

ОБ ОШИБКАХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Набиев А. М.¹, Зоҳидов О. У.²

1. Доктор медицинских наук, главный врач Ташкентский областной филиал РЧНПМЦМГ, anabiyev2022@gmail.com, ORCID <https://orcid.org/0009-0007-7709-9861>

2. Базовый докторант 1-го года обучения Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Микрохирургии глаза, dr.obidbekzakhidov@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0009-0001-5258-0524>

Аннотация. Актуальность. Несмотря на прогресс в методах лечения, глаукома остается одной из главных причин снижения зрения и необратимой слепоты. **Цель исследования.** Анализ допущенных ошибок при ранней диагностике первичной глаукомы для снижения частоты слабосвидения и инвалидности от болезни. **Материал и методы.** Проанализировано адекватность диагностики заболелания у 1036 больных с уже установленным диагнозом закрытоугольной глаукомы и изучены допущенные диагностические ошибки с целью снижения частоты слабосвидения и инвалидности от болезни. **Результаты и заключение.** Установлено, допуск врачами диагностических ошибок в 16,5% случаях, как при ранней диагностике глаукомы, так и в определении дестабилизации патологического процесса уже у больных с установленным диагнозом, которые так или иначе привели к неправильному определению тактики лечения и диспансерного наблюдения больных. Для снижения слепоты и инвалидности от глаукомы при диспансерном наблюдении необходимо внимательное и полноценное обследование глаза лиц группы риска и больных.

Ключевые слова: первичная закрытоугольная глаукома, ошибки диагностики, диспансерное наблюдение.

Для цитирования:

Набиев А. М., Зоҳидов О. У. Об ошибках ранней диагностики первичной закрытоугольной глаукомы. Передовая офтальмология. 2023; 5(5): 34-37.

БИРЛАМЧИ ЁПИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ АНИҚЛАШДА ДИАГНОСТИКА ХАТОЛАР ҲАҚИДА

Набиев А. М.¹, Зоҳидов О. У.²

1. Тиббиёт фанлари доктори, Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент вилояти филиали бош врач, anabiyev2022@gmail.com, ORCID <https://orcid.org/0009-0007-7709-9861>

2. Таянч докторант биринчи босқичи, Respublika ixtisoslashtirilgan ko'z mikroxiirurgiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, dr.obidbekzakhidov@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0009-0001-5258-0524>

Аннотация. Долзарблиги. Даволаш усулларидаги ютуқларга қарамай, глаукома кўриш қобилятини йўқотиш ва қайтарилмас кўрликнинг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. **Тадқиқот мақсади.** Бирламчи глаукомани эрта ташхислашда йўл қўйилган хатоларни таҳлил қилиш, касалликдан заиф кўриш ва ногиронлик ҳолатларини камайтириш. **Материал ва усуллари.** Ёпиқ бурчакли глаукома ташхиси қўйилган 1036 нафар беморда касаллик ташхисини аниқлиги таҳлил қилинди ва касаллик туфайли заиф кўриш ва ногиронлик ҳолатларини камайтириш мақсадида йўл қўйилган диагностика хатолари ўрганилди. **Тадқиқот натижалари ва хулоса.** Глаукомани эрта ташхислашда ва ташхиси аниқ беморларда патологик жараённинг барқарорлигини аниқлашда шифокорлар томонидан 16.5% ҳолатларда диагностик хатоларга йўл қўйилган. Ушбу ҳолат беморларни даволаш тактикасини ва диспансер кузатувини нотўғри белгилашга сабаб бўлган. Диспансер кузатуви жараёнида глаукомадан кўрлик ва ногиронликни камайтириш учун хавф гуруҳлари ва беморларнинг кўриш органи ҳолатларини диққат билан ва тўлиқлигича ўрганиш зарурияти яна бир марта ўз исботини топди.

Калит сўзлар: бирламчи ёпиқ бурчакли глаукома, диагностика хатоликлари, диспансер кузатиш.

Иқтибос учун:

Набиев А. М., Зоҳидов О. У. Бирламчи ёпиқ бурчакли глаукомани аниқлашда диагностика хатолар ҳақида. Илғор офтальмология. 2023;5(5): 34-37.

ON ERRORS IN EARLY DIAGNOSIS OF PRIMARY ANGLE-CLOSURE GLAUCOMA

Nabiyev A. M.¹, Zohidov O. U.²

1. Doctor of Medical Sciences, chief physician of the Tashkent region branch of the Republican Scientific and Practical Medical Center of Specialized Eye Microsurgery, anabiyev2022@gmail.com, ORCID <https://orcid.org/0009-0007-7709-9861>

2. Basic doctoral student of the 1st year of study, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Eye Microsurgery, dr.obidbekzakhidov@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0009-0001-5258-0524>

Annotation. Relevance. Despite advances in treatment methods, glaucoma remains one of the leading causes of vision loss and irreversible blindness. **Purpose of the study.** Analysis of mistakes made in the early diagnosis of primary glaucoma to reduce the incidence of low vision and disability from the disease. **Material and methods.** The adequacy of the diagnosis of the disease in 1036 patients with an already established diagnosis of angle-closure glaucoma was analyzed and the diagnostic errors made were studied in order to reduce the frequency of low vision and disability from the disease. **Results and conclusion.** It has been established that doctors admit diagnostic errors in 16.5% of cases, both in the early diagnosis of glaucoma and in determining the destabilization of the pathological process already in patients with an established diagnosis, which in one way or another led to an incorrect determination of treatment tactics and dispensary observation of patients. To reduce blindness and disability from glaucoma during follow-up, a careful and complete examination of the eyes of risk people and patients is necessary.

Key words: primary angle-closure glaucoma, diagnostic errors, dispensary observation.

For citation:

Nabiev A. M., Zokhidov O. U. On errors in early diagnosis of primary angle-closure glaucoma. *Advanced ophthalmology.* 2023;5(5): 34-37.

Актуальность. Глаукома относится к хроническим заболеваниям глаза. Основным симптомокомплексом, характеризующим глаукому, являются — повышение внутриглазного давления (ВГД), глаукоматозная оптическая нейропатия (ГОН) и прогрессирующее ухудшение зрительных функций глаза [2,9,10].

Традиционный интерес к этой проблеме со стороны офтальмологов объясняется значительной частотой глаукомы, большим разнообразием ее клинических форм, трудностями ее ранней диагностики и лечения. Следует отметить, что достижения в изучении и особенно лечении глаукомы нередко преувеличены. На самом деле эта проблема далека от окончательного решения. Достаточно сказать, что число больных и удельный вес инвалидности от нее в мире не уклонно растет [7].

Несмотря на прогресс в методах лечения, глаукома остается одной из главных причин снижения зрения и необратимой слепоты. В России 14–15% слепых потеряли зрение от глаукомы при общем числе больных, превышающем 750 тысяч человек. Аналогичное положение наблюдается и в Узбекистане, в 15% случаях глаукома является причиной инвалидности [6].

По мнению ряда авторов, основные позиции мероприятия по снижению слепоты от глаукомы должны сводиться к следующему:

1. раннее выявление больных первичной глаукомой;
2. своевременная пожизненная диспансеризация больных;
3. диспансерные осмотры не менее 4 раза в год;
4. полноценное обследование глаза при диспансерном наблюдении с офтальмоскопией

и регистрацией состояния головки зрительного нерва, исследование периферического и центрального полей зрения и тонометрией [3,4, 8].

Для реализации этих бесспорных положений необходимо четкая работа системы поликлиника — стационар — поликлиника. Эта система должна предусматривать профилактические осмотры, раннюю диагностику, диспансеризацию, проведение адекватной местной и общей терапии, своевременное выявление больных с дестабилизацией глаукоматозного процесса и направление их на стационарное лечение [7].

Если ЗУГ у больного протекает без подострого или острого приступа, то диагностика заболевания затруднительна, порой для установления правильного диагноза требуется некоторое время [5,11].

Цель исследования. Анализ допущенных ошибок при ранней диагностике первичной глаукомы для снижения частоты слабовидения и инвалидности от болезни.

Материал и методы исследования. Нами было проанализировано адекватность диагностики заболевания у 1036 больных с уже установленным диагнозом закрытоугольной глаукомы и изучены допущенные диагностические ошибки. В исследовании включены пациенты с ПЗУГ I–III стадиями, анализ данных проведено на базе Ташкентского областного филиала РСНПЦМГ. Среди обследованных мужчин было — 41(43,1%), женщин — 53 (56,9%). Возраст пациентов от 27 до 86 лет, средней возраст составил $63,5 \pm 4,1$. Сроки наблюдения от 6 мес до 18 лет. Длительность болезни от 3 мес до 24 лет, в среднем $12,1 \pm 3,4$.

Для оценки зрительных функции проводилось комплексное обследование с использованием

следующих методик: визометрия, периметрия, тонометрия, тонография, гониоскопия, УБМ, ОКТ и др. Динамический контроль осуществлялся два раза в год исследованиями зрительных функций, состояния зрительных нервов, показателей гидродинамики, периметрии, ОКТ и др. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакетов программ Microsoft Excel и Statistica. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По ходу наблюдения установлено распределение по формам – узкоугольная глаукома 45,1%, ЗУГ 54,9%. Распределение больных по стадиям ЗУГ: начальная – 14,7%, развитая – 37,6%, далекозашедшая – 47,7%. Распределение по разновидностям ЗУГ: со зрачковым блоком – 67,8%, ползучая – 19,7%, с плоской радужкой – 7,5% и витреохрусталиковый блок – 5%. Закрытие УПК ложное 26,5% и истинное – 73,5%. Псевдоэксфолиативный синдром на фоне ПЗУГ установлено в 41,8% случаях, в основном в развитой и далеко зашедших стадиях. По стадиям ПЗУГ ложное закрытие при начальной стадии – 27,7%, развитой – 13%, далекозашедшей – 14%. Синехиальное закрытие УПК при начальной стадии ЗУГ выявлено в 11% случаях, развитой – 59%, далекозашедшей – 80,1%.

По результатам наших исследований, диагностические ошибки допущены 16,5% случаях, как при ранней диагностике глаукомы, так и в определении дестабилизации патологического процесса уже у больных с установленным диагнозом.

Чаще (7,4%) имеет место «гипердиагностика» при установлении стадии заболевания. Возможно, у части больных она оправдана в силу того, что заболевание постоянно прогрессирует и восстановление утраченных зрительных функций является невозможной. С другой стороны, нередко к этому офтальмолога вынуждают сами больные, которые относятся к своему заболеванию недостаточно серьезно, не выполняя своевременно назначения врача, порой игнорируя их.

Если гипердиагностика стадии ЗУГ может быть полезна больному, то недооценка полученных результатов исследований со стороны офтальмолога может нанести вред. Так, у 6,5% больных с установленной глаукомой со стороны врачей неправильно оцениваются результаты исследований, в результате имеет место гиподиагностика ЗУГ.

Наиболее часто врачами допущены следующие ошибки:

- неправильная оценка состояния угла передней камеры – 39,1%;
- неправильная оценка гидродинамических показателей – 32,6%;
- недооценка данных суточной тонометрии при наличии разницы ВГД более 4 мм рт.ст. между двумя глазами – 28,3%;
- игнорирование асимметрии экскавации ДЗН – 15,2%;

– недостаточная осведомленность диагностическими признаками разновидностей ЗУГ – 12,6%;

Приведем пример из практики. Нами проведен анализ результатов исследования 233 человек (246 глаз) с подозрением на глаукому, у которых офтальмологи не установили диагноз. В 130 глазах (56,5% случаев) офтальмологи не обратили внимания на суточные колебания ВГД, которые составили 4,0–5,0 мм рт.ст. В 98 глазах (42,6% случаев) с подозрением на глаукому при установлении диагноза закрытие угла передней камеры в верхнем сегменте врачами во внимание не принималось. В 178 глазах (77,4% случаев) наличие асимметричной между глазами гипофункции цилиарного тела и снижение оттока внутриглазной жидкости были оценены врачами как результат влияния сопутствующих общих сосудистых заболеваний больного. В 115 глазах (50% случаев) врачи не обратили внимания на асимметрию глубины и объем экскавации ДЗН. Хотя по данным проведенного ОКТ исследовании величина и объемы экскавации ДЗН имели асимметрию. На 37 глазах (16,1% случаев) с установленным ПЗУГ офтальмологами неправильно диагностирована разновидность заболевания. Так, ползучая форма ЗУГ и ЗУГ с плоской радужкой оценена как открытоугольная форма болезни. Хотя проведение УБМ исследования у этих лиц позволило бы правильному определению формы и разновидности глаукомы. В результате чего у этих больных в отдаленном периоде развился острый или подострый приступы глаукомы.

Обсуждение. В процессе ранней диагностики первичной глаукомы и ее дестабилизации при установленном заболевании по ходу диспансерного наблюдения за больными ЗУГ наиболее важным моментом является определение стабилизации глаукоматозного процесса на момент осмотра. Этот момент очень важен, так как он определяет дальнейшую тактику ведения больного [13]. Как известно, в современной рабочей классификации глаукоматозный процесс определяется как стабилизированный или нестабилизированный. Однако длительный опыт показывает, что не все больные укладываются в эти два понятия. Эта группа неустойчивой стабилизации или сомнительного прогноза. В принципе эта группа требует наибольшего внимания от лечащего врача. Известно, если процесс стабилизирован, значит, проводимая терапия адекватна и больной может быть отпущен до следующего диспансерного посещения [7,8].

Если же имеется явная дестабилизация процесса, при отсутствии абсолютных противопоказаний, эти больные должны быть отправлены на лазерное или хирургическое лечение, и чем скорее, тем лучше. Необходимо отметить, при закрытоугольной глаукоме, когда уже в начальной стадии наблюдается ограниченная синехиальная блокада

угла передней камеры, лазерное лечение может быть эффективным. В противном случае, лучше всего, больной должен быть ориентирован хирургическому лечению. В этом утверждении наше мнение полностью совпадают с мнениями ряда авторов [2,6,7,14,15].

Группа больных с неустойчивой стабилизацией подлежит детальному осмыслению и изменению как местной, так и общей медикаментозной терапии. Подбор адекватной терапии позволяет перевести большую часть этих больных в группу стабилизации.

К изложенному необходимо добавить обязательное динамическое наблюдение за состоянием ДЗН. Расширение глаукоматозной экскавации ДЗН является исключительно важным прогностическим показателем при ЗУГ [1,12]. Проведение ультразвуковой биомикроскопии (УБМ) имеет определяющее значение для установления формы

и разновидности ПЗУГ при первичной диагностике. Данные офтальмоскопии с регистрацией состояния головки зрительного нерва, при необходимости проведение ОКТ сетчатки и ДЗН, исследование периферического и центрального полей зрения, изучение циркадного ВГД тонометрией позволяют ранней диагностике дестабилизации глаукомного процесса и своевременному переходу от консервативной к хирургическому лечению.

Закключение. Таким образом, при ранней диагностике ПЗУГ и ее дестабилизации с учетом ее разновидностей со стороны офтальмологов могут быть допущены ошибки, которые так или иначе приведут к неправильному определению тактики лечения и диспансерного наблюдения больных. Для снижения слепоты и инвалидности от глаукомы при диспансерном наблюдении необходимо внимательное и полноценное обследование глаза лиц группы риска и больных.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Антонов А. А. Современные подходы к трактовке результатов тонометрии по Маклакову. Национальный журнал Глаукома. 2023;22(2):17–22. <https://doi.org/10.53432/2078-4104-2023-22-2-17-22>
2. Астахов Ю.С., Егоров Е. А., Акопов Е. Л., Потёмкин В. В. Диск зрительного нерва: анатомо-функциональные особенности и устойчивость к механическим нагрузкам. Всероссийская школа офтальмолога: Сб. науч. тр. — Москва. — 2006. — С. 33–49
3. Гамм Э.Г. К вопросу о ранней диагностике глаукомы. Глаукома. 2003;3:43–44
4. Егорова Э.В., Ходжаев Н. С., Бессарабов А. Н., Узунян Д. Г., Саруханян А. А. Анатомо-топографические особенности иридоцилиарной зоны при хронической закрытоугольной глаукоме по результатам ультразвуковой биомикроскопии. Глаукома. 2005;4:24–30.
5. Коленко О.В., Сорокин Е. Л., Пашенцев Я. Е., Марченко А. Н., Самохвалов Н. В. Биометрические факторы риска возникновения острого приступа глаукомы. Национальный журнал Глаукома. 2022;21(2):3–9.
6. Tuychibaeva, D. (2023). Epidemiological and clinical-functional aspects of the combined course of age-related macular degeneration and primary glaucoma. *Oftalmologicheskii Zhurnal*, (3), 3–8. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh2023338>
7. Туйчибаева Д. М. Основные характеристики динамики показателей инвалидности вследствие глаукомы в Узбекистане // Офтальмология. Восточная Европа. — 2022. — Т. 12. — № 2. — С. 195–204. [Tuychibaeva D. M. Main Characteristics of the Dynamics of Disability Due to Glaucoma in Uzbekistan // «Ophthalmology. Eastern Europe», 2022;12.2:195–204. (in Russian)]. <https://doi.org/10.34883/PI.2022.12.2.027>
8. Тюсен Дж., Лоскутов И. Диагностические критерии глаукомы. Обзор современных исследований в рамках Европейского глаукомного общества. Глаукома. 2005;3:56–61.
9. Emre M., Orgul S., Gugleta K., Flammer J. Ocular blood flow alteration in glaucoma in related to systematic vascular dysregulation. *Br. J. Ophthalmology*. 2004;88(5):662–667.
10. Gazzard G., Foster P. J., Devereux J. D. et al. Intraocular pressure and visual field loss in primary angle closure and primary open angle glaucomas. *Br. J. Ophthalmology*.2003;87:720–725.
11. Krishnankutty S.V., Sathish G., Madhavan P. K., Narayani V. A comparative analysis of ocular biometry in acute and chronic presentations of primary angle-closure glaucoma. *Kerala J Ophthalmol* 2019; 31(3):212–216.
12. Razeghinejad M.R., Banifatemi M. Ocular biometry in angle closure. *J Ophthalmic Vis Res* 2013; 8(1):17–24
13. Spaeth G.L., Marques Pereira M. L. How does resetting intraocular pressure help optic nerve function? *Eye*. — 2000;14:476–487
14. Suwan Y., Jiamsawad S., Tantraworasin A., Geyman L. et al. Qualitative and quantitative evaluation of acute angle-closure mechanisms. *BMC Ophthalmol* 2017; 17(1):246.
15. Tuychibaeva DM. Longitudinal changes in the disability due to glaucoma in Uzbekistan. *Journal of Ophthalmology (Ukraine)*. 2022; 4: 12–17. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh202241217>