

рованного гемоглобина (Hb A_{1c}) ($r = 0,42$) и показатели гликемии ($r = 0,36$).

При анализе результатов по тесту В. М. Русалова выявлено, что пациенты с СД1 гипонозогнозического ТОВ имели большую эргичность по сравнению с больными с нормонозогнозическим ($p < 0,05$) и гипернозогностическим ($p < 0,05$) ТОВ, что указывает на большую энергичность и деятельность пациентов. При СД2 у больных с гипернозогностическим ТОВ отмечены более низкие значения темпа реакции по сравнению с нормонозогностическим ($p < 0,01$), что говорит о более низком темпе реакции у лиц, сосредоточенных на своей болезни. Пациенты с СД2 и гипернозогностическим ТОВ были более эмоциональными по сравнению с больными с гипонозогностическим типом ($p < 0,01$), что указывает на большую эмоциональность лиц, фиксированных на своей болезни.

Отмечена корреляционная зависимость показателей гликемии и Hb A_{1c} у больных СД2 от таких свойств личности, как предметная эргичность ($r = 0,38$) и пластичность ($r = 0,35$). Чем выше были темп или скорость реакций, тем ниже показатели гликемии ($r = 0,40$), а чем выше социальный темп, тем ниже показатели Hb A_{1c} ($r = 0,32$).

Выводы

1. Гипернозогностический тип реакции на болезнь с тревожным, ипохондрическим ТОВ чаще наблюдается у лиц с высокой личностной тревожностью, преобладанием процессов торможения, низкой подвижностью нервных процессов, низкой потребностью в деятельности и освоении предметного мира, низким уровнем активности, деятельности, жизненного тонуса и высоким уровнем эмоционального реагирования на ситуацию.

2. Гипонозогностический тип связан с низкой личностной тревожностью, преобладанием процессов возбуждения, высокой подвижностью нервных процессов, высокой потребностью в деятель-

ности и освоении предметного мира, высокой скоростью выполнения операций при осуществлении какой-либо деятельности и низкой эмоциональностью.

3. Выявленные особенности указывают на взаимосвязь психофизиологических характеристик, в частности — психодинамических свойств нервной системы, и формирования ТОВ.

4. При организации помощи больным СД для адекватной компенсации заболевания необходимо учитывать психодинамические особенности пациентов, т. е. преобладания процессов возбуждения или торможения, подвижности нервной системы, уровня потребности в деятельности, скорости ее выполнения, уровня тревожности и эмоционального реагирования, от которых зависит ТОВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л. И. // Психологическая диагностика отношения к болезни. — Л., 1990. — С. 8—16.
2. Данилова Н. Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний. — М., 1992.
3. Дедов И. И., Фадеев В. В. Введение в диабетологию. — М., 1998.
4. Дедов И. И. Обучение больных сахарным диабетом. — М., 1999.
5. Иващенко О. И., Берус А. В., Журавлев А. Б. и др. // Физиол. человека. — 1999. — Т. 25, № 2. — С. 46—55.
6. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. — СПб., 2001.
7. Методические рекомендации для психологической диагностики типов отношения к болезни. — Л., 1987.
8. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.
9. Парцерияк С. А. Стресс, вегетозы, психосоматика. — СПб., 2002.
10. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. — СПб., 2000.
11. Русалов В. М. // Вopr. психол. — 1985. — № 4. — С. 19—33.
12. Стреляя Я. Роль темперамента в психическом развитии. — М., 1982.
13. Циркин В. И., Трухина С. И. Физиологические основы психической деятельности и поведения человека. — М.; Н. Новгород, 2001.

Поступила 06.09.05

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2006

УДК 617.7-02:616.379-008.64]-053.2-089

С. Н. Сахнов, О. Г. Гамзатов, Ю. В. Битюков, А. В. Малафеев, А. В. Муратов, В. Ю. Мирошникова, Т. А. Мова

ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В КРАСНОДАРСКОМ ФИЛИАЛЕ ГУ МНТК "МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА"

Краснодарский филиал ГУ МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С. Н. Федорова, Росздрава

Создание отдела витреоретинальной хирургии "Диабет глаза" и введение ставок врачей-специалистов в структуру анестезиологического отделения увеличило поток больных, поступающих на оперативное лечение, за счет пациентов с СД. Затраты на покупку диагностического оборудования и медикаментов, оплату дополнительных врачебных ставок компенсируются увеличением оперативной активности. Активная лечебно-диагностическая тактика позволяет выявлять СД, проводить предоперационную коррекцию терапии без госпитализации в профильный стационар, сокращая время предоперационной подготовки. Учитывая опыт организации работы с больными СД и большую потребность в офтальмохирургической помощи у данных больных, считаем необходимым дальнейшее развитие эндокринологической службы и создание новых лечебно-хирургических центров данного профиля.

Ключевые слова: офтальмологическая помощь больным сахарным диабетом

The setting up of a vitreoretinal surgery department "Eye Diabetes" and the introduction of the basic rates of medical officers into the structure of an anesthesiological department have increased the flow of patients referred for surgical treatment at the expense of patients with diabetes mellitus (DM). The charges for purchase of diagnostic equipment and medicines, those for additional rates of

medical officers are compensated for by the increased activity. The active treatment-and-prevention tactics allows detection of DM, preoperative correction without hospitalization to a specialized hospital, by reducing the time of preoperative preparation. By taking into account the experience in working with patients with DM and their great need for eye surgical aid, the authors consider it necessary to develop an endocrinological service in future and to set up new medical surgical centers of this specialty.

Key words: ophthalmological aid to patients with diabetes mellitus.

Одной из сложнейших проблем офтальмохирургии является лечение больных сахарным диабетом (СД). При СД тяжелым осложнением является поражение микроциркуляторного русла [1, 4]. Рецидивирующие кровоизлияния в стекловидное тело, образование гиалиновых мембран вызывают тракционные отслойки сетчатки с быстро прогрессирующей необратимой потерей зрения [4]. Зачастую своевременность оказания помощи приобретает решающее значение. Поражение различных органов при СД приводит к нарушению жизненно важных функций организма [1—3]. Отсутствие стационара в Краснодарском филиале (КФ) МНТК "Микрохирургия глаза" ограничивало возможности лечения больных с угрозой нарушения жизненно важных функций, требующих интенсивной терапии или реанимации. Ранее такие больные для коррекции углеводного обмена и лечения сопутствующей патологии направлялись к профильным специалистам. Ограниченный коечный фонд для офтальмохирургических пациентов в стационарах края фактически не давал данным больным возможности получить своевременную помощь.

В последние годы наблюдается быстрый рост заболеваемости СД [2, 3]. На диспансерном учете в Краснодарском крае находится более 95 тыс. больных СД, в том числе СД 1-го типа — 13 850 человек. По данным главного эндокринолога Краснодара, в городе насчитывается 18 478 больных СД, в том числе СД 1-го типа — 2384. Среди больных СД диагноз ретинопатии поставлен 5598 (30%), у 276 больных отмечена полная слепота. В действительности больных СД 2-го типа гораздо больше, так как пациенты обращаются к врачу лишь при появлении поздних сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей, потеря зрения и т. д.) [1, 4]. Лазерное и хирургическое лечение у значительной части больных оказывается малоэффективным из-за поздней диагностики диабетической ретинопатии (ДР).

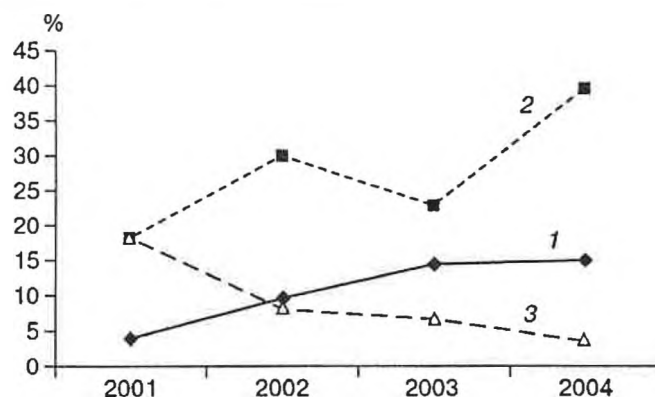
Учитывая социальную значимость профилактики [3] и лечения поражений глаз при СД, в нашем филиале создано новое структурное подразделение — отдел витреоретинальной хирургии "Диабет глаза". В структуру анестезиологического отделения введены должности эндокринолога и кардиолога, создан круглосуточный врачебный пост для оказания интенсивной терапевтической и реанимационной помощи. Благодаря такой реорганизации значительно расширены показания для лечения больных в филиале, появилась возможность проводить интенсивную предоперационную подготовку в условиях пансионата. В настоящее время в КФ МНТК не только оперируют больных с сопутствующим компенсированным СД, но и принимают на предоперационную подготовку и операцию также больных впервые выявленным и даже декомпенсированным СД. В результате широкого ин-

формирования пациентов и врачей Краснодарского края о создании в филиале эндокринологической службы, о положительных результатах комплекса лечебных мероприятий у данных больных резко увеличилась обращаемость пациентов с сопутствующим СД в КФ МНТК (см. рисунок).

На рисунке виден рост доли обращений за помощью больных СД, связанный с созданием эндокринологической службы в КФ МНТК, причем наибольшие темпы роста отмечаются среди самых тяжелых больных с инсулинзависимыми некомпенсированными формами СД. Внедрение в лечебную практику интенсивной предоперационной подготовки позволило значительно снизить количество отмен операций из-за декомпенсации СД (табл. 1).

Из табл. 1 следует, что за 2004 г. офтальмохирургическая помощь была оказана 694 пациентам с декомпенсированным СД, которым ранее пришлось бы ожидать очереди на операцию в многопрофильном стационаре. Эти показатели значительно превышают показатели 2001 г., когда было решено создать отдел витреоретинальной хирургии "Диабет глаза".

В КФ МНТК больным СД проводят операции по поводу осложненной диабетической катаракты (лазерная экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ, фактоэмульсификация, экстракапсулярная экстракция катаракты с ИОЛ и т. д.), вторичной глаукомы (непроникающая глубокая склерэктомия, лазерная гониопластика, лазерная деструкция цилиарного тела и др.). При ДР выполняют лазерную коагуляцию сетчатки в 2—4 этапа. Проводят хирургическое лечение пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДР), осложнившейся гемофтальмом, отслойкой сетчатки, неоваскулярной глаукомой. При отслойке сетчатки и гемофтальме выполняют субтотальную закрытую витрэктомия (СЗВ) с удалением гиалиоидной мембраны с эндо-



Частота СД в общем количестве обращений и диагностика эффективности предоперационной подготовки больных СД.

1 — больные СД среди всех обратившихся, 2 — больные с декомпенсацией СД, 3 — отмена операции из-за декомпенсации СД.

Таблица 1

Структура поступления больных СД в КФ МНТК за 2001—2004 гг.

Тип СД	Все больные СД				Больные с декомпенсированным СД				Число отмены операций из-за декомпенсации СД			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
1-й	127 (1,2)	213 (2,1)	236 (2,2)	460 (3,8)	н. д.	122 (57,3)	145 (61,4)	322 (70)	н. д.	33 (15,5)	28 (11,9)	14 (3,0)
2-й	303 (2,8)	751 (7,3)	1303 (11,9)	1306 (10,9)	н. д.	165 (22,0)	205 (15,7)	372 (28,5)	н. д.	43 (5,7)	70 (5,4)	43 (3,3)
Всего...	430 (4,0)	964 (9,4)	1539 (14,1)	1766 (14,7)	78 (18)	287 (29,8)	350 (22,7)	694 (39,3)	78 (18,1)	76 (7,9)	98 (6,4)	57 (3,2)

Примечание. Здесь и в табл. 2: н. д. — нет данных. В скобках — процент.

Таблица 2

Выявляемость СД среди всех обследованных в КФ МНТК в 2001—2004 гг.

Все обследованные больные				Больные с впервые выявленным СД				Число отмен операций в связи с декомпенсацией сопутствующей соматической патологии			
2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
10 817	10 248	10 930	11 985	н. д.	122 (1,2)	145 (1,3)	246 (2,1)	н. д.	150	98	57

лазеркоагуляцией и тампонадой силиконовым маслом.

Проанализированы истории болезни 212 пациентов (250 оперированных глаз). Среди них было 64% женщин, 46% мужчин, средний возраст больных — 49 лет. Период наблюдения у разных больных составил от 6 мес до 3 лет. Давность заболевания СД от 9 до 22 лет. Больных СД 1-го типа было 124, 2-го типа — 88. Всем пациентам произведена СЗВ с максимальным удалением патологически измененного стекловидного тела, пролифератов, шварт, мембран. При оценке непосредственных итогов комплексного хирургического лечения учитывали как функциональные, так и анатомические результаты. Положительным результатом считали восстановление прозрачности витреальной полости, ликвидацию или уменьшение неоваскуляризации ДЗН, сетчатки, тракционной отслойки. Лучшие результаты получены у больных с ранней стадией ПДР. Улучшение зрительных функций отмечено у большинства пациентов. Менее значительные результаты получены у больных с развитой стадией ПДР. Наиболее серьезные осложнения, ведущие к слепоте, в основном возникают в первые 5—6 мес после операции среди пациентов с запущенной формой заболевания. В раннем послеоперационном периоде острота зрения увеличилась у 96 (38,4%) человек, в отдаленном — у 126 (50,4%). Прекращение роста пролиферативной ткани в ранних стадиях ПДР отмечено в подавляющем большинстве случаев. Стабильность зрительных функций в послеоперационном периоде зависит от степени компенсации углеводного обмена и устойчивости АД в этом периоде. При поддержании уровня гликемии натошак до 7 ммоль/л и в течение дня до 10 ммоль/л, уровня гликированного Hb A_{1c} не более 8% наблюдали наилучшие результаты хирургического лечения. При неудовлетворительной компенсации углеводного обмена и некомпенсированной артериальной гипертензии в послеоперацион-

ном периоде зрительные функции были нестабильны.

Следует также отметить профилактическую направленность работы эндокринологической службы КФ МНТК (табл. 2).

Ежемесячно на приеме впервые выявляется более 20 больных с СД (от 1,2% общего потока пациентов в 2002 г. до 2,1% в 2004 г.). Многие больные в КФ МНТК впервые в жизни получают информацию в рамках "школы больного СД".

Больные СД с запущенными формами болезни (тяжелым поражением сердечно-сосудистой системы, почек, головного мозга), не поддающимися быстрой коррекции, были направлены на лечение в эндокринологические и кардиологические стационары, после которого большинство этих больных благополучно прооперированы в КФ МНТК. Совместная работа врачей-специалистов (эндокринолога, кардиолога) и службы интенсивного наблюдения позволила снизить количество отмен операций из-за декомпенсации нарушений сердечно-сосудистой системы на фоне СД. Так, в 2002 г. по этой причине отменили 129 (1,26% от общего потока), в 2004 г. — 139 (1,16% от общего потока) операций.

Несмотря на тенденцию к нарастанию потока больных СД, количество ежемесячно поступающих пациентов в среднем составляет примерно 120, максимально — 180 человек, что связано с реальными возможностями нашего филиала по лечению больных СД, которые нуждаются в сложных оперативных вмешательствах и не менее сложном послеоперационном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М. И. Сахарный диабет. — М., 1994.
2. Балаболкин М. И. Эндокринология. — М., 1998.
3. Лавина Н. Эндокринология. — М., 1999.

Поступила 01.08.05