

Кугаева Е.С., Жерносек Д.А.
**РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАВИТРЕАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА**

Научный руководитель: ассист. Терешенко О.В.

Кафедра глазных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Одним из наиболее частых, прогностически неблагоприятных проявлений диабетической ретинопатии и основной причиной прогрессирующего снижения остроты зрения (ОЗ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) является диабетический макулярный отек (ДМО). Количество пациентов с ДМО возрастает от 3% при непролиферативной ДР до 38% при препролиферативной ДР и 71% при пролиферативной ДР. Поэтому своевременная диагностика и последующее лечение данных пациентов остается актуальной задачей для врачей-офтальмологов.

Цель: провести анализ эффективности лечения пациентов интравитреальными инъекциями анти-VEGF препаратов с диабетическим макулярным отеком.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов с СД 1 и 2 типа в возрасте от 24 до 76 лет. Из них женщин было 21, мужчин – 9. Сахарный диабет 1 типа выявлен у 3 человек, у остальных 27 пациентов – 2 тип. Стаж заболевания составил в среднем 20 лет (от 2 до 30 лет). У всех пациентов лечение анти-VEGF препаратами сочеталось с панретинальной лазеркоагуляцией сетчатки. Пациенты были разделены на 2 группы. I группу составили 20 человек, которым были выполнены инъекции бевацизумаба (off-label). Пациентам II группы (10 человек), которым ранее уже проводилось лечение анти-VEGF препаратами, выполнялись инъекции бролуцизумаба. Динамика ДМО оценивалась методом оптической когерентной томографии (ОКТ), обследование проводилось до начала анти-VEGF терапии, на промежуточных этапах перед введением препаратов и через 1 месяц после завершения лечения.

Статистическая обработка данных проводилась в программах Microsoft Excel и Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. I группа пациентов, которым проводилось лечение бевацизумабом, в зависимости от способа введения препарата была поделена на две подгруппы А и В (А – интравитреальное введение; В – субтеноновое введение).

В подгруппе IA: Средняя толщина центральной зоны сетчатки до лечения бевацизумабом $552,2 \pm 157,6$ мкм, после терапии – $352,1 \pm 118,7$ мкм ($p < 0,05$), в подгруппе IB - средняя толщина центральной зоны сетчатки до лечения $332,4 \pm 104,5$ мкм, после – $190,2 \pm 138,1$ мкм ($p < 0,05$).

Во II группе пациентов среднее значение центральной толщины сетчатки до лечения $667,2 \pm 141,3$ мкм, после $406,9 \pm 131,2$ мкм, среднее значение разницы центральной толщины сетчатки составила $260 \pm 154,5$ мкм ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Терапия анти-VEGF препаратом бевацизумаб показала свою эффективность не зависимо от способа введения. При сравнении результатов лечения пациентов IA и IB статистически значимых отличий выявлено не было ($\chi^2 = 2,978$);

2. Препарат бролуцизумаб был использован для лечения ДМО у пациентов, рефрактерных к предыдущей терапии другими анти-VEGF препаратами. Анатомические и функциональные результаты терапии бролуцизумабом в значительной степени отличались от предыдущих;