

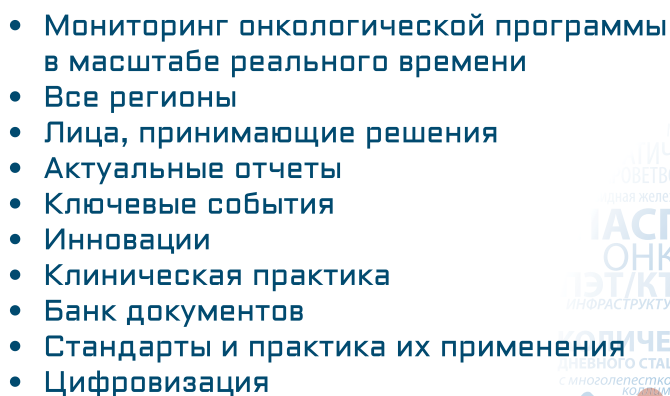


NOP2030.RU

СОБИРАЕМ
ДЕЛИМСЯ ИНФОРМАЦИЕЙ
АНАЛИЗИРУЕМ

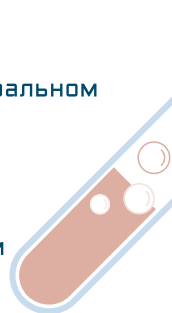


ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ



Онлайн-освещение онкологической службы на федеральном и региональных уровнях на период 2018-2030 гг. в едином контуре цифровизации здравоохранения:

- руководителям онкологической службы
- организаторам здравоохранения
- врачам – онкологам, радиологам, химиотерапевтам
- компаниям, представляющим препараты и оборудование для онкологии



news@nop2030.ru



Глаукома – тихий вор зрения. Современные методы лечения

Глаукома является тяжелым и быстро прогрессирующим заболеванием органов зрения. Своевременная диагностика и эффективное лечение с использованием медикаментозных и хирургических методов позволяют остановить прогрессирование глаукомы и сохранить зрение.

Об особенностях подходов к ведению пациентов с глаукомой, актуальных проблемах диагностики и современных методах лечения глаукомы доцент кафедры патологической физиологии Института цифрового биодизайна и моделирования живых систем Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Александр Николаевич ХИТРОВ расспросил заслуженного врача РФ, профессора кафедры офтальмологии им. академика А.П. Нестерова Института клинической медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, начальника офтальмологического отделения ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, д.м.н. Александра Владимировича КУРОЕДОВА.

? Александр Владимирович, что такое глаукома? Можно ли ее выявить на ранней стадии?

Глаукома – большая группа заболеваний органов зрения, характеризующихся тремя основными признаками (триада Грефе): повышением уровня внутриглазного давления, изменением зрительного нерва и сужением поля зрения.

Ранняя диагностика глаукомы остается непростой задачей, поскольку на начальных стадиях заболевание может протекать практически бессимптомно. По данным исследований, от начала заболевания до первых его признаков может пройти до шести лет. При этом, безусловно, раннее выявление и своевременно назначенное лечение глаукомы имеют важное прогностическое значение.

? Какую роль в развитии глаукомы играет наследственность?

Результаты исследований последних лет продемонстриро-

вали, что генетические факторы играют важную роль в увеличении риска развития и прогрессирования глаукомы. Так, глаукома у ближайших родственников в 6–10 раз увеличивает риск развития заболевания по сравнению с общей популяцией.

? Существуют ли универсальные методы лечения глаукомы?

Сегодня основная цель лечения глаукомы направлена на снижение уровня внутриглазного давления и сохранение зрительных функций в течение длительного времени. Снижение уровня офтальмотонуса приводит к стабилизации или замедлению прогрессирования заболевания. Других доказанных альтернативных методов лечения глаукомы не существует. В настоящее время в офтальмологической практике используются три основные методики лечения глаукомы: консервативная (медикаментозная), лазерная и хирургическая.

Хирургический метод считается одним из наиболее эффективных способов нормализации внутриглазного давления и сохранения зрительных функций при глаукоме. В фундаментальном труде «Офтальмологические очерки» академика М.И. Авербаха, одного из наиболее выдающихся офтальмологов нашей страны, подробно рассматриваются подходы к лечению глаукомы. Он отмечал, что нелеченная глаукома обязательно заканчивается слепотой; то, что больной успел потерять к моменту поступления в руки врача, – невосстановимо и не может восстановиться ни при каких обстоятельствах; и наконец, что всякое вмешательство, будет ли оно консервативным или хирургическим, тем эффективнее, чем раньше его применили. «Многoletний опыт показывает, что наиболее надежным методом является все же операция и что все неоперированные глаукоматозные глаза в конечном итоге все же слепнут. В то время как среди



оперированных глаз есть немало таких, в которых окончательная слепота наступает значительно позже, и немало таких, которые не успевают ослепнуть до смерти пациента»¹.

Следует учитывать, что в нашей стране в среднем глаукома диагностируется в возрасте 62 лет независимо от стадии. Поскольку в большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно, глаукома может обнаруживаться на развитой, далеко зашедшей и даже терминальной стадиях. При выявлении глаукомы на начальной стадии и назначении адекватного лечения в большинстве случаев прогноз заболевания благоприятный, с сохранением зрительных функций на длительное время. Другая ситуация развивается при первично выявленной далеко зашедшей стадии заболевания. В среднем слепота наступает через четыре года от момента диагностирования далеко зашедшей стадии глаукомы.

Возвращаясь к вопросу о методах лечения, нельзя не упомянуть о сложностях, возникающих в реальной клинической практике. Применение хирургических методов у больных глаукомой остается приоритетным подходом. Однако практикующим офтальмологам известно, как иногда сложно убедить пациента на начальной стадии глаукомы согласиться на операцию. Прежде всего это связано с отсутствием симптомов, недостаточной информированностью об опасности заболевания. В свою очередь бурное развитие фармацевтической промышленности в области

лечения глаукомы, направленное на разработку препаратов для снижения внутриглазного давления, способствовало внедрению новых подходов к терапии.

Современная концепция лечения глаукомы отражена в национальном руководстве по глаукоме Российского глаукомного общества и рекомендациях Европейского глаукомного общества^{2,3}. В соответствии с рекомендациями лечение первичной глаукомы начинается с монотерапии лекарственными средствами первого выбора – гипотензивными препаратами в форме глазных капель. В отсутствие терапевтического эффекта препарат заменяют или добавляют второй препарат, рассматривают применение метода селективной лазерной трабекулопластики. В отсутствие компенсации внутриглазного давления гипотензивными средствами и лазерными методами назначают комбинированные препараты третьей линии лечения. Согласно современным рекомендациям, только отсутствие эффекта от медикаментозной и/или лазерной терапии служит показанием к проведению хирургического лечения глаукомы.

Получается, в мире наблюдается выраженная тенденция к длительному использованию консервативных методов лечения глаукомы. Как это отражается на эффективности лечения пациентов?

Действительно, в последние два десятилетия в лечении первично выявленной глаукомы на первый план выходят консервативные методы. По данным наблюдений, еще

в начале 2000-х гг. начали преваляировать медикаментозные подходы к лечению впервые выявленной глаукомы. Появились высокоэффективные гипотензивные препараты, например аналоги простагландинов, которые совершили революцию в лечении глаукомы. Несмотря на основные принципы лечения пациентов с глаукомой, которые подразумевают достижение терапевтического эффекта при минимальном числе препаратов с минимумом побочных действий, в ряде случаев применяют более трех лекарственных гипотензивных офтальмологических средств одновременно. Так, накопленные данные свидетельствуют о том, что в последние годы доля пациентов с глаукомой, получающих более трех лекарственных препаратов на момент проведения оперативного лечения, значительно возросла. При этом интенсивная гипотензивная терапия непосредственно в предоперационный период может негативно влиять на результаты хирургического лечения глаукомы⁴. Между тем сегодня хорошо известно, что лицам с развитой стадией глаукомы рекомендована комбинированная гипотензивная топическая терапия с ограничением числа препаратов до трех или менее.

Хирургические методы лечения рассматриваются в качестве терапии при далеко зашедшей стадии глаукомы. Конечно, нельзя недооценивать такие преимущества консервативной терапии, как доказанная эффективность в отношении снижения уровня внутриглазного давления, приверженность пациентов

¹ Авербах М.И. Офтальмологические очерки. М.: Медгиз, 1949.

² Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.

³ Terminology and Guidelines for Glaucoma (5th ed.). 2020. https://www.eugs.org/educational_materials/6.

⁴ Куроедов А.В., Егоров Е.А., Горюничий В.В. и др. Предпочтения практикующих российских врачей офтальмологов при определении стратегии лечения пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (результаты многоцентрового научно-аналитического исследования). Медицинский вестник ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. 2023; 3: 31–39.



лечению, удобство, отсутствие хирургических осложнений. Но не следует забывать и о роли хирургического этапа лечения уже на ранних стадиях первичной глаукомы.

Повсеместная тенденция к отсроченному хирургическому вмешательству при глаукоме способствует возникновению определенных сложностей. В частности, увеличивается продолжительность медикаментозного лечения, отодвигаются сроки проведения хирургической операции. Опубликованы данные о том, что у пациентов с глаукомой продолжительность медикаментозного (консервативного) лечения до первой операции достигает 5,5 года, тогда как раньше с момента диагностики заболевания до оперативного вмешательства проходило в среднем около двух лет⁵.

Очевидно, за более длительный период глазная поверхность при глаукоме повреждается в большей степени. Если оперировать пациента с впервые выявленной глаукомой в течение года от момента постановки диагноза, можно получить намного лучшие результаты, чем у больного после нескольких лет консервативного лечения. В России каждый год около 100 тыс. человек заболевают глаукомой. Из них начальные стадии глаукомы диагностируются у 30–40 тыс., оставшиеся 60–70 тыс. больных относятся к группам с развитой и далеко зашедшей стадиями болезни. Таким образом, ежегодно выявляется около 30 тыс. пациентов с далеко зашедшей

стадией глаукомы – кандидатов на проведение хирургического вмешательства. Решение проблемы такого масштаба является государственной задачей. Прежде всего среди приоритетных целей можно отметить подготовку квалифицированных специалистов – офтальмологов-хирургов. Последние исследования показали, что на современном этапе к основным сложностям проведения антиглаукомных операций относят отсутствие должного хирургического опыта у специалистов. Во многом это связано с повсеместным снижением частоты хирургических вмешательств при глаукоме⁶.

Анализ показателей организации хирургического лечения больных глаукомой в нашей стране показал, что в течение года проводится около 70 тыс. антиглаукомных операций⁷. Безусловно, этого недостаточно с учетом распространенности глаукомы и наличия пациентов с рефрактерными формами заболевания. Для сравнения: операций по лечению катаракты выполняется 600–800 тыс. в год.

Можно ли использовать хирургические методы лечения у пациентов с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, сердечно-сосудистая недостаточность, злокачественные новообразования?

Как уже отмечалось, глаукома – заболевание, которое лечится хирургическими методами. Оценка соматического статуса входит в стандарт обследования

пациентов с глаукомой. При выборе определенного метода лечения глаукомы учитываются текущее состояние пациента, наличие у него сопутствующих заболеваний, результаты обследований и другие факторы. На основании полученных данных специалист определяет целесообразность проведения хирургической операции. При выявлении у пациентов с глаукомой сопутствующих заболеваний перед подготовкой к хирургическому лечению проводят их коррекцию. Хирургическое лечение глаукомы осуществляется на фоне контроля сопутствующих патологий.

Показаниями к хирургическим вмешательствам при глаукоме являются неэффективность других методов лечения (медикаментозного или лазерного). Кроме того, к косвенным показаниям к хирургическому лечению пациента с глаукомой относят его неспособность закапывать капли в силу определенных причин (деменция, заболевания костно-мышечной системы и др.).

Каков типичный портрет пациента с глаукомой?

Практический опыт и данные литературы показывают, что существуют два типа пациентов с глаукомой: те, у кого все хорошо, что бы вы для них ни делали, и те, у кого все плохо, что бы вы для них ни делали. Несмотря на современные методы диагностики и лечения, сложно прогнозировать, какие пациенты будут чувствовать себя лучше или хуже, чем другие⁸.

⁵ Куроедов А.В., Криницина Е.А., Сергеева В.М., Городничий В.В. Изменение структуры клинко-эпидемиологических показателей первичной открытоугольной глаукомы за 10 лет у пациентов, поступающих на оперативное лечение. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2017; 4: 205–212.

⁶ Хирургия первичной открытоугольной глаукомы. Показания. Сроки. Подготовка. Послеоперационное ведение. Учебное пособие / под ред. В.П. Еричева, А.В. Куроедова, А.Ю. Брежнева, Дж.Н. Ловпаче. Курск: КГМУ, 2024.

⁷ Нероев В.В., Михайлова Л.А., Малишевская Т.Н. и др. Эпидемиология глаукомы в Российской Федерации. Российский офтальмологический журнал. 2024; 17 (3): 7–12.

⁸ Singh K., Shrivastava A. Medical management of glaucoma: principles and practice. Indian J. Ophthalmol. 2011; 59 Suppl. (Suppl. 1): S88–S92.



Вопрос – ответ

У одних глаукома прогрессирует медленно или даже остается стабильной в течение многих лет, у других прогрессирует очень быстро.

В клинической практике встречаются разные пациенты с глаукомой. Можно привести примеры «хорошего» и «плохого» клинического случая. Так, в первом случае у пациента в возрасте 60 лет глаукома диагностируется на начальной стадии. В качестве терапии первой линии с целью компенсации уровня внутриглазного давления назначаются препараты из класса аналогов простагландинов в форме глазных капель, на следующем этапе – комбинация топических препаратов разных фармакологических групп. Через семь лет медикаментозного лечения пациента оперируют. После этого в течение нескольких лет он получает комбинации лекарственных препаратов для снижения уровня внутриглазного давления до следующего планового хирургического вмешательства. Таким образом, благодаря раннему выявлению и эффективному лечению пациент сохраняет зрение на долгосрочный период (более 17 лет).

В клинической практике чаще встречаются другие случаи. Во-первых, глаукома диагностируется позже, чем в предыдущем примере. Во-вторых, на первом этапе лечащие врачи используют неэффективные методы, назначая пациенту с развитой стадией классические бета-адреноблокаторы в виде монотерапии. В результате лечения сохраняется повышенный уровень внутриглазного давления. Далее на фоне применения комбинации лекарственных препаратов глаукома плавно переходит в третью, далеко зашедшую стадию. Больному выполняют хирургическую операцию

с последующим назначением комбинированной медикаментозной терапии. Однако спустя пять лет состояние пациента ухудшается. После повторного оперативного вмешательства, несмотря на применение комбинированной лекарственной терапии, в возрасте около 77,5 года у пациента значительно ухудшается зрение.

Резюмируя сказанное, профиль типичного российского пациента с глаукомой можно описать так. Это пациент в возрасте 61–71 года с продвинутой стадией заболевания (развитой или далеко зашедшей) на момент диагностики, частичной или полной непереносимостью топических лекарственных средств. Часто имеет место псевдоэкзофалиативный синдром, который является дополнительным фактором прогрессирования заболевания. В большинстве случаев применялись нерациональные схемы топической антиглаукомной терапии на разных этапах лечения и топические антиглаукомные препараты в течение продолжительного периода (пять лет и более). Как следствие – возникновение сопутствующих заболеваний глазной поверхности (синдром сухого глаза, токсический кератоконъюнктивит, хронический мейбомит и/или блефарит).

Типичным пациентом с тяжелой глаукомой считается пациент:

- с семейным анамнезом глаукомы;
- очень молодого или очень пожилого возраста;
- с глаукомой, диагностированной впервые на продвинутых стадиях;
- суб- и декомпенсированным уровнями офтальмотонуса;
- далеко зашедшей стадией первичной открытоугольной глаукомы

на парных глазах (или единственном глазу), со вторичной глаукомой, с детской глаукомой;

- страдающий глаукомой более десяти лет;
- с высокой скоростью прогрессирования болезни;
- использующий 5–8 схем медикаментозного лечения за короткий промежуток времени и применяющий в настоящий момент максимально переносимую медикаментозную терапию;
- обладающий повышенной или недостаточной чувствительностью к лекарственным препаратам разных групп;
- неоднократно оперированный традиционными методами;
- имеющий в анамнезе несколько сопутствующих заболеваний, требующий ежедневного приема системных препаратов для лечения соматических заболеваний;
- с низкой степенью комплаенса.

Выбор тактики лечения пациента с глаукомой зависит от типа и стадии заболевания. Современный клинический алгоритм лечения впервые выявленной открытоугольной глаукомы подразумевает старт лекарственной терапии с монотерапии с использованием аналогов простагландинов с последовательным усилением режимов. При развитой стадии болезни используются комбинации лекарственных препаратов, при далеко зашедшей стадии – минимум тройная терапия с прогнозируемым переходом к быстрому хирургическому лечению⁹.

❓ Какие группы препаратов используются для консервативного лечения глаукомы?

В лечении глаукомы используют две основные группы

⁹ Куроедов А.В., Брежнев А.Ю., Ловпаче Дж.Н. и др. Целесообразность применения дифференцированных («ступенчатых») стартовых подходов к лечению больных с разными стадиями глаукомы. Национальный журнал «Глаукома». 2018; 17 (4): 27–54.

препаратов, различающиеся механизмом действия: подавляющие продукцию внутриглазной жидкости и активизирующие отток внутриглазной жидкости из глаза. К группе препаратов, угнетающих продукцию внутриглазной жидкости, относят бета-адреноблокаторы и ингибиторы карбоангидразы. В группу препаратов, улучшающих отток внутриглазной жидкости, входят простагландины и их аналоги, а также альфа- и бета-адреномиметики, обладающие двойным механизмом действия, улучшающие отток жидкости и подавляющие ее продукцию. На сегодняшний день в России представлены все группы препаратов для применения у пациентов с глаукомой.

Какие лекарственные препараты применяют в качестве предоперационной подготовки у пациентов с глаукомой?

Правильная подготовка пациента к оперативному вмешательству в большой степени определяет его успех. В пред- и послеоперационном периоде пациентам с глаукомой назначают противовоспалительную терапию – курсы топических препаратов из группы глюкокортикостероидов (ГКС) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Применение схем предоперационной подготовки и послеоперационной терапии, включающих ГКС и НПВП в форме глазных капель, способствует уменьшению риска развития воспалительных реакций и осложнений. Основной механизм блокирования воспаления НПВП связан с подавлением синтеза медиаторов воспаления простагландинов. В свою очередь ГКС воздействуют на фосфолипиды, образование и активность фосфолипазы, синтез арахидоновой кислоты в клетках, что обеспечивает противовоспалительный эффект. Каждый из препаратов данных классов имеет свои преимущества в снижении воспаления и дополняет действие другого. Однако при местном применении у пациентов с глаукомой НПВП характеризуются более выраженными противовоспалительным и анальгезирующим эффектами, более высокой эффективностью в подавлении интраоперационного миоза, меньшим риском развития побочных эффектов по сравнению с ГКС.

В России зарегистрированы и разрешены к применению только неселективные глазные формы НПВП, такие как индометацин, диклофенак, непафенак, бромфенак и кеторолак.

Назначение НПВП пациентам с глаукомой необходимо для управления миозом в предоперационном периоде, профилактики послеоперационного воспаления в переднем отрезке глаза. Кроме того, НПВП применяют в качестве обезболивающего средства в послеоперационном периоде, для лечения воспаления в заднем отрезке глаза (срединные и задние увеиты, кистозидный макулярный отек). В целом НПВП применяют в течение четырех недель и более после факэмульсификации катаракты или антиглаукомной операции (или их комбинации). Но в ряде случаев рекомендуется назначение НПВП в течение полутора-двух месяцев, иногда в сочетании с топическими ГКС.

Следует с осторожностью назначать офтальмологические НПВП пациентам с поврежденной роговицей, а также избегать или минимизировать применение НПВП у пациентов с выраженным синдромом сухого глаза. Вариантом может быть добавление к схеме терапии средства для коррекции этого состояния.

Сегодня в отечественной и зарубежной практике в большинстве случаев используется следующая схема терапии в пред- и послеоперационный период: при наличии риска развития осложнений рекомендуемый режим дозирования НПВП до операции – одна неделя, после операции – от четырех недель и более; в отсутствие риска до операции – один-два дня, после операции – четыре недели.

Какие НПВП продемонстрировали преимущества в лечении пациентов с офтальмологическими заболеваниями, требующими оперативного вмешательства?

На современном фармацевтическом рынке представлен широкий выбор НПВП для



АПФЕКТО

Непафенак 1 мг/мл
капли глазные



Навинчивающаяся защитная крышка флакона

Пробка-капельница

Предохранительное кольцо, обеспечивающее контроль первого вскрытия

Конструктивно дно флакона выполнено для 1-капельного дозирования легким нажатием

- **Непафенак входит в Клинические Рекомендации:**
КР 787_1 Увеиты неинфекционные 2024¹
КР 631_2 Глаукома первичная закрытоугольная 2024²
- **Снижает риск развития макулярного отека у пациентов с сахарным диабетом в послеоперационном периоде экстракции катаракты³**
- **Уменьшает отек тканей глаза и боль, не оказывает значимого эффекта на внутриглазное давление³**
- **Профилактика и лечение боли и воспаления при экстракции катаракты³ доступным препаратом европейского качества**

1. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/787_1 2. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/631_2 3. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП)

Регистрационное удостоверение
ЛП-№(005007)-(РГ-RU) от 28.03.2024

С полным текстом общей характеристики лекарственного препарата (ОХЛП)
можно ознакомиться в Реестре ОХЛП ЛВ ЕАЭС на сайте
https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC, а также по QR-коду



Контакт для сообщения информации по нежелательным явлениям:

Тел.: +7 495 142 24 87. E-mail: pv@pharmcompliance.ru

Материал предназначен для медицинских работников и специалистов здравоохранения на конференциях



офтальмологического применения. Особый интерес представляют препараты, характеризующиеся высокой степенью проникновения в ткань роговицы. Непафенак – предшественник активной формы НПВП с противовоспалительным и анальгезирующим действием. Непафенак в форме пролекарства (проНПВП) быстро, без жжения и других побочных эффектов проходит через роговицу и с выраженным эффектом фокусируется на мишени воспаления в глазном яблоке. Благодаря своим свойствам непафенак быстрее проникает через статический барьер, который представляет собой роговица, без активации фармакодинамического действия, снижая

риск нежелательных эффектов. Исследования продемонстрировали, что непафенак имеет преимущество перед другими НПВП в скорости проникновения через роговицу глаза и по показателям безопасности¹⁰. Результаты применения непафенака в практике ведения пациентов до и после оперативного вмешательства показали его эффективность и хорошую переносимость. Непафенак (Апфекто) используют для предоперационной подготовки пациентов перед хирургическим лечением. Препарат показан к применению у взрослых пациентов для профилактики и лечения боли и воспаления в послеоперационном периоде. Доказана также эффективность

непафенака (Апфекто) в снижении риска развития макулярного отека у пациентов с сахарным диабетом в послеоперационном периоде экстракции катаракты и антиглаукомных вмешательств. В качестве профилактики и лечения боли и воспаления в послеоперационном периоде препарат непафенак (Апфекто) назначают по одной капле в конъюнктивальный мешок глаза три раза в сутки. Как правило, лечение начинают за день до хирургического вмешательства и продолжают в течение первых двух недель после операции (включая день операции), при необходимости в комбинации с ГКС-топическими препаратами и антибиотиками.

В данном аспекте важно подчеркнуть, что результаты клинических и эпидемиологических исследований никогда не заменят собственное суждение врача, основанное на реальном клиническом опыте ведения конкретных пациентов. Хирургическое лечение глаукомы следует рассматривать как приоритетный метод лечения пациента с глаукомой. Вместе с тем, принимая решение о хирургическом лечении глаукомы в каждом конкретном случае, необходимо учитывать не только клинические рекомендации, достижения современной науки и практики, но и профессиональный опыт, клиническое мышление специалиста. Следует учитывать разнообразие клинических ситуаций, оценивать риски и преимущества различных методов лечения глаукомы. Кроме того, пациенты с глаукомой нуждаются в постоянном динамическом наблюдении, контроле зрительных функций и своевременной адекватной коррекции терапии. ●

¹⁰ Lindstrom R., Kim T. Ocular permeation and inhibition of retinal inflammation: an examination of data and expert opinion on the clinical utility of nepafenac. Curr. Med. Res. Opin. 2006; 22 (2): 397–404.