

S.E. Inzucchi, R.M. Bergental, J.B. Buse, M. Diamant, E. Ferrannini, M. Nauck, A.L. Peters, A. Tsapas, R. Wender, D.R. Matthews

Коррекция гипергликемии при СД 2 типа — 2015: пациентоориентированный подход

Обновление консенсуса Американской диабетологической ассоциации и Европейской ассоциации по изучению диабета

В 2012 г. Американская диабетологическая ассоциация (American Diabetes Association, ADA) и Европейская ассоциация по изучению диабета (European Association for the Study of Diabetes, EASD) опубликовали консенсус по коррекции гипергликемии у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Необходимость разработки этого документа была продиктована расширением арсенала сахароснижающих средств и растущей неопределенностью относительно их адекватного выбора и последовательности назначения. В связи с недостаточным количеством сравнительных исследований по изучению долгосрочной эффективности многих из этих препаратов консенсус 2012 г. был менее директивным, чем предыдущие. В консенсусе 2012 г. описывалась необходимость индивидуализации как целей лечения, так и стратегии терапии с особым акцентом на пациентоориентированном подходе и привлечении пациентов к принятию решений. Данное положение сохраняется и в обновленном консенсусе. В последние годы появилось больше прямых сравнительных исследований, показывающих некоторые отличия между препаратами в отношении сахароснижающего эффекта. И хотя эти различия чаще всего невелики и вряд ли могут проявиться у отдельного пациента, эксперты ADA и EASD посчитали необходимым обновить свой консенсус 2012 г., включив новые данные, полученные в недавних клинических исследованиях. Полное обновление согласительного документа не требовалось, поэтому рабочая группа сфокусировала внимание на тех положениях, пересмотр которых был продиктован изменениями в доказательной базе. Следовательно, эту публикацию следует рассматривать как дополнение к предыдущему детальному отчету.

Гликемические цели

Контроль уровня глюкозы крови остается главным фокусом в ведении пациентов с СД 2 типа. Однако он всегда должен осуществляться на фоне комплексной программы по снижению кардиоваскулярного риска, включающей отказ от курения и внедрение других принципов здорового образа жизни, контроль артериального давления, липидснижающую терапию с приоритетом статинов и, в некоторых случаях, антиагрегантной терапии. Исследования убедительно показали, что коррекция гипергликемии позволяет снизить риск развития и прогрессирования микроваскулярных осложнений. Влияние контроля глюкозы на кардиоваскулярные осложнения окончательно не выяснено. Умеренное положительное влияние скорее всего присутствует, однако проявляется оно, по-видимому, после многолетнего успешного контроля гликемии. В то же время результаты масштабных исследований свидетельствуют о том, что чрезмерно агрессивный контроль у пациентов

старшего возраста с более поздними стадиями заболевания может не только не обеспечивать значимых преимуществ, но даже приводить к повышению риска. Поэтому вместо универсального подхода необходимо индивидуализировать лечение, сохраняя баланс между преимуществами контроля гликемии и его потенциальными рисками, учитывая побочные эффекты сахароснижающих препаратов (в частности, гипогликемию), а также принимаемая во внимание возраст и общее состояние здоровья пациента.

На рисунке 1 показаны факторы, которые могут влиять на цели гликемического контроля (целевой уровень HbA_{1c}). В данном случае основным обновлением является разделение факторов на потенциально модифицируемые и немодифицируемые. Такие факторы, как отношение пациента к лечению и прилагаемые им усилия, доступ к ресурсам здравоохранения и системам поддержки, уникальны тем, что с течением времени могут значительно улучшаться (или ухудшаться).

Медицинским работникам следует поддерживать приверженность пациентов к терапии с помощью образовательных мероприятий, а также стараться оптимизировать медицинскую помощь с учетом имеющейся медицинской страховки и/или финансовых возможностей пациента. В то же время другие факторы, такие как возраст, ожидаемая продолжительность жизни, сопутствующие заболевания, риски и последствия, связанные с побочными эффектами препаратов, носят более-менее постоянный характер. И наконец, стандартный целевой уровень HbA_{1c} 7% (53 ммоль/моль) помещен в верхней части рисунка в качестве некоторой опорной точки для определения степени интенсивности терапевтических вмешательств.

Терапевтические возможности*

Ингибиторы натрийглюкозного котранспортера 2 типа

Самым существенным изменением в терапевтических опциях с момента публикации

консенсуса в 2012 г. стало появление нового класса сахароснижающих средств — ингибиторов натрийглюкозного котранспортера 2 типа (SGLT2). По сравнению с плацебо эти препараты снижают уровень HbA_{1c} на 0,5-1,0% (5,5-11 ммоль/моль). В прямых сравнительных исследованиях они продемонстрировали примерно такую же эффективность в снижении HbA_{1c} , как и наиболее широко применяемые сахароснижающие средства. Механизм действия этих препаратов заключается в подавлении SGLT2 в проксимальных канальцах нефронов, что приводит к снижению реабсорбции глюкозы и повышению ее экскреции с мочой до 80 г/день. Благодаря инсулиннезависимому механизму действия ингибиторы SGLT2 могут применяться на любой стадии СД 2 типа даже при значительном снижении секреции инсулина. Дополнительные потенциальные преимущества ингибиторов SGLT2 включают умеренное снижение массы тела (примерно на 2 кг со стабилизацией в течение 6-12 мес) и устойчивое снижение систолического и диастолического артериального давления (приблизительно на 2-4/1-2 мм рт. ст.). Использование этих препаратов также ассоциируется со снижением уровня мочевой кислоты в плазме крови и альбуминурии, хотя клиническая значимость указанных изменений в долгосрочной перспективе пока не ясна.

Среди побочных эффектов ингибиторов SGLT2 следует отметить повышение частоты грибковых поражений половых органов (примерно на 4% у мужчин и на 11% у женщин по сравнению с соответствующим показателем для плацебо). В некоторых исследованиях было показано незначительное повышение частоты инфекций мочевыводящих путей. Поскольку эти препараты обладают диуретическим эффектом, могут наблюдаться признаки дегидратации. В связи с этим ингибиторы SGLT2 следует применять с осторожностью у пожилых людей, а также у пациентов любого возраста, которые принимают диуретики или у которых имеет место гиповолемия. Может отмечаться незначительное обратимое повышение уровня креатинина в сыворотке крови. Также было обнаружено повышение экскреции кальция с мочой. Управление по контролю за качеством продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) настояло на проведении мониторинга переломов верхних конечностей у пациентов, принимающих канаглифлозин, в связи с тем, что в краткосрочных исследованиях было отмечено некоторое повышение частоты этих событий. В некоторых исследованиях наблюдалось небольшое повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (приблизительно на 5%), клиническое значение которого пока не установлено. Из-за особенностей механизма действия эффективность ингибиторов SGLT2 снижается при расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <45-60 мл/мин/1,73 м². Доступные сегодня ингибиторы SGLT2 имеют соответствующие ограничения к применению при уменьшении СКФ ниже порогового значения.

Данных о влиянии ингибиторов SGLT2 на микрососудистые исходы недостаточно (как и в случае с большинством других сахароснижающих препаратов, за исключением инсулина и производных сульфонилмочевины).

Продолжение на стр. 10.

* Опции, не подвергшиеся изменениям, см. в основном консенсусе.



Рис. 1. Факторы, влияющие на определение оптимального целевого уровня HbA_{1c} и интенсивность сахароснижающей терапии

S.E. Inzucchi, R.M. Bergenstal, J.B. Buse, M. Diamant, E. Ferrannini, M. Nauck, A.L. Peters, A. Tsapas, R. Wender, D.R. Matthews

Коррекция гипергликемии при СД 2 типа — 2015: пациентоориентированный подход

Обновление консенсуса Американской диабетологической ассоциации и Европейской ассоциации по изучению диабета

Продолжение. Начало на стр. 5.

Влияние на макрососудистые осложнения также неизвестно; исследования по оценке кардиоваскулярной безопасности этих препаратов еще продолжаются.

Тиазолидиндионы

В недавних исследованиях были в значительной степени развеяны опасения относительно повышения риска развития рака мочевого пузыря на фоне приема тиазолидиндионов (в частности, пиоглитазона). Однако их применение может приводить к повышению массы тела пациента, появлению периферических отеков и увеличению частоты сердечной недостаточности. На фоне лечения тиазолидиндионами также повышается риск переломов, преимущественно у женщин. В настоящее время доступны генерические препараты пиоглитазона, что существенно снижает стоимость терапии.

Ингибиторы дипептидилпептидазы-4

Результаты одного крупного исследования показали, что ингибитор дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) саксаглиптин не оказывает существенного влияния на общий

сердечно-сосудистый риск. Следует, однако, отметить, что продолжительность указанного исследования была лишь немногим более 2 лет, при этом в группе активной терапии было отмечено повышение частоты госпитализаций по поводу сердечной недостаточности (3,5 vs 2,8%; $p=0,007$).

Другой ингибитор ДПП-4 — алоглиптин — также не показал значимого повышения общей частоты сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, хотя длительность наблюдения была еще меньше (18 мес). В ходе анализа более крупной базы данных пациентов не обнаружено повышения риска кардиоваскулярной патологии или сердечной недостаточности. В настоящее время продолжают еще несколько исследований, и до получения их результатов у пациентов с сердечной недостаточностью данный класс препаратов следует использовать с осторожностью либо вообще не применять.

Одним из проблемных вопросов при применении ингибиторов ДПП-4, как и других препаратов с инкретиновым эффектом (агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 — ГПП-1), является панкреатическая безопасность, а именно потенциальный риск

развития панкреатита и опухолей поджелудочной железы. Инструкции по применению этих препаратов включают предупреждения относительно осторожного назначения пациентам, перенесшим панкреатит. Эти предостережения логичны, однако полученные недавно результаты крупного observationalного исследования и двух масштабных контролируемых исследований по изучению кардиоваскулярной безопасности ингибиторов ДПП-4 не показали статистически значимого повышения частоты патологии поджелудочной железы.

В целом при использовании любого препарата у пациентов с СД 2 типа следует стремиться к оптимальному соотношению сахароснижающей эффективности, профиля безопасности, дополнительных преимуществ, стоимости и других практических аспектов, таких как режим дозирования и требования к мониторингу уровня глюкозы. Как лицо, по очевидным причинам наиболее заинтересованное в выборе оптимальной терапии, пациент должен принимать активное участие в принятии клинических решений в отношении как интенсивности гликемического контроля, так и выбора препаратов.

Стратегии лечения

Общие рекомендации по сахароснижающей терапии при СД 2 типа приведены на рисунке 2.

Стартовая терапия

Метформин остается оптимальным препаратом для монотерапии. Он сохраняет свои позиции в качестве приоритетного стартового препарата благодаря низкой стоимости, подтвержденному профилю безопасности, нейтральности в отношении массы тела и потенциальному благоприятному влиянию на сердечно-сосудистые исходы.

Накапливается все больше доказательств того, что утвержденные в настоящее время минимально допустимые показатели почечной безопасности для применения метформина в США являются чрезмерно жесткими (препарат противопоказан при уровне креатинина в сыворотке крови $\geq 1,5$ мг/дл (≥ 133 мкмоль/л) у мужчин и 1,4 мг/дл (124 мкмоль/л) у женщин). Соответственно, появляются призывы к ослаблению данных ограничений с целью более широкого применения этого важного лекарственного средства у пациентов со стабильной хронической болезнью почек (ХБП) легкой и средней степени тяжести. Многие практикующие врачи считают целесообразным назначение метформина даже при расчетной СКФ $< 45-60$ мл/мин/1,73 м² с возможной коррекцией дозы в зависимости от степени снижения почечного клиренса. Критерием прекращения приема препарата является снижение расчетной СКФ < 30 мл/мин/1,73 м². Безусловно, любое применение метформина у пациентов с ХБП требует тщательного мониторинга функции почек.

В случаях, когда метформин противопоказан или имеет место его непереносимость,

Монотерапия

эффективность.....
риск гипогликемии.....
вес.....
побочные эффекты.....
стоимость.....

Двойная терапия*

эффективность.....
риск гипогликемии.....
вес.....
побочные эффекты.....
стоимость.....

Тройная терапия

Комбинированная инъекционная терапия**

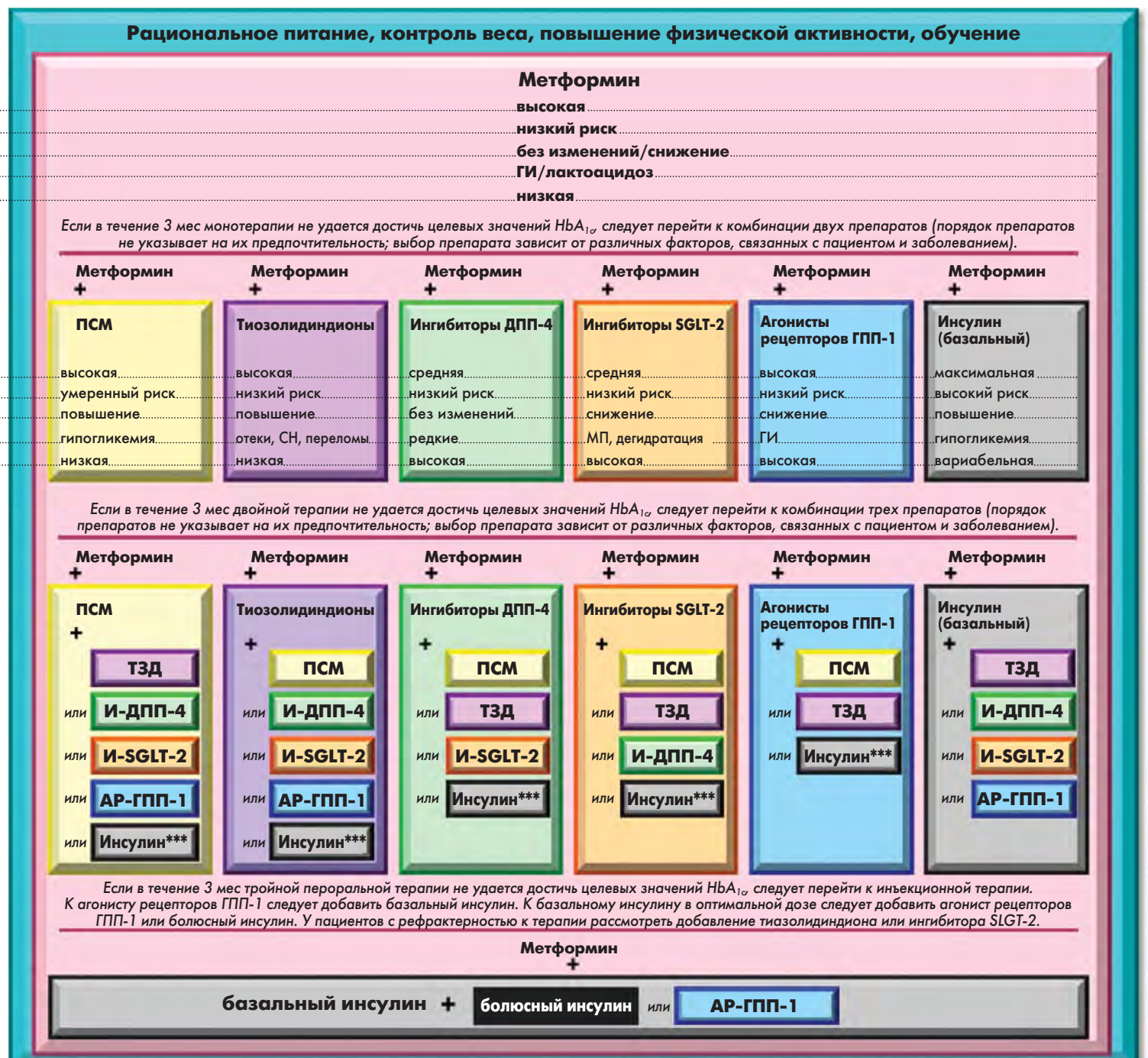


Рис. 2. Сахароснижающая терапия при СД 2 типа: общие рекомендации

Примечания. Обычно изменение терапии происходит по вертикали, сверху вниз. Однако возможна модификация и в рамках отдельной ступени, т. е. по горизонтали.

ГИ – гастроинтестинальные; СН – сердечная недостаточность; ПСМ – препарат сульфаниламидной группы; МП – мочеполовые; ТЗД – тиазолидиндионы; И-ДПП-4 – ингибиторы ДПП-4; И-SGLT-2 – ингибиторы SGLT-2; АР-ГПП-1 – агонисты рецепторов ГПП-1.

* Рассмотреть в качестве стартовой терапии у пациентов с очень высоким исходным уровнем HbA_{1c} (например, $\geq 9\%$).

** Рассмотреть в качестве стартовой терапии при уровне глюкозы крови $\geq 300-350$ мг/дл ($\geq 16,7-19,4$ ммоль/л) и/или уровне HbA_{1c} $\geq 10-12\%$ ($\geq 86-108$ ммоль/моль), особенно у симптоматичных пациентов или при наличии каталитических признаков (снижении веса, кетозе); предпочтительным режимом инсулинотерапии является базально-болюсная схема.

*** Обычно базальный инсулин (НПХ, гларгин, детемир, деглудек).

может быть использован один из препаратов второй линии (рассмотрены ниже). При этом следует отметить, что если метформин противопоказан в связи с почечной недостаточностью, то выбор становится более ограниченным. В этом случае в связи с риском развития гипогликемии нецелесообразно назначение производных сульфаниламидов, в частности глибурида (известного в Европе как глибенкламид). Предпочтительным вариантом являются ингибиторы ДПП-4, за исключением линаглиптина; при этом требуется коррекция дозы.

Двойная и тройная комбинированная терапия

Как отмечено в основном консенсусе, стартовая комбинированная терапия с применением метформина и препарата второй линии может обеспечить более быстрое достижение целевых значений HbA_{1c}, чем последовательная интенсификация лечения. Следовательно, такой подход может быть рассмотрен у пациентов с исходным уровнем HbA_{1c}, значительно превышающим целевой, у которых достижение контроля с помощью монотерапии маловероятно. Разумным критерием для такого назначения является уровень HbA_{1c} ≥9% (≥75 ммоль/моль). Но, поскольку в настоящее время преимущества более быстрого достижения целевых значений HbA_{1c} (в течение недель и даже месяцев) не доказаны, своевременное последовательное назначение препаратов считается приемлемой альтернативой даже у пациентов с исходно высоким уровнем HbA_{1c} при условии тщательного мониторинга.

Комбинированная инъекционная терапия

У некоторых пациентов гликемический контроль остается неудовлетворительным даже при использовании комбинации 3 сахароснижающих препаратов. При длительном течении диабета в клинической картине доминирует существенное снижение способности поджелудочной железы секретировать инсулин. У любого пациента, которому, несмотря

на интенсивную терапию, не удалось достичь целевого уровня HbA_{1c}, следует рассмотреть необходимость назначения базального инсулина как основного компонента терапевтической стратегии. После базального инсулина (обычно применяемого в комбинации с метформином и, иногда, с дополнительным препаратом) в консенсусе 2012 г. было рекомендовано добавление от 1 до 3 инъекций аналога инсулина быстрого действия перед приемами пищи. В качестве альтернативы, отмечается в консенсусе, отдельным пациентам могут быть рекомендованы более простые в применении (хотя в некоторой степени менее гибкие) предварительно смешанные инсулины, содержащие инсулины среднего и короткого/быстрого действия в фиксированном соотношении.

В течение последних 3 лет была продемонстрирована эффективность комбинации агонистов рецепторов ГПП-1 (как короткодействующих, так и более новых лекарственных форм для применения 1 р/нед) с базальным инсулином, причем в большинстве исследований была показана эквивалентная или даже несколько более высокая эффективность такой комбинации по сравнению с добавлением прандиального инсулина при более низкой частоте гипогликемических состояний и уменьшении массы тела. Имеющаяся сегодня доказательная база подтверждает возможность использования как агонистов рецепторов ГПП-1, так и прандиального инсулина, но, вероятно, с несколько более высокой безопасностью первых. Их эффективность соизмерима или немного превышает таковую при добавлении болюсного инсулина, что говорит о возможности использования обоих вариантов при вероятной большей безопасности первого, по крайней мере в краткосрочной перспективе (R. Valera et al., 2013). Агонисты рецепторов ГПП-1 являются предпочтительным вариантом для пациентов с более выраженным ожирением и плохо переносящих режим многократных инъекций инсулина. Пациентов, которые не ответили адекватно

на добавление к базальному инсулину агонистов рецепторов ГПП-1, следует перевести на болюсный инсулин в составе базально-болюсной схемы инсулинотерапии.

У некоторых пациентов на данной стадии заболевания добавление ингибиторов SGLT-2 способствует дальнейшему улучшению контроля гликемии и снижению потребности в инсулине. Это может быть хорошим решением для пациентов с ожирением и выраженной инсулинорезистентностью, нуждающихся в высоких дозах инсулина. Другим, более старым, вариантом является добавление тиазолидиндионов (обычно пиоглитазона), которые также обладают инсулиносберегающим эффектом и могут приводить к дополнительному снижению уровня HbA_{1c}, но при этом способствуют прибавке веса, вызывают задержку жидкости и повышают риск развития сердечной недостаточности. Таким образом, на данной стадии заболевания тиазолидиндионы можно применять в низких дозах и только при условии тщательного мониторинга состояния пациента.

Определенную роль в ведении пациентов, нуждающихся в очень высоких ежедневных дозах инсулина, играют также концентрированные инсулины, которые позволяют уменьшить объем инъекции. Однако их следует назначать с осторожностью при условии тесного взаимодействия с пациентом и фармацевтом относительно адекватного дозирования.

Практикующим врачам следует принимать во внимание существенные расходы и другие сложности, связанные с назначением комбинированной сахароснижающей терапии. Следует избегать слишком обременительных для пациента режимов лечения. При невозможности достижения целевых уровней гликемии, несмотря на использование сложных схем лечения, стоит пересмотреть целевые показатели HbA_{1c} или же, у пациентов с морбидным ожирением, рассмотреть возможность применения нефармакологических вмешательств, в частности бариатрической хирургии.

Безусловно, неотъемлемым компонентом любой терапевтической программы на всех

стадиях заболевания являются консультации диетолога и обучение самоконтролю диабета.

Необходима также настороженность клиницистов в отношении возможности наличия у пациента латентного аутоиммунного диабета взрослых (LADA). Это заболевание может быть выявлено с помощью определения антител к островкам Лангерганса, например к глутаматдекарбоксилазе-65. Несмотря на то что у этих пациентов можно достичь контроля гликемии с помощью пероральных препаратов (на переменный период времени), потребность в заместительной инсулинотерапии у них обычно возникает быстрее, чем при СД 2 типа, а прогрессивное нарастание метаболических изменений схоже с таковым при СД 1 типа. В итоге оптимальной схемой лечения в данном случае является инсулинотерапия в режиме многократных инъекций, в идеале – базально-болюсный подход (или инсулиновая помпа).

Другие аспекты

В основном консенсусе отмечено, что для оптимального лечения СД 2 типа необходимо учитывать разнообразные сопутствующие заболевания, которые часто встречаются у пациентов с СД 2 типа, особенно пожилого возраста. Есть некоторые новые данные по этому вопросу. Появились опасения относительно безопасности применения ингибиторов ДПП-4 при сердечной недостаточности, а также вопросы по влиянию ингибиторов SGLT-2 на функцию почек.

И наконец, при выборе препаратов важным аспектом может быть их стоимость. Поскольку цены на новые лекарственные средства продолжают расти, практикующим врачам следует принимать во внимание финансовые возможности пациента (и общества в целом) и определять целесообразность использования менее дорогостоящих генерических препаратов.

Список литературы находится в редакции.
Diabetes Care 2015; 38: 140-149.

Сокращенный перевод с англ.
Натальи Мищенко



НОВИНИ МОЗ

Про перші 100 днів урядування

Міністр охорони здоров'я України Олександр Квіташвілі під час звіту уряду про перші 100 днів діяльності розповів українській громаді про новачки у сфері охорони здоров'я. Серед головних досягнень перших 100 днів перебування на посаді Олександр Квіташвілі назвав розробку і внесення на розгляд парламенту низки законопроектів і підзаконних актів, необхідних для проведення медичної реформи, зокрема законопроект, що дозволить закуповувати лікарські засоби через міжнародні організації.

Позитивним фактом діяльності нової команди МОЗ міністр вважає залучення 215 млн доларів на проект «Поліпшення медичних послуг для населення» від Світового банку та понад 133 млн доларів США безоплатної допомоги Глобального фонду на боротьбу з туберкульозом і ВІЛ/СНІД. Серед новачки МОЗ України у фармацевтичній галузі Олександр Квіташвілі назвав спрощення процедури ліцензування, передліцензійної перевірки, ліцензійних умов здійснення господарської діяльності з оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, спрощення процедури реєстрації оригінальних лікарських засобів для лікування певних видів захворювань, скасування ліцензування імпорту активних фармацевтичних інгредієнтів та введення безстрокової дії реєстраційного посвідчення після одноразової перереєстрації ліків.

О. Квіташвілі також наголосив на необхідності забезпечення можливості лікування й реабілітації учасників АТО і тимчасово переміщених осіб у закладах МОЗ України та створення виїзних мультидисциплінарних бригад (психіатр, психотерапевт, психолог) швидкої медичної допомоги. Міністр пообіцяв, що започатковані реформи триватимуть до логічного завершення.

Прем'єр-міністр України Арсеній Яценюк підтримав курс Олександра Квіташвілі на зміну медичної системи та зазначив, що додатковим завданням МОЗ України сьогодні має стати вирішення проблеми зростання вартості лікарських засобів. Арсеній Яценюк порекомендував шукати відповідь на цей виклик за рахунок реімбурсації і розвитку внутрішнього виробництва.

Олександра Павленко: «Усі наші дії направлені на проведення закупівель ліків на основі сучасних клінічних протоколів»

Перший заступник міністра охорони здоров'я України Олександра Павленко в ексклюзивному інтерв'ю інформаційному агентству «Інтерфакс-Україна» розповіла про новачки МОЗ України у створенні ефективної та прозорої системи державних закупівель.

За словами Олександри Павленко, наразі в МОЗ України завершується внутрішній аудит усіх 18 державних програм, за якими проводяться закупівлі за бюджетні кошти. Переглядається номенклатура закуплених минулого року ліків на їх відповідність чинним клінічним протоколам, Національному переліку і переліку ВООЗ життєво необхідних лікарських засобів. «Нині наші дії спрямовані на те, щоб номенклатура для закупівель створювалася на підставі протоколів лікування, розроблених і затверджених професіоналами, а не лише номенклатурними комісіями», – констатувала Олександра Павленко.

Раннє виявлення глаукоми – можливість запобігти сліпоті

Глаукома – важке невиліковне офтальмологічне захворювання, спричинене атрофією зорового нерва, що за відсутності належного лікування призводить до цілковитої втрати зору. Особливу небезпеку ця хвороба становить через високий ризик розвитку та абсолютно безсимптомний початок. Саме тому українські фахівці-офтальмологи підтримали ініціативу Всесвітньої асоціації глаукоми (WGA) та Всесвітньої асоціації пацієнтів із глаукомою (WGPA) проводити в Україні щорічні заходи з нагоди Всесвітнього дня боротьби з глаукомою, спрямовані на підвищення обізнаності населення щодо загроз, раннього виявлення та профілактики глаукоми.

У цьому році за сприяння МОЗ України та кафедри офтальмології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця скринінги для всіх бажаючих та лекції для пацієнтів пройдуть в усіх районних поліклініках. Вимірювання внутрішньочного тиску – першочергова діагностична процедура таких обстежень, що дозволяє оцінити ризик виникнення захворювання / перебіг патологічного процесу.

Про стан проблеми в Україні йшлося на брифінгу за участю головного позаштатного спеціаліста МОЗ України за спеціальністю «Офтальмологія» Оксани Вітовської, головного позаштатного офтальмолога м. Києва Олени Куриліної, завідувача кафедри офтальмології НМУ ім. О.О. Богомольця Зої Веселовської та завідувача кафедри офтальмології НМАПО ім. П.Л. Шупника Сергія Рикова. За словами Зої Веселовської, до груп ризику належать в основному люди із серцево-судинними захворюваннями, вегетосудинною дистонією, цукровим діабетом, спадковою імовірністю глаукоми, ускладненнями інших офтальмологічних захворювань.

Вилікувати глаукому неможливо, основне завдання медиків – уповільнити прогресування хвороби та сприяти якомога довшому збереженню зорових функцій. Забезпечити це можливо лише завдяки ранньому виявленню, контролю внутрішньочного тиску та правильному обранню лікування. Вчасне виявлення, на думку фахівців, має не лише медичні, а й соціально-економічні переваги, як-от: можливість зупити процес на етапі дешевого крапельного лікування (монотерапії), не вдаючись до хірургічного або лазерного втручання, які є більш дорогими.

З цієї метою медики радять людям віком понад 40 років регулярно обстежуватися в офтальмолога навіть за відсутності симптоматики. І не останню роль тут має відігравати первинна ланка медицини. «Роль сімейного лікаря – своєчасно виявити у пацієнта підозрілі симптоми (скарги на райдужні кола перед очима, затуманювання зору, часту зміну окулярів) та, спрямувавши до профільного спеціаліста, контролювати правильне виконання наданих останнім рекомендацій», – зауважив Сергій Риков. За його словами, фахівцями МОЗ України розроблено протокол лікування глаукоми, що включає алгоритм дій лікаря і пацієнта, а також запропоновано систему роботи та базову інвентаризацію глаукомних кабінетів.

Щорічно в Україні виявляється 18-20 тис. випадків глаукоми. Незважаючи на високу поширеність, посилена пропагандистська робота держави, медиків, пацієнтських організацій та ЗМІ дозволила за останні 5 років значно знизити рівень профільної первинної інвалідності, а також кількість хірургічних втручання.

За інформацією прес-служби МОЗ України