

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

В России в большинстве регионов отмечен рост заболеваемости глаукомой. Так, её анализ за период 1994–2002 гг., проведенный в 27 субъектах РФ, показал повышение частоты глаукомы в среднем от 3,1 до 4,7 на 1000 населения. Проведён ретроспективный анализ 3851 амбулаторной карты пациентов с первичной открытоугольной глаукомой. В выборку включены пациенты с первичной открытоугольной глаукомой на оба глаза, с периодом наблюдения не менее 3-х лет, отсутствием в анамнезе катаракты и другой сопутствующей патологии. По результатам обследований отобраны 185 пациентов, подходящих под критерии отбора, из амбулаторных карт которых была произведена выкопировка данных. За весь период наблюдения большинство пациентов обратились в период с 2005 по 2009 гг. Максимальный период наблюдения составил 19 лет. По стадиям глаукомы пациенты распределились следующим образом: I стадия – 56%; II стадия – 13%; III стадия – 25%; IV стадия – 6%. Отмечена тенденция роста на 2,5% количества пациентов с глаукомой в III и IV стадии. Принципиальной разницы в структуре глаукомы по стадиям между правым и левым глазом не выявлялось.

Все пациенты имели глаукому на оба глаза, однако в запущенной стадии (III ст. и IV ст.) при первом обращении была у 23,5%. Основная часть пациентов с глаукомой в возрасте 60–69 лет, однако 25% всех пациентов с глаукомой находилась в трудоспособном возрасте при постановке диагноза.

Ключевые слова: глаукома, диспансеризация, распространенность.

Основными причинами слепоты в мире являются катаракта, трахома и глаукома. Глаукома как болезнь, угрожающая зрению человека, была известна уже в четвертом столетии до нашей эры Гиппократу [1]–[4]. Термин «глаукома» впервые упоминается в трактате Гиппократата «Афоризмы» еще за 400 лет до Рождества Христова и изначально происходит от древнегреческого слова *glaukos*, означающего сине-зеленый [5].

Заболевают глаукомой новорожденные, дети, молодые, зрелые и пожилые люди. И, к сожалению, чем дальше, тем больше, несмотря на все усилия врачей и весьма значительные успехи в познании, диагностике и лечении этой болезни [5].

В 2000 г., по данным ВОЗ, в мире насчитывалось 5,2 млн. слепых от глаукомы. Из них: от открытоугольной глаукомы потеряли зрение 3 млн. человек, от закрытоугольной глаукомы – 2 млн. и от врожденной глаукомы – 200 тыс. [6]. Во всём мире от глаукомы слепых на оба глаза – 9,1 млн., причем 80% этих пациентов живут в развивающихся странах. В США страдают от глаукомы приблизительно 2,25 млн. американцев [7].

В России в большинстве регионов отмечен рост заболеваемости глаукомой. Так, её анализ за период 1994–2002 гг., проведенный в 27 субъектах

РФ, показал повышение частоты глаукомы в среднем от 3,1 до 4,7 на 1000 населения [8]. В России, по данным Минздрава, в 2007 г. было зарегистрировано 1,025 млн. больных с глаукомой. Из них только 805 тыс. находятся на диспансерном наблюдении [9]. Заболеваемость глаукомой населения в России в возрасте старше 40 лет составляет примерно 1,0–1,5%, а старше 70 лет – 10%.

По данным ВОЗ приблизительно в 13% случаев глаукома завершается слепотой. В случаях развития на слепом глазу болевого приступа такие глаза, как правило, энуклеируют. Во всем мире наблюдается тенденция к постоянному росту количества слепых. Глаукома является 2-й по частоте после катаракты причиной потери зрения. Однако слепота при катаракте является временной и после удаления катаракты зрение возвращается, а глаукома ведет к необратимой потере зрения.

Первичная глаукома встречается в трех основных клинических формах: открытоугольная, закрытоугольная, смешанная. Среди клинических форм заболевания наибольшее значение имеет первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ), на долю которой приходится от 70,0% до 92,0% всех случаев глаукомы [10]. Первичная открытоугольная глаукома – самый распространенный вид глаукомы. До 80% всех случаев за-

болеванний, именуемых глаукомой, приходится на долю открытоугольной глаукомы [11].

Значительно выше распространенность глаукомы в первом и втором поколениях родственников больных ПОУГ [12]. У 65% пациентов диагноз ПОУГ выявляется во II, III и IV стадиях [13].

Цель исследования. Представить медико-социальную характеристику больных с диагнозом первичная открытоугольная глаукома в регионе России с численностью населения 2 млн. человек.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели проведён ретроспективный анализ 3851 амбулаторной карты (Форма 025у) пациентов с глаукомой, которые впервые обратились в Оренбургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургии глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России, в период с 1992 г. по 2010 г. В выборку включены пациенты с первичной открытоугольной глаукомой на оба глаза, с периодом наблюдения не менее 3-х лет, отсутствием в анамнезе катаракты и другой сопутствующей патологии.

У всех пациентов для верификации диагноза проводилось диагностическое обследование: визометрия с коррекцией, биомикроскопия, гониоскопия, прямая офтальмоскопия, тонометрия, исследование центрального и периферического полей зрения.

Определение остроты зрения проводилось с помощью таблицы опто типов Сивцева-Головина, помещённой в аппарат Рота. Исследование и коррекция аномалий рефракции выполнялась субъективным методом с использованием стандартного набора пробных очковых стёкол.

Биомикроскопия проводилась на щелевой лампе. Обращали внимание на сосуды конъюнктивы, роговицу (наличие отёка, псевдоэксфолиатов на эндотелии), глубину передней камеры, радужку (зрачковый край, псевдоэксфолиаты), хрусталик (с целью исключения вторичной, фактогенной глаукомы). Гониоскопия проводилась гониоскопом по Ван-Бойнингену или трёхзеркальной линзой, с последующей оценкой профиля угла, наличия синехий, псевдоэксфолиаций и отложений пигмента.

Тонометрия выполнялась по методике, предложенной А.Н. Маклаковым [14] стандартным грузиком массой 10 г. 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 Фёрстера.

При постановке диагноза глаукомы использована классификация по Нестерову-Бунину [3], где I стадия – начальная глаукома, II стадия – развитая глаукома, III стадия – далеко зашедшая глаукома, IV стадия – терминальная глаукома. По уровню внутриглазного давления (ВГД) А – нормальное ВГД (Pт-до 25 мм.рт.ст.); В – умеренно повышенное ВГД (Pт-25-32мм.рт.ст.); С – высокое ВГД (Pт-более 32 мм.рт.ст.).

По результатам обследований отобраны 185 пациентов, подходящих под критерии отбора, из амбулаторных карт которых была произведена выкопировка следующих данных: район проживания, год обращения, возраст постановки диагноза, возраст на настоящий момент, пол, стадия глаукомы при постановке диагноза и на настоящий момент, ВГД (Pт).

Результаты и их обсуждение

Все обследуемые были разделены на 3 группы по месту жительства: 1 группа – города Оренбургской области; 2 группа – районы Оренбургской области; 3 группа – города и районы за пределами Оренбургской области. Численность 1 группы составила – 90 человек (180 глаз), 2 группы – 66 человек (132 глаза), 3 группы – 29 человек (58 глаз).

Во всех трёх группах были пациенты во всех стадиях глаукомы. Так в первой стадии глаукомы большинство пациентов из всех трёх групп: 1 группа – 64%, 2 группа – 54%, 3 группа – 44%.

Во второй стадии глаукомы большинство пациентов обратились так же из 1 группы: 1 группа – 15%, 2 группа – 10%, 3 группа – 8%

В третьей стадии большинство пациентов обратились из других городов за пределами Оренбургской области и из районов Оренбургской области: 1 группа – 18%, 2 группа – 31%, 3 группа – 34%.

В 4 стадии большинство пациентов из 2 и 3 группы: 1 группа – 3%, 2 группа – 5%, 3 группа – 14% (рис 1.).

Во всех трёх группах примерно равное число пациентов обратилось с субкомпенсиро-

ванной глаукомой, т. е. в С стадии (ВГД более 32 мм.рт.ст.) (1 группа – 19%, 2 группа – 20%, 3 группа – 18%).

Однако в В стадии, т. е. с ВГД от 25 до 32 мм.рт.ст. большинство пациентов было в 1 группе (рис 2.).

За весь период наблюдения большинство пациентов обратились в период с 2005 по 2009 гг. (рис 3.)

В результате анализа установлено, что 68% пациентов наблюдались в период от 3–5 лет, от 6 до 10 лет – 27% и 5% пациентов с ПОУГ наблюдались более 10 лет. Максимальный период наблюдения составил 19 лет.

Выделены возрастные группы обследованных: 30–39 лет, 40–49 лет, 50–59 лет, 60–69 лет и более 70 лет. Большинству диагноз ПОУГ поставлен в возрасте 60–69 лет, однако 27,5% обследуемых находились в трудоспособном возрасте при постановке диагноза (рис 4).

Большинство пациентов были женщины – 52%, и 48% – мужчины.

При постановке диагноза и обращении стадии глаукомы распределились следующим обра-

зом: I стадия – 56%; II стадия – 12%; III стадия – 25%; IV стадия – 6%, анофтальм – 1% (рис 5.)

При проведении сравнительного анализа данных по стадиям глаукомы при обращении и данных на настоящий момент было выявлено: уменьшилось количество пациентов в I стадии с 56% до 40%, в III и IV стадии количество пациентов увеличилось на 8% и 6% соответственно (рис 6, 7.)

Принципиальной разницы в структуре глаукомы по стадиям между правым и левым глазом не выявлялось.

Все пациенты имели глаукому на оба глаза, однако в запущенной стадии (III ст. и IV ст.) при первом обращении была у 23,5%, на настоящий момент – у 26% (рис 8).

Заключение и выводы. В результате проведённого исследования установлено, что наибольшее число пациентов обратилось из городов Оренбургской области (Оренбург, Орск, Новотроицк и т. д.)

В I и II стадии большая часть пациентов из городов Оренбургской области, в III и IV стадии наибольшее количество из городов и районов



Рисунок 1. Структура групп по стадиям

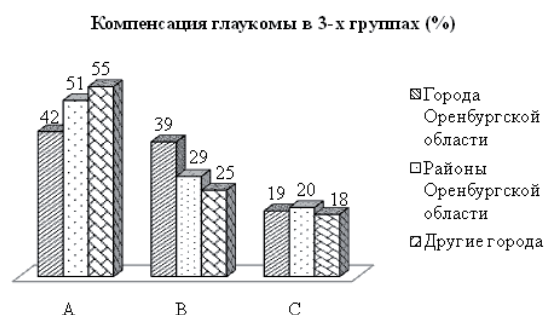


Рисунок 2. Компенсация глаукомы в трёх группах



Рисунок 3. Динамика обращения пациентов с ПОУГ

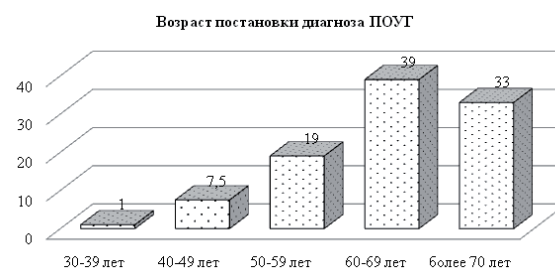


Рисунок 4. Возраст постановки диагноза ПОУГ

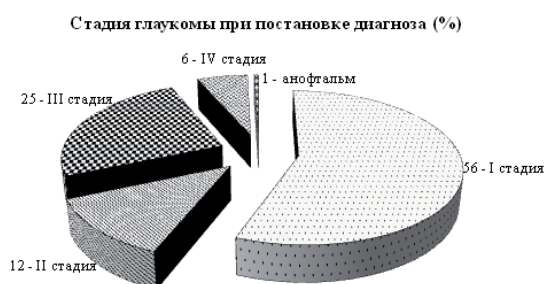


Рисунок 5. Стадия глаукомы при постановке диагноза.

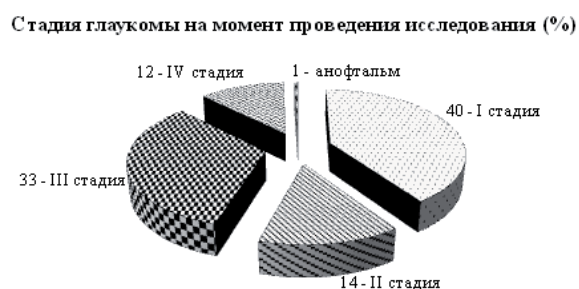


Рисунок 6. Стадия глаукомы на момент проведения исследования.

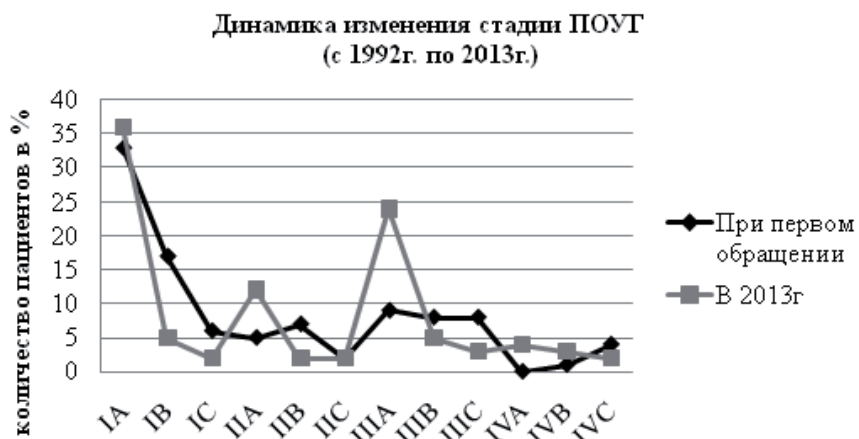


Рисунок 7. Динамика изменения стадии ПОУГ (с 1992г. по 2013г.)

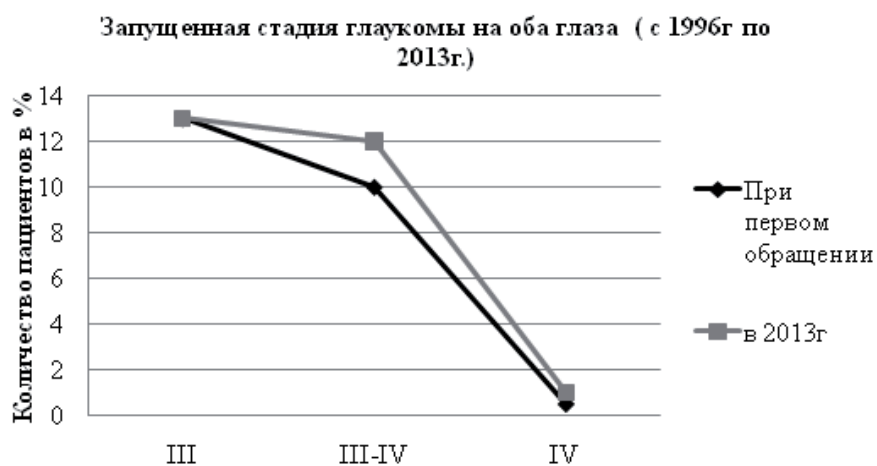


Рисунок 8. Запущенная стадия глаукомы на оба глаза (с 1996г. по 2013г.)

за пределами Оренбургской области. Равное число пациентов обратилось впервые с некомпенсированной глаукомой (в С стадии и ВГД более 32 мм.рт.ст.).

Наибольшее количество пациентов обратились в период с 2005 по 2009 гг. Максимальный период наблюдения составил 19 лет.

Основная часть пациентов обратились в возрасте 60-69 лет, однако ¼ всех пациентов с глаукомой находилась в трудоспособном возрасте при постановке диагноза глаукома.

При анализе динамики изменения стадии глаукомы в процессе наблюдения пациентов выявлено увеличение пациентов в IA стадии, однако в IB и IC стадии уменьшилось, вероятно, за счёт увеличения в процессе наблюдения в IIА и IIIА стадии. Однако увеличение количества пациентов в А стадии (IA, IIА, IIIА, IVА) может свидетельствовать о стабилизации глаукомы у пациентов.

В процессе наблюдения, однако, отмечена тенденция роста количества пациентов на 2,5 % с глаукомой в III и IV стадии.

10.06.2015

Список литературы:

1. Комаровских Е.Н., Лазаренко В.И., Ильенков С.С. Ранняя диагностика первичной открытоугольной глаукомы. Красноярск: Амальгама; 2001. -164 с.
2. Курышева Н.И. Глаукомная оптическая нейропатия. Москва: Медпресс-информ, 2006. – 136 с.
3. Нестеров А.П., Бунин А.Я // Вестник Офтальмологии, 1977. – № 5. – С. 38–43.
4. Wang X., Harmon J., Zabrieskie N., Chen Y., Grob S., Williams B., Lee C., Kasuga D., Shaw P.X., Buehler J., Wang N., Zhang K. Using the Utah Population Database to assess familial risk of primary open angle glaucoma. //Vis Res. 2010; 23(50): – P. 2391–2395.
5. Дронов М.М., Коровенков Р.И., Алексанин С.С. Медицинская, социальная и экономическая значимость заболевания с названием глаукома // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. – № 1. – С. 42–49
6. Разумовский М.И. Состояние инвалидности и медико-социальная экспертиза // Современная офтальмология: Руководство. 2-е изд. / Под ред. В.Ф. Даниличева. СПб: Питер, 2009. – С. 541-556.
7. Leske M.C., Leibowitz H.M., Krueger D.E. The Framingham Eye Study monograph: Anophthalmological and epidemiological study of cataract, glaucoma, diabetic retinopathy, macular degeneration, and visual acuity in a general population of 2631 adults, 1973–1975 / M.C. Leske, H.M. Leibowitz, D.E. Krueger [et al.] // Surv. Ophthalmol. – 1980. –Vol. 24. – P. 335–610.
8. Здравоохранение в России. 2011: Статистический сборник.– М.: Росстат, 2011. – 355 с.
9. Либман Е.С. Эпидемиологическая характеристика глаукомы / Е.С. Либман // Глаукома. – 2009. – № 1. – С. 2–3.
10. Либман Е.С. Слепота и инвалидность по зрению в населении России / Е.С. Либман, Е.В. Шахова // VII съезд офтальмологов России: тез. док. – М., 2005. – С. 76–79.
11. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – С.6
12. Яблонская Л.Я., Попова О.Е. Глаукома: оценка эпидемиологической ситуации в Свердловской области. // Новые технологии в офтальмологии. Материалы всероссийской конференции. Казань, 2012. – С. 153–154.
13. Канюков В.Н., Борщук Е.Л., Воронина А.Е. Диспансеризация пациентов с диагнозом первичная открытоугольная глаукома в поликлиниках города Оренбурга //Вестник Оренбургского государственного университета. 2013. – № 1 (150). – С. 104-107.
14. Маклаков А.Н.//Офтальмотонометрия. Медицинское обозрение, 1884. – Т. 22, № 24. – С. 1092-1096 (14)

Сведения об авторах:

Канюков Владимир Николаевич – директор Оренбургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ

Воронина Александра Евгеньевна – врач-офтальмолог Оренбургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России

Борщук Евгений Леонидович – профессор, заведующий кафедрой Общественное здоровье и здравоохранение № 1 Оренбургского государственного медицинского университета