

Юсупов А.А.,
Василенко А.В.,
Прыткова Л.С.

**ПРЕПАРАТЫ ПРОСТОГЛАНДИНОВОГО РЯДА,
КАК СРЕДСТВО ДОСТИЖЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОГО
ОФТОЛЬМОТОНУСА У БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ
С НОРМАЛЬНЫМ И НИЗКИМ ВНУТРИГЛАЗНЫМ
ДАВЛЕНИЕМ**

Самаркандский государственный медицинский институт

Глаукома является одной из главных причин слабости зрения и слепоты в развитых странах. В мире от глаукомы страдает около 66 миллионов человек, а к 2030 году ожидается увеличение числа таких больных в 2 раза. В России, по оценкам некоторых авторов, насчитывается около 750 тысяч больных глаукомой, но это выявленная глаукома, реальные цифры могут быть значительно выше (Либман Е.С. 2000). Данные эпидемиологического мониторинга свидетельствуют о значительном росте в последние годы первичной инвалидности вследствие глаукомы. Ее доля в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней глаз увеличилась в среднем с 14% до 24%.

В целом клиническая картина глаукомы с нормальным давлением изучена недостаточно. Детально описаны лишь отдельные клинические симптомы: экскавация диска зрительного нерва и дефекты поля зрения (Волков В.В. 2001). Имеются единичные работы, посвященные характеру изменения внутриглазного давления при суточной тонометрии (Григорьева Е.Г. 2003), динамике тонографических показателей, оценке результатов нагрузочных и разгрузочных проб. Но ни один из перечисленных тестов не является достаточно информативным, что вызывает значительные трудности при постановке диагноза.

Глаукома с нормальным и низким офтальмотонусом, имеющая достаточно широкое распространение в странах с резким континентальным климатом, в частности, в Узбекистане, представляет значительные сложности с точки зрения ее диагностики и выбора оптимальной лечебной тактики (А.Ю. Юсупов 1993г., З.И. Закирова 1991г. и др.).

Отсутствие четких представлений об особенностях клинической картины глаукомы с нормальным давлением препятствует формированию представлений о патогенезе заболевания и соответственно затрудняет выработку патогенетически ориентированного лечения.

Зачем стремиться к понижению уровня внутриглазного давления, если оно и так не превышает среднестатистической нормы? Однако, большинству клиницистов известны многочисленные примеры, когда при нормализованном, например, хирургическим путем в.г.д., прогрессивно снижаются визуальные функции. Убедительное объяснение этим фактам дает, например, концепция толерантного внутриглазного давления, предложенная А.М. Водовозовым (1993 г.).

Для его достижения, в последние десятилетия, традиционно используются бета-адреноблокаторы или их сочетание с миотиками. Однако, адреноблокаторы противопоказаны при заболеваниях бронхов, инфаркте миокарда. Миотики снижают зрительный комфорт при сопутствующей катаракте, могут послужить причиной образования плоскостных задних синехий.

В этой связи, в последние 7-10 лет, в качестве местного гипотензивного средства применяются производственные простагландинов (тафлотан, траватан (травопрост)).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 20 больных (40 глаз), больных первичной открытоугольной глаукомой, в возрасте от 45 до 71 года, 8 мужчин и 12 женщин. Из 40 глаз на 12 внутриглазное давление находилось в пределах среднестатистической нормы. Всем больным проводилось комплексное офтальмологическое обследование (биомикроскопия, визиометрия, офтальмоскопия, гониоскопия, компиметрия, периметрия, тонография, исследование центрального поля зрения тестером «Электроника 01»), а также определение толерантного офтальмотонуса периметрическим вариантом пробы А.М. Водовозова.

Основную группу наблюдения составили 12 глаз с нормальным или умеренно пониженным офтальмотонусом, на которых тонометрическое внутриглазное давление составило $18,0 \pm 0,3$. Толерантное внутриглазное давление в этой группе составило $16,4 \pm 0,1$ мм рт.ст. 28 глаз.

Биомикроскопия переднего отдела позволила отметить гиперемии склеры у 10 больных из 12, которая, однако, была выражена слабо у 7 больных, у остальных 5 несколько сильнее. Значительного беспокойства больным это не причиняло.

Гониоскопическая картина достоверных изменений не претерпела.

Тонометрическое внутриглазное давление в основной группе до начала использования тафлотана составило $18,0 \pm 0,3$ мм.рт.ст. Толерантное внутриглазное давление, определенное периметрическим вариантом пробы А.М. Водовозова, составило $16,4 \pm 0,1$ мм.рт.ст.

Использование тафлотана позволило добиться снижения внутриглазного давления до уровня

16,2⁺0,1 мм.рт.ст. у всех 12 больных.

Расширение границ периферического зрения составило в среднем 120⁰ ± 50⁰. Отмечалось исчезновение или уменьшение площади центральных скотом. Так, количественный, дефицит центрального поля зрения, определенный тестером «Электроника-01», составивший в основной группе в начале наблюдения в среднем 9/7, после использования тафлотана уменьшился после достижения толерантного внутриглазного давления в среднем до 3/1-3/0, что позволяет говорить о практическом исчезновении центральных скотом.

Острота зрения с оптимальной очковой коррекцией после использования тафлотана повысилась на 0,2 на 3 глазах, на 0,1- еще на 3 глазах.

В контрольной группе (28 глаз) в начале наблюдения тонометрическое внутриглазное давление составило 32,6⁺0,8 мм.рт.ст. Толерантное внутриглазное давление для этой группы составило в среднем 19,5⁺0,2 мм.рт.ст. Снижение внутриглазного давления в контрольной группе оказалось более значительным, чем в основной, и составило в среднем 9,6⁺0,8 мм.рт.ст. Толерантное внутриглазное давление, однако, было достигнуто лишь в половине случаев (на 14 глазах), остальным больным дополнительно пришлось рекомендовать инстилляцию 0,5% - тимолола в сочетании с тафлотаном.

Отмечалась положительная динамика визуальных функций. Так, острота зрения повысилась более чем на 0,2 на 14 глазах, на 0,1-0,2- на 8 глазах, не изменилась на 4 глазах. Ухудшения остроты зрения не зарегистрировано.

Состояние границ периферического зрения улучшилось в среднем на 90⁰ ± 25⁰ на 14 глазах, еще на 8 глазах улучшение (расширение по назальным меридианам) составило 60⁰ ± 10⁰, на остальных 6 глазах поле зрения достоверно не изменилось.

Так же, как и в основной группе, отмечено уменьшение площади центральных скотом. Их количественный дефицит, составлявший в начале, в среднем 10/4-10/3, уменьшился в среднем до 3:2-3:1 на 14 глазах, на 4 глазах центральные скотомы практически исчезли.

Биомикроскопически снижение степени застойной инъекции отмечено на 100% глаз, однако в большинстве случаев этот эффект стусевывается поверхностной гиперемией после инстилляций тафлотана.

Гониоскопически на 6 глазах с тенденцией к закрытию угла передней камеры отмечено некоторое его раскрытие (визуализация задней склеральной шпоры и нижней порции трабекулы), на остальных глазах гониоскопическая картина достоверно не изменилась.

В состоянии глазного дна как в основной, так и в контрольных группах достоверной динамики не наблюдалось.

Выводы.

1. Тафлотан может быть с успехом использован в местной гипотензивной терапии глаукомы с невысоким офтальмотонусом, позволяет достигать толерантных значений офтальмотонуса.

2. Удобство в использовании (1р. в сутки) позволяет отдать ему предпочтение перед другими препаратами.

3. К недостаткам можно отнести местную гиперемию и относительно высокую стоимость препарата.

Использованная литература:

1. Водовозов А.М. Индивидуально переносимое ВГД при глаукоме. Офтальмологический журнал-1991 г. №3, С. 90-93.
2. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении / В.В.Волков. -Москва: Медицина, 2001.-С.350
3. Григорьева Е.Г. Клиника глаукомы нормального давления / Е.Г. Григорьева // Вестник офтальмологов - 2003. - №1. - С. 7-10.
4. Джозеф Фламмер Глаукома 2008 г. МЕД-пресс информ С. 38-66.
5. Закирова З.И., Особенности диска зрительного нерва у больных глаукомой с низким офтальмотонусом. Проблемы теоретической и практической медицины. Самарканд 1991 г. С. 217-219.
6. Закирова З.И., Вестник врача общей практики 2000 г. №3 С. 70-71.
7. Закирова З.И., Международная конференция офтальмологов. Ашхабад 2004 г. С.39-42.
8. Либман Е.С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России / Е.С. Либман // Тезисы докладов VII съезда офтальмологов России - Медицина.,2000. - Ч. 2. - С. 209-214.
9. Юсупов А.Ю. Глаукома в Узбекистане. Ташкент 1993 г. С.58-75.
10. Diurnal variation in intraocular pressure of normal-tension glaucoma eyes / J. Yamagami, M. Araie, M. Aihara, S. Yamamoto // Ophthalmology. - 1993. -Vol. 100, №5.-P. 643-650.
11. Color Doppler imaging analysis of ocular vessels flow velocity in glaucomatous and normal subjects / M. Chen, H. Chiou, J. Chou et al. // Journal of medical ultrasound.-2000.-Vol. 8.-P. 168-173.