

Булыка Е.И., Василевская Е.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЫ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ И ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Научный руководитель: ст. преп. Терешенко О.В.

Кафедра глазных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Диабетическая ретинопатия (ДР) является наиболее распространенным микрососудистым осложнением диабета и наиболее частой причиной потери зрения у трудоспособного населения развитых стран. Пожилые люди, люди с плохим контролем диабета, гипертонией и дислипидемией подвергаются наибольшему риску. Диабетический макулярный отек, который может возникнуть на любой стадии диабетической ретинопатии, связан с повышенной проницаемостью сосудов и разрушением гематоретинального барьера, отчасти связанным с повышенным уровнем фактора роста эндотелия сосудов. Около 1–3 % людей с диабетом страдают потерей зрения из-за диабетического макулярного отека.

Цель: проанализировать тактику лечения пациентов с ДР и установить наиболее эффективный метод.

Материалы и методы. Проводилось ретроспективное выборочное исследование данных пациентов с диабетической ретинопатией на базе УЗ «3 ГКБ» г. Минска. 38 пациентов (10 мужчин и 14 женщин) с СД 1 (5 пациентов) и 2 типа были разделены на две группы: с тяжёлой формой непролиферативной ДР и пролиферативной ДР. Диагностика проводилась с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ), оценки средней максимально скорректированной остроты зрения.

Результаты и их обсуждение. Проллиферативная ДР была обнаружена у 27 глаз, ДМО развился у 16 (59,2%) из них. С тяжёлой формой непролиферативной ДР диагностировали 19 глаз, ДМО развился у 6 (31,6%) из них.

Пациентам с тяжёлой формой непролиферативной ДР (в том числе с ДМО) в 42,1% случаев (8 глаз) проводилась комбинированная терапия (ПРЛК, anti-VEGF терапия, СТК), средняя МКОЗ (максимально скорректированная острота зрения) в данной группе до и через 6 месяцев после лечения составила соответственно 0,33 и 0,78 ($p < 0,05$). Острота зрения коррелировала с толщиной сетчатки в центральной зоне по данным ОКТ составляла в среднем по группе 428 ± 25 мкм до лечения и 308 ± 20 мкм через 6 месяцев после лечения (уменьшение толщины сетчатки на 120 ± 5 мкм). В 36,8% случаев (7 глаз) проводилась сочетанная терапия (ПРЛК, anti-VEGF), при этом средняя МКОЗ до и через 6 месяцев после начала лечения составила соответственно 0,6 и 0,55. Уменьшение центральной толщины сетчатки (ЦТС) составило 27,8 мкм. В 21,0 % случаев (4 глаза) проводилась монотерапия (anti-VEGF), средняя МКОЗ составила 0,43 и 0,55; уменьшение ЦТС составило 14,3 мкм.

Пациентам с пролиферативной ДР и ДМО (16 глаз) проводилась комбинированная терапия (59,2%). Средняя МКОЗ до лечения и через 6 месяцев: 0,4 и 0,33. Уменьшение ЦТС равно 22,1 мкм. В 29,6% (8 глаз) случаев пациентам с пролиферативной ДР проводилась сочетанная терапия. Средняя МКОЗ до лечения и через 6 месяцев: 0,46 и 0,48. Уменьшение ЦТС равно 15,3 мкм. В 11,1% (3 глаза) случаев проводилась комбинированная терапия. Средняя МКОЗ до лечения и через 6 месяцев: 0,15 и 0,4. Уменьшение ЦТС равно 13,5 мкм.

Выводы.

1) При тяжёлой форме непролиферативной ДР ДМО встречается в 31,6% случаев. При пролиферативной ДР ДМО встречается в 59,2% случаев.

2) Комбинированная терапия является наиболее эффективным методом лечения пролиферативной ДР с ДМО.