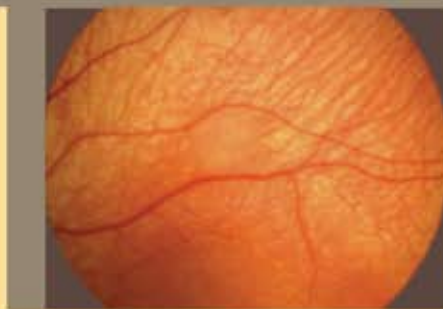


РЕТИНАЛАМИН®

Нейропротекция
в офтальмологии



«Наука»
2007

РЕТИНАЛАМИН В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ФАЗЫ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Е.А. Степанова, кандидат медицинских наук;

М.В. Кулакова

ГУЗ «Бонум»,

Екатеринбург, Россия

Актуальность проблемы

Ретинопатия недоношенных (РН) — тяжелое витреопролиферативное заболевание, развивающееся у преждевременно родившихся детей. Эта патология остается в центре внимания офтальмологов всего мира в связи с угрозой потери зрения этих детей [1]. Накоплен весьма большой опыт по раннему выявлению и лечению данной патологии, однако в некоторых ситуациях стандартной схемы терапии бывает недостаточно. Изложенное явилось основанием для изучения возможности применения ретиналамина.

Известно, что в основе патогенеза активной РН лежит пролиферация эндотелия под влиянием высвобождающегося фактора роста сосудов из ишемизированных зон сетчатки. Ишемия возникает вследствие вазоконстрикции незрелых сосудов в ответ на перепады уровня кислорода. Кроме данного звена патогенеза есть теория о повреждении клеток сетчатки с ее незрелой системой антиоксидантной защиты свободными радикалами, т.е. в связи с активацией процесса перекисного окисления липидов [2].

Стандартная схема терапии РН включает антиоксиданты (эмоксипин) и стероиды, обладающие противовоспалительным, антитоксическим, мембранопротекторным, десенсибилизирующим действием, но также имеющие иммунодепрессивное воздействие и угнетающие процессы регенерации. В этой связи, было решено дополнить схему лечения препаратом, который обладал бы защитным действием в отношении клеток сетчатки, усиливал стабилизирующее влияние на сосуды (мембранопротекция, стимуляция восстановления клеточной стенки), оказывал иммуномодулирующее влияние. Таким требованиям отвечает препарат пептидной структуры — ретиналамин [3, 4].

Цель исследования

- определить варианты течения активной РН и стадии рубцовой РН, при которых применение ретиналамина наиболее эффективно;
- оценить эффективность препарата, дополнительно назначенного, в сравнении со стандартной схемой терапии;
- оценить безопасность применения препарата.

Материалы и методы

Ретиналамин применяли дополнительно к стандартной схеме лечения при активной РН с обычным течением в III допороговой стадии (вероятность спонтанного регресса 25–35%) и при злокачественном процессе (вероятность спонтанного регресса близка к 0%), но в случае отсутствия ригидности зрачка и экстраретинального роста. В рубцовых стадиях РН препарат применялся при дистрофических и пигментных изменениях сетчатки в центральной зоне и на периферии, при фиброзе и швартообразовании в стекловидном теле, серповидной складке сетчатки или ее частичной отслойке (I–IV стадии).

Группы пациентов:

1 – активная РН, обычное течение:

- Исследуемая группа – 12 детей (21 глаз), получавших стандартное лечение + ретиналамин по 2,5 мг в виде парабульбарных инъекций курсом 10 процедур ежедневно, растворяя в физиологическом растворе по 0,3–0,5 мл.
- Контрольная группа – 18 детей (33 глаза), пролеченных по стандартной схеме.
- Дети сопоставимы по факторам риска (масса тела при рождении 980–1520 г, гестационный возраст 28–32 недели, длительность ИВЛ 3–12 суток).

2 – активная РН, злокачественное течение:

- Исследуемая группа – 9 детей (18 глаз), получавших стандартное лечение + ретиналамин по 2,5 мг в виде парабульбарных инъекций курсом 10 процедур ежедневно, растворяя в физиологическом растворе по 0,3–0,5 мл.
- Контрольная группа – 11 детей (22 глаза), пролеченных по стандарту.
- Дети сопоставимы по факторам риска (масса тела при рождении 870–1340 г, гестационный возраст 26–32 недели, длительность ИВЛ 4–20 суток).

3 – рубцовые стадии РН:

- Исследуемая группа – 7 детей (12 глаз) в возрасте 2–7 лет, получавших курс ретиналамина по 2,5 мг в виде парабульбарных инъекций 10 процедур ежедневно (всего на курс 50,0 мг препарата), растворяя в физиологическом растворе по 0,5 мл на фоне стандартного аппаратного лечения (ЛОТ, электростимуляция зрительного нерва, цветолечение).
- Контрольная группа – 11 детей (22 глаза) в возрасте 1,5–5 лет, получивших курс препаратов сосудистого и трофического действия в инъекциях и стандартное аппаратное лечение.

Результаты и обсуждение

В 1 и 2 группах оценивали частоту стабилизации РН и/или регресса, что рассматривалось как благоприятный результат, причем в 1 группе отмечали также скорость наступления регресса. Данные получены путем офтальмоскопического и ультразвукового исследования. Все результаты представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Результаты лечения детей с активной РН (обычное течение)

Результат	Исследуемая группа (21 глаз)	Контрольная группа (33 глаза)
Регресс в сроки до 14 дн	15 глаз (71,4%)	9 глаз (27,3%)
Регресс в сроки более 14 дн	4 глаза (19,0%)	19 глаз (57,6%)
Прогрессирование РН	2 глаза (9,6%)	5 глаз (15,1%)

Таблица 2

Результаты лечения детей с активной РН (злокачественное течение)

Результат	Исследуемая группа (18 глаз)	Контрольная группа (22 глаза)
Регресс и стабилизация	12 глаз (66,7%)	8 глаз (36,4%)
Прогрессирование РН	6 глаз (33,3%)	14 глаз (63,6%)

Таблица 3

Результаты лечения детей с рубцовыми стадиями РН

Динамика остроты зрения	Исследуемая группа (12 глаз)		Контрольная группа (15 глаз)	
	До лечения	После	До лечения	После
0,01-0,04	10 глаз (83,3%)	5 глаз (41,7%)	11 глаз (73,4%)	7 глаз (46,7%)
0,05-0,1	2 глаза (16,7%)	6 глаз (50,0%)	3 глаза (20,0%)	7 глаз (46,7%)
0,2-0,3	0	1 глаз (8,3%)	1 глаз (6,6%)	1 глаз (6,6%)

Таблица 4

Результаты лечения детей с рубцовыми стадиями РН

Расширение СГПЗ	Исследуемая группа (5 глаз)	Контрольная группа (6 глаз)
На 60–80°	2 глаза (40,0%)	1 глаз (16,7%)
На 40–50°	2 глаза (40,0%)	2 глаза (33,3%)
Без изменений	1 глаз (20,0%)	3 глаза (50,0%)

Таким образом, полученные предварительные результаты позволяют говорить о достаточно высокой эффективности препарата в лечении активной РН. Об этом можно судить по большей частоте благоприятных исходов как при обычной РН (90,4% против 84,9%), так и злокачественном процессе (66,7% против 36,4%). Причем, при обычном течении активной РН ретиналамин значительно ускоряет наступление регресса, т.е. в сроки до 2 недель (71,4% против 27,3%).

Результаты лечения детей с рубцовыми стадиями РН оценивались по динамике остроты зрения и расширению суммарных границ поля зрения (СГПЗ) у более старших детей, что представлено в табл. 3 и 4. Кроме этих характеристик у всех детей отмечено ускорение приобретения новых навыков (рисование, езда на велосипеде), уменьшение амплитуды нистагма (у имеющих его). Лучшие результаты были у детей с I–II стадиями РН.

Таким образом, в исследуемой группе зарегистрировано более отчетливое улучшение зрительных функций. Кроме того, ни у одного ребенка из всех обсуждаемых не отмечалось каких-либо побочных эффектов или аллергических реакций.

Выводы

1. Подтверждена безопасность ретиналамина при использовании его в терапии недоношенных детей.
2. Ретиналамин эффективен в лечении допороговой III стадии активной РН, ускоряя наступление регресса.
3. В лечении злокачественно протекающей РН (при отсутствии ригидности зрачка и экстраретинального роста), ретиналамин увеличивает частоту наступления стабилизации.
4. При рубцовых стадиях РН ретиналамин эффективно улучшает зрительные функции.

Список литературы

1. **Степанова Е.А., Коротких С.А.** Система организации офтальмологической помощи недоношенным детям в Свердловской области // Актуальные вопросы детской офтальмологии и ретинопатии недоношенных. Сб. статей под ред. С.И. Блохина. – Екатеринбург, 2004. – С. 51.
2. **Сайдашева Э.И., Азнабаев М.Т., Ахмадеева Э.Н.** Ретинопатия недоношенных детей. – Уфа, 2000. – С. 40–42.
3. **Хавинсон В.Х., Трофимова С.В.** Пептидные биорегуляторы в офтальмологии. – Санкт-Петербург, 2003. – С. 4.
4. **Егоров Е.А. с соавт.** Рациональная фармакотерапия в офтальмологии. – М.: Литтерра, 2004. – С. 169.