



Предложенный клинический случай отражает высокую избирательную эффективность КСАЛАТАНА применительно к пожилым больным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка 66 лет, обследовалась в феврале 2001 года в 2 ЦВКГ им. П. В. Мадрыка на предмет ПОУГ.

Острота зрения 1,0/0,8 со sph +1Д = 1,0 ВГД ОД от 24 до 32, ОС от 25 до 30 мм рт ст. Периметрия – (объект 2/111, белый), сужение в верне-носовом сегменте до 37-40 градусов. Гониоскопия – УПК – открыт до нижней трети трабекулярной зоны, умеренная эндогенная пигментация опознавательных зон 1-11 степени. Глазное дно: ДЗН деколорирован, ЭД 0,3, физиологическая, ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

Диагноз: Впервые выявленная ОУ 1В нестабилизированная глаукома левого глаза.

Сопутствующий диагноз: Гипертоническая и ишемическая болезнь. Коронарный атеросклероз. Нарушение толерантности к углеводам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для компенсации ВГД применялись препараты ГЛАУМОЛ 0,5%, ПИЛОКАРПИН 1%, ФОТИЛ 2% 2 раза в сутки в течении 4-х дней. Понижение ВГД до 25 и 26 мм рт. ст. – соответственно, т. е. достоверной компенсации ВГД не отмечалось. При назначении КСАЛАТАНА – один раз в сутки (инстилляция в 21-00) и суточном контроле ВГД в 23-00, 24-00, 06-00, 08-00, 10-00, 12-00, 14-00, 16-00, 18-00, 20-00, 21-00) – первые сутки, ВГД с 32 мм рт ст начало понижаться через 4 часа после инстилляций, сначала до 25, а затем – утром до 18 и 19 мм рт. ст. В течении всего дня и последующих семи суток наблюдения в клинике ВГД стабильное 18-19 мм рт ст. После выписки из клиники, пациентка наблюдалась амбулаторно с постоянным контролем ВГД и зрительных функции в течении 7-ми месяцев. ВГД находилось на уровне 18-19 мм рт. ст., изменения зрительных функций не отмечалось.

ВЫВОДЫ

Показательное понижение ВГД у пациентки данной возрастной группы может служить хорошей иллюстрацией назначения КСАЛАТАНА, как препарата первого выбора у больных с впервые выявленной ПОУГ.

ИНОКАИН – ПРЕПАРАТ ДЛЯ КАПЕЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

КОРОТКИХ С. А.

*Кафедра глазных болезней Уральская
медицинская академия, г. Екатеринбург*

Местная анестезия является основным, наиболее часто используемым методом обезболивания в офтальмологии. Поэтому проблема создания высокоэффективного, безопасного, быстродействующего и не имеющего побочных эффектов препарата является важной проблемой в течение длительного времени.

До настоящего времени в офтальмологии применялись в качестве местных капельных анестетиков следующие препараты: тетракаина гидрохлорид (дикаин) 0,5-1,0%; лидокаин 2-4%; тримекаин 2-5%; леокаин.

Однако ни один из вышеперечисленных анестетиков не отвечает всем требованиям, которые предъявляются к капельным местноанестезирующим препаратам:

- быстрое наступление анестезии;
- достаточная продолжительность действия;
- после окончания действия чувствительность роговицы должна восстанавливаться в полном объеме;
- не должны изменяться внутриглазное давление, аккомодация;
- не оказывать общего и местного токсического действия;
- не вызывать дистрофии эпителия роговицы;
- не вызывать аллергических реакций;
- не влиять на эффективность других лекарственных препаратов.

Инокаин – новый препарат для капельного обезболивания в офтальмологии, представляющий собой беноксината гидрохлорид (USP) 0,4%.

Активное вещество инокаина является сложным эфиром парааминобензойной кислоты.

Нами проведены клинические испытания нового анестезирующего препарата в клинике глазных болезней Уральской медицинской академии. В качестве препаратов для сравнительной оценки были выбраны дикаин 0,5%; лидокаин 2%; тримекаин 2% и леокаин 0,3%. Данные по сравнительной оценке вышеперечисленных препаратов были получены по стандартным методикам.

В рамках проводимых испытаний нами оценивались следующие особенности местной анестезии инокаином: местно-раздражающее дей-



стве, токсическое, аллергическое. Кроме того, оценивалось время наступления анестезии, ее продолжительность и глубина.

Анализ проводился с привлечением 36 пациентов клиники.

Из них 25 женщин, 11 мужчин в возрасте от 16 до 59 лет. При этом один глаз пациента являлся опытным, а другой – контрольным, поскольку по данным Б. Л. Радзиховского и В. И. Лучик чувствительность роговиц правого и левого глаз является одинаковой у одного пациента.

В качестве методов исследования нами использовались следующие: исследование чувствительности роговицы с помощью альгезиметра Радзиховского Б. Л. (альгезиметрия); биомикроскопия с помощью щелевой лампы, измерение внутриглазного давления.

Альгезиметрия проводилась по стандартной схеме. Оценивались время наступления и продолжительность анестезии при использовании инокаина в сравнении с другими препаратами. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таким образом, из таблицы видно, что инокаин 0,4 % при однократном закапывании в конъюнктивальную полость, вызывает анестезию в среднем за 24,5 секунды, что превосходит время воздействия сравниваемых препаратов, кроме леокаина.

По продолжительности обезболивающего эффекта после однократной инстилляцией инокаин значительно уступает дикаину, лидокаину, тримекаину и леокаину и составляет в среднем 18

минут. Однако в случае трехкратного закапывания препарата анестезия держится до 45-60 минут, что превышает действие других анестетиков.

Следует отметить, что 18 минут вполне достаточно, что провести ряд манипуляций на глазном яблоке: измерить внутриглазное давление, сделать субконъюнктивальную инъекцию лекарственного препарата, удалить инородное тело роговицы. Заслуживает внимания тот факт, что анестезирующий эффект наступает быстрее в центре роговицы, затем выключается чувствительность ее периферии, позже обезболивается конъюнктив.

Местно-раздражающее действие оценивалось по субъективным ощущениям пациентов (жжение, слезотечение, учащенное мигание), степени гиперемии конъюнктивы и продолжительность ее сохранения после инстилляций. Наибольшее число жалоб на жжение и усиленное слезоотделение было предъявлено пациентами при закапывании дикаина 0,5%. В случае применения инокаина жалобы на жжение предъявили 34 пациента из 36, оценив его как «слабое». Усиленное слезоотделение имело место у 4 пациентов, что может быть отнесено на счет индивидуальной чувствительности пациентов. Степень гиперемии конъюнктивы оценивалась по продолжительности и увеличению калибра сосудов конъюнктивы. Из всех исследуемых препаратов инокаин и леокаин вызывали наименьшую степень гиперемии, при этом быстро проходящую (в течение

Таблица 1

Сравнительная оценка активности анестетиков при поверхностной анестезии

Препарат	Показатели		
	концентрация раствора	время наступления анестезии (секунды)	длительность анестезии (минуты)
Дикаин	0,5 %	35,0	20,5
Лидокаин	2,0 %	39,7	23,0
Тримекаин	2,0 %	37,5	23,8
Леокаин	0,3 %	28,5	20,0
Инокаин	0,4 %	24,5	18,0

Таблица 2

Сравнительная оценка токсического воздействия анестетиков разных групп на роговицу пациентов в % соотношении

Препарат	Изменения эпителия через 10 минут после инстилляцией препарата				
	Не наблюдались	Слабая степень	Средняя степень	Выраженные изменения	Всего
Тримекаин 2%	6,7	23,3	63,3	6,7	100
Лидокаин 2%	10,0	46,7	43,3	0	100
Дикаин 0,5%	3,3	10,0	70,0	16,7	100
Леокаин 0,3%	43,3	50,0	6,7	0	100
Инокаин 0,4%	50,0	47,2	2,8	0	100



2-3 секунд). Ранее используемые анестетики – трикаин, лидокаин и, особенно, дикаин, вызвали достаточно яркую гиперемию, продолжительность которой составляла до 10-12 секунд.

При проведении сравнительной тонометрии нами не было выявлено какого-либо заметного изменения величины внутриглазного давления до применения анестетика и в разное время после инстилляций препарата.

При оценке токсического действия инокаина на ткани переднего отрезка глаза мы использовали метод оценки состояния эпителия роговицы с помощью осмотра в щелевой лампе после окрашивания флуоресцеином. По степеням было выделено 3 группы изменения эпителия:

- слабая степень – незначительный отек эпителия, не окрашивается;
- средняя степень – отек эпителия с мелкоочечными диффузными дефектами, которые окрашивались флуоресцеином;
- выраженные изменения – отек эпителия с образованием эрозивных участков.

Если изменений не наблюдалось, состояние глаз оценивалось как отсутствие выраженных изменений. Полученные данные занесены в табл. 2.

Из приведенной таблицы видно, что изучаемый нами анестетик инокаин превосходит другие по степени минимального токсического воздействия на эпителий роговой оболочки. Нами не получено ни одного выраженного воздействия на эпителий.

Хочется отдельно отметить, что 28 из 36 пациентов субъективно отметили, что через 30-40 минут после инстилляций инокаина появилось ощущение «большей ясности и легкости в глазах», о чем они сообщили самостоятельно. При осмотре состояние эпителия роговицы в этот момент было хорошим, отечность, вызванная инстилляцией, полностью отсутствовала во всех случаях. Кроме того, имели место изменения слизистой оболочки глазного яблока и переходных складок в виде уменьшения рыхлости и отечности, некоторого сужения сосудов конъюнктивы через 30-40 минут после закапывания инокаина. Поэтому пациенты указывали на ощущение «легкости».

При применении нового анестетика для капельной местной анестезии нами не было выявлено ни одного случая аллергических реакций.

Таким образом, инокаин 0,4% является быстродействующим, нетоксичным, гипоаллергенным препаратом для местной капельной анестезии в офтальмологии. Достаточно быстрое наступление обезболивания (24,5 секунд) и относительно большая продолжительность при трехкратном закапывании (до 60 минут) позволяют считать инокаин лучшим из известных анестетиков.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ФОТИЛ И ФОТИЛ-ФОРТЕ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

КОНОВАЛОВА Н. А., КУРЗАЕВА Н. С.

*Областной офтальмологический
диспансер, г. Тюмень*

Медикаментозное лечение глаукомы является одной из наиболее актуальных и сложных проблем в современной офтальмологии. Разработанные в последние десятилетия антиглаукоматозные гипотензивные средства создали проблему информационного потока, в котором практическому врачу непросто найти единственно правильное решение.

Препарат Фотил содержит 0,5% тимолол и 2% пилокарпин. Фотил форте – 0,5% тимолол и 4% пилокарпин. Фотил и фотил-форте – высокоэффективные гипотензивные средства, которые вызывают снижение уровня ВГД преимущественно за счет улучшения оттока камерной влаги. После инстилляций препарата эффективное снижение ВГД происходит начиная со второго часа, максимальный эффект наступает через 3-4 часа, продолжительность гипотензивного действия составляет около 12 часов.

Мы применяем этот препарат с 1999 года в условиях дневного стационара Областного офтальмологического диспансера. Наш дневной стационар работает в системе государственных гарантий, препараты для инстилляций на курс лечения выдаются пациентам бесплатно. На курс лечения направляются пациенты, не требующие срочного хирургического лечения, для проведения антидистрофической терапии, в особенности больные с единственным зрячим глазом. Фотил применялся нами как на видящих глазах, так и на глазах с абсолютной (в том числе болевой) глаукомой. Группа больных первичной глаукомой, получавших фотил, составила 97 человек, вторичной глаукомой – 2 человека (116 глаз).

Известно, что чем более продвинута стадия глаукоматозного процесса, тем труднее добиться снижения внутриглазного давления с помощью гипотоников. В нашем наблюдении фотил назначался, в основном, на глазах с 3 и 4 стадиями глаукомы (60 глаз. – 3 ст., 27 глаз – 4 ст.)

Не касаясь подробной характеристики наблюдаемой группы пациентов, мы можем отметить следующее.

1. В целом, фотил оказался более эффективен при 3 и 4 стадиях глаукомы, чем применяемая ранее комбинация окупреса 0,5% - 2 раза в день и пилокарпина 1% – 3 раза в день