

УДК: 617.723 – 002 – 02:617.751 – 085.84

ББК: 56.7

МАЛОИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ МИОПИЧЕСКОЙ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Прокопьева М.Ю., Жилева О.В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра офтальмологии ФДПО, г. Челябинск,
Россия

ЧОКТГ ветеранов войн, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Дегенеративная миопия – это заболевание, характеризующееся сочетанием миопической аметропии с дистрофическими изменениями оболочек глаза: склеры, сетчатки, пигментного эпителия, что приводит к стойкой потере зрения [3, 6]. Клиника патологической миопии многообразна, однако основную роль в снижении зрительных функций отводят страданиям макулярной области [2]. Миопическая ХНВ имеет отличительные черты: классическая форма, субфовеальная локализация, размеры до 3000 мкм без выраженных изменений на уровне нейросенсорной сетчатки [1, 6].

Патогенетически обоснованным методом лечения миопической ХНВ является применение анти-VEGF препаратов. Зарубежные рандомизированные многоцентровые исследования Radianse и Repair (2012 г.) убедительно доказывают патогенетически верный фармакологический подход в области лечения ХНВ при патологической миопии. Однако, в связи с отсутствием зарегистрированных конкурентоспособных препаратов, в Российской Федерации лазерное воздействие остается преобладающим способом лечения [3, 4, 5].

Цель исследования. Оценить результаты применения Ранибизумаба у пациентов с осложненной миопией с учетом исходных размеров ХНВ (пилотное исследование).

Материал и методы. Проведен анализ особенностей клинического течения и результатов анти-VEGF терапии препаратом Ранибизумаб в когорте, включающей 18 пациентов с миопией (из них 14 женщин, 4 мужчин, 21 глаз), наблюдаемых в Госпитале ветеранов войн. Средний возраст пациентов составил $63,3 \pm 11,2$ лет и варьировал от 45 до 78 лет, из них 38,8% - пациенты трудоспособного возраста. Сроки наблюдения в среднем составили $26,4 \pm 2,7$ мес. В исследовании применялся оптический когерентный томограф RTVue Version 4.0, Optovue в режиме 3D-macular Chorioretinal в условиях медикаментозного мидриаза, где учитывались размеры фокуса фиброваскулярной пролиферации (ширина основания и высота), толщина нейросенсорной сетчатки над ХНВ.

Исходная острота зрения с коррекцией более чем у половины пациентов составляла 0,2 и менее. Средняя острота зрения до лечения – $0,14 \pm 0,1$. Средняя и высокая степени миопии встречались в равных долях.

Результаты. В большинстве случаев нами диагностирована классическая ХНВ с фовеальной локализацией - 85,7% (18 глаз), в числе которых у 3 пациентов ХНВ выявлена билатерально (16,7%).

Для более тщательной оценки эффективности анти-VEGF терапии мы посчитали целесообразным разделить пациентов в зависимости от исходных размеров ХНВ на группы: условно «малые», «средние», «крупные» ХНВ. «Малые» мембраны: размер менее $1\frac{1}{2}$ pd (менее 1000 мкм), «средние» ХНВ - размером $1\frac{1}{2}$ -1 pd (1000 – 2000 мкм), «крупные» ХНВ – более 1 pd (более 2000 мкм). Диаметр ХНВ варьировал от 1000 до 2000 мкм (соответствует 1 папиллодиаметру) у 50% пациентов, что, вероятно, связано с поздней обращаемостью пациентов.

Выполнение интравитреальных инъекций Ранибизумаба проводилось при добровольном согласии пациентов с разрешения этического комитета в общепринятой дозировке, при выявлении ХНВ, затем – по показаниям (снижение остроты зрения при осмотре в динамике и появлении признаков активности мембраны по данным оптической когерентной томографии). Среднее количество инъекций составило $2,15 \pm 0,89$. Пациенты с изначально большими размерами ХНВ нуждались в большем количестве инъекций.

Анализ средних сроков ремиссии показал следующее: у пациентов с исходно «малой» формой ХНВ они составили $14,1 \pm 5,3$ месяцев, «средней» формой ХНВ (от 1000 до 2000 мкм) - $7,2 \pm 3,4$ месяцев, «крупной» формой ХНВ - $5,8 \pm 2,4$ месяцев. Мы наблюдали увеличение средней остроты зрения уже после первой инъекции: с $0,14 \pm 0,1$ до $0,19 \pm 0,09$, а так же ее стабилизацию во время всего срока диспансеризации.

Отметим, что толщина нейрорепителлия у пациентов с миопической ХНВ становилась достоверно меньше уже после первой инъекции с $231,0 \pm 55,7$ мкм до $173,7 \pm 67,0$ мкм в группе в целом, а наибольшая положительная динамика этого показателя отмечалась у пациентов со средними размерами ХНВ (с $240 \pm 37,5$ мкм до $161,6 \pm 66,4$ мкм, $p < 0,05$). Аналогичные данные получены при анализе динамики высоты ХНВ (с $243,0 \pm 56,3$ мкм до $156,3 \pm 30,3$ мкм, $p < 0,05$), а так же - ширины основания ХНВ (снижение с $1636 \pm 729,7$ до $1053,6 \pm 605,5$ мкм, $p < 0,05$) в группе в целом, а также в подгруппах средних и крупных ХНВ (с $1530 \pm 285,4$ до $860,6 \pm 370$ мкм и с $2618 \pm 406,1$ до $1420,6 \pm 965,3$ мкм соответственно, $p < 0,05$).

Выводы:

1. Терапия Ранибизумабом является эффективным малоинвазивным методом лечения миопической ХНВ, приводящая к улучшению остроты зрения и состояния сетчатки,

подтвержденного объективно с помощью ОКТ, и, что наиболее значимо, к сохранению стабильными данных параметров в течение длительного времени.

2. Необходим регулярный ежемесячный мониторинг пациентов с миопической ХНВ: визометрия, офтальмоскопия, фотоархив и ОКТ.

3. Количество инъекций и сроки стабилизации процесса зависят от исходных размеров неоваскулярной мембраны.

Список литературы:

1. Бойко Э.В. Характеристики хориоидальной неоваскуляризации при патологической миопии и эффективность ангиогенной терапии / Э.В. Бойко, С.В. Сосновский, Р.Д. Березин, В.В. Давыдова // «Макула – 2010» : микролекции, тез.докл., стеногр.дискус. – Ростов – на – Дону : Принт – Терра, 2010. – С. 231 – 238.

2. Ian G Morgan, Kyoko Ohno-Matsui, Seang-Mei Saw Lancet 2012; 379: 1739–48.

3. Neelam K, et al. Prog Retin Eye Res 2012;31:495-525.

4. Ohno-Matsui K, Yoshida K Curr Opin Ophthalmol 2004;15:197–202.

5. Ruiz-Moreno JM, Montero JA Eur J Ophthalmol 2002.

6. Silva R Ophthalmologica 2012;228:197-213.