

УДК 617.7-08-053.3/4(477)
DOI 10.11603/2415-8798.2016.3.6979

©С. О. Риков, Ю. В. Баринів

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

СУЧАСНІ ВІТЧИЗНЯНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ПЕРШИХ РОКІВ ЖИТТЯ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ЗОРОВИХ ФУНКЦІЙ

СУЧАСНІ ВІТЧИЗНЯНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ПЕРШИХ РОКІВ ЖИТТЯ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ЗОРОВИХ ФУНКЦІЙ – У публікації проведено науковий аналіз описаних у вітчизняній та зарубіжній літературі досліджень щодо організації надання медичної допомоги дітям перших років життя з порушенням зорових функцій. А також етапи, зміни та нововведення у зв'язку із зростаючими тенденціями кількості випадків виникнення сліпоты й слабобачення в ранньому дитячому віці як у світі та у країнах Європейського регіону, так і в Україні зокрема. Проаналізовано особливості організації надання лікувально-профілактичної допомоги дітям із порушеннями зорових функцій у ранньому віці (з перших років життя) як первинної медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах, так і в стаціонарах з наданням вторинної медичної та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги. Обґрунтовано доцільність міжсекторального підходу із залученням батьків, родини, в якій виховується дитина з порушенням зорових функцій в ранньому віці, медичного персоналу, фахівців освіти, тифлопедагогів у вирішенні складної медико-соціальної проблеми організації процесу лікування, реабілітації, виховання та розвитку дітей із порушеннями зорових функцій.

СОВРЕМЕННЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ С НАРУШЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ – В публикации приведен научный анализ описанных в отечественной и зарубежной литературе исследований организации оказания медицинской помощи детям первых лет жизни с нарушением зрительных функций. А также этапы, изменения и нововведения в связи с возрастающими тенденциями количества случаев возникновения слепоты и слабослышания в раннем детском возрасте как в мире и в странах Европейского региона, так и в Украине в частности. Проанализированы особенности организации оказания лечебно-профилактической помощи детям с нарушениями зрительных функций в раннем возрасте (с первых лет жизни) как первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, так и в стационарах с оказанием вторичной медицинской и третичной высокоспециализированной медицинской помощи. Обосновано целесообразность межсекторального подхода с вовлечением родителей, семьи в которой воспитывается ребенок с нарушением зрительных функций в раннем возрасте, медицинского персонала, специалистов образования, тифлопедагогов в решении сложной медико-социальной проблемы организации процесса лечения, реабилитации, воспитания и развития детей с нарушением зрительных функций.

MODERN DOMESTIC BASES OF HEALTH CARE DELIVERY FOR CHILDREN OF THE FIRST YEARS OF LIFE – In the publication the scientific analysis of the researches of the organization of delivery of health care to children of the first years of life described in domestic and foreign literature with violation of visual functions, its staging, changes and innovations in connection with the increasing tendencies of quantity of cases of developing of a blindness and a decrease in visual functions is provided in early children's age, as in the world and in the countries of the European region, and in Ukraine, in particular. Features of the organization of rendering the treatment-and-prophylactic help to children with violations of visual functions at early age (from first years of life) as primary medical care in out-patient and polyclinic conditions, and in hospitals with rendering secondary medical and tertiary highly specialized medical care are analyzed. It is proved feasibility of complex intersectoral approach with involvement of parents in which families bring up the

child with violation of visual functions at early age, a medical personnel, specialists of education, visual impairment specialists in the solution of a complex medico-social problem of the organization of process of treatment, rehabilitation, education and development of children with violation of visual functions is brought up.

Ключові слова: організація надання медичної допомоги дітям з порушенням зорових функцій; сліпоты; слабобачення; лікувально-профілактична допомога дітям перших років життя.

Ключевые слова: организация оказания медицинской помощи детям с нарушением зрительных функций; слепота; слабослышание; лечебно-профилактическая помощь детям первых лет жизни.

Key words: organization of delivery of health care to children with violation of visual functions; blindness; decrease in visual functions; treatment-and-prophylactic help to children of the first year of life.

ВСТУП Призначення системи охорони здоров'я у різних країнах світу, незалежно від організації функціонування та форми фінансування, полягає в організації планування, виконання, контролю дій, комплексів заходів, метою яких є збереження та зміцнення здоров'я населення [1–9].

У нашій державі охорона здоров'я матері та дитини належить до пріоритетних напрямків розвитку галузі. Охорону зору визнано однією з основних важливих складових турботи про здоров'я дітей, порушення зорових функцій у дитячому віці стає складною медико-соціальною проблемою, вирішення якої вимагає міжсекторального комплексного підходу та великих моральних, фінансових і часових затрат від кожної родини, яка виховує дитину з порушеннями зорових функцій, медичного та освітнього персоналу, що долучається до виховання й обстеження такої дитини, суспільства та держави в цілому, адже при встановленні інвалідності з зору в дитячому віці виникає і потребує вирішення цілий комплекс медико-соціальних проблем [10–17].

Метою дослідження стало вивчення, за даними вітчизняних та іноземних літературних джерел, сучасних особливостей організації надання медичної допомоги дітям перших років життя із порушенням зорових функцій, кількість яких щорічно зростає.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ За допомогою бібліосемантичного, статистичного, аналітико-синтетичного методів та контент-аналізу вивчали описані в наукових публікаціях сучасні підходи до надання медичної допомоги зростаючій кількості дітей раннього віку (перших років життя) з порушеннями зорових функцій, які без ефективного медичного втручання поповнять категорію дітей із сліпотю і слабобаченням.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Основними принципами вітчизняної лікувально-профілактичної допомоги дітям перших років життя залишаються: безперервність медичного нагляду за здоровою дитиною з перших днів життя; участь команди лікарів різного профілю у наданні амбулаторно-поліклінічної лікувально-профілактичної медичної допомоги дітям перших років життя; етапність і наступність надання лі-

кувальню-діагностичної допомоги: поліклініка, стаціонар вторинного, третинного рівня, реабілітаційний санаторій. До закладів, у яких надають в Україні лікувально-профілактичну допомогу дітям, належать дитячі районні, міські лікарні, спеціалізовані дитячі лікарні, диспансери, дитячі міські поліклініки, дитячі стоматологічні поліклініки, заклади охорони материнства і дитинства (пологові будинки, будинки дитини), дитячі санаторії, дитячі відділення стаціонарів і поліклінік загального профілю. На сьогодні в дитячій поліклініці обслуговуються діти і підлітки у віці до 18 років, де їм надають доступну та якісну первинну медичну допомогу, кваліфіковану спеціалізовану допомогу з досить широким переліком лікувально-діагностичних маніпуляцій (лабораторія, рентген-кабінет, фізіотерапевтичний кабінет, кабінети лікувальної фізкультури, масажу, водолікування тощо). Завданнями роботи дитячих поліклінік залишаються: організація та проведення профілактичних оглядів, у тому числі вдома з активним динамічним спостереженням за здоров'ям дітей дільниці, регулярність проведення щеплень, санітарно-просвітня робота, пропаганда здорового способу життя; надання кваліфікованої спеціалізованої лікувальної допомоги в умовах поліклініки і вдома; експертиза тимчасової та стійкої втрати працездатності; своєчасна діагностика та лікування, госпіталізація (за показаннями) з попереднім обстеженням дітей різного віку. Виконання вищевказаних функцій стає можливим при налагодженій взаємодії дитячої поліклініки з іншими лікувально-профілактичними закладами, жіночими консультаціями, пологовими будинками, дитячими лікарнями, диспансерами [18–20].

Згідно з діючою нормативно-правовою базою (накази МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”, від 29.11.2002 р. № 434 “Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні”, від 03.04.2008 р. № 177 “Про деякі заходи щодо вдосконалення надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям”), до штату медичного персоналу дитячої поліклініки на 10 тисяч дітей, прикріплених до неї, передбачено 12,5 посади дільничних лікарів загальної практики–сімейної медицини та (або) педіатрів, 0,5 посади дитячого хірурга, 0,75 посади дитячого травматолога-ортопеда, 1,25 посади дитячого оториноларинголога, 1,5 посади дитячого офтальмолога і невролога, а також посади інших спеціалістів. Лікарі працюють за дільничним принципом, через закріплення лікаря первинного контакту за визначеною дільницею з переліком вулиць (районів). Пацієнти (діти та їх батьки) мають право вільного вибору лікаря первинного контакту, але на сьогодні це відбувається переважно за територіальним принципом, пацієнти дільниці звертаються до лікаря первинного контакту, за яким вони закріплені. У встановлені терміни лікар первинного контакту має провести первинний патронаж новонародженого, він же організовує та приймає безпосередню участь у проведенні профілактичних оглядів дітей перших років життя, забезпечує роботу стаціонару вдома, своєчасне направлення дітей на консультацію до лікарів-спеціалістів (за наявності відповідних показань – на госпіталізацію), сприяє організації та виконанню індивідуальних програм реабілітації дітей-інвалідів, здійснює диспансерний нагляд за дітками із спадковими та вродженими захворюваннями, виявленими в результаті неонатального скринінгу, проводить патронаж сімей, які мають дітей вказаної категорії. Перелік функцій та відповідальність за пацієнта з перших днів від народження потребує від лікаря первинного контакту володіння сучасними знаннями, навичками та вміннями догляду і ведення дітей перших років життя, зокрема і особливо, з порушенням зорових функцій. Так, недоношеним дітям (з перинатальним уражен-

ням центральної нервової системи та (або) з ретинопатією новонароджених) після виписки з відділення патології новонароджених необхідно забезпечити комплексний нагляд неонатолога (педіатра), дитячого офтальмолога та невролога амбулаторно-поліклінічного рівня, що і відбувається в умовах дитячих поліклінік. Огляд невролога, педіатра й офтальмолога повинен бути забезпечений в 3, 6, 9, 12 місяців дитини, після першого року кратність обстежень при сприятливому перебізі захворювання може становити 2 рази на рік (кожні 6 міс.) [19–22].

Перший огляд новонародженого офтальмолог проводить у пологовому будинку. Його метою є виявлення вродженої патології ока та його придаткового апарату (катаракта, ретинобластома тощо). Особливу увагу приділяють огляду недоношених дітей, особливо тих, хто народився із масою менше 2 кг і терміном гестації (вагітності) менше 34 тижнів, їх оглядають через загрозу розвитку ретинопатії недоношених, атрофії зорового нерва, а особливо, якщо дитині тривалий час (близько місяця) проводили кисневу терапію або штучну вентиляцію легень. Чим швидше цю патологію буде виявлено, тим кращий прогноз для зору дитини. При наявності показань (діти з вродженими вадами, перенесеними родовими травмами, перенесеною асфіксією, недоношені діти, а також діти із слъзотечею та слизисто-гнійними виділеннями) дитину обстежує офтальмолог в місяць. Наступна консультація офтальмолога дитячої поліклініки (плановий перший огляд офтальмолога) відбувається в 3 місяці, а далі за наявності показань – в 6 місяців. Під час таких консультацій проводять зовнішній огляд очей, огляд у боковому світлі, визначення фіксації погляду і стеження за предметом, скіаскопію, офтальмоскопію. Після консультації дитячого офтальмолога, коли дитині виповнилося 1 і 2 роки, перевіряють зір обов'язково перед оформленням дитини в дитячий садочок та у 6 років, перед оформленням дитини у школу і щороку під час навчання у ній. Прийнято вважати нормою гостроту зору в 2 роки – 0,4–0,7; у 3 роки – 0,6–0,9; в 4 роки – 0,7–1,0; у 5 років – 0,8–1,0; в 6 років і старше – 0,9–1,0. До 3-х років відбувається інтенсивний ріст ока та його придаткового апарату, хоча очне яблуко продовжує рости ще до 14–19 років. До 9–10 років гіперметропія повинна повністю зникнути. Так, в 2 роки гіперметропія може становити + 2,0Д- + 2,5Д, в 3 роки - + 1,5Д - + 2,0Д, в 4 роки - + 1,0Д - + 1,5Д, до 6–7 рокам – до + 0,5Д. При виявленні патології рефракції, необхідне регулярне (кожні 6 місяців) диспансерне спостереження, метою якого є контроль лікування і своєчасне виявлення ускладнень, оскільки при пришвидшеному рості очного яблука сітківка не встигає рости за зовнішньою оболонкою, порушується її трофіка (кровопостачання), судини розтягуються і стають ламкими, що може призвести до дистрофічних змін склоподібного тіла, сітківки, крововиливів, а згодом – до відшарування склоподібного тіла та (або) сітківки [20–23].

Профілактичні огляди дитячого офтальмолога, призначені (рекомендовані) дільничним лікарем та (або) молодшим спеціалістом з медичною освітою первинного рівня (педіатром, сімейним лікарем), повинні відповідати за кратністю й об'ємом віку дитини, її функціональному і нервово-психічному розвитку, можуть бути призначені вже після першого патронажного відвідування дитини вдома, оскільки перший рік розвитку дитини є надзвичайно важливим у налагодженні роботи всіх її органів і систем. Результати огляду заносять в Історію розвитку дитини та Медичну карту дитини, що мають юридичну силу, виписки з них надають до освітніх дошкільних та шкільних закладів, санаторіїв, профілакторіїв, шкіл-інтернатів. При порушенні зорових функцій до роботи з родиною залучаються психологи, дитячі офтальмологи, вихователі та

педагого спеціалізованих навчальних закладів для правляного налагодження процесів соціальної адаптації та реабілітації компенсаторних можливостей дитини із слабким зором [23–25].

Згідно з діючою нормативно-правовою базою, лікар первинного контакту (педіатр, сімейний лікар) повинен стати для родини дитини головною особою, до якої надходить інформація про умови та спосіб життя дитини, результати огляду спеціалістів, педагогів, усі надані ними рекомендації та встановлені діагнози, особливості розвитку і формування дитячого організму, щоб своєчасно виявляти та нівелювати фактори ризику захворювань, детермінанти, провокуючі виникнення загострення та (або) прискорюючи прогресування наявного захворювання. При цьому дотримується право батьків на присутність членів родини при огляді та обстеженні дитини [26, 27].

Таким чином, амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям перших років життя надають в умовах дитячих поліклінік та вдома (патронаж, виклик дільничного педіатра та (або) сімейного лікаря), організовує та контролює дільничний педіатр, сімейний лікар із залученням до нагляду за дитиною дитячого офтальмолога, у рамках проведення консультативного прийому спеціаліста-офтальмолога, згідно з визначеними термінами залежно від віку дитини. В їх же компетенцію входить організація стаціонарів вдома, денних стаціонарів та направлення на проведення відновного та реабілітаційного лікування, в офтальмологічний стаціонар, санаторії, реабілітаційні центри та спеціалізовані освітні заклади. Планова госпіталізація дитини можлива за умови наявності виписки з історії розвитку дитини про початок захворювання, результати аналізів, лікування та консультації, які було проведено на амбулаторно-поліклінічному рівні. Організація роботи офтальмологічного стаціонару дитячої лікарні багато в чому нагадує роботу лікарні для дорослих, але має свої особливості. Важливими його елементами стало створення мережі неонатальних центрів та потужних педіатричних відділень для новонароджених, недоношених дітей, які в різних регіонах можуть знаходитися у складі міських та (або) обласних дитячих лікарень в якості спеціалізованих центрів. Відділення (центри) для новонароджених і недоношених повністю ізолюють від інших відділень і служб лікарні, дітей розміщують у боксах з урахуванням віку в днях, характеру захворювання, наявності вродженої чи спадкової патології. Загальну кількість ліжок для хворих новонароджених дітей планують з урахуванням регіональних особливостей потреб та в розрахунку 5 ліжок на 1000 народжених живими доношених дітей та з розрахунку 4 ліжка на 1000 народжених живими доношених і недоношених дітей. Відділення (центри) повинні мати приймальні приміщення, палату інтенсивної терапії, процедурний кабінет, палати та кімнати медичного персоналу. Хворих новонароджених, недоношених дітей доставляють спеціальною машиною, обладнаною кувезами, киснем у супроводі медичного персоналу та матері дитини. В стаціонарі (центрі) завершується перший етап реабілітації і відновного лікування, який називають клінічним. Наступними мають стати другий етап – реабілітаційний, санаторний та третій – адаптаційний, який може відбуватися як у санаторії, так і амбулаторно-поліклінічному закладі (дитячій поліклініці) [28–30].

Для надання високоспеціалізованої і частково реабілітаційної допомоги дітям перших років життя з порушеннями зорових функцій у країнах СНД, зокрема в Росії, на базі Московського науково-дослідного інституту очних хвороб імені Гельмгольца, найстаршого в Росії офтальмологічного науково-дослідного центру, який багато в чому визначав становлення і розвиток офтальмології у

СРСР, за підтримки ВООЗ (Росія активно працює з міжнародними партнерами в рамках програми Зір: 2020), створено Центр з профілактики сліпоти, який за своєю потужністю є єдиним в Центральній і Східній Європі. Ще у 2003 році в Росії створено Російський національний комітет з профілактики сліпоти під головуванням директора Московського науково-дослідного інституту очних хвороб імені Гельмгольца професора В. В. Нероєва. Сучасне оснащення, висока кваліфікація спеціалістів (працює 44 доктори медичних наук, 108 кандидатів наук, 23 професори, 6 заслужених діячів науки та 12 заслужених лікарів РФ) і великий практичний досвід дозволяють надавати ефективну допомогу пацієнтам різного віку, починаючи з новонароджених. Щорічно в Центрі обстежуються більше 200 000 осіб в амбулаторних умовах, близько 8500 хворих проходять лікування в офтальмологічному стаціонарі, виконують близько 15 000 операцій на рік. У Вірменії при державному Інституті репродуктивного здоров'я, перинатології, акушерства і гінекології відкрито та успішно функціонує Центр превосходства профілактики детської слепоти, в якому будується стратегія проведення профілактичних оглядів дітей раннього віку з патологією органа зору та його додаткового апарату, лікуються та перебувають під наглядом діти з вадами зору різного віку, відбуваються конференції, семінари, лекції при налагодженій взаємодії із громадськими організаціями та родинами, які виховують дітей із порушеннями зорових функцій. Інноваційним є створення в центрі операційної нового типу, в якій відбуваються операційні втручання для попередження виникнення сліпоти і слабобачення у недоношених дітей, так як у Вірменії 10 % дітей народжується недоношеними, що автоматично відносить їх до групи ризику виникнення ретинопатії недоношених, яка визнана однією з головних причин дитячої сліпоти і слабобачення в світі [31–33].

В Україні офтальмологічну допомогу дитячому населенню надають у різних закладах охорони здоров'я. Так, за даними МОЗ України, офтальмологічну допомогу в 2011 році надавали у 58 дитячих самостійних поліклініках, 107 – офтальмологічних кабінетів у складі ЦРЛ та інших ЗОЗ, додатково функціонує 56 кабінетів охорони зору дітей та підлітків, 112 спеціалізованих дошкільних дитячих садків (на 11 207 дітей), 14 спеціалізованих школи – для дітей з вадами зору. Мережа обласних кабінетів охорони зору дітей у більшості розміщена на базі обласних дитячих консультативних поліклінік, саме сюди, для надання високоспеціалізованої амбулаторно-поліклінічної офтальмологічної допомоги направляють дітей із міських та районних дитячих поліклінік з складною, в т.ч. вродженою офтальмологічною патологією, для проведення діагностики, корекції зору, а за наявності показань – скерування пацієнтів на операційне, відновне лікування (до офтальмологічного відділення Обласної дитячої лікарні, в Національну дитячу спеціалізовану лікарню ОХМАТДИТ МОЗ України) чи для проведення реабілітації. Організовано роботу центрів дитячої офтальмології: Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. акад. В. П. Філатова НАМН України, Київський центр мікрочірургії ока, Кримський центр реабілітації зору, кафедри офтальмології академії післядипломної підготовки лікарів та медичних університетів. Проте на думку науковців, вітчизняна система реабілітації дітей після радикального операційного лікування вродженої або набутої офтальмологічної патології у перші роки життя дитини не досконала, оскільки не здатна забезпечити комплексний міжсекторальний підхід для повного відновлення фізичного, психологічного і соціального функціонування дитини, з урахуванням та оцінкою в динаміці змін показників компонентів якості життя, пов'язаних з офтальмологічним здоров'ям.

У більшості дітей із вродженими вадами органа зору та його придаткового апарату виникають розлади психофізичного розвитку, які проявляються у відставанні, порушенні рухової активності та просторової орієнтації, соціальної комунікації. Подолати ці труднощі дитині мають допомогти батьки, родина, спеціалісти освітніх закладів (у тому числі спеціалізованих) та тифлопедагоги. Діючою є мережа державних дошкільних освітніх закладів для дітей із порушенням зору (для дітей із слабобаченням, сліпотою, амбліопією, косоокістю), в яких мають змогу навчатися діти у віці від 2 до 7 років. У цих закладах дітей виховують, лікують, проводять відновні та розвиваючі заходи, готують до навчання в школі. Оскільки діти з порушенням зорових функцій мають несформовані навички орієнтації у просторі, відчувають складнощі в самообслуговуванні, прискоренню їх розвитку сприяє додаткова активізація компенсуючих систем орієнтації в просторі, таких, як дотик і слух. Подальше навчання і виховання у школах для дітей з особливими потребами (дітей зі сліпотою і слабобаченням) також фінансується державою та відбувається на засадах та за програмами тифлопедагогіки, як розділу педагогіки, за навчально-виховним, соціально-адаптаційним, санітарно-гігієнічним, лікувально-відновним та профорієнтаційним напрямками. Для учнів таких шкіл використовують різну літературу, видану за системою Брайля. В Україні з 2005 року запроваджено диференційовану систему навчання за двома формами: індивідуальна (домашня); загальна (дошкільна, шкільна). Залежно від величини населеного пункту і кількості дітей із вадами зору при дошкільних закладах загального типу функціонують спеціальні групи (переважно практикується в сільській місцевості) або у великих містах створені цілі спеціалізовані дошкільні заклади для дітей з вадами зору. Колегія Міністерства освіти і науки України та Президія НАМН України затвердили Державний стандарт спеціального навчання, за яким визначено етапи, умови (в т.ч. підручники і дидактичні посібники), мережу варіативних спеціалізованих дошкільних і шкільних закладів [34–36].

За останні роки мережа спеціальних закладів змінювалася, частину з них за відсутності дітей було тимчасово перепрофільовано, відкрито спеціалізовані навчально-реабілітаційні центри нового типу – “Школа життя” в м. Києві, “Джерело”, “Левеня” у м. Львові, Хортицький навчально-реабілітаційний центр у м. Запоріжжі. Процес перебування в спеціальному дошкільному закладі для дітей із порушенням зору, крім спільних завдань (формування основ здорового способу життя дитини, розвиток можливостей і творчого потенціалу, формування взаємин з рідними та близькими, забезпечення емоційного комфорту дитини, виховання поваги до загальнолюдських і національних цінностей), вирішує і спеціальні, пов’язані з виправленням дефекту зору в дітей (розвиток зорового сприйняття, навчання прийомам цілеспрямованого сприйняття на полісенсорній основі явищ, об’єктів, деталей, корекційно-реабілітаційна допомога з урахуванням нозології патології зору). Додатково лікар (дитячий офтальмолог) і тифлопедагог навчають батьків способам стимуляції залишкового зору з самого раннього віку. В арсеналі офтальмолога є лазерна плеоптика, електромагнітостимуляція, апарат “Ілюзіон” (для розгляду рухливих контрастна частотних об’єктів), фізіотерапевтичні методи лікування, електрофорез через повіки, ендоназальний, на комірцеву зону. Заняття відбуваються за програмами “Малютка” – перший рік життя та “Малюки” – з першого по третій рік життя [37–40].

ВИСНОВКИ Основна роль в ефективному впровадженні профілактики офтальмопатології серед дітей перших років життя належить службі ПМД, а саме, ме-

дичному персоналу первинного контакту з дитиною (дільничний педіатр, сімейний лікар, їх молодші спеціалісти з медичною освітою) та дитячому офтальмологу амбулаторно-поліклінічного рівня. На них покладено комплекс профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів, який необхідно проводити протягом перших років життя дитини.

Існуюча система вітчизняної вторинної і третинної (високоспеціалізованої) офтальмологічної допомоги дітям перших років життя представлена офтальмологічними відділеннями міських та обласних дитячих лікарень, мережею кабінетів охорони зору дітей та дитячої спеціалізованої лікарні ОХМАТДИТ МОЗ України, в яких медичну допомогу надають згідно з затвердженими медико-технологічними документами (стандартами, уніфікованими клінічними протоколами) за офтальмологічними нозологіями. На думку офтальмологів, недостатньою є частота проведення профілактичних оглядів та обсяг обстежень при їх здійсненні. Ряд авторів відмічає низький (30–40 %) відсоток дітей, які приходять на поглиблене обстеження до офтальмолога, після виявлення при профілактичному огляді зниженої гостроти зору, що засвідчує недосконалу організацію системи запрошення до лікаря. Вакантними залишаються посади у первинній ланці офтальмологічної допомоги в поліклініках та центральних районних лікарнях, що є суттєвою проблемою кадрового забезпечення служби.

Все вищенаведене зумовлює необхідність активізації лікувально-профілактичних заходів з охорони зору дітей і зумовлює необхідність пошуку нових форм організації даної роботи. Не втрачає актуальності пошук критеріїв та методів відбору груп дітей високого ризику, які мають підлягати обстеженню (лікарський огляд та інструментально-лабораторне обстеження), особливо серед народжених з екстремально низькою масою та недоношені немовлята.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Atlas of health in Europe / 2th edition 2008. – Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, 2008. – 126 p.
2. Boutayeb A. The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries / A. Boutayeb // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. – 2006. – Vol. 100. – P. 191–199. doi:10.1016/j.trstmh.2005.07.021 PMID:16274715.
3. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
4. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries / D. O. Abegunde, C. D. Mathers, T. Adam [et al.] // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 1929–1938. doi:10.1016/SO140-6736(07)61696-1 PMID:18063029.
5. World health statistics 2010. Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Борьба с основными болезнями в Европе – актуальные проблемы и пути их решения. Факты и цифры. – ЕРБ ВОЗ/03/06. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. – 7 с.
7. Ackland P. The accomplishments of the global initiative VISION 2020: The Right to Sight and the focus for the next 8 years of the campaign / P. Ackland // Indian J. Ophthalmol. – 2012. – Vol. 60, No. 5. – P. 380–386.
8. Регіональні особливості стану здоров'я населення України (за період 2005–2009 рр.) : монографія / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська. – К., 2010. – 174 с.
9. Охорона здоров'я в Україні: стан, проблеми, перспективи / В. М. Князевич, В. В. Лазорішинець, І. В. Яковенко [та ін.]. – К., 2009. – 440 с.
10. Заходи профілактичного спрямування щодо зниження захворюваності, поширеності хвороб / Н. В. Медведовська, Н. О. Кульчицька // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 1. – С. 58–61.

11. Альбицкий В. Ю. Современные подходы к изучению заболеваемости детского населения / В. Ю. Альбицкий, А. А. Модестов, Е. В. Антонова // Рос. педиатр. журн. – 2009. – № 4. – С. 4–7.
12. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2005–2006 роки. – К. : МОЗ України, Центр мед. статистики МОЗ України, 2007. – 306 с.
13. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006–2007 роки. – К. : МОЗ України, Центр мед. статистики МОЗ України, 2008. – 328 с.
14. Закономірності стану здоров'я населення України / Н. В. Медведовська, В. В. Лазоришенець, Т. К. Кульчицька, Г. О. Слабкий // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2009 р. – К., 2010. – С. 34–44.
15. Винникот Д. В. Разговор с родителями : пер. с англ. / Д. В. Винникот. – М. : Класс, 2007. – 94 с.
16. Гребенюк Т. М. Медико-педагогічна корекція зорового сприймання у дошкільників з вадами зору : навч. посіб. / Т. М. Гребенюк, І. О. Сасіна, Ю. В. Тімакова. – К., 2008. – 147 с.
17. Губарева Р. А. О некоторых медицинских проблемах в работе специализированных детских садов для детей с нарушением зрения / Р. А. Губарева, Е. И. Сидоренко // Российская педиатрическая офтальмология. – 2006. – № 1. – С. 9–12.
18. Должич Г. И. О взаимосвязи клинического течения близорукости с особенностями физического развития детей и подростков / Г. И. Должич, Н. Ю. Пыльцина // Вестник офтальмологии. – 2008. – № 5. – С. 50–52.
19. Досвід роботи обласного кабінету охорони зору дітей обласної дитячої клінічної лікарні / І. М. Кужда, Н. І. Гаврилишин, Р. Й. Котурбаш, С. Б. Завгородня // Офтальмол. журнал. – 2006. – № 3. – С. 245–247.
20. Игнатова Л. Ф. Современная технология социально-гигиенического мониторинга детского населения : автореф. дисс. на соискание уч. степени д. мед. наук : 14.02.03 : Общественное здоровье и здравоохранение / Л. Ф. Игнатова. – М., 2007. – 50 с.
21. Избранные лекции по детской офтальмологии / под ред. В. В. Нероева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 179 с.
22. Исследование привычного и вегетативного тонуса аккомодации у детей с миопией и гиперметропией / Е. П. Таррута, О. Б. Филинова, Н. Г. Кварацхелия, Р. Р. Толорая // Вестник офтальмологии. – 2010. – № 6. – С. 18–21.
23. Ковалевский Е. Н. Профилактика слабовидения и слепоты у детей / Е. Н. Ковалевский. Спб. : Изд. "Союз", 2005. – 224 с.
24. Конова С. Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения : автореф. дисс. на соискание уч. степени д. мед. наук : 14.02.03 : Общественное здоровье и здравоохранение / С. Р. Конова. – М., 2007. – 50 с.
25. Фильчикова П. И. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция / П. И. Фильчикова, М. Э. Вернадская, О. Парамей. – М. : Полиграф Сервис, 2004. – С. 115–162.
26. Стратегія зміцнення здоров'я в офтальмології / О. І. Тимченко, С. О. Риков, О. П. Вітовська, Г. І. Степанюк // Мед. перспективи. – 2008. – № 4. – С. 87–93.
27. Системный подход к охране зрения у детей, необходимость раннего вмешательства / Е. К. Сумерина, О. В. Глазунова, В. А. Хромова [и др.] // Поликлиника. – 2007. – № 1. – С. 88.
28. Сидоренко Е. И. Доклад по охране зрения детей. Проблемы и перспективы детской офтальмологии / Е. И. Сидоренко // Вестн. офтальмологии. – 2006. – № 1. – С. 41–42.
29. Розенблюм Ю. З. Острота зрения, рефракция и аккомодация у детей / Ю. З. Розенблюм, О. В. Проскурина // В кн.: Зрительные функции и их коррекция у детей. Руководство для врачей. – М. : Медицина, 2005. – С. 38–65.
30. Сайдашева Э. И. Совершенствование офтальмологической помощи новорожденным детям в условиях мегаполиса : автореф. дисс. на соискание уч. степени д. мед. наук : 14.02.03 : Общественное здоровье и здравоохранение / Эльвира Ирековна Сайдашева. – СПб., 2010. – 42 с.
31. Нероев В. В. Избранные лекции по детской офтальмологии / под ред. В. В. Нероева. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 184 с.
32. Катаргина Л. А. Ретинопатия недоношенных / Л. А. Катаргина, Л. В. Коголева // В кн. : Избранные лекции по детской офтальмологии; под ред. В. В. Нероева. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2009. – С. 27–61.
33. Инвалидность детского населения России / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Д. И. Зелинская, Р. Н. Терлецкая – М. : Центр развития межсекторальных программ, 2008. – 240 с.
34. Івахно О. П. Наукове обґрунтування профілактичних заходів збереження та зміцнення здоров'я дітей у сучасній системі дошкільної освіти : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : 14.02.01 / Олександра Петрівна Івахно; Ін-т гігієни та мед. екології ім. О. М. Марзєєва АМН України. – К., 2009. – 39 с.
35. Сумарокова И. Т. Оптимизация родительского отношения в процессе психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с глубокими нарушениями зрения : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. психологических наук : 19.00.07, 19.00.10 : Коррекционная психология / Ирина Германовна Сумарокова. – Нижний Новгород, 2009. – 23 с.
36. Емельянов А. А. Комплексная оценка состояния здоровья детей с нарушениями зрения и оптимизация условий их воспитания и оздоровления в специализированных дошкольных образовательных учреждениях : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.00.07 : Гигиена / Антон Алексеевич Емельянов. – М., 2009. – 22 с.
37. Солодянкина О. В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О. В. Солодянкина. – М. : АРКТИ, 2007. – 80 с.
38. Дубиніна Т. Є. Медичне забезпечення дітей організованих колективів міста / Т. Є. Дубиніна // Підсумки роботи галузі Охорона здоров'я столиці в 2010 році, завдання та перспективи розвитку ; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2010. – С. 42–45.
39. Киргизова О. Ю. Основы восстановительной медицины в педиатрии : учеб. пособ. / О. Ю. Киргизова, Е. В. Неретина. – Иркутск : ГОУ ДПО ИГиУВ : НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2008. – 223 с.
40. Кислинская Т. А. Как восстановить и сохранить зрение у ребенка / Т. А. Кислинская. – СПб. : Питер, 2011. – 125 с.

Отримано 13.07.16