

## ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ГЛАУКОМЫ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

**В статье проанализированы показатели первичной инвалидности вследствие глаукомы. Представлена структура впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы по годам в зависимости от возраста и места проживания. Выявлены причины, определяющие степень инвалидности.**

**Ключевые слова:** глаукома, первичная инвалидность, структура, уровень.

Одной из приоритетных медико-социальных проблем офтальмологии является глаукома. По распространенности и социальной значимости ее можно поставить в один ряд с такими заболеваниями, как сахарный диабет, туберкулез и СПИД. Однако, в отличие от этих заболеваний, социальные гарантии при глаукоме существенно ниже.

Вместе с тем глаукома — хроническое, генетически гетерогенное заболевание, сопровождающееся прогрессирующей оптической нейропатией, с характерными морфологическими изменениями в области головки зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки. Прогрессирующая гибель ганглиозных клеток сетчатки, сужение полей зрения и снижение зрительных функций сопряжены с этими изменениями. У большинства больных заболевание протекает бессимптомно, что делает его раннюю диагностику весьма затруднительной. Скудность субъективных признаков глаукомы приводит к тому, что большое значение для установления этого диагноза придается функциональным методам исследования. О степени и характере структурных изменений судят главным образом по изменениям диска зрительного нерва, а о функциональных нарушениях — по уровню основных зрительных функций. По данным ряда авторов, глаукомой на земном шаре страдают от 74,9 до 105 млн человек, из них двусторонней слепотой — от 5,9 до 9,1 млн человек [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается около 120 млн людей, больных глаукомой (112 чел. на 100 тыс. населения), из них 9,1 млн человек слепых — ослепших на оба глаза. На долю открытоугольной глаукомы приходится 50–74 % всех случаев глаукомы. Число пациентов с глаукомой в индустриально развитых странах составляет от 2,0 до 5,0 % взрослого населения [1, 2]. К середине XXI века прогнозируется значительное увеличение случаев глаукомы [3–5]. В Омской области ожидается ее рост на 13–17 % первичной и на 12 % общей заболеваемости.

В последние годы глаукома занимает лидирующие позиции среди причин слепоты и инвалидности в Рос-

сии, составляя до 25 % в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней глаз [6, 7]. Такая картина — результат отсутствия организационной системы, предназначенной для раннего выявления и эффективного лечения данного заболевания. Общая заболеваемость населения второй возрастной группы составляет 2,1 %, в возрасте 75 лет и старше — около 10,0 %. В 2010 году на 1000 населения 18 лет и старше в Омской области зарегистрировано 14,8 (в 2008 г. в Омской области — 10,8; в Российской Федерации — 9,1, в Сибирском федеральном округе — 8,1) случаев глаукомы.

Ряд исследователей выделяют несколько факторов риска, которые являются наиболее важными в формировании инвалидности. Это такие факторы, как возраст старше 65 лет; наличие сердечно-сосудистых заболеваний; место жительства; организация и доступность квалифицированной офтальмологической помощи на уровне поликлинического звена; характер профессиональной деятельности; трудовая занятость; доступность; возможность участия в трудовой деятельности или противопоказанность работы; наличие способностей к труду при различных вариантах и формах глаукомы; клинико-функциональные характеристики, главным образом стадия процесса и степень компенсации уровня внутриглазного давления; сроки и эффективность оперативного лечения, результативность которого у инвалидов с глаукомой значительно хуже, особенно при поздних сроках вмешательства; наличие глаукомы на обоих глазах [3].

Исследование уровня и причин инвалидности по зрению служит одним из показателей состояния национального здравоохранения и отражает основные социально-экономические изменения, которые происходят как в обществе, так и в конкретном субъекте Федерации.

Несмотря на довольно многочисленные исследования, проводимые в связи с изучением глаукомы, следует признать, что большинство из них посвящено вопросам патогенеза, клиники и различным методам лечения. Социально-гигиенические аспекты

Динамика числа лиц, впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы, с учетом группы инвалидности в Омской области за период с 2009 по 2011 год (абс., %, на 10 тыс. взрослого населения)

Год	Всего инвалидов		В том числе по группам инвалидности								
	абс.	уровень	I			II			III		
			абс.	%	уровень	абс.	%	уровень	абс.	%	уровень
2009	157	0,9	57	36,3	0,3	48	30,5	0,2	52	33,2	0,3
2010	112	0,6	28	25,0	0,1	38	33,9	0,2	46	41,1	0,2
2011	106	0,7	23	21,7	0,1	46	43,4	0,3	37	34,9	0,2

Таблица 2

Динамика числа лиц, впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы, в Омской области за период с 2003 по 2011 год с учетом места проживания (абс., %, на 10 тыс. взрослого населения)

Год	Всего		Проживающие в городской местности			Проживающие в сельской местности		
	абс.	%	абс.	%	уровень	абс.	%	уровень
2003	180	29,6	140	77,8	1,2	40	22,2	0,8
2004	257	32,9	195	75,9	1,7	62	24,1	1,3
2005	354	31,6	260	73,4	2,3	94	26,6	2,0
2006	381	39,9	229	60,1	2,0	152	39,9	3,2
2007	181	35,8	129	71,3	1,4	52	28,7	0,7
2008	173	43,8	112	64,7	1,2	61	35,3	0,9
2009	157	35,0	89	56,7	0,8	68	43,3	1,4
2010	112	34,1	65	58,0	0,7	47	42,0	0,7
2011	106	35,6	62	58,5	0,6	44	41,5	0,7

этого заболевания, вопросы инвалидности вследствие глаукомы изучены в меньшей степени. Вследствие этого даже несложный анализ структуры первичной инвалидности в регионе позволит сделать определенные выводы и наметить пути и методы реабилитационных мероприятий.

Охрана зрения и борьба со слепотой являются важной медико-социальной проблемой, что обусловлено не только высокой распространенностью заболевания глаукомой, но и уникальной ролью зрительного анализатора в познании и преобразовании окружающего мира. Следовательно, профилактика слепоты и инвалидности — это важная задача государства, имеющая народнохозяйственное значение. Кардинальные политические и социально-экономические преобразования последних лет в России обусловили принципиальные изменения в социальной политике по отношению к инвалидам, способствовали формированию новых подходов к решению проблем инвалидности и социальной защиты инвалидов. Изменения социальной и экономической формации, создание новых форм управления, в том числе и в медико-социальной экспертизе, развитие и внедрение в медицину стандартов качества, критериев эффективности, основным из которых является первичная инвалидность, позволяют при ухудшении тенденций формирования контингента инвалидов вследствие глаукомы найти пути для разработки эффективных реабилитационных мероприятий среди данного контингента.

В Омской области было зарегистрировано снижение числа лиц, впервые признанных инвалидами, со 157 человек в 2009 году до 106 человек в 2011-м. Темп снижения составил 32,5 % (табл. 1). Идентичная картина имела место и по уровню — с 0,9 до 0,7 на

10 тыс. взрослого населения соответственно. За 3 года в динамике было отмечено снижение доли первой группы инвалидности с 36,3 до 21,7 % и уровня первой группы инвалидности с 0,3 до 0,1 на 10 тыс. взрослого населения. В то же время наблюдается тенденция к росту удельного веса второй группы инвалидности с 30,5 до 43,4 % и интенсивного показателя уровня с 0,2 до 0,3. Для уровня третьей группы инвалидности характерно в динамике снижение с 0,3 до 0,2 на 10 тыс. взрослого населения.

Ретроспективный анализ распространенности первичной инвалидности взрослого населения вследствие глаукомы показал, что с 2003 года отмечается рост числа лиц, впервые признанных инвалидами, среди жителей городской местности со 140 до 260 человек в 2005 году с дальнейшим снижением до 62 человек в 2011 году. Удельный вес инвалидов, проживающих в городской местности, имел аналогичную тенденцию к снижению с 77,8 до 58,5 % соответственно в период с 2003 по 2011 год. Уровень первичной инвалидности возрастал от 1,2 в 2003 году до 2,3 в 2005-м, затем было зарегистрировано снижение до 0,6 в 2011 году. Среди сельских жителей также отмечался рост уровня первичной инвалидности с 0,8 в 2003 году до 3,2 в 2006-м с последующим снижением до 0,7 в 2011 году. В структуре первичной инвалидности имел место рост удельного веса инвалидов, проживающих в сельской местности, с 22,2 до 41,5 % за анализируемый период (табл. 2).

При изучении тяжести инвалидности в зависимости от возраста было выявлено, что за 2011 год в 2,3 раза в структуре инвалидности среди лиц трудоспособного возраста уменьшилась доля первой группы инвалидности, в то время как доля второй группы инвалидности увеличилась с 30,8 до 37,5 %. Среди

**Таблица 3**

**Структура лиц, впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы, по тяжести инвалидности и возрасту в Омской области за период с 2009 по 2011 год (абс., %)**

Год	Возрастная категория	Всего инвалидов		В том числе по группам инвалидности					
		абс.	%	I		II		III	
				абс.	%	абс.	%	абс.	%
2009	Трудоспособный	26	16,6	5	9,0	8	30,8	13	50,0
	Пенсионный	131	83,4	52	39,7	40	30,6	39	29,8
2010	Трудоспособный	21	18,6	6	28,6	6	28,6	9	42,9
	Пенсионный	92	81,4	22	24,0	32	34,8	38	41,3
2011	Трудоспособный	16	15,1	2	12,5	6	37,5	8	50,0
	Пенсионный	90	84,9	21	23,4	40	44,5	29	32,3

лиц пенсионного возраста было зарегистрировано незначительное снижение удельного веса первой группы инвалидности и в 1,5 раза рост удельного веса второй группы инвалидности с 30,6 до 44,5 % (табл. 3).

Полученные результаты характеризуют состояние первичной, вторичной и третичной профилактики глаукомы в регионе, и прежде всего активацию не только организационно-методических мероприятий, но и инструментально-методологических манипуляций. К первым следует отнести уже достаточно давно функционирующие четыре специализированные «глаукомные» врачебные комнаты консультативной поликлиники, которая является и методическим центром для городского и сельского поликлинического звена здравоохранения. Ко вторым — использование пневмотонометрии в качестве скрининговой методики, что в совокупности с широким применением методики HRT также дает свои положительные результаты [8, 9]. Об этом свидетельствуют итоги целевого осмотра населения в возрасте 40 лет и старше на выявление глаукомы на 1000 обследованных в динамике среди жителей г. Омска с 8,6 в 2008 году до 90,3 в 2010 году и среди жителей сельских районов с 5,0 в 2008 году до 79,9 в 2010 году.

Таким образом, в структуре первичной инвалидности взрослого населения вследствие глаукомы в Омской области произошли существенные изменения, явившиеся результатом модернизации офтальмологической службы и совершенствования медико-социальной реабилитации. Эти изменения позволяют в дальнейшем разработать алгоритмы и меры по профилактике и реабилитационным мероприятиям среди контингента инвалидов с глаукомой на территории Омской области, внедрить их в практику медико-социальной экспертизы и здравоохранения.

#### Библиографический список

1. Либман, Е. С. Комплексная оценка распространенности глаукомы / Е. С. Либман, Е. А. Чумаева // Глаукома на рубеже тысячелетий: итоги и перспективы : материалы Всерос. науч.-практ. конф. — М., 1999. — С. 303–306.
2. Нестеров, А. П. Глаукома / А. П. Нестеров. — М. : Медицинское информационное агентство, 2008. — С. 472.

3. Ермолаев, В. Г. Социальные параметры инвалидности больных глаукомой / В. Г. Ермолаев, А. В. Ермолаев, С. В. Ермолаев // Современные наукоемкие технологии. — 2010. — № 2. — С. 90–91.

4. Котов, А. А. Комплекс современных методов исследования в ранней диагностике глаукомы / А. А. Котов, М. Е. Фролов // Актуальные проблемы офтальмологии : сб. тез. — М., 2004. — С. 86–87.

5. Куроедов, А. В. Компьютерная ретиноматография (HRT): диагностика, динамика, достоверность / А. В. Куроедов, В. В. Гордничий. — М., 2007. — С. 236.

6. Гришина, Л. П. Динамика основных показателей первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Российской Федерации за 1992–2001 гг. / Л. П. Гришина, Е. А. Чумаева // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — М., 2004. — № 2. — С. 16–18.

7. Показатели первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения взрослого населения в Красноярском крае / В. М. Терехова [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — М., 2011. — № 1. — С. 30–32.

8. Куроедов, А. В. Внутриглазное давление (ВГД) и стабилизация глаукомы / А. В. Куроедов, В. Ф. Жуков, В. В. Волков // VIII съезд офтальмологов России. — М., 2005. — С. 143–144.

9. Эффективность системы скринингового обследования и диспансерного наблюдения больных глаукомой / Н. М. Сольнов [и др.] // Военно-медицинский журнал. — 2004. — № 4. — С. 38–41.

**ЛЕБЕДЕВ Олег Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии Омской государственной медицинской академии.

**ЗАПАРИЙ Сергей Петрович**, доктор медицинских наук, руководитель, главный эксперт Главного бюро медико-социальной экспертизы по Омской области.

**ОПАНАСЕНКО Евгений Леонидович**, руководитель бюро медико-социальной экспертизы № 10 — филиала Главного бюро медико-социальной экспертизы по Омской области.

Адрес для переписки: 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12.

Статья поступила в редакцию 09.04.2014 г.

© О. И. Лебедев, С. П. Запарий, Е. Л. Опанасенко