

пространства достигается медленно с помощью механизмов репарации, таких как клеточная пролиферация и глиоз.

Выводы:

Данное исследование показало, что гистологически тепловое слияние сетчатки с пигментным слоем сетчатки осуществляется через ряд этапов:

1. Удаление поверхности стекловидного тела.
2. Выполнение традиционного обмена между жидкостью и газом и аспирация доступной субретинальной жидкости через разрыв сетчатки.
3. Умышленное высушивание зоны вокруг края разрыва сетчатки для достижения обезвоживания сетчатки и субретинального пространства.
4. Применение тепловой энергии для слияния сетчатки с пигментным эпителием. Получающийся в результате интегрированный коагулят сетчатки и пигментного эпителия потенциально постоянно предотвращает попадание стекловидного тела в субретинальное пространство. Преимущества этой интраоперационной ретинопексии заключаются в том, что для поддержки сетчатки во время заживления раны могут не потребоваться дальнейшие интраоперационные этапы. Эта модель может послужить основой для изучения оптимального пути достижения термосинтеза сетчатки и пигментного эпителия.

Список литературы:

1. Ghazi N. Pathology and pathogenesis of retinal detachment / N. Ghazi, W. Green – 16 – Eye, 2002. – P. 411–421
2. Gonin J. La pathogénie du décollement spontané de la rétine. Ann d’Oculist / J. Gonin – 2 – Paris, 1994. – P. 30–55
3. Rumpf J. Inventor of the surgical treatment for retinal detachment / J. Rumpf, J. Gonin – 21 - Surv Ophthalmol, 2011. – P. 276–284
4. Wong S. Rhegmatogenous retinal detachment / S. Wong, Y. Ramkissoon, D. Charteris – 14 - Encyclopedia of the Eye. Elsevier Academic Press, Amsterdam, 2002. – P. 78-89
5. Yoon Y. Rapid enhancement of retinal adhesion by laser photocoagulation / Y. Yoon, M. Marmor – 96- Ophthalmology, 2016. – P. 1385–1388

УДК 617.73

Береснева Н.С., Бобыкин Е.В.

**ПРИЧИНЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИАНГИОГЕННОЙ ТЕРАПИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ МАКУЛЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ
(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)**

Кафедра офтальмологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Beresneva N.S., Bobykin E.V.

**REASONS FOR COMPLETION OF ANTI-ANGIOGENIC THERAPY OF
MACULAR DISEASES: RESULTS OF THE PATIENTS 'SURVEY
(PRELIMINARY REPORT)**

Department of Ophthalmology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: nadbere@mail.ru

Аннотация. В статье приводятся результаты телефонного опроса 214 пациентов, прекративших антиангиогенную терапию заболеваний макулы в условиях реальной клинической практики за период с 2010 по 2019 год.

Annotation. The article provides the results of a phone survey 214 patients who stopped anti-VEGF therapy of macular diseases in real clinical practice from 2010 to 2019.

Ключевые слова: заболевания макулы, анти-VEGF терапия, интравитреальные инъекции, прекращение лечения, опрос пациентов.

Key words: macular diseases, anti-VEGF therapy, intravitreal injections, completion of treatment, patient enquiry.

Введение

Антиангиогенная (анти-VEGF) терапия, направленная на подавление фактора роста эндотелия сосудов (англ., vascular endothelial growth factor, VEGF) с помощью лекарственных препаратов, введённых в полость глаза, рассматривается сегодня как «золотой стандарт» лечения таких социально-значимых заболеваний макулы, как неоваскулярная («влажная») возрастная макулярная дегенерация (ВМД), диабетический макулярный отёк (ДМО), макулярный отёк вследствие окклюзии вен сетчатки (МООВС) и миопическая хориоидальная неоваскуляризация (мХНВ). При этом результаты применения метода в реальной клинической практике зачастую существенно уступают данным рандомизированных клинических исследований [1-4].

Известно, что вне зависимости от применяемых схем анти-VEGF терапии длительное регулярное наблюдение имеет решающее значение для получения, а затем и сохранения значительного улучшения зрения [5]. При этом частые визиты в лечебное учреждение представляют собой существенное бремя для пожилых людей [6]. К другим факторам, способствующим несвоевременному прекращению наблюдения, относят большое расстояние от дома до больницы, неудовлетворенность результатами лечения, а также более пожилой возраст и низкую остроту зрения на момент начала лечения [7]. Несмотря на актуальность проблемы, нам не удалось обнаружить отечественные работы, посвящённые изучению данного вопроса.

Цель исследования - изучить причины, побудившие пациентов, получавших антиангиогенную терапию заболеваний макулы в условиях реальной клинической практики, прекратить наблюдение в клинике.

Материалы и методы исследования

Проведён ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, получавших антиангиогенную терапию в офтальмологической клинике Уральского государственного медицинского университета и прекративших лечение в период с 1 января 2011 г. по 31 декабря 2019 г. (пациенты считались прекратившими лечение при условии, если не явились на очередной назначенный осмотр, а также в течение двух месяцев после него). Анти-VEGF терапия включала интравитреальные введения ингибиторов ангиогенеза (ИВВИА) ранибизумаба и/или афлиберцепта по зарегистрированным показаниям (вВМД, ДМО, МООВС и мХНВ), выполнявшиеся амбулаторно в условиях стерильной операционной с применением дозировок и режимов, предписанных инструкциями по медицинскому применению препаратов. Для каждого пациента были записаны следующие характеристики: возраст в начале исследования, пол, максимальная корригированная острота зрения (МКОЗ) по Снеллену в начале исследования и при последнем посещении, количество ИВВИА за период наблюдения.

Исследуемую группу составили 214 пациентов (из них женщин -131; 61,2%) в возрасте от 24 до 92 лет (среднее \pm стандартное отклонение составили $68,7 \pm 13,3$). Нозологический состав был следующим: вВМД – 151 случай (70,1% от общего количества), МООВС – 24 (11,2%), мХНВ – 20 (9,3%), ДМО – 19 (8,9%).

Для установления причин прекращения наблюдения в клинике и определения фактического статуса последующего лечения был проведён телефонный опрос. Пациентов, с которыми удалось связаться, просили ответить на вопрос «Какая из следующих причин отказа от последующего наблюдения относится к вам?», выбрав один или несколько из предложенных вариантов ответов: 1. Общие сопутствующие заболевания; 2. Социальная изоляция; 3. Финансовое бремя; 4. Бремя мониторинговых визитов; 5. Субъективная неудовлетворенность результатами лечения; 6. Плохая переносимость ИВВИА; 7. Большое расстояние от дома до больницы (данный опросник был разработан и апробирован во Франции в 2014 году [7]). Исследователи звонили каждому пациенту один раз в неделю в течение трёх недель в феврале 2020 года. Если дозвониться не удавалось, то статус наблюдения оценивался как не установленный. Умершие пациенты были идентифицированы по данным медицинских карт или по сообщениям родственников. Исследование было выполнено в соответствии с российским биоэтическим законодательством и Хельсинкской декларацией для исследований с участием людей.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам опроса пациенты распределились следующим образом: прекратили регулярное наблюдение/лечение - 120 (56,1% исследуемой группы), продолжают лечение в другой клинике - 20 (9,3%), умерли - 23 (10,7%), статус неизвестен - 51 (23,8%).

Продолжительность наблюдения варьировала в пределах от 1 до 100 месяцев (в среднем - 14,3), в т.ч. менее 12 месяцев - 133 (62,1%) случая; 12- 23 месяца – 41 (19,2%), 24-35 – 20 (9,3%), 36-47 – 9 (4,2%), 48-59 – 1 (0,5%); 5 лет и более наблюдались 10 (4,7%) пациентов. Среднее количество процедур ИВВИА составило 4,0, а средний прирост МКОЗ – 0,13 (от исходной 0,28 до итоговой 0,41).

Распределение причин прекращения наблюдения представлено на диаграмме (рис. 1): почти половина из числа опрошенных, прекративших лечение, – 59 из 120 (49,2%) – сообщили об неудовлетворённости результатами лечения, реже среди причин фигурировали финансовое бремя (49 ответов; 40,8% пациентов), общие сопутствующие заболевания (24; 20,0%), большое расстояние от дома до больницы (16; 13,3%) и бремя периодических посещений (8; 6,7%). Не смогли или отказались уточнить мотивы прекращения лечения 7 (5,8%) опрошенных. Наиболее редкими мотивами явились плохая переносимость лечения (4 ответа; 3,3% пациентов) и социальная изоляция (2; 1,7%).

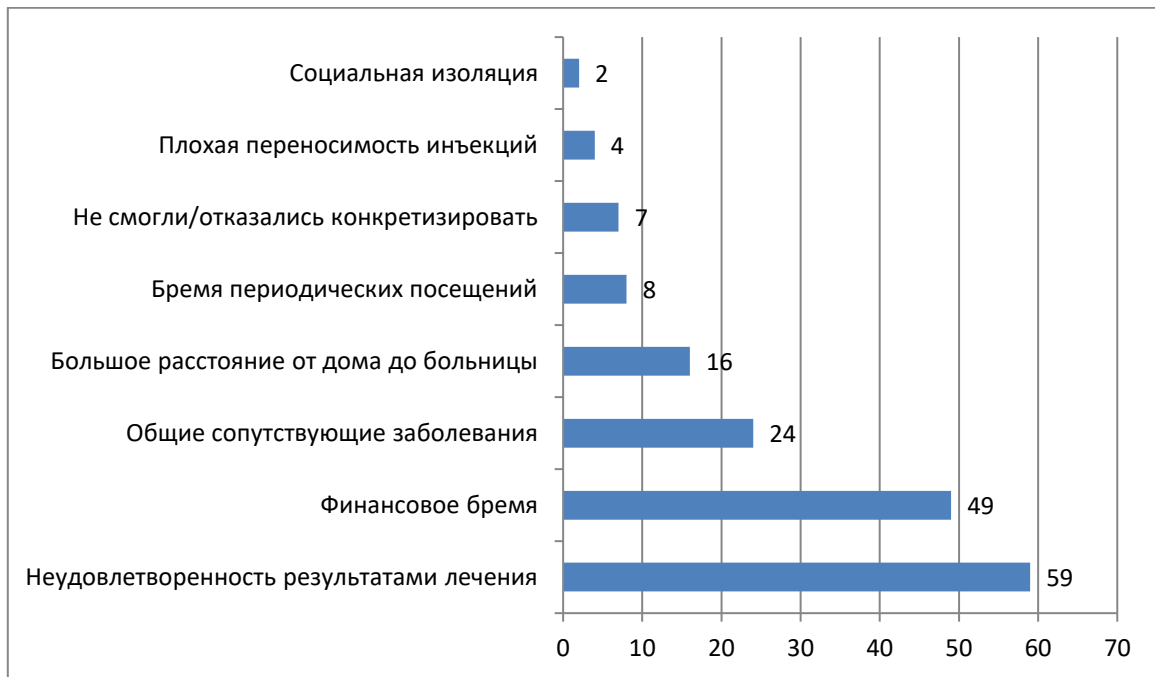


Рисунок 1. Причины прекращения наблюдения/лечения по данным телефонного опроса пациентов (n = 120)

Среди причин смены клиники, в которой проводится анти-VEGF терапия, фигурировали: финансовые мотивы (17 из 20 опрошенных; 85,0%), неудовлетворённость результатами лечения (5; 25,0%) и большое расстояние от дома до больницы (1; 5,0%).

Полученные нами данные отчасти соответствуют результатам опроса 115 пациентов с вВМД (средний возраст $78,3 \pm 7,4$ года), проведённого во Франции в 2012 году, в котором средняя продолжительность наблюдения составила 1,6 года при среднем количестве интравитреальных инъекций ранибизумаба 5,4 и незначительной отрицательной динамике МКОЗ (-1,3 буквы по шкале ETDRS). Среди причин полного прекращения лечения (n=20) преобладали субъективная неудовлетворенность результатами терапии (50%), большое расстояние от дома до больницы (45%) и финансовое бремя (20%), а мотивами для прекращения наблюдения в клинике, проводившей опрос (n=58, включая пациентов, сменивших клинику), стали большое расстояние от дома до больницы (51,7%), неудовлетворенность результатами лечения (34,5%) и бремя периодического наблюдения (24,1%). Различия предположительно связаны с несоответствием дизайна исследований (в частности, нозологического состава исследуемых групп), а также особенностями национальных систем здравоохранения и социального обеспечения.

Выводы:

1. В ходе телефонного опроса выявлены следующие категории пациентов (n=214), прекративших анти-VEGF терапию в клинике: полное прекращение - 120 (56,1%), смена клиники - 20 (9,3%), смерть - 23 (10,7%). Не удалось установить статус 51 (23,8%) человека.

2. Наиболее частыми причинами прекращения антиангиогенной терапии (n=120) стали неудовлетворённость результатами лечения, финансовое бремя и общие сопутствующие заболевания, указанные соответственно в 59 (49,2%), 49 (40,8%) и 24 (20,0%) анкетах.

3. Мотивами, побудившими пациентов (n=20) сменить клинику, стали: финансовое бремя (17 случаев; 85,0%), неудовлетворённость результатами лечения (5; 25,0%) и большое расстояние от дома до больницы (1; 5,0%).

Список литературы:

1. Бобыкин Е.В. Режимы применения антиангиогенной терапии для лечения заболеваний макулы в офтальмологии. Обзор литературы / Е.В. Бобыкин // Практическая медицина. – 2018. – Т.16. – №.5. – С. 104-111. URL: 10.32000/2072-1757-2018-16-5-104-111

2. Дроздова Е.А. Динамическая оценка морфологических и иммунологических параметров при макулярном отеке на фоне окклюзии вен сетчатки / Е.А. Дроздова, Д.Ю. Хохлова // Практическая медицина. – 2017. – №3(104). – С. 25-29

3. Коротких С.А. Антиангиогенная терапия неоваскулярных заболеваний макулярной области (отдаленные результаты) / С.А. Коротких, Е.В. Бобыкин, Н.С. Назарова и др. // Вестник офтальмологии. - 2016. - Т.132. - №1. - С. 76-84. URL: 10.17116/oftalma2016132176-84

4. Нероев В.В. Заболеваемость диабетической ретинопатией в Российской Федерации по данным Федеральной статистики / В.В. Нероев, О.В. Зайцева, Л.А. Михайлова // Российский офтальмологический журнал. – 2018. - Т11. - №2. – С. 5-9. URL: 10.21516/2072-0076-2018-11-2-5-9

5. Boulanger-Scemama E. Ranibizumab for exudative age-related macular degeneration: a five-year study of adherence to follow-up in a real-life setting / E. Boulanger-Scemama, G. Querques, F. About, et al. // Journal francais d'ophtalmologie. – 2015. – Т.38. – №.7. – P. 620-627. URL: 10.1016/j.jfo.2014.11.015

6. Cohen S.Y. Results of one-year's treatment with ranibizumab for exudative age-related macular degeneration in a clinical setting / S.Y. Cohen, L. Dubois, R. Tadayoni, et al. // Am J Ophthalmol. – 2009. – Т.148. – P. 409-413. URL: 10.1016/j.ajo.2009.04.001

7. Oishi A. Remission and dropout rate of anti-VEGF therapy for age-related macular degeneration / A. Oishi, M. Mandai, A. Nishida // Eur J Ophthalmol. – 2011. – Т.21. – P. 777-782. URL: 10.5301/EJO.2011.7430

УДК 616.3.61:061.2/4

Гилева К.В., Козлова А.С., Богачев А.Е.
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДВУСТОРОННЕГО РЕТРОБУЛЬБАРНОГО
НЕВРИТА**

Кафедра офтальмологии