

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

А.Р. Худайбердиев, З.К. Болтаев, Н.Р. Янгиева (Ташкент)

Изменения глазного дна при сахарном диабете отличаются большим многообразием компонентов. Однако та или иная картина изменений глазного дна, какой бы пёстрой она не была, должна быть охарактеризована лаконичным, но вместе с тем информативным диагнозом, ознакомившись с которым, любой специалист мог бы получить не только представление о характере и тяжести процесса, но и о тех мерах, которые следует предпринимать и окулисту, и эндокринологу с целью сохранения имеющегося зрения. Это возможно только при наличии соответствующей классификации изменений глазного дна при сахарном диабете. Однако, единой классификации, отвечающей указанным требованиям, в настоящее время не имеется.

Предварительный анализ данных медицинской документации лечебных учреждений показал, что для оценки состояния глазного дна офтальмологи пользуются различными критериями оценки, используют разные методики исследования и зачастую ограничиваются постановкой диагноза "Диабетическая ретинопатия" или "Диабетическая ангиоретинопатия". Такой подход сегодня не может быть использован для достаточной характеристики изменений глазного дна при сахарном диабете.

Многие издержки и неточности медицинской документации лечебных учреждений показывают проблемный аспект данного вопроса.

Нами проведено глубокое клиническое обследование большой группы больных сахарным диабетом (600 человек) по специально разработанной методике, в процессе которого мы столкнулись с некоторыми трудностями в характеристике картины поражений глазного дна на основе имеющихся, традиционных классификаций диабетической ретинопатии.

Принимая во внимание ранее предлагаемые классификации и располагая опытом наблюдений за изменениями глазного дна у больных сахарным диабетом, мы смогли вывести некоторые закономерности, позволившие разработать классификацию таких изменений по офтальмоскопической картине. Ниже приводится

Таблица

Классификация изменений глазного дна при сахарном диабете

Стадии	Формы	Типы
1. Диабетическая ангиопатия	Простая комбинированная (гипертоническая, склеротическая, почечная и т.д.)	
2. Непролиферативная диабетическая ретинопатия	Простая комбинированная (гипертоническая, склеротическая, почечная т.д.)	Экссудативная геморрагическая микроаневризматическая смешанная
3. Проллиферативная диабетическая ретинопатия	Простая комбинированная (гипертоническая, склеротическая, почечная и т.д.)	Неоваскулярная фиброзная смешанная

довольно простая, с нашей точки зрения, и вместе с тем достаточно полно отражающая как характер, так и тяжесть изменений классификация.

Представляется, что данная классификация в работе практического врача, который впервые осматривает больного и должен, не располагая методом флюоресцентной ангиографии поставить диагноз, содержит объём информации, необходимый и достаточный для оказания действенной помощи больному и для обеспечения взаимопонимания между специалистами.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ ПРИ ИНСУЛИНЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ

З.Х. Якубов, С.Д. Касымова (Душанбе)

Инсулинзависимый сахарный диабет детского возраста - тяжёлое прогрессирующее заболевание, характеризующееся развитием системных и органных осложнений.

Прогноз сахарного диабета в определённой степени определяют сосудистые нарушения, получившие название диабетическая ангиопатия (ДА), являющаяся основной причиной смертности, ранней и стойкой инвалидизации больного, начиная с детского и подросткового периода (Ефимов Л.С., 1989; Вахрушева Л.Л., 1991; Князев Ю.А., 1992). Характерные микроваскулярные нарушения ИЗСД носят в основном, генерализованный характер, являясь его специфическим клиноморфологическим признаком с преимущественным поражением' сосудов ведущих органов и систем: глаз, почек, сердца и нижних конечностей.

Целью наших исследований было изучение частоты, особенностей клинической характеристики и прогноза ДА в зависимости от длительности, тяжести заболевания с учётом факторов риска и степени метаболического контроля ИЗСД у детей.

Исследуемую группу составили 80 детей с ИЗСД в возрасте от 4-х месяцев до 15 лет, с длительностью заболевания от впервые выявленного до 10 лет. Среди них среднюю тяжесть составили 45 и тяжёлую форму - 35 детей.

При анализе анамнестических данных выявлены диабетогенные факторы риска: отягощенная наследственность по диабету (30%), сердечно-сосудистым заболеваниям (2%), избыточной массе (15%), инфекционный фактор (19%), психотравмы и длительное злоупотребление углеводами. У 40% больных с отягощённой наследственностью по диабету и сердечно-сосудистым заболеваниям выявлены кардиоваскулярные нарушения на фоне выраженной декомпенсации с проявлениями кетоацидоза различной степени. Клиническими ориентирами были периферический цианоз, кардиомегалия, тахикардия, приглушённые тоны, систолический шум, транзиторная артериальная гипертензия или гипотензия с изменениями на

ЭКГ по типу обменного миокардита. Только у 8% больных с неудовлетворительным метаболическим контролем при длительности ИЗСД свыше 5 лет развилась миокардиодистрофия с проявлением хронической сердечной недостаточности.

Диабетическая нефропатия (27%) представлена преимущественно нефротическими стадиями развития на фоне прогрессирующего течения ИЗСД с тенденцией к частым кетоацидотическим состояниям.

У троих больных начало манифестации диабета проявлялось диабетической нефропатией с признаками острой почечной недостаточности, где в клинической характеристике преобладали отёки, мочевого синдром, артериальная гипертензия, повышение уровня мочевины и креатинина. При длительном обследовании у части больных выявлена врождённая патология мочевыводящих путей с развитием ХПН. У 15% детей с тяжёлым и лабильным течением ИЗСД в результате изучения офтальмологического статуса выявлена диабетическая ретинопатия, преимущественно 1 стадия.

У 0 группы больных с перенесённым вирусным гепатитом в анамнезе (9%) наблюдалось формирование диабетической гепатопатии по типу хронического гепатита вплоть до цирроза печени с летальным исходом в 2-х случаях.

Изучая клиническую характеристику ДА обращено внимание на преобладание полисистемности сосудистых нарушений при тяжёлом прогрессирующем течении ИЗСД, преимущественно у детей сельской местности с неудовлетворительным метаболическим контролем ввиду малообразованности родителей и отсутствия систематического медицинского контроля.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о мультифакториальности формирования диабетической ангиопатии, определяющей в значительной степени прогноз и исход ИЗСД у детей.