

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (обзор литературы).

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г.Баку, Азербайджан

Ключевые слова: глазные болезни, инвалидность, организация офтальмологической помощи

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире насчитывается 37 млн. слепых и 124 млн. слабовидящих, то есть более 160 млн. человек имеют серьезные нарушения зрения. Из них каждый четвертый утратил зрение в детстве. Среди детей младше 15 лет 1,5 млн. являются слепыми. Ежегодно слепыми становятся еще 1-2 млн. человек. Без принятия соответствующих мер, количество слепых к 2020 году возрастет до 75 миллионов [1,2,3,4].

В 2009 году в России всего зарегистрировано свыше 15 млн. болезней глаза и его придаточного аппарата. Из общего числа заболеваний зарегистрировано слепых и слабовидящих свыше 1 млн. человек, из них около 34 тыс. детей.

По данным медицинских осмотров, в последние годы заболеваемость глазными болезнями (патологическая пораженность), включая аномалии рефракции и травмы, составляет в Российской Федерации (РФ) в среднем 55 000 случаев в городской и 49 000 в сельской местности на 100 000 населения. Фактически каждый второй житель РФ имеет какое-то нарушение органов зрения. По данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) за год, число глазных болезней, включая аномалии рефракции и травмы, составляет 17 200 в городской и 14 910 в сельской местности на 100 000 населения. Ежегодно доля воспалительных заболеваний органов зрения от числа всех заболеваний глаз среди городского населения в – среднем составляет 7,35%, сельского – 25,55%, соответственно катаракта – 6,8% и 3,9%, миопическая болезнь – 2,3% и 2,05%, глаукома 0,9% и 1,9%. Перечисленные заболевания и травмы органов зрения имеют наибольшее медико-социальное значение [5,2,6].

В 1999 г. распространенность социально значимых воспалительных заболеваний глаз, катаракты, глаукомы, миопии, по данным обращаемости в ЛПУ, следующая: число воспалительных заболеваний глаз составляет 2600, число катаракт – 1201,5, глаукомы – 532,9 и миопий – 1119,6 на 100 000 населения. Зарегистрировано 3 842 500 больных с воспалительными заболеваниями глаз, из них 747 367 – с впервые установленным диагнозом. Больных с катарактой – 1 842 250, из них 338868 с впервые установленным диагнозом, больных с миопией – 1 633 478, из них 208097 с впервые установленным диагнозом, больных с глаукомой – 807342, из них 87820 с впервые установленным диагнозом. На первом месте по частоте находятся воспалительные заболевания глаз, на втором – катаракта, на третьем – миопия, на четвертом – глаукома [7,8]. Заболеваемость глаукомой в России к 2000 г. возросла с 1,7 до 4,7 случая на 100 000 населения.

В Азербайджане обращает на себя внимание повреждение глаз среди различных слоев населения, которая составляет 15,6% от других заболеваний глаза, из них проникающие ранения составляют 32,7% и тупая травма – 20,5%, причем у 37% обнаруживается практическая слепота [9].

Производственные травмы составляют 45%, сельскохозяйственные – 32%, бытовые 25%, в том числе ранения роговицы – 51%, корнеосклеральные ранения – 10%, ранения склеры – 20% [10]. Уровень повреждения глаза у детей в Азербайджане по данным стационара составляет 3,6 на 10 тыс. детского населения., проникающие ранения составили 64,2%, непроникающие – 14,9%, ожоги – 12,3% [10].

Изучение структуры ожоговой травмы глаза в Азербайджанской Республике в динамике за 7 лет на основе анализа историй болезни 478 больных показала, что у 75,1% больных наблюдались бытовые травмы, 15,3% - производственные, 9,6%- криминальные ожоги [12].

Глаукома является одной из основных причин слепоты в Азербайджане, занимая в ее нозологической структуре третье место. Распространенность слепоты и слабовидения вследствие глаукомы в 1996 г. Составляет 0,74 и 2,0 на 10000 населения, удельный вес среди причин слепоты и слабовидения 15,8% и 16,6% соответственно.

Изучение уровня глаукомы в различных климато-географических зонах республики показал, что большинство больных глаукомой проживают на низменных и субтропических районах республики [13] и удельный вес глаукомы - наибольший в субтропическом климате - 11% [14].

В контингенте слабых и слабовидящих от глаукомы преобладают лица нетрудоспособного возраста (71,1% и 69,2% соответственно); несколько больше мужчин (60,2% слепых и 55,7% слабовидящих); среди слепых 25,2% проживают в сельской местности, 74,8% - в городской, доля слабовидящих в городской и сельской местности практически одинакова. Большинство данных лиц (32%-33%) относится к категории служащих, выполняющих интеллектуальные виды труда.

В результате многопрофильных анализов установлены основные социально-гигиенические и клиничко-офтальмологические показатели слепоты, слабовидения и первичной инвалидности вследствие глаукомы в Азербайджанской Республике, определена нуждаемость слепых и инвалидов с глаукомой в медико-социальной реабилитации, осуществлено восстановительное хирургическое лечение данного контингента с применением новых технологий оперативного вмешательства, разработаны предложения, направленные на профилактику и снижение слепоты и инвалидности вследствие глаукомы [15].

В Республике Азербайджан в течение последних 30 лет большое внимание уделяется профессиональной заболеваемости, таким как патология глаз в шинном производстве и при хронической йодовой интоксикации [16,17]. Вопрос о профессиональной заболеваемости органа зрения в нефтехимической промышленности Азербайджана был также изучен рядом авторов, клиническое обследование выявило патологические изменения переднего отрезка глаза, находящиеся в прямой зависимости от стажа работы, что выражалось в токсических конъюнктивитах, блефаритах, точечных эрозиях на роговице, ампулообразном расширении сосудов конъюнктивы, наличии мелких кровоизлияний, чего не было в контрольной группе больных [18].

При исследовании гидродинамических показателей глаз у рабочих, занятых в производстве хлористого аллила, выявлены в результате тонографического исследования существенные гидродинамические сдвиги в сторону снижения продукции и оттока камерной влаги [19].

Наибольшая заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата зарегистрирована у подростков 15 – 17 лет; в 1999 году обращаемость составила 713,7 случаев на 100 000 подростков данного возраста (абсолютное число больных – 68 735 человек). Число подростков с впервые установленным диагнозом составило 175 на 100 000 (абсолютное число – 253 841 человек), из них с миопией – 73,8 (абсолютное число – 107026 человек). В определенной степени это можно объяснить увеличением зрительных нарушений, связанных с компьютеризацией образовательных учреждений. Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет включительно болезни глаза и его придаточного аппарата по обращаемости составили 1747,7 случая на 100 000 детей данного возраста (абсолютное число – 2 534 164 человек) Было зарегистрировано 658,3 случая миопии на 100 000 детей данного возраста (абсолютное число – 954 519 детей) [20,21,22].

В подавляющем большинстве случаев тяжелые зрительные расстройства в детском возрасте являются следствием врожденно-наследственной патологии, в том числе обусловленной осложнениями перинатального периода, внутриутробными нарушениями или наследственными факторами.

Современные исследования в области неонатальной офтальмологии в большей степени затрагивают проблему ретинопатии. К сожалению, единичные работы посвящены изучению нозологической структуры и частоты развития офтальмопатологии у новорожденных высокого перинатального риска.

В настоящее время в РФ отсутствуют директивные документы органов здравоохранения различных уровней об организации специализированной офтальмологической помощи новорожденным и комплексном междисциплинарном подходе к решению проблемы профилактики ранней детской инвалидизации по зрению. В этой связи в условиях резкого снижения рождаемости особое значение приобретает качество здоровья новорожденных и детей первого года жизни, и проведение данного исследования является актуальным [21].

Несмотря на значительные успехи клинической офтальмологии, особенно офтальмохирургии, распространенность инвалидности вследствие зрительных нарушений среди населения РФ в 2000 - 2005 гг. остается высокой. В накопленном контингенте 600,0 тыс. инвалидов по зрению, из них лиц пенсионного возраста – 60,6%, молодых – 22 %, лиц среднего возраста – 17,4%. Уровень общей инвалидности варьирует в разных возрастных группах от 5,5 среди лиц младше 18 лет до 104,0 среди населения старше 60 лет, составляя 16,1 (на 10 000 соответствующего населения) среди лиц трудоспособного возраста [23].

Установлена отрицательная динамика основных показателей инвалидности в 2000 – 2005 гг. с увеличением числа впервые признанных инвалидами от 39000 до 66700 человек в год и ростом уровня первичной инвалидности с 3,1 (2000) и 3,5 (2004) до 5,8 (2005 г.) на 10000 взрослого населения.

Наиболее высок уровень первичной инвалидности среди населения пенсионного возраста (18,2), что значительно больше аналогичного показателя для лиц среднего (3,4), молодого (1.0) на 10000 соответствующего населения. Среди взрослых лиц с впервые установленной инвалидностью больные пенсионного возраста составляют 79,8%, а трудоспособного возраста – 20,2%.

Ежегодно инвалидность по зрению в РФ устанавливают более чем у 4000 детей. Следует также учитывать, что у 21% инвалидов зрительные расстройства возникли в детском возрасте. Уровень первичной инвалидности наиболее высок в возрастной группе детей от 4 до 7 лет, особенно среди мальчиков.

Основные причины инвалидизирующих зрительных расстройств на протяжении последнего пятилетия.

- среди взрослого населения – глаукома (28%), последствия травм органа зрения (16%), дегенеративная миопия (19%), заболевания сосудистого тракта сетчатки и зрительного нерва (15%), патология хрусталика (12%),

среди детей – аномалии рефракции (26,4%), врожденная катаракта (17,3%), ретинопатия недоношенных и другая патология сетчатки (16,6%), заболевания зрительного нерва (12,0%), травмы глаза (10,5%), пороки развития (5,3%) и глаукома (3,8%) [2].

Удельный вес глаукомы среди причин первичной инвалидности в РФ возрос за 5 лет (с 2000 по 2005 г.) с 20 до 28%, а распространенность – с 0,15 до 0,60 на 10000 взрослого населения. Среди причин инвалидности по зрению лиц пенсионного возраста доля глаукомы достигает 40%. В 2% случаев лицам с глаукомой уже при первичном освидетельствовании устанавливается I или II группа инвалидности, что указывает на позднюю диагностику заболевания.

Как уже выше говорилось, ежегодно инвалидность по зрению в Российской Федерации (РФ) устанавливают более чем у 4000 детей. Следует также учитывать, что инвалиды по зрению с детства составляют 20,7% от общего числа инвалидов по зрению в РФ, а в возрасте 19-50 лет – 55,4%. Восстановление зрения и методы, целью которых является предупреждение слепоты, входят в число наиболее экономически эффективных мер в здравоохранении. Детская слепота, по мнению экспертов ВОЗ, в 40% случаев может быть предотвращена. Поэтому профилактика слепоты и инвалидизации вследствие зрительных расстройств, ликвидация устранимой слепоты являются одной из важных медико-социальных проблем государства и общества.

По материалам исследования [24] общее число инвалидов вследствие патологии органа зрения в Азербайджанской Республике составило 16,2 тыс. человек, из них мужчины 65,2%, женщины 34,8%. Инвалиды составляют 0,22% от всего населения или 0,33% от взрослого населения. Уровень инвалидности составил 32,7 на 10 тыс. населения, в том числе у мужчин – 44,4, у женщин 21,9.

В структуре инвалидности инвалиды I группы составили 4,5 тыс. человек или 27,8%, 2 группы – 6,8 тыс. или 42,2% и 3 группы – 4,9 тыс. человек или 30,0%. В контингенте много инвалидов молодого и среднего возраста: до 29 лет – 12,2%, 30-44 лет – 21,9, основную массу составляют лица в возрасте 45-49 лет – и 50-54 лет – 25,8%, инвалидов в возрасте 55-59 лет немного – 22,3%, старше 50 лет – 17,8% от общего числа.

Основными причинами инвалидности в общей структуре являются заболевания хрусталика – 23,3%, близорукость – 16,7%, атрофия зрительного нерва – 16%, травмы органа зрения – 13,6%, глаукома – 8,4%, врожденные заболевания – 7,9%. Нозологическая структура инвалидности в зависимости от пола и тяжести имеет свои особенности. У мужчин три первых места занимают заболевания хрусталика, зрительного нерва, и повреждения органа зрения, у женщин – близорукость, заболевания хрусталика и атрофия зрительного нерва. У инвалидов I группы – глаукома – 19,8%, заболевания хрусталика – 22,9%, у инвалидов 2 группы – заболевания хрусталика – 25%, и атрофия зрительного нерва – 22,9%, при 3 группе – повреждения органа зрения – 26,5% и близорукость – 25,4%. В контингенте молодого возраста на первое место выходит врожденная патология, среднего возраста – повреждение органа зрения, в старших возрастных группах – заболевания хрусталика, близорукость, атрофия зрительного нерва, глаукома.

Клинико-статистическая структура патологии органа зрения в Азербайджане по материалам специализированной ВТЭК за 10 лет составила 734 человека с врожденной патологией органа зрения, удельный вес которой составил 13,4%. Наибольший процент составили врожденная катаракта – 29,9%, тапеторетинальная дегенерация сетчатки – 24,4%, ретинобластома – 3,9%, врожденная глаукома – 7,0%, аномалии рефракции и косоглазие – 24,9% [25].

По состоянию здоровья больных с огнестрельными травмами органа зрения в Азербайджане I группа инвалидности была определена 5,5%, 2 группа – 6,7%, 3 группа – 77,8%. Основной причиной травмы являлось внедрение инородного тела внутрь глаза, что приводило к разрушению глазного яблока и его утрате [26].

Анализ первичных материалов ВТЭК Азербайджана позволил установить интенсивный показатель инвалидности вследствие офтальмодиабета – 0,03 на 1000 человек, удельный вес которого среди патологии сетчатки и зрительного нерва в республике составил 23,7%. У женщин уровень инвалидности выше, чем у мужчин – 39,4 и 30,8% [27].

Удельный вес первичной инвалидности вследствие ожоговой травмы в Азербайджане по всем первичным инвалидам по зрению составил 3,0%, инвалиды I группы составили 45%, 2 группы – 39%, 3 группы – 16% [28].

Число впервые признанных инвалидами вследствие миопии в Республике Азербайджан в 2002 г. составило 431 человек, в 2003 г. их число увеличилось до 559 человек, в 2004 г. составило 617 человек, в 2005 – 478 человек, в 2006 – 665 человек [29].

Анализ медико-социальных характеристик лиц, впервые признанных инвалидами вследствие патологии хрусталика в Азербайджане в динамике за 5 лет (2004-2008 гг.), показал, что при первичном освидетельствовании 72% больных признавались инвалидами 1 и 2 групп, на молодой возраст приходится 33,7% от всех признанных инвалидами.

Социальные последствия тяжелых нарушений органа зрения, как и заболеваний иных систем организма, приводят к инвалидности – важной медико-социальной категории, уровень которой служит показателем здоровья населения, условий жизни, труда, быта, среды существования.

По данным Е.С. Либман (2007), свыше 70% случаев слепоты могут быть предотвращены или излечены. В России профилактика слепоты и инвалидности по зрению, офтальмологическая помощь незрячим рассматривается как одна из важных медико-социальных проблем, в решении которой большую роль играют достижения отечественной офтальмологии, особенно офтальмохирургии.

Профилактика заболеваний и предупреждение инвалидизации детей, связанной с заболеваниями органа зрения, относится к числу важных медико-социальных и медико-организационных задач.

Следует отметить, что в России не получила должного развития позиция экспертов ВОЗ и ведущих отечественных авторов, направленная на решение проблемы заболеваемости и инвалидности, в том числе их профилактики, с точки зрения межсекторального подхода. Предлагаемые в настоящее время программы профилактики, имеющие, чаще всего, исключительно отраслевой характер, не могут решить вопросы устранения ряда факторов риска заболеваемости и инвалидизации детей (низких доходов, качества жилья, недостаточного культурно-образовательного уровня родителей и т.п.), поскольку эти вопросы находятся вне компетенции органов здравоохранения. Это диктует необходимость создания регионально ориентированных профилактических программ, направленных на снижение заболеваемости и инвалидности в субъектах Российской Федерации.

В связи с этим необходим учет так называемого «регионального фактора» в формировании здоровья детского населения. Предметом исследования при таком подходе становятся не только региональные различия в показателях здоровья, но и их корреляция с особенностями социальной среды региона.

Изучение проблем в организации офтальмологической помощи регионов и поиск путей их решения является злободневной задачей офтальмологического сообщества России. В октябре 2006 г. главные врачи ряда региональных офтальмологических клиник создали общественную организацию - Ассоциацию руководителей региональных офтальмологических клиник России (АРРОКР) - с целью совместно с ведущими общественными организациями офтальмологов РФ поиска путей решения острых проблем региональной офтальмологии.

8 июля 2009 г. в Ижевске под эгидой главного офтальмолога Министерства здравоохранения и социального развития РФ и общественных организаций офтальмологов России состоялся крупнейший в сфере здравоохранения форум «Высокотехнологичная медицинская офтальмологическая помощь в Российской Федерации — состояние и перспективы развития», объединивший главных офтальмологов, заведующих кафедрами офтальмологии медицинских учреждений многих регионов страны. Этот форум носил характер больше организационный, нежели практический. Здесь не обсуждали методы лечения конкретных заболеваний - участники собирались больше для того, чтобы выработать концепцию усовершенствования системы оказания высокотехнологичной медицинской офтальмологической помощи и сделать ее доступной для каждого жителя страны.

Главный офтальмолог России В.В. Нероев (2009) в своем докладе «Основные направления развития офтальмологической службы» подчеркнул, что, несмотря на финансовые трудности, здравоохранение РФ ставит приоритетом национальные вопросы. Благодаря Правительству РФ в рамках реализации национального проекта «Здоровье» созданы все условия для обеспечения населения страны качественной медицинской помощью. Так, активно формируется нормативная база, повсеместно внедряются современные медицинские и организационные технологии. С целью реализации государственной политики в сфере здравоохранения, повышения уровня научных и медицинских образовательных учреждений был создан экспертный совет. Профильная комиссия по офтальмологии включает 130 членов. Задачами этой рабочей группы офтальмологов являются: разработка стратегии развития отечественной офтальмологии и практического решения по ее реализации с целью обеспечения современным оборудованием для оказания офтальмологической помощи населению, участие в разработке нормативно-правовых документов, порядка оказания помощи и стандартов офтальмологической помощи, внедрение современных медицинских технологий в сферу офтальмологии, участие в развитии исследований в сфере офтальмологии.

Наибольшие успехи в профилактике слепоты и реабилитации инвалидов с офтальмопатологией достигнуты в тех регионах, где имеются новые формы организации офтальмологической помощи населению.

Процесс предоставления мобильных офтальмологических услуг и его организационные формы достаточно сложны, но вполне осуществимы. Например, имеется многолетний опыт применения передвижной операционной МНТК «Микрохирургия глаза». По отношению к малотранспортабельным больным её эффективность приближается к таковой обычной стационарной клиники [30,31,32].

Разработка концепции системной организации менеджмента позволяет создать целую эффективно действующую систему мобильных структур: выездные диагностические бригады, передвижной операционно-диагностический комплекс, временный операционно-диагностический центр.

Вопросы устранения слепоты и слабовидения являются одними из самых важных социально-экономических и этических проблем современности, и необходима консолидация усилий офтальмологической общественности в решении этой проблемы.

Одним из стратегических направлений развития здравоохранения является повышение доступности, качества и сокращение затратности медицинской помощи на основе внедрения ресурсосберегающих технологий и переноса части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный [33]. Реализация государственной политики в системе медицинского обеспечения возможна только при совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи, развитии сети лечебных учреждений догоспитального звена, системы ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний и их осложнений, обеспечении единства лечебно-диагностического процесса на всех этапах, включая: профилактику - диагностику - лечение - медико-социальную реабилитацию. Важным направлением остается развитие стационарозамещающих технологий, внедрение методов управления качеством медицинской помощи [34,35,36,37].

Проблема внестационарных форм медицинского обеспечения исследуется специалистами здравоохранения во всем мире. Большинство организаторов здравоохранения в нашей стране и за рубежом считают, что стационарное лечение должно применяться только при острых процессах для вывода больного из критического состояния, когда решается вопрос о жизни и смерти. Для диагностических же мероприятий, лечения хронических заболеваний и реабилитации, не требующих мероприятий интенсивной терапии, круглосуточного наблюдения и медицинского ухода, у больных, сохранивших способность к самообслуживанию, необходимо шире использовать возможности амбулаторно-поликлинического лечения [38,39,40].

Так, еще в 1984 году 30% коечного фонда в США было перепрофилировано для оказания амбулаторно-поликлинических услуг населению с соответствующей переквалификацией медицинского персонала. По данным отечественных и зарубежных исследователей [41,42,43,44] на амбулаторном этапе может выполняться основной объем лечебно-диагностической, реабилитационной и профилактической работы. В офтальмологии изучались амбулаторные варианты деятельности [45,46,47,48]. Десятилетний опыт ряда крупных амбулаторно-поликлинических учреждений (Областной глазной диспансер г.Тюмени, Центры амбулаторной хирургии Санкт-Петербурга, Москвы, кафедра амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии и др.) убедительно доказал, что значительное число хирургических и терапевтических больных могут лечиться в амбулаторных условиях с качеством, не уступающим стационарному лечению. Однако существующий опыт медленно внедряется в амбулаторно-поликлинические учреждения, что приводит к перегрузке стационаров, увеличению периода нетрудоспособности больных, неоправданным экономическим затратам. В этом заключается одна из основных причин низкой эффективности отечественной системы здравоохранения.

В настоящее время в РФ сложилась следующая структура офтальмологической службы [2].

Городской уровень – офтальмологические кабинеты городских поликлиник и медико-санитарных частей городов области или республики. Объем проводимой офтальмологической диагностики и лечения аналогичен районному уровню, но имеет свои особенности. Как правило, офтальмологическую помощь оказывают отдельно взрослым и детям. Межрайонный и республиканский (областной) уровни обеспечивают наиболее полноценный этап оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной офтальмологической помощи в регионах. Межрайонный уровень офтальмологической помощи сосредоточен в ряде крупных районных центров и областей РФ с развитой материально-технической базой и квалифицированными кадрами.

База межрайонного уровня офтальмологической помощи включает консультативный офтальмологический кабинет поликлиники и офтальмологический стационар на 25 – 40 круглосуточных коек. В ряде регионов РФ на базе круглосуточного стационара вместо части коек развернут стационар дневного пребывания,

позволяющий при обеспечении высокого уровня офтальмологической помощи экономить значительные финансовые средства. Эту же цель преследует создание в регионах вместо стационаров круглосуточного пребывания дневных стационаров на базе поликлиники. Их деятельность особенно эффективна при лечении терапевтической глазной патологии. Межрайонные офтальмологические центры обеспечивают организационно-методическую, консультативную помощь, а также консервативное и микрохирургическое лечение определенной патологии глаз у пациентов из 2-4 районов региона.

Для достижения высоких функциональных результатов эффективно проводить микрохирургическое лечение заболеваний глаз на республиканском (областном) уровне. Вместе с тем деятельность межрайонного отделения позволяет приблизить высококвалифицированную офтальмологическую помощь в районы, сделать ее доступной и уменьшить нагрузку на центры микрохирургии глаза республиканского (областного) уровня [49,50,51].

Республиканский (областной) уровень оказания специализированной офтальмологической помощи - для оказания данного уровня офтальмологической помощи в каждом региональном центре РФ есть консультативная офтальмологическая поликлиника, микрохирургический глазной стационар или микрохирургические глазные отделения разного подчинения и пункт неотложной глазной помощи. Консультативная офтальмологическая поликлиника регионального центра состоит из кабинетов консультативного приема для взрослого (городского и сельского) и детского населения, глаукомного кабинета (в составе глаукомного консультативного центра), рефракционного консультативного кабинета, а также широкого спектра диагностических кабинетов – функциональной, ультразвуковой, рентгенологической, лабораторной, иммунологической диагностики. Обычно в ее состав входят и некоторые лечебные кабинеты – лазерного амбулаторного лечения, физиотерапии, аппаратных видов консервативного лечения и др. Оснащение и кадровый потенциал кабинетов консультативной поликлиники позволяют проводить в исчерпывающем объеме диагностику заболевания глаз, полную консультативную, организационно-методическую, выездную работу. На базе многих консультативных поликлиник в регионах созданы дневные глазные стационары, проводящие обычно консервативное стационарное лечение городского населения и реже амбулаторные микрохирургические вмешательства. В ряде регионов РФ (Самара, Ижевск, Тюмень и др.) для осуществления высокоэффективной диагностики, лечения и профилактики глаукомы, обеспечения преемственности в ее лечении созданы республиканские (областные) глаукомные центры, обеспечивающие на разных уровнях успешную координацию действий офтальмологов с целью достичь оптимального уровня борьбы с этим тяжелым заболеванием глаз [52,53,54].

Глазные стационары офтальмологических учреждений федерального значения оказывают в исчерпывающем объеме микрохирургическую офтальмологическую помощь при подавляющем числе хирургических заболеваний глаз – катаракте, глаукоме, дегенерации сетчатки, отслоении сетчатки, косоглазии, прогрессирующей миопии, патологии сахарного диабета и др.

Поскольку более 80% офтальмологической помощи оказывают в амбулаторно-поликлинических условиях, большое значение приобретает разработка стационарозамещающих технологий. Перспективное направление в этом отношении – развитие сети дневных стационаров, офтальмологических диспансеров. Максимален эффект дневных стационаров при многопрофильной поликлиники [55,56,57].

Анализ состояния офтальмологической службы по оказанию специализированной помощи показал, что основные проблемы сосредоточены в первичном амбулаторно-поликлиническом звене [58,59,60,61]. Намечается неукомплектованность имеющегося штата. Причем эта ситуация связана с ослабленным оснащением материально-технической базы первичного звена, не отвечающим современному развитию офтальмологии, недостатком среднего медицинского персонала. Следствием этого является снижение качества и эффективности работы амбулаторной службы. Ряд проблем есть и в стационарной офтальмологической службе. Поэтому требуется повышение качества и доступности офтальмологической помощи. Первой задачей является укрепление амбулаторно-поликлинического звена. Далее необходимо освоение современных информационных технологий, а улучшение качества и доступности офтальмологической помощи представляется возможным при условии переноса центра тяжести на амбулаторно-поликлиническую. Отмечено, что 40% времени врача офтальмолога уходит на подбор очков, поэтому считается целесообразным введение новой специальности «Очкометрист». Важным направлением является комплексный подход в профилактике заболеваний. Дальнейшее развитие офтальмологической службы невозможно без применения целевых программ. Необходима организация специализированных школ здоровья, целесообразным считается создание специализированных кабинетов, диспансеров для лечения больных диабетической ретинопатией, глаукомой, ретинопатией недоношенных. Дальнейшее развитие офтальмологической помощи возможно только при комплексном подходе, предусматривающем совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи. Важным направлением является разработка федеральных целевых программ в сфере офтальмологии на 2011—2015 годы.

В настоящее время ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова АМН Украины» является крупным центром по подготовке кадров в области научной и практической офтальмологии.

Особенностью института является узкая специализация отделений, каждое из которых на самом высоком уровне решает локальные и профильные задачи. Так, в институте успешно функционируют отделения глаукомы и офтальмоэндокринологии, пересадки роговой оболочки и заболеваний роговицы, увеитов, патологии сетчатки и зрительного нерва, отслойки сетчатки и витреоретинальной хирургии, лазерных методов лечения, травм и реконструктивной хирургии, ожогов глаз, детской офтальмологии, офтальмоонкологии. Ежегодно в них проводятся десятки тысяч хирургических вмешательств с использованием прогрессивных методик и современного оборудования.

Отличительной особенностью работы Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова АМН Украины является комплексный подход – проводимые в учреждении научные исследования охватывают все проблемы офтальмологии. Новые разработки одесских специалистов касаются лечения патологии хрусталика, роговицы, сетчатой оболочки глаза, лазерного воздействия на структуры глаза, офтальмоонкологии, детской офтальмологии, инфекционных заболеваний, нарушений кровообращения и других актуальных направлений. Среди последних разработок – исследование роли генных факторов в формировании заболеваний роговицы; кроме того, интересны работы по ангиографии сетчатки, позволяющие с высокой точностью диагностировать сосудистую патологию глаза и определить пути ее лечения. Одно из наиболее быстро развивающихся направлений – микрохирургическое лечение катаракты. Кроме того, разрабатываются принципы дифференциальной метаболической терапии катаракты, исследуются влияние разных препаратов на процессы катарактогенеза и особенности мембранного транспорта ионов при развитии экспериментальных катаракт. Проводятся исследования в области терапии заболеваний сетчатки глаза, в частности, ряд интересных работ специалистов посвящен лечению диабетической ретинопатии и возрастной макулодистрофии [62].

Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница является одним из крупных микрохирургических центров Российской Федерации, в котором в настоящее время активно развиваются современные технологии микрохирургии глаза.

Для удовлетворения нужд населения в высококвалифицированной офтальмологической помощи в клинике внедрены новые организационные формы работы. С 2005 года работает Мобильная офтальмологическая бригада (МОБ). Помощь МОБ оказалась востребованной, поскольку приближение консультативной и микрохирургической помощи к месту жительства пациента позволяет повысить доступность оказания высокоспециализированной офтальмологической помощи на территории области [33].

Направления работы МОБ - это курация офтальмологической службы территорий, организационно-методическая работа, консультативно-диагностическая помощь населению, лечебная помощь населению, малая и большая хирургия, в том числе лазерная хирургия, экстракапсулярная экстракция катаракты, в том числе методом факоэмульсификации, хирургия глаукомы, детская хирургия, косметическая хирургия.

Задачей организации амбулаторной офтальмологической помощи в Республике Татарстан является повышение качества и доступности офтальмологической помощи населению республики путем развития и укрепления материально-технической базы офтальмологической службы, разработки и внедрения современных методов ранней диагностики и лечения больных с заболеваниями глаза, внедрения высокотехнологических видов офтальмологической помощи. Это потребует перевооружения офтальмологической службы, совершенствования системы ранней диагностики заболеваний глаз, внедрения высокотехнологических видов офтальмологической помощи, создание единой компьютерной системы мониторинга офтальмологической службы [48].

Одним из способов совершенствования процессов получения и сохранения информации, а также процессов диагностики заболеваний органа зрения является внедрение в офтальмологическую службу новых компьютерных технологий. Результаты внедрения способствовали облегчению работы регистратуры за счет планирования приемов и оказания услуг, упрощение ведения докуметооборота за счет исключения двойного введения информации в разные журналы, упрощение сопровождения диагностики и лечения за счет единого информационного пространства поликлиники и стационара, повышение удобства для пациентов за счет грамотной организации записи на прием и обследование, повышение эффективности работы персонала поликлиники и стационара за счет предоставления информации по случаю заболевания конкретного пациента на одном экране., увеличение пропускной способности за счет эффективного планирования нагрузки, ведение складских запасов в системе позволяет оперативно получать информацию о наличии необходимых медикаментов на складе ЛПУ, планировать заказы медикаментов., мгновенное получение статистической отчетности, анализ эффективности работы ЛПУ в целом и каждого сотрудника в

отдельности, возможность пересмотра тенденций развития заболевания от эффективности применяемого лечения, формирование банка данных всех офтальмологических больных региона и на его основе осуществление региональных программ профилактики заболеваний [64,65,66,67].

Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой в Азербайджане – настоящий центр с мощной технической и кадровой базой играет важную роль индикатора развития медицины и здравоохранения в республике. Стержнем развития является внедрение высокотехнологичной медицины, качественное лекарственное обеспечение, научные исследования по важнейшим направлениям медицины. В НИИ работают 200 специалистов. Многие прошли стажировку в клиниках Германии, США, Турции, России. Открытие центра подобного уровня повысило доступность и качество оказания специализированной хирургической и терапевтической помощи. Значительно сократились сроки ожидания пациентов, увеличилось количество проводимых хирургических операций с целью оказания качественной помощи населению, создана выездная клиника, оснащенная современным диагностическим и хирургическим оборудованием. В состав персонала выездной клиники входят 8 врачей (6 офтальмологов, 1 терапевт, 1 анестезиолог). В течение 4-х лет (2005-2008) выездная клиника 38 раз побывала в 14 районах Азербайджана. Офтальмологические исследования и хирургические операции проводились во всех районах. Количество офтальмологических исследований и хирургических операций в 2005-2008 гг. составляло соответственно 8349 и 873. Если в 2005 году эти показатели были равны 673 и 114, то в 2008 г. количество обследованных и прооперированных больных составило соответственно 3781 и 307 [68].

История развития офтальмологической службы в Республике Азербайджан свидетельствует, что в 1946 г. по решению Правительства Азербайджана Центральная глазная больница было реорганизована в НИИ офтальмологии, который с самого начала организации стал центром оказания помощи глазным больным в республике и за ее пределами. Особое внимание на рост офтальмологической сети было обращено, когда в республике развернулась работа по ликвидации трахомы. С этой целью увеличилось количество коек и число окулистов. С 1934 года было введено преподавание офтальмологии на азербайджанском языке, что открыло широкий путь для подготовки национальных кадров [69].

Большое внимание в исследованиях офтальмологов республики было уделено повреждениям глаз. Борьба со слепотой на почве бельма и других тяжелых поражений роговой оболочки потребовала внедрения кератопластики и тканевой терапии.

Одной из проблем, которой занимались и продолжают заниматься окулисты республики – это глаукома, являющаяся одной из основных причин слепоты во многих странах мира.

В течение последних лет офтальмологи Азербайджана значительную часть своих исследований посвятили вопросам охраны зрения, в которую входят такие проблемы как школьная близорукость, косоглазие, пониженное зрение в связи с нарушением рефракции, аккомодации и др.

Широкое развитие в Азербайджане нефтяной и нефтехимической промышленности потребовало большого внимания к профессиональной патологии глаза.

Азербайджанский НИИ офтальмологии ежегодно проводят научные сессии, сотрудники выступают с докладами на международных конференциях, семинарах, съездах.

Одним из направлений совершенствования высокотехнологичной медицинской помощи является развитие высоких медицинских технологий – ВМП. По мнению Минздравсоцразвития РФ, ВМП - это комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг, оказываемых в условиях стационара с использованием сложных, уникальных медицинских технологий». ВМП оказывается в России в 22 ЛПУ по стране, из них 9 располагаются в Москве.

Высокотехнологичная офтальмологическая помощь в системе МНТК «Микрохирургия глаза» оказывается 21 учреждением по России. Причем отличительной особенностью ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» имени С.Н. Федорова является наличие индикаторов результатов лечения, то есть на основе мониторинга специалисты учреждения определяют отрицательные стороны какой либо применяемой методики. Работа в целом российской офтальмологии будет намного эффективнее, если все ЛПУ будут объединены единым критерием оценки эффективности лечения. При этом станет возможным оценка сильных и слабых сторон применяемых методик.

Для обеспечения прорыва микрохирургических технологий формируется команда единомышленников и школа профессора С.Н. Федорова, в которой развиваются ключевые постулаты микрохирургии и создается огромное количество микрохирургических технологий [70,71,72].

Основным и отличительным достижением этой школы явилось то, что созданные и отработанные ими микрохирургические технологии были настолько совершенны, что достаточно легко и быстро могли осваиваться офтальмохирургами средней квалификации.

Сегодня микрохирургическая технология составляет суть и смысл современной офтальмохирургической науки и практики.

Создание МНТК преследовало триединую цель: быстрейшая реализация достижений науки в практику; обеспечение высококвалифицированной лечебной офтальмологической помощью населения России и подготовка научных и практических кадров [73,74,75].

Была реализована стратегическая цель – обеспечение единого технологического уровня оказания лечебно-консультативной помощи в головной организации и всех филиалах МНТК.

В современных сложных экономических условиях с особой актуальностью встает вопрос “доставки” высококласной лечебно-диагностической помощи в регионы, края и области. В этом вопросе МНТК обладает уникальным опытом организации многозвеньевых лечебно-диагностических структур на местах, создании мобильных транспортных бригад и пр. [76,75].

Одним из первых этапов построения программы развития новых форм оказания высококвалифицированной помощи явилось создание совместно с местными администрациями сети пунктов и кабинетов офтальмодиагностики в регионах с целью повышения уровня диагностики на местах. Это повысило качество направлений на хирургическое лечение в филиалы и явилось мощным стимулом для роста профессиональной квалификации на местах [77,78,79].

Следующим этапом явилось приближение высококвалифицированной офтальмологической помощи в отдаленные регионы. Стали создаваться стационарные хирургические отделения в отдаленных регионах. Совершенно новой формой приближения высококвалифицированной офтальмологической помощи стало появление мобильных структур. Появились автобусы-операционные, железнодорожные вагоны и пр. Вахтовый метод диагностики и хирургии, который позволяет не только оказывать соответствующую помощь на местах, но и значительно повысить практическую квалификацию местных кадров.

Внедрение высокотехнологичных видов офтальмологической помощи населения [48,80] предполагает создание единой компьютерной системы мониторинга офтальмологической службы путем разработки программного обеспечения для организации мониторинга и обеспечения достоверного учета распространенности офтальмологических заболеваний, оснащение офтальмологических отделений и кабинетов при лечебных учреждениях республики компьютерами, принтерами, программным обеспечением.

К настоящему времени в области развития офтальмологии разработан ряд нормативно-правовых актов, порядок оказания медицинской помощи, порядок оказания неотложной медицинской помощи при заболеваниях глаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров П.Г., Вилисова Л.Ф., Белогуб Н.А. Программа математико-статистической обработки информации по главному травматизму на ЭВМ. // Тезисы докладов VI научно-практической конференции глазных врачей Красноярского края. Красноярск, 1972. - С. 51-63.
2. Аветисов Э.С., Мошетова Л.К., Егоров Э.А. Национальное руководство по офтальмологии // М., 2009, 1015
3. Quigley H.A. Number of people with glaucoma worldwide / H.A. Quig-ley // British Journal of Ophthalmology 1996 Vol. 80. P. 389-393.
4. Lundstrom M. European cataract outcomes reflect current state of practice and benchmark for advancements // Eurotimes. 2002. - Vol. 7. No 10. P. 11.
5. Гуменер П.И., Кайенина О.В., Ковалькова С.Л. Гигиенические вопросы использования компьютеров школьниками с нарушением рефракции // Гигиена и санитария М. 1996. - № 4. - С. 19.
6. Fisher, R.A. On the mathematical foundation of theoretical statistics / R.A.Fisher// Philos. Trans. Roy. Soc. A. 1922. - V.22. - P. 309-368.
7. Тихонов С. Г. Медико-социальные аспекты анофтальма (на примере Красноярского края) // Дисс. к.м.н., М., 2005.
8. Яблонская Л. Я. Современные тенденции заболеваемости болезнями глаз и пути совершенствования организации офтальмологической помощи в субъекте РФ // Дисс. к м.н.. 2007. – 132 с.
9. Маликов Т.И. Повреждение глаз среди различных слоев населения и его профилактика // Актуальные проблемы офтальмологии, Баку, 1977, стр.148-150
10. Гурбанова М.М. Структура травм органа зрения // Актуальные проблемы офтальмологии. Материалы, посвященные 75-летию со дня рождения академика З.Алиевой, Баку, 1998, стр.282-286.

11. Ахмедов А.А., Керимов К.Т., Обейдат А.Ф. Травма глаза у детей в Азербайджанской Республике // Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана, Баку, 1998, стр.177-178
12. Ахмедов А.А. Структура ожоговой травмы глаза в Азербайджанской Республике в динамике // Актуальные проблемы офтальмологии. Материалы, посвященные 75-летию со дня рождения академика З.Алиевой, Баку, 1998, стр.115-117
13. Самедова У.Н., Алиева З.А., Салимова Р.Х., Мовлудзаде А.А. Региональные глаукомы в различных климато-географических зонах АзССР // Материалы выездной научно-практической сессии, посвященной 60-летию Великого Октября, Баку., 1977, стр.45-48
14. Адигезалова-Полчаева К.Х., Вайнер Я.Д. Удельный вес глаукомы среди заболеваний глаз в отдельных климатических зонах Азербайджана // Материалы первой республиканской конференции по медицинской географии, Баку, 1970, стр.68-69
15. Касимов Э.М. Медико-социальные аспекты слепоты и инвалидности вследствие глаукомы в Азербайджане: Автореферат канд.мед.н. - М., - 1998, - 21 с.
16. Алиева З.А. Профессиональная патология глаз в шинном производстве. Баку, 1980, - 127 с.
17. Алиева С.Т., Алиханова С.А. Опыт работы по профилактике близорукости // Актуальные проблемы офтальмологии. Материалы, посвященные 75-летию со дня рождения академика З.Алиевой, Баку, 1998, стр.177-181
18. Ахундова М.И. К вопросу о действии нефтепродуктов на орган зрения у работников п/о «Азнефть-Янаджаг» // Актуальные проблемы офтальмологии. Материалы, посвященные 75-летию со дня рождения академика З.Алиевой, Баку, 1998, стр. 69-71
19. Багирли Э.А. Экспериментальные наблюдения над состоянием регуляции офтальмотонуса в условиях хронического опыта при воздействии хлористого аллила // Актуальные проблемы офтальмологии. Материалы, посвященные 75-летию со дня рождения академика З.Алиевой, Баку, 1998, стр.23-25
20. Насруллаева М.М. Изучение некоторых клинико-генетических аспектов врожденных катаракт у детей в АР и методы их лечения // Дисс. канд.мед.наук, 2003,168 с.
21. Сайдашева Э.И. Совершенствование офтальмологической помощи новорожденным детям в условиях мегаполиса // Дисс. д.м.н., М., 2010, 316 с.
22. Melamed S., Ben-Simon G. J., Levkovitch-Verbin H. Селективная лазерная трабекулопластика (ЛТП) как первичное лечение открытоугольной глаукомы: нерандомизированное предварительное исследование / S. Melamed // Глаукома. 2004. - № 2. - С. 84-85.
23. Либман Е.С., Шахова Е.В.. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России // VII съезд офтальмологов России. УП Съезд офтальмологов России: Тез. Докл. часть 2.- М., 2000.- С.209-214
24. Керимов К.Т., Обейдат А.Ф., Самедова Д.Х. Патология органа зрения в Азербайджанской Республике // Актуальные проблемы офтальмологии. Материалы, посвященные 75-летию со дня рождения академика З.Алиевой, Баку, 1998, 29-31 с.
25. Кулиев Р.А., Самедова Д.Х., Лемберанская Н.Р. Клинико-статистическая структура патологии органа зрения в Азербайджанской Республике // Актуальные проблемы офтальмологии. Материалы, посвященные 75-летию со дня рождения академика З.Алиевой, Баку, 1998, стр.117-119
26. Ахмедов А.А., Керимов К.Т. Реабилитация больных с огнестрельными травмами органа зрения // Актуальные проблемы офтальмологии. Материалы, посвященные 75-летию со дня рождения академика З.Алиевой, Баку, 1998, стр.280-282
27. Гаджиева А.Г. Некоторые медико-социальные аспекты инвалидности вследствие офтальмодиабета в Азербайджанской Республике // Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана, Баку, 2000, стр.166-167
28. Керимов К.Т., Ахмедов А.А. Реабилитация больных ожоговой травмой // Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана, Баку, 1998, стр.181-182
29. Керимова Н.К. Социально-гигиеническая и клинико-офтальмологическая характеристика контингента инвалидов вследствие миопии в республике Азербайджан // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной реабилитации и реабилитационной индустрии. 3. 2008 г., стр.49-51.
30. Дембский Л. К. Организация первичной офтальмологической помощи детям и подросткам в условиях реформирования здравоохранения // Дисс. д.м.н., М., 1990. – 384 с.
31. Гадоборшева М. Н. Этапы оказания офтальмологической помощи при тяжелых контузиях и проникающих ранениях глаз, полученных в экстремальных ситуациях // Дисс. к.м.н. М., 2002. – 129 с.

32. Батурина Н. А. Оптимизация офтальмологической помощи сотрудникам МВД России в локальном вооруженном конфликте // Дисс. к.м.н., М., 2008. – 147 с.
33. Тимофеев Е. Г. Совершенствование офтальмологической помощи в крупном амбулаторно-поликлиническом учреждении Министерства обороны Российской Федерации // Дисс. д.м.н., М., 2009, 325 с.
34. Джаббаров М.С. Научные основы формирования сети амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений на районном, межрайонном, м зональном уровне // Автореферат дисс. докт.мед.наук, М.,1999, 324 с.
35. Канюков В.Н., Щербаков В.В. Менеджмент в офтальмологии региона // Офтальмохирургия.- 2000. - № 1. - С.65-67.
36. Денисова Д. А. Клинико-организационные аспекты оказания офтальмологической помощи при огнестрельных ранениях глаз в чрезвычайных ситуациях и вооруженных конфликтах // Дисс. к.м.н., М., 2005. – 172 с. .
37. Заболотный А. Г. Научное обоснование и формирование интегрированной системы управления качеством офтальмологической помощи (на уровне медицинской организации) // Дисс. к.м.н., М., 2008. – 255 с.
38. Коновалов А. В. Заболеваемость глаз и организация офтальмологической помощи на Европейском Севере // Дисс . д.м.н., С.-П., 2002. – 231 с.
39. Крячко Н. С. Совершенствование оказания офтальмологической помощи в многопрофильном госпитале // Дисс. к.м.н., М., 2005. – 125 с.
40. Кашпаров А. В. Научное обоснование оптимизации офтальмологической помощи детскому населению (на примере КГУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая детская больница») // Дисс ... к. м.н., Красноярск, 2007. – 173 с.
41. Wise J.B., Witter S.L. Argon Laser therapy for open-angle glaucoma: a pilot study / J.B. Wise, S.L. Witter // Arch. Ophthalmol, and Glaucoma. 1979. - No 97.-P. 674-678.
42. Long term follow-up the argon laser trabeculoplasty in the eyes treated 180 degrees and 360 degrees of the trabeculum / F.M. Honrubia, E.J. Ferret, J. Leci-nena, C. Torron, M.L. Gomes // Int. Ophthalmol. 1992. - Vol. 4, No 5. P. 375-379.
43. The association of multiple visual impairments with selfreported visual disability: SEE project / G.S. Rubin, K. Bandeen Roche, G.H. Huang et al. // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2001. - Vol. 42, No 1. P. 64—72.
44. The CIGTS Group. Quality of life in diagnosed glaucoma patients / N.K. Janz, P.A. Wren, Pr. Lichter et al. // Ophthalmology. 2001. - Vol. 108. - P. 887— 898.
45. Мосалам Э. М. Лекарственные и микрохирургические вмешательства в комплексном лечении поражений роговицы // Дисс. к.м.н.. М., 2005.
46. Курбанова Н. Ф. Разработка комплексной системы мероприятий по оказанию офтальмотравматологической помощи на основе современных методов диагностики и лечения // Дисс ... д.м.н., М., 2004. – 269 с.
47. Максимов В, Ю. Оптимизация офтальмологической помощи больным катарактой // Дисс ... д.м.н., Саратов, 2005. – 248 с.
48. Амиров А.Н., Абдулаева Э.А. Организация амбулаторной офтальмологической помощи в Республике Татарстан // Материалы конференции, СП, 2010, стр.14-21
49. Карпов Б.А. Способ исследования амплитудно-частотных характеристик движений глаз при чтении с использованием ЭВМ // Материалы конференции, М., 2001, стр.12-13
50. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И. Результаты домашней микрохирургии глаза / / VIII Съезд офтальмологов России: Тез. докл. часть 2.- М., 2000.- С.238
51. Бранчевский С. Л., Гаврилова Н.А., Ильясова Н.Ю., Храмов А.Г. Система цифрового анализа для диагностики сосудистой патологии глазного // Вестник офтальмологии. 2003, - №5. - с. 1516
52. Козлов В.И., Багров С.Н., Анисимова С.Ю., Осипов А.В. Непроницающая глубокая склерэктомия с коллагенопластикой // Офтальмохирургия - 1990. - № 3. - С.44-46.
53. Гафурова Л. Г. Организация офтальмологической помощи при сочетанных травмах органа зрения в чрезвычайных ситуациях // Дисс . д-р м.н. М., 2001. – 250 с.
54. Денисов И. С. Организационные и клинические аспекты оказания офтальмологической помощи при множественной и сочетанной боевой травме с повреждением глаз // Дисс. к.м.н., М., 2005. – 178 с.
55. Митюх Д.И. Организация медико-технологического процесса в глазном кабинете поликлиники // Тезисы докладов V Всероссийского съезда офтальмологов. 1987. - С. 88-90.

56. Мухаммед-Нур Н. А. Комплексная методика профилактики, интенсивной терапии и хирургического лечения внутриглазной инфекции // Дисс. к м.н., М., 2000. – 112 с.
57. Ляховецкий В. А. Имитационная модель, методы и технические средства исследования стереоскопического зрения человека // Дисс. к.м.н., С.-П., 2004. – 168 с.
58. Лазаренко, В.И. Итоги работы глазной службы Красноярского края за 1993-1997 гг. // Современные аспекты офтальмологии: Матер. XII научно-практической конференции офтальмологов Красноярского края. 1998. - С. 914.
59. Крюкова Е. А. Неотложная офтальмологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях в мегаполис// Дисс. к.м.н., М., 2007. – 154 с.
60. Quality of life in newly diagnosed glaucoma patients: the Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study / N.K. Janz, P.A. Wren, P.R. Lichter et al. // Ophthalmology-2001.-No 108. P. 887—897.
61. Reardon G., Schwartz G.F., Mozaffari E. Patient persistency with pharmacotherapy in the management of glaucoma / G. Reardon, G.F. Schwartz, E. Mozaffari // European J. of Ophthalmology. 2004. Vol. 13. No 4. P. 44—52.
62. Блаватская Е.Д., Мелклян Д.С., Баргесян Л.Г. Машинный анализ временных и частотных характеристик электроретинограмм для целей диагностики // Тезисы докладов VI съезда офтальмологов УССР, Одесса, 1978. - С. 35.
63. Тимофеев Е. Г. Совершенствование офтальмологической помощи в крупном амбулаторно-поликлиническом учреждении министерства обороны РФ // Дисс. к.м.н... М., 2008. – 236 с.
64. Корхов, А.П., Неведник Л.М. Новые диспансерная и контрольная карты для динамического наблюдения за больными глаукомой // Тезисы докладов V Всероссийского съезда офтальмологов. М., 1987. - С. 54-55.
65. Скисюк С.В. Микро ЭВМ в обучении и контроле на занятиях по офтальмологии // Вестник офтальмологии. 1989. - № 2. - С. 29.
66. Нестерук Л.И. Интернет для врача-офтальмолога: история, современное состояние и перспективы // Русский офтальмологический журнал -2000.-№1,- С. 42-44.
67. Гришина В.С. Формализованная история болезни по офтальмологии // Вестник офтальмологии, 2003, №3, стр.17-21
68. Qasimov E.M., Ağayeva R.B., Seyidova S.N., Aslanova A.F., Ağayeva F.Ə. Azərbaycan regionlarında yüksəkixtisaslı oftalmoloji yardımım göstərilməsində yeni addım – səyyar klinika // Oftalmologiya jurn., 2009. – N1. – s.115-119
69. Кулиева Т.З. Развитие офтальмологии в Азербайджане // Азербайджанский медицинский журнал, 1980, №11, стр.39-45
70. Москвичёв, А.Л., Савельева С.Ю., Смирнова Л.С. Разработка информационно-управляющей системы в МНТК «Микрохирургия глаза» // Тезисы докладов V Всероссийского съезда офтальмологов. М., 1987.-С. 95-97.
71. Гришина В.С., Травкин В.Г., Киселева О.А., Петрова Т.Х. Современные аспекты офтальмологии // Материалы XII научно-практической конференции офтальмологов Красноярского края. Красноярск, 1998. - С. 45-46
72. Макаров С. И. Эффективность методов стабилизации прогрессирующей близорукости // Дисс ... к м.н., М., 2007. – 110 с.
73. Шамшинова А.М., Петров А.С., Дворянчикова А.П. Компьютерный метод исследования нарушений цветоощущения // Вестник офтальмологии. 2000. - №5. - С. 49-51.
74. Нестеров А.П., Романова Т.Б., Алябьева Ж.Ю. Новый метод компьютерной кампиметрии в практике офтальмолога // КОФ. -2003. - С. 37.
75. Щербаков С. Я. Анализ и оптимизация офтальмологической помощи в регионе на основе информационного мониторинга и эффективного распределения ресурсов клинического центра // Дисс. к.м.н., Воронеж, 2006. – 142 с.
76. Шигина Н.А., Куман И.Г., Хейло Т.С., Крутов С.В. Виртуальная офтальмологическая интернет-клиника. Назначение и использование в системе информационного поля врач-пациент // КОФ. 2002. - №1,- С. 59-61.
77. Фомина Е. В. Системный подход к информатизации деятельности учреждения офтальмологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях // Дисс . к. м.н., М., 2003. –210 с.
78. Штилерман А. Л. Лазерные гипотензивные и стимулирующие методы лечения первичной нестабилизированной глаукомы // Дисс. к.м.н., М., 2005.

79. Фокин В. П. Влияние технологий МНТК «Микрохирургия глаза» на показатели слепоты и слабовидения, инвалидности по зрению и перспективы развития офтальмологической помощи населению // Дисс. Д.м.н., Волгоград, 2006. – 349 с.
80. Quality of life in glaucoma and its relationship with visual function / P. Nelson, P. Aspinall, O. Papasouliotis et. al. // Glaucoma. 2003. No 12. P. 139— 150.

Ağayeva R.B., Qasimov E.M.

ƏHALİYƏ OFTALMOLOJİ YARDIMIN TƏŞKİLİNİN MÜASİR PROBLEMLƏRİ (ədəbiyyat icmalı)

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan

Açar sözlər: göz xəstəlikləri, əlillik, oftalmoloji yardımın təşkili

XÜLASƏ

İcmal əhaliyə oftalmoloji yardımın təşkilinin müasir problemlərinə həsr edilmişdir, Rusiya Federasiyası və Azərbaycan əhalisi arasında göz xəstəliklərinin artması statistikasını göstərilməmiş, gözdən əlilliyə səbəb olan əsas amillər qeyd edilmişdir. Bütün bunlar xəstələnmənin və əlilliyin azalmasına yönələn regional profilaktik proqramların işlənilib hazırlanması zərurətini ortaya çıxarır. Belə ki, korluğun profilaktikasında və oftalmopatologiya ilə əlillərin reabilitasiyasında ən böyük uğurlar oftalmoloji yardımın təşkilinin yeni formaları olan regionlarda əldə edilmişdir.

Agayeva R.B., Kasimov E.M.

TOPICAL PROBLEMS OF ORGANIZATION OF EYE CARE TO THE POPULATION (literature review)

National Centre of Ophthalmology named after acad. Zərifə Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Keywords: eye diseases, disability, eye-care organization

SUMMARY

The review focuses on actual problems of organization of eye care to the population, it presents statistical data of increase in the incidence of eye diseases among the population of the Russian Federation and Azerbaijan, and the main causes of visual disorders leading to disability are mentioned. All this dictates the need to create regionally-oriented prevention programs aimed at reducing morbidity and disability. Thus, the greatest successes in the prevention of blindness and rehabilitation of the invalids with eye pathologies are achieved in the regions with new forms of organization of eye care to the population.

Для корреспонденции:

Агаева Рена Бейюккиши кызы, кандидат медицинских наук, руководитель отдела Международных отношений

Адрес: AZ1114, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15
Тел: (+994 12) 569 09 73; (+994 12) 569 54 62
E-mai: administrator@eye.az; http://www.eye.az