

ПРИМЕНЕНИЕ «ЦИТИКОЛИНА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ

*Янгиева Н. Р., к. м. н., доцент, Туйчибаева Д. М., к. м. н., ассистент, Абасханова Н. Х., к. м. н., ассистент
Ташкентская медицинская академия, кафедра глазных болезней, г. Ташкент, Узбекистан*

Актуальность работы

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) - одна из основных причин необратимого снижения зрения, приводящая к первичной инвалидности в 11% случаев среди лиц работоспособного возраста и в 28% - среди лиц старше 60 лет [4,12]. По данным ВОЗ (2013), во всем мире ВМД занимает третье место среди причин слепоты после катаракты и глаукомы, и распространенность ее составляет 300 на 100 тысяч населения. Терминальная стадия ВМД (слепота) встречается у 1,7% всего населения старше 50 лет и у 18% старше 85 лет [20].

Патогенез заболевания до конца не выяснен, но общепризнана связь этого заболевания с процессами старения, поэтому прогнозируемое увеличение к 2050 году численности людей пожилого возраста до 2 миллиардов неизбежно повлечет за собой увеличение заболеваемости ВМД [1,4, 20]. Доказана ведущая роль прогрессирующего ухудшения хориоидального кровообращения и снижения функциональной активности пигментного эпителия сетчатки на фоне генерализованного нарушения церебральной гемодинамики, общих и местных сосудистых заболеваний [2,3,6,9,10,11].

Активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) также рассматривается как одна из основополагающих теорий патогенеза ВМД. Инактивации вторичных продуктов ПОЛ способствует система антиоксидантной защиты [5,17]. Так, по данным авторов [13], антиоксиданты оказывают благоприятное воздействие и снижают риск тяжелой потери зрения на 25% у больных ВМД.

Известные консервативные, лазерные методы лечения ВМД зачастую не обеспечивают стабилизации дистрофического процесса. Технологические сложности в витреоретинальных хирургических вмешательствах, имея ряд противопоказаний, не всегда ведут даже к частичному восстановлению функций макулярной области [7,8,15].

Предметом многочисленных научных исследований при ВМД является разработка схем и методов комплексного лечения данного заболевания с влиянием на основные звенья патогенеза.

«Цитиколлин» обладает широким спектром действия: способствует восстановлению поврежденных мембран клеток, ингибирует действие фосфолипаз, препятствуя избыточному образованию свободных радикалов, а также предотвращает гибель клеток, воздействуя. Авторами изучена эффективность комплексного лечения больных возрастной макулярной дегенерацией с дополнительным применением препаратов «Цитиколлин» и «Гинко Билоба». Применение

предлагаемого метода приводит к стойкому повышению зрительных функций, улучшению гемодинамических показателей, а также возрастанию амплитуды биопотенциалов сетчатки, отражающих функциональную активность макулярной области и улучшение состояния сетчатки по данным ОКТ.

Терапевтический эффект от комплексного лечения объясняется длительным воздействием на сосудистый кровоток, хорошей переносимостью, растительным происхождением, что необходимо в профилактике и комплексном лечении больных ВМД.

Ключевые слова: лечение, возрастная макулярная дегенерация, комплексная терапия, «Цитиколлин», гинко билоба, гемодинамика, электроретинография, оптическая когерентная томография

Yangieva N.R., Tuichibaeva D.M., Abaskhanova N.Kh.
APPLICATION OF CITICOLINE IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION

The authors researched the effectiveness of complex treatment of patients with age-related macular degeneration by additional use of the drugs Citicoline and Ginkgo Biloba. Application of the proposed method leads to persistent increase of visual functions, to improvement of hemodynamic indicators, as well as to increase of retinal action potential amplitude, which reflects functional activity in macular area and improvement of retina state according to OCT.

The therapeutic effect of combined treatment explained with prolonged exposure to vascular blood flow, good drug tolerance, herbal medicine, that is essential in prevention and treatment in patients with ARMD.

Key words: treatment, age-related macular degeneration, combined therapy, Citicoline, ginkgo biloba, hemodynamics, electroretinography, optical coherence tomography

на механизмы апоптоза [19]. Снижает проявления последствий гипоксического стресса клеток головного мозга, подавляя высвобождение свободных жирных радикалов, препятствуя снижению проницаемости гематоэнцефалического барьера; снижает высвобождение арахидной кислоты и тем самым уменьшает объем поврежденной ткани мозга [13,14].

Гинко билоба - средство растительного происхождения. Действие обусловлено характером его влияния на процессы обмена веществ в клетках, реологичес

кие свойства крови и микроциркуляцию, а также на вазомоторные реакции крупных кровеносных сосудов. Улучшает мозговое кровообращение и снабжение мозга кислородом и глюкозой. Обладает сосудорасширяющим действием, препятствует агрегации тромбоцитов. Нормализует метаболические процессы, оказывает антигипоксическое действие на ткани. Препятствует перекисному окислению липидов и образованию свободных радикалов клеточных мембран. Оказывает выраженное противоотечное действие на уровне головного мозга и в периферических тканях. При различных патологических состояниях предотвращает усиление протеолитической активности сыворотки. Кроме того, некоторые исследования показали, что гинко билоба, усиливая приток крови к богатым нервными волокнами глазам, может быть полезным при лечении дегенерации желтого пятна сетчатки или диабетической ретинопатии [16, 18].

Цель работы - изучить эффективность комплексного лечения больных возрастной макулярной дегенерацией.

Материал и методы исследования

Проведена комплексная терапия 104 больных (206 глаз) с ВМД, из них 38 мужчин и 66 женщин. Средний возраст больных составил $68,8 \pm 6,2$ года.

В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на 3 группы.

31 пациент (61 глаз) 1-й группы получали традиционное медикаментозное лечение, включающее пара-бульбарные инъекции 1% «Эмоксипина» по 0,5 мл 1 раз в сутки, «Кортексина» - 10 мг по 0,5 мл 1 раз в сутки, «Рипроната» - 5,0 лимфотропно и внутривенно 1 раз в сутки, «Актовегина» - 5,0 внутривенно 1 раз в сутки, «Тиетама» - 5,0 внутривенно 1 раз в сутки, витаминного комплекса витаминов группы В - внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней; «Кардиомагнил» по 1 таблетке в сутки и гиполипидемические препараты; «Аевит» по 1 драже 3 раза в сутки в течение 3 месяцев.

32 пациентам (64 глаза) 2-й группы проведено лечение как в 1-й группе с дополнительным применением препарата «Цитиколин» 1000 мг внутривенно медленно 1 раз в сутки, в течение 10 дней в стационаре.

41 пациенту (81 глаз) 3-й группы проведено лечение как

во 2-й группе, но с дополнительным применением препарата «Гинко билоба» 80 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 месяцев после стационарного лечения.

Данные о распределении больных в зависимости от формы ВМД представлены в таблице 1.

Всем больным проведено стандартное офтальмологическое обследование. Специальные методы исследования включали цветное доплеровское картирование (ЦДК) на ультразвуковой системе экспертного класса PHILIPSHD11XE. У 37 больных (74 глаза) с ВМД оценивали максимальную систолическую скорость кровотока (maxVs) в глазничной артерии (ГА), в центральной артерии сетчатки (ЦАС) и задних коротких цилиарных артериях (ЗКЦА), а также индекс резистентности (RI), отражающий сопротивление кровотока в сосудах.

Электрофизиологические исследования проводились на электроретинографе МБН (Россия). У 36 больных (72 глаза) оценивали макулярную, ритмическую, палочковую и колбочковую электроретинографию, отражающую биоэлектрическую активность клеточных элементов сетчатки.

Для более детального и объективного определения тяжести патологического процесса и оценки эффективности проводимой терапии использовали оптическую когерентную томографию высокого разрешения (OCT-HDCirrus фирмы Zeiss Meditec Inc.).

Статистическая обработка данных осуществляется на IBM-Pentium III в программе Microsoft Excel (версия 6,0) с помощью с помощью вариационной статистики.

Результаты исследования

Анализ динамики остроты зрения в результате лечения (табл. 2) у больных 3-й группы с неэкссудативной формой ВМД показал, что острота зрения в течение 6 месяцев непрерывно возрастала и увеличилась в 2,5 раза, при лечении 2-й группы увеличилась в 1,7 раза, тогда как при традиционном лечении к 6 месяцу наблюдения острота зрения ухудшилась в 2 раза.

Показатель остроты зрения у больных с экссудативной формой ВМД в 3-й группе достоверно увеличился в 4,1 раза к 6-му месяцу наблюдения, однако во 2-й группе положительный эффект сохранялся в течение

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от формы ВМД, абс (%)

Группы наблюдения	Количество глаз	Формы ВМД		
		Неэкссудативная	Экссудативная	Рубцовая
1-я группа	61	34(16,5)	16(7,7)	11 (5,3)
2-я группа	64	36 (17,5)	13 (6,3)	15 (7,3)
3-я группа	81	36 (17,5)	24 (11,7)	21 (10,2)
Всего	206	106 (51,46)	53 (25,73)	47 (22,82)

Таблица 2. Динамика показателей остроты зрения у больных ВМД в процессе лечения ($M \pm t$)

Формы ВМД	Группы наблюдения	Острота зрения				
		до лечения	через 10 дней	через 1 месяц	через 3 месяца	через 6 месяцев
Неэкссудативная	1-я	0,2 $\pm$ 0,003	0,3 $\pm$ 0,004	0,2 $\pm$ 0,001	0,15 $\pm$ 0,008	0,1 $\pm$ 0,006*
	2-я	0,2 $\pm$ 0,003	0,25 $\pm$ 0,01**	0,28 $\pm$ 0,01**	0,33 $\pm$ 0,01***	0,35 $\pm$ 0,01* **
	3-я	0,22 $\pm$ 0,007**	0,28 $\pm$ 0,01	0,33 $\pm$ 0,017***	0,42 $\pm$ 0,017***	0,51 $\pm$ 0,022***
Экссудативная	1-я	0,08 $\pm$ 0,004	0,08 $\pm$ 0,004	0,1 $\pm$ 0,001	0,08 $\pm$ 0,002	0,08 $\pm$ 0,002
	2-я	0,06 $\pm$ 0,003**	0,08 $\pm$ 0,004*	0,1 $\pm$ 0,01*	0,1 $\pm$ 0,003***	0,08 $\pm$ 0,002*
	3-я	0,06 $\pm$ 0,003**	0,08 $\pm$ 0,004*	0,12 $\pm$ 0,005*	0,21 $\pm$ 0,005***	0,25 $\pm$ 0,015* **
Рубцовая	1-я	0,06 $\pm$ 0,003	0,06 $\pm$ 0,003	0,06 $\pm$ 0,003	0,02 $\pm$ 0,001*	0,02 $\pm$ 0,001*
	2-я	0,04 $\pm$ 0,003**	0,06 $\pm$ 0,003*	0,08 $\pm$ 0,005***	0,06 $\pm$ 0,006***	0,06 $\pm$ 0,006***
	3-я	0,04 $\pm$ 0,003**	0,06 $\pm$ 0,003*	0,08 $\pm$ 0,004***	0,08 $\pm$ 0,003* **	0,08 $\pm$ 0,004* **

* $P < 0,05$ по сравнению с данными до лечения; ** $P < 0,05$ по сравнению данных между группами. **M** - выборочное среднее значение; **t** - ошибка среднего.

3 месяцев (повышение остроты зрения в 1,6 раза), а к 6-му месяцу отмечалась незначительная тенденция к ее снижению (в 1,2 раза), хотя она оставалась выше исходного уровня. При лечении 1 группы такой же эффект наблюдался лишь в течение 1-го месяца наблюдения.

У больных 3-й группы, при рубцовой форме ВМД, в динамике наблюдения также отмечалось улучшение остроты зрения. Так, к 3-му месяцу изучаемые показатели увеличились в 2,0 раза. Во 2-й группе показатели остроты зрения возросли в 1,5 раза, а после традиционного лечения в эти сроки наблюдения острота зрения даже снизилась в 3 раза.

Таким образом, при комплексном лечении ВМД с дополнительным применением в течение 3 месяцев после лечения препарата гинко бил оба острота зрения имеют достоверную тенденцию к улучшению: при неэкссудативной форме - в 2,5 раза, при экссудативной - в 4,1 раза, при рубцовой - в 2,0 раза, что свидетельствует об эффективности данного метода лечения.

Гемодинамические исследования

По результатам доплерографии, у больных 1-й группы наблюдается усиление хориоретинальной ишемии за счет возможного синдрома обкрадывания, что является нежелательным проявлением сосудорасширяющей терапии при ВМД, а также свидетельствует не только об отсутствии эффективности лечения, но и о дальнейшем прогрессировании дистрофического процесса.

При анализе гемодинамических показателей у лиц с неэкссудативной формой ВМД 2-й и 3-й групп обнаружено усиление микроциркуляции в системе ЦАС и ЗКЦА, проявляющееся как возрастание систолической скорости кровотока (у больных 2-й группы в 1,2 раза и у

больных 3-й группы в 1,5 раза) и снижение индекса резистентности. Эти параметры у пациентов 3-й группы достоверно коррелировали с улучшением остроты зрения. У больных 2-й группы с экссудативной формой ВМД к 3-му месяцу отмечалось возрастание систолической скорости кровотока и снижение индекса резистентности в системе ЦАС и ЗКЦА в 1,2 раза. Однако к 6-му месяцу имело место усиление хориоретинальной ишемии, что свидетельствует об отсутствии стабилизации и продолжающемся прогрессировании дистрофического процесса. У пациентов 3-й группы в течение всего периода наблюдения отмечается усиление гемодинамических показателей систолической скорости кровотока в системе ЦАС и ЗКЦА и снижение в 1,5 раза индекса резистентности. При рубцовой форме заболевания происходило недостоверное улучшение показателей гемодинамики, проявляющееся усилением систолической скорости кровотока в системе ЦАС и ЗКЦА и снижением резистентности: во 2-й группе в 1,0 раза и в 3-й группе в 1,2 раза. Сравнительная оценка, проведенная в динамике, показала, что показатели скорости кровотока Vs и RI в ГА в течение всего срока наблюдения достоверно не изменились.

Важным диагностическим и прогностическим критерием следует считать снижение $\max V_s$ ниже 7,55 см/с в ЦАС и менее 7,9 см/с в ЗКЦА, а также увеличение индекса резистентности более 0,94 см/с в ЦАС и 0,98 см/с в ЗКЦА, свидетельствующее о развитии артери-

олосклероза и неэффективности хориоретинального кровообращения. Эти изменения характерны для рубцовой формы ВМД. На наш взгляд, прирост $\max V_s$ в ЦАС и ЗКЦА на 38-40% и снижение индекса RI в среднем на 35% от исходного у лиц, получивших комплексное лечение по схеме 3-й группы, связаны с развитием компенсаторных механизмов сосудистого русла и адекватной, патогенетически направленной терапией у больных с неэкссудативной и экссудативной формой ВМД. Таким образом, предложенная схема лечения эффективна и безопасна. Показатели доплерографии в ГА, ЦАС и ЗКЦА в различных группах больных коррелируют с результатами клинко-функциональных исследований, свидетельствующих об эффективности использования данной схемы лечения.

Электрофизиологические методы исследования

Изучение биоэлектрической активности нейронов центральной зоны у пациентов 1-й группы показало, что на фоне медикаментозной терапии большинство ее характеристик изменилось незначительно. Отмечается значительное угнетение макулярной ЭРГ (МЭРГ) и ритмической ЭРГ (РЭРГ) 12 Гц, в генерации которой участвуют биполярные клетки.

У больных с неэкссудативной формой ВМД во 2-й и 3-й группах регистрировалось улучшение показателей, характеризующих функциональную активность сетчатки по всем регистрируемым биопотенциалам со средним возрастанием МЭРГ и РЭРГ у больных 2-й группы в 1,3 раза и в 1,7 раза; у больных 3-й группы МЭРГ выросла в 1,7 раз, РЭРГ - в 1,8 раза. Эти показатели у больных 3-й группы имели прямую корреляционную связь с данными СГППЗ и остротой зрения. При неэкссудативной форме ВМД показатели субнормальной b-волны РЭРГ во всех случаях возвращались к нормальным значениям, что свидетельствует об эффективности предложенной схемы лечения (3-й группы). По данным электрофизиологических исследований у больных 2-й и 3-й групп регистрировалась положительная динамика биоэлектрической активности нейронов макулярной области. Наиболее значимое и статистически достоверное

($p < 0,05$) увеличение амплитуды b-волны указывало на улучшение функционального состояния фоторецепторного слоя сетчатки у 89 % пациентов 3-й группы. К 6-му месяцу наблюдения у пациентов 2-й и 3-й групп отмечалось повышение палочкового и колбочкового ответов ЭРГ на 1,5 и 1,7 раза.

У больных с экссудативной формой ВМД 2-й группы амплитуда b-волны МЭРГ повысилась в 1,1 раз и РЭРГ - в 1,0 раза, у 3-й группы МЭРГ повысилась в 1,7 раз, РЭРГ в 1,5 раза, что свидетельствовало об эффективности схемы лечения 3-й группы при экссудативной форме ВМД. В отдаленные сроки (к 6-му месяцу наблюдения) у больных с экссудативной формой ВМД 2-й группы наблюдалось резкое снижение амплитуды b-волны на 35,0%, тогда как в 3-й группе сохранялась тенденция к повышению функциональной активности биопотенциалов центральных отделов сетчатки. К 6-му месяцу наблюдения у 12,5% пациентов 2-й группы, палочковый и колбочковый ответы ЭРГ продолжали снижаться, а у больных 3-й группы эти параметры стабилизировались.

У больных с рубцовой формой ВМД - у 3-й группы наблюдалась позитивная тенденция в динамике показателей электрогенеза, а у пациентов 2-й группы отмечаются лишь недостоверные позитивные изменения. По данным электроретинографии, выявлено достоверное ($p < 0,05$) улучшение функционального состояния сетчатки, которое проявлялось увеличением амплитуды b-волн как при палочковом, так и при колбочковом ответах.

Таким образом, у больных с неэкссудативной формой ВМД 2-й и 3-й групп лечение оказывало достоверно положительное влияние на функциональное состояние сетчатки, особенно макулярной области. У пациентов с экссудативной формой заболевания, учитывая показатели МЭРГ, с целью улучшения зрительных функций предпочтительнее проводить схему лечения 3-й группы, поскольку это более эффективный метод, способствующий активации биопотенциалов МЭРГ и фоторецепторов сетчатки. Несмотря на то, что при рубцовой форме ВМД отмечалась недостоверная, но все же положительная динамика показателей электроретинографии, лечение по схеме 3-й груп-

Таблица 3. Динамика толщины сетчатки в фовеа (мкм) у пациентов исследуемых групп ($M \pm t$)

Группы наблюдения	Толщины сетчатки				
	до лечения	через 10 дней	через 1 месяц	через 3 месяца	через 6 месяцев
1-я	374,0 $\pm$ 63,4	361,0 $\pm$ 53,1	349,0 $\pm$ 51,4*	358,0 $\pm$ 40,2	364,0 $\pm$ 31,3
2-я	382,0 $\pm$ 14,5	341,0 $\pm$ 14,8*	296,0 $\pm$ 12,8*	254,0 $\pm$ 12,9*	247,0 $\pm$ 12,8*
3-я	372,0 $\pm$ 64,5	305,0 $\pm$ 51,8**	268,0 $\pm$ 32,4*	250,0 $\pm$ 29,4*	243,0 $\pm$ 28,6*

* уровень значимости различий по сравнению с исходными данными, $p < 0,01$;

** уровень значимости различий по сравнению с исходными данными, $p < 0,05$; **M** - выборочное среднее значение; **m** - ошибка среднего.

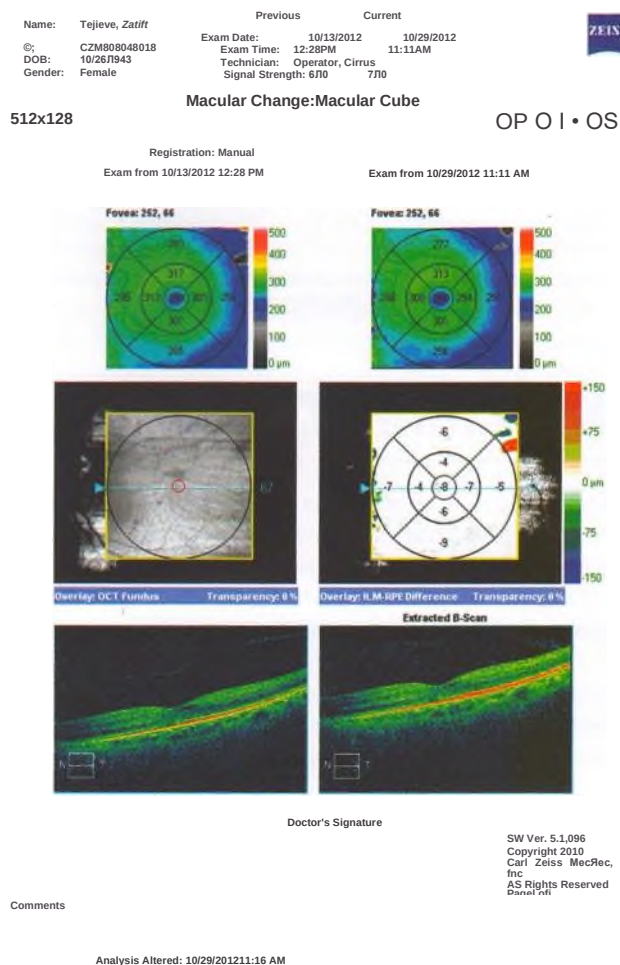


Рис. 1. Состояние сетчатки у пациентов из 3-й группы поданным оптической когерентной томографии

пы при данной стадии рекомендуется проводить с целью стабилизации процесса.

Влияние проведенного лечения на показатели оптической когерентной томографии сетчатки у больных с возрастной макулярной дегенерацией представлены в таблице 3.

Согласно полученным данным, у больных 1-й группы, получавших традиционное лечение, через 3 месяца наблюдения отмечается ухудшение показателей ОКТ, а именно: увеличивается толщина сетчатки. Этого не отмечается у больных 2-й и 3-й групп, в которых толщина сетчатки продолжает уменьшаться на всем протяжении наблюдения. По данным ОКТ, толщина сетчатки после проведенного лечения значительно снизилась, особенно у больных 3-й группы, за счет длительного воздействия на сосудистое русло и уменьшения интратретинального экссудативного отека.

Кроме того, отмечалось, что в 3-й группе больных пигментный эпителий приобрел более четкие очертания, повысилась прозрачность слоя фоторецепторов, друзы местами уменьшились и исчезли (рис. 1).

Выводы

1. Разработанная схема комплексного лечения (3-я группа)

приводит к стойкому повышению зрительных функций при всех формах ВМД в течение 6 месяцев наблюдения, улучшению гемодинамических показателей (улучшению систолического кровотока в системе ЦАС и ЗКЦА на 38-40% и снижению индекса резистентности на 35,0%), а также к возрастанию амплитуды биопотенциалов сетчатки, отражающих функциональную активность макулярной области, и к улучшению состояния сетчатки по данным ОКТ.

2. Положительный терапевтический эффект от комплексного лечения объясняется длительным воздействием на сосудистый кровоток (не менее 3 месяцев), хорошей переносимостью, растительным происхождением, что позволяет рекомендовать данный метод для профилактики и комплексного лечения больных ВМД.

Список литературы

1. Астахов К.З., Лисочкина А.Б. Возрастная макулярная дегенерация. - СПб., 2009. - 84 с.
2. Воробьева М.В., Полунин Г.С. Современные аспекты патогенеза возрастной макулярной дегенерации // Вестник офтальмологии. - 2006. - Том 122. - № 6. - С. 50.
3. Зуева М.В., Шелудченко В.М., Шпак А.А. Современные методы офтальмологической диагностики: итоги и перспективы // IX съезд офтальмологов России: Тез. докл. - М., 2010. - С. 498-500.
4. Либман Е.С. Эпидемиологические характеристики инвалидности вследствие основных форм макулопатий // Макула- 2006: Тез. докл. II всерос. семинара. - Ростов-на-Дону, 2006. - С. 15-21.
5. Можайцев Б.Н., Макула М.Ш. Возрастные и дистрофические изменения глазного дна. - Ростов-на-Дону, 2008. - 179 с.
6. Мухина М.А., Сотникова Е.В., Кутепова О.М. Социальная значимость и актуальность проблемы лечения макулодистрофии // Мат-лы VII съезда офтальмологов России. - М., 2000. - С. 220.
7. Нащенкова О.В. Применение биологически активных веществ в лечении возрастной макулодистрофии // Клинич. офтальмология. - 2004. - Т. 5. - № 2. - С. 82-84.
8. Панова И.Е., Садретдинова Э.Р., Прокопьева М.Ю. Клиническое использование оптической когерентной томографии для визуализации друз при начальной стадии возрастной макулярной дистрофии // Воспалительные и дистрофические заболевания глаз: Материалы межрегион. науч.- практ. конф., посвящ. 25-летию каф. офтальмологии УГМА- ДО, 75-летию со дня рождения и 50-летию науч.-педагог. деятельности проф. Тарасовой Л.Н. - Челябинск, 2008. - С. 118-121.
9. Прокопьева М.Ю. Клинико-гемодинамические критерии прогнозирования течения начальной стадии возрастной макулярной дистрофии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Челябинск, 2007. - 20 с.
10. Ю.Акрек Е.К., Smith R.A. Overview of age-related ocular conditions // Am. J. Manag. Care. - 2013. - Vol. 19. - Suppl. 5. - С. S67-75.
11. Ambati J. Age-related macular degeneration: etiology, pathogenesis and therapeutic strategies // J. Ambati, B. Ambati, S. Yoo // Surv. Ophthalmol. - 2003. - Vol. 48. - № 3. - С. 257-291.
12. Barleon L., Wahl J., Morfeld P., Deters C., Lichtmep A., Haas-Brahler S., Muller U., Breitstadt R., Pfeiffer N. The Evonik- Mainz-Eye-Care-Study (EMECS): Design and execution of the screening investigation // PLoSOne. - 2014. - Vol. 9. - № 6.
13. Bustamante A., Giralt D., Garcia-Bonilla L., Campos M., Rosell A. Citicoline in pre-clinical animal models of stroke: a metaanalysis shows the optimal neuroprotective profile and the missing steps for jumping into a stroke clinical trial // J. Neurochem. - 2012. - Vol. 123. - № 2. - С. 217-225.
14. Garcia-Cobos R., Frank-Garcia A., Gutierrez-Fernandez M.,

- Diez-Tejedor E. Citicoline, use in cognitive decline: vascular and degenerative // J. Neurol. Sci. - 2010. - Vol. 299. - № 1-2. - С. 188-192.
- 15 .Holz F.G., Schmitz-Valckenberg S., Fleckenstein M. Recent developments in the treatment of age-related macular degeneration // J. Clin. Invest. - 2014. - Vol. 124. - № 4. - С. 1430-1438.
- 16 .Mahadevan S., Park Y. Multifaceted therapeutic benefits of Ginkgo biloba L: chemistry, efficacy, safety, and uses // J. Food Sci. - 2008. - Vol. 73. - № 1.-С. R14-9.
- 17 .Njie-Mbye Y.F., Kulkarni-Chitnis M., Opere C.A., Barrett A., Ohia S.E. Lipid peroxidation: pathophysiological and pharmacological implications in the eye // Front Physiol. - 2013.-Vol. 4.-С. 366.
- 18 .Ritch R. Complementary therapy for the treatment of glaucoma: a perspective // Ophthalmol. Clin. North. Am. - 2005. - Vol. 18. - №4. -С. 597-609.
- 19 .Secades J.J. Citicoline: pharmacological and clinical review, 2010 update 11 Rev. Neurol. -2011. - Vol. 52. - Suppl. 2. - С. S1-S62.
- 20 . Universal eye health: a global action plan 2014-2019 // World Health Organization Library, 2013. [Электронный ресурс:] http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf

Для связи с авторами: Наргиза Хабибовна Абасханова, e-mail: nargizahon70@mail.ru, тел.: +998911535426

НОВОСТИ РОССИЙСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ



Снятие запрета на рекламу медуслуг и медизделий

20 июня 2014 года Государственная Дума России приняла в окончательной редакции изменения в федеральный закон «О рекламе», согласно которым любая медицинская организация вскоре вновь сможет размещать рекламу оказываемых ею медицинских услуг.

Также в рамках работы над данным законопроектом профессиональному медицинскому сообществу удалось не допустить принятия законодательной инициативы некоторых депутатов, предлагавших запретить рекламу медицинских изделий, включая очки корригирующие и контактные линзы.

Напомним, что после вступления в силу 1 января 2014 года ранее принятых изменений в статью 24 федерального закона «О рекламе» реклама медицинских услуг допускалась только в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий и в специализированных СМИ, предназначенных исключительно для медицинских и фармацевтических работников.

Все это привело к серьезным ограничениям доступа потребителя к информации о предоставляемых клиниками медицинских услугах, к снижению его осведомленности и возможности выбора медицинской организации, а также существенно ограничило возможности медицинских организаций размещать рекламу в неспециализированных СМИ.

Некоммерческая организация Оптическая ассоциация направляла свои предложения по корректировке данного законопроекта и выражает благодарность депутатам Государственной Думы ФС РФ - членам Комитета по экономической политике, инновационному развитию и предпринимательству, которые услышали и поддержали наши предложения.

Актуальные проблемы оптического ритейла

27 июня состоялась интерактивная конференция членов Оптической ассоциации по проблемам оптического

ритейла, в процессе которой ее участники определили следующие приоритетные задачи:

1. Внести изменения в нормативно-правовые акты, регламентирующие обязательные требования к оптикам и кабинетам врачей-офтальмологов, а именно:

- Убрать обязательное требование - наличие окна естественного освещения, предусмотрев возможность его замены искусственным освещением.
- Разрешить расположение оптики и кабинета врача-офтальмолога ниже уровня земли (на цокольных этажах зданий).
- Изменить требования к площади кабинета врача-офтальмолога (менее 18 квадратных метров и без темной комнаты).

2. Продумать комплекс мер по борьбе с контрафактной продукцией, включая введение запрета на торговлю средствами коррекции зрения на стихийных рынках, лотках, в электричках, а также людьми, не имеющими должной профессиональной подготовки.

3. Упростить порядок получения регистрационных удостоверений, включая сокращение сроков прохождения данной процедуры.

4. Ускорить доработку проекта Порядка оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи по медицинской оптике и представить в его Минздрав России.

В настоящее время вырабатывается алгоритм решения обозначенных выше задач и аккумулируются дополнительные ресурсы для их решения.

В скором времени планируется провести аналогичные конференции по проблемам оптовых оптических компаний и производителей средств коррекции зрения.

Презентация альтернативных выставочных площадок Москвы

10 июля 2014 года в Оптической ассоциации состоялось очередное совещание экспонентов по вопросам проведения Международной оптической выставки с участием представителей трех выставочных площадок Москвы.