

Устименко С. Б.¹, заступник директора з медичної частини
Аліфанов І. С.², асист. кафедри неврології і офтальмології

¹КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна офтальмологічна лікарня»,
м. Дніпро, Україна

²ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Клінічний випадок лікування пацієнта з рецидивуючим ішемічним діабетичним макулярним набряком сітківки

Актуальність. За даними International Diabetes Federation у 2015 році у світі офіційно нараховувалося 415 млн осіб із цукровим діабетом, тобто кожна одинадцята доросла людина. Приблизно в однієї третини всіх хворих із цукровим діабетом відзначають очні ускладнення у вигляді діабетичної ретинопатії, в однієї третини з яких (або в 11 % усіх хворих на діабет) розвивається діабетичний макулярний набряк сітківки, який є провідним фактором зниження гостроти зору, погіршення якості життя та соціальної активності визначеного контингенту хворих.

Упродовж 30 років «золотим стандартом» лікування діабетичної ретинопатії, зокрема й діабетичного макулярного набряку, вважали лазерну коагуляцію сітківки. Однак у XXI столітті в клінічну практику офтальмологів упроваджено новітні методи, які не пошкоджують фоторецептори центральної зони сітківки – інтравітреальне введення стероїдів та інгібітори фактора росту ендотелію судин (анти-VEGF терапія).

Мета. Описати клінічний випадок лікування пацієнта з рецидивуючим ішемічним діабетичним макулярним набряком сітківки.

Матеріали і методи. Пацієнт Г., 1963 року народження, первинно звернувся в КЗ «ДОКОЛ» 27.03.2017 р. зі скаргами на зниження зору. Страждає на міопію слабого ступеня зі шкільного віку. Хворіє на цукровий діабет 2-го типу протягом 10 років, перебуває на пероральній терапії. Пацієнту проведено стандартні офтальмологічні дослідження, включаючи візометрію, рефрактометрію, периметрію, тонометрію, гоніоскопію, додатково виконано оптичну когерентну томографію (ОКТ) макулярної зони сітківки та флуоресцентну ангиографію (ФАГ) очного дна.

Результати. Під час первинного огляду встановлено клінічний діагноз: діабетична непроліферативна ретинопатія, діабетична макулопатія, міопія слабого ступеня обох очей. За даними ОКТ мав місце кістозний макулярний набряк, іше-

мічний тип за результатами ФАГ. Коригована гострота зору становила 0,2/0,5 (праве/ліве око). Беручи до уваги той факт, що пацієнт є активною працюючою людиною і мав труднощі з регулярними візитами до лікаря, було прийнято рішення про виконання панретинальної лазерної коагуляції сітківки та інтравітреальне введення пролонгованої форми дексаметазону (інтравітреальний імплант «Озурдекс»).

Під час наступного візиту через 1 місяць відзначено покращення коригованої гостроти зору до 0,4/0,9 і часткову резорбцію макулярного набряку.

Однак через 3 місяці пацієнт знову звернувся в КЗ «ДОКОЛ» зі скаргами на погіршення зору (до 0,3/0,6). За результатами ОКТ визначено рецидив кістозного макулярного набряку. У зв'язку з терміном дії «Озурдексу» та неможливістю передчасної повторної ін'єкції прийнято рішення щодо проведення анти-VEGF терапії з використанням афліберсепту (Айлія), проведено 3 інтравітреальні ін'єкції в обидва ока з інтервалом в 1 місяць (липень–вересень 2017 р.).

Після завершення анти-VEGF терапії і до сьогодні (останній огляд у грудні 2017 р.) спостерігається стійка резорбція макулярного набряку сітківки, відновлення макулярного профілю за даними ОКТ, коригована гострота зору становить 0,5/0,9.

Висновки. Нині в арсеналі лікаря-офтальмолога є набір достатньо ефективних засобів лікування офтальмологічних ускладнень цукрового діабету, які потребують диференційованого підходу в кожному індивідуальному клінічному випадку. Також наголошуємо на необхідності оснащення лікувального закладу сучасним діагностичним обладнанням (ОКТ, ФАГ), забезпечення умов для виконання інтравітреальних ін'єкцій. У цьому клінічному випадку найефективнішим методом лікування відзначено анти-VEGF терапію з використанням афліберсепту.

Стаття надійшла в редакцію 02.02.2018 р.

Рецензія на статтю надійшла в редакцію 09.02.2018 р.