

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ПЕРВИЧНАЯ ОТКРЫТОУГОЛЬНАЯ ГЛАУКОМА В ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА ОРЕНБУРГА

Глаукома является одним из основных инвалидизирующих заболеваний в мире. Проанализировано 400 амбулаторных карт пациентов с диагнозом первичная открытоугольная глаукома. Установлено, что большему количеству пациентов диагноз глаукома установлен во II и III стадии, что свидетельствует о необходимости пересмотра существующей системы диспансеризации данной группы.

**Ключевые слова:** глаукома, диспансеризация, заболеваемость.

### Актуальность

Глаукома – одно из инвалидизирующих заболеваний, приводящих к необратимой слепоте и слабовидению. В нозологической структуре слепоты и слабовидения доля глаукомы составляет 29% [1, 3, 4].

Всего в мире насчитывается 60,5 млн больных глаукомой, среди них 4,5 млн имели значительное снижение зрения вследствие этого заболевания, а к 2020 году ожидается рост больных с глаукомой до 79,6 млн [9].

Несмотря на внедрение новых методов диагностики и лечения, проблема глаукомы остается сложной проблемой, с каждым годом увеличивается удельный вес тяжелых исходов. Глаукомой болеют от 70 до 90 млн человек в мире, около 10% из них становятся слепыми на оба глаза [5]. Несмотря на наличие современного диагностического оборудования, ранняя диагностика глаукомы остается актуальной проблемой как в регионах, так и в центральной России.

В процессе лечения глаукомы, особенно длительной, важным показателем является сохранение качества жизни пациентов [11]. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что изменения привычного образа жизни, вызванные фактом болезни, необходимостью четкого выполнения рекомендаций врача, очень болезненно переносятся пациентом и часто являются причиной отказа от назначенного лечения. Кроме того, больные глаукомой, несмотря на прием препаратов, не чувствуют очевидного улучшения зрения.

Единственным эффективным и клинически подтвержденным методом лечения этого заболевания является снижение внутриглазного давления [6].

Выделяют общие и местные факторы риска, влияющие на возникновение и прогресси-

рование глаукомы. К общим факторам относят возраст старше 60–65 лет, неблагоприятную наследственность, сахарный диабет, артериальную гипертонию, гипотиреоз, диэнцефальную патологию. Местные факторы риска включают изменения в глазу, вызванные миопией, дистрофией радужки, псевдоэкзофалиативным синдромом, синдромом пигментной дисперсии. Известные исследователи в области глаукомы Van Buskirk и Cioffi дают определение глаукомы как оптической нейропатии, вызванной различными причинами, в том числе и повышенным внутриглазным давлением, которое является ведущим среди других [5, 7, 8, 10, 12].

Ранняя диагностика глаукомы имеет решающее значение для сохранения зрения пациентов. В настоящее время офтальмологи не могут вылечить глаукому полностью, тем не менее они в состоянии замедлить процесс и сохранить зрение пациентам на протяжении их жизни. Но это возможно лишь при условии, если заболевание диагностировано в самом начале.

Ранняя диагностика глаукомы – это диагностика ранней стадии глаукомы, то есть такой стадии, когда имеются лишь периодические подъемы внутриглазного давления, но при этом отсутствуют какие-либо дефекты в поле зрения или анатомические изменения в глазу. В настоящее время из-за сложности диагностики ранняя стадия не входит в классификацию глаукомы, однако когда-нибудь, по мере улучшения методов диагностики, эту стадию глаукомы придется включить в классификацию [2].

### Цель исследования

Проанализировать структуру диспансерной группы пациентов с диагнозом первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) и устано-

вить своевременность ее выявления на поликлиническом этапе.

### **Материал и методы**

Данное исследование проведено по анализу амбулаторных карт в поликлиниках города Оренбурга. На первом этапе врачами поликлиник заполнены карты пациентов с ПОУГ на основе амбулаторных карт (форма 025/у-04), за весь период их наблюдения. Максимальный период составил 28 лет с 1983 по 2010 год. Критериями отбора пациентов явились: диагноз первичная открытоугольная глаукома на оба глаза, период наблюдения не менее пяти лет, отсутствие сопутствующей глазной патологии. Проанализировано 400 амбулаторных карт. Оценивалась возрастная и половая структура; стадия впервые выявленной глаукомы, наличие инвалидности по зрению на момент постановки на учет.

Для постановки диагноза пациентам использовался минимальный необходимый объем исследований, таких как визометрия без коррекции и с максимальной коррекцией, биомикроскопия, гониоскопия, прямая офтальмоскопия, тонометрия, исследование центрального и периферического полей зрения, что соответствовало оснащению первичного поликлинического звена.

Определение остроты зрения проводилось с помощью таблицы оптотипов Сивцева-Голвина, помещенной в аппарат Рота. Исследование и коррекция аномалий рефракции выполнялась субъективным методом с использованием стандартного набора пробных очковых стекол.

Биомикроскопия проводилась на щелевой лампе, как правило, отечественного производства, которой оснащены кабинеты врачей-офтальмологов в поликлиниках города. Обращали внимание на сосуды конъюнктивы, роговицу (наличие отека, псевдоэксфолиатов на эндотелии), глубину передней камеры, радужку (зрачковый край, псевдоэксфолиаты), хрусталик (с целью исключения вторичной, факогенной глаукомы). Гониоскопия проводилась гониоскопом по Ван-Бойнингену, с последующей оценкой профиля угла, наличия синехий, псевдоэксфолиаций и отложения пигмента.

Измерение внутриглазного давления проводилось тонометром Маклакова, грузиком 10 гр, тем же методом проводилась суточная тонометрия.

При проведении прямой офтальмоскопии с помощью ручного офтальмоскопа оценивалась экскавация диска зрительного нерва, наличие перипапиллярной атрофии, сдвига сосудистого пучка и мелких геморрагий.

Периметрия проводилась с помощью ручного периметра Ферстера, а также в некоторых случаях на проекционном универсальном перифрафе проводилась кинетическая периметрия.

### **Результаты и обсуждения**

По данным Министерства здравоохранения Оренбургской области на начало 2012 года на территории Оренбургской области на диспансерном учете с диагнозом глаукома состояло 9246 человек, из них у 2382 впервые выявленная глаукома в 2011 г. Большинству пациентов в 2011 г. диагноз первичная открытоугольная глаукома установлен в I стадии (50%), у 2% данный диагноз был поставлен в IV стадии.

За период наблюдения наибольшее количество пациентов из исследуемой группы поставлено на учет в период с 2004 по 2008 год (50%).

Минимальный возраст пациентов составил 38 лет (2 человека – 0,5%), максимальный возраст 85 лет, при этом средний возраст пациентов с ПОУГ 63 года.

В I стадии диагноз ПОУГ был установлен лишь у 35%, из них 35% мужчин и 65% женщин, средний возраст составил 59 лет, минимальный 40 лет, максимальный 84 года, наиболее часто глаукома в I стадии выявлена в возрасте от 50 до 66 лет (58%).

У 40% обследуемых глаукома выявлена во II стадии, при этом средний возраст составил 63 года, максимальный 85 лет, а минимальный 38 лет. Однако у наибольшего количества пациентов данный диагноз был установлен в возрасте от 60 до 73 лет (60%). При этом женщин в данной группе большинство – 69% и 31% мужчин.

Впервые выявлена глаукома в III стадии у 17,5% пациентов, из них 35% мужчин, 65% женщин, средний возраст данной группы 69 лет, минимальный 50 лет, максимальный 83 года. В возрасте от 68 до 78 наибольшее количество пациентов встало на диспансерный учет с диагнозом ПОУГ в III стадии (51%).

Глаукома в IV стадии была выявлена у 7,5% пациентов, впервые вставших на учет, из них 30% мужчин, 70% женщин, средний возраст ко-

торых составил 61 год, наименьший 48 лет, наибольший 80 лет.

Следует отметить, что из 400 обследуемых у 85% диагноз глаукомы был установлен на оба глаза при первой постановке на учет, а при последующем наблюдении к 2010 году у 100% исследуемых диагноз ПОУГ был установлен в процессе динамического наблюдения и на парном глазу. Важно отметить, что в трудоспособном возрасте на момент постановки на диспансерный учет находилось 139 человек (34,7%), из них 58% женщин, 42% мужчин, при этом I стадия у 44%, II стадия у 29%, III стадия у 13%, IV стадия у 14%.

У 2,5% пациентов на момент постановки на диспансерный учет была установлена инвалидность (по зрению), из них II группы 3 человека женского пола в возрасте 81–83 года и III группы – 7 человек мужского пола, из них 6 трудоспособного возраста.

### **Заключение**

Таким образом, проведенный анализ показал, что у 65% пациентов диагноз ПОУГ был установлен во II, III, и IV стадиях, что свидетельствует о невысокой выявляемости глаукомы на ранней стадии, низкой информированности и отсутствии настороженности у пациентов из группы риска. Диагноз первичная открытоугольная глаукома выявлен у пациентов в возрасте 38 лет, данный факт требует пересмотра существующих стандартов измерения ВГД после 40 лет и проведения периметрии, что учтено в новом стандарте оказания медицинской помощи. Наличие у 6 человек из 400 исследуемых инвалидности по зрению в трудоспособном возрасте заставляет

задуматься о существующей системе профосмотров и диспансерного наблюдения работающего населения, которая так же требует пересмотра.

С целью повышения эффективности системы раннего выявления глаукомы, совершенствования методов ее диагностики и диспансеризации таких пациентов возможно проведение ряда мероприятий:

1) проведение санитарно-просветительной работы среди населения с использованием средств массовой информации;

2) усиление активной диспансеризации работающего населения;

3) проведение скрининговых обследований пациентов на глаукому с 35 лет, имеющих факторы риска и семейный анамнез по глаукоме;

4) возобновление работы глаукомных кабинетов в поликлиниках и проведение глаукомных дней для пациентов с целью повышения информированности пациентов о данном заболевании, о первых симптомах и повышения настороженности в отношении глаукомы;

5) пересмотр оснащения кабинета офтальмолога поликлинического звена, оснащение современными периметрами, пневмотонометрами и офтальмоскопами, позволяющими диагностировать глаукому на ранних стадиях и сократить время обследования пациента;

6) повышение уровня знаний на последипломном этапе по вопросам диагностики, профилактики и лечения глаукомы у врачей-офтальмологов;

7) возобновление системы кабинетов доврачебного контроля в поликлиниках, где необходимо выявлять пациентов группы риска по глаукоме.

16.05.2012

### **Список литературы:**

1. Волков, В. В. Глаукома при псевдонормальном давлении : Руководство для врачей / В. В. Волков. – М. : Медицина, 2001. – 352 с.
2. Гамм, Э. Г. Ранняя диагностика глаукомы / Э. Г. Гамм // Глаукома. – 2011. – № 3. – С. 56.
3. Либман, Е. С. Слепота и инвалидность по зрению в населении России / Е. С. Либман, Е. В. Шахова // Всесоюз. съезд офтальмологов, 8-й : Тезисы докл. – М., 2005. – С. 78–79.
4. Нестеров, А. П. Первичная открытоугольная глаукома : патогенез и принципы лечения / А. П. Нестеров // Клиническая офтальмология. – 2000. – Т. 1, № 1. – С. 4–5.
5. Нестеров, А. П. Глаукома / А. П. Нестеров. – М. : Мединформ, 2008. – 360 с.
6. Comparison of treatment outcomes within race. Seven year results // Ophthalmology. – 1998. – № 105. – P. 1146–1164.
7. Hitchings, R. A. Outcome measures for glaucoma treatment / R. A. Hitchings // Br. J. Ophthalmol. – 1997. – Vol. 81. – P. 427.
8. Leske, M. C. Intraocular pressure, cardiovascular risk variables, and visual field defects / M. C. Leske, M. Podgor // Am. J. Epidemiology. – 1983. – Vol. 118. – P. 280–287.
9. Quigley, H. A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // Br. J. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 90. – P. 262–267.
10. Spaeth, G. L. Seven steps to assure the best possible treatment of persons with normal-tension glaucoma or suspecting of having glaucoma / G. L. Spaeth // Oftalmologia (Romania). – 1999. – Vol. 49, № 4. – P. 19.
11. Compliance barriers in glaucoma : A systematic classification / J. C. Tsai [et al.] // Glaucoma. – 2003. – Vol. 12, № 5. – P. 393–398.
12. Van Buskirk, E. Glaucomatous optic neuropathy / E. Van Buskirk, G. Cioffi // Am. J. Ophthalmol. – 1999. – Vol. 113. – P. 447–452.

Сведения об авторе:

**Канюков Владимир Николаевич**, директор Оренбургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

**Борщук Евгений Леонидович**, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения №1 Оренбургской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук

**Воронина Александра Евгеньевна**, врач-офтальмолог ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

460052, г. Оренбург, ул. Салмышская, 17, тел. (3532) 650682, e-mail: nauka@ofmntk.ru

**UDC 617.7-007.681:616-084(470.56)**

**Kanyukov V.N., Borshchuk Ye.L. Voronina A.E.**

Orenburgsky branch IR&TC «Eye Microsurgery» named after academician S.N. Fyodorov, Orenburgskaya state medical academy, e-mail: nauka@ofmntk.ru

**MEDICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH PRIMARY OPEN ANGLE GLAUCOMA DIAGNOSIS IN ORENBURG POLYCLINICS**

Glaucoma is one of main disabling diseases in the world. There were analyzed 400 out-patient medical records with primary open angle glaucoma diagnosis. It is established that at majority of patients diagnosis glaucoma was detected at II and III degree, which shows the reconsideration necessity of existing medical examination system of this group.

Key words: glaucoma, medical examination, morbidity.

**Bibliography:**

1. Volkov, V. V. Glaucoma at pseudonormal pressure : Guidance for doctors / V. V. Volkov. – M. : Meditsina, 2001. – 352 p.
2. Gamm, E. G. Early diagnostics of glaucoma / E. G. Gamm // Glaucoma. – 2011. – № 3. – P. 56.
3. Libman, Ye. S. Blindness and disability of sight in Russian population / Libman Ye. S., Shakhova Ye. V. // Russian congress of ophthalmologists, 8<sup>th</sup> : Theses of reports. – M., 2005. – P. 78–79.
4. Nesterov, A. P. Primary open-angle glaucoma : pathogenesis and treatment principles / A. P. Nesterov // Clin. ophthalmology. – 2000. – Vol. 1, № 1. – P. 4–5.
5. Nesterov, A. P. Glaucoma / A. P. Nesterov. – M. : Medinform, 2008. – 360 p.
6. Comparison of treatment outcomes within race. Seven year results // Ophthalmology. – 1998. – № 105. – P. 1146–1164.
7. Hitchings, R. A. Outcome measures for glaucoma treatment / R. A. Hitchings // Br. J. Ophthalmol. – 1997. – Vol. 81. – P. 427.
8. Leske, M. C. Intraocular pressure, cardiovascular risk variables, and visual field defects / M. C. Leske, M. Podgor // Am. J. Epidemiology. – 1983. – Vol. 118. – P. 280–287.
9. Quigley, H. A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // Br. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 90. – P. 262–267.
10. Spaeth, G. L. Seven steps to assure the best possible treatment of persons with normal-tension glaucoma or suspecting of having glaucoma / G. L. Spaeth // Oftalmologia (Romania). – 1999. – Vol. 49, № 4. – P. 19.
11. Compliance barriers in glaucoma : A systematic classification / J. C. Tsai [et al.] // Glaucoma. – 2003. – Vol. 12, № 5. – P. 393–398.
12. Van Buskirk, E. Glaucomatous optic neuropathy / E. Van Buskirk, G. Cioffi // Am. J. Ophthalmol. – 1999. – Vol. 113. – P. 447–452.