

Бабушкин А.Э., Оренбуркина О.И., Матюхина Е.Н.

Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук
Республики Башкортостан, г. Уфа, Россия
E-mail: virologicdep@mail.ru

МОНИТОРИНГ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ НА ФОНЕ МОНО- И КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Цель работы – оценить в сравнительном аспекте частоту прогрессирования первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) на фоне длительной моно- и комбинированной местной гипотензивной терапии при диспансерном наблюдении больных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт у 85 больных (165 глаз) ПОУГ I-III стадий с компенсированным в пределах среднестатистической нормы внутриглазного давления (ВГД), которые наблюдались в течение 5–7 лет. Из них 64 пациента (124 глаза) получали местное гипотензивное лечение в виде инстилляций только неселективного бета-адреноблокатора 0,5 % тимолола, а 21 больной (41 глаз) – нефиксированную комбинированную терапию (в 20 глазах – тимолол в сочетании с холиномиметиком пилокарпином и в 21 глазу – тимолол с простагландинами, в основном, ксалатаном). Прогрессирование заболевания определяли по состоянию поля зрения (кинетической периметрии) и диска зрительного нерва (офтальмоскопии).

Результаты. Анализ показал, что прогрессирование ПОУГ на фоне компенсированного в пределах среднестатистической нормы ВГД у больных, применявших неселективный бета-адреноблокатор тимолол наблюдалось в 1,3 раза чаще, чем у пациентов получавших нефиксированную комбинированную терапию – блокаторы с простагландиновыми препаратами или холиномиметиками (62,1 % против 46,3 %). При этом дестабилизация заболевания при использовании комбинации тимолола с препаратами простагландинового ряда отмечалась почти в 2 раза реже, чем при сочетании его с пилокарпином (33,3 % против 60,0 %).

Заключение. В качестве стартовой терапии первичной открытоугольной глаукомы необходимо значительно более широко и активно применять комбинированное лечение с использованием простагландиновых препаратов, что позволяет уменьшить частоту прогрессирования ПОУГ.

Ключевые слова: открытоугольная глаукома, прогрессирование заболевания, моно- и комбинированная гипотензивная терапия, простагландины, холиномиметики, бета-адреноблокаторы.

Введение

Глаукома является одной из основных причин слабовидения и неизлечимой слепоты. При этом, речь, главным образом, идет о первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ), на долю которой приходится основной (80–90 %) контингент больных [1]–[5]. В связи с этим, становится очевидной необходимость качественного диспансерного наблюдения за больными ПОУГ в системе которого были выявлены значительные недостатки [6]–[8]. Большинство больных ПОУГ традиционно находятся на гипотензивном лечении и только до 40 % пациентов все же нуждаются рано или поздно в оперативном лечении [9]–[13].

Наши исследования показали, что одной из основных причин недостаточной эффективности диспансерного наблюдения за больными ПОУГ при регулярном их обследовании (не менее 4 раз в год с обязательным проведением не только тонометрии, но и периметрии и офтальмоскопии) является значительное преобладание медикаментозного гипотензивного лечения (в 86,3 %) с использованием монотера-

пии бета – адреноблокаторами и ограниченного применения высокоэффективных лекарственных средств – простагландиновых препаратов и комбинированного лечения, особенно фиксированных комбинаций [14].

Цель работы

Оценить в сравнительном аспекте частоту прогрессирования ПОУГ на фоне длительной моно – и комбинированной местной гипотензивной терапии при диспансерном наблюдении больных.

Материал и методы

Проведен анализ амбулаторных карт у 85 больных (165 глаз) ПОУГ I–III стадий с компенсированным в пределах среднестатистической нормы офтальмотонусом, которые наблюдались в течение 5–7 лет и получали в качестве первичной гипотензивной терапии неселективный препарат тимолол 0,5 % (64 пациента, 124 глаза) и нефиксированную комбинированную терапию (21 больной, 41 глаз): в 20 глазах ти-

молол 0,5 % с пилокарпином 1 % и в 21 – тимолол 0,5 % с латанопростом 0,005 % (препарат Ксалатан), значительно реже – с травопростом 0,004 % (Траватан). Женщин было 52 (61,2 %), мужчин – 33 (38,8 %). На момент постановки на диспансерный учет, возраст пациентов составлял: от 35 до 50 лет – 6 человек (7,1 %), 51 – 60 лет – 20 человек (23,5 %), старше 60 лет – 59 человек (69,4 %). Начальная стадия ПОУГ была выявлена в 37,6 % (62 глаза), развитая – в 46,1 % (76 глаз), далеко зашедшая – в 16,4 % (27 глаз).

Прогрессирование заболевания определяли по состоянию поля зрения (кинетической периметрии) и диска зрительного нерва (офтальмоскопии). Для исследования изменений поля зрения была использована методика определения суммарной величин поля зрения (СПЗ) по восьми меридианам. При этом за норму принималась величина поля зрения в 520 суммарных градусов. Изменением поля зрения считалось сужение его не меньше, чем на 30 градусов при начальной и развитой стадиях заболевания и не менее, чем на 15 суммарных градусов при далекозашедшей стадии ПОУГ.

Результаты и обсуждение

Прогрессирование заболевания в динамике диспансерного наблюдения было установлено в целом в 96 глазах (58,2 %). У паци-

ентов на момент последнего их осмотра, по сравнению с постановкой на диспансерный учет, наблюдалось существенное (в 4,8 раза) уменьшение доли глаз с I стадией глаукомы с 37,6 % (62 глаза) до 7,9 % (13 глаз) при тенденции к повышению II – с 46,1 % (48 глаз) до 52,7 % (87 глаз) и значительном увеличении (в 2,4 раза) с III – с 16,4 % (27 глаз) до 39,4 % (65 глаз) стадиями. Полученные результаты относительно дестабилизации заболевания на фоне моно – и комбинированной терапии представлены на рисунке, из которого видно, что прогрессирование ПОУГ в группе больных, длительно применявших неселективные β-адреноблокаторы, было зафиксировано в 77 глазах или в 62,1 % случаев, тогда как комбинированную нефиксированную терапию – в 46,3 % (в 19 глазах), т. е. в 1,3 раза реже (разница статистически недостоверна). О достаточно низкой эффективности (в т. ч. и в отношении стабилизации заболевания), длительной монотерапии бета – адреноблокаторами свидетельствуют и данные И.Е. Пановой с соавт. [15]. Так, только у 19 % больных ПОУГ лечение бета – адреноблокаторами в течение 5 лет позволило добиться компенсации ВГД и стабилизации полей зрения, а у 24 % пациентов даже на фоне компенсации офтальмотонуса (до среднестатистической нормы) наблюдалось прогрессирование заболевания.

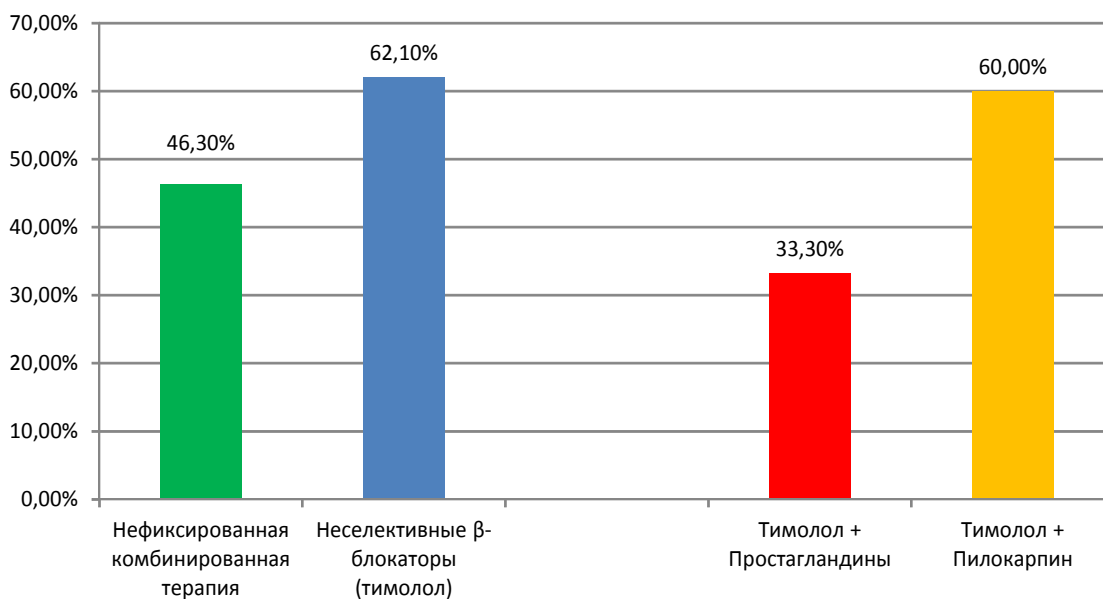


Рисунок 1. Прогрессирование ПОУГ на фоне различной медикаментозной терапии

В то же время, анализ дестабилизации заболевания при использовании комбинированного лечения показал, что прогрессирование ПОУГ при использовании 0,5 % тимолола с 1 % пилокарпином имело место в 60,0 % случаев (в 12 из 20 глаз), а 0,5 % тимолола с препаратами простагландинового ряда (в основном, с Ксалатаном) – лишь в 33,3 % (в 7 из 21), т. е. почти в 2 раза реже.

Вывод

В качестве стартовой терапии первичной открытоугольной глаукомы необходимо значительно более широко и активно применять комбинированное лечение с использованием простагландиновых препаратов, что позволяет уменьшить частоту прогрессирования заболевания.

10.09.2015

Список литературы:

1. Егоров Е.А., Куроедов А.В. Отдельные клиничко-эпидемиологические характеристики глаукомы в странах СНГ и Грузии. Результаты многоцентрового открытого ретроспективного исследования (часть 1). Клиническая офтальмология. 2011. № 3. С. 97-100.
2. Нероев, В.В. Основные пути развития офтальмологической службы Российской Федерации // IX съезд офтальмологов России: тез. докл. -М., 2010. -С.53.
3. Онищенко А.Л., Лихачева И.Г., Пластинина С.Л. Причины низкой комплаентности больных глаукомой и пути ее коррекции // Глаукома. -2009. -№4. -С.39-42.
4. Курышева, Н.И. Глаукомная оптическая нейропатия / Н.И. Курышева // М.: МЕД пресс-информ, 2006. -109 с.
5. Quigley, H.A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H.A. Quigley // Br. J. of Ophthalmology. 2006. – Vol. 90. – P.262-267.
6. Малеванная О.А., Афонина Е.А., Салахова Н.Э. Данные распространенности первичной открытоугольной глаукомы среди населения г. Санкт-Петербурга / региональная конференция «Глаукома: теория и практика» / сборник трудов. – СПб. 2012. С. 143-146.
7. Романенко И.А. Оптимизация диспансерного наблюдения больных глаукомой: автореф. дис. ... канд.мед.наук. М. 2011. 23 с.
8. Березников А.И., Бушмухамбетова А.С., Данеленко О.А., Голобокова Е.И. Изменение тактики и лечения впервые выявленной глаукомы за последние десять лет по данным клиники // конференция по офтальмохирургии с международным участием «Восток-Запад»: сборник научных трудов. Уфа. 2012. С. 188-190.
9. Курмангалиева М.М. Клинико-экспериментальное обоснование оптимизации системы хирургического лечения больных глаукомой: автореф. дис. ... докт.мед.наук. Алматы. 2006. 34 с.
10. Рогачев И.Н. Клинико-экспериментальное обоснование комбинированного лечения нестабилизированной первичной открытоугольной глаукомы: автореф. дис. ... канд.мед.наук. Красноярск.2012. 25 с.
11. Куроедов А. В., Абышева Л. Д., Авдеев Р. В и др. Показатели офтальмотонуса на фоне различных схем местной гипотензивной терапии у больных с первичной открытоугольной глаукомой (многоцентровое исследование) // Проблемы здоровья и экологии . 2015. №2 (44).
12. Еричев В.П. Современные принципы гипотензивной терапии глаукомы // Сб. научн. ст. «Глаукома: реальность и перспективы». М., 2008. С. 220–223.
13. Dong, Y. Effect and mechanism of betaxolol and timolol on vascular relaxation in isolated rabbit ciliary artery / Y. Dong, H. Ishikawa, Y. Wu et al // Jpn. J. Ophthalmol. -2006. -Vol.50. -P.504-508.
14. Бикбов М.М., Бабушкин А.Э., Мурова Л.Х., Матюхина Е.Н. Результаты диспансерного наблюдения и поликлинического этапа лечения больных первичной открытоугольной глаукомой. Глаукома. 2012. № 4. С. 31 – 35.
15. Панова И.Е., Удалова Л.А., Резницкая О.В. Эпидемиологические характеристики и особенности диспансерного ведения больных ПОУГ в г. Челябинске. / V Российский общенациональный офтальмологический форум / сборник научных трудов. М. 2012. Т.1. С. 95-98.

Сведения об авторах:

Бабушкин Александр Эдуардович, заведующий научно-исследовательским отделом Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ, доктор медицинских наук, e-mail: virologicdep@mail.ru

Оренбуркина Ольга Ивановна, врач-офтальмолог Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ, кандидат медицинских наук

Матюхина Екатерина Николаевна, научный сотрудник Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ