

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЛУЦЕНТИС» В ЛЕЧЕНИИ ВЛАЖНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь
ветеранов войн, г. Екатеринбург

Влажная (неоваскулярная) форма возрастной макулярной дегенерации развивается у 10–30 % больных с макулодистрофией и является главной причиной тяжелой потери зрения при данной патологии. В связи с низкой эффективностью традиционной терапии в настоящее время разработаны новые методы лечения на основе ангиогенных препаратов, примером которых является «Луцентис».

Цель — оценка эффективности и безопасности интравитреального введения препарата «Луцентис» в лечении влажной формы возрастной макулярной дегенерации.

Материал и методы. В данное исследование были включены 14 пациентов (16 глаз) с влажной (неоваскулярной) формой возрастной макулярной дегенерации в возрасте от 59 до 83 лет (средний $75,4 \pm 6,8$ лет). Из них мужчин было 5, женщин 9. Чаще всего из сопутствующей патологии встречались: гипертоническая болезнь, атеросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия, стенокардия. У 4 пациентов сопутствующим глазным заболеванием была глаукома II а степени (гипотензивная терапия — тимолол или простагландины).

Необходимо отметить, что в группу были включены больные с различными стадиями влажной формы дегенерации сетчатки — от начальной (преХНВ) до сформированной длительно существующей фиброваскулярной мембраны.

Всем больным было проведено стандартное офтальмологическое обследование (визометрия, авторефрактометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия), а также тест Амслера, осмотр на фундускамере с фотографированием глазного дна, оптическая когерентная томография (ОКТ) и кампиметрия (при остроте зрения более 0,3).

Введение «Луцентиса» проводилось всем пациентам по стандартной схеме: 1 раз в месяц, 3 месяца подряд и далее по потребности при увеличении отека нейроэпителия по данным ОКТ. Препарат вводился в условиях операционной через плоскую часть цилиарного тела в стекловидное тело в дозе 0,5 мг.

Офтальмологическое обследование проводилось через сутки и через месяц после введения препарата. При появлении жалоб обследование проводилось дополнительно. Срок наблюдения за пациентами был от 3 до 20 месяцев.

Результаты и обсуждение. Острота зрения исходно составила от 0,02 до 0,5 (средняя $0,21 \pm 0,11$), толщина сетчатки до лечения по данным ОКТ была от 272 до 591 мкм (средняя $390,85 \pm 86,58$ мкм). По тесту Амслера и кампиметрии выявлялось множество искажений и абсолютных и относительных скотом.

После введения препарата субъективно в первые сутки некоторые больные отмечали затуманивание зрения и мелькание мушек перед глазами, данные симптомы проходили самостоятельно на фоне местной терапии. После инъекции на первые сутки у больных отмечалось в 23 % случаев повышение остроты зрения в среднем на 0,1. Через месяц большинство больных (84 %) субъективно отметили уменьшение метаморфопсий, повышение контрастности и остроты зрения. По данным ОКТ толщина нейроэпителия в макулярной зоне уменьшилась в среднем на $114,2 \pm 64,8$ мкм.

В течение всего срока наблюдения улучшение отметили все наблюдаемые пациенты. Объективно повышение остроты зрения было у 43 % больных на 3 строчки, у остальных — на 2 и менее. Результаты по остроте зрения не были достоверными. Толщина сетчатки в среднем составила $270,08 \pm 65,8$ и уменьшилась в среднем на $189,4 \pm 52,2$ мкм, этот результат был достоверным ($p < 0,05$). У 36 % интерфейс сетчатки приблизился к норме, у остальных сохранялись участки отека или рубцовые изменения сетчатки по данным ОКТ.

После стандартного трехмесячного курса терапии «Луцентисом» больные продолжали наблюдение с проведением ОКТ исследований 1 раз в месяц, что позволило выявить рецидив отека со снижением зрительных функций в 25 % случаев через 2–3 месяца после последней инъекции, что потребовало дополнительного введения препарата. В 75 % случаев наблюдалась стабилизация процесса по данным ОКТ и визометрии. За период наблюдения у всех пациентов наблюдалось уменьшение количества и интенсивности скотом по данным кампиметрии.

Осложнений после интравитреального введения препарата «Луцентис» за время исследования не выявлено.

Выводы. После проведения стандартного трехмесячного курса лечения у всех больных от-

мечалось достоверное уменьшение отека сетчатки по данным ОКТ.

Повышение остроты зрения было у 43 % больных на 3 строчки, у остальных — на 2 и менее. Все участвовавшие в исследовании больные отметили уменьшение искажений, а по данным кампиметрии наблюдалось уменьшение количества скотом.

В 75 % случаев наблюдалась стабилизация процесса по данным ОКТ и визометрии в течение 20 месяцев.

После основного курса в 25 % случаев потребовалось дополнительное введение препарата, в связи с рецидивом отека сетчатки.

Интравитреальное введение препарата «Луцентис» является эффективным и безопасным методом лечения больных с влажной (неоваскулярной) формой возрастной макулярной дегенерации, но требует дальнейшего изучения для более точного прогнозирования эффективности и продолжительности лечения.

П. В. Назаров, Р. Р. Файзрахманов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОИНВАЗИВНОЙ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», г. Уфа

Развитие технологии закрытой витрэктомии идет в сторону уменьшения калибра, улучшения качества и увеличения ассортимента инструментов, что способствует расширению показаний к операции, и в частности с использованием микроинвазивных 25 и 27 G методов. Впервые закрытую витрэктомию внедрил Machemer в 1970 г. [16]. Витреотом был 17 G, требовалось проведение склеротомии размером 2,3 мм. O'Malley и Heintz в 1974 г. предложили 20 G систему с диаметром инструментов 0,9 мм, которая включала инфузию, витреотом и эндоветитель и стала «золотым стандартом» витреоретинальной хирургии. Системы с троакарными канюлями предложены в 2002 г. Fujii et al. для 25 G калибра [10, 11] и в 2004 г. Eckardt для 23 G [9].

Меньший диаметр инструментов приводит к снижению скорости инфузионного и аспирационного потока, что для ускорения процесса витрэктомии требует увеличения вакуума [10]. Так рекомендованный уровень вакуума при работе в центральных отделах стекловидного тела для 25G инструментов составляет 500 мм рт. ст. Тем не менее время удаления стекловидного тела по сравнению с 20G инструментарием дольше, но за счет бесшовных доступов общее время операции в большинстве случаев не увеличивается [14, 17].

Бесшовные доступы при 25 G витрэктомии в ряде работ связывали с большим процентом послеоперационного эндофтальмита и с гипотонией глазного яблока [11, 13, 15, 17, 18]. Для решения проблемы не герметичных доступов предлагают интраокулярную тампонаду газом [12] или использование тканевого клея [7].

Низкая прочность и легкое изгибание 25 и 27 G инструментов приводит к ограничению их использования для работы на периферии глазного

дна в связи с необходимостью вращения глазного яблока с их помощью [11, 13, 15]. Таким образом идеальные случаи для этой технологии — макулярная хирургия. В свою очередь, регматогенная отслойка сетчатки с разрывами на крайней периферии, передняя пролиферативная витреоретинопатия, ретинопатия недоношенных и другие тракционные отслойки сетчатки с локализацией пролифератов на периферии являются затруднительными для микроинвазивного инструментария. Передняя пролиферативная витреоретинопатия является наиболее частой причиной рецидивов отслойки сетчатки, таким образом, первоочередное значение имеет удаление эпиретинальных мембран у основания стекловидного тела [1]. Для облегчения работы на периферии сетчатки и лучшей визуализации используют: склерокомпрессию, офтальмоэндоскоп [4], контактные широкопольные системы, которые обеспечивают приблизительно на 10° большее поле обзора и устраняют роговичную асферичность, но требуют помощи ассистента. Контактные системы значительно уменьшают необходимость поворачивать глазное яблоко для доступа к периферии глазного дна, чего не позволяют бесконтактные системы, такие как BIOM [8]. Призматические контактные линзы с углом 20–30°, также обеспечивают хороший обзор периферии сетчатки, но требуют поворачивать линзу по оси [3]. В последние годы увеличивается прочность микроинвазивных инструментов, появились стальные канюли, усиленные рукоятки витреотомов.

Также широкое внедрение 25 G технологии сдерживает необходимость использования силиконового масла для длительной тампонады разрывов сетчатки в осложненных случаях. Силиконовое масло из-за высокой вязкости медленно