

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№1(87) ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2025

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ



XVII Российский общенациональный офтальмологический форум (РООФ 2024)

Научно-практическая конференция с международным участием

25-27 сентября 2024 года состоялся XVII Российский общенациональный офтальмологический форум РООФ 2024. Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения РФ, ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, кафедра глазных болезней ФДПО ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов России».

В конференции приняли участие 2400 человек очно, около 3500 офтальмологов следили за ходом работы форума в режиме онлайн. Основные направления работы конференции: достижения в диагностике и лечении офтальмопатологии; реконструктивная хирургия переднего и заднего отрезка глаза; диагностика и лечение витреоретинальной патологии; медикаментозное и хирургическое лечение патологии роговицы различного происхождения; тенденции и достижения диагностики и лечения глаукомы в России; фундаментально-прикладные исследования в офтальмологии.

> стр. 5

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ



Пироговский офтальмологический форум

22 ноября 2024 года в Москве состоялся ставший традиционным Пироговский офтальмологический форум, собравший более 600 специалистов, представляющих различные направления офтальмологии. Организаторами мероприятия выступили кафедра глазных болезней и Центр офтальмологии ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Программа конференции была насыщенной и охватывала широкий спектр актуальных вопросов офтальмологии. Особое внимание было уделено обсуждению сложных клинических случаев, хирургическим подходам к лечению осложненных катаракт, глаукомы, витреоретинальной патологии и других заболеваний.

Со словами приветствия к участникам и гостям форума обратились академик РАН, генеральный директор Пироговского центра, заслуженный врач РФ О.Э. Карпов, академик РАН, главный специалист-офтальмолог Минздрава РФ, директор ФГБУ «НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца», заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ В.В. Нероев, генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Д.Г. Арсютков, директор ФГБНУ «НИИГБ имени М.М. Краснова» доктор медицинских наук Юсеф Н. Юсеф, заведующий центром офтальмологии Пироговского центра, доктор медицинских наук Р.Р. Файзрахманов.

С почетным докладом «Меланома хориоидеи: энуклеация по-прежнему актуальна?» выступила академик РАН А.Ф. Бровкина.

> стр. 10

ЗЕМСКИЙ ДОКТОР



Заведующая Шадринским филиалом Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Н.О. Харина (Курганская область):

Для меня важно лечить людей и жить на своей земле

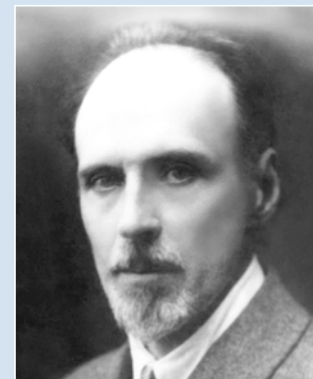
Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» за 36 лет работы завоевал доверие пациентов и высокий авторитет в профессиональных кругах. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается российским и зарубежным пациентам не только в Екатеринбурге, но и в 18 филиалах, расположенных в городах Уральского региона и Западной Сибири.

В феврале 2019 года был открыт филиал в городе Шадринске Курганской области, который возглавила молодой талантливый специалист, выпускница Омского государственного медицинского университета Н.О. Харина.

В беседе с журналистом Нина Олеговна рассказала о своём профессиональном становлении, об опыте, приобретённом во время учёбы в вузе, интернатуре, работе в Центральной районной больнице Шадринска. На конкретных примерах Н.О. Харина показала важность и востребованность Шадринского филиала для жителей Курганской области.

> стр. 12

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Виктор Петрович Одинцов

> стр. 3

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

SCHWIND SmartSight:

новые горизонты в рефракционной экстракции лентикулы

> стр. 8

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Двухэтапная спейсерная пластика свободным кожным лоскутом, сеткой для герниопластики и аутослизистой губы при устранении ретракции нижнего века: трехсторонний подход

М.И. Шляхтов, М.Е. Новикова

> стр. 14

КОНФЕРЕНЦИИ

Современные технологии катарактальной, рефракционной и роговичной хирургии

> стр. 16

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Записки земского офтальмолога

А.А. Воронцов

> стр. 19

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

> стр. 24

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Сергей Шахов: Музыкальное творчество — это возможность осознанно прожить каждое мгновение своей жизни

Илья Бруштейн

> стр. 26

ЧТЕНИЕ ДЛЯ ДУШИ

Сирия, которая у всех на слуху

Л.И. Балашевич

> стр. 28



УЧЕБНО-СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦЕНТР

КУРС WETLAB

«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ.

Продвинутый уровень», 36 часов

7–11 апреля, 6–10 октября, 3–7 ноября 2025 г.



Заявку направляйте через сайт Центра:

<https://www.eyeclinic.ru/specialist/obuchenie/zayavka-na-obuchenie/>

По всем вопросам пишите на e-mail: wetlab_mntk@mail.ru

Лицензия на образовательную деятельность ЛО35-01277-66/00634269 от 28.12.2022
АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»
620149, Россия, г. Екатеринбург, ул. Академика Бардина, 4а.

В Учебно-симуляционном центре Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» проводится обучение врачей, имеющих опыт хирургии переднего отрезка глаза и желающих повысить свою квалификацию.

Обучающийся получает навыки проведения современной деликатной хирургии катаракты, работы при слабости связочного аппарата хрусталика, быстрого и безопасного подшивания ИОЛ, а также сочетанной хирургии катаракты и глаукомы.

Программа курса разработана на основе многолетнего опыта работы специалистов Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза». Она включает изучение теории, самостоятельную отработку различных хирургических манипуляций на изолированных глазах животных, а также наблюдение в формате «живой хирургии» за операциями, которые проводят ведущие хирурги Центра:

- Шиловских Олег Владимирович, к. м. н., генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Свердловской области, заслуженный врач РФ;

- Иванов Дмитрий Иванович, д. м. н., заведующий II хирургическим отделением, заслуженный врач РФ;

- Никулин Максим Евгеньевич, к. м. н., заведующий I хирургическим отделением.

Во время «живой хирургии» курсанты общаются с хирургами – задают вопросы, получают рекомендации, затем выполняют операции в Симуляционном центре под контролем специалистов.

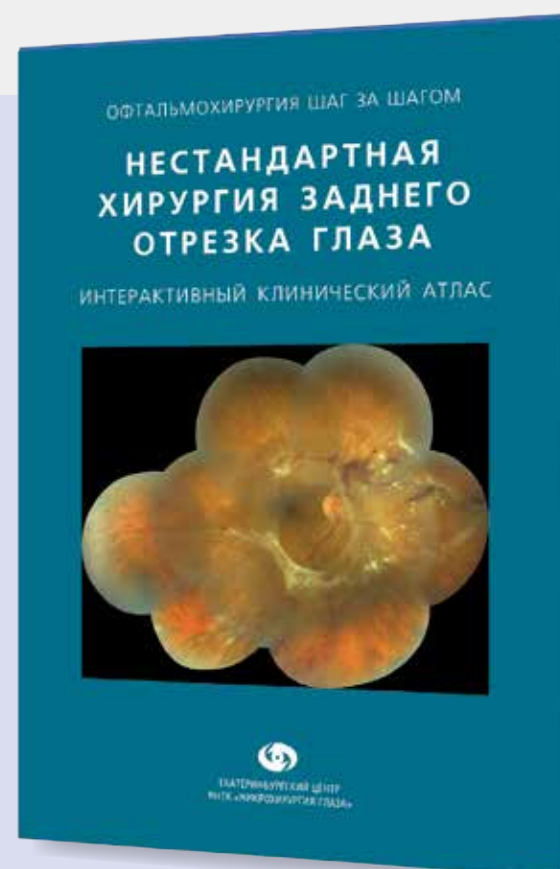
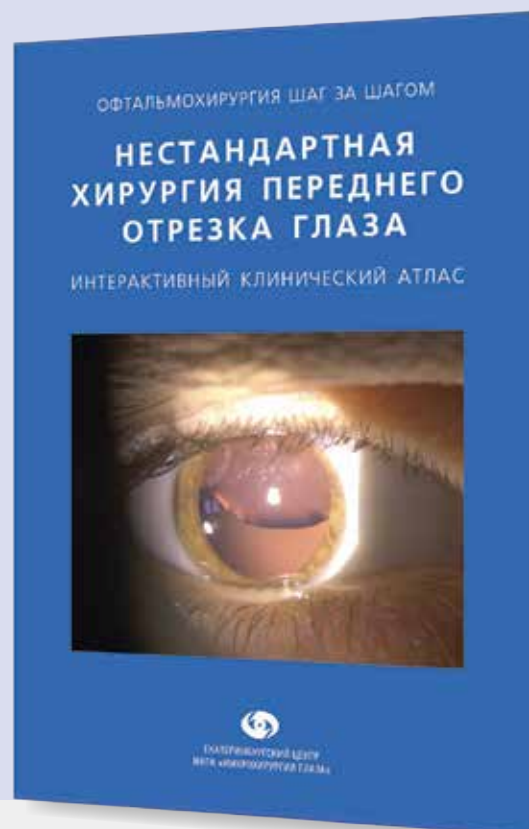
После прохождения полного курса обучения и успешной итоговой аттестации курсантам выдается документ о повышении квалификации установленного образца с внесением сведений об образовании в Федеральную информационную систему «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и/или о квалификации, документах об обучении».

«ОФТАЛЬМОХИРУРГИЯ ШАГ ЗА ШАГОМ»

Интерактивные клинические атласы по нестандартной хирургии патологии переднего и заднего отрезка глаза – это новые издания Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», предназначенные для опытных офтальмохирургов.

В изданиях представлены выработанные многолетней практикой подходы к хирургическому лечению патологии переднего и заднего отрезка глаза, а также оригинальные разработки хирургов Центра, защищенные патентами РФ.

Уникальность изданий — в интерактивной части, где размещены анимационные схемы и видеозаписи реальных операций по описанным технологиям, доступ к которым осуществляется по QR-кодам. Иллюстрации демонстрируют не только ключевые моменты хирургической процедуры, но и необходимый для нее современный инструментарий.



Приобрести атлас можно любым удобным для Вас способом:

- Отправить заявку по e-mail: 2310161@gmail.com.
- В Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Акад. Бардина, 4а, Стационар.

Стоимость: 2 000 ₽

Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Виктор Петрович Одинцов

В 2023 году в издательстве «Апрель» вышла книга М.М. Бикбова и Ю.Ш. Галимовой «Грани света», повествующая об истории Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней. В книге представлен богатейший документальный и иллюстративный материал, описывающий основные исторические вехи становления Института, начиная с 1888 года, когда открылось Уфимское ремесленное убежище для взрослых слепых, до сегодняшнего дня.

С разрешения авторов книги мы перепечатаем отдельные главы, в которых с глубоким уважением рассказывается о первых директорах Уфимской глазной лечебницы, предтечи Уфимского НИИ глазных болезней.

(Печатается с сокращениями. По вопросу приобретения книги обращайтесь в Уфимский НИИ глазных болезней: niipriem@yandex.ru)

Сотрудники Института под руководством профессора В.П. Одинцова вели активную научную деятельность. Их статьи печатались на страницах «Русского офтальмологического журнала», «Врачебное дело» и др. Так, известны работы Г.Ф. Лужинского «Исследование физиологического покоя глазных мышц и астенопических явлений при гетерофории», «Электроионотерапия помутнений роговой оболочки. Научные критерии». В «Русском офтальмологическом журнале» была опубликована статья ординатора С.А. Алексеева и лаборанта Н.С. Чепурина «К вопросу об открытом лечении в глазной хирургии», которая стала итогом исследования о проведении операций на удаление катаракты без повязки. Исследование на тот момент носило экспериментальный характер и начало использоваться благодаря показательным операциям профессора В.П. Одинцова,

благополучный результат которых вдохновил авторов статьи.

16 декабря 1926 года

«Чудеса медицины»

На очередном заседании научно-медицинского общества врачей в помещении союза медсантруд, был заслушан доклад доктора Лужинского о новом применении электричества при лечении глазных заболеваний.

Суть нового способа лечения сводится к тому, что медикаменты в глаз больного вводятся посредством электрического тока.

Теоретически новый способ лечения глаз объясняется так: организм человека содержит растворы солей, которые распадаются на электроположительные и электроотрицательные ионы.

Между ионами существует определенное взаимоотношение, которое нарушается при пропускании тока: электроположительные ионы устремляются к отрицательному

полюсу, а электроположительные — к положительному. При этом электрический ток производит целый ряд изменений во взаимоотношении между белками и ионами. Все эти явления, вызванные электрическим током, повышают обмен веществ, усиливают фагоцитарную деятельность.

В своей врачебной практике гр. Лужинский провел более чем у 30 больных, подобное лечение. Результаты были весьма удачны: докладчик у огромного большинства своих больных добился просветления роговиц: острота зрения у больных сильно повышалась.

Обычными средствами (мазь, капли) добиться улучшения у больных не удалось».¹

1 сентября 1927 г. на должность старшего ординатора был утвержден Владимир Николаевич Табаков, прибывший из Томской глазной клиники. Впоследствии В.Н. Табаков был назначен постоянным заместителем старшего врача

Уфимской глазной больницы и директора Трахоматозного института (рис. 1).

Таким образом, во время отсутствия профессора В.П. Одинцова старший ординатор руководил Институт и Лечебницей. С этого времени завхоз документы не подписывал, и В.Н. Табаков единолично подписывался как «заместитель заведующего Лечебницей».

Требовательностью, и, возможно, щепетильным отношением к своим обязанностям запомнились годы руководства В.Н. Табакова. Так, приказы за его подписью звучали так: «...Некоторые врачи позволяют себе критику (осуждение) своих сотрудников в присутствии больных по поводу тех или иных лечебных мероприятий, доводящую иногда даже до внушения больным, «что их не лечат, а только якобы калечат», — считаю все изложенное преступлением, разлагающе действующим на массу больных, порождающим недоверие к

медперсоналу и дающим повод к каким угодно оскорблениям со стороны больных, выводящим потом сотрудников из нормальных условий работы».² Многочисленные его приказы по поводу опозданий сотрудников, повышению морального облика и культуры их общения свидетельствуют о его принципиальности и стремлении бороться с проявлениями грубости, безграмотности: «...По поводу инцидента, имевшего место 22 августа сего года в операционной амбулатории между ординатором Алексеевыми и фельдшерницей Твердюковой за неуместное замечание ординатора Алексеева по адресу фельдшерницы Твердюковой и оскорбительный ответ фельдшерницы Твердюковой доктору Алексееву делаю обоим замечание в приказе с предупреждением впредь при исполнении служебных обязанностей в стенах введенных мне лечебных учреждений быть всегда корректными. В случае каких-либо недоразумений

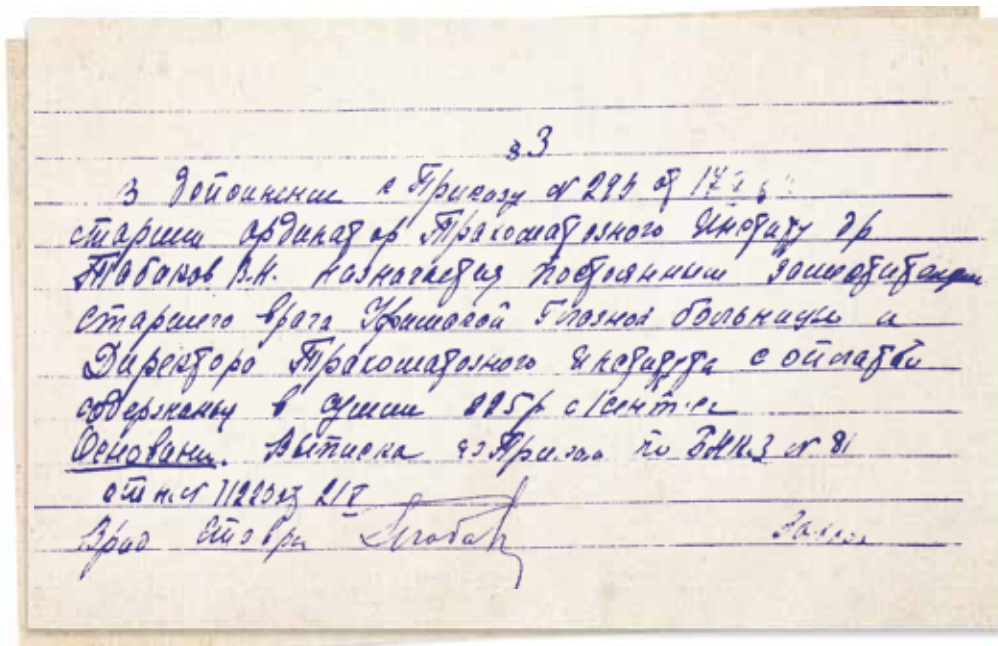


Рис. 1. Приказ об утверждении В.Н. Табакова постоянным заместителем старшего врача

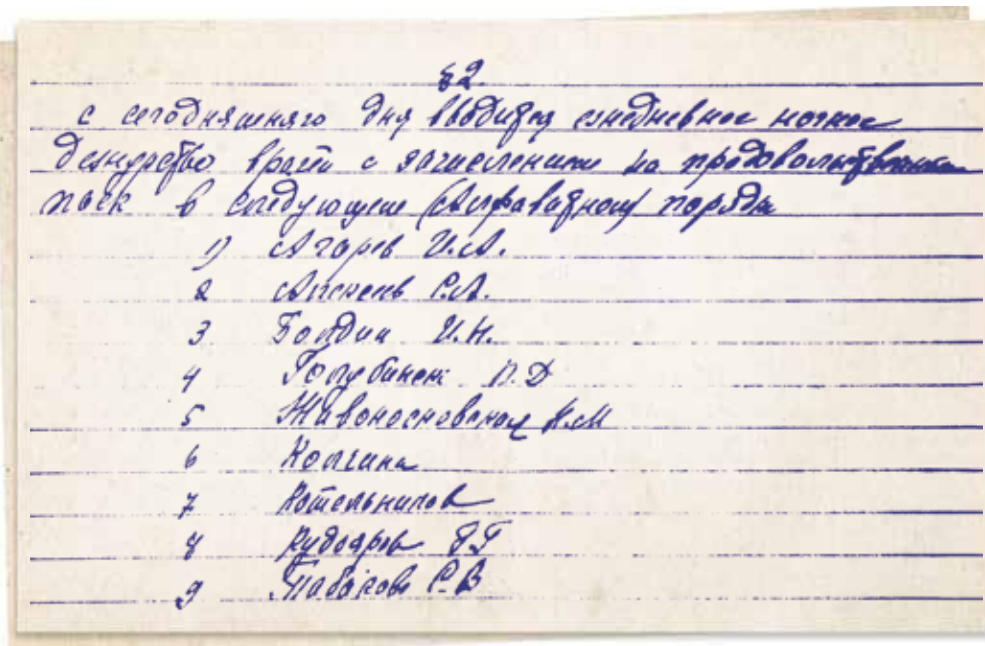


Рис. 2. Приказ о введении обязательного ночного дежурства врачей

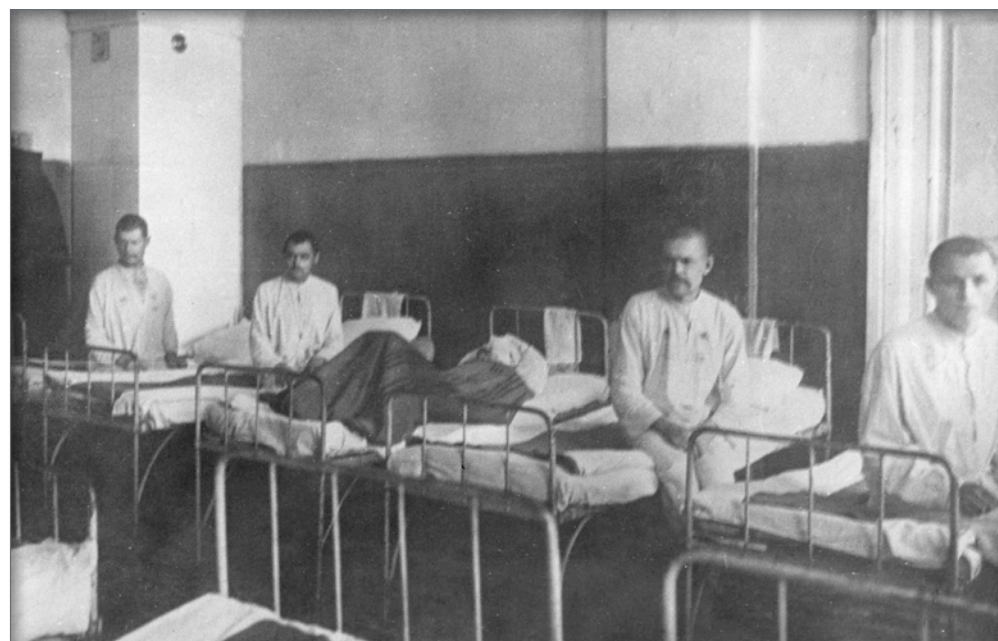


Рис. 3. Палата трахоматозного отделения Института



Рис. 4. Прием больного в амбулаторном отделении (на заднем плане Г.Х. Кудояров)

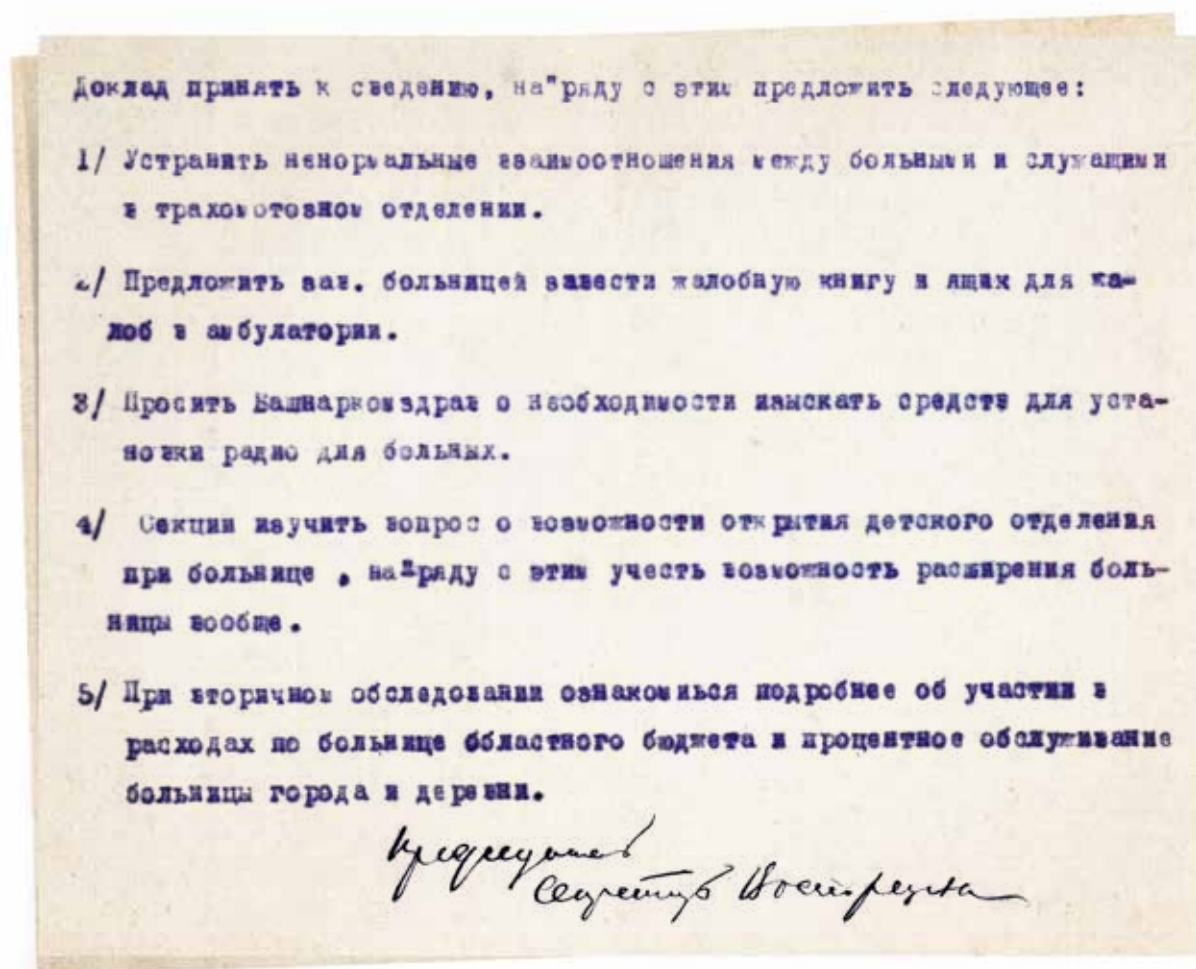


Рис. 5. Из протокола по результатам проверки Института в 1928 г. (НА РБ. Ф. Р-467. Оп. 2. Д. 467. Л. 264)

без малейших между собой пререканий обращаться за выяснением сущности взаимоотношений непосредственно ко мне, ибо подобное поведение сотрудников отражается худо не только на самой лечебной работе, но и подрывает авторитет положения в глазах больных».³

С 1 ноября 1927 г. в учреждениях вводится обязательное ночное дежурство врачей (рис. 2). До этого момента дежурные назначались из числа фельдшерниц. В летний период дежурства врачей отменялись в связи с выездами их в составе глазных отрядов.

В конце 1928 г. в Лечебницу и Институт была направлена Комиссия секции здравоохранения при горсовете для проведения проверки состояния работы учреждения. Итогом работы комиссии стал акт, позволивший узнать о состоянии дел в лечебном учреждении, об имеющихся хозяйственных недостатках и проблемах: «...Члены секции здравоохранения при Горсовете тов. Праткель, Козлов и Загидуллин начали обследование с чистого отделения — количество больных муж. 24, жен. 24. Состояние больницы — чисто и вполне удовлетворительно. И со стороны больных и персонала жалоб не имеется.

Дальше перешли в трахоматозное отделение — количество больных муж. 24, жен. 24, тоже в чистом виде, но со стороны больных имеется жалоба на одну смену — состоящ. из т. Егорова, Голубева и Мухаметгариева.

Дальше осмотрели кухню. Помещение кухни чистое, только неудобное, нет духовки и в том же помещении, где лежат больные при проведении обследования были щи и пирожки. Пирожки были, по нашему мнению, суховаты и выданное масло завхозом было не все употреблено.

Дальше осмотрели погреб, кладовые с продуктами и бельевой склад. Погреб чистый также и продуктовый склад чистый, и все покрыто и сухо. Бельевой склад подразделен — чистое белье и грязное белье в порядке уложены на полке, и помещение чистое».⁴

После проведенной проверки прошло заседание секции здравоохранения, где был заслушан доклад заместителя старшего врача В.Н. Табакова: «Глазная лечебница, по имеющимся сведениям, начала свое развитие с 1905 года от

попечительства слепых на 6 коек. Постепенно расширяя свою деятельность, она с осени 22 г. функционирует как самостоятельная единица, но в грязном, тесном и сыром помещении. Со следующего года, с переходом в новое здание, деятельность расширяется. Открывается трахоматозный институт, вводится вечерний прием для застрахованных. Глазная помощь работает при наличии отделений чистого, трахомного и амбулаторного приема. Имеет 2 кабинета: диагностический и лечебный, аппараты для которых вывозятся из-за границы. Обслуживается штатом в 40 человек, из них: завед.-профессор, 5 врачей, 6 фельдшеров. Занимая 2 каменных здания на улице /Пушкинскую/ и 2 деревянных во дворе, лечебница, между тем крайне стеснена размещением стационарных отделений».⁵

Отсутствие детского отделения и необходимость его развертывания был поднят В.Н. Табаковым, для чего докладчик предлагал освободить помещение имеющегося во дворе Лечебницы и Института «Дома матери и ребенка», не являвшегося подведомственным учреждением. Кроме того, сотрудники учреждений были вынуждены совмещать свою основную работу с работой в «Доме матери и ребенка»: «...Врача Кудоярова полагать работающим временно по дому матери и ребенка и грудника с 26 мая сего года с окладом 42 р. в месяц». В.Н. Табаков уведомлял секцию о возможности размещения в данном здании детского отделения со стационаром в 15-20 коек. Несмотря на поддержку данного предложения со стороны членов секции здравоохранения, на тот момент данная рекомендация не была претворена в жизнь».⁶

Члены секции здравоохранения отмечали, что в палатах чистого и трахомного отделений, в каждом из которых имелось 5 палат на 10 коек, тесновато, к тому же при наплыве больных количество находящихся увеличивалось (рис. 3). Проверяющие указывали также на факт обслуживания одними и теми же врачами пациентов обоих отделений, то есть отсутствовало разграничение потоков больных, несмотря на заразный характер трахомы.

Секция здравоохранения отмечала, что «...Чистое отделение лечебницы содержится на местном

бюджете — трахоматозный институт на государственном». В связи с этим наблюдалось «несправедливое» разделение в комплектации отделений, которое решалось путем перетурбации, возможно, не совсем корректно: «...все лучшие кровати, халаты и т.д., приобретенные на госбюджет, идет в чистое отделение за счет трахоматозного стационара. Объясняется это очень просто: при операции больных из чистого отделения вскрывают глазное яблоко, у трахоматозных — оперируют веки. У них помещения оборудованы худшими кроватями с набитыми соломенной матрацами и подушками, халаты никуда не годятся, нет белья, особенно полотенец».⁷

Работа в Лечебнице и Институте под руководством В.Н. Табакова была поставлена на должном уровне: через амбулаторию ежедневно проходило более 400 пациентов (рис. 4). При этом хирургических операций в стационаре было сделано 664, на поверхности век — около 9000. В Трахоматозном институте за год лечение получили 1178 человек, которые провели в стационаре 25963 койко-дня, что подразумевает нахождение каждого пациента на лечении в течение 22 дней. Лечение трахомы проводилось при помощи электричества и ультрафиолетовых лучей. Общий штат Лечебницы и Института состоял из 48 человек, из которых было 9 врачей.

Причина проверки деятельности Глазной лечебницы и Трахоматозного института была обозначена в конце проверки в виде предложений, среди которых первым пунктом выделено: «...Устранить ненормальные взаимоотношения между больными и служащими в трахоматозном отделении» (рис. 5). Это было вызвано разрозненностью в коллективе, которая на тот момент вышла из-под контроля руководства Института. Данная проблема, как обозначил в своих воспоминаниях профессор Г.Х. Кудояров, стала главной причиной ухода профессора В.П. Одинцова с должности директора Трахоматозного института: «...он вынужден был уйти из института из-за нездоровой обстановки, которую органически не переносил, и, к сожалению, не мог ее сам оздоровить».⁸

В последний раз в Уфу в качестве директора Института и заведующего Лечебницей профессор

В.П. Одинцов прибыл 26 декабря 1928 г., а уже 21 января 1929 г. был откомандирован обратно в Москву: «В дополнение Приказа № 3 заведующего Уфимской глазной лечебницей профессора Одинцова В.П. полагать откомандированным обратно в I М.Г.У. с 21 января, оплатив ему, согласно договоренности за проработанное время 500 руб. в месяц» (Приказ Б.Н.К.З. № 4 от 14.01.1929 г.)».⁹

В связи с этим Наркомздрав БССР объявил конкурс «... на должность заведующего Башкирским областным Трахоматозным институтом и Глазной лечебницей (постоянным консультантом состоит проф. Одинцов В.П.). Условия конкурса: желающие занять означенную должность должны иметь 15-летний общий врачебный стаж и из них не менее как 10-летний глазной клинический. Жалованье 275 руб. в месяц, подъемные в размере месячного оклада и оплата проездных до Уфы по действительной стоимости. Обязательство служить не менее двух лет. Срок конкурса по 1 ноября 1929 г. Кандидаты должны подавать заявления на имя Башнаркомздора (г. Уфа, Пушкинская, № 99) с подробным curriculum vitae. Народный Комиссар Здравоохранения БССР Кадыров».¹⁰

Профессор Г.Х. Кудояров указывал, что: «...После Виктора Петровича Уфимский трахоматозный

институт превратился в обычную практическую больницу, научная мысль замерла, несмотря на то, что главные смутьяны — покровители склоки, особенно Г.Ф. Лужинский и С.А. Алексеев, ушли».¹¹

¹Чудеса медицины // Красная Башкирия. — 1926. — 16 декабря

²Архив Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ. Арх. № 2. Л. 173

³Архив Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ. Арх. № 3. Оп. 4. Ед. хр. 3. Л. 81об.

⁴НА РБ. Ф. Р-467. Оп. 2. Д. 467. Л. 262. Л. 269

⁵НА РБ. Ф. Р-467. Оп. 2. Д. 467. Л. 262. Л. 262-263 об.

⁶НА РБ. Ф. Р-467. Оп. 2. Д. 467. Л. 263 об.

⁷НА РБ. Ф. Р-467. Оп. 2. Д. 467. Л. 262 об.

⁸Кудояров Г.Х. Моя жизнь — офтальмология. — Уфа: Гилем, 2010. — С. 60

⁹Архив Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ. Арх. № 4. Оп. 4. Ед. хр. 4. Л. 15 об.

¹⁰Офтальмологическая хроника // Русский офтальмологический журнал. — 1929. — Том X. — №1. — С. 400

¹¹Кудояров Г.Х. Моя жизнь — офтальмология. — Уфа: Гилем, 2010. — С. 62

Микроимпульсная циклофотокоагуляция
(ВЕРСИЯ 2.0)
И.Э. Иосин

И.Э. Иосин

МИКРОИМПУЛЬСНАЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ (ВЕРСИЯ 2.0)

Издательство:
ООО Издательство «АПРЕЛЬ»

Количество страниц: 192

Тип обложки: твердая

Формат: 160 × 230 мм

ISBN 978-5-6050300-4-1

Во втором издании монографии (версия 2.0) представлены новые сведения о микроимпульсной циклофотокоагуляции. Подробно описаны морфометрические изменения переднего отрезка глаза после лазерного воздействия, уточнены особенности послеоперационного периода. Добавлены результаты применения микроимпульсной циклофотокоагуляции в детской офтальмологии. Отдельно рассмотрены варианты комбинации микроимпульсной циклофотокоагуляции с другими лазерными и хирургическими вмешательствами. Определены перспективы развития метода с учетом безопасных и эффективных энергетических параметров. Предложено новое название операции — трансклеральная лазерная циклопластика, более точно отражающее механизм вмешательства.

Монография предназначена для врачей-офтальмологов.

КАК ЗАКАЗАТЬ КНИГУ:

1. На сайте интернет-магазина www.glazbook.ru; ВКонтакте <https://vk.com/glazbook>; Телеграм-канал <https://t.me/glazbook>
2. Для юридических лиц надо написать заявку на электронную почту издательства «АПРЕЛЬ» aprilpublish@mail.ru

ЧЕРЕЗ ИЗДАТЕЛЬСТВО «АПРЕЛЬ».

Информацию о заказе присылайте письмом на электронный адрес издательства aprilpublish@mail.ru.

В письме должно быть указаны:

1. Название организации
2. Полный почтовый адрес доставки с индексом
3. Контактный телефон с кодом города; мобильный телефон
4. Количество книг
5. Фамилию, имя, отчество ответственного лица для юридических лиц

После получения заявки на адрес издательства aprilpublish@mail.ru мы выставим счет, а также вышлем договор. Договор будет отправлен на адрес электронной почты, с которого пришла заявка, либо на любой другой, который Вы укажете в письме. Вы можете приехать к нам в издательство и получить оригинал счета и договора на руки, а также написать или позвонить по указанному в письме телефону в издательство. После оплаты необходимо прислать электронное письмо с пометкой «Микроимпульсная циклофотокоагуляция».

XVII Российский общенациональный офтальмологический форум (РООФ 2024)

Научно-практическая конференция с международным участием

> стр. 1

Секция «Достижения в диагностике и лечении офтальмопатологии»

Работу секции открыл д.м.н. Юсеф Н. Юсеф (Москва), выступивший с докладом на тему «Современные возможности гибридной фактоэмульсификации при патологии связочного аппарата хрусталика». Осложнения при фактохирургии в условиях подвывиха хрусталика могут возникнуть как во время проведения операции, так и после вмешательства. Среди интраоперационных осложнений автор назвал разрыв капсульного мешка, выпадение стекловидного тела, дислокация ядра и/или его фрагментов в стекловидное тело. Послеоперационные осложнения: отслойка сетчатки, вторичная глаукома, дислокация ИОЛ, отек макулы. Основными вызовами для хирурга при проведении ФЭК в условиях подвывиха хрусталика являются обеспечение стабильного положения и восстановление кругового контура капсульного мешка, минимизация тракций связочного аппарата, обеспечение стабильной интраоперационной фиксации капсульного мешка. Для фиксации и стабилизации капсульного мешка, а также для расширения зрачка при недостаточном мидриазе применяются крючки-ретракторы. Результаты многолетних исследований показали, что фиксация с применением четырех крючков-ретракторов наиболее эффективна и обеспечивает равномерное натяжение края капсулорексиса, что снижает до минимума вероятность его разрыва и риск интраоперационных осложнений и способствует стабильному положению ИОЛ в капсульном мешке. Для восстановления кругового контура капсульного мешка, стабилизации и центризации его положения, а также для создания благоприятных условий для внутрикапсульной имплантации ИОЛ широко применяется метод имплантации внутрикапсульного кольца. На протяжении многих лет при проведении ФЭК у пациентов с выраженным подвывихом хрусталика успешно применяется комбинированная методика интраоперационной фиксации и центризации капсульного мешка, которая заключается в одновременном использовании крючков-ретракторов и имплантации одного или двух внутрикапсульных колец.

Член-корреспондент РАН М.А. Лагарькова (Москва) выступила с докладом «Успехи и неудачи разработки клеточных технологий для применения в офтальмологии». Автор обратила внимание на то, что предварительные данные проведенных зарегистрированных клинических исследований с использованием продуктов, полученных из стволовых клеток, показали безопасность и терапевтический эффект. В настоящее время проводится множество клинических исследований с использованием пигментного эпителия сетчатки, однако трансплантация фоторецепторов находится в зачаточном состоянии. По мнению докладчика, эффективным средством для улучшения зрения мог бы служить совместный трансплантат (органойды). Проведенные исследования на животных подтвердили эту точку зрения. Режим иммуносупрессии должен быть стандартизирован,



Профессор Е.П. Тарутта, профессор М.А. Фролов

чтобы избежать связанных с этим системных побочных эффектов. Приоритетное направление должно составлять безопасность клеток, т.к. основную опасность представляют туморогенность, контаминация, несоответствие физиологическим свойствам ткани, генетическая нестабильность. М.А. Лагарькова подчеркнула необходимость выработки операционных стандартов. Эта задача должна быть решена с участием офтальмологов, клеточных биологов.

Для уменьшения нежелательных явлений необходимо совершенствовать существующие и создавать новые хирургические приемы. Трансплантация требует специальных хирургических подходов и нового инструментария для размещения клеток, которые вырабатываются в виде неповрежденного слоя. Потенциальной проблемой после операций по трансплантации является отслоение сетчатки. Исключительно важным приоритетом для заместительной клеточной терапии является определение стадии заболевания. Клинические исследования, связанные с возрастной макулярной дегенерацией у пациентов со значительной потерей зрения показали, что пересадка пигментного эпителия сетчатки не способна восстановить погибшие фоторецепторы, возможно только приостановить дальнейшее развитие заболевания; с другой стороны, проведение трансплантации при выявлении заболевания, но при отсутствии существенной потери зрения сопряжено с рисками и с возникновением этических проблем.

К.м.н. Д.Г. Арсюттов (Москва) рассказал об опыте организационно-методической и практической работы ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по развитию офтальмологической службы новых регионов.

Д.м.н. Р.Р. Файзрахманов (Москва) выступил с докладом на тему «Стратегия хирургии субмакулярных кровоизлияний». Хирургическое лечение подразумевает субретинальное введение препарата, в частности, препарата гемаса для смещения сгустка. Витреоретинальное вмешательство включает двухпортовую хирургию без витрэктомии с контролируемым введением раствора рекомбинантной проурокиназы 500 МЕ через канюлю 38 G субретинально с последующей тампонадой витреальной полости на 20% газовоздушной смесью гексафторэтана для поддержания объема и давления. В послеоперационном периоде пациент

находится в течение 1 часа на спине, затем в вертикальном положении с направленным взглядом на 60° ниже горизонта на 48 часов для смещения сгустка. Через 2 недели после операции в обязательном порядке назначается антивазопролиферативная терапия в режиме treat & extend. В дальнейшем восстановление функциональных параметров сетчатки зависит от объема кровоизлияния. Автор обратил внимание на то, что лечение пациентов с мелкими кровоизлияниями может быть ограничено антивазопролиферативной терапией, в то время как пациентам со средними и крупными кровоизлияниями требуется субретинальное хирургическое вмешательство.

Профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург) от группы авторов сделал доклад на тему «Рефракционная хирургия прозрачного хрусталика: современные технологии и перспективы». Показаниями к рефракционной замене прозрачного хрусталика при миопии являются значения миопии > 6 дптр в сочетании с аберрациями высшего порядка, при которой лазерная коррекция может привести к ухудшению зрения; тонкая роговица, высокий риск возникновения катаракты и глаукомы при мелкой передней камере при имплантации факичной ИОЛ; непереносимость очковой коррекции и контактных линз; при гиперметропии — высокие степени дальнозоркости в сочетании с аберрациями высшего порядка. Противопоказания: все воспалительные заболевания, регматогенные заболевания, ВМД с низким зрением, патология связочного аппарата; при миопии — хориоидальная неоваскуляризация.

За 5 лет в Санкт-Петербургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» проведено более 50 000 рефракционных операций с заменой прозрачного хрусталика. Среднее значение НКОЗ составило 0,76, МКОЗ — 0,92; в 71% случаев достигнута максимальная острота зрения без дополнительной коррекции, в 28% случаев сохранялась незначительная остаточная миопия; в ±1,0 дптр попали 100% пациентов, ±0,75 дптр — 97,6%, ±0,5 дптр — 89%, ±0,25 дптр — 80%. Зафиксированы случаи возвращения зрения к 1,0 у пациентов с миопическим астигматизмом; при гиперметропии были зафиксированы более скромные результаты.

По мнению авторов, при миопии слабой степени следует имплантировать мультифокальные ИОЛ, либо линзы с удлинением фокусом; при миопии высокой



Профессор М.М. Шишкин

степени — мультифокальные ИОЛ, либо линзы с удлинением фокусом (при готовности пациента получить низкое зрение для близи); при гиперметропии — линзы с удлинением фокусом, трифокальные ИОЛ.

С докладом на тему «Перспективы геропротективной терапии для профилактики и модифицирующего лечения возраст-ассоциированной патологии сетчатки» от группы авторов выступила профессор М.В. Зуева (Москва). Значительное увеличение продолжительности жизни и связанное с ней бремя старения признано критически важной проблемой здравоохранения в мире. В результате увеличения продолжительности жизни и общего старения популяции возрастает распространенность связанных с возрастом заболеваний сетчатки. Глаукома, ВМД и другие дегенеративные заболевания не отличаются по основным механизмам гибели клеток от нейродегенеративных заболеваний ЦНС, таких как болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера. Таким образом, можно предположить, что терапевтические результаты возможно экстраполировать между этими состояниями.

На сегодняшний день нейропротекция имеет значение как самостоятельная стратегия, противодействующая окислительному стрессу, воспалению и апоптозу клеток, а также является стратегией, способствующей успеху клеточной и генной терапии в лечении нейродегенеративных заболеваний сетчатки.

Известно, что для лечения возраст-ассоциированных заболеваний сетчатки используется специфическая терапия, которая не подходит для лечения других возрастных заболеваний, однако тесная связь всех возрастных патологий со старением предполагает наличие общего основного процесса старения и обосновывает вероятность того, что задержка старения должна также замедлять все возрастные заболевания и продлевать продолжительность здоровой жизни. Эта гипотеза была подтверждена в исследованиях терапевтического эффекта препарата рапамицин, показывающих, что препарат ослабляет симптомы многих связанных с возрастом заболеваний, замедляя старение. Рапамицин способен предотвращать или замедлять нейродегенеративные заболевания, включая ВМД, диабетическую ретинопатию, болезни Альцгеймера, Паркинсона и другие возрастные патологии.



Профессор Е.А. Дроздова

Старение сопровождается снижением функций организма и рядом изменений на клеточном и молекулярном уровне, включая генетические и эпигенетические изменения. Эпигенетические изменения, связанные со старением, включают метилирование ДНК, модификацию гистонов, ремоделирование хроматина, регуляцию некодирующей РНК и модификацию РНК, участвуют в регуляции процесса старения и, следовательно, способствуют возникновению заболеваний, связанных со старением. Поэтому понимание эпигенетических механизмов старения откроет новые возможности для разработки стратегий замедления старения.

Стратегии омоложения клеток включают эпигенетическое перепрограммирование, улучшение генома, модуляцию аутофагии, показано влияние на омоложение клеток малых молекул, факторов роста цитокинов.

Дегенерация сетчатки является сложной комбинацией генетических факторов и окружающей среды, сопровождается подавлением межклеточных механизмов устойчивости к стрессам. Недавно предложен новый класс терапевтических средств, препаратов, повышающих стрессоустойчивость для лечения острых и хронических патологических состояний, связанных со стрессом, включая возрастные и наследственные заболевания сетчатки. Предполагается, что препараты, повышающие стрессоустойчивость, сохраняют структурные функции дегенерирующей сетчатки путем селективного ингибирования фосфодиэстеразы.

Итальянские ученые обнаружили быструю реакцию нейроглобина на стресс, что подтверждает его значительную роль в сохранности сетчатки. Было установлено, что уровень нейроглобина, его внутриклеточное и внеклеточное распределение различаются в физиологическом и стрессовом состоянии. В физиологическом состоянии нейроглобин экспрессируется в основном в слоях сетчатки с наиболее высоким потреблением кислорода, это: фоторецепторы, ганглиозные клетки, синаптические соединения в наружном и внутреннем плексиформных слоях, аксоны ганглиозных клеток. Нейроглобин обеспечивает хранение, доставку кислорода этим клеткам, сохраняет функциональность митохондрий. При стрессовом повреждении уровень нейроглобина резко повышается во всех слоях сетчатки, что способствует поддержанию



Член-корреспондент РАН М.А. Лагарькова



Д.м.н. Р.Р. Файзрахманов



Профессор М.В. Зуева

функциональности митохондрий, ослаблению окислительного стресса и противодействует гибели клеток.

Важнейшее значение для улучшения профиля старения, снижения рисков возникновения возрастных заболеваний имеет здоровый образ жизни: уменьшение калорийности пищи, умеренная физическая активность и восстановление циркадного ритма.

Автор отметила, что при старении и нейродегенеративных заболеваниях, помимо нарушения динамики биоритмов резко снижается потенциал нейропластичности, поэтому значительный интерес вызывают методы геропротекции и зрительной реабилитации, направленные на активацию нейропластичности, для обеспечения готовности сетчатки и зрительной системы к восстановлению нарушенных нейронных связей. Специфические признаки структурной пластичности сетчатки выявляются при ассоциированных с возрастом заболеваниях, включая глаукому и ВМД. В ранних стадиях эти изменения носят характер адаптивной пластичности, направленной на восстановление структуры и связанной с ней функции сетчатки. В продвинутых стадиях заболеваний неадаптивная пластичность резко затрудняет восстановление нарушенных нейронных сетей и функциональной активности сетчатки.

Было обосновано, что применение фрактальных режимов в сенсорной стимуляции, с одной стороны, является перспективным для повышения потенциала нейропластичности, сниженного при старении человека, а с другой стороны, помогает восстанавливать динамику биологических ритмов, нарушенной при старении зрительной системы и при возраст-ассоциированной патологии. Было предложено и теоретически обосновано применение фрактальных оптических сигналов в технологиях стимуляционной терапии, и запатентованы способы и устройства фрактальной фототерапии, в которых флуктуации яркости формируются на основе фрактальных функций Вейерштрасса-Мандельброта. Авторами сделано предположение, что превентивное применение фрактальной фотостимуляции в качестве геропротективной терапии будет способствовать более длительному сохранению зрения и улучшению качества жизни пожилых пациентов; зрительная стимуляция оптическими сигналами фрактальной динамики обладает геропротективными свойствами и может быть полезной для профилактики и замедления прогрессирования глаукомы, ВМД и других возраст-ассоциированных заболеваний путем активации нейропластичности зрительной системы.

В заключение профессор М.В. Зуева отметила, что в настоящее время проводятся многочисленные исследования, направленные на поиски новых механизмов замедления старения. Наиболее действенными и перспективными на сегодняшний день средствами признаны технологии здорового долголетия, такие как физическая активность, ограничение калорий и восстановление здоровых биоритмов организма с помощью стимуляционной терапии, которые, как показано, способны оказывать глубокое влияние на все физиологические системы, включая зрительную систему.

Д.м.н. А.Н. Куликов (Санкт-Петербург) выступил с докладом «Актуальные проблемы офтальмотравматологии». Актуальность офтальмотравматологии обусловлена существенным увеличением доли пострадавших офтальмологического профиля

в вооруженных конфликтах последнего времени. По статистике СВО около 20% раненых являются ранеными офтальмологического профиля. В сравнении с контртеррористической операцией на Северном Кавказе роль открытой и закрытой травмы глаза остается высокой, при этом увеличивается доля повреждений глазницы — ранений и ее контузий — а также ожогов. Специфика боевой травмы глаза характеризуется «синдромом взаимного отягощения», который наблюдается как при комбинации поражающих факторов, так и при сочетанной травме с другими органами и системами. Около 62% «глазных» раненых имеют повреждения других анатомических структур. В сложившейся ситуации офтальмологи работают в тесном контакте с челюстно-лицевыми хирургами, нейрохирургами, отоларингологами, общими хирургами, травматологами, абдоминальными хирургами и т.д.

Более 50% ранений органа зрения приходится на открытую травму глаза типа С — проникающие прободные ранения с внутриглазным инородным телом; на втором месте — ранения без внутриглазных инородных тел; снизилась доля разрушений глазного яблока.

Любая открытая травма глаза представляет собой тяжелую травму, при этом около 80% пациентов имеют сомнительный и неблагоприятный исход лечения в соответствии с международной классификацией. Современные виды вооружений — дроны, артиллерийские боеприпасы и т.д. — обуславливают высокую частоту бинокулярных поражений, в т.ч. бинокулярных открытых травм глаза.

Самый сложный, «интересный», многочисленный (более 50%) вид открытой травмы глаза — травма глаза с внутриглазным инородным телом. При операции по удалению внутриглазных осколков применяется комбинированный путь — комбинация трансклиарного и переднего пути, основная цель которого — избежать извлечения осколков (особенно крупных) через цилиарное тело с тем, чтобы не наносить дополнительную хирургическую травму и снизить риски воспалительного и пролиферативного ответа, отслойки сетчатки, субатрофии и улучшить функциональный и косметический эффект.

Сотрудниками ВМА им. Кирова создан магнит 25 G для извлечения инородных тел через стандартные порты.

При удалении инородных тел важным этапом является удаление переднего гиалоида с целью избежать дислокации стекловидного тела в переднюю камеру и дополнительного повреждения капсулы хрусталика волокнами стекловидного тела. Далее выполняется задний капсулорексис, с помощью магнита 25 G происходит захват инородного тела, которое переводится через стекловидной камеры в переднюю камеру, и извлеченный через стандартный катарактальный разрез; затем проводится санация витреума и (в некоторых случаях вторым этапом) имплантация искусственного хрусталика в капсульный мешок.

Докладчик обратил внимание на то, что военная офтальмология «не стоит особняком» от общей офтальмологии. Зарубежные коллеги, специалисты НМИЦ предлагают новые технологии, с успехом применяемые для лечения боевой травмы глаза. В частности, речь идет об использовании эндоскопических систем, разработанных для орбитальной офтальмоонкологии, к примеру, для

удаления интраорбитального осколка; для осуществления эндоскопического контроля при проведении пластики перелома нижней стенки глазницы. При проведении пластики лицевого скелета используется «правило 3D»: 3D реконструкция, 3D моделирование, 3D печать, что позволяет достичь хороших косметических результатов.

В структуре боевых повреждений возросла доля ожогов: термических, комбинированных поражений, однако преобладают ожоги легкой и средней тяжести. Лечение ожогов базируется на современной концепции лимбальных и эпителиальных стволовых клеток; используются все современные достижения военной и общей офтальмологии. В остром периоде и на ранней репаративной фазе используются тенопластика, некротомия, покрытие глазной поверхности амниотической мембраной, а также применение аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы. В поздней репаративной фазе ожоговой болезни проводится реконструкция век и конъюнктивальных сводов и роговицы, пересадка малых слюнных желез, ауто- и аллолимбальная трансплантация и сквозная кератопластика.

В заключение д.м.н. А.Н. Куликов отметил, что современная боевая травма органа зрения характеризуется увеличением доли в структуре общих санитарных потерь и изменением офтальмологической структуры — увеличением долей ранений и контузий глазницы, ожогов, повреждений вспомогательных органов глаза при общем превалировании ОТГ и ОТГ типа С. Сохраняет свою актуальность основной принцип оказания помощи — сокращение этапов эвакуации пациентов с травмой органа зрения тяжелой степени для скорейшего поступления в офтальмологический центр, имеющий возможность реализовать весь спектр специализированной, в том числе, высокотехнологичной помощи.

«Дифференцированный хирургический подход в лечении язв роговицы» — тема доклада профессора М.М. Бикбова (Уфа). Лечение язвенных поражений роговицы — сложное направление в офтальмологии, не во всех случаях дающее положительный результат, особенно при глубоких язвах. Язвенные поражения роговицы сопровождаются риском потери зрения, при осложненном течении — развитием перфорации с выпадением внутренних оболочек глаза и в, конечном итоге, развитием субатрофии глазного яблока. Даже при успешном лечении оставшийся послеоперационный рубец может негативно влиять на зрительные функции. Язвенные поражения роговицы по тяжести течения в 17-21% случаев приводят к функциональной, в 8% случаев к анатомической гибели глаза.

Язвы роговицы требуют неотложной медицинской помощи, а в резистентных случаях, приводящих к перфорации, — неотложной хирургической помощи. Медикаментозное лечение представляет собой первый терапевтический подход и является определяющим шагом в дальнейшем ведении пациента с изъязвлением роговицы. Медикаментозное лечение включает антибактериальную, противогрибковую, противопаразитарную, репаративную, слезозаместительную и противовоспалительную терапии. На начальных этапах развития язв роговицы и для лечения инфекционных инфильтратов роговицы эффективным средством является кросслинкинг роговичного коллагена.

Осложненные язвы роговицы требуют хирургического вмешательства, однако оно

не во всех случаях гарантирует стабилизацию процесса. Хирургические методы включают радикальные методы и паллиативные. Радикальные методы — кератопластика (полная, субтотальная, частичная); паллиативные — биопокрывтия (амниотическая оболочка, аллогенные покрытия, аутоконъюнктивы, аутологичные ткани).

Показаниями к применению амниотической мембраны являются: изъязвления роговицы и стойкие эпителиальные дефекты; рецидивирующая эрозия роговицы; язва роговицы с наличием перфорации и без перфорации; дефекты конъюнктивы после удаления новообразований; рубцующийся конъюнктивит — синдром Стивенса-Джонсона; токсический эпидермальный некролиз; окулопластика в качестве потенциальной альтернативы трансплантации слезистой оболочки при ревизии век, выстилке глазницы или симблефаролизе; птеригиум, травма поверхности глаза, осложненный синдром сухого глаза.

Применение метода зависит от этиологии заболевания, глубины и размера раны, а также площади пораженной поверхности глаза или слезистой оболочки.

Ориентация АМ на поверхности глаза: поверхностная трансплантация амниона эпителиальной стороной вверх, при которой амнион замещает утраченную стромальную ткань вплоть до базальной мембраны; трансплантация АМ эпителиальной стороной вниз по периферии раны в качестве временной биологической повязки.

Далее автор привел клинические случаи успешного применения комбинированного способа трансплантации амниотической мембраны с проведением сквозной кератопластики.

В заключение профессор М.М. Бикбов указал на то, что наиболее эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения язв роговицы, особенно при наличии осложнений, остается кератопластика. Применение последних методик повышает шансы на успешный анатомический результат, а также сохраняет «ресурс глаза» для повторных вмешательств и дальнейшей функциональной реабилитации глаза. применение амниотической мембраны в различных ее комбинациях остается одним из эффективных паллиативных методов лечения тяжелых поражений поверхности глаза. применение традиционных способов биопокрывтия роговицы не всегда позволяет обеспечить тектонический эффект с герметизацией передней камеры при перфорированных язвах роговицы из-за ранней биодеградации или механического повреждения трансплантата. Поэтапное хирургическое лечение язв роговицы, осложненных перфорацией — «биопокрывтие» — с последующей кератопластикой с использованием амниотической мембраны может обеспечить стабилизацию воспалительного и деструктивного процесса, создав благоприятный фон для эффективной трансплантации роговицы и достижения высоких анатомофункциональных результатов в долгосрочной перспективе.

Профессор М.М. Шишкин (Москва) представил доклад на тему «Пролиферативная диабетическая ретинопатия у молодых. Особенности хирургического лечения». Докладчик отметил, что в России у молодых людей с СД-1 при длительности заболевания 15-20 лет частота ДРП составляет более 80%, в 25% случаев развивается пролиферативная диабетическая ретинопатия. У молодых пациентов (18-39 лет) с ДРП значительно раньше и быстрее развивается ПДР. У молодых пациентов с ПДР значительно раньше развиваются такие специфические осложнения, как нефропатия (60%), почечная недостаточность (23%) гипертония и т.д. Витреоретинальная хирургия пролиферативной ДРП сопряжена с риском серьезных осложнений — вмешательство может привести к развитию глаукомы, в 24% случаев наступает слепота.

Китайскими офтальмологами в 2020 году проведено сравнительное исследование особенностей пролиферативной ДРП у пациентов до 45 лет и после 45 лет. Было показано, что у лиц до 45 лет хроническая почечная недостаточность развивается в 47%, у лиц после 45 лет — в 21% случаев; пациенты на гемодиализе до 45 лет — 13,6%, после 45 лет — 4,2%; тракционные отслойки у лиц до 45 лет развиваются в 62% случаев, у лиц моложе 45 лет — в 12%; ретинономия у лиц моложе 45 лет проводится в 41,4% случаев, у лиц моложе 45 лет — в 17%; рецидивы отслоек у лиц старше 45 лет случаются

в 13% случаев, у лиц старше 45 лет — в 1,3%; повтор операции в 2 раза чаще проводится у лиц моложе 45 лет.

До наступления зры витреоретинальной хирургии при далекозашедшей ПДР применялось круговое эписклеральное пломбирование с целью ослабления периферических тракций, при этом положительный результат достигался в 54% случаев. В настоящее время, по данным литературы, круговое пломбирование в ходе ВРХ у пациентов с ПДР и тракционными отслойками сетчатки приводит к положительному результату в 92,5% случаев, при этом у 70% пациентов наступает улучшение зрения.

В заключение автор напомнил, что далекозашедшая ПДР у молодых пациентов развивается быстро, обычно поражаются оба глаза. Заболевание характеризуется прочной фиксацией стекловидного тела к сетчатке в области экватора и на периферии с фиброзом мест адгезии. ПДР требует ранней щадящей витреоретинальной хирургии с применением комплекса ингибиторов. Дозированное круговое пломбирование (цирляж), как показывают клинические примеры, компенсирует тракционный компонент на периферии глазного дна, оптимизирует санацию базального витреума, ингибирует пролиферативный процесс.

Профессор Е.А. Дроздова (Челябинск) сделала доклад на тему «Алгоритмы диагностики и лечения склеритов при системных заболеваниях». Склерит — хроническое, болезненное и деструктивное воспалительное заболевание склеры, часто связанное с системным заболеванием, реже связанное с инфекцией. Является одним из наиболее сложных состояний для лечения.

По локализации склерит классифицируется на передний (до границы прикрепления наружных мышц глаза), задний; по характеру поражения — диффузный, узелковый (нодулярный), некротизирующий — с признаками воспаления, без признаков воспаления, склеромалия.

Дифференциальные клинические признаки. Эписклерит: быстро купируется, отсутствие боли, легкий дискомфорт (жжение, легкое раздражение), локализованный характер, реакция на фенилэфрин. Склерит: длительное течение с нарастанием симптоматики; боли, усиливающиеся при пальпации, с иррадиацией; боль, усиливающаяся ночью; разная локализация; отсутствие реакции на фенилэфрин.

Ассоциация склерита с системными аутоиммунными заболеваниями наблюдается в 30-50% случаев. Это такие заболевания как ревматоидный артрит, синдром Шегрена, полиангиит с гранулематозом, системная красная волчанка, узелковый периартериит, рецидивирующий полихондрит. В 38,7% случаев первым признаком аутоиммунного заболевания является поражение глаза. Наиболее частой причиной развития склеритов, в т.ч. некротизирующего склерита, при системных заболеваниях является ревматоидный артрит.

Осложнения склерита: истончение склеры и роговицы, перфорация склеры, кератит, передний увеит, макулярный отек, эпиретинальная мембрана, глаукома (воспалительная, стероидная) осложненная катаракта, экссудативная отслойка сетчатки (задний склерит), эндофтальмит, панеофтальмит.

В задачи лабораторной диагностики входит исключение инфекционной этиологии, исследование на системные инфекции, выяснение системной патологии, биохимический анализ крови; консультация терапевта, ревматолога, пульмонолога, дерматовенеролога, отоларинголога и т.д.

Инструментальная диагностика включает ОКТ переднего отдела и сетчатки, УЗИ глазного яблока (УЗ биомикроскопия, В-сканирование в заднем отделе глазного яблока при заднем склерите), МРТ орбиты при подозрении на задний склерит или сопутствующие изменения орбиты.

Лечение склерита при системных аутоиммунных заболеваниях включает как локальную, так и системную терапию. При переднем диффузном склерите назначаются НПВП, системные стероиды только при необходимости; при переднем узловом склерите — НПВП, системные ГКС только при необходимости; при переднем некротизирующем склерите — системно ГКС, иммуносупрессанты (прогноз зависит от системного заболевания); лечение заднего склерита включает назначение ГКС системно и иммуносупрессанты (прогноз сложный). Локальная терапия включает назначение глюкокортикостероидов и НПВП. При назначении



Д.м.н. А.Н. Куликов

инстилляций необходим контроль ВГД. Инъекции назначаются парабулбарно, однако при заднем и некротизирующем склеритах инъекции противопоказаны. Автор обратила внимание на то, что при периферической язве роговицы инстилляцией НПВП противопоказаны.

НПВП назначаются при болевом синдроме, в качестве противовоспалительной терапии (эписклерит), в комбинации с ГКС для уменьшения стероидной нагрузки. Глазные капли: бромфенак, диклофенак, непафенак. Продолжительность применения зависит от активности и глубины поражения — от 7 дней до нескольких месяцев.

Таким образом, склерит является потенциально опасным для зрения состоянием. По этиологии большинство склеритов являются неинфекционными, часто ассоциированы с системными аутоиммунными заболеваниями. Лечение зависит от локализации, тяжести течения и ассоциации с системным заболеванием. При легкой и средней тяжести воспаления лечение преимущественно локальное: НПВС, ГКС, системное лечение — НПВС; при тяжелом течении дополнительно требуется системная терапия, назначаемая совместно с профильными специалистами.

Профессор Е.П. Тарутта (Москва) от группы авторов сделала доклад на тему «Рефрактометрия после различных способов корнеального решейпинга». Актуальность темы обусловлена тем, что контактное и хирургическое исправление аномалий рефракции, в частности, миопии, приводит к искажению показателей рефрактометрии. К примеру, пациент со 100% зрением при исследовании на авторефрактометре демонстрирует миопию в 2-4 дптр. На результаты рефрактометрии могут оказывать влияние качество слезной пленки, угол каппа, т.е. несовпадение оптической оси и зрительной линии, однако главным образом искажение показателей обусловлено изменением топографии (решейпингом) роговицы.

Каждая модель офтальмометра определяет рефракцию роговицы в строго определенной зоне, различной для разных приборов, и не показывает рефракцию самого центра. Схематическая зрительная ось и ось от предмета к желтому пятну — линия зора — также не совпадают, что еще больше усугубляет ошибку измерения. В 1989 году, используя несколько моделей офтальмометров, в МНИИ ГБ им. Гельмгольца авторы определяли рефракцию роговицы в 1,5 мм (Жаваль), 2,0 мм (Карл Цейсс) и 2,5 мм (Оптон) от центра и на основе графиков «рефракция роговицы — расстояние от центра» путем экстраполяции определяли рефракцию роговицы в центре. Было обнаружено возрастание величины астигматизма и уменьшение величины рефракции по мере удаления от центра к периферии. По результатам исследований авторы пришли к заключению о том, что центр роговицы представляет собой участок сферы с максимальным рефракцией и минимальным астигматизмом; при удалении от центра на 2 мм астигматизм возрастает на 0,91 дптр, а рефракция ослабевает на 2,1 дптр.

По данным современных авторов, кератометрия проводит измерения только в 4 парацентральных точках роговицы, игнорируя ее центральную часть. Видеокартографы также проводят измерения в пределах 3 мм зоны. В глазах, подвергшихся эксимерлазерной хирургии, помимо уплощенной центральной зоны имеется фактор уменьшения толщины роговицы в центре,



Профессор М.М. Бикбов

что и приводит к изменению рефракционного индекса (аппараты используют стандартизированный РИ); это также приводит к ошибкам измерения рефракции.

При коррекции гиперметропии центральные отделы роговицы становятся более выпуклыми и приобретают более высокую преломляющую способность; при коррекции миопии центральные отделы уплощаются, индекс преломления снижается, при этом парацентральные зоны приобретают повышенный индекс преломления (миопизируются).

Авторефрактометры для предотвращения сильного рефлекса от передней поверхности используют оптический принцип Pupil dividing (разделение зрачка), способный затмевать все прочие изображения. Этот принцип означает, что свет, поступающий в глаз, не проходит через всю плоскость зрачка, только периферические отделы зрачка участвуют в создании на сетчатке изображения тест-объекта, по которому прибор вычисляет рефракцию. При увеличении положительной сферической аберрации (СА) (после различных видов корнеального решейпинга) периферические измерительные

лучи встречаются с более сильной рефракцией, что приводит к сдвигу результатов измерения в сторону миопии по сравнению с субъективной рефракцией. При субъективной оценке используется вся зрачковая зона, включая центр.

Цель работы заключалась в разработке способа определения рефракции у пациентов с измененной топографией передней поверхности роговицы или оптической системы «глаз+КЛ». В исследовании приняли участие 57 пациентов (114 глаз) в возрасте 12-30 лет с миопией слабой и средней степени, скорректированной различными методами: бифокальные МКЛ (40 глаз), ОК-линзы (30 глаз), LASIK (22 глаза), ФРК (22 глаза). Всем пациентам проводилось измерение рефракции тремя методами: стандартная авторефрактометрия, на абберрометре с определением дефокуса (сферозэквивалента рефракции), а также наименьшего локального значения рефракции в пределах зрачковой зоны. Всем пациентам также проводился дуохромный тест (на основе данных карты оптической разности хода лучей (OPD), демонстрирующих локальные ошибки рефракции всей оптической системы глаза) с шагом в 0,25 дптр с предьявлением оптопиков на красном и зеленом фоне. Сила добавочного стекла, равно улучшающего остроту зрения на зеленом и красном фоне, соответствовала клинической рефракции глаза в надетой БМКЛ, после ОК-коррекции или других видов контактного или хирургического решейпинга роговицы.

Наибольшее отклонение наблюдалось в БМКЛ; ОК-линзы также продемонстрировали значительный сдвиг в сторону миопии; данные после эксимерлазерной коррекции практически не отличались по всем трем методам.

Таким образом, подводит итог профессор Е.П. Тарутта, указанный способ необходим для проведения функциональных исследований, уточнения адекватности подбора БМКЛ и ОКЛ, дозирования рефракционных операций в сложных случаях, особенно после длительного ношения ОК-линз.

Репортаж подготовил **Сергей Тумар**
Фотографии предоставлены оргкомитетом

FOCUS
Материалы для микрохирургии

MBD.05.S
DORC MEMBRANBLUE DUAL

ILMB.05.S
DORC ILMBLUE

ОКРАШИВАЮЩИЕ РАСТВОРЫ
ДЛЯ ВНУТРЕННЕЙ ПОГРАНИЧНОЙ И ЭПИРЕТИНАЛЬНОЙ МЕМБРАН

EFT-07-OCT
DORC EFTIAR OCTANE

EFT-07-DEC
DORC EFTIAR DECAIN

ПЕРФТОРДЕКАЛИН И ПЕРФТОРОКТАН
ДЛЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ТАМПОНАДЫ

SIL-1000-S
DORC SIL-1000-S SYRINGE

SIL-5000-S
DORC SIL-5000-S SYRINGE

СИЛИКОНОВОЕ МАСЛО
ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТАМПОНАДЫ

+7 (495) 646-72-51 **info@focus-m.ru** **www.focus-m.ru**

SCHWIND SmartSight: новые горизонты в рефракционной экстракции лентиккулы

Сателлитный симпозиум компании «Трейдомед Инвест»

В рамках программы 24-го Всесоюзного научно-практического конгресса «Современные технологии катарактальной, рефракционной и роговичной хирургии» состоялся сателлитный симпозиум «SCHWIND SmartSight: новые горизонты в рефракционной экстракции лентиккулы», организованный компанией «Трейдомед Инвест».

В первом докладе профессор Марко Фантоцци (Италия) рассказал о новых возможностях фемтосекундного лазера SCHWIND ATOS и об опыте его применения в хирургической практике.

Были представлены уникальные технические характеристики лазера: низкая доза энергии, высокая частота повторения импульсов, а также оптическая система, включающая высокую числовую апертуру.

Автор также рассказал о новых возможностях SCHWIND ATOS, которые станут доступны в самое ближайшее время: новейшая система центрирования и активного слежения за глазом SenTux, которая обеспечит полностью автоматизированную компенсацию циклоторсии и активную компенсацию остаточной ошибки стыковки. Профессор поделился опытом применения данного алгоритма и продемонстрировал принцип его работы.

В перспективе — возможность коррекции астигматизма без миопического компонента, а также интеграция модуля, позволяющего проводить имплантации стромальных колец для лечения кератоконуса.

Далее автор представил свои послеоперационные результаты, полученные на фемтосекундных лазерах SCHWIND ATOS и ZEISS VISUMAX 800. Для более наглядного сравнения профессор проводил рефракционную экстракцию лентиккулы следующим образом: левый глаз оперировали на SCHWIND ATOS, правый — на ZEISS VISUMAX 800, и наоборот.

В итоге были получены сопоставимые результаты, однако автор отметил следующие преимущества технологии SCHWIND SmartSight: экономия ткани по сравнению с технологией SMILE Pro в среднем на 15 мкм, профиль лентиккулы сравним с профилем абляции эксимерного лазера SCHWIND AMARIS.

В заключение профессор Марко Фантоцци отметил, что благодаря новым функциям, которые уже интегрированы в лазер и которые появятся в ближайшей перспективе, SCHWIND ATOS является универсальной и одной из лидирующих фемтосекундных систем на рынке.

К.м.н. О.А. Клокова (Краснодар) от группы авторов выступила с докладом «SmartSight — диапазон возможностей (обзор клинических случаев)». Пациентка М. 38 лет, диагноз: «миопия слабой степени, сложный миопический астигматизм»; острота зрения OD до операции — 0,05 sph -3,0 cyl -1,5 ax 1° = 1,0; OS — 0,05 sph -3,0 cyl -0,75 ax 5° = 1,0. После проведения вмешательства по технологии SmartSight с применением лазерной установки SCHWIND ATOS острота зрения у пациентки повысилась на OD до 1,0 (ref sph +0,25 cyl 0), на OS до 1,0 (ref sph -0,5 cyl -0,25 ax 3°) monovision, при этом была достигнута рефракция цели. Данные aberromетрии выявили практическое отсутствие индуцирования аберраций высокого порядка.

Пациент А. 23 года, диагноз OD «миопия средней степени, сложный миопический астигматизм», диагноз OS «миопия средней степени, сложный миопический астигматизм, амблиопия»; острота зрения OD до операции — 0,05 sph -6,0 cyl -2,0 ax 15° = 1,0; OS — 0,05 sph -6,0 cyl -2,0 ax 4° = 0,7. Автор обратила внимание на то, что при проведении лентиккулярного вмешательства



Профессор Э.Н. Эскина, А.В. Титов, к.м.н. О.А. Клокова, к.м.н. А.Б. Качанов



К.м.н. О.А. Клокова



К.м.н. А.Б. Качанов



А.В. Титов

остаточная толщина роговицы не должна быть меньше 280-300 мкм, кроме того, важным условием, обеспечивающим успех операции, является объективный контроль циклоторсии. Острота зрения после операции: OD = 1,0; OS = 0,7. В сравнении с другими технологиями лентиккулярной хирургии SmartSight обеспечивает более быстрое и качественное восстановление зрения после операции.

Автор привела клинический случай пациентки Б. 19 лет с диагнозом «OS миопия слабой степени, стационарная, сложный миопический астигматизм»; острота зрения до операции OS — 0,08 sph -2,25 cyl -1,0 ax 177° = 1,0. В момент проведения операции случилась потеря вакуума. Технические возможности установки SCHWIND ATOS позволили в тот же день продолжить операцию с благоприятным исходом. Послеоперационная острота зрения OS = 0,85; данные рефрактометрии: sph +0,5 cyl -0,25 ax 170°.

Клинический пример пациентки Р. 27 лет: диагноз OS «врастание эпителия в центральной оптической зоне, оперированная миопия, состояние после операции SmartSight». Во время повторного вмешательства использовалась функция edgescut only. По стандартной методике проведен разрез, удален эпителий, проведена репозиция. Острота зрения OS до повторного вмешательства 0,35 с диафрагмой = 0,7 ref sph +2,25 cyl -4,75 ax 174°; после удаления эпителия = 1,0 ref sph -0,25 cyl -0,5 ax 175°; по данным ОКТ зона врастания эпителия свободна.

В заключение автор отметила, что вмешательство по методике SmartSight, выполняемое на установке SCHWIND ATOS, обеспечивают точность и безопасность благодаря технологии слежения за глазом, бережный расход ткани благодаря оптимизированной геометрии лентиккулы, щадящее воздействие на ткань за счет низкой

энергии излучения. Высокотехнологичная система сканирования обеспечивает высокое качество формируемой поверхности по всех роговице.

К.м.н. А.Б. Качанов (Санкт-Петербург) на клинических примерах представил технологию кераторефракционной лентиккулярной экстракции SmartSight для коррекции сложного астигматизма. Автор обратил внимание на необходимость дозированного использования энергии, с учетом того что высокий уровень энергии способствует легкому отделению лентиккулы, но может вызвать повреждение роговичной ткани, а низкий уровень энергии вызывает потребность более интенсивной работы шпателем, что также может привести к повреждению роговичной ткани.

Система Eye Centering & Ciclotorsion Control, входящая в стандартную комплектацию SCHWIND ATOS, позволяет отслеживать положение глаза во время операции и

обеспечивает максимально точное позиционирование лазера относительно глаза. Эта опция имеет важное значение для коррекции астигматизма. А.Б. Качанов обратил внимание на появление новейшей системы SenTraх, обеспечивающей полную автоматическую компенсацию циклоторсии и активную компенсацию ошибок стыковки.

Далее автор представил результаты применения технологии SmartSight для коррекции миопии и сложного миопического астигматизма. Работа выполнялась на платформе фемтолазера SCHWIND ATOS для коррекции миопии различной степени со сферическим компонентом от -1,00 дптр до -8,75 дптр и астигматизмом (цилиндром) от -0,25 до -5,0 дптр. В исследовании приняли участие 50 пациентов (100 глаз); период наблюдения составил 3 месяца. В результате проведенных операций средняя некоррегированная острота зрения (НОЗ) вдаль изменилась с $0,07 \pm 0,06$ до $0,84 \pm 0,19$ на следующий день, до $0,89 \pm 0,19$ через 1 неделю, до $0,94 \pm 0,28$ через 1 месяц, до $0,99 \pm 0,29$ через 3 месяца. Через 3 месяца эффективность операции (соотношение НОЗ к коррегированной остроте зрения (КОЗ) вдаль до операции) достигла 1,0. Стабильность операции: сферический эквивалент рефракции (СЭР) изменился с $-4,59 \pm 1,94$ до операции до $0,04 \pm 0,66$ дптр на следующий день, через 1 неделю до $0,13 \pm 0,89$ дптр, через 1 месяц до $0,15 \pm 0,67$ дптр, через 3 месяца до $-0,34 \pm 0,78$ дптр. Автор подчеркнул, что регрессии рефракционного эффекта в течение трех месяцев наблюдения практически не отмечалось.

Предсказуемость: в интервал $0 \pm 0,25$ дптр — 44 глаза (44%), $0 \pm 0,5$ дптр — 79 глаз (79%), $0 \pm 1,0$ дптр — 100 глаз (100%). Индекс безопасности через 3 месяца превышал показатель 1,0.

Осложнения и побочные эффекты: на 1 глазу отмечена потеря вакуума перед выкраиванием инцизии; на 6 глазах — быстро проходящие субконъюнктивальные петехии; на 1 глазу — легкая гипосфагма в зоне фиксации глазного яблока. Серьезные осложнения (кератоконус, кератиты, тяжелые проявления синдрома «сухого глаза» и прочие) отсутствовали.

Клинический пример пациента Р. 41 года: острота зрения до операции OD 0,080 sph -2,00 cyl -3,00 ax $165^\circ = 0,450$; OS 0,100 sph -1,25 cyl -5,00 ax $12^\circ = 0,350$; на следующий день после операции OD = 0,4; OS = 0,3.

Клинический пример пациентки Б., возраст 30 лет: острота зрения до операции OD 0,060 sph -6,25 cyl -1,00 ax $10^\circ = 1,00$; OS 0,050 sph -6,50 cyl -1,25 ax $175^\circ = 1,00$; на следующий день после операции OD = 1,00; OS = 1,00.

В заключение среди преимуществ технологии SmartSight автор отметил мягкий и комфортный докинг для пациента; относительную легкость мануального удаления выкроенной лентиккулы; возможность выкраивания тонкой крышки до 100 мкм; возможности коррекции сферической миопии от -0,5 дптр до -12,0 дптр, а также цилиндра от -6,0 дптр до +6,0 дптр; хорошую компьютерную визуализацию выкраивания и удаления лентиккулы на экране фемтолазера SCHWIND ATOS; а также вогнутую (конгруэнтную форме роговицы) форму интерфейса.

С заключительным докладом на тему «Сравнительный анализ результатов современных методик экстракции лентиккулы при коррекции миопии: SmartSight, Smile, CLEAR» выступил А.В. Титов (Санкт-Петербург). Цель исследования заключалась в оценке клинко-функциональных результатов коррекции миопии средней степени по технологии рефракционной экстракции лентиккулы на этапе освоения метода, выполненной с помощью фемтосекундных лазеров VisuMax, LDV Z8, SCHWIND ATOS, а также в изучении изменения биомеханических свойств роговицы после проведения кераторефракционных вмешательств по методикам ReLEx SMILE, CLEAR и SmartSight у пациентов с миопией средней степени.

Технология ReLEx SMILE: низкая энергия; вогнутая поверхность treatment pack; наличие минимальной переходной зоны; быстрое формирование лентиккулы; возможность создания дополнительной инцизии; отсутствие системы центрации; отсутствие системы контроля циклоторсии.

Технология CLEAR: интраоперационная ОКТ переднего отрезка; возможность центрирования после докинга; мануальная компенсация циклоторсии; доступность нескольких вариантов центрирования: по центру зрачка, по точке фиксации, по разметке роговицы; дополнительные газоотводящие туннели для минимизации развития OBL и более легкого выделения лентиккулы.

Технология Smart Sight Lenticule Extraction (SSLE): возможность планирования операции и импорт данных из анализатора переднего отрезка Sirius; безопасность за счет системы слежения за глазом и автоматической компенсации циклоторсии; точное центрирование даже для пациентов с высоким астигматизмом; дополнительное тканесбережение благодаря оптимизированной геометрии лентиккулы; визуальный контроль

создания лентиккулы; комфорт пациента за счет изогнутого контактного стекла.

Среди возможных сложностей при проведении лентиккулярных вмешательств А.В. Титов назвал движения глаза во время фемтоэтапа; срыв вакуума, при этом преимуществом технологии SmartSight является возможность продолжения операции на той же лицензии; разрыв лентиккулы. По мнению автора, срыв вакуума и разрыв лентиккулы являются исключительно следствием недоработки хирурга.

Обследованы и прооперированы 240 пациентов (240 глаз) с миопией средней степени; возраст от 20 до 40 лет; сроки наблюдения составили 1 и 3 месяца.

Анализ динамики НКОЗ на следующий день после операции, через 1 месяц и через 3 месяца во всех трех группах показал сопоставимые результаты; послеоперационный

рефракционный результат по SE: все пациенты на следующий день после операции попали в группу $\pm 1,0$ дптр, через 1 месяц — в группу $\pm 0,5$ дптр.

Оценка биомеханических свойств роговицы осуществлялся на приборе CORVIS ST до рефракционной операции и через 1 месяц после нее. Статистически достоверной разницы в биомеханической прочности у пациентов трех групп выявлено не было.

В заключение автор отметил, что анализ клинко-функциональных результатов коррекции миопии, выполненной по технологиям SmartSight, Smile, CLEAR, показал высокую результативность и сопоставимость по основным анализируемым параметрам.

Материал подготовил **Сергей Тумар**

Фото Сергея Тумара



SCHWIND ATOS® с технологией SmartSight

Интеллектуальная фемтосекундная лазерная технология от SCHWIND




SmartSight — технология выкраивания лентиккулы фемтосекундным лазером с её последующей экстракцией через малый разрез, включающая в себя интеллектуальный трекинг глазного яблока и автоматическую компенсацию циклоторсии

Преимущества

- Высокий уровень безопасности за счёт продвинутой системы слежения и автоматической компенсации циклоторсии
- Точное центрирование лентиккулы с учётом угла каппа
- Высокая гладкость и гомогенность формируемой поверхности
- Экономичный расход ткани за счёт улучшенной геометрии лентиккулы
- Изогнутое контактное стекло интерфейса пациента
- Компактный и гибкий в использовании



Эксклюзивный дистрибьютор «SCHWIND» (Германия) в России и странах СНГ — компания «Трейдомед Инвест»

Информация предназначена для медицинских работников

Реклама

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412. Тел.: (495) 662-78-66

E-mail: publication@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru

Пироговский офтальмологический форум

> стр. 1

Секция «Инновации в лечении роговицы»

А.С. Семакина (Москва) в своем докладе рассказала об опыте применения инъекционного кератопротектора при эрозиях роговицы. Эрозии роговицы делятся на герпетические, бактериальные, травматические, трофические, химические, рецидивирующие. Лечение включает этиотропную терапию (антибактериальную, противовирусную, антисептическую), противовоспалительную, репаративную терапию.

Среди критериев выбора препаратов автор отметила эффективность, кратность закапывания, влияние состава на слезную пленку, отсутствие противопоказаний. Далее А.С. Семакина остановилась на препаратах СФЕРО Око и СФЕРО Гель.

Показаниями к применению СФЕРО Око являются эрозия роговицы, контузия глаза, проникающие и непроникающие ранения инородным телом, химические и термические ожоги, ожоги УФ-излучением, радиационные поражения, ближайший послеоперационный период и период реабилитации после офтальмологических операций.

СФЕРО Гель представляет собой биомиметик внеклеточного матрикса для стимулирования регенерации поврежденных тканей и применяется в инъекционной форме в лечении эрозий роговицы. Для проведения терапии были отобраны 37 пациентов (женщины 22-78 лет), страдающих эрозией роговицы различной этиологии: бактериальная — 10 чел., травматическая — 10 чел., герпетическая — 10 чел., трофическая — 5 чел., химическая — 2 чел. Критериями отбора служили длительное лечение (более 1 недели без существенной динамики), сомнительная приверженность пациента, рецидивы в анамнезе, сопутствующие заболевания или прием препаратов, замедляющие репарацию. Методами контроля служили биомикроскопия с окраской флуоресцеином и ОКТ роговицы. Длительность полной эпителизации бактериальной эрозии составила 4,4 сут. (от 3 до 7), травматической 4,3 сут. (от 3 до 5), трофической 6,6 сут. (от 5 до 8), химической 8 и 9 сут.

Таким образом, результаты применения препарата СФЕРО Гель показали, что инъекционное введение гелевого кератопротектора в комплексной терапии эрозий различного генеза ускоряет процессы заживления, снижает капельную нагрузку на пациента и не зависит от приверженности пациента.

С докладом на тему «Интрастромальная кератопластика в лечении кератоконуса» от группы авторов выступил А.В. Титов (Санкт-Петербург). Среди всех заболеваний глаза патология роговой оболочки различного генеза, по данным ВОЗ, составляет 25%. В этой структуре заболеваний кератоконус (КК) составляет 0,6-0,9%. При лечении КК применяются такие методы, как кросслинкинг роговичного коллагена, интраламеллярная кератопластика.

Цель работы заключалась в анализе результатов интрастромальных видов кератопластики в лечении КК с использованием фемтосекундного лазера в С-Пб филиале МНТК «МГ». Анализировалась статистика имплантации интрастромальных роговичных сегментов в С-Пб филиале за 2017-2024 гг., результаты имплантации



Академик РАН А.Ф. Бровкина

интрастромальных роговичных сегментов у пациентов с КК II-III стадий с использованием фемтолазера, проводился анализ результатов одномоментного лечения КК I-III стадий с применением различных технологий, а также анализ результатов интраламеллярной кератопластики с имплантацией донорского роговичного материала.

Интраламеллярная кератопластика с имплантацией роговичных сегментов. Во всех случаях формирование тоннеля проводилось с помощью фемтосекундного лазера; в настоящее время выполнено более 400 операций; за весь период наблюдения интраоперационных осложнений не было отмечено ни в одном случае; в отдаленный период эксплантированы 3 (0,8%) сегмента (протрузия).

Анализ результатов имплантации интрастромальных роговичных сегментов у пациентов с КК II-III стадий с использованием фемтолазера. Формирование роговичного тоннеля проводилось с помощью установок Visumax и Femto LDV X8; роговичные сегменты на основе полиметилметакрилата; расчеты проводились с помощью номограммы Keraring Calculation Guidelines 2009.

Проводился анализ следующих показателей: НКОЗ, МКОЗ, сферический компонент, цилиндрический компонент, Кмах. Сроки наблюдения: 1 сутки, 3 и 6 месяцев после операции.

На первые сутки наблюдения у всех пациентов наблюдалось артактивное течение послеоперационного периода. Биомикроскопически роговица во всех случаях была прозрачна, операционный разрез герметичен, сегменты визуализировались в глубоких слоях стромы роговицы. Глубина имплантации сегмента соответствовала запланированной. Анализ динамики показателей ОЗ без коррекции выявил высокий функциональный результат в первый день после операции с $0,18 \pm 0,19$ до $0,37 \pm 0,28$; статистически достоверное повышение зрения наблюдалось через 3 и 6 месяцев до $0,42 \pm 0,28$ и $0,48 \pm 0,28$ соответственно в сравнении с предыдущими данными обследования. Также отмечалось статистически достоверное повышение максимально скорректированной ОЗ на все промежутке наблюдения. Показатели рефракции также претерпели существенные изменения: величина сферозэквивалента статистически достоверно снизилась в сравнении с дооперационными данными с $-1,97 \pm 4,49$ до $-1,26 \pm 3,36$; $-0,89 \pm 2,79$ и $-0,79 \pm 2,72$ к первому дню после операции и через 3 и 6 месяцев соответственно. Статистически достоверное уменьшение

цилиндрического компонента выявлено на 6 месяце наблюдения в сравнении с данными на 1-й день после операции с $-2,34 \pm 2,97$ до $-1,69 \pm 2,51$; предыдущие показатели не имели статистически достоверной разницы.

В то же время, отметил автор, у 11 пациентов (12 глаз) было отмечено отсутствие изменений рефракции в 1-й день после операции, в дальнейшем отмечалось улучшение как рефракционных, так и визуальных показателей.

Спустя 3 месяца после проведенной операции рефракционные и визометрические показатели в сравнении с исходными данными оставались стабильными у 27 пациентов (47 глаз), у оставшейся части пациентов (12 глаз) наблюдалось повышение остроты зрения как без коррекции, так и с коррекцией, вследствие уменьшения сферического и цилиндрического компонентов.

Кератотопографические данные свидетельствовали не только о выраженном послеоперационном ослаблении сильного меридиана, но и о значительном усилении рефракции слабого меридиана, уплощении центральной зоны роговицы и уменьшении площади эктазии.

Одним из основных показателей эффективности имплантации ИРС являются максимальные исходные показатели кератометрии по данным кератотопографии, которые составили в среднем $49,32 \pm 4,46$. Была зафиксирована положительная динамика в виде уменьшения данных показателей к первому дню после операции и через 3 месяца до $45,49 \pm 2,48$ и $45,43 \pm 2,42$ соответственно, но статистически достоверное снижение показателей выявлено лишь на 6-м месяце наблюдения до $44,5 \pm 2,42$.

Полученные авторами результаты находят подтверждение в ряде клинических исследований других авторов, показавших, что применение данного метода хирургического вмешательства способствует уменьшению сферического и астигматического компонентов рефракции, что в свою очередь приводит к повышению остроты зрения без коррекции, так и с коррекцией.

Анализ результатов одномоментного лечения КК I-III стадий с применением различных технологий. Цель: изучить эффективность применения одномоментного лечения КК I-III стадий с использованием технологий кросслинкинга роговичного коллагена и имплантации интрастромальных роговичных сегментов. В исследовании приняли участие 11 пациентов (22 глаза) — мужчин 18-46 лет. При



Профессор К.Б. Першин, д.м.н. Н.П. Соболев

КК I стадии применялся кросслинкинг роговичного коллагена по Дрезденскому протоколу; при лечении кератоконуса II-III стадий проводилась имплантация интрастромальных роговичных сегментов. Через месяц после кросслинкинга роговичного коллагена НКОЗ повысилась с $0,11 \pm 0,11$ до $0,35 \pm 0,22$; МКОЗ с $0,67 \pm 0,19$ до $0,79 \pm 0,22$. Через месяц после сочетанной операции с имплантацией интрастромальных роговичных сегментов НКОЗ повысилась с $0,18 \pm 0,12$ до $0,64 \pm 0,13$; МКОЗ с $0,64 \pm 0,15$ до $0,86 \pm 0,15$.

Анализ результатов интраламеллярной кератопластики с имплантацией донорского роговичного материала. Целью хирургии является увеличение биомеханической прочности роговицы, стабилизация КК, увеличение центральной толщины роговицы, возможность проведения CXL, возможность имплантации ИРС, улучшение топографической картины роговицы, возможность проведения ЛК аметропии.

С докладом на тему «Фемтокератопластика с одномоментной имплантацией кольца в трансплантат у пациентов с кератоконусом» от группы авторов выступил профессор Ю.Ю. Калинин (Москва). По данным литературы, сквозная кератопластика (ПКР) составляет 90% всех проводимых в мире операций по трансплантации роговицы. В развитых странах ПКР проводят в 40% случаев, заднюю послойную (DSAEK, DMEK) в 57%; передняя глубокая послойная кератопластика (DALK) проводится в 2% случаев.

Использование фемтосекундного лазера при проведении сквозной кератопластики позволяет получать различные профили разрезов с точным сопоставлением краев роговицы донора и реципиента.

Однако проведение сквозной кератопластики может быть сопряжено с такими проблемами, как иммунное отторжение донорского эндотелия роговицы, длительное местное применение ГКС, эндофтальмит, повышение ВГД, осложнения открытого глаза (экспульсивное кровоизлияние и т.д.), трепанационные осложнения, первичная эндотелиальная недостаточность донорского трансплантата, ускоренная потеря ЭК донорского трансплантата, длительный восстановительный период.

Проблемами глубокой передней послойной кератопластики (DALK) являются: болезнь трансплантата, разрывы ДМ, микроперфорации ДМ, потеря эндотелиальных клеток от воздуха/газа, помутнение стромы, васкуляризация, инфицирование и эпителиальные врастания в

интерфейс, складки ДМ, мидриаз после введения газа в ПК.

Авторами была поставлена цель оценить отдаленные клинико-функциональные результаты сквозной и глубокой передней послойной кератопластики с одномоментной имплантацией разомкнутого кольца (359°) в трансплантат у пациентов с кератоконусом.

Были проанализированы результаты операций DALK (19 глаз) и РК (34 глаза) без имплантации кольца и DALK (35 глаз) и РК (21 глаз) с имплантацией кольца. Срок наблюдения составил 5 лет.

Астигматизм (D) субъективная рефракция: DALK без кольца (19 глаз) $-4,2 \pm 2,1$; DALK с кольцом (35 глаз) $-1,3 \pm 1,25$. Острота зрения б/к DALK без кольца $0,2 \pm 2,3$; DALK с кольцом $0,7 \pm 1,3$.

За время наблюдения был выявлен 1 случай васкуляризации трансплантата и 2 случая экстрезии кольца. Во всех случаях ситуация нормализована после удаления кольца.

Таким образом, предложенная техника сквозной и глубокой передней послойной кератопластики с одномоментной имплантацией разомкнутого интрастромального кольца (359°), выполняемая с фемтосекундным сопровождением, является эффективным и безопасным способом профилактики послеоперационного роговичного астигматизма.

О современных возможностях лечения кератоконуса в Республике Дагестан доложил профессор М.И. Исмаилов (Махачкала). Кератоконус представляет собой центральную эктатическую дистрофию роговицы, генетически обусловленную патологией мезенхимальной ткани роговицы и склеры, приводящую к конусовидной деформации роговицы при нормальном ВГД. Виды лечения зависят от стадии, остроты зрения, толщины роговицы. В Дагестане при кератоконусе применяются следующие методики: кросслинкинг роговичного коллагена (с 2007 г.); эксимерлазерная рефракционно-терапевтическая кератоабляция по «афинскому протоколу» — кросслинкинг с одномоментной ФРК (с 2007 г.), а также в сочетании с транспондотомической ФРК (с 2023 г.); подбор склеральных контактных линз как самостоятельный метод коррекции оптических дефектов, так и после различных хирургических воздействий (с 2020 г.); имплантация стромальных роговичных сегментов мануальная процедура Keraring (с 2008 г.), имплантация ИРС с использованием фемтосекундного лазера при формировании роговичного туннеля; кератопластические операции (сквозные

и послойные) с использованием пластического материала «АйЛаб» (с 2022 г.), фемтоассистированные операции (с 2023 г.).

Профессор М.И. Исмаилов привел клинический пример лечения кератоконуса 4 стадии методом фемтоассистированной сквозной кератопластики с использованием материала для восстановления роговицы глазного банка «АйЛаб», а также клинический пример лечения кератоконуса 3 стадии, когда на первом этапе пациенту проведена имплантация интрастромальных роговичных сегментов, на втором — трансФРК с кросслинkinгом роговичного коллагена с интервалом между этапами в 1 месяц. Пациентам проведен стандартный комплекс обследований, включающий визометрию, кератометрию, ОКТ роговицы, корнеотопографию, шаймпфлюг-анализ роговицы, фотосъемку роговицы. В первом случае острота зрения при поступлении составляла 0,01 н/к, после СКП — 0,1 н/к; во втором случае до лечения острота зрения составляла 0,1 н/к, после трансФРК+КЛРК — 0,3 н/к.

Таким образом, в Республике Дагестан доступны все современные методы диагностики и лечения кератоконуса; имеется необходимое современное оборудование и специалисты, получившие сертификаты для диагностики и лечения данной нозологии. Формируется акцент на развитие навыков в проведении различных видов послойных кератопластических операций с целью более патогномоничного хирургического лечения пациентов с различными видами патологии роговицы, прежде всего кератоконуса.

К.м.н. С.И. Абрамов (Москва) от группы авторов представил результаты первой в России безаппланационной жидкостной фемтолазерной сквозной кератопластики с использованием специального шва. В 2019 году авторами впервые была выполнена первая эксимерлазерная сквозная кератопластика, которая привела к высоким клинико-функциональным результатам. В 2023 году выполнена первая безаппланационная жидкостная фемтолазерная сквозная кератопластика с использованием специального шва. Преимуществами безаппланационной методики являются снижение показателей постоперационного астигматизма по сравнению с механической и апланационной фемтокератопластикой; улучшение регулярности кератотопографической картины; более высокие показатели остроты зрения.

Клинический случай 1: пациент Х., 23 лет обратился в клинику К+31 в октябре 2023 г. с жалобами на низкое зрение обоих глаз, двоение-троение изображения, боли в левом глазу, иррадирующие в височную область. Впервые снижение зрения отметил в 19 лет. Острота зрения: OD = 0,02 н/к, OS = 1/∞ pr. l. incerta н/к; топограмма роговицы Sirius — иррегулярная, OD K max. = 71,27 D, OS K max. = 82,85 D; пахиметрия: OD = 312 мкм, OS = 288 мкм в области вершины кератоконуса. Диагноз — оба глаза кератоконус IV стадии.

29.11.2023 г. OS — фемтолазерная сквозная кератопластика. Послеоперационное наблюдение: 6-е п/о сутки острота зрения OS = 0,3; объективно: материал для кератопластики прозрачный, дезэпителизован в оптической зоне, умеренный десцеметит, края адаптированы, швы чистые, состоятельны, фильтрации нет, роговица вне материала прозрачная. 1,5 месяца после операции: острота зрения OS = 0,4 sph +0,5 cyl -3,00 ax 45° = 0,6-0,7 (3/5). Объективно: материал для кератопластики прозрачный, эпителизация полная, мелкие единичные складки десцеметовой мембраны в параоптической зоне,



Профессор С.Ю. Анисимова, профессор С.И. Анисимов



Профессор Э.В. Бойко, профессор М.М. Шишкин

края адаптированы, швы чистые, состоятельны, фильтрации нет. 8 месяцев после операции: острота зрения OS = 0,6 sph +0,5 cyl -2,75 ax 25° = 0,7; рефрактометрия OS sph +0,75 cyl -4,50 ax 24°. Объективно: материал для кератопластики прозрачный, неокрепший рубец роговицы, швы состоятельны. 01.08.2024 г. проведена фемтолазерная сквозная кератопластика на OD. Послеоперационное наблюдение: 7-е п/о сутки острота зрения OD = 0,05-0,1 (1/3). Объективно: материал для кератопластики прозрачный, дезэпителизован в оптической зоне 4x5 мм, умеренно отечен, десцеметит, края адаптированы, швы чистые, состоятельны, фильтрации нет, роговица вне материала прозрачная.

Второй клинический случай также свидетельствует об успешности проведения хирургического вмешательства при кератоконусе по предложенной авторами методике.

Таким образом, внедрение в практику безаппланационной жидкостной фемтолазерной сквозной кератопластики позволяет сформировать максимально конгруэнтные края, обеспечивает в послеоперационном периоде более слабый кератопластический астигматизм, улучшает послеоперационный период восстановления, позволяет получить высокую послеоперационную остроту зрения.

К.м.н. С.Ю. Калининкова (Москва) от группы авторов представила доклад на тему «Новые технологии реконструкции эпителиального слоя роговицы у пациентов с синдромом лимбальной недостаточности (СЛН). Синдром лимбальной недостаточности (СЛН) — заболевание глазной поверхности, вызванное снижением пула и/или функциональной активности лимбальных эпителиальных стволовых клеток (ЛЭСК), что приводит к невозможности поддержания

нормального гомеостаза роговичного эпителия. Постоянное обновление эпителия роговицы происходит путем миграции и пролиферации лимбальных стволовых клеток (ЛСК), расположенных в нишах палисад Вогта в лимбе роговицы.

Автор обратила внимание, что постановка диагноза вызывает трудности у врачей в связи с низкой осведомленностью и малым количеством публикаций на тему СЛН.

Диагностика включает окрашивание глазной поверхности нмФЛ, ОКТ переднего отрезка, импрессионную цитологию мазков-отпечатков с поверхности роговицы с иммуноцитохимическим исследованием, лазерную сканирующую микроскопию.

В настоящее время при одностороннем СЛН применяется бесклеевая простая лимбальная эпителиальная трансплантация. Методика не требует применения

фибринового клея, иммуносупрессии и культивирования клеток. При двухстороннем СЛН применяется технология аутологичной пересадки эпителия слизистой полости рта. Однако наряду с преимуществами (аутологичность и гомологичность, не используется фибриновый клей), операция имеет ряд недостатков: длительность, высокая травматичность, длительная эпителизация роговицы, нестабильность эпителия после операции. Новая фемтосекундная конфигурация туннелей для фрагментов слизистой губы при помощи низкоэнергетического фемтолазера, предложенная авторами, стандартизирует операцию, делает ее более предсказуемой и безопасной, а также обеспечивает индивидуальный подход к тактике хирургического лечения.

Материал подготовил

Сергей Тумар

Фото Сергея Тумара

Прибор для исследования поля зрения «Периграф ПЕРИКОМ»



ПОРОГОВЫЕ И НАДПОРОГОВЫЕ ТЕСТЫ ПЕРИМЕТРИИ ГЛАЗА

- цвет световых стимулов белый, фон подсветки белый (КТРУ 26.60.12.119 — 00000726)
- цвет стимулов тах видности YG, фон подсветки белый (КТРУ 26.60.12.119 — 00000730)

Комплектность поставки

Периграф «ПЕРИКОМ» с компьютером в корпусе «mini» с широкоформатным монитором 19.5" или моноблоком 23.8", лицензионным WINDOWS 10 и установленным прикладным ПО

— поставка с цветным струйным или лазерным принтером

Периграф «ПЕРИКОМ» с полно-размерным ноутбуком 17.3", лицензионным WINDOWS 10 и установленным прикладным ПО

— поставка с цветным струйным или лазерным принтером

Производитель:

ООО «СКТБ Офтальмологического приборостроения «ОПТИМЕД»
www.optimed-sktb.ru e-mail: info@optimed-sktb.ru
тел. 8(495) 741-45-67; 8(495) 786-87-62

«ПЕРИКОМ» — золотой стандарт периметрии российской офтальмологии

Прибор для исследования поля зрения «Периграф ПЕРИКОМ» единственный выпускаемый в Российской Федерации периметр уровня европейского «Золотого стандарта» входит в обязательный перечень Минздрава России оснащения кабинета офтальмолога.

В группе автоматических статических периметров «ПЕРИКОМ» по диагностическим возможностям соответствует периметрам европейского уровня «Золотого стандарта» — проекционным моделям «ОСТОРУС» и «HUMPHREY».

Прибор в рядовом лечебном учреждении позволяет проводить тесты по надпороговой (упрощенной) периметрии, а также по **единым пороговым тестам стандартного Европротокола**.

Цель — в рядовых лечебных учреждениях России повышение качества диагностики и контроля динамики заболевания у пациентов с глаукомой, дистрофией сетчатки, заболеваниями зрительного нерва, окклюзиями сетчатки и другими тяжёлыми патологиями органа зрения с **учётом возрастных изменений**, осуществление единого подхода оценки данных пороговой периметрии глаза с зарубежными публикациями, корректировка динамики лечения.

Заведующая Шадринским филиалом Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»
Н.О. Харина (Курганская область):

Для меня важно лечить людей и жить на своей земле

> стр. 1

Первые шаги в профессии

Нина Олеговна, хотелось бы поговорить с Вами о первых шагах в профессии, о выборе жизненного пути.

Я родилась и выросла в Омской области, в районном посёлке Кормиловка. Там и сейчас живёт моя мама, Галина Васильевна Радченко. Она является художественным руководителем районного дома культуры. Мама — увлечённый, творческий человек. Думаю, её знает большинство жителей Кормиловского района. Папа работал трактористом-машинистом. К сожалению, он ушёл из жизни ещё до моего рождения.

В семье с медициной были связаны бабушки со стороны матери и отца. Мама нередко рассказывала мне, что отец мечтал стать хирургом...

А Вы стали лазерным офтальмохирургом!

После окончания средней школы я поступила в Омский государственный медицинский университет. С выбором будущей профессии определилась сравнительно поздно. Только в одиннадцатом классе.

Какие воспоминания остались у Вас после шести лет учёбы в вузе?

Училась с удовольствием. Учёбе уделяла все силы и почти всё время. В течение шести лет жила в общежитии. До сих пор продолжаю общаться с коллегами, ровесниками, с которыми познакомилась в те годы.

Кстати, в общежитии Омского государственного медицинского университета познакомилась и со своим будущим мужем, Александром Алексеевичем Хариным. В настоящее время он работает врачом-эндокринологом в Шадринской центральной районной больнице. Наше знакомство состоялось на первом курсе, ещё до начала учёбы, в первые дни проживания в общежитии.

Студенческая жизнь — это не только напряжённая учёба, но и возможность найти личное счастье!

На нашем этаже жили только девушки. По четыре человека в комнате. Во всех комнатах — кроме одной. Там по решению руководства общежития решили поселить четырёх парней.

Одним из этих молодых людей оказался мой будущий муж. В августе, перед началом учёбы, студентам предстояло своими силами провести косметический ремонт в комнатах.

За это время парни и девушки смогли познакомиться и сдружиться?

Однажды в дверь нашей комнаты постучали. Вошли четыре парня, среди которых был и Александр. Они предложили нам помощь в ремонте. Так мы и познакомились.

В дальнейшем мы сблизились с Александром благодаря учёбе, совместному постижению профессии. Нас соединила любовь к медицине, желание помогать людям. Когда учёба подходила к концу,



Шадринский филиал
Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»



Коллектив филиала на момент открытия, 2019 год



Встречаем уважаемых гостей в день открытия филиала.
Справа налево: губернатор Курганской области В.М. Шумков, генеральный директор «УГМК-Холдинг» А.А. Козицын, генеральный директор ЕЦ МНТК «Микрохирургия глаза» О.В. Шиловских



О.В. Шиловских
в гостях у нас дома в день открытия филиала



Работа с пациентом на приеме



Лечебный кабинет охраны детского зрения

то была твёрдая уверенность, что интернатуру мы будем проходить вместе.

Где Вы проходили интернатуру?

В Тюменском государственном медицинском университете.

Почему Вы решили стать именно врачом-офтальмологом?

Во время учёбы меня привлекали разные направления в медицине, в частности, акушерство и гинекология, дерматовенерология. Но окончательное решение было принято уже на шестом курсе, когда возник вопрос о прохождении интернатуры. У меня и Александра состоялся разговор с главным врачом Центральной районной

больницы Шадринска. Нас обоим интересовал вопрос, какие доктора нужны больнице.

Шадринск — город, где мой будущий муж родился и вырос. После окончания интернатуры мы планировали там жить, строить семью.

В то время в Шадринской ЦРБ требовался врач-офтальмолог?

Нам сказали, что есть потребность в окулисте и эндокринологе. Эти профессии мы и выбрали с Александром.

Получается, что в офтальмологию я пришла по воле случая, зная о ней мало. Но сейчас очень рада, что всё получилось именно так! С огромным интересом открывала для себя мир глазной медицины.

После окончания интернатуры Вы с мужем стали работать в Центральной районной больнице Шадринска. Как Вас встретили коллеги? Смогли ли Вы найти себя в новом городе, в Курганской области?

С Шадринском связаны важнейшие события моей жизни. Я благодарна Судьбе и этому городу за то, что живу именно здесь. 25 февраля 2017 года состоялась наша с Сашей свадьба. Мы шли к этому событию долгие годы, узнавали друг друга. И, конечно, были счастливы, что, завершив учёбу, вступив в профессиональную жизнь, создали семью.

25 августа 2017 года родилась Лиза, наша первая дочь. В феврале 2024 года я стала мамой во второй раз. На свет появилась Мирослава.

В ЦРБ Шадринска меня встретили очень доброжелательно. Я всегда могла рассчитывать на помощь коллег. Конечно, на первых порах было непросто. Но я всегда стремилась качественно, ответственно выполнять свою работу. Хотелось постоянно изучать что-то новое, повышать свою квалификацию.

Не могли бы Вы рассказать о каких-либо случаях из клинической практики, которые особенно запомнились?

Думаю, что у большинства врачей в память, в первую очередь, врезаются какие-то драматичные, даже трагические ситуации.

Например, к концу обучения в интернатуре в кабинет неотложной помощи ОКБ №2 города Тюмени «скорая помощь» привезла молодого пациента с выраженным болевым синдромом в области левого глаза. После давней травмы мужчина долгое время, к сожалению, не обращался к врачу. А когда он попал к нам, то оказалось, что его глаз уже невозможно спасти.

Глаз был воспален, не имел путей оттока внутриглазной жидкости, многие структуры глаза были разрушены, зрительные функции безвозвратно потеряны. В этой ситуации было принято обособленное решение провести энуклеацию глазного яблока. Тогда я впервые ассистировала на данной операции.

Случай очень тяжёлый. Но я понимала, что если энуклеацию не провести, то существует опасность для парного глаза. Пациент мог полностью ослепнуть. Этого развития событий нам удалось избежать!

Представлю ещё одну клиническую картину. К счастью, не такую трагичную. Во время работы с металлом пациент нарушил технику безопасности. Он работал без защитных очков. В глаз попала окалина.

Типичная ситуация!

Как часто происходит? В глаз попадает инородное тело. Но пациент этого не замечает. Иногда он ощущает, что какая-то «соринка» в глаз попала. Вроде бы ничего страшного... Болевые ощущения зачастую возникают только на следующий день. А когда боль появляется, люди не всегда понимают её причину. Вчерашняя «соринка» забылась.

Так было и в этот раз. Пациент пришёл на приём и не мог понять, из-за чего у него болит глаз.

Вы удалили у него инородное тело?

Я не только удалила инородное тело, но и диагностировала перфорацию роговицы. Окалина прошла сквозь всю толщу роговицы. В этом случае мы не могли просто удалить инородное тело и отпустить пациента домой, выписав ему капли. После удаления окалины, было показано наложение шва на роговицу в условиях операционной. Операция прошла успешно.

Почему именно этот случай Вам запомнился?

Во время поликлинического приёма врачу-офтальмологу совсем нелегко распознать перфорацию роговицы при подобных происшествиях. Кроме того, многие пациенты обращаются к врачам слишком поздно. Существует опасность потери глаза... В данном случае всё закончилось благополучно. И я была этому очень рада!

Когда я начала работать в Шадринской ЦРБ, большую помощь мне оказала главный офтальмолог Курганской области И.А. Кубарева. Ирина Алексеевна уделяет большое внимание молодым докторам. К ней всегда можно обратиться за советом. Кроме того, я обращалась за консультациями к опытному врачу-офтальмологу города Шадринска Владимиру Александровичу Плужнову.

Думаю, что передача профессионального и жизненного опыта, взаимодействие докторов разных поколений — это «мотор» развития медицины. Не всё можно прочитать в самых лучших учебниках и научных статьях! Ничто не заменит дружеского общения с коллегами, обсуждения с ними насущных проблем.

Хотела бы рассказать еще об одном запоминающемся случае из практики. В Шадринскую ЦРБ поступил пациент, который стал жертвой бытовой драки — были получены удары кулаком в область глаз и носа.

При осмотре пациента веки одного глаза были сильно отечны, но без признаков повреждения кожи. Во время пальпации век ощущалось мелкое похрустывание, то есть крепитация (передвижение пузырьков воздуха под кожей). Это оказалась подкожной эмфиземой век.

Оценить состояние зрения и структуры глаза было невозможно. Посоветовавшись с В.А. Плужновым, я приняла решение направить пациента на КТ и осмотреть через пару дней. Когда воздух самостоятельно рассосался, осмотр глазного яблока не выявил никаких проблем. А КТ показала перелом костных структур носа. Пациентом занялись врачи-оториноларингологи.

Нельзя не обратить внимания, что во время журналистских бесед с коллегами-офтальмологами многие доктора рассказывают именно о травмах!

Это не случайно! Одна травма не похожа на другую. Кроме того, когда речь идёт о таких происшествиях, врачам нередко приходится взаимодействовать с сотрудниками силовых структур: полицейскими, следователями, экспертами-криминалистами и т.д. Это именно те ситуации, когда нет места для врачебной тайны: необходимо помочь раскрыть преступление.

Мне запомнился случай, когда пациенту был нанесён удар в глаз тяжёлым металлическим предметом. Произошёл подвыпивих хрусталика, была диагностирована обширная эрозия роговицы, гемофтальм. Мужчина из Шадринска был госпитализирован в Кургане. Глаз удалось вылечить, хрусталик заменили, зрение



Любимый дом

сохранили. Разумеется, было заведено уголовное дело. И мне тоже пришлось давать своё экспертное заключение.

Рождение Шадринского филиала

Нина Олеговна, первая часть нашей беседы была посвящена Вашим первым шагам в медицине, постижению врачебной профессии. Хотелось бы теперь поговорить о создании и развитии Шадринского филиала Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза».

Шадринский филиал был открыт 21 февраля 2019 года, а годом раньше, в феврале 2018 года, меня приняли на работу в качестве врача-стажёра в Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза».

В Екатеринбурге почти двенадцать месяцев я готовилась к тому, чтобы возглавить Шадринский филиал. Когда мне поступило это заманчивое предложение, Лизе было всего пять месяцев. Честно скажу, что мне предстояло принять трудное решение.

У Вас были сомнения, надо ли выходить на работу, когда дочка ещё такая маленькая?

Как и любой матери, хотелось уделить ребёнку максимум времени и внимания. Тем более, в первый год её жизни. Но в данном случае представилась уникальная возможность получить интереснейшую работу: сначала пройти годовую стажировку в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза», а потом — возглавить Шадринский филиал. Это и большая честь, и большая ответственность!

Когда было принято решение о создании Шадринского филиала, генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», заслуженный врач РФ, главный офтальмолог Свердловской области Олег Владимирович Шиловских обратился к главному офтальмологу Курганской области И.А. Кубаревой с просьбой рекомендовать нескольких врачей-офтальмологов, живущих в регионе, которые могли бы занять вакансию руководителя филиала. Ирина Алексеевна посоветовала четырёх докторов, в том числе и меня.

Олег Владимирович с каждым из нас встретился по отдельности. Беседа со мной продолжалась около часа. Генеральный директор спрашивал об учёбе в вузе и в интернатуре, о работе в Шадринской ЦРБ. Он интересовался моими планами... Это была очень доброжелательная беседа. О.В. Шиловских уделяет большое внимание продвижению молодых докторов, стремится создать для них наилучшие условия.

Вскоре после собеседования позвонил заместитель генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» по развитию Сергей Викторович Ребриков и сообщил хорошую новость: меня ждут на стажировке в Екатеринбурге, а после её окончания готовы доверить руководство Шадринским филиалом.

Как Вам удалось совмещать ответственную стажировку и материнские заботы?

Огромную поддержку оказал мой муж Александр. На время стажировки мы все вместе переехали в Екатеринбург. Я вышла на работу, а он как ответственный отец согласился взять декретный отпуск по уходу за ребёнком. Разумеется, и во время стажировки я старалась уделять дочке максимум внимания. В общем, все вместе мы справились!

Как проходила Ваша стажировка в Екатеринбурге?

Моя задача состояла в том, чтобы за эти двенадцать месяцев наилучшим образом подготовиться к новой работе. В частности, предстояло освоить лазерную офтальмохирургию.

Что Вам больше всего запомнилось за это время?

Мне представилась возможность каждый день общаться с коллегами высочайшей квалификации, в том числе с кандидатами и докторами медицинских наук. За эти двенадцать месяцев перед глазами прошло много сложных пациентов.

Еженедельно, каждую среду, в Центре проходят научно-практические, учебные мероприятия. Разумеется, во время стажировки я тоже принимала в них участие. И делала это с большим удовольствием!

Нина Олеговна, уже почти шесть лет Вы руководите Шадринским филиалом. Какой опыт Вы приобрели за эти годы?

Шадринский филиал — часть большой дружной семьи Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза». Все эти годы я ощущала огромную поддержку руководства клиники и всех коллег. Мы действительно — одна команда!

Могу привести такой пример. Когда в филиал только открылся, на пять месяцев в Шадринск из Тюменского филиала была командирована врач-офтальмолог Ольга Михайловна Юрченко. Длительные командировки коллег практиковались и в дальнейшем. Всем филиалам нашей клиники головная организация уделяет огромное внимание. Это касается обеспечения персоналом, технического оснащения и решения организационных вопросов.

Создание филиала стало возможным, в том числе, благодаря взаимодействию Екатеринбургского центра и компании «УГМК — холдинг». Лечебная помощь во всех филиалах и представительствах клиники, в том числе в Шадринске, на 80% оказывается в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС), т.е. бесплатно для пациентов. А бизнес-сообщество, такие социально ответственные компании как «УГМК-холдинг», помогают нам решать эту задачу.

Филиал располагается в специально построенном здании, у него прекрасное техническое оснащение. Созданы все условия для пациентов и для медицинских работников. Мне как заведующей филиалом предоставили коттедж в Шадринске с участком земли. По сути, это воплощение мечты для нашей молодой семьи. Для меня важно лечить людей и жить на своей земле!

У Вас напряжённая, ответственная работа. Поэтому необходимо, чтобы для доктора были созданы комфортные бытовые условия!

Для меня лучший отдых летом — возможность в свободное время ухаживать за садом, приусадебным участком. Рядом с домом

мы посадили плодовые деревья, кустарники, цветы. Растут яблони, абрикосы, сливы, груши.

В Курганской области у молодых докторов, которые хотят работать в районных центрах и сельской местности, есть возможность получить служебное жильё?

Объективно говоря, проблема дефицита медицинских кадров в нашем регионе ещё не решена, в том числе среди врачей-офтальмологов. Но существуют различные проекты, которые способствуют привлечению медицинских кадров. В том числе решается и жилищный вопрос. Этим занимаются и региональные власти, и коммерческие структуры.

Не могли бы Вы рассказать о том, как организована работа Шадринского филиала?

Ежегодно у нас проводится около четырёхсот лазерных вмешательств. Речь идёт о рассечении вторичной катаракты, лазерной иридэктомии, гониопунктуре, панретинальной лазерной коагуляции сетчатки при диабетической ретинопатии, отграничительной лазерной коагуляции при разрывах сетчатки, а также её отслойках на периферии и т.д.

Пациенты обращаются к нам с самыми разными проблемами. Многим мы можем оказать помощь на месте. Другие пациенты получают направление для дальнейшего лечения, в том числе в нашу головную организацию в Екатеринбурге.

К нам приходят и взрослые, и дети. Возраст пациентов — от грудничков до людей пожилого возраста. Дети с близорукостью, астигматизмом и другими патологиями могут пройти функциональное лечение на аппаратах.

Нина Олеговна, не могли бы Вы рассказать о своей работе на конкретных примерах?

У меня за эти годы неоднократно случались ситуации, когда пациенты обращались ко мне с острыми приступами закрытоугольной глаукомы. Я проводила осмотр. Потом шла с ними в другой кабинет, где установлен лазер. И с помощью лазера приступ купировался, глазное давление снижалось.

Вроде бы, это рутинная работа! Но пока филиал не был открыт, жители Шадринска и Шадринского района не могли получить лазерное лечение в родном городе. Что это значит? Пациента необходимо было направить в Курган. В тот же день он, вероятно, уже не сможет туда поехать. Необходимо собраться, потратить время на дорогу... И всё это с высоким глазным давлением и болевым синдромом!

Поэтому так важно оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь по месту жительства пациентов, а не только в мегаполисах и областных центрах!

Хотела бы привести ещё один пример, наглядно показывающий важность и востребованность нашей работы. Однажды ко мне на приём пришла молодая женщина. Ей было около тридцати лет. Никаких жалоб у неё не было. Сказала, что хочет проверить зрение.

Профилактический осмотр?

Такие пациенты у нас тоже есть. И это правильный подход! Если человек заботится о своём здоровье, то он посещает врачей не только когда возникли какие-то проблемы, но и с профилактическими целями.

На глазном дне я обнаружила у неё тёмное пятнышко. Оно находилось на периферии, на зрительные функции не влияло. У меня в кабинете есть оптический когерентный томограф. Кстати, во всей Курганской области имеется всего два



День свадьбы

подобных прибора. После обследования на ОКТ появилось подозрение на меланому. Пациентка была направлена в Челябинский областной центр онкологии и ядерной медицины.

Коллеги из Челябинска подтвердили, что у пациентки меланома. Ей была успешно проведена брахитерапия. Прогноз — хороший. Но, конечно, как и все онкологические пациенты, она должна в течение длительного времени находиться под наблюдением.

Брахитерапия привела к снижению зрительных функций?

К счастью, нет. Меланома у неё была выявлена на ранней стадии. Она находилась на периферии глазного дна. Поэтому снижения остроты зрения не произошло. Общими усилиями мы избавили женщину от смертельной опасности!

Ещё один пример. Вместе с мамой на приём пришла девочка шести лет с жалобами на сухость глазного яблока и несмыкание век. В прошлом у ребенка была устранена флегмона орбиты, выполнены неоднократные операции на верхнем веке. К сожалению, зрение глаза было крайне низким и после всех вмешательств полностью глазная щель не смыкается.

Эту проблему возможно решить с помощью хирургического вмешательства?

Об этом может судить опытный офтальмохирург, специализирующийся на подобных операциях. Но мне удалось решить две задачи. Во-первых, с помощью консервативного лечения справиться с сухостью глазного яблока. Во-вторых, благодаря функциональному лечению на аппаратах острота зрения на этом глазу повысилась с одного процента до двадцати процентов. В двадцать раз!

Мама девочки восприняла это как настоящее чудо. Она думала, что зрительные функции безвозвратно утрачены... Но всё получилось по-другому!

Нина Олеговна, позвольте поблагодарить Вас за интересный рассказ и пожелать дальнейших успехов!

Мне бы хотелось выразить благодарность руководству Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» и всем коллегам за постоянную и многогранную помощь в работе!

Шадринск — родина нашего генерального директора, заслуженного врача РФ, главного офтальмолога Свердловской области О.В. Шиловских. Олег Владимирович связан с этим городом и с Курганской областью тесными узами. Регулярно здесь бывает. А мы стараемся его не подвести, оказывая медицинскую помощь землякам на самом высоком уровне!

Беседу вёл **Илья Бруштейн**
Фотографии из архива Н.О.Хариной

Двухэтапная спейсерная пластика свободным кожным лоскутом, сеткой для герниопластики и аутослизистой губы при устранении ретракции нижнего века: трехсторонний подход

М.И. Шляхтов, М.Е. Новикова

АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», Екатеринбург

(Печатается с разрешения редакции журнала «Отражение»)

Актуальность

Ретракция нижнего века — это его смещение в направлении нижнего края орбиты, которое приводит к обнажению участка склеры и увеличению вертикальной глазной апертуры. Смещение может быть небольшим и протекать бессимптомно или сопровождаться обнажением роговицы, что способствует разрушению слезной пленки и нарушению защиты глаза от инородных тел. В некоторых случаях эти изменения могут прогрессировать, приводя к лагофтальму, эктропиону и общему ухудшению косметического состояния. Ретракция нижнего века возникает в результате механической или хирургической травмы, после различных косметических процедур и реконструктивных операций, восстановления переломов стенок орбиты, а также термических или химических ожогов [1, 2]. В случае посттравматической ретракции наблюдается потеря ткани или рубцовый фиброз, приводящий к вертикальному укорочению нижнего века относительно глазного яблока, сопровождающийся выворотом или заворотом века.

Устранение ретракции нижнего века, связанной с поражением переднего кожно-мышечного и заднего тарзokonъюнктивального слоя, представляет собой сложную задачу. Устранить укорочение тканей века без восполнения недостающих участков невозможно, поэтому специалисты вынуждены искать материалы, близкие по биомеханическим свойствам к утраченным тканям, и если трансплантация кожных лоскутов не является сегодня большой проблемой, то воссоздание опорного каркаса века считается серьезным вызовом для оперирующего хирурга. Для реконструкции дефектов задней пластинки века требуется слой плотной ткани с каркасом, подобным тарзальной пластинке и слой слизистый, аналогичный конъюнктиве. С этой целью используются различные спейсерные трансплантаты, в качестве которых применяют слизистую оболочку твердого неба, слизистую нижней губы и щеки, кожно-жировые трансплантаты, тарзokonъюнктивальные аутолоскуты, ушной хрящ, донорскую склеру, бесклеточные дерму и аллопластические материалы [3, 4].

Известен ряд материалов для укрепления нижнего века.

Синтетический силиконовый пластинчатый перфорированный имплант толщиной 0,5 мм. К его недостаткам относят отсутствие возможности васкуляризации из-за монолитности силикона, миграцию трансплантата, его ригидность и неэластичность [5].

Имплант из политетрафторэтилена (ПТФЭ) толщиной 1,0 мм. К его недостаткам относят частое отторжение в раннем и позднем послеоперационном периоде,



Рис. 1. Пациентка М. Ретракция и выворот нижнего века левого глаза, лагофтальм



Рис. 2. Пациентка М. Вторые сутки после операции свободной кожной пластики



Рис. 3. Пациентка М. 1 месяц после пересадки кожного лоскута



Рис. 4. Композитная сетка Ultrapro

развитие воспалительных и аллергических реакций у пациента [6].

Аллоплантат «Аллоплант» для каркасной пластики век, который представляет собой дерму с подкожной клетчаткой [7, 8]. Из осложнений наиболее часто встречается быстрая резорбция трансплантата, неорганотипичная регенерация тканей в зоне пластики, развитие аллергических реакций.

Хрящевой аутоотрансплантат в виде полумесяца с тыльной стороны ушной раковины [9]. К минусам можно отнести быструю резорбцию, необходимость интраоперационного моделирования, нередко неудовлетворительный результат пластики из-за несоответствия по форме и толщине.

В Европе и США предпринимались попытки использовать трансплантаты, полученные из дермы человека (AlloDerm, BellaDerm), децеллюляризованной мембраны из тканей свиньи (Enduragen), крупного рогатого скота (Surgimen), пористого полиэтилена высокой плотности (Medpor) [4, 10]. Опыт их применения неоднозначный, к тому же большинство из них в настоящее время недоступны в России.

Необходимо учитывать, что тарзальная пластинка представляет собой уникальную переходную структуру, которая состоит из плотной волокнистой и хрящевой ткани, содержащей фибробласты, окруженные внеклеточным матриксом с обильным количеством мейбомиевых желез. С этой точки зрения наиболее привлекательным является метод с применением слизисто-надкостничного трансплантата твердого неба, который имеет волокнистую соединительную ткань и слизистую, гистологически сходную с тарзokonъюнктивой [11]. Данный материал способен обеспечить хорошую и длительную структурную поддержку века. Однако слизистая представлена ороговевающим многослойным плоским эпителием,

ортокератоз которого может длительно сохраняться после трансплантации, вызывая повреждения роговицы. Недостатками данного способа также являются высокий риск кровотечения в интра- и послеоперационном периоде, длительное заживление донорского участка, риск формирования ороназальной фистулы, сложность в дозировании толщины лоскута, что ограничивает его применение для реконструкции века.

Таким образом, вследствие особенной структуры задней пластинки века, на сегодняшний день не существует идеальной хирургической методики или универсально трансплантата, позволяющих гарантированно устранить ретракцию, восполнить объем и восстановить высоту века, утраченные в результате травмы и первоначального рубцевания [12].

Цель

Представить на клиническом примере двухэтапную хирургическую технику устранения ретракции нижнего века после металлоостеосинтеза по поводу перелома скулоорбитального комплекса и нижней стенки орбиты полнослойным кожным аутоотрансплантатом из преаурикулярной зоны лица с применением спейсерного трансплантата из композиционной монофиламентной сетки Ultrapro и аутослизистой губы.

Клинический случай

В августе 2021 года в ЕЦ МНТК «Микрохирургия глаза» обратилась пациентка М. 52 лет с жалобами на косметический дефект, несмыкание век, выворот нижнего века, слезотечение и слизистое отделяемое из левого глаза (рис. 1).

Из анамнеза: в 2005 г. контузия левого глаза с переломом нижней стенки орбиты, энофтальм. В 2019 году проведена реконструкция

нижней стенки левой орбиты титановой сеткой. В дальнейшем появилось смещение и протрузия титанового импланта через кожу. В октябре 2020 года сетка была удалена.

Объективные данные при поступлении.

Визометрия: VOD = 0,3 Sph +1,5D = 0,9 Cyl +0,5D Ax170° = 1,0 VOS = 0,35 Sph +1,0D = 0,8 Cyl +0,5D Ax170° = 1,0

Тонометрия (iCare) OD — 12 мм рт. ст.; OS — 13 мм рт. ст.

На момент осмотра у пациентки отмечается асимметрия глазных щелей, нижнее веко левого глаза опущено вниз, отстоит от глазной поверхности на 4–5 мм, субцилиарный линейный рубец, плотное рубцовое сращение под кожей ниже ресничного края, попытка активного смещения века вверх безуспешна. Реберный край нижнего века при взгляде прямо расположен на 5 мм ниже лимба роговицы. Несмыкание век 4 мм, рост ресниц правильный, нижняя слезная точка дислоцирована, не прилежит к слезному озеру, слезостояние. При компрессии слезного мешка обратного тока жидкости нет. Подвижность глазного яблока в полном объеме. Среды прозрачны. Глазное дно без особенностей. При пальпации выявлена небольшая ступенька по нижнему краю орбиты без видимой деформации скулоорбитального комплекса как следствие консолидированного перелома левой скуловой кости без смещения.

Выставлен диагноз: исход контузии левого глаза с повреждением целостности нижней стенки орбиты, ретракция и рубцовый выворот нижнего века, лагофтальм. Гиперметропия 1 степени, сложный гиперметропический астигматизм обоих глаз.

Техника операции

Первым этапом в мае 2023 года под местной анестезией проведена операция по устранению выворота

нижнего века слева с аутопластикой свободным кожным лоскутом из преаурикулярной зоны лица.

Игольчатым электродом Vari-tip радиоволнового аппарата «Сургитрон» произведен разрез кожи через все ткани в области рубца в 4 мм от ресничного края нижнего века длиной 25 мм. Ножницами проведена отсепаровка кожи от подлежащих тканей, выделены и иссечены глубокие фиброзированные сращения. Веко взято на швы-держалки и подтянуто вверх.

Выполнено контурирование кожного дефекта с помощью прозрачной пленки, ножницами вырезан шаблон. В левой височной области напротив козелка уха вне зоны роста волос произведена разметка по шаблону, выделен полнослойный кожный трансплантат. Край разреза ушиты непрерывным швом. Кожный лоскут овальной формы очищен от остатков жировой ткани, уложен в области дефекта нижнего века и фиксирован к ложу нейлоновыми швами 6:0 по периметру. Нижнее веко подтянуто вверх тракционными швами-держалками, которые закреплены пластырем над бровью. Мазь «Флоксал» на трансплантат. Сухая давящая повязка. Внешний вид на вторые сутки после операции представлен на рис. 2. Повязка, валик и тяга были сняты на пятые сутки. Кожные швы удалены через 10 дней.

Через 1 месяц после вмешательства трансплантат хорошо интегрировался к ложу, сохраняется незначительная асимметрия глазных щелей, нижнее веко хорошо адаптировано к глазному яблоку, положение нижней слезной точки правильное, лагофтальм 1 мм. Форма и положение нижнего века улучшилась, ретракция нижнего века стала менее выраженной. Слезотечение (рис. 3).

Через 6 месяцев у пациентки выявлен краевой заворот нижнего

Современные технологии катарактальной, рефракционной и роговичной хирургии

24-й Всероссийский научно-практический конгресс с международным участием

3-5 октября 2024 г. в Москве состоялся 24-й Всероссийский научно-практический конгресс с международным участием «Современные технологии катарактальной, рефракционной и роговичной хирургии». Организаторами форума выступили ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Общество офтальмологов России.

Секция «Воспаление глазной поверхности»

Открыл работу секции д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва), выступивший с докладом «Рекомбинантный фактор роста нервов в терапии нейротрофического кератита (НК) может возникать после терапии онкологического заболевания, при несмыкании века, при системных поражениях (ихтиоз), лентовидной дистрофии, тяжелом синдроме «сухого глаза», после перенесенного герпетического кератита, при географическом кератите.

Консервативное лечение НК включает репаранты (Корнерегель, Стиллавит), плазму крови чистую и обогащенную, обтурацию или окклюзию слезных точек, терапевтические контактные линзы, тарзорафию, трансплантацию амниотической мембраны, конъюнктивальный лоскут. Однако, по мнению автора, эти виды консервативного лечения не всегда приводят к положительному результату.

Способом лечения, имеющим более благоприятный прогноз, является использование рекомбинантного фактора роста нерва, что стимулирует нервные окончания роговицы и вызывает запуск процесса роста эпителия.

По данным литературы, результаты применения препарата «Ценегермин» (в России не зарегистрирован, применяется только для лечения детей) показали, что у 72% пациентов с НК 2-3 стадий удалось достичь полного заживления роговицы к 8 неделе лечения. При этом выживаемость эпителия составляет 80% в течение 4 лет наблюдения.

Клинические случаи пациентов детского возраста, приведенные д.м.н. Д.Ю. Майчуком, также продемонстрировали положительные результаты лечения с применением препарата после эмбриональной рабдомиосаркомы, при картообразном герпесе и бактериальной язве роговицы.

Ценегермин способствует восстановлению чувствительности роговицы и влияет на регенерацию нервов.

Рекомендуемая доза — одна капля в конъюнктивальный мешок пораженного глаза 6 раз в день с интервалом в 2 часа, начиная с утра, в течение 12 часов. Лечение продолжается 8 недель.

Как показывает опыт применения препарата «Ценегермин» в МНТК «Микрохирургия глаза» (15 пациентов), причинами развития НК стали осложнения новообразований ЦНС и челюстно-лицевой локализации (удаление опухоли орбиты, лазерэкзцизия новообразования верхнего века и глазницы, последствия химиотерапии новообразования, ретинобластома, химиотерапия рабдомиосаркомы, удаление пилонидной кисты), осложнения нейрохирургии в виде повреждения структур тройничного нерва (хирургическая



К.м.н. Д.Г. Арсютлов, академик РАН В.В. Нероев

операция после перелома основания черепа), патология тройничного нерва, дегенеративные заболевания нервной системы (синдром мозжечковой сенситивной атаксии), герпетическая инфекция (герпетическая язва роговицы, исход герпетического кератита), системные и генетические заболевания (синдром Лайелла).

К.м.н. Г.М. Чернакова (Москва) от группы авторов выступила с докладом «Патогенез ургентных воспалительных заболеваний роговицы: междисциплинарная проблема и ее решения». За истекшие 5 лет хирургами Московского городского офтальмологического центра Боткинской больницы выполнено свыше 500 успешных сквозных кератопластик сложным пациентам. Это — соматическиотяженные пациенты, при этом операции представляли собой фактически оптико-реконструктивные вмешательства. Пациенты в подавляющем большинстве (80%) на момент операции имели воспалительное заболевание переднего отрезка глаза либо в исходе, либо в острой фазе. Острая фаза воспалительных заболеваний представляет собой угрозу перфорации роговицы или уже состоявшуюся перфорацию, печальным исходом которой является васкуляризированное бельмо роговицы, лишшающее роговицу ее основной функции — светопроведения.

Анализ структуры воспалительной коморбидности пациентов показал, что практически 80% пациентов имели хронический манифестный синусит, что объясняется патологией лимфатической системы лица. При хронических, длительно протекающих заболеваниях, фокальных очагах в ротоносоглотке формируется венозный лимфатический стаз, который рано или поздно под действием триггерных факторов может привести к развитию того или иного воспалительного заболевания переднего отрезка глаза.

Далее автор привела клинический пример ургентной сквозной кератопластики, выполненной

пациенту с инфильтративным кератитом, скарификацией воспалительного дендрита после ЛАЗИКА обоих глаз. Через некоторое время у пациента развилась болезнь трансплантата. КТ околоносовых пазух выявил левосторонний острый гайморит.

У пациентки с диагнозом «кератит с изъязвлением левого глаза», которой неоднократно была проведена сквозная кератопластика, и при этом развивалась болезнь трансплантата, рентгенография околоносовых пазух выявила левосторонний верхнечелюстной синусит.

Патогенетически ориентированная терапия ургентных воспалительных заболеваний роговицы должна включать местно: НПВС, антибиотики (инстилляцией и мази), мидриатики, корнеопротекторы и репаранты; системно: антибиотики перорально или парентерально, аналоги нуклеозидов в высоких дозировках. Автор обратила внимание на то, что в остром периоде местные глюкокортикостероиды строго противопоказаны.

Таким образом, скрытый синусит, кариес, периодонтит при воздействии триггерных факторов (контактная линза, ОРВИ, офтальмохирургия, вакцинация от различных инфекций) рано или поздно может привести к развитию язвы роговицы с перфорацией, однако даже при успешно проведенной сквозной кератопластике проблемы зубочелюстной системы могут привести к болезни трансплантата. К.м.н. Г.М. Чернакова указала на необходимость обращать внимание на скрытые очаги воспаления в рото-носоглотке.

К.м.н. Е.А. Каспарова (Москва) выступила с докладом на тему «Герпетическая рецидивирующая эрозия: диагностика, лечение, профилактика рецидивов». Рецидивирующая эрозия роговицы (РЭР) развивается, как правило, после поверхностной травмы роговицы, в первые дни, недели и месяцы после травмы. Травма может быть вызвана органическими

иностранцами телами (ветки деревьев или кустарников, солома, ногти, бумага), неорганическими (щепочка для туши, пластик).

Представлена обычно повторяющимся симптомокомплексом: острой «кинжальной» болью, возникающей в середине ночи или утром при открывании глаза; сильнейшим ощущением инородного тела; покраснением глаза; выраженным роговичным синдромом (светобоязнью, блефароспазмом, слезотечением); снижением зрения различной степени. Чаще страдают молодые женщины.

При биомикроскопии типичной картиной является наличие эрозированного участка «вырванного» эпителия с локализацией, как правило, в нижней парацентральной области. вновь выросший эпителий имеет сероватый цвет, т.н. «дефектный эпителий». В межрецидивный период в зоне поражения обнаруживаются дистрофические изменения в эпителии в виде вакуолей, микроцист, точек; при частых рецидивах могут формироваться поверхностные стромальные помутнения.

Все известные методы консервативного лечения РЭР способствуют исчезновению болевого синдрома, повышению остроты зрения, однако не способны существенно предотвратить возникновение повторных рецидивов РЭР. Синдром рецидивирующей эрозии является полиэтиологическим заболеванием, однако на основании многолетних клинических наблюдений профессор А.А. Каспаров сделал вывод о том, что более чем в 50% случаев РЭР является проявлением герпетической инфекции в глазу и представляет собой самостоятельную форму офтальмогерпеса — герпетическую рецидивирующую эрозию роговицы (ГРЭР). Предположительно, травма эпителия способствует активации латентного вируса простого герпеса (ВПГ) в ганглии тройничного нерва с последующим развитием нейрональной эпителиальной реинфекции.

К числу провоцирующих факторов обострения ГРЭР обычно относятся острая респираторная инфекция, переохлаждение, прием алкоголя, стресс, начало менструального цикла, аборт. При отсутствии адекватного лечения возможно прогрессирующее течение заболевания с увеличением тяжести рецидивов, сокращением сроков между ними и трансформацией заболевания в герпетический кератит.

Характерной особенностью офтальмогерпеса являются рецидивы. По данным А.А. Каспарова, частота первого рецидива составляет 33%. Вероятность повторных обострений после первого рецидива возрастает до 50%. Эффективное их предупреждение — одна из основных задач комплексного лечения офтальмогерпеса.

Первая фаза лечения ГРЭР заключается в купировании острых явлений, на второй фазе прово-

дится противорецидивная терапия. Первоначально пациентам (152 пациента) проводилась исключительно медикаментозное лечение; при его неэффективности проводилась эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия (19 пациентов). На первой фазе применялась перивазальная блокада в модифицированной методике — введение 2% раствора новокаина (3 мл) в точку выхода лицевого нерва (у 22 пациентов). При выраженном болевом синдроме 15 больным дополнительно использовали лечебную мягкую силикон-гидрогелевую МКЛ длительного ношения (от 7 до 14 дней). С целью профилактики присоединения вторичной инфекции применялись мирамистин и тобрамицин, НПВС в виде таблеток или в/м инъекций. Капли НПВС обладают эпителиотоксическим действием, тормозят эпителизацию и не показаны при РЭ. Для лечения острого периода ГРЭР применяли инстилляцию иммуномодулятора дезоксирибонуклеат натрия (Деринат) или при его непереносимости — капли индуктора интерферона, раствора парааминобензойной кислоты (Актипол). На первой фазе также применяли стимуляторы эпителизации, слезозаменители без консерванта; при наличии сопутствующего иридоциклита — мидриатики (атропин). Также активно применялись инстилляцией аутологичной сыворотки (6-8 р/д).

Автор обратила внимание на то, что применение кортикостероидов может привести к осложнениям.

На второй фазе проводилась противогерпетическая вакцинация с целью предупреждения рецидивов. Противорецидивное лечение включало системное применение вакцины «Витагерпавак» внутримышечно и инстилляцией капель (Деринат, Актипол) и слезозаменителя без консервантов. Противорецидивную терапию проводили в межрецидивном периоде спустя 2-4 недели после купирования острых явлений рецидива. У 81% пациентов достигнуто клиническое выздоровление — полное прекращение рецидивов, у 16% — снижение частоты и тяжести рецидивов, у 3% пациентов эффект отсутствовал.

Таким образом, подвела итог докладу к.м.н. Е.А. Каспарова, выделена особая форма офтальмогерпеса — герпетическая рецидивирующая эрозия роговицы (ГРЭР); разработана система ее лечения, включающая последовательно два этапа: купирование острых проявлений ГРЭР и противогерпетическая вакцинация (предупреждение рецидивов заболевания).

С докладом «Постгерпетическое помутнение роговицы: нюансы лазерной хирургии и реабилитации» выступила к.м.н. Н.В. Майчук (Москва). Причиной постгерпетических помутнений роговицы является иммунный ответ на антигены герпесвируса, приводящий к трансформации кератоцитов в



В кулуарах конференции



Сессия «живой хирургии»

фибробласты (аномальный синтез коллагена), что в свою очередь вызывает фиброз роговицы, снижение прозрачности и иррегулярность глазной поверхности. Лечение постгерпетических помутнений роговицы включает удаление измененных тканей, устранение иррегулярности роговицы, коррекцию рефракционных нарушений.

Учитывая высокий риск отторжения трансплантата после герпетического кератита и послеоперационных рефракционных нарушений у пациентов с глубокой локализацией помутнений, хирурги стали рассматривать возможность неполного удаления помутнения, способного приводить к существенному улучшению качества зрения.

Однако классическая фоторефракционная кератэктомия в варианте топографически ориентированного вмешательства у пациентов с иррегулярным астигматизмом и помутнением роговицы сталкивается с определенными проблемами. Расчет топографически ориентированной абляции включает анализ кератопогаммы (отражение от передней поверхности роговицы), далее производилось удаление эпителия и обнажение иррегулярной стромы. Таким образом, на первом этапе проводилась топографически ориентированная абляция, на втором — абляция плоским фронтом для достижения целевой поверхности.

В настоящее время лазерная установка SCHWIND AMARIS в стандартной комплектации имеет инвертированный вариант выполнения топографически ориентированной поверхностной абляции. Однако выполнение топо-ФРК при помутнениях роговицы может приводить к риску рецидива герпетической инфекции, замедленной реэпителизации (до 7-10 суток), выраженному послеоперационному отеку роговицы, в 100% случаев приводит к транзитному нарушению слезообразования, к высокому риску субэпителиальной фиброплазии с регрессом рефракционного результата.

Критерии подготовки пациента к хирургии: один год стабильной ремиссии в течении герпетического кератита и рецидивов кожного герпеса (ремиссия протекает без терапии); отсутствие продукции герпетических вирусов (6 вирусов) в 4 биологических секретах (слеза, слюна, кровь, моча); комплекс терапевтических мер предоперационной подготовки, включая подготовку глазной поверхности и терапию аналогами нуклеозидов; компенсированные заболевания/состояния по общему статусу.

В случае наличия герпес-вируса (>500 копий) проводится максимальная противовирусная терапия Валцикловир — 1000 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней до операции и 10 дней после операции (3 г) или Фамцикловир — 500 мг 3 раза в сутки (1,5 мг) 3 дня до операции

и 3 дня после операции с повторным курсом через 3 месяца после операции.

При отсутствии герпес-вируса проводится профилактическая противовирусная терапия: Валцикловир 5000 мг 3 раза в сутки 5 дней до операции и 10 дней после операции или Фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки (750 мг) 3 дня до операции и 3 дня после операции с повторным курсом через 3 месяца после операции.

До завершения реэпителизации для купирования болевого синдрома и отека без замедления реэпителизации назначается бромфенак 0,09% 1 раз в день; антибактериальная терапия включает фторхинолоны III поколения; для ускорения реэпителизации без стимуляции грубого фиброобразования однократно на операционном столе пациенту дается коллагенсодержащий экстракт с компонентами внеклеточного матрикса.

После завершения реэпителизации назначается дексаметазон 0,1% по нисходящей схеме с 6 до 1 раза в день в течение 10 недель (контроль ВГД!); гипотензивная терапия — тимолол 0,25% 2 раза в день 10 недель; слезозаместительная терапия (без консервантов) 4-6 раз в сутки до 6 месяцев.

Профилактика рецидива герпетического кератита включает контрольные анализы на продукцию герпетических вирусов через 3 месяца после топо-ФРК; в течение 1 года после операции каждые 3 месяца контроль продукции герпетических вирусов, при выявлении — короткий курс максимальных дозировок АН per os.

Результаты андермонстрировали повышение прозрачности передних слоев, средних слоев роговицы, повышение НКОЗ и МКОЗ, а также регуляризацию поверхности роговицы.

За 14 лет прооперировано 126 глаз пациентов с постгерпетическими помутнениями роговицы, выявлено 2 случая рецидива герпетического кератита через 4 и 6 лет после операции.

«Реабилитация роговицы после ЦМВ-кератитов» — тема доклада к.м.н. А.А. Тархановой (Москва). Основные критерии диагностики: клиническая картина не укладывается в стандартные клинические формы офтальмогерпеса; при биомикроскопии наблюдается возникновение одного крупного или реже нескольких субэпителиальных инфильтратов без определенной формы, имеющие четкие границы и, как правило, с частичным нарушением эпителизации в проекции помутнения; сопровождается острым воспалительным процессом; имеет рецидивирующий характер течения; характерно быстрое развитие неоваскуляризации, как правило, до двух недель; инфильтрат чаще всего имеет границу поражения с лимбом.

Способом диагностики эпителиального и стромального цито-

мегаловирусного кератита является прижизненная конфокальная микроскопия, позволяющая определить наличие в тканях роговицы специфичных клеток по типу «совиного глаза», патогномоничных для этого состояния. Такие клетки характеризуются округлой формой, наличием крупных гиперрефлексивных включений, окруженных гипорефлексивной зоной цитоплазмы; цитомегалические клетки в 1,5 раза превышают размер окружающих клеток и составляют не менее 20 мкм.

Иммунохимический анализ часто неинформативен по причине высокой инфицированности популяции несколькими типами герпесвирусов. При ПЦР диагностике высока вероятность получения отрицательного результата по причине низкого количества вирусных частиц в месте забора биопробы.

В результате обследования 387 пациентов с поверхностным герпесом у 86 пациентов выявлены ДНК ЦМВ и/или ГВЧ-6 методом ПЦР (у 23 пациентов в слезе, у 86 — в слюне; особенности анамнеза: затяжное течение, не менее двух рецидивов; срок наблюдения составил 1,5 года.

Несмотря на адекватно проведенную противовирусную терапию, большие дозы аналогов нуклеозидов системно, выявлено значительное количество случаев развития нейротрофического кератита, развитие которого автор продемонстрировала на клиническом примере. В клинику обратилась пациентка с классическим анамнезом, стаж заболевания — более года, заболевание сопровождается периодическим болевым синдромом, повторными герпетическими атаками; при биомикроскопии наблюдаются отек роговицы, помутнение, четкие вкрапления инфильтратов, активная неоваскуляризация, рыхлый эпителий с участками дезэпителизации; обнаружены клетки по типу «совиного глаза». Проводится стандартное лечение с акцентом на высокие дозы аналогов нуклеозидов (Фамцикловир, местно — Ганцикловир), активную противовоспалительную и репаративную терапию. Через 4 месяца наблюдается уменьшение признаков воспаления, резорбция инфильтратов, отсутствие клеток по типу «совиного глаза»; клинически — отсутствие болевого синдрома и атак герпеса. Пациентка довольна результатами лечения, однако при осмотре в синем цвете наблюдается диффузная эпителиопатия, развитие нейротрофического кератита и тяжелого ССГ, ничтожного кератита, а также центрального ксероз роговицы — т.е. все признаки развития нейротрофического кератита, как исход герпетического кератита: конфокальная микроскопия в динамике демонстрирует отсутствие признаков активности герпеса, уменьшение суммарной длины нервных волокон, уменьшение их плотности, уменьшение

признаков воспаления. Таким пациентам рекомендуется проведение усиленной репаративной терапии — назначение не менее двух репарантов (гликозаминогликаны, декспантенол — не менее 4 раз в день); циклоспорин 0,05% (не менее 6 мес.); бандажной контактной линзы; препарата Сферо-Око, богатой тромбоцитами плазмы.

В заключение к.м.н. А.А. Тарханова обратила внимание на то, что большинство пациентов получают хороший исход заболевания: по истечении 18 месяцев результаты наблюдения 86 пациентов показали, что у 3 пациентов произошел рецидив однократно, у 1 пациента — дважды, полное купирование процесса через 18 месяцев наблюдалось у 100% пациентов.

С докладом на тему «Выбор оптимального метода лечения пациентов детского возраста с язвой роговицы» выступила С.П. Астрын (Москва). Автор представила результаты анализа лечения 74 детей от 0 до 18 лет с язвой роговицы. В группе 0-5 лет и 6-10 лет основным предрасполагающим фактором были вирусные герпетические инфекции, а также блефариты различной этиологии, трихиаз; в группе системных заболеваний — пациенты с глазными проявлениями синдрома Стивенса-Джонсона, синдрома Лайела, а также пациенты, ранее перенесшие операции на орбите и на головном мозге. В группе 11-14 и 15-18 лет основным предрасполагающим фактором были контактные линзы (МКЛ и ОК), при этом в 24 случаях — пользователи МКЛ, в 9 — ОК-линзы.

Возбудителей язвы роговицы в 32% случаев были бактерии, в 27% — вирусы, грибы и простейшие по 1%. Локализация: у 25 детей инфильтрат располагался в оптической зоне, у 4 — на средней периферии, у 6 — на средней периферии с небольшим захватом оптической зоны, у 28 — на периферии в верхнем, нижнем назальном темпоральном отделах, у 11 детей инфильтрат занимал практически всю площадь роговицы, что привело к необратимому снижению зрительных функций.

На момент выписки острота зрения оценивалась с максимальной коррекцией: 20 детей — 1,0; 25 — 0,5-0,9; 4 — 0,4-0,05; 8 — предметное зрение; 16 — правильная светопроекция.

Диагностика включала комплексное офтальмологическое обследование, включающее ОКТ роговицы и биомикроскопию с витальными красителями; дополнительное обследование включало во всех случаях R-графию пазух носа; консультации профильных специалистов: отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, клинический фармаколога и др.

При консервативном лечении (55 пациентов) большая часть применяемых методов проводилась только после подписания протокола off-label. Этиотропное лечение

включало местные и системные антибактериальные препараты, местные и системные противовирусные препараты, местные и системные противогрибковые препараты, антипаразитарные препараты. Патогенетическая терапия: мидриатики, антигистаминные препараты, НПВС, глюкокортикостероиды (с осторожностью), корнеопротекторы, кондиционированная аутологичная плазма.

Хирургическое лечение (аутоконъюнктивальная пластика роговицы) проводилась в 19 случаях по следующим показаниям: язва с повреждением 2/3 глубины стромы роговицы, десцеметоцеле, гипопион, перфорация роговицы, риски эндофтальмита.

На постгоспитальном этапе проводился динамический осмотр офтальмолога; дети с подтвержденной вирусной инфекцией продолжали получать лечение и наблюдались амбулаторно более 6 месяцев; детям до 3 лет выполнялась ЭФИ с целью определения прогноза и определения профилактических мер для лечения амблиопии; длительное применение увлажняющих офтальмологических растворов без консервантов с целью восстановления слезной пленки и профилактики нейротрофического кератита.

М.В. Полетаева (Москва) от группы авторов сделала доклад на тему «Метод лечения и реабилитации пациентов с прогрессирующим асептическим расплавлением и замедленной эпителизацией роговицы». Прогрессирующее расплавление роговицы (кератомалиция), приводящее к ее стойкому изъязвлению и перфорации, является опасным клиническим состоянием и представляет высокий риск необратимой потери зрения. Это состояние связано с замедленной эпителизацией и тяжелой сопутствующей патологией и требует немедленного вмешательства как для восстановления целостности глазного яблока, так и для сведения к минимуму риска вторичных осложнений, включая эндофтальмит, хориоидальное кровоизлияние и глаукому.

Среди возможных причин расплавления роговицы автор назвала лагофтальм, стерильное воспаление, химическое/токсическое/хирургическое повреждение роговицы, сухой кератоконъюнктивит или синдром Шегрена, медленные инфекции (герпес и др.), аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит, синдром Стивенса-Джонсона, язва Муруна и др.), нейротрофический кератит.

Подходы к лечению стойких эрозий и язв роговицы/роговичного трансплантата: активное использование кератопротекторов, бандажная мягкая контактная линза, применение аутосыворотки пациента, биопокрыв (покрытие амниотической мембраной), блефарорафия, трансплантация лимбальных клеток (в случае диагноза лимбальная недостаточность).



Выставка офтальмологического оборудования

Одним из возможных вариантов длительного воздействия слезозамещающих препаратов на роговицу может быть использование склеральных контактных линз (СКЛ). СКЛ представляют собой линзы большого диаметра, обычно предназначенные для коррекции аномалий рефракции, когда линза обычного диаметра не подходит из-за формы или неровности поверхности глаза. СКЛ действуют как физический барьер от век, защищая от разрушения эпителий роговицы и, возможно, помогая отсрочить прогрессирование более серьезного ее поражения, а также в качестве резервуарной офтальмологической системы для лечения стойких эпителиальных дефектов.

Далее автор представила результаты лечения пациентов с асептической кератомалией роговицы/роговичного трансплантата. Пациенты были разделены на три группы: первая группа (17 глаз) — применение СКЛ; вторая группа (19 глаз) — применение аутоплазмы; третья группа (20 глаз) — применение МКЛ. В первой группе срок эпителизации был значительно меньше по сравнению с другими группами. По результатам ОКТ во всех группах отмечалась прибавка толщины роговицы, при этом статистически значимой разницы между группами выявлено не было. Динамика МКОЗ и флуоресцеинового теста во всех группах показала, что в группе СКЛ уже на 14-й день прибавка по зрению была выше, данные флуоресцеинового теста на 7-й день в группе СКЛ были статистически значимо меньше по сравнению с другими группами.

Осложнения: в группе СКЛ (17 глаз) у 2 пациентов присоединение грибовой инфекции, приведшее к отмене СКЛ; в группе аутоплазмы (19 глаз) осложнения выявлены у 7 пациентов; в группе МКЛ (20 глаз) — у 12 пациентов (в том числе десцеметоцеле, перфорация роговицы).

По данным анализа Каплана-Майера выявлено, что в первой группе с СКЛ выживаемость роговицы/роговичного трансплантата без осложнений статистически значимо выше, чем в группе МКЛ.

Таким образом, делает вывод М.В. Полетаева, СКЛ для постоянного ношения с целью поддержания увлажнения глаза как офтальмологическая терапевтическая система, обеспечивающая резервную функцию для аккумуляции прекорнеальной жидкости, показали свою эффективность при прогрессирующем асептическом расплавлении роговицы/роговичного трансплантата в ситуации, когда обычные КЛ и медикаментозное лечение не привели к положительному эффекту. Данный метод может быть рекомендован для использования в клинической практике наряду с традиционными.

С заключительным докладом в работе секции от группы авторов выступила Л.Ц. Астосян (Москва). Тема — «Клинический случай лечения акантамёбного кератита:

современные подходы». В отдел трансплантационной и оптико-реконструктивной хирургии переднего отрезка глаза головной организации МНТК «Микрохирургия глаза» обратилась пациентка 30 лет с жалобами на снижение остроты зрения правого глаза, выраженный болевой синдром, покраснение, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Из анамнеза: контактная коррекция зрения с 2019 г., несоблюдение правил ношения (забыла снять); в течение 10 дней чувство инородного тела, отменила покраснение и слезотечение; обратилась к офтальмологу по месту жительства; проведено медикаментозное лечение без положительной динамики; проведение фототерапевтической кератэктомии в июне 2023 г. без положительной динамики; в августе 2023 г. обратилась в МНТК «МГ» с вышеперечисленными жалобами.

Визометрия: 0,05 sph -4,0 cyl -6,0 ax 5 = 0,1

Биомикроскопия: язвенный инфильтрат в парацентральной зоне роговицы.

На основании данных инструментальной диагностики был выставлен диагноз «ОД акантамёбный кератит, состояние после фототерапевтической кератэктомии».

Акантамёбный кератит представляет собой воспаление роговицы, вызванное простейшими аэробными микроорганизмами — акантамёбами; основные среды обитания — водоемы, почва; факторы риска: нарушение целостности эпителия роговицы — травмы, хирургические вмешательства, длительное использование КЛ. Попадая на поврежденный эпителий, акантамёба адгезируется, проходит через межклеточные пространства, синтезирует протеазы, с помощью которых проникает в глубокие слои стромы. Диагностика: посев на питательные среды, иммунофлюоресценция, ПЦР, конфокальная микроскопия — обнаружение цист и трофозоидов акантамёбы in vivo. Клиника: покраснение, как правило, одностороннее; боль, резь, ухудшение зрения. Клиническая классификация: поврехностный эпителиальный кератит, поверхностный точечный кератит, стромальный кольцевидный кератит, язва роговицы, кератосклерит.

Медикаментозное лечение: катионные антисептики+аминогликозиды, полигексаметиленбигуанид, миристиамидпропил диметиламин. Хирургическое: фототерапевтическая кератэктомия, УФ-кросслинкинг, послойная кератопластика.

Пациентке проведен УФ-кросслинкинг роговицы; на следующий роговица стала более прозрачна, поверхность ровная. На 7-е сутки конфокальная микроскопия выявила отсутствие акантамёбных цист. Однако через 15 суток акантамёбные цисты обнаружены во всех слоях и по всей поверхности роговицы. Было принято решение о проведении экстренной сквозной кератопластики. Через 15 суток после СКП трансплантат прозрачный,

акантамёбные цисты не обнаружены; через 2 месяца акантамёбные цисты обнаружены на трансплантате. Было принято решение о проведении УФ-кросслинкинга на трансплантате. Усиление эффекта от кросслинкинга было достигнуто за счет применения протокола модифицированного УФ-кросслинкинга с использованием фотосенсибилизатора на основе наночастиц серебра. Наночастицы серебра обладают высокой реакционной способностью, а также бактерицидным, бактериостатическим, противовирусным, противогрибковым и антисептическим действием в отношении более чем 600 патогенных микроорганизмов, вирусов и дрожжевых грибов. Распор с наночастицами серебра был

получен физическим способом: электроимпульсный метод расщепления серебра 999 пробы в дистиллированной воде.

Повторный УФ-кросслинкинг привел к положительному результату, который наблюдается более 8 месяцев.

Таким образом, современные подходы к лечению тяжелой воспалительной патологии включают: плановое и комплексное обследование с учетом лабораторных и инструментальных методов диагностики. Использование конфокальной микроскопии в до- и послеоперационном этапах в целях прижизненного исследования морфологического состояния роговицы и оценки эффективности на каждом этапе комплексного

лечения. Проведение ФТК должно соответствовать строгим критериям отбора с целью предотвращения истончения и возможной вторичной эктазии роговицы. Комплексный подход к лечению инфекционной патологии роговицы включает консервативные и хирургические этапы. Хирургический этап в свою очередь состоит из УФ-кросслинкинга с возможной модификацией и различных видов кератопластики при необходимости. УФ-кросслинкинг на роговичном трансплантате может быть эффективным в случаях инфекционного поражения роговицы после сквозной кератопластики.

Материал подготовил

Сергей Тумар

Фото Сергея Тумара

ОПТИМЕД

ГИАЛВИСК

РАСТВОР ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ВИСКОЭЛАСТИЧНЫЙ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ

КОНТРОЛИРУЕМЫЙ
КАПСУЛОРЕКСИС

Долговременно поддерживает объем передней камеры глаза или капсульного мешка

Имеет идеальную прозрачность для максимальной видимости во время хирургии

Формирует защитный барьер тканей глаза

Обеспечивает отличную визуализацию для работы с микроинструментом и имплантации ИОЛ

Производится из гиалуроната натрия высокой степени очистки методом биоферментации

Когезивный - легко удаляется, предотвращая подъем внутриглазного давления

Полная прозрачность роговицы на первые сутки после операции

Предназначен для всех типов операций

БЕЗОПАСНАЯ
ФАКОЗМУЛЬСИФИКАЦИЯ

ПРЕДСКАЗУЕМОСТЬ
ИМПЛАНТАЦИИ
ВСЕХ ТИПОВ ИОЛ

Полимер	Биоферментация
Концентрация гиалуроната натрия	1,2%; 1,4%; 1,6%
pH раствора	6,8 - 7,6
Осмолярность раствора	300 - 360 мОсм/кг
Молекулярный вес гиалуроната натрия	1,9 - 2,1 MD
Вязкость при нулевом сдвиге	40 000 мПа·с
Хранение	от +2°C до +25°C
Канюля	25 G

ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»

Телефон/факс: (347) 223-44-33; 277-61-61; 277-62-62

e-mail: market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru

Записки земского офтальмолога

Уважаемые читатели! В конце 2024 года издательством «АПРЕЛЬ» была выпущена в свет книга А.А. Воронцова «Записки земского офтальмолога», трагически погибшего 21 июля 2020 года. Книга представляет собой собрание клинических случаев с детальным разбором и комментариями участников сообщества ВКонтакте «Терра-Офтальмика». За короткий срок практически весь тираж был распродан. С разрешения коллектива редакторов «Записок...» газета «Поле зрения» публикует некоторые фрагменты из книги.

ГЛАВА 1. Периорбитальная область и вспомогательные органы глаза

1.1. Птоз брови

90-летняя женщина, проработавшая треть жизни в рентген кабинете, жалуется, что после травмы головы (стеклянную бутылку разбили о теменную область 15 лет назад) «правый глаз плохо видит» (фото 1.1). При подтяжке брови пальцем или пластырем глаз «видит хорошо» (фото 1.2). P.S. В теменной области имеется рубец 7 см.

Наиболее вероятная причина brow ptosis у этой пациентки:

- А. Лучевая болезнь.
- В. Травма апоневроза лобной мышцы.
- С. Инволюционный brow ptosis.

Комментарии:

Хамза Чолиев

Есть ли полное фото ее лица?

Андрей Воронцов

Нет. Паралича лицевого нерва тоже нет.

Хамза Чолиев

Андрей, тогда В.

Антон Вурдафт

Какой-нибудь шов permanently вшить и подтянуть бы бровь.

Андрей Воронцов

Антон, ей предлагали это 10 лет назад. Сам же я не владею (хотя мысли и желание возникли при осмотре) такой методикой, даже если бы пациентка изъявила желание полечиться.

Андрей Воронцов

Антон, не подскажешь, как процедура называется, чтобы погуглить?

Антон Вурдафт

Похоже, сильно простых процедур нет. Процедура с единственным швом применима для врожденного птоза века, но увы не для брови. Из всех процедур по брови, похоже, самая доступная — direct brow lift. Есть в ютубе.

Андрей Воронцов

Просто пусть полегит здесь:

Андрей Воронцов

Есть сомнения у меня, что direct brow lift — лучшая опция для данной пациентки.

В обзоре Direct Brow Lift Treatment & Management на Medscape отмечают, что прямой подъём (лифтинг) брови не исправляет птоз медиальной части брови и приводит к образованию заметного шрама, даже если разрез сделан непосредственно над бровью. Шрам создаёт резкую границу из-за утраты тонких верхних волосков брови. А у пациентов с густыми бровями разрез менее заметен, чем у тех, у кого тонкие и редкие брови.

Антон Вурдафт

Так у неё как раз «лардж буши» бровь, рубец не должен быть сильно заметным

Андрей Воронцов

Антон, мне понравилась процедура своей относительной простотой, но я так понял, что она больше подходит для инволюционного или нейрогенного птоза брови и не справится с медиальной порцией птоза.



Фото 1.1. Птоз брови. Первичная позиция взгляда



Фото 1.2. Подтяжка кожи лба вместе с бровью пальцем/пластырем

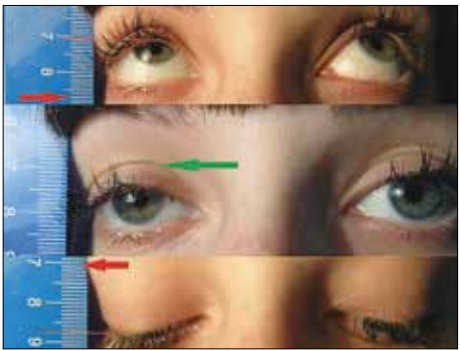


Фото 1.3. Оценка функции леватора (верхнее и нижнее фото) и измерение высоты глазной щели, а также расстояния от края века до рефлекса на роговице (margin-reflex distance, MRD, среднее фото)



Фото 1.4. Положение глаз в первичной позиции взгляда и в четырёх вторичных позициях

Антон Вурдафт

No problem with direct brow ptosis lift in this case, говорят коллеги. Если техника адекватна.

СПРАВКА

Старческие изменения кожи лба часто приводят к опущению лба и бровей. Выраженный птоз брови бывает также при лицевом параличе. Состояние считается птозом брови, если бровь «висит» ниже уровня верхнего глазничного края. Птоз брови часто является причиной неудачи верхней блефаропластики, в случае если она не была комбинирована с операцией по птозу брови. Выраженный птоз брови может ограничивать верхнюю часть поля зрения. Хроническая попытка компенсировать этот птоз лобной мышцей вызывает выраженные морщины лба. Лечение хирургическое, часто в сочетании с верхней блефаропластикой. Доступны три хирургические техники: пексия брови (особенно эффективна при незначительном птозе и при сочетании с верхней блефаропластикой), прямой подъём брови (особенно эффективен при латеральном птозе брови, при выраженных морщинах на лбу и при густых бровях) и эндоскопический или претрихиальный подъём брови и лба (с разрезом или разрезами на волосистой части лба или непосредственно под линией скальпа).

Источники: ААО BCSC 7 2020/2021, стр. 263.

1.2. Апоневротический птоз

Пациентка 22 лет, иногородняя, впервые обратилась сегодня на поликлинический приём с жалобой на опущение верхнего века правого глаза.

Анамнез: весной этого года было (с её слов) какое-то «воспаление с большим безболезненным отёком, опущением и покраснением верхнего века, ничего не вскрывали, лечили по м/ж тобрадексом,

отёк и покраснение прошли, но опущение века так и осталось. Птоз не изменяется в течение дня и по утрам иногда наоборот хуже открывать глаза, затем после некоторого времени веко «как бы разрабатывается», боли нет, никаких других глазных симптомов нет (двоения, снижения зрения и т.д.), зрачки всегда были одинакового размера. Никогда глазной патологией не страдала. Контактными линзами не пользуется. Наследственность с её слов не отягощена никакими патологиями. Системными хроническими заболеваниями не страдает. Лекарств никаких не принимает.

Фотографии до весны 2016 года и разговор с мамой указывают на отсутствие проблем с веком до весны 2016 года ⇒ птоз не является врождённым.

Итак, птоз какой-то из приобретённых. Какой?

Травм и операций век, орбиты и глаз не было ⇒ птоз не является травматическим.

Visus OD = 1,25 Visus OS = 1,25 Po OU = 16 мм рт.ст., среды прозрачны, глазное дно в норме.

Положение глаз в первичной позиции взгляда правильное (фото 1.3) + движения глаз в полном объёме (фото 1.4), в кабинете включен свет и открыты шторы ⇒ зрачки сужаются симметрично и синхронно, диаметр зрачков одинаковый ⇒ птоз не связан с параличом/парезом III ЧН.

Нет ипсилатеральных ангиодроз, нарушения носового дыхания, миоза; в кабинете выключен свет и закрыты шторы ⇒ зрачки расширяются симметрично и синхронно, диаметр зрачков одинаковый, инстиляция фенилэфрина 2,5% в OD не изменяет птоз ⇒ птоз не связан с синдромом Горнера.

Открывание и отведение нижней челюсти не изменяет птоз ⇒ птоз не связан с пальпаторомандибулярной синкинезией.

Конвергенция и версии не изменяют птоз ⇒ птоз не связан с другими синкинезиями или аберрантной регенерацией.

Нет симптоматики мигрени и рассеянного склероза.

Птоз не ухудшается к вечеру, птоз не изменился после теста с приложением полотенца со льдом на веко, нет генерализованной слабости мышц ⇒ птоз не связан с нарушением нейромышечной передачи/миастенией гравис.

Нет признаков пигментного ретинита, нет сердечных блокад по данным старых ЭКГ, нет наружной офтальмоплегии ⇒ птоз не связан с болезнью Кернса-Сейра и прогрессирующей наружной офтальмоплегией.

⇒⇒⇒ птоз не является нейрогенным.

Размер роговиц и выстояние глазного яблока из орбит (экзофтальмометрия) симметричны ⇒ это не псевдоптоз из-за плохого поддержания глазного яблока.

Отёка века и блефарохалазиса, дерматохалазиса нет ⇒ это не псевдоптоз из-за нависания сухой кожи.

Положение верхнего века правого глаза нормальное ⇒ это не псевдоптоз из-за ретракции верхнего века парного глаза.

Гипотропии и эксциклоторсии нет ни в первичной позиции взгляда, ни в тесте с двумя палочками Маддокса, ни в трёхступенчатом тесте Паркса-Бильшовского ⇒ это не псевдоптоз из-за гипотропии.

Опущения брови нет ⇒ это не псевдоптоз из-за опущения брови.

Веко не изменено внешне, нет рубцов и новообразований, выворот верхнего века не обнаружил патологии, нет орбитальной симптоматики воспаления/опухолей ⇒ птоз не является механическим (рубцовым или из-за гравитации).

Нет роговичного синдрома, глаз спокоен ⇒ птоз не связан с блефароспазмом.

Напряжения лицевых мышц нет, птоз постоянен, пациентка приехала именно из-за птоза из небольшого и неблизкого города ⇒ птоз не связан с симуляцией.

Пациентке 22 года и у неё нет признаков старения ⇒ птоз не является инволюционным.

Функция леватора нормальная (16 мм, см. фото 1.3), есть складка верхнего века ⇒ птоз не является миогенным.

Анамнез локального процесса верхнего века, нормальная функция леватора, наличие складки верхнего века, птоз слабой степени 1,5-2 мм, птоз хуже при взгляде вниз.

⇒ птоз предположительно является апоневротическим.

Клинический диагноз: апоневротический птоз слабой степени верхнего века правого глаза.

Уважаемые коллеги, есть ли другие предложения по диагнозу?

Какую хирургическую технику или иную тактику вы предложили бы в описанном случае?

Спасибо.

Комментарии:

Иван Исаков

Что по УЗИ?

Андрей Воронцов

Иван, нет у меня УЗИ, поэтому пока ничего. А надо?

Иван Исаков

ПЗО, толщина мышц одинакова? Ретробульбарная клетчатка? Хотя большинство офтальмологических аппаратов в этом плане не информативно.

Антон Вурдафт

Нет других предположений... Остаётся ждать. Может оказаться, что и второе веко опущено.

Иван Исаков

Еще вариант: не отметайте, что так и было. Фото старые могут быть малоинформативны.

Андрей Воронцов

Иван, так и было, значит всё равно это от чего-то появилось, так как клинические данные даже без учёта анамнеза говорят не в пользу врождённого птоза.

Антон Вурдафт

Это не отменит диагноза, Иван

Андрей Воронцов

Иван, рефракция симметрична: эмметропия (субъективно и объективно) и визус не изменяется (с её слов). С чего ПЗО быть разному?

Андрей Воронцов

Антон, сколько нужно ждать?

Иван Исаков

Ну, руки тоже не одинаковых размеров, хотя на каждой пальцев по пять штук. Размер мышц, может верхняя прямая увеличена в размерах.

Ирина Морозова

Андрей, Bravo!!!

Антон Вурдафт

Андрей, месяцев 6 после предполагаемого триггера.

Андрей Воронцов

Антон, как раз 6 мес. с весны и прошло. Всё стабильно со слов пациентки и её мамы.

Антон Вурдафт

Можно протестировать левое веко на закон Геринга, похоже на двусторонний птоз.

Андрей Воронцов

Антон, поподробнее расскажешь?

Антон Вурдафт

Оно конечно может и её родное, но позиция век по отношению к роговице не нормальная анатомически.

Антон Вурдафт

Андрей, если поднять правое веко, левое может опуститься.

Андрей Воронцов

Антон, так этого не произошло. Какая тактика дальше?

Антон Вурдафт

Как вариант — подтягивание апоневроза к тарзальной пластинке. Чистый космос, если оперировать без нормальных коагуляторов. Есть болевой шанс, что их всё и так устраивает.

Глеб Арсланов

Я понимаю, что это казуистика, и особых показаний разрабатывать диагноз миастении нет, но, если помните, в моем случае с односторонним птозом у мужчины 40 лет тоже этого не было (однако, миастения подтвердилась):

«Птоз не ухудшается к вечеру, птоз не изменился после теста с приложением полотенца со льдом на веко, нет генерализованной слабости мышц».

Я назначил своему пациенту с односторонним птозом (который тоже сперва принял за апоневротический) то, что ниже, и два теста оказались положительными (ЭМГ и а/т к ацетилхолину, при этом чувствительность и специфичность тестов ~ 99,6%):

- рентген ОГК (с прицелом на верхушку, дабы «exclude a structural lesion along the sympathetich pathway») и для ddx в плане миастении:
- электромиография
- а/т к ацетилхолиновым рецепторам
- MUSK (мышце-специфичная рецепторная тирозин-киназа)

Андрей Воронцов

Глеб, я сразу как пациентка пришла, вспомнил тот твой случай. Скинь ссылку, чтобы коллеги почитали. Но перечисленные тобою исследования — это слишком круто не то, чтобы для здешних лесов, но и для их города, думаешь, их стоит мотивировать на поездку туда, где делают? Где кстати их делают? Твоему пациенту, например? Дмитрий, есть ли у Вас мысли по кейсу?



Фото 1.5. Выворот медиальной части нижнего века с обнажением конъюнктивы

Глеб Арсланов

Андрей, у меня в Уфе он смог сделать только электромиографию (частная клиника «Кардионеврологический центр», Уфа) и а/т к ацетилхолиновым рецепторам (лабораторная клиника «Инвитро», один из уфимских филиалов), MUSK в Уфе вроде бы не делают, но он и не нужен уже был, по идее.

Андрей Воронцов

Глеб, что теперь с этим пациентом?

Глеб Арсланов

Андрей, после того как ушел делать МРТ с прицелом на вилочковую железу — более не появлялся?

Андрей Воронцов

Коллеги, кроме совета наблюдать и провести какие-то фантастические, по крайней мере для рядовых офтальмологов, лабораторно-инструментальные исследования, предложенные Глебом, ещё предложения по тактике есть? Интересно всех послушать.

P.S. Подписчиков 4856.... Ммм, ну, или почти всех)).

СПРАВКА

Известный из анамнеза напряжённый отёк верхнего века мог быть причиной растяжения или повреждения апоневроза леватора верхнего века с этой стороны, что скорее всего явилось причиной птоза.

Другими типичными причинами слабости апоневроза леватора являются постоянное трение глаз или ношение твёрдых (нередко и мягких) контактных линз. Травма или хирургическое повреждение апоневроза также могут приводить к апоневротическому птозу.

Как верно отмечено в описании случая, при апоневротическом птозе чаще всего присутствует переходная складка верхнего века (при полном отсоединении апоневроза она может отсутствовать), что отличает этот тип птоза от миогенных птозов. Кардинальной чертой апоневротического птоза (в отличие от врождённого или миогенного) является сохранность функции леватора, т.е. экскурсия верхнего века от крайне нижней до крайне верхней позиции составляет около 15 мм. Действительно, при взгляде вниз апоневротический птоз может усиливаться (тогда как при врождённом птозе будет отставание века при взгляде вниз, т.н. lid lag). Кроме того, при прямой позиции зрения у пациента ограничивается поле зрения сверху.

В данном случае показанием к хирургическому лечению была бы чисто косметическая составляющая. Операция на леваторе (подшивание апоневроза к тарзальной пластинке) возможна через кожу или через конъюнктиву. Другие операции (резекция мышц Мюллера или подвешивание века к лобной мышце — frontalis sling) — показаны при других типах птозов.

Источники: ААО BCSC 7 2020/2021, стр. 245

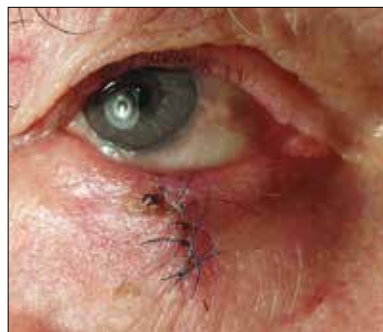


Фото 1.6. Вид на третий день после процедуры. Узловые нерассасывающиеся швы. Хорошо адаптированные край века и рана

1.3. Старческий выворот нижнего века

В понедельник на прошлой неделе в моей поликлинике было сразу 2 пациента с инволюционным выворотом век.

Пациент №1.

Монолатеральный инволюционный эктропион.

Мужчина 70 лет. Жаловался на выворот нижнего века и одностороннее слезотечение (фото 1.5). В тот же день я ему выполнил процедуру: lower lid full-thickness pentagonal wedge resection или «lazy T» (фото 1.6). Сегодня снял швы (фото 1.7).

Комментарии:**Кирилл Зеленцов**

Андрей, молодцы. А почему пигментное новообразование кожи не убрали одномоментно? На самом деле не надо бояться век. Они очень хорошо заживают. Только надо соблюдать определенные правила.

Андрей Воронцов

Кирилл, да. Я тоже себя спрашиваю, почему я фломастером не нарисовал пентагон чуть латеральнее, чтобы невус захватить, но уже поздно. Я руководствовался этим: резекция пентагона 3-4 mm temporal to the punctum. На невус не хватило века, при таком отсчёте. Зряжая.

Антон Вурдафт

Андрей, вышло здорово, думаю пациент в восторге.

Андрей Воронцов

Антон, надеюсь не развалится. Там 2 узловых шва нейлон 7/0 и один матрачный на тарзальной пластинке и 2 узловых 7/0 нейлон на орбикулярисе.

Ещё был 1 вертикальный матрачный 7/0 нейлон и 3 узловых 7/0 нейлон на рёберном крае и 5 узловых 6/0 на коже. Чем был богат, тем и ушил, в общем.

Антон Вурдафт

Андрей, на тарзальную достаточно двух узловых, орбикулярис можно не сшивать

Не развалится, крепко схватил:)

Анатолий Обрубов

Можно использовать ультракаин в разных разведениях (в зависимости от возраста и соматики) — будет меньше кровить.

Кирилл Зеленцов

Анатолий, существуют 3 формы выпуска ультракаина:

- ультракаин ДС форте (с концентрацией эpineфрина 1:100.000),
- ультракаин ДС (с концентрацией эpineфрина 1:200.000),
- ультракаин Д (без эpineфрина/адреналина).

Анатолий Обрубов

Кирилл, ну я ДС имел в виду, конечно. Иначе и смысла нет:)

Пациент(ка) №2.

Билатеральный инволюционный эктропион.



Фото 1.7. Вид через неделю, сразу после снятия швов. Минимальная выемка края присутствует, но край и веко при этом адаптированы хорошо

Женщина 69 лет. Жалобы на двусторонний выворот век и двустороннее слезотечение (фото 1.8). Пациентке рекомендована операция lateral tarsal strip, а на время пока она думает, назначены лубриканты.

Комментарии:**Михаил Серьезный**

Андрей, комфорта у этой пациентки, по крайней мере, справа долго не будет после любой операции.

Андрей Воронцов

Михаил, да кератинизация и огрубение тарзальной конъюнктивы от экспозиции сильно заметно. Я вижу, что тут посложнее обычного выворота. Поэтому предложил ей в первую очередь более опытного оператора. Она так-то приходила очки подобрать, заодно и про эктропион спросить. Но если сильно захочет и придёт ко мне, то процедуры lateral tarsal strip procedure будет достаточно или нет, как считаете?

Павел Зайцев

Андрей — одно веко сделай по Кунту-Шимановскому, второе — как решишь потом/наоборот сперва lateral tarsal strip. Просто по фото всего с веком не понять.

Михаил Серьезный

«Если человек делает К.-Ш. в первый раз или даже просто раз в год, как думаете, как будут результаты?» — нормальные)) результаты. Спустя 3 недели тетрациклиновой мази даже слизистая в слизистой превратилась в обоих случаях. Один — как на фото, другой — полностью весь хрящ наружу смотрел. Про поэтапность согласен, но все-таки «тарзал стрип», по-моему, мне хватит... Да, щупать (и тупить) много пришлось, даже когда уже на 2 листка было разделение. И лоскут хряща пентагональный делал, ведь его ширину можно любой сделать, а треугольник нелогичен, по-моему.

Антон Вурдафт

Про каркас и имплант для укрепления нижнего тарзуса [от НИИ Гельмгольца].

Андрей, что-то мне кажется, что tarsal strip сходитесь... Пациентка не приходила? Не пробовал у неё имитировать подтяжку нижнего века кнаружи?

Андрей Воронцов

Антон, не приходила. Пробовал. Нижнее веко ещё больше выворачивалось. Если мы говорим про одно и то же (дооперационная имитация подтягивания пальцами).

Антон Вурдафт

Спросил пластика — говорит, в таком случае в идеале нужно искать ретракторы через конъюнктиву и возвращать их на место, добавив потом тарзал стрип, причём возможно дважды (второй раз после нормализации слизистой). Другой вариант — комбинация подтягивания медиальной и латеральной спайки.

Андрей Воронцов

Для тех, кто не понимает о каком ретракторе речь:

В обзоре анатомии нижнего века «Physiology of the lower eyelid retractors» (Ophthalmic Plast Reconstr Surg., 1994) отмечают, что нижние ретракторы века, представленные капсулопальпебральной фасцией, аналогичны леваторному апоневрозу верхнего века. Эта фасция начинается от конечных мышечных волокон нижней прямой мышцы глаза, разделяется вокруг нижней косой мышцы и сливается с её оболочкой. Далее перед нижней косой мышцей две части фасции соединяются, образуя связку Локвуда. Капсулопальпебральная фасция простирается вперёд и прикрепляется к нижнему конъюнктивальному своду, огибает нижнюю границу тарзальной пластинки и сливается с орбитальной перегородкой. В нижнем веке также есть плохо развитая нижняя тарзальная мышца, аналогичная мышце Мюллера в верхнем веке, которая проходит позади капсулопальпебральной фасции, особенно выражена в области нижнего свода.

Антон Вурдафт

Умные книжки пишут, что К-Ш — изжившая себя процедура. Всё-таки зачем здесь укреплять хрящ имплантами, я не понимаю. Это очень нетривиальное решение (каково здесь для имплантов обоснование?). То, что возвращать ретракторы и делать тарзал стрип — это 100%. Вопрос ещё про medial spindle для возвращения точки на место.

Андрей, фото для выворота не очень корректно сделано — важно видеть пол-лица, вплоть до уголков губ, на будущее. От этого, в том числе, может зависеть тактика.

СПРАВКА

Выворот нижнего века возникает в результате горизонтальной слабости (недостаточности медиальной, латеральной или обеих связок) или вертикальной слабости (недостаточности ретракторов) нижнего века. Результатом тарзального выворота (выворота со слабостью ретракторов) или любого длительно существующего выраженного выворота нижнего века является конъюнктивит, гипертрофия и кератинизация конъюнктивы.

Стандартом лечения горизонтальной недостаточности является lateral tarsal strip (латеральное укорочение тарзальной пластинки с последующей кантопексией). Эффект операции моделируется латеральным подтягиванием века при осмотре. Операция наиболее эффективна при слабости латеральной связки. Слабость медиальной связки требует в теории медиальной кантопексии (переподшивания ножек медиальной связки), однако технически она значительно сложнее и богаче на осложнения. Альтернативой при слабости медиальной связки и невыраженном вывороте медиальной части века и слёзной точки является «medial spindle» — выкраивание веретеновидного участка конъюнктивы и ретракторов ниже слёзной точки для последующего ротирования слёзной точки при ушивании полученной раны с выведением швов через толщу века наружу. Последнее часто комбинируется с lateral tarsal strip.

В случае вертикальной слабости (слабости или отсоединении ретракторов нижнего века) и развитии тарзального выворота проводят подшивание ретракторов. Последнее также часто комбинируется с lateral tarsal strip.

Источники: ААО BCSC 7 2020/2021, стр. 231



Фото 1.8. Выраженный тарзальный выворот нижних век с обнажением и хроническим воспалением конъюнктивы



Фото 1.9. Лагофthalmу новорожденного (OS>OD). Рефлекс Бэлла отрицательный, обнажение роговицы присутствует



Фото 1.10. Ретракция века



1.4. Лагофthalmу у новорожденного

Мама пациента пожаловалась на то, что ребёнок 2-месячного возраста постоянно спит с приоткрытыми глазами. Попросил маму этого ребёнка прислать мне фото глаз во время сна (фото 1.9). По осмотру и анамнезу у ребёнка ночной лагофthalmу/nocturnal lagophthalmos.

- 1. Наличие какого феномена врач всегда должен оценивать в подобных случаях?
- 2. Ваша тактика ведения данного пациента?
- 3. Как отличить физиологический ночной лагофthalmу от патологического?

Комментарии:
Анастасия Укина
Феномен Белла? Поражение лицевого нерва?

Александр Паймухин
Феномен Белла, консультация невролога, электронейромиография, исключить возможные глазные факторы проявления лагофthalmу, применение гелиевых форм или Вита-ПОС, если нет аллергии на витамин А, повязки на ночь для смыкания век или использовать лейкопластырь как вариант.

Родион Нестеренко
1. Феномен Белла
2. Обследовать неспящего ребёнка
3. Скорей всего, здесь вариант нормы при отсутствии роговичной симптоматики, и если ребенок спит так непостоянно (на 2 фото глаза почти закрыты), можно попробовать поглаживаниями прикрыть глаза, если получается, то все ок.

Андрей Воронцов
Родион, шикарный ответ. В подавляющем большинстве случаев ночной лагофthalmу у малышей является физиологическим, идиопатическим и семейным. Полное смыкание век во время бодрствования это подчёркивает. Хороший феномен Белла позволяет защищать роговицу и не выписывать всем этим пациентам лубриканты. Об этом профессиональная литература пишет мало, так как всё перечисленное не является медицинской проблемой.
Медицинской проблема становится при отсутствии феномена Белла, параличе лицевого нерва, птозе, опухлях, проптозе, пороках, лицевых аномалиях, различных синдромах. Впрочем, об этом как раз врачу найти информацию не составит труда.

Смысл этого топика — акцентировать внимание на том, что если мы установили у ребёнка физиологический/идиопатический/семейный ночной лагофthalmу с нормальным феноменом Белла, то не нужно подвергать пациента лишним консультациям, обследованиям и лечебным опциям.
Однако ж, если у нас есть даже самая малая доля сомнения в физиологичности ночного лагофthalmу, то консультации смежных специалистов и лубриканты не повредят.
У подавляющего большинства детей с ночным лагофthalmу, которые осматриваются в кабинете

офтальмолога, через несколько часов после пробуждения, флуоресцеиновый тест не показывает экспозиционной кератопатии, так как эпителий очень быстро восстанавливается.
В противоположность физиологическому, патологический лагофthalmу — серьёзная медицинская проблема. Настороженность врачей должна быть высокой, но без фанатизма в отношении нормальных детей с физиологическим ночным неполным смыканием век/ночным лагофthalmу/сном с приоткрытыми глазами.

Антон Вурдафт
В ту же корзинку — старая заметка, на случай, если лагофthalmу всё-таки ненормален.

1.5. Ретракция века

Пациент (мужчина 6-го десятилетия) с приобретённой билатеральной ретракцией век, которая присутствует одинаково во всех позициях зрака (рис. 1.10).
Некоторые важные моменты:
– Пациент в сознании, приехал в больницу сам (точнее на автобусе).
– Параличей, парезов нет.
– Экзофthalmу нет.
– Ограничения движений глаз нет.
– Зрачки реагируют на свет.
– При обычном освещении не большой мидриаз.
– Аркус (циркулюс) сенилис.
– Слабая гиперметропия.
– Единичные друзы дисков.
– Диск розовый, границы чёткие, Э/Д = 0,2.
– Задний полюс и сосуды сетчатки в норме.
– Пациент не посещал раньше врачей, но из анамнеза известно, что глаза приобрели такой вид постепенно, за последние пару лет.
– Приём лекарств и наркотиков отрицает.
– Глазные болезни, операции, травмы отрицает.

Коллеги, предлагаю построить дифференциальный диагноз для приобретённой билатеральной ретракции век у взрослых.

Комментарии:
Антон Вурдафт
The differential diagnosis and classification of eyelid retraction. Это называется near exotropia)

Андрей Воронцов
Антон, она самая.

Андрей Воронцов
У этого пациента неврологом диагностирована болезнь Паркинсона.

СПРАВКА

Ретракция верхнего, нижнего или обоих век приводит к т.н. scleral show — увеличению площади доступной зрению склеры и появлению (сверху) или увеличению (снизу) видимых участков склеры между лимбом и краем века. Ретракция может иметь следствием экспозиционную кератопатию. Наиболее частой и классической причиной одно- или двусторонней ретракции век является тиреоидная болезнь глаз. Она часто

развивается ещё до появления экзофthalmу. К ятрогенной ретракции может приводить излишнее удаление кожи при верхней блефаропластике. Односторонняя ретракция встречается в следствие закона Геринга при птозе верхнего века с противоположной стороны. Кроме того, причиной ретракции может являться синдром Parinaud или врождённая ретракция. Кроме консервативных способов лечения (мази, увлажняющие капли и выжидательная тактика, например, при состояниях после блефаропластики) возможны также хирургические методы, проводящиеся при стабилизации процесса. При ретракции верхних век возможны блефаротомия, миотомия, рецессия апоневроза, иссечение или рецессия мышцы Мюллера. Хирургия ретракции нижних век зависит от этиологии ретракции. При недостаточности передней пластины века (например, после нижней блефаропластики) необходимы свободные кожные трансплантаты. При недостаточности задней пластины (например, при пемфигоиде или ожогах) необходимы свободные трансплантаты слизистой, например, из носовой или ротовой полости. При недостаточности средней пластины — выполняют иссечение рубцовой ткани и могут применять «спейсеры» — различные искусственные или донорские импланты (последнее часто требуется при тиреоидной болезни глаз).

Источники: ААО BCSC 7 2020/2021, стр. 252

1.6. Врождённый птоз

Пациент № 1.
Мальчик 7 лет был на сегодняшнем осмотре школьников (фото 1.11). Диагноз: bilateral congenital ptosis. Некоторые данные:
– Депривационной амблиопии нет.
– Астигматизм степенью до 1 дптр.
– Поза звездочёта.
– Лагофthalmу нет.
– Отсутствует верхняя пальпебральная складка слева.
– Феномен Белла удовлетворительный.
– Margin-reflex distance = 2 мм справа, 1,5-1 мм слева.
– Функция леватора неудовлетворительная (4 мм), слева хуже (2-3 мм).
– Семья асоциальна.

- 1. Как бы Вы определили показания для хирургического лечения птоза у данного пациента?
- 2. Какой тип астигматизма чаще встречается при врождённом птозе?

Комментарии:
Антон Вурдафт
Что не характерно для врождённого птоза — это наличие у него складки на правом веке...
И достаточно хорошая функция леватора справа для врождённого птоза, тоже не очень типично. Наверное, это возможно, просто интересно.

Андрей Воронцов
Антон, согласен.

Возможны 2 объяснения:
1. Привычная ребёнку поза звездочёта приводит к опущенному положению века правого глаза.
2. Мех других причин. Ребёнок был зачат и рождён в глубоком запое. У него плохая речь и, возможно, какие-то миогенные дела. Миастенией не пахнет.

Антон Вурдафт
Веко, наверное, давит на глаз сверху, усиливая прямой астигматизм?

Андрей Воронцов
Антон, у ребёнка как раз прямой астигматизм. Ты видишь какие-то показания к хирургии, кроме косметики и вынужденного положения головы?

Антон Вурдафт
Андрей, думаю это и есть показание... Интересно, что астигматизм этот частично обратим.
В обзорах "Assessing amblyogenic factors in 100 patients with congenital ptosis" (Int J Ophthalmol., 2010) и "Astigmatic change following congenital ptosis surgery" (Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei), 1998) отмечали, что при исследовании 30 глаз с птозом и астигматизмом было выявлено, что 90% случаев (27 глаз) имели прямой, 6,7% (2 глаза) — обратный, и 3,3% (1 глаз) — косой астигматизм. Среди 40 птозных век из второго исследования частота высокого астигматизма (>2,5 диоптрий) при врождённом птозе составила 25,3%. Изменения астигматизма после операции выражались у 15% в увеличении астигматизма более чем на 0,5 диоптрии, у 27,5% — уменьшении более чем на 0,5 диоптрии, а у 57,5% не было значительных изменений.

Андрей Воронцов
Антон, интуитивно чувствовал это, но градаций не знал. Спасибо!

Пациент № 2.
Ребёнок 9 месяцев. Простой врождённый выраженный блефароптоз слева.

Признаки:
1. Левый глаз при рождении был закрыт и не открывался 4 дня.
2. Птоз стал стабильным к 1-му месяцу жизни.
3. Верхнее веко перекрывает зрачок чуть больше, чем на половину. На фото 1.12 удалось (ребёнок был очень непоседлив) запечатлеть наименьшее перекрывание зрачка, хотя птоз в основном стабилен.
4. Отсутствует верхняя пальпебральная складка.
5. Очень слабая функция леватора.
6. Движения глазных яблок в полном объёме.
7. При CVT тропий не определяется.
8. Скиаскопия после цикломеда: Нм +2,0 D оба глаза.
9. Передний отрезок в норме.
10. Глазное дно в норме.
11. Зрительная фиксация правильная.
12. У ребёнка имеется излишнее напряжение лобной мышцы на левой стороне.
13. Других причин птоза при обследовании мною и специалистами-консультантами не найдено.

Хирургическое лечение птоза запланировано на возраст 4-5 лет.
Сейчас и уже в течение 6 месяцев для профилактики глазного тортиколлиса, астигматизма от сжатия усталых век, амблиопии зрительной депривации в левом глазу я использую подвешивание верхнего века к коже лба с помощью полупрозрачного гипоаллергенного лейкопластыря.
Обучаем маму технологии: оттягиваем слегка верхнее веко вниз, дабы расправить складочки кожи, если таковые вообще есть, узкую (1 см) полоску пластыря одним концом плотно приклеиваем к коже верхнего века в средней его трети, отступив от края века на 3-4 мм, подтягиваем полоску пластыря вверх до образования пальпебральной складки, и открытой большей площади зрачка, затем плотно приклеиваем другой конец полоски к коже лба над лобной мышцей.

- Обратите внимание:
- 1. Не нужно давить на глазное яблоко.
 - 2. Не нужно добиваться строгой симметрии в положении верхних век обоих глаз.
 - 3. Нужно строго следить за тем, чтобы не было неполного смыкания век при спокойном закрытии обоих глаз.
 - 4. Использовать пластырь-подвеску в период наибольшего времени бодрствования 1 или 2 раза в день и не использовать во время сна.
 - 5. При контактном дерматите отменить пластырь-подвеску, а затем использовать лейкопластырь другой фирмы (или той же).
 - 6. Протирать кожу влажным тампоном от клейкого вещества после снятия пластыря.
 - 7. Осмотр каждые 3-5 мес.: ищем возможные перечисленные выше осложнения, связанные с птозом, ну и с самим пластырным подвешиванием.

*Односторонний птоз оценивают по разнице высоты глазной щели с контралатеральной стороной. Птоз классифицируют как легкий (до 2 мм), умеренный (3 мм) и выраженный (4 мм или больше). У ребёнка 4 мм.

**Также можно пользоваться параметром MRD-расстояние между краем верхнего века и отражением луча фонарика на роговице при взгляде пациента на источник света (такое фото сделать не удалось). Но оценка этого параметра также указывает на выраженную (третью) степень птоза.

Комментарии:
Андрей Воронцов
У ребенка есть незначительный эпикантус. У мамы его тоже был в детстве, но с возрастом исчез. Я пытался прилепить эпикантус к какому-нибудь из перечисленных выше состояний, но не катит.

Антон Вурдафт
Тогда и миоз с ангидрозом надо искать.
Андрей Воронцов
Антон, не нашёл :(Да и для Горнера характерен более «мягкий» птоз, а энофthalmу тоже нет.



Фото 1.11. Врожденный птоз. Асимметрия век (отсутствие складки верхнего века слева) показывает асимметричное присоединение апоневроза леватора к тарзальной пластинке



Фото 1.12. Выраженный птоз слева. Зрачок перекрыт не полностью, это является хорошим прогностическим критерием по возможному развитию амблиопии



Фото 1.13. Халязион нижнего века



Фото 1.14. Халязион после выворота века

СПРАВКА

Причиной врожденного птоза является недоразвитие леватора верхнего века. Отличительной чертой врожденного птоза являются отсутствие складки верхнего века, слабая функция леватора верхнего века, и иногда вынужденное положение бровей и головы (запрокинутая назад голова, поднятый подбородок, приподнятые брови). При исследовании экскурсии верхнего века (с иммобилизацией брови и блокированием лобной мышцы) верхнее веко сможет из крайней нижней позиции подняться вверх лишь незначительно (несколько миллиметров при норме около 15 мм) или не подняться вовсе. При взгляде вниз веко с врожденным птозом обычно находится несколько выше, чем парное нормальное верхнее веко.

Хирургическое лечение возможно при нарушенной функции (обскуриционная амблиопия при закрытой веком оптической оси глаза или рефракционная амблиопия из-за вызванного давлением верхнего века на глаз вторичного прямого астигматизма) или, в более позднем детском или молодом возрасте, по эстетическим причинам. Перед операцией важно исключить отсутствующий рефлекс Бэлла (ввиду очень частой экспозиции глазной поверхности после подвешивающих верхнее веко операций). Операцией выбора при врожденном птозе является т.н. frontalis sling (подвешивание верхнего века к лобной мышце в районе брови с помощью силиконовых нитей или широкой фасции бедра или других искусственных имплантов). При одностороннем птозе можно, для лучшей симметрии, рассмотреть операцию подвешивающего типа для обоих верхних век.

Источники: ААО BCSC 7 2020/2021

1.7. Эссенциальный блефароспазм

Пациентка 59 лет была на сегодняшнем приеме. Вижу её впервые. Она вообще не из РФ. Бумаг у неё никаких не было. Пришла за «точным диагнозом». Трудностей никаких в диагнозе не вызвала. Но так как случай довольно классический, то я решил его описать.

Жалобы: неконтролируемые и частые эпизоды мигания с полным насильственным закрытием век и невозможностью их открыть. Симптомы всегда двусторонние. Мышцы верхней и нижней частей лица не вовлечены. Провоцируется стрессом, волнением, межличностными контактами, чтением, ярким светом. Пациентка рассказывает, как общается с другими людьми с закрытыми глазами, но, успокоившись во время беседы, глаза начинают постепенно открываться (также было и на сегодняшнем приеме). Сон и отдых приносят облегчение. Во сне симптомы никогда не возникали, по крайней мере она в этом уверена. Неконтролируемые движения мышц шеи и нижней челюсти отрицает.

Анамнез: началось исподволь (без триггерных событий) около 2 лет назад и постепенно прогрессировало так, что ей пришлось уйти с работы из-за функциональной слепоты. Врачи без всяких на то оснований ставили ей различные блефариты, в т.ч. демодекозный, лечили месяцами различными гелями, неврологи лечили стационарно «капельницами», от которых её кидало в сон. Но всё без успеха.

Из общих болезней только контролируемая артериальная гипертензия. Принимает ингибиторы АПФ и бета-блокаторы в течение последних 1,5 лет. Никаких глазных препаратов не использует последний год. Кофе пьет лишь иногда.

Офтальмологический, неврологический и нейроофтальмологический анамнез и статус не примечательны. Семейный анамнез не примечателен. Нет генерализованной слабости мышц.

Визус с коррекцией (+0,5D) = 1,2. Выписал очки для дали с темными фильтрами с косметической целью и для уменьшения триггерного эффекта яркого света. Пресбиопические очки у неё есть. Признаков синдрома сухого глаза, блефарита, заболеваний глазной поверхности нет (пациентка информирована о возможной выгоде от применения увлажняющих БК-лубрикантов). Оптические среды прозрачны. Глазное дно в норме.

1. Проведите дифференциальный диагноз между патологическим состоянием, существующим у пациентки, и билатеральной апраксией открытия век.

2. Какие дополнительные инструментально-лабораторные обследования вы бы обоснованно назначили данной пациентке для подтверждения диагноза?

3. Какие рекомендации дали бы пациентке по её проблеме?

Комментарии:

Глеб Арсланов

Доброчаственный эссенциальный блефароспазм / Benign Essential Blepharospasm. Эпидемиология сильно схожа, хотя, дифдиагноз не кажется таким уж сложным. При обоих видах у человека иногда бывают закрытые веки. Вопрос в том, может ли он сам их открыть по своему желанию, без рук. При апраксии открытия век человек все же не в состоянии это сделать, пока не поможет себе руками, а при блефароспазме же ключевой момент — вот такие частые мигания, которые частично компенсируют дисбаланс в группах мышц, которые ответственные за мигание и открытие/закрытие века. Иногда такому человеку тупо проще закрыть веки ненадолго, а потом снова открыть их самостоятельно. Руками можно и не помогать, как оказывается. Но некоторые помогают)).

Из дообследований предложить нечего, данный диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза, клиники.

Опции лечения, медикаментозные препараты (среди которых есть и «Ботокс») и хирургические методики, предсказуемые, надо сказать, но я бы порекомендовал что-нибудь проще, чем из этого она наверняка уже сама делает:

Conditions relieving blepharospasm included sleep (75%), relaxation (55%), inferior gaze (27%), artificial tears (24%), traction on eyelids (22%), talking (22%), singing (20%), and humming (19%)

петь, например.

Андрей Воронцов

Глеб, всё верно)). Я представляю её следующую контакт с незнакомой персоной:

– Секундочку (надевает темные очки и запевает): я-я-я не сдамся без боя...

Женщине зачем-то сделали МРТ, которое, разумеется, и слава Науке, ничего не выявило.

Клещей в частных клиниках искали и т.д. В общем, только деньги плати!

Андрей Воронцов

Коллеги, а сколько примерно botulinum toxin injections стоят в рублях за одну инъекцию?

Кто-то из группы этим занимается?

Глеб Арсланов

Андрей, у Миши спроси, он, бывало, шиковал)

По цене — очень недешево, если учесть, что вводить надо немного. Правда, есть более дешевые варианты токсина типа А — «Лантокс» или «Ксеомин».

Андрей Воронцов

Есть ещё отличия между Benign Essential Blepharospasm и Apraxia of Lid Opening. Обсудим?

Ирина Ковалева

– При эссенциальном блефароспазме характерна провокация спазмов эндогенными и экзогенными факторами;

– По мере течения приводит к снижению соц. активности.

Может быть расценено как негативный психический симптом (?) Надо пойти поискать ДД с истерической симптоматикой. Медскейп в этих статьях об этом не вещает.

СПРАВКА

Доброчаственный эссенциальный блефароспазм — это двусторонняя фокальная дистония, проявляющаяся усиленным морганием и непроизвольными спазмами периокулярной мускулатуры. Чаще поражает женщин, чаще в возрасте старше 40 лет. От лёгких подергиваний состояние перетекает в сильные спазмы. Состояние ослабляется во сне. Состояние ограничивает способность водить автомобиль, читать, а также мешает другим повседневным занятиям. Диагностика клиническая и редко требует рентгенологической диагностики. Этиология неизвестна. Лечат состояние повторными инъекциями ботулотоксина в область периокулярных мышц по стандартной схеме с 5 точками с каждой стороны. Эффект наступает в течение 2-3 дней и держится 3-4 месяца. Хирургическая миэктомия (удаление круговой мышцы верхних или дополнительно нижних век) — метод выбора при неэффективности ботулотоксина терапии. Седативные препараты иногда способны удлинить периоды ремиссии между инъекциями ботулотоксина. Психотерапия при этом состоянии не играет значительной роли.

Дифференцировать следует с 1) рефлекторным блефароспазмом (возникает при сухости глаз или других поражениях глаз), 2) гемифациальным спазмом (спазмы задействуют всю половину лица, изредка обе половины, спазм может начинаться с периокулярной мускулатуры; персистирует во время сна, в большинстве случаев — результат компрессии лицевого нерва в области ствола мозга, а посему требует МРТ), 3) аберрантной регенерацией лицевого нерва, 4) апраксией открытия век (невозможность открыть глаза произвольно при возникающем эпизодически одно- или двустороннем птозе, надъядерное поражение, часто ассоциировано с экстрапирамидными поражениями типа болезни Паркинсона, болезни Хатчинсона, Вилсона и прогрессирующим надъядерным параличом). Апраксия открытия век может также возникать и у больных с блефароспазмом.

Источники:

ААО BCSC 5 2020/2021, стр. 274

ААО BCSC 7 2020/2021, стр. 256

1.8. Халязион

Пациент № 1.

Мальчик 5 лет. На фоне общего здоровья 4 дня назад за сутки появилось и сформировалось до нынешней картины объёмное образование, без температуры, без боли при надавливании, без гнойного отделяемого, без зуда, плотнотканной консистенции (фото 1.13-1.14).

Интересно, у кого какая тактика при подобных случаях? Может быть даже есть какие-то интересные предложения

по дифференциальному диагнозу или всё банально?

Комментарии:

Мария Баушева

Укол дипроспаном или кеналогом прямо в него — работает.

Андрей Воронцов

Описаны атрофия кожи, рубцевание, депигментация, окклюзия ЦАС, обострение инфекций, поэтому рекомендуют не суспензии, а водорастворимые стероиды, если уж решено их вводить. Ну и, конечно, риски самой «иголки у глаза» в неаккуратных руках или при стечении обстоятельств.

Родион Нестеренко

Инфекция всегда есть, потому что ретенция и развивается как следствие инфекции. Даже если это acute, почему тогда противопоказано его удалять, раз это почти абсцесс? Плюс за хирургическое удаление 4-дневной анамнез + скорее всего индуцированный астигматизм. Конечно, можно попробовать кеналог. Но размер явно не маленький. Сколько он будет рассасываться?

Андрей Воронцов

Родион, я не говорил, что нельзя удалять. Я ещё вчера его вскрыл и произвёл кюретаж под местной анестезией. Медсестра держала голову, а мама туловище ребёнка. Получил обычное для халязиона желеобразное содержимое и немного зеленовато-жёлтого гноя. Назначения обычные.

Родион Нестеренко

Андрей, да тут выше сказали, что консервативно вести надо).

Ирина Ковалева

Андрей, к вопросу о формулировке диагноза: вчера поступил ребенок в отделение 3,5 года со сходной клинической картиной: вовлечен тот же глаз и та же локализация халязиона (как-будто фотографии того же халязиона). Только при надавливании — выделение гноя. В итоге диагноз: абсцедирующий халязион.

Александр Степанов

Андрей, а какой доступ используешь — со стороны тарзальной конъюнктивы или через кожу?

Андрей Воронцов

Александр, со стороны тарзальной конъюнктивы в данном случае.

Мария Дианова-Ачкасова

Андрей, мне на детском приеме регулярно встречаются такие воспалившиеся халязионы. Да, бывает и без зуда и чаще всего без температуры и общего недомогания. Веду консервативно: местно а-б, кортикостероиды. Как-то начинать с инъекций стероидов и в голову не приходило... Все-таки это дети, к ним надо нежно...

И еще. Неоднократно наблюдала самопроизвольное разрешение халязионов у детей спустя 6-12-18 месяцев с момента появления. Можно местно УФО, сухое тепло в домашних условиях, курсами стероидов в «холодном периоде», с хирургией чаще не спешу...

Антон Вурдафт

«Воспалившийся халязион» — это что за зверь такой? Компрессы тоже применяете? Почему сухие, не влажные?

Мария Дианова-Ачкасова

Родион, с какой «такой блямбой»? Как на представленном фото или с обычным халязионом? Я говорила именно о последнем. А

почему, собственно, нет? Кроме косметики (шишечка на веке), в чем ужас при условии наблюдения?

Антон, по поводу «зверя». Вот приходит пациент (у меня — ребенок). В анамнезе имеется халязион, существующий энное количество времени (несколько месяцев). На фоне обычного ОРВИ (ринит, фарингит, субфебрилитет) наблюдается покраснение кожи над халязионом, увеличение его размеров (небольшое), гиперемия конъюнктивы, выделений нет. Как это обозвать? Не, не так. Как бы вы это обозвали / обозначили / сформулировали?

Антон Вурдафт
Acute inflammatory exacerbation can lead to an anterior (through the skin) or a posterior (through the conjunctiva) rupture, forming a granuloma pyogenicum.
Последнее — это то, что на фото у Ан-дрея. Халязион не может быть воспалён-ным, он — воспаление. Может быть вовле-чение ещё пары желёз, и распространение халязиона. Может быть инфицирование ха-лязиона и формирование ячменя или абс-цесса. Может быть хронизация ячменя и переход его в неинфекционное воспаление. Но воспаления халязиона не бывает.

Мария Дианова-Ачкасова
Что-то вы меня только запугали. Rupture — это ведь «прорыв», так? Либо я не так пе-ревожу, либо на своем экране чего-то не вижу... А к вопросу о терминах... ну, давай-те просто назовем это ячмень. Или абсцесс (малюсенький такой).

Родион Нестеренко
Вопрос в природе воспаления. При на-чальном халязионе это гранулематозное ус-ловно стерильное воспаление. При инфици-ровании — это задний ячмень или абсцесс.

Антон Вурдафт
Мария, зачем? А вдруг это не гной, а гра-нуляции разрослись? Ведь для ячменя или абсцесса большого размера и розового цвета маловато... Про rupture — всё верно.

Андрей Воронцов
Можно назвать тогда acute chalazion.
Пациент № 2.
Просто халязион с мартовского приёма (фото 1.15).

Опрос перед дальнейшим обсужде-нием:
Этот довольно большой халязион у 68-летнего мужчины...
А. Может быть излечен только хирургически.
Б. Может быть излечен и консер-вативно.
В. Нужно лечить только консер-вативно.
Г. Нужно лечить только хирургически.
Комментарии:
(54% из 290 голосовавших проголосовали за «только хирургическое лечение»!)

Андрей Воронцов
Коллеги, нельзя быть такими катего-ричными. 80 (или больше) % халязионов излечиваются консервативно... Так, для размышления.)

P.S. Не подумайте, что я не предлагал хи-рургию.)) А то закидаете меня тапками за членовредительство.) У меня ведь тоже руки чесались, но я не настаивал (фото 1.16).

Алена Новосельцева
Андрей, только тепло и массаж такой эф-фект дали? Здорово! У меня мысль сразу, кеналог ввести...))

Андрей Воронцов
Аленка, да, только тепло и массаж, даже без доксицилина. Уж лучше, наверное, вскрыть, чем кеналог; куда уж тут кеналог добавлять, ему там места не хватит. Шутка.

Алексей Суетов
Андрей, впечатляет даже не размер, а выдержка твоя, устоять перед соблазном вскрыть...))

Андрей Воронцов
Алексей, я просто читал, что размер — не помеха консервативному подходу, поэтому выбор информированного пациента для меня приоритет. Хотя не всегда)).

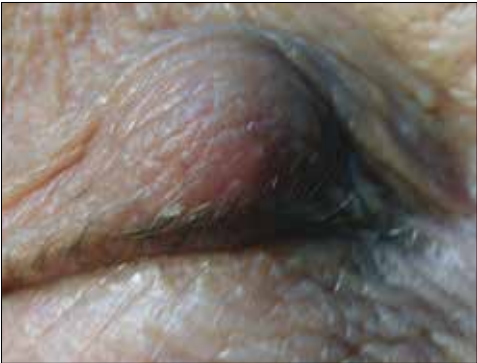


Фото 1.15. Халязион верхнего века

Алексей Суетов
Я осторожно в плане вскрытия из-за пол-ноты удаления капсулы. Хотя это больше вопрос технический.
Анатолий Обрубов
Тут недавно в феврале М.Г. Катаев сказал, что добиваться полного удаления заднего листка капсулы не нужно — косметически хуже, а сам результат не лучше.

Антон Вурдафт
Пытался достать такого же размера предположительно халязион вчера, и мис-сия обернулась провалом. Выделить капсу-лу до тарзальной пластинки можно, а даль-ше — теряешься. Я за вскрытие только по-тому, что хорошо бы такое на гистологию отсылать.
П.С. Анатолий, так и сделал... Иначе это бы пахло реконструкцией века.)

Андрей Воронцов
Антон, выросшее за неделю и имеющее студенистую «халазионную» консистенцию содержимое капсулы нет необходимости посылать на гистологию после кюретажа.

Антон Вурдафт
Андрей, чисто из-за размеров отос-лал бы.
В исследовании 1033 пациентов с халя-зионом "Accuracy of the clinical diagnosis of chalazion" (Eye, 2004), среди которых 97,4% были первичным халязионом, совпадение клинического и гистопатологического диа-гноза наблюдалось в 93,6% случаев. Среди 6,4% ошибочно диагностированных случа-ев 1,4% оказались злокачественными, 0,2% — предзлокачественными, а 4,8% — добро-качественными. Наиболее часто пропуска-емой злокачественной опухолью был себо-целлюлярный рак (1,1%), за ним следовал базальноклеточный рак (0,3%). Из 17 случа-ев с предзлокачественными и злокачествен-ными патологиями, только 35,3% были диа-гностированы как рецидивирующие халязи-оны, остальные — как первичные.

Андрей Воронцов
«Чисто из-за размеров отослал бы». Ан-тон, капсулу или типичное её содержимое, или и то и другое?

Алёна Кондратьева
Несмотря на маленький опыт, дважды оперировала халязионы чуть крупнее пред-ставленного. Полностью убрать капсулу до-вольно трудно, особенно, если учесть, что там конца и края не видно... Интраопера-ционно кеналог/дипроспан.
Андрей, вопрос такой, какова вероят-ность рецидива?
И еще важно для меня (ибо я собралась испробовать консервативный метод) — ка-кие конкретно рекомендации вы даете? Тепло и массаж наши пациенты восприни-мают каждый по-своему... Еще: из лекар-ственных средств какие-нибудь назначе-ния делаете? Дексаметазон или гидрокор-тизоновая мазь, например?

Андрей Воронцов
Гидрокортизоновая мазь — нет. Декса — только если значительное конъюнкти-вальное воспаление. Тут, как видите, его не было. Вероятность рецидива 50/50)), шут-ка. Я не помню статистику. Может процен-та 3-4.

Антон Вурдафт
В обзоре от коллег из Айовы, "Acute pre- sentation and recurrence in a 4-year-old fe- male" (EyeRounds.org, J Kuiper, 2014), было отмечено, что рецидивы халязиона ча-сто возникают даже при правильном ле-чении. Трудно точно оценить их часто-ту, так как многие пациенты теряются при



наблюдении, а рецидив может произойти спустя годы. В одном исследовании пока-зано, что 22-26% пациентов, прошедших лечение разрезом и дренированием, стол-кнулись с рецидивом в течение двух лет наблюдения.

Андрей Воронцов
Антон, это не говорит о примерном ри-ске рецидива у этого пожилого пациента. У ребёнка с блефаритом и множественными халазионами он определённо выше.

Антон Вурдафт
Андрей, халязион пока белое пятно :)

В обзоре "Chalazion: racial risk factors for formation, recurrence, and surgical interven- tion" (J Evans, Can J Ophthalmol., 2021) ав-торы отметили, что факторы риска рециди-ва халязиона включают: блефарит, розацеа, предшествующие случаи халязиона, воспа-ление век, некорригированные рефракци-онные ошибки, неконтролируемый диабет, длительная работа за компьютером, плохая гигиена век, себорейный дерматит, высокий уровень липидов в крови, лейшманиоз, ту-беркулёз, иммунодефицит, вирусные инфек-ции, карцинома и стресс (причинная связь стресса не доказана).

Антон Вурдафт
Андрей, я отправил капсулу (большую часть) с содержимым, показалось слегка подозрительным.
Да и размер смутил. Полностью в капсу-ле не извлёк.
Анатомия-с.

Настя Бушуева
Андрей, поискала в группе на тему «хала-зион», но что-то не нашла подробности про тепло (сухие/влажные компрессы) и массаж (как обычно при блефаритах или как-то по-другому). Сегодня была пациентка с халази-оном довольно крупным, я сразу ваш случай вспомнила, может я не так поискала, може-те дать ссылку?

Андрей Воронцов
Настя, были ссылки на сторонние ресур-сы. В них тоже полезная информация.
В процедуре нет никакого волшебства. Сухое или влажное тепло — не имеет зна-чения. Но лучше влажное, но можно и сухое, главное — не обжигать кожу.
Влагу легче контролировать, например тряпица, смоченная в воде температуры 38-42°C) или носок с рисом, разогретый в микроволновке. Приложить к закрытым ве-кам на 10-15 минут и массировать халязион лёгкими движениями пальца в общей сло-жности 3-5 мин. Для поддержания постоян-ной температуры материю нужно несколько раз смачивать в тёплой воде, рису хватает однократного подогрева. Процедуру можно повторять 2-4 раза в день.
Вариаций может быть много.

Антон Вурдафт
Дочитал наконец, что пишет медскейп про халязион.
Ввиду огромности размера и вовлечения как передней пластинки, так и задней, они рекомендуют воздержаться от полного уда-ления гранулематозной ткани.
«Note that involvement of both skin and conjunctiva may necessitate offsetting the in-cisions to avoid fistula formation».

СПРАВКА
Халязион — это липогранулематозное воспаление мейбомиевой железы или же-лезы Zeis с инкапсулированным скоплени-ем салюного секрета в толще века. Если не инфицирован или не абсцедирован — не болит сам и не болезненен при пальпации.

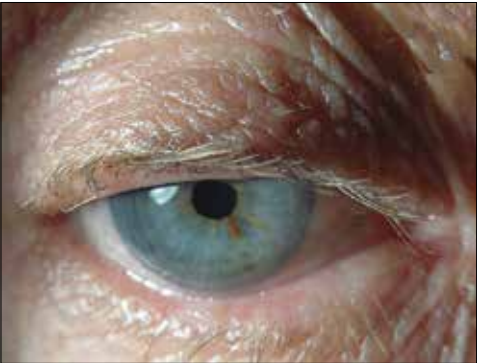


Фото 1.16. Состояние после лечения

Саморазрешается в течение недель — меся-цев посредством самопроизвольного рас-сасывания или опорожнения со стороны кожи или конъюнктивы. Если размер велик и расположение центральное — возможно давление на роговицу и индуцирование астигматизма (а в случае детей раннего возраста — и последующей амблиопии). Не каждый халязион требует гистологическо-го исследования, но особенно — рециди-вирующий, персистирующий или атипич-ный (исключение плоскоклеточного, саль-ноклеточного или базальноклеточного ра-ков). Особое внимание при потере ресниц над опухолью.
Тёплые компрессы и гигиена век как пер-вичное лечение могут ускорить опорожне-ние халязиона.
Местные антибиотики не показаны без сопутствующих блефароконъюнктивитов. При неэффективности мероприятий могут быть показаны инъекция триамцинолона внутрь халязиона или оперативное вскры-тие и удаление. Со стороны конъюнктивы — разрез вертикально (вдоль мейбомиевых желёз), со стороны кожи — горизонтально (вдоль мышечных волокон). Уколы стеро-идов могут быть особенно показаны при множественных халязионах, при располо-жении на крае века, при малом их разме-ре. Рецидивирующие халязионы можно до-полнительно лечить приёмом доксицикли-на внутрь.

Источники: ААО BCSC 8, 2020-2021

ТРАНСКОНТАКТ

transcontact.info tk-sales@yandex.ru
+7 (495) 605-39-38

Биосовместимость ☒

Безопасность ☒

Эффективность ☒

Дренаж коллагеновый антиглаукоматозный

Линза интраокулярная мягкая заднекамерная "Иол - Бенц-25"

Канюли офтальмологические стерильные

Аппарат для кросслинкинга роговицы глаза «Локолинк»

105318, Россия, г. Москва, ул. Ткацкая, д. 5, стр. 3

Эффективность малоинвазивной склеропластики у пациентов с прогрессирующей миопией на фоне коррекции различными оптическими средствами

Г.А. Маркосян, Е.П. Тарутта, Е.Н. Иомдина, В.Н. Папян, Н.А. Тарасова, С.В. Милаш, Т.Ю. Ларина

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва

Актуальность

Вопросы целесообразности и эффективности применения после склероукрепляющего вмешательства различных методов оптического контроля прогрессирующей миопии, а также выбор наиболее адекватного оптического средства для усиления и пролонгирования успешного результата хирургического лечения (склеропластики) остаются неизученными, несмотря на их актуальность для клинической практики.

Цель

Провести сравнительное изучение влияния различных методов оптической коррекции на эффективность малоинвазивной склеропластики (МСП) при прогрессирующей миопии.

Материал и методы

В исследование включены 58 пациентов (58 глаз) после МСП в возрасте от 8 до 14 лет (в среднем, 12±0,2 лет) с прогрессирующей близорукостью средней и высокой степени от 4 до 11,5 дптр (в среднем, 7,7±0,3 дптр) и годичным градиентом прогрессирования (ГП) от 0,5 до 1,75 дптр (в среднем 1,25±0,06 дптр). Срок наблюдения за оперированными больными составил 1 год.

Все пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от типа используемой оптической коррекции: 1 группа (17 человек) — монофокальные (МФ) очки до

операции с заменой на перифокальные (Perifocal-MS, PMS) или прогрессивные (П) после МСП; 2 группа (18 человек) — перифокальные (Perifocal-MS, PMS) или прогрессивные (П) до и после МСП; 3 группа (16 человек) — монофокальные (М) очки или мягкие контактные линзы до и после операции; 4 группа (7 человек) — монофокальные (М), перифокальные (Perifocal-MS, PMS) или прогрессивные (П) очки до операции с заменой на ортокератологические линзы после МСП.

Всем пациентам определяли остроту зрения с оптимальной коррекцией, клиническую рефракцию на фоне циклоплегии, состояние глазного дна, длину переднезадней оси глаза (ПЗО) и ГП, после чего проводили МСП с применением биоактивного трансплантата (БАТ) Хитекс-ХГ.

Результаты

Клинические наблюдения за пациентами через 6 мес. после МСП с БАТ Хитекс-ХГ показали, что в целом по всей группе детей и подростков динамика показателей рефракции и ПЗО оперированных глаз составила в среднем 0,2 дптр и 0,1 мм, парных глаз — 0,5 дптр и 0,2 мм соответственно. Необходимо отметить, что прогрессированием миопии считали усиление рефракции на 0,25 дптр и более. К концу срока наблюдения (1 год) среднее значение прогрессирования миопии на оперированных глазах

составило 0,3 дптр, увеличение ПЗО — 0,2 мм, на парных глазах 0,8 дптр и 0,3 мм соответственно. Исходный ГП был равен 1,25 дптр.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о снижении темпов прогрессирования по сравнению с исходными значениями в 4,2 раза на оперированных глазах и в 1,6 раза — на парных.

Сравнительный анализ ГП в группах с различной оптической коррекцией показал различное снижение темпа прогрессирования: в 1 группе с заменой монофокальных (МФ) очков на перифокальные (Perifocal-MS, PMS) или прогрессивные (П) — в 4,7 раза; во 2 группе с перифокальными (Perifocal-MS, PMS) или прогрессивными (П) очками до и после МСП — в 4 раза; в 3 группе с монофокальными (МФ) очками или мягкими контактными линзами до и после операции — в 2,3 раза; в 4 группе с монофокальными (М), перифокальными (Perifocal-MS, PMS) или прогрессивными (П) очками до операции с заменой на ортокератологические линзы после МСП — в 5 раз.

Кроме того, в различные сроки после операции проводилось сравнение показателей динамики циклоплегической рефракции по сферэквиваленту (СЭ) и ПЗО в четырех группах с различной оптической коррекцией. Соответствующие значения через 6 месяцев после МСП составили: в 1 группе 0,3 дптр и 0,1 мм, во 2 — 0,4 дптр и 0,1 мм, в 3 — 0,6 дптр и 0,2 мм, в 4 — 0,1 мм, что в пересчете на диоптрии соответствует 0,3 дптр (табл. 1, 2).

В целом клинические наблюдения за пациентами после МСП с БАТ Хитекс-ХГ показали, что через

Таблица 1. Динамика показателей рефракции после МСП в группах с различной оптической коррекцией

Срок наблюдения	Рефракция глаза, дптр (M±m)			
	1 группа МФ→PMS	2 группа PMS→PMS	3 группа МФ→МФ	4 группа МФ, PMS→ОКЛ
До МСП	7,3±0,4	8,1±0,4	8,0±0,5	6,3±1
Через 6 мес.	7,6±0,4	8,5±0,4	8,6±0,7	*
Через 1 год	7,8±0,4	8,6±0,4	8,7±0,5	*

Примечание: * в 4 группе динамику рефракции после операции определяли по изменениям размера ПЗО, учитывая постоянное ношение ОК-линз.

Таблица 2. Динамика показателей ПЗО после МСП в группах с различной оптической коррекцией

Срок наблюдения	Длина переднезадней оси, мм (M±m)			
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
До МСП	25,9±0,2	26 ±0,3	26,2 ±0,3	25,8 ±0,2
Через 6 мес.	26±0,2	26,1 ±0,3	26,4±0,3	25,9 ±0,3
Через 1 год	26,1 ±0,2	26,2±0,3 *	26,6 ±0,3	26,0 ±0,3

Примечание: * p ≤ 0,05 (в сравнении с дооперационными значениями)

12 месяцев в 1 группе стабилизация миопии достигнута в 64,7%, во 2 — в 33,3%, в 3 — в 31,3 %, в 4 — в 71,4% случаев.

Заключение

Таким образом, проведенные клинические исследования показали наибольшую эффективность комбинированного лечения, а

именно — сочетания малоинвазивной склеропластики и методов оптической коррекции с поддержкой аккомодации и/или воздействием на периферический ретинальный дефокус сетчатки. Именно такой подход к ведению пациентов детского возраста с прогрессирующей миопией должен быть приоритетным.

Возможности устранения птоза верхнего века после орбитотомии

И.А. Филатова, С.А. Шеметов, Ю.П. Кондратьева

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва

Птоз верхнего века является одним из последствий перенесенной орбитотомии, что нередко практически полностью исключает глаз из акта зрения и значительно снижает качество жизни пациентов. Поскольку хирургические вмешательства по коррекции птоза после орбитотомии имеют свои особенности, мы решили проанализировать результаты проведенного лечения в данной группе пациентов.

Цель

Анализ эффективности хирургического лечения птоза верхнего века после орбитотомии.

Материал и методы

За период с 2014 по 2023 годы в отделе пластической хирургии и глазного протезирования ФГБУ НМИЦ ГБ им. Гельмгольца МЗ РФ было прооперировано 413 пациента с птозом верхнего века. Из них в

31 случае (7,5%) птоз верхнего века явился следствием ранее перенесенной орбитотомии. Возраст пациентов варьировал от 8 до 76 лет (средний 45±6,8 лет).

Клинически у всех пациентов имелся птоз верхнего века средней и тяжелой степени. На коже верхнего века имелись рубцы после перенесенной орбитотомии. В большинстве случаев функция леватора была значительно снижена, а в 15 случаях отсутствовала полностью. В 14 случаях отмечали снижение функции экстраокулярных мышц и, как следствие, ограниченные подвижности глаза.

Помимо стандартного исследования пациентов с птозом верхнего века: измерение ширины глазных щелей, оценка подвижности глазного яблока, верхнего века (функции леватора) и брови, необходимым методом является компьютерная томография орбиты для оценки состояния мягких и костных тканей орбиты.

Всем пациентам было проведено хирургическое лечение птоза верхнего века различными методами в зависимости от сохранности функции леватора: пластика апоневроза леватора — 2, ревизия и резекция леватора — 9, подвешивание к брови — 18, в 2 случаях выполнена комбинированная операция — сочетание резекции ослабленного леватора с подвешиванием верхнего века к брови. В качестве «подвесок» были использованы аллосухожильные нити (18) и импланты из политетрафторэтилена (ПТФЭ) (13) (Патент РФ № 166787от 21.11.2016 г. Филатова И.А., Шеметов С.А. «Устройство для устранения птоза верхнего века методом подвешивания»).

У 19 пациентов до операции отсутствовала складка верхнего века. Во время операции была произведена резекция леватора или подвешивание к лобной мышце и формирование складки верхних век погружными швами.

Послеоперационное лечение включало обработку швов растворами антисептиков и мазями, инстилляции антисептиков и использование кератопротекторов. Кожные швы снимали на 7-9 день.

Срок наблюдения за больными составил от 10 месяцев до 10 лет.

Результаты

Во всех случаях было отмечено улучшение в положении верхнего века по отношению к зрачку. Также во всех случаях были выражены вновь сформированные складки верхнего века. Кожные ранки во всех случаях были адаптированы. Отеки и подкожные кровоизлияния разрешились в обычные сроки.

Значительной разницы в эффективности операции резекции леватора (апоневроза) или подвешивания верхнего века к брови мы не отметили, хотя резекция леватора или апоневроза является предпочтительной методикой, т.к. она позволяет поднять верхнее веко более физиологичным способом. Однако при выраженной рубцовой деформации в области леватора эффект может быть лишь частичным. В самых тяжелых случаях при отсутствии функции леватора или самой мышцы, поднимающей верхнее веко, методом выбора является операция подвешивающего типа.

У 14 пациентов с резким снижением функции экстраокулярных мышц, и, как следствие, ограничением подвижности глаза, операция подвешивания верхнего века к брови была выполнена с заведомым гипоеффектом, во избежание послеоперационного лагофтальма.

Обсуждение

Хирургическое лечение у пациентов с птозом верхнего века, развившегося в результате орбитотомии, возможно при сохранной функции леватора и мышц, обеспечивающих подвижность брови. Выбор операции определяется работоспособностью мышц. При предоперационном обследовании важно оценить сохранность функции леватора, глазодвигательных мышц и лобных мышц, обеспечивающих подвижность брови. Следует отметить, что на этапе обследования одному пациенту в хирургическом лечении было отказано, ввиду полного отсутствия функции не только леватора и глазодвигательных мышц, но и подвижности брови.

Интраоперационно при ревизии леватора были выявлены как

рубцовые изменения мышцы и окружающих тканей, так и дефекты леватора. При сохранности части леватора, его перераспределяли на всю поверхность верхнего века.

При резком снижении или отсутствии подвижности глаза возможности хирургической кор-

рекции ограничены. В подобных случаях можно провести лишь паллиативное лечение с незначительным приоткрытием глаза за счет лобных мышц, но обязательным условием подобных вмешательств является отсутствие послеоперационного лагофтальма.

В трех случаях при отсутствии подвижности глаза после устранения птоза методом подвешивания пациенты разрабатывали (увеличивали) подвижность брови, и им были выполнены дополнительные вмешательства по коррекции «подвесок» с дополнительным открытием глазной щели на 2-3 мм.

Заключение

При подготовке к хирургическому лечению птоза верхнего века, развившегося после проведенной орбитотомии принципиальным является оценка сохранности функции леватора, глазодвигательных мышц и тяжести птоза. Выбор метода операции устранения птоза

зависит от степени сохранности леватора и функции экстраокулярных мышц. Хирургическая коррекция век позволяет повысить качество жизни пациентов с птозом верхнего века тяжелой степени даже при выполнении вмешательства с заведомым гипоеффектом.

Экспериментальная оценка эффективности применения сетчатых мембран из коллагена 1 типа и лизата БоТП для хирургического лечения симблефарона

И.А. Филатова, С.А. Шеметов, Н.С. Измайлова, О.В. Соколова

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва

Введение

Конъюнктивa — нежная и дефицитная ткань, которая легко подвержена травматизации и рубцеванию. Самостоятельная эпителизация ран, вследствие воздействия многообразных факторов, может затянуться и завершиться ригидностью, укорочением и контрактурой века, образованием гипертрофических рубцов и симблефарона. Подобные состояния требуют хирургического лечения, целью которого является восполнение дефицита тканей.

В настоящее время в клинической практике наиболее широко распространено применение аутогенных здоровых тканей для замещения дефектов конъюнктивы, образующихся в ходе хирургического лечения. При этом продолжается поиск методов местного лечения, сокращающих сроки эпителизации, а также позволяющих сохранить больший объём собственных тканей. Изделия медицинского назначения на основе коллагена фибриллярного белка, составляющего основу соединительной ткани человека, используются в клинической практике для стимуляции процессов регенерации эпителиальных тканей. В частности, применение биологических раневых покрытий на основе коллагена 1 типа человека позволяет значительно сократить сроки заживления ран кожи при поверхностных ожогах. А также, коллаген 1 типа используется для лечения ингаляционных травм, что более сопоставимо с травмами слизистой оболочки глаза.

Положительный опыт применения раневых повязок с тромбоцитарным фактором роста (PDGF-BB) при лечении поверхностных ожоговых ран, полученный в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, позволяет рассматривать комбинированную методику применения сетчатых мембран из коллагена 1 типа и лизата богатой тромбоцитами плазмы (БоТП) для хирургического лечения состояний, сопровождающихся дефицитом конъюнктивы.

Цель

Оценить эффективность применения сетчатых мембран из коллагена 1 типа и лизата БоТП для хирургического лечения симблефарона.

Материал и методы

Экспериментальное исследование включало 30 половозрелых кроликов (60 глаз) породы шиншилла. Животные были разделены на 4 равные по количеству группы в соответствии со сроком выведения из эксперимента — на 7, 14, 21 и 45 суток после операции. Для оценки результатов выполняли

биомикроскопию, фоторегистрацию и патоморфологическое исследование. Получение сетчатых мембран из фибрилл коллагена и лизата БоТП осуществляли на базе ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского». При этом использовали коллаген, временно выделенный из тканей кроликов методом кислотной экстракции. Венозную кровь для изготовления лизата богатой тромбоцитами плазмы забирали у кроликов из ушной вены в стерильные пробирки с антикоагулянтом ЭДТА-K2.

Основные этапы хирургического лечения

Всем животным операцию проводили под местной анестезией. В условиях операционной выполняли

разрез бульбарной конъюнктивы обоих глаз с дальнейшим формированием дефекта размерами 10х10 мм в верхневнутреннем квадранте глазного яблока. При этом отслаивали по периметру оставшиеся ткани с формированием кармана глубиной 1-2 мм. Затем область обнаженной склеры покрывали коллагеновой мембраной размерами 11х11 мм и заправляли ее края в образованный конъюнктивальный карман. Для исключения смещения тканей, осуществляли их фиксацию п-образными швами по периметру дефекта с захватом наружных слоев склеры. При завершении операции под конъюнктиву левого глаза всем кроликам вводили 0,2 мл лизата БоТП. Веки обоих глаз сшивались на 7 дней.

Результаты и обсуждение

В раннем послеоперационном периоде (3-5 сутки) у всех животных отмечали отёк и гиперемию конъюнктивы. Через 13-16 дней после операции визуализировали

слой грануляционной ткани в области дефекта. Отёк тканей наблюдали до 3 недель после лечения. Полную эпителизацию в области операции наблюдали через 40-45 дней. При оценке гистологической картины на 7, 14, 21 и 45 сутки после операции, в первой группе животных через неделю после хирургического вмешательства в области дефекта отмечали локальную воспалительную реакцию, а также наблюдали процессы эпителизации на периферии дефекта. При сравнении правых (без введения лизата БоТП) и левых глаз (с введением лизата БоТП) реактивные изменения эпителия прилежащей конъюнктивы были менее выражены в случаях применения лизата.

Через 2 недели после операции отмечали признаки лизиса волокон коллагенового матрикса и снижение выраженности воспалительной реакции. Покрытие краев раны многослойным плоским эпителием и образование

рыхлой соединительной ткани в области краев раны наблюдали через 3 недели после хирургического лечения, а по всей площади дефекта — через 45 дней. Полную резорбцию волокон коллагенового матрикса отмечали через 45 суток после операции.

Заключение

Экспериментальное исследование показало, что применение коллагена 1 типа может быть эффективным при хирургическом лечении симблефарона. При этом дополнительная стимуляция роста эпителиальной ткани путём применения лизата БоТП может усилить регенеративные и противовоспалительные возможности коллагеновой сетки. Полученные знания призваны проложить путь для новых применений и клинических исследований в области офтальмопластической хирургии.

Сборник научных трудов «XVII Российский общенациональный офтальмологический форум — 2024»



«макула на-Дону»
2025

X ВСЕРОССИЙСКИЙ (и ЗАРУБЕЖЬЯ) СЕМИНАР-«КРУГЛЫЙ СТОЛ»

16-17 мая 2025 года
Ростов-на-Дону



ОБЩЕСТВО ОФТАЛЬМОЛОГОВ РОССИИ



ИНТЕР ЮНО

Тел. оргкомитета: 8(863) 292-44-33; +7 9281122687; www.interyuna.ru/maculas; e-mail: macula@interyuna.ru

ВНИМАНИЮ БУДУЩИХ ДОКЛАДЧИКОВ И ДИСКУТАНТОВ!

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе X Всероссийского (и зарубежья) семинара-«круглого стола» «МАКУЛА-2025», который состоится с 16 по 17 мая 2025 г. в г. Ростов-на-Дону на базе Ростовской глазной клиники «ИнтерЮНА» (в конгресс-отеле «Дон-Плаза» – ул. Б. Садовая, 115)

Научная тематика:

Тематика и акценты на «круглом столе», в целом, прежние: абсолютно всё, что имеет отношение к патологии макулы, фовеа, фовеолы – патогенез, диагностика, клиника, лечение, систематизация и т.д.

- **Макулопатии:** миопические, диабетические, возрастные. Принципы и методы лечения.
- **Диабетическая ретинопатия** – нерешённые проблемы, в том числе – междисциплинарного взаимодействия.
- **Витреомакулярный интерфейс** – границы нормы и патологии, классификационные подходы, методы исследования и активной его коррекции.
- **Роль, место и тенденции развития «классической» лазеркоагуляции:** принципы, тактика. Другие методики лазерного лечения или «стимуляции» макулы.
- **ЦСХРПатия** – лечение без ФАГ? Отдельная нозологическая единица или группа состояний со схожими проявлениями? Альтернативы «классическим» методикам.
- **Новое и нюансы** в хирургическом лечении патологии макулы.
- **Расширение показаний и варианты применения препаратов аутоплазмы.**
- **Современные возможности аутотрансплантации** – «за» и «против». Реабилитация утраченных макулярных функций?
- **Функциональная архитектура, цитобиология, (пато-) морфология и (пато-) физиология макулы.** Нейролингвистика и нейронконика. Зрение и стресс.
- **Медикаментозное лечение патологии макулы (антиVEGF- и другие препараты):** принципы, эффективность, осложнения. Новые молекулы – новые проблемы возможности?
- **Мультифокальные и ИОЛ с увеличенной глубиной фокуса** при патологии макулы.
- **Точные методы оценки функций макулы.** Проблемы достоверности прогноза лечения.
- **Макулопатии (или их рецидивы), вызванные хирургическим вмешательством** – после рефракционной, катарактальной, витреоретинальной и других типов хирургии.
- **Отдельные клинические наблюдения (демонстрации, парад мнений), «релакс-разминки» и «релаксы ретинолога».** Видеофестиваль «Фовеа-на-Дону-2025».

В рамках «круглых столов» предполагается обсудить около 35 докладов, принятых оргкомитетом к дискуссии. Регламент тот же: 10-12’ – доклад + 15’ дискуссия («под стенограмму»)

Тезисы докладов – до 13 февраля. Требования к оформлению статей на сайте www.interyuna.ru/maculas/macula-2025



Музыкант-мультиинструменталист Сергей Шахов: Музыкальное творчество — это возможность осознанно прожить каждое мгновение своей жизни

В одном из прошлых номеров газеты «Поле зрения» мы познакомили наших читателей с талантливой незрячей пианисткой Ольгой Грачёвой. Вместе со своим будущим супругом, тоже лишённым зрения, Сергеем Шаховым, молодые музыканты ещё во время учёбы в Курском музыкальном колледже-интернате слепых создали дуэт «КЛАРИНО» (КЛАРнет И фотепьяНО).

Высшее музыкальное образование Ольга и Сергей получили в Воронежском государственном институте искусств. В 2019 году супружеская пара переехала в Санкт-Петербург, сумев за эти годы завоевать признание взыскательной публики Северной столицы и активно гастролируя.

Кларнетист Сергей Шахов за полтора десятилетия на профессиональной сцене проявил себя как музыкант-мультиинструменталист. Кроме кларнета, он виртуозно владеет саксофоном, бас-гитарой, гитарой, а также армянским народным инструментом дудуком. Много времени и энергии Сергей Анатольевич уделяет и педагогической деятельности. Вместе со своей супругой он преподаёт в Охтинском центре эстетического воспитания в Санкт-Петербурге, а также в музыкальных классах при школе-интернате для незрячих и слабовидящих детей в посёлке Мга, в Кировском районе Ленинградской области.

Музыкальные инструменты: способ самовыражения, границы души исполнителя

Сергей Анатольевич, почему для Вас важно играть на сцене на разных музыкальных инструментах?

Это не является для меня самоцелью. Я никогда не стремился кого-либо удивить или привлечь внимание публики фактом владения различными музыкальными инструментами. Это далеко не главный вопрос для музыканта. Вполне возможно всю жизнь выступать с каким-то одним инструментом. Но необходимо сохранять стремление совершенствовать свою игру, улучшать качество звучания, чувствовать настроение зала.

Каждый профессионал, в том числе и музыкант, имеет право быть довольным хорошо выполненной работой и гордиться ей. Но одновременно необходимо и чувство неудовлетворённости собой. Если кому-то показалось, что в музыкальном исполнительстве он уже достиг совершенства, взойшёл на вершину, то существует опасность деградации, потери квалификации, профессионально-го выгорания.

Творчество — это постоянное движение вперёд. Разные музыкальные инструменты — это разные способы самовыражения, разные грани души, это попытка найти свой путь в музыкальном творчестве. В настоящее время я выступаю на сцене с пятью музыкальными инструментами: кларнетом, саксофоном, бас-гитарой, гитарой и дудуком. Детям и взрослым преподаю два инструмента: кларнет и саксофон.

Могут ли слушатели рассчитывать, что когда-нибудь Вы станете выступать на сцене и с какими-то другими инструментами?

Честно говоря, не задумывался об этом. На сегодняшний день это было бы нецелесообразно. Для расширения кругозора, для развития собственной музыкальной культуры в последние годы я осваивал ударные установки, флейту, виолончель. Но у меня не возникало желания выйти с этими инструментами на сцену.

Почему?

Техническое владение каким-либо инструментом — это только



Сергей Шахов и Ольга Грачева

поддела. Чтобы осмелиться привлечь внимание публики необходимо выработать индивидуальную манеру игры, индивидуальный стиль. Чтобы стать хорошим писателем или журналистом недостаточно виртуозно владеть словом. Человек должен обладать каким-то жизненным багажом, оригинальным мышлением, чтобы что-то сказать другим людям... В музыкальном творчестве тоже самое. Секрет успеха — в соединении технического совершенства владения инструментом с силой личности. Каждый концерт — это не только демонстрация возможностей разных инструментов, а, в первую очередь, встреча слушателя с музыкантами.

Для меня музыкальное творчество — это возможность осознанно прожить каждое мгновение своей жизни. Я имею в виду не только те часы, которые занимают репетиции, концерты... Музыка — это вся жизнь, каждый её миг. Я могу

заниматься домашними, бытовыми делами и думать о будущих концертах.

Начало пути

Сергей Анатольевич, хотелось бы узнать об основных вехах Вашей жизни.

Моя родина: деревня Вятка в Муромцевском районе Омской области. Родители — сельские труженики. Они и сейчас живут в сельской местности, в собственном доме. Я родился с врождённой атрофией зрительного нерва. До шестнадцати лет у меня был небольшой остаток зрительных функций, а потом осталось только светоощущение.

В то время я мог немного видеть, это происходило не всегда, а только при хорошем естественном освещении, как правило, в первой половине дня. В общем, я с детства привык ориентироваться и заниматься всеми бытовыми делами



Самое главное, что я полюбил кларнет. Мне очень понравился его звук

на ощупь, на слух. Поэтому когда я полностью потерял зрение, то, это, конечно, было печально, но не стало для меня шоком и принципиально не изменило мою жизнь.

В семь лет я стал учиться Омской школе-интернате для незрячих и слабовидящих детей. В настоящее время это учебное заведение носит название «Адаптивная школа-интернат № 14». Двенадцать лет жизни связаны со школой-интернатом. С семьёй виделся только на каникулах, несколько раз в год. Школа-интернат — это учёба, дружба, творчество и опыт взросления.

Какие воспоминания остались у Вас об этих двенадцати годах Вашей жизни?

Я очень благодарен школе, с удовольствием вспоминаю наших учителей, воспитателей, одноклассников. В школьные годы у меня не было каких-то существенных конфликтов ни с учениками, ни с ровесниками. Я был хорошо адаптирован к интернатской жизни. Конечно, скучал по дому, по родителям, по трём сёстрам. Но, с другой стороны, когда находился дома, то и по интернату тоже скучал. Он фактически стал для меня вторым домом.

Сейчас, когда я стал взрослым человеком и педагогом, то вижу и некоторые недостатки нашей интернатской жизни. Например, у нас были различные музыкальные кружки, я тоже в них занимался. Но, к сожалению, не было полноценной музыкальной школы.

Существует принципиальная разница между музыкальным кружком и музыкальной школой?

Разница, на самом деле, колоссальная. И я ощутил это на собственном опыте. Музыкальная школа — это не просто форма проведения детского досуга, это вторая школа для учащихся, это возможность получить фундаментальные знания, которые могут стать базой, основой для дальнейшей профессиональной реализации.

Я глубоко убеждён в том, что при каждой специализированной школе-интернате для незрячих и слабовидящих детей должна быть «собственная» музыкальная школа, которая работала бы по той же программе, что и музыкальные школы для детей без физических ограничений.

Такой опыт в нашей стране есть.

Опыт есть, но он, к сожалению, ещё не стал стандартом для системы специального образования.

Но Вам ведь отсутствие опыта музыкальной школы не помешало в будущем стать успешным и востребованным музыкантом.

В Курске, когда я стал учиться в музыкальном колледже-интернате слепых, то сразу же обнаружил, что мне не хватает багажа знаний, которые многие мои сокурсники приобрели именно в музыкальной школе. Например, к моменту поступления в Курский музыкальный колледж-интернат слепых я очень

плохо владел брайлевской нотной системой. В Омске она мне была не нужна. Я, в основном, играл на слух. Но чтобы стать профессиональным музыкантом необходимо уметь работать с партитурами. Только таким образом можно максимально точно понять замысел композиторов. Это в равной мере относится как к зрячим музыкантам, так и к людям с ограничениями по зрению.

Отличие состоит в том, что, как правило, начинающему незрячему музыканту освоить нотную брайлевскую систему тяжелее, чем разобраться с записями нот для человека без зрительных ограничений.

Теоретически нотную брайлевскую систему можно изучить и во взрослом возрасте, как это произошло со мной. Но, конечно, было бы гораздо лучше, если бы все незрячие и слабовидящие дети осваивали её ещё в музыкальной школе.

Обучение в музыкальной школе — это не только изучение «своего» инструмента, но и возможность приобрести начальные навыки игры на фортепьяно. А это очень важно для музыканта! Кроме того, музыкальная школа предполагает возможность петь в хоре, играть в оркестре, изучать теоретические дисциплины, приобрести опыт концертных выступлений, повысить общую музыкальную культуру.

Когда Вы увлеклись музыкой?

В семь лет, когда я пошёл в первый класс школы, одновременно стал учиться играть на аккордеоне. Но уже через два года, в третьем классе, бросил эти занятия...

Но увлечение музыкой у Вас сохранилось?

В детстве у меня был интерес, в первую очередь, не к собственному музицированию, а к прослушиванию музыкальных произведений. Меня увлёк рок. И русский, и зарубежный. Уже в семь лет я с удовольствием слушал записи таких групп как «Кино» и «Сплин». Совершенно недостаточная музыка. Но она оказала на меня огромное влияние!

Это было время кассетных магнитофонов. Можно было не только купить кассеты с записями, но и пустые кассеты, которые в дальнейшем заполнялись музыкой. Кассетами обменивались, их дарили, их обсуждали. У меня уже в детском возрасте образовалась солидная коллекция кассет, которой я очень гордился.

Когда мне было тринадцать лет, у нас в школе образовалась рок-группа. Я попросил маму, чтобы она купила мне гитару. Стал участником этой группы. Осваивал гитару. Одновременно стал участником школьного духового ансамбля. Играл там на блок-флейте.

Можно сказать, что период осознанного музицирования начался у меня в тринадцать лет и продолжается до сих пор. Занятия гитарой и освоение блок-флейты доставляли мне большое удовольствие. Но всё-таки систематического музыкального образования в школьные годы я не получил. Наверстать упущенное в дальнейшем было совсем непросто.

Что Вам помогло?

Любовь к музыке и общая выносливость. Порой в студенческие годы я спал по три-четыре часа в сутки.

Чем Вы ещё увлекались в школе, кроме музыки?

Я очень любил уроки литературы. С удовольствием писал сочинения. Почему-то они всегда получались у меня очень длинными, наполненными различными



На сцене выступаю с кларнетом, саксофоном...

философскими размышлениями. Ещё нравилась физкультура. Одно время я занимался дзюдо. Потом увлёкся лёгкой атлетикой, метанием ядра.

Курск.

Становление музыканта

Когда Вы решили стать профессиональным музыкантом?

В десятом классе. За два года до окончания школы-интерната. Одна из наших воспитательниц сама окончила Курский музыкальный колледж-интернат слепых. Правда, по специальности она не работала, но сохранила самые лучшие воспоминания о годах учёбы. Она рекомендовала после окончания школы ехать поступать в Курск.

Так я и сделал. В Курск поехал вместе с сестрой. Конечно, подготавливался к вступительным экзаменам. Мне хотелось попасть в отделение гитары. Надеюсь продемонстрировать приёмной комиссии, что я уже — как мне тогда казалось! — хорошо владею гитарой, а значит, достоин быть студентом. Выучил песню автора-исполнителя Сергея Трофимова «Детство босоногого». Пел её и аккомпанировал себе на гитаре. Кроме того, подготовил какую-то классическую сольную пьесу для гитары.

Будущим гитаристам необходимо уметь не только играть, но и петь?

Нет. Этого не требовалось. Но мне хотелось продемонстрировать на экзаменах не только владение инструментом, но и свои вокальные данные.

Это помогло Вам поступить?

Не совсем. Когда я приехал в Курск, то оказалось, что планируется принять на учёбу только двух гитаристов. Было двенадцать абитуриентов. Получается, что конкурс составил шесть человек на место. Я в число двух счастливицов не попал, но, вероятно, всё-таки понравился приёмной комиссии. Мне предложили стать студентом колледжа-интерната, но по классу кларнета.

Расстроился. Даже собрался ехать обратно. Но уже во время приёмных экзаменов познакомился с другими будущими студентами. Парни и девчонки уговорили меня остаться... Мол, почему бы пока не поучиться играть на кларнете? Тем более, что в отделении кларнета был набор... Вот так я и стал кларнетистом! С некоторой неохотой, надо признать.

Как проходило Ваше первое знакомство с кларнетом?

С удивлением для себя обнаружил, что кларнет мне понравился! И до сих пор считаю большой удачей, что смог получить профессиональное образование именно как кларнетист.

Сейчас, по прошествии многих лет, я понимаю, что члены приёмной комиссии приняли мудрое решение, предложив мне заниматься кларнетом. И дело не только в том, что кларнетистов тогда в учебном заведении не хватало. У меня действительно были предпосылки, природные данные для успешного освоения этого инструмента.

Во-первых, как я уже упоминал, в школьные годы я играл не только на гитаре, но и на блок-флейте. Это один из самых простых духовых инструментов, но он даёт базовые знания и навыки звукоизвлечения. Поэтому осваивать кларнет после нескольких лет игры на блок-флейте гораздо легче, чем «с нуля».

Во-вторых, для игры на кларнете важно иметь хорошую общую физическую подготовку, выносливость. Должны быть развиты мышцы пресса. Широкоплечему парню с мощной грудной клеткой овладеть духовыми инструментами гораздо легче, чем его хилому, болезненному ровеснику. Этим критериям я тоже соответствовал.

В-третьих, для успешной игры на кларнете важна толщина губ. Тонкие губы могут помешать звукоизвлечению. В этом мне тоже повезло!

Получается, что у Вас были все предпосылки, чтобы в будущем стать успешным кларнетистом!

Самое главное, что я полюбил кларнет. Мне очень понравился его звук. Звучание кларнета богато различными красками. Этот инструмент в нижнем регистре может быть мрачным и угрюмым, в среднем — он даёт возможность извлекать светлый, «прозрачный» звук, а в верхнем регистре кларнет порой становится резким и крикливым.

В зависимости от музыкального произведения кларнет порой звучит тихо, чуть слышно, а в других ситуациях — он гордо поёт в полный голос, удивляя яркостью и насыщенностью звука. Сочное звучание кларнета не может не завораживать!

Возможно, не все читатели, которые будут знакомиться с этим интервью, представляют себе звучание кларнета. Я бы рекомендовал послушать в Интернете запись «Концерта для кларнета с оркестром» Вольфганга Амадея Моцарта. Он был написан в 1791 году. Это одно из моих любимых произведений для кларнета!



... бас-гитарой, гитарой и дудуком

Вы рассказывали о своих детских увлечениях рок-музыкой, об участии в рок-группе. А теперь речь идёт о произведении Моцарта, композитора-классика.

В школьные годы я мечтал именно о карьере рок-музыканта. Жизнь сложилась по-другому. Но я об этом не жалею. Я и сейчас связан с рок-музыкой, на гитаре продолжаю играть. Мне нравится исполнять и классическую музыку, джаз и рок.

В рок-музыке кларнет, как правило, не востребован, но этот инструмент играет важную роль в симфоническом оркестре, в духовом оркестре, в джазовых музыкальных коллективах. Кларнет прекрасно звучит и как сольный музыкальный инструмент, и как один из инструментов оркестра.

Прекрасного звучания можно достичь, когда кларнетисту аккомпанирует фортепьяно. Ведь фортепьяно способно заменить весь симфонический оркестр! Уже на первом курсе во время обучения в Курском музыкальном колледже-интернате слепых мы музицировали вместе с Ольгой Грачёвой. Образовался наш дуэт, наше творческое содружество. И со временем этот дуэт «перерос» в семейную пару. Нас сблизила и связала музыка!

С Олей мы вместе росли в творческом плане. Нам всё время хотелось совершенствоваться, играть лучше. Думаю, что и сейчас нас ведёт по жизни это желание.

В Курском музыкальном колледже-интернате слепых Вы учились с 2008 по 2012 годы. Какие события этого времени Вам больше всего запомнились?

В Курске я стал профессиональным музыкантом. Впоследствии, в Воронежском государственном институте искусств, оттачивал свою технику. Годы учёбы разбудили страсть к музыке. Сначала она проявлялась в огромном желании повторять, копировать своих учителей, копировать других успешных музыкантов-кларнетистов. В дальнейшем стали появляться мысли о том, как я могу достичь «особого», своего звучания, проявить свою индивидуальность как кларнетиста.

Я действительно полюбил кларнет. Например, мне было не трудно встать в пять часов утра, чтобы до начала занятий несколько часов индивидуально позаниматься.

На гитаре и бас-гитаре я тоже с удовольствием играл. Ещё во время учёбы в Курске стал саксофон осваивать. Но всё-таки главным моим инструментом в те годы был именно кларнет. И дело не только в том, что по характеру я человек ответственный, добросовестный и дисциплинированный.

Кларнет — удивительный инструмент. Этот инструмент способен дарить слушателям нежные, чарующие, пронзительные

звуки. Теплота, проникновенность кларнета не оставляет людей равнодушными.

Уже на втором курсе обучения в Курском музыкальном колледже-интернате слепых мне предложили выступать в качестве солиста с духовым оркестром нашего учебного заведения. Это была большая честь и одновременно большая награда, которая воодушевила на продолжение работы над собой.

Было много концертов, которые запомнились на всю жизнь. Когда я учился на третьем курсе, меня направили в Прагу, в Чехию, где проходил Международный конкурс незрячих музыкантов имени Луи Брайля. Я исполнил «Концертино» Карло Вебера, был отмечен третьей премией этого конкурса. Запомнилось дружеское общение с незрячим чешским кларнетистом Милоном Арнером.

Также на третьем курсе, в 2011 году, мне довелось принять участие в фестивале «Шаг навстречу» в Санкт-Петербурге. Состоялось сольное выступление на сцене одной из самых известных концертных площадок Северной столицы — в Большом зале Филармонии. Это было моё первое выступление в качестве солиста в сопровождении симфонического оркестра. Яркий, незабываемый опыт!

В 2012 году, незадолго до окончания учёбы, довелось принять участие в концерте нашего колледжа-интерната на Поклонной Горе в Москве. Среди гостей мероприятия находился и тогдашний Президент России Д.А. Медведев. Когда музыканты закончили выступать, Дмитрий Анатольевич вышел на трибуну и всех нас тепло поблагодарил, пожелал успехов.

Я испытал тогда чувство гордости. Но, в первую очередь, не за себя, а за всех наших учителей, студентов и выпускников. Всё-таки Курский музыкальный колледж-интернат слепых за долгие годы и десятилетия стал одной из «визитных карточек» Курска. Поэтому нас часто приглашали как на областные, всероссийские, так и на международные мероприятия.

Сергей Анатольевич, Вы рассказывали о том, что в школьные годы Вас особенно увлекала рок-музыка. Во время учёбы в Курске Ваши музыкальные вкусы изменились?

Я по-прежнему любил и люблю рок-музыку. Но одновременно в Курске меня заинтересовала классическая музыка и джаз. Я понял, что не могу и не хочу ограничивать себя каким-то одним музыкальным стилем или направлением. Мир музыки прекрасен именно в своём многообразии!

Илья Бруштейн

Фотографии из личного архива

С.А. Шахова

Окончание в следующем номере газеты «Поле зрения»

Сирия, которая у всех на слуху

Л.И. Балашевич

Часть 1.

После шумихи в средствах массовой информации, связанной с победой Трампа на выборах в США, информационное пространство неожиданно заполнило собой Сирия, в которой произошли события, которые оказались сюрпризом для всего мира. Для меня это стало поводом для того, чтобы вспомнить ту Сирию, в которой много лет тому назад мне довелось работать. Сохранить память об этом эпизоде в моей жизни помогло моё увлечение фотографией. Я очень много снимал в Сирии, и эти фотографии помогли сохранить визуальную информацию, которая как ничто другое хорошо оживляет память.

Жизнь так устроена, что какое-либо событие в незнакомой и далёкой стране вдруг самым решительным образом меняет жизнь человека, не имеющего к нему никакого отношения. Так случилось и со мной в 1983 году в тот период, когда в звании полковника медицинской службы я работал на кафедре офтальмологии Военно-медицинской академии в Ленинграде. В это же время король Иордании построил за свой счёт в подарок Сирии военный госпиталь в Дамаске, названный «Тишрин». Для запуска госпиталя у Сирии не было достаточного количества опытных врачей, и правительство пригласило врачей из Франции, Британии и других стран. Не знаю, по каким соображениям и по чьей инициативе это произошло, но группу офтальмологов и одного профессора-кардиохирурга направили для этой цели из Советского Союза. Выбор пал на офицеров — преподавателей

Военно-медицинской академии. Вот в эту группу из четырёх врачей и одной медсестры попал и я. Это была моя первая поездка за пределы Советского Союза, и те, кто жил в нем в то время, понимают, что это для меня значило!

Вот так в один солнечный день марта 1983 года я (третий и справа, и слева) вместе с профессором Виталием Шилиевым (справа), преподавателями Романом Трояновским (слева) и Михаилом Дроновым (второй слева) и приданной нам операционной медсестрой Людмилой Петровой оказался в комфортабельном отеле Дома офицеров в Дамаске (фото 1). В то время не было ни интернета, ни мобильных телефонов, и все новости мы узнавали только из газеты «Правда» — официальном органе Центрального Комитета Коммунистической партии Советского Союза. Соответственно и о стране, в которую мы прибыли, мы знали только то, что она является «знаменем сопротивления израильской агрессии» и другом СССР.

В отеле располагался также офицерский клуб (фото 2) с прекрасным рестораном и сценой, где по вечерам сирийские друзья устраивали нам совместные вечеринки, остроу которых придало привезенное нами в запрещённом для досмотра багаже советское шампанское и столичная водка, которые пришлось по душе и нашим хозяевам.

Таким вот приятным образом решилась бытовая сторона нашей работы в Сирии. Единственное, что напоминало о введённом в стране военном положении — это охрана у входа в отель, равно как и перед всеми

государственными учреждениями и военными объектами (фото 3).

Глазное отделение госпиталя, в котором мы работали, возглавлял полковник Шагин, получивший медицинское образование в Англии (фото 4).

Во всех неофициальных мероприятиях и поездках по стране Шагина всегда сопровождал его супруг, очаровательная светская женщина, также как и муж свободно общавшаяся на английском языке (фото 5).

Поскольку я мог общаться с Шагиным без переводчика, у нас быстро установились добрые дружеские отношения и мы нередко беседовали на темы, далёкие от нашей профессии (фото 6).

К моему большому удивлению, тот круг людей, состоявший в основном из медиков, в котором мы оказались, был абсолютно европейский как по духу, так и по стилю одежды и поведению. Из следующих пары снимков видно, что женщины одеты в модные платья и чувствуют себя абсолютно комфортно в мужском обществе (фото 7, 8).

Всё свободное от светского общения с коллегами время уходило на выполнение главной нашей миссии. За отведённое нам время мы запустили в работу всю хирургическую аппаратуру и сделали более сорока операций, в том числе витреоретинальных, которыми занимался Роман Леонидович Трояновский (фото 9). Я, как ответственный за лазерное направление, запустил в работу аргонный лазер и наладил флюоресцентную ангиографию, а также выполнил более 30 лазерных операций и ряд операций по поводу катаракты.

Самой трудной оказалась работа по приёму амбулаторных пациентов, которых мы принимали до 40 человек в день. Пациент обычно вваливался в приёмную со всей многочисленной семьёй, в комнате стоял шум и гвалт, и к концу приёма мы уже буквально валились с ног (фото 10).

Мы посетили также уже действующий военный госпиталь в Хомсе и ознакомились с его работой. Было приятно встретить здесь в качестве начальника глазного отделения недавно проходившего стажировку в нашей клинике доктора. При расставании мы сфотографировались на память с начальником госпиталя, который был при исполнении и выделялся своим военным мундиром (фото 11).

Наша работа принесла большую пользу не только сирийской стороне, но и нам. Поскольку советские врачи были практически изолированы от мирового научного и профессионального сообщества, мы получили уникальную возможность такого общения, поскольку в «Тишрине» работали врачи из разных стран Европы. Это помогло нам избавиться от многих мифов и предубеждений, которые с детства вдальбивала в наши головы советская пропаганда. Об этом мы, конечно, ничего не рассказали «товарищу майору», когда нас после возвращения по очереди вызывали к нему на допрос, на котором он пытался выдать компромат на товарищей по поездке. К счастью, никто из нас на эту приманку не клюнул.

Далее я расскажу, какой мы увидели Сирию в период правления Хафеза Аль-Асада, отца Башара Аль-Асада, приведшего Сирию к катастрофе.



Фото 1.



Фото 2.



Фото 3.



Фото 4.



Фото 5.



Фото 6.



Фото 7.



Фото 8.



Фото 9.



Фото 10.



Фото 11.

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

www.aprilpublish.ru



Выпускаем в Свет
научные издания

Главная

Издательство

Периодические издания ▾

Книги ▾

Авторам

Услуги

Контакты

Часть 2. Дамаск. Мечети и церкви.

Следует отдать должное нашим хозяевам — они сделали всё возможное для того, чтобы мы могли ознакомиться с достопримечательностями их страны, о которой мы раньше имели весьма поверхностное представление. Конечно же, в первую очередь нас познакомили со столицей страны — Дамаском. Он расположен на плато, примыкающем к предгорьям Восточно-ливанской горной гряды. На одном из её склонов, на горе Касьюн, в том месте где по преданию Каин убил Авеля, оборудована смотровая площадка, с которой открывается захватывающий вид на город, возраст которого измеряется тысячелетиями (фото 12).

Именно с этой площадки мы смогли оценить масштабы города, начинающегося у подножья гор и простирающегося до бесконечности вдаль, растворяясь в туманном мареве (фото 13). Сегодня об истории города можно легко найти информацию в интернете, но тогда для этого надо было основательно покопаться в библиотеках, на что у нас не было времени. Тем более интересно было узнать у наших сирийских коллег о том, что Дамаск является общепризнанным старейшим в мире столичным городом, который впервые упоминается в

египетских документах фараона Тутмоса III в XV веке до н.э. Тогда город находился под властью фараонов. С тех пор город пережил много драматических событий и в течение веков поочерёдно входил в состав Армянской империи Тиграна Великого, Римской империи, Израильского царства, Византии, Арабского халифата и Османской империи, его три раза штурмовали крестоносцы, разграбили монголы, а затем Тамерлан. В прошлом веке он был подмандатной территорией Франции, пока в 1943 году не стал столицей современной Сирии. В настоящее время это двухмиллионный город из 23-х районов, населённый в основном арабами-суннитами, но в городе каждый десятый житель — христианин, есть большая армянская диаспора и даже небольшая еврейская община.

Главная достопримечательность старого города — это, безусловно, мечеть Омейядов. Она называется так потому, что была построена при Омейядском халифе аль-Валиде I ибн Абдул Малике в 706-715 годах на месте выкупленной у христиан церкви и является самой старой и самой большой мечетью в мире. Для того времени это была грандиозная стройка, для реализации которой халиф привлёк мастеров из Рима, Константинополя, Афин и арабских стран. Чтобы войти на территорию мечети,

нужно пройти мимо примыкающих к нему огромных руин и высоких колонн, оставшихся от стоявшего здесь во времена римского владычества храма Юпитера Дамасского (фото 14). Перед роскошным фасадом мечети расположена обширная площадь, позволяющая охватить взглядом всё его пространство (фото 15).

Своды огромного молельного зала длиной 136 метров поддерживают 40 коринфских колонн, а полы устланы тысячами ковров (фото 16). В его центре находится могила Иоанна Крестителя, голову которого якобы нашли при строительстве мечети. Иоанна мусульмане почитают так же, как и христиане, поэтому халиф приказал оставить его могилу там, где она и была обнаружена, а вот голова или скорее её фрагменты хранятся в отдельном саркофаге в богато декорированном павильоне. Во дворе мечети расположен фонтан для омовения (фото 17), а восточный минарет носит имя пророка Иисуса, который, по преданию, спустится на него с неба, когда наступит день страшного суда (фото 18).

Из многочисленных мечетей Дамаска, расположенных в центре города, второй по значимости и архитектурным достоинствам является мечеть «Сулеймания», построенная турецким султаном Сулейманом Великолепным в XVI веке, когда Дамаск принадлежал

Турции (фото 19). Во дворе мечети находятся многочисленные ремесленные лавки и знаменитые на всю Сирию серебряные ряды. Недалеко от мечети находится необычное по архитектурному решению здание, в котором раньше располагался монастырь дервишей, а в период нашего пребывания в Дамаске там был размещён военный музей (фото 20).

В Дамаске много мечетей современной постройки, но они большого художественного интереса не вызывают, хотя и привлекают взгляд высокими стройными минаретами, очень похожими друг на друга (фото 21, 22).

В Дамаске живут также очень давние христианские традиции. Здесь сохранилась древняя христианская церковь Святого Анании, существующая ещё со времён римского императора Константина, правившего в IV веке н.э. Основная её часть уже погрузилась под землю, но бережно сохраняется (фото 23). Именно в Дамаске апостол Павел превратился из гонителя христиан в искренне верующего последователя Христа.

Во время прогулок по жилым кварталам города мне встретила и очень скромная армянская церковь, или скорее молельная комната, размещённая в обычном жилом доме (фото 24).

(продолжение следует)

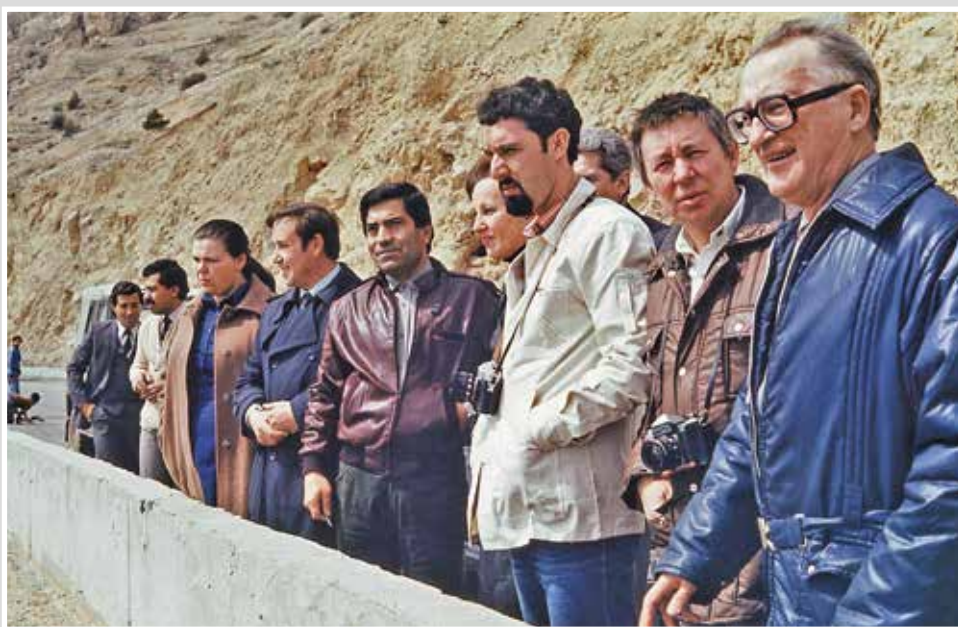


Фото 12.



Фото 13.



Фото 14.



Фото 15.



Фото 16.



Фото 17.

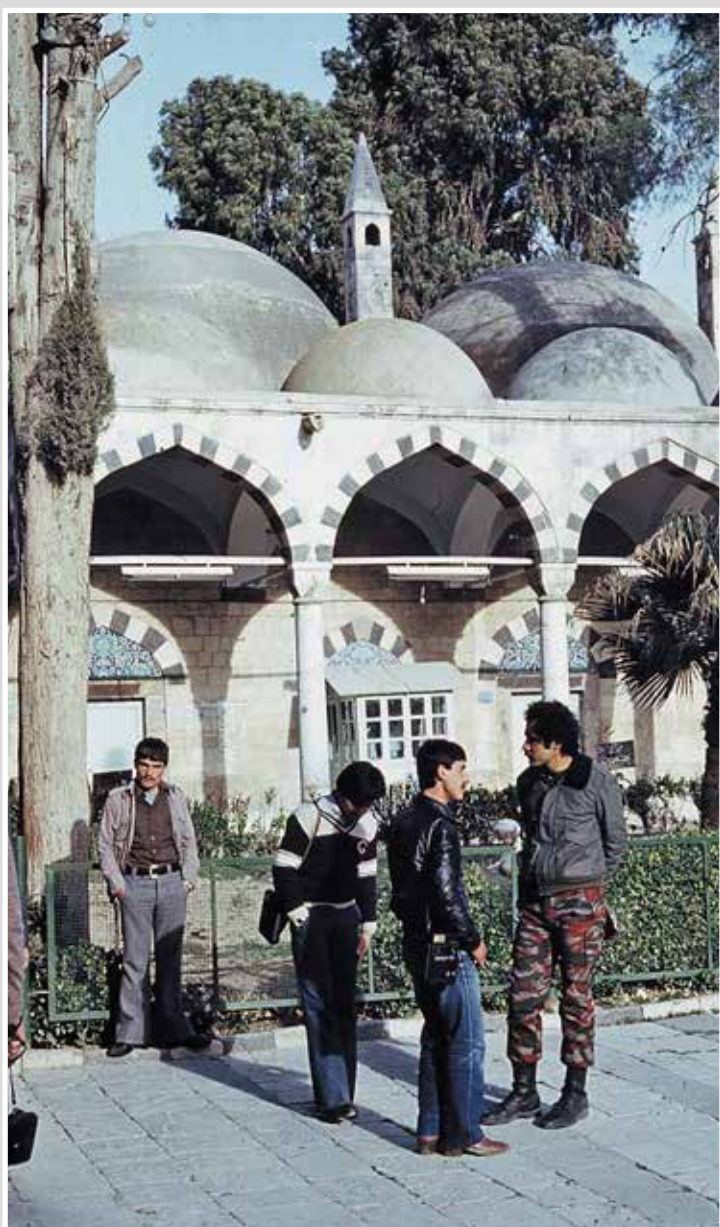


Фото 20.

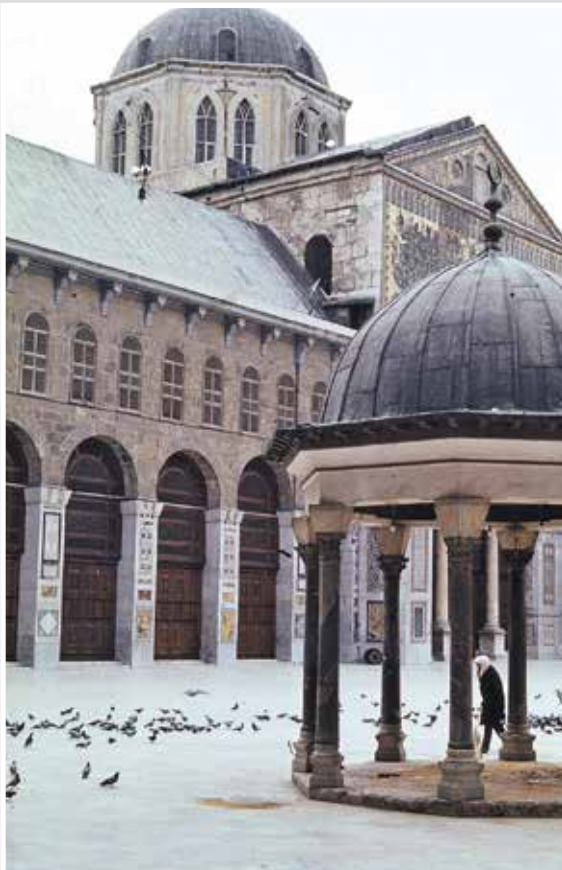


Фото 18.

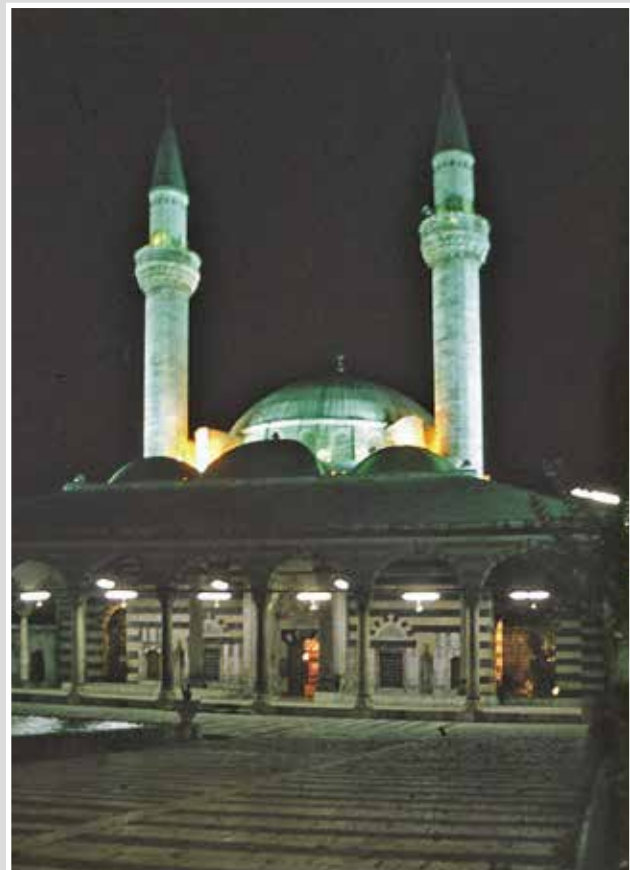


Фото 19.



Фото 21.



Фото 22.



Фото 23.



Фото 24.

NanexTM multiSert⁺TM

ПЛАВНАЯ БЕЗОПАСНАЯ ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ С МИКРОРАЗРЕЗОМ 1.8 ММ



NanexTM ИОЛ

Проверенный гидрофобный акриловый материал ИОЛ:
более 10 миллионов имплантаций за более чем 20 лет¹

Значительное уменьшение помутнения задней капсулы:
запатентованная технология обработки активным кислородом²

multiSert⁺TM инжектор 4-в-1

Защита разреза:³
минимальный размер носика инжектора (наружный диаметр: 1,62 мм) среди систем с предварительно загруженными гидрофобными ИОЛ с опорными элементами открытого типа⁴, сводит к минимуму растяжение разреза и позволяет проводить малоинвазивную хирургию

Быстрая и повторяемая имплантация:
стабильный и повторяемый выход ИОЛ с помощью уникального, предзагруженного инжектора от HOYA⁵

«Шприцевой» и «винтовой» тип имплантации с возможностью регулирования глубины ввода:
обеспечивает плавную имплантацию ИОЛ любым привычным для хирурга способом



HOYA
SURGICAL OPTICS

Surgix
ophthalmic surgical products

References: 1. Data on file, HOYA Medical Singapore Pte. Ltd, 2018. 2. Matsushima H, et al. Active oxygen processing for acrylic intraocular lenses to prevent posterior capsule opacification. *J Cataract Refract Surg.* 2006; 32:1035-1040; (PCO study in rabbit eye). 3. Comparative porcine eye study: study result. David J Apple International Laboratory for Ocular Pathology, University Hospital Heidelberg. Report on file. 4. Data on file, HOYA Medical Singapore Pte. Ltd, 2019. 5. Data on file, HOYA Medical Singapore Pte. Ltd, 2019.

Дистрибьютор ООО Серджикс
info@surgix.ru | www.surgix.ru | +7 (495) 543 74 73

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей. Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Подписной индекс: **15392**
www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственность за представленный материал (научные тексты, иллюстрации, рекламные блоки, текстовую рекламную информацию). Авторы гарантируют, что их статьи не являются плагиатом полностью или частично произведением других авторов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: февраль 2025. Тираж 1000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 212. © «Поле зрения», 2025. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.