

OF CLINICAL COURSE IN COMBINED PATHOLOGY - AGE-RELATED
MACULAR DEGENERATION AND OPEN-ANGLE GLAUCOMA

IN GERONTOLOGICAL PATIENTS

Tuychibayeva D.M., Urmanova F.M.

Tashkent State Dental Institute, Tashkent

To determine the frequency of the combined pathology and to reveal the characteristic features of the clinical course of age-related macular degeneration (AMD) in patients with primary open-angle glaucoma.

УДК: 617.7-073.178

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ
ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Янгиева Н.Р., Д.М. Туйчибаева

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, гипотензивная терапия, угол передней камеры, Траватан, Дуотрав.

Актуальность. Среди глазных заболеваний в статистике слепоты на первом месте стоит глаукома. Прогноз заболевания во многом зависит от медикаментозной терапии. Что выбрать: монотерапию или комбинацию гипотензивных средств? Эффективность гипотензивной терапии напрямую зависит от способности того или иного препарата устойчиво снижать внутриглазное давление (ВГД). Одним из эффективных средств в настоящее время является **простагландины F2 альфа** - травопрост (Траватан 0,004%). Клинические исследования показали его весьма высокую гипотензивную активность, превышающую таковую тимолола [1,2,4]. Траватан 0,004% является селективным агонистом FP-рецепторов и снижает внутриглазное давление путем увеличения оттока водянистой влаги по увеосклеральному пути. Снижение внутриглазного давления начинается примерно через 3-4 часа после введения препарата, максимальный эффект отмечается через 8-12 часов. Гипотензивное действие продолжается в течение не менее 24 часов. Считается, что непосредственными причинами ухудшения оттока водянистой влаги служит трабекулопатия. Именно с ней связано ухудшение фильтрующей функции трабекулярной диафрагмы и частичной блокады склерального синуса. Трабекулопатия имеет следующие особенности: уменьшение количества и снижение функциональной активности клеток в трабекулярном фильтре; утолщение (видоизменение) трабекулярных пластин; сужение и частичный коллапс трабекулярных щелей; деструкция волокнистых структур; отложение в трабекуле гранул пигмента, эксфолиаций, гликозаминогликанов. Причины развития трабекулопатии: более

В ранние и выраженные инволюционные процессы в трабекуле [3].

Целью нашего исследования является оптимальный подбор медикаментозного лечения пациентов с открытоугольной глаукомой (ОУГ) в зависимости от особенностей состояния угла передней камеры.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 47 пациентов, из них 31 - женщины, 16 - мужчин в возрасте от 41 года до 63 лет. К I группе отнесены 20 пациентов (40 глаз), у которых: УПК открыт (III—IV степень открытия), выражена субатрофия корня 139

радужки, деструкция волокнистых структур, видна сеть кровеносных сосудов. У 16 пациентов (32 глаза), которые отнесены ко II группе, выявлено: УПК открыт (III-IV степень открытия), умеренная экзо- и эндопигментация, эксфолиация у отдельных пациентов на трабекуле. В III группу вошли 11 пациентов (22 глаза), у которых при осмотре обнаружен открытый, но узкий, клювовидный угол передней камеры, неравномерная пигментация структур УПК, деструкция волокнистых структур.

Всем пациентам производился контроль РО (истинное ВГД) через каждые 14 дней, 1 месяц, 3 месяца с последующим повтором через каждые 3 месяца.

Результаты и обсуждение. В зависимости от того, к какой группе был отнесен пациент, ему назначалось соответствующее лечение.

При подборе режима медикаментозной терапии пациентам I и II групп был назначен траватан 0,004% 1 раз в сутки в 20.00.

Исходное значение P_0 у пациентов I и II групп выявлено в пределах 23,0-30,0 мм рт.ст. У пациентов III группы P_0 колебалось от 25,0 до 32,0 мм рт.ст. Через 1 месяц от начала лечения траватаном 0,004% в каждой группе пациенты были разделены еще на две подгруппы по степени компенсации P_0 . При этом в I группе - подгруппа А, в которой у 64% пациентов P_0 снизилось до 16,0—17,8 мм рт.ст. Во II группе подгруппа А составила 43,7%. Таким образом, монотерапия траватаном 0,004% оказалась эффективна. Подгруппу В (I' группа - 7 человек, II группа - 9 человек) составили пациенты, у которых P_0 снижено до

21,0-23,0 мм рт.ст., т.е. не произошла полная компенсация. Пациенты второй группы (подгруппа В) были переведены на комбинированный препарат дуотрав 1 раз в сутки в 20.00. ■ При обследовании пациентов подгруппы В (группа I) через 14 дней выявили полную

компенсацию P_0 до 15,7-18,9 мм рт.ст. Дополнительное снижение ВГД составило 4,1-4,3 мм рт.ст.

при переводе с граватана на дуотрав. В подгруппе В II группы у всех пациентов P_0 1 | снизилось на 1,5-2,3 мм рт.ст. и составило 20,5-21,5 мм рт.ст., при этом полная компенсация

ВГД так и не произошла. В качестве дополнительного метода лечения, нами была избрана диодная лазертрабекулопластика (на аппарате диодный лазер Iridex Oculightslx с длиной волны 810 нм), так как у этих пациентов имелась выраженная пигментация УПК. В течение месяца после процедуры и инстилляций дуотрава у всех пациентов этой группы P_0 снизилось на 3,1- 3,5 мм рт.ст. и составило 17,0-18,4 мм рт.ст.

Особый интерес представляют пациенты III группы с открытым, но клювовидным УПК. Учитывая эту особенность, первоначально пациентам был назначен препарат фотил- форте (пилокарпин 4% + тимолол 0,5%) по 1-2 капли 2 раза в сутки. Обследуя этих пациентов через 2 недели, 1 месяц, мы выявили, что данная терапия не дала желаемого результата. P_0 снизилось до 20,7-23,0 мм рт.ст. и далее не двигалось. Пациенты III группы были направлены в лазерный центр, где всем произведена лазертрабекулопластика (ЛТП, диодная ЛТП) различными методами в зависимости от пигментации УПК. Эффект от лазерного лечения наблюдался только в течение первого месяца и составил снижение P_0 на 1,7-2,2 мм рт.ст., зачастую не достигая нормы. Через 1 месяц P_0 у этих пациентов вновь колебалось от 19,7 до 25,9 мм рт.ст., неравномерно на разных глазах у одного и того же пациента. Следующим этапом комплексной терапии являлось назначение всем пациентам III группы комбинации двух препаратов: фотил-форте - 2 раза в день и траватана 0,005%- 1 раз в сутки. Уже через 1 месяц P_0 снизилось у всех пациентов на 4,2-5,9 мм рт.ст. и была достигнута полная компенсация ВГД.

Все пациенты наблюдались нами в течение 1-1,5 лет. Кроме измерения ВГД, регулярно исследовались острота зрения, поле зрения, тонографические показатели. При этом мы выявили стабильность всех показателей, Р₀сохранилось в пределах нормы, максимальное повышение выявлено до 19,7 мм рт.ст.

Выводы. По результатам проведенных нами наблюдений можно сделать вывод о том, что исходя из данных гониоскопии пациенту с открытоугольной глаукомой в начальной стадии заболевания можно сразу назначить тип лечения в виде монотерапии или комбинации препаратов и определить его прогноз.

Если УПК открыт и слабо пигментирован или не пигментирован, выражена субатрофия корня радужки, то наиболее эффективен в лечении траватан.

Если УПК открыт и выражена эндо- и экзопигментация, то наиболее эффективен в лечении дуотрав.

В случае когда УПК имеет клювовидный профиль, эффективно лечение комбинацией двух препаратов: фотил—форте и траватана.

При выраженной пигментации УПК в качестве дополнительного метода лечения эффективна диодная ЛТП.

Несомненно, траватан 0,004% предпочтителен при выборе оптимальной терапии глаукомы - как в монотерапии, так и в комбинации с другими антиглаукоматозными препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов Ю.С., Логинов Г.Н., Атласов Л.К. Исследование эффективности и влияния на качество жизни назначения ксалатана больным открытоугольной глаукомой / Глаукома: теории, тенденции, технологии. НРТ Клуб Россия - 2005 - Сборник статей конференции. - С. 22-25.

2. Логинова Н.Е. Ксалатан, как средство патогенетической терапии открытоугольной глаукомы.

3. Куроедов А.В. Первичная открытоугольная глаукома (дискуссия и обзор). Все новости офтальмологии. 2006, № 3, с. 23.

4. Лоскутов И.А. Медикаментозное лечение первичной открытоугольной глаукомы. - М., 2001.-71 с.

РЕЗЮМЕ

Цель: оптимальный подбор медикаментозного лечения пациентов с открытоугольной глаукомой (ОУГ) в зависимости от особенностей состояния угла передней камеры.

Исходя из данных гониоскопии пациенту с ПОУГ в начальной стадии заболевания можно сразу назначить тип лечения в виде монотерапии или комбинации препаратов и определить его прогноз. Если УПК открыт и слабо пигментирован или не пигментирован, выражена субатрофия корня радужки, то наиболее эффективен в лечении траватан. Если УПК открыт и выражена эндо- и экзопигментация, то наиболее эффективен в лечении дуотрав. В случае когда УПК имеет клювовидный профиль, эффективно лечение комбинацией двух препаратов: фотил-форте и траватана. При выраженной пигментации УПК в качестве дополнительного метода лечения эффективна диодная ЛТП.

ХУЛОСА

БИРЛАМЧИ ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ МЕДИКАМЕНТОЗ ГИПОТЕНЗИВ ДАВОЛАШНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Янгиева Н.Р., Туйчибаева Д.М.

Тошкент давлат стоматологика институти

Мақсад: олдинги камера бурчаги хусусиятларига боғлиқ ҳолда очик бурчакли глаукомани медикаментоз даволашнинг оптимал усулини танлаш.

Бирламчи очик бурчакли глаукома мавжуд беморларда ўтказилган гониоскопия маълумотларидан келиб чиққан ҳолда, касалликнинг бошланғич босқичида дори воситалари билан монотерапия ёки улар комбинацияси кўринишида дарҳол даволаш усулини белгилаш ва унинг оқибатини башоратлаш керак. Агар олдинги камера бурчаги (ОКБ) очик ёки кучсиз пигментацияланган ёки пигментацияланмаган бўлса, қорачиқ илдизи суботрофияси кўзга ташланса, унда траватан билан даволаш кўпроқ самаралидир. Агарда ОКБ очик бўлса ва эндо- ва экзопигментация намоён бўлган ҳолда эса, дуотрав кўпроқ самарали таъсир этади. ОКБ “тумшуксимон” кўринишида бўлса, икки препарат - фотил-форте ва траватан комбинацияси билан даволашнинг самараси юкори бўлади. ОКБ пигментацияси купли намоён бўлган ҳолатда қўшимча даволаш усули сифатида диодли ЛТП даволаш усули самаралироқ бўлади.

SUMMARY

OPTIMIZATION OF MEDICAMENTAL TREATMENT OF INITIAL STAGE OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Yangieva N.R., Tuychibayeva D.M.

Tashkent State Dental Institute

Purpose: Optimal choice of treatment of patients with POAG according to peculiarities of condition of anterior chamber angle.

Patients with initial stage of glaucoma may be prescribed monotherapy or combination of antiglaucomatous drugs and make preliminary prognosis. In patients with opened angle with slight pigmentation or without pigmentation and subatrophy of iris root Travatan turned out to be the most efficient treatment choice. In patients with opened angle with evident endo- and exopigmentation Duotrav was most effective antiglaucomatous drug. In patients with rostral profile of angle Fotil Forte combined with Travatan was the most effective choice. In most evident pigmentation of angle laser trabeculoplasty is recommended as additional method of glaucoma treatment. ■

ФАКОМОРФИК ГЛАУКОМАЛАР(ФГ)НИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдиназаров Д.А., Ражабов Ў.Р.

Сурхондарё вилоят офталмология шифохонаси

Калит сўзлар: Факоморфик глаукома, факоэмульсификация.

Мавзунинг долзарблиги. Факоморфик глаукомалар(ФГ) муҳим тиббий-ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликлар гуруҳи ҳисобланиб, кўрув аъзосининг ўзига хос хусусиятлари натижасида намоён бўлади.