

## РАЦІОНАЛЬНА ТА БЕЗПЕЧНА ТЕРАПІЯ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ

Наку Т. В.

Науковий керівник: Кашута В. Є.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

tnacu1993@gmail.com

**Вступ.** На сьогоднішній день захворювання зору є однією з актуальних проблем охорони здоров'я в усьому світі. Одним із таких захворювань є первинна відкритокутова глаукома (ПВКГ). За статистичними даними ВООЗ в світі на ПВКГ страждає близько 66 мільйонів людей, серед яких 12,5 мільйонів людей повністю втратили зір. ПВКГ — це хронічне прогресуюче захворювання, що вражає зоровий нерв із розвитком специфічної оптичної нейропатії, характерних змін в полі зору, у деяких випадках супроводжується періодичним або стійким підвищенням внутрішньоочного тиску (ВОТ). Захворювання призводить до необоротних змін в очах людей, значної втрати зору аж до повної сліпоти. *ПВКГ* частіше зустрічається у віці понад 40 років, але, на превеликий жаль, сьогодні вона вже діагностується у молодих людей до 40 років. Певною проблемою є безсимптомний перебіг захворювання, що призводить до несвочасного виявлення захворювання, коли вже відбуваються незворотні процеси та значна втрата зору.

**Мета дослідження.** Ціль даної роботи – проаналізувати фармакотерапію первинної відкритокутової глаукоми з позицій раціонального та безпечного застосування протиглаукомних препаратів.

**Матеріали та методи.** Нами було проаналізовано листки лікарських призначень 25 хворих на ПВКГ віком від 40 до 83 років, що перебували на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні. За даними призначень хворі отримували офтальмогіпотензивну терапію у вигляді очних крапель за такими схемами: комбінована терапія 2 препаратами: тимолол та бринзоламід; комбінована терапія 2 препаратами: бримонідину тартрат та бринзоламід; фіксована комбінація тимололу та бринзоламід. Аналіз раціональної фармакотерапії проводився відповідно до сучасних вітчизняних протоколів надання медичної допомоги хворим на ПВКГ та іноземних рекомендацій. Безпечність терапії оцінювали з урахуванням взаємодії ліків та можливої побічної дії.

**Результати дослідження.** Проведений аналіз фармакотерапевтичних схем встановив, що з метою зниження ВОТ застосовувалися препарати таких фармакологічних груп, як неселективні  $\beta$ -адреноблокатори, інгібітори карбангідрази II та селективні агоністи  $\alpha_2$ -адренорецепторів. За даними сучасними рекомендаціями щодо вибору препаратів для лікування ПВКГ препаратами першого вибору є аналоги простагландинів та  $\beta$ -адреноблокатори. Ці препарати застосовують на перших етапах лікування, як монотерапія, а у разі відсутності ефекту комбінують їх з препаратами інших груп. В двох призначених схемах терапії були застосовані  $\beta$ -адреноблокатори, які зменшують утворення внутрішньоочної рідини, не впливаючи значною мірою на відтік рідини. Дані препарати на відміну від лікування міотичними засобами, зменшують внутрішньоочний тиск, не впливаючи на акомодацию, розмір зіниць, гостроту зору, тому нечіткість бачення предметів, затуманення зору, чи погіршення зору при яскравому світлі не виникають. Але слід враховувати можливі

системні побічні ефекти  $\beta$ -блокаторів для серцево-судинної та респіраторної системи, особливо погіршення хронічних обструктивних захворювань легень і астми.

Додавання до тимололу сильнодіючого інгібітору карбоангідрази II – бринзоламідю, сприяє більш ефективному зниженню ВОТ через пригнічення карбоангідрази у циліарних відрізках ока, що знижує виділення внутрішньоочної рідини, головним чином за рахунок сповільнення утворення іонів бікарбонату з подальшим зменшенням транспортування натрію та рідини. Але слід враховувати, що додавання до терапії даного препарату може збільшити частоту виникнення побічних реакцій, а саме затуманення зору, подразнення ока, біль в оці, відчуття стороннього тіла в оці, гіперемія очей.

При виборі схеми терапії ПВКГ слід враховувати прихильність пацієнтів до лікування, що значною мірою визначає ефективність тривалої (пожиттєвої) терапії. На комплаєнс впливають чимало факторів. Основним фактором, який знижує прихильність до лікування глаукоми, є кількість призначених ліків та/або кратність їх застосування, тому застосування фіксованих комбінацій даних груп препаратів є більш бажаним.

Застосування в комплексній терапії селективного агоністу  $\alpha_2$ -адренорецепторів показано хворим на ПВКГ, яким протипоказано застосування  $\beta$ -блокаторів. При виборі препаратів даної групи слід враховувати підвищену чутливість до діючої речовини або до інших компонентів препарату, а також протипоказання до одночасного застосування з інгібіторами моноаміноксидази та антидепресантами, що впливають на норадренергічну передачу (наприклад, трициклічні та тетрациклічні антидепресанти, міансерин).

**Висновки.** Таким чином, проведений аналіз схем терапії, призначених хворим на ПВКГ, встановив, що вибір препаратів для лікування був раціональним відповідно до сучасних вітчизняних та іноземних рекомендацій та показав необхідність індивідуального вибору препаратів з урахуванням протипоказань, побічної дії та взаємодії ліків.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНИХ ЕФЕКТІВ ІНГІБІТОРІВ НАТРІЙЗАЛЕЖНОГО КОТРАНСПОРТЕРА ГЛЮКОЗИ 2-ГО ТИПУ

Настека М. В.

Науковий керівник: Цивунін В. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

nastekamaria@gmail.com

**Вступ.** Цукровий діабет 2-го типу є найпоширенішою формою діабету, на яку припадає понад 90% випадків в усьому світі. Селективні інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (як-от дапагліфлозин, емплагліфлозин, канагліфлозин) – новітній клас протидіабетичних препаратів, які використовують на додачу до метформіну для лікування недостатньо контрольованого цукрового діабету 2-го типу або як монотерапію при непереносимості метформіну. Однак вплив цих препаратів на центральну нервову систему досі є недостатньо дослідженими.

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження було вивчення ймовірних центральних ефектів препаратів селективних інгібіторів натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу дапагліфозину та емплагліфозину.