

З.Ф. Веселовська, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Від офтальмогіпертензії до первинної відкритокутової глаукоми: європейські підходи до терапії (EGS, 2014-2018)

Доведено, що глаукома належить до групи нейродегенеративних захворювань, які вражають зоровий аналізатор. Сьогодні глаукома є безумовним лідером у структурі причин незворотної сліпоти у світі.

У Настановах з глаукоми Європейського глаукомного товариства (European Glaucoma Society, EGS) 2014 року, перекладених українською, підготовлених до друку та виданих нами спільно з EGS, глаукома має таке визначення: «Первинна відкритокутова глаукома (ПВКГ) — це хронічна прогресуюча нейропатія зорового нерва з характерними морфологічними змінами в голівці зорового нерва та в шарі нервових волокон сітківки за відсутності інших офтальмологічних захворювань чи вроджених аномалій. З цими змінами пов'язане прогресуюче відмирання гангліонарних клітин сітківки та звуження поля зору». Недоліком зазначеного визначення, безумовно, є відсутність посилання на роль внутрішньоочного тиску (ВОТ) у розвитку та перебігу захворювання. Цей момент є суттєвим, тож його буде враховано в наступному виданні цих настанов, запланованому на 2020 рік.

Наразі підвищений ВОТ вважають основним фактором ризику розвитку та прогресування глаукоми, що підлягає модифікації. Утім іноді глаукома прогресує при відносно низькому або нормальному ВОТ, тобто має місце глаукома нормального або низького тиску. Поряд із цим у деяких випадках з достатньо високим рівнем ВОТ (офтальмогіпертензія — ОГ) спостерігається стабільний стан зорових функцій.

У минулому ОГ вважали діагнозом, але зараз цей стан трактується як постійне підвищення ВОТ понад середнє значення норми на 2 або 3 стандартні відхилення. Етіологія та патогенез ОГ дотепер невідомі.

Клінічні ознаки та симптоми ОГ включають:

- ВОТ >21 мм рт. ст. без лікування;
- поле зору в нормі;

- диск зорового нерва і шар нервових волокон сітківки в нормі;
- гоніоскопія: відкритий кут передньої камери (виключити переміжну блокаду кута передньої камери);
- відсутність ознак або згадок в анамнезі про інші офтальмологічні захворювання чи прийом стероїдів.

До певного часу ОГ не вважали захворюванням або загрозою для зору. Сьогодні під впливом результатів багатоцентрових досліджень, викладених у протоколах EGS, ставлення до ОГ дещо змінюється і питання лікувати чи не лікувати ОГ для офтальмологів стає більш актуальним. У дослідженні Ocular Hypertension Treatment Study (OHTS), в якому вивчалася можливість переходу ОГ у первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ), було отримано докази про безумовну наявність такого ризику. Так, у рамках цього дослідження спостерігали понад 1500 пацієнтів з ОГ, яких розподілили на дві групи: учасники однієї отримували місцево препарат, що знижував ВОТ, натомість у другій групі зниження ВОТ не проводилося. Метою цього масштабного дослідження було знизити ВОТ <24 мм рт. ст. або принаймні на 20% від початкового значення та через певний час провести контроль обстежених для констатації появи випадків ПВКГ. Останню встановлювали за даними двох позитивних результатів комп'ютерної периметрії та оптичної комп'ютерної томографії за наявності дефектів поля зору або погіршення стану диска зорового нерва. Пацієнтам з контрольної групи з уперше встановленим діагнозом ПВКГ за вищезазначеними проявами призначали гіпотензивні краплі. У групі лікування середнє ВОТ в осіб з ОГ становило в межах 22,5 мм рт. ст. Важливим є той факт, що за 5 років

спостереження ознаки глаукомного ураження виявили в 4,4% учасників групи лікування, які приймали антиглаукомні препарати, при цьому в групі контролю ПВКГ діагностували в 9% пацієнтів ($p < 0,0001$). Ці дані достовірно свідчать про зниження на 50% ризику трансформації ОГ в глаукому на тлі лікування. Kass і співавт. у 2002 р. також демонстрували аналогічні результати (рис. 1).

Отже, контроль ВОТ має велике значення в осіб з ОГ. Враховуючи розповсюдження ОГ серед різних верств населення віком понад 40 років, ризик прогресивного зростання захворюваності

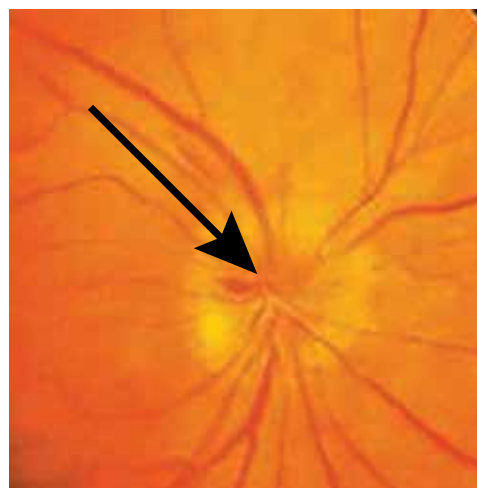


Рис. 2. Геморагії диска зорового нерва у хворих на ПВКГ

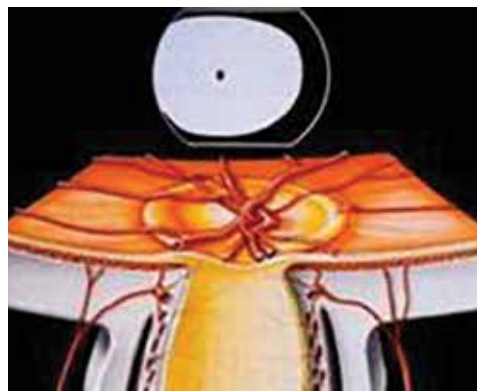


Рис. 3. Співвідношення діаметра екскавації до діаметра диска зорового нерва



З.Ф. Веселовська

на глаукому має всі підстави до збільшення. Так, за даними обстеження незалежного контингенту киян ($n=1000$) віком від 35 років, проведеного у 2010-2011 рр. співробітниками кафедри офтальмології ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ» та Київського міського офтальмологічного центру КМКЛ № 1, факт підвищеного ВОТ був встановлений у 29,0% випадків. Подальше офтальмологічне обстеження дозволило виявити ознаки ПВКГ майже в третині осіб з ОГ.

Подальше рандомізоване спостереження упродовж 5 років показало, що в понад 90% нелікованих пацієнтів глаукома внаслідок підвищеного ВОТ не розвинулася. Проте через 13 років глаукома виникла у 22% осіб, які спершу не отримували лікування, і в 16% представників групи, учасники якої отримували терапію. Важливо зазначити, що трансформація ОГ у ПВКГ приблизно в 50% пацієнтів уперше була виявлена на знімках диска зорового нерва і близько в 40% хворих — за результатами периметрії.

Поряд з цим були встановлені такі фактори ризику прогресування, як менша центральна товщина рогівки (ЦТР), більш високий рівень ВОТ, дискові геморагії (рис. 2), вік, збільшене відношення діаметра екскавації до діаметра диска зорового нерва у вертикальному та горизонтальному меридіанах (рис. 3), збільшення стандартного відхилення патерна центрального поля зору (PSD). Щодо дискових геморагій, то темпи прогресування глаукомного процесу були вищими в очах за їх наявності.

Беручи до уваги, що зорова функція безпосередньо впливає на якість життя, основним завданням лікування глаукоми є збереження зору пацієнта та відносної

Продовження на стор. .

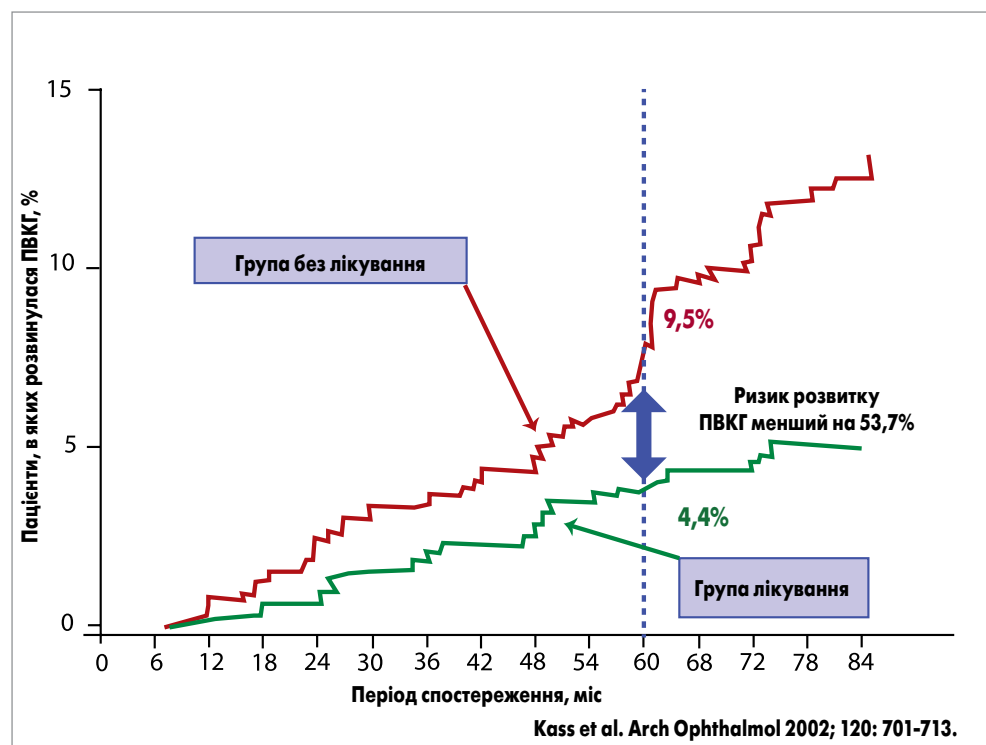
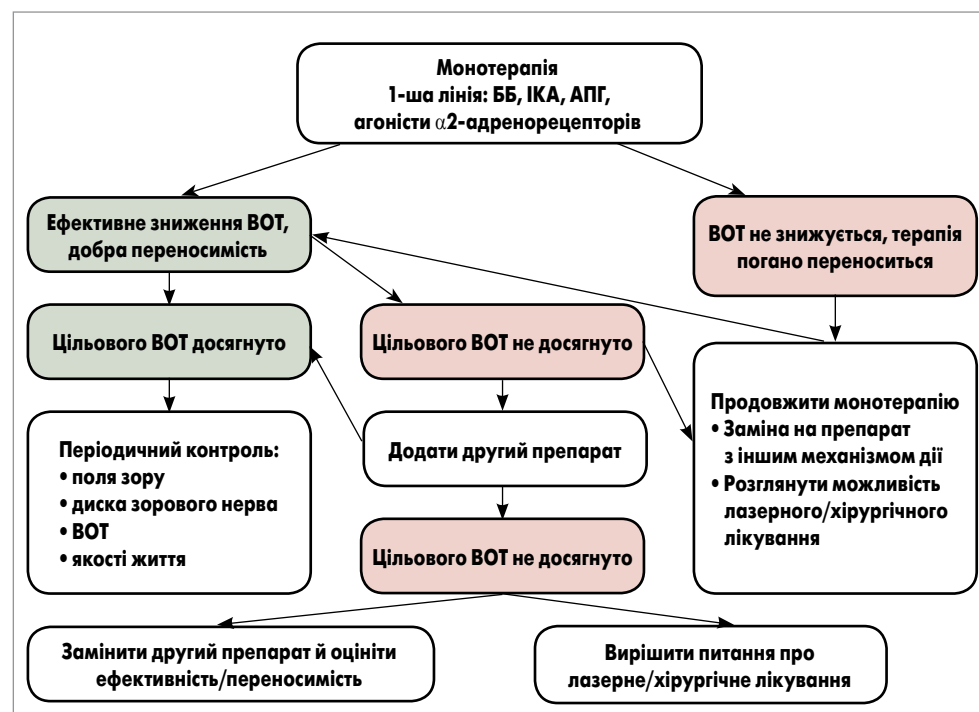


Рис. 1. Динаміка трансформації ОГ у глаукому



Примітки: ББ — β-блокатори; ІКА — інгібітори карбоангідази.

Віг офтальмогіпертензії до первинної відкритокутової глаукоми: європейські підходи до терапії (EGS, 2014-2018)

Продовження. Початок на стор. .

якості його життя за прийнятну ціну. Оцінка вартості лікування має враховувати пов'язані з ним незручності й побічні ефекти, так само як і фінансові витрати для індивіда та суспільства загалом. Здебільшого в пацієнтів з початковою та помірною стадією глаукоми зберігається хороший зір і якість життя

капуванні знижують ВОР на 20-25%, а й достатньо контролюють його впродовж доби, дозволяючи уникнути коливань у нічні години (рис. 4).

Враховуючи, що ОГ та ПВКГ є захворюваннями, які потребують надійного цілодобового контролю ВОР протягом життя, преференції в персоніфікованому лікуванні й надалі мають оригінальні АПГ, бажано без вмісту консерванту,

(збільшення ризику на 19% при зростанні відношення на 0,1);

- PSD (зростання ризику на 13% при збільшенні PSD на 0,2 дБ);

- ЦТР (зростання ризику у 2,04 раза при зменшенні ЦТР на 40 мкм).

Наведений перелік акцентує увагу лікарів на певних важливих факторах, які можуть відігравати не останню роль у визначенні ризику та прогнозу розвитку

етнічних груп, крім європеїдної та негроїдної рас. Калькулятор також не враховує такі пов'язані з підвищеним ризиком розвитку глаукоми чинники, як сімейний анамнез глаукоми та псевдоексфоліація. При цьому необхідно брати до уваги й очікувану тривалість життя пацієнта.

Щодо періодичності обстежень, то після встановлення факту ОГ рекомендується проводити їх один раз на 12-24 міс. Слід виконувати:

- обстеження диска зорового нерва;
- обстеження поля зору;
- вимірювання ВОР;
- фотографування шару нервових волокон сітківки та диска зорового нерва на момент початку спостереження і в подальшому кожні 2-3 роки.

Якщо результати зазначених обстежень у нормі, надалі інтервали між візитами можна збільшити.

Дослідниками встановлено, що за відсутності лікування в осіб з ОГ упродовж 5 років спостереження ризик розвитку глаукоми зростає на 9,5%. Доведено, що чим вищий ВОР, тим більший ризик розвитку глаукоми. За наявності факторів ризику в окремих пацієнтів розглядається доцільність профілактичного зниження ВОР.

Помірне та нерегулярне підвищення ВОР не є достатньою підставою для призначення терапії, але в разі хронічного підвищення ВОР понад 20 мм рт. ст. лікування може бути доцільним навіть за відсутності факторів ризику. Варіанти терапії співпадають з алгоритмом лікування ПВКГ (EGS, 4-те видання, 2014-2018).

Отже, сучасний погляд на проблему ОГ, що ґрунтується на результатах масштабних світових досліджень останніх років, свідчить про існування за певних обставин реальних умов для трансформації ОГ у ПВКГ. Це має змінити наше ставлення до зазначеної проблеми та внести відповідні зміни в тактику спостереження і лікування пацієнтів з ОГ. У разі еволюції ОГ у ПВКГ виникає реальна загроза втрати зорової функції, а отже, сліпоті. Важливим є той факт, що рішення про лікування кожного конкретного пацієнта треба приймати на індивідуальній основі, тобто терапія повинна носити персоніфікований характер.

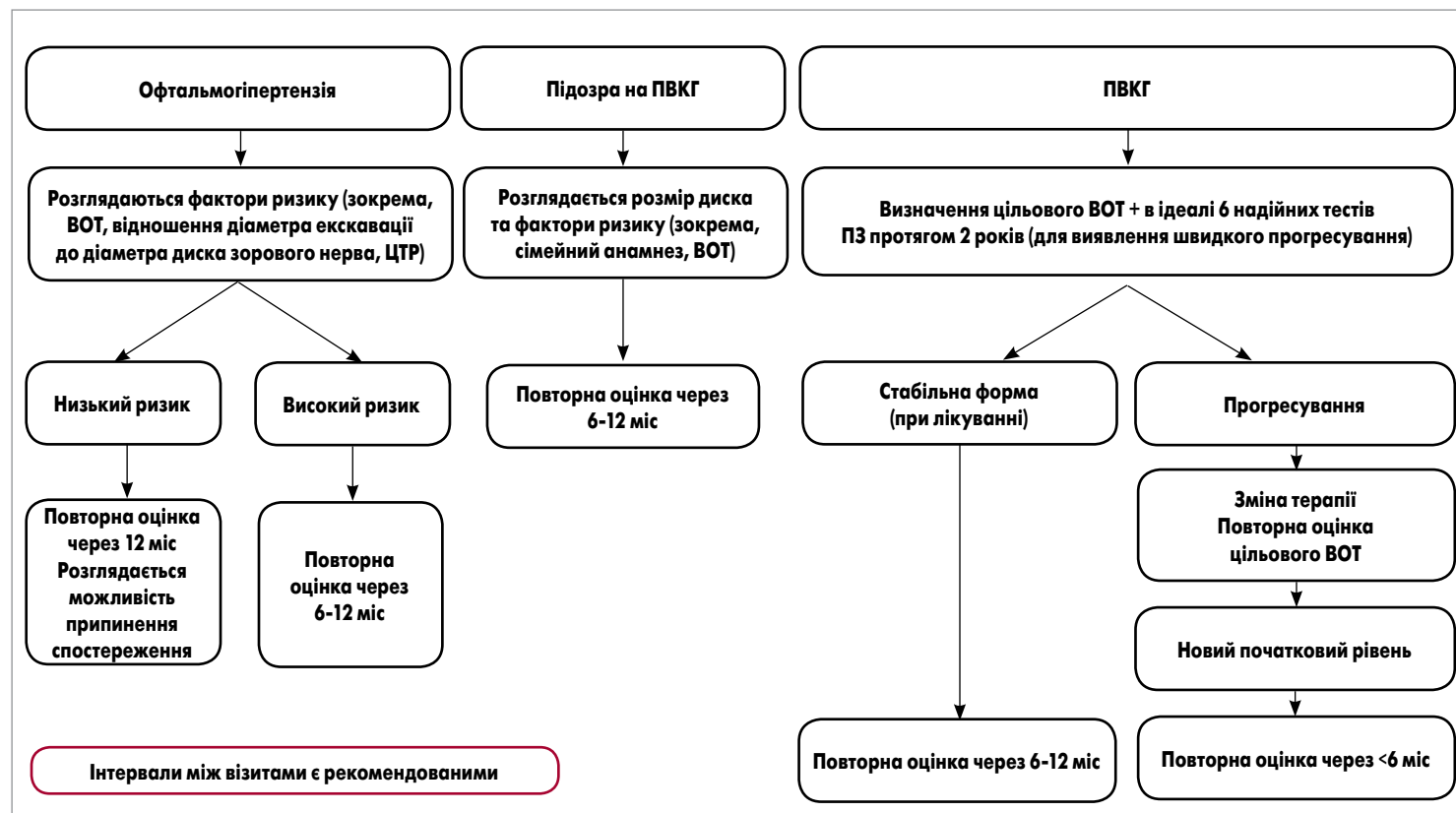


Рис. 5. Оцінка та подальше спостереження осіб з ОГ

знижується несуттєво, натомість прогресуюча втрата зорової функції обох очей надзвичайно погіршує якість життя (EGS, 2014-2018, 4-те видання).

Таким чином, зважаючи на представлені дані, доцільно рекомендувати призначення гіпотензивних крапель у випадках підвищеного ВОР за наявності 2 з вищезазначених факторів ризику розвитку ПВКГ. Відповідно до європейського протоколу «Термінологія та настанови з глаукоми» для зниження ВОР доцільно призначати препарати першої лінії, починаючи з групи аналогів простагландинів (АПГ), які не лише при одноразовому за-

та призначення препаратів для профілактики розвитку захворювань поверхні ока згідно з положеннями останнього протоколу DEWS-II (2017).

Слід зазначити, що на сьогодні встановлено такі фактори ризику та прогнозні чинники еволюції ОГ у ПВКГ:

- вік (зростання ризику на 26% кожні 10 років життя);
- ВОР (зростання ВОР на 1 мм рт. ст. понад норму відповідає збільшенню ризику на 9%);
- відношення діаметра екскавації до діаметра диска зорового нерва у вертикальному та горизонтальному меридіанах

ПВКГ в осіб з підвищенням ВОР. На підставі об'єднаної прогностичної моделі ОНТС-EGPS був створений калькулятор кількісної оцінки 5-річного ризику прогресування ОГ у ПВКГ. Цей інструмент, доступний кожному фахівцю, допомагає визначити оптимальну частоту відвідувань лікаря пацієнтом та обрати можливе лікування (рис. 5), однак необхідно взяти до уваги наявні обмеження. Оскільки калькулятор був розроблений на підставі даних досліджень ОНТС та EGPS, його результати некоректні для осіб віком до 40 років, пацієнтів з нелікованим ВОР <22 мм рт. ст. та представників інших

Оголошення для тебе!

ЯКЩО

- ти прагнеш зробити своє життя цікавішим, змістовнішим, насиченим подіями і сповненим нової якості...
- ти радо спілкуєшся й охоче пишеш на різні теми...
- ти лікар або ж невдовзі ним станеш

це оголошення для тебе!

«Медична газета «Здоров'я України» пропонує творчим, грамотним і відповідальним людям з медичною освітою, досвідом роботи в медичній пресі (бажано), умінням логічно мислити і послідовно викладати свої думки роботу в штаті (для киян) або позаштатно – написання статей/оглядів/інтерв'ю. Час від часу можливі відрядження.

Усіх охочих випробувати себе просимо телефонувати: +380 (67) 999 65 87 або надсилати резюме на електронну адресу: elvira26122011@gmail.com

Ми чекаємо тих, хто хоче долучитися до нашої дружньої команди, шукає цікаву роботу з можливістю професійного зростання, гнучким графіком і приємною винагородою.