

Ирина ФИЛИПОВА, «Ремедиум»

Возрастная макулярная дистрофия: тонкости ведения пациентов

Юбилейный XXV Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи» был посвящен новейшим достижениям в области диагностики и лечения органа зрения. В рамках конгресса был проведен симпозиум «Ключевые аспекты ведения пациентов с влажной формой ВМД». В нем приняли участие д.м.н., замдиректора по научной работе ФГБУ НИИ глазных болезней Мария Викторовна Будзинская; к.м.н., научный сотрудник отдела лазерной хирургии сетчатки ФГАУ НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза им. академика С.Н. Федорова» Елена Константиновна Педанова и д.м.н., главный офтальмолог НСО Анжела Жановна Фурсова.

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся поражением центральной зоны глазного дна, при котором страдают сетчатка, пигментный эпителий и хориокапилляры. Клинически ВМД делится на два типа: сухую (атрофическая) и влажную (экссудативная). Влажная форма ВМД является одной из основных причин слепоты и у пациентов проявляется хориоидальной неоваскуляризацией (ХНВ) с последующими кровоизлияниями и фиброзом, что приводит к серьезному и необратимому снижению остроты зрения за короткий срок. Основная роль в патогенезе влажной ВМД принадлежит патологическому ангиогенезу и связанному с ним фактору роста эндотелия сосудов – vascular endothelial growth factor (VEGF). На данный момент единственной патогенетически оправданной терапией ВМД являются антиVEGF-препараты. На территории РФ зарегистрированы и широко применяются два препарата из этого класса: ранибизумаб (Луцентис) и афлиберцепт (Эйлеа), за годы использования в реальной практике продемонстрировавшие высокие показатели безопасности и эффективности в отношении стабилизации и улучшения остроты зрения и уменьшения отека. Открывая симпозиум, М.В. Будзинская в первую очередь задалась

вопросом: когда и с чего следует начинать антиVEGF-терапию? С 2008 г. основными критериями возврата активности ХНВ стали не функциональные, а морфологические проявления, которые возникают раньше, чем изменение зрения, и в случае своевременного назначения инъекции позволяют предупредить его ухудшение. Наибольшее значение в реальных клинических условиях для принятия решения имеют результаты ОКТ, в частности данные по персистенции и появлению новой интратетинальной жидкости, наличие которой является абсолютным показанием для начала антиVEGF-терапии. Помимо раннего начала, большую роль в достижении значимого улучшения остроты зрения играет регулярность проводимого лечения. Говоря об этом, М.В. Будзинская обратилась к результатам исследования реальной практики PERSEUS, где пациенты из групп нерегулярного лечения продемонстрировали значимо меньшую прибавку остроты зрения по сравнению с регулярным (+1,5 и +6,1 буква ETDRS соответственно). При этом количество инъекций между группами различалось всего на 2. На режимах антиVEGF-терапии остановилась в своем выступлении и Е.К. Педанова. Существует два подхода

к терапии – проактивный и реактивный. Проактивные направлены на предупреждение возврата активности заболевания, в то время как реактивные предполагают возобновление лечения уже в ответ на реактивацию заболевания. На данный момент наибольшую популярность в реальной практике приобретают именно проактивные режимы, а именно режим «лечить и увеличивать интервал» (Treat and Extend, T&E). Физиологической основой применения этого режима являются периоды возврата активности ХНВ у разных пациентов. В исследовании Mantel et al. было установлено, что данные периоды индивидуальны для каждого пациента, будучи при этом закономерными. Следовательно, подбор идеального интервала между инъекциями при помощи режима T&E позволяет индивидуализировать терапию в каждом конкретном случае. Учитывая высокую длительность супрессии внутриглазного VEGF, демонстрируемую препаратом афлиберцепт (71 день), научный интерес представляло изучение возможности его применения в режиме T&E начиная с первого года терапии. Результаты крупного рандомизированного исследования ALTAIR продемонстрировали, что почти половина пациентов смогла увеличить интервал между инъекциями до 12 недель на первом году терапии при достижении значимого повышения остроты зрения – до 9 букв. При этом на втором году лечения удалось значимо сократить количество требуемых инъекций – до 3,7, а у ≥ 40% пациентов интервал между инъекциями составил 16 недель при сохранении достигнутого улучшения зрения.

