

УДК 617.7:616.995.-132.5]-085

Сухина Л.А., Смирнова А.Ф., Скородумова Н.Г.*,
Голубов К.Э., Сухина И.В., Котлубей Г.В., Ларкина А.В.

ОФТАЛЬМОДИРОФИЛЯРИОЗ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет
кафедра офтальмологии УНИПО,
кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней*

Резюме. Дирофиляриозы - тканевые зоонозные гельминтозы. Почти 50 % всех зарегистрированных случаев заболевания приходится на дирофиляриоз органа зрения. В литературе приводятся публикации, в которых рассматриваются единичные случаи офтальмодиросифилиоза

Цель исследования - изучение клинико-морфологических особенностей и диагностики офтальмодиросифилиоза.

Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов в возрасте от 3 до 75 лет, заболевших глазным дирофиляриозом. Среди наблюдаемых нами пациентов наиболее часто поражались лица в возрасте 30-40 лет (75%). Среди инвазированных преобладают лица женского пола (74,6%). Жалобы больного и клинические проявления заболевания зависели от места нахождения гельминта. В подкожном или подслизистом слое век или конъюнктивы появлялась безболезненная или болезненная «опухоль», сопровождающаяся локальным жжением, зудом и гиперемией. Характерным симптомом являлась подвижность «опухоли». Наиболее часто (54%) отмечена локализация дирофилярий в области подкожной клетчатки век и бровей. Локализация дирофиляриоза в конъюнктиве была обнаружена у 16 больных – 28%. В данном случае значительную диагностическую ценность представляла биомикроскопия глаза, при которой на фоне выраженного отека гиперемии и складчатости конъюнктивы обнаруживался гельминт. У всех наблюдаемых нами пациентов, при локализации дирофилярий под конъюнктивой, отмечались явления конъюнктивита или эписклерита. Наиболее сложно диагностировать гельминты в орбите. Хирургическое удаление гельминта можно считать радикальным методом лечения.

Ключевые слова: дирофиляриоз, глаз, лечение

Дирофиляриозы - тканевые зоонозные гельминтозы, которые характеризуются трансмиссивной передачей, медленным развитием, длительным течением и очаговым распространением [3,6]. Первое сообщение о дирофиляриозе у человека было сделано в 1566 г. португальским

врачом А. Лузитано (клинический случай удаления червя из глаза трехлетней девочки), затем подкожный дирофиляриоз у пациента описан в 1867 году в Италии, а в России – в 1915 году А.П. Владиченским.

Наблюдения последних лет свидетельствуют о тенденции роста заболеваемости и расширения территорий случаев дирофиляриоза в Украине и странах СНГ [1,5,6,8]. Дирофиляриоз эндемичен не только для местностей с теплым и влажным климатом, но и для многих стран умеренного климата, а последние годы их ареал расширяется в северном направлении [1,2]. Рост заболеваемости дирофиляриозом возможно связан с изменением экологии и климата. Вместе с тем высказывается предположение, что определенную роль могут играть и переезды домашних животных, собак и кошек, которые путешествуют со своими хозяевами в различные регионы мира [3,11]. Заражение домашних животных новыми видами возбудителей паразитарных заболеваний и субклиническое течение инфекции, способствует завозу возбудителей в новые регионы, что может увеличивать риск инвазирования человека. Всего описано несколько видов червей, из которых наибольшее распространение имеют *Dirofilaria immitis* и *D. repens*. Первый обычно паразитирует, по литературным данным, в правом желудочке сердца, легочной артерии, полых венах, а второй – в коже [3].

У человека чаще всего паразитирует *Dirofilaria repens*. Человек является для него случайным хозяином, поскольку в организме его обычно не происходит созревания нематоды до половозрелой стадии, её спаривание и образование микрофилярий.

Dirofilaria repens – характеризуется медленным развитием и длительным хроническим течением [3-5]. Заражение человека происходит трансмиссивным путем через укусы кровососущих насекомых, комаров родов *Aedes*, *Culex*, *Anopheles*, которые являются векторными промежуточными хозяевами. Источник заражения комаров - инвазированные домашние животные:

собаки, кошки; реже – дикие плотоядные (волки, лисицы и др.).

Передача инвазии человеку осуществляется комаром, зараженным инвазированными личинками дирофилярий [3]. В условиях городской квартиры передача инвазии осуществляется круглогодично «подвальные» комарами рода *Culex*. Комары залетают в квартиры по вентиляционной системе современных многоэтажных зданий с центральным отоплением.

Проблема дирофиляриоза обусловлена широкой циркуляцией возбудителя в природной среде и отсутствием надлежащих мер по выявлению и дегельминтизации зараженных животных - облигатных дефинитивных хозяев (кошек и собак). Истинная заболеваемость людей дирофиляриозом неизвестна, так как регистрируется только те случаи, которые официально подтверждены изъятием гельминта. Почти 50 % всех зарегистрированных случаев заболевания приходится на дирофиляриоз органа зрения. Гельминт обнаруживается в веках, конъюнктиве, передней камере глаза, глазнице [4,7,9-11]. Поражения глаз при дирофиляриозе могут быть изолированным и единственным проявлением заболевания [4,9]. В литературе приводятся публикации, в которых рассматриваются единичные случаи офтальмо-дирофиляриоза.

В связи с этим представляет особый интерес более широкое изучение клинимоρφологических особенностей и диагностики офтальмодирофиляриоза, что определило цель исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов, в возрасте от 3 до 75 лет, заболевших глазным дирофиляриозом в Донецкой области с марта 1986 по март 2013г. Всем больным проводился стандартный офтальмологический осмотр, включающий наружный осмотр, визометрию, определение репозиции, положения глаз в орбите, подвижности глазного яблока, экзофтальмометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, а также ультразвуковое исследование глаз и орбиты. В сложных диагностических случаях, при локализации паразита в орбите, для исключения риносинусогенной этиологии данной патологии применяли рентгеновскую компьютерную томографию орбит и придаточных пазух носа. Извлеченные хирургическим путем (под местной анестезией) гельминты были идентифицированы в паразитологической лаборатории.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Анализ 98 карт эпидемиологического обследования (форма № 357/У) пациентов, заболевших дирофиляриозом в Донецкой области за период с марта 1986 по март 2013 года, показал, что поражение глаз наблюдалось в 57,14 % случаях.

Среди наблюдаемых нами пациентов с офтальмодирофиляриозом наиболее часто поражаются лица в возрасте 30-40 лет (75%). Среди инвазированных преобладают лица женского пола (74,6%).

При сборе анамнестических данных было отмечено, что почти 90% больных в течение года до начала заболевания за пределы страны не выезжали и летом неоднократно подвергались укусам комаров. Большинство больных (76%) обращались к врачам в конце декабря - начале марта. Из этого следует, что возможный срок инкубации составлял от 1-2 месяцев до 2 лет, что соответствует приведенным в литературе данным. Во всех случаях диагноз был подтвержден макроскопически извлечением особи - *Dirofilaria immitis*. Длина паразита колебалась от 5 до 14,5 см. Как правило, у больных выявляется один экземпляр возбудителя (99,7%) – развивающаяся неоплодотворенная самка. Из всех 56 больных обратившихся к окулисту, дирофиляриоз локализовался в веках (30 больных – 54 %), конъюнктиве (16 больных - 28%), склере (4 больных - 6%), передней камере глаза (2 больных - 4%), глазнице (4 больных - 8%). Жалобы больного и клинические проявления заболевания зависели от места нахождения гельминта. Как правило, в подкожном или подслизистом слое век или конъюнктивы появлялась безболезненная или болезненная «опухоль», сопровождающаяся локальным жжением и зудом, локальной гиперемией. Характерным симптомом являлась подвижность «опухоли», которая была отмечена в 80,08% наблюдений, (гельминт может мигрировать даже на расстояние нескольких десятков сантиметров). Иногда эту подвижность сопровождала головная боль, тошнота, слабость, боли в месте локализации и при передвижении гельминта, с иррадиацией по ходу нервных стволов, чаще в области виска, уха. Усиление подвижности гельминта вызывали сеансы УВЧ-терапии или УФО. В 16,6% наблюдений, у пациентов отмечалось повышение температуры тела. Поскольку на основании объективного обследования, поставить правильный диагноз достаточно сложно, то нередко (в 49%) пациентам с дирофиляриозом ставят диагноз: фиброма, атерома, киста, опухоль или аллергический отек. В связи с ошибкой в диагностике, эти больные длительно получали противовоспалительную терапию, не приносящую улучшения. Согласно нашим наблюдениям, наиболее часто (в 54%) отмечена локализация дирофилярий в области подкожной клетчатки век и бровей. Паразитирующая самка/самец находится в подкожной клетчатке и вызывает развитие отека тканей по типу Квинке.

При данной локализации офтальмодиروفилляриоза, развивается отек века, пастозность, ограничение подвижности век, зуд разной интенсивности, птоз, блефароспазм, умеренное либо очень сильное слезотечение, боль в покое и при пальпации. Под кожей образуются плотные узелки в виде ленты, гранулемы или опухоли. Локализация диروفилляриоза в конъюнктиве была обнаружена у 16 больных – 28%. В данном случае значительную диагностическую ценность представляла биомикроскопия глаза, при которой на фоне выраженного отека гиперемии и складчатости конъюнктивы обнаруживался гельминт. Исследования при использовании яркого света ЩЛ усиливали двигательную активность диروفиллярии, и в некоторых случаях, приводили к исчезновению её из поля зрения. Поэтому, прежде чем осматривать глаз в свете ЩЛ, мы проводили местную анестезию конъюнктивы и при обнаружении гельминта, сразу фиксировали его через конъюнктиву, и удаляли. У всех наблюдаемых нами пациентов, в случаях локализации диروفиллярии под конъюнктивой, отмечались явления конъюнктивита или эписклерита. Наиболее сложно диагностировать гельминты в орбите. Под нашим наблюдением находилось четверо больных. Наиболее частыми симптомами при поражении орбиты является односторонний процесс, экзофтальм, тенонит, отек и гиперемия конъюнктивы и кожи век, умеренное ограничение подвижности глазного яблока, диплопия и затруднение репозиции. У двух пациентов наблюдалось чувство онемения лица и боли при пальпации супраорбитальной точки. В одном случае глаз был совершенно спокоен, однако в анамнезе удалось выявить, что ранее больного длительно лечили по поводу склерита и конъюнктивита.

Повышение внутриглазного давления, которое мы наблюдали у 4 больных, оценили как реактивную офтальмогипертензию, на развитие воспалительного процесса в глазу при диروفилляриозе.

Морфологическое исследование тканей, окружающих диروفиллярий, показало, что наиболее часто наблюдалось гранулематозное воспаление с очагами некроза и соединительнотканной капсулой, с разрастанием грануляций, полиморфно-клеточной воспалительной инфильтрацией с большим количеством эозинофилов.

Общие токсикоаллергические реакции у человека не развивались, так как в организме отсутствовала микрофиляриемия. Эозинофилия периферической крови не является характерным симптомом, но в отдельных случаях она бывает в

пределах 8–13 %. Учитывая, что в организме человека диروفиллярии не достигают половой зрелости и соответственно, не отрождают микрофилярии, применение специального лечения не требуется. Хирургическое удаление гельминта можно считать радикальным методом лечения. Для иллюстрации экстраокулярного диروفилляриоза приводим несколько клинических наблюдений.

Больная М. (история болезни 1201/736), 59 лет, обратилась с жалобами на резкое покраснение левого глаза, чувство инородного тела в глазу. Заболела остро. В анамнезе, год тому назад, отмечала эпизодическое появление двоения. В процессе обследования патология лор-органов, придаточных пазух глаза, полости рта, и другие инфекционные заболевания, которые могли бы вызвать воспалительные орбиты, были исключены. Объективно: экзофтальм 0,4 см, резко расширены и извиты сосуды конъюнктивы, отек переходной складки, подвижное глазное яблоко в полном объеме, небольшое затруднение репозиции.

Проведенное ультразвуковое исследование глазного яблока определило в ретробульбарном пространстве, медиально от зрительного нерва, гипозоженное однородное образование с четкими, ровными контурами, размером 1,8-1,7 мм. На серии срезов КТ орбит (обследование проводилось на 4-х срезовом мультиспиральном томографе) – по медиальному нижнему краю правой орбиты определялось объемное образование округлой формы, с четкими ровными контурами, размерами 1,3-1,1-1,6 см. Плотность в центре +25 ед.Н., по периферии + 36+39 ед.Н.(в нативную фазу). После контрастирования (в/в 50 мл, «Визинап-320»), плотность в центре + 58 ед.Н., по периферии + 116 ед.Н. Образование расположено прямо позади глазного яблока, однако, прослойка между ним и глазным яблоком сохранена. Образование не связано со зрительным нервом и с медиальной прямой мышцей глаза. Экзофтальм справа на 0,4 см. Заключение: доброкачественное образование правой орбиты паразитарной этиологии (гидатидная киста). В результате обследования был выставлен диагноз: доброкачественное образование правой орбиты паразитарной этиологии (гидатидная киста). Проведено оперативное вмешательство, удалено округлой формы плотное новообразование. При вскрытии капсулы, внутри обнаружен клубочек неживого, частичного фрагментированного червеобразного паразита бело-серого цвета, окруженного грануляционной тканью.

Больная Ш. (история болезни 942/271), 52 лет, обратилась к окулисту с жалобами на покраснение правого глаза, чувство инородного тела. Из анамнеза известно, что отдыхала у родственников в Средней Азии. При осмотре правого глаза: резко выражена смешанная инъекция; отек конъюнктивы наиболее выражен между лимбом и местом прикрепления нижней прямой мышцы. При био-

микроскопии и фиксации света ЩЛ, видна подвижность и смена формы припухлости. Под местной анестезией, после фиксации гельминта через конъюнктиву, последняя была вскрыта. Был удален живой гельминт белого цвета, длиной 11,5 см. (рис.1). Больная К. 46 лет, смотря в зеркало, заметила исчезающую и появляющуюся в различных местах припухлость в конъюнктиве глаза. При осмотре в области наружного угла нижнего века визуализировалась припухлость конъюнктивы, локальная гиперемия. Окружающие ткани спокойны, отечность отсутствует. После эпibuльбарной анестезии было проведено наблюдение за конъюнктивой больной в свете ЩЛ. Через 3 минуты произошло изменение положения припухлости. Последняя фиксирована анатомическим пинцетом, рассечена слизистая и извлечено нитевидное образование белого цвета, длиной 9 см.

Таким образом, диагноз офтальмодиروفилариоза чаще всего устанавливается в результате случайной операционной находки гельминта и последующего его паразитологического и мор-

фологического исследования. Для улучшения качества диагностики этого паразитарного заболевания, необходимо уделить большее внимание жалобам и анамнезу, уточняя наличие возможного ощущения движения под кожей. Неспецифичность клинических симптомов и трудность диагностики диروفилариоза, диктует необходимость тщательного обследования пациентов группы риска (включая пальпацию, биомикроскопию, ультразвуковую диагностику, компьютерную томографию), а также глубокое изучение этой патологии врачами офтальмологического профиля на курсах повышения квалификации.

ВЫВОДЫ.

1. Среди зарегистрированных случаев диروفилариоза у человека, офтальмодиروفилариоз, с поражением век, конъюнктивы, склеры и орбитальной ткани наблюдался в 57,14% случаев.

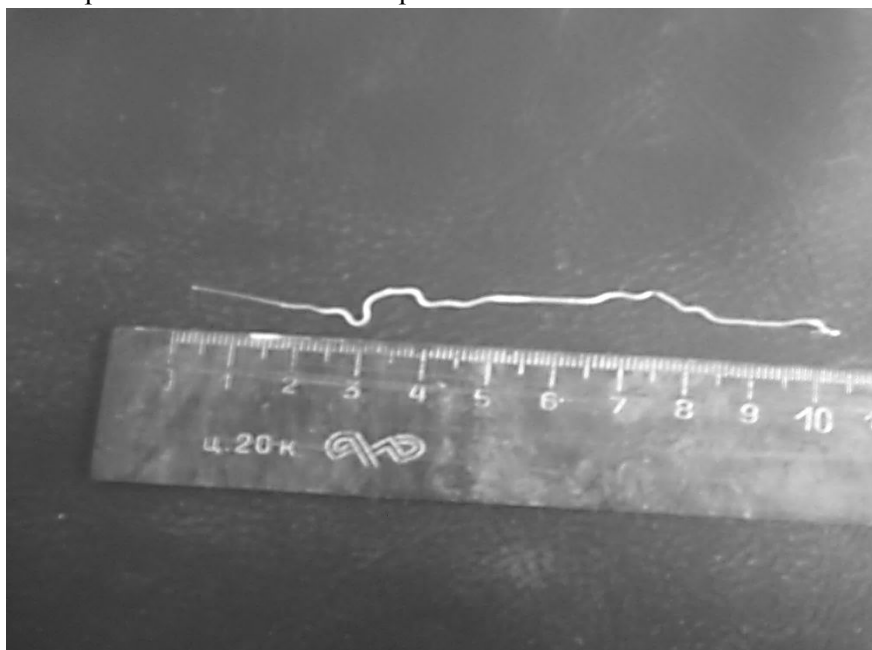


Рис.1

2. При диروفилариозе органа зрения на первый план выступают симптомы вялотекущего воспалительного процесса, не поддающегося традиционной противовоспалительной терапии и нередко симулирующего развитие псевдоопухолевого процесса, что приводит к затруднениям в диагностике заболевания.

3. Период миграции гельминта в мягких тканях различной локализации, не сопровождается развитием интоксикационного синдрома и клинически значимым изменением картины общего анализа крови.

4. Установленный первичный диагноз, как правило, не связан с паразитарной этиологией (атерома, липома, фиброма, реактивная лимфаденопатия, халязион, аллергический отек). Это объясняется основным признаком заболевания - безболезненным или болезненным мигрирующим опухолевидным образованием в коже век, морфологическим субстратом которого является гранулематозное воспаление, окружающее паразитов.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Авдюхина Т.И. Дирофиляриоз (*Dirofilaria repens*) в Российской Федерации и некоторых странах СНГ: ситуация и тенденция ее изменений / Т.И. Авдюхина, В.Ф. Постнова, Л.Н. Абросимова // Мед. паразитология.-2003.-№4.- С. 44-48.
2. Бронштейн А.М. Дирофиляриоз человека в Московском регионе// А.М. Бронштейн, В.Г. Сутряга /Мед. паразитология.-2003.-№4.-С.46-49.
3. Возиянова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни/ Ж.И. Возиянова.- К.: Здоров'я 2001.- т-2.-С.501-502.
4. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз/ Ю.Ф. Майчук – Москва: «Медицина», 1988.- С. 110-114.
5. Скородумова Н.П. Дирофиляриоз-уже не экзотика/ Н.П. Скородумова, Л.Д. Агарков //Новости медицины и фармации. Инфекционные болезни.- Донецк.-2010.- С. 31-34.
6. Служинська З. Дірофіляріоз в Україні/ З. Служинська // Український інформаційний бюлетень здоров'я.- 2001 . -№1.- С. 41-42.
7. Стрюкова И.Л. Дирофиляриоз в практике глазного врача / И.Л. Стрюкова, О.В. Гончарова, В.А. Гульянец //Вестник офтальмологи.-2001.-№3.- С.44-48.
8. Туйнов В.А. Дирофиляриоз у животных Донецкой области. Клинико-эпидемиологическое сопоставление / В.А. Туйнов //Вестник гигиены и эпидемиологии.- 2003 . - № 2.- С. 214-217.
9. Bden U. A case of orbital dirofilariasis in Northern Turkey/U. Bden, M. Hokelek, M. Acici // Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery, - 2007. - vol 23 (4)-P. 329-331.
10. Nadiz S. Subconjunctival dirofilariasis in India/ S.Nadiz, S.Tallur, V. Mangoli // Southast Asian. Trop. Med.-2001.-№6.-vol. 32 (2).- P.244.-246.
11. Szenasi Z. Human dirofilariasis in Hungary: an amazing zoonosis in central Europe // Z. Szenasi, A. Kovacs, S. Pompiglione / Wiener Kinische Wocknschiff.-2008.-vol. 120 (3-4).-P. 96-102.

Сухіна Л.А., Смирнова А.Ф., Скородумова Н. Г.,
Голубов К.Е., Сухіна І.В., Котлубей Г.В., Ларкина А.В
Донецький національний медичний університет

Офтальмодирофиляриоз: особливості клініки та лікування

Резюме. Дирофиляриози - тканні зоонозні гельмінтози. Майже 50 % всіх зареєстрованих випадків захворювання припадає на дірофіляріоз органу зору. В літературі наводяться публікації, в яких розглядаються поодинокі випадки офтальмодирофиляриоза. Мета дослідження - вивчення клініко-морфологічних особливостей та діагностики офтальмодирофиляриозу. Під нашим спостереженням знаходилося 56 пацієнтів у віці від 3 до 75 років, хворих очним дірофіляріозом. Серед спостережуваних нами пацієнтів з офтальмодирофиляриозом найбільш часто уражалися особи у віці 30-40 років (75%). Серед інвазованих переважають особи жіночої статі (74,6%). Скарги хворого і клінічні прояви захворювання залежали від місця знаходження гельмінта. В підшкірному або підслизовому шарі повік або кон'юнктиви з'являлася безболісна або хвороблива «пухлина», що супроводжувалася локальним печінням і сверблячкою, локальної гіперемією. Характерним симптомом була рухливість «пухлини». Найбільш часто (54%) відзначена локалізація дірофілярій в області підшкірної клітковини повік і брів. Локалізація дірофіляріозу в кон'юнктиві було виявлено у 16 хворих - 28%. В даному випадку значну діагностичну цінність представляла біомікроскопія ока, при якій на тлі вираженого набряку, гіперемії і складчастості кон'юнктиви виявлявся гельмінт. У всіх спостережуваних нами пацієнтів при локалізації дірофілярії під кон'юнктивою відзначалися явища кон'юнктивіту або епісклериту. Найбільш складно діагностувати гельмінти в орбіті. Хірургічне видалення гельмінта можна вважати радикальним методом лікування.

Ключові слова: дирофиляриоз, око, лікування

Summary

L. Sukhina, A. Smirnova, N. Skorodumova, K. Golubov, I. Sukhina, G. Kotlubei, A. Larkina.
Donetsk National Medical University

Ophtalmodirofilariasis: clinical picture and treatment features

Dirofilariasis is a tissue zoonotic helminthiasis. Nearly 50% of all registered cases account for dirofilariasis of the organ of vision. In literature there are publications which are considered isolated cases of ophtalmodirofilariasis.

The aim of the work: Study of clinicopathologic and diagnostic features of ophtalmodirofilariasis.

Materials and methods: We observed 56 patients, aged from 3 to 75 years old, with diseased eye with dirofilariasis. All the patients underwent a standard eye examination. With the localization of the parasite in the orbit we used X-ray computed tomography of the orbits and paranasal sinuses. Surgically extracted worms were identified by parasitological laboratory.

Results and discussions: Among the observed patients with ophtalmodirofilariasis, the persons at the age of 30-40 years (75%) were affected most often. Among the infested patients, females predominated (74.6%). In all cases the diagnosis was confirmed macroscopically –by extracting of an individual *Dirofilaria repens*. Parasite length ranged from 5 to 14.5 cm. Only single sample of causative agent is revealed (99.7%). Patient's complaints and clinical manifestations of the disease depended on the location of the helminth. In the subcutaneous or submucosal layer of lid or con-

conjunctiva painless or painful "tumor», accompanied by local burning and itching, local hyperemia appeared. The characteristic symptom is a mobility of «tumor." Most often (54%) the localization of dirofilyaria was observed in the subcutaneous fat tissue of eyelids and eyebrows. Localization of dirofilyaria in the conjunctiva was observed in 16 patients - 28%. In this case, a significant diagnostic value is represented by the biomicroscopy of eyes where on the background of marked edema, hyperemia and folding of the conjunctiva the worm was detected.

All the observed patients with subconjunctival localization of dirofilyaria had the phenomenon of conjunctivitis or episcleritis. The most difficult problem is to diagnose helminth in the orbit. The period of migration of helminth in the soft tissues of different localization is not accompanied by the development of intoxication syndrome and clinically significant change in the overall picture of a blood test.

Surgical removal of helminth can be considered as a radical treatment. Morphological examination of the tissues surrounding dirofilyarias showed that the most frequently granulomatous inflammation with foci of necrosis and connective tissue capsule with the growth of granulation polymorph cellular inflammatory infiltration with a large number of eosinophils was observed.

Conclusions: Among the reported cases of human beings' dirofilariasis, ophthalmodirofilariasis with the lesions of lids, the conjunctiva, sclera, orbital tissue was observed in 57.14 % of cases. In cases of dirofilariasis of the organ of vision in the foreground there are the symptoms of torpid inflammatory process, not amenable to conventional anti-inflammatory therapy and often pretending a pseudotumorous process that leads to the difficulty of diagnosing a disease. Initial diagnosis is usually not associated with parasitic etiology (atheroma, lipoma, fibroma, reactive lymphadenopathy, chalasion, allergic edema) due to the main feature of disease - painless or painful migratory tumor formation of eyelid skin, the morphological substrate of which is represented with granulomatous inflammation around animal parasites.

Key words: dirofilariasis, eye, treatment



УДК 617.721.6-044.955-08

Н.Г. Завгородняя, И.А. Поплавская, Л.Э. Саржевская, М.Б. Безуглый, Д.В. Мартынов

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИ VEGF-ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Запорожский Государственный медицинский университет,
Клиника современной офтальмологии «ВІЗУС»

Резюме. На современном этапе в лечении хориоидальной неоваскуляризации и экссудации широкое распространение получили препараты, блокирующие сосудистый эндотелиальный фактор роста (vascular endothelial growth factor-VEGF).

На сегодняшний день наиболее распространено применение двух препаратов, которые блокируют VEGF: селективного (пегаптаниб) и неселективного (ранибизумаб).

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности анти-VEGF препаратов у пациентов с хориоидальной неоваскуляризацией различного генеза.

В работе представлены результаты лечения 56 пациентов (56 глаз) с хориоидальной неоваскуляризацией различного генеза. У 35 пациентов (35 глаз) использовался пегаптаниб ("Макуген"), у 21 пациента (21 глаз) – ранибизумаб («Луцентис»). По данным ФАГ на всех глазах была неоваскулярная субретинальная мембрана (СНМ) в стадии активности.

Эффективность лечения оценивалась по данным визометрии, офтальмоскопии, оптической когерентной томографии и флуоресцентной ан-

гиографии. Улучшение остроты зрения у больных с хориоидальной неоваскуляризацией после интравитреального введения пегаптаниба отмечено в 65 % случаев, после введения ранибизумаба в 75 %. Уменьшение толщины сетчатки в центральной зоне по данным оптической когерентной томографии отмечено в 53 % после введения пегаптаниба и в 62 % после введения ранибизумаба.

Таким образом, применение пегаптаниба и ранибизумаба у пациентов с хориоидальной неоваскуляризацией различного генеза в большинстве случаев способствует улучшению или стабилизации зрительных функций, регрессу экссудации и неоваскуляризации.

Применение как селективных, так и неселективных анти-VEGF препаратов оказывает положительный эффект у пациентов с хориоидальной неоваскуляризацией и является безопасным методом лечения данной категории больных.

Ключевые слова: хориоидальная неоваскуляризация, экссудативная форма возрастной макулярной дегенерации, осложненная миопия, диабетическая ретинопатия, посттромботическая ретинопатия, блокатор сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF)