

Эффективность фиксированной комбинации травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% у пациентов с псевдоэксфолиативной глаукомой в динамике

А.С. Апостолова¹, Е.И. Волик²

¹ ГУЗ «Городская поликлиника № 3», Краснодар, ФКУ «ГБ МСЭ по Краснодарскому краю», филиал № 7

² КГВВ отделение МХГ, Краснодар

Резюме

Цель: оценить эффективность фиксированной комбинации травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% в лечении пациентов с ПЭГ исходя из клинических особенностей течения процесса в динамике.

Материалы и методы: в исследование было включено 30 пациентов (60 глаз) с ПЭГ, которые в течение года получали препарат DuoTrav. Для обследования пациентов применялись визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, периметрия, тонометрия по Маклакову 10 г, в одно и то же время).

Результаты: в течение периода наблюдения ВГД было компенсированным в 42 глазах (79,2%). Через 1 месяц от начала терапии ВГД было $19 \pm 0,3$ мм рт.ст., через 3 месяца – $19 \pm 0,1$ мм рт.ст., через 6 – $18 \pm 0,5$ мм рт.ст., через 12 – $18 \pm 0,2$ мм рт.ст. В 11 глазах (20,8%) ВГД компенсировано не было. В 8 глаз дополнительно был назначен ингибитор карбоангидразы, но в 6 глазах ВГД не снизилось в нужной степени, и пациенты были прооперированы.

Выводы: применение DuoTrava позволило достичь и поддерживать целевое ВГД в течение года в 79,2% случаев, что свидетельствует о его высокой эффективности. Добавление ингибитора карбоангидразы не оказывает должного эффекта, поэтому пациенты с некомпенсированным ВГД должны быть направлены на хирургическое лечение.

Abstract

Efficiency of a fixed combination of travoprost 0,004% timolol maleate 0,5% in patients with pseudoexfoliative glaucoma in dynamic

A.S. Apostolova, E.I. Volik

City ambulatory hospital № 3, Krasnodar

Purpose: evaluate the efficiency of DuoTrav in the treatment of patients with PEG on the basis of clinical features of the flow process in the dynamics.

Materials and methods: The study involved a group of 30 patients (60 eyes) diagnosed with pseudoexfoliative glaucoma, under the supervision of a clinic in the community. Patients received a DuoTrav during the year. The monitoring of patients formed two groups: those with compensated IOP – 42 eyes, and a group with decompensated HDV – 11 eyes. The study was conducted using standard methods: visometry, biomicroscopy of anterior eye segment, ophthalmoscopy, perimetry, tonometry (by Maklakov). Tonometry was performed with a cargo of 10 grams daily visits at one and the same time period from 8 to 11 o'clock in the morning.

Results: During the period of 1 year of observation, in a state of compensation of DuoTrav the remaining 42 eyes (79.2%). After 1 month of therapy, the IOP was $19 \pm 0,3$ mm Hg., 3 months of therapy was $19 \pm 0,1$ mm Hg, 6 months of therapy – $18 \pm 0,5$ mm Hg., 12 months of therapy was $18 \pm 0,2$ mm Hg. Compensation is not achieved IOP 11 eyes (20.8%). In 8 eyes in the treatment, ICA was introduced in the mode of burial, 2 times a day. In 6 cases out of eight did not receive the desired hypotensive effect.

Conclusion: DuoTrav was highly effective drug with which we were able to achieve the target values of IOP in 79.2% of cases and stable to hold them during the entire observation period, 12 months. The addition of ICA to therapy is ineffective, you should proceed to surgical treatment.

Актуальность проблемы заключается в том, что глаукома является ведущей причиной слепоты и слабо-зрения у населения многих регионов России, занимает первое ранговое место в нозологической структуре первичной инвалидности [4]. Известно, что наиболее агрессивным течением отличается псевдоэксфолиативная глаукома (ПЭГ): например, в Краснодарском крае у лиц, слепых вследствие глаукомы, ПЭГ встречается в 84% случаев [1]. ПЭГ обладает большей устойчивостью к современным методам лечения по сравнению с ПОУГ, при этом терапия оказывается неэффективной (даже в начальной и развита стадиях болезни) в 2 раза чаще по сравнению с терапией при ПОУГ [3]. При этом 95% пациентов воздерживаются от хирургического лечения глаукомы по разным причинам, 5% согласны на операцию, но желали бы обойтись без нее.

Препаратами первого выбора в лечении ПЭГ на сегодняшний день считаются аналоги простагландинов [5]. Это объясняется их выраженным гипотензивным эффектом и возможностью воздействия на ключевые звенья патогенеза (могут подавлять образование факторов роста, обладают антирадикальной активностью). Простагландины способны снизить исходное внутриглазное давление (ВГД) у больных ПЭГ на 35%.

Но не всегда удается достичь компенсации путем лечения аналогами простагландинов, и возникает необходимость в комбинированной терапии [5]. Достаточно успешно нами используется фиксированная комбинация травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5%, которая обладает мощной гипотензивной активностью и в монотерапии эффективна в 85% случаев [2,6].

Цель работы: оценить эффективность фиксированной комбинации травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% в лечении пациентов с ПЭГ исходя из клинических особенностей течения процесса в динамике.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 30 пациентов (60 глаз) с диагнозом ПЭГ, находящихся под наблюдением в поликлинике по месту жительства. Пациенты получали фиксированную комбинацию травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% в течение года. Среди участников исследования было 23 женщины и 7 мужчин; 6 человек (20%) – в возрасте 60–69 лет, 18 (60%) – 70–79 лет, 6 (20%) – 80–89 лет.

Из исследования исключили 6 глаз, в которых за период наблюдения была проведена ультразвуковая факоэмульсификация катаракты, т.к. в послеоперационном периоде наблюдалось снижение ВГД независимо от предшествующей терапии. Кроме того, отменялась фиксированная комбинация травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% после операции на период до 2 мес. Один глаз исключен из исследования, т.к. компенсация среднесуточного ВГД была достигнута после хирургического лечения глаукомы.

В результате мониторинга пациентов образовались 2 группы: 1-я – с компенсированным ВГД (42 глаза) и 2-я – с декомпенсированным ВГД (11 глаз) с применением терапии фиксированной комбинацией травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5%. В 1-й группе ПЭГ I стадии определялась в 6 глазах (14,3%), II стадии – в 27 (64,3%), III стадии – в 8 (19%), IV стадии – в 1 (2,4%). Во 2-й группе ПЭГ II стадии определялась в 2 глазах (18,2%), III стадии – в 6 (54,5%), IV стадии – в 3 (27,3%) (рис. 1).

Исследование проводилось с применением стандартных методов: визометрии, биомикроскопии переднего отрезка глаза, офтальмоскопии, компьютерной периметрии, апланационной тонометрии (по Маклакову). Тонометрия проводилась грузом 10 г при посещении в одно и то же время в период с 8.00 до 11.00.

Результаты и обсуждение

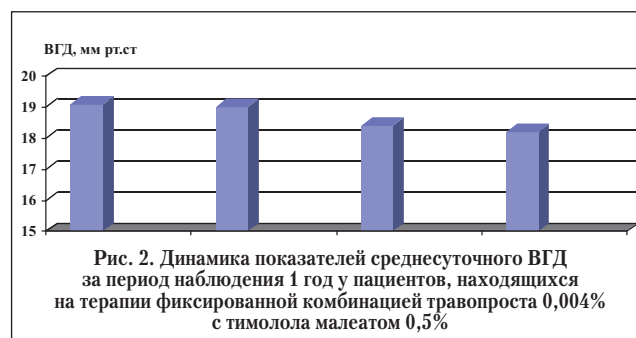
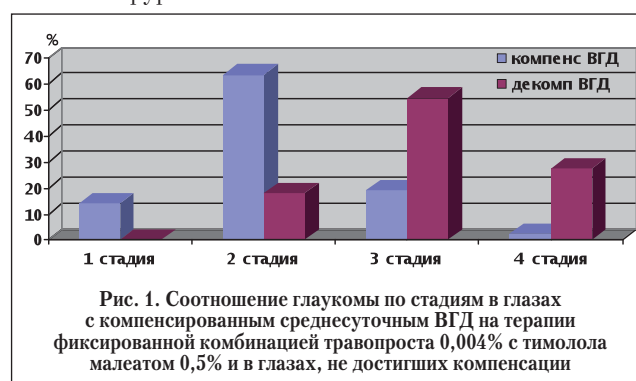
Проведен анализ динамики показателей среднесуточного ВГД за 12 мес. применения у больных ПЭГ терапии фиксированной комбинацией травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5%.

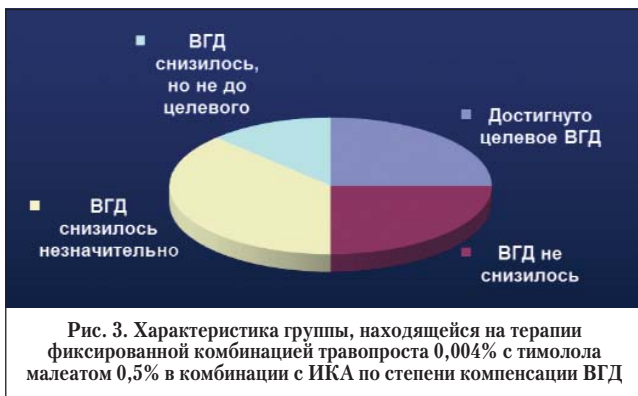
За период наблюдения 1 год в 42 глазах (79,2%) ВГД осталось компенсированным: через 1 мес. терапии оно составило $19 \pm 0,3$ мм рт. ст., через 3 мес. – $19 \pm 0,1$ мм рт. ст., через 6 мес. – $18 \pm 0,5$ мм рт. ст., через 12 мес. – $18 \pm 0,2$ мм рт. ст. (рис. 2).

Не удалось достичь компенсации ВГД в 11 глазах (20,8%). В 2 случаях при рефрактерной глаукоме в слепом глазу дополнительное снижение ВГД не представлялось возможным. В 1 случае (ВГД в состоянии субкомпенсации) пациент отказался от дополнительных мер по снижению ВГД.

В 8 глазах в качестве дополнительного препарата к терапии использовался ингибитор карбоангидразы (ИКА), режим инстилляций – 2 р./сут. В 5 случаях ИКА добавили через 3 мес. от начала терапии, при этом среднее ВГД на момент введения составляло $24 \pm 0,6$ мм рт. ст. В 3 глазах с продвинутыми стадиями глаукомы ИКА начали применять через 6 мес. от начала терапии, при этом ВГД на момент введения было в пределах 21 мм рт. ст. Дополнительно ВГД до желаемых цифр (среднее значение – 18,7 мм рт. ст.) снизилось лишь в 2 глазах (25%). В 2 глазах (25%) ВГД осталось высоким (среднее значение – 26,5 мм рт. ст.), что потребовало хирургического лечения глаукомы. В 3 глазах (37,5%) мы не получили статистически достоверного дополнительного гипотензивного эффекта. В 1 глазу (12,5%) удалось несколько снизить ВГД (среднее значение – 22 мм рт. ст.), но не до желаемых цифр (рис. 3).

Таким образом, в 6 из 8 случаев дополнительное введение ИКА оказалось неэффективным. Это свидетельствует о максимальной эффективности фиксированной комбинации травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% в качестве консервативного лечения. Дальнейшее усложнение медикаментозной терапии пациентов с ПЭГ малоэффективно и представляется бесперспективным. Пациенты после безуспешной гипотензивной терапии были направлены на хирургическое лечение.





Выводы

1. Фиксированная комбинация травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% в монотерапии – высокоэффективный препарат, с помощью которого нам удалось достичь целевых значений ВГД в 79,2% случаев и стабильно удерживать их в течение всего периода наблюдения – 12 мес.
2. Для ПЭГ характерно более неблагоприятное течение, что влечет за собой необходимость назначения мощной терапии уже на начальных стадиях процесса.
3. Компенсация среднесуточного ВГД с помощью фиксированной комбинации травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% в случае ПЭГ наиболее вероятна в начальной и развитой стадиях заболевания, тогда как в далеко зашедшей и терминальной это представляет особые трудности.

4. При отсутствии компенсации в период монотерапии фиксированной комбинацией травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% дополнительное введение ИКА оказывается малоэффективным.

5. При отсутствии компенсации среднесуточного ВГД пациентов с ПЭГ (особенно в далеко зашедших стадиях) необходимо направлять на хирургическое лечение без промедления.

Литература

1. Апостолова А.С., Волик Е.И., Климов С.В. Некоторые аспекты инвалидности по глаукоме в Краснодарском крае // Сборник тезисов к материалам конференции «Федоровские чтения». 2011. С. 41.
2. Апостолова А.С., Волик Е.И. Опыт применения новой фиксированной комбинации травопроста 0,004% с тимолола малеатом 0,5% в лечении псевдоэкссфолиативной глаукомы // Клиническая офтальмология. 2011. Т. 12. № 3. С. 104–107.
3. Курьшова Н.И. Псевдоэкссфолиативный синдром и его глазные проявления: учеб.–метод. пособие. М., 2011. С. 58–61.
4. Разумовский М.И., Коровянский М.С., Якунин М.С., Шевага А.Г. Динамика первичной инвалидности вследствие офтальмопатологии в Санкт–Петербурге, Ленинградской области и некоторых других регионах России за период с 2002–2008 гг. // Офтальмологические ведомости. 2010. Т. 3. № 4. С. 4–15.
5. Hollo G., Konstas A.G.P. Exfoliation syndrome (XFS) and exfoliative glaucoma (XFG) // Poster presented. 2007. P. 137–143.
6. Konstas A.G.P., Mikropoulos D.G., Embeslidis T. et al. 24–hours intraocular pressure control with evening doses travoprost/timolol, compared with latanoprost/timolol, fixed combinations in exfoliative glaucoma // Poster presented, 2009.