

На правах рукописи

Шараф Важди Мохамед

**ОСОБЕННОСТИ ГЛАУКОМЫ В СЕВЕРО-ВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ
АРАВИЙСКОГО ПОЛУОСТРОВА**

14.01.07 – глазные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2016

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт глазных болезней».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Большунов Андрей Валентинович

Официальные оппоненты:

Юрова Ольга Валентиновна, доктор медицинских наук, профессор, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы, главный научный сотрудник отдела медицинской реабилитации больных с заболеваниями нервной системы

Лоскутов Игорь Анатольевич, доктор медицинских наук, Научный клинический центр ОАО «Российские железные дороги», заведующий офтальмологическим отделением

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное учреждение «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н.Федорова, Министерства здравоохранения РФ

Защита диссертации состоится «26» сентября 2016 г. в 14–00 на заседании диссертационного совета Д 001.040.01 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт глазных болезней», по адресу: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д.11, корпус А, Б.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте www.niigb.ru Федерального государственного научного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт глазных болезней»

Автореферат диссертации разослан « ____ » _____ 2016г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

М.Н. Иванов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования и степень ее разработанности:

Относительно высокая частота встречаемости глаукомы во всем мире, риск слабовидения и слепоты вследствие глаукомы делают изучение этой патологии важной задачей не только в чисто медицинском, но и в социальном плане. По словам М.И. Авербаха (Авербах М.И. Офтальмологические очерки. 1949 г), в начале 20-го века глаукома являлась ведущей причиной слепоты во всем мире, если исключить трахому и другую инфекционную патологию органа зрения, связанную с условиями жизни населения в разных регионах планеты.

На сегодняшний день глаукома все еще остается в лидирующей группе заболеваний, приводящих к необратимому распаду зрительных функций даже в экономически развитых странах.

Слепота как явление не только медицинское, но и имеющее глубокое социальное и экономическое значение, привлекает внимание не только на медицинском, но и на государственном и даже межгосударственном уровне. Так, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в 70-х годах 20 века во всем мире насчитывалось около 30 млн. слепых, а к настоящему моменту их количество достигло 150 млн. человек, что несколько опережает предсказанные темпы (Гончаренко В.Л., Шиляев Д.Р., Шуравлева С.В., 2000г). Данная негативная тенденция заставляет ряд международных организаций проводить политику, координирующую мероприятия по профилактике слепоты, как в отдельных странах, так и на межгосударственном уровне. Для реализации данной концепции группами специалистов разрабатываются рекомендации по проведению диагностических и лечебных мероприятий, проводятся образовательные курсы, конференции для повышения квалификации медицинского персонала. К сожалению, несмотря на прилагаемые усилия, по-прежнему высок процент слепоты в отдельных странах, и это, в первую очередь, связано с уровнем их

социально-экономического развития, что ограничивает возможности проведения профилактических мероприятий по борьбе со слепотой в надлежащем объеме.

Структурный анализ причин слепоты в этих странах на примере изучения распространенности и клинического течения глаукомы в Кувейте может расширить понимание причин развития слепоты в данном регионе и сформулировать способы профилактики данного состояния с учетом конкретных социально-экономических и климатогеографических факторов.

Длительное сохранение глаукомы в первых строчках списка заболеваний, приводящих к деградации зрительных функций, может быть объяснено несколькими причинами. Во-первых, это недостаточно изученная этиология данного заболевания. Глаукому следует рассматривать как многофакторное, с широким клиническим полиморфизмом заболевание, на развитие которого могут оказывать влияние общесоматические и локальные факторы. Еще одной проблемой является затрудненность ранней диагностики глаукомы. Пациент, страдающий этим заболеванием, на ранних стадиях чаще всего не ощущает какого-либо дискомфорта и жалоб и не видит необходимости в консультации специалиста. И даже в случае его обращения к врачу диагностика этого заболевания на ранних этапах порой значительно затруднена. Не облегчает раннюю диагностику и отсутствие четких статистически-обоснованных нормативных показателей. В некоторых случаях у человека, признанного здоровым, может наблюдаться явное превышение нормы по какому-либо показателю, в то время как у явно больного данный критерий может быть в нормальных пределах.

На распространенность и особенность клинического течения глаукомы существенное влияние оказывают климатогеографические и этнические факторы.

Практически полное отсутствие в доступной литературе подобных сведений, касающихся северо-восточного региона Аравийского полуострова, делает эту проблему актуальной.

Цель исследования: изучение распространенности и особенностей клинического течения глаукомы в северо-восточном регионе Аравийского полуострова на примере государства Кувейт.

Задачи исследования

1. Изучить причины слепоты в государстве Кувейт и определить место глаукомы в ее структуре.
2. Изучить особенности течения глаукомы в зависимости от климатогеографических факторов.
3. Изучить причины позднего выявления глаукомы в государстве Кувейт.
4. Выявить факторы риска, способствующие тяжелому течению глаукомы.
5. На основании полученных данных разработать предложения по возможно раннему выявлению, мониторингу и лечению больных глаукомой в условиях государства Кувейт.

Научная новизна

1. Определено место глаукомы в общей структуре причин слепоты в Кувейте.
2. Впервые изучены особенности течения глаукомы в государстве Кувейт, в зависимости от климатогеографических факторов.
3. Изучены причины позднего выявления глаукомы в государстве Кувейт.
4. Установлены факторы риска, способствующие тяжелому течению глаукомы.
5. Впервые разработаны предложения по возможно раннему выявлению больных глаукомой в условиях государства Кувейт.

Теоретическая и практическая значимость работы

Данные, полученные в результате исследования, могут позволить выявить особенности течения глаукомы в различных регионах страны, а также изучить причины поздней выявляемости заболевания. Новые данные позволят разработать подробные нормативные и регламентирующие документы в пределах страны по организации раннего выявления, рационального лечения и наблюдения за больными глаукомой. Внедрение в практику полученных результатов, обоснованных методов организации и рационального лечения позволят улучшить функциональные исходы лечения глаукомы и снизить процент слепоты в исходе этого заболевания.

Методология и методы диссертационного исследования

Методологической основой диссертационной работы явилось применение комплекса методов научного познания. Диссертационная работа выполнена в соответствии с принципами научного исследования. При выполнении работы соблюдены схема и этапы научного исследования. В настоящей работе сочетаются методологии качественных и количественных исследований. Работа выполнена в дизайне ретроспективного одноцентрового когортного кроссекционного исследования с использованием аналитических, клинических и статистических методов.

Положения, выносимые на защиту

1. Глаукома — одна из основных причин необратимой слепоты в Кувейте.
2. Особенности течения заболевания: бессимптомность — основная причина поздней выявляемости глаукомы и проведения несвоевременного лечения.
3. Достоверно более тяжелое течение глаукомного процесса в равнинной климатогеографической зоне по сравнению с прибрежной зоной —

особенность клинического течения глаукомы в северо-восточном регионе Аравийского полуострова.

Степень достоверности и апробация результатов

Оценка степени достоверности научных результатов в диссертации опирается на достоверность и репрезентативность данных исследования, точность методик исследования и проведенных расчетов. Исследование проведено в стандартизированных условиях с помощью современного оборудования в объеме достаточном для выполнения поставленных задач. Анализ материала и статистическая обработка полученных данных выполнены с применением современных методов и в соответствии с современными стандартами сбора и обработки научных данных.

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на «XIV Всероссийской школе офтальмолога» (Московская обл., 2015), «Межрегиональной научно-практической конференции офтальмологов, посвященной 90-летию профессора Л.В. Коссовского» (Нижний Новгород, 2015), заседании проблемной комиссии ФГБНУ «НИИГБ» (Москва, 2015).

Личный вклад автора в проведенное исследование.

Личный вклад автора состоит в проведении клинических исследований, апробации результатов, подготовке публикаций и докладов по теме работы. Обработка и интерпретация данных выполнена лично автором.

Внедрение результатов работы: результаты работы внедрены в клиническую практику в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт глазных болезней».

Публикации

По теме диссертации опубликовано 4 печатные работы, 2 из них – в журналах, входящих в перечень рецензируемых журналов и изданий ВАК.

Структура и объем диссертационной работы

Диссертационная работа изложена на 109 страницах машинописного текста, состоит из введения, 2 глав обзора литературы, обзора материалов и методов использованных в работе, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов и списка использованной литературы. Работа иллюстрирована 19 таблицами и 20 рисунками. Список литературы содержит 76 отечественных и 72 иностранных работы.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

С целью изучения причин и структуры слепоты в Кувейте было проанализировано 1386 случаев потери зрения на один или оба глаза по архивным материалам. Это были пациенты в возрасте от 16 лет и старше, обратившиеся за медицинской помощью к офтальмологу. За слепоту принимали остроту зрения не выше 0,01 с коррекцией на лучшем глазу, что согласуется с классификацией слепоты ВОЗ.

Для исследования клинических особенностей глаукомы в стране было обследовано 620 человек. В работу включены пациенты, обращавшиеся в госпиталь по поводу глазной патологии, а также обследованные стационарные больные, находившиеся на лечении в госпитале по поводу других заболеваний.

Все пациенты были распределены на группы в зависимости от места проживания (город, село) и географической зоны (равнинный, прибрежный район), см. табл. 1.

В работе использовали базисные офтальмологические методы исследования пациентов: субъективная визометрия с помощью таблиц Снелена, компьютерная периметрия, гониоскопия с контактной гониоскопической линзой, рефрактометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия по Гольдману.

**Распределение обследованных больных в зависимости от места
жительства и географической зоны, ВГД (мм рт.ст.) в данной
группе (M ±δ).**

Место проживания	Географическая зона		Всего
	Прибрежный район	Равнинная зона	
Город	169(27,26%) 21,78 ±1,7	119(19,19%) 25,66 ±2,04	288(46,45%) 23,39 ± 2,66
Село	187(30,16%) 21,95 ± 1,9	145(23,39%) 25,16 ± 1,84	332(53,55%) 23,35 ± 2,46
Всего	356(57,42%) 21,87 ± 1,81	264(42,58%) 25,39 ± 1,95	620(100%) 23,37 ± 2,56

Для оценки глаукоматозного процесса (форма глаукомы, стадия заболевания, степень компенсации внутриглазного давления) использовали классификацию, предложенную А.П. Нестеровым и А.Я. Буниным и принятую в России с 1977 году.

Во всех случаях собирали подробный анамнез.

Результаты исследований

Глаукома в общей структуре офтальмопатологии в Кувейте (анализ архивных данных)

Борьба со слепотой и слабовидением является важнейшей международной медико-социальной задачей. Это обусловлено важностью органа зрения в познании и преобразовании мира и распространенностью слепоты на Земле. По оценкам международных экспертов на сегодняшний день в мире насчитывается около 45 млн. слепых людей и 135 млн.,

страдающих серьезными нарушениями органа зрения. Основными причинами слепоты в мире являются: катаракта (42%), трахома (15%), глаукома (14%), онхоцеркоз (1%), другая офтальмопатология (28%). В 80% случаев слепоты можно избежать. Но более 90% людей, страдающих нарушениями зрения, не имеют доступа к необходимой офтальмологической помощи. Эта помощь или не всегда присутствует (географические барьеры), или не всегда доступна (социально-экономические барьеры).

В связи с этим представляет интерес анализ структуры слепоты в Кувейте и место в ней глаукомы.

Статистика ВОЗ свидетельствует о росте слепоты в развивающихся странах, связанной с патологией хрусталика - катарактой. Это объясняется, прежде всего, диспропорцией между увеличением продолжительности жизни коренного населения, с одной стороны, и недостаточным развитием квалифицированной медицинской помощи - с другой.

В соответствии с проанализированными нами архивными данными, потерявших зрение в результате возрастной катаракты оказалось 50,0%. (см. табл. 2). Средний возраст их составил 61,3 года. Особенностью данной патологии у жителей Кувейта является преобладание в структуре заболеваемости ядерной формы катаракты над корковой. Одним из существенных факторов, способствующих развитию катаракты, следует рассматривать избыточное воздействие ультрафиолетовых лучей солнца.

Сельские жители в большей степени подвержены неблагоприятным воздействиям климатических условий, чаще страдают от однообразного и недостаточного питания, чем, по-видимому, можно объяснить более частую распространенность возрастной катаракты в стадии полного созревания у этого контингента больных.

Среди перечня болезней, вызывающих слепоту, глаукома занимает особое место, прежде всего потому, что приводит к необратимому распаду зрительных функций. На основании полученных данных именно глаукома и является одной из основных причин слепоты - 20,0% (см. табл. 2).

Особенности клинического течения глаукомы таковы, что многие больные, не подозревая об имеющемся заболевании, обращаются к врачу, как правило, в поздних стадиях, когда значительно потеряны зрительные функции или возникает болевой синдром вследствие декомпенсации внутриглазного давления. Больные с уже выявленной патологией не всегда ясно представляют ту опасность для зрения, которую таит в себе глаукома. Лечение носит не систематический характер, недостаточен контроль за его эффективностью, хирургическое лечение проводится крайне редко и в поздних стадиях, - все это объясняет чрезвычайно высокий процент слепых на оба глаза. Женщин, полностью или частично потерявших зрение из-за глаукомы на 8,4% больше чем мужчин.

Возраст обследованных колебался от 35 до 75 лет, в среднем 63,8 лет. Длительность заболевания по анамнестическим данным от 1 до 10 лет. Этот срок не несет информации о начале заболевания, а лишь указывает на время появления признаков глаукомы, заставивших больного обратиться к врачу.

Патология сетчатки явилась причиной слепоты в 20% случаев. К этой группе следует отнести патологию сосудистого тракта, дистрофические процессы и отслойку сетчатки, заболевания зрительного нерва и новообразования глаза.

К тяжелому поражению органа зрения следует отнести травму глаза. В стране, где техника безопасности на производстве сравнительно низка, где еще остро решаются многие социальные вопросы, степень травматического повреждения органа зрения, приводящая к слепоте, сравнительно не высока и составляет 2%. Сюда входят производственные, огнестрельные и бытовые повреждения. Более низкий процент женщин в этой группе, потерявших зрение в результате травмы глаза, является отражением их весьма ограниченной роли в социальной и производственной жизни. Особенностью травматического повреждения органа зрения является его тяжесть. Наиболее часто встречаются проникающие ранения глаза с внутриглазными амагнитными инородными телами, приводящие к тяжелым последствиям.

Это, как правило, травмы, полученные во время взрывных работ в каменоломной отрасли. Тяжесть исходов определяется также и несвоевременностью оказания квалифицированной медицинской помощи.

Таблица 2

Структура причин слепоты в Кувейте

Заболевание как причина слепоты	Процент больных	Пол (%)		Средний возраст (лет)	Длительность Заболевания (лет)	Место жительства		Слепота	
		М.	Ж.			Город(%)	Село(%)	Один глаз(%)	Оба глаза(%)
Катаракта	50	54,8	45,2	61,3	3,3	34,9	65,1	75,9	24,1
Глаукома	20	45,8	54,2	63,8	7	45,9	54,1	35,8	64,2
Патология сетчатки	20	59,3	40,7	64,7	14,2	46,3	53,7	16,2	83,8
Патология роговицы	8	56,3	43,7	62,6	12,8	43,6	56,4	71,9	28,1
Травма	2	76,3	23,7	31,9	-	61,5	38,5	92,4	7,6

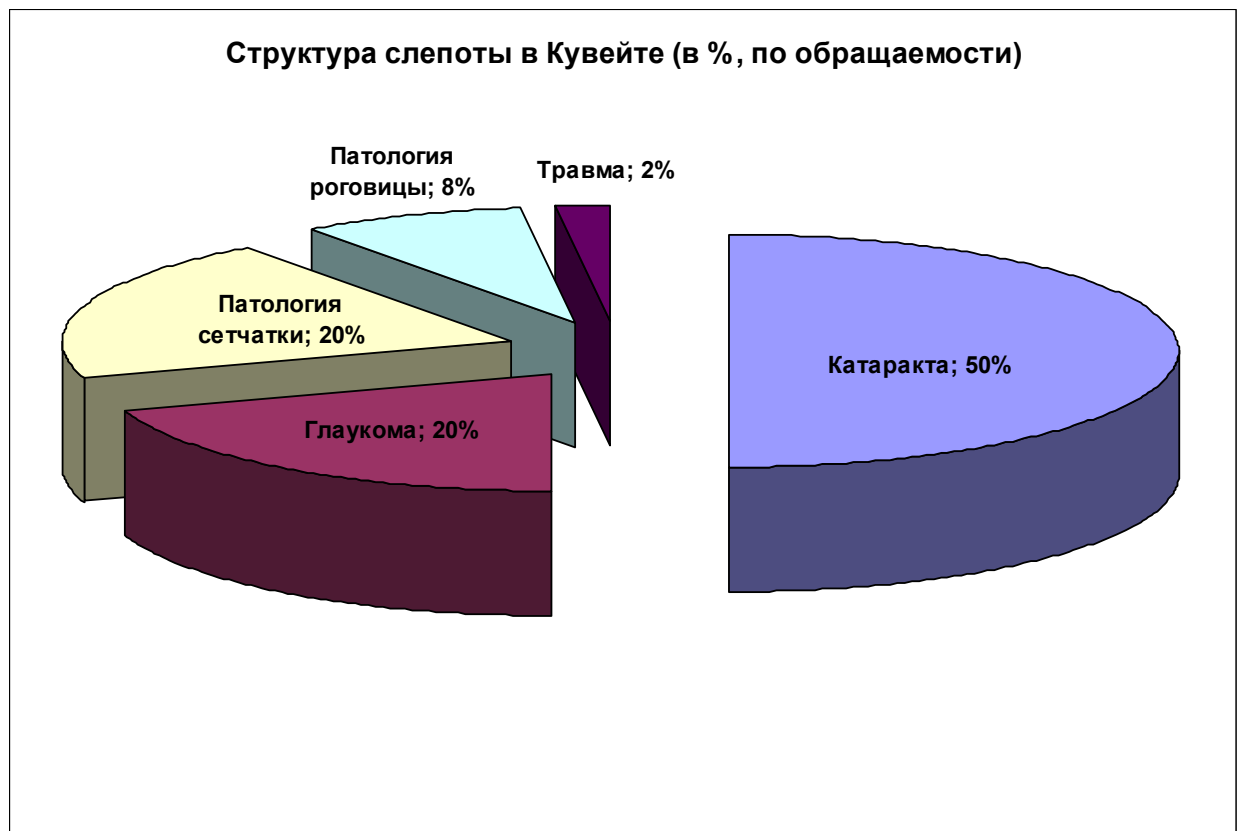


Рис. 1. Структура слепоты в Кувейте (в %, по обращаемости)

Поражение роговой оболочки, вызванное бактериальной, вирусной инфекцией или в дистрофическими процессами, также являются одной из причин слепоты. Особенно частой причиной слепоты является бактериальная язва роговой оболочки. В результате позднего обращения к врачу, недостаточно энергичного лечения или неправильного выполнения врачебных рекомендаций в амбулаторных условиях патологический процесс принимает распространенный характер. В исходе образуется грубое бельмо или истончение роговицы с ее перфорацией и выпадением внутренних оболочек.

Примечательно, что среди лиц, обратившихся за медицинской помощью, лишь незначительная часть ранее получала лечение по поводу того или иного заболевания. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о тяжести и распространенности глазной патологии в

Кувейте, приводящей к слепоте. Все это тем более прискорбно, что с этим заболеванием можно эффективно бороться и его опасность для отдельных лиц и общества в целом можно значительно снизить, приняв относительно простые и не дорогостоящие меры.

1. Глаукома – причина необратимого распада зрительных функций

На сегодняшний день глаукома остается одной из главных причин необратимого распада зрительных функций не только в экономически отсталых, но и в высокоразвитых странах.

Причины устойчивости статистических показателей имеют несколько составляющих. Во-первых, до конца неизвестны причины возникновения заболевания. Весьма общим следует рассматривать глаукому как результат взаимодействия, по крайней мере, двух независимых друг от друга факторов: общих изменений в организме человека, прежде всего, связанных с возрастом, и некоторыми соматическими расстройствами и местных анатомических и функциональных особенностей глаза. Во-вторых, трудности ранней диагностики глаукомы. Глаукома относится к одним из тех заболеваний, при которых весьма размыто и растянуто во времени состояние здоровья и болезни. Иногда переход от нормы к болезни даже в начальной ее стадии происходит в течение неопределенно длительного времени. К трудностям ранней диагностики следует отнести и отсутствие четких статистических нормативных показателей. Некоторые из них носят условный характер, что у одних лиц, признанных здоровыми, они превышают норму, а у явно больных эти показатели находятся в пределах статистической нормы. Одним из существенных обстоятельств, который может оказать заметное влияние на особенности распространения и клинического течения глаукомы, следует считать климато-географические факторы. Отсутствие в доступной нам литературе подобных сведений, касающихся ближневосточного региона, делает эту проблему актуальной.

Всего было обследовано 620 человек. Пациенты включались в исследование по обращаемости в медицинское учреждение не только по поводу глазной патологии, но и в связи с другими заболеваниями.

С целью изучения причин и структуры слепоты в стране было проанализировано 1386 архивных случаев потери зрения на один или оба глаза. Это были пациенты в возрасте от 16 лет и старше, обратившиеся за медицинской помощью к офтальмологу. За слепоту принимали остроту зрения не выше 0,01 с коррекцией, что согласуется с классификацией слепоты ВОЗ.

На основании полученных данных именно глаукома является одной из основных причин слепоты в Кувейте – 20,0% (см. табл. 2), что хорошо согласуется с общемировой статистикой. Женщин, полностью или частично потерявших зрение из-за глаукомы, несколько больше чем мужчин (на 8,4%). Возможной причиной получения подобных результатов может быть большее представительство женщин в анализируемом материале, что говорит о большей частоте их посещения медицинских учреждений по разным поводам.

2. Анализ причин поздней выявляемости глаукомы.

Наиболее важным, но и сложным является выявление самых ранних признаков, которые или предшествуют клинической манифестации глаукомы, или сопровождают уже появившиеся ее симптомы. Это важная, но не единственная составляющая проблемы ранней диагностики глаукомы, от которой зависит правильность выбора адекватного лечения, его эффективность, а в долгосрочном плане - профессиональная сохранность и социальная стабильность больного.

Среди множества причин, затрудняющих раннюю диагностику заболевания мы выделили 5 основных:

- Особенности течения глаукомного процесса, в первую очередь его бессимптомность на ранних стадиях.
- Диагностическая ошибка.
- Ограниченная доступность своевременной офтальмологической помощи.
- Социально-экономический фактор.
- Сочетание нескольких (других) причин.

В каждом конкретном случае причина устанавливалась на основании анализа предшествующих медицинских заключений и опроса пациента.

Анализ причин поздней выявляемости глаукомы среди пациентов ПОУГ равнинной климатогеографической зоны показал следующее распределение по причинам:

- | | |
|---|----------|
| 1. Особенности течения глаукомы (бессимптомность) | - 58% |
| 2. Сочетание нескольких причин | - 17,33% |
| 3. Диагностические ошибки | - 12% |
| 4. Социально-экономический фактор | - 10% |
| 5. Ограниченная доступность офтальмологической помощи | - 2,67% |

Среди пациентов с ПОУГ прибрежной зоны распределение оказалось аналогичным:

- | | |
|---|----------|
| 1. Особенности течения глаукомы (бессимптомность) | - 53,21% |
| 2. Сочетание нескольких причин | - 21,07% |
| 3. Диагностические ошибки | - 14,67% |
| 4. Социально-экономический фактор | - 8,57% |
| 5. Ограниченная доступность офтальмологической помощи | - 2,5% |

Среди пациентов с ЗУГ распределение по причинам оказалось немного другим:

- | | |
|---|----------|
| 1. Особенности течения глаукомы (бессимптомность) | - 30,01% |
| 2. Диагностические ошибки | - 22,11% |
| 3. Ограниченная доступность офтальмологической помощи | - 18,95% |
| 4. Сочетание нескольких причин | - 15,8% |
| 5. Социально-экономический фактор | - 13,17% |

Как в случае ПОУГ, так и в случае первичной ЗУГ, ведущей причиной поздней выявляемости заболевания являются особенности течения заболевания. При закрытоугольной форме заболевания роль данного фактора

заметно меньше. Эту особенность можно объяснить большей клинической выраженностью симптомов закрытоугольной глаукомы (особенно в момент острого или подострого приступа заболевания) по сравнению с открытоугольной.

Диагностические ошибки в постановке диагноза при первичной ЗУГ играют заметно бóльшую роль, чем при ПОУГ. Этот факт, с нашей точки зрения, также хорошо объясним. Острый приступ закрытоугольной глаукомы сопровождающийся глазной болью, выраженной инъекцией и снижением зрения, может быть ошибочно принят за какое-либо воспалительное заболевание глаза.

Перечисленные факторы при обеих формах глаукомы более чем в половине случаев приводили к поздней диагностике заболевания. Остальные факторы играли значительно меньшую роль.

Ограничения в доступности офтальмологической помощи и социально-экономические причины на наш взгляд являются связанными с друг с другом факторами, несмотря на разную их роль в поздней диагностике ПОУГ и ЗУГ (в первом случае лидирует социально-экономический фактор, во втором – ограниченная доступность офтальмологической помощи). Данный факт, на наш взгляд, также хорошо объясним особенностями течения различных форм глаукомы. Закрытоугольная глаукома манифестирует себя остро, требуя экстренного обращения к офтальмологу, поэтому в этом случае на лидирующие позиции выходит ограниченная доступность своевременной помощи. Открытоугольная глаукома длительное время течет незаметно для пациента, и для своевременного выявления требует систематического, планового наблюдения пациента офтальмологом, что обычно бывает затруднено в результате социально-экономических факторов.

Сочетания нескольких (других) причин в структуре поздней выявляемости глаукомы при открытоугольной (2-е место) и закрытоугольной (4-е место) ее формах, на наш взгляд, имеет связь с выраженностью манифестации заболевания, а, значит, и с возможностью диагностической

ошибки (при открытоугольной глаукоме – 3-е место, при закрытоугольной – 2-е). Бóльший процент ошибок в диагностике заболевания при первичной ЗУГ оставляет меньше возможностей для остальных причин, в том числе и их сочетания.

Анализ социального статуса также представляет интерес для бóльшего понимания возможных причин позднего выявления глаукомы, значения санитарно-просветительской работы.

Естественно, строгое и абсолютное разграничение причин, приведших к полученным результатам, невозможно. Все они взаимосвязаны в большей или меньшей степени. Поэтому также взаимосвязаны и пути решения проблемы.

Решение социально-экономических проблем лежит а плоскости общегосударственных задач. Рост благосостояния, уровня жизни, коммуникационных проблем - все это в значительной степени делает доступность специализированной врачебной помощи более реальной. Одновременное решение кадровых вопросов еще более повысит доступность офтальмологического обслуживания. Создание специально оснащенных кабинетов ранней диагностики глаукомы, мониторинг ВГД и поля зрения у лиц старше 40 лет, централизованная разработка программ санитарного просвещения населения о необходимости профилактического обследования – меры которые при относительно небольших финансовых затратах позволят значительно повысить процент раннего выявления глаукомы и снизить риск необратимого распада зрительных функций.

Факторы риска тяжелого течения глаукомы в Кувейте по степени значимости распределились следующим образом:

1. Возраст.
2. Климатогеографический регион проживания.
3. Форма глаукомы.
4. Степень урбанизации.

ВЫВОДЫ

1. Анализ архивных данных 1386 пациентов показал, что глаукома занимает второе место (278 пациентов, 20%) после катаракты (693 пациента, 50%) среди причин потери зрения на один или оба глаза и первое место среди причин необратимой слепоты в Кувейте.

2. Впервые доказано, что в Кувейте климатогеографический фактор оказывает существенное влияние на особенности течения глаукомы независимо от ее формы (ПОУГ или первичная ЗУГ). Заболевание среди пациентов, проживающих в равнинной зоне, статистически достоверно ($P < 0,001$) отличается более тяжелым течением по сравнению с больными прибрежной зоны, о чем свидетельствуют более высокие цифры ВГД ($25,39 \pm 0,24$ мм рт.ст. и $21,87 \pm 0,19$ мм рт.ст. соответственно), а также преобладанием более тяжелых (III, IV) стадий над более легкими (I, II). Кроме того открытоугольная глаукома у лиц, проживающих в равнинной зоне, отличается более ранним (40-45 лет) началом по сравнению с больными прибрежной (60-65 лет) зоны.

3. На большом клиническом материале выявлены 5 основных причин, затрудняющих раннюю диагностику глаукомы в Кувейте. К ним относятся: бессимптомность заболевания, диагностические ошибки, ограниченная доступность своевременной офтальмологической помощи, социально-экономический фактор, сочетание нескольких других причин. Первое место среди указанных выше причин, независимо от формы глаукомы, занимает её бессимптомность: для ПОУГ – 55,6%, и для ЗУГ – 30,1%.

4. Впервые определены факторы риска тяжелого течения глаукомы в Кувейте. По степени значимости распределяются следующим образом: возраст, климато-географический (равнинный или прибрежный) регион проживания, форма глаукомы (ЗУГ или ПОУГ) и степень урбанизации населения.

5. Для повышения качества ранней диагностики глаукомы необходимо:

а) создание профильных кабинетов, позволяющих проводить в режиме мониторинга исследование ВГД, полей зрения лиц старше 40 лет, б) диспансеризация населения, в) централизованная разработка программы санитарного просвещения населения о необходимости профилактических осмотров – меры, которые позволят значительно повысить вероятность раннего выявления глаукомы, снизить процент утраты трудоспособности среди лиц трудоспособного возраста и риск необратимого распада зрительных функций. Данные мероприятия могут послужить основой государственной программы профилактики необратимой слепоты в Кувейте.

Практические рекомендации

1. Для снижения уровня заболеваемости глаукомой необходима система раннего выявления заболевания и служба диспансерного наблюдения за больными.
2. Мероприятия по повышению эффективности лечения больных глаукомой предусматривает развитие санитарно-просветительной работы и сети консультативных кабинетов.
3. Полученные в работе фактические данные могут послужить основой разработки государственной программы по ранней диагностике глаукомы и профилактики необратимой слепоты в Кувейте.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Шараф В.М., Сипливый В.И. Эпидемиологические особенности клинического течения глаукомы в зависимости от социальных, экономических, этнических и географических факторов // **Глаукома. – 2014.– Том 13.– №1.– С. 68-76.**
2. Шараф В.М., Сипливый В.И. Особенности течения глаукомы в Кувейте в зависимости от климатогеографических факторов // XIV Всероссийская школа офтальмолога 12-15 марта 2015 г. Сборник научных трудов под редакцией профессора Е.А. Егорова.– Москва.– 2015.– С. 85-86.
3. Шараф В.М., Сипливый В.И. Причины поздней диагностики и эпидемиологические особенности глаукомы в северо-восточном регионе аравийского полуострова // **Национальный журнал «Глаукома». – 2015.– Том 14.– №4. –С.44–50.**
4. Шараф В.М., Сипливый В.И. Глаукома в общей структуре причин слепоты в Кувейте // Сборник статей по материалам межрегиональной научно–практической конференции офтальмологов, посвященной 90–летию профессора Л.В. Коссовского.– Нижний Новгород.– 2015.– С. 180-183.

Список использованных сокращений

ВГД – внутриглазное давление

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ЗУГ – закрытоугольная глаукома

мм рт.ст. – миллиметр ртутного столба

ОУГ – открытоугольная глаукома

ПОУГ – первичная открытоугольная глаукома

УПК – угол передней камеры