

Однако в последние десятилетия остеохондроз позвоночника значительно помолодел и его следует рассматривать как одну из распространенных форм хронического системного поражения хрящевой ткани. Он чаще всего развивается на фоне ее врожденной или приобретенной функциональной недостаточности. В развитии остеохондроза могут играть роль травматические повреждения, аутоиммунные процессы, эндокринные и обменные сдвиги, переохлаждение, инфекции, интоксикации, наследственные факторы, аномалии развития позвоночника и др. т.е. остеохондроз является полиэтиологическим заболеванием и может наблюдаться у подростков, а иногда и у детей 8-9 лет.

Течение остеохондроза у детей имеет некоторые особенности, но ведущим синдромом все равно является болевой фактор, который из-за распространенности процесса охватывает сразу несколько отделов позвоночника. Воздействие на сегментарные точки с помощью акупунктуры на эти зоны дает хороший лечебный эффект. В то же время, для этого понадобится вводить несколько десятков игл ребенку, что нецелесообразно. Многолетний опыт показывает, что лучше применять резиновые аппликаторы со стерженьками длиной один см. и диаметром 0.8-1мм. с затупленными металлическими концами, которые не нарушают целостности кожи. Эти импровизированные затупленные стальные иглы устанавливаются на расстоянии 1 см. друг от друга. Сам аппликатор имеет размеры 8см на 30-35 см. и тем самым может охватить все отделы позвоночника. В местах лордозов под него подкладываются матерчатые подушечки для лучшего контакта с телом. Преимуществом этого метода является простота установки, отсутствие прокола кожи и возможность оказания одновременного акупунктурного воздействия практически на все сегментарные точки заднесрединного меридиана и меридиана мочевого пузыря. Аппликатура дополняется несколькими иглами, устанавливаемыми на традиционных точках верхних и нижних конечностей в зависимости от клинической картины. Эффективность лечения составляет 80-90% случаев.

### **ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ НА ПРИМЕРЕ КОНКРЕТНОГО РЕГИОНА**

Ермолаев В.Г., Сердюков А.Г., Ермолаев С.В., Ермолаев А.В.

*Астраханская государственная медицинская академия  
Астрахань, Россия*

Глаукома представляет собой опасное глазное заболевание, очень часто приводящее к безвозвратной потере зрения. Поэтому она привлекает большое количество исследователей, изучающих патогенез, клинику и лечение данной глазной патологии. Однако, несмотря на все усилия современной офтальмологии, заболеваемость глаукомой не только не снижается, но даже растёт вверх. В связи с этим актуальным является изучение качественных показателей диспансеризации глаукомных больных с целью совершенствования системы профилактических мероприятий и в конечном итоге снижения заболеваемости от данного недуга.

В течение нескольких лет в Астраханской области проводится масштабная работа, направленная на совершенствование качества оказываемой медицинской помощи, в том числе и больным с глаукомой.

Для проведения настоящего исследования из числа стационарных больных были отобраны 830 городских пациентов с глаукомой, которые были проанкетированы по специально разработанной анкете. Количество мужчин и женщин было примерно равное количество (381 и 449 соответственно). Пациенты в возрасте старше 60 лет составили 78%. Анализ данного показателя за предыдущие 3 года показывает его незначительное снижение, что может косвенно указывать на появление её более молодых форм.

Из всего контингента больных высшее образование имели около 22% анкетированных и около 40% - средне-специальное. Остальные пациенты имели начальное, неполное среднее и среднее образование. На момент анкетирования подавляющее большинство пациентов с глаукомой (63%) были в статусе пенсионеров.

Длительность диспансерного наблюдения у врача в поликлинике по месту жительства у большинства респондентов (67%) составила до 5 лет. От 5 до 10 лет состояли на диспансерном учёте ещё около 12%, и лишь 21% наблюдались свыше 10 лет что косвенным образом говорит о состоянии организации профилактической работы.

В подавляющем большинстве случаев (746 человек – около 90%) заболевание было

выявлено при самообращении пациентов в поликлинику по месту жительства. У остальных глаукома была выявлена активным методом при прохождении профилактического осмотра, которые являются обязательной частью работы любой организации. Здесь следует обратить внимание на положительную тенденцию значимости профилактических осмотров в выявлении глаукомы, т.к. показатель выявляемости по сравнению с прошлыми годами неуклонно растёт вверх.

В процессе анкетирования были выявлены основные жалобы со стороны органа зрения, которые на данный момент предъявляли респонденты. Основным видом жалоб были слепота и низкое зрение на один или оба глаза (около 81%). Остальные жалобы характеризовались как боль в области глаза, чувство тумана перед глазами, слёзотечение, ощущение засоренности и т.д. У 16,5 % больных наблюдалось полное отсутствие зрения или глазного яблока, т. е. они фактически являлись инвалидами по зрению. В свою очередь болевые ощущения в области глаз и туман перед глазами являются явными признаками декомпенсации глаукомного процесса или степени запущенности заболевания. Отсутствие жалоб было отмечено лишь у 36 анкетированных.

Проанализированы сведения, характеризующие сроки обращения пациентов за консультацией в глазной кабинет. На основании полученных данных все анкетированные были разделены на 3 примерно равные группы. В частности, после появления первых жалоб со стороны органа зрения сразу обратились за медицинской помощью около 35% пациентов (I группа), вторая треть затянула процесс посещения окулиста на целый год и III группа – те, кто обратились за специализированной офтальмологической помощью позднее 12 месяцев от появления первых признаков заболевания.

Несмотря на достаточно длительный контакт с медицинскими работниками офтальмологического кабинета поликлиники по месту жительства около половины из них не смогли назвать ни одного из основных признаков глаукомы, что характеризует уровень их информированности по данному заболеванию равный нулю. Подтверждением указанного выше является то, что лишь треть пациентов получали сведения о глаукоме до постановки на диспансерный учет. Среди тех, кто имел знания о глаукоме и ответил на данный вопрос, в 30% случаев назвали повышение внутриглазного давления, как наиболее важного признака глаукомы. Больше внимания в ответах было уделено снижению остроты зрения и возникновению болей в глазах. Эти признаки глауко-

мы указала почти половина респондентов из числа тех, кто мог ответить на данный вопрос. Другие симптомы болезни были названы меньшим числом пациентов. Из всего вышесказанного следует вывод, что лишь 15% больных с глаукомой уверенно знают, что одним из самых главных признаков данного заболевания является повышение внутриглазного давления. Естественно, что подавляющее большинство пациентов не будут регулярно посещать глазного врача и выполнять режим назначенного им лечения, если они имеют слабые знания о глаукоме и не осознают серьезности ее последствий. Данная статистика прослеживается и у других исследователей.

Постановка на диспансерный учет пациентов с глаукомой накладывает на них определенные обязанности по соблюдению указанных врачом противопоказаний в их жизнедеятельности, а также выполнению назначенного лечения. Данные мероприятия, как показывает практика, в большинстве случаев оказывают определенное влияние на качество жизни пациентов в быту. В нашем исследовании было выявлено, что изменения в образе жизни в связи с постановкой пациентов на диспансерный учет было отмечено у 30% респондентов. Наличие у пациентов глаукомы создавало определенные сложности в личной и семейной жизни, в большей степени связанные с ограничением возможностей трудоустройства, выполнения трудовых мероприятий в быту, а также организации лечения глаукомы при низких финансовых возможностях.

Данное обстоятельство наводит на мысль о частичном или полном игнорировании указаний лечащего врача, хотя результаты исследования показывают обратное. В частности, подавляющее большинство (91,8%) анкетированных указали, что они четко выполняют все назначения врача.

Таким образом, результаты настоящего исследования в очередной раз указывают, что в настоящее время имеются серьезные недостатки в организации профилактической работы и диспансеризации глаукомных больных. Пациенты с глаукомой имеют низкий уровень информированности о своей болезни, ее клинических особенностях, исходах и возможностях профилактики в быту. Постановка на диспансерный учет и сам факт выявления глаукомы в 30% случаев оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов. Как решение данной проблемы необходима поддержка, а в ряде случаев восстановление глаукомной службы регионов, выделение дополнительных штатных единиц, разработка для офтальмологов программ и методических рекомендаций

по профилактике глаукомы, а также повсеместное создание и распространение среди населения пособий для больных глаукомой. Необходимо помнить, что вовремя начатое лечение по поводу глаукомы в большинстве случаев позволяет сохранить зрение на долгие годы.

*Научный проект 09-06-00933а поддержан грантом РФФИ*

### **СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ**

Ермолаев В.Г., Ермолаев А.В., Ермолаев С.В.  
*Астраханская государственная медицинская академия  
Астрахань, Россия*

Несмотря на достижения современной офтальмологии, в настоящее время наблюдается неуклонный рост количества слепых. Одним из коварных заболеваний, приводящих к полной потере зрения, является глаукома. Данная патология составляет до 25% в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней глаз. Общая заболеваемость населения старшей возрастной группы доходит до 2,1%, а в возрасте 75 лет и старше до 10%.

Информация об инвалидности вследствие глаукомы необходима для разработки адекватных мер, направленных на решение проблемы глаукомы как таковой.

Проведённое в Астраханской области крупномасштабное исследование заболеваемости глаукомой позволило сделать выводы: при первичном медицинском освидетельствовании почти в 50% случаев выставляется II группа инвалидности. Постановка данной группы инвалидности подразумевает снижение остроты зрения ниже 0,1, сужение границ поля зрения на 10-20 градусов от точки фиксации, когда трудовая деятельность возможна лишь в специально созданных условиях. Свыше 25% обследуемых выставляется I группа инвалидности, характеризующаяся 4 степенью нарушения зрительных функций с полной или почти полной слепотой. Таким образом, у 3/4 больных уже при первичном освидетельствовании были установлены I и II группы инвалидности, что является следствием недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий по сохранению зрения у данных пациентов и позднее направление их на медико-социальную экспертизу для реабилитации и социальной помощи.

У подавляющего большинства обследуемых пациентов (свыше 80%) причиной инвалидизации являлась первичная открыто-

угольная форма глаукомы, а у 16,7% - вторичная. Оставшиеся 2% были представлены врождённой глаукомой.

Опасным социальным фактором является тот факт, что около 45% инвалидов вследствие глаукомы – мужчины и женщины не старше 54 лет, т.е. находящиеся в возрасте, сочетающем в себе такие качества, как стабильно высокая трудовая активность и опыт. Отлучение данного контингента людей от трудовой деятельности негативно сказывается на деятельности общества в целом. Другимстораживающим фактом является то, что несмотря на возрастное увеличение показателей инвалидности, глаукома уже становится нередким явлением среди людей в возрасте меньше 40 лет.

Абсолютное большинство инвалидов I группы (84%) были в возрасте старше 70 лет с продолжительностью болезни от 5 до 10 лет. Из них только у 63% были проведены антиглаукоматозные операции, да и то, либо слишком поздно, либо они оказались неэффективными для стабилизации процесса, также как и гипотензивная медикаментозная терапия. Вследствие указанных выше причин более чем у половины впервые проходящих освидетельствование в бюро МСЭ больных диагностировалась терминальная стадия глаукомы с полной двусторонней слепотой.

Длительность заболевания у инвалидов II группы составляла от 3 до 7 лет. Оперативное вмешательство выполнялось у 88% больных, среди которых 25,1% проведены лазерные операции.

Большинство инвалидов III группы (54,3%) имели возраст 40-60 лет. Также стоит отметить, что 2,7% инвалидов этой группы не достигли и 40-летнего возраста. Глаукомный стаж пациентов достигал 7 лет. Среди данной категории больных 82,1% были прооперированы, в том числе 16,8% - с использованием лазерных хирургических методов.

Анализ динамики инвалидизации показал, что за 2 года относительная стабилизация заболевания без утяжеления инвалидности была констатирована лишь в 60,2% случаев среди инвалидов III группы. У 31,8% инвалидов ввиду дальнейшего прогрессирования глаукоматозного процесса была установлена II группа, а у 8% - даже I группа инвалидности.

В контингенте инвалидов II группы ввиду значительного ухудшения зрительных функций вплоть до полной слепоты в 24,6% случаев при повторном освидетельствовании была установлена I группа инвалидности.

Следует подчеркнуть, что в части случаев, особенно у пациентов старшего возраста (60-70 лет), ухудшение зрения и нарастающие