

УДК 616.89-008.454-06:617.735-002:616.379-008.64

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ

И.С. Степанова

КазНИИ ГБ, г. Алматы

Ключевые слова: депрессия, диабетическая ретинопатия, факторы риска.

Актуальность. В профилактике развития диабетической ретинопатии (ДР) и ее лечении немаловажную роль играет выполнение пациентом рекомендаций врача, что зависит от особенностей психологического состояния больного [1, 2].

Согласно эпидемиологическим и клиническим исследованиям среди больных, обращающихся к эндокринологам и врачам общего профиля, растет количество лиц с депрессивными состояниями, что можно объяснить изменившимися социально-психологическими условиями жизни общества и изменением патоморфоза как соматических, так и психических заболеваний [3, 4, 5]. При этом депрессия – это одна из наиболее часто встречающихся форм психической патологии, составляющая 32,5% среди больных сахарным диабетом (СД), характеризующаяся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой самого себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего [6].

С учетом генеза депрессивные расстройства подразделяются на эндогенные, соматогенные (симптоматические) и психогенные, в том числе ятрогенные, нозогенные (реакция на болезнь) формы. В патогенезе депрессий имеют значение нейробиологические (генетические, нарушение метаболизма биогенных аминов), психосоциальные (стресс),

конституциональные (определенный тип личности) и другие факторы [7].

Тяжесть состояния пациентов, пребывающих в депрессии, определяется не только медицинскими, но и социальными критериями, а именно: снижением или потерей трудоспособности и ухудшением качества жизни. Всё это влечет за собой серьезный экономический ущерб [8].

Как показывают исследования, проведенные Г.Р. Галстян (1993), больные СД жалуются на то, что их не выслушивают, а одной из причин, по которой больной не придает серьезного значения своему заболеванию, является отсутствие адекватной оценки тяжести своего состояния. Депрессивные состояния часто могут распознаваться лишь при длительном наблюдении. В среднем от момента обращения больного СД к врачу общей практики до выявления депрессивного расстройства проходит 4-10 лет [9].

Целью работы явилось изучение роли депрессивных состояний в развитии диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом.

Материал и методы

164 больным СД проведено скрининг-обследование с анкетированием для определения психо-эмоционального состояния.

Депрессивные расстройства выявляли при целенаправленном распросе и с помощью диагностических тестов (шкала HADS, опросник Цунга).

Офтальмологическое обследование включало визометрию, тонометрию, биомикроскопию, прямую офтальмоскопию с широким зрачком.

Собственные данные

СД на момент осмотра установлен впервые у 26 больных (15,8%). Диабетическая ретинопатия диагностирована у 35 (21,4%), в том числе НПДР – у 6 (17,2%), ППДР – у 28 (79,95%), ПДР – у 1 (2,85%). ДР сочеталась с осложненной катарактой у 7 (20,0%) больных. У 36 (21,9%) из 164 больных с длительностью сахарного диабета от одного года до четырех лет патологии на глазном дне выявлено не было.

Результаты проведенного анкетирования по шка-

ле тревоги и депрессии (HADS) и оценочной шкале Монгомери-Асберга показали, что депрессивные состояния выявлены у 35 (21,3 %) СД, в том числе у 10 - с диабетической ретинопатией, что составляет 28,6% от всех больных с ДР.

Среди больных с депрессивными расстройствами преобладали жители города (68,0%), женщины (91,0%), больные в возрасте старше 60 лет (77,0%).

Депрессивные состояния, выявленные у больных, носили в 68,1% психогенный и в 27,2% - соматогенный характер, в 4,7% установлено наличие эндогенной депрессивной фазы.

Среди больных сахарным диабетом с депрессией преобладали больные со средне-тяжелой формой заболевания (48,6%).

Легкая степень депрессии, характеризующаяся расстройствами сна, постоянным ощущением внутреннего напряжения, временами переходящего в приступы тревоги, отдаленно напоминающие панические атаки, имела место у больных с впервые выявленным (3 пациента) или с легким течением (5 пациентов) сахарного диабета. При средней степени СД (17 пациентов) наблюдались депрессии средней тяжести с ощущением тяжести на душе, идеями физической ущербности, связанной со снижением уровня социального функционирования, обусловленного соматической патологией.

У всех больных ДР независимо от тяжести общего заболевания и диабетической ретинопатии имела место наиболее тяжелая апатическая и адинамическая форма депрессии, которая проявлялась безинициативностью, вялостью, отсутствием желаний и побуждений. Наличие тяжелой формы депрессии у данной категории больных можно объяснить их

дезадаптацией на фоне постоянного ожидания снижения зрения.

Проведенные исследования уровня сахара в крови у больных с депрессивным состоянием и ДР показали, что у данной категории больных средний показатель сахара в крови превышал показатели больных ДР без депрессивных нарушений в 1,3 раза ($15,67 \pm 0,54$ ммоль/л и $12,4 \pm 0,26$ ммоль/л соответственно). Детальный анализ позволил установить, что у всех больных ДР с депрессивными состояниями отсутствовали мотивации к строгому соблюдению диеты и своевременному приему сахароснижающих препаратов.

Вывод. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что депрессивные расстройства, встречающиеся у 28,6% больных диабетической ретинопатией, способствуют снижению уровня мотивации, строгому соблюдению диеты и своевременному приему сахароснижающих препаратов, что может быть объяснено дезадаптацией больных ДР на фоне снижения зрения. Своевременное выявление и лечение депрессивных расстройств при сахарном диабете может служить профилактикой возникновения и развития осложнений данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Маркин С.П. Поражения нервной системы при сахарном диабете // Методические рекомендации.- Москва, 2007.- 41 с.
- 2 Батыршина А.Ф., Валиуллина З.Н., Исхаков Э.Р., Галимов Р.Н. Стратегия лечения органа зрения у пациентов с соматическими заболеваниями в зависимости от психологического статуса // Вестник офтальмологии.- 2008. - № 6.-С.41-43.
- 3 Чуркин А.А., Михайлов В.И., Касимова Л.Н. Психическое здоровье городского населения.- Хабаровск: Медицина.- 2000. -167 с.
- 4 Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders // Bull. WHO. - 2000. - Vol. 78, № 4. - P. 413-426.
- 5 Вдовин Р.Я., Аксенова Л.И., Кюне Г.Е. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) // Фармакотерапевтические основы реабилитации психических больных. - М.: Медицина, 1989.-С. 151-181.
- 6 Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы общей тревоги в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал.- 2004.-№ 22.-С. 1277-1283.

7 Вертоградова О.П. Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех. - 1997.- № 2:4. - С. 10-12.

8 Ромасенко Л.В. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике //Терапевтический архив. -2006. - Т.78.- № 10. - С. 5 -8.

9 Галстян Г.Р. Оценка эффективности программы лечения и обучения для больных инсулинзависимым сахарным диабетом: клинические, метаболические и медико-социальные аспекты: дисс. ...канд. мед. наук.-Москва, 1993.-163 с.

РЕЗЮМЕ

Депрессивные расстройства усугубляют течение основного заболевания и приводят к развитию диабетической ретинопатии. Больные сахарным диабетом относятся к группе риска по развитию депрессии, что позволяет рекомендовать включение в комплекс обследования и лечения данной категории больных консультацию психотерапевта.

УДК 617.7-08

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ

Т.К. Ботабекова, Н.А. Алдашева, Н.Б. Сабырбаев,
А.М. Ауэзова, А.С. Мукажанова

Ключевые слова: неоваскуляризация радужной оболочки, ингибитор ангиогенеза.

Актуальность. Ряд экспериментальных и клинических исследований последних лет выявили кардинальную роль эндотелиального сосудистого фактора роста (VEGF) в процессе ангиогенеза в норме и при патологии. Т. Тобе с соавт. выявили, что интраокулярное введение VEGF экспериментальным животным вызывает рост новообразованных сосудов сетчатки, рубец радужки и возникновение вторичной неоваскулярной глаукомы. В связи с этим вещества, обладающие ингибирующим действием по отношению к VEGF, выглядят очень многообещающими для лечения патологических состояний, сопровождающихся неоваскуляризацией. Благодаря развитию генной инженерии стало возможным создание препаратов, действующих как

ингибиторы эндотелиального сосудистого фактора роста. Интравитреальные инъекции ингибиторов VEGF позволяют доставлять препарат к месту его непосредственного воздействия. Первыми в медицинской практике их применили онкологи, а в последнее время они находят все большее применение при глазной патологии. Первым препаратом, разрешенным FDA для интравитреального введения, стал пегаптаниб (Macugen). Препарат бевацизумаб (Avastin) одобрен FDA для внутривенного введения при метастатическом колоректальном раке и не предназначен для внутриглазного введения. В ноябре 2009 г. в научной литературе широко обсуждались случаи стерильного эндофтальмита, связанного с применением бевацизумаба вне показаний, тем не менее, интравитреальные инъекции бевацизумаба проводятся некоторыми офтальмологами off-label («не по показаниям»).

Анти-VEGF препарат - ранибизумаб (Lucentis), был создан непосредственно для лечения экссудативной формы ВМД и в настоящее время, по мнению отдельных авторов, рассматривается как «золотой стандарт» для лечения субретинальной неоваскуляризации.