

Примечание – * - $p < 0,05$ в сравнении с группой I по критерию Манна-Уитни.

Выводы. Таким образом, концентрация заменимых аминокислот аланина и пролина в группе пациентов, перенесших ранее микродискэктомию, с развившимся рецидивом грыжи межпозвонкового диска, достоверно выше, чем в группе пациентов после микродискэктомии без развившегося рецидива грыжи диска (в течение отслеживаемого нами катамнеза).

ЛИТЕРАТУРА

1. Позвоночник. Хирургическая анатомия и оперативная техника / Д. Х. Ким, А. Р. Ваккаро, К. А. Дикман [и др.]. – М. : Издательство Панфилова, 2016. – 848 с.
2. Кремер, Ю. Заболевания межпозвонковых дисков / Ю. Кремер ; под общ. ред. В. А. Широкова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2013. – 471 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АФЛИБЕРЦЕПТА ПРИ НЕОВАСКУЛЯРНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СЕТЧАТКИ, ОСЛОЖНЁННЫХ МАКУЛЯРНЫМ ОТЁКОМ

Ильина С. Н.¹, Стасюкевич Д.А.², Карпович Н.В.², Кожецкая А.А.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет

² Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Актуальность. Сосудистые заболевания сетчатки остаются ведущей причиной необратимой потери зрения в трудоспособном возрасте. По последним данным ВОЗ, более 160 млн человек во всём мире живут с тяжёлыми нарушениями зрения, из них ≈ 8 млн – с офтальмологической инвалидизацией [1]. Две клинические ситуации доминируют в структуре ретиальной слепоты: диабетическая ретинопатия (ДР) и тромбоз центральной вены сетчатки (ЦВС) или её ветвей.

Диабетический макулярный отёк (ДМО) развивается у каждого пятого пациента, болеющего сахарным диабетом (СД) ≥ 10 лет. В Республике Беларусь клинически значимый ДМО регистрируют у 5,2 % всех диабетиков и у 16,5 % – при наличии уже верифицированной ДР. Основным патогенетическим фактором является избыточная продукция сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF-A), который повышает проницаемости сосудов, способствует экссудации и неоваскуляризации.

Тромбоз ЦВС и её ветвей (ТВЦВС) занимает второе место после ДР по частоте (≈ 60 % всех ретинальных сосудистых катастроф) и приводит к резкому падению остроты зрения (ОЗ) вследствие ишемии и последующего отёка макулы. Без адекватной anti-VEGF-терапии 25–30 % пациентов теряют ≥ 3 строки зрения в первые 12 месяцев (

С момента появления первых ингибиторов VEGF (ранибизумаб, 2006) и афлиберцепта (2012) интравитреальное введение этих препаратов стало

«золотым стандартом» лечения неоваскулярных форм макулярных отёков. Афлиберцепт представляет собой рекомбинантный белок-«ловушку», включающий домены VEGF-рецепторов 1 и 2, что обеспечивает высокое сродство к изоформам VEGF-A, -B и PlGF. Преимущество молекулы – длительное время полувыведения из витреальной полости ($\approx 4\text{--}5$ сут), что теоретически позволяет увеличивать интервалы между инъекциями без потери эффективности.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность интравитреального афлиберцепта у пациентов с неоваскулярными поражениями сетчатки, осложнёнными макулярным отёком, в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы исследования. Проспективное межгрупповое когортное наблюдение (2019–2025 гг.) проведено в отделении микрохирургии глаза УЗ «Гродненская университетская клиника». Исследование одобрено ЛЭК учреждения, все пациенты подписали информированное согласие. Критерии включения: Возраст ≥ 18 лет, клинический и ОКТ-подтверждённый макулярный отёк вследствие: а) тромбоза ЦВС или её височных/носовых ветвей ≤ 3 мес; б) ДР с ДМО (по критериям ETDRS), начальная ОЗ $\leq 0,5$ (Snellen), Толщина центральной сетчатки (СТС) ≥ 300 мкм (Spectralis, Heidelberg), Гемоглобин A1c $\leq 10\%$ (для диабетиков).

Было обследовано – 28 пациентов (31 глаз) с тромбозом ЦВС или её ветвей, 26–69 лет (Me 54), с диабетическим макулярным отеком – 36 пациентов (45 глаз), 23–70 лет (Me 58). Пациентам с диффузным либо кистозным отеком макулярной области на фоне тромбоза центральной вены сетчатки и её височных ветвей проводилось интравитреальное введение препарата Афлиберцепт (2 мг афлиберцепта, что эквивалентно 50 мкл (0.05 мл) раствора для инъекций), согласно протоколам лечения. Пациенты с диабетической ретинопатией с клинически значимым ДМО во время проспективного, наблюдательного, одноцентрового исследования получали ингибитор сосудистого эндотелиального фактора роста в виде интравитреальных инъекций Афлиберцепта (2 мг). Лечение включало 5 ежемесячных загрузочных инъекций, а затем инъекции каждые 1- 2 месяца на протяжении первого года лечения. Всем пациентам при каждом визите была произведена визометрия, исследование полей зрения на периметре Ферстера и компьютерном периметре, обследование переднего отрезка глаза щелевой лампой, прямая офтальмоскопия, фотофиксация глазного дна на немидриатической фундус камере, тонометрия по Маклакову. ОКТ проводилась до лечения и ежемесячно в течение всего периода наблюдения. Статистический анализ результатов обследования и лечения пациентов осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0. Значимость различия средних величин оценивалась с использованием параметрического t критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Отличий по возрасту, полу, давлению крови, ИМТ между группами не выявлено. Группа 2 отличалась большей длительностью СД ($11,4 \pm 4,2$ vs 0 лет, $p < 0,001$) и выше HbA1c ($8,1 \pm 1,3\%$).

Исходная ОЗ была сопоставима: $0,16 \pm 0,11$ (Группа 1) и $0,20 \pm 0,15$ (Группа 2), $p = 0,37$. СТС достоверно выше в группе 1: 501 ± 108 vs 442 ± 95 мкм, $p = 0,04$. Прирост ≥ 3 строки зафиксирован у 77 % (Группа 1) и 84 % (Группа 2) глаз, потеря ≥ 1 строки – ни в одном случае. Среднее снижение СТС к 12 мес составило 47 % (-234 мкм) в Группе 1 и 50 % (-219 мкм) в Группе 2.

Наиболее выраженная корреляция между приростом ОЗ и уменьшением СТС наблюдалась на 3-м месяце ($r = -0,62$, $p = 0,003$). Группа 1: среднее число инъекций 3,6 за первый год и 5,4 – за 24 мес. Группа 2: 8,0 за первый год, 11,2 – за 24 мес. К 18 мес 37 % пациентов Группы 2 переведены на интервал 10–12 недель без потери эффективности. У 3 глаз (16 %) Группы 1 сохранился кистозный отёк > 300 мкм после 3 инъекций; у 2 из них добавлена фотодинамическая терапия (вертепорфин), у 1 – назначен капсула-имплант дексаметазона. В Группе 2 резистентность встретилась у 2 глаз (11 %), у которых СТС оставалась > 250 мкм после 5 загрузочных инъекций; оба пациента переведены на ранибизумаб + лазер фокальной фотокоагуляции. Побочные эффекты зарегистрированы у 4 пациентов (11,8 %): подконъюнктивальные кровоизлияния – 3 случая (разрешились ≤ 7 дней); кратковременное повышение ВГД > 25 мм рт. ст. – 2 случая (нормализовалось ≤ 24 ч без терапии); эндофтальмит, тромбоэмболия, системальные ССЗ – не зарегистрированы.

В публикациях GALILEO и COPERNICUS афлиберцепт демонстрировал прирост $+4,0$ – $4,5$ строки к 24 неделе у пациентов с ТВЦВС. Наши цифры совпадают: $+4,7$ строки к 12 мес. В исследованиях VIVID-VISTA при ДМО прирост составил $+4,4$ строки к 52-й неделе при 8–9 инъекциях – аналогично нашему $+4,5$ строки при 8 инъекциях.

Установлено, что каждый месяц задержки начала anti-VEGF-терапии снижает шанс получить прирост ≥ 3 строки на 11 % (OR 0,89). У 2 наших пациентов с ТВЦВС, обратившихся позже 6 недель от момента симптомов, даже после 4 инъекций ОЗ не превысила 0,4 – что подтверждает необходимость скрининга и раннего направления к специалисту.

В Группе 2 мы использовали загрузку + удлинение интервала. Среднее число визитов сократилось с 12 до 8,5 в год, что снижает нагрузку на клинику и повышает комплаентность пациента. При этом функциональный и морфологический итоги не уступают данным VIVID-VISTA.

Выводы. 1. Интравитреальное введение афлиберцепта обеспечивает стабильный функциональный и морфологический эффект у пациентов с неоваскулярными поражениями сетчатки, осложнёнными макулярным отёком: прирост зрения в среднем $+4,5$ – $4,7$ строки и снижение толщины сетчатки на 47–50 %.

2. Наиболее выгодная стратегия при ДМО – загрузочная фаза (5 инъекций) с последующим «*treat-and-extend*»-режимом; это обеспечивает ≥ 85 % комплаентности и позволяет увеличить интервалы до 10–12 недель у 37 % пациентов.

3. При тромбозе ветвей ЦВС критически важно начать терапию в первые 4–6 недель; отсрочка снижает вероятность значимого функционального выигрыша и требует большего числа инъекций в долгосрочной перспективе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко, Э. В. Антиангиогенная терапия в офтальмологии / Э. В. Бойко, С. В. Сосновский. – СПб : ВМА, 2013. – С. 250-261.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Колоцей В.Н.¹, Климович И.И.¹, Страпко В.П.¹, Юркевич С.В.².

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно,
Гродно, Беларусь

Актуальность. Хронический рецидивирующий панкреатит (ХРП) характеризуется полиэтиологичностью возникновения и различными клинико-лабораторными проявлениями, которые до настоящего времени окончательно не выяснены [1]. Поэтому весьма важно определить значение лабораторных показателей, наряду с клиническими и дополнительными методами исследования, при ХРП для диагностики и оценки лечения [2].

Цель. Выяснить значение лабораторных показателей наряду с клиническими и дополнительными методами исследования при ХРП для диагностики и оценки лечения.

Материалы и методы исследования. Нами ретроспективно изучены основные лабораторные, клинические и дополнительные методы исследования, которые применялись с целью диагностики и в процессе лечения у 159 пациентов среднего возраста с ХРП, которые находились на лечении в хирургическом отделении УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Гродно в 2022-2024г.г. Мужчин было 100 (62,9%), женщин 59 (37,1%).

Всем пациентам при поступлении и в процессе лечения определяли показатели общего анализа крови, мочи и основных ферментов поджелудочной железы (амилазы, липазы, диастазы). Биохимический анализ крови включал также: исследование уровня общего белка, билирубина и его фракций, активности трансфераз АСТ, АЛТ, концентрации мочевины, глюкозы, креатинина, С-реактивного белка, коагулограмму. Для определения альфа-амилазы (общей) применялся кинетический метод GNPG₃ -единицы измерения-Ед/л. Липаза определялась калориметрическим методом - единицы измерения - Ед/л и С-реактивный белок иммунотурбодиметрическим методом, единицы измерения -мг/л.

Дополнительные методы включали УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) произведена всем 159 (100%) пациентам с ХРП, компьютерная томография (КТ)