

параметры. Хорошим примером здесь может являться следующая пара: дигиплоскопическая методика (Павлова, Романенко, 1988; Павлова, Ноздрачев, 2005) – бинокулярная конкуренция (Берлов и др., 2004; Blake, Logothetis, 2002). Если специфика глазодоминирования при наблюдении смешанного материала с помощью дигиплоскопической методики оказалась чувствительной к параметрам функционального состояния, в частности утомления, то скорость переключения при бинокулярной конкуренции оказалось индивидуально устойчивой. Как наши результаты (Berlov, 2005), так и работы других исследователей (Pettigrew, Miller, 1998), выявили высокий коэффициент при тест-ретестовых измерениях (в среднем около 0,8), что может свидетельствовать о генетической детерминированности скорости бинокулярной конкуренции.

Дифференцированный системный подход к оценке функциональных состояний организма человека, функциональных резервов мозга, необходим для прогнозирования успешности и физиологической «цены» обучения, определения профессиональной пригодности, психофизиологической совместимости, для адаптационной и профилактической медицины с целью выявления переходных состояний здоровья.

Гилязова А.Р., Самойлов А.Н., Хафизьянова Р.Х.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭКСТРАОКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

Казанский государственный медицинский университет, bibiem@rambler.ru

У больных сахарным диабетом регистрируются различные соматические заболевания [1,2]. Большинство заболеваний имеет выраженный характер, так как сахарный диабет (СД) является фактором риска, повышающим частоту их возникновения и тяжесть поражения.

Настоящая работа посвящена изучению частоты встречаемости экстраокулярной патологии у больных диабетической ретинопатией.

В процессе исследования 800 амбулаторных карт больных СД 2 типа были отобраны 122 больных, у которых при офтальмологическом исследовании было установлено наличие непролиферативной стадии заболевания с макулярным отеком. Длительность заболевания сахарным диабетом составляла от двух до 15 лет. Средний возраст пациентов равнялся $46,90 \pm 0,09$ годам. Все они страдали СД 2 типа, находились под наблюдением врача эндокринолога и получали постоянно глибенкламид (манинил) в дозе 1,75 мг два раза в сутки. У всех пациентов детально выясняли анамнез: срок начала заболевания, особенность становления,

наличие сопутствующих экстраокулярных заболеваний, распространение диабетической ретинопатии в зависимости от длительности заболевания СД 2 типа. Всем обследуемым пациентам было проведено полное офтальмологическое обследование: визометрия, биомикроофтальмоскопия, фоторегистрация, тонометрия, периметрия, оптическая когерентная томография. Всем больным проводилась лазерная коагуляция сетчатки в макуле, с применением методики «микрорешетка». Результаты исследования подверглись статистической обработке[3].

В ходе исследования было установлено, что 21 пациент из 122 (17,2%) с диабетической ретинопатией отрицал наличие экстраокулярных заболеваний. 53 исследуемых (43,4%) указали на наличие одного заболевания, по 16 пациентов (по 13,1%) – двух, трех и более заболеваний. Изучение частоты встречаемости экстраокулярной патологии у больных диабетической ретинопатией показало, что заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС и др.) и сахарный диабет – патогенетически взаимосвязанные и взаимно отягощающие заболевания, поражающие миокард и сосуды всех калибров. Они составили 29,51% от общего количества нозологий, что согласуется с данными многочисленных многоцентровых исследований. В этих работах показано, что существенное снижение риска возникновения сердечно-сосудистых событий и риска смерти наблюдается в группах пациентов с более низким артериальным давлением. Развитие диабетической ретинопатии у больных СД 2 типа сопровождалось наличием заболеваний почек (диабетическая нефропатия, пиелонефрит, гломерулонефрит и др.), которые составили 22,13% в исследуемой нами когорте больных. Кроме того, у 17,21% были выявлены цереброваскулярные заболевания, патология опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта (у 14,75% и 5,74% соответственно).

Таким образом, лечение больных диабетической ретинопатией должно быть комплексным, направленным на предотвращение прогрессирования ретинопатии; персонифицированным выбором лекарственных препаратов для коррекции экстраокулярных заболеваний.

Литература

1. Егоров Е.А., Ставицкая Т.В., Тутаева Е.С. Офтальмологические проявления общих заболеваний// Глава 5. Поражение органа зрения при эндокринных заболеваниях. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.-С.348-349.
2. Измайлов А.С., Балашевич Л.И. Глазные проявления диабета// Глава 6. Лечение витреоретинальных осложнений диабета / Под ред.проф. Л.И.Балашевича- СПб: Издательский Дом СПбМАПО,2004.-С.214-312.
3. Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н. Математическая статистика в экспериментальной и клинической фармакологии. –Казань: Медицина, 2006.-