

Средний уровень гликемии натощак в 1-й группе составил $8,4 \pm 0,3$ ммоль/л, во 2-й — $6,8 \pm 0,6$ ммоль/л. Оценка тяжести диабетической макулопатии проводилась по классификации, предложенной Ю.А.Ива-нишко (2004).

Результаты. У 23 (37,0%) больных с непролиферативной ДР были выявлены различные формы диабетической макулопатии: у 11 (47,8%) больных макулопатия носила диффузный характер, у 8 (34,8%) диффузный отек сопровождался единичными точечными геморрагиями и мелкоочечными твердыми экссудатами, расположенными на расстоянии 1PD (Papillae diametrim) от точки фиксации взора, у 4 (17,4%) больных в макулярной области были обнаружены мелкоочечные кисты.

При приеме таблетированных сахароснижающих препаратов у 30,4% больных 1-й группы с непролиферативной стадией диабетической ретинопатии выявлен диффузный, а у 13,04% - кистоидный отек макулы. По мнению D.V.Do и соавт. (2005), это может быть связано с развитием резистентности к сахароснижающим препаратам у большинства больных СД 2 типа в сроки 8—11 лет. При лечении инсулином (2-я гр.) диффузный отек макулы сопровождается мелкоочечными геморрагиями и отложениями твердых экссудатов. На наш взгляд, этот факт связан с постпрандиальной гипергликемией.

Выводы.

1. Диабетическая макулопатия, наблюдаемая у больных СД 2 типа, напрямую зависит от длительности СД и метода коррекции гипергликемии.

2. Длительное применение оральных сахароснижающих препаратов при СД 2 типа сопровождается развитием диффузного и кистоидного диабетического отеков макулы.

3. Постпрандиальная гипергликемия, наблюдаемая при инсулинотерапии СД 2 типа, обуславливает развитие диффузного отека макулы с мелкоочечными геморрагиями и твердыми экссудатами, что часто указывает на длительное отсутствие компенсации заболевания.

ВВЕДЕНИЕ ТРИАМЦИНОЛОНА АЦЕТОНИДА В СУБТЕНОНОВОЕ РОСТРАНСТВО ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКУЛОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

**Шишкин М.М., Юлдашева Н.М., Ахраров А.А., Болтаева З.К.,
Янгиева Н.Р., Абасханова Н.Х.**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Диабетическая макулопатия - частая причина значительного снижения остроты зрения на ранних стадиях развития непролиферативной диабетической ретинопатии (ДР). Есть сообщения о введении триамцинолона ацетонида в субтеноновое пространство при отеке макулы с целью улучшения состояния сетчатки в макулярной области.

Материал и методы. Обследованы 11 пациентов (11 глаз) с диабетической макулопатией при непролиферативной ДР, которым с целью

улучшения состояния макулярной области в субтеноновое пространство был введен триамцинолона ацетонид (20 мг). До лечения у 6 пациентов наблюдался диффузный отек макулы, у 3 диффузный отек макулы сопровождался мелкоточечными кровоизлияниями и твердыми экссудатами, у 2 пациентов были отмечены мелкие кисты в макулярной области. Острота зрения в среднем составляла $0,09+0,003$.

Результаты. Введение триамцинолона ацетонида больным с диабетической ретинопатией способствовало улучшению зрения у 5 пациентов в среднем на $0,3+0,02$, у 3 — на $0,08+0,001$, у 3 больных изменения остроты зрения не наблюдалось. Ни в одном случае не было отмечено ухудшения зрения. Нам удалось достигнуть регресса отека макулы во всех случаях диффузного отека макулы и в 2 случаях диффузного отека, осложненного геморрагиями и твердыми экссудатами. У 1 пациента с диффузным отеком макулы, осложненным геморрагиями и твердыми экссудатами, и у 2 пациентов с кистозным отеком макулы регресса отека добиться не удалось. Однако эффект проведенного лечения оказался не стойким и в сроки от 1,5—2,3 месяца нам потребовалось повторное введение препарата 6 пациентам. Острота зрения при этом улучшилась только у 4 из них в среднем на $0,21+0,03$. Кроме того, мы наблюдали повышение внутриглазного давления в среднем на $6+0,4$ мм рт. ст. у 3 из 6 пациентов после повторного введения триамцинолона ацетонида. У 2 больных отмечалась миопизация пораженного глаза, однако спустя 2 месяца она постепенно прошла. На наш взгляд, это было связано с начинающейся катарактой.

Выводы.

1. Введение триамцинолона ацетонида в субтеноновое пространство эффективно при диффузной диабетической макулопатии, однако его эффект носит временный характер.

2. Повторное введение триамцинолона ацетонида в субтеноновое пространство сопровождается такими осложнениями, как повышение внутриглазного давления и нарушение прозрачности хрусталика.

ПРИ ОТСЛОЙКАХ СЕТЧАТКИ С ГИГАНТСКИМИ РАЗРЫВАМИ

Норматова Н.М., Махкамова Б.А., Шаисламова Л.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Клиническая офтальмологическая больница МЗ РУз

В последние годы благодаря развитию новых технологий, появлению современных приборов и оборудования витреоретинальная хирургия в нашей республике расширила возможности реабилитации больных с отслойкой сетчатки, осложнённой гигантскими разрывами (Тах-чиди Х.П., Казайкин В.Н., 2001; Лыскин П.В., 2002, Karel A., 1995).

Цель настоящего исследования - анализ результатов проведения трехпортовой витрэктомии с тампонадой силиконовым маслом у больных с отслойкой сетчатки и гигантскими разрывами.

Материал и методы. Изучены результаты 72 операций, проведенных в РКОБ по поводу отслойки сетчатки гигантскими разрывами. Среди больных было 59 мужчин и 13 женщины, в возрасте от 10 до 73