

E-mail авторов: dilrabo_sabirova@mail.ru

В конце 90-х во многих странах Центральной Азии и Европы слабовидение и слепота при сахарном диабете стали принимать размеры общенациональной и социальной проблемы. Диабетологи проявляют наибольший интерес к этой проблеме, и они же являются авторами большинства фундаментальных исследований по эпидемиологии и патогенезу развития диабетической ретинопатии.

Необходимо отметить, что к окулистам больные с офтальмологическими осложнениями сахарного диабета обращаются уже при выраженном нарушении зрительных функций, обусловленном, как правило, поздними стадиями диабетической ретинопатии. При этом вопросы частоты распространения ретинопатии, наличия различных ранних и поздних осложнений часто остаются вне зоны внимания врачей-офтальмологов.

Цель исследования: изучение обращаемости больных с ДР в различных стадиях заболевания.

Материалы и методы исследования. Нами изучены результаты обследования и лечения 136 больных с ДР, которые обратились в лазерный центр клиники СамМИ. В центре обследованных 136 больных (262 глаза) с сахарным диабетом мужчин было – 102, женщин – 34. Возраст больных – варьировал от 48 до 70 лет. Длительность заболевания с сахарным диабетом составляла от 8 до 22 лет.

Непролиферативная стадия диабетической ретинопатии наблюдалась на 70 глазах, препролиферативная ДР наблюдалась на 112 глазах, пролиферативная ДР – на 139 глазах, диабетическая макулопатия – на 18 глазах. Всем поступившим больным проводились: визометрия, тонометрия; периметрия, гониоскопия.

Результаты и обсуждение. Острота зрения при пролиферативной стадии ДР – 0,01-0,08, при препролиферативной ДР – 0,06-0,1, при непролиферативной ДР – 0,1-0,4, при диабетической макулопатии – 0,08-0,3. Всем больным проводилась панретинальная и фокальная лазерная коагуляция сетчатки.

Необходимо отметить, что у больных с пролиферативной ДР понижение остроты зрения отмечалось – до 0,02 у 11, острота зрения стабилизировалась – у 28, с препролиферативной ДР стабилизировалась – у 98, снижение остроты зрения до 0,04 – отмечалась у 14, с не пролиферативной ДР стабилизировалась – у 59, снижение на 1-2 строчки у 4, с диабетической макулопатией стабилизировалась – на 16 глазах, снижено на 1-2 строчки на 2 глазах. Из 136 больных у 105 больных (206 глаз) была проведена операция – панретинальная коагуляция сетчатки с помощью лазерной установки «Visulas – 532» (производство Германия). Фокальная коагуляция сетчатки выполнена 19 пациентам (24 глаза). И только 12 больным произведена операция коагуляция по типу решетчатой.

Наблюдение всех оперированных больных в течение 3 лет выявило, что после проведения операции панретинальной коагуляции послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Выводы.

1. Все пациенты с ДР нуждаются в проведении тщательном и полном исследовании глаз.

2. У большинства поступивших больных диагностированы в основном запущенные стадии диабетической ретинопатии.

3. Считаем, что проведение панретинальной коагуляции сетчатки с помощью лазерной установки «Visulas – 532» дает хорошие результаты.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ

В.Ф. Ушаков, О.О. Рыбалка

Сургутский ГУ, Сургутский ГМИ, г. Сургут, Россия

Цель исследования: оценить эффективность различных методов лечения (с высокими – более 1000 мкг. и низкими суточными дозами ИГКС) больных бронхиальной астмой (БА) с сахарным диабетом 2-го типа (СД2).

Материалы и методы: у больных основной группы с БА среднетяжелого и тяжелого течения с СД2 в возрасте 40-74 лет (n=28), получающей оптимальную программу диспансеризации включающую симбикорт 4,5/160 мкг (2-3 вдоха 2 раза в день), беродуал 2 вдоха 2 раза в день, теопэк 300 мг 1-2 раза в день, метформин 850 мг 2 раза в день, инсулин хумалог в суточной дозе 24,54±2,42 ед. и у пациентов контрольной группы (n=25) в возрасте 38-75 лет, получающих беклазон (250 мкг) 2 вдоха 2-3 раза в день, β-агонисты, теопэк, а так же аналогичную первой группе противодиабетическую терапию, через 6 месяцев лечения исследовали уровень цитокинов в периферической крови (IL – 4, IL – 5, IL – 8, IL – 10 и ФНО α, β) и показатели спирометрии.

Результаты: В процессе динамического наблюдения у больных основной группы показатели: ФОВ₁, МОС₂₅, МОС₇₅ (p<0,05), значительно превышали таковые у пациентов контрольной группы. При этом у лиц основной группы концентрация в крови IL – 4, IL – 5, IL – 8, IL – 10 и ФНО α, β значительно ниже таковой у лиц группы сравнения (p<0,05). Если у лиц основной группы контроль над течением БА с СД2 отмечался у 85-92% больных, то у пациентов контрольной группы только у 54%.

Выводы: Использование оптимальной программы диспансеризации и использование высокоэффективных противоастматических препаратов (симбикорт, беродуал) с меньшим содержанием ИГКС (720 мкг) в сочетании с метформином и инсулином хумалогом (для лечения СД2) значительно повысило эффективность лечения у лиц основной группы по сравнению с контрольной группой.

ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГИЯ