

УДК 617.7.362.147(477)“2006–2011”

## АНАЛІЗ СТАНУ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ У 2006–2011 РОКАХ

**Н. В. Пасечнікова**<sup>1</sup>, член-кореспондент НАМН України, **С. О. Риков**, професор,  
**О. П. Вітовська**<sup>2</sup>, д-р. мед. наук, **Г. І. Степанюк**, лікар, **К. В. Мартопляс**<sup>1</sup>, ст. наук. спів.,  
**В. В. Мирненко**<sup>1</sup>, наук. спів.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України»<sup>1</sup>, м. Одеса  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,  
КМКЛ «Центр мікрохірургії ока», м. Київ  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця<sup>2</sup>

Збереження й зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття й тривалості життя людей — одна з основних кінцевих цілей сучасної комплексної Загальнодержавної програми «Здоров'я — 2020: український вимір».

Офтальмологічна захворюваність є важливою складовою характеристики рівня здоров'я населення, оскільки впливає на показники популяційного здоров'я, знижує працездатність, є причиною інвалідності, значно погіршує якість життя. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), в 2002 році в світі налічувалось 161 млн. осіб з порушенням зору, серед яких 37 млн. були сліпими. Кількість хворих має тенденцію до зростання. Сьогодні в світі вже налічується 45 млн. сліпих людей, а в 2020 році їх буде вже понад 76 млн. чоловік [1].

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

**Мета роботи** — аналіз стану офтальмологічної допомоги населенню України в динаміці за 2006–2011 роки, показників захворюваності населення, кадрового забезпечення служби, діяльності спеціалізованих стаціонарів.

Матеріалами слугували статистичні дані Центра медичної статистики МОЗ України щодо захворюваності населення на офтальмопатологію, кадрового забезпечення служби, діяльності спеціалізованих стаціонарів.

**РЕЗУЛЬТАТИ.** За підсумками 2011 року в Україні лікарями-офтальмологами з приводу хвороб ока прийнято 3369783 хворих, що в порівнянні з 2006 роком (3287175 хворих) зросло на 82608 хворих. Кількість хвороб ока та його придатків за період з 2006 по 2011 рік зросла на 4,1 %. Число випадків захворювань вперше зареєстрованих протягом року, зросло впродовж 6 років на 39 тисяч (3,2 %).

Показники поширеності очних захворювань наведені у **таблиці 1**.

Як видно з таблиці 1, в 2011 році на кожні 100 тисяч дорослого населення зареєстровано 8,96 тис. захворювань очей, що на 0,30 тис. більше ніж у 2006 році.

За останні п'ять років кількість хворих, що знаходяться на диспансерному обліку по захворюванню очей, збільшилася в цілому на 9,6 %. Значно зріс рівень хворих на атрофію зорового нерва (на 14,9 %), на глаукому (на 16,8 %), з відшаруванням та розривами сітківки (на 26,0 %).

В структурі офтальмологічної захворюваності за 2011 рік на першому місці стабільно залишаються хвороби кон'юнктиви (30,5 %), друге місце посідає катаракта (10,6 %), третє — міопія (5,4 %), четверте — хвороби склери і рогівки (4,2 %), п'яте — глаукома (1,8 %), шосте місце займає атрофія зорового нерва (0,4 %) та на сьомому — відшарування та розриви сітківки (0,2 %). Але в структурі поширеності очних захворювань в динаміці за 6 років відмічено, що частота захворювань на катаракту знизилась з 16,85 % (2006

рік) до 15,9 % (2011 рік), питома вага на інші захворювання ока значно не змінилась і складає у 2011 році: на міопію — 12,6 %, захворювання кон'юнктиви —

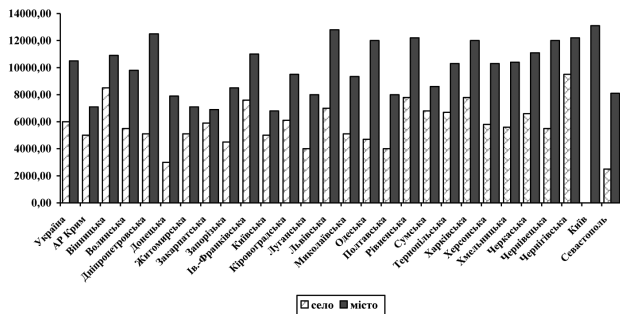
12,2 %, глаукома — 6,85 %, захворювання рогівки і склери — 2,2 %, атрофія зорового нерва — 1,2 %, відшарування та розриви сітківки — 0,5 %.

Таблиця 1

**Показники поширеності очних захворювань в Україні (на 100 тисяч дорослих від 18 років і старше)**

Патологія	Всього			Виявлено вперше			Знаходяться на Д обліку		
	2006	2010	2011	2006	2010	2011	2006	2010	2011
Хвороби ока та його придатків	8662,5	8952,2	8963,4	3240,0	3334,2	3373,8	1637,7	1787,2	1811,3
- захворювання кон'юнктиви	1045,9	1086,3	1093,7	968,4	1021,6	1031,3	6,7	7,4	6,8
- хвороби склери і рогівки	186,8	198,6	200,9	133,9	142,9	142,9	17,8	18,0	19,6
- катаракта	1452,2	1429,0	1428,8	366,1	347,6	357,6	407,0	404,8	399,7
- відшарування та розриви сітківки	40,2	48,2	49,1	6,0	6,7	6,4	29,5	36,6	37,6
- глаукома	517,8	599,2	613,3	65,2	61,8	61,2	463,6	536,7	546,8
- атрофія зорового нерва	103,3	107,4	108,3	18,2	14,9	15,2	62,2	71,0	72,1
- міопія	1109,6	1117,0	1126,0	171,7	174,5	182,2	231,2	245,8	243,8

За 2011 рік найвищий рівень поширеності очних захворювань спостерігався у м. Києві — 13588 звернень з приводу захворювань ока на 100 тисяч жителів; на другому місці Дніпропетровська область — 11443,9; третє місце займає Харківська область — 11433,5; Львівська область — 10665,4 на четвертому місці. Ситуація з показником поширеності очних захворювань по регіонах впродовж останніх років стабільна. У Закарпатській, Житомирській, Київській, Полтавській областях поширеність захворювань очей менша, ніж в середньому по Україні (рис. 1).



**Рис. 1. Поширеність хвороб ока та придаткового апарату у дорослих, що перебувають під наглядом закладів охорони здоров'я сфери управління МОЗ України за місцем їх проживання у 2011 році (на 100 тис. населення від 18 років і старше)**

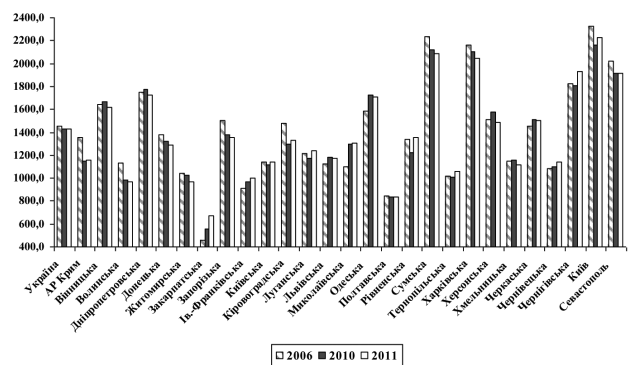
Значно нижчі показники захворюваності дорослого населення у селі. Очевидно, що тут є як вплив екологічного навантаження на стан здоров'я, так і недоліків організації діагностики захворювань.

**Характеристика рівня надання медичної допомоги хворим з окремими особливо соціально значимими захворюваннями**

В першу чергу серед особливо соціально значимих захворювань треба звернути увагу на катаракту. Хворих на **катаракту** серед дорослого населення: всього зареєстровано у 2011 році — 537146 (у 2006 році — 551068, у 2010 році — 538736), з них впер-

ше виявлено 134458 (у 2006 році — 138918, у 2010 році — 131058).

Негативна динаміка поширеності катаракти спостерігається в Сумській, Харківській, Чернігівській областях та м. Києві, Севастополі. Найнижчі показники зареєстровані в Запорізькій та Полтавській областях.



**Рис. 2. Динаміка поширеності катаракти серед дорослого населення областей України (на 100 тис. населення від 18 років і старше)**

Як видно з **таблиці 3**, за останні п'ять років показники поширеності катаракти зросли серед населення працездатного віку на 6,5 % та зменшилися на 4,4 % серед населення старше працездатного віку. Показники захворюваності катаракти серед працездатного населення збільшилися на 3,5 %, та зменшилися серед населення старше працездатного віку на 7,0 %.

Хірургія катаракти є основою роботи стаціонару, що свідчить про рівень офтальмологічної допомоги у регіоні. Кількість операцій з приводу катаракти дорослого населення в стаціонарах сфери управління МОЗ України у 2011 році складала 73638, у 2010 р. — 74165, у 2006 р. — 75334. Особлива увага приділяється проведенню операцій хворим працездатного віку та хворим з високою гостротою зору, де ризик ускладнення особливо вагомий.

Показники захворюваності на катаракту серед окремих вікових груп дорослого населення

Рік	Поширеність катаракти				Захворюваність на катаракту			
	Серед населення працездатного віку		Серед населення старше працездатного віку		Серед населення працездатного віку		Серед населення старше працездатного віку	
	Всього	на 10000 населення	Всього	на 10000 населення	Всього	на 10000 населення	Всього	на 10000 населення
2006	84397	299,1	467734	4206,3	26674	94,5	112368	1010,5
2010	85504	309,8	454034	4054,4	26661	96,6	104491	933,1
2011	89851	328,3	447968	3980,7	29425	107,5	105101	933,9

Питома вага операцій з приводу катаракти в окремих регіонах різна і не завжди пропорційна показнику поширеності та захворюваності.

Показник хірургії катаракти в розрізі регіонів не завжди можна вважати визначальним, тому що хворі часто оперуються в закладах не за місцем проживання.

Нажаль, незабезпеченість витратними матеріалами, в тому числі і штучними кришталиками є однією з причин гальмування хірургії катаракти.

Число травм і опіків ока та додаткового апарату в 2011 році порівняно з 2006 роком зменшилось серед дорослого населення. Пояснити це можна спадом у роботі промислових підприємств. Показники частоти виявлення травм і опіків ока та додаткового апарату у дорослого населення наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Показники частоти виявлення травм та опіків ока і додаткового апарату дорослого населення України (від 18 років і старше)

Види пошкоджень	Травми ока та орбіти			Опіки ока та додаткового апарату		
	2006	2010	2011	2006	2010	2011
Всього зареєстровано	23776	20528	18045	5269	3990	3914
Показник на 10 тис. населення	6,3	5,4	4,8	1,4	1,1	1,0

Важливе значення має своєчасність та якість первинної допомоги при травмах ока. Актуальною проблемою є недостатня підготовка лікарів районної ланки, лікарів сімейної практики з питань обстеження хворих з травмою ока та їх обов'язкового направлення до спеціалізованого закладу, тобто до обласних офтальмотравматологічних центрів в разі підозри на можливість проникаючого поранення ока та тяжких забоїв очного яблука з гемофтальмом.

За рівнем травматизму у 2011 році лідирують Донецька (8,4), Сумська (8,0), Дніпропетровська (6,5), Луганська та Вінницька області (по 6,0 звернень на 10 тис. населення).

Звертає увагу тривожна ситуація з поширеністю глаукоми серед населення України, що потребує

більш детального аналізу показників виявлення цього захворювання.

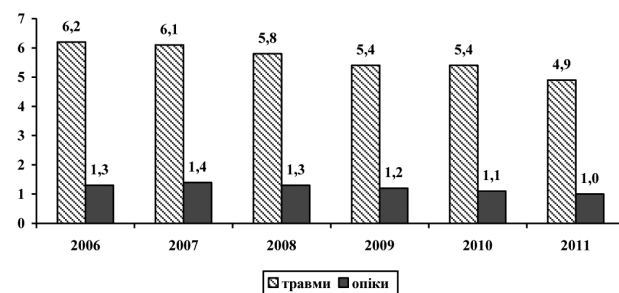


Рис. 3. Динаміка очного травматизму (на 10 тис. дорослого населення)

Факторами, які спричиняють постійно зростаюче число інвалідів — сліпих від глаукоми, є пізня стадія захворювання на момент його виявлення, малоефективне лікування та недоліки в обстеженні хворих. Для ефективної діагностики глаукоми необхідне сучасне обладнання, яке практично відсутнє у районних лікарнях, де зосереджено диспансерний нагляд за хворими. Показники виявлення захворювання в регіонах суттєво відрізняються, на що впливає наявність долікарських кабінетів та цілеспрямованість санітарно-освітньої роботи.

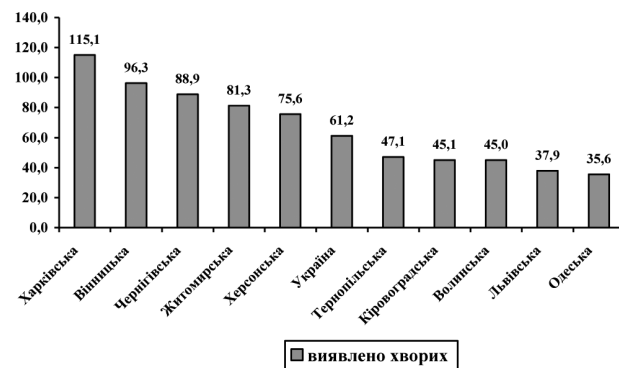


Рис. 4. Число виявлення хворих на глаукому у 2011 році (на 100 тис. дорослого населення)

Найвищий рівень хворих на глаукому зареєстровано у Харківській, Вінницькій, Чернігівській, Житомирській, Херсонській областях. Значно нижчий середньо державного рівня (61,2 на 100 тис. до-

рослого населення) спостерігається у Тернопільській, Кіровоградській, Волинській, Львівській, Одеській областях.

Динаміка захворюваності на глаукому наведена у таблиці 4.

За вказаний період зростання показника поширеності глаукоми складає — 14,76 % та зниження показника захворюваності — 7,0 %, показник чисельності диспансерної групи — 16,8 %.

Всього разом у відомчих установах і приватних офтальмоцентрах України спостерігаються

на диспансерному обліку 213450 хворих на глаукому.

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

Таблиця 4

Динаміка захворюваності на глаукому

Рік	Поширеність		Захворюваність		Чисельність диспансерної групи	
	Всього	на 100000 населення	Всього	на 100000 населення	Всього	на 100000 населення
2006	196508	517,8	24749	65,2	175939	463,6
2007	205659	542,2	24704	65,1	184320	486,0
2008	214402	566,2	25808	68,2	191310	505,2
2009	220473	583,6	23539	62,3	197270	522,2
2010	225918	599,2	23301	61,8	202346	536,7
2011	230558	613,3	23015	61,2	205573	546,8
Відсоток зміни показників	+34050 14,76 %	+95,5	-1734 7,0 %	-4,0	+29634 16,8 %	+83,2

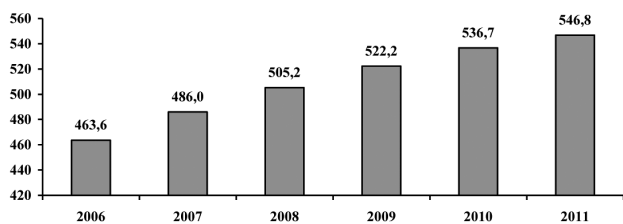


Рис. 5. Динаміка чисельності диспансерних хворих на глаукому (на 100 тис. дорослого населення)

За період з 2006 по 2011 роки динаміка чисельності диспансерних хворих на глаукому в Україні характеризується зростанням на 29,6 тис. дорослого населення, що складає 83,2 на 100 тис. населення від 18 і старше.

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

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

Відсоток зростання кількості диспансерних хворих на атрофію зорового нерва за зазначений період складає 14,9 %.

Диспансерна група хворих з відшаруванням та розривами сітківки зросла за 6 років на 26 %.

Кількість хворих з відшаруванням та розривами сітківки на диспансерному обліку щороку збіль-

шується: у 2006 року — 11210, 2007—11886, 2008—12519, 2009—12992, 2010—13805, 2011—14129.

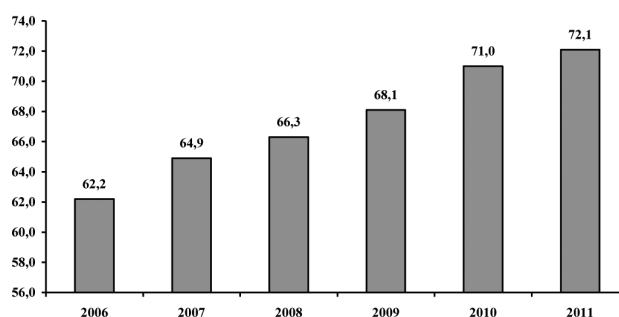


Рис. 6. Динаміка чисельності диспансерних хворих на атрофію зорового нерва (на 100 тис. дорослого населення)

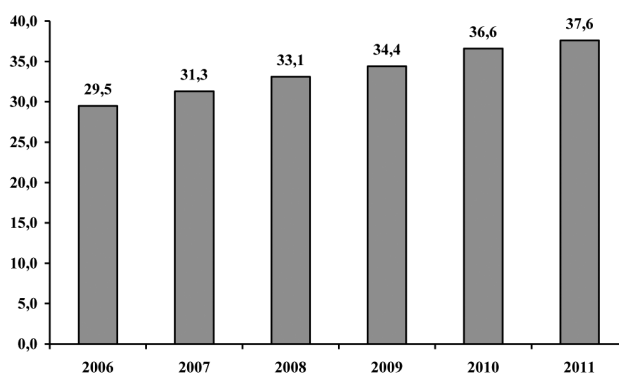


Рис. 7. Динаміка чисельності диспансерних хворих з відшаруванням та розривами сітківки (на 100 тис. дорослого населення)

**Інвалідність внаслідок патології органа зору в Україні**

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

Таблиця 5

**Динаміка підвищення показників первинної інвалідності та сліпоти (населення 18 років і старші)**

Рік	Показники первинної інвалідності		Показники сліпоти	
	на 10000 дорослого населення	на 10000 працездатного населення	на 10000 дорослого населення	на 10000 працездатного населення
2010	1,6	1,7	0,8	0,8
2011	1,7	1,8	0,9	0,9
відсоток зростання показників	+6,3	+5,9	+12,5	+12,5

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

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

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

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

З наведених даних можна зробити невтішний висновок про зростання інвалідизуючої патології очного дна, атрофії зорового нерва, уроджених вад розвитку органа зору, хвороб рогівки та офтальмоонкології в загальній структурі первинної інвалідності по зору. Достовірно знижуються екстенсивні показники первинної інвалідності внаслідок травм органа зору і орбіти. Також відмічається невеличке

зменшення показника інвалідності внаслідок глаукоми та міопії.

Таблиця 6

**Структура первинної інвалідності**

Нозологічна форма	Питома вага загальної кількості, %		Рейтингове місце
	2006	2011	
Наслідки травм ока та орбіти	26,3	19,6	1
Патологія очного дна	15,1	19,0	2
Глаукома	17,2	16,4	3
Міопія	13,4	12,7	4
Атрофія зорового нерва	6,7	7,9	5
Уроджені вади	5,2	6,4	6
Хвороби рогівки	3,4	4,0	7
Катаракта	1,9	2,0	8
Онкозахворювання	1,2	1,8	9
Туберкульоз очей	0,5	0,2	10
Інші захворювання	8,8	10,0	11

**Наслідки травм ока та орбіти** на протязі останніх трьох десятиріч є найбільш поширеною інвалідизуючою патологією очей. Більш 90 % первинних інвалідів внаслідок травматичного пошкодження очей — особи працездатного віку. Спостерігається збільшення побутових травм органа зору, у тому числі проникаючих.

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

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

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

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

**Патологія очного дна** характеризується неухильним зростанням в нозологічній структурі інвалідності по зору, що в значній мірі обумовлено її етіопатогенезом: як правило, дистрофічна пато-

логія очного дна формується на фоні захворювань серцево-судинної, ендокринної систем, розповсюдження яких вже давно набуло статусу пандемії. Крім того, значну роль у формуванні інвалідизуючої патології очного дна відіграють генетично детерміновані дистрофічні захворювання, наслідки перенесених тяжких системних захворювань та загальних інфекцій, інфекцій ЦНС і т.п.

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

**Глаукома** як причина інвалідності по зору за останні три десятиріччя зросла у 5 разів і на протязі 2005–2011 років складала 15,4–16,4 % (середній показник по Україні) у нозологічній структурі інвалідності по зору. Найбільш високі показники у 2011 році спостерігаються у м. Севастополі, м. Києві, Чернігівській, Чернівецькій, Тернопільській, Вінницькій областях, АР Крим (34,1–19,6 %). Серед інвалідів найбільш поширена відкритокутова форма глаукоми.

До інвалідності призводять оперовані нестабілізовані випадки глаукоми,

термінальна стадія розвитку глаукоми. Більш 50 % інвалідів на глаукому — це сліпі та слабозорі (інваліди I-II гр.). Основною причиною інвалідизації даного контингенту хворих є несвоєчасні діагностика та лікування. На формування інвалідності при глаукомі впливають також обмежені можливості відновного лікування нейрооптикопатій, раціонального працевлаштування хворих.

**Міопія** протягом останніх років стабільно посідає четверте місце у нозологічній структурі інвалідності внаслідок патології органа зору. Починаючи з 2000 року, спостерігається її поступове зниження по всіх областях України. Найнижчі показники інвалідності внаслідок міопії в Вінницькій, Київській, Сумській, Тернопільській, Харківській областях, м. Севастополі.

Причинами інвалідизації хворих на міопію є дегенеративні прояви та ускладнення (наприклад, крововиливи в сітківку та скловидне тіло, розриви та відшарування сітківки, епіфіброз, фіброз, субретинальна неоваскулярна мембрана і таке інше). До факторів інвалідизації при короткозорості відносяться: відсутність своєчасного лікування та корекції дефекту зору, недостатнє використання контактної корекції, нерациональне працевлаштування, особливо в професіях з вираженими фізичними навантаженнями.

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

**Уроджені аномалії розвитку** органу зору у 2011 році складала 6,4 % в нозологічній структурі первинної інвалідності по зору. До цієї групи захворювань відносяться анатомічні дефекти (рудиментарні очні яблука, мікрофтальм, аніридія), аномалії розвитку судинної оболонки, сітківки, зорового нерва — колобоми, дисплазії, мієлінові волокна, генетично обумовлені синдромні ураження (альбінізм, синдром Марфана і т.п.). У порівнянні з 2006 роком, відсоток інвалідів з означеною патологією підвищився з 5,2 до 6,4. Біля третини інвалідів з уродженими аномаліями розвитку органа зору сліпі та слабозорі. Слід відзначити, що можливості медичної реабілітації цієї групи інвалідів значно обмежені, або зовсім відсутні. Тому на перший план виступають питання соціальної реабілітації — професійного навчання та працевлаштування інвалідів.

Звертає на себе увагу факт зростання **онкоофтальмопатології** у структурі первинної інвалідності по зору у 2011 році в порівнянні з 2006 роком — з 1,2 % до 1,8 %. Біля 80 % первинних інвалідів з онкоофтальмопатологією визнаються інвалідами I-II групи. Спостерігається зростання тяжкості інвалідності цього контингенту хворих. Проблема інвалідності внаслідок онкологічних очних захворювань потребує окремого ретельного вивчення.

**Патологія рогівки** в нозологічній структурі первинної інвалідності по зору з 2006 року стабільно посідає сьоме місце з тенденцією до поступового зростання. Не дивлячись на сучасні можливості відновного лікування, мікрохірургії захворювань та наслідків травматичних ушкоджень рогівки, рівень

Кадрове забезпечення офтальмологічної служби

Показник	2006	2010	2011
Всього лікарів-офтальмологів	3795	3812	3830
Забезпеченість на 10 тис. населення	0,82	0,84	0,80
Вакантних лікарських посад	218	262	302
З них у поліклініках	198	218	258

інвалідності внаслідок означеної патології не знижується. В значній мірі це обумовлено недостатністю законодавчої бази у державі з питань трансплантології, в тому числі трансплантації рогівки, що призводить до несвоєчасного лікування та передчасного визначення інвалідності.

У загальній сукупності первинних інвалідів по зору в Україні у 2011 році розподіл за тяжкістю інвалідності був наступним: I гр. — 11,0 %, II гр. — 13,4 %, III гр. — 75,6 %

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

При первинному визначенні інвалідності спостерігається підвищення питомої ваги інвалідів по зору працездатного віку у 2011 році до 77 %. Висока питома вага інвалідів внаслідок патології органа зору працездатного віку у Закарпатській (96 %), Волинській (91 %), Тернопільській (91 %), Чернівецькій (82 %) областях. Така ситуація, у більшості випадків, обумовлена соціальними факторами: значними труднощами у працевлаштуванні, відсутністю робочих місць.

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

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

Характеризуючи стан офтальмологічної допомоги населенню в державі, слід насамперед зупинитись на кадровому забезпеченні офтальмологічних закладів.

**Кадри офтальмологічної служби України**

У 2006–2011 роках кадровий потенціал офтальмологічної служби залишався практично стабільним порівняно з попереднім періодом. В лікувально-профілактичних закладах державної форми власності на кінець 2011 року працювали 3346 лікарів-офтальмологів, (фізичних осіб). Загальна чисельність лікарів-офтальмологів, включаючи працівників Інститутів та закладів підготовки кадрів 3830.

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

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

Число вакантних посад лікарів-офтальмологів у лікувально-профілактичних закладах збільшується. У 2011 році вакантними залишалися 302 посади, що на 84 більше в порівнянні з 2006 роком (218 посад). Найбільш уразливою в кадровому забезпеченні є первинна ланка офтальмологічної допомоги, у 2006 році відсоток вакантних посад у поліклініках складав 90,8 % від усіх вакантних посад, у 2011 році — 85,4 %.

Забезпеченість лікарями-офтальмологами на 10 тис. населення в різних областях не однакова. Звертають увагу значно низькі показники у таких областях: Київська (0,61), Кіровоградська (0,60), Закарпатська (0,59), Херсонська (0,57), Миколаївська (0,56).

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

Відсоток атестованих лікарів у Волинській (81,1), Донецькій (81,1), Закарпатській (82,4), Луганській (82,0), Миколаївській (80,3), Рівненській (84,9), Херсонській (80,6), Чернігівській (86,3) перевищує 80 %, а у АР Крим (78,3), Дніпропетровській (75,4), Житомирській (78,3), Запорізькій (78,7), Львівській (77,5), Одеській (79,3), Полтавській (78,3) областях та у м. Севастополі (75,0) він вищий середньодержавного рівня — 74,6 %.

Низький рівень атестації у Івано-Франківській (66,7), Київській (65,7), Кіровоградській (66,7), Тернопільській (67,0), Харківській (66,8), Чернівецькій (62,0) областях та м. Києві (65,1).

**Характеристика ліжкового фонду**

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

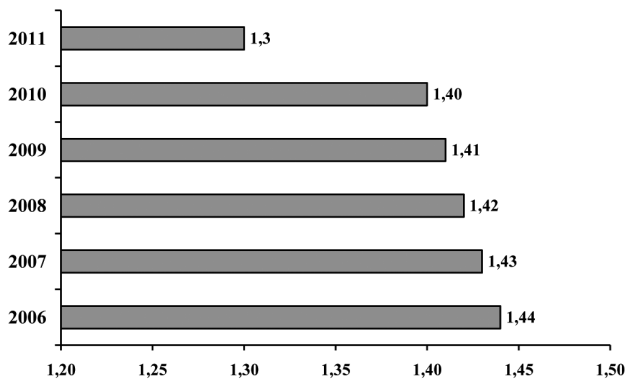


Рис. 8. Забезпеченість офтальмологічними ліжками (на 10 тис. населення)

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

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

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

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

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

**Динаміка показників діяльності офтальмологічних стаціонарів для дорослих**

Найменування показника	2006	2010	2011
Всього ліжок	6674	6379	5996
Забезпеченість на 10000 населення	1,44	1,40	1,32
Середній ліжко-день	8,84	8,50	8,04
Хірургічна активність	60,53 %	61,40 %	61,90 %
Число операцій на 10000 населення, у тому числі:			
- глаукома	3,63	2,88	2,63
- катаракта	16,20	16,29	16,23
- енуклеації	0,36	0,28	0,27
Питома вага операцій, виконаних на мікрохірургічному рівні	80,4 %	80,8 %	80,9 %
Проліковано хворих	260051	260287	256742
Проведено операцій	157424	159026	159050

Таблиця 9

**Динаміка чисельності амбулаторних операцій на очах**

	2006	2010	2011
Всього	133257	159562	163046
на 10000 населення	28,5	34,9	35,8

Загальне число амбулаторних операцій та показник числа таких операцій на 10 тисяч населення, починаючи з 2010 року, перевищують аналогічні цифри по спеціалізованих стаціонарах.

**Діяльність закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління інших міністерств і відомств та приватних закладів охорони здоров'я за 2011 рік**

В таблиці 10 висвітлено діяльність офтальмологічних закладів інших міністерств і відомств та приватних закладів, які надають медичну допомогу значному контингенту населення.

Значне місце в забезпеченні населення України кваліфікованої спеціалізованої офтальмологічної допомогою займають заклади охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління інших міністерств і відомств. Всього функціонує 200 закладів, що мають офтальмологічні кабінети, в яких працює 388 лікарів. За 2011 рік у відомчі заклади на офтальмологічні ліжка надійшло 29260 хворих.

Всього проведено 32689 хірургічних втручань, з яких в амбулаторних умовах — 7218 операцій, в умовах стаціонару — 25471 операцій. Кількість проведених операцій з приводу глаукоми складає 3,3 %, з приводу катаракти — 23,3 %, енуклеації — 0,9 %.

В останній час значний вплив в організації офтальмологічної допомоги відіграють заклади недержавної форми власності. Всього в Україні функціонує 299 приватних закладів охорони здоров'я, що мають офтальмологічні кабінети. В цих закладах працюють 457 лікарів.



Таблиця 10

Мережа відомчих офтальмологічних закладів та приватних закладів охорони здоров'я

Підпорядкування закладу	Кількість закладів, що мають офтальмологічні кабінети	Кількість лікарів-офтальмологів	Кількість офтальмологічних ліжок	Надійшло хворих на офтальмологічні ліжка
НАМН України	12	117	515	17420
Міністерство транспорту та зв'язку	100	127	180	6080
Міністерство внутрішніх справ	33	48	15	388
Міністерство оборони	15	46	106	4699
Держдепартамент з питань виконання покарань	3	3	0	0
Інші міністерства та відомства	37	47	22	673
Приватні заклади охорони здоров'я	299	457	50	6681
Всього	499	845	888	35941

У 2011 році в амбулаторно-поліклінічних приватних установах зареєстровано 206243 хворих з хворобами ока та додаткового апарату, в тому числі 20745 хворих на катаракту та 8158 хворих на глаукому. Під диспансерним наглядом перебуває 5465 хворих на очну патологію.

Всього у 2011 році у приватних закладах проведено 35399 хірургічних втручань, з них в умовах стаціонару — 8557 операцій, в амбулаторних умовах — 26842 операцій. В числі проведених операцій: з приводу глаукоми складають 3,7 %, з приводу катаракти — 53,8 %, енуклеації — 0,06 %.

**Висновки.** Поширеність та захворюваність на офтальмопатологію серед населення України відображає тенденції, що характеризуються невинним ростом показників. Негативна динаміка *поширеності та захворюваності хворобами очей* продовжується уже більше 10 років. Значно нижчі показники захворюваності дорослого населення у селі. Це пояснюється як меншою екологічною навантаженістю на стан здоров'я, так і недоліки в організації та діагностики захворювань.

В структурі диспансерної групи суттєво зростає частка тяжких інвалідизуючих захворювань (глаукома, атрофія зорового нерва, відшарування сітківки, тощо), що потребує особливої уваги.

Таблиця 11

Хірургічна робота відомчих офтальмологічних закладів та приватних закладів охорони здоров'я

Підпорядкування закладу	Кількість амбулаторних операцій					Кількість операцій у стаціонарі				
	Всього	Мікрохірургічні	Глаукома	Катаракта	Енуклеації	Всього	Мікрохірургічні	Глаукома	Катаракта	Енуклеації
НАМН України	106	0	0	0	0	18994	5541	740	2999	285
Міністерство транспорту та зв'язку	3621	253	0	0	0	2682	2146	166	1376	11
Міністерство внутрішніх справ	1282	372	4	79	0	53	0	0	0	0
Міністерство оборони	916	390	0	344	0	3334	3020	149	2547	4
Держдепартамент з питань виконання покарань	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0
Інші міністерства та відомства	1293	55	0	0	0	396	333	26	256	0
Приватні заклади охорони здоров'я	26842	22412	889	12927	0	8557	8360	431	6130	22
Всього	34060	23482	893	13350	0	34028	19400	1512	13308	322

В період реформування галузі охорони здоров'я дуже важливо вірно визначити пріоритетні напрямки спрямування зусиль для ефективного впливу на стан роботи закладів та окремих підрозділів.

Найважливішим напрямком, що може знизити інвалідність і продовжити активне довголіття, є профілактична діяльність, що дозволяє окремим індивідуумам і співтовариствам контролювати фактори, яка формують здоров'я. З метою профілактики офтальмопатології необхідно відновити, а по деяким нозологіям впровадити систему скринінгу й моніторингу, удосконалити консультативну роботу в поліклінічній

ланці, відновити й модернізувати відповідно до сучасних потреб систему диспансеризації. Особливе місце в ряді профілактичних заходів повинні зайняти санітарна освіта й санітарно-гігієнічне виховання, спрямовані на підвищення гігієнічної культури населення. Необхідно активно впроваджувати освітні програми, метою яких є підвищення якості підготовки лікарів офтальмологів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я. Особливу увагу необхідно приділити удосконаленню офіційних регламентуючих документів (стандарти діагностики, лікування, диспансеризації) згідно засад доказової медицини.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Пасечнікова Н. В. Офтальмологічна допомога населенню України в 2006 році / Пасечнікова Н. В., Риков С. О., Степанюк Г. І., Мартопляс К. В. // Офтальмол. журнал. — 2007. — № 4. — С.64–69.
2. Пасечнікова Н. В. Офтальмологічна допомога населенню України в 2009 році / Пасечнікова Н. В., Риков С. О., Степанюк Г. І. // Офтальмол. журнал. — 2009. — № 5. — С.83–88.
3. Офтальмологічна допомога в Україні за 2006–2011 роки (аналітично-статистичний довідник). — Київ, 2012.



**Конференция, съезды**

---

**ЗВІТ ПРО ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ОФТАЛЬМОЛОГІВ  
«ФІЛАТОВСЬКІ ЧИТАННЯ» З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
24–25 ТРАВНЯ 2012 РОКУ, М. ОДЕСА**

**Н. В. Пасечнікова**, член-кореспондент НАМН України, **В. О. Науменко**, д-р мед. наук,  
**О. Г. Стойловська**, ст. н. с., **К. В. Мартопляс**, ст. н. с., **В. В. Мирненко**, н. с.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України»

24–25 травня 2012 року в Державній установі «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України» (м. Одеса) відбулася традиційна Науково-практична конференція офтальмологів «Філатовські читання» з міжнародною участю. В Конференції прийняли участь 736 зареєстрованих офтальмологів з усіх областей України, а також 101 фахівець з ближнього і далекого зарубіжжя: Білорусії, Грузії, Італії, Казахстану, Молдови, Росії, США, Угорщини, Швейцарії, Швеції.

Організаторами Науково-практичної конференції «Філатовські читання» виступили Національна академія медичних наук України, Міністерство охорони здоров'я України, Товариство офтальмологів України, Державна установа «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України».

У матеріалах конференції опубліковано 302 наукові роботи: 214 — офтальмологами України (в т.ч. 81 представлено науковцями Інституту ім. В. П. Філатова), авторами 88 робіт були офтальмологи з ближнього і далекого зарубіжжя: Єгипту, Індії, Ізраїлю, Італії, Казахстану, Молдови, Росії, США, Швейцарії, Швеції.

Генеральними спонсорами конференції виступили компанії ALCON та BAUSCH+LOMB, інформаційними спонсорами стали «Офтальмологічний журнал» та «Новини медицини та фармації».

Представниками 29 вітчизняних та зарубіжних фірм для учасників конференції продемонстровано нове хірургічне обладнання для застосування в офтальмології, проведена фармакологічна виставка та представлена медична література ведучих видавництв України та інших країн.

Протягом двох днів вся науково-практична програма була представлена в наступних напрямках: рефракційна патологія рогівки, кератопластика; хірургія катаракти; травми і опіки очей та їх додатків; нові технології в діагностиці та лікуванні захворювань очного дна; сучасні методи органозберігаючого лікування внутрішньоочних новоутворень; тканинна терапія і перспективи вживання природних біологічно активних речовин в сучасній офтальмології; діагностика і лікування новоутворень органа зору; глаукома; патологія судинної оболонки, сітківки та зорового нерва; дитяча офтальмопатологія; аномалії рефракції та патологія очкорухового апарату; діабетичні ураження очей та їх лікування, вітреоретинальна хірургія. На засіданнях Конференції були заслухані і обговорені 149 доповідей (в т.ч. 32 стендових).

Урочисте відкриття Конференції «Філатовські читання» відбулося 24 травня 2012 року. Професор С. О. Риков привітав директора ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України» Н. В. Пасечнікову з присвоєнням академічного звання член-кореспондента НАМН України. До щирих привітань приєдналися усі учасники Конференції.

Перше пленарне засідання, присвячене **патології рогівки, кератопластиці та рефракційній хірургії**, відкрилося 24 травня 2012 року доповіддю про результати дослідження науковців ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України» про роль поліморфних варіантів генів ін-

© Н. В. Пасечнікова, В. О. Науменко, О. Г. Стойловська,  
К. В. Мартопляс, В. В. Мирненко, 2012