

Захворювання сітківки: анти-VEGF-терапія чи лазерна коагуляція?

10 травня відбувся черговий захід дистанційно-освітнього проєкту із сертифікацією Ophthalmic School під назвою «Сітківка: консервативне лікування & лазер», у якому взяли участь професор кафедри очних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, засновник медичного центру «Офтальмологічна клініка професора Сергієнка», доктор медичних наук Андрій Миколайович Сергієнко, головний лікар клініки «Центр ока – Офтальмологічний центр Печерський», кандидат медичних наук Станіслав Геннадійович Саксонов. Модератором заходу була професор кафедри офтальмології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук Оксана Петрівна Вітовська.

Андрій Миколайович у своєму виступі відповів на запитання щодо того, коли варто переходити на другу лінію терапії при діабетичному макулярному набряку (ДМН), а також зауважив, що впровадження в клінічну практику інтравітреальної анти-VEGF-терапії змінило парадигму лікування порушень зору внаслідок ДМН із запобігання втрати зору на покращення зору. Наразі рекомендована така тактика анти-VEGF-лікування: 5 початкових щомісячних ін'єкцій, проактивне подовження інтервалу між ін'єкціями до 2 міс, через 12 міс після початку лікування – подальше подовження інтервалу між ін'єкціями. Оскільки застосування анти-VEGF-препаратів суттєво покращує перфузію сітківки, існує навіть точка зору, що регулярні ін'єкції можуть дати можливість уникнути застосування методу, який на сьогодні є золотим стандартом лікування діабетичної ретинопатії, – лазерної коагуляції. Проте наразі це остаточно не доведено; за стійкого потовщення сітківки, що зберігається через 24 тиж (незважаючи на регулярні ін'єкції анти-VEGF-препаратів), слід розглянути доцільність проведення лазерного втручання. Крім анти-VEGF-терапії, при веденні пацієнтів із ДМН рекомендовано контролювати глікемію, рівень артеріального тиску та ліпідний профіль крові.

Покращення гостроти зору може суттєво поліпшити якість життя пацієнтів із ДМН. Так, покращення лише на 1 рядок може дозволити пацієнтам читати газети чи керувати автомобілем уночі, а покращення на 3 рядки може поліпшити прийняття рішень.

У патогенезі захворювань судин сітківки беруть участь фактори росту, а саме VEGF (фактор росту ендотелію судин) і PGF (плацетарний фактор росту), які виділяються внаслідок зумовленої оклюзії ретикулярних судин гіпоксії та сприяють неоваскуляризації. Іншими наслідками гіпоксії є запалення та підвищення проникності судин, які сприяють uszkodженню клітин і руйнуванню гематоретинального бар'єра. Саме тому доцільно застосовувати анти-VEGF-терапію. Оскільки в Україні пацієнти самостійно купують ці препарати, необхідно вчасно коригувати терапію, відмінивши анти-VEGF-препарати за відсутності покращення гостроти зору чи анатомії макули.

Крім анти-VEGF-терапії та лазерного лікування, при ДМН можуть застосовуватися глюкокортикоїди (дексаметазон, бетаметазон, триамцінолон) і макулярна хірургія з видаленням внутрішньої позгачинної мембрани. Спеціалісти з лікування хвороб сітківки, зокрема ДМН, мають різні погляди щодо цих методів, тому можна сказати, що наукову дискусію стосовно цього питання наразі не завершено.

У стандартах медичної допомоги за цукрового діабету, опублікованих Американською діабетичною асоціацією у 2021 р., зазначено, що панретинальна лазерна фотокоегуляція показана для зниження ризику втрати зору тільки в пацієнтів із проліферативною діабетичною ретинопатією та високим ризиком втрати зору, а в деяких випадках – за тяжкої непроліферативної діабетичної ретинопатії. За ДМН із залученням центральної ділянки макули, що загрожує втратою центрального зору, показані інтравітреальні ін'єкції анти-VEGF-препаратів.

Станіслав Геннадійович продовжив тему щодо питання другої лінії терапії ДМН, розпочавши виступ з уточнення термінології, а також зазначив, що терміни «ДМН» і «діабетична макулопатія» характеризують однакове поняття, але «ДМН» частіше вживається в англійській літературі, а «діабетична макулопатія» – в російсько-україномовній. Термін «клінічно значимий макулярний набряк» сьогодні є застарілим, оскільки використовувався до впровадження в широку клінічну практику оптичної когерентної томографії (ОКТ).

Основним випробуванням, присвяченим лікуванню ДМН, є ETDRS – Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (дослідження з вивчення раннього лікування діабетичної ретинопатії). Клінічно ДМН розподіляється на фокальний та дифузний; діабетичну макулярну ішемію виокремлюють.

Першою лінією терапії ДМН є анти-VEGF-терапія; її критерії неефективності – неефективність навантажувальних доз,

відсутність позитивної динаміки після введення 1-2 доз, відсутність ефекту після заміни препарату. Найчастіше застосовуваними анти-VEGF-препаратами є пегатаніб, афліберсепт, зів-афліберсепт, ранібізумаб, бевацизумаб і бролуцизумаб. Інші варіанти лікування ДМН – глюкокортикоїди, фармакологічне чи хірургічне відшарування задньої гіалюїдної мембрани, лазерна коагуляція (класична чи підпорогова). За оптимального підбирання енергії та застосування мікроімпульсного режиму лазерна коагуляція є високоефективним методом лікування. Доповідач проілюстрував успішне застосування лазерної коагуляції при недостатньому результаті від анти-VEGF-терапії клінічними випадками з власної практики.

У деяких випадках необхідно відразу розглянути доцільність застосування глюкокортикоїдів без очікування ефекту навантажувальних доз анти-VEGF-препаратів. Такими випадками є, наприклад, відшарування нейросенсорної частини сітківки на тлі ДМН або наявність гіперрефлексивних точок (активації мікроглії). У пацієнтів із такими ознаками можливе одночасне застосування анти-VEGF-терапії та кортикостероїдів.

На думку спікера, найпрогресивнішим методом лікування ДМН із периферичною ішемією сітківки є прицільна ретинальна фотокоегуляція. Фактори росту, що посилюють ДМН, продукуються ішемізованою сітківкою, а введення анти-VEGF-препаратів лише дозволяє знизити вміст цих факторів у склоподібному тілі, не впливаючи на причину їх вивільнення. Якщо не подолано ішемії периферичних зон, триватимуть і проліферація, і зміни макулярної ділянки.

Окрема важлива проблема – діабетична макулярна ішемія, оскільки для цього захворювання на сьогодні не існує однозначно ефективного лікування, а високимісним прогнозом є розвиток неоваскулярної глаукоми. У терапії цього стану застосовуються анти-VEGF-препарати та лазерна коагуляція, але вплив такого лікування на зорову функцію є незначним.

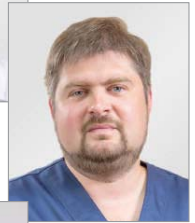
У пацієнтів із цукровим діабетом часто спостерігаються зміни не лише заднього відрізка ока, а й переднього, зокрема хвороба сухого ока (ХСО), що потребує спеціалізованого обстеження стану мейомієвих залоз і встановлення складу слізної рідини. Одним із засобів, які найчастіше використовуються в рутинній офтальмологічній практиці, є СуперОптік Компліт («Польфарма», Польща); він не містить консервантів, що надзвичайно важливо для сучасних офтальмологічних препаратів, і дозволяє слізній плівці належно формуватися. СуперОптік Компліт добре зарекомендував себе як засіб для профілактики ХСО під час лазерних маніпуляцій; основні активні речовини – гіалуронат натрію та декспантенол, які забезпечують інтенсивне зволоження поверхні ока та сприяють її регенерації.

Під час заходу в слухачів з'явилася запитання щодо того, яку роль мають вітамінні комплекси в зменшенні прогресування захворювань сітківки. Доповідач відповів, що, за даними клінічних досліджень, при віковій макулярній дистрофії (ексудативній або сухій формах) доцільно застосовувати лютеїновмісні дієтичні добавки, наприклад, СуперОптік («Польфарма», Польща). На жаль, більшість пацієнтів у наш час хочуть отримати швидкий результат, а це не завжди можливо, тому їм необхідно пояснювати, що для запобігання прогресуванню уражень сітківки слід приймати комплекси вітамінів, мінералів та антиоксидантів упродовж тривалого часу (щонайменше 6 міс). Оксана Петрівна підтвердила слова колеги та нагадала, що розвиток вікової макулярної дегенерації асоціюється зі зниженням щільності макулярних пігментів, тому застосування антиоксидантів, зокрема каротиноїдів, мінералів і вітамінів, може уповільнити прогресування хвороб сітківки. СуперОптік містить також каротиноїди лютеїн і зеаксантин, мікроелементи (цинк, мідь, селен, марганець), вітаміни (А, В₂, В₆, С, Е, ніацин, фоліева кислота), поліненасичену докозагексаєнову кислоту.

Відповідаючи на запитання, доповідачі висловили думку, що при лікуванні уражень сітківки на тлі цукрового діабету не варто очікувати на стабілізацію рівня глюкози крові, а слід одразу розпочинати активну офтальмологічну терапію, адже в іншому разі можлива втрата зорової функції.



А.М. Сергієнко



С.Г. Саксонов



О.П. Вітовська

Безумовно, такі пацієнти потребують мультидисциплінарного підходу та консультації ендокринолога.

Ще одне запитання стосувалося частоти появи побічних реакцій після інтравітреальних ін'єкцій дексаметазону. Станіслав Геннадійович відповів, що нерідко після 2-3 ін'єкцій розвивається катаракта, тому доцільно психологічно готувати пацієнта до того, що доведеться замінити кришталик. Значного стійкого підвищення внутрішньоочного тиску у відповідь на дексаметазон спікер у власній практиці не спостерігав, хоча минулі колювання можуть відзначитися.

Цікавим питанням є лікування ішемії без макулярного набряку. У таких випадках Андрій Миколайович застосовує препарати ресератролу, а Сергій Геннадійович – ретельне спостереження з метою запобігання неоваскулярній глаукомі та (в деяких випадках) суцільну коагуляцію ішемізованих зон. Обидва спікери погодилися, що цукровий діабет унаслідок ураження судин завжди супроводжується ішемією сітківки того чи іншого ступеня тяжкості. Для виявлення ішемії може застосовуватися ангіо-ОКТ.

Якщо розвинулася неоваскуляризація, в молодих пацієнтів варто віддати перевагу інтравітреальним ін'єкціям анти-VEGF-препаратів і посилити контроль глікемії. Іншим варіантом є пошук зон ішемії та їхня прицільна коагуляція, але цей метод наразі обмежений недосконалістю діагностичними можливостями. Якщо неоваскуляризація спостерігається в пацієнта похилого віку чи у хворого, якому складно регулярно відвідувати лікаря для проведення ін'єкцій, доцільно провести панретинальну лазерну коагуляцію.

Слухачі ставили не лише загальні запитання, а й запитання щодо конкретних клінічних випадків. Так, з'явилася запитання щодо лікування пацієнта з тромбозом гілки центральної вени сітківки без ураження макулярної зони та макулярного набряку. Андрій Миколайович відповів, що в таких випадках також доцільним є введення анти-VEGF-препаратів, оскільки цим станом властива тенденція поширення на макулярну ділянку з різким зниженням зору. Сергій Геннадійович погодився з колегою та додав, що, за результатами досліджень, профілактична панретинальна лазерна коагуляція в таких випадках не дозволяє запобігти ускладненням. Лазеротерапію варто додавати до комплексного лікування лише за неефективності анти-VEGF-засобів або вираженої проліферації/неоваскуляризації. Максимальна експресія фактора росту ендотелію судин після тромбозу спостерігається на 2-му тижні – 3-му місяці після події, але часовий проміжок для введення анти-VEGF-препаратів переважно визначається терміном звернення пацієнта до лікаря. Наявність макулярного набряку є беззастережним показанням до інтравітреальних ін'єкцій анти-VEGF-засобів.

Тактика ведення пацієнтів із претромбозом на тлі цукрового діабету й артеріальної гіпертензії також передбачає застосування золотих стандартів офтальмології: якщо наявна діабетична ретинопатія, проводиться панретинальна лазерна коагуляція, а якщо розпочинається макулярний набряк, варто застосувати ін'єкції анти-VEGF.

Якщо наявні епіретинальний фіброз і деформація ретинального профілю, відсутня фовеолярна ямка, а гострота зору становить 0,5, доцільно застосовувати оперативне лікування. За наявності показань і виявлення прогресування хвороби вітреоретинальна хірургія проводиться навіть у разі високої гостроти зору. Очікувальна тактика в таких випадках є недоцільною (навіть небезпечною). Під час спостереження за пацієнтами до чи після проведеного лікування доцільним буде застосування антиоксидантних комплексів (наприклад, СуперОптік).

Оксана Петрівна підсумувала результати заходу, зауваживши, що на основі наданих доповідей кожен лікар може обрати оптимальний підхід для лікування своїх пацієнтів.

Підготувала Ларуса Стрільчук



СуперОптік – вітаміни для ефективної підтримки здоров'я очей



Мікроелементи
Селен (Se)
Цинк (Zn)
Мідь (Cu)
Марганець (Mn)



унікальне поєднання
16 компонентів
для здоров'я очей
в одній капсулі



Вітаміни Група В
(В1, В2, В3, В6, В12)
Вітамін А
Вітамін С
Вітамін Е
Фолієва кислота



Антиоксиданти
Лютеїн FloraGlo® – 10 мг
Зеаксантин

СуперОптік – містить компоненти
натурального походження
від провідних виробників Європи та Америки



Лютеїн FloraGlo®, який
запатентований американською
компанією Kemin, США



Високо-концентровані омега-3
провідного європейського виробника
ПНЖК – компанії GCRIeber, Норвегія



СуперОптік – 16 компонентів
від провідних Європейських
виробників для здоров'я очей в
одній капсулі.

ОДНА



НА ДОБУ