

Материалы и методы: в исследование были включены 16 пациентов, больных СД 2 типа в стадии декомпенсации. Был проведен сбор анамнеза по заранее сформированным, специализированным анкетам. Кроме этого, всем пациентам проведены такие исследования, как, визометрия, биомикроскопия переднего отрезка глаза и офтальмоскопия.

Результаты: по данным анкетирования, стаж СД: менее 1 года (6,25%), 1–4 года (25%), 5–10 лет (37,5%), 11–15 лет (18,75%), более 26 лет (6,25%) и 1 случай впервые выявленного СД2 типа (6,25%). 9 пациентов (56,25%) были осмотрены офтальмологом впервые. Жалобы: снижение остроты зрения (ОЗ) (43,75%), снижение ОЗ и нечеткость изображения (18,75%), мелькание «мушек» (ММ) и резкие приступы затуманивания зрения (18,75%), ММ (6,25%), ММ и диплопия (6,25%). Появление признаков изменения органа зрения, как следствие СД, в 56,25% случаев (1 группа), согласно опросу: 25% случаев при стаже СД 5–10 лет, реже в остальных случаях. Диабетических офтальмологических осложнений не выявлено (ДОО) у 43,75% (2 группа). ДР выявлена у пациентов первой группы в 55,56%, при течении СД в среднем $5,5 \pm 3,03$ лет от начала заболевания. Осложнённая катаракта обнаружена у 77,78% пациентов в сроки, в среднем $8 \pm 4,47$ лет от момента диагностирования и начала лечения СД, и, причем, носила лишь частичный характер.

Выводы: По данным анкетирования, офтальмологические осложнения органа зрения достоверно чаще выявлялись при более длительном течении СД 2 типа, в среднем на сроке $6,75 \pm 1,17$ лет от начала заболевания и проявлялись преимущественно в виде осложненной, частичной катаракты и непролиферативной ретинопатии.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия / И. Дедов. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 344 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРОДУКЦИИ И СТАБИЛЬНОСТИ СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Кудрявцева П.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бржеский В.В., ассистент Баранов А.Ю.
Кафедра офтальмологии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: в настоящее время, в связи с быстрым развитием технологий и широким внедрением гаджетов в повседневную жизнь, в том числе и среди лиц детского и подросткового возраста, большую значимость приобретает вопрос стабильности прероговичной слезной пленки [2].

Цель исследования: определить взаимосвязь основных диагностических параметров продукции и стабильности слезной пленки у детей разного возраста.

Материалы и методы: параметры продукции и стабильности слезной пленки, определялись при помощи проб Норна, Ширмера, Джонса и методом ОКТ-менискометрии [1].

Результаты: было обследовано 2 группы пациентов в возрасте от 7 до 10 лет и от 14 до 17 лет без патологии вспомогательного аппарата и переднего отрезка глаза. Выявлено, что у детей в возрасте 7–10 лет время разрыва прероговичной слезной пленки составляет $15,6 \pm 0,8$ с, у детей в возрасте 14–17 лет отмечено повышение данного показателя до $21,1 \pm 2,0$ с. При этом диагностические полоски для теста Ширмера у обеих групп за 5 минут смачивались в диапазоне 19–28 мм; При проведении пробы Джонса разность результатов в меньшую сторону составила 5 ± 1 мм. Высота слезного мениска у всех испытуемых колеблется в интервале 217–490 мкм, что соответствует норме и аналогично таковым показателям у взрослых.

Выводы: анализ полученных результатов демонстрирует, что показатели слезопродукции зависят от возраста, (чем младше ребенок, тем ниже показатель слезопродукции) и диагностические параметры взаимосвязаны друг с другом (при максимально смоченной тест-полоски Ширмера — 25 мм, наибольшая высота слезного мениска — 490 мкм и наоборот, при промокании тест-полоски на 20мм высота слезного мениска составляет — 218 мкм).

Литература

1. Бржеский В.В., Егорова Г.Б., Егоров Е.А. Синдром Сухого Глаза // ГЭОТАР-Медиа. 2016. С. 153–176.
2. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Диагностика и лечение больных с синдромом сухого глаза // СПб., 2005. С. 25–41.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ И СЛЕЗОПРОДУКЦИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Пономарева Д.М., Бабенко К.С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Ефимова Е.Л.

Кафедра офтальмологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: повышенная концентрация глюкозы в крови считается фактором риска развития офтальмологических заболеваний. Высокая распространенность сахарного диабета 1 типа (СД I) среди детей и подростков обуславливает актуальность проблемы профилактики, ранней диагностики и лечения осложнений сахарного диабета [2].

Цель исследования: выявить наличие патологических изменений глазной поверхности, нарушений чувствительности роговицы и слезопродукции, оценить их зависимость от степени компенсации и наличия сопутствующих осложнений СД.

Материалы и методы: обследовано 29 детей (58 глаз) с СД I. Пациенты разделены на группы в зависимости от степени компенсации СД и наличия сопутствующих осложнений. Всем пациентам проведены пробы Ширмера и Норна, биомикроскопия роговицы и конъюнктивы после окрашивания, исследована чувствительность роговицы эстезиометром [1].

Результаты: показатели эстезиометрии у детей с осложнениями СД были несколько меньше, чем без таковых ($4,93 \pm 0,09$ и $5,06 \pm 0,11$ соответственно), наиболее низкие результаты ($4,73 \pm 0,10$) у пациентов с хорошо компенсированным СД I.

Снижение стабильности слезной пленки выявлено на 25 глазах (43%), из них 21 (84%) из групп с хорошо и достаточно хорошо компенсированным СД I.

У половины пациентов показатели пробы Ширмера I были >35 мм, снижение выявлено на 13 глазах (22,4%). Повышение слезопродукции отмечалось в 58,3% случаев у пациентов с частично компенсированным СД, в 55% случаев СД I с осложнениями, а снижение при хорошо и достаточно хорошо компенсированном СД I, частота при СД I с осложнениями и без была практически одинаковой (22,2% и 22,5% соответственно).

Прокрашивание роговицы раствором флюоресцеина отмечалось на 11 глазах (19,1%), прокрашивание конъюнктивы лиссаминовым зеленым на 24 (41,4%), чаще в ее назальной части. Прокрашивание роговицы и конъюнктивы чаще наблюдалось при наличии осложнений СД I.

Выводы: 1. Чувствительность роговицы у пациентов при наличии или отсутствии осложнений СД I отличается незначительно и не зависит от степени компенсации СД. 2. Практически у половины пациентов (43%) отмечается снижение стабильности слезной пленки, которая так же не зависит от степени компенсации СД. 3. Выявлена зависимость слезопродукции от степени компенсации и наличия осложнений СД I, чем менее компенсирован и при наличии осложнений СД, тем выше слезопродукция и наоборот. 4. Прокрашивание глазной поверхности интенсивней у пациентов при наличии осложнений и при частично компенсированном СД I.

Литература

1. Бржеский В.В., Егорова Г.Б., Егоров Е.А. Синдром «сухого глаза» и заболевания глазной поверхности: клиника, диагностика, лечение. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2016–153 с.
2. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей эндокринными заболеваниями / Под ред. И.И. Дедова и В.А. Петерковой. М.: Практика, 2014. 442 с.