МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦИИ
УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Материалы 42-й научно-практической
межрегиональной конференции врачей
(17–18 мая 2007 г.)

г. Ульяновск
2007 г.

Н.А. ПОЗДЕЕВА, Н.П. ПАШТАЕВ, А.А. ВОСКРЕСЕНСКАЯ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СУБРЕТИНАЛЬНЫХ НЕОВАСКУЛЯРНЫХ МЕМБРАН ПРИ ПОМОЩИ АВАСТИНА

Чебоксарский филиал «МНТК «Микрохирургия глаза»

Субретинальная хориоидальная неоваскуляризация (СНМ) занимает одно из первых мест в структуре заболеваний, приводящих к слепоте в возрастной группе старше 65 лет. Она приводит к необратимому снижению центрального зрения в 90% случаев. СНМ может быть вариантом развития экссудативной «влажной» формы возрастной макулодистрофии (ВМД) или осложнять течение миопической болезни (МБ). До последнего времени существовало два доказанных эффективных метода лечения СНМ: это лазеркоагуляция и фотодинамическая терапия с применением вертопорфина (Визудина). Однако недостаточная эффективность предложенных методов лечения, высокая коммерческая стоимость препаратов и соответствующего технического оснащения привели к поиску новых патогенетически обусловленных путей решения этой сложной проблемы.

Экспериментальными и клиническими исследованиями было доказано, что наибольшее значение в развитии неоваскуляризации при ВМД играет фактор роста сосудистого эндотелия VEGF (vascular endothelial growth factor). Ключевая роль VEGF в генезе неоваскуляризации послужила толчком к созданию нового класса лекарственных препаратов. Авастин (бевацизумаб) – моноклональное гуманизированное антитело класса Ig G, блокирующее все изоформы VEGF, не был изначально разработан для офтальмологической практики и был допущен FDA для лечения метастазирующего рака кишечника. Интравитреальное ведение Авастина при лечении офтальмопатологии является применением «off label».

Целью нашего исследования стал анализ первых результатов интравитреального введения бевацизумаба (Авастина) при лечении субретинальной неоваскуляризации у больных с ВМД и МБ.

Материалы и методы. Нами было выполнено интравитреальное введение Авастина 10 пациентам (12 глаз), страдающим ВМД или МБ. Все СНМ располагались субфовеолярно, 2 из них находились в стадии фиброза. Средний возраст пациентов составил 64 года (от 46 до 82 лет). У всех обследуемых в анамнезе имелось ухудшение остроты зрения в течение 6–24 месяцев (в среднем 16 месяцев), прогрессирование неоваскуляризации по данным ФАГ, оптической когерентной томографии и офтальмоскопии глазного дна линзой Гольдмана.

Больным после оформления информационного согласия на процедуру «off label» была выполнена интравитреальная инъекции 1,25 мг бевацизумаба через плоскую часть цилиарного тела в условиях операционной. Опе-

рация проводилась амбулаторно с контрольным наблюдением после инъекции. Не было зарегистрировано ни одного случая интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений после введения Авастина. Двум пациентам были выполнены повторные инъекции препарата через 1 месяц.

Перед операцией и через 1, 2 и 3 месяца после инъекции препарата оценивали корригированную остроту зрения вдаль, размер и толщину СНМ по данным оптического когерентного томографа «STRATUS OCT» (Германия), состояние центрального поля зрения на периметре «OCTOPUS» (Швейцария), проводили офтальмоскопию линзой Гольдмана и фоторегистрацию глазного дна. Перед операцией проводилась ФАГ с контролем динамики процесса в послеоперационном периоде.

Результаты. Средняя острота зрения до операции составила 0,063±0,051. Через месяц после инъекции Авастина острота зрения повысилась у 8 пациентов (8 глаз) до 0,128±0,0116, острота зрения четырех глаз осталась без изменений. Через 2 месяца наблюдения сохранялась тенденция к улучшению зрительных функций, лишь в 3 глазах центральное зрение оставалось исходным. Анализ результатов через 3 месяца подтвердил стабильность достигнутой остроты зрения у 9 пациентов. В ходе лечения ни один из пациентов не отмечал субъективного ухудшения зрения, что подтверждалось объективными данными визометрии. Отсутствие положительной динамики в остроте зрения наблюдалось в глазах с длительным анамнезом существования влажной формы ВМД (более 3–4 лет), а также в глазах с рубцовой стадией процесса (2 глаза).

Особенно значительная положительная динамика наблюдалась уже в первый месяц лечения по результатам периметрии. У всех пациентов регистрировалось уменьшение относительных и абсолютных скотом в центральном поле, даже в глазах без улучшения остроты зрения. В одном глазу полностью исчезла центральная абсолютная скотома с сохранением относительного снижения чувствительности к стимулу в центральном поле. Улучшение показателей периметрии, уменьшение глубины депрессии наблюдалось на протяжении всего срока наблюдения за пациентами.

Анализ субъективных данных показал, что уже к концу первого месяца 50% пациентов отмечали улучшение зрения, снижение интенсивности темных пятен перед глазами, их просветление. Количество жалоб у пациентов снизилось, они стали отмечать повышение контрастной чувствительности, уменьшение размеров центральных скотом, что способствовало улучшению качества их жизни.

По результатам линейного сканирования, выполненного на оптическом когерентном томографе, средний линейный размер СНМ до лечения составил 340±107μm. Контрольное обследование пациентов через 1 месяц показало уменьшение линейного размера СНМ до 298±94 μm. Снижение оптической плотности и сокращение размеров СНМ корригировало со стабилизацией и (или) улучшением зрительных функций пациентов.

Переход активной стадии СНМ в фиброзную отмечался в 1 глазу через месяц после инъекции Авастина. Это не сопровождалось ухудшением зрительных функций, зрение оставалось стабильным, а по данным периметрии уменьшилось количество как относительных, так и абсолютных скотом.

Учитывая отсутствие токсических реакций при интравитреальном введении Авастина, а также наличие положительных результатов лечения, применение препарата «off label» оправдано, но для окончательных выводов необходимо большее количество пациентов и более отдаленные сроки наблюдения.

Выводы:

1. Авастин приводит к регрессу СНМ и исчезновению транссудации из сосудов неоваскулярной мембраны, оказывая тем самым благоприятное влияние на зрительные функции пациента.

2. Интравитреальное введение Авастина при СНМ в стадии рубцевания, не оказывая влияния на остроту зрения, способствует уменьшению площади и количества абсолютных и относительных скотом в центральном поле зрение.

3. Оптическая когерентная томография и ФАГ являются необходимыми составляющими мониторинга проводимого лечения.

4. Интравитреальное введение Авастина является безопасным и эффективным способом лечения пациентов с СНМ при ВМД и МБ.

Л.Ю. ПОПОВА, В.А. СТАРОСТИН

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА В г. УЛЬЯНОВСКЕ

Ульяновская центральная городская клиническая больница

Принято считать, что дирофиляриоз – редкая для человека глистная инвазия, однако практика последних лет показывает явную тенденцию к росту данной патологии. Только за последние 5 лет случаи дирофиляриоза были выявлены более чем у 200 жителей 28 эндемичных областей России, поэтому он рассматривается как новая или вновь возникающая паразитарная болезнь во многих регионах страны. Так же дирофиляриоз расценивается и за рубежом.

Для человека дирофилярии являются факультативными паразитами, промежуточным хозяином их являются комары, окончательным – плотоядные животные семейства псовых, кошачьих, вивьерровых. Заражение человека происходит через комаров в тех местностях, где есть зараженные животные и благоприятные условия для развития инвазионных личинок. У жителей России зарегистрирована только инвазия Dirofilaria repens. Раз-