

УДК

Оптикс Премиум — повышение эффективности лечения диабетической ретинопатии

15–17 октября в Киеве в режиме онлайн-трансляции состоялась научно-практическая конференция «Рефракционный пленер — 2020» с международным участием, организаторами которой выступили Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, ВОО «Ассоциация детских офтальмологов и оптометристов Украины», ОС «Всеукраинский альянс катарактальных и рефракционных хирургов». В рамках мероприятия обсуждался широкий спектр актуальных вопросов современной офтальмологии, в том числе рассматривались патогенез и стадии развития диабетической ретинопатии, а также методы профилактики и лечения данной патологии.

С докладом «Повышение эффективности лечения диабетической ретинопатии» выступила доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Скрипник Римма Леонидовна.

Сахарный диабет (СД) является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. В экономически развитых странах прослеживается тенденция к увеличению его частоты. В Украине за последние 30 лет его распространенность возросла в 5,5 раза, составив на сегодняшний день 1 миллион человек. Одним из тяжелых осложнений СД является развитие необратимого патологического процесса в зрительно-нервном анализаторе — диабетической ретинопатии, что приводит к снижению, а нередко и к утрате зрительных функций.

Согласно статистическим данным, СД — ведущая причина слепоты, особенно у пациентов 20–74 лет. Более 80 % больных страдают нейропатией (поражением периферических нервов). СД — причина 50 % ампутаций нижних конечностей. Пациенты с СД имеют риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в 2–4 раза выше, чем без СД. У 40 % пациентов с СД развивается патология почек.

Существует две теории патогенеза диабетической ретинопатии: сосудистая и нейродегенеративная. В настоящее время доказано, что диабетическая ретинопатия — это нейродегенеративное заболевание сетчатки

(Barber A.J., 2003). Это подтверждается признаками нейродегенеративного процесса у таких пациентов — постепенной утратой нейронов, нейродегенеративными изменениями наружного и внутреннего слоя, истончением фоторецепторного слоя, уменьшением количества ганглиозных клеток сетчатки, активацией микроглии.

Длительно существующая гипергликемия запускает каскад изменений в организме человека, который включает метаболические нарушения; нарушения нейронального гомеостаза капиллярного кровотока; гипоксию и ишемию зрительного нерва; нарушение аксоплазматического тока в зрительно-нервном волокне; частичную, а затем и полную атрофию зрительного нерва.

Далее профессор рассказала о собственном междисциплинарном исследовании, которое охватывало очень большой контингент пациентов (около 1000) с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа. Динамическое наблюдение за ними осуществлялось на протяжении более 10 лет. На момент начала исследования стаж СД у пациентов составил от нескольких месяцев до нескольких десятков лет. Проводилось исследование зрительных функций, традиционные офтальмологические, электрофизиологические и иммунологические исследования, на основании которых была разработана классификация оптических нейропатий:

А. Острые оптические нейропатии.

Б. Хронические оптические нейропатии:

I стадия — начальная;

II стадия — выраженная;

III стадия — дистрофическая.

При сахарном диабете острые оптические нейропатии встречаются крайне редко, составляя всего 2 %, все остальные — хронические оптические нейропатии, которые в своем развитии проходят 3 стадии, каждая из которых имеет характерные особенности.

Нейроретинопатия I стадии. В первой (начальной) стадии процесса ранним и постоянным симптомом является изменение границ диска зрительного нерва, отчетливо видимое в бескрасном свете, чаще всего — в

области пересечения крупных сосудов. Определяется гиперемия диска разной степени выраженности, изменение сосудов сетчатки: расширение вен и их извитость.

Нейроретинопатия II стадии. Вторая (выраженная) стадия диабетической оптиконеуропатии характеризуется выраженной гиперемией диска зрительного нерва, сосудистый индекс повышен, нередко до 1,5, отмечается выстояние диска до 1,0 мм и его двухцветность, утолщение нервных волокон. Вены сетчатки расширены и петлеобразно извиты, по ходу сосудистых аркад имеются микроаневризмы, точечные геморрагии, реже — геморрагии в виде штрихов у диска, в межаркадной зоне.

Нейроретинопатия III стадии. В третьей (дистрофической) стадии оптической нейропатии границы диска зрительного нерва приобретают четкость, выявляется побледнение диска, «обрыв» и исчезновение нервных волокон. Сосудистый индекс уменьшен и составляет 0,6–0,7.

Были проведены электрофизиологические исследования, которые позволяли объективно оценить состояние зрительного нерва. Получены определенные характеристики, показывающие состояние зрительного нерва и его изменения от стадии к стадии. К таким показателям относятся критическая частота мельканий (Гц) и лабильность зрительного анализатора (Гц), уменьшающиеся от стадии к стадии, а также порог электрической чувствительности по фосфену (мкА), повышающийся от стадии к стадии.

Исследование не только включало изучение зрительных функций, проведение офтальмологических обследований, но и сопровождалось морфологическим изучением ткани зрительного нерва. Проведенные морфологические исследования позволили выявить и определить изменение морфологии, структуры зрительного нерва, обобщить и выделить основные признаки для каждой стадии.

На начальной стадии происходили отек нервных волокон, адгезия эритроцитов к интиме капилляров, микротромбообразование (эритроцитарный, тромбоцитарный микротромбоз). В выраженной стадии определялись отек и деструкция нервных волокон, углубление физиологической экскавации за счет отека и набухания перипапиллярных нервных волокон. Эритроциты находились в капиллярах межнейрональных септ и зоне капиллярной окклюзии. При хронической форме дистрофической оптической нейропатии выявлялась дезорганизация и деструкция нервных волокон, определялись эритроциты в зонах микрогеморрагий, в межнейрональном пространстве зрительного нерва.

Таким образом, предположение, что при сахарном диабете отмечается поражение зрительного нерва, подтверждается не только клиническими испытаниями, но и серией морфологических исследований.

Учитывая, что сахарный диабет — это хроническое заболевание, которое не поддается радикальному лечению, очень важным аспектом является назначение препаратов, которые могли бы воздействовать на па-

тогенетические механизмы заболевания и тем самым уменьшать риск гибели зрительных нервных волокон, длительно сохранять зрительную функцию у этой категории больных. Препараты должны улучшать функции зрительного нерва и сетчатки, уменьшать симптомы оптической нейропатии, не иметь значительных побочных эффектов.

При выборе лекарственных средств преимущество отдается тем препаратам, которые в своем составе имеют несколько действующих веществ, способных влиять на разные звенья патогенеза. К ним относятся витаминные препараты и лекарственные средства, содержащие минеральные комплексы. Кроме того, лечение должно быть своевременным, соответствующим поставленной цели и показаниям к применению; профилактические дозы — выше физиологической суточной потребности, лечебные — выше профилактических доз и выше, чем при гипо- и авитаминозах. Для эффективной витаминотерапии рационально использовать комбинированные препараты, содержащие несколько витаминных компонентов.

Одним из таких препаратов, хорошо зарекомендовавших себя для лечения диабетической ретинопатии, является комбинированный препарат **Оптикс Форте** (Киевский витаминный завод). Одна капсула **Оптикс Форте** содержит 5 мг лютеина, 1,5 мг зеаксантина, 50 мг витамина Е, 2,5 мг β-каротина и 370 мг омега-3 ПНЖК.

На сегодняшний день имеется большой опыт применения **Оптикс Форте** не только при заболеваниях заднего отрезка глазного яблока, но и при других различных патологиях органа зрения, сопровождающихся снижением остроты зрения, фотофобией, усталостью глаз, искажением изображенных объектов, — возрастной макулодистрофией, миопией, глаукомной оптической нейропатией, повышенных нагрузках, оперативных вмешательствах.

В настоящее время появился новый препарат линейки Оптикс (Киевский витаминный завод) — **Оптикс Премиум**, комбинированный препарат, в состав которого входят витамины, минеральные вещества и растительные каротиноиды. **Оптикс Премиум** восполняет дефицит витаминов и минеральных веществ, оказывает усиленную антиоксидантную защиту, что особенно необходимо для профилактики и лечения диабетической ретинопатии. В состав 1 капсулы входит 10 мг лютеина, 2 мг зеаксантина, 3 мг астаксантина, 370 мг омега-3 ПНЖК, 15 мкг витамина D, 100 мг витамина С, 30 мг витамина Е, 5 мг коэнзима Q10, 50 мг куркумина, 5 мг цинка и 1000 мкг меди.

Лютеин и зеаксантин естественным образом защищают сетчатку, поглощая синий свет, являются мощными антиоксидантами. Они защищают глаза от окислительного стресса и свободных радикалов, улучшая зрительные функции, предотвращают окисление триглицеридов и холестерина, выступая в качестве протекторов перекисного окисления липидов клеточных мембран. Лютеин увеличивает оптическую плотность макулярного пигмента, что очень важно для пациентов с СД, имеющих недостаточную его плотность.

Астаксантин нейтрализует свободные радикалы или другие окислители, предотвращает повреждение большинства тканей и структур глаз и может быть полезным для предотвращения возрастных проблем глаз, таких как ретинопатия, глаукома и нейропатия. Астаксантин обладает противовоспалительным эффектом, снижает нагрузку на глаза при длительной работе за компьютером, улучшает остроту и качество зрения.

Витамин D продемонстрировал протекторные свойства при макулярной дегенерации благодаря своим противовоспалительным и противоаллергическим эффектам. При его дефиците увеличивается риск развития возрастной макулодистрофии, особенно у женщин.

Коэнзим Q10 — кофермент с антиоксидантной активностью и способностью влиять на окислительно-восстановительные реакции в клетках. По-

ложительно влияет на остроту зрения даже у здоровых людей, а также снижает утомляемость глаз. Оказывает положительное воздействие на орган зрения при старческой дальнозоркости благодаря улучшению сократительной способности папиллярной мышцы.

Таким образом, **Оптикс Премиум** — это комплексная антиоксидантная защита сетчатки и зрительного нерва. **Оптикс Премиум** назначают по 1 капсуле 1 раз в сутки, длительность терапии должна составлять 2–3 месяца.

В заключение своего выступления профессор выразила надежду, что использование **Оптикс Премиум** у пациентов с сахарным диабетом позволит сохранить зрительные функции в течение длительного времени.

Подготовила **Татьяна Чистик** ■