

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

В. В. Білошицький, В. А. Васюта

ДУ “Інститут нейрохірургії імені А. П. Ромоданова НАМН України”
– м. Київ, Україна

УДК 617.7:616.857–08

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ МІГРЕНІ

У даній статті представлено клінічний випадок офтальмологічних порушень, що розвинулися при використанні топірамату – препарату, який використовується при лікуванні хронічної мігрені. Встановлений діагноз: вторинна закритокутова глаукома, гострий напад, індукована міопія обох очей (на фоні прийому топірамату). Після офтальмологічного лікування мав місце повний регрес офтальмологічної симптоматики.

Ключові слова: побічна дія, топірамат, мігрень, глаукома.

*“Всеисцеляющего средства не существует”
Гьер-Огюстен Карон де Бомарше*

Деякі з лікарських засобів, надаючи корисну терапевтичну дію, можуть викликати і небажані реакції, так звані побічні дії (ПД). За даними ВООЗ ПД до сьогоднішнього дня займає п’яте місце у світі після серцево-судинних, онкологічних, легеневих захворювань та травм [3]. Про те, що ліки можуть спричинити небажані ефекти, відомо давно. Видатні лікарі минулого Гіпократ та Гален закликали з обережністю застосовувати медикаменти. На початку минулого століття С. П. Боткін, І. М. Сеченов, І. П. Павлов звертали увагу на “небажану дію деяких лікарських засобів” [1].

Відповідно до термінології ВООЗ, до побічної дії лікарських засобів відносять будь-яку реакцію на ліки, шкідливу та небажану для організму, яка виникає при призначенні препарату для лікування, діагностики та профілактики захворювань. Існує також термін “лікарська хвороба”, запропонований ще у 1901 році С. А. Аркінім, використовуваний як синонім “побічної дії лікарських засобів”. До сьогодні накопичено великий фактичний матеріал, який свідчить про те, що ПД різного ступеня може виявлятися при використанні будь-яких лікарських засобів. За даними різних авторів, ПД виявляється у 10–29 % амбулаторних хворих, а 0,5–5 % пацієнтів потребують госпіталізації для лікування ускладнень, викликаних ліками [5].

Частота виникнення побічної реакції залежить, у першу чергу, від індивідуальних особливостей, статі,

віку хворого, важкості основного та супутніх захворювань, фармакодинаміки та фармакокінетики, дози, тривалості використання, шляху введення препарату.

Враховуючи те, що проблема ПД лікарських засобів є світовою, при ВООЗ був створений Міжнародний центр контролю побічної дії ліків. Серед побічних ефектів 73 % складають алергічні реакції, 21 % – побічна дія, пов’язана з фармакологічною дією препаратів, 6 % – інші прояви.

Із 350 тис. торгівельних марок ліків немає жодного абсолютно не шкідливого лікарського засобу. Безпечний лише той препарат, який не призначений хворому (С. М. Дрогозов, 2013) [2]. ПД може порушувати якість життя пацієнта і формувати клінічну картину важкого захворювання. Тому необхідно дотримуватися основного принципу фармакотерапії: користь від ліків повинна перевищувати ризик від їхнього застосування [2, 3, 4].

Незважаючи на те, що проблема побічної дії ліків існує стільки, скільки існують ліки, до сьогодні залишається багато невирішених питань: відсутність офіційної статистики, єдиного погляду на термінологію, класифікацію побічних дій. Офтальмологічні побічні дії ліків також вивчені недостатньо. Відсутні статистичні дані щодо частоти виникнення побічної дії при застосуванні ряду лікарських засобів.

Клінічний випадок. До офтальмолога звернулася хвора зі скаргами на зниження гостроти зору вдаль, у

біль в очах та у правій половині голови, почервоніння очей та набряк повік. З анамнезу стало відомо, що захворіла гостро 27.11.2016, коли з'явився головний біль, біль в очах, погіршення зору. До цього, зі слів пацієнтки, завжди мала добрий зір, окулярами не користувалася. З 20.11.2016 приймає препарат топіромат у дозі 100 мг на добу, призначений для лікування хронічної мігрени. Інших медикаментів не приймала. З анамнезу життя відомо, що тривалий час страждала головними болями, неодноразового лікувалась в стаціонарі з тимчасовим ефектом. Останні кілька місяців мали місце стани підвищеного емоційного напруження. В сімейному анамнезі – у матері гіпертонічна хвороба.

Офтальмологічний статус: VIS OU=0,08 з -3,0D=1,0. ВОТ за методом Маклакова OD=39, OS=36. ВОТ (пневмотонометрія) OU=49. Положення очей в орбіті правильне. Біль при крайніх відведеннях очних яблук, більше в правому оці. Повіки гіперемовані, набряклі. Кон'юнктивальна ін'єкція очного яблука, легкий набряк рогівки. Глибина передньої камери зменшена, вміст прозорий. Райдужка має чіткий малюнок, пігментна кайма збережена. Зіниці D=S, округлої форми, 3-4 мм, реакція на світло збережена. Кришталик прозорий. На очному дні диски зорових нервів блідо-рожеві, межі чіткі, дещо звужені артерії, макулярна ділянка без змін. Встановлений діагноз: вторинна закритокутова глаукома, гострий напад, індукована міопія обох очей (на фоні прийому топірамату).

Призначене лікування: азарга по 2 краплі 3 рази на день, пілокарпін по 1 краплі кожну годину перший день, з наступного дня – 4 рази на день, діакарб та аспаркам по 1 таблетці 3 рази на день, в/в фуросемід 2,0 однократно.

Пацієнтка у терміновому порядку оглянута неврологом. Встановлено діагноз "Мігрень з аурую". Призначено дексалгін в/м, магнію сульфат 5,0 в/в, рапіміг при головних болях. Проведено також МРТ головного мозку, дуплексне сканування судин голови та ший. Патології не виявлено.

Хвора повторно звернулася наступного дня на контрольний огляд. Зберігається помірний головний біль у правій половині голови. Офтальмологічний статус: VIS OU=0,2 з -3,0D=1,0, ВОТ за методом Маклакова OD=22, OS=22. ВОТ (пневмотонометрія) OU=24. Набряк повік дещо зменшився, залишається гіперемія кон'юнктиви, рогівка прозора. Передня камера середньої глибини, вміст прозорий, на очному дні дещо звужені артерії. Враховуючи адекватне зниження ВОТ, вирішено було зменшити кратність закапувань: азарга – 2 рази на день, пілокарпін – 2 рази на день, діакарб та аспаркам – три дні по 1 таблетці на день.

Хвора оглянута офтальмологом 2.11.2016. Загальний стан задовільний. Зі слів пацієнтки: періодично відчуває праве око, вираженого болю немає. VIS OU=1,0, ВОТ за методом Маклакова OD=12, OS=13.

Залишається невелика гіперемія кон'юнктиви очного яблука у зовнішньому сегменті. Рогівка прозора, передня камера середньої глибини, вміст прозорий, секторальна депігментація райдужної оболонки у нижньому квадранті. На очному дні дещо звужені артерії. Хворій проведено комп'ютерну периметрію за програмою Glaucoma Threshold, змін не виявлено. Враховуючи позитивну динаміку зорових функцій та ВОТ, відсутність глаукоми у сімейному анамнезі та скарг з боку органа зору до нападу, було вирішено відмінити гіпотензивні краплі за умов активного динамічного поглибленого обстеження (GDx або HRT дослідження, тонографія, комп'ютерна периметрія).

Топірамат призначається для лікування епілепсії та мігрени, відноситься до класу сульфатзамісних моносахаридів. Препарат блокує натрієві канали та пригнічує виникнення потенціалу дії на фоні тривалої деполяризації нейронів. Звертає на себе увагу досить широкий спектр побічних реакцій даного препарату, серед яких багато офтальмологічних: нечіткість зору, фотофобія, блефароспазм, слезотеча, диплопія, розвиток міопії, мідріаз, короткочасна сліпота, миготлива скотома, макулопатія, окорухові порушення, закритокутова глаукома. Механізм розвитку гострого нападу глаукоми пов'язаний з різким збільшенням кількості внутрішньоочної рідини. Супрациліарний випіт призводить до зсуву кришталіка та райдужки, закриття кута передньої камери та міопізації ока.

Особливістю лікування такого стану є негайне призначення препаратів, що знижують секрецію внутрішньоочної рідини (інгібітори карбоангідази), а також сечогінних засобів. Не до кінця з'ясованим також залишається питання, чи є підвищення внутрішньоочного тиску істинним проявом закритокутової глаукоми. Більш вірогідним слід вважати підвищення ВОТ проявом вторинної екзогенної медикаментозної офтальмогіпертензії.

Можливість розвитку транзиторних офтальмологічних порушень внаслідок використання топірамату – ефективного засобу профілактичного лікування хронічної мігрени – потребує обов'язкового офтальмологічного огляду таких пацієнтів та динамічного спостереження.

Література

1. Астахова А. В. Лекарства. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности /А. В. Астахова, В. К. Лепяхин. – М., 2008. –256 с.
2. Дроговоз С. М. Побочное действие лекарств / С. М. Дроговоз – Харьков: Сим, 2010. – 250 с.
3. Неблагоприятные побочные реакции лекарственных средств / под ред. Д. В. Рейхарта. – М., 2007. – 256 с. – (Т. 1).
4. Солошенко Э. Н. Лекарственная болезнь в проблеме побочного действия лекарственных средств:

- современное состояние / Э. Н. Солошенко // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 34–38.
5. Трухан Д. И. Изменения органа зрения при заболевании внутренних органов / Д. И. Трухан, О. И. Лебедев. – М.: Практическая медицина, 2014. – 208 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ

В. В. Билошицкий, В. А. Васюта

В статье представлен клинический случай офтальмологических нарушений, развившихся после приема топирамата – препарата, используемого для лечения хронической мигрени. Установлен диагноз: вторичная закрытоугольная глаукома, острый приступ, индуцированная миопия обоих глаз (на фоне приема топирамата). После офтальмологического лечения имел место полный регресс офтальмологической симптоматики.

Ключевые слова: *побочное действие, топирамат, мигрень, глаукома.*

CLINICAL CASE OF OPHTHALMOLOGICAL DISORDERS DURING TREATMENT OF CHRONIC MIGRAINE

V. V. Biloshizkiy, V. A. Vasyuta

SI “Institute of Neurosurgery named after A. P. Romodanov NAMS of Ukraine”

Kyiv, Ukraine

Many drugs, giving a useful therapeutic effect, can cause unwanted reactions, so-called side effects. The incidence of adverse reactions depends primarily on the individual characteristics, sex, age of the patient, the severity of the underlying and concomitant diseases, pharmacodynamics and pharmacokinetics, dose, duration of use, route of administration. Among the side effects 73 % are allergic reactions, 21 % – side effects are associated with the pharmacological action of drugs, 6 % – other manifestations. Despite the fact that the problem of side effects of drugs exists as much as there are medicines, many unresolved issues still exist: the lack of official statistics, a unified terminology, the classification of side effects. Ophthalmic drug side effects are also not well understood. There are no statistics on the incidence of side effects in the use of many drugs. Clinical case: an ophthalmologist was approached by the patient with such complaints as reduction of visual acuity in the distance, pain in the eyes and in the right hemisphere of the head, reddening of the eyes and swelling of the eyelids, that appeared after the onset of topiramate – the drug to treat a chronic migraine. The intraocular pressure was increased. Established diagnosis: secondary closed-angle glaucoma, acute attack, induced myopia of both eyes (after receiving topiramate). After ophthalmological treatment there was normalization of intraocular pressure. Topiramate has a very wide range of adverse reactions, among which is a number of ophthalmologic ones. The possibility of developing transient ophthalmic disorders as a result of the use of topiramate (an effective means of prophylactic treatment of chronic migraine), requires a mandatory ophthalmic examination of such patients and dynamic observation.

Key words: *side effects, topiramate, migraine, glaucoma.*

Стаття надійшла до редакції 14.12.2017 р.
