

Специализирани правила за добра медицинска практика при диабетна ретинопатия

(медицински практики, клинични насоки, консенсуси, основани на доказателства, препоръки и правила за профилактика, диагностика и лечение, които създават условия за възможно най-добър изход от заболяването)

1. Заглавие: Препоръки за диагностика и лечение на диабетна ретинопатия
2. Вносител: д-р Илиян Шандурков, д.м., FEBO / Председател на Българско Дружество по Офталмология /
3. Източник: модифицирани за България препоръки на Световния съвет по Офталмология /ICO/, обновени и публикувани през 2017г. на уеб-сайта на ICO: www.icoph.org

Препоръки за лечение на диабетен макулен оток на EURETINA – Европейско дружество на ретиналните специалисти

4. Основна специалност: Очни болести
5. Допълнителни специалности – няма
6. Ключови думи: диабетна ретинопатия, диабетен макулен оток, хемофтальм

7. Кратко представяне на гайдлайна:

Захарният диабет (ЗД) е метаболитно заболяване, характеризиращо се с хипергликемия, която е резултат от нарушение в инсулиновата секреция, в инсулиновото действие или в двете заедно. Това заболяване е хронично и се нуждае от непрекъснати медицински грижи и мотивирано участие на добре обучен пациент, за да се превантират остри усложнения и да се намали риска от дългосрочни усложнения [1].

Захарният диабет е глобална епидемия със сигнификантна морбидност. Диабетната ретинопатия (ДР) представлява специфично микроваскуларно усложнение на захарният диабет и засяга 1 на всеки 3 пациенти страдащи от ЗД. Диабетната ретинопатия е водеща причина за предотвратима слепота сред индивидите в трудоспособна възраст. Пациентите страдащи от тежка ДР имат доказано по-ниско качество на живот и влошени нива на физическо, емоционално и социално благоденствие [2]. Тази група от населението използва в значително по-голяма степен здравните ресурси на страната.

Епидемиологични и клинични проучвания доказват, че оптималния контрол на кръвната захар, артериалното налягане и липидите могат да понижат риска от развитие на ДР и да забавят прогресията при вече налична ДР [3]. Своевременното лечение с лазерна фотокоагулация и прецизираната употреба на инхибитори на съдовия ендотелен растежен фактор интравитреално, могат да предотвратят застрашаваща зрението ретинопатия и диабетен макулен оток (ДМО). Поради факта, че в началните стадии на ДР няма загуба на зрение, редовен скрининг на болните от ЗД би могъл да доведе до навременно лечение и съхранение на зрителната острота на пациентите.

Мета-анализ на множество епидемиологични проучвания относно честотата на диабета и диабетната ретинопатия в частност, демонстрира, че честотата на диабетна ретинопатия сред диабетниците е 30% [2]. Тези проучвания недвусмислено показват, че 20 години от поставяне на диагнозата диабет: над 90% от пациентите с тип 1 имат установена ретинопатия и повече от 60% с тип 2 имат ДР. Това неминуемо води до заключението, че диабетната ретинопатия и усложненията свързани с нея са социално значим проблем.

Това са препоръки за запазване качеството на живот и редуциране на нуждата от използване на скъпи здравни ресурси в дългосрочен план.

Осъществяването на такъв план е метод за избягване натоварването на системата за социално подпомагане и трудоустрояване.

8. Подробно представяне:

Дефиниции за диабетна ретинопатия

Степен на тежест	Находка на очно дъно при мидриаза	Клас	Ниво
Липса на ДР	Липса на абнормности в очното дъно	I	A
Начална НПДР	Единични микроаневризми	I	A
Средна НПДР	Множество микроаневризми	I	A
Тежка НПД	Повече от 20 интратретинални хеморагии във всеки от квадрантите Венозни малформации в два или повече квадранта ИРМА в един или повече квадранта	I	A
ПДР	Неоваскуларизация Витреална или преретинална хеморагия	I	A

Легенда: ДР – диабетна ретинопатия, НПДР – непролиферативна диабетна ретинопатия, ПДР – пролиферативна диабетна ретинопатия, ИРМА – интратретинални микроваскуларни аномалии

Диагностика, превантивни и оперативни мерки при диабетна ретинопатия в зависимост от тежестта

Степен на тежест	Зрителна острота	Оглед при мидриаза	Флуоресцеинова ангиография	ОСТ/ОСТА	Ехография	Лазер	Интра-вitreални инжекции	Хирургия	Проследяване	Клас	Ниво
Диабет и липса на ДР	V	V	O	P	O	O	O	O	12 мес.	I	A
Начална НПДР	V	V	P	P	O	O	O	O	6-12 мес.	I	A
Средна НПДР	V	V	P	P	O	P	P	O	3-6 мес.	I	A
Тежка НПДР	V	V	P	P	O	V/PRP/	P	P	<3 мес.	I	A
ПДР	V	V	P	P	P	V/PRP/	P	P	1 мес.	I	A

Легенда: V – задължително; P – препоръчително по преценка на специалиста; O – не се налага
 ДР – диабетна ретинопатия, НПДР – непролиферативна диабетна ретинопатия, ПДР – пролиферативна диабетна ретинопатия,
 PRP – панретинална фотокоагулация, ОСТ – оптична кохерентна томография, ОСТА – оптична кохерентна томография ангиография

Дефиниции за диабетем макулен оток / ДМО /

ДМО	Находка на очно дъно при мидриаза	Клас	Ниво
Липса на ДМО	Липса на задебеляване на ретината или твърди ексудати в макулата	I	A
ДМО без централно засягане	Задебеляване на ретината в макулата, което не засяга централната зона с диаметър 1 мм	I	A
ДМО с централно засягане	Задебеляване на ретината в макулата, което засяга централната зона с диаметър 1 мм	I	A

Диагностика, лечение и проследяване на Диабетен макулен оток

ДМО	Зрителна острота	Оглед при мидриаза	Флуоресцеинова ангиография	ОСТ/ОСТА	Фокален лазер	Интра-вitreални инжекции на Анти-VEGF	Хирургия	Проследяване	Клас	Ниво
ДМО без централно засягане	V	V	P	V	P	P	P	3-6 мес.	I	A
ДМО с централно засягане	V	V	P	V	P	P	P	1-3 мес.	I	A

Легенда: V – задължително; P – препоръчително по преценка на специалиста; O – не се налага
 ДМО – диабетен макулен оток, ОСТ – оптична кохерентна томография, ОСТА – оптична кохерентна томография ангиография, Анти-VEGF - медикаменти срещу съдовия ендотелен растежен фактор

Лечение на диабетната ретинопатия [4]:

- I. Оптимизиране на медикаментозната терапия: подобряване на гликемичния контрол в случай, че HbA1c > 7,5%; стриктен контрол на кръвното налягане и дислипидемията.
- II. Липса на ДР, лека или средна НПДР: да се спазват препоръчаните по-горе интервали за преглед от офталмолог при резширени зеници. Лечение на ДМО при нужда.
- III. Тежка НПДР: ранна панретинална фотокоагулация при пациенти с висок риск от развитие на ПДР.
- IV. ПДР: панретинална фотокоагулация; напоследък има множество публикации относно позитивен ефект спрямо неоваскуларизацията след интравитреално приложение на Анти-VEGF медикаменти / медикаменти срещу съдовия ендотелен растежен фактор / при пациенти лекувани с такива медикаменти, при условие, че няма активна неоваскуларизация в момента на приложение на лекарството.

9. Литературна справка:

1. Препоръки за добра клинична практика при диабет. Министерство на здравеопазването. Българско дружество по ендокринология. 2016
2. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, et al. Meta-Analysis for Eye Disease (META-EYE) Study Group. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 2012;35:556-564.
3. Warwick AN, Brooks AP, Osmond C, Krishnan R. Prevalence of referable, sight-threatening retinopathy in type 1 diabetes and its relationship to diabetes duration and systemic risk factors. *Eye (Lond)*. 2017 Feb;31(2):333-341.
4. ICO Guidelines for Diabetic Eye Care Updated 2017: www.icoph.org
5. Guidelines for the Management of Diabetic Macular Edema by the European Society of Retina Specialists (EURETINA). Ursula Schmidt-Erfurth, Jose Garcia-Arumi, Francesco Bandello, Karina Berg, Usha Chakravarthy, Bianca S. Gerendas, Jost Jonas, Michael Larsen, Ramin Tadayoni, Anat Loewenstein. *Ophthalmologica*. 2017;237(4):185-222.