

УДК 617.751.68–085:612.396.075→615.06

Зниження гостроти зору на фоні тривалого застосування дигоксину

О. М. Панько

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (кафедра нейрохірургії та офтальмології)

Вступ. Хронічне отруєння серцевими глікозидами не така рідкісна проблема сьогодення. Різноманітність кардіологічних препаратів групи серцевих глікозидів для лікування хворих з різною патологією серця не запобігає такому явищу як передозування або не враховується непереносимість препарату пацієнтом. Тривале лікування приводить до побічних дій та ускладнень із боку різних органів і систем. Детально зібраний анамнез захворювання та вчасна діагностика офтальмологічних проблем у пацієнтів, що отримують в лікуванні серцеві глікозиди, попередить стійку і прогресуючу втрату гостроти зору.

Серцеві глікозиди класифікують за їх походженням:

1. Препарати групи наперстянки (*Digitalis*): пурпурової (*purpurea*) — дигітоксин (кардитоксин, дигіфтон, кардигін), кордигіт; шерстистої (*lanata*) — дигоксин (диланацин, ланікор, ланоксин), целанід (ізоланід, ланатозид С), медулазид (бемекор, ланітоп), лантозид.

2. Препарати групи строфанту (*Strophanthus*): *Strophanthus Kombe* — строфантин-К; *Strophanthus gratus* — строфантин-Г (уабаїн, строфантин-Г).

3. Препарати конвалії травневої (*Convallaria majalis*) — корглікон, настоянка конвалії.

4. Препарати горищіву весняного (*Adonis vernalis*) — настій трави горищіву, адонізид, кардіофіт.

5. Препарати жовтушника (*Erysimum*) — ерихрозид, кардіовален.

6. Препарати морської цибулі (*Scillamarina*) — кліфт.

Показанням до їх застосування є гостра (в основному строфантин, корглікон) і хронічна серцева недостатність, обумовлена порушенням скорочувальної активності серця (в основному дигоксини); пароксизмальна тахікардія; миготлива аритмія. Еталонним препаратом вважають дигоксин. Застосовують СГ при порівняно легких формах хронічної недостатності серця, а також як седативні при вегетоневрозах, дистоніях та ін. Настій трави горищіву з натрію бромідом і кодеїну фосфатом входить до складу мікстури Бехтерева.

Симптоми передозування СГ характерні для гострого й хронічного отруєння.

Їх можна розділити на такі основні групи: шлунково-кишкові, кардіальні, психоневрологічні, очні, ендокринологічні, алергічні.

Найбільш часто відзначають симптоми: шлунково-кишкові (диспепсія, нудота, порушення

апетиту); кардіологічні (порушення ритму й провідності: брадикардія, політопна екстрасистоля, бігеменія, тригеменія, часткова або повна предсердно-шлуночкова блокада); неврологічні (головний біль, стомлюваність, занепокоєння, галюцинації). Офтальмологічні симптоми дигіталісної інтоксикації зводяться до появи кольорових галюцинацій (сприйняття оточуючого середовища в жовтому кольорі (ксантопсії) або в зеленому кольорі (хлоропсії)), мерехкотіння «мушок» перед очима, темних і кольорових плям, кілець, шарів, полосок, тремтіння предметів, зниження гостроти зору, скотом, макро- і мікросій. Вказані розлади пов'язують з розвитком ретробульбарного невриту. Може розвинути сліпота, переміжна або постійна. Симптоми дигіталісної інтоксикації можуть рецидивувати при введенні навіть невеликих доз препарату.

Численні з цих розладів виявляються лише при спеціальному опитуванні хворого і загалом зустрічаються не часто, як правило при інтоксикації дуже великими дозами СГ. Також є дані про те, що у чоловіків спостерігається більш висока чутливість до СГ порівняно з жінками. Значно підвищується чутливість до токсичної дії цих препаратів в похилому та старечому (більше 60 років) віці.

Хворий Б-ей № 12365 шпиталізований в офтальмологічне відділення обласної клінічної лікарні зі скаргами на значне зниження гостроти на обох очах. Вважає себе хворим протягом декількох років. З діагнозом атрофія зорових нервів обох очей неодноразово лікувався в офтальмологічному відділенні (курси непрямой та прямої нейроретинопротекції). Оглянутий неодноразово невропатологом, нейрохірургом. Проведено обстеження головного мозку — МРТ з контрастуванням (омніскан (*Gadodiamid*) 0,2 мл на кг маси тіла). Етіологію атрофії зорових нервів виявити не вдалося.

З анамнезу життя відомо, що пацієнт також тривалий час лікується і спостерігається у кардіолога за місцем проживання.

Під час офтальмологічного обстеження виявлено: гострота зору правим оком 0,03 не коригується; гострота зору лівим оком 0,03 не коригується, проведено рефрактометрію — рефракція обох очей еметропічна. Оптичні середовища прозорі, при огляді очного дна обох очей диск зорового нерва блідий, монотонний, контури чіткі, фізіологічна

© О. М. Панько, 2013

екскавація не контурується. Артерії вузькі, хід не змінений. Вени помірно розширені, звивисті. Макулярна та фовеолярна ділянка обох очей не змінена. Пацієнту в плановому порядку проведено електрокардіографічне обстеження. Пацієнт оглянутий кардіологом. З діагнозом ішемічна хвороба серця, дифузний кардіосклероз, фібриляція передсердь, тахісistolічна форма, серцева недостатність НА. Пацієнт негайно госпіталізований в обласний кардіологічний диспансер. При більш детальному з'ясуванні кардіологічного анамнезу виявилось, що доза препарату дигіталісу, призначена за місцем проживання, значно перевищувала допустиму терапевтичну. Хворому в умовах кардіологічного відділення була надана необхідна допомога, відкоректоване лікування.

Література

1. **Вотчал Б. Е., Слуцкий М. Е.** / Б. Е. Вотчал, М. Е. Слуцкий М.: Медицина, 1973. — 197 с.
2. **Карсанов Н. В., Галенко-Ярошевский П. А., Сукоян Г. В.** [и др.] / Н. В. Карсанов, П. А. Галенко-Ярошевский, Г. В. Сукоян [и др.] Сердечные гликозиды. — М.: Медицина, 2004. — 399с.
3. **Малая Л. Т., Макаревич И. Ф., Ковченко К. В.** [и др.] /Л. Т. Малая, И. Ф. Макаревич., К. В. Ковченко [и др.] // Сердечные гликозиды. — Харьков, 1996. — 304 с.
4. **Чекман И. С.** Биохимическая фармакодинамика / И. С. Чекман. — К., 1991. — 199 с.

References

1. **Votchal BYe, Slutskii MYe.** M.: Meditsina; 1973. 197 p.
2. **Karsanov NV, Galenko-Yaroshevskii PA, Sukoyan GV** et al. Cardiac glycosides. M.: Meditsina; 2004. 399 p.
3. **Malaya LT, Makarevich IF, Kovchenko KV** et al. Cardiac glycosides. Kharkov; 1996. 304 p.
4. **Chekman IS.** Biochemical pharmacodynamics. K.; 1991: 199 p.
5. **Komiyama Y, Nishimura N, Munakata M** et al. Identification of endogenous ouabain in culture supernatant of PCI 2 cells. J. Hypertens. 2001; 19.

Офтальмологічне обстеження пацієнта було проведено через 3 місяці (на огляд з'явився самостійно). Виявлено: гострота зору правим оком 0,3 не коригується; гострота зору лівим оком 0,3 не коригується. Рефракція обох очей еметропічна. Оптичні середовища прозорі, при огляді очного дна обох очей диск зорового нерва блідий, монотонний, конкурований, фізіологічна екскавація не контурується. Артерії вузькі, хід не змінений. Вени помірно розширені, звивисті. Макулярна та фовеолярна ділянка обох очей не змінена.

Висновок: детальний збір інформації про наявні супутні захворювання і вчасна корекція лікування суміжними спеціалістами основного захворювання дасть можливість надовго зберігати зорові функції та життя пацієнтів.

Поступила 09.10.2013

6. **Me Donough AA, Velotta J B, Schwinger RH** et al. The cardiac sodium pump: structure and function. Basic. Res. Cardiol. 2002; 97: Suppl. 1.
7. **Reuter H, Henderson SA, Han T** et al. The Na Ca exchanger is essential for the action of cardiac glycosides. Circ. Res. 2002; 90.

Received 09.10.2013