

РЕТИНАЛАМИН®

Нейропротекция
в офтальмологии



«Наука»
2007

РЕТИНАЛАМИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Т.Г. Каменских, кандидат медицинских наук;

Е.Ю. Мышкина, кандидат медицинских наук;

Е.Ю. Радченко

Саратовский государственный медицинский университет,

г. Саратов, Россия

По современным научным данным первичная глаукома представляет собой синдром двусторонней прогрессирующей оптической нейропатии, проявляющийся изменением полей зрения [3].

Повышение эффективности лечения больных первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) остается одной из актуальных проблем офтальмологии. Основным условием стабилизации глаукомного процесса является снижение давления терапевтическим либо хирургическим путем. Проблема коррекции метаболических нарушений, вызванных как самой глаукомой, так и перепадом давления в ходе фистулизирующих операций, а также послеоперационной гипотонией, остается актуальной.

При любом патологическом процессе происходит нарушение регуляции в переносе информационных молекул между клетками, поэтому усиление синтеза регуляторных пептидов в самом организме, а также введение их извне, может способствовать восстановлению утраченных функций [2].

Терапия, основанная на использовании полипептидов, отличается рядом существенных достоинств. Многолетний опыт использования пептидных препаратов в клинической практике показал высокую эффективность данного класса веществ в различных областях медицины, в том числе в офтальмологии [1].

Известно, что ретиналамин состоит из полипептидов сетчатки глаза телят — 5 мг и глицина — 17 мг. Ретиналамин нормализует процессы метаболизма в сетчатке, стимулирует функции клеточных элементов, способствует улучшению функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов, усиливает активность ретинальных макрофагов, оказывает нормализующее влияние на коагуляцию крови, обладает выраженным протекторным эффектом в отношении сосудистого эндотелия [4].

Цель настоящего исследования

Изучение влияния ретиналамина на состояние органа зрения больных ПОУГ и оптимизация этапов лечения глаукомы путем применения препарата ретиналамин.

Материалы и методы

В исследование были включены 74 больных (101 глаз) ПОУГ второй стадии. Возраст пациентов от 56 до 73 лет. Помимо традиционного хирургического и медикаментозного лечения 38 больных (52 глаза) получали препарат ретиналамин. Было выделено 2 группы (в зависимости от состояния компенсации внутриглазного давления):

- I группа – 23 пациента (36 глаз) с внутриглазным давлением, нормализованным путем применения местной гипотензивной терапии;
- II группа – 15 пациентов (16 глаз) с некомпенсированным внутриглазным давлением.

Контрольную группу составили 36 пациентов (49 глаз), где было сформировано 2 группы контроля:

- IA группа – 22 больных (35 глаз), внутриглазное давление у которых было нормализовано медикаментозно;
- II группа – 14 пациентов (14 глаз) с некомпенсированным внутриглазным давлением.

Всем пациентам до– и после лечения проводили комплексное обследование по стандартной методике, включающей визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, периметрию, тонографию, электрофизиологические методы исследования (корковые зрительные вызванные потенциалы), объективную оценку состояния ДЗН на компьютерном ретинотомографе (HRT-II).

Пациентам I группы вводили ретиналамин в количестве 5,0 мг ретробульбарно ежедневно в течение десяти суток (всего 50 мг на курс).

Пациентам II группы ретиналамин в количестве 5,0 мг вводился в теноново пространство однократно в сочетании с антиглаукомной операцией синустрабекулэктомией.

Пациентам IA группы вводили раствор тауфона 4% в количестве 0,5 мл ретробульбарно ежедневно в течение десяти суток.

Пациентам IIА группы была произведена синустрабекулэктомия по стандартной методике без медикаментозной нейропротекции.

Методика операции

Под сочетанной анестезией производили разрез конъюнктивы в нижне-наружном квадранте в 5 мм от лимба и разрез теноновой капсулы, выполняли заднюю трепанацию склеры. Шпателем формировали карман в теноновом пространстве до зрительного нерва. В карман вводили тупоконечную канюлю. На разрез накладывали кисетный шов. Через канюлю вводили ретиналамин, одновременно с этим затягивали кисетный – методика И.Б. Максимова [2].

Затем выполнялась операция синустрабекулэктомия по стандартной методике. Накладывали стерильную повязку на 2 ч.

Достижение давления цели в послеоперационном периоде является основной задачей. Учитывая перепад внутриглазного давления в ходе фистулизирующей операции, необходимо поддержать трофические процессы в зрительном нерве. Применение ретиналамина в момент операции выполняет функцию нейропротектора.

В контроле – пациентам IA группы вводили раствор тауфона 4% в количестве 0,5 мл ретробульбарно ежедневно в течении 10 суток, а пациентам IIА группы была произведена синустрабекулэктомия по стандартной методике без медикаментозной нейропротекции.

Клиническую эффективность оценивали через 14 дней и через 1 месяц после лечения по данным визометрии, периметрии, зрительных вызванных потенциалов, компьютерной томографии (табл. 1, 2).

Изменения клинико-физиологических показателей пациентов II группы и контрольных приведены в табл. 2.

В результате хирургического лечения глаукомы за счет нормализации внутриглазного давления выявлена положительная динамика состояния диска зрительного нерва при компьютерной лазерной ретинотомографии – уменьшилась глубина экскавации, изменилась ее форма.

В качестве примера – данные регрессионного анализа морфометрических показателей диска зрительного нерва больного Д. (72 года) представлены на фото 11 в приложении. Первое исследование проведено до операции, второе спустя 1 месяц после синустрабекулэктомии в сочетании с введением ретиналамина субтеноново.

Таблица 1

Динамика средних клинико-функциональных показателей в I группе и контрольной группе

Показатель	Средняя острота зрения		Поле зрения на белый цвет (град)		Амплитуда пика P100 паттерн-реверсивных ЗВП (мкВ)	
	Группа I	Группа IA	Группа I	Группа IA	Группа I	Группа IA
До лечения	0,4±0,1	0,4±0,1	345±9	380±11	7±1	7±1
После лечения через 14 дней	0,6±0,1*	0,4±0,1	425±8*	390±14	9±1	8±1
После лечения через 1 мес.	0,6±0,2*	0,4±0,1	415±8*	380±9	10±1	7±1

* $p < 0,05$ относительно исходных значений

Таблица 2

Динамика средних клинико-функциональных показателей во II группе и контрольной группе

Показатель	Средняя острота зрения		Поле зрения на белый цвет (град)		Амплитуда пика P100 паттерн-реверсивных ЗВП (мкВ)	
	Группа II	Группа IIА	Группа II	Группа IIА	Группа II	Группа IIА
До операции	0,2±0,1	0,2±0,1	320±9	340±9	7±1	7±1
После операции через 14 дней	0,3±0,1	0,2±0,1	360±8*	380±9*	6±1	6±1
После операции через 1 мес.	0,5±0,1*	0,3±0,1	390±8*	370±9*	9±1*	7±1

* $p < 0,05$ относительно исходных значений.

Резюме

Исследования показали, что при комплексном лечении глаукомы применение ретиналамина является более эффективным, чем традиционные методы терапии.

Помимо положительной динамики клинических показателей наблюдается повышение амплитуды корковых зрительных вызванных потенциалов, что свидетельствует об активации работы зрительной системы в целом.

Побочные эффекты не определялись ни у одного пациента.

Следует отметить хороший отдаленный результат лечения ретиналамином как при его ретробульбарном введении у больных глаукомой с нормализованным внутриглазным давлением, так и при введении субтеноново в сочетании с синустрабекулэктомией у больных с декомпенсацией офтальмотонуса.

Выводы

1. Ретиналамин эффективен в лечении больных первичной открытоугольной глаукомой как в условиях нормального офтальмотонуса, так и в сочетании с фистулизирующими операциями при повышенном внутриглазном давлении.

2. Повышение амплитуды пика P100 корковых зрительных вызванных потенциалов в результате лечения ретиналамином свидетельствует об активации работы зрительной системы в целом.

Литература

1. **Максимов И.Б., Анисимова Г.В.** Инволюционные центральные хориоретинальные дистрофии: применение пептидных биорегуляторов в комплексном лечении. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2001. – 88 с.
2. **Максимов И.Б., Мошетова Л.К., Савостьянова С.А.** Ретиналамин в комплексном лечении инволюционных центральных дистрофий. – СПб., 2006. – 96 с.
3. **Orgul S., Flammer J.** Pharmacotherapy in glaucoma // Verlag Hans Huber. – Bern, 2000. – P. 305.