

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

**Аленникова П. С.**

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Качан Т. В.**

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
Кафедра глазных болезней*

**Резюме.** Для успешного лечения диабетической ретинопатии необходимо использование как панретикулярная лазерная коагуляция, так и ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов и кортикостероидов.

**Resume.** For the successful treatment of diabetic retinopathy it is necessary to use panretinal laser coagulation, inhibitors of vascular endothelial growth factors and corticosteroids

**Ключевые слова:** диабетическая ретинопатия, стадии, лечение

**Актуальность.** Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), общее количество больных сахарным диабетом в мире в настоящее время превышает 347 млн человек, а каждые 12-15 лет удваивается. Диабетическая ретинопатия является одним из наиболее распространенных поздних осложнений сахарного диабета и наиболее распространенной причиной слепоты среди населения развитых стран. В данное время она вышла на первое место в ряду причин слепоты и слабовидения среди лиц работоспособного возраста (10-20% всех случаев нетрудоспособности).

**Цель:** Определить пути повышения эффективности лечения диабетической ретинопатии

**Задачи:**

1. Выявить диагностические критерии каждой стадии диабетической ретинопатии.
2. Определить подходы к лечению диабетической ретинопатии в зависимости от стадии заболевания.
3. Оценить эффективность проводимого лечения.

**Материалы и методы.** В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ данных оптической когерентной томографии и фоторегистрации глазного дна у 31 пациента (62 глаза) с диабетической ретинопатией. Средний возраст пациентов 61,4 года. Исследование проводилось с помощью аппаратов: оптический когерентный томограф Carl Zeiss Meditec OCT Model 3000, фундускамера Carl Zeiss Meditec VISUCAM 500. Пациентам проводилась панретикулярная лазерная коагуляция (ПРЛК) и терапия ингибиторами фактора роста эндотелия сосудов (антиФРЭС-препараты), при диабетическом макулярном отёке (ДМО) дополнительно применялись кортикостероиды субтеноновый дипроспан (СТД).

**Результаты и их обсуждение.** Непролиферативная диабетическая ретинопатия была выявлена в 37 глазах (59,4% случаев), из них 34 глаза с диабетическим макулярным отёком. Пропролиферативная диабетическая ретинопатия диагностирована в 25 глазах (40,6% случаев), из них 22 глаза с диабетическим макулярным отёком.

Определены диагностические критерии каждой стадии диабетической ретинопатии. Критерии непролиферативной диабетической ретинопатии:

1. Вазкулярная фаза характеризуется наличием диффузного расширения вен, микроаневризм, микрогеморрагий.

2. Экссудативная ваза характеризуется наличием твердых и ватообразных экссудатов, частым вовлечением в процесс макулярной зоны.

3. Геморрагическая или экссудативно-геморрагическая фаза характеризуется доминированием в клинической картине глазного дна геморрагических проявлений.

Диабетический макулярный отёк может встречаться уже при непролиферативной диабетической ретинопатии.

Критерии пролиферативной диабетической ретинопатии:

- 1) неоваскуляризация,
- 2) глиоз I, II, III, IV степени,
- 3) тракционная отслойка сетчатки.

Проводимое лечение при непролиферативной диабетической ретинопатии с диабетическим макулярным отёком: в 47% случаев (16 глаз) проводилась комбинированная терапия (ПРЛК+СТД+ антиФРЭС-препарат), уменьшение отека составило 134,6 мкм; в 18% случаев (6 глаз) сочетанная терапия (СТД+ антиФРЭС-препарат), уменьшение отёка составило 25,4 мкм; в 18% случаев (6 глаз) комбинированная терапия без применения антиФРЭС-препарата, наблюдалось увеличение отёка на 152,7 мкм; в 9% случаев (3 глаза) комбинированная терапия (ПРЛК+ антиФРЭС-препарат), отёк уменьшился на 35,6 мкм; в 6% случаев монотерапия (ПРЛК), увеличение отёка составило 68 мкм; в 3% случаев (1 глаз) монотерапия (антиФРЭС-препарат), отёк увеличился на 124 мкм.

Проводимое лечение при пролиферативной диабетической ретинопатии с диабетическим макулярным отёком: в 40,9% случаев (9 глаз) проводилась комбинированная терапия (ПРЛК+СТД+ антиФРЭС-препарат), уменьшение отека составило 21,1 мкм; в 22,7% случаев (5 глаз) комбинированная терапия (ПРЛК+ антиФРЭС-препарат), отёк уменьшился на 13,4 мкм; в 18,2% случаев (4 глаза) сочетанная терапия (СТД+ антиФРЭС-препарат), уменьшение отёка составило 14,3 мкм; в 4,6% случаев монотерапия (ПРЛК), увеличение отёка составило 12 мкм; монотерапия (антиФРЭС-препарат) не проводилась.

#### **Выводы:**

1 Для определения вида и степени диабетической ретинопатии оптимальным является совместное использование фоторегистрации глазного дна и оптической когерентной томографии.

2 Диабетический макулярный отёк при непролиферативной диабетической ретинопатии встречается в 91,9% случаев, при пролиферативной диабетической ретинопатии в 88% случаев.

3 Оптимальным способом лечения непролиферативной диабетической ретинопатии с диабетическим макулярным отёком и пролиферативной диабетической ретинопатии с диабетическим макулярным отёком -комбинированный (антиФРЭС-препарат, субтеноновый дипроспан, панретиальная лазерная коагуляция).

### **Литература**

1. Медведев И.Б. Диабетическая ретинопатия и ее осложнения: руководство / И. Б. Медведев, В. Ю. Евграфов, Ю. Е. Батманов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 288 с.
2. Кански Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Пер. с английского/ Д. Кански. – М.: Логосфера, 2006. – 744 с.