

УДК 617.7-007.681-036

К вопросу о раннем выявлении и диспансеризации больных глаукомой

В.А. МАЧЕХИН, О.Л. ФАБРИКАНТОВ

Тамбовский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ

Мачехин Владимир Александрович

доктор медицинских наук, профессор,

главный научный консультант

392000, г. Тамбов, Рассказовское шоссе, д. 1

тел. 8 4752 72-24-78, e-mail: naukatmb@mail.ru

Проведен анализ диспансерной работы с больными глаукомой в амбулаторно-поликлинических учреждениях Тамбовской области. За 6 лет (2006-2012 гг.) структура диспансерной группы больных глаукомой мало изменилась. Остается высокой доля больных с далекозашедшей глаукомой (30%), и не только в диспансерной группе, но и среди тех больных, которые направляются в филиал на хирургическое лечение (40%). Считая, что постоянная и планомерная диспансерная работа является главной в борьбе со слепотой от глаукомы, необходима разработка более совершенных ее форм на всех уровнях нашего здравоохранения.

Ключевые слова: глаукома, диспансеризация, инвалидность, лечение.

With regard to early detection and medical examination of patients with glaucoma

V.A. MASHEKHIN, O.L. PHABRIKANTOV

Tambov branch IRTC «Eye Microsurgery» named after acad. S.N. Fedorov» MH of RF

There was made an analysis of medical examination patients with glaucoma in the polyclinics of Tambov region. For six years (2006-2012) the structure of dispensary group of glaucoma patients had not changed much. The number of patients with advanced glaucoma remains high not only in the dispensary group (30%), but also among those who have surgical treatment in the branch (40%). Considering the fact that constant and planned dispensary work is the main thing to prevent blindness from glaucoma, it is necessary to develop more perfect forms of this work at all levels of our public health.

Key words: glaucoma, medical examination, disability, treatment

Глаукома является одним из тяжелых заболеваний глаза, которая при отсутствии раннего выявления и своевременного лечения неминуемо приводит к слепоте. Это связано с тем, что наиболее распространенной является открытоугольная форма глаукомы, протекающая в большинстве случаев без каких-либо субъективных проявлений и незаметно для самого человека. В мире (по данным зарубежных авторов) насчитывается от 80 до 105 миллионов больных глаукомой и не менее 50-60 миллионов неучтенных. В России, по данным главного офтальмолога В.В. Нероева [1], страдают от глаукомы около 1 млн человек (711 пациентов на 100 тыс. населения), а среди учтенных 218 тыс. слепых и слабовидящих значительная доля приходится на больных глаукомой.

Нами проанализированы публикации отечественных авторов за последние 5 лет, касающиеся эпидемиологии, распространенности, выявляемости, диспансеризации больных глаукомой, которые, несмотря на различие в цифрах, методологических подходах, отмечают большие трудности в борьбе с глаукомой и неудовлетворенность результатами лечения.

Одним из главных показателей эффективности работы офтальмологической службы является первичная инвалидность [2]. Сравнительные данные в 25 регионах России с 2008 по 2010 г. представлены Санкт-Петербургскими офтальмологами [3]. Среди всей офтальмопатологии наибольший процент первичной инвалидности по глаукоме, по данным 2008 г., выявлен в



Саратовской (53,7%), Воронежской (59%) и Тамбовской областях (50,6%), в Москве (47,8%). Наименьший — в Нижневартонске (18,7%), Курганской (30%) и Амурской областях (33,2%), в Санкт-Петербурге (33,3%). За 2 года заметное увеличение первичной инвалидности по глаукоме отмечено в Кировской (с 33 до 42,5%), Тверской (с 37,1 до 44,7%) и Ивановской областях (с 39,9 до 43,3%), в Приморском крае (с 36 до 42%). В ряде регионов зарегистрировано заметное уменьшение первичной инвалидности при глаукоме: в Краснодарском крае (с 43,5 до 34%), Нижегородской (с 41 до 30%) и Новосибирской областях (с 38,7 до 23,3%). В остальных регионах ситуация с первичной инвалидностью по глаукоме оставалась приблизительно на том же уровне и составляла в среднем 38,4%. Подобную информацию можно найти и во многих других сообщениях [4-7].

Если вспомнить 60-е годы прошлого века, когда мы окончательно справились с трахомой, стоявшей на первом месте причины слепоты, в тройку главных причин инвалидности по зрению вышла глаукома, которая с цифрами 20-22% скромно держалась в тени после катаракты, травм глаза и миопии вплоть до начала XXI.

Чем же объяснить столь стремительный рост глаукомы как причины слепоты и инвалидности по зрению несмотря на большие достижения и возможности в ранней ее диагностике и лечении на данном этапе развития офтальмологии? Ответ может быть только один — недостаточная профилактическая работа с населением, главным моментом которой должна быть диспансерная работа. Только постоянная, планомерная работа офтальмологов амбулаторно-поликлинической сети по

раннему выявлению глаукомы и своевременному активному ее лечению на начальных стадиях заболевания может дать желаемый результат.

Цель работы — проанализировать состояние диспансерной работы с больными глаукомой в муниципальных учреждениях амбулаторно-поликлинической сети Тамбовской области.

Материал и методы

По данным ежегодных отчетов офтальмологов городских поликлиник и ЦРБ проведен сравнительный анализ диспансерной работы офтальмологов в 2006 и 2012 году. Методом случайной выборки в ноябре-декабре 2012 года проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с глаукомой, которые впервые обратились в Тамбовский филиал в 2006-2009 гг. и наблюдались здесь до настоящего времени. Всего проанализированы 148 амбулаторных карт пациентов с глаукомой в возрасте 40-88 лет (средний возраст — 67,1 года), мужчин и женщин было практически поровну (76 и 72 соответственно). Кроме того, по данным информационного отдела филиала, был проведен анализ хирургического лечения больных глаукомой в 2012 году. Всего были сделаны 460 антиглаукомных операций, из них 341 операция у больных с первичной глаукомой. У остальных больных имела место вторичная глаукома, связанная с патологией хрусталика, травмами глаза, воспалительными и диабетическими поражениями глаза.

Результаты

Население Тамбовской области составляло в 2006 году 1 млн 87 тыс. человек, из них около 50% в возрасте старше 40 лет (525.730). В последующие годы числен-

Таблица 1.

Сравнительный анализ больных глаукомой находившихся на диспансерном учете в Тамбовской области в 2006 и 2012 г., по стадиям

Год	Всего	1-я стадия	2-я стадия	3-я стадия	4-я стадия
2006	5476	979	2741	1071	685
		17,9%	50,0%	19,6%	12,5%
2012	5319	668	3062	980	609
		12,6%	57,6%	18,4%	11,4%

Таблица 2.

Профилактическая и диспансерная работа с больными глаукомой в 2006 году, по районам

Районы	Кол-во жителей старше 60 л.	Общее количество посещений	По поводу различных забол. глаз	Посещений по поводу глаукомы	Состоит на диспансерном учете с глаукомой
Ржаксинский	5254	10611	6042	982	150
Уваровский	5143	15783	3839	332	332
Мичуринский	10895	8611	2704	431	278
Первомайский	4595	10793	6368	242	237
Мучкапский	5024	9638	4549	133	133
Кирсановский	9700	9873	6120	230	232
Тамбовский	17754	9486	1518	456	186



ность населения и возрастная пропорция практически сохранилась. Количество больных глаукомой, находящихся на диспансерном учете, составило в 2006 году 5476 чел., в 2012 году — 5319 чел. Процент больных с 1–2-й стадиями глаукомы за 6 лет немного увеличился (с 67,9 до 70,2%), а с 3–4-й стадиями глаукомы чуть уменьшился (с 32,1 до 29,9%) (табл. 1). Сравнение с данными других регионов показало, что общее количество больных глаукомой, находящихся на диспансерном учете в Тамбовской области, приблизительно такое же (в среднем по регионам составляет 5–7 тыс. человек на 1 млн населения [8, 9], так же как и процент больных глаукомой с 1–2-й стадиями глаукомы, который, по данным авторов, составляет 60–66% [10–11].

Качество диспансерной работы в сети амбулаторно-поликлинической службы постоянно обсуждается в публикациях, и они свидетельствуют о больших недостатках в этой деятельности [12, 13]. Связано оно в первую очередь с большой нагрузкой на врача-офтальмолога, у которого годовая норма посещений для взрослого населения по расчетам Тамбовского управления здравоохранения в 2006 г. составляла 7400. В табл. 2 представлена работа офтальмологов ЦРБ в 7 из 23 районов Тамбовской области. Во 2-м столбце представлено количество населения старше 60 лет, которые должны обследоваться каждый год, в третьем столбце представлено общее количество посещений на одного офтальмолога, куда включалась и выездная (профилактическая) работа в участковых больницах и ФАПх. Следует обратить внимание на два последних столбца. По нормативам каждый больной глаукомой, состоящий на диспансерном учете, должен быть осмотрен офтальмологом не менее 4 раз в год. Только в одном районе (Ржаксинском) работу с больными глаукомой можно считать вполне удовлетворительной, поскольку при соблюдении нормальной периодичности осмотра этих больных остается место и для обследования первичных больных глаукомой, чего нельзя сказать о работе врачей в других районах области.

В табл. 3 представлены результаты обследования больных глаукомой, впервые обратившихся в филиал. Преимущественный возраст пациентов был старше 60 лет (70,3%): от 40 до 50 лет — 4 чел., 51–60 лет — 20 чел., 61–70 лет — 40 чел., 71–80 лет — 64 чел. и старше 80 лет — 9 чел. Преобладающая часть пациентов имели первичную открытоугольную глаукому (92,6%). Обращает на себя внимание большой процент пациентов с далеко зашедшей стадией глаукомы (42,6%), в то время как с первой и второй стадией глаукомы — почти в 2 раза меньше. Пациенты с первичной закрытоугольной глаукомой составили всего 7,4%, что практически полностью соответствует, по нашим данным, доле этой группы среди всех пациентов с глаукомой за последние 5 лет (7,8%). Основной жалобой пациентов с первичной открытоугольной глаукомой было снижение зрения при отсутствии других субъективных проявлений, хотя в отдельных случаях (чаще при смешанной глаукоме) пациенты жаловались на боли в глазу, затуманивание зрения, дискомфорт, более свойственные больным с закрытоугольной глаукомой. Половина больных при первом обращении в филиал имели глаукому в течение от нескольких месяцев до 5–10 лет. Единицы из них были прооперированы, остальные получали инстилляции антиглаукомных капель. Другая половина (чаще с запущенными стадиями глаукомы) никогда ранее к офтальмологу не обращалась.

Нами проанализированы также антиглаукомные операции, проведенные больным в 2012 г. (табл. 4). Возрастной состав оперированных больных мало отличался от предыдущей группы. Средний возраст больных составил 68,1 года, старше 60 лет было 80%, мужчин — 190, женщин — 151. Преобладала открытоугольная глаукома (93,3%), причем чаще всего больные оперировались со 2–3-й стадиями глаукомы и значительно реже с первой стадией глаукомы. Основной операцией была микроинвазивная непроникающая глубокая склерэктомия (МНГСЭ), которая была проведена у 278

Таблица 3.
Результаты обследования пациентов при первом обращении

Стадии глаукомы	О/у глаукома	З/у глаукома	Всего, %
Первая	26	7	33 22,3
Вторая	30	1	31 20,9
Третья	61	2	63 42,6
Четвертая	20	1	21 14,2
Всего	137	11	148 100

Таблица 4.
Распределение антиглаукомных операций по стадиям глаукомы

Стадии глаукомы	О/у глаукома	З/у глаукома	Всего, %
Первая	33	-	33 20,6
Вторая	102	23	125 36,7
Третья	131	-	131 38,4
Четвертая	52	-	52 15,3
Всего	318	23	341 100



больных. Относительно большой удельный вес антиглаукомных операций при терминальной глаукоме связан с тем, что в течение последних 5 лет при болящей терминальной глаукоме мы используем имплантацию клапана Ахмеда, позволяющего сохранить глаз как косметический орган и избежать энуклеации, которая широко применялась в прежние годы при наличии подобной патологии.

Справедливости ради следует отметить, что за последние 3-4 года мы стали шире применять лазерные антиглаукомные операции. В 2012 г. сделаны 362 лазерные иридэктомии при закрытоугольной глаукоме и первичном ангулярном блоке, 48 лазерных селективных трабекулопластик, причем в этих случаях преобладали больные со 1–2-й стадиями глаукомы.

Обсуждение

Как уже было сказано ранее, главной задачей офтальмологической службы является раннее выявление и активное, своевременное лечение больных глаукомой. Тамбовский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова располагает самыми современными методами для ранней диагностики глаукомы, включая стандартную автоматизированную периметрию (SAP), контурную периметрию (FDF), лазерную ретинотомиографию диска зрительного нерва (HRT), оптическую когерентную ретинотомиографию (ОСТ), цветную доплерографию для исследования состояния кровообращения в сосудах глазного яблока и др. Мы имеем все необходимое для того, чтобы применять лазерные и хирургические методы лечения в самых начальных стадиях глаукомы при отсутствии нормализации ВГД медикаментозными средствами.

В чем же причина того, что больные попадают к нам на лечение с запущенными стадиями глаукомы? Первая причина состоит в отсутствии нормативной и материально-технической базы для осуществления сплошного регулярного скрининга населения старше 40 лет с использованием современных инструментальных методов ранней диагностики глаукомы в первичном звене.

Вторая причина в том, что, имея с 2005 года прекрасный оснащенный глаукомный кабинет, мы неоднократно обращались в Управление здравоохранения Тамбов-

ской области, чтобы узаконить его как областной глаукомный центр, который бы осуществлял организационную работу и помощь офтальмологам, однако не нашли понимания.

Третья причина — консерватизм офтальмологов. Считая, что тонометрическое ВГД в пределах 26-28 мм рт. ст. является нормой, они забывают, что эти цифры могут быть нормой только для 5% людей, а для большинства нормой считается 18-20 мм рт. ст., и к этим цифрам следует стремиться. Можно привести немало примеров, когда выработка медикаментозного режима лечения на местах продолжается многие месяцы, в течение которого начальная стадия глаукомы переходила в далекозашедшую и терминальную.

Четвертая причина. Главным симптомом прогрессирования глаукомы является ухудшение полей зрения, и хотя исследование периферических границ поля зрения с помощью периметра Ферстера давно себя изжило, даже оно редко используется в процессе наблюдения за больным. Мы убедились, что во многих случаях при нормальных границах периферического поля зрения по Ферстеру компьютерная периметрия обнаруживает выраженные изменения в центральном поле зрения.

С конца 2011 года сотрудники филиала и многие офтальмологи в области стали использовать для измерения ВГД переводные измерительные линейки Нестерова — Егорова, которые позволяют получить истинное внутриглазное давление и являются более точным по сравнению с прежними измерительными линейками.

Заключение

Профилактическая направленность нашего здравоохранения, записанная в Законе об охране здоровья населения Российской Федерации, остается декларативной. Считаем, пока не будут полностью укомплектованы офтальмологами городские и районные поликлиники и установлены реальные нормы обслуживаемого населения для офтальмолога (не более 12-15 тыс.), пока все офтальмологические кабинеты поликлиник не будут оснащены современным оборудованием в соответствии с принятыми стандартами и пока не исчезнет лозунг «экономической целесообразности», приведший к ликвидации участков больниц и многих фельдшерско-акушерских пунктов, мы не сможем справиться с глаукомой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нероев В.В. Основные пути развития офтальмологической службы Российской Федерации // Тез. докл. IX съезда офтальмологов России. — М., 2010. — С. 52-55.
2. Либман Е.С. Медико-социальные проблемы в офтальмологии // Там же. — С. 70-71.
3. Разумовский М.И., Разумовская Ю.А., Мельник Т.Е., Спиридович Э.К. // Инвалидность вследствие первичной открытоугольной глаукомы в Санкт-Петербурге, Ленинградской области и других регионах России за период 2009-2011 годы // Сб. науч. трудов. Российская школа офтальмолога «Глаукома: теория и практика». — Санкт-Петербург, 2012. — С. 185-189.
4. Русина Е.В. Проблемы глаукомной службы в Калининградской области // В сб. «Глаукома: теория, тенденции, технологии». HRT Клуб Россия 2008. — М., 2008. — С. 327-330.
5. Мачехин В.А. Возможно ли раннее выявление глаукомы? // В сб.: «Глаукома: теория, тенденции, технологии». — HRT Клуб Россия 2008. — М., 2008. — С. 440-448.
6. Шевченко М.В., Золотарев А.И., Золотарева А.И., Шкунова Р.П., Никифорова Е.Б. Клинико-эпидемиологический мониторинг глаукомы в Самарской области (1956-2006) // В сб. «Ерошевские чтения». — Самара, 2007. — С. 30-34.
7. Яблонская Л.Я., Попова О.Е. Эпидемиологическая ситуация по глау-

укоме в Свердловской области // В сб. «Ерошевские чтения». — Самара, 2012. — С. 245-248.

- 8. Жуйков С.А., Жуйкова Л.Д., Фетисов А.А., Запужалов И.В. Эпидемиология глаукомы в Томской области. Пути совершенствования ранней диагностики и мониторинга больных // В сб.: «Глаукома: теория, тенденции, технологии». — HRT Клуб Россия 2010. — М., 2010. — С. 123-130.
- 9. Иманбаева С.С. Эпидемиологические особенности глаукомы и корреляция частоты данного заболевания с климато-географическими условиями в Кыргызской Республике // Там же. — С. 148-150.
- 10. Аксенова С.В., Куликова М.П. Изучение структуры глаукомы среди населения республики Мордовия по форме и стадиям течения заболевания // В сб.: «Глаукома: теория, тенденции, технологии». — HRT Клуб Россия 2011. — М., 2011. — С. 14-15.
- 11. Бабушкин А.Э. Распространенность, заболеваемость и первичная инвалидность вследствие глаукомы в Республике Башкортостан за 2010 г. // Там же. — С. 40-44.
- 12. Алексеев В.Н., Малеванная О.А. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с первичной открытоугольной глаукомой // В сб.: «Глаукома. Проблемы и решения». — М., 2004. — С. 393-396.
- 13. Алексеев В.Н., Куликова Н.К., Чекурова Л.В. О стабилизации процесса у больных первичной открытоугольной глаукомой при длительном наблюдении // Сб. науч. трудов. Российская школа офтальмолога «Глаукома: теория и практика». — Санкт-Петербург, 2012. — С. 18-20.