

совершеннолетнего. Так, если несовершеннолетний захочет обратиться в суд для защиты своих интересов, он сначала должен обратиться к законным представителям, которые и будут представлять его интересы в суде. Соответственно, врачебная тайна нарушается автоматически.

Кроме того, целесообразным будет предусмотреть в отечественном законодательстве случаи исключения из положения о сохранении медицинской тайны и предоставление возможности получения законными представителями сведений об оказанной медицинской услуге несовершеннолетнему лицу от 15 до 18 лет — в целях защиты его интересов.

С другой стороны, исключая некоторые особые случаи, сохранение врачебной тайны в отношении несовершеннолетних, достигших возраста 15 лет, должно соблюдаться неукоснительно, поскольку их нравственные переживания, связанные с разглашением диагноза конкретного заболевания либо даже самого факта госпитализации (например, в лечебно-профилактическое учреждение наркологического профиля, гинекологическое отделение и т.д.), в результате чего они станут известны их сверстникам, будут весьма сильными и могут повлечь за собой самые неблагоприятные последствия вплоть до суицидальных попыток.

Сохранение врачебной тайны в отношении несовершеннолетних (так же, как и других граждан) обеспечивается уголовной ответственностью (ст. 137 Уголовного кодекса РФ), а также может

гарантироваться и с помощью других правовых средств.

ВЫВОД

Анализируя права и свободы несовершеннолетних в качестве пациентов медицинских организаций, следует отметить, что в сфере оказания медицинских услуг отсутствует правовая база для многих отношений с несовершеннолетними, а также данный вопрос слабо разработан в соответствии с возрастными категориями несовершеннолетних.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженов Н.О., Иваненко Н.С. Правовые аспекты информированного добровольного согласия. *Мед. право*. 2012; (6): 13–16. [Bazhenov N.O., Ivanenko N.S. Legal aspects of informed consent. *Meditsinskoe pravo*. 2012; (6): 13–16. (In Russ.)]
2. Борисов Т. Спас на крови. *Рос. газета*. 2010, 13 октября; №5310. [Borisov T. The church of the Spilled Blood. *Rossiyskaya gazeta*. 2010, October 13; №5310. (In Russ.)]
3. Иванюшкин А.Я., Лапин Ю.Е. Права ребёнка-пациента (этическая экспертиза действующего российского законодательства.) *Мед. право*. 2004; (2): 11–14. [Ivanyushkin A.Ya., Lapin Yu.E. Rights of the child-patient (ethical review of Russian legislation.) *Meditsinskoe pravo*. 2004; (2): 11–14. (In Russ.)]
4. Петрова И.А., Жилиева Е.П. Особенности прав ребёнка как пациента. *Мед. право и этика*. 2003; (3): 20–22. [Petrova I.A., Zhilyeva E.P. Features of the child rights as a patient. *Meditsinskoe pravo i etika*. 2003; (3): 20–22. (In Russ.)]

УДК 614.2: 614.8.067.3: 617.751.6: 617.751.98-036.86-053.2 (479.24)

РОЛЬ БОЛЕЗНЕЙ ГЛАЗ В ОГРАНИЧЕНИИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Лейла Фикрет кызы Каграманова, Камал Фазиль кызы Агаева*

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку,
Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-1057

Цель. Оценить динамику частоты первичных случаев ограничения возможностей здоровья детского населения Азербайджанской Республики и определить роль болезней глаз в формировании риска детской инвалидности.

Методы. Были использованы материалы Госкомстата Азербайджана за 2009–2013 гг., где есть сведения о первичных случаях ограничения возможностей здоровья детей. Для изучения нозологических причин ограничения возможностей детского населения вследствие глазных болезней были использованы материалы медицинского освидетельствования детей за 2013 г. (всего 497 детей, признанных инвалидами). Статистическая обработка материала проведена методами анализа качественных признаков.

Результаты. У детей до 18 лет за 2009 и 2013 гг. статистически значимое увеличение отмечено по частоте первичных случаев ограничения возможностей здоровья вследствие всех выделенных классов болезней, за исключением болезней уха (соответственно $0,80 \pm 0,05$ и $0,78 \pm 0,05$ на 10 тыс.; $p > 0,05$). Доля болезней глаз среди причин первичных случаев ограничения возможностей здоровья за 2009, 2010 и 2011 гг. существенно не изменялась (соответственно $7,3 \pm 0,33$; $7,1 \pm 0,34$ и $7,9 \pm 0,29$; $p > 0,05$). В 2012 г. её величина статистически значимо ($p < 0,05$) снижается ($6,2 \pm 0,26\%$), и эта тенденция сохраняется в 2013 г. В Азербайджане наблюдается динамичный рост частоты первичных случаев ограничения возможностей здоровья детей вследствие болезней эндокринной и нервной системы, психических расстройств, врождённых пороков развития, болезней органов дыхания, кровообращения и глаз.

Заключение. Доля болезней глаз среди причин первичных случаев ограничения возможностей здоровья детей с их возрастом увеличивается, а в динамике за 2009–2013 гг. уменьшается; особенности нозологической структуры

причин детской инвалидности вследствие болезней глаз в Азербайджане — низкая доля травм глаз, ретинопатии недоношенных и врождённой катаракты, высокая доля нарушений рефракции и патологии зрительного нерва.

Ключевые слова: болезни органа зрения, ограничение возможностей здоровья, дети.

THE ROLE OF EYE DISEASES IN DISABILITIES OF CHILDREN POPULATION

L.F. Kagramanova, K.F. Agaeva

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after academic Aziz Aliyev, Baku, Azerbaijan

Aim. To estimate the disabilities new cases incidence dynamics in children population of the Azerbaijan Republic and define the role of eye diseases in the formation of the children disability risk.

Methods. The State Statistics Committee of Azerbaijan materials over a period of 2009–2013 were used, which included information on primary cases of children disabilities. To study the children population disabilities nosologic causes as a result of eye diseases children medical examination results in 2013 (total 497 children considered disabled) were used. Statistical analysis was performed using the qualitative characteristics analysis method.

Results. In children up to 18 years old over a period of 2009 and 2013 a statistically significant increase in disabilities new cases rate was observed as a result of all the selected diseases groups, except for ear diseases (0.80 ± 0.05 and 0.78 ± 0.05 per 10 thousand respectively; $p > 0.05$). The eye diseases proportion among the causes of disabilities primary cases did not significantly change in 2009, 2010 and 2011 (7.3 ± 0.33 ; 7.1 ± 0.34 and $7.9 \pm 0.29\%$ respectively; $p > 0.05$). In 2012, its value significantly ($p < 0.05$) reduced ($6.2 \pm 0.26\%$), and this tendency continued in 2013. The dynamic increase of children disabilities new cases rate as a result of endocrine and nervous system diseases, psychiatric disorders, congenital malformations and diseases of the respiratory, circulatory systems and eyes was observed in Azerbaijan.

Conclusion. The eye diseases proportion among the causes of children disabilities primary cases increases with age, and decreases over time in 2009–2013; nosological structure features of children disability causes due to eye diseases in Azerbaijan are the low proportion of eye injuries, prematurity retinopathy and congenital cataract and high proportion of refraction disturbances and optic nerve pathology.

Keywords: ophthalmological diseases, disabilities, children.

Сложная задача современной системы здравоохранения — медицинское обеспечение детей с ограниченными возможностями здоровья. Для определения стратегии медико-социальной профилактики инвалидности периодически изучают их причины и основные тенденции [1–3, 6, 7].

В данной работе поставлена цель оценить динамику частоты первичных случаев ограничения возможностей здоровья детского населения Азербайджанской Республики и определить роль болезней глаз в формировании риска детской инвалидности.

В соответствии с целью работы были использованы материалы Госкомстата Азербайджана за 2009–2013 гг., где есть сведения о первичных случаях ограничения возможностей здоровья детей. Для изучения нозологических причин ограничения возможностей детского населения вследствие глазных болезней были использованы материалы медицинского освидетельствования детей за 2013 г. (всего 497 детей, признанных инвалидами).

Статистическая обработка материала проведена методами анализа качественных признаков, определялась ежегодная частота и стандартная ошибка первичных случаев ограничения возможностей здоровья по возрастным группам (0–3, 4–7, 8–13 и 14–17 лет) и по их причинам в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), доля болезней глаз среди причин инвалидности в динамике, доля отдельных нозологических форм среди болезней глаз. При расчёте доверительного интервала величина критерия t составляла 1,96. Основная тенденция динамики показателей определялась уравнениями регрессии [4].

Частота (на 10 тыс. детей) соответствующих возрастов первичных случаев ограничения возможностей здоровья детского населения Азербайджанской Республики за 2009–2013 гг. представлена в табл. 1.

У детей до 18 лет за 2009 и 2013 гг. статистически значимое увеличение отмечено по частоте первичных случаев ограничения возможностей здоровья вследствие всех выделенных классов болезней, за исключением болезней уха (соответственно $0,80 \pm 0,05$ и $0,78 \pm 0,05$ на 10 тыс.; $p > 0,05$). Более выраженное увеличение характерно для случаев ограничения возможностей здоровья вследствие болезней органов дыхания (в 3 раза), кровообращения (в 2 раза), нервной системы (в 1,6 раза).

В целом в 2013 г. по сравнению с 2009 г. частота первичных случаев ограничения возможностей здоровья детского населения увеличилась в 1,5 раза (соответственно $30,80 \pm 0,33$ и $20,07 \pm 0,26$ на 10 тыс.). Рейтинг (порядковое место по мере убывания частоты) отдельных причин в 2009 и 2013 гг. в основном изменился, стабильный рейтинг был у болезней эндокринной системы (9-е место), нервной системы (1-е место) и глаз (5-е место). Более существенно изменился рейтинг болезней органов дыхания (с 6-го места на 3-е место).

Наибольшая частота первичных случаев ограничения возможностей здоровья за весь период наблюдения зафиксирована у детей в возрасте 4–7 лет ($27,84 \pm 0,67$ на 10 тыс. в 2009 г., $44,67 \pm 0,84$ на 10 тыс. в 2013 г.), а наименьшая — в возрасте 14–17 лет (соответственно $12,27 \pm 0,37$ и $19,17 \pm 0,50$ на 10 тыс.).

По вероятности первичных случаев ограничения возможностей здоровья рейтинг возрастных периодов жизни детей в 2009 г. (первое место — возраст 4–7 лет, второе место — 0–3 года, последующие места — возраст 8–13 и 14–17 лет) отличался от их рейтинга в 2013 г. (соответственно 4–7, 8–13, 0–3 и 14–17 лет).

Изменения с возрастом детей вероятности первичных случаев ограничения возможностей здоровья вследствие болезней нервной системы соответствовало динамике таковой вследствие всех причин инвалидности. Вероятность первич-

Таблица 1

Частота первичных случаев ограничения возможностей здоровья детского населения Азербайджана (на 10 тыс. детей соответствующего возраста)

Нозологические причины	Годы	Возраст детей, годы				
		0-3	4-7	8-13	14-17	0-17
Туберкулёз	2009	—	0,11±0,04	0,20±0,05	0,22±0,05	0,14±0,02
	2013	—	0,20±0,06	0,34±0,07	0,28±0,06	0,22±0,03
Болезни органов дыхания	2009	0,31±0,06	1,15±0,14	1,74±0,16	0,58±0,08	0,91±0,06
	2013	0,86±0,10	4,42±0,26	4,78±0,27	1,49±0,17	2,70±0,10
Болезни эндокринной системы	2009	0,22±0,06	0,64±0,10	0,71±0,10	0,33±0,06	0,46±0,04
	2013	0,22±0,05	0,78±0,11	1,22±0,13	0,71±0,10	0,69±0,05
Психические расстройства	2009	1,11±0,12	2,60±0,20	3,54±0,23	1,86±0,14	2,24±0,09
	2013	1,26±0,12	4,22±0,26	4,09±0,25	2,68±0,19	2,92±0,10
Болезни нервной системы	2009	5,95±0,29	8,07±0,35	5,82±0,28	3,53±0,22	5,43±0,14
	2013	9,38±0,33	12,83±0,44	8,71±0,37	4,81±0,27	8,54±0,17
Болезни глаз	2009	0,83±0,11	1,88±0,17	1,95±0,17	1,14±0,11	1,38±0,07
	2013	0,83±0,09	2,41±0,19	2,53±0,20	1,44±0,14	1,72±0,10
Болезни уха	2009	0,86±0,11	1,3±0,15	0,73±0,10	0,38±0,07	0,80±0,05
	2013	0,62±0,09	1,14±0,13	0,97±0,12	0,48±0,08	0,78±0,05
Болезни органов кровообращения	2009	0,74±0,10	1,12±0,13	0,85±0,11	0,50±0,07	0,78±0,05
	2013	1,21±0,12	1,94±0,17	2,19±0,18	0,90±0,11	1,51±0,07
Врождённые аномалии	2009	2,92±0,20	2,89±0,21	2,03±0,17	0,65±0,08	2,02±0,08
	2013	4,04±0,22	1,94±0,17	2,01±0,18	0,97±0,11	2,60±0,09
Травмы	2009	0,89±0,11	1,33±0,15	1,64±0,15	0,83±0,10	1,15±0,06
	2013	1,15±0,12	2,01±0,18	2,35±0,19	1,25±0,13	1,62±0,07
Все	2009	18,24±0,51	27,84±0,67	14,65±0,46	12,270,37	20,07±0,26
	2013	25,85±0,56	44,67±0,84	37,50±0,76	19,17±0,50	30,80±0,33

Таблица 2

Доля (%) болезней глаз среди первичных случаев ограничения возможностей здоровья детского населения Азербайджана в зависимости от возраста

Годы	Возраст	0-3	4-7	8-13	14-17	0-17
		2009	4,6±0,62	6,9±0,64	8,0±0,66	9,4±0,84
2010	4,5±0,57	6,8±0,60	7,9±0,65	9,3±0,88	7,1±0,34	
2011	4,4±0,45	8,5±0,56	9,0±0,59	9,8±0,75	7,9±0,29	
2012	5,1±0,46	6,5±0,47	6,2±0,49	7,4±0,71	6,2±0,26	
2013	3,2±0,38	5,4±0,42	6,8±0,51	7,5±0,69	5,6±0,24	

ных случаев ограничения возможностей здоровья вследствие врождённых аномалий с возрастом детей уменьшается.

Доля болезней глаз среди причин первичных случаев ограничения возможностей здоровья (табл. 2) за 2009, 2010 и 2011 гг. существенно не изменялась (соответственно 7,3±0,33, 7,1±0,34 и 7,9±0,29%; $p > 0,05$). В 2012 г. её величина статистически значимо ($p < 0,05$) снижалась (6,2±0,26%), и эта тенденция сохраняется в 2013 г. Доля болезней глаз среди причин первичных случаев ограничения возможностей здоровья (y) с возрастом (x) увеличивалась, её динамика была линейной и описывалась уравнением регрессии: $y = 1,55x + 3,25$; $R^2 = 0,97$.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что за наблюдаемые 5 лет (2009-2013 гг.)

существенно увеличилась доля детей с нарушением функции зрения (слепые и слабовидящие) на популяционном уровне, которая составляла 0,486±0,04% в 2009 г. и 0,55±0,04% в 2013 г. (95% доверительный интервал соответственно 0,41-0,57 и 0,48-0,64%). За отмеченный период в 1,6 раза возрос удельный вес слепых детей (0,016±0,001% всех детей в 2009 г. и 0,026±0,001% в 2013 г.).

Соотношение слепых и слабовидящих детей составляло 1:30 в 2009 г. и 1:20 в 2013 г. Доля слепых среди контингента слепых и слабовидящих детей была максимальной в возрасте до 1,5 года (28,3±4,4%) и уменьшалась динамично по мере увеличения возраста (13,8±1,4% в возрасте 1,5-3 лет, 6,7±0,5% в возрасте 4-6 лет, 4,4±0,4% в 7 лет, 3,9±0,2% в 8-10 лет и 3,3±0,1% в возрасте 11-17 лет).

Нозологическая структура причин ограниче-

ния возможностей здоровья вследствие глазных болезней приведена в табл. 3, которая свидетельствует о преобладании удельного веса нарушений рефракции (95% доверительный интервал 45,5–52,3%). Доля врожденной глаукомы (0,4%), травм (0,8%) и ретинопатии недоношенных (1,6%) среди причин ограничения возможностей здоровья детей относительно невысока.

Частота первичных случаев ограничения возможностей здоровья детского населения Азербайджана в 2009 г. (20,07±0,26 на 10 тыс.) близка к уровню первичной инвалидности детского населения (25,4 на 10 тыс.) в Калужской области в 2009 г. [1]. 5-летний прирост показателя (по нашим данным — в 1,5 раза, по данным [1] — в 1,4 раза) также сходный.

Более существенное различие имеется по структуре причин инвалидности детей. По нашим данным, ведущими причинами детской инвалидности являются болезни нервной системы (27,2% в 2009 г., 28,5% в 2013 г.), психические расстройства (соответственно 11,2 и 9,7%) и врожденные аномалии (10,1 и 8,7%). По данным [1], среди причин детской инвалидности первые три места последовательно занимают врожденные аномалии, психические расстройства и болезни нервной системы (соответственно 31,6; 16,3 и 12,7%). Наши данные существенно отличаются от данных [1] по возрастному риску первичной инвалидности. По нашим данным, частота первичной инвалидности в возрасте 14–17 лет в 2 раза меньше таковой в возрасте до 14 лет, а по данным [1] первичная инвалидность в возрасте 0–14 и 15–17 лет практически одинакова.

Доля зрительных нарушений среди причин первичной инвалидности детей (по нашим данным — 7,3%, по данным [1] — 6,3% в 2009 г.) в основном сходная.

Сравнение наших данных с [5] свидетельствует о существенном различии между ними по структуре патологии среди причин инвалидности вследствие глазных болезней. В Азербайджане сравнительно меньше доля травм глаз, ретинопатии недоношенных и врожденной катаракты, но существенно выше доля аномалии рефракции и патологии зрительного нерва среди причин инвалидности.

Отмеченные особенности частично могут быть связаны с разными возможностями выхаживания маловесных новорожденных (в Азербайджане чрезвычайно высока легальность среди новорожденных с массой тела менее 1000 г). А.И. Ричард [7] отмечает, что успешное выхаживание маловесных новорожденных ассоциируется с повышением риска выраженной миопии и ретинопатии.

ВЫВОДЫ

1. В Азербайджане наблюдается динамичный рост частоты первичных случаев ограничения возможностей здоровья детей вследствие болезней эндокринной и нервной системы, психических расстройств, врожденных пороков развития, болезней органов дыхания, кровообращения и глаз.

2. Доля болезней глаз среди причин первичных случаев ограничения возможностей здоровья детей с их возрастом увеличивается, а в динамике за 2009–2013 гг. уменьшается.

3. Особенности нозологической структуры причин детской инвалидности вследствие болезней глаз в Азербайджане — низкая доля травм глаз, ретинопатии недоношенных и врожденной катаракты, высокая доля нарушений рефракции и патологии зрительного нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А. и др. Заболеваемость детского населения России (итоги комплексного медико-статистического использования). *Здравоохран. РФ*. 2012; (5): 21–26. [Baranov A.A., Al'bitskiy V.Yu., Modestov A.A. et al. The morbidity of children population in Russia: the outcomes of comprehensive medical statistical study. *Zdravookhranenie Rossiyskoy federatsii*. 2012; (5): 21–26. (In Russ.)]
2. Григорьев Ю.И., Ершов А.В. Первичная инвалидность детского населения Калужской области. *Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и ист. мед.* 2012; (3): 8. [Grigor'ev Yu.I., Ershov A.V. The primary disability of children population in Kaluga oblast. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012; (3): 8. (In Russ.)]
3. Сайдашева Э.И., Бабенко О.Д. Основные причины формирования инвалидности по зрению у детей раннего возраста в Санкт-Петербурге. *Вестн. Рос. воен.-мед. академии*. 2010; 1 (29): 163–166. [Saydasheva E.I., Babenko O.D. The main causes of disability in the formation of vision in young children in St. Petersburg. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii*. 2010; 1 (29): 163–166. (In Russ.)]
4. Стентон Г. *Медико-биологическая статистика*. М. 1999; 459 с. [Stanton G. *Mediko-biologicheskaya statistika*. (Primer of biostatistics.) Moscow. 1999; 459 p. (In Russ.)]
5. Entekume G., Patel J., Sivasubramaniam S. et al. Prevalence, causes and risk factors for functional low vision I Nigeria: results from the national survey of blindness and visual impairment. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 2011; 52: 6714–6719.
6. Kim J.H., Joo K.S., Moon N.J. Characteristics of 681 low vision patients in Korea. *J. Korean Med. Sci.* 2010; 25: 1217–1221.
7. Richard A.I. Causes of blindness and low vision in Bayelsa State, Nigeria: a clinic based study. *Nig. Q. J. Hosp. Med.* 2010; 20: 125–128.