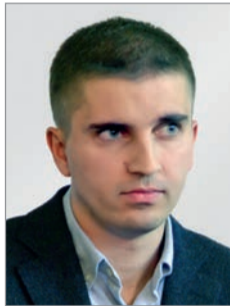


Сучасні підходи до лікування глаукоми: ефективні методи антиглаукомної терапії

1 листопада в Одесі відбувся семінар Філатовської школи на тему «Сучасні підходи до лікування хворих на глаукому». Захід організовано та проведено за сприяння ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» та ГО «Товариство офтальмологів України». Провідні вітчизняні фахівці в галузі офтальмології, котрі брали участь у засіданні, представили аудиторії доповіді щодо новітніх аспектів менеджменту хворих, які страждають на глаукому.



Жвавий інтерес аудиторії викликав виступ кандидата медичних наук Якова Анатолійовича Гриценка (відділ глаукоми та патології кришталика Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова

НАМН України), котрий висвітлює питання щодо ефективності лікування глаукоми на засадах доказової медицини.

На початку виступу доповідач зазначив, що наказами МОЗ України (від 15.03.2007 № 117 і від 24.11.2011 № 816) було затверджено Протокол надання медичної допомоги хворим із первинною відкритокутовою глаукомою й Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної медичної допомоги хворим на первинну відкритокутову глаукому. Перелічені документи вважаються стандартами діагностики й лікування глаукоми та є обов'язковими для виконання лікарями медичних закладів усіх рівнів спеціалізації. Крім того, українським медикам дозволено слідувати сучасним міжнародним рекомендаціям, що дає змогу застосовувати найновіші методи лікування цього захворювання.

Глаукома, відповідно до визначення Міжнародного керівництва з діагностики та лікування глаукоми (2013), – це група хронічних захворювань різного генезу, що супроводжується підвищеним внутрішньоочним тиском (ВОТ), розвитком глаукомної оптичної нейропатії та, як наслідок, зниженням зорової функції й виникненням типових дефектів полів зору.

За офіційними даними, 2009 р. поширеність глаукоми серед населення України віком від 15 до 100 років становила 443,5 на 100 тис. осіб. Первинна відкритокутова глаукома є найпоширенішою формою цієї патології у світі: на неї припадає близько 70-92% випадків. Крім того, глаукома є однією з основних причин серйозних порушень зору та сліпоти: у структурі причин первинної інвалідності населення України її частка становить 16%.

Проблема лікування хворих, які страждають на глаукому, полягає у відсутності системи диспансеризації. Унаслідок цього в більшості європейських країн приблизно в половині пацієнтів захворювання залишається недиагностованим навіть на пізніх стадіях розвитку.

У ході багатоцентрового клінічного дослідження (2016) виявлено прогресування захворювання на 1 стадію протягом 7 років і на 2 стадії протягом 11 років у пацієнтів із відкритокутовою глаукомою I та II стадій, навіть за умови стабілізації ВОТ. Крім того, дані деяких спостережень указують на те, що за відсутності патогенетичного лікування відбувається зниження гостроти зору приблизно на 10% протягом року, а повна ексавація диска зорового нерва – через 1-2 роки (Шевелева Л.Н., 1968).

Отже, розвитку тяжких форм глаукоми та її ускладнень можна запобігти лише за умови ранньої діагностики та вчасно розпочатою лікуванням. Важливим у менеджменті хворих на глаукому є застосування медикаментозного лікування, основними напрямками якого є:

- зниження ВОТ (офтальмогіпотензивна терапія);

- покращення кровопостачання внутрішніх оболонок ока та внутрішньоочної частини зорового нерва;

- нормалізація обмінних процесів тканин ока з метою сповільнення дистрофічних змін, які відбуваються при глаукомі.

Перед початком офтальмогіпотензивної терапії слід визначити індивідуальний показник оптимального (цільового) ВОТ, який забезпечує збереження функції зорового нерва. Його необхідно контролювати протягом періоду спостереження й лікування та змінювати за потреби.

У разі глаукоми початкових стадій вихідний рівень ВОТ рекомендовано знижувати на 25% (при глаукомі з нормальним ВОТ – на 30%). Крім того, з метою нейропротекції необхідним є проведення 1 раз на рік медикаментозної терапії, спрямованої на корекцію трофічних і циркуляторних порушень тканин ока. У пацієнтів із розвинутими та занедбанними стадіями захворювання цільовий показник ВОТ має бути на 30-50% меншим від рівня, при якому виникло ураження. З метою досягнення нейропротекторного ефекту та корекції трофічних і циркуляторних порушень медикаментозну терапію слід проводити 2 рази на рік.

Далі Я.А. Гриценко докладніше зупинився на огляді менеджменту хворих на глаукому згідно з документом «Термінологія та настанови з глаукоми», що був розроблений фахівцями Європейського глаукомного товариства (EGS, 2014).

Відповідно до рекомендацій EGS, медикаментозне лікування глаукоми слід розпочинати з монотерапії препаратами першої лінії, до яких належать: простагландини (↓ ВОТ на 25-35%); неселективні β-блокатори (↓ ВОТ на 20-25%); агоністи α-адренорецепторів (↓ ВОТ до 25%); селективні β-блокатори (↓ ВОТ на ±20%); місцеві інгібітори карбоангідази (↓ ВОТ на 20%); системні інгібітори карбоангідази (↓ ВОТ на 30-40%).

При монотерапії лікарськими засобами першої лінії протягом 2 років приблизно 40-70% хворих на глаукому перестають досягати оптимального рівня ВОТ. Тому за умови відсутності ефекту лікарських засобів, які знижують ВОТ, рекомендовано призначити інший препарат першої лінії чи використовувати комбінацію гіпотензивних лікарських засобів першої та другої лінії. До препаратів другої лінії офтальмогіпотензивної терапії належать: неселективні агоністи α-адренорецепторів (↓ ВОТ на 15-20%); парасимпатоміметики (прямої дії – ↓ ВОТ на 20-25%; непрямої дії – на 15-25%); осмолітичні лікарські засоби (пероральні – ↓ ВОТ на 15-20%; внутрішньочеревні – на 15-30%).

Якщо за допомогою медикаментозного лікування не вдається досягти цільового показника ВОТ, необхідно вирішувати питання про хірургічне втручання. Особливу увагу доповідач приділив лазерній хірургії глаукоми. Найпопулярнішими методами лазерного лікування вважаються іридотомія, трабекулопластика, іридопластика та циклофотокоагуляція. YAG-лазерна іридотомія використовується при розвитку зінічного блоку та в періодах між нападами первинної закритокутової глаукоми. Лазерна трабекулопластика застосовується при лікуванні хворих із відкритокутовою, ексфолятивною

та пігментною формами глаукоми й офтальмогіпертензією. Цей метод дає змогу знизити ВОТ на 20-25 мм рт. ст. (6-9 мм рт. ст.). Недоліками лазерної хірургії глаукоми є висока вартість і ризик виникнення ускладнень.

Питання про застосування трабекулектомії, що є оперативним методом лікування глаукоми, вирішують у разі неефективності медикаментозної та лазерної терапії. Ефективність методики становить 85%, стабілізація ВОТ забезпечується на період протягом 2 років. Однак високий рівень ускладнень, серед яких найпоширенішими є виражена гіпотонія (38%), гіфема (4-43%), циліохоріоїдальне відшарування (4-30%) тощо, є причиною обмеженого застосування цієї операції.

Великого значення доповідач надав новітнім антиглаукомним мікроінвазивним операціям, до яких належать мікроставитунання ab-interno, каналопластика, глибока склеректомія та встановлення імплантата EX-PRESS. Короткотривале післяопераційне спостереження, а також низька частота розвитку ускладнень є очевидними перевагами методів мікрохірургічного лікування пацієнтів, які страждають на глаукому.

Вчасно встановлений діагноз і вдало підібране медикаментозне лікування дають змогу досягти бажаного клінічного ефекту й уникнути застосування дороговартісних інвазивних методик антиглаукомного лікування. Тому застосування офтальмогіпотензивних препаратів посідає значне місце в менеджменті хворих на глаукому. До ефективних лікарських засобів, які знижують ВОТ, можна віднести Травінол і Дорзітім. Травінол широко використовують як препарат першої лінії гіпотензивної терапії хворих на глаукому. Діюча речовина за собою за своїм механізмом дії належить до класу простагландинів і забезпечує зниження ВОТ більш як на 30% порівняно з вихідним показником. Дорзітім рекомендовано застосовувати при більш тяжкому перебігу глаукоми, коли необхідним є комбіноване медикаментозне лікування. Діючі речовини препарату – дорзоламід гідрохлорид і тимололу малеат – належать до групи першої лінії гіпотензивної терапії глаукоми та забезпечують зниження ВОТ на 30% порівняно з рівнем, при якому виникло ураження.

На завершення виступу Я.А. Гриценко наголосив, що судження про недоцільність лікування хворих на глаукому вважається хибним. Раннє виявлення захворювання та своєчасне призначення патогенетичного лікування є запорукою стабілізації глаукомного процесу й нормалізації зорових функцій.

Підготувала Лілія Нестеровська

