

Silmaarstilt diabeetikule

Patsiendi infomaterjal

Infolehe eesmärk on teavitada diabeetikut ja ta omakseid võimalikust suhkurtõve poolt tekitatud silma võrkkesta haigusseisundist, selle diagnoosimisest ja ravi võimalustest.

Diabeetiline retinopaatia- mis haigus see on?

Diabeet ehk suhkurtõbi kahjustab silma võrkkesta veresooni, tekkinud kahjustust nimetatakse diabeetiliseks retinopaatiaiks. Suhkurtõvest tingitud silmapõhja muutused võivad halvendada nägemist.

Diabeetikul on oluline käia regulaarselt silmaarsti juures kontrollis, et varakult avastada suhkurtõvest tingitud silmakahjustused ja alustada ravi. Õigeaegne laserravi aitab säilitada nägemist ja vähendab oluliselt raske nägemispuude tekke riski.

Kellel võivad tekkida silmapõhja muutused?

Diabeetiline retinopaatia võib tekkida nii esimest kui ka teist tüüpi diabeedi korral. Seega tuleb silmi kontrollida kõigil diabeetikutel.

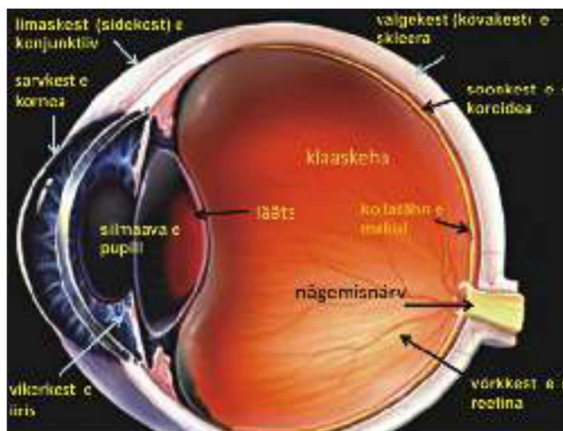
Esimest tüüpi suhkurtõvega haigetel võivad silmakahjustused tekkida 5-10 aastat pärast haiguse avastamist. Kui suhkurtõve avastamisest on möödunud viis aastat, tuleb kindlasti lasta silmaarstil silmapõhju kontrollida.

Teist tüüpi diabeediga patsiendid peavad kohe pärast suhkurtõve avastamist pöörduma silmaarsti poole, kuna igal viiendal teist tüüpi diabeediga patsiendil on diagnoosimise hetkel leitud muutusi silmapõhjas.

Diabeetilise retinopaatia teke ja areng on alati individuaalsed ning olenevad suhkurtõve kestusest. Mida paremini on veresuhkur, kolesterool ja vererõhk kontrolli all, seda väiksem on diabeetilise retinopaatia tekke risk. Juba tekkinud silmapõhjamuutuste korral on kindlasti vaja hoolega jälgida, et veresuhkru näidud oleksid korras ja vererõhk ei oleks kõrge. Suhkurtõvega noored naised peavad silmaarsti juures silmi kontrollima enne raseduse planeerimist, raseduse ajal iga kolme kuu järel ja pärast sünnitust 3-12 kuu jooksul.

Kus tekivad silmapõhja muutused?

Võrkkest (reetina) on silmapõhja valgustundlik kiht. Enne võrkkestale jõudmist peab valguskiir läbima silma sarvkesta, läätse ja klaaskeha. Võrkkestast jõuab kujutis mööda nägemisnärv aju.



Millised muutused tekivad silmapõhjas?

Suhkurtõve poolt kahjustatud võrkkesta väikesed veresooned võivad sulguda või muutuda läbilaskvamaks. Nende muutuste ilmnemisel tekkinud silmapõhjakahjustust nimetatakse diabeetiliseks retinopaatiaks. Diabeetiline retinopaatia jaotub mitteproliferatiivseks diabeetiliseks retinopaatiaks ja proliferatiivseks diabeetiliseks retinopaatiaks.

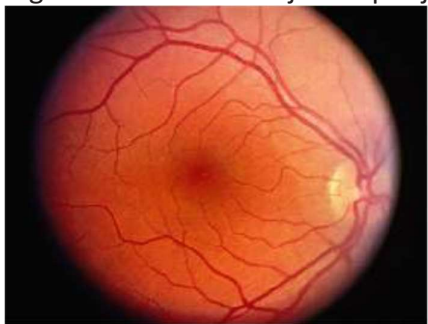
Mitteproliferatiivne diabeetiline retinopaatia jaotatakse kolme raskusastmesse: kerge, mõõdukas ja raske. Kerge ja mõõduka vormi korral tekivad veresoonte laiendid ja väljasopistused (mikroaneurüsmid), võrkkestasisesed verevalumid (intraretinaalsed hemorraagiad) ja veres leiduvate komponentide (lipoproteiinide) ladestused.

Raskema vormi korral lisanduvad eespool loetletud muutustele võrkkesta veenide laiendumine ja uute veresoonte areng. Eelkirjeldatud muutusi võib silmapõhjas näha hulgaliselt.

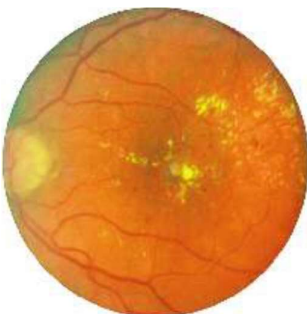
Haiguse arenedes võivad tekkida uudisveresooned (proliferatiivne retinopaatia). Uute veresoonte sein ei ole täiusliku ehitusega, vaid läbilaskvam ning silm võib täituda verega.

Sellised veresooned soodustavad ka sidekoe teket (proliferatsioon), mis võib viia võrkkesta irdumiseni silmapõhjust ja nägemise kaotuseni. Proliferatiivne retinopaatia võib kujuneda ka ilma eelnevate sümptomiteta ja ilma nägemisteravuse halvenemiseta.

Kõikide eelnimetatud retinopaatia staadiumite korral võib esineda kollatähni (maakuli) kahjustus, mis võib väljenduda kollatähni tursena või verevarustuse vähenemisena. Kollatähni asub võrkkesta keskosas ja on parima nägemise piirkond, sest võimaldab näha detaile ja lugeda. Kollatähni kahjustus põhjustab nägemisteravuse halvenemist.



Normaalne silmapõhi



Diabeetiline retinopaatia (koos kollatähni tursega)

Kuidas silmapõhja muutusi jälgida?

Diabeetilise retinopaatia teke ja areng on väga individuaalsed. Muutuste tekkides ei esine esialgu nägemise halvenemist. Võimalike muutuste tekke jälgimiseks ja õigeaegse ravi alustamiseks tuleb käia regulaarselt silmaarsti vastuvõtul. Tavaliselt piisab kontrollist üks kord aastas.

Juba tekkinud muutuste korral tuleb kontrollis käia arsti korralduse kohaselt. Silmade kontroll hõlmab nägemisteravuse määramist ning silma uurimist pilulambi (mikroskoobi) ja spetsiaalsete silmapõhja detaile suurendavate luupide abil. Seda protseduuri nimetatakse oftalmoskoopiaks.

Silmapõhja saab täpselt uurida ainult laiendatud silmaava (pupilli) kaudu. Laiendamiseks kasutatakse spetsiaalseid silmatilku. Nägemine on ajutiselt udune seni, kuni silmaava on lai. Vajaduse korral tehakse silmapõhjadest ka värvifotod, et jälgida muutuste arengut.

Silma veresoonte uuring värvainega

Silmapõhjas esinevate muutuste hindamiseks on mõnikord vaja teha fluorestseiinangiograafia. Uuringu ajal tilgutatakse silma silmaava laiendavaid tilku ja süstitakse käsivarre veeni kollakat värvainet, mis kandub verrega võrkkesta veresoontesse ning teeb need nähtavaks. Silmapõhjust tehakse ülesvõtted, et jäädvustada värvaine kulgu silma veresoontes ning veresoonte kahjustused ja nende ulatus. Pärast uuringut võib esineda kerge iiveldus, mis peagi möödub. Harva esineb allergilisi reaktsioone. Uuringus kasutatav värvaine võib näha 3-6 tunniks ning uriini kuni 24 tunniks kollaseks värvida. Ereda päikese korral on soovitatav kanda tumedaid prille.

Kuidas ravida tekkinud muutusi

Laserravi

Diabeetilise retinopaatia korral kasutatakse laserravi, mille vajadus oleneb diabeetilise retinopaatia muutuste raskusest ja kollatähni seisundist. Kui hakkavad tekkima uued veresooned, alustatakse laserravi, mille käigus kaetakse võrkkest kogu ulatuses laserpõletustega (pankoagulatsioon). Vajadust mööda tehakse võrkkestale 2000-4000 laserpõletust. Laserravi on vajalik uute veresoonte taandarenemiseks ja diabeetilise retinopaatia edasise arengu peatamiseks.

Laserravi on vajalik ka olemasoleva nägemisteravuse säilitamiseks kollatähni muutuste ja turse korral.

Laserravi aitab sulgeda lekkivaid veresooneid ja vähendada turset. Sellisel juhul tehakse laserpõletused ümber kollatähni või lekkivatele veresoontele. Laserpõletuste arv oleneb muutuste raskusastmest.

Tavaliselt tuleb laserravi teha korduvalt, vajaduse korral ka pikemate vaheaegade järel. Kindlasti peab meeles pidama, et enamasti laserravi ainult pidurdab tekkinud muutuste süvenemist. Laserravi on vajalik nägemise säilitamiseks, mitte parandamiseks.

Enne laserravi tilgutatakse silma laiendus- ja tuimastustilku. Tilgad hakkavad toimima 15-45 minuti pärast. Mõnikord kasutatakse ka tuimastussüsti silmaümbruse piirkonda. Tuimastussüst on vajalik, kui patsiendil on tugev valguskartus või kui patsient ei suuda silma fikseerida. Seejärel pannakse sarvkestale kontaktluup, mis hoiab silmalaud lahti ja annab silmapõhjast suurendatud pildi.

Laseriprotseduuri alguses võib patsient tunda ereda valguse tõttu ebamugavust, hiljem silm harjub. Kogu laserraviiprotseduuri jooksul on vaja hoida pea paigal ja silm ühes asendis. Vahetult pärast laserravi on nägemine ereda valguse ja laiendatud silmaava tõttu halvenenud. Tavaliselt taastub nägemine 2-3 tundi pärast protseduuri või hiljemalt järgmiseks päevaks.

Kõike eelnevat arvestades tuleks laserravile tulles varuda vähemalt kaks tundi aega. Laserravi päeval ei tohi juhtida autot ning lugemine ja töö arvutiga võivad olla raskendatud. Pärast laserravi võib tekkida muutusi värvide tajumisel, hämaras nägemisel ja vaatevälja ulatuses.

Kirurgiline ravi

Korduvate klaaskeha verevalumite ja sidekoe tekke korral on vajalik kirurgiline ravi - vitrektoomia, mille käigus eemaldatakse peente instrumentidega silma klaaskeha, verevalumid ning sidekude, tehakse silmapõhjale laserravi ja lõpuks täidetakse silmamuna õhu, paisuva gaasi või silikoonõliga. Operatsiooni ajal on võimalik rebendi teke võrkkestas, silmasisene verejooks ja võrkkesta irdumine. Pärast operatsiooni võib nägemise taastumine aega võtta mitu kuud. Võimalikud on kordusoperatsioonid.

Silmasisesed süstid

Kollatähni diabeetilise kahjustuse korral on mõnikord vaja ravimit silma sisse (klaaskehasse) süstida. Süstid on vajalikud, kui esineb kollatähni turse ning laserravi ei ole olnud efektiivne või ei ole tugeva turse tõttu võimalik laserravi teha.

Silmasiseseid süste tehakse ambulatoorselt, operatsioonitoas steriilsetes tingimustes. Silmasisese süsti teeb arst.

Silmasiseseks süstimiseks kasutatakse mitmesuguseid ravimeid:

- Anti-VEGF ehk veresoonte endoteeli kasvuteguri vastane ravim (nt Lucentis, Avastin, Macugen), mis pärsib uute veresoonte kasvu ja vähendab veresoonte seina läbilaskvust. Ravi tulemusel väheneb kollatähni turse
- Kenalog ehk triamtsinolonatsetoniid - sünteetiline kortikosteroid, millel on põletikuvastane toime. Kenalog vähendab veresoonte läbilaskvust, mille tulemusel väheneb kollatähni turse

Vajaduse korral järgneb silmasisesele süstile laserravi.

Abivahendid vaegnägijatele

Need diabeetikud, kelle nägemine on tugevalt kahjustunud, võivad kasutada spetsiaalseid abivahendeid. Igapäevaste tegevuste jätkamisel võivad abiks olla nii suurendusklaas kui ka erilised elektroonilised abivahendid.

Kuidas saab silmade seisundit kontrollida?

Täpsemat informatsiooni diabeedi ja diabeetilise retinopaatia kohta saab perearstidelt, samuti endokrinoloogidelt ja kõikidelt silmaarstidelt.

Silmaarsti vastuvõtule minekuks annab endokrinoloog või perearst patsiendile saatekirja, pöörduda saab ka ilma saatekirjata. Silmapõhja seisundit saab kontrollida kõikide silmaarstide juures.

Kui on vaja teha fluorestsüinangiograafiat või alustada diabeetilise retinopaatia ravi, saadetakse patsient edasi Ida- Tallinna Keskhaigla silmakliinikusse.

Silmaarsti vastuvõtule saab patsient registreeruda Ida-Tallinna Keskhaigla registratuuri numbril 666 1900 või haigla kodulehel www.itk.ee iPatsient kaudu.

ITK620

Käesoleva infomaterjali on
kooskölastanud silmakliinik
01.01.2020.