

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ПЕРВЫЙ ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

На правах рукописи

Я Н Г И Е В А Нодира Рахимовна

УДК 617.75—008.64—036.22

КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

14.00.08—Глазные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент — 1997 г.

Работа выполнена в Первом Ташкентском Государственном медицинском институте.

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук, доцент А. Р. ХУДАЙБЕРДИЕВ

Научный консультант:

кандидат медицинских наук, доцент Д. С. АРЗУМЕТОВА

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Х. М. ҚАМИЛОВ

Доктор медицинских наук, профессор Ф. Н. НУРИТДИНОВА

Ведущее научное учреждение — Самаркандский медицинский институт.

Защита диссертации состоится «

77[^]

1997 года в 1 часов на заседании специализированного совета Д 087.01.02 в Первом Ташкентском ордена Трудового Красного Знамени Государственном медицинском институте.

Адрес: 700047, г. Ташкент, ул. Хамзы, ЮЗ.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан « 18 Август 1997 г.

Ученый секретарь
специализированного совета
к. м. н., доцент

А. С. ИУЛДОШХОНОВА



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

... Сахарный диабет (СД) - широко распространенное эндокринное заболевание, имеющее тенденцию неуклонного роста. По данным ВОЗ и диабетических ассоциаций, проблема этой патологии превратилась в ме- дико-социальную. В настоящее время, на учете у эндокринологов нашей Республики состоят 84 тысячи больных ОД, это составляет 1,9% из числа взрослого населения Узбекистана, что в 4 раза больше, чем в середине 70х годов (Я.Х.Туракулрв и др., 1996).

Сохранение зрительных функций у больных СД - важнейшая задача офтальмологии, так как на сегодняшний день, диабетические поражения органа зрения являются одной из основных причин инвалидности - более 1СХ (И.И. Дедов., М.С. Анциферов, 1992) и слепоты - от 4 до 22,3% (J.G.Amos,1984; P.Д. Рогозина и А.П; Рогозин,1987; E.Agardh , C.Hansson - Lundblad et al.,1993; B.Lars Backlund B. et al.,1996; A.K.Sjolie, A. Gfeeh,1995) у лиц в возрасте от 30 до 64 лет, главным образом вследствие его осложнений - ретинопатии и катаракты.

До настоящего времени, изучение диабетических офтальмопатий в нашем регионе проводились клиническими и экспериментальными исследованиями (Ф.н. Хакбердиева,1970; П.и. Федорова,1974; Т.Т. Ильина и др.,1984, 1996), однако комплексных популяционных исследований в этом плане не проводилось. В связи с этим в литературе нет данных о распространенности и истинной частоте поражения структур глаза у больных СД. Недостаточно изучена роль различных факторов риска в развитии диабетической ретинопатии (ДФ) - при инсулинзависимом (ИЗСД) и инсулиннезависимом (ИНЗСД), сахарном диабете с учетом сложности их воздействия и Региональных особенностей. Нет однозначной научно обоснованной методики Исследования и рекомендаций по массовым профилактическим мероприятиям.

Перечисленные важные, аспекты проблемы диабетического поражения глаз послужили основанием для выполнения данной работы, и определили, ее цель и задачи.

Целью исследования явилось комплексное изучение клинико-эпидемиологических аспектов поражения органа, зрения у больных СД, проживающих в городе Ташкенте и разработка мер по совершенствованию профилактики диабетических офтальмопатий.

Для достижения. Данной цели были поставлены следующие задачи: 1. Изучить распространенность - и взаимосвязь поражения различных структур глаза у больных ИЗСД и ИНЗСД.

2.1. определить особенности частоты поражений хрусталика а зависимости от типа, длительности и тяжести течения ИЗСД и ИНЗСД с учетом пола и возраста.

3. Изучить клинические формы ДР у больных СД в исследуемой надо популяции.

4. Определить и охарактеризовать основные факторы риска ДР при различных типах диабета и выделить среди них факторы, наиболее, способствующие прогрессированию заболевания.'

Б. Провести анализ динамики распространенности диабетических офтальмопатий и уровня заболеваемости ОД до 2005 года населения города Ташкента.

6. Разработать мероприятия по совершенствованию организационно-методической работы по профилактике слепоты от поражения органа зрения при СД.

Научная новизна проведенного исследования заключается в следующем: впервые разработана развернутая комплексная программа по изучению клинико-эпидемиологических аспектов поражения органа зрения при СД с использованием ЭВМ, которая может быть применена при изучении этой проблемы в других регионах. Впервые получены истинные данные о частоте и распространением диабетических офтальмопатий среди больных ИЗСД и ИНЗСД, проживающих в городе Ташкенте. Предложена классификация поражения глазного дна при СД. Впервые проведена интегральная оценка риска ДР по комплексу факторов, на основе которой составлены прогностические таблицы риска и разработаны критерии определения групп риска - "благоприятный прогноз", "внимание", "неблагоприятный прогноз" возникновения ДР в зависимости от типа диабета.

Практическая значимость:

- выявленная эпидемиологическая частота распространенности диабетических офтальмопатий и слепоты при ИЗСД и ИНЗСД, является новой для широкого проведения профилактических мероприятий в целях предотвращения заболевания;

- составлены прогностические таблицы риска ДР для больных ИЗСД и ИНЗСД по нивелирующим факторам, а также разработаны сроки и кратность обследования больных в зависимости от группы риска;

- рассчитанный прогноз уровня заболеваемости СД до 2006 года позволяет органам здравоохранения прогнозировать уровень диабетических офтальмопатий и планировать лечебно-профилактический и организационные мероприятия на ближайший и отдаленный период;

- материалы исследования легли в основу методических рекомендаций по раннему выявлению, необходимому объему обследований и профилактических мероприятий поражения органа зрения и слепоты у больных СД, которые внедрены в практическое здравоохранении

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Показатели распространенности поражения различный "типов"

- Б - гл.'за у больных с Г и II типами диабета.

2. Частота , помутнений хрусталика в зависимости от длительности и тяжести течения диабета I и II типа, возраста больных.

3. Степень влияния факторов риска ДР у больных ИЗСД и ИНЗСД .

4. Прогноз уровня заболеваемости СД по городу Ташкенту до 2005 года.

.5; Разработка оргаяг'эционно-методических мероприятий по профилактике слепоты на основе определения прогностических групп риска возникновения ДР.

Внедрение результатов исследования в практику;

Результаты исследования легли в основу методических рекомендаций; которые внедрены в клинике глазных болезней I ТашГооМИ, клинике глазных болезней АндМИ, в лечебно-профилактических -учреждениях офтальмологического профиля Хорезмской области, в поликлиниках N 38, N 12 города Ташкента.

Публикации: По теме диссертации опубликовано 10 работ.

Апробация, работы:. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на IV конференций Европейской группы по изучения обложне- ний диабёта на глаза город Турин (Италия) 1994 гсд; на заседаниях научного ..общества- офтальмологов города Ташкента и Ташкентской области, 1995,1996 Года; на итоговой, научной конференции молодых уче- ' ных I ТашГосМИ, 1996 год (удостоена первого призового места); на II Международном Конгрессе диабетологов Центральной Азии и конкурсе молодых ученых при конгрессе, город Ташкент, 1996 год (удостоена второго призового места); на лечебном совете эндокринологов города Ташкента, 1996 год. /

. Настоящее исследование проведено на кафедре глазных болезней Первого ТзшГоомИ.

Объем , и структура диссертации: ■ Диссертация состоит'из введения, обзора литературы, материала, и методов исследования, результатов собственных исследований.- заключения, выводов,практических рекомендаций, списка литературы, содержащего 90 отечественных и 100 иностранных источников и приложения. Работа содержит IГО страниц машинописного текста, 22 таблицы и 12- рисунков.

• Материал и методы исследования:

Работа носит клинико-эпидемиологический характер и проведена по составленной нами программе. Численность выборки,необходимой для обследования, рассчитана по формуле бес-повторной случайной выборки (Е.Н. Шигина, 1977,1983) и составила 600 больных диабетом. Когорта (популяция) формировалась по всем основным признакам генеральной совокупности: типичность по полу, возрасту и типу сд.

По клиническому течению выделили два типа диабета: ИЗСД (I тип) - 141 больной и ИНЗСД (II тип) - 459 больных. С легкой: степенью заболевания зарегистрировано 14 больных, со средней тяжестью - 353, с тяжелой степенью - 233 больных. У 98 больных ИЗСД и 323 больных ИНЗСД течение диабета было компенсированным, у 43 больных ИЗСД и 136 больных ИНЗСД - декомпенсированным.

Большая часть больных ИЗСД была в возрасте до 40 лет (87,94%), а больных ИНЗСД - в возрасте старше 50 лет (80,39%), причем о длительностью заболевания более 10 лет (64,87%).

Были использованы следующие офтальмологические методы исследования: визометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия (прямая и обратная), офтальмохромоскопия, которые проводились сплошным методом по традиционным методикам. Все данные о каждом больном заносились в специально разработанную нами карту-анкету, которая подверглась кодировке и введению в архив памяти машины. Обработка и оценка имеющегося материала проводилась на ПЭВМ-IBM PC/XT с использованием современных математико-статистических методов. ■

Для интегральной оценки факторов риска ДР использована методика нормированных интенсивных показателей (НИЛ) Е.Н. Шигана (1983). Для прогноза уровня заболеваемости СД до 2005 года использовался метод "Сплайн аппроксимации, экстраполяции и интраполяции".

Для клинической характеристики поражений глазного дна была использована классификация М. Л. Краснова, м.Г Марголиса (1988), Основные результаты и их обсуждение

Клиническое обследование исследуемой популяции больных выявило следующие изменения структур глаза. Изменения век в виде простого и чешуйчатого блефаритов, часто рецидивирующих ячменей были выявлены у 14,18% больных ИЗСД и 21,78% больных ИНЗСД. Нарушения гемомикроциркуляции бульбарной конъюнктивы различной степени выраженности были выявлены у 94,5% больных СД: в 88,65% при ИЗСД и в 96,29% при ИНЗСД. В 90,40% случаев при ИЗСД и в 87,10% случаев при ИНЗСД эти изменения сопровождались такими же изменениями сосудов на глазном дне, что свидетельствует о параллелизме микроциркуляторных расстройств в сосудах конъюнктивы и сетчатки ($P < 0,001$). Данные нашего исследования также показали, что в 70,37% случаев нарушения гемомикроциркуляции выявляются у больных с нормальной офтальмоскопической картиной глазного дна, что позволяет сделать заключение о более раннем изменении сосудов конъюнктивы, по сравнению с сосудами сетчатой оболочки. Полученные нами данные не отличаются от данных приводимых А.Я. Буниным (1984), Т.А. Зыковой и др. (1984), Т.Г. Ильиной и др. (1984), А.И. Даниловой (1986), Т.С. Агаевой (1989) и т.д.

Обусловленные нарушением питания изменения роговой оболочки • были выявлены у 25,53% больных ИЗСД и у 34,64% больных ИНЗСД. Наиболее частым: изменениями радужки у обследованных (Зольных - были дистрофические поражения стромы, атрофия и депигментация пигментной Каемки зрачка - в 50,0% случаев. Появление новообразованных сосудов (рубоз) отмечалось в 1,66% случаях, чаще при ИЗСД - 2,13%, чем при ИНЗСД - 1,52%. Общее число . изменений стекловидного' - тела составило 10,64% при ИЗСД и 8,717. при ИНЗСД, Изменения зрительного нерва у исследуемого контингента составили 8,5%: при ИЗСД - 12,05л» , а при ИНЗСД - 7,40%. и проявились в виде гиперемии, отечности и сдвига сосудистого пучка диска зрительного нерва (ДЗН), частичного и. полного побледнения, новообразованных сосудов и глаукоматозной экскавации ДЗН.

Бйомикроскоптаеское обследование хрусталика выявило три вида помутнений (диабетический, смешанный и старческий) и составило 40,2%: при ИЗСД - 29,08%, При ИНЗСД - 43,57% случаев. Мы не обнаружили существенных различий в распространенности диабетической катаракты у мужчин и женщин (Р.О,Ос). Общей - тенденцией явилось увеличение распространенности помутнений хрусталика в зависимости от возраста больных, продолжительности и тяжести течения заболевания при обоих типа?: диабета ($P < 0,05$).

Полученные результаты показали, что-частота и тяжесть поражения сосудов конъюнктивы, роговицы, радужной оболочки,■хрусталика, стекловидного тела и зрительного нерва увеличивается с увеличением тяжести поражения глазного дна ($r = +0,9$).

Поскольку ДР является одной из основных причин неизлечимой слепоты нами было проведено углубленное исследование распространенности и факторов риска ее возникновения среди нашего контингента больных. Общее число поражений глазного дна у исследованного контингента составило 84,35% случаев: 83,688 при I типе и 84,537. при II типе диабета. Распределение г.-ражений по классификации М. Л. Краснова и М.Г. Марголиса (1966) показало:

- при ИЗСД: I стадия диабетическая. ангиопатия (ДА) составила - 36,177., II стадия - простая ДР - 24,11%, днабето-склеротическая - 3,54%, днабето-гипертоническая - 8,51?., днабете-почечная - 2,137., III стадия - пролиферативная днабето-склеротическая - 3,55%, днабето-гипертоническая - 3,55% и днабете--почечная - 2,137. случаев;

- при ИНЗСД: I стадия составила - 48,8%, II стадия - простая ДР - 16,99%, длабето - склеротическая - 4,78%, днабете - гипертоническая - 8.06%, днабете-почечная - 0,22%, III стадия -пролиферативная днабетосклеротическая - 2,83%, днабете - ..гипертоническая -

2,18%, диабете - почечная - 0,06% случаев. -

По данным некоторых авторов (В.П. Можеренков и др., 1989, 1991; Ж.Г. Мустафина и др., 1994; о.к. Худайберганов и др., 1998 и т.д.) ДР встречается чаще при ИЗСД, чем при ИНЗСД. Наши исследования эту зависимость не обнаружили ($P > 0,05$).

Анализ данных проведенного исследования показал, что поражения глазного дна при I типе диабета встречаются чаще у женщин, чем у мужчин ($P < 0,001$), что совпадает с литературными данными (М.Г. Марголис и др., 1966; А.И. Данилова, 1985; Ж.Р. Мустафина и др., 1994) (табл. 1).

Установлено, что с увеличением возраста больных ИЗСД и ИНЗСД частота ДР увеличивается ($r = +0,9$), что по-видимому связано с накоплением диабетических поражений сосудов и ткани сетчатки на возрастные изменения.

В различных возрастных группах больных СД I стадия (ДА) - при ИЗСД встречается реже, чем при ИНЗСД. II стадия ДР с возрастом нарастает и чаще всего встречается при ИЗСД в группе 41-50 лет (50,54%), а при ИНЗСД - в группе свыше 60 лет (32,96%). Частота III стадии ДР также нарастает с возрастом больных ИЗСД и достигает максимума в группе 41-50 лет (22,7%), тогда как у больных ИНЗСД до 40 лет пролиферативной ДР не наблюдается, и в возрастной группе 51-60 лет ее частота наиболее высокая (7,26%).

Нами было установлено, что частота поражения глазного дна в разрезе отдельных социальных групп имеет свои характерные особенности.

Большинством исследователей признается тот факт, что продолжительность СД является одним из наиболее существенных факторов в развитии ДР. Это убедительно подтверждается и полученными нами данными. Характерно, что частота I стадии (ДА), как при ИЗСД, так и при ИНЗСД достигает пика при длительности заболевания 5-10 лет, переход в непролиферативную ДР (II стадию) наиболее выражен при длительности диабета 10-15 лет, а длительность заболевания свыше 15 лет является наиболее опасной для развития пролиферативной ДР (III стадия).

Как определилось в ходе исследования, существенное значение в распространенности ДР имеет степень тяжести клинического течения диабета и компенсация углеводного обмена при регулярности антидиабетического лечения как при I, так и при II типе диабета ($P < 0,05$).

Среди факторов риска, влияющих на частоту ретинопатии, многие авторы выделяют сопутствующие диабету заболевания (В. Г. Хачатуров, 1980; А.Г. Мазовецкий, 1983, 1987; А.С. Беглярова и др., 1991; М.В. Сигуа, 1992; Chanal P.S. et al., 1985; Hiller R. et al., Гинн: Malt- zeff A. et al., 1995). Наше исследование показало, что такие заболевания как ИБС, артериальная гипертензия и атеросклероз сосудов

Таблица 1.

Показатели частоты диабетической ретинопатии по комплексу факторов риска

ФАКТОРУ И ПРИЧИНЫ	ГРАДАЦИИ ФАКТОРОВ И ПРИЧИН	ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ДР НА 100 БОЛЬНЫХ СООТВЕТСТВЕННО	
		ИЗСД	ИНЗСД
ПОЛ	мужчины Женщины	78,87 88,57	83,25 85,54
ВОЗРАСТ	до 30 лет от 31 до 40 лет от 41 до 50 лет от 51 до 60 лет старше 60 лет	78,12 85,00 91,89 — —	55,58 50,00 72,89 87,56 90,90
СОЦИАЛЬНАЯ КАТЕГОРИЯ	Рабочий служащий Пенсионер Участник ООСЯ Не работающий контингент	70,00 89,13 72,73 75,00	78,26 77,24 90,59 66,67
СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ДИАБЕТА	легкая, степень средней тяжести тяжелая степень	59,09 88,23	60,41 89,27 96,67 97,22 100,00
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ сд	до 5 лет от 5 до 10 лет от 10 до 16 лет от 15 до 25 лет свыше 25 лет	45,90 86,37 95,66 100,00 100,00	60,41 89,27 96,67 97,22 100,00
СОУЩЕСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	артериальная гипертензия (АГ) атеросклероз (А) ишемическая болезнь сердца (ИБС) ожирение (С) АГ + А + ИБС + 0 АГ + ИБС	90,0 75,0 50,0 100,0	94,74 79,17 100,0 74,36 100,0 100,0
ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ	есть отсутствуют	79,42 75,47	89,55 84,51
НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГЧЕННОСТЬ по отцу	есть отсутствуют	70,0 73,04	39,6 83,79

конечностей существенно влияют на частоту поражения глазного дна у больных I и II типом диабета ($P < 0,001$), а при ИКЗСД определенную роль играет ожирение ($P > 0,05$).

Изучение влияния наследственной стягсценности по од и диабетическим поражениям органа зрения на частоту ретинопатии показало ее увеличение при ИНЗСД ($P < 0,05$), тогда как при ИЗСД влияние этого Фактора не достоверно.

Влияние вредных привычек (курение и употребление алкоголя) на частоту поражения глазного дна нашими исследованиями не подтвердилось ($P > 0,05$). Однако несомненно, что эти факторы являются отягощающими в комплексном воздействии факторов.

Располагая опытом наблюдений за больными СД с поражением глазного дна и принимая во внимание ранее предлагаемые классификации, мы смогли выявить некоторые закономерности, позволившие разработать классификацию таких изменений по офтальмоскопической картине глазного дна.

В основу классификации положен тот же принцип, что и у предыдущих авторов: деление на три стадии - диабетическая ангиопатия, непролиферативная ДР и пролиферативная ДР. Нами выделены две формы поражений: простая (изменения в сосудах и ткани сетчатки диабетического генеза) и комбинированная (при наложении изменений гипертонического, склеротического, почечного генеза и т.д.).

Наши наблюдения позволили выделить четыре типа ретинальных поражений при непролиферативной ДР - экссудативный (очаги "мягких" и "твердых" экссудатов различные по количеству и размерам, нередко сливающиеся в обширные конгломераты), геморрагический (отек сетчатки, множество мелкоточечных и пятнообразных кровоизлияний различных по величине и глубине поражения сетчатки, стекловидного тела), микроаневризматический (множество микроаневризм, различных по размеру и уровню расположения) и смешанный (имеются все элементы поражения сетчатки).

При пролиферативной ДР наблюдаются изменения, присущие предыдущим стадиям, на которые наслаиваются пролиферативные изменения: новообразованные сосуды в различных отделах сетчатки и разной степени выраженности при неоваскулярном типе, выявление участков соединительной ткани различных по размерам и расположению при фиброзном типе и наличие и тех и других изменений при смешанном.

• - к комбинированному типу во всех стадиях могут относиться изменения сосудов и ткани сетчатки характерные и для других общих заболеваний (туберкулез, ревматизм, анемия и другие), сопутствующих сахарному диабету. Что конечно необходимо учитывать в выборе такти-

- и - ки, специфики лечения больных а комбинированными, то есть тяжелыми формами ретинопатии. Данная классификация Р. работе практического врача, который впервые осматривает больного и должен не располагая методом флюоресцентной ангиографии поставить диагноз, содержит объем информации достаточный для оказания действенной помощи больному и для обеспечения взаимопонимания между специалистами.

Учитывая, что факторы и причины имеют различную силу влияния на формирование и развитие ДР, согласно методики Шигана Е.Н. (1983) была проведена интегральная оценка факторов риска (в баллах).

Как показали наши исследования наибольшему риску ДР подвержены женщины - НИИ (1,06 при ИЗСД и 1,01 при ИНЗСД), по возрасту - лица возрастной группы 41-60 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), о тяжелой степени тяжести диабета (1,06 и 1,04), с длительностью заболевания диабетом свыше 16 лет у больных ИЗСД (1,10) и свыше 25 лет - у больных. ИНЗСД (1,18), с сопутствующей артериальной гипертензией при ИЗСД (1,07) и ИБС при ИНЗСД (1,18) или сочетанием заболеваний, о вредными привычками (0,96 и 1,06) и наследственной отягощенностью по СД (1,06) при ИНЗСД.

Определив общую сумму минимальных и максимальных значений для каждого фактора, мы определили диапазон риска ДР, который составил 8,24-11,83 при ИЗСД и 8,66-11,29 при ИНЗСД баллов и разделили его на три поддиагона. Что позволило выделить группы с разной вероятностью риска ДР.

I. Группа "благоприятный прогноз" (от 8,24 до 9,43 при ИЗСД и от 8,66 до 9,62 при ИНЗСД). У лиц, попадающих в этот поддиапазон, воздействие факторов риска еще не определяет обязательное возникновение ДР.

II. Группа "внимание" (от 9,44 до 10,63 при ИЗСД и от 9,63 до 10,41 при ИНЗСД). Факторы риска определяют такое воздействие таким образом, что лица, попадающие в данный поддиапазон, должны быть в центре внимания медицинских учреждений, так как у них высока вероятность возникновения и развития ДР.

III. Группа "неблагоприятный прогноз" (от 10,64 до 11,33 при ИЗСД и от 10,42 до 11,29 при ИНЗСД). В этом поддиапазоне прослеживается прямая причинно-следственная связь между факторами и частотой развития ДР. Именно в данном случае должны быть широко развернуты профилактические мероприятия, особенно тщательное проведение диспансерного наблюдения, так как со временем, под продолжающимся влиянием факторов, формирующих ДР этот контингент имеет большие шансы на потерю зрения. В связи с чем мы рекомендуем обязательный

- 12 - осмотр офтальмологом сольных СД с момента постановки им диагноза "сахарный диабет". Если изменения органа зрения не будут обнаружены, по предложенной нами методике необходимо определить группу риска ДР для данного больного и осматривать его в следующие сроки: группу "благоприятный прогноз" - 1 раз в год, группу "внимание" - 2 раза в год, группу "неблагоприятный прогноз" - 4 раза в год и необходимо ваять таких больных на диспансерный учет.

Ввиду отсутствия четкой информации в первичных звеньях практического здравоохранения о частоте ДР, а также отсутствия ее в перечне официальной статистической информации статистического отдела МЗУа, нами был проанализирован уровень и частота СД обоих типов за период с 1991 по 1995 годы и осуществлен прогноз до 2005 года. Анализ данных показал, что при наличии существующего комплекса различных факторов, контингент больных СД в городе Ташкенте увеличится к 2005 году в 1,4 раза. Учитывая, что поражения глазного дна у больных СД в нашей популяции составляют 84,33% на сегодняшний день, и данный удельный вес будет стабилен или возрастать, можно заключить, что ДР также будет иметь высокие показатели.

Анализ данных, проведенного нами исследования показал, что у 81,33% (488) больных отмечалась различной степени выраженности снижение остроты зрения. Слепота при ИЭСД составила 5,673 случаев, а при ИНЭСД - 11,11% случаев. В связи с этим, подключение на ранних стадиях заболевания СД деятельности офтальмолога является, по сути, требованием сегодняшнего дня. ..

- Активному участию самих больных в процессе лечения и наблюдения за течением болезни уделяется, в последнее время, большое значение. Данные нашего исследования показали, что почти половина из обследованных нами больных (46,3%) не знают о имеющихся у них изменениях, в результате чего, не обращаются за консультацией к специалисту. У 76,2% больных из этой группы имелась ДР.

Это свидетельствует о необходимости разработки методической базы для организации широкой просветительной работы врачами-офтальмологами среди больных СД.

Учитывая вышеизложенные данные, считаем целесообразным создание специализированных офтальмо-диабетологических кабинетов или отделений (в составе НИМ эндокринологии), целью которых было бы решение научно-практических задач связанных с диабетическим поражением органа зрения.

ВЫВОДЫ:

1. Впервые установлена истинная частота и достоверные различия в показателях распространенности поражения различных структур глаза

у больных ИЗСД и ИНЗСД: век - у 14,18% больных и 21,76% больных, гемомикроциркуляции бульбарной конъюнктивы - у 88,65% и 96,29%, роговицы - у 25,63% и 34,64%, радужной оболочки - у 39,29% и 56,20%, стекловидного тела - у 10,64% и 8,71%, хрусталика - у 29,08% и 43,57%, зрительного нерва - у 12,05% и 7,40% больных (соответственно).

Поражения глазного дна были выявлены у 83,68% больных ИЗСД и по стадиям составили: I стадия (диабетическая ангиопатия) - 36,17%, II стадия (диабетическая ретинопатия) - 38,28%, III стадия (пролиферативная диабетическая ретинопатия) - 9,22% случаев. При ИНЗСД поражения глазного дна были выявлены у 84,63% больных! I стадия - 48,80%, II стадия - 30,06%, III стадия - 5,66% случаев.

2. Частота развития помутнений хрусталика у больных диабетом Г и II типа достоверно нарастает с увеличением возраста больных, длительности заболевания, тяжести течения диабета и не зависит от пола больных-.

3. На основе изучения, клинических форм ДР у исследуемой нами популяции, предложена усовершенствованная классификация поражений глазного дна у больных СД, которая позволит выбрать наиболее рациональную тактику лечения и обеспечит преемственность специалистов и мероприятий на этапах лечения.

4. Анализ показателей относительного риска и ранжировка изучаемых факторов в баллах показала, что ведущим в возникновении ДР:

- у больных: ИЗСД является фактор - "длительность заболевания диабетом"; • ◐ ■

- у больных ИНЗСД является фактор - "возраст больного" и "длительность заболевания". ■

6. Предложенная нами методика эпидемиологического исследования позволила выявить заболеваемость органа зрения у 46,3% больных СД впервые. Более 3/4 этих больных имели различное по степени тяжести поражения глазного дна.

7. Прогноз уровня заболеваемости СД обоих типов до 2005 года по городу Ташкенту, показал дальнейший рост его в 1,4 раза и указывает на рост частоты диабетических офтальмопатий.

8. Целенаправленное проведение профилактических осмотров больных диабетом с учетом групп риска, выделенных нами на основе интегральной оценки факторов риска ДР, является одним из путей снижения слепоты и инвалидности среди этого контингента.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:-

1. Разработанная нами "Карта офтальмологического обследования больного СД" рекомендуется для использования в первичном звене

- 14 - практического здравоохранения.

2. Учитывая, что частота различных видов помутнений хрусталика имеет общую тенденций увеличения в зависимости от ряда факторов; а специфические особенности помутнений, наблюдаемые лишь на ранних стадиях, а по мере прогрессирования заболевания исчезают, все поражения хрусталика следует считать диабетическими.

3. Распределение больных в соответствии с предложенной классификацией, позволит выбрать наиболее рациональную тактику лечения, наладить преемственность между офтальмологом и эндокринологом и унифицировать критерии оценки поражения глазного дна. .

4. Для совершенствования профилактики поражения сетчатки у больных СД целесообразно определение прогностических групп риска ДР - "благоприятный прогноз", "внимание", "неблагоприятный прогноз" и дальнейшее диспансерное наблюдение их по указанным нами срокам и кратности обследования, о обязательном проведении биомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы.

6. В целях оптимизаций профилактических мероприятий по снижению уровня диабетических офтальмопатий рекомендуем создание специализированных кабинетов или отделений (в составе НИИ), целью которых было бы решение научно-практических вопросов поражения органа зрения у больных СД.

Список опубликованных работ по теме диссертации.

1. A.R. Khudaiberdiev.Z.K. Boltaeva, N.Yangieva "Screening of diabetic ophthalmopathies in Uzbekistan". Glornale Italiano di dia- betologia. 4th Meeting of the EASDEC EASD STUDY GROUP ON DIABETIC EYE COMPLICATIONS. Torino (Italia). 1994.P.77.
2. A.R. Khudaiberaiey, Z. K. Boltaeva, N.Yangieva. "Incidence and characteristic of diabetic retinopathy in Uzbekistan". Diaoes Care and Research in Europe. Third European Meeting for the Implementation of the St. Vincent Declaration. Athens (Greece). 1996. N. 297. F. 77.
3. Янгиева Н.Р., Худайбердиев А.Р. "Изменения хрусталика при сахарном диабете". Итоги научных исследований по актуальным вопросам медицинской науки и здравоохранения. Выпуск 3, Книга II. Сборник научных трудов. Ташкент. 1095. С. 24'9-250.
4. Худайбердиев А.Р., Болтаева З.К., Янгиева Н.Р. " Поражения органа зрения у больных сахарным диабетом".Методические рекомендации. Ташкент. 1995. 18 о.
5. Янгиева Н.Р. " Новые возможности прогнозирования риска диабетической ретинопатии". II Международный конгресс диабс-тологов Центральной Азии. Ташкент. 1988. С.54.

8. Худайбердиев А. Р., Болтаева З. К., Янгиева Н. Р. "К вопросу о классификации изменений главного дна при сахарном диабете". II ШЖдународный конгресс диabetологов Центральной Азии. Ташкент. 1936. С. 53.
9. Янгиева . Н. р, . "Клинико-эпидемиологические исследования и интегральная оценка факторов риска диабетической ретинопатии". Конференция молодых ученых I ТашГосМИ:"Итоги научных исследований по актуальным вопросам медицинской науки". Сборник научных трудов, Ташкент. 1996. С. 205-207,
10. Янгиева Я. Р. "Клинико-эпидемиологические исследования поражения органа зрения у больных сахарным диабетом". Сборник научных трудов "Актуальные проблемы офтальмологии". Ташкент. 1996. С. 41-45.
11. Янгиева. Н. Р. "Диабетическая ретинопатия и факторы риска ее возникновения". Сборник научных трудов "Актуальные проблемы офтальмологии". Ташкент. 1996. С. 86-89.
12. Худайбердиев А. Р., Болтаева З.,К. ,• Янгиева Н. Р., Абдуфаттаев А. А. "Клинико-эпидемиологические аспекты . диабетической ретинопатии". Сборник научных трудов "Актуальные проблемы офтальмологии". Бишкек. 1996. С. 154-156.

Янгиева Яодира Рахимовна

"Андли диабет касаллиги . таъсирида куриш аъёсида келиб чиц- ан уэгаришлариинг клиник ва эпидемиологии текшириа натижалари"

Х У Л О С А

Андли диабет оқибатида курув аъёсида пайдо буладиган уага- ришларни текшириш, офтальмологияинг долзарб масалаларига киреди. Республикамизда бу соҳага дойр шилар жуда кам, ҳамда эпидемиология масалалари яхши урганилмаган,

Ушбу иш даврида Тошкент шаҳрида яшовчи инсулинга царам ва Карамсиз булган қанд касаллиги билан ҳасталанган 600 бемор текши- рилди ва куриш аъёсида булган уэгаришлар берлиги. аниқланди.

Нуэ тубидаги уэгаришлар қандли диабетни I тури билан ҳасталан- ган беморларда 83,68% аниқланди, 11 тури билан ■ҳасталанган беморлар- да эса 84,53% аниқланди. Шуни тақидлаб утиш керак-ки,инсулинга царам булмаган беморларга нисбатан инсулинга царам қандли диабет беморла- рида куэ тубидаги Уэгаришлар чуқурроқ ва оғирроқлиги аниқланди.

Клиник текширишлар қаттичасига Караганда қандли диабет ҳзстали- гига гавҳарни ҳираланиши беморларни бшини улгайиши, касалликни оғирдиги ва давомлилигига боғлиқ.

Фиэ тавсия қилган тасниф буйича қандли диабет ҳасталигига куа тубидаги уэгаришларни тақсимлаш мутахассисларга даволаш режасини туғри тувишга имкон яратади.

Диабетик ретинопатияни ҳатар омилларини интеграл ба>;олаци шуни курсатдики, инсулинга царам бўлган ва тиарам булмаган диабет да ҳатар омиллари бир хил.лекин улар'ни Iкасалликни келиб чициши ва аурайишига татсир кучи ҳар хил экан. '

Қандли диабет ҳасталигидә тур пардани уэгариавши олдини олийш релаларпни тагоштлллэштиртя учун Сие хатар гурухлар алратдшс - "кулай ба'юрат", "диққатга саговор" ва "ноқулай башорат". Ҳамда бу гурухларяя кднча вақгда ва неча марта текшириш кераклигини ншлаб чиқардик.

2005 йилгаче булган. даврда қрндли диабет тарқаливш динамикаси- йн та\лил қилшвда 1,4 мартага қупайиши аниинугандн ва беморларни қур .булиб-қрлганй инсулинга қарам бўлган - 5,67% ва яа қарам булмаган диаСетда - 11,11% ташкил қилди. Мана шуларга асослаииб офтальмо-ди- вбетологик соҳани ташкил қилиш ма^садга мунофиқ деб топйлди.

Yangieva Nodira Rakhiniovna

Clinical and epidemiologic aspects of the visual organ injuries in diabetes mellitus.

SUMMARY

The visual organ injuries in diabetes mellitus are an urgent problem-of ophthalmology to investigate. However, in our Republic the studies of this kind are infrequent and do not use epidemiologic approach. Six hundred patients with diabetes mellitus of types I and II were examined, they being the residents of Tashkent and our examination revealed the visual organ changes. The eye fundus was injured in 83.68% of patients with diabetes. type I and in 84.53% of those with type II, the extent of the eye fundus injury being greater in IDDM (Insulin Dependent Diabetes Mellitus) than in IIDM (Insulin Independent Diabetes Mellitus).

The clinical analysis showed that the frequency of the lens clouding in patients with diabetes mellitus increased with the age of the patients, duration of the disease and its severity.

We had developed the classification of the injuries of the eye fundus in patients with diabetes mellitus which-allows to choose the proper tactics of treatment and succession of specialists and measures at various stages of the treatment course.

The integral assessment of the risk factors of diabetic retinopathy revealed that the risk factors in IDDM and IIDM are similar, but their influence on development of the disease is different. To improve prophylaxis of the retina injuries in patients with diabetes mellitus-, we selected the following risk groups: "favourable prognosis", "attention", and " unfavourable prognosis". We also developed the criteria of time and frequency of examination of patients in these groups.

The analysis of dynamics of morbidity rate for diabetes mellitus by 2005 showed the further increase of this rate - in 1.4 times. Blindness in patients with IDDM is 5.65% and in those with IIDM - 11.11%. On the basis of the material described above, the necessary conditions for organising the ophthalmology-diabetic service were formulated.



;• Р, — Подписано к печати ■/У Р'Й
Зак.— 111-6<Ғб'З Тираж ' 199 і^Т. 4<//
Отпечатано в ЛП ТПК

Ташкент, Навей, 30.