

Нові тенденції в лікуванні глаукоми з огляду на оновлені рекомендації Європейського товариства глаукоми

24-25 лютого на онлайн-платформі за підтримки фармацевтичної компанії «Сантен» відбувся Міжнародний конгрес лікарів-офтальмологів «Сучасні підходи до діагностики та лікування глаукоми». Слово мали спікери-експерти з України, Білорусі, Азербайджану, Грузії, Вірменії, Казахстану, Узбекистану, Росії; проводилися дискусії, майстер-класи та конкурс клінічних випадків. Масштабність тематики заходу дозволила охопити всі важливі аспекти ведення пацієнтів із глаукомою та відповісти на більшість запитань лікарів-учасників. Тривала співпраця компанії «Сантен» зі спільнотою офтальмологів забезпечує лікарів ознайомленість із сучасними тенденціями медичної науки й новітніми рекомендаціями фахових товариств Європи та США.



Член-кореспондент Національної академії медичних наук України, завідувачка кафедри хірургічних хвороб із курсом офтальмології Київського медичного університету УАНМ, доктор медичних наук, професор Зоя Федорівна Веселовська

представила слухачам оновлені європейські стандарти терапії глаукоми. Актуальність проблеми глаукоми складно переоцінити, оскільки на це захворювання страждають 76 млн людей у всьому світі. Кожна п'ята інвалідність щодо зору є наслідком глаукоми, котра потребує пожиттєвого лікування й може прогресувати, незважаючи на лікування. До 2020 р. було презентовано 4 видання рекомендацій із лікування глаукоми; нещодавно п'яте видання стало наслідком надзвичайно інтенсивної роботи з обговорення,

узагальнювального аналізу та затвердження фінальної редакції документа Terminology and Guidelines for Glaucoma, який було створено зусиллями командної роботи експертів із різних країн. Мета лікування глаукоми залишається незмінною: збереження зорових функцій та якості життя, а також запобігання прогресуванню глаукоми. Основні зміни останнього видання рекомендацій стосуються уваги до балансу між ефективністю препаратів і витратами на лікування, перегляду попередніх позицій щодо діагностики та першої лінії терапії, включення до списків літератури лише узагальнювальних матеріалів, удосконалення трактовок рекомендацій та їхнє обґрунтування за принципом доказовості.

Відповідно до визначення, представленого в останній версії рекомендацій Європейського товариства глаукоми, первинна відкритокутова глаукома (ПВКГ) – це хронічна прогресуюча незворотна нейропатія з потенційним розвитком сліпоти, яка спричиняє втрату білків зорового нерва та шару нервових волокон із відповідними

дефектами поля зору. Кут передньої камери при ПВКГ відкритий, а численні фактори ризику включають і підвищений внутрішньоочний тиск (ВОТ). На відміну від віку, псевдоексfolіативного синдрому, міопії, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, синдрому Рейно та спадковості ВОТ є єдиним модифікованим фактором ризику розвитку ПВКГ. Центральна товщина рогівки (ЦТР) уже не вважається фактором ризику, а є орієнтовним маркером ВОТ.

Алгоритм обстеження за підозри на глаукому включає збір анамнезу, визначення ВОТ, комп'ютерну периметрію, гоніоскопію й офтальмоскопію. Європейське товариство глаукоми не рекомендує використовувати алгоритми контролю ВОТ із коригуванням на основі ЦТР і короткохвильову автоматичну периметрію, а також діагностувати глаукому та виявляти її прогресування на основі даних оптичної когерентної томографії. Співвідношення екскавації до диска зорового нерва (ДЗН) також не може застосовуватися в діагностиці глаукоми у зв'язку зі значними відмінностями в розмірі та формі диска в різних людей. Крім того, оцінка такого співвідношення характеризується високою варіабельністю, що унеможливає її раціональне використання. Серед інших нерекондованих методів діагностики та лікування – візуалізація кута передньої камери замість гоніоскопії, рутинне генетичне тестування та генотипування, ухвалення рішень щодо ведення пацієнтів винятково на основі штучного інтелекту, провокаційний тест на закриття кута, втручання на сліпих безболісних очах із дуже високим ВОТ, лазерна трабекулопластика за первинної ювенільної глаукоми з пізнім початком, застосування інгібіторів карбоангідрази (ІКА) та гіперосмотичних агентів у пацієнтів із серпоподібноклітинною анемією, зниження ВОТ до рівня ледь нижче 21 мм рт. ст. за тяжкої глаукоми.

Середній ВОТ становить 15-16±3 мм рт. ст., натомість верхня межа прийнятної рівня – 21 мм рт. ст. Цільовий ВОТ є індивідуальним і може змінюватися, тому цей показник потребує постійного контролю. Слід зауважити, що тонометрія впливає на біомеханічні й біохімічні властивості рогівки та її поверхні. Золотий стандарт тонометрії – тонометрія за Голдманом, альтернативний метод – rebound-тонометрія.

Що стосується офтальмоскопії, то це дослідження слід проводити винятково в умовах медикаментозного мідріазу з метою оцінки динаміки глаукомних змін. При проведенні комп'ютерної периметрії ключове значення має правильний інструктаж пацієнтів. Ідентичність виявлених під час такого обстеження змін і клінічної картини має ключове значення в діагностиці ПВКГ.

Мета терапії глаукоми – сповільнення прогресування патологічного процесу, підтримка зорових функцій, якості зору, тому надзвичайно важливим є суворий добовий контроль флюктуації ВОТ, висока прихильність пацієнта до лікування та хороша переносимість препаратів у поєднанні з адекватною вартістю. На жаль, ключовий бар'єр – природа глаукоми: ця хвороба є пожиттєвою та безсимптомною, часто уражає осіб похилого віку.

Препаратами першого вибору за глаукоми є аналоги простагландинів (АПГ). За відсутності досягнення цільового ВОТ на монотерапії проводиться корекція: комбінована терапія 2 антиглаукомних препаратами (згодом можливе додавання й 3 компонента). Використання безконсервантних фіксованих комбінацій є оптимальним рішенням як з точки зору ефективності й переносимості, так і з точки зору зручності та прихильності пацієнтів до лікування. Якщо мети досягнуто, здійснюється регулярний моніторинг полів зору, стану ДЗН, ВОТ та якості життя. При виборі оптимального препарату для медикаментозної терапії слід звернути увагу на переносимість, коморбідні стани та паралельний прийом інших препаратів. Із метою збереження здоров'я поверхні ока варто обирати безконсервантні форми.

Жорсткий контроль добових флюктуацій ВОТ дає можливість мінімізувати ризик нейродегенерації. Саме група АПГ забезпечує максимально стабільний добовий контроль ВОТ, у т. ч. у нічний час. Крім того, АПГ властива краща прихильність до лікування порівняно з β-блокаторами (ББ), ІКА, міотиками та симпатоміметиками, оскільки ця група препаратів використовується 1 раз на добу, що доволі зручно для пацієнта.

При призначенні комбінованої терапії доцільним є застосування фіксованих комбінацій (ФК) гіпотензивних засобів, наприклад, поєднання ІКА та ББ. Переваги ФК – синергетична дія компонентів, що забезпечує кращу ефективність та оптимальну переносимість. За наявності ознак ХСН на момент початку лікування або за їх появи на тлі застосування препаратів, що містять консерванти, слід призначати виключно безконсервантні форми.

Лазерна терапія може розглядатися як терапія першого вибору на розвинутих стадіях глаукоми та за неефективності медикаментозного лікування.



Доцент кафедри офтальмології Білоруської медичної академії післядипломної освіти, кандидат медичних наук Галина Володимирівна Васькевич продовжила обговорення питання стартової терапії глаукоми.

За 140 років лікування глаукоми створено 7 класів препаратів для терапії цього захворювання, 5 з яких наразі вважаються засобами першої лінії. Монотерапія глаукоми спрямована або на підсилення відтоку внутрішньоочної рідини (ВОР), або на зменшення її утворення. Важливо, що для збереження фізіологічного стану поверхні ока деякі хворі можуть потребувати безконсервантних препаратів.

Група АПГ (латанопрост, травапрост, тафлупрост, биматопрост) сприяє посиленню відтоку ВОР, знижуючи ВОТ на 25-35%; перевагами (група препаратів першого вибору) є хороша переносимість та одноразова інстиляція. Для порівняння: ББ (тимолол, левобунолол, метипранолол, картеолол, бетаксолол) зменшують утворення ВОР і знижують ВОТ на 20-25%. ББ потребують дворазової інстиляції та характеризуються низькою протипоказань і системними побічними ефектами.

Цільовий показник ВОТ є індивідуальним і являє собою верхню межу ВОТ, установлену з урахуванням швидкості прогресування захворювання, підтримки асоційованої із задовільним зором якості життя й очікуваної тривалості життя пацієнта. Основа сучасної терапії глаукоми – баланс

Аналог простагландину

Безконсервантна фіксована комбінація аналога простагландину та бета-блокатора

Фіксована комбінація інгібітора карбоангідрази та бета-блокатора

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу Taptikom® (Taptikom®)
Склад: 0,015 мг тафлупросту та 5 мг тимололу в 1 мл; допоміжні речовини. Показання. Зниження ВОТ у дорослих пацієнтів з відкритокутовою глаукомою або очною гіпертензією, які недостатньо реагують на місцеву монотерапію бета-блокаторами або аналогами простагландинів і потребують комбінованої терапії та/або показані застосування очних крапель, що не містять консервантів. Протипоказання. Алергічні реакції на діючі речовини або на будь-який із допоміжних компонентів препарату. Побічні дії. Часті: кон'юнктивальна гіперемія, свербіж в очах, біль в очах, зміни вій, знебарвлення вій, подразнення очей, відчуття чужорідного тіла в очах, нечіткість зору, фотобліки. Дозування. 1 крапля в кожну окремий мішок краплини ока 1 раз на день. Термін придатності. 3 роки. Після відкриття флакона з фольгою зберігати 28 днів. Умови зберігання. При температурі 2-8 °C. Після відкриття флакона з фольгою зберігати при температурі не вище 25 °C в захищеному від світла місці. Затверджено. Наказ МОЗ України від 10.11.2016 № 1226. РП № UA/15538/01/01

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу Taflutan® (Taflutan®)
Склад: містить 15 мг тафлупросту в 1 мл; допоміжні речовини. Показання. Зниження підвищеного ВОТ при відкритокутій глаукомі та очній гіпертензії у дорослих. Як монотерапія пацієнтам з недостатньою реакцією на лікування препаратом першої лінії; з непереносимістю чи протипоказаннями щодо лікування препаратом першої лінії. Як додаткове лікування у комбінації з бета-блокаторами. Протипоказання. Гіперчутливість до діючої речовини тафлупросту чи будь-якої з допоміжних речовин. Побічні дії. Часті: кон'юнктивальна гіперемія, свербіж в очах, біль в очах, зміни вій, знебарвлення вій, подразнення очей, відчуття чужорідного тіла в очах, нечіткість зору, фотобліки. Дозування. 1 крапля в кожну окремий мішок краплини ока 1 раз на день. Термін придатності. 3 роки. Після відкриття флакона з фольгою зберігати 28 днів. Умови зберігання. При температурі не вище 25 °C в захищеному від світла місці. Затверджено. Наказ МОЗ України від 28.11.2019 № 2592. РП № UA/15018/01/01

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу Kosopt® (Kosopt®)
Склад: 20 мг дорзоламід, 5 мг тимололу в 1 мл; допоміжні речовини. Показання. Лікування підвищеного внутрішньочного тиску (ІОП) у пацієнтів із відкритокутовою глаукомою або псевдоексfolіативною глаукомою, коли місцеве застосування очних крапель бета-блокаторів є недостатнім. Протипоказання. Реактивні захворювання дихальних шляхів, синусова брадикардія, синдром слабкості синусового вузла, синотриальний блок, АВ-блокада II або III ступеня, СН, синдром шок-токи, тяжка ниркова недостатність, підвищена чутливість до окремих або обох діючих речовин або до будь-якої з допоміжних речовин препарату. Побічні дії. Часті: кон'юнктивальна гіперемія, свербіж в очах, біль в очах, зміни вій, знебарвлення вій, подразнення очей, відчуття чужорідного тіла в очах, нечіткість зору, фотобліки. Дозування. По 1 краплі в кожну окремий мішок краплини ока двічі на день. Термін придатності. 3 роки. Використати протягом 4 тижнів після відкриття флакона. Умови зберігання. При температурі не вище 25 °C. Затверджено. Наказ МОЗ України від 23.04.2020 № 945. РП № UA/12581/01/01

Уповноважений представник виробника в Україні: Представництво «Сантен Сі» в Україні, 04050, м. Київ, вул. М. Пимоненка, 13, корпус 7, вхід В, офіс 15; телефон: 044 2006885; e-mail: ua.santen@santen.com.
Інформація наведена у скороченому вигляді. Перед призначенням і застосуванням препарату, будь ласка, ознайомтеся з повним текстом інструкції Тaptikom®, Taptutan®, Kosopt®. Цей матеріал не є рекламою лікарського засобу, містить виключно наукову та медичну довідкову інформацію, призначений для розміщення в спеціалізованих виданнях і персонального використання сербобіжними особами здоров'я. Повторити про небажане використання, що виникло в період лікування, або пошкодження на якість препарату ви можете за адресою або телефоном Представництва або в e-mail: pr.ua@bioparag.
Дата виготовлення: червень 2020. Строк придатності: червень 2022.
РР-TAPL-CIS-0008

між збереженням зорових функцій і раціональною вартістю лікування. Ще одним важливим питанням є прихильність до лікування, яка становить 30-70% і нерідко переоцінюється пацієнтами. Зниження прихильності зумовлюють ситуативні фактори та впливи довкілля (важливі події в житті, часті відрядження тощо), складність і висока вартість лікування, широкий спектр коморбідних станів. Зазвичай до лікування менш прихильні чоловіки й особи з початковими стадіями хвороби. Одним із найпростіших способів покращити прихильність є спрощення режиму лікування, призначивши не більше 2 видів крапель 2 р/добу. Крім того, слід ретельно стежити за побічними ефектами та за потреби змінювати препарат, оскільки кожен пацієнт із вираженою побічною дією лікарських засобів є потенційно неприхильним до лікування.

Метааналіз даних щодо ефективності різних груп антиглаукомних препаратів виявив, що найвираженіше зниження ВОТ забезпечують АПГ, далі (за порядком зниження ефективності) – неселективні ББ, α -адренергічні препарати, селективні ББ та ІКА.

Переваги АПГ: зниження ВОТ на 25-35%, відсутність значущих системних ефектів і протипоказань і зниження ВОТ через 2-4 год після застосування. Піковий ефект спостерігається через 8-12 год, тому ранкове вимірювання ВОТ дає уявлення про максимальний ефект АПГ після вечірньої інстиляції. Перевагу слід надавати саме вечірньому призначенню, оскільки в такому випадку максимум ефекту співпадає із циркадним піком ВОТ, забезпечуючи найменшу його варіабельність. Максимальна дія АПГ розвивається через 3-5 тиж застосування.

Відсутність відповіді на АПГ спостерігається рідко (в менше ніж 10% пацієнтів), причому за відсутності відповіді на один АПГ можлива наявність відповіді на інший. Різні препарати в межах групи АПГ відрізняються афінністю до FF -рецепторів, які відповідають за гіпотензивний ефект. Так, тафлупросту (Тафлотан®, фармацевтична компанія «Сантен») притаманна у 12 разів більша афінність до цих рецепторів, аніж латанопрост. Відмінність ефективності в зниженні ВОТ за допомогою різних АПГ не перевищує 1-2 мм рт. ст., але під час переведення пацієнтів з інших АПГ на тафлупрост спостерігається додаткове зниження ВОТ (порівняно з попередніми показниками). За даними A.G.P. Konstas і співавт. (2013), безконсервантний тафлупрост забезпечує менші добові флуктуації ВОТ, ніж оригінальний латанопрост (спостерігалось додаткове зниження середньодобового ВОТ на 0,6 мм рт. ст.). Зупиняючись на питанні консервантів, слід зауважити, що антиглаукомна терапія є фактором ризику ураження поверхні ока, сприяючи формуванню субклінічного запалення та підвищуючи ризик фіброзу при проведенні офтальмологічних операцій. Хронічне застосування очних крапель може спричиняти ХСО, дисфункцію мейбомієвих залоз, хронічну алергію. Для профілактики захворювань поверхні ока варто віддавати перевагу краплям зі зниженим умістом консервантів (насамперед бензалконію хлориду) ці безконсервантним формам. Заміна консервантовмісного АПГ на безконсервантний препарат значно збільшує час розриву слізної плівки та зменшує індекс захворювань поверхні ока (Horsley M.B., Kahook M.Y., 2009). У дослідженні A. Hommer і співавт. (2011) через 3 міс після заміни консервант-вмісного АПГ на безконсервантний тафлупрост достовірно зменшили частота виникнення та вираженість гіперемії ока, а також знизилась вираженість суб'єктивних симптомів (печіння, свербіж, відчуття стороннього тіла, слюзотеча, сухість).

Під час обрання між оригінальним препаратом і генериком слід урахувати, що в офтальмології проведення досліджень біоеквівалентності ускладнене внаслідок неможливості встановлення концентрації препарату в плазмі крові. Концентрація активної речовини в оригінальному препараті

та генерику може відрізнятися не більш ніж на 10%, однак відмінності в допоміжних речовинах можуть зумовлювати абсолютно різну розбіжність проникності і переносимості. Крім того, оскільки в більшості досліджень не вивчалось питання ефективності генериків, під час переведення з оригінального препарату на генерик слід ретельно моніторувати ВОТ.



Доцент кафедри очних хвороб Білоруського державного медичного університету, кандидат медичних наук Марина Федорівна Джумова присвятила свій виступ безконсервантним ФК для лікування глаукоми.

Глаукома становить 34,2% у структурі офтальмологічної інвалідизації, що підкреслює актуальність діагностики та належного лікування цього захворювання. Вершиною еволюції антиглаукомних препаратів є безконсервантні ФК, оскільки дозволяють подолати проблему низької прихильності.

Ця проблема являє собою своєрідну епідемію. Більше половини пацієнтів із хронічними захворюваннями приймають призначені препарати неправильно. Зменшена внаслідок низької прихильності ефективність лікування зумовлює збільшення кількості ускладнень, зростання вартості лікування, часті госпіталізації, поліпрагмації. Немає сумнівів, що складні режими лікування з великою кількістю таблеток або інстиляцій ризико зменшують прихильність. Підраховано, що близько 70% осіб, які втратили зір унаслідок глаукоматозного ураження, тією чи іншою мірою порушували призначений режим лікування.

За даними досліджень, для зниження ВОТ на 20% від вихідного рівня >40% пацієнтів потребують комбінованої терапії. Крім кращої прихильності, перевагами ФК є висока гіпотензивна ефективність, кращий контроль ВОТ протягом доби, менший контакт з консервантами, компенсація побічних ефектів, зручність у застосуванні, відсутність ефекту вимивання, низька вартість.

У пацієнтів із глаукомою часто виникають супутні проблеми: захворювання поверхні ока, при яких спостерігаються недостатня продукція слізної рідини, нестабільність слізної плівки, зафарбовування рогівки та кон'юнктиви, неоваскуляризація краю повіки, обструкція мейбомієвих залоз. ХСО супроводжує майже половину випадків глаукоми. Інстиляції гіпотензивних крапель за рахунок умісту консервантів несприятливо впливають на стан поверхні ока як безпосередньо (модулюють анатомічні та фізіологічні властивості епітелію), так і опосередковано (порушують цілісність слізної плівки). Доповідкачка продемонструвала учасникам фотографії пацієнта з вираженою гіперемією поверхні ока, спричиненою консервант-вмісними препаратами груп АПГ і ББ, а також фотографію цього самого хворого після переходу на безконсервантну ФК тафлупрост/тимолол (Таптіком®, фармацевтична компанія «Сантен»), на якій чітко простежується зменшення гіперемії.

Метою дослідження VISIONARY була оцінка ефективності, безпечності та переносимості безконсервантної ФК тафлупрост/тимолол (Таптіком®) у реальних клінічних умовах. Починаючи з 4-го тижня лікування, ця комбінація достовірно знижувала ВОТ у всіх пацієнтів до ≤ 16 мм рт. ст. незалежно від попереднього лікування. Автори дослідження відзначили покращення прихильності майже в 50% пацієнтів, котрі лікувалися безконсервантною ФК тафлупрост/тимолол, а ефективність лікування порівняно з попередньою терапією зросла у 85% учасників. Було також зафіксовано зменшення суб'єктивних неприємних симптомів: подразнення, свербіж, відчуття стороннього тіла (Oddone F. et al., 2020).

Переведення пацієнтів із глаукомою з монотерапії на ФК показано в разі неефективності монотерапії як стартової терапії II-III стадій глаукоми, низької прихильності до лікування, за виражених проявів ХСО на тлі лікування ≥ 2 препаратами. Крім того, якщо через професійну діяльність молодому пацієнту з великою очікуваною тривалістю життя складно закріплювати кілька препаратів у різний час доби, а також якщо наявні хвороби поверхні ока чи передумови для їх виникнення, також доречно призначити ФК.



Генеральний директор Казахського науково-дослідного інституту очних хвороб, доктор медичних наук, професор Нейла Ахметівна Алдашева висвітлює особливості менеджменту глаукоми в Казахстані.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 9 із 10 осіб, котрі осліпли внаслідок глаукоми, живуть у країнах, які розвиваються; у $\frac{1}{3}$ з них можна було запобігти сліпоті. Проте станом на сьогодні не запропоновано жодних ефективних методів попередження глаукоми, раннього та дешевого методу діагностики й доступних усім людям методів лікування.

У Казахстані глаукома входить до переліку хвороб, які активно виявляються під час скринінгових оглядів. Основна роль у цьому скринінгу належить лікарям первинної ланки. Організація системи скринінгу глаукоми передбачає відкриття й оснащення тонометричних кабінетів, згодом – роботу глаукомних кабінетів, диспансерне спостереження, медикаментозне й лазерне лікування. Як працює система скринінгу? У разі позитивних відповідей на запитання скринінг-тесту, за підвищеного ВОТ (>25 мм рт. ст. при тонометрії за Маклаковим або >20 мм рт. ст. при безконтактній тонометрії) чи в разі різниці в показниках ВОТ між правим і лівим оком >5 мм рт. ст. пацієнта скеровують до офтальмолога консультативно-діагностичного відділення поліклініки. Така система демонструє значне покращення виявлення глаукоми, про що опосередковано свідчить зафіксоване зростання захворюваності на глаукому з 2002 по 2019 р. на 53,6%. Порівняння різних видів скринінгу виявило, що найефективнішим є саме цей метод – двоступінний профілактичний огляд. Основними причинами несвочасного обстеження пацієнтів із встановленим діагнозом глаукоми є відсутність реєстру глаукомних хворих і недостатній рівень інформування хворих про наслідки захворювання.

Кінцева мета лікування глаукоми – збереження зорової функції, для чого необхідна висока прихильність пацієнта до терапії.

Заходи з покращення прихильності поділяються на орієнтовані на:

- 1) пацієнта;
- 2) медичних працівників;
- 3) систему охорони здоров'я загалом.

У Казахстані науково-дослідному інституту очних хвороб за підтримки фармацевтичної компанії «Сантен» було розроблено спеціальний додаток для пацієнтів, де можна дізнатися необхідну інформацію щодо глаукоми, зберігати власні дані (рівень ВОТ, результати обстежень, режим інстиляції крапель) і зв'язуватися з офтальмологом.

В останній перегляд протоколу лікування первинної глаукоми було включено слюозозамісну терапію. Це обумовлено тим, що близько $\frac{1}{3}$ пацієнтів із глаукомою, котрі лікуються місцевими гіпотензивними препаратами, відзначають суб'єктивні ознаки ХСО. У міру прогресування глаукомного процесу спостерігається збільшення частоти патологічних проб на наявність ХСО. Ці дані обумовлюють доцільність застосування безконсервантних препаратів, однак, хоча

на фармацевтичному ринку Казахстану є понад 70 видів гіпотензивних крапель, більшість із них містять консервант.

Комбінація тафлупросту та тимололу (Таптіком®) забезпечує потужне зниження ВОТ до 40% від вихідного рівня (Hollo G. et al., 2014). Висока ефективність Таптікому надзвичайно важлива для лікування глаукоми, оскільки кожен додатковий 1 мм рт. ст. ВОТ підвищує ризик прогресування хвороби на 19%. Перехід із нефіксованої комбінації АПГ та тимололу на Таптіком® додатково знижував ВОТ із $18,7 \pm 3,3$ до $16,0 \pm 3,2$ мм рт. ст. (Pillunat L.E. et al., 2017).

Крім того, Таптікому притаманна відмінна переносимість. Під час переведення на Таптіком® із терапії АПГ або ББ вираженість симптомів ХСО знижувалася в 30,8% пацієнтів, подразнення – в 31%, свербіж – у 26,6%, відчуття стороннього тіла – у 23% (Oddone F. et al., 2020).



Завідувачка глаукомним відділенням Самарської обласної клінічної офтальмологічної лікарні ім. Т. І. Єрошевського, доктор медичних наук Олена Володимирівна Карлова представляє доповідь «Комплексний підхід у лікуванні глаукоми: 360° менеджмент у реальній клінічній практиці».

Доповідкачка зазначила, що пацієнт із глаукомою переживає низку різнопланових обмежень, у т. ч. у повсякденній діяльності, переміщеннях, соціальній активності. Нерідко з'являються також розлади в психоемоційній сфері, пов'язані зі страхом сліпоті, відчуттями розгубленості, гніву. Асоційована із зором якість життя у хворих із глаукомою спочатку знижується поступово, потім – різко. 54% хворих бачать світ із розмитими плямами, 26% спочатку взагалі не відзначають змін зорової функції, тому не завжди вчасно звертаються до лікаря.

Відповідно до результатів опитування, встановлення діагнозу та початок медикаментозної терапії знижують якість життя, причому провідним фактором погіршення є обмеження, пов'язані із застосуванням очних крапель. Ці топічні препарати часто демонструють токсичність щодо поверхні ока, спричинену наявністю консервантів. На тлі застосування консервантовмісних протиглаукомних крапель розвиваються зміни структури мейбомієвих залоз, їхньої кількості та характеристик секрету; наявність безконсервантних форм чинить набагато менший шкідливий вплив (Ha J.Y. et al., 2019). У дослідженні A. Hommer і F. Kimmich (2011) відзначено, що після переведення пацієнтів із препаратів АПГ, що містять консерванти, на Тафлотан® без консерванта (фармацевтична компанія «Сантен») частка осіб без гіперемії ока зросла з 35,6 до 87,7%. Виражена гіперемія на тлі застосування Тафлотану не спостерігалася.

У випробуванні VISIONARY з'ясовано, що застосування безконсервантної ФК тафлупрост/тимолол (Таптіком®) також супроводжувалося зменшенням вираженості суб'єктивних, так і об'єктивних ознак ХСО в пацієнтів із глаукомою (Oddone F. et al., 2020). Вважається, що безконсервантне лікування варто віддавати перевагу в разі наявності факторів ризику ХСО, проте, враховуючи велику кількість таких факторів, фактично безконсервантна терапія може бути рекомендована всім пацієнтам із глаукомою.

Загалом під час ведення пацієнтів із глаукомою патологія поверхні ока, а також мейбомієвих залоз є важливим чинником погіршення якості життя, зниження прихильності до лікування.

Отже, призначення сучасних безконсервантних препаратів дозволяє покращити якість життя, а також підвищити прихильність до лікування й ефективність терапії.

Підготувала **Лариса Стрільчук**