

инфекционных болезней / А. П. Шепелев [и др.] // Вопросы медицинской химии. – 2000. – Т. 46. – № 2. – С. 110–116.

2. Измайлов, Д. Ю. Определение активности антиоксидантов методом измерения кинетики хемилюминесценции/ Д. Ю. Измайлов, Е. М. Демин, Ю. А. Владимиров //Фотобиология и экспериментальная фотомедицина. – 2011. – №2. – С. 70–76.

3. Состояние про/антиоксидантной системы крови у реципиентов почечного трансплантата / Т. С. Петренко [и др.] // Лабораторная диагностика. Восточная Европа. – 2017. – Т. 6, № 2. – С. 224–231.

БИОГЕННЫЕ ПЕПТИДЫ В НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Ильина С.Н.,¹ Мармыш В.Г.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Гродненская областная клиническая больница*

Актуальность. Среди населения земного шара в целом, по различным оценкам, глаукомой страдают от 66 до 105 миллионов человек и до 2030 года это количество должно удвоиться. Несмотря на прогресс в методах лечения, глаукома остается одной из основных причин снижения зрения и необратимой слепоты. У 6-7 миллионов человек по всему миру имеет место слепота на оба глаза, непосредственно обусловленная глаукоматозным поражением зрительного нерва [3]. Среди клинических форм заболевания наиболее распространенной является первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ), на долю которой приходится от 70% до 90% всех случаев глаукомы [1]. Установлен значительный рост заболеваемости ПОУГ с 1,7 до 4,7 (на 1000 человек населения), а также уровня первичной инвалидности с 0,17 до 0,81 (на 1000 человек населения) [2].

Значительная распространенность ПОУГ определяется характером течения данной формы глаукомы, незаметным для больных началом и развитием процесса, которые обуславливают трудности диагностики и выявления заболевания в начальных стадиях.

Лечение глаукомы необходимо проводить по двум направлениям:

- нормализация ВГД (медикаментозная, лазерная или хирургическая);

- медикаментозная коррекция метаболических нарушений,

улучшение гемодинамики, нейропротекция, проводимые с учетом ведущих факторов риска.

Поиск и разработка лекарственных средств, которые наряду с микрохирургическими пособиями позволяют осуществлять полноценное лечение и реабилитацию пациентов с различными заболеваниями органа зрения, является важной задачей современной офтальмологии.

В 1985 году В.Х. Хавинсон с соавт. выделили из сетчатки молодняка крупного рогатого скота комплекс пептидов, стимулирующих функцию сетчатки, который первоначально получил название «ретилин», а в настоящее время известен как ретиналамин.

Ретиналамин (ретилин) - комплекс пептидов, выделенных из сетчатки глаза крупного рогатого скота. Ретиналамин регулирует процессы метаболизма в сетчатке, стимулирует функции ее клеточных элементов, способствует улучшению функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов при различной патологии сетчатки, усиливает активность ретинальных макрофагов, оказывает нормализующее влияние на коагуляцию крови, обладает выраженным протекторным эффектом в отношении сосудистого эндотелия. Ретиналамин также усиливает активность мюллеровских клеток, которые при глаукоме являются инактиваторами глутамата.

Цель исследования. Изучить эффективность биогенного пептида ретиналамин у больных с разными стадиями первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) с нормальным уровнем ВГД.

Материалы и методы. Нами обследованы 47 пациентов ПОУГ 1-3 ст., которые были разделены на 3 клинические группы, сопоставимые по возрастному и общесоматическому статусу, из них 18 женщин и 20 мужчин. Средний возраст составил 52 года.

Каждая клиническая группа включала примерно равное количество пациентов с начальной, развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ. Первая группа пациентов получала парабульбарные инъекции ретиналамина 5,0 мг в течение 10 дней, вторая группа - парабульбарные инъекции ретиналамина 5,0 мг и внутримышечные инъекции ретиналамина 5 мг на курс 10 дней, третья группа - внутримышечные инъекции ретиналамина 5 мг на курс 10 дней. Всем пациентам в начале лечения нейропротекторами проводили визометрию, тонометрию по Маклакову (груз 10,0 г), офтальмоскопию, периметрию, статическую периметрию,

оптическую когерентную томографию. Контроль данных параметров проводился через 10 дней, 3, 6, 12 месяцев.

В процессе проведения исследования выяснялась субъективная реакция пациентов на препараты, оценка ими своего состояния

Уровень тонометрического внутриглазного давления (ВГД) во время курса лечения и всего периода наблюдения у всех больных был в пределах 19-20 мм. рт. ст.

Для статистического анализа использовалась программа Statistica 8.0.

Результаты и их обсуждение.

1. Функциональные результаты

В результате проведенного лечения ретиналамином острота зрения достоверно повысилась в начальной (до 1,0) и развитой (до 0,8) стадиях глаукомы ($P < 0,05$) как в первой, так и во второй группах пациентов. Острота зрения оставалась стабильной в течение 3 месяцев, а затем снижалась до исходных величин. В далекозашедшей стадии глаукомы клинического значимого повышения остроты зрения не наблюдалось ни в одной из групп обследуемых пациентов.

При проведении статической периметрии в центральной зоне (30°) было отмечено достоверное уменьшение количества как относительных (на 59%), так и абсолютных (на 32%) скотом в характерных для глаукомы зонах в группах, получавших ретиналамин парабульбарно и при комбинированном способе введения. Поле зрения расширилось у 83,5% больных. При далекозашедшей стадии ПОУГ статистически достоверного результата не получено. Следует отметить, что эффект нарастал постепенно и через месяц после завершения терапии состояние основных показателей оказалось не только выше исходных, но и превышало показатели выявленные непосредственно после курса лечения. Отмечалось увеличение эффекта препарата и после второго курса лечения.

При изучении данных оптической когерентной томографии сравнивали показатели RNFL - толщина слоя нервных волокон (мкм) и GCC - толщина слоя ганглиозных клеток сетчатки (мкм).

После проведения курса лечения по данным ОКТ отмечалось увеличение средней толщины слоя нервных волокон и слоя ганглиозных клеток сетчатки при 1-3 стадиях глаукомы, однако данные изменения оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$) у больных с далекозашедшей стадией глаукомы. Двадцати пяти

пациентам повторно, через 6 месяцев, проводилась оптическая когерентная томография. Средняя толщина слоя нервных волокон и слоя ганглиозных клеток у данных пациентов за указанный срок существенно не изменилась ($p>0,05$) что подтверждает нейропротекторный эффект ретиналамина.

2. Переносимость препарата

У ряда пациентов, получавших ретиналамин парабульбарно отмечалось появление местной реакции на введение препарата (отек век, болезненность при введении). В последующие дни эта реакция исчезала самопроизвольно.

Выводы:

1. Применение прямых нейропротекторов является эффективным и необходимым звеном в лечении ПОУГ.

2. Начинать нейропротекторное лечение необходимо с момента постановки диагноза ПОУГ.

3. Использование в качестве нейропротекторов пептидных препаратов обеспечивает выраженный и пролонгированный результат.

4. Наиболее эффективным можно считать комбинированное (внутримышечное 5 мг и парабульбарное по 5 мг) и местное (только парабульбарное по 5 мг) введение ретиналамина.

5. Отмечена хорошая общая и местная переносимость препарата.

6. Повторный курс лечения целесообразно проводить через 6-12 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев, В.Н. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с первичной открытоугольной глаукомой / В.Н. Алексеев, О.А. Малеванная // Глаукома: проблемы и решения: Всероссийская научно-практ. конф.: Сб. научн. ст.– М., 2004.– С. 393-396.

2. Либман, Е.С. Заболеваемость и инвалидность вследствие глаукомы в России. Потребность в реабилитации/ Е.С. Либман, Е.В. Шахова, Е.А. Чумаева // VII Всесоюз. съезд офтальмологов: Тез. Докл. М., 2000. – Т. 2: Глаукома. – С. 251.

3. Quigley, H.A. How common is glaucoma worldwide / H.A. Quigley // Int. Glaucoma Review. – 2002. – Vol. 3, №. 3. – P. 12-16.