

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті

Кафедра: Офтальмология

Презентация

Тақырыбы: Диабеттік ретинопатия. Патогенезі. Диабеттің көздегі көріністері бар науқастарда зерттеу және емдеу принциптері.

Орындаған: Салықбаева А.

Курс: IV

Топ: 12-007-02

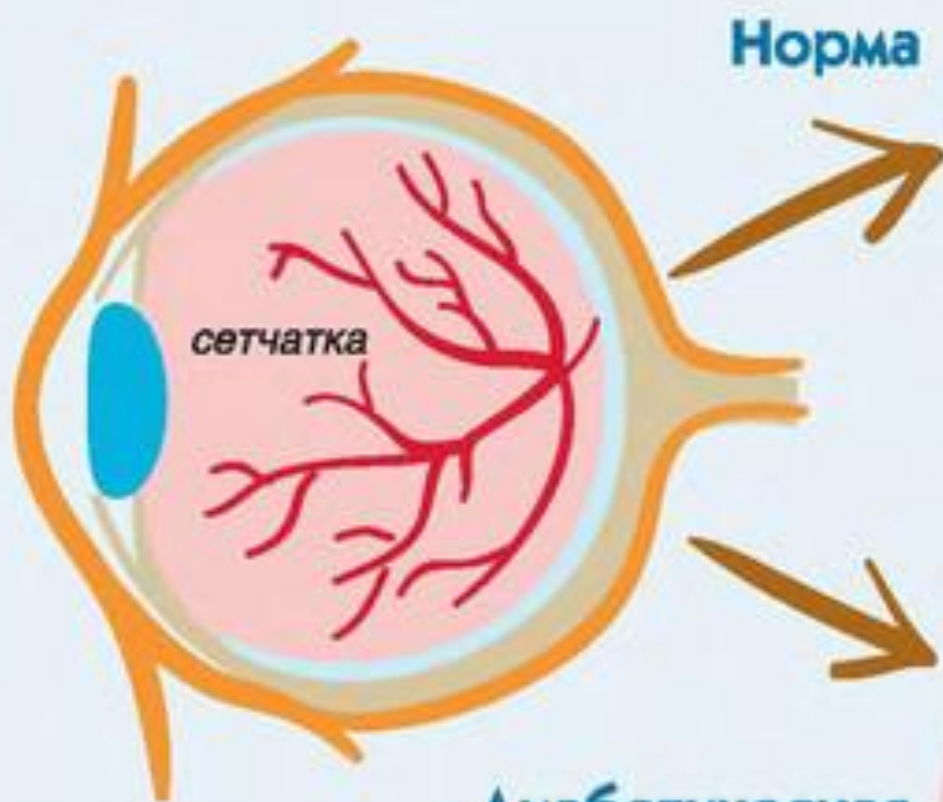
Факультет: Жалпы медицина

Қабылдаған: Бердишева А.

Жоспар

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім:
 - a) Патогенезі
 - b) Науқастарды зерттеу
 - c) Емдеу принциптері
- III. Қорытынды
- IV. Пайдаланған әдебиеттер

Диабеттік ретинопатия – көз алмасы торлы қабығының қан тамырларын зақымдайтын диабеттік микроангиопатияның пайда болуымен жүретін қант диабетінің асқынуларының бірі. Қант диабетімен ауыратын науқастардың 90%-ы осы аурумен ауырады. Бірақ қазіргі офтальмологияның жаңа жетістіктеріне байланысты оларды ерте анықтауға мүмкіндік бар. Қант диабетімен ауыратындарда сау адамдарға қарағанда соқырлық 25 есе жиі кездеседі.



Диабетическая
ретинопатия



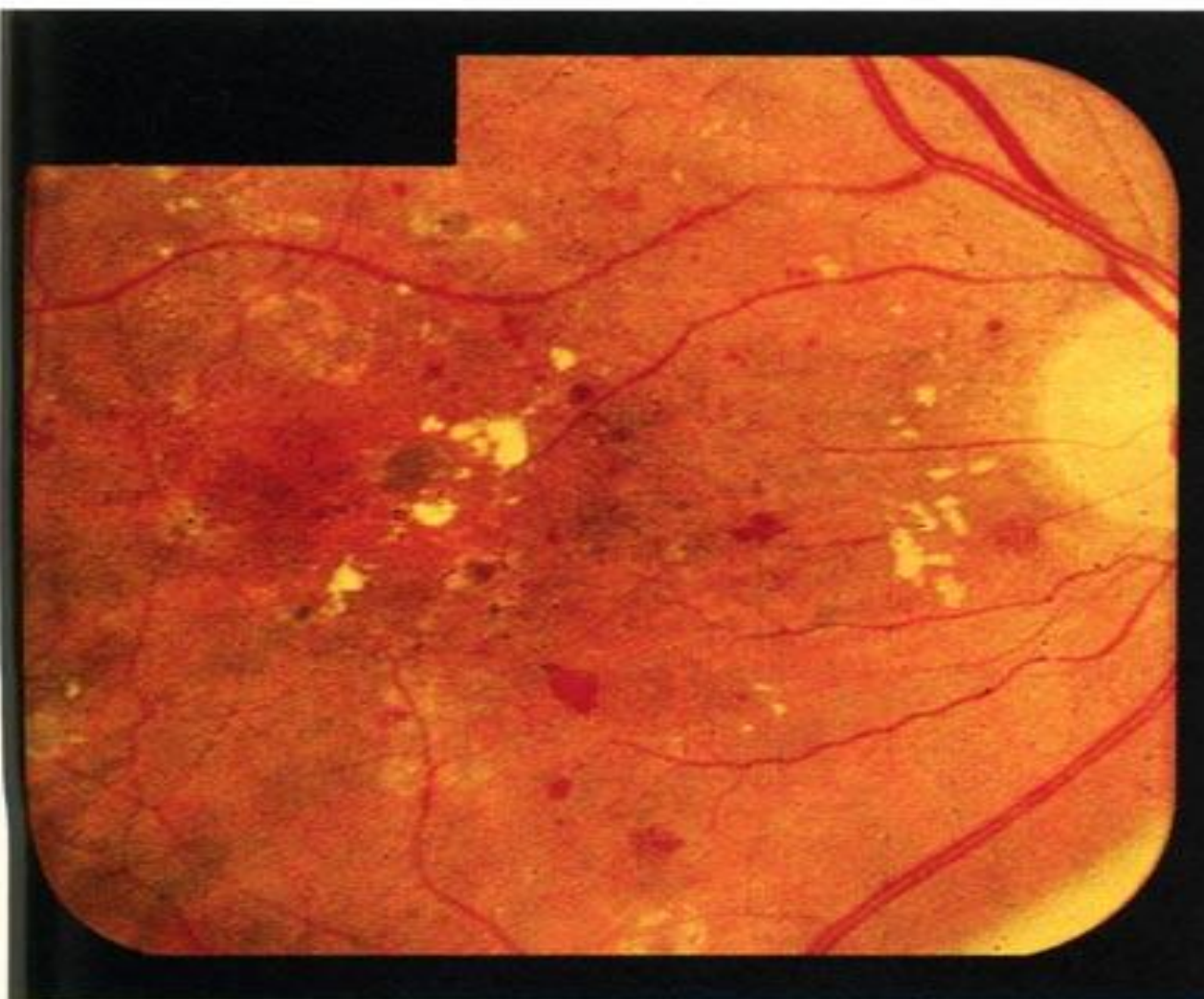
Диабетте тор қабықтың өзгеріс сипаттары әртүрлі болады. Олар тор қабықтың, хориоидеяның, нұрлы қабықтың веналары мен капиллярларының жүйесінің зақымдануынан, эритроциттердің конгломерат құруынан, микроаневризмдердің пайда болуынан, тіндердің тыныс алуын бұзатын қантамырлардың бітелуінен, қантамырларда қанның ұйындыларының пайда болуынан, қанталаулар мен қарауыту ошақтарының пайда болуынан, дәнекер тіндердің жаңадан пайда болуынан тұрады.

Микроаневризмдер, уақ нүктелік қанталаулар, балауыз түрлі бөліністер диабеттік ретинопатияның алғашқы белгілері болады. Ретинопатия дамыған сайын бөліністер көбейе түседі, олар іріленеді және бір-бірімен бірігіп сары дақты айнала дөңгелек сақина құрайды. Ең соңғы кезеңінде тор қабықтың алдына, шыны тәрізді денеге қан құйылады, кейде тор қабықтың веналарында қан ұюы байқалады. Ақырғы терминалды фазасында көбею құбылыстары, көптеген қанталаулар, жаңа қантамырлардың пайда болуы, дәнекер тіннің көбейіп қоюлануы, тор қабықтың фиброзы, кейде витреоритенальдық тартылу нәтижесінде тор қабықтың екіншілік ажырауы байқалады.

Классификация

(1992 жыл, Е.Кохер мен М.Порта)

- 1. Проллиферативті емес ретинопатия** – көздің торлы қабығында микроаневризмдердің, қан құйылудың (майда нүктелік немесе дөңгелек дақ және штрих тәрізді формада), экссудативті ошақтардың (көзбұршақтың орталық бөлімінде сары немесе ақ түсті шекарасы айқын немесе айқын емес экссудаттар) пайда болуы және торлы қабықтың ісінулері. Проллиферативті емес диабеттік ретинопатияның негізгі элементі - макула немесе ірі тамырлар аймағындағы торлы қабықтың ісінулері.



Диабеттік макулопатия. Тор қабықтың орталығындағы ісіну, қатты экссудаттың және майда геморрагиялардың орналасуы. Артериялардың тарылуы, көру нервісі дискісінің деклорациясы.

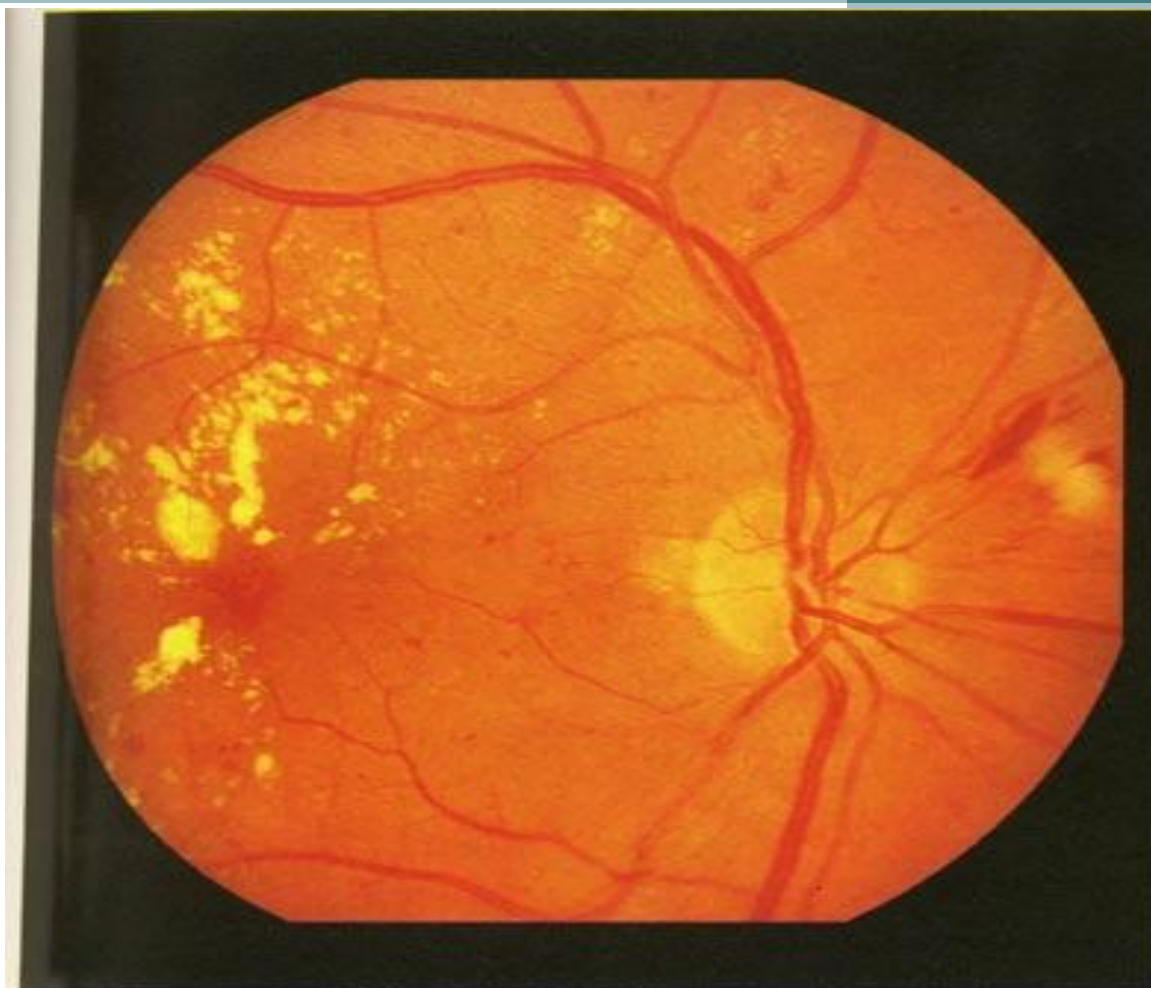
2. Препролиферативті ретинопатия



Венозды
аномалиялардың, көп
мөлшердегі қатты және
мақта секілді жұмсақ
экссудаттардың,
интратетинальды
микроқантамырлық
аномалиялардың,
көптеген ірі ретинальды
геморрагиялардың пайда
болуымен сипатталады.



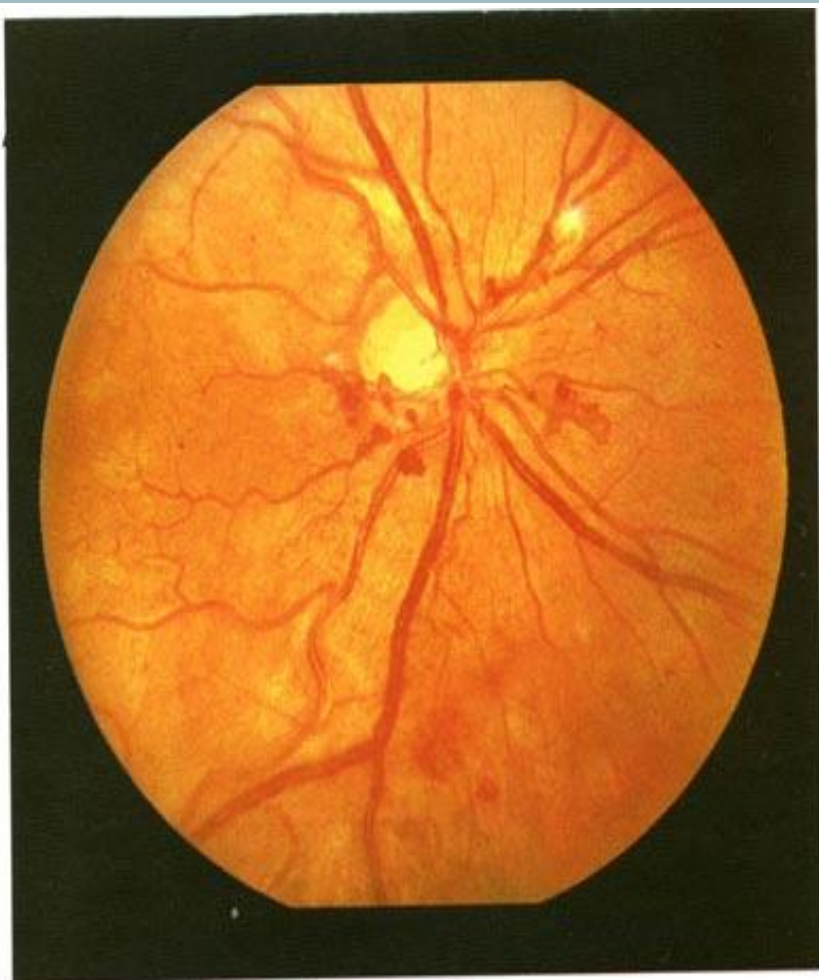
Рис. 4-17. Геморрагическая фаза препролиферативной диабетической ретинопатии. Мелкие пятнистые и перистые интратетинальные геморрагии, единичные отложения твёрдого экссудата, микроаневризмы в центральной зоне глазного дна.



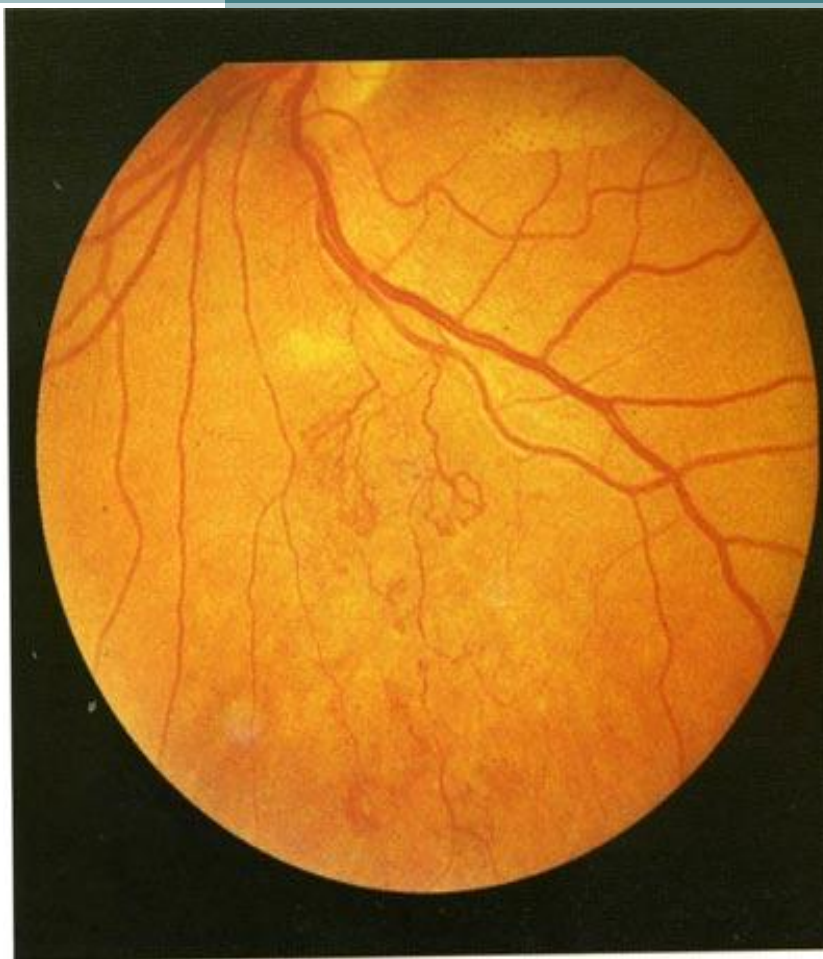
Препролиферативті диабеттік ретинопатияның экссудативті фазасы. Макула аймағында қатты экссудаттардың көрінуі, қан құйылулар, көру нервісі дискісінің ішіне қарай жұмсақ экссудаттардың орналасуы.

3. Проллиферативті ретинопатия

- Көру нервісі дискісінің немесе көздің торлы қабығының *неоваскуляризациясы*, шыны тәрізді денеге қан құйылулар және преретинальды қан құйылу болған аймақтардағы *фиброзды тіннің өсуі*. Жаңадан пайда болған тамырлар жіңішке әрі әлсіз болғандықтан қан құйылулар қайталанады. Сондықтан бұл **екіншілік глаукома** дамуына алып келеді.



Проллиферативті диабеттік ретинопатияның неоваскулярлық фазасы. Көру нервiсi дискісінiң неоваскуляризациясы.



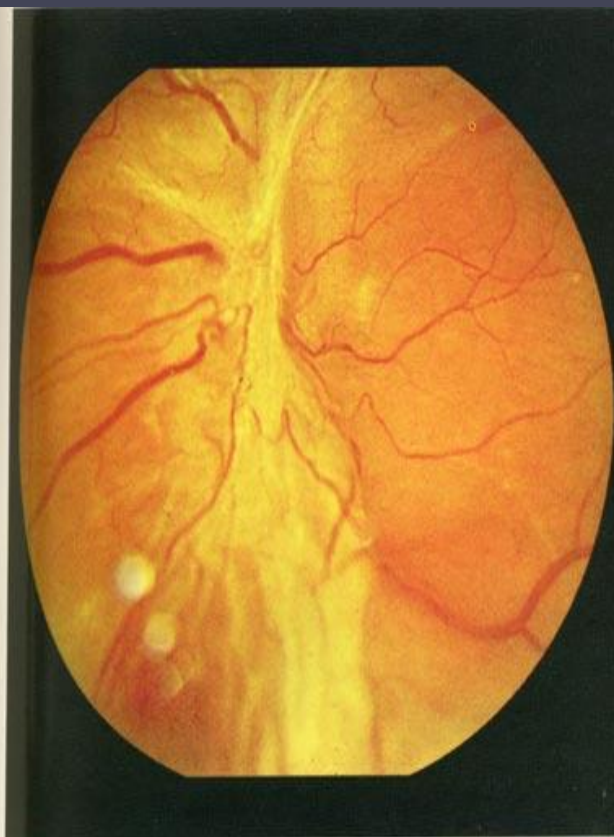
Тор қабықтың неоваскуляризациясы



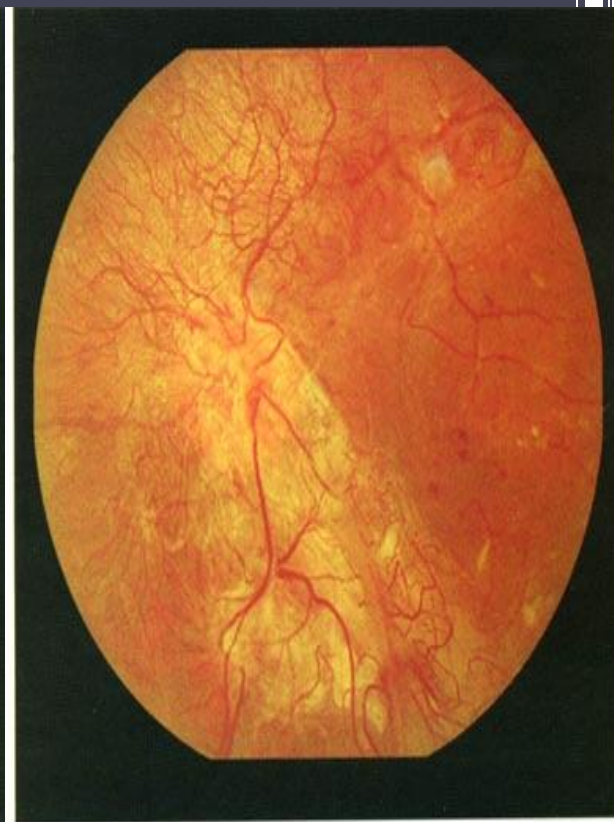
Көз бұршағының орталығындағы преретинальды қан құйылу мен көру нервісі дискісінің неоваскуляризациясы



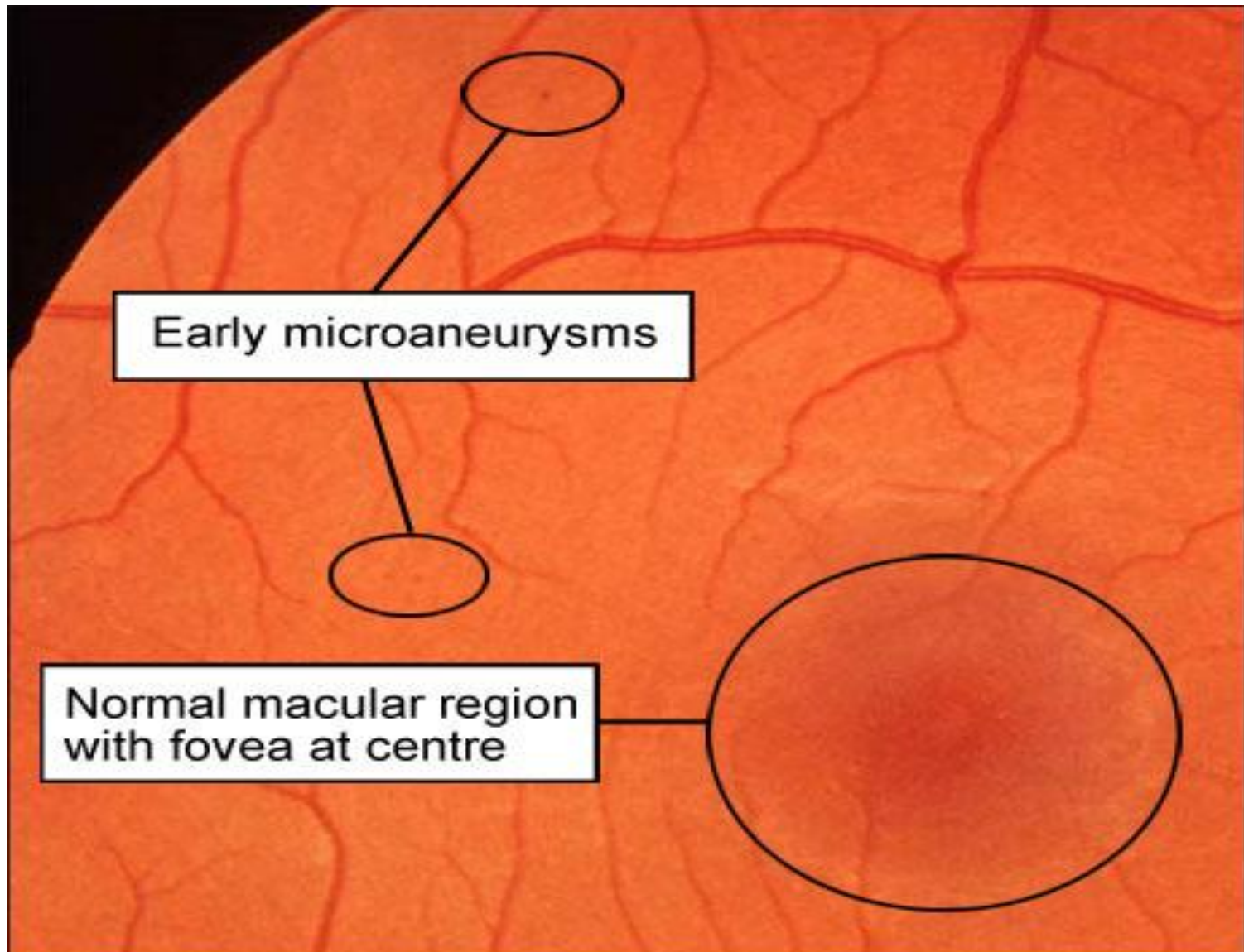
**Проллиферативті
диабеттік
ретинопатия. Көру
нервісі дискісінің
бастапқы глиозы және
неоваскуляризациясы**

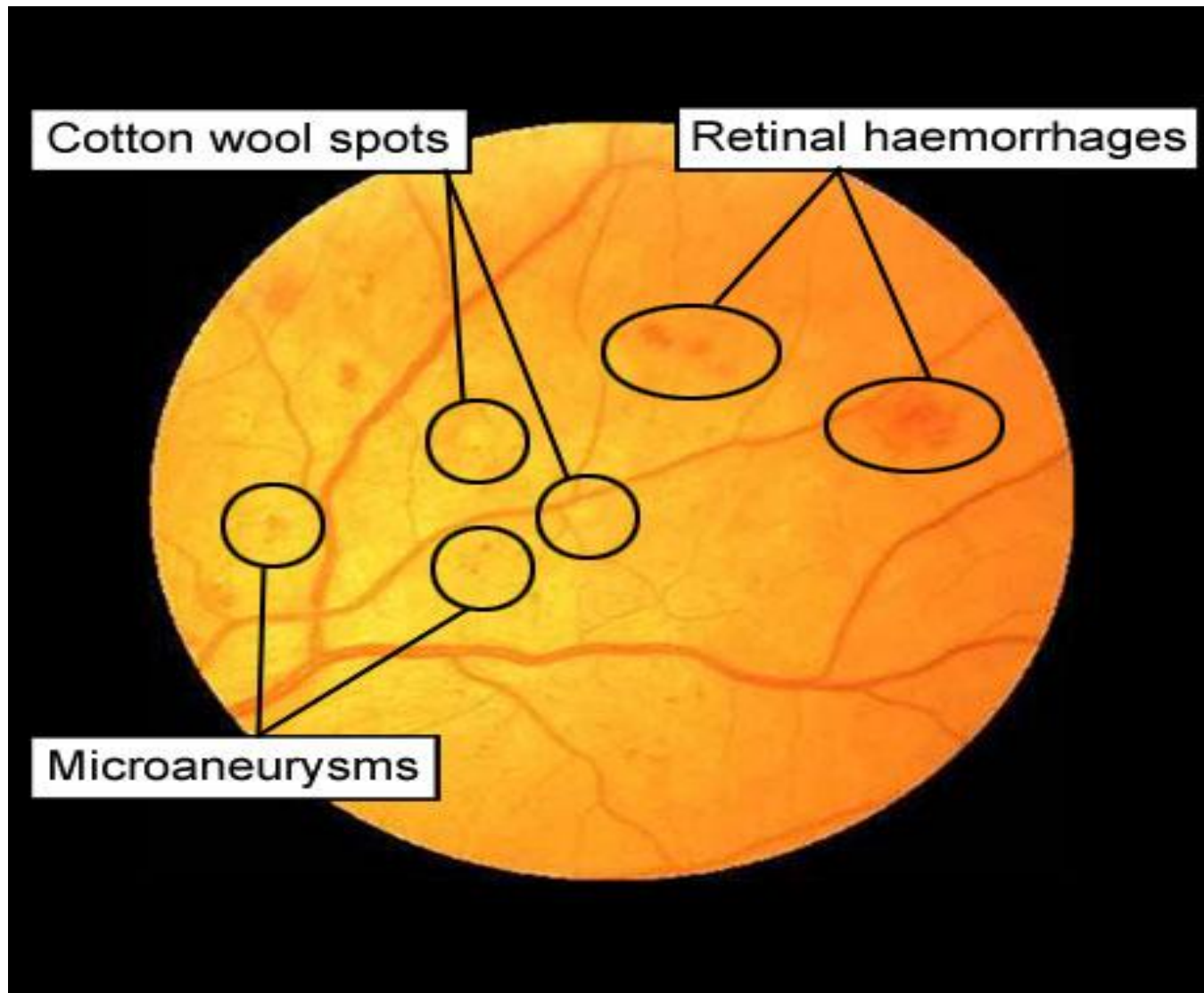


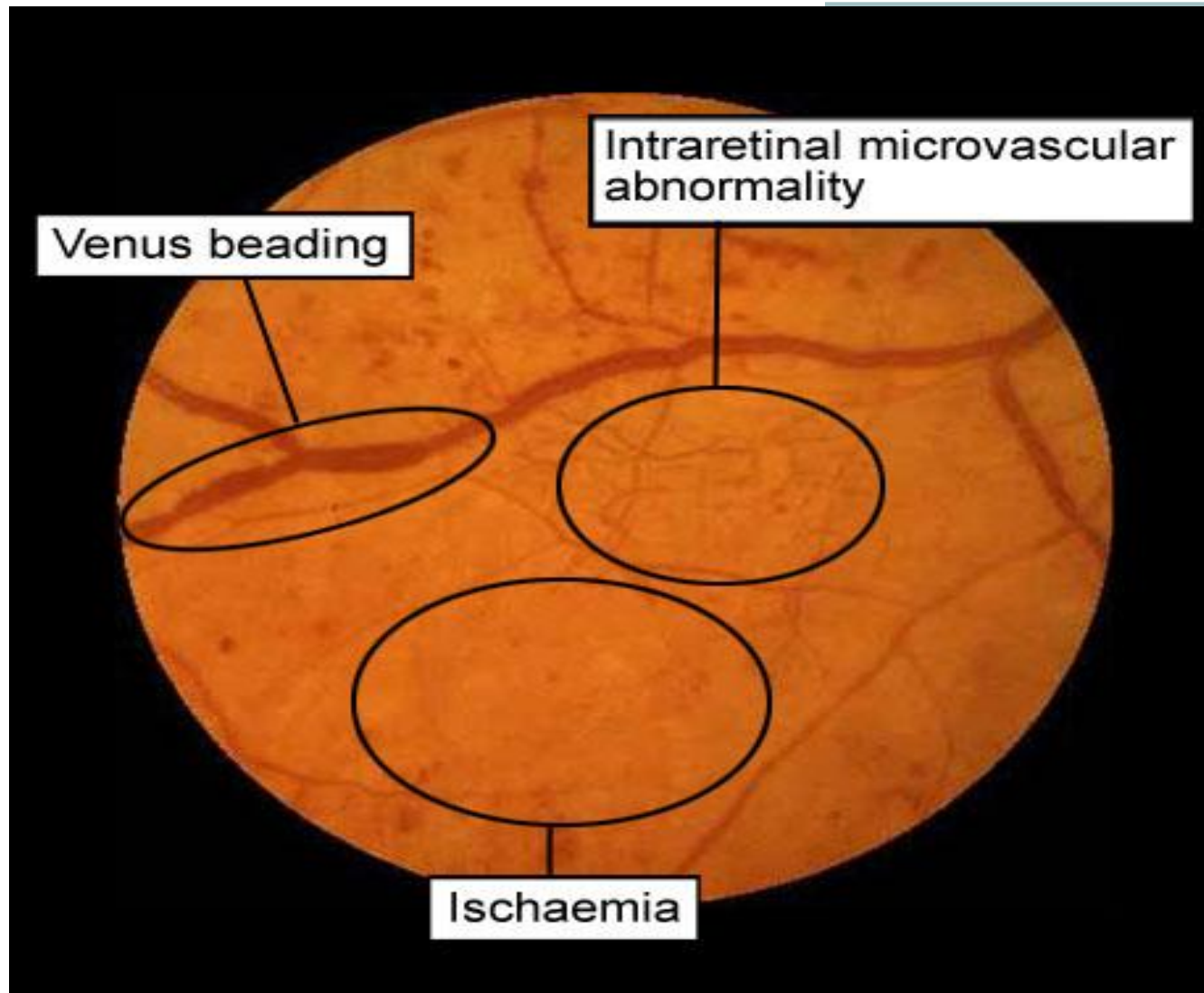
**ПДР. Көру нервісі
дискісінің II дәрежелі
глиозы және
неоваскуляризациясы**

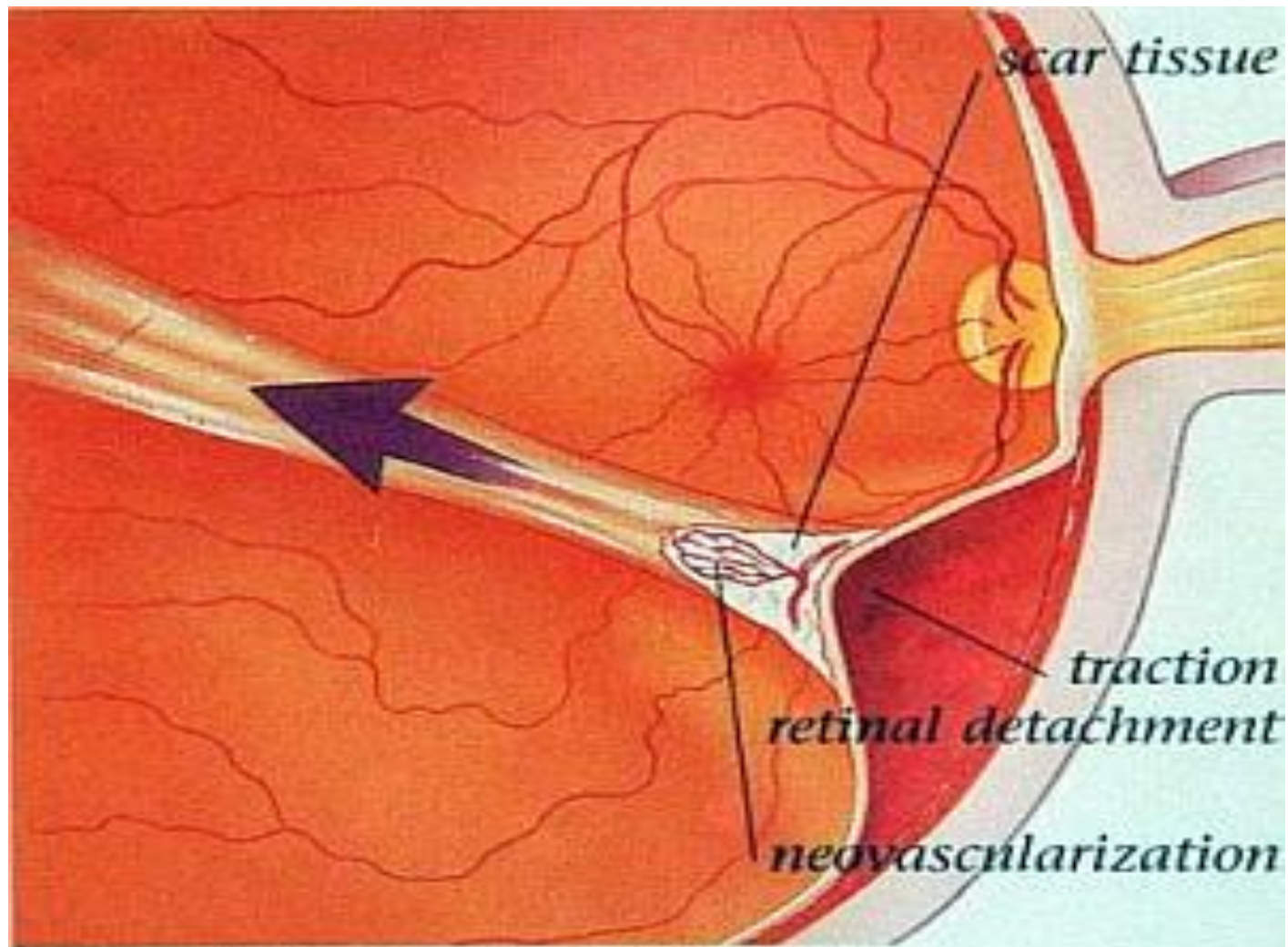


**ПДР. Көру нервісі
дискісінің III дәрежелі
глиозы және
неоваскуляризациясы**









Advanced proliferative stage

Патогенезі

Патогенезі өте күрделі. Негізгі себебі торлы қабықтың қан тамырларындағы микроциркуляцияның бұзылысына байланысты.

Бұл симптомның жүру бағыты:

Вазодилатация → қан ағуының жоғарылауы →
эндотелийдің бұзылысы → капиллярлардың тығындалуы →
өткізгіштіктің күшеюі → артериовеноздық шунттардың
және микроаневризмдердің пайда болуы →
неоваскуляризация → қан құйылу → дегенерация және
дезорганизация.

Диагностика

- ✓ Көз алмасын тексеру;
- ✓ Көру жітілігін анықтау;
- ✓ Көру аймағын зерттеу (Гольдман периметрі бойынша);
- ✓ Қасаң қабықты, нұрлы қабықты және алдыңғы камера бұрышын зерттеу;
- ✓ Тонометрия (Маклакова тонометрі бойынша);
- ✓ Көз бұршағы мен шыны тәрізді дененің биомикроскопиясы;
- ✓ Тор қабықтың көру нервісінің функциональдық жағдайын электрофизиологиялық зерттеулермен анықтау;
- ✓ Көз түбін зерттеу:
 - Офтальмоскопия;
 - Көз түбін суретке түсіру;
 - Торлы қабықтың флюороценттік ангиографиясы.

Емдеу

Диабеттік ретинопатияны емдеу құбылысты тұрақтандыру немесе кері қайтару мақсатында қолданылады. Аурудың алғашқы кезеңдерінде бұл мақсатқа жетуге болады. Инсулиннің бөлшекті мөлшерін, ұтымды диетаны, қантты қаннан аз бөлетін сульфаниламидтерді дұрыс қолдану арқылы диабетті тұрақтандыру мен диабеттік ретинопатияны компенсациялауға жетуге болады. Ал бұның өзі көздің түбіндегі өзгерістерді тұрақтандырады, аурудың алғашқы кезеңінде микроаневризмдер мен қанталаулар қайтып кетуіне жеткізеді. Белоктары көп, майлар мен углеводтар шектелген диеталарды қолдану жақсырақ болады. Зат алмасу құбылыстарына әсер ететін А,В1,В6,В12,В15 витаминдерінде қолданады.

Гиалуринидазаның әсерін тежейтін препараттарды да тағайындайды.

Флавоидар

- Рибофлавин, глицерол
- Фламин, ликвиритон

Аноболиялық стероидтар

- Неробол
- Нероболит, ретроболит

Ангиопротек- торлар

- Продектин
- Дицинон, доксиум

Қанның ұю құбылысын бақылай отырып тура әсерлі антикоагулянттардан гепаринді қолдану керек. Шыны тәрізді дене мен алдыңғы камераға қан құйылғанда хемотрипсин, лидазаларды бұлшықет арасына енгізеді. Алғашқы кезеңдерінде патогенетикалы бағытталған емдеу әдісі фотокоагуляцияны қолдану ұсынылады. Бұл әдіс тор қабықтың гипоксиясы мен жаңа қантамырлардың пайда болуына әсер етіп көздің көруін сақтап қалуға мүмкіндік береді.

Фотокоагуляция бір мезгілде немесе біртіндеп жаңа пайда болған қантамырлар мен қантамырлардың бүтін зонасын жоюға мүмкіндік береді. Бұдан басқа панретиналық лазеркоагуляция жасалады. Бұл әдісте 2-4 дүркін емдеуде бір-бірінен 0,5-2мм қашықтықта тор қабықтың экватордан тыс бетін 0,1-0,5мм диаметрлі коагулянттармен жабады.

Коагуляция жасағанда тек тор қабықтың тамырлары мен сары дақтың маңайына тимейді. Уақтылы жасалған лазеркоагуляция нәтижелігі жөнінен диабеттік ретинопатияны емдеудің барлық консервативтік әдістеріне қарағанда емдеу мерзімін 1,5-3 есеге дейін қысқартады.

Қант диабетімен ауырған адамдарды ұтымды емдеу мен диспансерлік бақылау диабеттік ретинопатияның алдын – алу болады. Қант диабетімен ауырған адамдардың көздерінің түбінде диабеттік ретинопатияның белгілері болмаса, онда оларды зерттеп тексеру 6 айда 1 рет жүргізіледі, ал егер тор қабықта диабеттік өзгерістер болған жағдайда оларды 3 айда 1 рет тексереді.

Қорытынды

Қорыта келгенде, диабеттік ретинопатия көздің ауыр асқынуларының бірі болып есептеледі. Ол қант диабетінің салдарынан да пайда болады. ДР болдырмау үшін қант диабетімен кешенді күресу қажет. Қант диабетімен ауыратын адамдар жылына 2-3 рет офтальмологқа көрінуі керек.

Пайдаланған әдебиеттер:

1. Көшеров К.Б. Көз аурулары – Алматы, 1997 жыл. 270бет
2. Астахов Ю.С., Клиническая офтальмология, 2000
3. Офтальмология, Е.И.Сидоренко, 2005
4. Биохимия, Е.С.Северина, 2005