

СИСТЕМА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И СВОЕВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ В ОТДАЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Созданы мобильные выездные бригады с целью приближения высокоспециализированной офтальмологической помощи к населенным пунктам с низкой плотностью расселения для раннего диагностического обследования и своевременного лазерного лечения лиц с сахарным диабетом. В процессе обследования выявлены несколько групп пациентов: нуждающихся в диспансерном наблюдении, нуждающихся в панретинальной лазерной коагуляции сетчатки.

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, панретинальная лазерная коагуляция сетчатки

Актуальность

Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных заболеваний. По последним статистическим данным, эта патология выявлена у 5% населения мира, а диабетическая ретинопатия (проявления сахарного диабета на глазах) занимает первое место среди причин слепоты и слабовидения (Международный конгресс по эпидемиологии сахарного диабета. Лондон, 1990 г.).

Распространенность диабетической ретинопатии достаточно велика и в основном зависит от длительности и типа сахарного диабета. При инсулинозависимом сахарном диабете (ИЗСД) она редко выявляется в момент постановки диагноза. Однако через 20 лет после начала заболевания практически все эти больные будут страдать ретинопатией, из них примерно у 2/3 пациентов она будет выявляться в пролиферативной стадии [Klein R. et al., 1984]. У 1/3 лиц, страдающих инсулинонезависимым сахарным диабетом (ИНЗСД), ретинопатия выявляется при установлении диагноза. Через 20 лет после начала заболевания примерно у 2/3 этих больных будет диагностирована ДР, при этом у пятой части – в пролиферативной стадии [Stratton I.M. et al., 1995]. Необходимо учитывать, что подавляющее большинство больных с диабетическими поражениями сетчатки – это больные ИНЗСД, вследствие большей распространенности этого типа СД.

Организация четкой системы выявления и лечения ДР должна привести к уменьшению случаев слепоты, что будет выражаться и в существенном экономическом эффекте.

Проблема предотвращения слепоты при диабете носит организационный характер и требует:

- четкого взаимодействия врачей различных специальностей при ведении больных СД;
- своевременного направления больного к офтальмологу;
- адекватного офтальмологического обследования;
- оценки степени риска прогрессирования и ухудшения зрения;
- своевременного начала лечения.

Это касается в первую очередь людей, живущих в отдаленных территориях, где нет современных методов диагностики и лечения ДР. Сегодня, в условиях социальной нетранспортабельности данной категории населения, возникла необходимость приблизить высокотехнологическую помощь пациентам, страдающим СД.

Система Федерального государственного учреждения «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии» представляет собой научно-исследовательский институт, экспериментально-техническое производство, расположенное в г. Москве, и одиннадцать филиалов в городах С.-Петербурге, Тамбове, Калуге, Чебоксарах, Краснодаре, Волгограде, Екатеринбурге, Оренбурге, Новосибирске, Иркутске, Хабаровске.

Территория России фактически распределена между этими комплексами, однако расстояние от конкретных населенных пунктов до высокотехнологических центров не всегда одинаково, что создает определенные трудности в доступе к современным технологиям. В создавшейся ситуации возникла необходимость максимально приблизить эффективную помощь пациентам, страдающим сахарным диабетом.

Цель исследования

Приблизить высокоспециализированную офтальмологическую помощь, обеспечить раннее диагностическое обследование и своевременное лазерное лечение лиц с сахарным диабетом путем создания мобильных структур и оценить их эффективность.

Материал и методы

Плотность городского и сельского населения в нашей области неравномерная и концентрируется вокруг городов: Оренбург, Орск, Новотроицк, Бузулук и Бугуруслан.

Вследствие этого обстоятельства нами выделены четыре центра наибольшей концентрации населения, для последующей дислокации в них мобильных структур:

Оренбург – районы Акбулакский, Беляевский, Соль-Илецкий, Саракташский, Илекский, Переволоцкий, Сакмарский, Тюльганский, Октябрьский, Новосергиевский, Александровский, Шарлыкский, Оренбургский.

Орск – районы Кувандыкский, Гайский, Новоорский, Кваркенский, Адамовский, Ясенский, Светлинский, Домбаровский.

Бузулук – районы Красногвардейский, Грачевский, Курманаевский, Тоцкий, Сорочинский, Первомайский, Ташлинский, Бузулукский.

Бугуруслан – районы Северный, Абдулинский, Пономаревский, Матвеевский, Асекеевский, Бугурусланский.

Поражение сетчатки при диабете имеет вторичный характер, важное значение имеет системное ведение основного заболевания – тщательный контроль уровней глюкозы крови, артериального давления, функций почек. В исследовании Diabetes Control and Complications Research Group – группа по исследованию компенсации диабета и его осложнений (США) показано, что по сравнению с традиционной терапией интенсивное ведение сахарного диабета уменьшает вероятность развития ДР на 74% и возникновения пролиферативной ретинопатии – на 47%.

Лазерное лечение выполняется амбулаторно и является наиболее широко применяемым методом лечения при диабетической ретинопатии и макулярном отеке. Сущность лазерного воздействия сводится к:

– разрушению зон гипоксии сетчатки, являющейся источником выделения факторов роста новообразованных сосудов;

– увеличению прямого поступления в сетчатку кислорода из сосудистой оболочки;

– тепловой коагуляции новообразованных сосудов.

При препролиферативной или пролиферативной ДР лазерные ожоги наносятся по всей сетчатке, исключая ее центральные отделы (панретинальная лазеркоагуляция).

Степень компенсации диабета ощутимого влияния на результаты лечения не оказывает. В запущенных ситуациях его эффективность сильно снижается. В случае диабетического макулярного отека лазерному воздействию подвергаются центральные отделы сетчатки. Долговременность эффекта лечения в значительной степени определяется системным статусом пациента.

Результаты и обсуждения

Для решения вопроса о приближении высокоспециализированной медицинской помощи, в частности своевременного лазерного лечения диабетической ретинопатии, нами предложен вариант выезда врачей отделения лазерной хирургии и ККЗ с соответствующей аппаратурой в обследуемый район (лазерная установка «Alcon» 532 нм).

Наша практика показала, что в каждом населенном пункте с низкой плотностью расселения количество пациентов с определенной патологией не бесконечно и развертывать длительно существующую структуру смысла нет. Таким образом, увеличить объем проводимого лечения можно только за счет целенаправленных выездов в прилежащие населенные пункты. Предварительная работа была нами проведена совместно с кафедрой медико-биологической техники Государственного образовательного учреждения Оренбургского государственного университета по разработке контейнеров и способов транспортировки лазерной техники на значительные, до 300–400 км, расстояния.

Предварительно произведены расчеты:

- расстояния (в км) от центра до конкретного населенного пункта;
- стоимости проезда от района до ближайшего центра и до Оренбурга;
- времени в пути с учетом вида транспорта, характера покрытия дорог.

Состав выездной бригады: врач отделения лазерной хирургии и контактной коррекции

зрения (ЛХ и ККЗ), медсестра, оптометрист, медтехник.

Обследование проводилось методом «скрининга», который включал:

– краткий сбор жалоб и анамнеза заболевания;

– уточнение характера зрительных расстройств;

– длительность существования диабета и методы его контроля;

– наличие осложнений диабета;

– измерение остроты зрения;

– измерение внутриглазного давления;

– расширение зрачка;

– гониоскопия;

– осмотр хрусталика на щелевой лампе или офтальмоскопом в проходящем свете на предмет наличия катаракты;

– осмотр глазного дна 3-зеркальной линзой на предмет диабетической ретинопатии.

В процессе такого обследования выявлялось несколько групп пациентов: нуждающиеся в диспансерном наблюдении; нуждающиеся в панретинальной лазерной коагуляции сетчатки (ЛКС). При необходимости панретинальная коагуляция выполнялась на месте (один этап); пациенты, нуждающиеся в витреоретинальной хирургии (гемофтальм, тракционная отслойка сетчатки и т. д.). Панретинальная коагуляция выполнена у 182 пациентов, на витреоретинальную хирургию отправлено 10 пациентов, и под динамическим наблюдением находится 109 пациентов. Всего было пролечено 192 пациента, обследован 301 пациент. Данная группа пациентов планировалась на лечение в Оренбургский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии». Врач ЛК и ККЗ работал в тес-

ном сотрудничестве с эндокринологом и местным офтальмологом.

Кроме того, в процессе «освоения новых территорий» были преодолены многие бытовые и производственные проблемы, распространяющиеся от особенностей хирургии в автономных условиях до психологического комфорта в преодолении «холодного» восприятия местными коллегами. Однако наша открытость, стремление поделиться клиническим опытом, адаптированным к местным условиям, новые операционно-диагностические технологии и персональная ответственность за качество проведенного лечения способствовали установлению «дипломатических» отношений и обеспечивали сохранение высокого имиджа ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.

Заключение

Таким образом, созданная в Оренбургском филиале Федерального государственного учреждения Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова система мобильных структур для улучшения оказания офтальмологической помощи в отдаленных территориях региона по современным технологиям прошла всестороннее испытание, внедрена и приносит свои положительные результаты.

Подобная организация офтальмологической помощи больным СД будет оптимальной для крупных городов (ее внедрение позволит выполнить задачу, поставленную Сент-Винсентской декларацией – снижение на одну треть и более числа новых случаев слепоты, обусловленной диабетом) и может быть рекомендована в качестве модели для других регионов РФ.

Список использованной литературы:

1. Калинин А.П., Можеренков В.П., Прокофьева Г.П. Офтальмоэндокринология. – М.: Медицина. – 1998. – 160 с.
2. Кански Джек Дж., Милевски Станислав А., Бертил Э. Дамато, Ваган Тэннер. Заболевания глазного дна. – М.: «Медпресс-информ», 2008. – С. 60-70.
3. Канюков В.Н. Мобильные структуры офтальмохирургии // Опыт Оренбургского филиала ГУ МНТК «Микрохирургия глаза». – Оренбург: Издательство ОГУ, 1999. – 176 с.
4. Нестеров А.П. Диабетические поражения органа зрения // Актуальные проблемы: Тез. докл. III Всероссийского съезда офтальмологов. – М., 1996. – С. 78-79.
5. III Всероссийский семинар – «круглый стол» «Макула 2008». Ростов-на-Дону, 2008. – С. 362-363.