

# ТІОТРИАЗОЛІН У ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ

Одеський державний медичний університет

Проблема лікування простої діабетичної ретинопатії (ДР) є однією з актуальних тем в офтальмології. З сучасних методів лікування діабетичної ретинопатії основним є медикаментозна терапія, а також лазер- і криокоагуляція сітківки [1].

Комплексне лікування діабетичної ангіоретинопатії повинно містити як патогенетичні, так і симптоматичні засоби. До патогенетичного лікування слід включати регуляцію вуглеводного, жирового і білкового обмінів, а до симптоматичного — профілактику й усунення клінічних проявів, а також пов'язаних із ними ускладнень цукрового діабету.

Різноманіття медикаментозних засобів, рекомендованих для лікування діабетичних ретинопатій, створює певні труднощі в об'єктивному їх виборі та застосуванні. В основу лікування хворих нами покладено схему лікування діабетичних ретинопатій, розроблену Р. Д. Рогозіною [2], з урахуванням доповнень і рекомендацій М. Л. Краснової і Н. Б. Шульпіної [3], Л. А. Кацнельсона і співавторів [10], Л. Т. Кашинцевої і Т. Я. Павловської [4].

Виходячи з вищевикладеного, метою нашого дослідження було вивчення можливостей широкого застосування в комплексному лікуванні діабетичної ретинопатії нового вітчизняного мембранопротекторного препарату тіотриазолін [6; 7].

## Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебувало 240 хворих з простою діабетичною ретинопатією. Залежно від офтальмологічного лікування хворих було розподілено на такі групи. Перша група (контрольна)

— 80 чоловік (160 очей), які одержували традиційне лікування. Друга група — 160 пацієнтів (320 очей), які одержували аналогічне традиційне лікування в комплексі з тіотриазоліном. Обидві групи були порівняні між собою за клінічними показниками, віком і статтю.

У наших дослідженнях тіотриазолін застосовувався в комплексному лікуванні хворих на ДР у вигляді парабульбарних (п/б) ін'єкцій по 0,5 мл 1%-х розчинів щодня протягом 5–10 днів (залежно від вираженості ДР), а також всередину по 1 пігулці (100 мг) тричі на день протягом 20 днів [5].

Із традиційних методів лікування використовували ангіопротектори (дицинон, емоксипін, етамзилат натрію, продектин, доксіум); тканинну терапію за методом акад. В. П. Філатова (ФіБС, склисте тіло); дезагреганти (аспірин, ескузан, троксивазин); судинорозширювальні препарати (нікошпан, галідор); ліпотропні (ліпоєва кислота, ліпостабіл); вітаміни (В1, В6, В12, С, нікотинова кислота, рутин). Також застосовували препарати для поліпшення мікроциркуляції (трентал, кавінтон); ферменти та антикоагулянти (вобензим, гепарин, фраксипарин); при необхідності — фотокоагуляцію сітківки [8].

Оцінка результатів лікування проводилася за допомогою стандартних офтальмологічних методів обстеження (візометрія, периметрія, тонометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія, визначення порогу електричної чутливості зорового нерва), а також із застосуванням фотобіомікроскопії бульбарної кон'юнктиви, а при необхідності — флюоресцентної ангиогра-

фії. Критерієм оцінки лікування слугувало не тільки поліпшення функцій (гостроти зору і поля зору), а й стан очного дна (розсмоктування геморагій і ексудатів, гемофтальму [9]).

Обстеження хворих проводилося до лікування, через 1, 7 днів, 1, 2, 3, 6 і 12 міс після проведеного лікування.

## Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів лікування хворих з діабетичною ретинопатією (ДР) показав, що відразу після курсу лікування поліпшення гостроти зору спостерігалось у 83,8 % хворих основної групи і у 63,1 % — контрольної групи. Залежно від стану очного дна цей показник коливався від 95,1 % при ДР-1 до 79,5 % — при ДР-3; у контрольній групі він становив відповідно 81,5 і 56,3 % (табл. 1). Ефективність лікування підтверджується збільшенням кількості хворих із зором 0,9–1,0. В основній групі цей показник збільшився з 10,6 до 34,4 %, тоді як у контрольній групі він практично не змінився (відповідно 15,0 і 16,3 %). Більш ніж у половини (59,1 %) хворих основної групи було відмічено розширення периферичного поля зору, зокрема у 37,2 % хворих воно відновилося до норми. Поліпшення стану очного дна встановлене у 64,7 % хворих основної групи.

Аналіз віддалених результатів довів, що позитивні зміни утримувалися на досягнутому рівні протягом тривалого часу: через 6 міс — у 83,3 % хворих основної групи і у 57,3 % — контрольної групи, а через 12 міс — відповідно у 67,8 і 31,5 % хворих. Впродовж перших 6 міс у хворих основної групи спостерігалось подальше розмок-



тування і зменшення набряку сітківки в макулярній ділянці (37,9 %), зменшення кількості ретинальних геморагій більш ніж у половини (53,6 %) хворих, а також у третини (37,1 %) хворих — регрес ішемічних фокусів сітківки.

У контрольній групі вищеперелічені зміни були відмічені у незначній кількості хворих (відповідно 11,7; 13,5; 3,6 % хворих).

Через 12 міс майже у третини (31,4%) хворих контрольної групи спостерігалася поява нових геморагій, а також нових фокусів ретинальної ішемії у вигляді м'яких ексудатів (37,2 %) і неоваскуляризація сітківки (25,6 %). В основній групі такі негативні зміни сітківки були відмічені не більше ніж у 10 % хворих.

Проведений аналіз віддалених результатів довів, що всі досліджувані показники функціонального стану органа зору у більшості пацієнтів залежали

від методу лікування: новий комплексний метод лікування ДР з включенням тіотріазоліну виявився ефективнішим, ніж традиційна терапія (табл. 2). У переважної більшості хворих основної групи спостерігалася позитивна динаміка як у ранні терміни (до 3 міс), так і у віддаленому періоді (до 12 міс). Не відмічено жодного випадку погіршення стану хворого після введення тіотріазоліну. Навпаки, у 78 % пацієнтів спостерігалася поліпшення фізичного стану здоров'я і самопочуття.

Результати дослідження дозволили встановити, що прогресування простої ДР у віддалені терміни було вірогідно меншим ( $P < 0,05$ ) після використання тіотріазоліну (2,7 %), ніж у контрольній групі (11,5 %). Відсоток стабілізації стану сітківки або навіть його поліпшення був значно вищим в основній групі (97 %), ніж у контрольній (78,3 %).

У 93,3 % хворих після вве-

дення тіотріазоліну відмічалася позитивна динаміка змін на очному дні. Спостерігалася розсмоктування преретинальних і ретинальних геморагій, зменшувалася інтенсивність макулярного набряку сітківки, відмічався регрес м'яких ексудатів. Помітно прискорювалися темпи розсмоктування кров'яних згустків у склистому тілі. В період спостереження за хворими рецидивів гемофтальму не було.

## Висновки

Проведені нами дослідження дозволили зробити такі висновки:

1. Застосування нового мембраностабілізуючого препарату тіотріазоліну в комплексному лікуванні діабетичної ретинопатії більш ефективно, ніж раніше відомі традиційні методи її консервативного лікування.

2. Справляючи мембранотропну дію, тіотріазолін покращує морфофункціональний

Таблиця 1

### Ефективність лікування хворих з діабетичними ретинопатіями тіотріазоліном

Стан очного дна	Характер лікування (групи)	Зміни гостроти зору						Всього	
		Поліпшення		Без змін		Погіршення			
		К-ть очей	%	К-ть очей	%	К-ть очей	%	К-ть очей	%
ДР-1	Контрольна	22	81,5	5	18,5	–	–	27	100
	Основна	39	95,1	2	4,9	–	–	41	100
ДР-2	Контрольна	34	64,2	19	35,8	–	–	53	100
	Основна	74	88,1	10	11,9	–	–	84	100
ДР-3	Контрольна	45	56,3	35	43,8	–	–	80	100
	Основна	155	79,5	40	20,5	–	–	195	100
Всього по групі	Контрольна	101	63,1	59	36,9	–	–	160	100
	Основна	268	83,8	52	16,2	–	–	320	100

Таблиця 2

### Динаміка гостроти зору у хворих з цукровим діабетом під впливом загальноприйнятого і нового комплексного лікування залежно від стану очного дна, М±m

Групи хворих, к-ть очей	У середньому по групі		Стан очного дна					
			ДР-1		ДР-2		ДР-3	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Контрольна, n=160	0,41±0,06	0,47±0,05 P>0,05	0,73±0,03	0,83±0,02 P<0,05	0,49±0,05	0,57±0,06 P>0,05	0,25±0,08	0,29±0,09 P>0,05
Основна, n=320	0,35±0,07	0,65±0,03 P1<0,05 P2<0,05	0,74±0,02	0,96±0,01 P1<0,001 P2<0,02	0,48±0,04	0,79±0,02 P1<0,001 P2<0,05	0,20±0,09	0,52±0,04 P1<0,02 P2<0,05

Примітка. P1 — порівняно з даними цієї ж групи до лікування; P2 — порівняно з даними обох груп після лікування.



стан, що виявляється поліпшенням гостроти зору, розширенням полів зору, запобіганням рецидивів судинних змін на очному дні.

3. Значне ефективне підвищення зорових функцій, запобігання розвитку ускладнень і рецидивів захворювань дозволяє рекомендувати тіотриазолін для комплексної терапії і профілактики при лікуванні діабетичних ретинопатій.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Патогенетические особенности простой и пролиферативной диабетической ретинопатии* / Л. Т. Кашинцева, И. Р. Салдан, А. В. Артемов, Т. В. Дегтяренко // *Офтальмолог. журнал.* — 1988. — № 4. — С. 193-198.

2. *Рогозина Р. Д.* Наш опыт комплексной медикаментозной терапии диабетической ретинопатии // Там же. — 1974. — № 7. — С. 540-542.

3. *Краснов М. Л., Шульпина Н. Б.* Терапевтическая офтальмология. — М.: Медицина, 1985. — С. 559.

4. *Павловская Т. Я., Кашинцева Л. Т.* Эффективность применения внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении больных с диабетической ангиопатией сетчатки и ретинопатией // *Офтальмолог. журнал.* — 2000. — № 2. — С. 45-49.

5. *Буянова О. В.* Лечение центральных хориоретинальных дистрофий с применением нового мембраностабилизирующего препарата — тиотриазолина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Одесса, 1996. — С. 22.

6. *Михальчик Т. С.* Клинико-биохимические аспекты применения тиотриазолина при тромбозах рети-

нальных вен: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Одесса, 1997. — С. 20.

7. *Беленичев И. Ф.* Целенаправленный поиск веществ с антиоксидантной активностью в ряду производных 1,2,4-триазола и хиназолина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Львов, 1991. — С. 21.

8. *Логай И. М., Соловьева В. П., Сотникова Е. П.* Тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова, основные направления и перспективы ее развития // *Офтальмолог. журнал.* — 1995. — № 2. — С. 68-73.

9. *Кровоснабжение и гемомикроциркуляция глаза при различных формах и стадиях диабетической ретинопатии* / И. Р. Салдан, Л. В. Козина, Н. В. Бакулева, К. Г. Драченко // Там же. — 1982. — № 8. — С. 473-476.

10. *Кацнельсон Л. А., Форофонова Т. И., Бунин А. Я.* Сосудистые заболевания глаза. — М.: Медицина, 1990. — С. 273.

УДК 618.4:616.98:578.828 ВІЛ

М. А. Волкова

## ПРОБЛЕМА ПРОГРЕСУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Одеський державний медичний університет

Відомо, що епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні триває. Повідомляється про інфікування ВІЛ 1 % населення [1]. За даними CDC Центру (США), серед матерів ВІЛ-інфікованих дітей 47 % вживали наркотики, 22 % — мали сексуальні стосунки зі споживачами наркотиків [1]. Жінки більш сприйнятливі до ризику ВІЛ-інфікування, ніж їх статеві партнери, що обумовлено низкою біологічних і соціальних факторів. За даними деяких авторів, частота передачі ВІЛ від чоловіка до жінки у 2–3 рази вища [1; 2]. Щодня у світі інфікуються ВІЛ 14 000 осіб, з них 12 000 — віком від 15 до 49 років; особи від 15 до 24 років становлять близько 50 % від загальної кількості [1].

Питання впливу вагітності на перебіг ВІЛ-інфекції на сучасному етапі вивчено недостатньо. У всіх жінок, незалежно від ВІЛ-статусу, під час вагітності простежується знижен-

ня клітинного та гуморального імунітету. Це свідчить про небезпеку того, що вагітність може прискорювати прогресування хвороби. Сьогодні немає достовірної інформації щодо впливу вагітності та пологів на прогресування ВІЛ-інфекції у ранній період її розвитку, зростання вірусного навантаження та зниження кількості CD<sup>+</sup>-лімфоцитів [1; 3; 4]. Але на пізніх стадіях хвороби можливе прискорення її прогресування [1; 5].

Мета нашого дослідження — вивчення перебігу ВІЛ-хвороби у жінок після пологів протягом 2 років.

#### Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 120 ВІЛ-інфікованих жінок протягом 1–2 років після пологів, які зверталися по медичну допомогу. Під час вагітності всі вони перебували в стадії безсимптомного

носіїства ВІЛ. Крім загальноклінічного обстеження, визначали рівень CD<sup>+</sup> та CD<sup>+</sup>-лімфоцитів, деяким пацієнткам — вірусне навантаження, щоб вирішити питання про доцільність призначення антиретровірусної терапії (АРТ).

#### Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік жінок — (23±2,3) року. Споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН) раніше були 27 % жінок, продовжували вживати наркотики після пологів 3 % жінок. Перші пологи були у 18 (15 %) жінок, другі — у 94 (78,3 %), треті — у 8 (6,7 %). Аборти після пологів мали 22 (18,3 %) обстежених.

Супровідні захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), було виявлено у 68 (56,6 %) жінок. Найчастішими були такі інфекції, як кандидоз, трихомоніаз, герпес-вірусна інфекція.

