhood: A retrospective investigation of 88 cases from 1988 to 2000 // Eur. J. Ophthalmol. – 2003. – Vol. 13, N 8. – P. 710–713.

ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СЛАБОВИДЕНИЯ В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Е.В. Каёткина

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского»,
Симферополь, АР Крым, Украина*

Актуальность. Одной из наиболее острых проблем в мире является слабовидение у детей. Слабовидящие дети сталкиваются с проблемой адаптации к окружающему миру. Им необходимы особые условия для познания мира, получения образования и профессии [1,2,4,5].

Детское слабовидение – группа заболеваний и состояний, которые возникают в детском или подростковом возрасте и приводят к развитию слабовидения сразу или в дальнейшей взрослой жизни [3,4].

Большинство детей со слабовидением нуждаются в различных видах сложного и длительного восстановительного лечения, которое может значительно уменьшить возможность инвалидности [3,4].

В последние годы средняя школа для слабовидящих детей была преобразована в Крымский учебно-реабилитационный центр для детей с

нарушением зрения. В центре проводится комплексная медицинская, психолого-педагогическая, физическая, профессиональная, трудовая, физкультурно-спортивная, бытовая и социальная реабилитация детей с нарушением зрения.

Цель исследования. Изучить пути преодоления слабовидения в условиях учебно-реабилитационного центра для детей с нарушением зрения.

Материал и методы. Обследовано 290 детей, учеников учебно-реабилитационного центра в возрасте 7–17 лет.

Всем школьникам были проведено офтальмологическое обследование, консультации специалистов.

Результаты. Дети с нарушением зрения представляли собой разнородную группу с различными заболеваниями и аномалиями развития и разной степенью снижения зрительных функций.

Как видно из представленных в диаграмме данных, наиболее распространенной патологией являются аномалии рефракции (АР) – 142 пациента ($49,0 \pm 2,3\%$) и различные виды косоглазия – 72 ребенка ($24,8 \pm 1,5\%$). Реже встречаются заболевания глаз – 56 пациентов ($19,3 \pm 1,4\%$) и врожденные аномалии развития – 20 детей ($6,9 \pm 0,5\%$). Среди АР чаще всего встречается гиперметропия (78 детей – $54,9 \pm 3,3\%$) средней и высокой степени. У 51 ребенка выявлен сложный гиперметропический астигматизм ($35,9 \pm 1,8\%$). Врожденная и приобретенная миопия выявлена у 52 детей ($36,6 \pm 1,8\%$). Сложный миопический астигматизм диагностирован у 25 детей. Смешанный астигматизм был у 12 детей. Содружественное косоглазие отмечалось у 62 детей ($86,1 \pm 4,3\%$), паралитическое у 10 детей. Наиболее часто отмечалось сходящееся косоглазие – 55 детей ($76,4 \pm 4,0\%$), расходящееся у 11 детей, вертикальное у 6 детей.

Частой причиной слабовидения у детей являлась амблиопия средней и высокой степени. Рефракционная амблиопия выявлена у 138 детей с косоглазием ($97,2 \pm 5,4\%$), дисбинокулярная амблиопия у 45 детей с аметропией ($62,5 \pm 3,3\%$).

Наличие толчкообразного или маятникообразного нистагма еще больше снижало зрительные функции у 85 детей ($29,3 \pm 2,2\%$).

Кроме АР и косоглазия выявлены воспалительные и дистрофические заболевания, аномалии развития структур глаза и исходы травм.

У школьников, помимо дефекта со стороны зрения, имелись вторичные отклонения в психическом, физическом и общесоматическом развитии, отмечались выраженное снижение двигательной активности, что

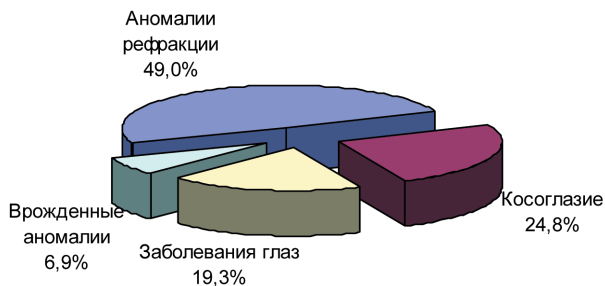


Рис. Структура глазной патологии в школе.

приводило к развитию хронической гиподинамии, нарушению обменных процессов, снижению реакций, быстрой утомляемости, понижению работоспособности во время занятий и трудности обучения.

Практически у всех детей выявлена врожденная или приобретенная патология других органов и систем организма (центральной нервной, сердечнососудистой, эндокринной, мочеполовой, пищеварительной систем, позвоночника).

Для облегчения зрительной работы детям создавались особые гигиенические условия, повышение уровня освещенности рабочего места, ограничение зрительной нагрузки путем использования других органов чувств, слуховое и осязательное сопровождение уроков, специальные методы и средства обучения, наглядные пособия, учебники, тетради, компьютерные программы, вспомогательные средства оптической коррекции.

Большое значение имеет физическая культура, которая не только укрепляет общее состояние здоровья детей, является важным средством коррекции нарушенных зрительных функций и вторичных отклонений, но и способствует развитию координации их движений.

В центре осуществляется постоянное наблюдение врача-офтальмолога и назначение лечения. Обследование детей с исследованием всех зрительных функций, рефракции в условиях циклоплегии, проверкой, а при необходимости, назначением новой оптической коррекции проводится 3–4 раза в год. Применяется тест психоэмоциональной и зрительной продуктивности (Weston test) и коррекция зрительной нагрузки по результатам этого теста. Осуществляется коррекционно-компенсаторная направленность урока, состоящая в коррекции психического, физического развития и развития зрительных функций.

При проведении коррекции зрения назначаются обычные средства оптической коррекции (очки, контактные линзы). Во время образовательного процесса применяются специальные средства оптической коррекции (лупы, телескопические очки). Наиболее часто применяются лупы в виде «линейки» или «камня».

Всем детям со слабовидением проводилось комплексное лечение, включающее в себя: различные виды оптической коррекции, физиоте-

Таблица

Результаты комплексного лечения школьников со слабовидением

Зрительные функции		Min- Max	M±m
Средняя острота зрения без коррекции	До лечения	0,04–0,2	0,1±0,03
	После лечения	0,09–0,3	0,28±0,03
P		< 0,05	< 0,05
Средняя острота зрения с коррекцией	До лечения	0,08–0,3	0,19±0,04
	После лечения	0,2–0,3	0,29±0,05
P		< 0,05	< 0,05
		Количество подростков	P±m%
Наличие бинокулярного зрения	До лечения	98	33,8±5,5
	После лечения	141	48,6±5,8
P		< 0,05	< 0,05

рапевтическое, плеоптическое, ортоптическое, диплоптическое лечение, тренировки глазодвигательных мышц и аккомодации, лазерное, медикаментозное, стационарное оперативное и консервативное, санаторно-курортное лечение, физическую культуру, консультативную помощь. Курсы комплексного лечения, в зависимости от патологии, проводятся два-четыре раза в год.

Результаты комплексного лечения слабовидения представлены в таблице.

Как видно из представленных в таблице данных, до лечения острота зрения (ОЗ) без коррекции колебалась от 0,04 до 0,2, составляя в среднем $0,1 \pm 0,03$, ОЗ с оптимальной оптической коррекцией была от 0,08 до 0,3, составляя в среднем $0,19 \pm 0,03$. После лечения ОЗ без коррекции колебалась от 0,09 до 0,3, составляя в среднем $0,28 \pm 0,04$, ОЗ с оптимальной оптической коррекцией была от 0,2 до 0,3, составляя в среднем $0,29 \pm 0,05$ ($P < 0,05$). Наличие бинокулярного зрения до лечения выявлено у 98 школьников ($33,8 \pm 5,5\%$), после лечения бинокулярное зрение определялось у 141 школьника ($48,6 \pm 5,8$) ($P < 0,05$). Повышение ОЗ без коррекции наблюдалось у 144 детей ($49,7 \pm 5,8\%$), с коррекцией у 160 детей ($55,2 \pm 5,9\%$).

Выводы.

1. Наиболее частой причиной слабовидения в школьном возрасте являются приобретенные и врожденные аномалии рефракции (49,0%) и различные виды амблиопии (62,5–97,2%). Причем, чаще всего к нарушению зрения приводят некорригированная гиперметропия средней или высокой степени (54,9%), сложный гиперметропический астигматизм (35,9%).

2. Создание специальных условий, применение специальных методов и средств обучения школьников со слабовидением, коррекционно-компенсаторная направленность урока, постоянное наблюдение врача-офтальмолога и проведение комплексного лечения способствовало повышению зрительных функций у большинства пациентов.

Список литературы

1. Ковалевский Е.И. Профилактика слабовидения и слепоты у детей. – М.: Медицина, 2001. – 256 с.
2. Ковалевский Е.И. Проблема слабовидения. – М.: Медицина, 2001. – 145 с.
3. Риков С.О., Варивончик Д.В. Профілактика дитячої сліпоти. – Київ: Логос, 2005. – 32 с.
4. Риков С.О., Варивончик Д.В. Дитяча сліпота та слабкозорість в Україні: ситуаційний аналіз. – Київ: Логос, 2005. – 50 с.
5. Faye E.E. Clinical low vision. – New York, 1984. – 529 p.

К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ КАФЕДРЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ

А.С. Саркисов, С.А. Саркисов

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

В исторической литературе сложилась традиция, которая утверждает, что первая самостоятельная кафедра офтальмологии была учреждена в 1796 г. в Австрии, в Венской медико-хирургической «Йозеф-академии» («Josephs-Academie») [1–4]. Однако это мнение отвергают Л.И. Балашевич и В.Г. Шилиев: «Первой в мире была кафедра (офтальмологии. – Авт.), открытая в Париже в 1762 г. специально для Ж. Давиэля. Но так как Ж. Давиэль вскоре умер, серьезного влияния на дальнейшее развитие офтальмологии эта кафедра не оказала» [5].

В России первая кафедра офтальмологии, которую возглавил ординарный профессор И.И. Груби (1787–1834), была учреждена в 1818 г. в Медико-хирургической академии (Петербург). Через год после смерти И.И. Груби кафедра была закрыта [6,7].

В Московском университете на основании указа «О Дополнительном постановлении для Медицинского факультета Московского университета», принятого в 1845 г., была учреждена госпитальная офтальмологическая клиника на базе Московской глазной больницы, директор и старший врач которой, П.Ф. Броссе вступил в должность экстраординарного профессора университета [8, 9]. Однако этот указ не устанавливал порядка взаимоотношений между администрацией глазной больницы и Советом университета, что послужило поводом для конфликтной ситуации, которая возникла после смерти П.Ф. Броссе в 1857 г., когда его должность профессора университета долгое время оставалась вакантной. Это отрицательно сказалось на преподавании офтальмологии в Московском университете [10].

28 июня 1860 г. кафедра офтальмологии Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии была открыта вновь. С этого времени до 1882 г. кафедрой офтальмологии руководил ординарный профессор Эдуард Андреевич Юнге (1832–1898).

Э.А. Юнге в 1856 г. окончил с отличием медицинский факультет Московского университета и последующие три года проходил специализацию по офтальмологии в клиниках европейских университетов.

Первым в России на успехи Э.А. Юнге в области офтальмологии обратил внимание профессор клиники госпитальной хирургии Московского университета А.И. Поль, который в октябре 1857 г. обратился в совет медицинского факультета со следующим ходатайством:

«К числу самых отличных молодых людей окончивших курс Медицинских наук в 1856 году принадлежит доктор Юнге. В прошедшем году он за свой счет отправился за границу, дабы там в разных Университетах усовершенствовать свои познания как вообще, так и в особенности в Офтальмиатрии, к которой чувствует непреодолимое призвание. Знаменитый Грефе в Берлине, оценив вполне его наклонность к этой науке, предложил ему быть его ассистентом и Г. Юнге приехавший сюда

в Москву на короткое время, на этих же днях отправляется обратно в Берлин, где он под руководством этого Профессора в качестве ассистента может достигнуть высокую степень теоретического и практического развития в Офтальмиатрии. В частных после его возвращения свиданиях и беседах со мною я имел случай убедиться в том, что он с необыкновенным старанием и успехом занимается своим предметом, и потому я считаю долгом просить покорно Медицинской Факультет обратить свое внимание на этого достойного молодого человека, поощрить его, чтобы посвятить себя и впредь с этим же рвением науке к которой теперь направлены все его старания, и довести о нем до сведения Совета (Московского университета. – Авт.), в той надежде, что и Совету угодно будет поручить ему продолжать заниматься упомянутым предметом, дабы по возвращению его из чужих краев в случае надобности воспользоваться приобретенными им познаниями для какой либо ученой цели» [11].

Ходатайство профессора А.И. Поля совпадало с мнением членов Совета о необходимости поддержать тех молодых специалистов, которые могли бы составить резерв научного и преподавательского состава Московского университета [11]. Поэтому, по поручению исправляющего должность попечителя Московского учебного округа, медицинский факультет в ноябре 1859 г. подготовил представление на своих перспективных выпускников. В этом списке, среди других, был указан докторант Э.А. Юнге [11].

7 января 1860 г. Э.А. Юнге, вернувшись уже в Россию, обратился к министру народного просвещения с докладной запиской, в которой, ссылаясь на рекомендации, полученные им от А. Грефе, Г. Гельмгольца и Р. Вирхова, просил содействия в учреждении самостоятельной кафедры офтальмологии. «Многолетнее пребывание за границею, – писал Э.А. Юнге, – где я имел случай под руководством знаменитейших специалистов образовывать себя для ближайшего изучения Офтальмологии и налагает на меня теперь обязанность искать случая посвятить себя самым полезным образом на службу Отечеству. Осуществление этой цели я могу достигнуть не иначе как при содействии Вашего Высокопревосходительства, потому что я имею в виду посвятить ближайшим и главнейшим образом свою деятельность не столько практике, сколько распространению в нашем обществе более точных познаний чрез специальное преподавание о глазе в полном его объеме, разумея над этим глазные болезни, рассматриваемые с физиологической и гистологической точки зрения. Но так как до настоящего времени Офтальмология в своем преподавании была тесно связана с Кафедрою Хирургии, то я, как специалист Офтальмологии, осмеливаюсь искать для себя специальной кафедры для этой науки. [...] Впрочем отделение Кафедры Офтальмологии от Кафедры Хирургии не только представляет мне случай получить поприще для деятельности, к которой я себя давно приготовил, это отделение вызывается еще более и потребностью времени – Офтальмология в настоящее время, по своему характеру, по тем предварительным работам, которые вызываются ее изучением, приобрела уже давно свою самостоятельность в ряду прочих Медицинских наук, и даже можно сказать более, она по точности научных приемов сделалась для них образцом, достойным подражания. [...]» [11; ф. 418; оп. 367; д. 57; л. 9–10, об.].

В свою очередь, министр народного просвещения рекомендовал Э.А. Юнге «[...] для преподавания в Московском Университете Офтальми-

атрии, предоставляя впрочем Медицинскому Факультету самому обсудить о надлежащих мерах к удобнейшему исполнению такого предложения» [11; ф. 418; оп. 367; д. 257; л. 49–49, об.]. Несмотря на пожелание министра воспользоваться «предстоящим счастливым случаем восполнить существующий недостаток» [11; ф. 418; оп. 29; д. 573; л. 1–1, об.] и собственное доброжелательное отношение к «молодому ученому», медицинский факультет, после, видимо, не простого обсуждения вопроса на трех своих заседаниях, 19 февраля 1860 г. подготовил ответ на имя ректора, в котором был вынужден признать, что «теперь не может предложить его Кандидатом для замещения кафедры Офтальмиатрии во 1х потому что не имеет права избирать Профессора на существующей кафедре Глазной Госпитальной Клиники, во 2х потому что Г. Юнге не имеет степени Доктора Медицины, в 3х потому что Факультет не может еще судить о способности Г. Юнге как преподавателя» [11; ф. 418; оп. 367; д. 57; л. 6–6, об.]. В этом ответе лейтмотивом, несомненно, является озабоченность медицинского факультета защитой собственных прав. Все возражения, конечно же, не были направлены против самого претендента, и всего месяц спустя факультет подтвердил, что готов представить Совету университета кандидатуру Э.А. Юнге на замещение вакантной должности [11; ф. 418; оп. 29; д. 573; л. 4, об.].

3 мая 1860 г. представленная Э.А. Юнге на соискание ученой степени доктора медицины диссертация под названием «Beitrage zur pathologische Anatomie in der getigerten Netzhaut» («О патологической анатомии полосатой, пятнистой сетчатки») получила одобрение медицинского факультета [11; ф. 418; оп. 367; д. 257; л. 170], и уже 20 мая была им успешно защищена [11; там же; л. 210–210, об.].

6 июня 1860 г. в Совет университета поступило донесение медицинского факультета, в котором содержалось следующее прошение: «При Московском Университете существует Кафедра Глазной Госпитальной Клиники. Медицинский Факультет уже высказал желание, что бы Профессору этой Клиники было вверено и теоретическое преподавание Офтальмиатрии. На основании существующих постановлений, Профессор Офтальмиатрии преподает практическое учение о глазных болезнях в глазной больнице, которая дает богатый материал для поучения. Имея Кафедру Офтальмиатрии и больницу для преподавания этого предмета, Факультет нашел и ученого, который обладает современными офтальмическими сведениями. Этот ученый Г-н Эдуард Юнге. Он уже приобрел степень Доктора Медицины и прочитал пробную лекцию в присутствии Членов Медицинского Факультета. Последние совершенно убедились, что Гн Юнге вполне способен преподавать Офтальмиатрию основательно и ясно, на русском языке. Посему Факультет имеет честь покорнейше просить Университетский Совет – ходатайствовать перед Высшим Начальством, чтоб Кафедра Глазной Госпитальной Клиники (вместе с теоретическим преподаванием Офтальмиатрии) была вверена Гну Юнге» [11; ф. 418; оп. 367; д. 57; л. 25–25, об.].

Через три месяца, 6 сентября 1860 г., по докладу министра народного просвещения, последовало высочайшее повеление «[...] не касаясь до времени вопроса об изменении постановления относительно Глазной при Московском Университете Госпитальной Клиники, помещающейся в Московской Глазной Больнице, поручить Доктору Медицины Юнге, отдельное от Кафедры Хирургии, самостоятельное преподавание в Мо-

сковском Университете Теоретической Офтальмиатрии, с званием исправляющего должность Экстра Ординарного Профессора и с допущением его к практическим занятиям со Студентами глазными болезнями в Факультетской Клинике [...]» [11; там же; л. 27–27, об.].

Содержание вышеизложенных документов требуют специального комментария.

Отметим, прежде всего, что указ «О Дополнительном постановлении для Медицинского факультета Московского университета» не содержит положений об учреждении «Кафедры Глазной Госпитальной Клиники» или «Кафедры Офтальмиатрии». Поэтому донесение медицинского факультета в июне 1860 г. о существовании этих учебных подразделений свидетельствует всего лишь о личном отношении медицинской профессуры к предмету и собственном признании независимости офтальмологии от хирургии.

Также необоснованным является до сих пор бытующее в истории отечественной медицины мнение, которое увязывает назначение Э.А. Юнге экстраординарным профессором с созданием в 1860 г. самостоятельной кафедры глазных болезней медицинского факультета Московского университета [1, 6, 12, 13]. Частный случай его назначения профессором университета и допуск к «отдельному от Кафедры Хирургии» преподаванию офтальмологии нельзя рассматривать в качестве законодательного акта учреждения самостоятельной кафедры глазных болезней. В 1860 г. произошло лишь формальное отделение курса глазных болезней от кафедры хирургии на медицинском факультете университета, которое не внесло изменений в преподавание офтальмологии.

Более того. Как следует понимать, с подачи и по предложению министра народного просвещения, создавалась парадоксальная и даже по своему опасная ситуация. С одной стороны, напряженное выжидание в отношениях между университетом и Московской глазной больницей все еще не получило конкретного разрешения. С другой, – нельзя было исключить недовольство руководителя клиники факультетской хирургии, который, в соответствии с высочайшим повелением о назначении Э.А. Юнге, вынужден был уступить независимому от него профессору часть коек для больных офтальмологического профиля.

Заметим, что о возможности подобного конфликта предупреждал медицинский факультет Московского университета, когда в июне 1860 г. рассматривал предложение профессоров Н.Б. Анке и А.П. Попова «отделить 12 кроватей в Факультетской Клинике для практического преподавания Офтальмиатрии Студентам 4го Курса»: «Отделение 12 кроватей от хирургической Факультетской Клиники много стеснило бы Профессора этой Клиники, и Факультет на эту меру тоже не может согласиться» [11; ф. 418; оп. 29; д. 573; л. 10–11].

Тем не менее, по еще более парадоксальному стечению обстоятельств, нового противостояния, уже внутри медицинского факультета Московского университета, не произошло. Как сказано выше, 28 июня 1860 г. в Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии была вновь открыта кафедра офтальмологии. В январе 1861 г. ректор Московского университета официально подтвердил и уведомил медицинский факультет о том, что «Исправляющий Должность Экстра-Ординарного Профессора Московского Университета, Доктор Медицины Юнге переведен в Императорскую Медико-Хирургическую Академию Ординарным Про-

фессором Высочайшим Приказом по Военному ведомству 23го Октября прошлого 1860 года, № 45. Г. Попечитель Московского Учебного Округа сообщая об этом, просит озаботиться выбором другого лица на место бывшего Г. Юнге» [11; ф. 418; оп. 367; д. 57; л. 37].

Список литературы

1. Делов В.С. Материалы для истории офтальмологии в России: Дис. д-ра медицины. – СПб., 1895. – 144 с.
2. Albert D.M., Blodi F.C. Georg Josef Beer: A review of his life and contributions // *History of Ophthalmology* / Ed. H.E. Henkes. – Dordrecht-Boston-London, 1988. – Vol. 1. – P. 79–103.
3. Pansier M.P. Histoire de l'ophthalmologie // *Encyclopédie française d'ophthalmologie* / Pub. de F. Lagrange, E. Valude. – Paris, 1903. – T. 1. – P. 1–86.
4. Schmidt J.A. Biographisches Lexikon der hervorragenden Artzte aller Zeiten und Vylker / 2-te Aufl. – Berlin-Wien, 1934. – Bd. 5. – S. 92–93.
5. Балашевич Л.И., Шиляев В.Г. Очерки по истории офтальмологии в Санкт-Петербурге. – СПб: СПб МАПО, 2000. – 334 с.
6. Поляк Б.Л. Первая в России кафедра офтальмологии: К 150-летию кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии. – Л.: ВМА им. С.М. Кирова, 1969. – 40 с.
7. История Императорской Военно-Медицинской (бывшей Медико-Хирургической) Академии за сто лет. 1798-1898. Составлена комиссией по поручению Конференции Академии под ред. проф. Ивановского. – СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1898. – XV, IV, 828 с., приложения: 1–337 с.
8. Затравкин С.Н., Пальцев М.А., Горелова Л.Е. Изменения в организации и содержании учебного процесса в связи с принятием «Дополнительного постановления о медицинском факультете Императорского Московского университета» (1845) // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2001. – № 1. – С. 44–47.
9. Затравкин С.Н., Пальцев М.А. «О дополнительном постановлении о медицинском факультете Императорского Московского университета» (1845) // *Исторический вестник ММА им. И.М. Сеченова*. – Т. 17. – М., 2002. – С. 82–109.
10. Сточик А.М., Затравкин С.Н., Саркисов С.А. К истории создания госпитальной глазной клиники медицинского факультета Московского университета // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2005. – № 5. – С. 51–53.
11. Центральный исторический архив Москвы (ЦИАМ).
12. Кафедра глазных болезней // 225 лет Первому Моск. мед. ин-ту им. И.М. Сеченова: (1765-1990). – М., 1990. – С. 222–226.
13. Магильницкий С.Г. Очерк истории офтальмологии // *Многотомное руководство по глазным болезням*. – Т. 1. – Кн. 1. – М.: Медгиз, 1962. – С. 13–129.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ ОКАЗАНИЯ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

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

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, Украина*

Актуальность. В последние годы все чаще поднимаются вопросы о совершенствовании последиplomной подготовки врачей. Основным требованием, которое предъявляется при подготовке специалиста-офтальмолога является овладение современными знаниями и умениями в диагностике, лечении и реабилитации офтальмологических больных. Особая роль принадлежит умению врача правильно диагностировать, оказывать неотложную помощь и принимать организационные мероприятия у больных с острой офтальмопатологией, так как от правильности принятого решения зачастую зависит исход заболевания. Кроме того, появление новой специальности «семейный врач» ставит задачу перед преподавателями обучить врачей общей практики своевременной диагностике, правильной тактике и оказанию неотложной помощи больным с патологией органа зрения.

Целью работы явилось изучить особенности организации преподавания вопросов неотложных состояний органа зрения на кафедре глазных болезней ФПО ДонМУ им. М. Горького.

Материал и методы исследования. К неотложным состояниям в офтальмологии относятся травмы органа зрения, ожоги, острый приступ закрытоугольной глаукомы, острый приступ вторичной глаукомы, иридоциклит, увеит, гемофтальм, эндофтальмит, кератит, флегмона орбиты, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва.

Данные вопросы изучаются во время лекций и практических занятий на циклах «Офтальмология. Предаттестационный цикл», «Глаукома», «Травмы органа зрения», «Заболевания сетчатки и стекловидного тела, витреоретинальная хирургия», «Организация офтальмологической помощи в условиях амбулатории семейного типа». Для контроля знаний используются тестовые программы как обычные, так и компьютерные.

Результаты и обсуждение. Всем курсантам, начинающим обучение на кафедре, предлагается набор тестовых заданий, в которых содержится до 30% вопросов, относящихся к ургентным состояниям. Анализ ответов позволяет преподавателю судить об уровне подготовки курсанта и определить объем знаний – умений, которыми необходимо овладеть врачу.

При планировании лекционного материала неотложные состояния в офтальмологии детально разбираются при описании каждой нозологической единицы. Для обратной связи на лекции осуществляется стандартизованный контроль, охватывающий как вопросы диагностики, так и тактику врача при ургентных состояниях. Данные контроля анализируются и преподаватели, оценивая полученные результаты, в дальнейшем ориентируются, каким вопросам следует уделить особое внимание курсантов на практических занятиях.

На практических занятиях в стационаре, соответственно теме, разбираются вопросы диагностики, тактики, оказания срочной высоко квалифицированной помощи в условиях стационара больному, поступившему с ургентной патологией органа зрения. На утренних врачебных конференциях обсуждаются больные, поступившие в ургентном порядке. Курсант, участвовавший в первичном приеме больного, совместно с преподавателем продолжает курацию данного пациента, участвует в проводимых обследованиях, манипуляциях, принимает участие в операциях, решает вопросы о степени потери трудоспособности и ведение больного в последующем в условиях амбулаторного приема.

В связи с тем, что значительная часть курсантов является врачами амбулаторного приема, треть занятий проводится в условиях поликлинического приема. При проведении занятий на амбулаторном приеме по темам неотложных состояний разбирается тактика врача амбулаторного приема, осуществляется прием ранее курируемых больных с неотложными состояниями, решаются вопросы их трудоспособности, назначается тактика мероприятий по реабилитации данного контингента больных.

С целью оптимизации преподавания неотложных состояний на кафедре широко используются диагностические, тактические и лечебные алгоритмы, видеофильмы, демонстрирующие основные симптомы при неотложных состояниях, этапы тех или иных оперативных вмешательств, оказанию неотложной помощи при травмах органа зрения. Особенно это необходимо использовать при обучении врачей по специальности «Семейная медицина», так как на занятия приходят врачи общей практики, не имеющие навыков офтальмологического обследования больных. Кратковременность выделенных учебных часов, специфика подготовки этой категории врачей требует от преподавателя максимальной наглядности в обучении, четкого определения последовательности их действий при оказании неотложной помощи.

При разборе неотложных состояний обращается внимание курсантов на соматическое состояние больного, которое может быть фоновыми в развитии неотложных состояний со стороны глаз, акцентируется внимание на лечебной тактике, которая может предотвратить возникновение этого ургентного состояния.

Для определения профессиональной компетентности врача, усвоением им полученных знаний – умений, его способности решать вопросы, связанные с диагностикой и оказанием неотложной помощи офтальмологическим больным и получения объективной оценки знаний как для преподавателя, так и врача курсанта с пониманием последним своих ошибок, на кафедре широко используются тестовый контроль при проведении занятий, рубежный тестовый контроль и компьютерный заключительный контроль. Кроме того, при проведении экзамена во время собеседования обязательно включаются вопросы по неотложным состояниям органа зрения.

На заключительном производственном совещании сотрудников кафедры и курсантов, закончивших цикл обучения, вместе с удостоверением и сертификатом врачи получают папки «Спутник офтальмолога», где наряду с различными номограммами, таблицами, схемами обследования больных имеются алгоритмы диагностики и оказания неотложной помощи больным с офтальмопатологией.

После окончания цикла при подведении итогов обучения на учебно – методических совещаниях проводится анализ ответов курсантов, в том числе и по неотложным состояниям, определяется индекс успешности каждого курсанта. В дальнейшем на основании обратной связи с курсантами, обучавшихся на кафедре, преподаватели при консультации больных могут оценить правильность диагностики и тактики врача и сделать заключение об эффективности преподавания неотложных состояний, наметить пути устранения выявленных недостатков в процессе обучения.

Вопросы неотложных состояний глаз выносятся на научно-практические конференции, проводимые для врачей области.

Выводы. Преподавание неотложных состояний на кафедре офтальмологии УНИПО ДонНМУ многогранное, многоступенчатое, направленно на различные контингенты обучающихся. Благодаря наглядности преподавания повышается усвоение знаний – умений. Проводимый компьютерный тестовый контроль позволяет объективно оценить уровень подготовки врачей, а наличие обратной связи повышает мотивацию к обучению.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ В ЦЕНТРАЛЬНОМ РЕГИОНЕ РОССИИ

**А.В. Терещенко, Ю.А. Белый,
И.Г. Трифаненкова, М.С. Терещенкова**

*ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
Минздрава России, Калужский филиал,
Калуга, Россия*

Актуальность. Недоношенные дети входят к группу высокого риска развития ретинопатии недоношенных (РН) – патологии, способной привести к резкому снижению зрения, вплоть до полной слепоты [3,4]. В последние годы в РФ увеличивается число регионов, оказывающих специализированную офтальмологическую помощь, однако ранняя выявляемость РН остается низкой, и количество пациентов с далекозашедшими формами заболевания возрастает. Одна из основных причин этого явления – отсутствие эффективных действующих схем организации офтальмологической помощи.

В этой связи следует отметить, что Калужский филиал ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» накопил значительный клинический материал по организации помощи детям с РН. В рамках решения данной проблемы была создана скрининговая служба в центральном регионе РФ, филиал был оснащен ретинальными педиатрическими системами «RetCam» для обследования недоношенных детей, разработана оригинальная компьютерная программа «ROP-MORPHOMETRY» для цифровой морфометрии глазного дна и ретинальных сосудов недоношенных младенцев, образо-

вана современная анестезиологическая служба, разработаны и внедрены инновационные лазерные и витреальные технологии лечения РН [1,2].

Цель – анализ результатов функционирования системы оказания офтальмологической помощи недоношенным детям, включающей полный цикл мероприятий по раннему выявлению, лечению и диспансерному наблюдению пациентов с ретинопатией недоношенных, в Центральном регионе РФ.

Материал и методы. Специалистами клиники осуществлялись выезды в отделения выхаживания недоношенных с целью проведения скрининговых осмотров детей из группы риска по развитию РН. В Калужском и Тульском отделениях выхаживания в данную группу попали дети со сроком гестации <33 недель и/или массой тела при рождении <2000 г, в Брянском и Орловском – со сроком гестации <35 недель и/или массой тела при рождении <2500 г.

Обследование заключалось в проведении обратной бинокулярной офтальмоскопии или цифровой ретиноскопии с использованием мобильной ретиальной педиатрической видеосистемы «RetCam Shuttle».

Сроки проведения первичного осмотра недоношенных для выявления РН определялись их соматическим состоянием и временем возможного развития патологии. Последующая частота осмотров зависела от выявленных признаков заболевания и составляла, как правило, 1 раз в 7-14 дней при обнаружении преретинопатии, I и II стадии РН, 1 раз в 3-7 дней при III стадии и задней агрессивной РН. Таким образом, каждый ребенок осматривался 2–6 раз (в среднем $2,9 \pm 0,9$).

Дети с выявленной РН, требующей лазерной коагуляции сетчатки, направлялись в Калужский филиал ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» для детального диагностического обследования, лазерного лечения с использованием паттерной технологии и дальнейшего мониторинга.

В случаях прогрессирования заболевания после лазерной коагуляции проводилось витреальное вмешательство с применением новой микрохирургической технологии с использованием системы 25G. Затем осуществлялось длительное диспансерное наблюдение, при необходимости – коррекция возникающих офтальмологических нарушений.

Результаты. За период с 2003 по июнь 2013 гг. по Калужской, Тульской, Орловской и Брянской областям было осуществлено 544 выезда для проведения скрининговых осмотров детей группы риска в отделениях выхаживания недоношенных, из них в Калуге – 318 (2-3 выезда в месяц), в Брянске – 80, в Орле – 78, в Туле – 69.

За один выезд обследовалось в среднем в Калуге – 16 недоношенных младенцев, в Брянске – 33, в Орле – 25, в Туле – 35.

Из всех детей с риском развития РН 54,8% новорожденных были осмотрены на 2-3 неделе жизни, 36,2% – на 4-5 неделе, 6,7% – на 6 неделе, 2,3% – на 7 неделе жизни.

Общее количество осмотренных недоношенных детей составило 10190, из них по областям: Калужская – 4178, Брянская – 2419, Орловская – 1417, Тульская – 2146.

Количество однократно осмотренных детей – 7144, осмотренных два и более раз – 3046 (по Калужской области – 2465 и 1713, по Брянской – 1759 и 660, по Орловской – 1134 и 283, по Тульской – 1425 и 751, соответственно), что в процентном соотношении составило 70,1 % и 29,9% (по Калужской области – 59% и 41%, по Брянской – 72,7% и 27,3%, по Орловской –

80% и 20%, по Тульской – 65,5% и 34,5%, соответственно).

За анализируемый период преретинопатия была выявлена у 2211 младенцев, что составило 21,7% из группы риска в среднем по всем областям. Различные стадии ретинопатии недоношенных были диагностированы у 2109 детей (20,7%). Из них I стадия заболевания развилась у 1049 (49,7%) детей, II – у 574 (27,2%), III – у 363 (17,2%), IV – у 13 (0,6%), V – у 4 (0,2%), задняя агрессивная РН – у 106 (5%).

Анализ результатов работы свидетельствует, что показатели заболеваемости РН [3,11] в зависимости от региона различны. Так, по Калужской области РН была выявлена у 20,2% детей из группы риска, по Брянской – у 27,7%, по Орловской – у 25,2%, по Тульской – у 16,8%.

Из 2109 детей с выявленной РН у 1590 (75,4%) произошел регресс заболевания, 519 детям потребовалось проведение лазеркоагуляции сетчатки (ЛКС). Средний срок гестации младенцев с показаниями к ЛКС составил 29,4 недель (28,1 недель по Тульскому, 28,9 недель по Калужскому, 30,3 недель по Орловскому, 30,6 недель по Брянскому регионам). Средний возраст детей на момент проведения ЛКС – 8,7 недель (по Калуге – 6,5 недель, Брянску – 9,2 недель, Орлу – 9,0 недель, Туле – 8,1). Среднее значение показателя массы тела при рождении у детей, которым выполнена ЛКС, – 1310 граммов (у детей Калужского региона – 1210, Тульского – 1260, Орловского – 1350, Брянского – 1520).

В группе с классическим течением заболевания полный регресс заболевания после ЛКС достигнут в 96,4% случаев (на 766 из 795 глаз). Прогрессирование РН было отмечено на 29-ти глазах (20 детей) с неблагоприятным типом течения III стадии. В сроки от 2-х до 4-х недель после ЛКС им была произведена 3-х портовая лентосберегающая витрэктомия. На 17-ти глазах заболевание регрессировало, на 12-ти глазах впоследствии развилась IV рубцовая стадия РН. Таким образом, общая эффективность лечения при классическом течении РН составила 98,5%.

При задней агрессивной РН полный регресс заболевания после ЛКС достигнут в 61,6 % случаев (на 133 из 216 глаз). На 52-х глазах с дальнейшим прогрессированием заболевания проводилась 3-х портовая лентосберегающая витрэктомия, на 17-ти глазах – лентовитрэктомия. На 28-ми глазах заболевание регрессировало, на 31-м глазу в дальнейшем развилась IV рубцовая стадия РН, на 24-х глазах – V рубцовая стадия РН. Таким образом, регресс заболевания произошел на 161-м из 216-ти глаз, общая эффективность лечения при ЗА РН составила 74,54%.

Всего за период 2003 г. – июнь 2013 г. детям с РН из Калужской, Тульской, Орловской и Брянской областей проведено 1150 различных хирургических вмешательств (ЛКС – 1038 (в Калужском регионе – 260, Тульском – 156, Брянском – 384, Орловском – 238), 3-х портовая лентосберегающая витрэктомия – 95, лентовитрэктомия – 17). Общая эффективность лечения составила 90,94%.

Заключение. Таким образом, разработанная нами модель межрегиональной службы, включающей организацию раннего выявления, мониторинга и лечения младенцев с РН, обеспечивает этапность медицинской помощи с соблюдением единых подходов к срокам и критериям скрининга, стандартизации методик осмотра и сроков проведения лазеркоагуляции сетчатки. Это, в свою очередь, позволяет сохранять зрение и предотвращать раннюю инвалидизацию детей с РН. В настоящее время в рамках данной программы важно продолжать разработку и внедрение

в практику инновационных скрининговых технологий, новых диагностических и лечебных методик.

Предлагаемая Калужским филиалом ФГБУ «МНТК «Микрохирургии глаза» система организации офтальмологической помощи недоношенным детям в Центральном регионе России объединяет все направления: от точной диагностики до высокотехнологичного лечения, – что позволяет тиражировать ее на всей территории Российской Федерации.

Список литературы

1. Терещенко А.В. Системный подход в организации оказания офтальмологической помощи недоношенным детям // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2012. – №. 14 – С. 205–208.

2. Терещенко А.В., Белый Ю.А., Трифаненкова И.Г., Терещенкова М.С. Организация офтальмологической помощи недоношенным детям Калужским филиалом ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» в Центральном регионе России // Российская детская офтальмология. – 2012. – № 1–2. – С. 6–9.

3. Ранняя диагностика, мониторинг и лечение ретинопатии недоношенных / Терещенко А.В., Белый Ю.А., Трифаненкова И.Г., Терещенкова М.С. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Апрель, 2013. – 104 с.

4. Ben-Sira I., Nissenkorn I., Kremer I. Retinopathy of Prematurity // Surv. Ophthalmol. – 1988. – Vol. 33. – P. 1–16.