

14 ноября - Всемирный день диабета

Сегодня во всех странах мира борьба с диабетом приобретает глобальный характер. Это означает, что не только медицинская общественность, но и государственные структуры огромные усилия и немалые средства вкладывают в решение диабетической проблемы. Но без активного участия людей, страдающих диабетом, успешно справиться с бременем хронического заболевания не представляется возможным. Отсюда и те инициативы, которые исходят «снизу» и имеют значимую поддержку «сверху». Ярким примером этого является ежегодная Кампания Всемирного Дня Диабета, которая проводится Международной Диабетической Федерацией (МДФ — IDF) и ее ассоциациями-членами (в число которых входит и Республика Беларусь). В этом заключается партнерство разных сторон: добровольных диабетических организаций, государственных систем здравоохранения, фармацевтических компаний, активно работающих в сфере диабета, средств массовой информации. Все они концентрируют свою деятельность на проблеме, выбранной исполнительным Комитетом IDF и одобренной Всемирной Организацией Здравоохранения.

В 2016 году тема Всемирного Дня диабета, предложенная Международной Федерацией Диабета – «Раннее выявление поражения глаз при сахарном диабете».

Диабетическая ретинопатия (ДР) является распространенным сосудистым осложнением сахарного диабета (СД) и занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к полной потере зрения.

Опасность этого осложнения состоит в том, что диабетическое поражение сосудов сетчатки и сетчатой оболочки долгое время остается незамеченным. Пациенты не отмечают снижения зрения на ранних стадиях диабетической ретинопатии. И только когда в более выраженных стадиях, изменения распространяются на центральную область или происходят обширные кровоизлияния, у них появляются жалобы на нечеткость, искажение предметов или темное пятно перед глазом. Своевременное выявление и проведение лечения на ранних стадиях диабетической ретинопатии дают возможность остановить прогрессирование сосудистых изменений. Пациентам с выраженными или грубыми изменениями на глазном дне не всегда удается помочь остановить прогрессирование процесса и резкое снижение зрения.

Состояние проблемы: Диабетическая ретинопатия (ДР) представляет собой специфическое поражение сетчатой оболочки и сосудов сетчатки, характеризующееся развитием экссудативных очагов, ретинальных и преретинальных кровоизлияний, ростом новообразованных сосудов, и приводящее к развитию тракционной отслойки сетчатки и рубцозной глаукомы.

В этой связи медико-социальное и экономическое значение • этой проблемы состоит в том, что диабетическая ретинопатия приводит к снижению трудоспособности, глубокой инвалидности, особенно у пациентов

молодого возраста.

Известно, что стоимость обеспечения скрининга ДР в США обходится в среднем 1757 долларов на каждого человека в год, а уход за незрячими пациентами - 3190 долларов. Эти цифры подтверждают известную истину о том, что более целесообразно выделять средства на самоконтроль и компенсацию СД, проведение скрининга и лечение, на ранних стадиях заболевания, чем лечение тяжелых осложнений ДР.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Изучая взаимосвязь между развитием ДР и продолжительностью СД, установлено, что у пациентов с СД 1 в возрасте до 30 лет при продолжительности СД более 10-ти лет ДР развивается в 89% случаев, доля пролиферативной ДР составляет 30%.

У пациентов СД 2 при продолжительности СД до 2 лет обнаружена ДР в 20% случаев. При длительности СД 2 свыше 10 лет ДР выявлена в 75-85% случаев.

Однако не у всех больных СД развивается ДР. У 1 %-5% пациентов с длительностью СД - 20, 25, 30 и более лет на глазном дне обнаружены только начальные изменения.

Результаты многих исследований показали, что неблагоприятному течению ретинопатии в большей мере способствовали отсутствие компенсации СД и плохой метаболический контроль, а не старение организма пациента и продолжительность болезни СД.

Кого обследовать?

Обязательному офтальмологическому обследованию подлежат:

- ◆ Пациенты СД 1 типа при длительности диабета более 5 лет;
- ◆ Все дети с СД 1 типа вне зависимости от возраста и длительности заболевания;
- ◆ Пациенты СД 2 типа вне зависимости от длительности заболевания.

Методы исследования при скрининге

- наружный осмотр глазного яблока;
- определение остроты зрения;
- офтальмоскопия с широким зрачком;
- при возможности фотографирование глазного дна.

Частота осмотров

Всех пациентов с СД без диабетической ретинопатии ежегодно, а при наличии диабетической ретинопатии - через 3-4 мес.

Частота осмотра офтальмологом больных сахарным диабетом в зависимости от стадии диабетической ретинопатии.

	Проявления	Частота осмотров
ДР нет	Изменений нет	1 раз в год
ДР1 (непролиферативная) начальная стадия	Единичные микроаневризмы, точечные геморрагии, твердые экссудаты	2 раза в год
ДР1 (непролиферативная) выраженная стадия БЕЗ МАКУЛОПАТИИ	Увеличение числа микроаневризм, геморрагии, экссудатов. Без макулопатии	2-3 раза в год
ДР1 (непролиферативная) МАКУЛОПАТИЯ	Экссудативная макулопатия Отечная макулопатия Ишемическая макулопатия	3-4 раза в год
ДР2 (препролиферативная)	Обширные кровоизлияния, ИРМА, мягкие экссудаты, микро и макроаневризмы	3-4 раза в год
ДР3 (пролиферативная)	Новообразованные сосуды, ретиальные геморрагии, Кровоизлияние преретиальное и в стекловидное тело. Фиброзные изменения, отслойка сетчатки, рубеоз радужки	Немедленно при первом выявлении, затем 3-4 раза в год

МИКРОСОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА

Под влиянием длительности заболевания и гипергликемии возникают два вида механизма повреждения в капиллярах: нарушение проницаемости стенок капилляров и облитерация (окклюзии) капилляров.

Морфологические изменения стенок капилляров приводят к образованию:

- твердых экссудативных очагов;
- отека сетчатки;
- ретиальных кровоизлияний.

При окклюзии капилляров чаще возникают:

- микроаневризмы;
- интратретиальные микрососудистые аномалии;
- мягкие экссудативные очаги;
- новообразованные сосуды - беспорядочное образование новых сосудов, лишенных характерной по своему строению базальных мембран и перicyтов.

В настоящее время общепринята классификация, разработанная ВОЗ [Kohner E.M., Porta M., 1992], в основу которой положены изменения на глазном дне (непролиферативная, препролиферативная и пролиферативная ДР). На схеме 1. показано не только разделение по признакам изменений на глазном дне, но и развитие этих изменений в динамике.

У пациентов с СД1, с дебютом заболевания в детском возрасте, начальными проявлениями диабетической ретинопатии являются расширение капилляров в парамакулярной области, множество микроаневризм, нечеткость границ диска зрительного нерва. При прогрессировании процесса у них чаще развивается пролиферативная форма ДР. У пациентов с СД1, с дебютом заболевания после 18 лет или у больных СД2, начальными проявлениями диабетической ретинопатии являются твердые экссудативные очаги, ретинальные кровоизлияния, у этих пациентов чаще развивается макулопатия.

ПАТОГЕНЕЗ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ

Микроангиопатия и окклюзия капилляров являются основными звеньями патогенеза диабетической ретинопатии (схема 2). Эти патологические состояния приводят к истечению содержимого микрососудов и разрушению барьера кровь-сетчатка, что приводит к кровоизлияниям в сетчатку, отложению экссудатов и отеку сетчатки, а также к развитию отека макулы. Кроме того, ишемия и окклюзия микрососудов способствуют формированию патологических образований по типу «ватных комочков», изменению капилляров, формированию артериовенозных шунтов и новообразований сосудов. Вероятно, основным ангиогенным фактором, участвующим в патогенезе диабетической ретинопатии, является сосудистый эндотелиальный фактор роста.

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ

Медикаментозная коррекция факторов риска, в особенности интенсивный контроль гликемии и артериального давления, являются важной частью стратегии профилактики диабетической ретинопатии. В самых крупных проспективных исследованиях, таких как UKPDS, получены доказательства эффективности применения интенсивных способов лечения контроля (таблица 1). В исследовании UKPDS показано, что риск микрососудистых осложнений сахарного диабета 2 типа независимо ассоциирован с гипергликемией и артериальной гипертонией; со снижением риска на 21% на каждое уменьшение гликированного гемоглобина на 1% и на 11% - при снижении систолического артериального давления на каждые 10 мм рт. ст. интенсивная коррекция обоих факторов риска сопровождается достоверным снижением частоты микрососудистых событий, что подтверждает необходимость достижения целевых уровней гликемии и артериального давления для снижения риска развития сосудистых осложнений.

Таблица 1. Приоритетные направления медикаментозного воздействия для снижения риска развития диабетической ретинопатии.

- Жесткий контроль гликемии (гликированный гемоглобин <7%)
- Жесткий контроль артериального давления (<130/80 мм. рт. ст.)
- Контроль уровня липидов (общий холестерин <4,0 ммоль/л, ЛПНП <2,0 ммоль/л, триглицериды <1,7 ммоль/л и ЛПВП >1,0 ммоль/л)

Коррекция дислипидемии также может иметь значение в отношении снижения риска микрососудистых осложнений, ассоциированных с сахарным диабетом 2 типа. Ранее на основании полученных данных, свидетельствующих, что у пациентов с комбинированной дислипидемией (но не с семейной гиперхолестеринемией) повышена частота аномалий сетчатки, было сделано предположение, что измененные уровни триглицеридов и холестерина способствуют развитию диабетической ретинопатии. Кроме того, в эпидемиологических исследованиях показано, что повышение уровней липидов плазмы, особенно повышение уровней триглицеридов, связано с отложением твердых экссудатов в макулу.

Эти данные свидетельствуют о необходимости гиполипидемической терапии, особенно фибратов, в лечении диабетической ретинопатии.

В заключение следует подчеркнуть, что лечение больного диабетической ретинопатией должно проводиться при тесном контакте эндокринолога и окулиста. Своевременная диагностика диабетической ретинопатии, её мониторинг и своевременное лечение позволяют сохранить зрение, работоспособность и полноценную личную и социальную жизнь пациенту с сахарным диабетом.

В исследованиях доказана эффективность лазерной терапии в лечении диабетического поражения глаз, однако этот вид лечения не обладает полным эффектом. Поэтому, лечение должно быть направлено на снижение риска связанных с сахарным диабетом микрососудистых заболеваний за счет интенсивного контроля гликемии гликированного гемоглобина, артериального давления и липидов.

Главный врач УЗ «ВОЭД»,
главный внештатный специалист
по эндокринологии УЗО

Л.М.Педченец