

У фокусі уваги — глаукома та сучасні методи її лікування

На сьогодні глаукома залишається однією з основних причин погіршення зору й невиліковної сліпоти та посідає лідируючу позицію в структурі інвалідизуючої офтальмопатології серед дорослих. Етіологія та патогенез глаукоми добре вивчені, однак практикуючі лікарі неофтальмологічних спеціальностей недостатньо поінформовані щодо проблеми. Це призводить до низького рівня лікарської настороженості стосовно глаукоми, що, у свою чергу, є причиною несвоєчасної діагностики та пізнього старту лікування.



Сьогодні глаукома є збірним поняттям для великої групи очних захворювань, що характеризується постійним або періодичним підвищенням внутрішньоочного тиску (ВОТ) вище толерантного для конкретної людини рівня з подальшим розвитком типових дефектів поля зору, зниженням гостроти зору і атрофією зорового нерва. Тему актуальності глаукоми, питання діагностики та профілактики цього захворювання ми обговорили з головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «Офтальмологія», завідувачем кафедри офтальмології Національного медичного університету (НМУ) ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктором медичних наук, професором Оксаною Петрівною Вітовською.

Розкажіть, будь ласка, про актуальність такого захворювання, як глаукома. Які сьогодні існують тенденції щодо погляду на її етіологію? Які заходи є необхідними для раннього виявлення глаукоми?

— Актуальність цієї проблеми пов'язана з тим, що захворювання призводить до невиліковної сліпоти! Як правило, хвороба розпочинається та прогресує непомітно, аж поки не буде втрачено зір. У 2015–2016 рр. вперше за останнє десятиліття в структурі первинної інвалідності по зору в Україні глаукома посіла перше місце з показниками 19,3 і 18,1% відповідно. Серед первинних інвалідів по зору I групи більше половини — інваліди внаслідок глаукоми. Тому ми підкреслюємо, що глаукома — це не лише медична, але й соціальна, економічна проблема.

Глаукома належить до мультифакторних захворювань. Існує безліч факторів ризику, поєднання яких призводить до виникнення і розвитку цієї патології. На жаль, рівень захворюваності на глаукому продовжує збільшуватися і в Україні, і в усьому світі. Завдяки сучасним технологіям ми навчилися в більш ранні терміни і більш якісно діагностувати глаукому. Водночас на зростання хвороби впливає багато факторів — генетичні чинники, поєднана судинна патологія, негативний екологічний вплив, стресові ситуації тощо; спостерігається значне збільшення поширеності цього захворювання.

Що ж до раннього виявлення глаукоми, то ми рекомендуємо здійснювати, як мінімум, контроль ВОТ починаючи з 40 років, а якщо пацієнт входить до групи ризику — проводити відповідне обстеження з більш раннього віку. Необхідно пам'ятати, що кожен другий випадок глаукоми, на жаль, не діагностується.

Загалом огляд зорового нерва, вимірювання очного тиску та визначення поля зору — основні діагностичні заходи для встановлення діагнозу.

На кого в першу чергу покладається завдання раннього виявлення глаукоми — офтальмолога чи сімейного лікаря?

— Я не прихильник перекладати всі обов'язки офтальмологів на сімейного лікаря. Профілактика, оцінка факторів ризику, скринінг, моніторинг — ці функції можна і потрібно делегувати сімейному лікарю. Сьогодні амбулаторії сімейної медицини мають деяке обладнання для первинного скринінгу глаукоми. Однак сімейні лікарі потребують набуття навичок, поглиблення знань щодо заходів профілактики глаукоми. Завдання сімейного лікаря — провести скринінг та при

необхідності направити пацієнта до лікаря-офтальмолога. Об'єм діагностичних та інших заходів на первинному та вторинному рівні детально прописано в Уніфікованому клінічному протоколі «Глаукома», який було створено групою провідних фахівців на основі сучасних аналогів європейських країн та США. Найбільш значущою статтю в діагностиці глаукоми залишається спеціаліст відповідного профілю. До речі, діагностика і визначення тактики лікування входять до переліку обов'язків лікаря-офтальмолога, їх ніхто не скасував і, сподіваюсь, не відмінить у майбутньому. Сімейні лікарі повинні направляти до офтальмолога будь-якого доступного рівня (районні, міські тощо) всіх пацієнтів з підозрою на глаукому. У спеціалізованих відділеннях існують можливості для проведення більш детальної діагностики з використанням специфічних досліджень (периметрія, оптична когерентна томографія, гоніоскопія). Після встановлення діагнозу і призначення відповідного лікування пацієнт може бути переданий під нагляд сімейного лікаря, який повинен не втрачати пильності та при констатуванні будь-якого порушення зорової функції рекомендувати хворому повторну консультацію офтальмолога. Як бачимо, ведення пацієнта з глаукомою передбачає співпрацю двох лікарів — сімейного та офтальмолога, і сьогодні нам треба працювати над тим, щоб зробити цю співпрацю більш плідною. Але без відповідального ставлення людей до свого здоров'я лікарі будуть безсилі.



Як відомо, розрізняють дві основні форми глаукоми: відкритокутову й закритокутову. Крім того, існують вроджена глаукома, ювенільна, різні форми вторинної глаукоми, у тому числі пов'язані з аномаліями розвитку ока. На найбільш актуальні питання, що стосуються проблеми вродженої глаукоми, звернув увагу завідувач кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика (м. Київ), заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор Сергій Олександрович Риков.

Вроджену глаукому нині здебільшого асоціюють з т. зв. офтальмопатією недоношених. При цьому в більшості таких дітей захворювання виявляють у віці 5–8 міс. Як часто недоношеним дітям слід проходити огляд в офтальмолога протягом перших місяців життя? Хто входить до групи ризику щодо вродженої глаукоми?

— Слід уточнити, що вроджена глаукома не завжди розвивається в недоношених дітей; це генетично детерміноване захворювання. Може бути первинна вроджена глаукома, поєднана і вторинна, яка викликана захворюваннями або травмами плода в період ембріонального розвитку чи в процесі пологів, пухлинами очей. Слід пам'ятати, що підвищений ВОТ може бути виявлено в дитини як при народженні, так і в перші тижні, місяці, іноді і через кілька років після народження. Тому залежно від віку розрізняють ранню вроджену глаукому, що виникає в перші два роки життя, інфантильну (3–10 років) і ювенільну глаукому, яка проявляється пізніше, в дитячому або юнацькому віці (11–35 років). Так,

частота вродженої глаукоми становить 1 випадок на 10–20 тис. новонароджених. У структурі вродженої глаукоми частка первинної ранньої вродженої глаукоми сягає 80%. Частіше захворювання проявляється на першому році життя дитини. Як правило, уражаються обидва ока, проте спостерігаються патологічні зміни різного ступеня вираженості. Виділено фактори, асоційовані з підвищеним ризиком вродженої глаукоми: спадковість, індивідуальні особливості або аномалії будови ока. Підвищення ВОТ обумовлено недорозвиненням або неправильним розвитком дренажної системи кута передньої камери ока. Цей тип глаукоми діагностується при стандартному огляді або коли дитина обстежується прицільно у зв'язку з наявністю зазначеної патології в родині. Спорадичні випадки захворювання реєструються також серед дітей, які не мають спадкової схильності до розвитку вродженої глаукоми. У хлопчиків вроджена глаукома зустрічається частіше, ніж у дівчаток. У деяких дітей глаукома супроводжується порушеннями гостроти зору (короткозорістю) і страбізмом (косоокістю). Слід зауважити, що діти можуть страждати й іншими формами глаукоми, наприклад вторинною глаукомою в результаті травми або запалення, перенесених катаритів, увеїтів, іридоциклітів, поранень і опіків очей, хірургічних втручань на очах, патології кришталика (підвивих, катаракта). Як свідчать результати досліджень, глаукома розвивається в 60% випадків у пацієнтів після операції з приводу вродженої катаракти (на прооперованих очах). Поєднана вроджена глаукома має багато спільного з первинною вродженою глаукомою. Вона розвивається внаслідок недорозвинення кута передньої камери — дренажної системи ока. Вроджена глаукома часто поєднується зі зменшенням розміру рогівки (мікрокорнея), синдромами Марфана і Маркезані, а також із синдромами, які викликані внутрішньоутробним інфікуванням вірусом краснухи. Необхідно пам'ятати, що вторинна вроджена глаукома є наслідком інших очних або загальних захворювань, що супроводжуються ураженням очних структур, задіяних у циркуляції внутрішньоочної вологи та забезпеченні її відтоку з ока. Часто вона виникає при ретинопатії недоношених, ретинобластомі, ювенільній ксантогранулозі, внутрішньоочних крововиливках. Слід зазначити, що в більшості випадків при ретинопатії недоношених спостерігається послідовність, стадійність змін, проте можливий і блискавичний варіант, що характеризується злоякісним швидким перебігом. У 70–80% випадків прояви ретинопатії недоношених I–II стадій самовільно регресують, після чого реєструються мінімальні залишкові зміни очного дна. III стадія є «пороговою» і вважається підставою для проведення профілактичної коагуляції сітківки. IV і V стадії ретинопатії недоношених розцінюються як термінальні через несприятливий прогноз щодо зорових функцій. Тривалість активної стадії ретинопатії недоношених становить 3–6 місяців. Якщо протягом цього часу не відбулося спонтанного регресу змін, настає фаза рубцювання з розвитком залишкових явищ. На цьому етапі в дитини можуть розвиватися мікрофтальм, короткозорість, косоокість і амбліопія, відшарування сітківки, фіброз склоподібного тіла, ускладнена катаракта, вторинна глаукома, субатрофія очного яблука. Отже, недоношені діти в перші місяці життя потребують більш ретельних і частих оглядів офтальмолога.

Які методи використовуються для лікування вродженої глаукоми? Чи завжди дитині необхідна терапія?

— Лікування вродженої глаукоми — досить складне завдання, яке не завжди вдається вирішити офтальмологам. Значний позитивний

вплив на результат терапії має рання діагностика. При найменшій підозрі на глаукому (набряк рогівки, збільшення ока) дитині показано обстеження під наркозом (вимірювання ВОТ, визначення розміру очного яблука, мікроскопічне дослідження дренажних систем очей). Лікування вродженої глаукоми призначається залежно від важкості захворювання.

За умови зниження ВОТ до нормальних показників прогноз захворювання сприятливий. При помірно вираженій патології рекомендують розпочинати терапію зі зниження ВОТ за допомогою очних крапель. Однак практика показує, що лікування вродженої глаукоми лікарськими засобами малоефективне. Для зменшення ВОТ потрібно провести хірургічне втручання, яке полягає в активізації існуючих шляхів відтоку або формуванні нових. Коли жодна з перерахованих стратегій не допомагає і глаукома продовжує прогресувати, застосовують лазерне лікування (вплив лазера певної довжини хвилі і тривалості на циліарне тіло з метою зниження продукції внутрішньоочної рідини).

Прогноз задовільний тільки при своєчасно проведеному хірургічному втручанні. Якщо операція виконана на початковій стадії хвороби, зір протягом життя зберігається в 75% дітей, за умови пізнього втручання відповідний показник становить лише 15-20%. Досить часто доводиться комбінувати різні види лікування або проводити його повторно.



До переліку причин вторинної глаукоми внесено травматичні ушкодження ока. Про способи їх лікування розповіла доцент кафедри офтальмології НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук Оксана Василівна Петренко.

? Які види травм ока найбільш поширені сьогодні в країні?

— Очний травматизм, частка якого в загальній структурі травматизму становить 29,0%, є дуже серйозною медико-соціальною проблемою. Її актуальність полягає в тому, що ушкодження органу зору, незважаючи на успіхи сучасної реконструктивної мікрохірургії та патогенетично обґрунтованої фармакотерапії, все ж залишаються однією з основних причин сліпоти та зниження зору. На сьогодні, за даними дослідників, інвалідність у результаті ураження органу зору досягає 30,1% серед працездатного населення України. Здебільшого це пов'язано з тим, що поряд зі значним зниженням виробничого травматизму останніми роками значно збільшилася кількість постраждалих у ДТП, осіб з побутовими, вогнепальними травмами, та пояснюється існуючими проблемами в царині діагностики та лікування травматичних ушкоджень органу зору при поєднаних травмах. Успіх терапевтичної стратегії залежить не тільки від того, наскільки швидко і якісно була надана кваліфікована допомога постраждалим у перші години або дні з моменту травми, але і від можливості впровадження в повсякденну практику офтальмохірургів новітніх технологій.

За інформацією багатьох дослідників, вагоме місце серед уражень органу зору займають травми допоміжного апарату ока (22,4%). При цьому в останні десятиліття у всьому світі змінилися їх характер та структура. Все частіше спостерігаються поєднані і комбіновані ушкодження, аналіз яких важливий при наданні практичної допомоги постраждалим. Реабілітація цієї категорії хворих є не тільки медичною, а й соціально-економічною проблемою.

? Як часто і при яких видах травм розвиваються бактеріальні ускладнення? Коли в таких пацієнтів виникає потреба в антибактеріальній терапії і яким способом введення антибіотиків слід віддавати перевагу?

— Бактеріальна інфекція є дуже частим ускладненням будь-якого травматичного ушкодження

органу зору, оскільки травмувальний агент не є стерильним. Особливо це стосується дорожніх травм, травм, пов'язаних з укусом тварин, ушкодження деталями будівельних інструментів, піротехнічними засобами і т.д. Антибіотико-профілактика і антибіотикотерапія необхідні більшості хворих із очною травмою.

Офтальмологи здебільшого віддають перевагу місцевій антибіотикотерапії (інстиляції очних крапель або застосування очної мазі). Препарати можна застосовувати парабульбарно (під очне яблуко) або ендовітреально (безпосередньо в склоподібне тіло), у вигляді електрофорезу. У складних випадках застосовується системна антибіотикотерапія.



Останніми роками оперативна офтальмологія зробила величезний крок уперед. Проте фармацевтична промисловість теж не стоїть на місці, тому все частіше можна почути думку, що існують препарати, спроможні «застрахувати» пацієнта від необхідності оперативного втручання.

Цю тематику було висвітлено професором кафедри офтальмології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктором медичних наук Ігорем Ярославовичем Новицьким.

? Суперечки про необхідність і термін проведення операції при глаукомі в медичному товаристві не вщухають. Деякі лікарі заявляють про доцільність оперативного втручання в максимально ранні терміни, інші — вказують на те, що фармацевтична промисловість демонструє надзвичайні досягнення, тому в переважній більшості випадків глаукому нормалізувати ВОТ можна за допомогою консервативних методів. Які абсолютні та відносні показання до проведення операції при глаукомі?

— На мою думку, суперечок взагалі не повинно бути. Ми повинні намагатися досягти цільових рівнів тиску за допомогою консервативних методів, потім здійснити контроль (з метою моніторингу використовуються статична периметрія, оптична когерентна томографія диску зорового нерва і оцінка товщини шару нервових волокон сітківки), щоб визначити, чи вдалося досягти толерантного (індивідуального) ВОТ? За потреби призначається додаткова гіпотензивна терапія.

Хірургічне лікування розглядається як логічне продовження терапевтичної стратегії. Недосягнення цільового ВОТ на фоні використання двох препаратів — пряме показання до оперативного

втручання. Помилково вважати, що, наприклад, цільовий ВОТ — 20 мм рт. ст., і докладати зусиль, щоб забезпечити його медикаментозними засобами, а показанням до операції визнавати в цього ж хворого 23 мм рт. ст. Відносним показанням до хірургічних втручань є непереносимість лікарських засобів, неможливість регулярної інстиляції через фізичні вади, соціальні показання (висока вартість медикаментів), труднощі моніторингу.

Відносним показанням до операції вважається ситуація, коли цільових показників ВОТ на фоні використання препаратів досягнуто, але пацієнту планується виконати видалення катаракти методом факоемульсифікації (ФЕК). У такому разі, як на мене, доцільно провести комбіновану операцію (ФЕК + ендотрабекулоектомія) з метою відміни гіпотензивних крапель.

? Які переваги ендотрабекулоектомії при відкритокутовій глаукомі? Яким групам пацієнтів вона показана і якими є віддалені результати лікування?

— Ендотрабекулоектомія характеризується малоінвазивністю, високою безпечністю, фізіологічністю (відновлення відтоку вологи передньої камери через кут передньої камери ока), ефективністю і невисокою вартістю, а також відносно нескладною технікою виконання.

Легше її проводити в разі пігментації кута передньої камери. Віддалені результати (до 8 років): досягнення цільового ВОТ без/з додатковою медикаментозною терапією у 80% випадків.



Особливості післяопераційного догляду за пацієнтами з глаукомою потрапили в поле зору професора кафедри офтальмології Харківської національної академії післядипломної освіти, доктора медичних наук Ірини Анатоліївни Соболевої.

? Як відомо, багато приватних центрів з лікування очних хвороб прагнуть максимально скоротити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі. Це призводить до того, що відразу після операції пацієнт фактично опиняється без належної фахової підтримки. Чи може лікар амбулаторної ланки здійснювати післяопераційне ведення пацієнта з глаукомою? Які післяопераційні симптоми повинні викликати занепокоєння в поліклінічного лікаря і стати підставою для направлення хворого в стаціонар?

— Очевидно, що питання тривалості післяопераційного спостереження в стаціонарі — справа

Продовження на стор. 32.

БЕТОФТАН®¹ БЕЗПЕЧНИЙ СЕЛЕКТИВНИЙ БЕТА-БЛОКАТОР З НЕЙРОПРОТЕКТОРНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ²

- Відноситься до першої лінії лікування глаукоми
- Знижує ВОТ за рахунок пригнічення продукції внутрішньоочної рідини
- За рахунок селективності не має вираженої симптомиметичної дії
- Володіє властивостями блокатора кальцієвих каналів
- Позитивно впливає на очний кровотік
- Має нейропротекторні властивості, підвищуючи стійкість гангліозних клітин до ішемії



3 турботою про Ваш зір!

Фармак

1. Інструкція для медичного застосування препарату «Бетофтан». 2. Фармакотерапія глаукоми. Єгоров Є.А. 2009 р. Інформаційний матеріал для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозіумах з медичної тематики. Інформація подана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Бетофтан®, краплі очні 2,5 мг/мл, РЛ №UA/15505/01 від 10.11.2016 №1225. УХР/ПРОМ/03/2017/БЕТОФ/13/ДР/001.

Виробник: ПАТ «Фармак» 04080, Україна, м. Київ, вул. Кирилівська, 63, тел.: (044) 496-87-87 info@farmak.ua | www.farmak.ua

У фокусі уваги — глаукома та сучасні методи її лікування

Продовження. Початок на стор. 30.

індивідуальна. Так, тенденція швидкої виписки зі стаціонару останніми роками дійсно існує, проте вона спостерігається не тільки в приватних закладах, але й в офтальмологічних відділеннях державних лікувально-профілактичних установ. Це пов'язано з впровадженням європейських стандартів у вітчизняну офтальмологію, вдосконаленням оперативних методик, появою сучасних засобів місцевої терапії. Не останню роль у цьому відіграє й вдосконалення амбулаторно-поліклінічної ланки системи охорони здоров'я, адже лікарі-спеціалісти все частіше довіряють сімейним лікарям контроль над виконанням призначень, у тому числі післяопераційних. Проте варто ще раз підкреслити, що кожен випадок є індивідуальним. Якщо говорити про глаукому, то оперативні втручання можуть бути лазерними (наприклад, лазерна іридотомія, лазерна трабекулопластика, лазерна циклокоагуляція) чи хірургічними (трабекулектомія, склеректомія тощо). Звичайно, що виконання перших дозволяє суттєво скоротити терміни перебування в стаціонарі чи оперувати хворих амбулаторно. Хірургічні втручання є більш травматичними, тому й період реабілітації є дещо довшим. У будь-якому разі після прийняття рішення оперуючим хірургом про виписку зі стаціонару пацієнт може продовжити лікування чи спостереження в офтальмолога за місцем проживання. Показання для направлення в стаціонар у післяопераційних хворих — ознаки інфекційно-запальних ускладнень, погіршення зору в будь-який період.

? Які групи препаратів найбільш широко використовуються в післяопераційному періоді у хворих з глаукомою? Як часто виникає потреба в системній терапії?

— Місцеве лікування слід обирати відповідно до важкості операції та стану хворого. Найчастіше офтальмологи в післяопераційному періоді призначають зволожуючі краплі, антибактеріальні та протизапальні засоби. Під час післяопераційного періоду у хворих з глаукомою повинен здійснюватися ретельний контроль

ВОТ. У разі його підвищення використовуються засоби, що знижують ВОТ. Тривалість лікування встановлюється лише індивідуально, залежить від наявності ускладнень, обсягу операції, показників ВОТ, коморбідності. Системна терапія застосовується рідше, зазвичай включає знеболювальні та протизапальні засоби, у разі виникнення важких ускладнень інфекційного характеру додатково використовуються антибіотики.



Усе більше уваги сучасні лікарі звертають на можливості нейропротекції в лікуванні очних хвороб. Безумовно, глаукома не стала винятком. Про це повідомила **член-кореспондент НАМН України, заслужений лікар України, завідувач курсу офтальмології ПВНЗ «Київський медичний університет України-ської асоціації народної медицини», доктор медичних наук, професор Зоя Федорівна Веселовська.**

? Як відомо, нейропротекція належить до основних напрямів терапії глаукоми після досягнення «тиску мети». Які групи нейропротекторів використовуються в європейській і вітчизняній офтальмології найчастіше?

— Останніми десятиріччями механізми нейротоксичності й нейропротекції перебувають на вістрі наукових проєктів у галузі нейрофізіології. На сьогодні не викликає сумніву, що основною характеристикою глаукоми є нейродегенеративні процеси в системі зорового аналізатора — результат системної і місцевої судинної недостатності. Ці зміни можуть розвинути за висхідним (з боку гангліозних клітин сітківки як найбільш чутливих до гіпоксії і зорового нерва) та низхідним типом (верхні двогорбики чотиригорбикового тіла). Механізми нейротоксичності й нейронального захисту досить добре вивчені. Говорячи про нейропротекцію, треба розуміти, що мова йде про методи і заходи, які прямо або опосередковано сприяють захисту гангліозних клітин і зорового нерва, функціонуючих в умовах транзиторної ішемії: забезпечують зниження ВОТ (до речі, це є обов'язковим

навіть при глаукомі нормального тиску), покращуючи кровопостачання.

На сьогодні накопичено величезну кількість матеріалів з дослідження гангліозних клітин, отриманих спільно з відомими вченими Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, які свідчать про ефективність і необхідність довготривалого систематичного призначення препаратів прямої нейропротекторної дії. Це стоїть як засобів системного призначення, здебільшого з групи блокаторів кальцієвих каналів (амлодипін і т.п.), так і очних крапель, що містять β -адреноблокатори, α_2 -адреноміметики, блокатори NMDA-рецепторів (реалізують ефекти на рівні синапсу). Безумовно, активність препаратів прямої нейропротекторної дії набагато вища, ніж непрямой. Їх потрібно правильно комбінувати, враховуючи індивідуальну чутливість, переносимість і можливий ризик побічних ефектів.

? Яка роль непрямих нейропротекторів у лікуванні глаукоми (статини, системні антигіпертензивні та венозні засоби і т.ін.)? Який фахівець, як правило, призначає ці групи препаратів — сімейний лікар чи офтальмолог?

— Глаукома — захворювання, в основі якого лежать системні порушення, тому лікувати треба не око, а пацієнта. Слід пам'ятати, що при призначенні системних препаратів необхідно попередньо отримати консультацію фахівців відповідного профілю. Ми, офтальмологи, завжди цікавимося думкою кардіолога, терапевта, ендокринолога (при наявності ендокринної патології) і т. д., беремо до уваги рекомендації цих фахівців.

Я б ні в якому разі не радила сімейним лікарям самостійно займатися лікуванням глаукоми. Направляти хворих у спеціалізовані клініки — так, радитися — так, спостерігати за дотриманням призначень офтальмолога — так, а займатися самодіяльністю — ні.

Круглий стіл не тільки дав змогу підняти цікаві та актуальні питання щодо діагностики та лікування глаукоми, а й дозволив переконатися, що українська офтальмологія дотримується сучасних світових тенденцій, а вітчизняну школу представляють по-справжньому видатні спеціалісти.

Довідка 3У

На сьогодні на українському фармацевтичному ринку представлені десятки протиглаукомних препаратів з різними механізмами дії та показаннями. Вітчизняною фармацевтичною компанією з найбільш широким офтальмологічним портфелем є «Фармак». Важливо зауважити, що особливе місце в наявному арсеналі ліків посідають саме протиглаукомні засоби. Розглянемо деякі з них.

Ланотан® належить до групи аналогів простагландину, діючою речовиною є латанопрост. Останній — аналог простагландину F2a та селективний агоніст простагландину F2a рецептора FP, який знижує ВОТ шляхом збільшення відтоку водянистої рідини. Препарат застосовується при первинній відкритокутовій глаукомі як засіб першого вибору. Значних успіхів досягнуто також у лікуванні вродженої глаукоми. Базові дослідження показали, що латанопрост є ефективним у вигляді монотерапії. Крім того, були проведені численні клінічні випробування комбінованого застосування лікарського засобу з іншими активними агентами. Спиряючись на дані цих робіт, компанією «Фармак» створено комбінований препарат Ланотан Т®, що містить дві діючі речовини — латанопрост та тимолол. Тимолол знижує секрецію внутрішньоочної рідини, а латанопрост, як вже зазначалося, покращує її відтік. Подвійний механізм дії дає змогу впливати на розвиток глаукомного процесу навіть у хворих із розвинутою та занедбаною стадією патології, що дозволяє відтермінувати проведення операції, а в деяких випадках навіть уникнути хірургічного втручання. Крім ефективності, безумовною перевагою засобу Ланотан Т® є зручність його застосування — лише один раз на добу ввечері, що є комфортним для пацієнтів та покращує прихильність до призначеної лікарем терапії, а отже, і результативність лікування.

З метою зниження підвищеного ВОТ у пацієнтів з очною гіпертензією або відкритокутовою глаукомою досить часто застосовується препарат Глаутан®.

Травопрост (діюча речовина Глаутану) є аналогом простагландину F2a, повним селективним агоністом FP-рецепторів. Як і Ланотан®, Глаутан® рекомендований при первинній відкритокутовій глаукомі, проте його використання є доцільним у випадках більш агресивного перебігу захворювання.

Дуже важливою групою препаратів у лікуванні глаукоми є інгібітори карбоангідрази. До них належить Бризаль® — бринзоламід, що застосовується при глаукомі на фоні запальних процесів (кератити, іридоцикліти, увеїти). Бризаль® також приймається при коморбідних станах, таких, наприклад, як цукровий діабет, а також з метою післяопераційного зниження ВОТ прооперованим пацієнтам. Варто звернути увагу, що Бризаль® можна використовувати в дорослих пацієнтів, в яких лікування бета-блокаторами чи аналогами простагландину було неефективним або яким бета-блокатори протипоказані; а також як додаткову терапію при застосуванні бета-блокаторів чи аналогів простагландинів.

Особливістю ще одного протиглаукомного препарату від «Фармак» Бетофтан® є його ефективність при глаукомі з низьким та нормальним ВОТ. Діюча речовина — бетаксол, селективний блокатор β_1 -адренергічних рецепторів, який не чинить значної мембраностабілізуючої (місцевої анестезуючої) і вираженої симпатоміметичної дії. Після інстиляції в око бетаксол здатний знижувати як підвищений, так і нормальний ВОТ, незалежно від того, чи супроводжується це глаукомою; механізм його гіпотензивної дії пов'язаний зі зменшенням продукції внутрішньоочної рідини, як показує тонографія і флюорофотометрія. Бетофтан® використовується в схемах консервативного лікування відкритокутової глаукоми та в післяопераційному періоді в прооперованих хворих. Важливою характеристикою Бетофтану є доступна ціна, що дозволяє отримувати якісне лікування навіть соціально незахищеним категоріям пацієнтів.