

©Т. Г. ТЛУПОВА, 2012

УДК 617.7-036.865

Т. Г. Тлупова

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ВЫЯВЛЕНИЯ АГГРАВАЦИИ И СИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ ПРИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

*Разработан метод выявления аггравации и симуляции у больных с офтальмопатологией с целью его дальнейшего внедрения в практику медико-социальной экспертизы. Для проведения эксперимента был разработан прибор (патент РФ № 2269921). Полученные результаты подтверждают возможность использования предлагаемого метода для определения истинных значений остроты зрения в проведении медико-социальной экспертизы для определения аггравации и симуляции.*

**Ключевые слова:** метод определения аггравации и симуляции, медико-социальная экспертиза.

### CLINICAL CASES OF AGGRAVATION AND SIMULATION IN PATIENTS WITH OPHTHALMOPATHOLOGY DURING MEDICO-SOCIAL EXAMINATION

T.G. Tlupova

*Developed a method to identify aggravation and simulation in patients with ophthalmopathy with a view to the further introduction of the practice of medical and social assessment. For the experiment, we developed a special device (Patent number 2,269,921). The results support the use of this method to determine the true values of visual acuity in the conduct of medical and social assessment to determine the aggravation and simulation.*

**Key words:** method of aggravation and simulation, medical and social examination.

Трудоспособность больных с заболеваниями органа зрения во многом зависит от состояния зрительных функций. Большое значение имеет точное определение степени нарушения функций у больного. Несмотря на то что офтальмологические методы исследования являются, пожалуй, наиболее точными в медицине, определение истинной остроты зрения у больного, будучи методом субъективным, нередко представляет собой значительные трудности. Последние усугубляются тем, что в практической деятельности окулист может столкнуться с фактами сознательного или бессознательного искажения истины, когда больной симулирует болезнь, которой на самом деле у него нет или же аггравировать, т. е. преувеличивает, проявление имеющегося заболевания [1, 2].

Цель работы – применение метода выявления аггравации и симуляции у больных с офтальмопатологией для его дальнейшего внедрения в практику медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Исследование зрительных функций включало исследование по общепринятым методикам (остроты зрения, рефракции, танометрии и т. д.) и тонкие офтальмоэргономические тесты.

Для проведения эксперимента нами был разработан специальный прибор (патент РФ № 2269921) [3]. Исследование остроты зрения проводилось в 2 этапа. Сначала определялась острота зрения при стандартном освещении, а затем проводилось исследование при изменении освещенности от минимальной 50 лк до максимальной 400 лк. Целью эксперимента является определение величины приращения функции  $\delta$ , которая представляет собой разность этих значений, и сравнение ее с определенной нами нормой для каждого возраста и при офтальмопатологии.

Приведем случаи из практики, с которыми мы столкнулись во время наблюдения наших пациентов, находящихся на лечении в глазном отделении и при направлении на МСЭ.

Больная Х., 42 года, направлена на экспертизу для уточнения диагноза и обоснования определения группы инвалидности. Из анамнеза: плохо видит последние 5–6 лет, регулярно наблюдается в поликлинике по месту жительства и лечится в условиях глазного стационара с диагнозом миопии слабой степени обоих глаз. В связи с ухудшением зрения направляется на МСЭ. Объективно: ОУ – наружный отрезок без особенностей, глазное дно – диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие, миопический конус не определяется, периферия сетчатки розовая. Острота зрения 0,08 с коррекцией -2,0 = 0,1. Скиаскопически выявляется миопия 2,0 дптр. Врач МСЭ, обнаружив соответствующих изменений глаз, приводящих к указанному снижению зрения, заподозрил аггравацию и направил к нам больную для проведения экспертизы.

Проведено исследование изменения остроты зрения в зависимости от освещенности с помощью устройства для определения остроты зрения (патент РФ № 2269921). При освещенности тестов (ОТ) 50 лк острота зрения с оптимальной коррекцией равна 0,08, при ОТ 400 лк – 0,12, т. е. величина  $\delta$  равна 0,04, что указывает на наличие патологического процесса в макуле. При прямой офтальмоскопии (медмидриаз) выявлены дистрофические очажки желто-серого цвета в макуле, с диагнозом центральной хориоретинальной дистрофии больная направлена в глазной стационар. Определена группа инвалидности.

Больная М., 12 лет, направлена на экспертизу для уточнения диагноза и обоснования определения группы инвалидности. Из анамнеза: со слов матери плохо видит с 1-го класса в школе, ухудшение зрения связывает со зрительной нагрузкой, регулярно наблюдается в поликлинике по месту жительства с диагнозом миопии высокой степени обоих глаз, в связи с ухудшением зрения направляется на МСЭ. Объективно: ОУ – наружный отрезок без особенностей, глазное дно – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, узкий миопический конус, периферия сетчатки розовая, макула без особенностей. Острота зрения 0,1, с коррекцией  $-6,0 = 0,2$ . Скиаскопически выявляется миопия 6,0 дптр. Врач МСЭ, не обнаружив соответствующих изменений глаз, приводящих к указанному снижению зрения, заподозрил аггравацию, направил больную для проведения экспертизы.

Проведено исследование изменения остроты зрения в зависимости от освещенности с помощью устройства для определения остроты зрения (патент РФ № 2269921). Обнаружено, что при ОТ 50 лк острота зрения с оптимальной коррекцией равна 0,08, при ОТ 400 лк – 0,6, т. е. величина  $\delta$  равна 0,52, что является достаточно высоким показателем. Для подтверждения нашего предположения об аггравации было проведено определение остроты зрения контрольным методом с помощью “зеркальной пробы”.

Вероятно, перед обследованием больная была предупреждена, что она “видит только 2–3 строки” (именно такой должна быть острота зрения для определения группы инвалидности), и настаивала на том, что больше ничего не видит. При обследовании с помощью зеркала она также четко распознавала оптопты 2–3-го ряда таблицы Сивцева-Головина, что указало нам на то, что истинная острота зрения равна 0,6, что не является поводом к определению ей группы инвалидности.

Больная А., 47 лет, направлена в Консультативную поликлинику Республиканской клинической больницы для уточнения диагноза и решения вопроса о целесообразности направления на МСЭ. Из анамнеза: плохо видит последние 3–4 года, наблюдается в поликлинике по месту жительства с диагнозом начальной катаракты обоих глаз. В связи с ухудшением зрения направляется на консультацию. Объективно: ОУ – глаз спокойный, глазное дно – ДЗН бледный, сдвиг сосудистого пучка, границы четкие, периферия сетчатки розовая, макула без особенностей. Острота зрения 0,5, с коррекцией  $+1,0 = 0,7$ .

Проведено исследование изменения остроты зрения в зависимости от освещенности с помощью устройства для определения остроты зрения (патент РФ № 2269921). Обнаружено, что при ОТ 50 лк острота зрения с оптимальной коррекцией равна 0,7, при ОТ 400 лк – 0,8, т. е. величина  $\delta$  равна 0,1, что является низким показателем, позволяющим заподозрить поражение зрительного нерва (возможно, вследствие глаукомы, атрофии зрительного нерва и т. д.).

Больная была обследована в условиях глазного стационара, выявлено повышение внутриглазного давления до 30 мм рт. ст., сужение поля зрения. Выставлен диагноз первичной открытоугольной развитой с умеренно повышенным офталмотонусом глаукомы

обоих глаз, проведена гипотензивная терапия, больная поставлена на диспансерный учет. Это подтверждает возможность использования предлагаемого нами устройства для ранней диагностики глаукомы.

Больной К., 16 лет, направлен в Консультативную поликлинику Республиканской клинической больницы для уточнения диагноза. Из анамнеза: со слов матери плохо видит с детства, с 11-летнего возраста регулярно пользуется очками  $-2,0$  дптр, и в картотке диспансерного наблюдения есть данные, что с указанной коррекцией острота зрения равна 1,0. Год назад в результате автоаварии получили закрытую черепно-мозговую травму с потерей сознания, после чего стал жаловаться на снижение зрения правого глаза. В связи с ухудшением зрения больной направлен на консультацию.

Объективно: ОУ – глаз спокойный, глазное дно – ДЗН бледноват, монотонный, границы слегка завуалированы, периферия сетчатки розовая. Острота зрения правого глаза 0,4, с коррекцией  $-2,0$  дптр = 0,6, острота зрения левого глаза 0,5, с коррекцией  $-2,0$  дптр = 1,0. Проведено исследование изменения остроты зрения в зависимости от освещенности с помощью устройства (патент РФ № 2269921). При ОТ 50 лк острота зрения с оптимальной коррекцией левого глаза равна 1,0, а при ОТ 400 лк составляет 1,6, т. е. величина  $\delta$  равна 0,6, что является высоким показателем, характерным для миопии. При исследовании правого глаза установлено, что при ОТ 50 лк острота зрения с оптимальной коррекцией равна 0,6, а при ОТ 400 лк составляет 0,8, т. е. величина  $\delta$  равна 0,2, что является низким показателем, позволяющим заподозрить патологию зрительного нерва.

Для уточнения диагноза больному были проведены исследования критической частоты слияния световых мельканий (КЧСМ), периметрия. Установлено, что КЧСМ правого глаза равна 28 Гц, левого глаза – 40 Гц. Поле зрения справа концентрически сужено на  $20^\circ$ . Больному выставлен диагноз вторичной частичной атрофии зрительного нерва справа.

Больная М., 67 лет, направлена в Консультативную поликлинику Республиканской клинической больницы для уточнения диагноза. Из анамнеза: состоит на учете у окулиста последние 11 лет с диагнозом незрелой катаракты обоих глаз. В связи с ухудшением зрения направляется на консультацию для определения сроков проведения хирургического лечения катаракты. Объективно: ОУ – глаз спокойный, глазное дно – ДЗН бледный, монотонный, границы четкие, периферия сетчатки розовая, сосуды склерозированные. Острота зрения 0,1 не корригируется.

Проведено исследование изменения остроты зрения в зависимости от освещенности с помощью устройства для определения остроты зрения (патент РФ № 2269921). Обнаружено, что при ОТ 50 лк острота зрения равна 0,1, а при ОТ 400 лк составляет 0,15, т. е. величина  $\delta$  равна 0,05, что является низким показателем, позволяющим заподозрить патологию макулярной зоны. При прямой офтальмоскопии (медмидриаз) в макулярной зоне выявлен дистрофический очаг желто-серого цвета, обильно пигментированный, размером 0,5 PD. С диагнозом хориоретинальной дистрофии больная направлена на обследование и лече-

ние в условиях глазного стационара. Хирургическое лечение катаракты в настоящее время не показано.

**Б о л ь н а я Г .**, 42 года, направлена на экспертизу для уточнения диагноза и обоснования определения группы инвалидности. Из анамнеза: плохо видит последние 3 года, ухудшение зрения связывает с перенесенной закрытой черепно-мозговой травмой, со слов больной регулярно наблюдается в поликлинике по месту жительства и лечится в условиях глазного стационара с диагнозом атрофии зрительного нерва обоих глаз, в связи с ухудшением зрения направляется на МСЭ. Объективно: ОУ – наружный отрезок без особенностей, глазное дно – ДЗН бледный, монотонный, границы четкие, периферия сетчатки розовая, макула без особенностей. Острота зрения 0,2, не корректируется (именно такой должна быть острота зрения для определения группы инвалидности, и, вероятно, больная была предупреждена об этом). Врач МСЭ, не обнаружив соответствующих изменений глаз, приводящих к указанному снижению зрения, заподозрил аггравацию, направил больную для проведения экспертизы.

Проведено исследование изменения остроты зрения в зависимости от освещенности с помощью устройства для определения остроты зрения (патент РФ № 2269921). При предъявлении оптотипов на синем фоне (ОТ 50 лк) острота зрения равна 0,1 (со слов больной “стекла не помогают”), при ОТ 400 лк – 0,4, т. е. величина  $\delta$  равна 0,3, что является достаточно высоким показателем для атрофии зрительного нерва. При исследовании на зеленом фоне больная определила оптотипы 4-го ряда таблицы ( $\text{visus} = 0,4$ ), на красном – 5-го ряда, а на желтом – 6-го ряда, что также подтверждает наши предположения об аггравации и не является поводом к определению ей группы инвалидности. Обнаружено сужение поля зрения на  $10^\circ$ , КЧСМ 36 Гц, после консультации с нейрохирургом и неврологом с диагнозом частичной атрофии зрительного нерва обоих глаз больная направлена на лечение в глазной стационар. Инвалидность не определена.

Нами описаны лишь единичные примеры, с которыми мы столкнулись в процессе нашей работы. С помощью предлагаемого устройства для определения остроты зрения (патент РФ № 2269921) в мае–июле 2011 г. было проведено офтальмологическое обследование 139 пациентов.

Использование предлагаемого нами устройства значительно ускорило и облегчило диагностику, по-

могло в обследовании и оказании своевременной медицинской помощи пациентам. 7 пациентов были признаны необоснованно направленными для определения группы инвалидности и реабилитированы. 3 пациентам была определена истинная величина остроты зрения, и они переведены в другие категории нетрудоспособного населения (например, со 2-й группы инвалидности на 3-ю).

Проведенные исследования позволяют прогнозировать определенный экономический эффект. По данным Пенсионного фонда, по Кабардино-Балкарской Республике затраты государства на помощь одному инвалиду составляют в среднем 30–34 тыс. руб. в год. Нетрудно подсчитать, что только реабилитированные нами за один квартал 7 человек составят реальную экономию бюджетных ресурсов 210–230 тыс. руб., а в подсчете за год эта цифра будет превышать 1 млн руб. И это лишь по данным одной медико-социальной комиссии.

### З а к л ю ч е н и е

Таким образом, полученные нами результаты подтверждают возможность использования предлагаемого нами метода для определения истинных значений остроты зрения; в ранней диагностике таких тяжелых заболеваний, как глаукома, макулодистрофия, атрофия зрительного нерва; в проведении медико-социальной экспертизы для определения аггравации и симуляции.

### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Глазные болезни: Учебник / Под ред. В. Г. Копяевой. – М. – 2002.
2. Либман Е. С., Шахова Е. В. Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в Российской Федерации // Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ. Материалы Российского межрегионального симпозиума. – Уфа, 2003.
3. Глупова Т. Г., Чернышева С.Г., Розенблюм Ю. З. Устройство для определения остроты зрения. Пат. РФ № 2269921 от 17.05.2004.

Поступила 20.10.11

### Сведения об авторе:

Глупова Тамара Гумаровна, канд. мед. наук, доц. курса офтальмологии мед. ф-та Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х. М. Бербекова. 360004, Кабардино-Балкарская Республика, г. Нальчик, ул. Чернышевского, 173. Телефон: 8(8662) 77-11-53, 8-928-72-05-78; e-mail: ttlupova@gmail.ru