

Диабетическая ретинопатия: грозное осложнение, которое можно эффективно лечить

Сахарный диабет (СД) является междисциплинарной проблемой, требующей объединения усилий врачей разных специальностей, ведь в организме человека нет органов и тканей, которые не страдали бы вследствие хронической гипергликемии и вторичных нарушений всех видов обмена. Поражается и орган зрения. Диабетическая ретинопатия (ДР) – одно из самых дезадаптирующих микрососудистых осложнений СД, поскольку при отсутствии специализированной помощи приводит к полной потере зрения. О современных возможностях диагностики и лечения этого состояния рассказывает руководитель Научно-практического центра лазерных методов лечения глаза Киевской городской клинической больницы «Центр микрохирургии глаза», кандидат медицинских наук Святослав Анатольевич Сук.

– Чем обусловлена актуальность проблемы ДР, ведь это не единственное офтальмологическое осложнение диабета?



– Действительно, при СД 1 и 2 типа могут поражаться все отделы органа зрения – от конъюнктивы до сетчатки. На фоне заболевания снижается как общий, так и местный иммунитет, вследствие чего повышается риск развития инфекционных осложнений – блефарита, блефароконъюнктивита, кератита, увеита, неврита зрительного нерва.

К диабетическим поражениям переднего отрезка глаза относится также осложненная катаракта, которая сама по себе становится причиной нарушения зрения. Сосудистые осложнения со стороны заднего отрезка глаза включают предмет нашего разговора – ДР и неоваскулярную глаукому, а к нейротрофическим относятся атрофия зрительного нерва и парезы глазодвигательных нервов. Большинство из вышеперечисленных состояний хотя и доставляют беспокойство пациентам, но не представляют реальной угрозы для функции зрения. Инфекционные осложнения носят преходящий характер и эффективно устраняются антибактериальными препаратами, а катаракта хорошо поддается оперативному лечению. Главной причиной инвалидизации больных является ДР – прогрессирующее микрососудистое осложнение СД, приводящее к гибели сетчатки и стойкой и необратимой слепоте. Гибель светочувствительного слоя необратима, и об этом следует помнить.

– Какие факторы риска ДР имеют наибольшее клиническое значение?

– Главный фактор риска развития ДР – это длительность основного заболевания. У пациентов с впервые диагностированным СД 1 типа ДР практически не обнаруживается; через 5 лет это осложнение выявляется у 8% пациентов, а при 30-летнем стаже СД – у 98%. На момент диагностики СД 2 типа ДР выявляется с частотой 20-40%, а среди пациентов с 15-летним стажем – 85%.

Второй важнейший фактор – плохая компенсация гипергликемии. Она часто наблюдается на фоне беременности у женщин с СД. Ускоряют развитие и прогрессирование ДР артериальная гипертензия, тяжелая диабетическая болезнь почек (которая является очень частым осложнением декомпенсированного СД), ожирение, гиперлипидемия, анемия. Известна и генетическая предрасположенность к развитию СД и его осложнений.

– Что должны знать клиницисты о патогенезе ДР?

– Патогенез ДР связан с окклюзией микрососудистого русла сетчатки вследствие целого ряда патологических реакций, вызванных нарушением углеводного, липидного, белкового и других видов обмена при СД. Можно выделить два основных фактора окклюзии: изменения в самих капиллярах (потеря опорных элементов сосудистой стенки, ее истончение, порозность), а также изменения реологических

свойств крови в сторону гиперкоагуляции. Нарушение перфузии ретинальных капилляров приводит к ишемии сетчатки, в результате которой развиваются два компенсаторных явления: артерио-венозное шунтирование крови и неоваскуляризация, то есть образование в сетчатке новообразованных сосудов. Неоангиогенез запускается сосудообразующими факторами, которые клетки сетчатки начинают выделять в ответ на ишемию. При этом новые сосуды являются неполноценными, их стенка практически лишена опорных структур и легко пропускает плазму крови в ткань сетчатки, что приводит к ее отеку. Кроме того, неполноценная сосудистая стенка может выпячиваться в виде микроаневризм, которые легко тромбируются и могут разрываться с развитием интравитреальных кровоизлияний, что усугубляет поражение светочувствительного слоя.

– Как классифицируется ДР?

– Основой любой клинической классификации является выделение стадий патологического процесса. ДР также имеет свою стадийность.

По классификации ВОЗ (1999) патологический процесс при ДР проходит три стадии:

- непролиферативная;
- препролиферативная;
- пролиферативная.

Принципиально важно различать непролиферативную и пролиферативную стадию по критерию наличия неоваскуляризации. Именно в пролиферативной стадии наряду с отечными явлениями и интравитреальными геморагиями может развиваться гемофтальм (кровоизлияние в полость стекловидного тела) и начинаются фиброзные, рубцовые изменения глазного яблока, которые в конечном итоге приводят к отслойке сетчатки – непосредственной причине наступления слепоты. В зависимости от преобладающих патоморфологических изменений сетчатки выделяют также формы ДР: экссудативную, геморрагическую, неоваскулярную, глиозную.

– Какие методы диагностики необходимо использовать, чтобы выявить ДР на ранних стадиях?

– Адекватная офтальмологическая диагностика пациентов с СД – трудоемкий процесс, требующий от специалиста высокого уровня знаний и профессионализма, а от лечебного учреждения – хорошей технической оснащенности. Оценить состояние глазного дна в полном объеме позволяет совокупное применение ряда методов: от рутинной офтальмоскопии и биоофтальмоскопии до высокотехнологичной ангиографии сосудов сетчатки и оптической когерентной томографии. Все необходимое оборудование для полного обследования есть только в нашем Центре микрохирургии глаза и Институте глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова АМН Украины (г. Одесса). Следует отметить, что данные учреждения в Украине являются ведущими в области оказания помощи пациентам с ДР.

Задачей же первичного звена здравоохранения является диагностический скрининг ДР в группах риска. Каждый врач, имеющий дело с больными СД, должен взять на себя часть нагрузки по раннему

выявлению ДР и направлению пациентов к специалистам-офтальмологам, которые, в свою очередь, при наличии показаний обязаны своевременно направлять больных в упомянутые специализированные учреждения для проведения адекватного лечения.

Офтальмологам следует помнить о том, что при ДР существует несоответствие между состоянием зрительных функций и объективным состоянием сетчатки. Коварство данного осложнения диабета состоит в том, что в течение длительного времени острота зрения остается достаточно высокой на фоне стремительного прогрессирования изменений на глазном дне. В большинстве случаев момент полной декомпенсации процесса на заднем отрезке глаза с развитием гемофтальма, тракционных изменений и отслойки сетчатки наступает резко, и в течение нескольких недель человек теряет зрение. В связи с этим качественное скрининговое обследование всех пациентов с СД приобретает важнейшее значение.

– Как и кем должен осуществляться скрининг?

– Офтальмолог (желательно узкий специалист по сетчатке – ретинолог) должен осмотреть больного непосредственно после постановки диагноза СД, а в дальнейшем проводить динамическое наблюдение. Основным скрининговым методом, позволяющим выявить ДР, – прямая офтальмоскопия с фотографированием сетчатки. Если при первичном осмотре признаки ДР не выявлены, то повторные визиты к специалисту должны осуществляться не реже 1 раза в год, даже при отсутствии каких-либо жалоб, касающихся органа зрения, что необходимо отдельно разъяснить пациенту. При выявлении признаков ДР непролиферативной стадии осмотра учащаются и проводятся 2 раза в год. В случае развития препролиферативных изменений, которые требуют проведения профилактического лечения, осмотры должны повторяться через 3-4 мес, а при развитии пролиферативной ДР или отека макулярной области сетчатки (диабетическая макулопатия как частный случай ДР и одна из причин нарушения зрения) офтальмолог должен осматривать пациента не реже чем каждые 2-3 мес. Такой целенаправленный скрининг позволяет сохранить зрение больным СД.

Необходимо, чтобы врачи разных специальностей, занимающиеся лечением больных СД, лучше информировали друг друга и своих пациентов о выявленных осложнениях заболевания и угрозах, которые они несут. В нашей стране диагноз СД устанавливают эндокринологи, но далеко не все они сообщают пациентам о возможных осложнениях со стороны органа зрения и назначают консультацию офтальмолога. Нередко офтальмологи первыми выявляют СД по признакам ДР и направляют пациентов к эндокринологам. Но это – не норма, а следствие существующих организационных пробелов в системе здравоохранения.

– Как можно помочь тем пациентам, у которых ДР выявлена вовремя?

– Современные лазерные технологии позволяют проводить эффективную профилактику слепоты и слабосидения при

диабете. По мнению экспертов ВОЗ, панретинальная лазерная коагуляция (ПЛК) является золотым стандартом лечения ДР, а все консервативные методы профилактики и терапии носят вспомогательный характер. Механизмы действия лазерного излучения многогранны, но общий принцип ПЛК состоит в выключении из патологического процесса зон ретинальной ишемии при воздействии лазером по всей площади поверхности сетчатки. Как отмечалось выше, именно участки ишемии продуцируют вазопродлиферативные факторы, которые стимулируют неоваскуляризацию сетчатки, то есть основной патологический процесс при ДР. Цели лазерного лечения – полный или частичный регресс неоваскуляризации, прекращение или замедление прогрессирования ДР, стабилизация функции зрения. Чем раньше начато лечение, тем выше вероятность достижения максимальных результатов. При своевременно выполненной ПЛК в среднем у 70% больных удается достичь стабилизации пролиферативного процесса как по структурным, так и по функциональным критериям. В случае проведения лазерной коагуляции в непролиферативной стадии ДР эффективность составляет до 85%, если же помощь оказывается в пролиферативной стадии, шансы на успех снижаются до 50-60%. В терминальных стадиях ДР при наличии тракционно-фиброзных процессов с отслойкой сетчатки и гемофтальмом лазерное лечение не показано. В попытке сохранить остатки зрения и предотвратить вторичные осложнения (развитие неоваскулярной глаукомы) проводятся достаточно сложные витреоретинальные вмешательства.

Адекватное медикаментозное лечение играет хотя и не главную, но значимую роль при оказании помощи пациентам с ДР. Особо следует подчеркнуть значение некоторых эссенциальных нутриентов, в частности омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК), которые являются необходимым компонентом пищевого рациона человека, а спектр их полезных эффектов весьма широк. Хорошо известна способность омега-3 ПНЖК снижать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, а в контексте профилактики и лечения офтальмологических осложнений СД выделяют следующие положительные свойства этих субстанций:

- ингибирование ангиогенеза;
- снижение риска тромбоза за счет умеренного антикоагулянтного действия;
- противовоспалительный эффект (посредством подавления простагландинов);
- замедление прогрессирования атеросклероза.

Исходя из патогенеза ДР, можно понять, как эти эффекты помогают блокировать отдельные факторы развития и прогрессирования микроангиопатии.

Источником суточной дозы омега-3 ПНЖК является новый продукт компании Bausch & Lomb – Окювайт Рети-НАТ. Одна таблетка Окювайт Рети-НАТ форте содержит две физиологически активные омега-3 ПНЖК – 420 мг докозагексаеновой кислоты и 120 мг эйкозапентаеновой кислоты. Препарат вышел на рынок сравнительно недавно, но мы уже имеем клинический опыт его применения с хорошими результатами.

В последние годы широкое применение в лечении заболеваний глазного дна, сопровождающихся пролиферативным процессом, нашли и специфические ингибиторы ангиогенеза (ингибиторы фактора роста эндотелия сосудов – VEGF): бевацизумаб, ранибизумаб, пегаптаниб натрия.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что медикаментозное лечение является вспомогательным компонентом ведения пациентов с ДР, а клинический прогноз всецело зависит от своевременной диагностики и применения лазерных методик.

Подготовил Дмитрий Молчанов

