

Диабетна ретинопатия

Определение

Диабетната ретинопатия е най-честото усложнение на захарния диабет. Тя е прогресиращо увреждане на малките съдове на ретината в резултат от високите нива на глюкоза в кръвта. Диабетна ретинопатия се развива по-често при дългогодишен инсулинозависим захарен диабет - тип 1. При пациенти с втори тип диабет, белези на увреждане на ретината може да са налице още при откриването на диабета. Диабетната ретинопатия е на едно от първите места като причина за необратима загуба на зрение в световен мащаб.

Рискови фактори за развитие на диабетната ретинопатия

Давността на диабета и високи нива на глюкоза в кръвта са най-важните рискови фактори за увреждане на зрението при диабетиците. При незадоволителен контрол на захарния диабет кръвната захар е временно или трайно повишена. Ето защо добрият контрол на кръвната захар чрез медикаменти и диета, както и редовното изследване на глюкозата в кръвта е от съществено значение за предотвратяване увреждането на зрението при болни от диабет. Важно е също преустановяване на тютюнопушенето, медикаментозен контрол на кръвното налягане, както и на триглицеридите и холестерола в кръвта.

Развитие и форми на диабетната ретинопатия

Високите нива на глюкоза в кръвта увреждат първо стените на малките съдове на ретината. Получават се малки разширения на кръвоносните съдове (микроаневризми), холестеролови отлагания в ретината (т.нар. сухи ексудати) поради изтичане на плазма през увредените съдове, както и точковидни кръвоизливи. Това е картината на т.нар. непролиферативна ретинопатия (НПДР). Ако не е засегната централната част на ретината – макулата, тези промени обикновено остават незабелязани от пациента.

Увреждането на съдовете при диабет води до нарушено хранене на ретината и недостиг на кислород. Стига до смърт на ретинни клетки. Израз на това са исхемичните зони и меките ексудати в очното дъно, а зрението може да е нормално или силно намалено.

Увредената ретина отделя вещества, които стимулират образуването на нови съдове. Структурата на тези съдове е непълноценна, поради което те се наричат патологични съдове или неоваскуларизация. Новообразуваните съдове прорастват към стъкловидното тяло и често обилно кървят. По-големите кръвоизливи се забелязват от пациента като черни петна. Това е картината на т.нар. пролиферативна ретинопатия (ПДРП). Честите кръвоизливи и неоваскуларизацията могат да доведат до отлепване на ретината. Последното се забелязва от пациента като тъмна завеса пред окото. Отлепването на ретината и неоваскуларната глаукома (прорастване на нови съдове в областта на окото, дренираща вътреочната течност) нерядко са фатални за зрението усложнения. Зоната на макулата има по-особена структура и при диабет в самата макула може да се получи оток. Това е т.нар. диабетна макулопатия, водеща до намаляване на централното зрение. Тя може да се развие както при НПДР, така и при ПДР.

Диагноза на диабетната ретинопатия

Всички могат да се наблюдават при обективно изследване на очните дъна от офталмолог. За да се прецизира съдовото засягане и вида на

неоваскуларизацията се налага извършване на флуоресцинова ангиография (цветна снимка). Това изследване се прави при всеки болен с новооткрит старчески диабет и веднъж годишно за проследяване еволюцията на заболяването. Голям кръвоизлив в стъкловидното тяло налага извършване на ехография, с която може да се открие и отлепване на ретината. Специално при диабетен оток на макулата от полза може да е оптичната кохерентна томография (скенер).

Лечение на диабетната ретинопатия

Най-важният фактор за забавяне на прогресията на заболяването и на загубата на зрение при диабетиците е добрият контрол на кръвната глюкоза. Първо средство на избор в терапията на развита диабетна ретинопатия е лазерното лечение. Лазерната фотокоагулация (ЛФ) води до намаляване отделянето на стимули за неоваскуларизацията от увредената ретина. Най-често се налага панретинна ЛФ, при която се въздейства в различни зони с интервали между курсовете най-малко 14 дни. Нискоенергийна лазерна терапия, както и някои техники ЛФ могат да се прилагат при оток на макулата.

Метод на избор е също вътреочното инжектиране на анти-ангиогенни медикаменти (например Авастин) или на кортикостероиди (например Триамцинолон).

Лечението на големите кръвоизливи в стъкловидното тяло, както и на отлепването на ретината е хирургично – обикновено се извършва витректомия с тампонада. По време на операцията може да се приложи ендолазер или да се инжектира медикамент.