



О.П. Витовская

главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Офтальмология», заведующая кафедрой офтальмологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), консультант глаукомного диспансера Александровской клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор

В современной офтальмологии термин «глаукома» объединяет группу заболеваний, которые имеют разное происхождение, но при этом одинаковые симптомы: повышение внутриглазного давления (ВГД), сужение поля зрения и развитие атрофии зрительного нерва. Впервые за последние 5 лет глаукома имеет наименьший удельный вес в нозологической структуре первичной инвалидности по зрению – 15,4%, ее интенсивный показатель составляет 0,24 на 10 тыс. взрослого населения. При этом риск потери зрения на фоне данного заболевания остается наиболее высоким в сравнении с другими видами офтальмопатологии.

Оксана Витовская: «При лечении пациента с глаукомой между семейными врачами и офтальмологами должно быть тесное сотрудничество»

О таком непростом заболевании, как глаукома, мы беседовали с главным внештатным специалистом МЗ Украины по специальности «Офтальмология», заведующей кафедрой офтальмологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктором медицинских наук, профессором О.П. Витовской.

? Оксана Петровна, ни для кого не секрет, что глаукома прогрессивно «молодеет». Каковы причины и последствия такой тенденции? Означает ли это, что профилактические осмотры на предмет глаукомы показаны не с 40 лет, а, например, после достижения рубежа «35»?

– Необходимо подчеркнуть, что глаукома относится к мультифакториальным заболеваниям. Существует множество факторов риска, сочетание которых приводит к возникновению и развитию данной патологии. К сожалению, уровни заболеваемости глаукомой продолжают расти и в Украине, и во всем мире.

Благодаря современным технологиям мы научились в более ранние сроки и более качественно диагностировать глаукому. В то же время в силу различных причин – влияния генетических факторов, сочетанной сосудистой патологии, негативных экологических воздействий, стрессовых ситуаций и др. – наблюдается значительный рост распространенности данного заболевания.

Что касается возрастного ценза, то мы рекомендуем осуществлять контроль ВГД с 40 лет, а если пациент находится в группе риска – проводить соответствующее обследование с более раннего возраста.

? В Украине набирает обороты семейная медицина. Врач общей практики становится лицом № 1 в профилактике большинства заболеваний, он хорошо знает семейный анамнез, предрасположенность к заболеваниям и риски конкретного пациента. Означает ли это, что часть функций по раннему выявлению глаукомы офтальмолог может смело делегировать семейному врачу?

– Я не сторонник перекладывать все обязанности офтальмологов на семейного врача. Вы правильно сказали, профилактика, оценка факторов риска, скрининг – эти функции можно и нужно делегировать семейному врачу. Вместе с тем диагностика и определение тактики лечения входят в обязанности врача-офтальмолога, их никто не отменял.

? Есть ли, на Ваш взгляд, смысл оборудовать амбулатории первичной медицинской помощи специальными приборами – тонометрами Маклакова, периметрами?

– ТонOMETрами Маклакова, конечно, да. Они входят в перечень оборудования, которое должно быть в амбулатории семейной медицины. При этом не следует забывать, что данный метод требует использования капель для анестезии, специальной краски и т. д.

Что касается более сложного и, соответственно, дорогостоящего офтальмологического оборудования, то его необходимо закупать и концентрировать на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи.

Хочу отметить, что на сегодняшний день многие амбулатории семейной медицины подчас лучше оснащены, чем офтальмологические кабинеты в районах. Однако при этом часть инструментария и оборудования необходима как раз офтальмологам, ведь именно узкие специалисты устанавливают окончательный диагноз глаукомы, определяют тактику лечения. Семейному врачу для формирования группы риска, проведения скрининга заболевания, осуществления контроля выполнения рекомендаций, обеспечения диспансерного наблюдения сложные компьютеризированные приборы не нужны.

? Если пациент обращается к врачу неофтальмологической специальности с жалобами, позволяющими заподозрить глаукому, как определить помощь какого уровня требуется: районного офтальмолога или специалиста глаукомного кабинета?

– Не имеет большого значения. Я думаю, что в этом случае для пациента главным является возможность вовремя попасть к специалисту-офтальмологу.

? Что должно являться для врача-интерниста своеобразным красным флагом, сигнализирующим о необходимости консультации пациента в специализированном офтальмологическом учреждении?

– Прежде всего, подозрение на глаукому, когда требуется углубленная диагностика в специализированном отделении. В этом случае пациенту необходимо провести ряд специфических исследований, таких как периметрия, оптическая когерентная томография (ОКТ), гониоскопия.

Кроме того, если пациент с глаукомой находится под наблюдением семейного врача и специалист констатирует ухудшение зрительных функций, следует повторно

направить больного к врачу-офтальмологу с целью коррекции тактики лечения. Все это свидетельствует о том, что между семейными врачами и врачами-офтальмологами должно быть тесное сотрудничество.

? В связи с неуточненной этиологией глаукомы ее профилактика зачастую сводится к раннему выявлению и предупреждению прогрессирования потери зрения. Рекомендации говорят о необходимости периодического контроля ВГД. Как при этом быть с нормотензивной глаукомой? Можно ли заподозрить этот вариант заболевания в кабинете районного офтальмолога?

– Повышенное ВГД является одним из признаков глаукомы. Также заболевание проявляется атрофией зрительного нерва и трансформацией полей зрения. На основании перечисленных изменений можно заподозрить глаукому. Не следует забывать и о том, что у таких пациентов очень часто имеет место сопутствующая сосудистая патология и др.

Нормотензивная глаукома – это редкое состояние, при котором на фоне нормального ВГД наблюдаются повреждение зрительного нерва и потеря зрения. Клиническая картина нормотензивной глаукомы схожа с таковой первичной открытоугольной глаукомы, которая считается наиболее распространенной формой заболевания. На ранней стадии развития нормотензивной глаукомы может не наблюдаться патологических симптомов, болезнь остается незамеченной, прогрессирует и обнаруживается на этапе потери зрения, значительных повреждений зрительного нерва.

Поэтому, если ВГД у пациента в пределах статистической нормы, а мы видим, что есть характерные изменения со стороны зрительного нерва, поля зрения, говорим о диагнозе нормотензивной глаукомы. Таким образом осмотр зрительного нерва (офтальмоскопия) обязательно должен проводиться в кабинете офтальмолога и семейного врача. А пациентам следует помнить, что хоть раз в году им необходимо проходить такой осмотр.

? Как следует осуществлять контроль эффективности терапии при нормотензивной глаукоме? Можно ли проводить его в кабинетах офтальмолога, не оборудованных периметрами?

– Эффективность лечения глаукомы оценивают на основании стабилизации поля зрения, состояния зрительного нерва, снижения ВГД. Согласно утвержденным в Украине протоколам лечения существует

определенная периодичность, с которой необходимо проводить периметрию, ОКТ, контроль ВГД. Если данные диагностические приборы у офтальмолога отсутствуют, он должен направить пациента в другое лечебное учреждение, где имеется возможность проведения такого комплекса исследований.

? В отечественных и зарубежных рекомендациях по ведению глаукомы присутствует пункт о необходимости проведения периодических курсов метаболической и сосудистой терапии для пациентов с глаукомой. Кто, на ваш взгляд, должен контролировать выполнение данной рекомендации: семейный врач или офтальмолог, ведь у первого намного больше возможностей привлечь пациентов к такому лечению: диспансеризация, активные вызовы и т. д.?

– Действительно, снижение ВГД – это далеко не единственная цель лечения глаукомы. Схемы лечения заболевания включают гипотензивную терапию и нейропротекцию (первичную и вторичную).

Это связано с тем, что, несмотря на нормализацию ВГД, 10-12% пациентов все равно теряют зрение и слепнут. Сегодня глаукому рассматривают как системное нейродегенеративное заболевание, при котором изменения возникают не только в зрительном нерве, но и во всем зрительном анализаторе, вплоть до коры головного мозга.

В последние годы изучению нейропротекции при глаукоме уделяется большое внимание, и это правильно. К большому сожалению, до настоящего времени не проведено ни одного многоцентрового исследования, посвященного результативности нейропротекции в клинической практике. С другой стороны, доступно огромное количество экспериментальных работ, демонстрирующих эффективность различных лекарственных средств, обладающих нейропротекторными свойствами.

При проведении одного из согласительного совещания Всемирной глаукомной ассоциации (2007 г.) рассматривалось много новых молекул и результатов экспериментальных исследований, которые подтверждают их возможную эффективность. Поэтому курсы метаболической и сосудистой терапии при глаукоме обоснованы, а контролировать периодичность их проведения может, как семейный врач, так и врач-офтальмолог.

? В мире большинство пациентов, получающих консервативное лечение глаукомы, применяют аналоги простагландинов. Украинская статистика свидетельствует о том, что наиболее часто назначаемыми при глаукоме препаратами, несмотря на обширный перечень противопоказаний и возможных побочных эффектов, в нашей стране остаются β-блокаторы. Чем обусловлена такая ситуация?

– Надо отметить, что в Украине представлены практически все молекулы гипотензивных средств, которые есть в мире. Сегодня в качестве препаратов 1-й линии активно используются α-адреномиметики, β-блокаторы, ингибиторы карбоангидразы. Несомненно, аналоги простагландинов отличаются высокой гипотензивной эффективностью и отсутствием системных побочных эффектов. И в этом их огромное преимущество. Однако данную группу препаратов отличает и высокая стоимость. Появление на рынке отечественных и других аналогов позволило значительно снизить оплату лечения.

Необходимо обозначить, что существуют разные формы глаукомы. В ряде случаев применение аналогов простагландинов нежелательно, а препаратами выбора являются β-блокаторы, ингибиторы карбоангидразы, α-адреномиметики и др.

Нужно учитывать и тот факт, что, к сожалению, пациент с глаукомой должен применять капли постоянно, что сопряжено с высокими финансовыми затратами, часто становится причиной прерывания или отказа от терапии. В свою очередь отсутствие лечения приводит к быстрой потере зрения и инвалидизации. К сожалению, мы должны отметить, что в прошлом году глаукома заняла 1-е место среди причин инвалидности по зрению (19,3%), что свидетельствует об огромной медицинской и социально-экономической значимости проблемы. Обеспечение пациентов с глаукомой необходимыми препаратами и/или материалами для хирургического вмешательства сегодня как никогда является актуальной проблемой.

На совещании главных специалистов МЗ Украины, которое состоялось в апреле этого года под председательством и. о. министра здравоохранения с участием ведущих ученых, специалистов-офтальмологов, представителей НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины и других ведомств, рассматривались актуальные вопросы профилактики слепоты, возникшей в результате глаукомы. Было принято решение

инициировать разработку профильной государственной программы. Понимая, в какое непростое время мы живем, когда на востоке страны ведутся боевые действия, а сложная экономическая ситуация не позволяет реализовать все потребности наших пациентов, мы надеемся, что объединенные усилия специалистов и пациентов, при поддержке МЗ и других государственных органов, позволят снизить уровень инвалидности в результате глаукомы до средневропейского.

? В настоящее время в мире достаточно широко используются имплантационные устройства для улучшения фильтрации внутриглазной жидкости. Насколько перспективна данная методика? Внедрена ли она в отечественную практику?

– Действительно, в последние десятилетия в лечении глаукомы активно применяется имплантация различных дренажей. Это связано с тем, что очень часто после, казалось бы, удачно проведенного хирургического вмешательства гипотензивный эффект со временем снижается, ВГД возрастает. Как правило, это связано с процессами рубцевания в области оперированного глаза. Дренажи помогают решить эти проблемы. В данном направлении Украина идет в ногу с мировыми тенденциями, применение имплантационных устройств получило активное развитие. Единственным ограничением их более широкого использования остается достаточно высокая стоимость.

? Разработан ли унифицированный клинический протокол по глаукоме? Если да, какую основную информацию он несет в себе? Если нет, планируется ли работа в этом направлении?

– Протокол, посвященный первичной открытоугольной глаукоме, был первым, который подготовила наша рабочая группа по новой методике, разработанной МЗ, с использованием основных положений доказательной медицины. Как и все аналогичные документы, каждые 3 года его необходимо пересматривать, поэтому работа продолжается.

В заключение хочу подчеркнуть: только объединив усилия врачей, общества, государственных структур и самих пациентов, удастся достичь снижения уровня слепоты от глаукомы в Украине.

Подготовила Эльвира Сабадаш



Офіційна інформація

Всесвітній тиждень глаукоми — World Glaucoma Week 2016

Враховуючи медичну та соціально-економічну значущість глаукоми, у 2008 р. вперше на підтримку ініціативи Всесвітньої глаукомної асоціації (WGA) та Всесвітньої асоціації пацієнтів, які мають глаукому (WGPA), було оголошено День боротьби зі сліпотою внаслідок глаукоми, а з 2011 р. запроваджено Тиждень глаукоми (World Glaucoma Week). Дану ініціативу підтримала й Україна.

У рамках Всесвітнього тижня боротьби з глаукомою в усіх регіонах України проведено скринінги, лекції для пацієнтів, виступи спеціалістів у засобах масової інформації (ЗМІ).

Результати в цифрах:

- здійснено профілактичних оглядів — 56 844;
- виконано тонометрій — 85 104;
- виявлено офтальмогіпертензій — 2253;
- зареєстровано випадків виявлення глаукоми — 865;
- проведено лекцій для пацієнтів — 539, лекцій для інших фахівців — 222;
- презентовано виступів у ЗМІ — 96, на телебаченні — 36.

Проведено 2268 бесід з пацієнтами, надруковано 15 статей в газетах та електронних ЗМІ, проведено 7 нарад, семінарів та круглих столів, створено 227 візуалізаційних та інформаційних матеріалів для закладів охорони здоров'я, аптек, магазинів тощо.

На сьогодні в структурі диспансерної групи хворих 30,6% — хворі на глаукому. Її питома вага в структурі очних захворювань — 7,3% (вперше виявленої глаукоми — 1,8%).

За 5 років показник поширеності глаукоми на 100 тис. дорослого населення зріс на 15%; захворюваності —

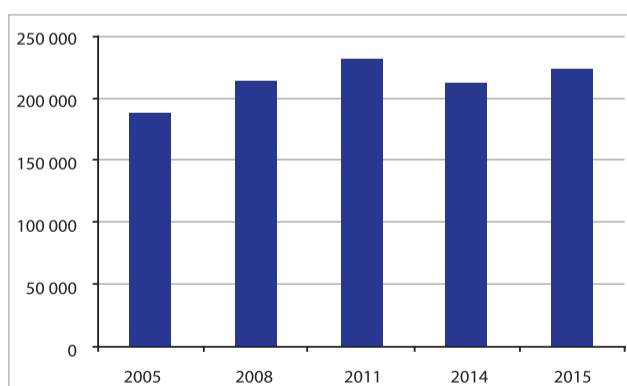


Рис. Кількість хворих на глаукому в Україні (2005-2015 рр.) перевищує 200 тис. (понад 600 випадків на 100 тис. населення)

знизилися на 14%, показник чисельності диспансерної групи — збільшився на 13,3% (рис.).

Початок захворювання, як правило, безсимптомний. Однак існує ряд ознак, на які варто звернути увагу та, у разі їх наявності терміново звернутися до лікаря: «літаючі мушки» перед очима, райдужні кола при погляді на джерело світла, затуманювання зору та часта зміна окулярів.

Сліпота при глаукомі настає внаслідок загибелі зорового нерву (атрофії), основною причиною якої є підвищення внутрішньоочного тиску (ВОТ). Контроль ВОТ здійснюється з частотою 1 р/рік у осіб віком понад 40 років (а при наявності захворювання — ще частіше). Якщо людина має обтяжений сімейний анамнез щодо глаукоми або супутню судинну патологію (цукровий діабет, схильність до вазоспазмів, мігрень, і т. п.), травми ока, вона відноситься до групи ризику та повинна перебувати на обліку у лікаря-офтальмолога.

Діагностика глаукоми не обмежується вимірюванням ВОТ. Для встановлення діагнозу необхідно перевірити зір, поле зору (на початку захворювання чи у разі підозри на нього — комп'ютерними методами), стан зорового нерва (офтальмоскопією та комп'ютерними методами), виміряти ВОТ. При необхідності можуть використовуватися додаткові методи обстеження.

Глаукома належить до прогресуючих захворювань, складові успіху в боротьбі з яким — раннє виявлення, адекватна терапія та чітке дотримання рекомендацій лікаря. Лікувати глаукому можна як медикаментозними засобами (краплі, уколи, таблетки), так і за допомогою лазера та хірургічних втручань. Серед можливих ризиків — самостійне припинення пацієнтами застосування рекомендованих препаратів, зміна режиму лікування в разі нормалізації ВОТ, а це може призвести до прогресування глаукоми та прискорення зниження зору.

Глаукома є більшою мірою соціальною проблемою. Боротися з нею потрібно шляхом об'єднання зусиль пацієнтів, спеціалістів і держави.