

Сравнительная оценка возраста лиц, впервые признанных инвалидами по различным заболеваниям глаз



Н. М. Рустамова

Национальный Центр Офтальмологии им. акад. Зарифы Алиевой, Баку, Азербайджан

РЕЗЮМЕ

Проведено сравнение возрастного состава лиц, впервые признанных инвалидами вследствие болезней роговицы, хрусталика, сетчатки, глазного яблока и зрительного нерва, макулодистрофии, глаукомы, миопии, последствий травм и анофтальмии. Установлено, что очень ранняя инвалидизация характерна для миопии, анофтальмии, последствий травм глаз, атрофии зрительного нерва и болезней глазного яблока. Первичная инвалидность вследствие диабетической ретинопатии, увеита и глаукомы наступает значительно позже. Считается, что возраст пациента на момент констатации первичной инвалидности следует использовать для характеристики медико-социального груза офтальмопатологии.

Ключевые слова: первичная инвалидность, возраст, заболевания глаз

ABSTRACT

N. M. Rustamova

Comparative estimation of the age of persons first recognized as disabled due to different eye diseases

The aim of this research is to obtain comparative characteristics of the age of persons first recognized as disabled due to ophthalmopathology. Comparison of the age composition of the disabled due to corneal diseases, the lens, retina, eyeball, optic nerve, macular degeneration, glaucoma, myopia, trauma and anophthalmos was conducted. It has been established that very early disability is characteristic of myopia, anophthalmos, eye trauma, optic atrophy and eyeball diseases. Primary disability due to diabetic retinopathy, uveitis and glaucoma comes much later. It is considered that the age of the patient at the moment of primary disability should be used to characterize medical and social burden of ophthalmopathology.

Key words: primary disability, age, eye diseases

Офтальмология. — 2012. — Т. 9, № 1. — С. 80–82.

Поступила 20.10.11. Принята к печати 19.01.12

Инвалидность вследствие глазных заболеваний является сравнительно распространенной социальной проблемой в современном мире [1-7]. Сообщается, что в благополучной Германии из 100000 населения более 7 человек слепых [8]. Основными причинами слепоты являются макулодистрофия (3,9), диабетическая ретинопатия (2,0) и глаукома (1,6).

В России с 1990 по 2000 гг. уровень слабовидения возрос с 13,6 до 18,7 и уровень слепоты с 7,0 до 8,7 [1]. Отмечается, что уровень инвалидности резко варьирует в разных возрастных группах (5,50/000 у населения до 19 лет, 104,0 у населения свыше 65 лет). Причем нозологическая структура первичной инвалидности в разных возрастных группах значительно отличается. У лиц трудоспособного возраста первые ранговые места принадлежат

травме глаз (29%), дегенеративной близорукости (17%), патологии сосудистого тракта, сетчатки и зрительного нерва (11%). У лиц пенсионного возраста ведущими причинами инвалидности являются глаукома (40%), заболевания сосудистого тракта, сетчатки и зрительного нерва (28%), патологии хрусталика (14%). Разность нозологической структуры инвалидности вследствие глазных заболеваний в зависимости от возраста установлена также на Украине [9]. Однако полноценная характеристика возраста пациентов, впервые признанных инвалидами в связи с различной офтальмопатологией, отсутствует.

В данной работе мы попытались получить сравнительную характеристику возраста лиц, впервые признанных инвалидами вследствие патологии глаз в Азербайджанской Республике.

Таблица 1. Средний возраст лиц, впервые признанных инвалидами вследствие слепоты или пониженного зрения

Основные причины	Минимальный	Максимальный	Мода (Мо)	Средний $M \pm m$	Центилы			
					2,5	16	84	97,5
Болезни роговицы	23 (10)	88 (10,5)	42,5 (5,5)	45,9±0,30 (6)	25,9 (7)	35,90 (6)	55,9 (6)	65,90 (6)
Болезни хрусталика	22 (7,5)	88 (10,5)	67,5 (11)	46,27±0,22 (7)	25,8 (6)	56,1 (12)	66,5 (10)	66,64 (7)
Болезни сетчатки	22 (7,5)	80 (5,5)	47,5 (8)	49,85±0,19 (9)	32,05 (8)	40,95 (8)	58,75 (7)	67,75 (9)
В том числе: макулодистрофия	24 (11)	78 (3)	47,5 (8)	48,67±0,32 (8)	30,65 (9)	35,91 (7)	61,43 (8)	66,69 (8)
диабетическая ретинопатия	42 (12)	86 (7,5)	62,5 (10)	58,8±0,29 (11)	42,4 (12)	50,6 (11)	67,00 (11)	75,20 (11)
Глаукома	22 (7,5)	86 (7,5)	72,5 (12)	59,3±0,27 (12)	39,3 (11)	49,30 (10)	69,30 (12)	79,30 (12)
Болезни глазного яблока	22 (7,5)	80 (5,5)	22,5 (1,5)	36,59±0,52 (3)	18,6 (2)	27,60 (3)	45,60 (3)	54,60 (3)
Болезни зрительного нерва	17 (1)	88 (10,5)	40,0 (4)	38,4±0,33 (5)	17,4 (1)	27,40 (3)	49,40 (4)	60,40 (5)
Миопия	20 (4)	71 (2)	32,3 (3)	32,94±0,40 (1)	20,9 (5)	26,90 (2)	39,00 (1)	45,00 (1)
Травмы	19 (2)	88 (10,5)	42,5 (5,5)	38,24±0,46 (4)	19,70 (3)	27,47 (4)	49,01 (5)	59,78 (4)
Анофтальмия	20 (4)	70 (1)	22,5 (1,5)	35,32±0,63 (2)	20,8 (4)	26,1 (1)	44,50 (2)	53,70 (2)
Увеиты	20 (4)	79 (4)	47,5 (8)	53,08±0,82 (10)	35,08 (10)	44,08 (9)	62,08 (9)	71,08 (10)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Единицей статистического наблюдения явился пациент, впервые признанной инвалидом вследствие офтальмопатологии. Наблюдение проводилось сплошным охватом. Объект исследования включал 16303 случаев первичной инвалидности за 2001-2008 гг. Общая совокупность была распределена на группы по основной причине инвалидности. В каждой группе были установлены общие возрастные характеристики пациентов: минимальный и максимальный, средний арифметический возраст, наиболее часто встречаемый возрастной интервал (мода) и центильное распределение (2,5; 16; 84 и 97,5 центилы).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В зависимости от нозологической причины минимальной возраст, когда была впервые подтверждена инвалидность, колебалась в пределах от 17 (болезни зрительного нерва) до 42 (диабетическая ретинопатия) лет. За исключением диабетической ретинопатии, при всех других причинах инвалидности минимальный возраст первичного подтверждения инвалидности был в пределах 17-24 лет. Сравнимые группы, кроме причин ин-

валидности, друг от друга отличались по максимально-му возрасту, когда впервые была установлена инвалидность: 71 год при миопии, 88 лет при болезнях роговицы, хрусталика, зрительного нерва.

Наиболее частые случаи инвалидности (мода) приходились на возрастные интервалы 20-24 года при болезнях глазного яблока, 30-34 года при миопии, 35-39 и 40-44 года при болезнях зрительного нерва, 40-44 года при болезнях роговицы и травмах глаз, 45-49 лет при патологиях сетчатки (в том числе, при макулодистрофии) и увеитах, 60-64 года при диабетической ретинопатии, 65-69 лет при болезнях хрусталика, 70-74 года при глаукоме.

В зависимости от основной причины инвалидности, сравниваемые группы друг от друга существенно отличались также по средним величинам возраста, когда впервые была подтверждена инвалидность (табл. 1). Наименьшая величина среднего возраста была в группе инвалидов вследствие миопии (32,94±0,40 года), максимальная величина в группе инвалидов вследствие глаукомы (59,30±0,27 года). По этому показателю причины инвалидности занимали следующие ранговые места: миопия — 1, анофтальм — 2, болезни глазного яблока — 3,

травмы глаз — 4, атрофия зрительного нерва — 5, болезни роговицы — 6, хрусталика — 7, макулодистрофия — 8, болезни сетчатки — 9, увеиты — 10, диабетическая ретинопатия — 11 и глаукома — 12.

Средний возраст при подтверждении первичной инвалидности в зависимости от её причин колебался в широких пределах (32,94-59,3). Поэтому причины инвалидности могут быть сгруппированы по качественной характеристике возраста пациентов на момент первичного освидетельствования (очень ранняя инвалидизация — до 40 лет; ранняя инвалидизация — 40-50 лет; поздняя инвалидизация — 50 лет и старше).

Очень ранняя инвалидизация вследствие слепоты и пониженного зрения характерна для миопии ($M_0=22,5$ года; $M=32,94\pm0,40$ года), анофтальмии ($M_0=22,5$ года; $M=35,32\pm0,63$ года), болезней глазного яблока ($M_0=22,5$ года; $M=36,59\pm0,52$ года), травмы глаз ($M_0=42,5$ года; $M=38,24\pm0,46$ года), атрофии зрительного нерва ($M_0=40,0$ года; $M=38,4\pm0,33$ года).

Ранняя инвалидизация была отмечена при патологиях роговицы ($M_0=42,5$ года; $M=45,9\pm0,30$ года), хрусталика ($M_0=67,5$ года; $M=46,27\pm0,22$ года), сетчатки ($M_0=47,5$ года; $M=49,85\pm0,19$ года), при макулодистрофии ($M_0=47,5$ года; $M=48,67\pm0,32$ года).

Поздняя инвалидизация наблюдалась при увеитах ($M_0=47,5$ года; $M=53,08\pm0,82$ года), диабетической ретинопатии ($M_0=62,5$ года; $M=58,8\pm0,29$ года) и глаукоме ($M_0=72,5$ года; $M=59,3\pm0,27$ года). Более полноценную характеристику возраста лиц, впервые признанных инвалидами вследствие слепоты и пониженного зрения, даёт центильное распределение пациентов (табл. 1).

До 85% пациентов (0-84 центилы) впервые стали инвалидами вследствие миопии в возрасте до 39 лет. Этот показатель был максимальный (до 69,3 лет) в группе инвалидов вследствие глаукомы. По величине этого показателя причины первичной инвалидности-патологии глаз занимает следующие ранговые места: миопия — 1, анофтальмия — 2, болезни глазного яблока — 3, травмы глаз — 4, атрофия зрительного нерва — 5, болезни роговицы — 6, сетчатки — 7, макулодистрофия — 8, уве-

иты — 9, болезни хрусталика — 10, диабетическая ретинопатия — 11 и глаукома — 12. Сопоставление рангов причин инвалидности по среднему возрасту пациентов и по возрасту соответствующего верхней границы 84-го центиля на момент первичного подтверждения инвалидности показало, что они практически полностью совпадают. Несовпадения рангов имело место при болезнях сетчатки (9 и 7), увеитах (10 и 9) и патологиях хрусталика (7 и 10). При этом между рангами имеется сильно выраженная корреляция ($\rho=0,9$; $P<0,001$). Совпадения рангов и сильная корреляционная связь были отмечены при сравнении рангов моды и среднего показателя возраста установления первичной инвалидности. Хотя ранги минимального и максимального возраста пациентов на момент признания их инвалидами друг от друга резко отличались и между ними не была установлена корреляционная связь ($\rho=0,1$; $P>0,5$).

Таким образом, сравнительная оценка возраста лиц, впервые признанных инвалидами вследствие слепоты и слабосвидения, позволяет прийти к следующим заключениям:

- сравнительная оценка минимального, максимального, среднего и модального возраста лиц, впервые признанных инвалидами в связи с различными патологиями глаз более адекватно показывает роль этих патологий в инвалидизации пациентов;
- очень ранняя инвалидизация характерна для миопии, анофтальмии, болезни глазного яблока, травмы глаз и атрофии зрительного нерва;
- первичная инвалидность вследствие диабетической ретинопатии, увеита и глаукомы наступает значительно позже (верхняя граница 84-го центиля составляет, соответственно, 67,0; 62,1 и 69,3 года);
- возраст пациента на момент первичного подтверждения инвалидности вследствие офтальмопатологии характеризует их медико-социальный груз и приоритет их профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность по зрению в населении России/Съезд офтальмологов России. — 8-й: Тезисы докладов. М., 2005. — С. 78-79.
2. Заболотный А.Г., Гамзатов О.Г. Управление качеством, инновационные лечебно-технологические технологии — основа успеха при оказании офтальмологической помощи в Краснодарском филиале ФГУ «МНТК» «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии // Офтальмохирургия. — 2007. — № 3. — С. 19-21.
3. Заболотный А.Г. Интегрированная система управления качеством офтальмологической помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2006. — № 12. — С. 79-81.
4. Коновалов А.В. Заболеваемость глаз и организация офтальмологической помощи на Европейском Севере. Автореф. дисс.... д-ра мед. наук. СПб., 2002. — 38 с.
5. Wong T.Y., Foster P.S., Jonson G.J., Seah S.K. Education, socioeconomic status, and ocular dimensions in Chinese adults: the Tanjong Pagar Survey // Br.J. Ophthalmol. — 2002. — Vol. 86, № 9. — P. 963-968.
6. Czepita D. Rola switlaw pathogenezie wad refrakcji // Klin. Oczna. — 2002. — № 1. — P. 63-65.
7. Chan R.V., Trobe J.D. Spasm of accommodation associated with closed head trauma // J. Neuroophthalmol. — 2002. — Vol. 22, № 1. — P. 15-17.
8. Krumpaszy H.G., Klauss V. Cause of blindness in Bavaria // Klin. Monatsbl. Augenheilkd. — 1992. — № 2. — P. 142-146.
9. Логай И.Н., Сергиенко Н.М., Ферфильдин И.Л. Возможности и пути профилактики слепоты и слабосвидения на Украине в современных условиях реформирования организации здравоохранения // Офтальмол. журнал. — 1998. — № 4. — С. 253-257.