

флегмона слезного мешка. Этим больным в первый день поступления в стационар назначались антибиотики широкого спектра действия с проведением предложенной нами аспирации гнойного содержимого слезного мешка при помощи остроконечной иглы через кожу. На третий день после стихания воспалительного процесса производилось восстановление проходимости слезоотводящих путей под дозированным давлением. У всех этих больных было достигнуто восстановление анатомической проходимости, полное клиническое выздоровление.

Длительное наблюдение за лечеными по указанной методике показало стойкое восстановление проходимости слезных путей и в более отдаленные сроки (длительность наблюдения до 2-х лет).

Эффективность предлагаемой методики составила 98%. Плохо поддавались лечению дети после неудачных попыток предшествующего- ' неоднократного зондирования с резко выраженным перерастяжением слезного мешка (эктазии III степени). У 8 таких больных не удалось восстановить анатомическую проходимость, в связи с чем была произведена интубация слезно-носового канала с введением силиконовых и перидуральных катетеров ретроградным-методом. Больным с выраженным перерастяжением слезного мешка для стимуляции активного слезоотведения и быстрого восстановления функциональной активности слезных путей был применен гелийнеоновый лазер (ТЫЛ - 208 А).

Считаем важным отметить, что если лечение дакриоциститов у грудных детей может производиться только офтальмологом, то лечение дакриоцистита у недоношенных необходимо проводить совместно с педиатром-неонатологом с обязательной консультацией невропатолога. Сотрудничество с этими специалистами способствует предупреждению ряда опасных для жизни осложнений, возможных у ослабленных функционально незрелых детей.

## ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Н.Р.ЯНГИЕВА

Исследования последних лет, особенно эпидемиологического характера, тех или иных заболеваний показывают, что факторы влияющие на возникновение и развитие заболеваний, их частоту, структуру и распространенность, имеют комплексный характер.

Каждый больной представляет собой объект, на который воздействует та или иная группа факторов. Несомненно, что даже при одинаковой группе факторов, они отличаются друг от друга градациями. В среднем исследования сахарного диабета (СД) и его осложнений носят узколокальный клинический характер, не рассматривают комплексность воздействия факторов и поэтому меры профилактики этих заболеваний носят неполноценный характер.

Рассматривая с этих позиций СД и одно из его наиболее частых осложнений - диабетическую ретинопатию (ДР), можно выделить из комплекса факторов наиболее значимые, так называемые "факторы риска", определить из числа больных СД группы повышенного риска ДР, спрогнозировать клиническую ситуацию на глазном дне и, самое главное, наметить и провести своевременно, на ранних этапах целенаправленное лечение и профилактику. \_'

Одним из методов\* математико-статистического анализа является системное прогнозирование, с помощью которого можно не только прогнозировать исследуемое в машине на ближайший и отдаленный периоды исследования, но и путем составления прогностических таблиц определить степень риска возникновения ДР. \*

В нашем исследовании методами прямой, обратной офтальмоскопии и офтальмохромоскопии и была обследована репрезентативная группа больных СД, проживающих в городе Ташкенте - 600 человек. Больных инсулинзависимым сахарным диабетом (ИЗСД) было 141, инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНЗСД) - 459.

Для интегрированной оценки факторов риска ДР была использована известная широкому кругу исследователей методика нормированных интенсивных показателей (НИП) Е.Н.Шигина (1977,1983), основанная на вероятностном методе Байеса.

Показатель распространности ДР у исследованного

КОНТИш  $< 3,1 \cdot I < n \cdot I \cdot \ln I$  и для ИЗСД - 83,68% случаев и для ИНЗСД - 84,53% случаев на 100 больных соответственно. В комплекс оцениваемых факторов вошли пол, возраст, социальное

положение, тип и наличие заболевания СД, степень тяжести диабета, артериальное давление и наследственная отягощенность.

Показатель зависимости ДР от указанных факторов в ОШ... г Д и 1111 К'Д представлены в таблице.

Таблица

Факторы к причине	Градации факторов и причин <sup>1</sup>	Показатели частоты др на 100	
		ИЗСД	ИНЗСД
Пол		78,87	83,25
	мужчины женщины	88,57	85,54
Возраст, лет	до 30	78,12	55,56'
	от 31 до 40	85,00	50,00
	от 41 до 50	91,89	72,89
	от 51 до 60 старше 60		87,56 90,90
Социальная категория		70,00	78,26
		69,13	77,24 '•
	рабочий . служащий	72,73	90,59
	пенсионер учащиеся безработный контингент	75,00	66,67
Степень тяжести диабета	легкая степень средней	59,09	
	тяжелая степень	88,23	7,14 84,56 88,23
Длительность заболевания СД, лет	до 5	45,90	60,41
	от 5 до 10	85,37	89,27
	от 10 до 15	95,66	96,67
	от 15 до 25	100,00	97,22
	свыше 25	100,00	100,00
Сопутствующие заболевания		90	9474"
	Артериальная гипертензия (АГ) Атеросклероз (А)	75	79.17 . 100
	Ишемическая болезнь сердца (ИБС) Ожирение (О) АГ + А + ИБС + О АГ + ИБС	50	74.36 100
		100	100
Вредные привычки		79,42	89,55
	есть отсутствуют *	75,47	84,51
Наследственная отягощенность СД	есть	70,0	89,6
	отсутствует	73,04	83,79

Как показали наши исследования, наибольшему риску возникновения ДР подвержены женщины - НИИ (1,06 при ИЗСД и 1,01 при ИНЗСД), по возрасту - лица возрастной группы 41-50 лет при ИЗСД (1,09) и лица старше 60 лет при ИНЗСД (1,07), пенсионеры при ИНЗСД (1,07) и учащиеся при ИЗСД (0,87), с тяжелой степенью тяжести диабета (1,05 и 1,04), с длительностью диабета свыше 15 лет при ИЗСД (1,19) и свыше 25 лет при ИНЗСД (1,18), с сопутствующей артериальной гипертензией при ИЗСД (1,07) и ИБС при ИНЗСД (1,18) или сочетанием

заболеваний, с вредными привычками (1,06 при ИНЗСД и 0,95 при ИЗСД) и наследственной отягощенностью по СД (1,06) при ИНЗСД.

Анализ'показа к-ж и относительного риска, помогающего в ранжировке изучаемых факторов, показал,, что ведущим в возникновении ДР при ИЗСД является Фактор "длительность заболевания" (К- 2,16) На втором месте "сопутствующие заболевания" (2,01), па третьем - "степень тяжести диабета" (1,5), на четвергом - "возраст больного" (1,17), на пятом. - "пол" (1,12), па шестом - "социальное положение" (1,08). И на последнем месте - "вредные привычки" (1,05), "наследственная отягощспность" (1,04).

Анализ показателей относительного риска при ИНЗСД показал, что ведущим в возникновении ДР является фактор "возраст больного" (R=1,81), на втором месте - "длительность заболевания" (1,66), на третьем - "сопутствующие заболевания" (1,34) и "социальное положение" (1,35). На четвертом месте - "вредные привычки" (1,07) и "наследственная отягощспность" (1,07), на пятом--"степень тяжести СД" (1,04) и на последнем месте "пол" (1,03). Данная ранжировка необходима практическому здравоохранению для группировки коп пни гни "риска" с диабетической ретиной пней.

Методика определения интегральной оценки ф.зкзоров рiаi.i облегчит комплексный подход к проблеме проi|ип.и шки диабетической ретинопатии. Практическое здрлвобхр|111гии< будет иметь возможность соединения социальной и клинической характеристики больного и на основе. имеющими данных можно будет определить степень риска возникновения диабетической ретинопатии спрогнозировать динамику << развития, пользуясь последними достижениями эпдокрипол! пи и офтальмологии уже. на ранних стадиях заболевания провес ш его профилактику.