

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№3(83) МАЙ-ИЮНЬ 2024

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

XIII съезд Общества офтальмологов России



20-22 июня 2024 года состоялся XIII съезд Общества офтальмологов России. Форум собрал более 2000 участников из России и зарубежных стран. Накануне съезда, 19 июня, прошла конференция молодых ученых «Федоровские чтения». 21 июня в торжественной обстановке вручена Премия имени академика С.Н. Федорова; 22 июня состоялось отчетно-выборное собрание ООР на котором делегаты съезда переизбрали на должность председателя Общества офтальмологов России члена-корреспондента РАН, заместителя генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по научной работе, доктора медицинских наук, профессора Б.Э. Малюгина.

Научная часть программы включала сессии «живой хирургии»; заседания, посвященные вопросам витреоретинальной хирургии, хирургии патологии роговицы, хирургии катаракты и интраокулярной коррекции; секцию по правовым вопросам, заседания по проблемам диагностики, мониторинга и лечения глаукомы, детской офтальмологии, офтальмоонкологии и др.

> стр. 2

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Международная конференция по офтальмологии «Восток-Запад — 2024»

6-7 июня 2024 г. в Уфе состоялась XIV Международная конференция по офтальмологии «Восток-Запад — 2024», которую организовал и провел Уфимский НИИ глазных болезней ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. В общей сложности в работе конференции приняло участие более 2000 специалистов.

В конференц-залах Конгресс-холла «Торатау» ежедневно присутствовало более 500 офтальмологов, и около 1 500 офтальмологов более чем из 30 стран мира подключались онлайн. В работе конференции участвовали около 100 спикеров из 17 стран мира. В очном формате с докладами участвовали ведущие специалисты России, стран СНГ — Азербайджана, Казахстана, Узбекистана, а также дальнего зарубежья — Индии, Турции. В режиме «онлайн» свои доклады представили офтальмологи Великобритании, Германии, Японии, Мексики, Турции, Туниса, ОАЭ, Омана, Египта, Марокко.

Научная программа конференции включала 12 российских научных сессий, 4 сессии зарубежных офтальмологических обществ, сессию молодых ученых, «живую хирургию» и сателлитные симпозиумы. Конференция проходила параллельно в трех залах Конгресс-холла, общее количество докладов — 143.

> стр. 4

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Д.м.н., профессор, В.И. Баранов (г. Курск):

В подростковом возрасте я впервые надел очки — и сразу решил стать врачом-офтальмологом

Почти полвека жизнь В.И. Баранова неразрывно связана с кафедрой офтальмологии Курского государственного медицинского университета (КГМУ) и областной Офтальмологической клинической больницей. В течение тридцати лет, с 1994 года по март 2024 года, Валерий Иванович возглавлял кафедру офтальмологии ВУЗа. В настоящее время продолжает лечебную, научную и педагогическую работу в качестве профессора кафедры и профессора-консультанта ОБУЗ «Офтальмологическая клиническая больница — офтальмологический центр».

Сфера научных интересов учёного включает диагностику и лечение глаукомы, дистрофические заболевания сетчатки и зрительного нерва, терапию сосудистой патологии органа зрения, современные методы физиотерапии различных заболеваний органа зрения и т.д.

> стр. 13

КОНФЕРЕНЦИИ



XIII съезд Общества офтальмологов России

> стр. 2

Пироговский офтальмологический форум

> стр. 18

Офтальмогеронтология: инновационные решения проблем

IV Научно-практический образовательный форум с международным участием

> стр. 28

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Макулярная линза Шарията

> стр. 8

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Федор Акимович Киркевич

> стр. 10

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Руководитель Центра офтальмологии МЕДСИ, к.м.н. Е.А. Крупина (г. Москва):

В витреоретинальной хирургии главное — не упустить время!

> стр. 15

XIII съезд Общества офтальмологов России

> стр. 1

В программу форума были включены видеосекция Индийского общества имплантологов IIRSI Video Symposium «When the Going Gets Tough — the Tough Get Going», заседание Всеиндийского общества офтальмологов, сателлитные симпозиумы; все дни съезда работала выставка лекарственных препаратов и оборудования отечественных и зарубежных компаний-производителей.

Открывая съезд, председатель Общества офтальмологов России, член-корреспондент РАН Б.Э. Малюгин выразил уверенность в том, что «этот офтальмологический праздник никого не оставит равнодушным, даст прекрасную возможность коллегам пообщаться, приобрести новые знания и опыт, познакомиться с самыми современными технологиями в области офтальмологии».

Участники форума почтили память ушедших из жизни коллег-офтальмологов.

Со словами приветствия к собравшимся обратился заместитель руководителя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Б.Н. Башанкаев. Он отметил, что подготовлен закон о врачах-стажерах, позволяющий врачам-ординаторам первого года работать по специальности; на стадии подписания — закон о наставниках, в котором предусмотрено



Председатель Общества офтальмологов России, член-корреспондент РАН Б.Э. Малюгин



Главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава РФ, директор ФГБУ «НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца» академик РАН В.В. Нероев



Генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» к.м.н. Д.Г. Арсютлов



Директор ФГБНУ «НИИГБ имени М.М. Краснова» профессор Юсеф Н. Юсеф

материальное вознаграждение врачей, занимающихся подготовкой молодых специалистов.

Руководитель департамента Минздрава РФ Д.И. Батурин зачитал приветствие министра здравоохранения РФ М.А. Мурашко участникам съезда.

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения доктор медицинских наук А.В. Самойлова выразила слова благодарности собравшимся врачам-офтальмологам за

труд, за каждодневную работу в операционных. «Мы четко следим за исполнением законодательства, за исполнением «Порядков оказания медицинской помощи» и за обращениями граждан. Могу сказать с огромным удовольствием, что жалоб на качество оказываемой офтальмологической помощи мы практически не видим. Система оказания помощи, организованная в офтальмологическом профиле, позволяет всем пациентам получить высокотехнологичную

помощь и обрести зрение. Можно привести массу примеров того, когда незрячие пациенты зрелого возраста, благодаря вашим знаниям, умениям, чутким рукам вновь обрели возможность видеть».

Главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава РФ, директор ФГБУ «НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца» академик РАН В.В. Нероев в своем обращении к собравшимся отметил, что «сегодняшнее мероприятие имеет важное значение для всех офтальмологов страны. Съезд, который проходит один раз в четыре года, позволяет подвести итоги работы всего офтальмологического сообщества за прошедший период. Я уверен, что в отчетном докладе председателя Общества офтальмологов России Б.Э. Малюгина будут отмечены успехи российских ученых в разработке и внедрении новых технологий в области диагностики, консервативного и хирургического лечения офтальмопатологии. Будут освещены и новации, приходящие к нам из зарубежных стран, поскольку наша ответственность лежит также и в области внедрения и тиражирования в российских регионах новейших мировых технологий по лечению органа зрения».

В нашей стране, к сожалению, еще есть регионы, значительно отстающие от передовых городов и областей в отношении диагностики и лечения глазных болезней, в которых не проводятся факосмульсификация катаракты, антиглаукомные операции. Одним из направлений работы Общества офтальмологов России является внедрение новейших методик в клиническую практику, обучение докторов самым современным методам диагностики и лечения.

В соответствии с законом №323 общественным некоммерческим организациям поручена разработка клинических рекомендаций, и с 1 января 2025 года мы будем обязаны вести работу в соответствии с клиническими рекомендациями. В настоящее время ведется активная работа по их разработке. Это сложное направление, сопряженное с высокими требованиями, жесткими ограничениями, которые необходимо учитывать. В связи с этим хочу выразить слова благодарности офтальмологам, участвующим в этой работе.

Общество офтальмологов России принимает активное участие в разработке профессиональных стандартов, клинических пособий, в предоставлении организационно-методической помощи врачам на местах. Хочу отметить важную роль председателя Общества офтальмологов России Б.Э. Малюгина в консолидации российских

врачей-офтальмологов для решения задач, стоящих перед офтальмологическим сообществом».

Генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» к.м.н. Д.Г. Арсютлов подчеркнул, что офтальмологические учреждения всех уровней, от ведущих научно-исследовательских институтов до частных клиник, демонстрируют консолидированную совместную работу высокого уровня. Этот высокий уровень работы и движение в правильном направлении отмечается как западными партнерами, так и коллегами из стран СНГ, и количество пациентов, приезжающих на лечение в Россию, весомое тому подтверждение.

Остановившись на перспективах развития отечественной офтальмологии, Д.Г. Арсютлов отметил такие направления, как импортозамещение, интеллектуальная независимость, развитие искусственного интеллекта, повышение качества жизни граждан через улучшение зрительных функций и, как следствие, продление жизни.

Директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней имени М.М. Краснова», обращаясь к участникам съезда сказал: «Мы собрались в этом зале не только для того, чтобы обсудить текущие проблемы и подвести итоги нашей работы, но и определить вектор дальнейшего развития офтальмологической науки. Российская офтальмология находится на непростом этапе развития: много проблем, много вызовов, но и много надежд и достижений. Несмотря на трудности, мы идем вперед. Посмотрите, сколько коллег собралось в этом зале, сколько молодых людей участвуют в работе форума! Это свидетельствует об огромном интересе к офтальмологии, о значимости проблем, связанных с заболеваниями органа зрения. Как уже было отмечено, мы, офтальмологи, принимаем активное участие в решении задачи увеличения продолжительности жизни, причем активной, качественной жизни, основой которой служит хорошее зрение. И на нас, офтальмологов, лежит серьезная ответственность».

Участников и гостей съезда приветствовали председатель Московской городской думы А.В. Шапошников, профессор М.Е. Коновалов, представители делегаций офтальмологов Индии и Китая.

21 июня, во второй день работы съезда, состоялась торжественная церемония вручения Премии имени академика С.Н. Федорова.

Вот что сказал о значении Премии имени академика С.Н. Федорова накануне XIII съезда офтальмологов России председатель

Stellaris Elite
Vision Enhancement System



ВЫБЕРИТЕ СВОЙ
СОБСТВЕННЫЙ ПУТЬ

- Адаптив Флюидикс
- Ультразвуковая рукоятка Аттюн
- Ирригация/ Аспирация Капсул Гвард
- Витреотомы Би-Блейд
- Инновационное освещение
- Беспроводная педаль с двойным линейным контролем



ООО «Бауш Хелс»
Россия, 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5.
Тел./факс: +7 495 510 28 79,
www.bauschsurgical.ru
RUS-SRG-STL-STL-12-2023-4761

РУ: Система офтальмологическая микрохирургическая Стелларис ЭлитTM (Stellaris EliteTM) с принадлежностями РЗН 2023/20206 от 11.05.2023

BAUSCH + LOMB
Видеть лучше. Жить лучше



Победитель в номинации «За верность профессии» академик РАН А.Ф. Бровкина. Алевтина Федоровна — БРАВО!



Победитель в номинации «Будущее профессии» к.м.н. С.Ю. Калининкова



Победитель в номинации «За разработку и внедрение в клиническую практику инновационного метода диагностики или лечения» д.м.н. Н.А. Поздеева



Победитель в номинации «За проведение уникальной операции и спасение зрения пациенту» к.м.н. А.В. Головин



Премия в номинации «Лучший социальный проект по оказанию помощи пациентам...» у Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова



В номинации «Лучший образовательный проект» приняла участие газета «Поле зрения»



Победитель в номинации «Лучший образовательный проект» кафедра офтальмологии имени профессора В.В. Волкова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Общества офтальмологов России, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ Б.Э. Малугин: «В истории российской офтальмологии открывается новая глава — вручение первой общероссийской Премии имени академика Святослава Николаевича Федорова. Эта высокая награда призвана отметить лучшие достижения российских офтальмологов и тот неутомимый труд, который сопровождает любые открытия и достижения на научном и практическом поприщах. Главным примером самоотверженного служения делу является, конечно, сам С.Н. Федоров, яркая личность, великий новатор и вдохновитель нескольких поколений офтальмологов. Его высочайшее трудолюбие и живая энергия стали мощным импульсом для развития офтальмохирургии и позволили вернуть зрение бесчисленному множеству пациентов по всей стране и за её рубежами. Уверен, что предстоящее событие еще больше сплотит наше сообщество, подарит множество волнующих эмоций и вдохновит на новые победы».

В номинации «За верность профессии» Премия вручена академику РАН, профессору Алевтине Федоровне Бровкиной; в номинации

«Будущее профессии» — к.м.н. С.Ю. Калининковой; в номинации «За разработку и внедрение в клиническую практику инновационного метода диагностики или лечения» — д.м.н. Н.А. Поздеевой; в номинации «За проведение уникальной операции и спасение зрения пациенту» — к.м.н. А.В. Головину. Среди организаций победителями стали: в номинации «Лучший социальный проект по оказанию помощи пациентам офтальмологического профиля» Калужский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»; в номинации «Лучший образовательный проект» — кафедра офтальмологии имени профессора В.В. Волкова ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова».

В номинации «Лучший образовательный проект» приняла участие и газета «Поле зрения». Удача нам не улыбнулась, но мы не отчаиваемся и от души поздравляем победителей. Они этого достойны!

Научная часть XIII съезда Общества офтальмологов России будет освещена в последующих номерах газеты.

Материал подготовил
Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара

50 ЛЕТ

URSAPHARM

Защита и дезинфекция при блефарите

Посиформин®
Мазь глазная 2% 5 г
Биброкатол
Стерильно

Посиформин®
Мазь глазная 2% 5 г
Биброкатол
Стерильно

Антисептическое средство для лечения блефарита

Посиформин® 2% глазная мазь

- Уникальный препарат на основе Биброкатола®
- Обладает антисептическим, вяжущим и ингибирующим секрецию действием
- Обеспечивает надежную защиту при внешнем раздражении глаза
- Способствует быстрому и беспрепятственному устранению дискомфорта

Подробная информация на www.posiformin.ru

Состав на 1 г: Действующее вещество: биброкатол — 20,0 мг. Вспомогательные вещества: парафин белый мягкий — 666,4 мг, парафин жидкий — 245,0 мг, ланолин безводный — 68,6 мг. Показания к применению: неспецифические раздражения наружных покровов глаза неинфекционного генеза; хроническое воспаление края век (хронический блефарит); свежие неинфицированные раны роговицы. Противопоказания: Гиперчувствительность к действующему веществу или к другим компонентам препарата. Побочное действие: Редко: гиперчувствительность (аллергия) и раздражение глаз, сопровождавшихся такими симптомами, как зуд, гиперемия или отек глаз; боль в глазах, отек лица, приливы крови к лицу.

По данным ГРЛС на 01.04.2024 Посиформин® — единственное лекарственное средство на основе действующего вещества Биброкатол.

УРСАФАРМ Арцнайmittel ГмбХ - 107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4 - Тел.: +7 (495) 684-34-43
E-mail: ursapharm@ursapharm.ru - www.ursapharm.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Международная конференция по офтальмологии «Восток-Запад — 2024»

> стр. 1

В рамках конференции состоялось торжественное заседание, посвященное 85-летию академика Академии наук Республики Башкортостан М.Т. Азнабаева. Директор Уфимского НИИ глазных болезней, профессор М.М. Бикбов представил доклад об основных этапах жизненного пути и наиболее значимых научных достижениях М.Т. Азнабаева. Юбилару поздравил ректор БГМУ, академик РАН В.Н. Павлов, советник Главы Республики Башкортостан по здравоохранению, член-корреспондент РАН В.М. Тимербулатов, многочисленные ученики профессора М.Т. Азнабаева, гости из Узбекистана.

Никого из слушателей не оставила равнодушным «живая хирургия» — демонстрация показательных операций из операционных Уфимского НИИ глазных болезней. Были выполнены хирургические вмешательства при катаракте с имплантацией ИОЛ Tecnis Synergy (Р.М. Бикбулатов, Уфа), Tecnis Eyhance (А.М. Иванов, Калуга), Clareon Panoptix Toric (А.О. Шиловских, Екатеринбург). Была также показана лентикулярная хирургия CLEAR (А.Е. Копылов, Тамбов) и витреоретинальная хирургия (И.С. Казаков, Самара) и Д.А. Коняев (Тамбов). Модераторы «живой хирургии» — профессор И.Э. Иошин, профессор К.Б. Першин, профессор В.С. Стебнев, к.м.н. Т.Р. Гильманшин сделали демонстрацию операций интересными и запоминающимися для всех зрителей.

На конференции «Восток-Запад» во второй раз состоялась сессия Российского глаукомного общества, в ходе которой ведущие глаукоматологи страны во главе с президентом Российского глаукомного общества, профессором Е.А. Егоровым и вице-президентом, профессором А.В. Куроедовым представили современные направления диагностики и лечения такого тяжелого заболевания глаз, как глаукома.

Профессор Е.А. Егоров сообщил о тактике терапии глаукомы, ее своевременной адекватной коррекции, подборе комбинаций препаратов, позволяющих не только дополнительно снижать ВГД, но и обеспечивать постоянную нейропротекцию, что позволяет длительно сохранять зрительные функции у пациентов с глаукомой.

Профессор А.В. Куроедов от группы авторов (Куроедов А.В., Егоров Е.А., Григорьев Д.В., Петрова А.В., Городничий В.В.) представил предварительные результаты оригинального протеомного исследования, главная цель которого — обнаружение нового белкового или пептидного биомаркера, связанного с первичной открытоугольной глаукомой.

Д.м.н. И.Р. Газизова в своем докладе показала возможности нейровизуализации в определении диагностических биомаркеров при глаукоме. В.Е. Корелина (Санкт-Петербург) осветила вопросы когнитивных нарушений у пациентов с глаукомой, а З.М. Нагорнова (Иваново) — направления лечения продвинутых стадий данного заболевания.

Только в рамках конференции «Восток-Запад» можно было послушать доклады, представленные ведущими специалистами Совета по офтальмологии стран Ближнего Востока и Африки (The Middle East African Council of Ophthalmology — MEACO) и посвященные проблемам глаукомы. Президент Общества, профессор Abdelaziz Badla (ОАЭ) выступил модератором данной сессии, а вице-президент MEACO, профессор Amel Ouertani, которая также является президентом и основателем Глаукомного общества арабских стран Ближнего Востока и Африки (MEAGS), директором по науке Североафриканского центра зрения (Тунис), в своем сообщении осветила вопросы лечения глаукомы у пациентов с заболеваниями роговицы. Вице-президент MEACO, президент Марокканского глаукомного общества, профессор Sidi Mohammed Ezzouhairi

представил доклад, посвященный диагностике и лечению пациентов с глаукомой. Президент Египетского общества непрерывного офтальмологического образования, профессор Ahmed Mostafa Abdelrahman осветил вопросы определения внутриглазного давления у пациентов с измененной роговицей. Д-р Ali Alsheikheh из Омана представил показания и риски выполнения рефракционных операций у пациентов с глаукомой.

В ходе сессии «East» были заслушаны доклады зарубежных офтальмологов. В частности, сообщения, посвященные хирургии катаракты с имплантацией новых моделей ИОЛ, представили ведущий офтальмолог клиники г. Веллур Mohammedi Sayee (Индия), д-р Arun Kumar Galli (Индия), медицинский директор офтальмологической клиники г. Ченнай Arulmozhi Varman (Индия), главный офтальмолог Университетской клиники г. Измир Hasan Aytogan и офтальмохирург клиники г. Кютахья Halil Ibrahim Bike (Турция), а также главный врач офтальмологической клиники, к.м.н. Н. Зайнутдинов (Узбекистан). Заведующая офтальмологическим отделением университетской клиники Wafa Turki (Тунис) осветила вопросы поражения глаз при воспалительных заболеваниях кишечника.

На сессии «West» были в режиме «онлайн» представлены разноплановые доклады, посвященные актуальным проблемам. Так, профессор Rupert Bourne из Кембриджского Университета (Великобритания), возглавляющий Международную экспертную группу по проблемам потери зрения, осветил мировые тенденции в распространенности/бремени глаукомы, отметив неуклонный рост числа пациентов с этим заболеванием. Редактор British Journal of Ophthalmology, профессор медицинского факультета Гейдельбергского университета Jost Jonas (Германия) представил подробные данные об эпидемиологии миопии, осветил основные клинические аспекты и

потенциальные этиологические факторы. Ассоциированный профессор отделения офтальмологии и науки о зрении Guzel Bikbova (Япония) представила характеристику липидного состава глаза человека и его взаимосвязь с офтальмопатологией. Д-р Songhomitra Panda-Jonas из Института клинической и научной офтальмологии и акупунктуры (Германия) сообщила об изменениях, происходящих в зрительном нерве при развитии глаукомы у пациентов с миопией. Руководитель офтальмологической клиники г. Котбус, д-р Helmut Sacks (Германия) рассказал о первом опыте применения препарата «Афлиберцепт» в большой дозировке — 8 мг — с целью увеличения интервалов между инъекциями и минимизации терапевтической нагрузки. Д-р Francisco Alvarado, офтальмолог госпиталя г. Мехико (Мексика) в своем сообщении осветил вопросы хирургии роговицы, в частности, показания и результаты применения ксенотрансплантатов.

Участие Общества офтальмологов Турции в работе конференции «Восток-Запад» уже стало традиционным. В этом году президент Общества офтальмологов турецкоязычных стран (TROS), профессор Öner Gelışken являлся модератором сессии, на которой были представлены доклады, посвященные кератопластике и кератопротезированию. Так, профессор медицинского университета Elif Erdem (г. Адана) сообщила о показаниях и противопоказаниях для проникающей кератопластики и собственных результатах применения данной методики. Профессор Университетской клиники Züleyha Yalnız Akkaya (г. Анкара) представила доклад, посвященный трансплантации десцеметовой мембраны с эндотелием (DMEK), офтальмохирург офтальмологического центра Natice Elvin Yildiz (г. Дубай) — глубокой передней послойной кератопластике (DALK). Ассоциированный профессор образовательного и исследовательского центра Burcu Kasim (г. Адана) представила информацию

о современных видах трансплантатов для биопокрытия роговицы, а профессор медицинского факультета университета Canan Asli Utine (г. Измир) осветила различные аспекты кератопротезирования.

Как всегда насыщенной и интересной была сессия, посвященная витреоретинальной патологии глаз. Хирургии макулярных разрывов были посвящены доклады профессора С.Д. Стебнева (Самара) и к.м.н. А.В. Миронова (Москва). К.м.н. С.В. Сосновский (Санкт-Петербург) представил результаты аутоотрасслокации пигментного эпителия при субретинальном фиброзе в исходе неоваскулярной возрастной макулярной дегенерации, профессор И.Э. Иошин (Москва) осветил вопросы комплаенса пациента как ключевой цели оптимизации режима терапии пациентов с данной патологией.

Различным аспектам лечения диабетического макулярного отека были посвящены сообщения профессора Е.А. Дроздовой (Челябинск) и к.м.н. М.М. Архиповой (Москва). Профессор И.В. Воробьева (Москва) в своем докладе сделала акцент на вопросах достижения длительного и безопасного замедления прогрессирования диабетической ретинопатии. Д.м.н. Е.В. Бобыкин (Екатеринбург) рассказал о современных направлениях антиангиогенной терапии в офтальмологии, д.м.н. Д.К. Махкамова (Узбекистан) — об изменении органа зрения при двусторонней полной окклюзии внутренних сонных артерий.

На сессии «Воспалительная патология органа зрения» профессор Н.А. Ермакова (Москва) осветила вопросы, касающиеся современных подходов к ранней диагностике и терапии наиболее тяжелой формы среди всех эндогенных увеитов — периферического увеита. Профессор Е.А. Дроздова (Челябинск) представила вопросы клинических проявлений, диагностики и рациональной терапии, а также дифференциальной диагностики склеритов и эписклеритов.



Общее фото участников конференции



Заседание, посвященное юбилею профессора М.Т. Азнабаева



Заседание Российского глаукомного общества



Доклад профессора Й. Йонаса на онлайн сессии WEST



Онлайн сессия офтальмологов арабских стран Ближнего Востока и Африки (MEACO)



Президиум сессии по роговице



Президиум сессии по катаракте

К.м.н. Т.Д. Сизова (Санкт-Петербург) представила сообщение от группы авторов, посвященное клинко-диагностическому алгоритму диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов с цитомегаловирусным увеитом. Д.м.н. Р.З. Кадыров (Уфа) представил результаты послойной кератопластики и пластики конъюнктивы, выполненные с применением аллотрансплантатов, А.И. Субботина (Москва) — результаты собственных исследований структуры мейбомиевых желез и выявленных изменений у пользователей контактными линзами детского возраста.

Интерес у слушателей вызвал доклад врача-невролога Республиканского центра рассеянного склероза РКБ им. Г.Г. Куватова, д.м.н. К.З. Бахтияровой (Уфа), в котором были рассмотрены вопросы классификации, клинического течения, диагностики и лечения оптического неврита с позиций невролога. К.м.н. М.М. Иминова (Узбекистан) осветила вопросы ведения пациентов после блефаропластики.

Большой интерес у слушателей вызвала сессия, посвященная вопросам диагностики и лечения заболеваний роговицы. Профессор И.М. Корниловский (Москва) представил результаты применения технологий кросслинкинга роговицы с эффектом рефракционного кератомоделирования. Д.м.н. С.В. Труфанов (Санкт-Петербург) посвятил свой доклад отдаленным результатам изолированного десцеметорексиса, сделав акцент на частоте развития осложнений и восстановления прозрачности роговицы. Ю.С. Кудрявцева (Нижегород) поделилась своим клиническим опытом и результатами рефракционных операций при выполнении рефракционных операций с экстракцией лентиккулы методом CLEAR. К.м.н. В.В. Аверич (Москва) дала комплексную оценку изменений состояния прекоorneальной слезной пленки при различных стадиях кератоконуса и рекомендации по ведению в клинической практике таких пациентов. И.Н. Григорьева (Чебоксары) от группы авторов сообщила о результатах

экспериментального исследования эффективности применения активированных тромбоцитов при термической ожоговой травме глаза для ускорения репарации и регенерации роговицы, представив данные гистологических исследований роговицы до и после проведения лечения по выше-названной методике. К.м.н. А.Р. Хурай (Москва) представил данные об экспериментально доказанной возможности использования аутоотрансплантата, аллотрансплантата и ксенотрансплантата ногтевой пластины для имплантации в слои роговой оболочки глаза и собственные результаты их применения в клинической практике.

Большой интерес у слушателей вызвала сессия, посвященная вопросам миопии и контактной коррекции зрения. Профессор А.Е. Апрельев (Оренбург) дал обстоятельную характеристику комплексного подхода к лечению и профилактике близорукости и компьютерного зрительного синдрома. К.м.н. А.Н. Шмаков (Москва) от большой группы авторов рассказал об истории становления

и развития ортокератологического направления компании «Доктор Линз», представил клинические результаты. К.м.н. В.В. Аверич представила современные возможности контактной коррекции индуцированных аметропий, в т.ч. у пациентов с кератоконусом и после кератопластики. К.м.н. О.Г. Зверева (Казань) свое сообщение посвятила тактике ведения пациентов с сочетанной патологией — глаукомой и миопией, к.м.н. А.Р. Хурай (Москва) — результатам внедрения системы управления комплаенсом у пациентов с ортокератологической коррекцией.

Привлекла активное внимание слушателей и сессия «Нерешенные проблемы патологии внутриглазного давления и глазного дна». Д.м.н. С.Ю. Петров (Москва) осветил принципы определения показаний к хирургии глаукомы и выбора методики оперативного вмешательства, определяющего уровень индивидуального целевого внутриглазного давления, данными анамнеза, предпочтениями и опытом хирурга, а также



Сессия «Миопия и контактная коррекция зрения»



Сессия EAST



В залах конференции



Живая хирургия

мнением и ожиданиями больного, его приверженностью к лечению в послеоперационном периоде. Профессор Л.Л. Арутюнян (Москва) в своем докладе показала роль ВГД в развитии нормотензивной глаукомы и тактику ведения пациентов с этой патологией. Профессор Е.Э. Иойлева (Москва) осветила вопросы диагностики патологии зрительного нерва у пациентов с рассеянным склерозом и другими демиелинизирующими заболеваниями. Различным аспектам лечения пациентов с глаукомой были посвящены доклады Г.В. Сороколетова (Москва), К.В. Ободовой (Екатеринбург) и Д.А. Барышниковой (Москва), при витреоретинальной патологии — Е.А. Замыцкого (Самара), И.Ф. Хаджи (Азербайджан) и А.А. Ахияровой (Москва).

Самой объемной по количеству докладов стала сессия «Достижения и перспективы хирургии катаракты». Профессор М.А. Фролов (Москва) представил тактику хирургической коррекции афакии при отсутствии задней капсулы хрусталика и результаты лечения пациентов с использованием данной методики. Профессор И.Э. Иошин (Москва) от группы авторов поделился накопленным опытом в лечении пациентов с сочетанной патологией — глаукомой и катарактой, особое внимание уделив проведению циклофотокоагуляции одновременно с факэмульсификацией катаракты. Профессор К.Б. Першин (Москва) дал подробную характеристику ИОЛ с расширенной глубиной фокуса и представил результаты их применения в клинической практике. Профессор С.Д. Стебнев (Самара) представил слушателям объективные данные о преимуществах и недостатках применения мультифокальных линз в лечении катаракты у пациентов с патологическими изменениями в макулярной области. К.м.н. А.М. Иванов (Калуга) рассказал о показаниях к применению гибридных ИОЛ Tecnis Synergy и представил собственные результаты их применения с достижением высоких функциональных результатов. Профессор В.С. Стебнев (Самара) в своем сообщении провел сравнительную оценку эффективности и безопасности имплантации ИОЛ классическим методом с



Лига молодых офтальмологов

предварительным введением вискоэластика в переднюю камеру и без использования вискоэластика при непрерывной подаче ирригационного раствора.

К.И. Катмаков (Чебоксары) рассказал об особенностях хирургии катаракты у пациентов с дистрофией Фукса, а И.М. Кутин с соавторами (Москва) осветил результаты ретроспективного анализа причин неудовлетворенности больных послеоперационным результатом после имплантации мультифокальных ИОЛ и предложил эффективные методы лечения осложнений в подобных случаях. А.О. Диреев (Новосибирск) представил клинические случаи хирургии катаракты с ущемлением или отрывом гаптики при имплантации ИОЛ, предложил варианты тактики действий офтальмохирурга.

В ходе сессии «Избранные проблемы детской офтальмологии» профессор О.В. Жукова (Самара) посвятила свой доклад анализу влияния пареза верхней косой мышцы на

развитие горизонтальных форм косоглазия у детей, представив особенности патогенеза и клинической картины данной офтальмопатологии. Сообщение М.А. Далалишвили с соавторами (Москва) было посвящено результатам использования схемы дозирования хирургического лечения косоглазия, максимально учитывающей индивидуальные параметры глаза, что минимизирует риск ошибок при определении объема оперативных вмешательств. К.А. Белоусова (Новосибирск) представила результаты применения усовершенствованной технологии офтальмологического скрининга у детей, что позволило повысить его эффективность. Е.А. Королева (Москва) дала подробную характеристику сочетанной офтальмотравмы у детей в условиях хирургического стационара по данным НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. В.Ю. Мартынова с соавторами (Чебоксары) представила, результаты хирургического лечения детей с катарактой, сочетающейся с роговичным

астигматизмом, отметив получение более высоких функциональных результатов при имплантации торических ИОЛ по сравнению с имплантацией сферических линз.

В рамках конференции состоялась также сессия молодых ученых, в ходе которой докладчики из Уфы, Москвы, Екатеринбург, Челябинска представили результаты своих научных исследований и поделились интересными клиническими случаями.

Кроме того, состоялась сессия «Авторитетное мнение: взгляд профессора на проблему», в ходе которой ведущие офтальмологи Германии и Индии прочитали лекции по ряду актуальных проблем офтальмологии для студентов Башкирского государственного медицинского университета. Так, профессор Jost Jonas из Гейдельбергского университета свою лекцию посвятил морфологии диска зрительного нерва в норме и при офтальмопатологии, Mohammed Sayee (Индия) осветил основные аспекты хирургии катаракты, Arulmozhi Varman (Индия) — вопросы лечения глазных осложнений при диабете.

Не осталась без внимания большая выставка компаний-производителей офтальмологического оборудования и лекарственных препаратов для офтальмологии, а на сателлитных симпозиумах компании представили более подробную информацию о своих последних разработках и результатах их применения в клинической практике.

Впервые в рамках конференции «Восток-Запад» состоялась экскурсия на ОАО «Фармстандарт — Уфимский витаминный завод», где участники конференции побывали в производственных цехах и ознакомились с технологиями изготовления фармацевтической продукции, в т.ч. и для офтальмологии.

Как всегда, оргкомитет постарался сделать все возможное, чтобы конференция прошла в теплой, дружественной атмосфере и оставила только приятные воспоминания! Мы благодарим всех участников нашей конференции «Восток-Запад» и ждем вас в Уфе на гостеприимной башкирской земле в 2025 году!

Репортаж и фотографии предоставлены Оргкомитетом конференции



ОФТАЛЬМОЛОГИЯ В ЛИЦАХ, СОБЫТИЯХ, ОЧЕРКАХ

XIX-XXI вв.

Издание третье, дополненное и переработанное
Издательство «АПРЕЛЬ», Москва

Уважаемые коллеги!

Редакция книги «История офтальмологии в лицах, событиях, очерках» приглашает вас принять участие в третьем, дополненном и переработанном, издании. Планируемый срок выхода — 4 квартал 2024 г. Первое издание объемом в 424 полосы увидело свет в 2014 году, оно было составлено к.м.н. Н.С. Ярцевой. Второе, объемом в 700 полос, — в 2015 году. Составители: к.м.н. А.С. Обрубов и к.м.н. Н.С. Ярцева. Это энциклопедическое издание представляет собой самый полный современный справочник, содержащий биографические сведения о выдающихся офтальмологах прошлого и ныне здравствующих специалистах. В книге имеется алфавитный указатель. Весь материал расположен в порядке, удобном для быстрого поиска. Идея о выпуске третьего издания объясняется необходимостью обновить и расширить информацию, кроме того, к нам неоднократно обращались офтальмологи с просьбой о переиздании книги.

При подготовке третьей книги мы решили следовать прежнему алгоритму. Ниже прилагаем анкету с вопросами, на которые вам необходимо ответить. Помимо ответов на вопросы анкеты (всего их 15) мы предлагаем написать о себе, поделиться с читателями своим опытом и секретами успеха, при этом объем не должен превышать 3600 знаков с пробелами. Редакция оставляет за собой право сокращать текст пункта 16 анкеты. Редакторы отредактируют тексты и при необходимости ответят на ваши вопросы.

Важно: просим точно указывать названия организаций, ассоциаций и т.д., членами которых вы являетесь. В связи с тем, что названия, статус организаций, институтов, клиник, ВУЗов изменились, название должно соответствовать периоду, которое существовало во время вашей учебы, работы.

По запросу редакция может выслать ваш текст из второго издания (2015) для внесения изменений.

Заполненную анкету просьба присылать по адресу: aprilpublish@mail.ru для Сергея Тумара.

В теме письма указать «Анкета для книги». Контактный телефон: 8-916-926-87-67.

Анкеты принимаются до 31 июля 2024 г. К анкете необходимо приложить портретное фото.

АНКЕТА

1. ФИО;
2. Число, месяц и год рождения;
3. Место рождения, гражданство;
4. Образование (когда и какие учебные заведения окончил);
5. Специальность, квалификация по диплому;
6. Послевузовское профессиональное образование: аспирантура, адъюнктура, докторантура (указать);
7. Ученая степень, ученое звание (когда присвоены);
8. Место работы;
9. Должность;
10. Научная направленность профессиональной деятельности;
11. Диссертации: кандидатская, докторская (названия);
12. Награды;
13. Членство в обществах, ассоциациях;
14. Число научных работ (без названий);
15. Число монографий (названия);
16. Личностная характеристика (изложение свободной форме, не более 3600 знаков с пробелами) (по желанию)

КОМПАКТНЫЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАТОР «ОПТИМЕД»



ЭФФЕКТИВНОСТЬ и КОНТРОЛЬ

Эффективный ультразвук обеспечивает высокую скорость удаления хрусталика при низких установках мощности. Импульсно - модулированные режимы: Burst, Hyperpulse. Микропроцессорный контроль обеспечивает время реагирования менее 10 миллисекунд.

УДОБСТВО ЭКСПЛУАТАЦИИ

Эргономичная панель управления. Оперативная перенастройка параметров прибора. Двухкоординатная педаль.

МОБИЛЬНОСТЬ

Удобен даже в небольших операционных. Система передней витрэктомии полностью автономна и не требует внешних источников сжатого воздуха. Ударопрочный кейс.

ЭКОНОМИЧНОСТЬ

Максимально снижена себестоимость операции.

НАДЕЖНОСТЬ

Гарантия 2 года. Быстрота и качество сервиса.



ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»
Тел: +7 (347) 223-44-33, +7 (347) 277-61-61
E-mail: market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru

Макулярная линза Шариота

29-30 марта в Нижнем Новгороде состоялась 21 Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии»

Как обычно повышенное внимание участников было приковано к работе сессии «живой хирургии». Прямые включения из операционных, расположенных в Волгограде, Санкт-Петербурге, Чебоксарах, Тамбове, Нижнем Новгороде и Самаре позволили офтальмологам, находящимся в зале, наблюдать за ходом операций.

«Изюминкой живой хирургии» назвал модератор сессии к.м.н. Д.О. Шкворченко имплантацию макулярной линзы Шариота. Макулярная линза Шариота (Scharioth Macular Lens) производства Medicontur зарегистрирована в России компанией «Трейдомед Инвест».

Первую имплантацию макулярной линзы Шариота в России в рамках «живой хирургии» провел заведующий операционным блоком Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» И.В. Хижняк.

Medicontur была основана в 1988 году в Германии под названием Kontur GmbH Munich. В 1990 году компания начала проводить самостоятельные научные-исследовательские работы под брендом Medicontur.

В настоящее время Medicontur является экспертом в производстве моноблочных гидрофильных и гидрофобных интраокулярных линз. Ежегодно компанией производится более 4 миллионов ИОЛ. Офисы Medicontur открыты в Женеве (Швейцария), Лионе (Франция), Брно (Чехия), Будапеште (Венгрия). Официальным дистрибьютором Medicontur на территории Российской Федерации является компания «Трейдомед Инвест».

Макулярная линза Шариота представляет собой бифокальную дополнительную интраокулярную линзу для монокулярной имплантации в лучше видящий глаз (рис. 1). Имплантация проводится в цилиарную борозду (sulcus). Специальная центральная оптика обеспечивает увеличение на 10 D, а также сохранение поля зрения и зрения вдаль. Немаловажное значение имеет обратимость операции.

Критерии отбора пациентов: мотивированные пациенты; острота зрения от 10% (0,1); первичная ИОЛ; передняя камера более 2,8 мм; прогрессирующая сухая форма ВМД или другие стабильные заболевания сетчатки, такие как диабетическая ретинопатия, миопическая макулярная дегенерация или другие наследственные заболевания сетчатки, подтвержденные с помощью ОКТ: пигментный ретинит, болезнь Штаргардта, вителлиформные макулодистрофии, в том числе болезнь Беста,



Президиум сессии «Живая хирургия»



И.В. Хижняк



Рис. 1



Рис. 2

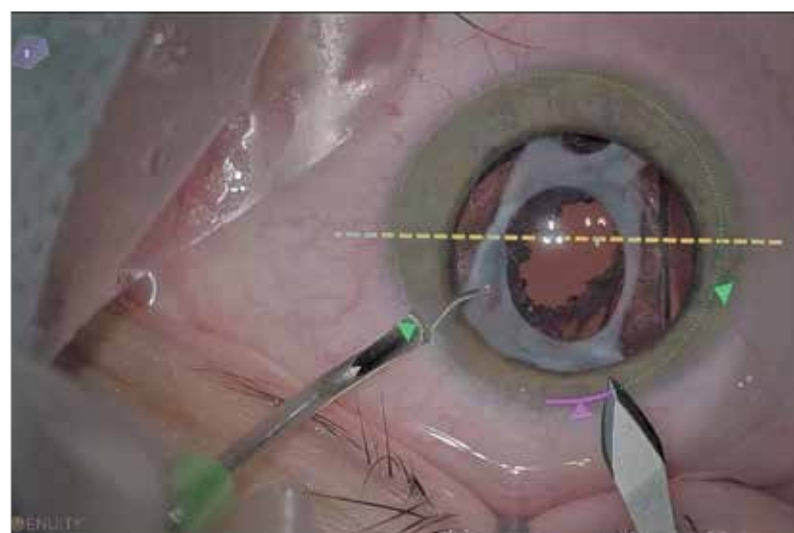


Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

врожденный амавроз Лебера, колбочковая дистрофия, колбочко-палочковая дистрофия.

И.В. Хижняк продемонстрировал имплантацию макулярной линзы Шариота пациентке С., 28 лет; DS OD: пролиферативная диабетическая ретинопатия, авитрия, состояние после панретинальной ЛКС, артифакция; Vis OD: 0,2 (рис. 2).

Как отметил хирург, макулярная линза Шариота имплантируется при различных вариантах дистрофических изменений. Линза представляет собой оптику с центральной частью в 10 D, обладает возможностью откорректировать сферическую аметропию на артифактичном глазу от +4,0 до -4,0.

Технические характеристики. Оптическая сила: стандартная оптическая сила D — нейтральная или -4,0 — +4,0 с шагом 0,5; аддидация D +10. Материал: сополимер гидрофобных и гидрофильных мономеров с 25% содержанием воды и УФ-фильтром; рефракционный индекс 1,46; число Аббе 58. Дизайн: диаметр оптической части 6 мм, общая длина 13 мм; тип оптики — сферическая, абберационно-нейтральная, выпукло-вогнутая (-4,0 — +4,0 D); дизайн гаптики — 4 замкнутых петли, угол ангуляции 0°. Инжектор — ширина разреза 2,2-2,4 мм; инжектор Mediceal Accijest 2,1-1P.

Перед началом операции И.В. Хижняк обратил внимание, что поскольку производитель не дает

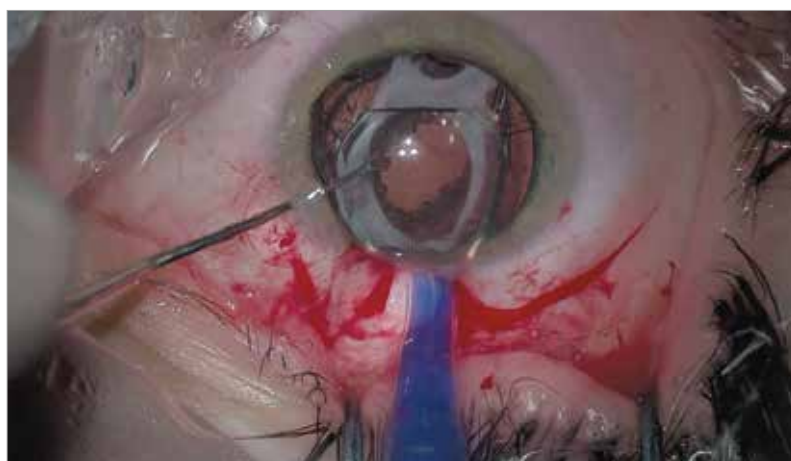


Рис. 7



Рис. 8

возможности коррекции астигматизма, астигматизм должен быть откорректирован либо заранее, либо должны быть учтены позиции сильной оси для исключения возможности внесения лишних aberrаций.

Подготовка к имплантации линзы Шариота аналогична подготовке к фактоэмульсификации. Доступ был выполнен по сильной оси (97°), разрез — 2,2 мм (рис. 3). В переднюю камеру вводится лидокаин и мезатон для расширения зрачка. При имплантации хирургом применяются когезивные вискоэластики, так как нахождение в передней камере и, следовательно, защита эндотелия не столь продолжительны. Передняя

камера и пространство под радужкой заполняются вискоэластиком для расширения зоны интерфейса имплантации.

С учетом того, что диабет у пациентки прооперирован ранее, в макуле отсутствуют явления отека и пролиферативный процесс в глазу завершен. Таким образом, дополнительные вмешательства на капсуле хрусталика нежелательны, поскольку могут привести к дислокационному синдрому и невозможности имплантации данного типа линз.

Зрение пациентки на момент операции составляло 0,16, с незначительной коррекцией — 0,2. При пробной коррекции с добавлением + sph 6,5 острота зрения улучшается

до 3 строчек, что для пациентки является крайне важным, так как для дальнейшей работы ей необходимо иметь хорошее зрение вблизи. Вмешательство проводится на лучшем глазу; другой глаз находится на силиконовой тампонаде после прооперированного диабета.

Из особенностей имплантации хирург отметил, что линза имеет 4 «достаточно нежных» гаптических элемента (рис. 4), которые необходимо правильно заправить в картридж, поставив линзу «домиком» (рис. 5), а также необходимо покрыть плунжер вискоэластиком (рис. 6). Линза имплантируется (рис. 7), заправляется за радужку (рис. 8), на этом операция заканчивается.

На следующем этапе проводится удаление вискоэластика, гидратация парацентеза. Необходимости в сужении зрачка нет, так как гаптические элементы надежно фиксируют линзу, что исключает вероятность выпадения ИОЛ.

В заключение модератор «живой хирургии» к.м.н. Д.О. Шкворченко отметил, что улучшение остроты зрения пациентки с 0,2 до 0,3 в результате имплантации макулярной линзы Шариота является отличным результатом.

Репортаж подготовил
Сергей Тумар

При подготовке использованы видеоматериалы, предоставленные компанией «Трейдомед Инвест»

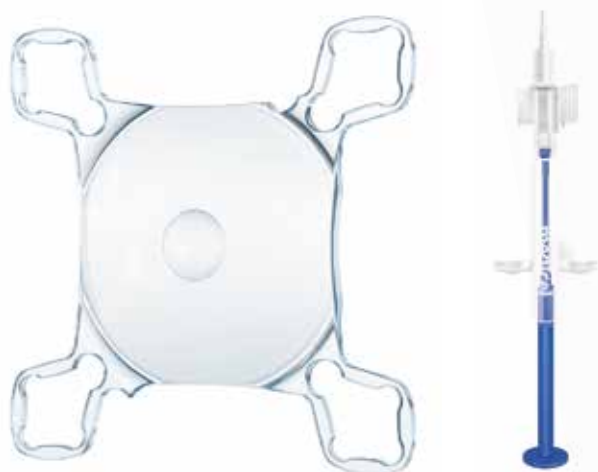


Решение для пациентов с потерей центрального зрения

MEDICENTUR

SML

SCHARIOTH MACULA LENS



- Бифокальная дополнительная интраокулярная линза
- Специальная центральная оптика с увеличением на 10 диоптрий
- Для монокулярной имплантации в лучше видящий глаз
- Сохранение поля зрения и зрения вдаль
- Имплантация в цилиарную борозду (sulcus)
- Обратимость операции

- ✓ Мотивированные пациенты
- ✓ Острота зрения от 10% (0,1)
- ✓ Первичная ИОЛ
- ✓ Передняя камера более 2,8 мм
- ✓ Прогрессирующая сухая форма ВМД или другие стабильные заболевания сетчатки, диагностированные на ОКТ



Официальный дистрибьютор компании «Medicentur»
в России — фирма «Трейдомед Инвест»



ДО



ПОСЛЕ

РЕКЛАМА

Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Федор Акимович Киркевич

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 перепечатаваем 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)



Рис. 1. Федор Акимович Киркевич

10 ноября 1910 г. Совет Уфимского отделения Попечительства обратился в Совет Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых с просьбой утвердить с 1 октября 1910 г. директором Уфимской глазной лечебницы врача-окулиста Федора Акимовича Киркевича (рис. 1).

Ф.А. Киркевич подписал отчет Уфимской бесплатной глазной лечебницы за 1910 г. (рис. 2, 3). В соответствии с отчетом за этот год было принято 3687 больных, а число коечных больных составило 93, которыми проведено 1456 больничных дней.

В период заведования лечебницей Ф.А. Киркевичем вновь была восстановлена деятельность барака для трахомных пациентов, где обеспечивался ежедневный прием по 10-15 человек.¹

В 1911 г. Совет Уфимского отделения Попечительства начал строительство нового здания для амбулатории Лечебницы, для чего Главное Попечительство выделило 4000 руб. вместо необходимых 5551 руб. 60 коп. согласно смете.² Столкнувшись с проблемой недофинансирования стройки, Совет Уфимского отделения Попечительства обратился в Уфимскую городскую

думу за помощью в виде выделения 12 кубов камня, но получила отказ, мотивированный большими объемами отпуска камня на нужды города и израсходованием данного материала.³ Тем не менее, средства для строительства были найдены, но к 1913 г. Лечебница оказалась в сложной финансовой ситуации, а единственный доход в виде пожертвований практически перестал поступать. Уполномоченный Уфимского отделения Попечительства В.Н. Матвеев был вынужден обратиться с письмом к муфтию М.М. Султанову с просьбой о финансовой помощи: «...Уфимское отделение

Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых с конца 1901 года имеет в г. Уфе глазную лечебницу под заведыванием врача окулиста в целях врачебной помощи преимущественно бедному населению губернии. Деятельность лечебницы из года в год расширяется и в настоящее время наплыв больных настолько велик /в среднем до 90 человек в день/, что является насущною необходимостью пригласить в лечебницу второго врача и увеличить штат служащих при лечебнице.

Сверх всего, существовавшее до 1911 года помещение лечебницы совершенно не

Цифровой отчет о деятельности Уфимской глазной лечебницы	
в 1910 году.	
НВ. Цифровому отчету покорнейше просить предпосылать общий отчет об условиях деятельности, положении окулистической помощи и т. п.	
Фамилия заведующего - Т. Уфа	
Место деятельности - Т. Уфа	
Продолжительность деятельности 8 1/2 месяца, или 258 дней (из них 219 дн. амбулатория)	
Район деятельности Уфимская губерния и смежная с ней	
Который год из данного района 10	
Общая стоимость пункта отряда	
Число участников (врачей и студентов) 1 врач	
Число низшего персонала фельдшерица и сестра милосердия	
Число принятых больных *) 3687	
Число посещений 19347	
Число коеж 6	
Число коечных больных 93	
Число больничных дней 1456	
Таблица II. Распределение по полу.	
Мужчин	1372
Женщин	1218
Дтей	1097
Всего	3687
Таблица III, по сословиям.	
Крестьян	1108 952 888 2948
Мещан	200 212 160 572
Дворян	28 30 28 86
Духовного звания	11 8 10 29
Прочих сословий **)	25 16 11 52
Таблица IV, по расстоянию от пункта:	
до 10 верст	717 669 802 2188
от 11 » 20 »	62 83 52 197
» 21 » 30 »	23 85 46 204
Таблица V, по возрасту:	
до 10 лет	- - 696 696
от 11 » 15 »	- - 401 401
» 16 » 20 »	198 177 - 375
» 21 » 30 »	399 324 - 723
» 31 » 40 »	266 230 - 496
» 41 » 50 »	227 223 - 450
» 51 » 60 »	175 166 - 341
» 61 » 70 »	85 76 - 161
» 71 » 80 »	19 19 - 38
» 81 и старше	3 3 - 6

Рис. 2.

Неизлечимая слепота.	
Таблица X, по полу.	
Мужчин	32
Женщин	18
Дтей	16
Всего	66
Таблица XI. Причины неизлечимой слепоты.	
Трахома	6 4 - 10
Оспа	4 1 4 9
Корь и скарлатина	- - - -
Болезни кожи	- - - -
Катарры слиз. оболочки *)	- - - -
Болезни слезн. органов	- - - -
Блефарит новорожденных	- - - 1 1
» взрослых	- 1 - 1
Глаукома	14 11 - 25
Сифилис	- - - -
Кератит	7 1 5 13
Травма	- - - -
Отравления	- - - -
Болезни спинн. и головн. мозга	1 - 1 2
Болезни сытчатки	- - 2 2
» сосудистой системы глаза	- - - -
Острая общ. болезнь **)	- - - -
Распределение больных по национальностям:	
Русская	834 901 792 2527
Башкир	451 234 232 917
Мордвы	22 45 33 100
Чуваши	24 6 4 34
Черемиссы	6 2 3 11
Кетяков	3 1 - 4
Ковышевы	15 4 20 39
Евреев	6 9 12 27
Польков	3 6 1 10
Латыш	4 6 - 10
Осетин	2 2 - 4
Ормузидов	1 1 - 2
Сиринцев	1 - - 1
Узбеки	- 1 - 1
в) по месту жительства:	
Т. Уфа	696 656 788 2140
Уфимский уезд	489 472 268 1229
Белебеевский "	75 42 19 136
Оренбургский "	48 20 9 77
Бирский "	35 18 6 59
Златоустовский "	9 2 1 12
Мелекитский "	4 1 - 5
Сургутский "	16 7 6 29
Директор Уфимской глазной лечебницы врач Ф.А. Киркевич	

Рис. 3.

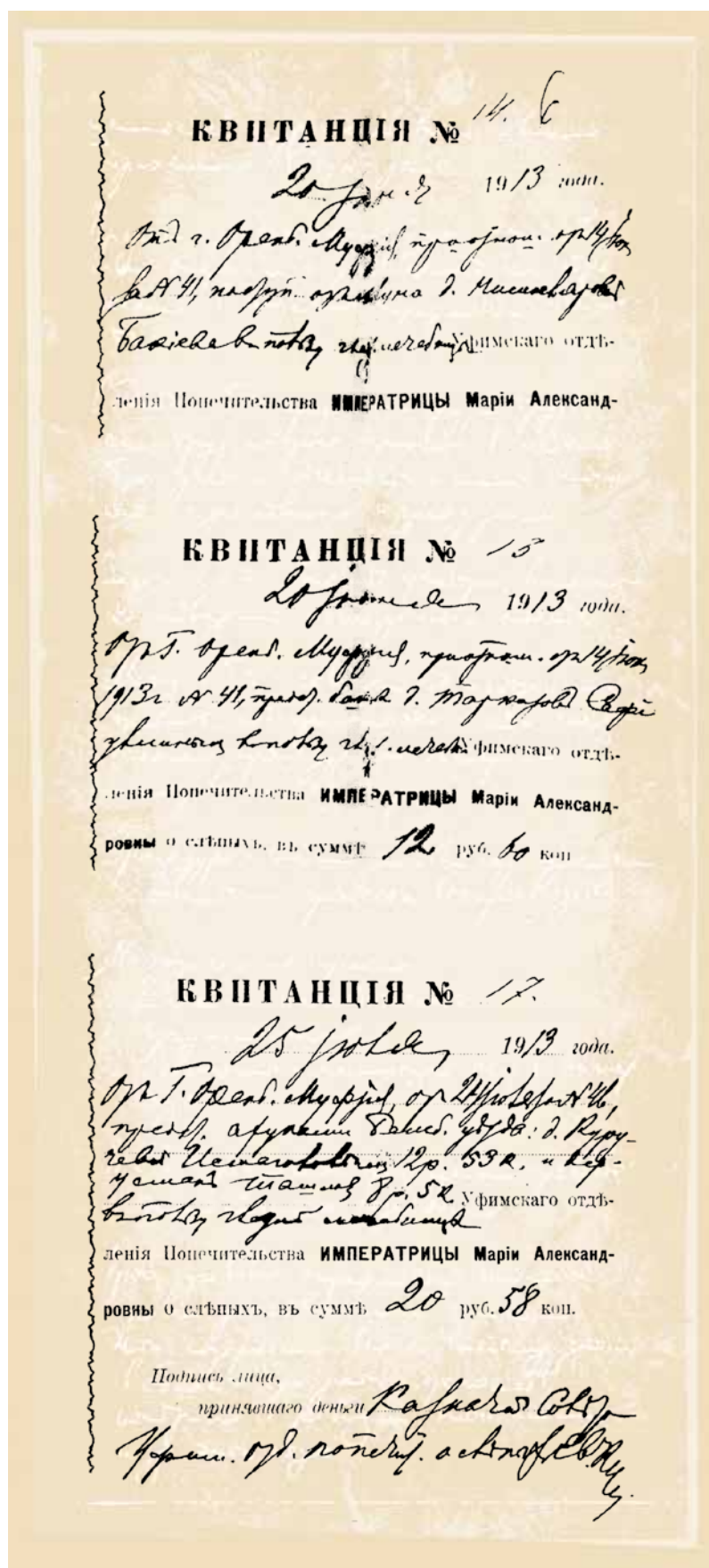


Рис. 4.

удовлетворяло своему назначению как по своим размерам, так и главным образом по внутреннему своему устройству: оно было низкое, темное, холодное и потому Попечительство вынуждено было построить новый дом для лечебницы, в котором она с конца 1911 года и помещается.

Все изложенные мероприятия требуют усиленных расходов, между тем денежные средства отделения Попечительства крайне недостаточны и недостаток этот ощущается особенно остро в переживаемое тяжелое время, когда пожертвования почти не поступают.⁴

Уполномоченный предлагал 24 мая 1913 г. организовать кружечный сбор средств в пользу Лечебницы в мечетях. В этот же день, в период проведения «Недели о слепом», организовывался аналогичный сбор во всех церквях и монастырях империи.^{5,6} В.Н. Матвеев указывал, что «...каждый сбор предваряется поучением священника, в котором он объясняет благотворительную цель жертвования и высокую задачу, которую преследует попечительство, приходя на помощь неимущему классу в одном из распространенных и

жестоких недугов».⁷ Муфтий Мухамедьяр хаджи Султанов, в свою очередь, обратился с данным предложением к ахунам Уфимской губернии, которые организовали сбор средств в пользу Лечебницы, свидетельством чего служат многочисленные квитанции о переводе пожертвований (рис. 4).⁸

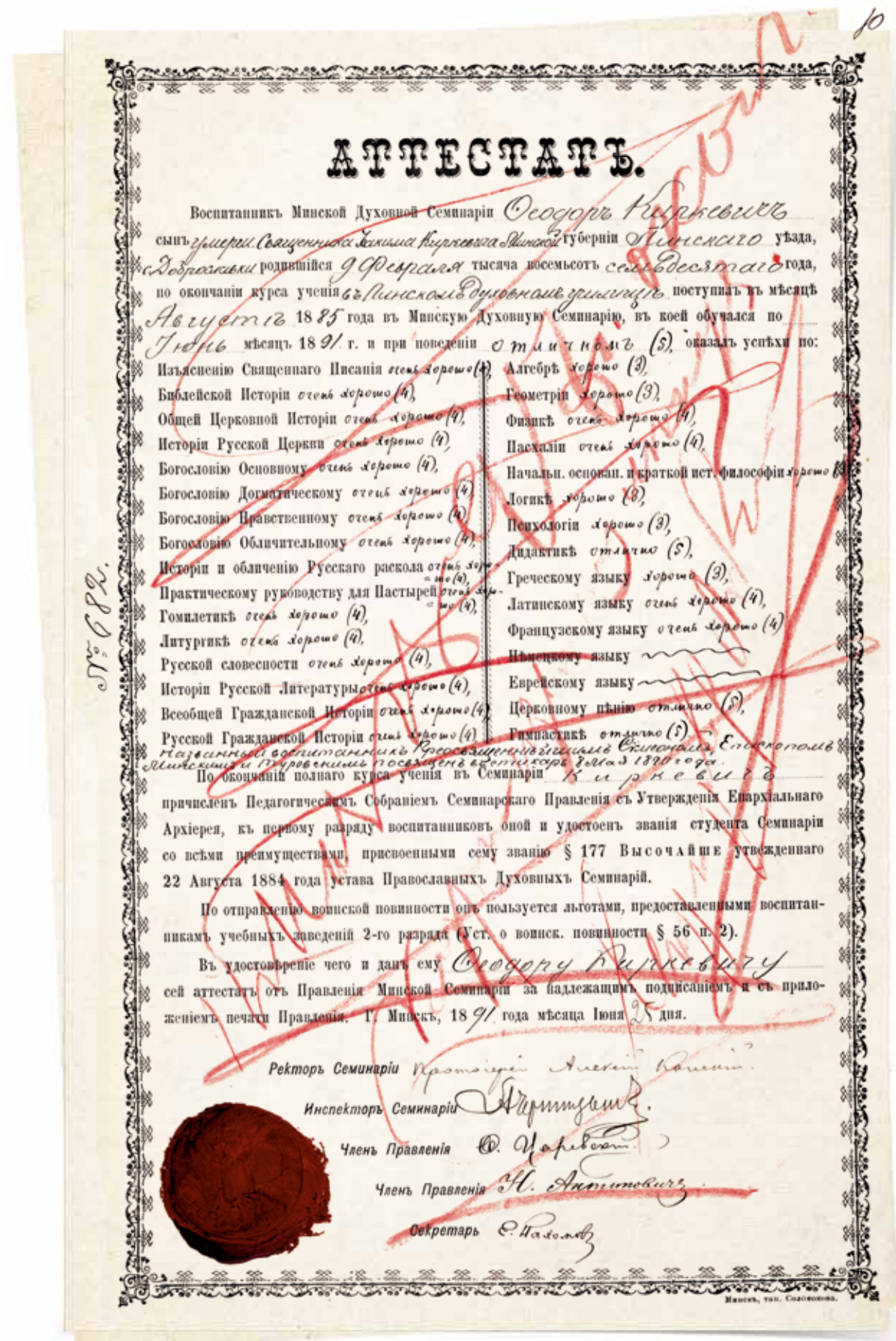
Как указывалось ранее, недостаточность финансирования Лечебницы и, соответственно, низкий доход врача привели к вынужденному ведению частной практики, чему совет Уфимского отделения Попечительства не препятствовал. Таким образом, Ф.А. Киркевич, проживая на 2-м этаже Лечебницы, вел частный прием больных (рис. 5).

В августе 1914 г. Ф.А. Киркевич покинул должность директора Лечебницы, в связи с чем на страницах «Уфимского вестника» появилось объявление, уведомлявшее губернское население о перемене места проживания врача и, соответственно, места приема пациентов (рис. 6).¹⁰ Ф.А. Киркевич до конца 1915 г. проживал в Уфе, ведя частный прием.

Немного о враче. Федор Акимович Киркевич родился 9 февраля 1870 г. в с. Доброславовка Минской

Рис. 5. Объявление о частном приеме пациентов Ф.А. Киркевичем⁹

Рис. 6. Объявление о перемене места ведения частного приема пациентов Ф.А. Киркевичем

Рис. 7. Аттестат Ф.А. Киркевича об окончании Минской духовной семинарии¹¹

губернии, «...сын священника, вероисповедания православного». Начальное образование получил в Пинском духовном училище, после окончания которого в августе 1885 г. поступил в Минскую духовную семинарию. По окончании семинарии был «...удостоен звания студента Семинарии со всеми преимуществами, присвоенными сему званию §177 Высочайше утвержденного 22 августа 1884 года устава Православных Духовных Семинарий» (рис. 7).

Далее Ф.А. Киркевич стал студентом медицинского факультета Императорского Томского университета, который окончил со степенью лекаря (рис. 8).

Согласно диплому, Ф.А. Киркевич добился высоких оценок во время обучения: комиссия отмечала «удовлетворительные» (хорошие) и «весьма удовлетворительные» (отличные) знания. Из всего спектра пройденных курсов Ф.А. Киркевич показал «весьма удовлетворительные» знания

«по фармакологии с рецептурой и учением о минеральных водах», «частной патологии и терапии», «учению о детских болезнях», «терапевтической клинике», «хирургической патологии со включением десмургии и учения о вывихах и переломах», «офтальмологии», «офтальмологической и гинекологической клинике».¹²

Ф.А. Киркевич своим направлением в медицине выбрал офтальмологию: «...Приказом Попечителя Западно-Сибирского Учебного



Рис. 8. Диплом Ф.А. Киркевича об окончании университета

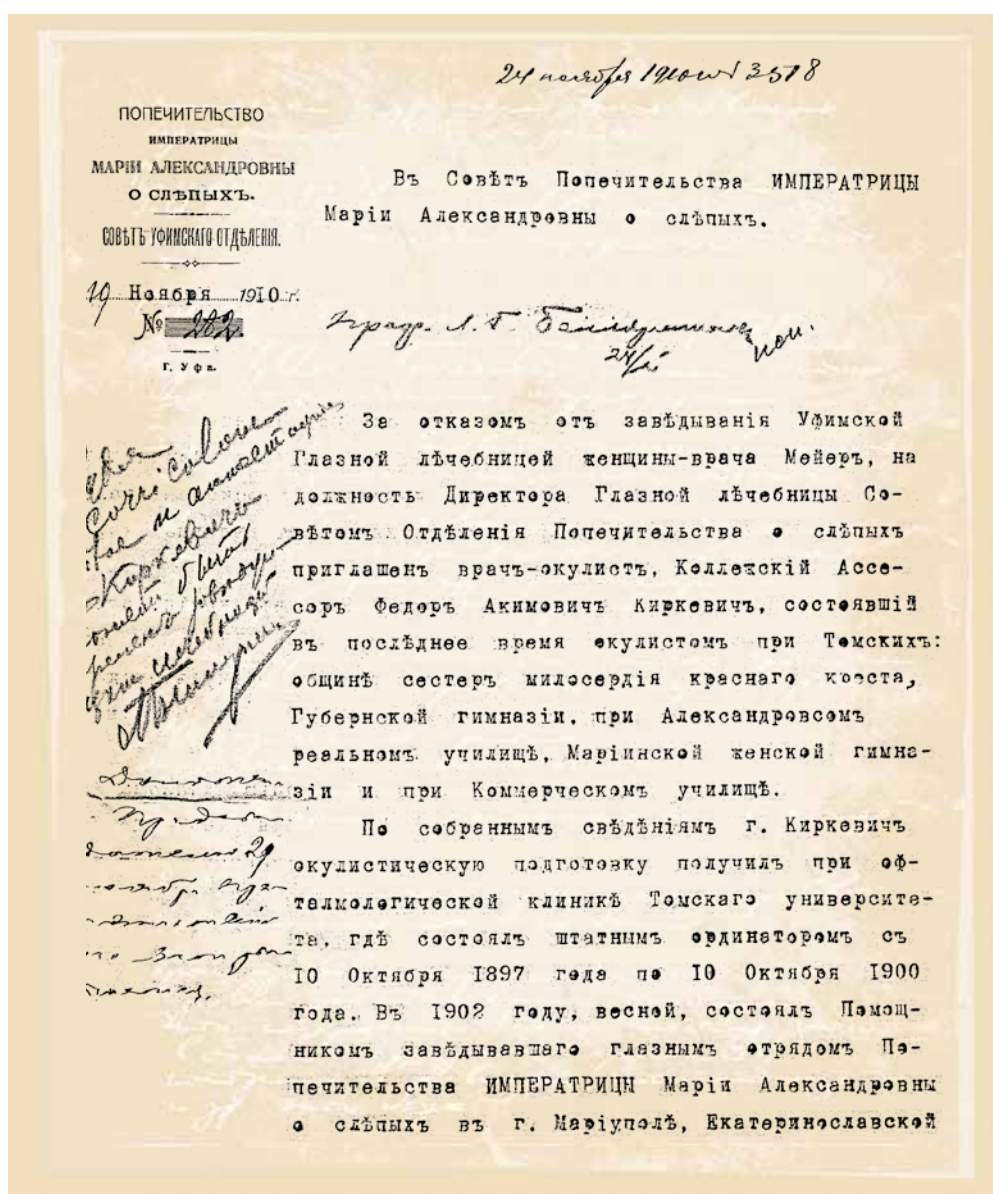


Рис. 10.

Округа от 3-го ноября 1897 года за №123 назначен ординатором офтальмологической факультетской клиники ИМПЕРАТОРСКОГО Томского Университета с десятого октября 1897 года.¹³

Ф.А. Киркевич был разносторонней личностью. В 1898 г. им было подготовлено исследование «О помещениях студентов в частных домах города Томска», для написания которого Ф.А. Киркевич обследовал частные квартиры, где жили студенты Томского университета с целью выявления влияния бытовых условий студентов на их успеваемость и состояние здоровья.¹⁴ В 1902 г. он был избран членом правления Томского фотографического общества.

После истечения трехлетнего срока службы в ординатуре Ф.А. Киркевичу предстоял выбор: либо оставаться в офтальмологической клинике Томского университета, либо покинуть его. 16 августа 1900 г. он написал прошение об освобождении его со службы

в Томском университете «...по домашним обстоятельствам» и из-за «...расстроенного здоровья» (рис. 9).

Официально Ф.А. Киркевич был отчислен с ординатуры «...за выслугой установленного трехлетнего срока» 6 октября 1900 г.

По истечении двух лет после ухода со службы, согласно «Формулярному списку о службе Федора Акимовича Киркевича», в 1902 г. Киркевич был назначен «...врачом-специалистом Томской Общины сестер милосердия Российского Общества Красного Креста». В Русско-японскую войну Ф.А. Киркевич в числе «...ратников ополчения второго разряда» был мобилизован на службу в должности «...старшего врача в 22-й пешей дружинке Государственного ополчения Сибирского Военного Округа с 23-го июня 1904 года по 24 августа того же года».¹⁵ В память об участии в войне Ф.А. Киркевич был удостоен медали Красного Креста и «...с соизволения Августейшей Покровительницы Российского Общества Красного

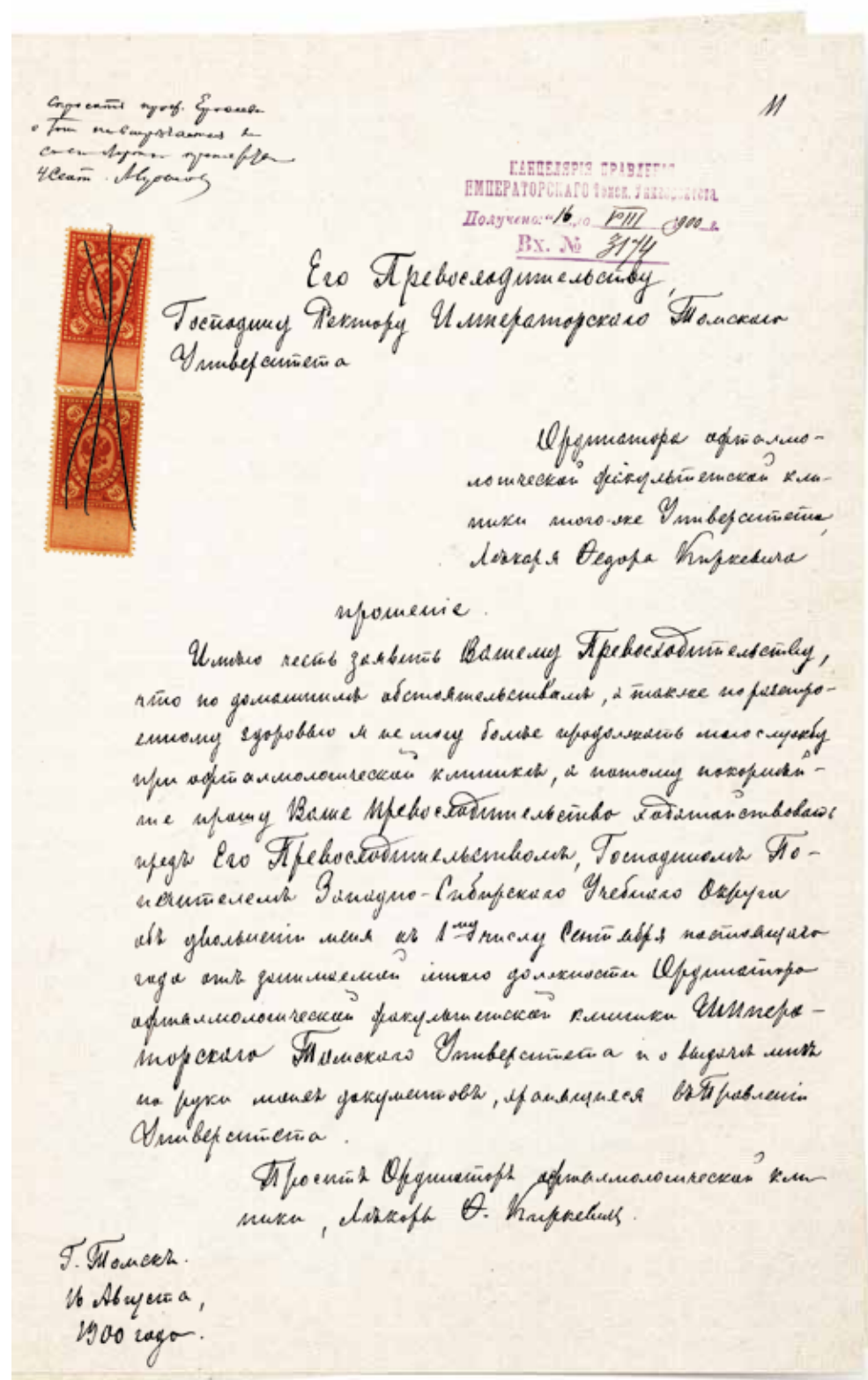


Рис. 9. Прошение Ф.А. Киркевича об освобождении со службы в офтальмологической клинике Томского университета

Креста Государыни Императрицы Марии Федоровны предоставлено право ношения Высочайше установленного 24 июня 1899 года знака Красного Креста». После освобождения со службы в армии Ф.А. Киркевич продолжил свою работу в Томской Общине сестер милосердия Российского Общества Красного Креста.

В 1907 г. Ф.А. Киркевич получил чин титулярного советника. Последняя запись в формулярном сообщает, что «...Государь Император, согласно положению Комитета о службе чинов гражданского ведомства и о наградах, в 15 мая день 1910 года, Всемилоушнейше соизволил пожаловать лекарю Киркевичу орден Св. Станислава 3 степени». 10 сентября 1910 г. Ф.А. Киркевич написал заявление на имя старшего врача Томской Общины сестер милосердия Российского Общества Красного Креста об увольнении в связи с назначением его с 1 октября директором Уфимской глазной лечебницы.

В письме Совета Уфимского отделения Попечительства в Совет Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых от 10 ноября 1910 г. указывается, что Ф.А. Киркевич был врачом, имеющим большой опыт работы и до поступления на работу в Уфимскую глазную лечебницу трудился в должностях окулиста в Губернской гимназии, Александровском реальном училище, Мариинской женской гимназии, Коммерческом училище в Томской губернии. Также сообщалось, что Ф.А. Киркевич многократно выезжал в различные губернии Российской Империи в составе глазных отрядов, в том числе в качестве руководителя (рис. 10).¹⁶

В должности директора Уфимской глазной лечебницы Ф.А. Киркевич проработал в период с 1910 по 1914 гг. Дальнейшая судьба доктора неизвестна.

¹³Таич В. Из наблюдений земского врача // Уфимский вестник. — 4.11.1914. — №245.

¹⁴Журналы Уфимской городской думы за 1911 г. — Уфа: Электрическая типо-литография Ф.Г. Соловьева. — Уфа, 1911. — С. 147

¹⁵Там же. — С. 147

¹⁶НА РБ. Ф. И-295. Оп. 6. Ед.хр. 3241. Л. 1

¹⁷Неделя о слепом — шестое воскресенье по Пасхе. На Литургии читается Евангелие от Иоанна о чуде исцеления Иисусом Христом слепорожденного человека, глаза которого Спаситель помазал брением от Своего плюновения, а затем отправил умыться слепого в купели Силоама, после чего слепой от рождения, ко всеобщему удивлению, стал зрячим (https://ruvera.ru/nedelya_o_slepom)

¹⁸Бадя Л.В. Трудовая помощь детям-инвалидам в учебно-воспитательных учреждениях дореволюционной России // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. — Тамбов, 2006. — Т. 10. — №2. — С. 140

¹⁹НА РБ. Ф. И-295. Оп. 6. Ед. хр. 3241. Л. 1 об.

²⁰Уфа: Страницы истории. Книга вторая / Сост. Агеева М.В. — Уфа: Инеш, 2014. — С. 180

²¹Объявления // Уфимский вестник. — 1913.

²²Объявления // Уфимский вестник. — 1914. — 22 августа.

²³Государственный архив Томской области (далее — ГА Томской области). Ф. 102. Оп. 2. Д. 2380 а. Л. 10

²⁴ГА Томской области. Ф. 102. Оп. 2. Д. 2380 а. Л. 10 об.

²⁵ГА Томской области. Ф. 102. Оп. 2. Д. 2380 а. Л. 10 об.

²⁶Киркевич Ф.А. О помещениях студентов в частных домах города Томска. — Томск: Паровая типо-лит. П.И. Макушина, 1898. — 19 с.

²⁷ГА Томской области. Ф. 102. Оп. 2. Д. 2380 а. Л. 29

²⁸РГИА. Ф. 764. Оп. 1. Д. 315. Л. 192-192 об.

Д.м.н., профессор, В.И. Баранов (г. Курск):

В подростковом возрасте я впервые надел очки — и сразу решил стать врачом-офтальмологом

Он — автор около трёхсот научных работ, четырёх изобретений и 69 рационализаторских предложений, 14 из которых отраслевого значения. Дважды Валерий Иванович признавался лучшим рационализатором ВУЗа. Под его руководством на кафедре подготовлено семь кандидатов медицинских наук.

Будучи одним из наиболее опытных и авторитетных врачей-офтальмологов Курской области, Валерий Иванович возглавляет Курское отделение Общества офтальмологов России и Курское отделение Ассоциации офтальмологов России. Он является членом правления Общества офтальмологов России, входит в состав Всероссийской профильной комиссии «Офтальмология» Минздрава РФ, является членом редакционной коллегии «Российского офтальмологического журнала».

Наша встреча проходила в Санкт-Петербурге, в кулуарах XXX Международного офтальмологического конгресса «Белые ночи» им. профессора Ю.С. Астахова. В работе этого авторитетного форума Валерий Иванович в течение многих лет принимает участие в качестве докладчика. Разговор затронул не только основные этапы профессиональной биографии учёного, но и его увлечения.



Д.м.н., профессор В.И. Баранов

> стр. 1

Начало пути

Валерий Иванович, хотелось бы начать нашу беседу с Вашего детства, отрочества, с того времени, когда человек выбирает свой профессиональный путь.

У меня в семье никто не был связан с медициной. Папа — педагог, мама — экономист. Раннее детство прошло в небольшом селе в Приморском крае, недалеко от города Уссурийска. В 1953 году наша семья переехала в Хабаровск. Там я учился в средней школе.

С детства у меня была мечта стать военным моряком. В школьные годы активно занимался спортом, увлекался судомоделизмом, становился победителем краевых соревнований по судомоделизму. Был убеждён в том, что моё место на флоте, на военном корабле.

Но жизнь распорядилась по-другому. Когда мне было четырнадцать лет, у меня диагностировали близорукость. И одновременно в нашу школу приехали представители военно-морского училища. Они объяснили, что в это учебное заведение меня не смогут принять.

Это было для Вас сильным ударом?

Мои жизненные планы резко изменились. Я впервые надел очки — и сразу решил стать врачом-офтальмологом.

Неожиданное развитие событий!

Я не шушу. Когда впервые надел очки, то понял, что вижу мир по-другому. Появилось гораздо больше красок, больше деталей... И возник интерес к профессии людей, которые обладают особыми знаниями и навыками, чтобы изменить жизнь своих сограждан.

Вам было легко поступить в медицинский вуз?

Сравнительно легко. Не было никаких репетиторов. Да и я сам специально практически не готовился. Но знания школа давала крепкие, а я всегда любил учёбу. Учился дисциплинированно.

Расскажите, пожалуйста, о первом знакомстве с практической медициной.

Начиная с третьего курса я занимался в офтальмологическом

кружке при профильной кафедре. Однажды довелось присутствовать в операционной, где проводилась операция дакриоцисториностомии. С помощью деревянного молоточка (киянки) и долота хирург «продалбливал» отверстие в боковой стенке носа. Это необходимо осуществить для того, чтобы слеза могла попасть из конъюнктивальной полости в нос.

Почему же именно эта операция Вам запомнилась?

До этого я не знал, что киянка и долото могут выполнять роль офтальмохирургических инструментов, так как это, по сути, инструменты столяра. В настоящее время суть операции не изменилась. Но для получения отверстия хирург использует специальное сверло, ультразвуковой нож или лазер. Прогресс не стоит на месте!

Во времена Вашей юности семьи, как правило, создавались раньше, чем сейчас. Нередко уже в студенческие годы парни и девушки находили человека, с которым создавали семейный очаг. Знаю, что Вы тоже не являетесь исключением.

На самом деле в медицине много супружеских пар, семейных династий. Это далеко не случайно! Общее дело объединяет. Так сложилось и у нас с моей будущей супругой Светланой Михайловной Юдиной.

Мы познакомились в новогоднюю ночь. Наступал 1965 год. Студенты мединститута собрались дома у одного из сокурсников. Тогда я впервые и увидел Светлану. Мы вместе учились, но до этого момента я её не встречал.

Красивая, привлекательная, добродушная девушка. Уже в первые дни нового года захотелось с ней подружиться, пообщаться, куда-то пригласить. Так всё и закрутилось.

Помните, как ухаживали?

Мы любили вместе посещать в Хабаровске Театр музыкальной комедии. А ещё «наше место» в Хабаровске — парк Дома офицеров. Он особенно красив весной, когда цветёт черёмуха. Весь парк погружается в изумрудный цвет! Мы гуляли вдвоём по парку, набережной Амура и видели только друг друга. Поженились 13 июля 1968 года. Всю жизнь ВМЕСТЕ. Изумрудную свадьбу отметили: 55 лет семейной жизни.

Светлана Михайловна — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, академик Российской академии естественных наук (РАЕН), заведующая кафедрой иммунологии и аллергологии нашего ВУЗа. Но, конечно, самое главное, она — моя любимая жена!

Как сложилась Ваша жизнь после окончания ВУЗа?

У меня была возможность остаться в Хабаровске. Как многолетнему участнику профильного студенческого научного кружка при кафедре офтальмологии мне предлагали после получения диплома пройти курсы по контактной коррекции и потом работать по этому направлению.

Вроде бы предложение интересное. Но тогда мне хотелось осваивать хирургию, постигать самые разные области офтальмологии, вести разных пациентов. Поэтому вместо того, чтобы остаться в Хабаровске, я поехал по распределению в посёлок Поньры на Сахалине, районный центр Ногликского района Сахалинской области.

Давайте напомним нашим молодым читателям, что «рас-

пределение» в советское время означало обязательную отработку молодыми специалистами определённого срока в тех организациях и в тех регионах, куда их пошлёт государство. Не обязательно по месту учёбы или по месту жительства. Парней и девушек могли послать и в какой-то другой регион.

Как правило, после окончания ВУЗа молодые специалисты «по распределению» работали три года. Но из-за личных обстоятельств этот срок можно было и сократить. Фактически мы со Светланой прожили на Сахалине два с половиной года. Из этого времени три месяца мы провели в Южно-Сахалинске, областном центре. Там я проходил первичную специализацию по офтальмологии, а Светлана — по инфекционным болезням. А потом более двух лет вместе работали в районной больнице в Ногликах, я в качестве врача-офтальмолога, она — как врач-инфекционист.

Работа нам обоим нравилась. Для молодых докторов важно почувствовать свою востребованность. В Ногликах мы были нужны!



Д.м.н., профессор В.И. Баранов и д.м.н., профессор С.М. Юдина



Прием пациента

Но всё-таки Ваша семья решила переехать в Курск. Почему?

Это произошло по инициативе Светланы, я её в этом поддерживал. Она из семьи военнослужащего. Потом её отец вышел в запас, и семья поселилась в Курске. В 1971 году у нас родилась дочь Владлена. Конечно, для Светланы было важно, чтобы её родители могли принимать участие в воспитании внучки, хотелось жить от них недалеко. Так в 1972 году мы стали курынами.

Курск: становление врача, учёного, педагога

Валерий Иванович, как Вас встретил Курск? Как складывалась здесь Ваша профессиональная жизнь?

Я стал работать врачом-офтальмологом в одной из поликлиник областного центра. Вскоре состоялось знакомство с д.м.н., профессором Д.С. Кролем. В то время Даниил Соломонович не только возглавлял кафедру офтальмологии Курского государственного медицинского института, но и был главным внештатным офтальмологом нашей области.

В 1972 году он предложил мне стать сотрудником областной клинической больницы, на базе которой располагались глазное отделение и кафедра офтальмологии. Я активно включился в работу, осваивал хирургические технологии. В то время в больнице шло внедрение микроскопов. Опытные офтальмохирурги учились оперировать под микроскопом.

Когда сейчас вспоминаю это время, то даже удивительно становится. Как давно это было и как недавно! Разумеется, для молодых коллег очевидно, что значительная часть офтальмохирургических вмешательств происходит под микроскопом. Как может быть иначе? Но для людей моего поколения операционный микроскоп стал символом прогресса в нашей специальности. Это было новое слово в науке, в технологии, в медицинской практике.

Я проводил криоэкстракцию катаракты. Хрусталики в то время в Курске ещё не имплантировали. Пациентам после операции до конца жизни необходимо было носить очки с толстыми линзами.

Беседу с Вами можно сравнить с путешествием в новейшую историю офтальмологии.

В 1972 году Даниил Соломонович предложил мне пройти в Москве курсы контактной коррекции зрения и затем возглавить новую лабораторию контактной коррекции в нашей областной больнице. Это предложение сначала меня удивило. В Хабаровске, за несколько лет до этого, сразу после окончания ВУЗа, мне тоже предлагали заняться контактной коррекцией. И вновь, уже в другом регионе, возникает аналогичная идея.

В этот раз я согласился. И не пожалел об этом! Лаборатория контактной коррекции оказалась востребованной. Пациентов было очень много. Для них внедрение контактной коррекции означало повышение качества жизни.

В 1977 году я пришёл на кафедру офтальмологии в качестве аспиранта. И работаю здесь до сих пор. Кандидатская диссертация была защищена в 1980 году. Она посвящена флюоресцентной ангиографии при заболеваниях органа зрения и центральной нервной системы. Научным руководителем по офтальмологии у меня был д.м.н., профессор Д.С. Кроль, научным руководителем по неврологии д.м.н., профессор Б.И. Ласков.

В 1994 году из-за ухудшения состояния здоровья Даниил



Судомоделирование требует усидчивости

Соломонович был вынужден оставить должность руководителя кафедры. Мне предложили стать его преемником.

Важный этап в жизни каждого учёного-исследователя — защита докторской диссертации. Не могли бы Вы представить этот научный труд?

Доктором медицинских наук я стал в 2001 году, защитив диссертацию о биоуправляемой хронофизиотерапии при заболеваниях органа зрения. Если говорить простым языком, то я исследовал синхронизацию физиотерапевтических процедур с пульсом и дыханием пациента.

Валерий Иванович, в течение нескольких десятилетий развития офтальмологической службы и медицинского образования в Курской области происходило на Ваших глазах и при Вашем непосредственном участии. Какие ключевые события на этом пути Вы могли бы особо отметить?

Одно из важнейших событий, о котором нельзя не сказать, — внедрение факоэмульсификации катаракты с имплантацией искусственного хрусталика. Факоэмульсификация катаракты — самое распространённое хирургическое вмешательство в офтальмохирургии. Можно только порадоваться тому, что в настоящее время оно выполняется на современном уровне.

Но, как говорит известная народная мудрость, в каждой бочке мёда есть и ложка дёгтя... По моей информации, за последние годы очередь на проведение операций по факоэмульсификации в рамках ОМС в Курской области увеличилась. Сейчас она может доходить до одного года.

С одной стороны, практически во всех регионах России, в том числе в Курской области, мы достигли высокого уровня в катарактальной хирургии. С другой стороны, финансирования этого направления в рамках ОМС явно не хватает.

Я бы не хотел давать каких-то рекомендаций организаторам здравоохранения, но по моим подсчётам при нынешнем уровне технического и кадрового оснащения в течение года в Курске можно было бы проводить в два раза больше операций факоэмульсификации катаракты с имплантацией искусственного хрусталика, чем это происходит сегодня. И тогда очередь бы исчезла!

Простое решение!

Мы можем больше оперировать, более рационально и эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

Ещё одна тема, которую нельзя не поднять в нашем разговоре, — внедрение лазерных технологий. Курская область смотрится достойно на фоне других регионов. Впервые при моем участии были внедрены лазерные методики в практику консервативного и хирургического лечения глазных болезней. В настоящее время у нас активно используются все виды лазеров, имеются квалифицированные специалисты.

В настоящее время в Курске проводятся почти все виды офтальмохирургических вмешательств на переднем и на заднем отрезке глаза. Нам сравнительно редко приходится направлять пациентов в Москву.

В регионе практически решена проблема ретинопатии недоношенных. За последние годы в Курской области не было ни одного случая младенческой слепоты из-за этого коварного заболевания. В первые дни жизни новорожденных осматривает врач-офтальмолог.

О чём помнит доктор

Валерий Иванович, общаясь с докторами, особенно с хирургами, журналисты почти всегда просят своих собеседников рассказать об интересных случаях из своей практики. Какими историями пациентов Вы могли бы поделиться с нашими читателями?

В памяти докторов, и я не являюсь исключением, нередко остаются тяжёлые, трагические ситуации... Когда по объективным причинам пациенту не удалось помочь так, как это хотелось бы и врачу, и больному. Также человеческая память нередко сохраняет какие-то редкие, курьёзные ситуации, о которых вполне можно рассказать.

Однажды во время моего дежурства в клинике к нам поступил пациент в состоянии алкогольного опьянения. Мужчина вышел на крыльцо своего частного дома, поскользнулся и упал с крыльца на штакетник заборчика... В его правой орбите был вколочен отломанный кусок штакетника... Ни век, ни глазного яблока не было видно.

Я удалил инородное тело. Пациенту была оказана вся необходимая медицинская помощь. Глаз удалось сохранить, но, к сожалению, зрительные функции органа зрения утратил.



Бригантина «Феникс» из эскадры легендарного Федора Ушакова



Императорская яхта Николая Второго «Штандарт»

В моей жизни всегда важное место занимал спорт. Особенно любил командные спортивные игры: футбол, волейбол. В последние двадцать лет много времени уделяю бадминтону. Стараюсь тренироваться по два-три раза в неделю.

Бадминтон для меня — это страсть, азарт, адреналин, возможность совершенствоваться в интереснейшей игре, ставить перед собой цели и достигать их.

В нашем вузе сложилась прекрасная команда любителей бадминтона, в которую входят и студенты, и преподаватели, и другие сотрудники вуза.

Ещё одно моё увлечение — судомоделирование. Создание моделей кораблей занимало меня в детские и отроческие годы. В дальнейшем я перестал этим заниматься. А несколько лет назад вспомнил прошлый опыт. В Курске наша семья живёт в частном доме. В одном из подсобных помещений у меня оборудована мастерская. Я всегда увлекался резьбой по дереву. И сейчас есть желание создавать деревянные модели кораблей!

Валерий Иванович, во многих интервью в газете «Поле зрения» герои публикации задают вопрос о жизненном девизе. У Вас есть девиз?

Никогда об этом не задумывался, но, наверное, мой девиз можно сформулировать так: жить честно, никого не обижать, помогать людям!

Позвольте сердечно поблагодарить Вас за беседу и пожелать дальнейших успехов!

В свою очередь, мне бы хотелось поблагодарить редакцию газеты «Поле зрения» за проявленный интерес к моей работе и деятельности нашей кафедры! Всех читателей газеты, всех наших коллег-офтальмологов из различных регионов России, приглашаю посетить древний Курск! Он не является местом моего рождения, но стал мне по-настоящему близким и родным за прошедшие десятилетия.

Курску в 2024 году исполняется 992 года. За последние двадцать лет областной центр, на мой взгляд, изменился в лучшую сторону: появились новые микрорайоны, город стал чище, красивее.

Гордостью курян, свидетельством исторической памяти является мемориал «Курская битва» на проспекте Победы, а также мемориал в честь воинов-афганцев и памятник летчику, Герою Советского Союза Екатерине Зеленко.

В последние годы появились очень интересные в художественном плане памятники знаменитым курянам: скульптору Вячеславу Клыкову, композитору Георгию Свиридову, писателям Евгению Носову и Константину Воробьёву.

История нашего города неразрывно связана с именем Серафима Саровского (в миру Прохора Мошнина), который в семилетнем возрасте упал с колокольни строящегося в Курске Сергиево-Казанского собора и остался неверным. Считается, что этот храм был построен по проекту одного из учеников Растрелли.

В тридцати километрах от Курска расположена знаменитая Коренная пустынь. Вспомните картину И.Е. Репина «Крестный ход в Курской губернии»! Если проехать чуть дальше, то можно посетить имение поэта Афанасия Фета. Ещё не могу не упомянуть мемориальный комплекс «Курская битва» в деревне Поньры, на открытии которого не так давно присутствовал Президент России В.В. Путин.

В общем, о Курске и Курской области можно рассказывать бесконечно. Но лучше всё увидеть своими глазами!

*Беседу вёл Илья Бруштейн
Фотографии из личного архива
В.И. Баранова*

Руководитель Центра офтальмологии МЕДСИ, к.м.н. Е.А. Крупина (г. Москва):

В витреоретинальной хирургии главное — не упустить время!

В апреле 2021 года в Клинико-диагностическом центре МЕДСИ на Солянке открылся Центр офтальмологии. Это событие не осталось незамеченным в профессиональной среде, т.к. группа компаний МЕДСИ была и остаётся крупнейшей и старейшей сетью многопрофильных клиник России.

В прошлом номере нашей газеты мы представили читателям беседу с главным специалистом по офтальмологии группы компаний МЕДСИ, к.м.н., доцентом А.В. Трубилиным. Именно по его инициативе был открыт Центр офтальмологии МЕДСИ.

К.м.н. Евгения Александровна Крупина — талантливый витреоретинальный хирург, учёный-исследователь, лектор целого ряда образовательных проектов. Вместе с Александром Владимировичем Трубилиным она принимала активное участие в разработке концепции нового Центра офтальмологии и стала его руководителем.

В беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» Евгения Александровна рассказала о своём пути в медицине, поделилась мыслями о витреоретинальной офтальмохирургии, рассказала о задачах, которые приходится решать в качестве руководителя Центра офтальмологии МЕДСИ.

Пациенты нередко воспринимают витреоретинальные операции как чудо!

Евгения Александровна, не могли бы Вы рассказать об основных вехах Вашей биографии? Почему Вы решили связать свою жизнь с медициной?

Мой отец был военнослужащим. Раннее детство прошло в советском военном городке в ГДР (Восточной Германии). С детства у меня была мечта стать доктором, лечить людей. Родители это стремление поддерживали, хотя с медицинской никто в семье связан не был.

После окончания школы поступила в Ставропольский государственный медицинский университет. На четвёртом курсе очень понравился курс офтальмологии. Решила стать врачом-офтальмологом, офтальмохирургом.

Интернатуру по офтальмологии проходила в родном вузе.

Когда Вы стали проводить хирургические вмешательства на заднем отрезке глаза?

В 2001 году мне довелось попасть в МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова на большую научно-практическую конференцию по витреоретинальной хирургии. Именно это событие коренным образом изменило мою жизнь. Я поняла, чем я хочу заниматься в офтальмологии!

В Москве прошла клиническую ординатуру в МНТК. Успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Хирургическое лечение макулярного разрыва с применением богатой тромбоцитами плазмы крови».

Чем Вас так привлекла витреоретинальная хирургия?

Уже при первом знакомстве с этой областью офтальмологии мне стало понятно, что ни одно хирургическое вмешательство не похоже на другое. Сетчатка у каждого человека имеет свои индивидуальные особенности.

Больше всего в работе меня мотивируют счастливые глаза пациентов. Человек вновь обретает зрение после операции. Радостный огонёк начинает блестеть в его глазах, а на лице появляется улыбка!

Евгения Александровна, не могли бы Вы рассказать о каких-либо Ваших операциях?

Пациентка 65 лет. Произошёл разрыв сетчатки в центральной (макулярной) зоне. При разрывах в макулярной зоне проводить



К.м.н. Е.А. Крупина



К.м.н. Е.А. Крупина с корпоративной наградой МЕДСИ

лазерное лечение нельзя. Требуется именно хирургическая операция.

Кроме того, у пациентки была диагностирована катаракта. Я провела сочетанную операцию: одновременно был заменён хрусталик и заблокирован разрыв с помощью плазмы. Каков итог работы? До хирургического вмешательства пациентка могла использовать только боковое зрение. После разрыва сетчатки она лишилась центрального зрения, не могла читать, ей было трудно ориентироваться в пространстве. После операции зрительные функции были возвращены. Теперь она видит не хуже, чем перед разрывом сетчатки.

В таком случае можно говорить о полном выздоровлении?

Во многих случаях после разрыва сетчатки нам удаётся полностью восстановить зрительные функции, так же как и при отслойках сетчатки. Но, к сожалению, это происходит не всегда. Многое зависит от того, когда пациент обратился к врачу. Своевременное,

оперативное оказание медицинской помощи — залог успешного лечения!

При многих заболеваниях сетчатки, в том числе при её разрывах, применяется лазерное лечение. Но в некоторых случаях лазер использовать нельзя, и тогда в дело вступает витреоретинальный хирург.

Как кратко и простыми словами описать мою работу? Патологии сетчатки различны, и человек может в значительной мере потерять зрительные функции. Если у пациента произошла полная (тотальная) отслойка сетчатки, то он полностью лишается зрения. Остаётся только светоощущение: пациент может отличить свет от тьмы. Витреоретинальный хирург — доктор, который «ставит на место» отслоившуюся сетчатку. Сразу после проведения операции, когда отслоившаяся сетчатка «поставлена на место» — возвращается зрение.

Я нередко сталкиваюсь с ситуациями, когда после отслойки сетчатки пациенты находятся в очень тяжёлом, депрессивном состоянии. Многие люди действительно

опасаются того, что их зрение безвозвратно утеряно. Но витреоретинальные операции позволяют вернуть зрительные функции. Человек снова может жить полноценной жизнью, с минимальными ограничениями. Пациенты нередко воспринимают витреоретинальные операции как чудо. И это не может не радовать врача!

В витреоретинальной хирургии главное — не упустить время! Мне бы хотелось особо обратить внимание на эту мысль. Что происходит после отслойки сетчатки? Начинается процесс отмирания клеток, что приводит к постепенной гибели сетчатки.

Чем больше времени прошло с момента отслойки сетчатки, тем больший ущерб она получает. Я могу поставить сетчатку пациента на место, но, к сожалению, при нынешнем уровне развития медицинской науки не существует «искусственной сетчатки». Если сетчатка погибла, то это безвозвратный, необратимый процесс!

Мы видим различные виды отслоек и разрывов сетчатки. Также многое зависит от индивидуальных

особенностей организма. Самый тяжёлый случай — полная (тотальная) отслойка сетчатки, которая ведёт к полной потере зрения.

Бывают и совсем другие ситуации. Допустим, у пациента произошла локальная отслойка сетчатки, не затрагивающая макулярную зону. А именно макулярная зона отвечает за остроту зрения! Такая отслойка сетчатки может на первых порах никак себя не проявить. Ухудшения зрения сразу не произойдёт. Но сетчатка уже частично отслоилась, а значит, без соответствующего медицинского вмешательства начнётся безвозвратное разрушение нервных клеток.

Как правило, такие ситуации выявляются во время профилактических посещений врача-офтальмолога. Или человек приходит на прием совсем с другими проблемами, а доктор обнаруживает локальную отслойку сетчатки.

Врачи-офтальмологи всегда рекомендуют любому здоровому человеку посещать окулиста не реже одного раза в год. Если имеются какие-либо офтальмологические патологии, то регулярность посещения клиники определяется в беседе с доктором. Если бы все придерживались этого простого правила, то подавляющее большинство заболеваний сетчатки выявлялись бы на ранней стадии. И лечение было бы более эффективным!

Часто ли Вы сталкиваетесь с повторными отслойками сетчатки?

Разумеется, задача витреоретинального хирурга состоит не только в том, чтобы «сетчатка встала на место», но и в предотвращении повторных отслоек. Решение этой задачи зависит от конкретной клинической картины.

Например, при диабетической ретинопатии происходят кровоизлияния в стекловидное тело. Возникают так называемые «тяжи» — плотные мембраны, которые способствуют отслоению сетчатки. Эти «тяжи» хирург устраняет в ходе операции, что приводит к ее расправлению.

Может ли произойти повторная отслойка сетчатки? Практика показывает, что большинству пациентов такое хирургическое вмешательство требуется только один раз в жизни. Но в некоторых случаях операции приходится осуществлять повторно. Другого выхода нет: если ничего не предпринимать, сетчатка погибнет и пациент безвозвратно потеряет зрение.

Нередко к отслойкам сетчатки могут привести бытовые травмы,



В операционной



WETLAB для катарактальных хирургов



Шлем виртуальной реальности помогает офтальмохирургам

последствия ДТП. Вместе с тем во многих случаях у отслоек и разрывов сетчатки нет конкретной причины. Нередко они возникают у людей, которым до этого не требовалось офтальмологическое лечение. Например, при возрастных изменениях глазного яблока.

Проблема может появиться у человека в любом возрасте, но у пожилых пациентов вероятность отслоек и разрывов возрастает. Это связано с возрастными изменениями, которые происходят у всех людей. К сожалению, мы не можем заранее предсказать, приведут ли эти изменения у конкретного пациента к отслойке сетчатки.

Приведу понятный бытовой пример: у всех людей с возрастом кожа становится более обезвоженной, появляются морщины. Использование различных косметических средств — увлажняющих кремов и т.д. — может замедлить этот процесс, но не остановить его.

Также происходят возрастные изменения клеток внутри глаза. Разрывы и, как следствие, отслойки сетчатки — результат этого процесса.

В витреоретинальной хирургии приходится иметь дело с большим количеством тяжёлых пациентов. Например, если говорить о сахарном диабете, то для пациентов особенно важно дисциплинированно соблюдать рекомендации врача-эндокринолога, следить за питанием. Тогда офтальмологические осложнения на сетчатке будут незначительными. Многое зависит от отношения пациента к своему здоровью!

Центр офтальмологии МЕДСИ — флагман офтальмологической службы

Евгения Александровна, хотелось бы узнать побольше узнать о Вашей работе в качестве руководителя Центра офтальмологии МЕДСИ.

МЕДСИ является ведущей федеральной сетью частных клиник. Мне доверено руководить Центром офтальмологии в Клинико-диагностическом центре МЕДСИ на Солёнке.

У нас сложился прекрасный, высокопрофессиональный коллектив. Имеется всё необходимое оборудование для успешной работы.

Центр офтальмологии МЕДСИ — флагман офтальмологической службы нашей группы компаний. Наша основная задача — оказание многопрофильной помощи по широкому спектру патологий органов зрения.

В нашей команде врачи-офтальмологи, хирурги, анестезиологи и другие специалисты в области диагностики и лечения заболеваний органов зрения, которые оказывают помощь пациентам с такими патологиями, как близорукость, дальнозоркость, астигматизм, катаракта, глаукома, отслойка

сетчатки, диабетическая ретинопатия и т.д. Центр рассчитан на прием более ста пятидесяти пациентов в сутки.

У нас ведут прием доктор и кандидаты медицинских наук, специалисты с многолетним опытом работы, которые выявляют, в том числе, патологии зрения, когда болезнь еще не дает о себе знать.

В рамках комплексной диагностики пациентам доступна компьютерная диагностика зрения. На сегодняшний день это наиболее точный метод диагностики глазных болезней. Она помогает выявить практически все заболевания глаз. Благодаря комплексной диагностике зрения можно выявить скрытые формы и ранние стадии различных таких тяжелых заболеваний, как диабет, гипертония и т.д.

Можно констатировать, что практически все современные методики диагностики и лечения офтальмологических заболеваний доступны пациентам Вашего центра.

Да. Центр офтальмологии МЕДСИ также занимается лечением патологии рефракции при миопии, гиперметропии (дальнозоркости), астигматизме, а также субклинических формах кератоконуса и различных патологий роговицы.

Все операции, включая катарактальные и витреоретинальные, проводятся в рамках одного дня, в амбулаторных условиях, без необходимости госпитализации пациента.

Сотрудники Центра офтальмологии не только делают своим опытом с коллегами-офтальмологами, работающими в других подразделениях МЕДСИ, но и взаимодействуют с другими клиниками, и частными, и государственными в различных регионах России и странах ближнего зарубежья.

Не могли бы Вы подробнее рассказать об этой работе?

Хотелось бы отметить наше взаимодействие из коллегами из Крыма. Как известно, новые регионы в России, в том числе Крым, нуждаются в особом внимании и поддержке. Группа компаний МЕДСИ, в том числе наша офтальмологическая служба, участвует в этой работе.

Недавно мне довелось побывать в Симферополе и Севастополе. Проводила мастер-классы по хирургическому лечению витреоретинальной патологии. Осуществила, в общей сложности, двадцать операций на базе двух крупнейших крымских клиник: Республиканской больницы им. Н.А. Семашко (г. Симферополь) и Городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова (г. Севастополь). У меня были пациенты с отслойкой сетчатки, пролиферативной диабетической ретинопатией, гемофтальмом, макулярным разрывом, эпиретинальным фиброзом, дислокацией хрусталика и интраокулярной линзы. Также в Крыму прошло двадцать пять консультаций пациентов

с сахарным диабетом, тяжелыми травмами глаза, с далекозашедшей глаукомой... Вместе с крымскими коллегами мы определили диагностический план и метод лечения пациентов.

Не так давно вместе с группой ведущих специалистов МЕДСИ мы в течение трёх дней проводили осмотр пациентов в Алматы, в Казахстане. У меня на приеме были пациенты с различной глазной патологией. Многим пациентам была рекомендована операция. Часть из них уже прооперирована в Москве. В заключение состоялась конференция, где мы поделились своим опытом с коллегами из Казахстана.

Хотелось бы отметить высокую мотивацию коллег, их творческое отношение к работе. Поэтому я с удовольствием езжу в командировки. Поездки в Крым и Казахстан — только два из многочисленных примеров такой работы.

Сколько операций у Вас может проходить в течение дня?

Я оперирую различные патологии и, конечно, время операций тоже разное. Операция по поводу катаракты занимает в среднем 15 минут. Обычно в один операционный день может быть 15-20 пациентов.

Витреоретинальные операции занимают намного больше времени. Я провожу тричетыре таких вмешательства в течение одного операционного дня. Зачастую эти операции требуют и одномоментного удаления катаракты. Был опыт, когда у меня было до пяти-шести операций. Каждая витреоретинальная операция может продолжаться полтора-два часа. Но качество работы от увеличения нагрузки у меня никогда не снижалось. Это вопрос профессионализма!

Для меня каждый пациент — главный и единственный! Во время каждой операции думаю только о том, что происходит «здесь и сейчас». Поэтому не имеет никакого значения, сколько операций я уже провела в течение этого дня.

Для Вашей работы важна выносливость!

Физическая выносливость необходима, но её недостаточно, чтобы стать хорошим хирургом. Требуется ясность ума, способность принимать чёткие, взвешенные решения во время проведения хирургического вмешательства.

Кандидатская диссертация: соединение науки и практики

Евгения Александровна, важная веха в жизни каждого учёного-исследователя — подготовка и защита научной диссертации. Хотелось бы поподробнее поговорить о Вашей кандидатской диссертации.

Я — офтальмохирург. Поэтому, наверное, в нашем разговоре невозможно разделить

лечебную, научную и педагогическую работу. В этом и состоит жизнь врача.

Кандидатская диссертация «Хирургическое лечение идиопатического макулярного разрыва с применением богатой тромбоцитами плазмы крови» была успешно защищена в 2019 году.

Вы обобщили и проанализировали собственный опыт подобных хирургических вмешательств?

Разумеется, я основывалась и на собственном опыте, и на практике своих учителей и коллег. В последние десятилетия патология макулярной области сетчатки устойчиво занимает ведущие позиции в структуре слобовидения взрослого населения развитых стран. Неуклонно растёт количество пациентов с патологией сетчатки среди лиц трудоспособного возраста.

Заболевания сетчатки представляют собой сравнительно часто встречающуюся патологию органа зрения, приводящую к серьёзным осложнениям, и как результат — к потере зрения. Поэтому тема диссертации отражает мою врачебную практику.

Одним из нарушений, приводящих к необратимому ухудшению зрения, являются макулярные разрывы. Наиболее частая причина подобного заболевания — возрастной фактор. Люди, перешагнувшие шестидесятилетний порог, попадают в группу риска. Также макулярные разрывы могут стать следствием травм глаза и некоторых его заболеваний.

Долгое время макулярные отверстия считались неоперабельной патологией, пока не была разработана концепция витрэктомии. Многолетние наблюдения доказали эффективность её применения. После успешного оперативного вмешательства у пациентов наблюдается восстановление структуры глаза до состояния близкого к нормальному. Обо всём этом идёт речь в моей диссертации.

Не могли бы Вы подробнее рассказать об особенностях идиопатического макулярного разрыва?

Идиопатический макулярный разрыв (ИМР) — заболевание, сопровождающееся сквозным дефектом ткани сетчатки в центральном отделе. Это приводит к снижению зрения, искажению изображения, затруднению работы на близком расстоянии и чтению. Частота ИМР составляет 1,7-3,3 случая на 1000 человек. Женщины подвержены данному заболеванию чаще, чем мужчины.

Единственным способом лечения данной патологии является витрэктомия с тампонадой газом, которая с 1991 года является «золотым стандартом» хирургического лечения. За прошедшее время совершенствовалась техника витреальной хирургии, появились новые методики и инструменты.

Вероятно, в Вашей диссертации не только описываются современные технологии лечения, но и даётся их анализ?

Конечно. Перспективным направлением в лечении ИМР является применение аутологичной богатой тромбоцитами плазмы крови. Именно эта тема стала центральной в моей диссертации.

Богатая тромбоцитами плазма крови — это плазма с увеличенной в несколько раз после центрифугирования концентрацией аутологичных тромбоцитов.

Ваша диссертация имела не только научное, но и практическое значение?

Моя цель состояла в том, чтобы, опираясь на опыт коллег и предшественников, не только провести научное исследование, но и разработать технологию хирургического лечения идиопатического макулярного разрыва с применением богатой тромбоцитами плазмы крови (БТП) и оценить ее клиническую эффективность.

В диссертации впервые предложена технология получения аутологичной БТП крови с высоким содержанием тромбоцитов путем одноступенчатого закрытого центрифугирования.

Впервые в отечественной практике предложена технология хирургического лечения идиопатического макулярного разрыва с применением БТП.

Ещё один важный аспект диссертации: впервые, основываясь на данных оптической когерентной томографии, описана динамика структурных изменений макулярной области у пациентов после хирургического лечения идиопатического макулярного разрыва по предложенной технологии.

В чём, на Ваш взгляд, состоят особенности этой технологии?

Применение данной технологии обеспечивает анатомическое закрытие разрыва и высокие функциональные результаты.

Внедрение этой технологии даёт возможность прогнозировать результат хирургического лечения и повысить его эффективность.

Оптимизированная технология получения аутологичной БТП крови путем одноступенчатого закрытого центрифугирования является доступной и легко воспроизводимой процедурой при наличии стандартного лабораторного оборудования.

Кроме того, снижается травматизация сетчатки в ходе операции, улучшаются анатомические и клинко-функциональные результаты.

В ходе работы над диссертацией был разработан хирургический этап технологии лечения идиопатического макулярного разрыва, заключающийся в интравитреальном введении аутологичной богатой тромбоцитами плазмы крови на фоне стандартной хирургии. Это менее инвазивный метод, позволяющий исключить травматическое воздействие на сетчатку, возникающее при механическом сведении краев и аспирацией внутриглазной жидкости над зоной разрыва, путем ее удаления только над диском зрительного нерва.

Разработанная технология хирургического лечения позволяет в 100% случаев добиться полного и стабильного анатомического закрытия разрыва, в отличие от пациентов контрольной группы (91,8% случаев), где богатая тромбоцитами плазма не применялась (P=0,013).

МАМО: передавая врачебный опыт коллегам

Евгения Александровна, было бы важно представить нашим читателям и Вашу педагогическую деятельность. В профессиональной среде Вас знают, в первую очередь, как витреоретинального хирурга. Но одновременно Вы проводите операции на переднем отрезке глаза и передаёте этот опыт молодым хирургам.

На одной из фотографий, которую иллюстрируют наше интервью в газете «Поле зрения» как раз представлен WETLAB по катарактальной хирургии. Это важная часть моей жизни. Я — универсальный хирург, оперирую и на переднем, и на заднем отрезке глаза. Поэтому с удовольствием участвую в подготовке катарактальных хирургов.

Но моя кандидатская диссертация, о которой мы подробно говорили, посвящена именно витреоретинальной офтальмохирургии. На научных конференциях я делаю доклады на эту тему. Поэтому и в педагогической деятельности об этом хочется поговорить особо.

Свой опыт витреоретинального хирурга Вы передаёте в качестве лектора Международной академии медицинского образования (МАМО), ректором которого является профессор В.Н. Трубилин.

МАМО — это учебное заведение, призванное повышать квалификацию докторов. Для меня большая честь и огромная ответственность — помогать коллегам, многие из которых сами обладают значительным опытом в нашей профессии. Но всегда есть возможность повышать свой профессионализм. Это я отношу, в первую очередь, к себе. Я с удовольствием принимаю участие в различных образовательных проектах, а как лектор МАМО стараюсь поделиться знаниями и навыками, которые были наработаны за четверть века.

Как строится в МАМО курс витреоретинальной офтальмохирургии?

Курс обучения витреоретинальной хирургии в нашем учебном заведении даёт новый опыт, новые возможности для хирургов. Мы отражаем современную анатомическую номенклатуру, классификацию, диагностику и современные способы хирургического лечения витреоретинальной патологии.

Витреоретинальная хирургия — динамически развивающееся направление офтальмохирургии. Постоянно совершенствуются методы щадящих вмешательств: менее травматичное удаление пролиферативной ткани, бесшовные хирургические манипуляции, использование новых хирургических инструментов и технологий.

Цель курса заключается в приобретении и повышении уровня теоретических и практических знаний, навыков в работе с операционным микроскопом и микроинструментарием. Теоретическая подготовка осуществляется путем проведения лекций.

Основная цель практического курса — приобретение обучающимися на цикле врачами навыков и опыта работы с современными операционными микроскопами, инструментами, красителями и т.д. Практические занятия курсантов по освоению микрохирургической техники операций и отработки отдельных этапов операций проводятся на изолированных глазах животных.

В конце цикла проводится экзамен и выдаются свидетельства.

Учитывая Ваш огромный опыт, вероятно, Вы знакомите слушателей со своими операциями.

Как лектору для меня важно опираться на собственный хирургический опыт. Например, я регулярно провожу операции по поводу регматогенной отслойки сетчатки. Это актуальная тема, которая входит в курс витреоретинальной офтальмохирургии в МАМО.

Свежая отслойка сетчатки с разрывами в верхних квадрантах и высокой скоростью прогрессирования требует немедленной госпитализации с ограничением подвижности пациента. Тотальная отслойка сетчатки, с отслоенной макулярной областью в силу патологических процессов, развивающимися после начала отслойки, также требует оперативного вмешательства в максимально сжатые сроки. Суммарная оценка клинко-функционального исследования пациентов с отслойкой сетчатки позволяет определить метод хирургического лечения. Все эти знания и навыки необходимы нашим слушателям!

Большое внимание в учебном курсе уделяется диабетической ретинопатии.

Потеря зрения в результате ее развития и прогрессирования остается серьезной проблемой в отечественном и мировом здравоохранении. При переходе неproлиферативной стадии ретинопатии в пролиферативную развивается наиболее опасная форма, способная вызвать слепоту. Толчком к переходу служат появившиеся новообразованные сосуды, которые способны располагаться на различных участках сетчатки.

Тяжесть проходящих на сетчатке процессов не зависит от остроты зрения. Поэтому своевременное диагностирование представляется сложным. Пациент, как правило, приходит в офтальмологический кабинет, когда падает зрение... А диабетическая ретинопатия на начальных этапах может развиваться незаметно.

Перед началом нашей беседы Вы попросили меня подобрать несколько фотографий для публикации в газете. Погрузившись в свой архив, я обратила внимание на снимок, сделанный в апреле этого года в Москве, на



Выступление на научном форуме в Казани

конференции «Сложные случаи в практике витреоретинального хирурга». Этот форум был организован РетинаФондом при поддержке компаний R-Optics и EyeCare. В нём приняло участие около сорока участников.

На этой фотографии Вы изображены в шлеме виртуальной реальности.

Подбирая иллюстративный материал для нашего интервью, я задумалась над тем, как активно в последние годы входят в нашу жизнь современные технологии. В том числе и в учебный процесс МАМО, и в мою научную, педагогическую работу.

И это не дань моде! Шлем виртуальной реальности помогает докторам симулировать абсолютно любую ситуацию в операционной. Излишне говорить, какие возможности это открывает перед лекторами и перед участниками любых образовательных программ и научных форумов. Это очень важный шаг в развитии медицинского образования и науки.

Грань между тьмой и светом

Евгения Александровна, мы с Вами уже говорили о различных хирургических вмешательствах, которые Вы проводите. Хотелось бы попросить Вас рассказать о наиболее тяжёлых случаях, с которыми сталкивается витреоретинальный хирург. Не секрет, что именно операции на заднем отрезке глаза порой проходят на «границе между тьмой и светом». Речь идёт о том, будет ли пациент видеть после операции, или зрительные функции навсегда уйдут из его жизни.

К счастью, таких тяжёлых случаев в практике бывает немного. Но они есть. И Ваши слова о «границе между тьмой и светом» можно понимать буквально. Расскажу об одном из своих пациентов, пострадавшем в 2022 году в Москве в новогоднюю ночь. После боя курантов он хотел зажечь фейерверк.

Из-за ударной волны была получена тяжёлая сочетанная травма. Образовался рубец роговицы. Мы диагностировали у этого пациента осложнённую катаракту, кровоизлияние внутрь глаза и отслойку сетчатки. Всё это привело к полной потере зрения.

Я провела многоэтапное хирургическое лечение. Пациенту поменяли хрусталик, было удалено стекловидное тело, был введён силикон в глаз для того, чтобы приложить сетчатку. Через несколько месяцев силикон был удалён из витреоретинальной полости. Результат операции: зрительные функции удалось вернуть.

Какую остроту зрения удалось достичь в результате этой операции?

Тридцать пять процентов. Это очень хороший результат с учётом тяжести травмы.

Давайте напомним нашим читателям, что на инвалидность по зрению, как правило, пациент может претендовать, если острота зрения составляет меньше тридцати процентов.

Конечно, после такой травмы зрение не может не ухудшиться, но в данном случае, мы к счастью, избежали инвалидизации. Имеющиеся зрительные функции позволяют человеку вести нормальную жизнь.

Хотела бы обратить внимание ещё на один клинический случай, не столь драматичный, но характерный для моей работы.

У нас в сети клиник МЕДСИ принято, что когда у докторов возникают проблемы с собственным здоровьем, то они обращаются к коллегам.

Это часть корпоративной культуры?

Такая ситуация сложилась за долгие годы. МЕДСИ — это крупнейшая и старейшая в России, динамично развивающаяся сеть частных клиник. У нас работают высококлассные специалисты практически по всем областям медицины, поэтому для доктора совершенно естественно пройти обследование и получить медицинскую помощь по месту работы.

Так поступила и моя коллега, работающая в одном из медицинских центров МЕДСИ Московской области. Она пришла к врачу-офтальмологу своей клиники с жалобой на резкое ухудшение зрения. Доктор выявил изменения на глазном дне левого глаза и направил ко мне, в Офтальмологический Центр МЕДСИ.

Оптическая когерентная томография выявила разрыв сетчатки глаза и осложнённую катаракту. Ознакомившись с результатом обследования, я подробно объяснила пациентке, что в данном случае возможно только хирургическое лечение. Целесообразно, чтобы операция была проведена в ближайшее время. Существует опасность безвозвратного ухудшения зрения.

Пациентка прислушалась к этим аргументам и дала согласие на проведение хирургического вмешательства, которое я успешно провела. Почему я обращаю внимание на этот организационный аспект? Это не само собой разумеется. Далеко не всегда офтальмологические пациенты, которым необходима операция, понимают её важность. Кому-то кажется, что любые проблемы с глазами можно лишить с помощью глазных капель.

Разъяснительная работа с такими пациентами — это тоже часть Вашей работы!

Такую работу я веду. Но в данном случае общаться было легко т.к. пациентка имела медицинское образование и ответственно относилась к своему здоровью.

После операции я вела послеоперационное наблюдение этой пациентки. Всё прошло отлично, без осложнений. Коллега отметила, что она благодарна не только за оказанную медицинскую помощь, но и за комфортные условия в нашем медицинском центре, доброжелательную атмосферу. Такие оценки всегда приятны и мотивируют на дальнейшую работу!

Ещё один запомнившийся случай. Ко мне обратилась пожилая женщина, которая, к сожалению, не смогла найти «своего доктора» в государственной клинике. Её опасения были связаны с тем, что у её матери была глаукома, из-за которой она ослепла на один глаз.

Обследования подтвердили, что опасения пациентки были не беспочвенными. У неё тоже была диагностирована глаукома, катаракта и дистрофия сетчатки. По поводу катаракты я оперативно её прооперировала, заменила хрусталик, что привело к улучшению зрения. По поводу глаукомы и дистрофии сетчатки пациентка получает в нашей клинике консервативное лечение. Она довольна, что нашла «свою» клинику, находится в надёжных руках опытных докторов.

Недавно я осуществляла факоэмульсификацию катаракты у её мужа. Он пришёл на приём по рекомендации супруги. С первых минут общения было понятно, что у него есть доверие и к нашей клинике, и лично ко мне.

Так и работает «сарафанное радио», которое помогает врачам и пациентам находить друг друга! У Вас напряжённый график работы. А как Вы любите отдыхать? Как проводите свободное время?

Для меня лучший отдых — это время, которое посвящено близким, родным людям. У меня три дочери: Полине 16 лет, Софии — 12 лет, Елизавете — 10 лет.

Кто-то из детей уже решил пойти по стопам мамы и продолжить врачебную династию?

Младшим дочерям ещё рано выбирать будущую профессию, а Полина хочет быть врачом. Я этому очень рада!

Беседу вёл **Илья Бруштейн**
Фотографии из личного архива
Е.А. Крупиной

Пироговский офтальмологический форум

24 ноября 2023 г. в Москве состоялся очередной Пироговский офтальмологический форум. В «Поле зрения» №1, 2 — 2024 мы осветили доклады, прозвучавшие в программе секций «Инновации в витреоретинальной хирургии», «Современные подходы хирургии макулярного разрыва» и «Стратегические решения терапии глаукомы». В это номере мы продолжим репортаж о прошедшей конференции.

(окончание)

Секция «Актуальные вопросы офтальмологии»

Открыла работу секции профессор Е.Е. Гришина (Москва), представившая доклад на тему «Солитарная фиброзная опухоль орбиты». Опухоль состоит из мезенхимальных клеток, дифференцирующихся в перicyты и фибробласты. В орбите впервые опухоль описана в 1994 году. Ее доля — 2% всех мягкотканых опухолей орбиты. Драйвером в развитии опухоли является нарушение хромосомы 12q13с, в результате чего происходит слияние генов NAB2-STAT6.

Солитарная фиброзная опухоль (СФО) — опухоль с неопределенным потенциалом злокачественности. Это — высокодифференцированная опухоль, для нее характерно минимальное количество полей с клеточной атипией и митозов; 10% экстраплевральных СФО имеют черты атипии или дают локальные рецидивы; 5% из них дают отдаленные метастазы.

Профессор Е.Е. Гришина привела клинический случай СФО высокого риска прогрессирования. Больная Ч., 62 лет. Жалобы на левосторонний экзофтальм и двоение; после проведенной орбитотомии ОЗ левого глаза — 1,0. Гистологическая картина выявила множество больших клеток с митозами — проведена локальная дистанционная лучевая терапия; через 2,5 года рецидив с поражением всей полости орбиты и вторичной терминальной глаукомой — проведена экзентерация левой орбиты; через 2,5 года произошло интракраниальное распространение опухоли — проведена таргетная терапия с использованием препарата Pazopanib. Через год пациентка умерла.

Клинический случай СФО среднего риска прогрессирования. Больная Г., 77 лет. Жалобы на левосторонний экзофтальм. Через 7 дней после орбитотомии ОЗ левого глаза — 1,0. Гистологическое исследование выявило умеренный клеточный полиморфизм — проведена локальная дистанционная лучевая терапия; через 5 лет произошел рецидив с поражением всей полости орбиты и вторичной терминальной глаукомой — проведена экзентерация левой орбиты; ремиссия — 2,5 года.

Клинический пример СФО низкого риска прогрессирования. Больной Р., 27 лет. Жалобы на правосторонний экзофтальм. Выполнена трансконъюнктивальная орбитотомия. Через 7 дней после операции ОЗ правого глаза — 1,0, полностью сохранена подвижность глаза во всех направлениях. Гистологическое исследование выявило отсутствие митозов, множество веретенообразных клеток; 7 лет без рецидива.

В заключение автор отметила, что СФО или гемангиоперicyтита — редкая мезенхимальная опухоль с неопределенным потенциалом злокачественности; основной метод лечения — хирургический; лучевой метод неэффективен; отношение к лучевой терапии в послеоперационном периоде неоднозначное. Особое внимание профессор Е.Е. Гришина обратила на необходимость пожизненного наблюдения за больными в связи с высоким риском рецидива.

С докладом на тему «Комбинированная техника эндоскопической дакриоцистириностомии» от группы авторов выступил К.Г. Наумов (Екатеринбург). Дакриоцистириностомия (ДЦР) — операция по фистулизации слезного мешка в носовую полость при обтурации вертикального отдела

слезоотводящей системы глаза. Для проведения вмешательства используются наружный, трансназальный (эндоназальная ДЦР и эндоскопическая ДЦР), трансканаликулярный (лазерная ДЦР) доступы.

Цель хирургического вмешательства — создание слезно-носового соустья для оттока слезной жидкости. Основные этапы эндоскопической ДЦР: удаление лоскута слизистой на латеральной стенке носа; формирование костного «окна» в проекции слезного мешка; иссечение медиальной стенки слезного мешка (СМ).

Основными недостатками традиционных методов являются образование костных осколков и формирование неровного костного края риностомы при использовании выкусывателей; недостаточный контроль над инструментом в носовой полости при использовании моторных систем (гироперический эффект) и чрезмерное повреждение мягких тканей и сосудов (эффект намотывания); задымление носовой полости и образование облака костной пыли; обугливание костных и мягких тканей (термическая травма); выраженный геморраж во время операции и в раннем послеоперационном периоде; длительное время вмешательства.

Современные методики, такие как холодноплазменная абляция мягких тканей и ультразвуковая селективная остеодеструкция, на этапах удаления лоскута слизистой и формирования костного «окна» значительно снижают вероятность возникновения подобных осложнений.

Однако наиболее проблемным остается этап эндоназального иссечения медиальной стенки слезного мешка, т.к. использование традиционных режущих и выкусывающих инструментов не обеспечивает достаточной сохранности противоположной латеральной стенки при ретроградном воздействии на медиальную стенку слезного мешка.

Цель работы заключалась в разработке щадящего способа формирования слезно-носового соустья на основе использования современных малотравматичных методов и различных доступов на этапах эндоскопической ДЦР.

Удаление слизистой латеральной стенки носа проводилось с использованием радиоволнового холодноплазменного аблятора; формирование костного «окна» — ультразвуковым остеодеструктором; иссечение медиальной стенки СМ — диодным лазером 810 нм трансканаликулярно антеградно световодом для витреальной хирургии с ангулярностью 30° с мощностью излучения 5-7 Вт.

С использованием данной методики было прооперировано 16 пациентов (средний возраст 67 лет) с диагнозом «односторонний хронический дакриоцистит (непроходимость СНК)». Средний срок наблюдения в послеоперационном периоде составил 6 месяцев. Дополнительное предоперационное обследование включало томографию орбит и пазух носа в трех проекциях, эндоскопическую риноскопию для определения состояния носовой полости и доступа для проведения эндохирurgicalического вмешательства.

Результаты хирургического вмешательства показали, что у всех пациентов было сформировано адекватное слезно-носовое соустье; эпизодов выраженного интра- и послеоперационного кровотечения не возникло; повреждения латеральной стенки СМ не было ни в одном случае; функциональный успех был отмечен в 15 из 16 случаев. В одном случае произошло образование послеоперационной гранулемы слизистой в области риностомы, препятствующей слезоотведению, — была удалена в ранние сроки наблюдения; полное восстановление функции слезоотведения в отдаленном периоде у всех пациентов.

Основными аспектами оптимального заживления операционной раны и снижения риска развития осложнений, таких как длительное кровотечение в послеоперационном периоде и заращение риностомы после эндоскопической ДЦР, являются малая

травматизация тканей на всех этапах хирургического вмешательства, менее выраженная воспалительная реакция операционной раны в раннем послеоперационном периоде.

Процесс холодноплазменной абляции позволяет избежать выраженного геморража, минимизирует термическую травму; низкотемпературная остеодеструкция под действием ультразвуковой кавитации позволяет использовать преимущество антеградной контролируемой лазерной дисцизии медиальной стенки СМ, ускорить восстановление структуры костной ткани в более короткие сроки благодаря бактерицидному действию ультразвука; антеградная трансканаликулярная лазерная дисцизия медиальной стенки СМ позволяет избежать повреждения латеральной стенки СМ на этапе иссечения медиальной стенки.

Таким образом была продемонстрирована высокая эффективность сочетания низкотемпературного процесса абляции, ультразвуковой остеодеструкции и лазерной трансканаликулярной антеградной дисцизии. Во всех случаях сформировано флекватное слезно-носовое соустье нужной локализации, сведена к минимуму хирургическая травма СМ, костных структур и окружающих мягких тканей; в ходе вмешательства удалось избежать выраженных кровотечений; сокращено время вмешательства.

Д.м.н. Г.А. Маркосян (Москва) от группы авторов представила доклад на тему «Система контроля прогрессирования миопии у детей и современные подходы к оптической коррекции». Автор коснулась теории изменения ретинального дефокуса, остановилась на оптических методах контроля возникновения и прогрессирования приобретенной близорукости, таких как постоянная слабомыопическая дефокусировка изображения в бинокулярном и монокулярном форматах; поддержка аккомодации для устранения центрального гиперметропического дефокуса — прогрессивные очки, мультифокальные, мультисегментные линзы; коррекция периферического дефокуса с целью регуляции роста глаза — перифокальные очки, очки Stellest, ортокератологические линзы, дефокусные контактные линзы; сочетание центральной и периферической дефокусировки — очки Perifocal.

Среди принципов функционального лечения миопии д.м.н. Г.А. Маркосян отметила трансклеральную лазерстимуляцию цилиарной мышцы на аппарате «МАКДЭЛ 09», воздействие на аппарат аккомодации, оптико-рефлекторные тренировки аккомодации.

Подводя итог выступлению, автор обратила внимание, что методами профилактики и лечения миопии являются физическая активность, оптические методы, функциональное лечение миопии, а также склероукрепляющее лечение, включающее малоинвазивную склеропластику, бандажирование склеропластику.

М.А. Кашенко (Москва) выступила с докладом «Микропериметрия как метод оценки эффективности плеоптического лечения у детей и подростков». Микропериметрия — субъективное количественное неинвазивное диагностическое исследование функционального и анатомического состояния органа зрения, основанное на комбинированном использовании компьютерной периметрии и фундус-сканирования. Преимуществами микропериметрии являются функция аутотрекинга, обеспечивающая контроль за фиксацией пациента в момент исследования; сокращение времени исследования до 5 мин. при проверке стандартным стимулом в 29 точках; возможность оценки стабильности и топографии зрительной фиксации.

Цель работы заключалась в оценке влияния плеоптического лечения на функциональное состояние амблиопичного глаза с использованием микропериметра МР-1.

Изучаемые показатели: светочувствительность сетчатки в зоне фиксации; стабильность зрительной фиксации; отклонение точки фиксации от центра макулярной зоны.

Фокус

Материалы для микрохирургии

HumanOPTICS

СОВРЕМЕННЫЕ ИОЛ

ОТ КОМПАНИИ HUMANOPTICS (ГЕРМАНИЯ)

DIFFRACTIVA

Мультифокальная ИОЛ предназначена для комфортного зрения на всех расстояниях

TORICA

Торическая ИОЛ обеспечивает высокое качество зрения для пациентов с астигматизмом

ASPIRA

Асферическая ИОЛ обеспечивает зрение вдаль без сферических aberrаций (искажений)

ИНТРАОКУЛЯРНЫЕ ЛИНЗЫ ОТ КОМПАНИИ HUMANOPTICS ПОМОГУТ ВАМ ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫСИТЬ КАЧЕСТВО ЗРЕНИЯ.

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

©2015 на правах рекламы



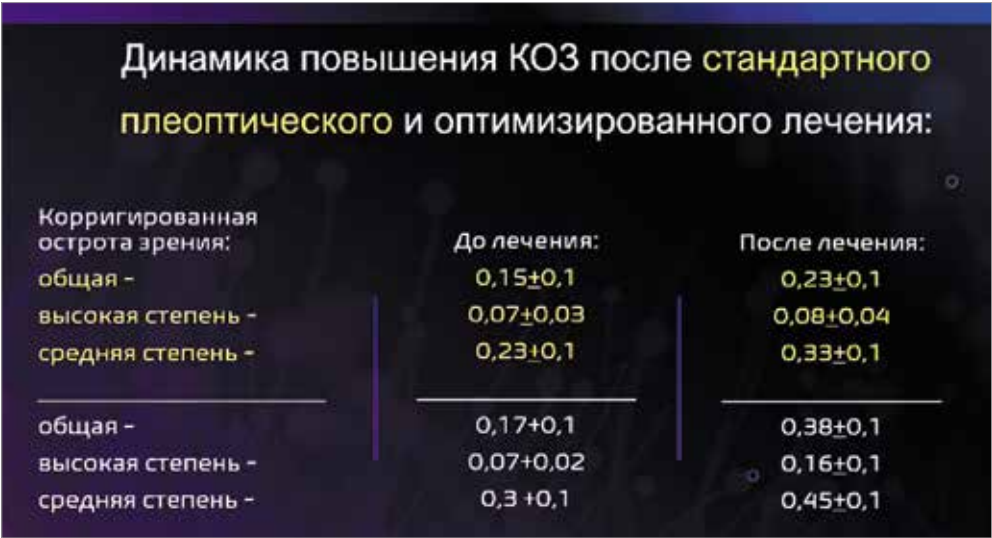
Из доклада М.А. Кащенко рис. 1



Из доклада М.А. Кащенко рис. 2



Из доклада М.А. Кащенко рис. 3



Из доклада М.А. Кащенко рис. 4

Критерии включения: возраст 6-14 лет; КОЗ ≤ 0,3; отсутствие сопутствующих заболеваний органа зрения воспалительного, дистрофического характера и врожденных аномалий органа зрения; отсутствие сопутствующих соматических заболеваний.

Критерии исключения: подтвержденная частичная атрофия зрительного нерва; наличие эпиактивности по данным электроретинограммы; склонность ребенка к агрессии.

В исследовании приняли участие 34 ребенка (34 амблиопичных глаза); амблиопия высокой степени — 15 глаз, средней степени — 19 глаз; возраст 8,7±0,4; рефракция +3,3±0,5.

Все пациенты прошли стандартное офтальмологическое обследование.

Стандартное плеоптическое лечение включало лазерстимуляцию, магнито-стимуляцию, компьютерные программы (Тир, Крестики, Оксис), частотно-контрастную стимуляцию (Иллюзион).

Оптимизированное плеоптическое лечение включало засветы сетчатки на монобиноскопе МБС-02 у пациентов с высокой устойчивостью центрального торможения (относительно стабильная и нестабильная зрительная фиксация, а также отклонение точки фиксации от центра макулярной зоны на 7° и более); засветы макулярной зоны сетчатки на МР-1 у пациентов со средней степенью устойчивости центрального торможения (относительно стабильная зрительная фиксация и отклонение точки фиксации от центра макулярной зоны до 6° включительно).

Светочувствительность повышалась как при стандартном, так и при оптимизированном лечении (рис. 1). Фиксация стабилизировалась, в группе с амблиопией высокой степени стабилизация наблюдалась после стандартного лечения, в группе с амблиопией средней степени — после оптимизированного (рис. 2). На рис. 3 представлены результаты, связанные с уменьшением ширины поля фиксации; динамика повышения КОЗ — на рис. 4.

Таким образом, микропериметрия позволяет объективно оценить функциональное состояние амблиопичного глаза; в симптомокомплекс амблиопии по данным периметрии следует включить снижение светочувствительности сетчатки в зоне фиксации, снижение стабильности зрительной фиксации и отклонение точки фиксации от центра макулярной зоны; данный

симптомокомплекс отражает объективное функциональное состояние амблиопичного глаза как до, так и после лечения. Следовательно, микропериметрию можно считать достоверным методом оценки эффективности плеоптического лечения, проводимого у детей и подростков.

М.С. Зайцев (Москва) от группы авторов представил доклад «Ультразвуковые исследования: дополнение или альтернатива лучевым методам». Трудности выявления патологических изменений слезной железы (СЖ) обусловлены ее анатомо-физиологическими особенностями и влиянием многих системных факторов на железистую ткань. В связи с разнообразием клинических форм поражений СЖ большую значимость в дифференциальной диагностике приобретают методы визуализации с оценкой ее анатомо-структурных характеристик.

Преимущества компьютерной томографии (КТ) заключаются в том, что метод позволяет не только четко визуализировать изменения СЖ, но и вовлечение в патологический процесс прилежащей костной стенки орбиты, а при применении контрастных препаратов — дополнительно оценить васкуляризацию в зоне патологического очага при воспалительных и неопластических процессах. Среди недостатков — необходимость учета лучевого воздействия на структуру глазного яблока.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет выявить вовлечение в патологический процесс твердой мозговой оболочки при опухолевых поражениях СЖ, что необходимо при планировании тактики хирургического лечения при новообразованиях СЖ. Недостатки: трудность визуализации СЖ при выраженных изменениях орбитальной клетчатки.

Применение современного цифрового оборудования (световое доплеровское картирование) для проведения высокотехнологичных ультразвуковых методов обеспечивает повышение информативности исследования и улучшение качества диагностики СЖ позволяет оценить как биометрические показатели СЖ, так и изменения ее структуры и кровотока.

Биометрические показатели СЖ. Пальпебральная часть: здоровые дети — 2,3х7,0 мм, здоровые взрослые — 3,3х8,3 мм; орбитальная часть: здоровые дети — 11,3±2,2 мм, здоровые взрослые — 15,2±1,6 мм.

Далее автор остановился на распространенных патологиях СЖ.

Синдром Сьегрена — системное заболевание неизвестной этиологии, характеризуется хроническим аутоиммунным и липопротеративным процессом в секретирующих эпителиальных железах с развитием паренхиматозного сиаладенита и сухого кератоконъюнктивита. Офтальмологические жалобы: сухость, резь, жжение, ощущение песка в глазах, светобоязнь, снижение остроты зрения. Объективно: изменение показателя пробы Норна < 10 сек, пробы Ширмера < 15 мм, высоты слезного мениска < 0,3 мм.

При УЗИ-визуализации при средней и тяжелой стадии наблюдается снижение эхогенности пальпебральной части СЖ, наличие мелкокалиберных кист; структура СЖ становится менее однородной, развиваются кистозные изменения паренхимы; кровотоки не изменяются. В орбитальной части кисты более ярко выражены, между кистами визуализируется слезная артерия и вена; скорость кровотока повышается.

При крайне тяжелой стадии кисты опустевают, происходит слипание стенок; размеры пальпебральной и орбитальной части уменьшаются; слезная артерия и вена не прослеживаются, структура СЖ уплотняется.

Хронический дакриoadенит. Клиника: постепенное начало, частичный птоз верхнего века, незначительный экзофтальм со смещением глаза. Общие симптомы отсутствуют или выражены незначительно. Объективно: в верхненаружном квадранте орбиты пальпируется плотное образование с гладкой поверхностью, слабо смещаемое, безболезненное. Кожа верхнего века не изменена. При УЗИ-сканировании — снижение эхогенности пальпебральной и орбитальной части; СЖ умеренно увеличена в размере; незначительное усиление кровотока преимущественно в орбитальной части СЖ.

Плеоморфная аденома слезной железы. Клиника: длительное течение, отек верхненаружного отдела орбиты, S-образный птоз. Общие симптомы как правило отсутствуют. Объективно: отек верхненаружного отдела орбиты, в толще пальпируется округлое гладкое образование, по мере роста опухоли добавляется экзофтальм, возможно смещение глаза книзу/кнутри. Эхографически — орбитальная часть СЖ увеличена, в ее проекции визуализируется округлое гипохогенное образование с изохогенной плотной капсулой; в режиме ЦДК образование аваскулярно или с единичными мелкими сосулами.

Плеоморфная аденокарцинома СЖ. Клиника: быстрое начало, птоз верхнего века, гиперемия и отек кожи века, диплопия, нарушение зрения в сторону миопического астигматизма. Общие симптомы: гипертермия, слабость. Объективно: боль в области орбиты, выраженный отек и гиперемия верхнего века, экзофтальм со смещением глаза книзу/кнутри, ограничение его подвижности, выраженная болезненность в области образования, конъюнктивита века и глаза реактивно раздражена. Эхографически — СЖ резко увеличена как пальпебральной, так и в орбитальной частях; в проекции СЖ — гипохогенная ткань с четкими границами; образование распространяется вдоль верхней стенки до ее глубоких отделов; в режиме ЦДК — активная васкуляризация.

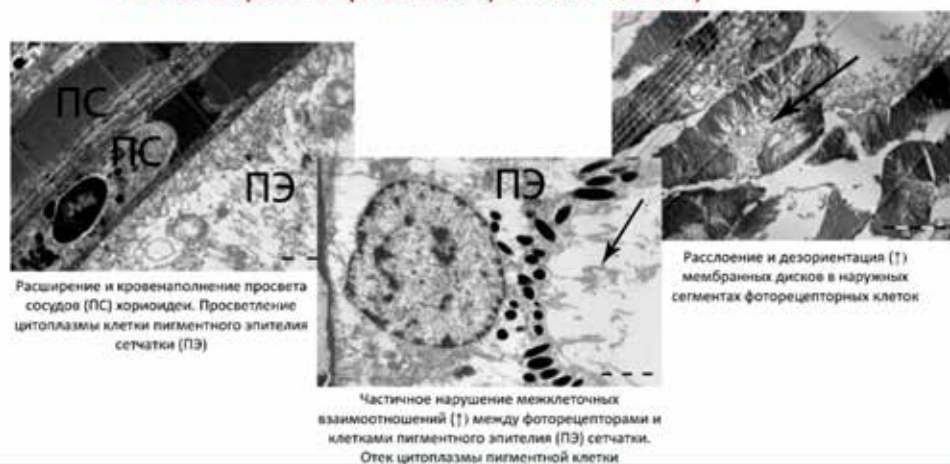
Подводя итог, М.С. Зайцев напомнил, что наиболее информативными методами исследования СЖ остаются КТ и МРТ, однако современные методы эхографии предоставляют важную информацию об анатомо-топографических и структурных характеристиках, биометрических показателях СЖ при различных патологических изменениях. С помощью ЦДК удается определить не только особенности кровоснабжения СЖ и состояние кровотока в ретробульбарных сосудах, но и наличие или отсутствие васкуляризации новообразований железы. Комплексное УЗИ, включающее В-режим и ЦДК, становится необходимым диагностическим методом, позволяющим оптимизировать тактику лечения пациентов, а при планировании хирургического вмешательства — определить размеры и структуру патологического очага.

О.О. Шушук (Москва) выступила с докладом «Подбор СКЛ методом "monovision"». Технология показана пресбиопам, пациентам, которым показана коррекция склеральными линзами, не поддающимся эффективной очковой и контактной коррекции, а также пациентам, которым не показана хирургия, у которых была хирургия, но хочется достичь лучших результатов.

Данной группе пациентов может быть предложена коррекция с помощью СКЛ для дали + очки для близи. Минусы такого вида коррекции: сложности при одевании СКЛ, дополнительные затраты на очки, зависимость от очков на близких расстояниях, отдельно подобранные очки не работают, только в паре со СКЛ. Плюсы: высокая острота зрения вдаль, бинокулярность, возможность стереоскопического зрения.

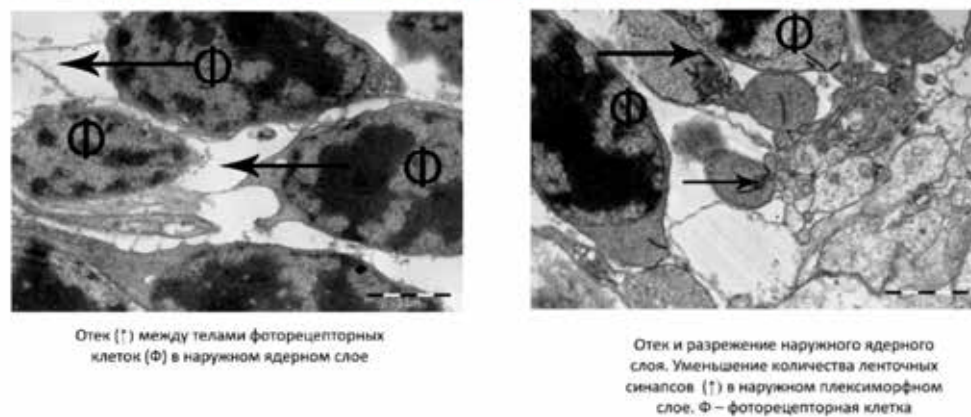
Результаты

Сетчатка кролика при экспозиции 100% - 60 минут



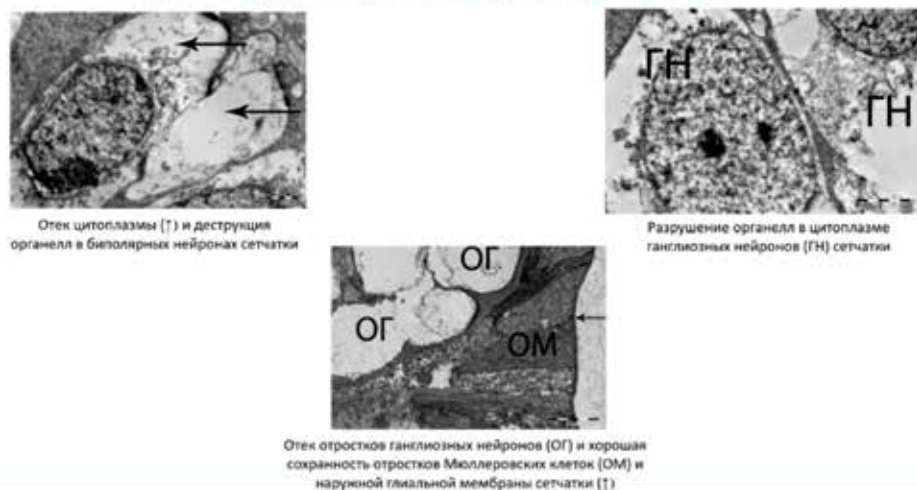
Из доклада Р.Р. Ямгутдинова рис. 1

Сетчатка кролика при экспозиции 100% - 60 минут



Из доклада Р.Р. Ямгутдинова рис. 2

Сетчатка кролика при экспозиции 100% - 60 минут



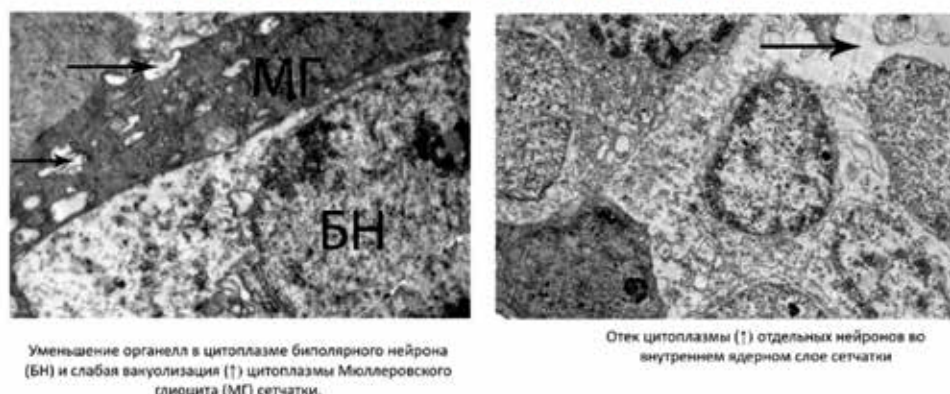
Из доклада Р.Р. Ямгутдинова рис. 3

Сетчатка кролика при экспозиции 100% - 30 минут



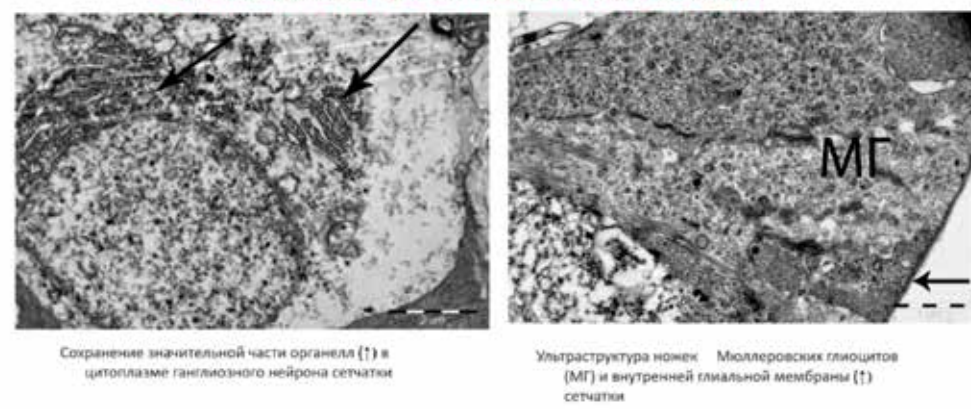
Из доклада Р.Р. Ямгутдинова рис. 4

Сетчатка кролика при экспозиции 100% - 30 минут



Из доклада Р.Р. Ямгутдинова рис. 5

Сетчатка кролика при экспозиции 100% - 30 минут



Из доклада Р.Р. Ямгутдинова рис. 6

Коррекция с помощью СКЛ методом "monovision" позволяет получить «одновременное» зрение вдаль, вблизи и на среднем расстоянии, что является существенным преимуществом перед комбинированной коррекцией СКЛ + очки для чтения.

Алгоритм подбора СКЛ с применением технологии "monovision": пациенту подбираются пробные СКЛ с соблюдением необходимых параметров по посадке; с помощью фороптера подбирается коррекция, дающая максимальную остроту зрения вдаль каждым глазом; после этого выполняется проверка на бинокулярность и определение ведущего глаза (тест Майлза, тест Уорта (Worthtest)); далее — доминантный глаз закрывается, его параметры для достижения МКОЗ меняются, при этом при использовании тестов для близости и фороптера подбирается оптимальная коррекция для близости на второй (не ведущий) глаз; далее проверяется острота зрения вдаль, вблизи и на среднем расстоянии двумя глазами для достижения максимального комфорта и переносимости индуцированной анизометропии, при необходимости величина разницы корректируется.

Минусы такого вида коррекции: невозможность подбора при отсутствии бинокулярного зрения; индивидуальная непереносимость индуцированной анизометропии;

профессиональные требования к бинокулярному, стереоскопическому зрению.

Плюсы: улучшение качества жизни; высокий клиничко-функциональный результат; полная независимость от очков; легкость надевания СКЛ (сначала ведома глаз, потом ведущий).

Таким образом, восстановление функциональной активности зрительного анализатора на различных расстояниях без дополнительной очковой коррекции способно улучшить качество жизни пациента и представляет собой одно из перспективных направлений в коррекции зрения склеральными линзами.

От группы авторов с докладом на тему «Ультразвуковые изменения сетчатки при эндовитреальной иллюминации различной длительности и интенсивности» выступил Р.Р. Ямгутдинов (Уфа). Непременным условием успешной витреоретинальной операции является хорошая визуализация внутриглазных структур. Для решения задачи используется эндоиллюминация, применяемая в условиях малого доступа.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью поиска компромисса между чрезвычайно высоким уровнем светового потока и безопасностью фоторецепторов и пигментного эпителия.

Цель исследования заключалась в выявлении ультраструктурных изменений сетчатки кроликов, после эндовитреальной иллюминации различной длительности и интенсивности.

Материалы и методы: энуклеированные глаза кроликов породы Шиншилла; источник освещения — ксенон интенсивностью 100% (16 кд/м²), 50% (8 кд/м²); длительность воздействия — 30 и 60 минут; электронно-микроскопические методы.

Результаты. На рис. 1, 2, 3 — сетчатка кролика при экспозиции 100% (60 мин); на рис. 4, 5, 6 — сетчатка кролика при экспозиции 100% (30 мин). При экспозиции 50% в течение 60 минут степень сохранности внутренних структур сетчатки была высокой, выявленные структурные изменения были обратимыми; структура клеток пигментного эпителия, их взаимодействие с фоторецепторными нейронами в основном сохранялась; выявлялись признаки слабовыраженной отечности слоя палочек и колбочек; ультраструктура наружного ядерного слоя, где находятся фоторецепторные нейроны, и ультраструктура нейронов внутреннего ядерного слоя, где находятся биполярные ассоциативные нейроны с амакриновыми горизонтальными нейронами, выглядела интактной, также как и наружный плексиморфный слой с хорошо

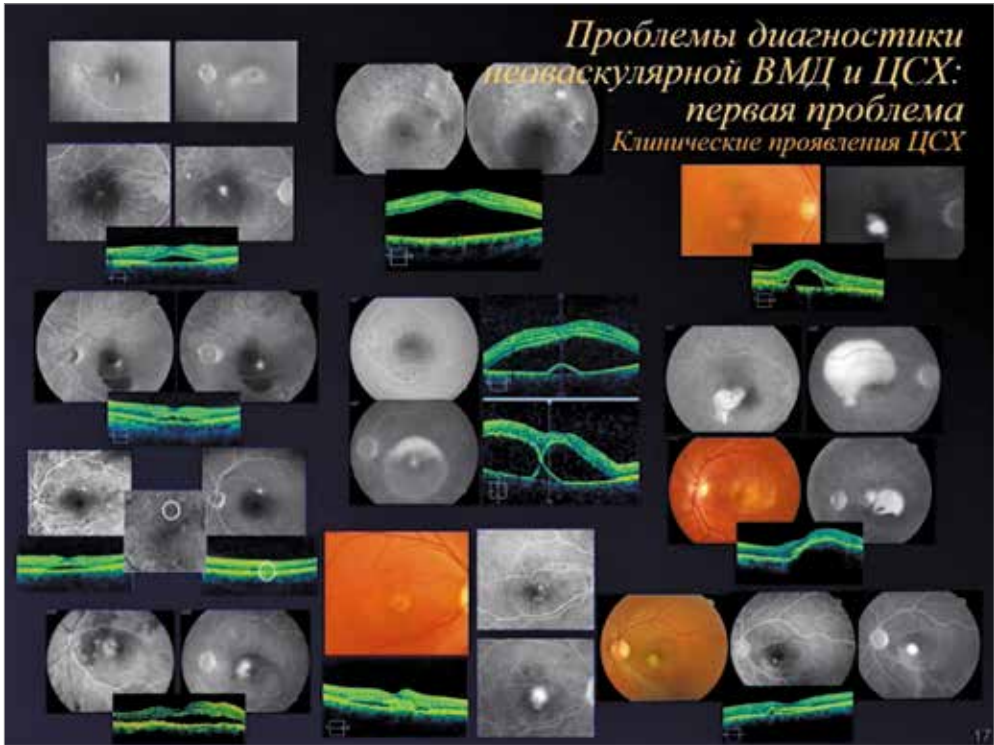
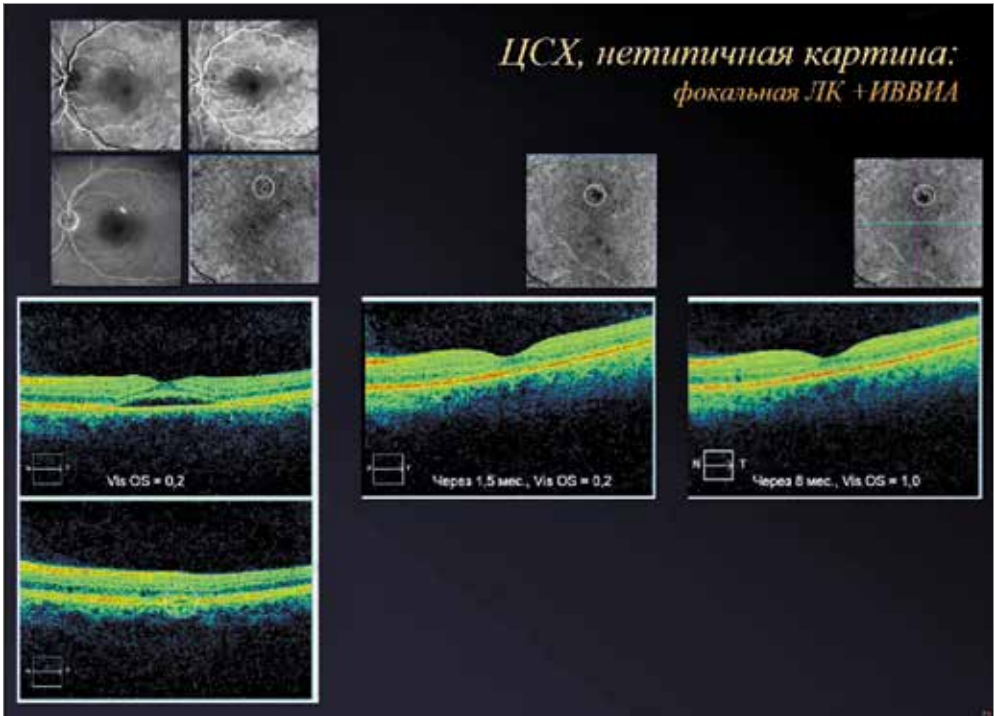
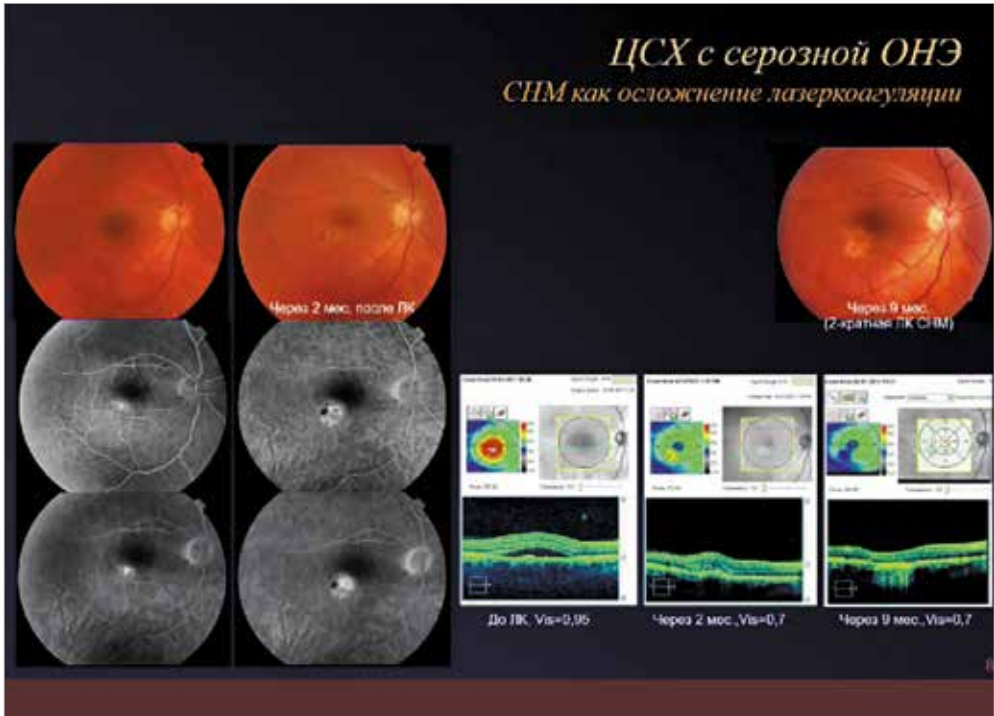
определяющимися ленточными синапсами; хорошо сохранялась ультраструктура более глубоких слоев сетчатки; клетки пигментного эпителия имели нормальное строение, их тонкие отростки плотно обхватывали наружный сегмент фоторецепторов; слой палочек и колбочек хорошо просматривался, тела фоторецепторов в наружном ядерном слое лежали плотно относительно друг друга; ленточные синапсы были хорошо видны.

Наибольшая сохранность ультраструктуры сетчатки кролика выявлена при экспозиции 50% (30 мин): клетки пигментного эпителия имели нормальное строение, их тонкие отростки плотно обхватывали наружные сегменты фоторецепторов; слой палочек и колбочек хорошо просматривался, тела фоторецепторов лежали плотно относительно друг друга; ленточные синапсы в наружном плексиморфном слое сетчатки хорошо визуализировались; ультраструктура нейронов внутреннего ядерного слоя сетчатки, ганглиозных нейронов сетчатки, ножек Мюллеровских глиоцитов и внутренней глияльной мембраны изменений не имела.

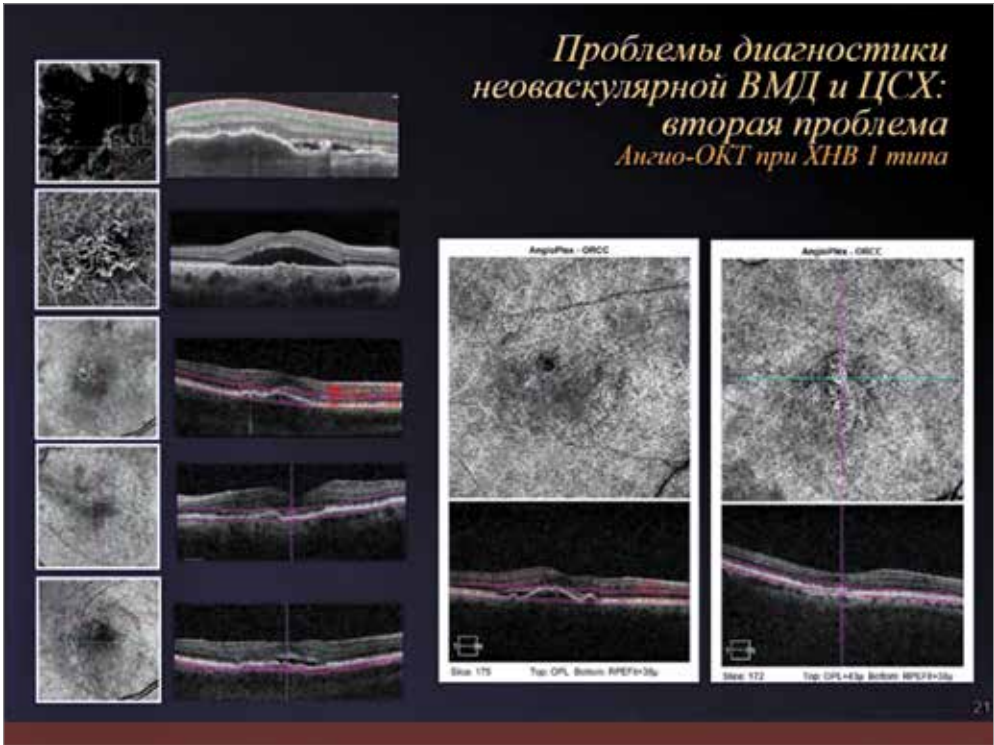
Таким образом, полученные результаты показали, что выраженность ультраструктурных изменений сетчатки на фоне эндовитреальной иллюминации возрастает с увеличением длительности воздействия и



Профессор А.С. Измайлов (Санкт-Петербург), д.м.н. А.Ж. Фурсова (Новосибирск), к.м.н. Ф.Е. Шадричев (Санкт-Петербург)



Из доклада профессора А.С. Измайлова рис. 3



Из доклада профессора А.С. Измайлова рис. 4

экспозиции. Для более глубокого понимания механизмов фотодеструктивных процессов, вызываемых эндовитреальными источниками освещения, а также разработки на их основе новых методов профилактики, необходимо соотнести результаты данного исследования с результатами других методов.

С докладом «Анализ динамики изменения состояния мейбомиевых желез при ношении ортолинз» выступила Е.Ю. Крамаренко (Москва). Дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ) представляет собой хроническую диффузную патологию мейбомиевых желез, обычно характеризующуюся обструкцией их выводных протоков, а также качественным или количественным изменением секреции. ДМЖ может приводить

к изменению состава слезной пленки, заболеваниям глазной поверхности, дискомфорту в глазах и веках и сухости глаз, вызываемой испарением. ДМЖ является одной из основных причин синдрома сухого глаза (ССГ) с повышенной испаряемостью, а также играет важную роль при его смешанных формах. Распространенность ДМЖ в зависимости от исследуемой популяции, возраста пациентов и диагностических критериев колеблется в широких пределах — от 3,5 до 70%. Выраженность симптомов ДМЖ и наблюдаемые клинические признаки не всегда соответствуют друг другу. Число пациентов с бессимптомной формой ДМЖ превышает их число с симптомами: бессимптомных пациентов примерно в 3 раза больше.

Среди широкого перечня этиологических факторов ССГ применительно к детскому возрасту имеет значение дисфункция мейбомиевых желез, мейбомиевый блефарит.

По данным литературы, за 12 месяцев наблюдения ношение ОК-линз существенно не влияет на стабильность слезной пленки и состояние мейбомиевых желез. Согласно исследованиям, проведенным китайскими офтальмологами, ношение ОКЛ приводит к симптомам сухости глаз и нарушает слезную пленку только в течение первой недели ношения.

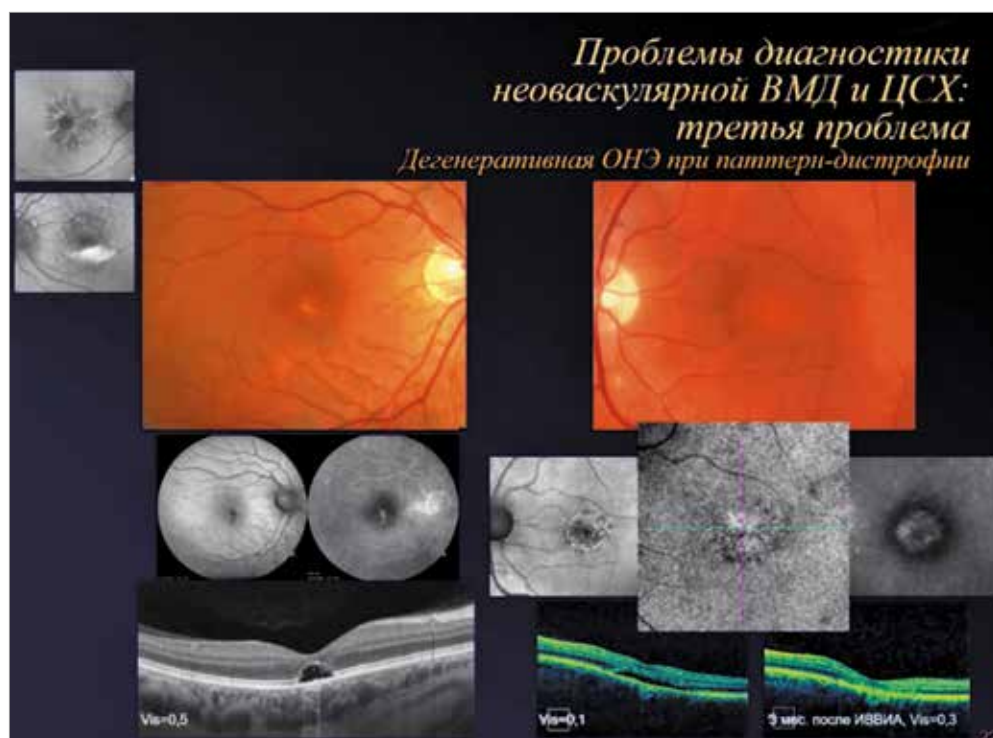
Симптомы ДМЖ неспецифичны, часто не коррелируют со степенью заболевания; жалобы чаще всего отсутствуют, однако можно встретить жалобы на зуд, жжение, покраснение глаз, периодическое ухудшение зрения, слезотечение.

Для диагностики ДМЖ применяют следующие исследования: биомикроскопия, оценка стабильности слезной пленки — проба Норна, мейбография.

На рис. 1 представлена таблица оценки степени ДМЖ.

Далее автор представила результаты собственных клинических исследований по оценке состояния мейбомиевых желез при ношении ОКЛ. Был проведен анализ мейбографии у 32 пациентов 9-24 лет, разделенных на 3 группы.

1. Не пользовались контактной коррекцией;
2. Пользовались ОКЛ от 1 мес. до 1 года;
3. Пользовались ОКЛ более 1 года. При этом никто из пациентов не предъявлял жалобы на сухость глаз.



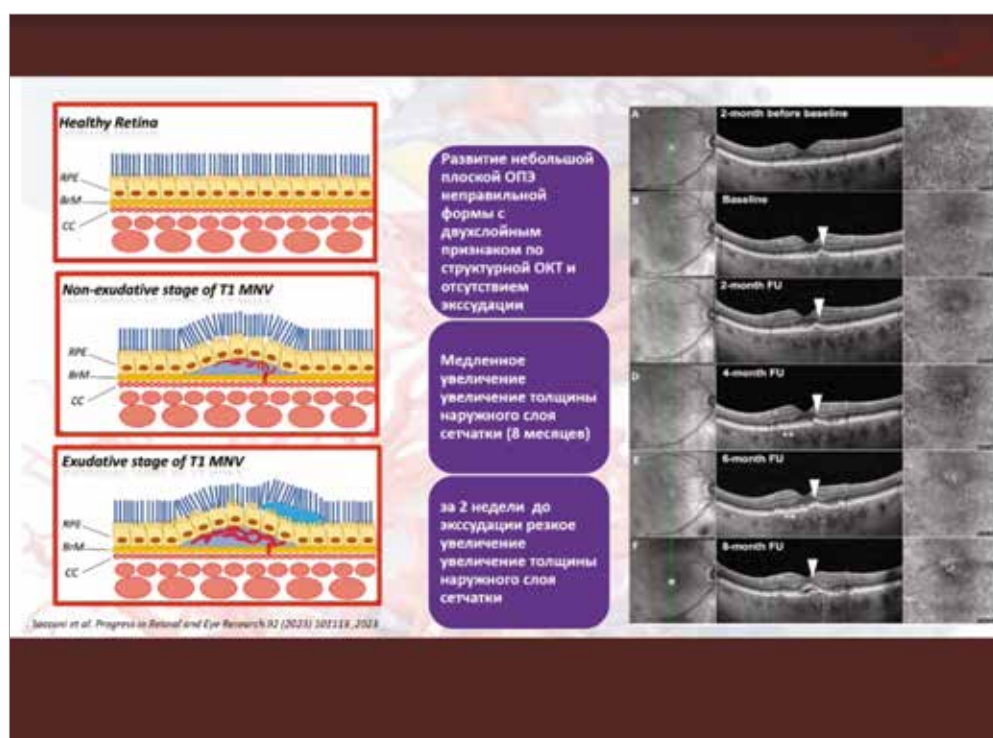
Из доклада профессора А.С. Измайлова рис. 5



Профессор Е.А. Дроздова (Челябинск)



К.М.Н. М.М. Архипова (Москва)



Из доклада д.м.н. А.Ж. Фурсовой рис. 1



Из доклада профессора Е.А. Дроздовой рис. 1

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, кератотопография роговицы, оптическая биометрия, подсчитано время разрыва слезной пленки (ВРСП), мейбография.

Исследование показало следующие результаты. Среди пациентов, не использовавших контактные методы, у 74% наблюдалась ДМЖ 2 степени, при этом ВРСП у 76% превышало 10 сек; у пациентов, которые пользовались ОК-коррекцией в течение 1 года, большинство наблюдалось с ДМЖ 1 и 2 степеней (31% и 53% соответственно), 3 степени — 16%, ВРСП у 60% превышало 10 сек, у 40% варьировало между 6 и 9 сек; среди пользователей ОКЛ более 1 года ДМЖ 1 и 2 степеней встречалась в 27% и 55% соответственно; ВРСП у 77% пациентов превышало 10 сек.

В заключение автор обратила внимание на то, что дети подвержены проявлениям ДМЖ с отсутствием соответствующих жалоб; ОК-коррекция может приводить к некоторым проявлениям ССГ, но лишь в начальный период ношения линз; ночное использование ортолинз не оказывает отрицательного воздействия на функцию мейбомиевых желез. В результате исследования было выяснено, что все пациенты требуют тщательного изучения состояния мейбомиевых желез, даже при отсутствии жалоб на сухость глаз; включение визуализации МЖ в качестве скрининга с раннего возраста позволяет наблюдать за железами, выявлять изменения на ранней стадии, например, укорачивание желез и уменьшение площади МЖ, и назначать профилактическую терапию. ДМЖ не всегда коррелирует с проявлениями ССГ, что требует дальнейшего изучения; все пользователи ортолинз должны регулярно проходить осмотр у врача-офтальмолога для оценки состояния глазной поверхности.

Секция «Проблемы и пути решения в ретинологии»

«Серьезная отслойка нейроретината в макуле при неоваскулярной ВМД и ЦСХ: показания к проведению ФДТ, проблемы диагностики и лечения» — тема доклада профессора А.С. Измайлова (Санкт-Петербург). Влажная форма возрастной макулодистрофии является основной причиной утраты трудоспособности, при этом в течение 5 лет у 60% пациентов начинает страдать парный глаз.

Лазерная коагуляция применяется в лечении на протяжении многих лет, в основном при юкстаэкстрафовеолярной локализации, при этом неизбежно страдает поле зрения. Основным методом лечения являются ингибиторы ангиогенеза.

Исследования показали, что применение комбинированной терапии ФДТ+ИВВИА при полипидной неоваскулопатии у 20% пациентов через 2 года приводит к рецидивам отека сетчатки, связанным с сохранением неоваскулярной сети, на которую ФДТ имеет слабое влияние.

Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ) занимает четвертое место по распространению (после ВМД, ДР и венозных окклюзий), может приводить к значительному угнетению зрительных функций, нередко осложняется ростом хориоидальной неоваскуляризации.

Показания к лечению ЦСХ с серозной отслойкой нейроретината (ОНЭ): отек сетчатки без изменений ПЭ — наблюдение; сохранение отека сетчатки более 2-3 месяцев; наличие вторичных изменений ПЭ; снижение зрения на парном глазу; требование профессии (водители, пилоты); твердые экссудаты, кровоизлияния. При этом заболевании ингибиторы ангиогенеза не работают.

В нетипичных случаях ЦСХ (рис. 1) можно подозревать наличие хориоидальной неоваскуляризации, в этом случае лечение с применением лазера может стимулировать рост новообразованных сосудов.

При наличии экстрафовеолярного источника трансудации «неклассического вида» (рис. 2) возможно лечение пациента с применением лазера и ИВВИА.

При лечении ЦСХ с серозной ОНЭ может применяться микроимпульсная циклофотокоагуляция (мЦФК), однако по мнению автора, в центральной зоне, в фовеоле, субпаровое лечение проводить не следует, чтобы исключить возможные ошибки (рис. 3).

Автор привел клинические примеры применения ФДТ при ЦСХ с серозной ОНЭ, с серозной ОНЭ и отеком сетчатки.

Остановившись на проблемах диагностики ЦСХ, профессор А.С. Измайлов отметил многообразие проявлений (рис. 4), высокую вероятность на фоне хронической ЦСХ возникновения неоваскулярной ВМД; вторая проблема — ангио-ОКТ при ХНВ 1 типа (рис. 4): при плоских отслойках не всегда визуализируются новообразованные сосуды, дающие трансудацию; третья проблема — дегенеративная ОНЭ при паттерн-дистрофии (рис. 5), лечение которой с помощью ФДТ не дает положительного результата, однако при хориоидальной неоваскуляризации (на рис. справа) с успехом применяется ИВВИА.

В заключение автор привел недостатки метода ФДТ, среди которых временная окклюзия хориокапилляров, стимулирование ХНВ 1 типа, риск необратимой потери капилляров сетчатки.

Д.м.н. А.Ж. Фурсова (Новосибирск) выступила с докладом «Диагностика и лечение неэкссудативной макулярной неоваскуляризации». Хориоидальная и/или макулярная неоваскуляризация (МНВ) — процесс

образования новых аномальных кровеносных сосудов из сосудистой оболочки и/или сетчатки. Неоваскуляризация сопровождается ликвиджем, критерием активности является наличие субретиальной, интратретиальной жидкости.

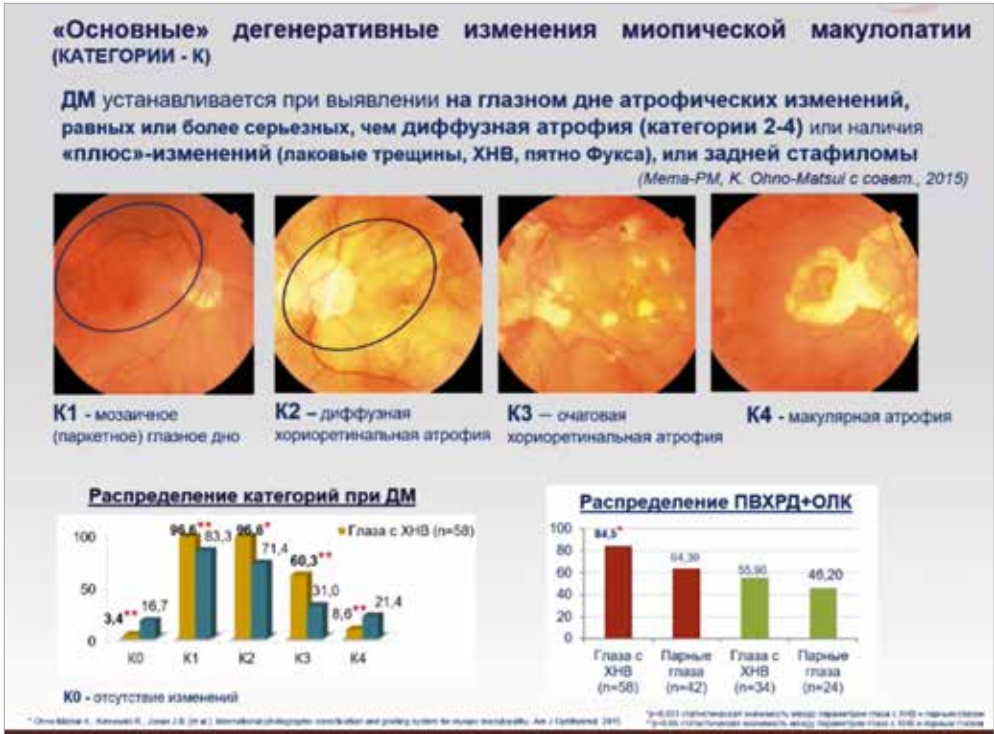
Золотым стандартом диагностики МНВ является флуоресцентная ангиография (ФАГ). При наличии МНВ одного глаза существует высокий риск (более 12% в течение года) развития неоваскулярной ВМД парного глаза, что указывает на необходимость мониторинга и масштабного раннего скрининга. Наличие подъема РПЭ на ОКТ парного глаза — сигнал для раннего начала терапии.

На рис. 1 можно наблюдать изменения толщины наружного слоя сетчатки, предшествующие началу экссудации.

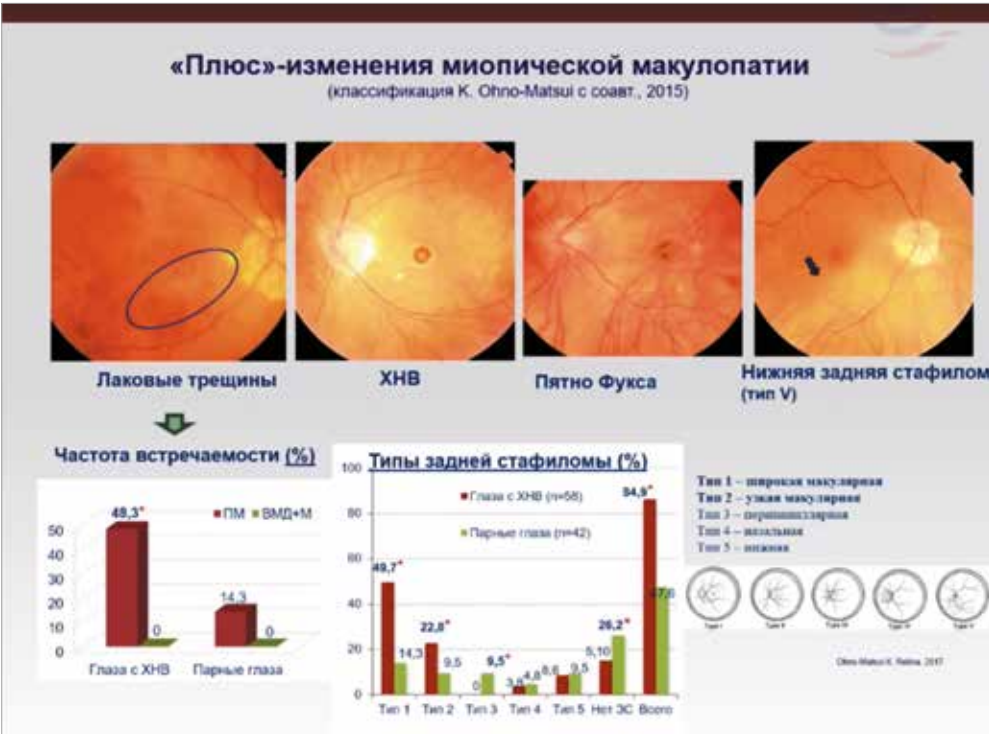
Основными характеристиками неэкссудативной МНВ являются отсутствие экссудации, признак двойного слоя (наличие неоваскулярного комплекса между пигментным эпителием и мембраной Бруха).

По данным различных авторов, факторами перехода в экссудативную форму являются: увеличение плотности сосудов по ОКТ-ангио; увеличение размеров сосудистой сети (увеличение в 2 раза приводило к 6-кратному повышению вероятности экссудации); ветвящийся паттерн МНВ увеличивало риски в 7,5 раз; утолщение внешнего слоя сетчатки по ОКТ (от внешней пограничной мембраны до мембраны Бруха) особенно в последние 2 месяца; появление гипointенсивного гало МНВ увеличивало риски в 10 раз.

Автор обратила внимание на то, что анти-VEGF терапия неэффективна в лечении неэкссудативных форм МНВ. Для пациентов с неэкссудативной формой рекомендуется регулярный контроль, начинать лечение необходимо при появлении первых признаков экссудации.



Из доклада профессора Е.А. Дроздовой рис. 2



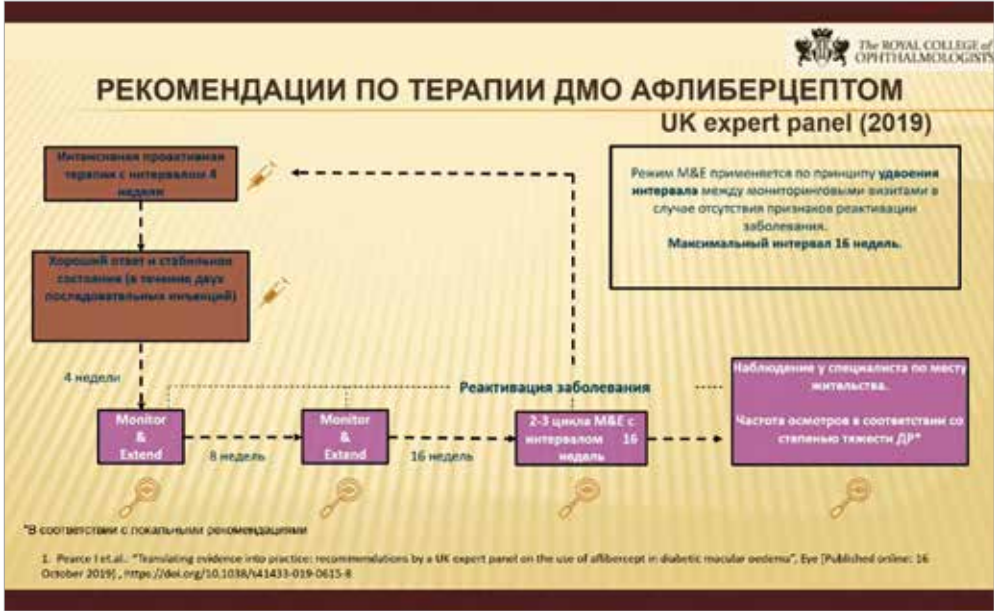
Из доклада профессора Е.А. Дроздовой рис. 3



Из доклада профессора Е.А. Дроздовой рис. 4



Из доклада профессора Е.А. Дроздовой рис. 5



Из доклада к.м.н. Ф.Е. Шадричева рис. 1



Из доклада к.м.н. Ф.Е. Шадричева рис. 2

«Хориоидальная неоваскуляризация при дегенеративной миопии: факторы риска развития, показания и эффективность антивазопролиферативной терапии» — тема доклада профессора Е.А. Дроздовой (Челябинск). Дегенеративная миопия (ДМ) является причиной необратимой потери центрального зрения, инвалидности, снижения качества жизни. У 44-60% пациентов с миопической ХНВ при отсутствии лечения через 2 года острота зрения составляет не более 0,1.

Развитие ХНВ при дегенеративной миопии — многофакторный процесс, в котором значительную роль играют генетические факторы, увеличение переднезадней оси (ПЗО), дегенерация

заднего полюса, а также гемодинамические факторы (рис. 1).

Цель исследования — определить отличительные клинические и диагностические факторы риска развития ХНВ при дегенеративной миопии, позволяющие прогнозировать ее течение и эффективность анти-VEGF терапии в сравнении с нВМД на фоне осевой миопии.

В исследовании приняли участие 50 пациентов (58 глаз), группой контроля служили 42 парных глаза с отсутствием ХНВ, а также 34 глаза с нВМД на фоне осевой миопии. Проводились стандартной офтальмологическое обследование, инструментальное обследование — ОКТ, ОКТ-А.

Препарат выбора — Ранибизумаб; режим при ДМ: 1 + PRN, при нВМД: 3 + PRN.

ПЗО при ДМ составлял в среднем 28,7 мм, при нВМД — 25,4 мм. Средний срок наблюдения — 2-3 года.

На рис. 2 представлены атрофические изменения при ДМ; на рис. 3 — «плюс»-изменения миопической макулопатии, являющиеся предрасполагающими факторами развития мХНВ.

Локализация неоваскулярной мембраны при миопии в 58% случаев является субфовеолярной, в 34% — юкстафовеолярной, в 7% — экстрафовеолярной.

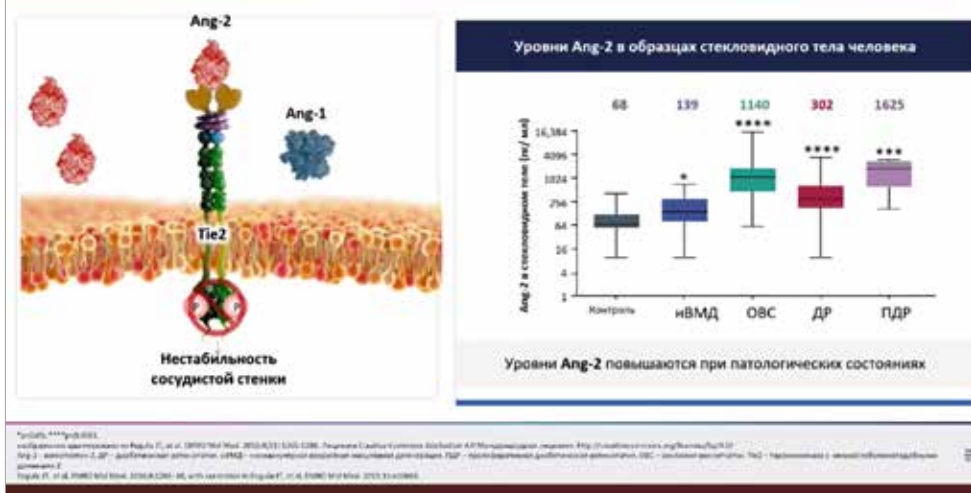
Для стабилизации ХНВ в 58,6% случаев достаточно было 1 инъекции Ранибизумаба,

в 25,8% потребовалось 2 инъекции. Период ремиссии после одной инъекции составил 12,6 мес., после двух — более 17 мес.

Динамика остроты зрения — на рис. 4. Незначительная прибавки зрения объясняется макулярными дегенеративными изменениями при миопии. Оценка анатомического состояния показала уменьшение высоты и протяженности ХНВ и толщины сетчатки.

В процессе исследования было выявлено, что при мХНВ встречаются паттерны, аналогичные нВМД (рис. 5). Сравнение площади и плотности переплетения сосудов показало, что для дегенеративной миопии характерен плотный паттерн в сравнении с нВМД, лучше поддающийся терапии.

Доказано повышение уровня Ang-2 при заболеваниях сетчатки, что подтверждает роль пути Ang/Tie2 в возникновении сосудистой нестабильности



Из доклада к.м.н. М.М. Архиповой рис. 1

Фарицимаб - первое биспецифическое антитело, нацеленное на Ang-2 и VEGF-A

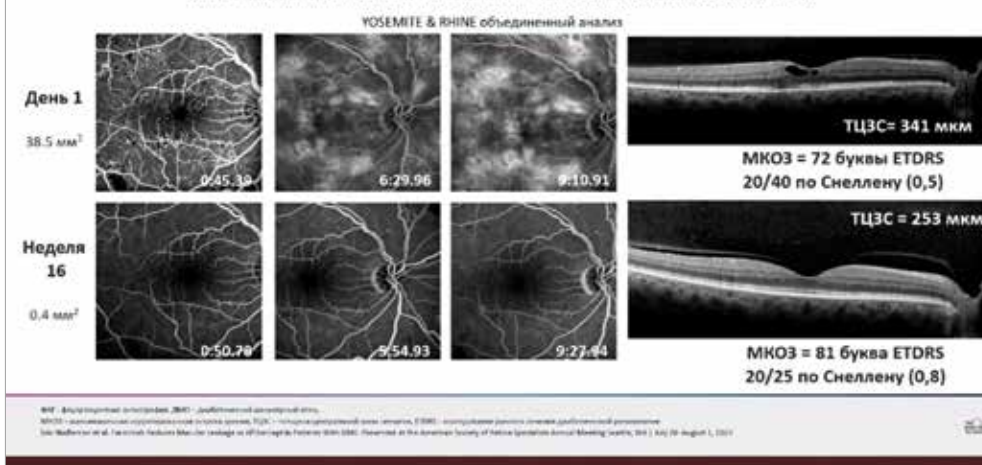
1 молекула с двумя патогенетическими мишенями для стабильности сосудов и длительного эффекта



Из доклада к.м.н. М.М. Архиповой рис. 2

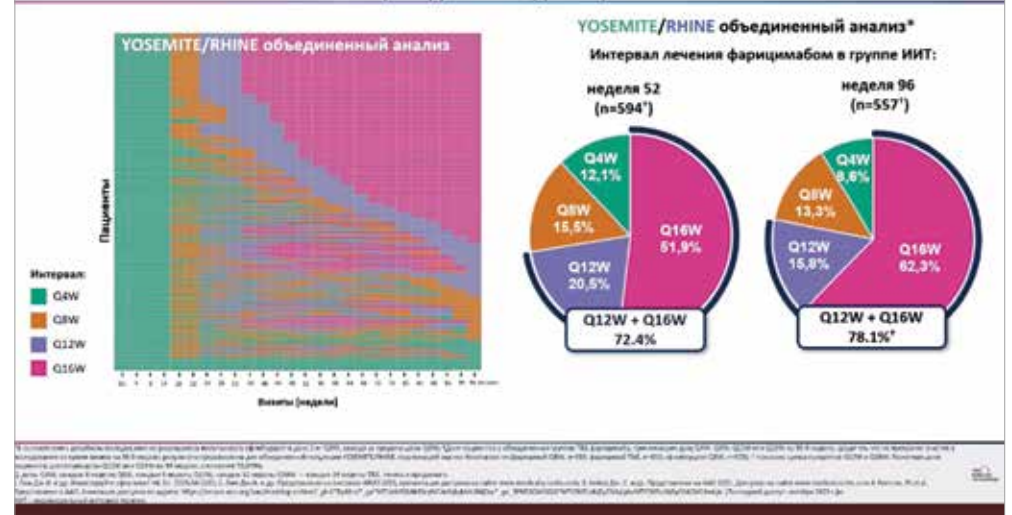
Фарицимаб уменьшает макулярный ликкедж по сравнению с афлиберцептом у пациентов с ДМО на 53%

Клинический случай: ФАГ глазного дна пациента с ДМО, разрешения макулярного ликкеджа через 16 недель терапии фарицимабом



Из доклада к.м.н. М.М. Архиповой рис. 3

Длительность терапевтического интервала для поддержания контроля заболевания (2 года наблюдения)¹⁻⁴



Из доклада к.м.н. М.М. Архиповой рис. 4

Исследования также показали, что риск развития мХНВ в 11 раз выше при диффузной хориоретинальной атрофии, в 6 раз — при задней стафиломе, в 5,6 раза — при мозаичном глазном дне и лаковых трещинах, в 3,4 — при очаговой хориоретинальной атрофии.

В заключение автор отметила, при обследовании пациентов рекомендуется применять ОКТ и ОКТ-А как неинвазивные методы, позволяющие визуализировать ХНВ, оценивать ее активность, на основании количественных и морфологических параметров прогнозировать длительность и интенсивность антиангиогенной терапии.

«Право на зрение — кастомизированные склеральные линзы для пациентов с заболеваниями сетчатки» — тема доклада, с которым от группы авторов выступила О.А. Евдокимова (Воронеж).

К.м.н. Ф.Е. Шадричев (Санкт-Петербург) сделал доклад на тему «Диабетический макулярный отек. Когда прекратить лечение?» На протяжении значительного периода времени лазеркоагуляция служила методом, позволяющим стабилизировать процесс, однако улучшение наблюдалось крайне редко.

В настоящее время препаратами первой линии в лечении диабетического макулярного отека (ДМО) являются ингибиторы ангиогенеза, при использовании которых основной функциональный результат (90% успеха) проявляется на этапе загрузки. Клиническая практика показывает, что «лечить и увеличивать» является режимом, который позволяет сохранить достигнутый на этапе загрузки результат.

Согласно рекомендациям Королевского общества офтальмологов, при терапии ДМО афлиберцептом по завершении фазы интенсивной регулярной терапии у пациентов с хорошим ответом на лечение и стабильным состоянием разумно перейти к режиму «Наблюдай и увеличивай интервал» (Monitor & Extend). Загрузка — 5-6 инъекций, при этом на 12-й неделе проводится первая оценка результата лечения. При достижении ожидаемых результатов возможен переход к режиму «Наблюдай и увеличивай интервал», при отсутствии эффекта следует проанализировать ситуацию «То ли мы лечим?». При

улучшении течения заболевания необходимо продолжить терапию в прежнем режиме до 24-й недели. В случае хорошего ответа и стабильного состояния следует переход к режиму «Наблюдай и увеличивай интервал». При хорошем ответе, но отсутствии стабильности продолжается проактивная терапия, возможно также добавление дополнительной терапии (лазер, другая группа препаратов). При отсутствии положительного ответа на лечение необходимо прекратить терапию и перейти к другому виду лечения (не анти-VEGF).

На рис. 1, 2 представлены схемы рекомендаций по терапии ДМО с применением афлиберцепта.

Е.В. Бобыкин (Екатеринбург) от группы авторов выступил с докладом на тему «Факторы, влияющие на результаты лечения неоваскулярной возрастной макулярной дегенерации в реальной практике». Золотым стандартом лечения неоваскулярной возрастной макулярной дегенерации (нВМД) является анти-VEGF терапия, при этом нерегулярность проводимых инъекций (позднее начало терапии, лечение «по потребности», начало лечения при значительном снижении зрения, несоблюдение режимов дозирования) — основная причина недостаточной эффективности в реальной клинической практике (РКП).

Остановившись на вопросе загрузочных инъекций, автор отметил, что ситуации, когда одной инъекции анти-VEGF препарата может быть достаточно, случаются в 10% случаев: юкстафовеоларная локализация ХНВ; классический тип ХНВ; ТЦЗС < 300 мкм; азиатская раса. В 90% случаев требуются регулярные инъекции.

Важную роль на первоначальном повышении остроты зрения играют загрузочные инъекции, обеспечивающие более выраженное повышение МКОЗ; регулярность проведения ИВИ, т.к. нерегулярное проведение даже большого количества ИВМ (> 7 в год) не позволило достичь высоких функциональных результатов.

Большое значение для прогнозирования результатов лечения имеют исходные характеристики заболевания: исходная острота зрения, исходная толщина

центральной зоны сетчатки (ТЦЗС), размер ХНВ, локализация ХНВ.

Пациенты с исходной высокой ОЗ имели меньшую прибавку, пациенты с низкой — большую прибавку. Исследования показали, что относительно небольшая прибавка МКОЗ может быть обусловлена «эффектом потолка».

Автор обратил внимание на то, что толщина центральной зоны сетчатки слабо подходит в качестве предиктора функциональных показателей, т.к. по результатам исследований связь между ТЦЗС и ОЗ практически отсутствовала.

Исследование MARINA показали, что больший размер ХНВ на исходном уровне ассоциировался с меньшей прибавкой МКОЗ и меньшим количеством пациентов с прибавкой 15 букв ETDRS; большая площадь макулярной неоваскуляризации (МНВ) характеризовалась наличием признаков активности мембраны и потребностью в продолжении лечения; исследования TENAYA и LUCERNE: пациенты с меньшим размером ХНВ достигали большей прибавки ОЗ и более длительных интервалов между инъекциями.

Таким образом, для оценки результатов анти-VEGF терапии следует обращать внимание на выполнение загрузочных инъекций (более выраженное повышение МКОЗ наблюдалось у пациентов, получавших загрузочные инъекции); регулярность терапии (нерегулярность проводимых инъекций — основная причина недостаточной эффективности в РКП); исходные характеристики заболевания у пациента (больший размер ХНВ на исходном уровне, локализация и размер МНВ могут оказывать влияние на инъекционную нагрузку; режим интравитреальных инъекций (применение афлиберцепта в режиме «лечить и увеличивать интервал» может позволить персонализировать лечение пациентов и увеличить интервал между инъекциями до 16 недель без потери достигнутого улучшения показателей ОЗ).

«Смена парадигмы лечения ДМО: данные клинических исследований и реальной клинической практики» — тема доклада к.м.н. М.М. Архиповой (Москва). Среди

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 кроссликинга роговицы глаза «Локолинк»

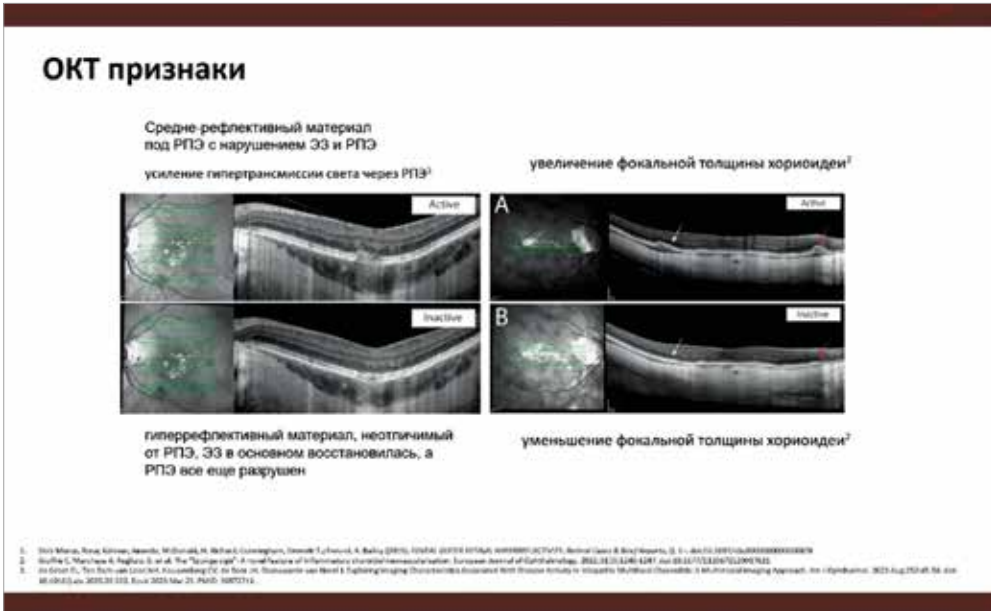
105318, Россия, г. Москва, ул. Ткацкая, д. 5, стр. 3



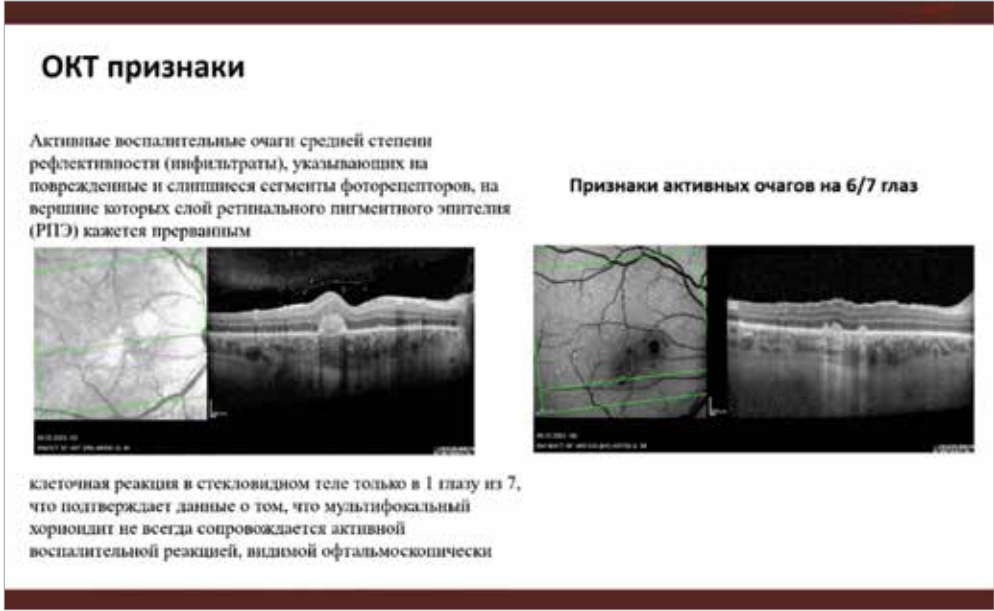
К.м.н. Е.К. Педанова (Москва)



К.м.н. Т.Б. Шаимов (Челябинск)



Из доклада к.м.н. Е.К. Педановой рис. 1



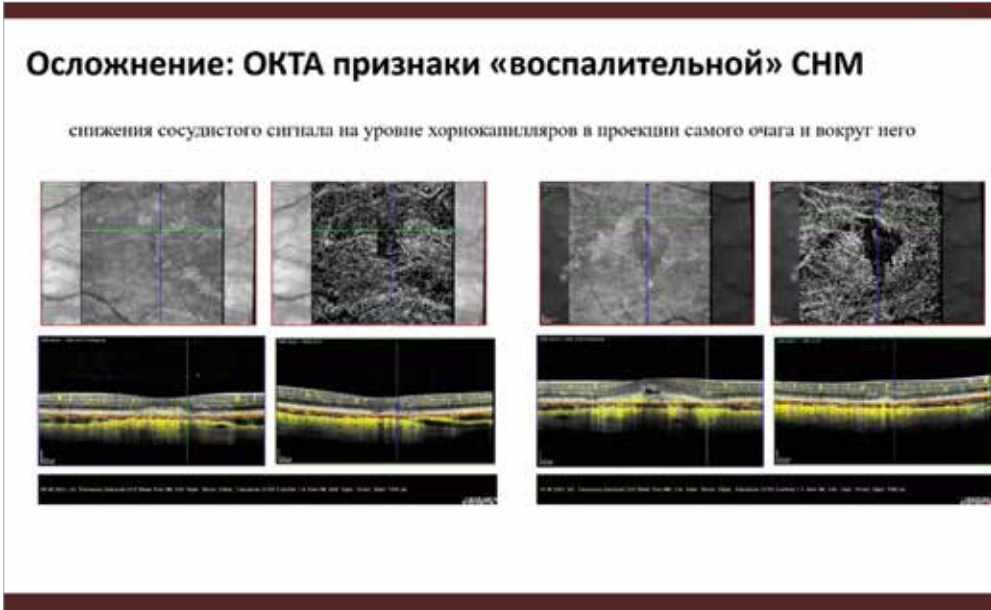
Из доклада к.м.н. Е.К. Педановой рис. 2



Из доклада к.м.н. Е.К. Педановой рис. 3



Из доклада к.м.н. Е.К. Педановой рис. 4



Из доклада к.м.н. Е.К. Педановой рис. 5

нерешенных проблем пациентов с ДМО в реальной клинической практике автор назвала следующие: 30-65% пациентов не отвечают на анти-VEGF терапию (после 3 инъекций отсутствуют клинически значимые анатомические и функциональные изменения); 35-65% имеют хроническое рецидивирующее течение ДМО, что связано с многофакторной патофизиологией ДМО, способствующей развитию микроангиопатии, микроаневризм и сосудистого ликеджа, хронический отек приводит к атрофии макулярной области; у 6-28% пациентов формируются эпиретинальные мембраны, что создает барьер для проникновения интравитреальных препаратов и ухудшает функциональный прогноз; 32-95% не соблюдают режим терапии: в связи с неудовлетворительными результатами 1 из 3 пациентов прекращает лечение в течение первых 2 лет.

В качестве новой мишени терапии заболеваний сетчатки идентифицирован путь ангиопоэтина 2 (Ang-2). Показана роль

Ang-2 в опухолевом ангиогенезе, в потере перicyтов и воспалении; уровень Ang-2 повышается у пациентов с заболеваниями сетчатки (рис. 1). С замещением рецепторов Tie-2 и связыванием их с Ang-2 происходит ангиодестабилизация, сопровождающаяся нарушением гематоретинального барьера, связанного с выпадением перicyтов, что приводит к распаду нейрональных связей.

Далее автор остановилась на препарате фарицимаб — биоспецифическое антитело, молекула с двумя патогенетическими мишенями для стабильности сосудов и длительного эффекта (рис. 2).

По результатам проведенных клинических исследований (фазы II и III), препарат подавляет внутриглазную продукцию Ang-2 у пациентов с ДМО. В 75% наблюдений после введения препарата концентрация Ang-2 была ниже предела количественного определения в течение 8 недель. Исследование также показало уменьшение макулярного ликеджа — биомаркера сосудистой стабильности 90 (рис. 3).

Благодаря действию препарата, за счет стабилизации стенки сосуда, исчезают существующие микроаневризмы, и не появляются новые. Резорбция отека наблюдалась на 4 месяца раньше по сравнению с афлиберцептом с меньшим количеством инъекций.

На рис. 4 представлена длительность терапевтического интервала для поддержания контроля заболевания (срок наблюдения 2 года).

К.м.н. Е.К. Педанова (Москва) от группы авторов выступила с докладом на тему «Диагностические ОКТ-критерии мультифокального хориоидита». Мультифокальный хориоидит (МХ) — заболевание, относящееся к «синдрому белых точек», представляет собой идиопатическую первичную воспалительную хориокапиллярнопатию, характеризуется негранулематозным периваскулярным хориоидальным инфильтратом, состоящим в основном из β-лимфоцитов.

Дифференциальная диагностика: туберкулезный хориоидит; хориоидит, вызванный

вирусом Западного Нила; кандидозный хориоидит; синдром множественных летучих белых пятен; острая задняя мультифокальная плакоидная эпителиопатия; синдром предполагаемого гистоплазмоза; миопическая неоваскуляризация.

Золотым стандартом диагностики МХ является ангиография с индоцианином зеленым; неинвазивные методы — ОКТ, ОКТ-А.

Цель работы — представить ОКТ и ОКТ-А признаки мультифокального хориоидита, осложненного воспалительной субретинальной неоваскулярной мембраной. В исследовании приняли участие 5 пациентов (7 глаз) с МХ, на 6 глазах заболевание осложнялось развитием воспалительной СНМ.

На фундус-фото визуализируются активные очаги, представляющие собой желтовато-белые бляшки с размытыми краями и возможным кровоизлиянием; неактивные очаги — серовато-белого цвета с четкими границами. Активные очаги присутствовали на всех глазах.



Из доклада А.Н. Казённова рис. 1



Из доклада А.Н. Казённова рис. 2



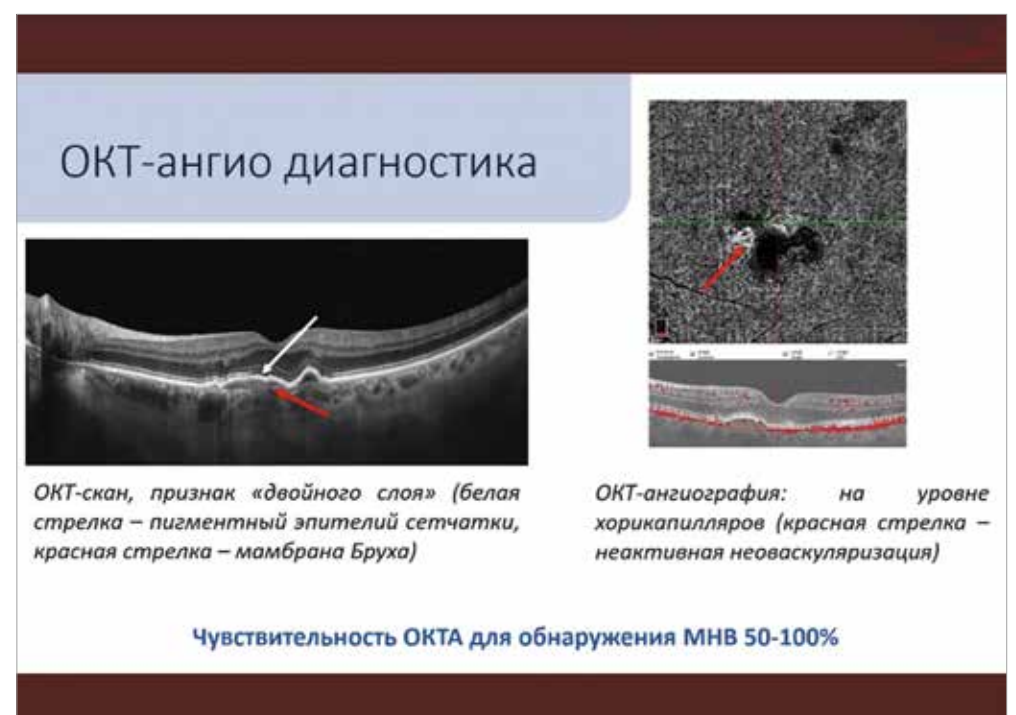
Из доклада к.м.н. О.Н. Андрухиной рис. 1



Из доклада к.м.н. О.Н. Андрухиной рис. 2



Из доклада к.м.н. О.Н. Андрухиной рис. 3



Из доклада О.А. Евдокимовой рис. 1

На ОКТ в активной стадии под пигментным эпителием можно видеть очаги со средней рефлективностью (рис. 1), разрушение эллипсоидной зоны и ретиального пигментного эпителия; в активной стадии под очагом возможно увеличение толщины сосудистой оболочки, затем происходит ее уменьшение. На рис. 2 представлены активные стадии: инфильтрат под пигментным эпителием, поврежденные сегменты фоторецепторов, прерванный слой пигментного эпителия.

Впоследствии образуются гиперрефлективные хориоретинальные рубчики с гипертрансмиссией света (рис. 3). Исследователями был описан динамический процесс в виде последовательных стадий рис. 4. Автор обратила внимание на увеличение, затем на полное исчезновение инфильтратов, изменение сосудистой оболочки, появление атрофии пигментного эпителия, через которую хорошо походит свет.

Как осложнение часто встречается воспалительная субрети-

нальная мембрана 2 типа, возникающая либо непосредственно из ангиогенного стимула, опосредованного местным воспалением, либо в результате дегенеративного разрушения комплекса мембрана Бруха – ПЭС, либо в результате совместного воздействия этих факторов (на 6/7 глаз). Так называемый «признак вил» выявлен на 4/6 глаз. Незрелая СНМ характеризовалась плотной сосудистой сетью с анастомозами внутри СНМ, периферическими петлями капилляров.

На ОКТ-А признаками «воспалительной» СНМ является снижение сосудистого сигнала на уровне хориокапилляров в проекции самого очага и вокруг него (рис. 5).

Доклад «Ретинальные пучки: скрытая угроза» сделал к.м.н. Т.Б. Шаимов (Челябинск). До 22% пациентов с острой задней отслойкой стекловидного тела (ЗОСТ) имеют ретинальные разрывы при первом визите. У пациентов после острой ЗОСТ имеется 2% шанс формирования новых ретинальных разрывов в первые недели

наблюдения. ЗОСТ является основной причиной ретинальных разрывов, приводящих к отслойке сетчатки, кровоизлияний в стекловидное тело, при этом чем больше крови, тем выше шанс наличия ретинального разрыва. У 2/3 пациентов с гемофтальмом обнаруживается хотя бы один ретинальный разрыв, в 88% случаев в верхнем квадранте.

Объективным методом оценки состояния сетчатки в любой точке глазного дна является периферическая ОКТ. Метод позволяет

безопасно и быстро визуализировать мельчайшие ретинальные разрывы и отслойки сетчатки на ранних стадиях. Визуализация стекловидного тела дает возможность объективно определить наличие тракций, выявить опасные дегенерации, прогнозировать развитие ретинальных разрывов, диагностировать скрытые патологии витреоретинального интерфейса при нормальной офтальмологической картине.

Ретинальный пучок представляет собой врожденную патологию периферической сетчатки, вызывает фотопсии у пациентов с ЗОСТ, может приводить к ретинальным разрывам.

Некистовидный ретинальный пучок — врожденное поверхностное витреоретинальное сращение, встречается у 72% людей, не приводит к отслойке сетчатки. Кистовидный ретинальный пучок — витреоретинальное сращение с интраретинальными полостями, встречается у 5% людей и у 10% пациентов с отслойкой сетчатки, при ЗОСТ могут приводить к клапанным разрывам.

Клапанный разрыв — грозное состояние, способное привести к отслойке сетчатки, представляет собой подковообразный разрыв на средней или дальней периферии сетчатки. На периферической ОКТ на вершине клапана всегда определяется ретинальный пучок; по краям разрыва может определяться локальная отслойка сетчатки, видимая только на ОКТ.

Автор подчеркнул, что у пациентов с кистовидными ретинальными пучками травма глаза может вызвать клапанные разрывы. Методом, способным предотвратить развитие регматогенной отслойки сетчатки, является лазерная коагуляция сетчатки; рекомендуется при наличии ЗОСТ и факторов риска травмы (спортсмены, военные).

В заключение, в качестве практических рекомендаций, к.м.н. Т.Б. Шаимов отметил, что ретинальные пучки, выявленные у пациентов без ЗОСТ подлежат ежегодному наблюдению; при наличии ЗОСТ кистовидные ретинальные пучки рекомендуется ограничивать лазерной коагуляцией сетчатки; периферическую ОКТ необходимо проводить пациентам с ЗОСТ для выявления скрытых патологий витреоретинального интерфейса.

К.м.н. П.А. Нечипоренко (Санкт-Петербург) выступил с докладом «Ангиография с индоцианином зеленым» в дифференциальной диагностике хориокапилляритов». По мнению автора, ангиография с индоцианином зеленым значительно упрощает дифференциальную диагностику синдрома «белых точек»; позволяет отличить хориокапиллярит от стромального хориоидита; выявляет рецидивирующий характер процесса; помогает оценить активность воспаления и объяснить наличие скотом.

«Современные тенденции скрининга диабетической ретинопатии: роль лизоцима слезы» — тема доклада к.м.н. А.Н. Казёнова (Оренбург). У 1/3 пациентов, страдающих сахарным диабетом, появляются поражения микроциркуляторного русла, влияющие на сетчатку и приводящие к диабетической ретинопатии. На сегодня известно более 1500 видов белков в протеомном составе слезной жидкости, однако наиболее распространенным антимикробным белком является лизоцим, обеспечивающий первую линию защиты от различных инфекций.

В ряде исследований была показана взаимосвязь лизоцима с различными офтальмологическими заболеваниями. Например, при глаукоме определение лизоцима в слезе может дать представление о патофизиологии заболевания

и изменениях глазной поверхности, вызванных местной терапией. Обнаружена сильная корреляция между содержанием лизоцима у здоровых лиц и у лиц с синдромом сухого глаза, существуют также предположения, что лизоцим может быть маркером развития диабетической ретинопатии.

Цель исследования заключалась в оценке потенциальной клинической значимости лизоцима в слезной жидкости, как минимально инвазивного биомаркера диабетических офтальмологических нарушений.

В исследовании приняли участие условно здоровые лица, в основном вошли пациенты с сахарным диабетом 2 типа без ДР, в третью — пациенты с СД2 + ДР. У всех пациентов проводилось определение содержания лизоцима в слезной жидкости по методу О.В. Бухарина, основанном на способности лизоцима растворять индикаторный микрококк; результаты анализа определялись по типичной стандартной кривой.

На рис. 1 можно видеть, что пациенты с проявлениями ДР (группа 3) имеют достоверно более высокий уровень глюкозы, что приводит к изменению важнейших гемостатических механизмов, в конечном итоге приводящим к потере зрения.

Исследования показали, что концентрация лизоцима зависела от уровня глюкозы в крови (рис. 2).

Выводы, сделанные исследователями, заключались в следующем: концентрация лизоцима в слезной жидкости у пациентов СД2 была достоверно ниже по сравнению с условно здоровыми пациентами. Концентрация лизоцима в сыворотке крови не претерпела значимых изменений; у пациентов с наличием диабетической

ретинопатии различной степени проявления (непролиферативная и пролиферативная формы) на фоне СД2 наблюдались более низкие значения лизоцима в слезной жидкости относительно пациентов с СД2, но без офтальмологических проявлений. концентрация лизоцима в сыворотке крови также не претерпела значимых изменений; при проведении корреляционного анализа обнаружена зависимость между концентрацией лизоцима слезы и уровнем глюкозы в крови (чем выше уровень глюкозы в крови, тем ниже концентрация лизоцима в слезе), однако наблюдалась вариация концентраций лизоцима при определенных уровнях глюкозы. Возможно, это обусловлено степенью тяжести сахарного диабета и различной формой проявления ДР.

О роли оптической когерентной томографии в диагностике ретинальной лимфомы доложила к.м.н. О.М. Андрюхина (Москва). Первичная ретинальная лимфома является проявлением первичной лимфомы ЦНС, вторичная представляет собой метастатическую форму.

Как первичная, так и вторичная ретинальные лимфомы имеют сходные клинические проявления на глазном дне в виде выраженной клеточной инфильтрации в стекловидное тело и характерных изменений на глазном дне.

При наличии диагноза «лимфома ЦНС» диагностика ретинальной лимфомы не представляет трудностей. Диагностика изолированного поражения сетчатки у больных со злокачественной лимфомой в анамнезе представляет определенные трудности по причине так называемого «маскарадного синдрома» и может продолжаться до 1 года. Ретинальная лимфома может проявляться как васкулит,

увеит. Сложности также представляет забор материала на гистологическое исследование и само исследование пунктата, являющееся между тем обязательным условием при постановке диагноза.

Определить наличие признаков внутриглазной лимфомы помогает оптическая когерентная томография. ОКТ-признаками внутриглазной лимфомы может служить гиперрефлективная инфильтрация в области головки зрительного нерва с распространением на область макулы (рис. 1).

ОКТ позволяет провести дифференциальную диагностику внутриглазной лимфомы и сосудистых заболеваний сетчатки (рис. 2, 3).

ОКТ-признаками внутриглазной лимфомы являются инфильтрация под ПЭС, а также между ПЭС и мембраной Бруха; нерегулярность ПЭС; нарушение соединения внутреннего сегмента фоторецептора с внешним сегментом; гиперрефлективные очаги в субретинальном пространстве, с задней части стекловидного тела.

В заключение автор обратила внимание на то, что ОКТ является информативным дополнительным методом диагностики ретинальной лимфомы; при изолированном поражении сетчатки диагноз ретинальной лимфомы может быть установлен только на основании морфологического исследования пунктата; данные ОКТ помогают в дифференциальной диагностике лимфоидной инфильтрации и других заболеваний сетчатки и зрительного нерва у больных лимфомой/лейкозом; данные ОКТ полезны в оценке динамических изменений лимфомы.

«Молчащие мембраны»: лечить или не лечить» — тема заключительного доклада секции, с которым выступила О.А. Евдокимова

(Москва). «Молчащие мембраны» представляют собой наивные неоваскулярные мембраны с отсутствием любого типа жидкости на ОКТ и экссудации на ФАГ, а также леченные хориоидальные неоваскулярные мембраны с отсутствием любого типа жидкости на спектральном ОКТ и ликиджа по ФАГ не менее 6 месяцев.

На ОКТ-А визуализируется признак «двойного слоя» — пигментные эпителий сетчатки и мембрана Бруха (рис. 1), на уровне хориокапилляров — неактивная неоваскуляризация.

По определению SIRE (Shallow Irregular RPE Elevation: максимальная протяженность элевации ретинального пигментного эпителия (РПЭ) превышает 1000 мкм; максимальная высота элевации РПЭ — менее 100 мкм; содержимое с неоднородной рефлективностью между двумя гиперрефлективными линиями, соответствующими РПЭ и мембране Бруха.

Признаками биологической активации мембран являются линейный рост высоты отслойки ПЭС, превращающий «морщинистую» отслойку ПЭС в куполообразную; более высокие показатели сосудистой плотности по сравнению с активной мембраной.

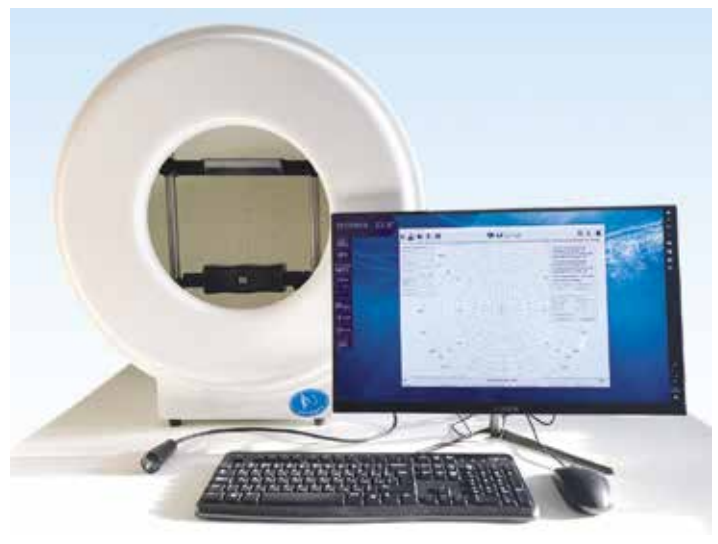
По мнению авторов, при наличии неэкссудативной МНВ требуется тщательный контроль, при этом желательно воздержаться от проведения анти-VEGF терапии даже при ее росте, до появления признаков экссудативного процесса.

Репортаж подготовил
Сергей Тумар

Фото Сергея Тумара

При подготовке использованы скриншоты видеоматериалов конференции, выложенные на сайте pirogoveryeforum.com

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 УГ, 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 «ОСТОРUS» 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.

Офтальмогеронтология: инновационные решения проблем

IV Научно-практический образовательный форум с международным участием

16-17 мая 2024 года в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней им. М.М. Краснова» состоялся IV Научно-практический образовательный форум «Офтальмогеронтология: инновационные решения проблем».

Со словами приветствия к участникам и гостям форума обратились директор ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» профессор Юсеф Н. Юсеф, заместитель министра науки и высшего образования РФ А.В. Омельчук, главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава РФ, директор ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» академик РАН В.В. Нероев, заместитель академика-секретаря Отделения медицинских наук РАН академик РАН В.А. Тутельян, заместитель академика-секретаря Отделения медицинских наук РАН академик РАН В.В. Береговых, генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» к.м.н. Д.Г. Арсютков, главный офтальмолог МО РФ, главный внештатный специалист-офтальмолог Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга профессор А.Н. Куликов, главный внештатный специалист-офтальмолог Департамента здравоохранения г. Москвы, руководитель Московского городского офтальмологического центра ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина к.м.н. Г.Ш. Аржиматова.

С докладом «Новая роль офтальмологии в стареющем обществе» выступил профессор М.С. Хайдаков (США). За последние 100 лет, отметил докладчик «произошли колоссальные сдвиги в ландшафте заболеваемости и смертности». Например, ожидаемая продолжительность жизни увеличилась в два раза. В некоторых развитых странах, таких как Япония и Швейцария этот показатель составляет 85-86 лет. По сравнению с 1917 годом в 2016 году смертность от болезней сердца осталась на прежнем уровне, заболеваемость раком и смертность по этой причине значительно выросла (в 1917 году люди не доживали до рака). Смертность 100 лет назад была обусловлена в значительной степени инфекционными заболеваниями, т.е. внешними причинами: нефрит, туберкулез, энтерит, сифилис.

В 2016 году основной причиной смерти стали хронические заболевания, обусловленные возрастом, — диабет, заболевания легких, почек, болезнь Альцгеймера.

Среди пожилого населения появляются симптомы когнитивного упадка, что в сочетании с пониженной рождаемостью создает серьезную угрозу для будущего многих стран, включая Российскую Федерацию. Сохранение когнитивного здоровья и, следовательно, работоспособности, качества жизни, функциональности становится приоритетной проблемой современного здравоохранения.

В настоящее время наука не располагает средствами борьбы с болезнью Альцгеймера, однако существующие ресурсы способны улучшить ситуацию в этой области. Автор привел несколько примеров, демонстрирующих важность офтальмологии в современном мире.

В проведенном в 2019 году исследовании приняли участие почти 4000 человек в возрасте от 65 лет без признаков когнитивных нарушений. Участники регулярно подвергались физическому, неврологическому и нейропсихологическому тестированию. В результате 31142 человеко-лет наблюдений было обнаружено, что у индивидов с макулярной дистрофией и диабетической ретинопатией риск развития болезни Альцгеймера увеличивался на 50% по сравнению с участниками без офтальмологических патологий.

В другой работе оценивалось влияние ухудшения зрения и слуха на возраст наступления когнитивных нарушений. В исследованиях приняли участие 45 тысяч человек. Когнитивная функция оценивалась тестом эпизодической памяти. Пациенту давали 10 существенных, и проверялось их запоминание как в начале (немедленное запоминание), так и в конце (долгосрочное

запоминание) сессии. Исследования показали, что при наличии плохого зрения и слуха когнитивные нарушения развивались на 4-10 лет раньше.

В исследовании, результаты которого были опубликованы в 2016 году, в течение 10 лет наблюдались 1884 участника (средний возраст 66,7). За этот период развитие деменции было зарегистрировано у 9,9% участников, но: в подгруппах участников с нарушениями слуха, зрения или обоняния деменция развивалась у 17,3%, 23,5% и 30,0% соответственно, то есть заболеваемость возросла в 2, 2,5 и 3 раза. Таким образом, утрата слуха, зрения или обоняния резко увеличивали 10-летний риск развития деменции. По оценке авторов, одновременное ухудшение всех сенсорных функций увеличивало 10-летний риск развития когнитивных нарушений в 15 раз.

В литературе описаны два основных объяснения. Первая интерпретация опирается на общность многих аспектов патогенеза возрастного нарушения сенсорных функций и развития деменции. Ухудшение сенсорных функций может представлять собой ранние симптомы возрастных нейродегенеративных изменений, предшествующих появлению объективных признаков когнитивного упадка. Иными словами, состояние сенсорного здоровья является маркером темпа старения мозга.

Вторая интерпретация предполагает, что ускорение когнитивного упадка является результатом хронического сенсорного голода с последующей деградацией мозга. Известно много примеров атрофии систем и органов при отсутствии постоянной и адекватной нагрузки или стимуляции.

Обе интерпретации отражают реальность и имеют прямое отношение к возрастной роли офтальмологии в системе здравоохранения. В контексте первой интерпретации глаза являются единственным, легко доступным компонентом мозга, позволяющим проведение неинвазивных морфологических анализов на уровне молекул. В науке ведется активный поиск надежных методов для диагностики ранних морфологических изменений, специфических для развития деменции.

С другой стороны, в контексте сенсорного голода эффективная профилактика и лечение возрастного ухудшения зрения приобретает огромное социальное значение, поскольку поддержание хорошего зрения у пожилых людей может добавить несколько лет когнитивного здоровья и трудоспособности.

В заключение автор отметил, что современные демографические тенденции драматически увеличивают социальное значение офтальмологии; появляется необходимость стратегических инвестиций в развитие национальной системы офтальмологических услуг с целью продления когнитивного здоровья стареющего населения страны.

Секция «Возрастная патология хрусталика»

Доклад на тему «Клинико-социальные аспекты хирургии катаракты» сделал профессор В.Н. Трубилин (Москва). Катаракта распространена во всем мире, особенно в странах Африки и Азии. Около 20 миллионов человек во всем мире слепые по причине катаракты; около 54 миллионов потеряли трудоспособность, из них более 52 миллионов проживают в развивающихся странах.

В Российской Федерации зарегистрировано 2,5 миллиона пациентов; ежегодно 363 тысяч человек впервые ставится диагноз «катаракта»; в хирургии катаракты нуждаются 1,8 миллионов человек в год; около 650 тысяч пациентов ежегодно оперируются в государственных и частных клиниках. Таким образом, количество операций необходимо увеличить в 3 раза.

Факторы, влияющие на формирование катаракты: наследственность, соматические заболевания, глазные заболевания, курение, употребление алкоголя, экологическая обстановка, характер питания, длительное употребление ГКС; радиация, инфракрасное и ультрафиолетовое излучение.

Основной фактор — возраст, старение. По мнению профессора В.Н. Трубилина, развитие катаракты является естественным инволюционным процессом. На начальном этапе развития катаракты острота зрения может составлять 8 строчек и выше; острота зрения при незрелой катаракте имеет достаточно широкий диапазон — от 0,2 и выше; зрелая катаракта — 0,1; перезрелая катаракта — сотые доли. При остроте зрения 1,0 и выше можно заниматься любыми видами спорта, в том числе требующими высокой остроты зрения; острота зрения 0,7 и выше вполне достаточная для управления автомобилем; 0,5 и выше — позволяет работать с текстами, с компьютером; при остроте зрения ниже 0,5 пациент сталкивается с проблемами при чтении, ему требуются дополнительные средства коррекции; при 0,1 пациент значительно ограничен в своих действиях не только в коллективе, но и в домашних условиях; острота зрения на уровне сотых — инвалидность, пациенты нуждаются в социальной защите. Таким образом, острота зрения на уровне сотых означает слепоту; ниже 0,3 — слабовидение; граница 0,5 является важным критерием для принятия решения о хирургическом лечении.

Непрямые затраты, связанные с наличием катаракты: зарплата работника со зрительными проблемами составляет 66,8% от зарплаты работника с хорошим зрением; степень травматизма у пациентов со зрительными нарушениями выше; людям с низким зрением свойственно состояние депрессии; при катаракте выше риск развития сопутствующих заболеваний, требующих лечения.

В заключение автор подчеркнул необходимость уделять особое внимание пожилым пациентам, чтобы они могли заниматься спортом, вести активный образ жизни, водить автомобиль, читать, пользоваться мобильными устройствами. Поэтому, по мнению автора, острота зрения 0,5 должна служить критерием для принятия решения о хирургии катаракты не только для работающего населения, но и для пожилых людей. Отсутствие эффективных методов медикаментозной профилактики и лечения катаракты делает хирургическую операцию единственным возможным способом восстановления зрения. Своевременное выполненная фактомумульсификация у пациентов старших возрастных групп позволяет избежать большинства осложнений и обеспечить максимально высокий оптический результат.

Тема доклада к.м.н. О.В. Шиловских (Екатеринбург) — «Сложное решение у пожилого пациента». Псевдоэкзофалиативный синдром (ПЭС) — многофакторное заболевание, связанное с синтезом в тканях фибриллярного вещества (капсула хрусталика, роговица, цилиарный эпителий, пигментный эпителий, кровеносные сосуды и строма радужной оболочки, трабекулярная сеть, связки, мягкие ткани орбиты, кожа, сердце, легкие, печень, почки и другие органы).

Зарегистрированная распространенность в мире от 1,5 до 40,9%.

Факторами развития ПЭС являются оксидативный стресс (ишемия, UV-радиация, курение), факторы окружающей среды (питание, географические факторы, климатические факторы, употребление кофеина), генетические и демографические факторы (локус LOXL1 на хромосоме 15q24.1), воспаление (повреждение тканей, хирургия).

Проявления ПЭС представлены на *рис. 1*. На *рис. 2* — глазные проявления ПЭС. До хирургии катаракты и особенно после хирургии катаракты наблюдаются случаи констрикционного синдрома или фиброза (фимоза) капсульного мешка (*рис. 3*). Негативные последствия фимоза: вялотекущий циклит, повышение ВГД, кистозный макулярный отек.

Среди факторов, способствующих развитию фиброза капсульного мешка, автор назвал ПЭС, тапето-ретиальная абитрофия, миопия и гиперметропия высоких степеней, малый размер капсульного мешка, синдром Марфана, глаукома, травма, воспалительные заболевания, сахарный диабет, малый размер переднего капсулорексиса, контакт гаптики ИОЛ ПММА, силикон, гидрофильный акрил, неадекватная противовоспалительная терапия.

При этом врача должно насторожить изменение рефракции, снижение остроты зрения, жалобы пациента на периодические болезненные ощущения в глазу, невозможность отмены противовоспалительных капель.

В первую очередь, в условиях мидриаза необходимо провести оценку положения ИОЛ, ОКТ, УБМ.

Методами лечения являются лазерная капсулотомия и хирургическое удаление фиброзно-измененных тканей. Лазерное лечение проводится только в ранние сроки после операции при тенденции к фиброзу капсулорексиса — 1-3 насечки по краю; среди «плюсов» метода быстрота, вмешательство выполняется в амбулаторных условиях, «минусы» — возможная провокация воспаления, возможная травма поверхности ИОЛ, неконтролируемые разрывы капсулы, потеря эндотелиальных клеток.

Хирургическое лечение (иссечение ножницами, разделение сращениями шпателем, захват специальным крючком-центратором или цанговым пинцетом). «Плюсы» — возможность удаления измененных тканей в необходимом объеме, проведения ревизии капсульного мешка, нормализация положения ИОЛ (нередко требуется замена ИОЛ на гидрофобный акрил, в крайнем случае — удаление мешка и подшивание ИОЛ).

К.м.н. О.В. Шиловских привел клинический случай пациента после ФЭК, у которого через 3 месяца после вмешательства выявлено образование фиброзной ткани, что привело к наклону ИОЛ, снижению остроты зрения. После удаления фиброзной ткани на следующий день капсульный мешок расправился, ИОЛ заняла правильное положение, острота зрения вернулась к дооперационным показателям.

Причиной формирования фиброза, по мнению автора, стала ранняя отмена противовоспалительного лечения. На *рис. 4* глаз пациента через год после удаления фиброзной ткани.

В заключение автор обратил внимание, что у пожилого пациента с проявлениями ПЭС необходимо: при планировании хирургической тактики оценивать факторы риска, учитывать возрастные изменения тканей глаза; оперативное лечение катаракты проводить с использованием достаточного диаметра капсулорексиса, при необходимости использовать внутрикапсульное кольцо; в послеоперационном периоде назначать адекватную противовоспалительную терапию; при фиброзе капсульного мешка при изменять своевременное деликатное удаление фиброзных тканей.

С докладом на тему «Интраокулярная коррекция в геронтологии» выступил профессор К.Б. Першин (Москва). Старость — это естественный и неизбежно наступающий заключительный период в жизнедеятельности организма, обусловленный снижением его адаптивных, биологических, психических и социальных возможностей



Из доклада к.м.н. О.В. Шиловских рис. 1



Из доклада к.м.н. О.В. Шиловских рис. 2



Из доклада к.м.н. О.В. Шиловских рис. 3



Из доклада к.м.н. О.В. Шиловских рис. 4

на фоне возрастных изменений и проявляющийся в ограничении и ухудшении социального функционирования.

Старость сопровождается как общими изменениями организма, так и глазными. К общим изменениям относятся сахарный диабет, метаболический синдром, гипертония, сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания почек, синдром старческой астении, когнитивные изменения, деменция, депрессия; коллагенозы. Глазные изменения — катаракта, глаукома, ПЭС, ВМД, ССГ.

По данным Американского общества офтальмологов, к 2050 году более чем в 2 раза возрастет число пациентов с ВМД, с глаукомными изменениями. ВМД сопровождается снижением контрастной чувствительности, скотомы, потерей центрального зрения, искривлениями линий, ухудшением цветовосприятия. Глаукома связана с потерей контрастной чувствительности из-за структурных и функциональных глаукомных нарушений; нарушение зрачковой функции может иметь значение при наличии зрачково-зависимых ИОЛ; ПЭС, часто сопровождающий глаукому, ведет к прогрессирующей слабости связочного аппарата и рисков децентрации ИОЛ.

Как отметил докладчик, благодаря врачам различных специальностей, проводящий операции по замене суставов, клапанов, человек в преклонном возрасте сохраняет желание быть активным как в физическом, так и в зрительном плане.

Профессор К.Б. Першин представил интраокулярные линзы EDOF — линзы с расширенной глубиной фокуса. В отличие от мультифокальных ИОЛ, линзы EDOF обладают следующими преимуществами: меньше Гало; не снижена контрастная чувствительность; не требуется нейроадаптации и монокулярной супрессии; практически не требуется использование очков при обычном освещении; не влияет на бинокулярное зрение; высокий уровень удовлетворенности пациентов.

На российском рынке доступны EDOF-линзы, использующие рефракционную асферику, дифракционную асферику; ИОЛ, способствующие формированию волнового фронта за счет изменения аберраций в центре, а также диафрагмирующие линзы.

Компании приступили к производству ИОЛ Mix and Match — набор линз для обоих глаз, в котором в линзе для ведущего глаза

основной упор делается на фокус для дали, для неведущего глаза — на ближнее расстояние, в результате чего бинокулярно достигаются более высокие результаты.

В заключение автор привел данные результатов исследования, проведенного в Южной Корее, в которых отмечено, что во время прооперированная катаракта снижает риск смертности от всех причин (рак, сосудистая, легочная, инфекционная и случайные состояния) на 30%. Это происходит за счет уменьшения количества переломов и несчастных случаев, улучшения психического здоровья, роста социальной и физической активности. Более высокие баллы по оценке когнитивных функций и зрения после операции по удалению катаракты играют решающую роль в снижении смертности от неврологических причин.

Д.м.н. А.А. Касьянов (Москва) выступил с докладом на тему «Современные тенденции факохирургии и интраокулярной коррекции».

С заключительным докладом «Социально-экономические реалии и катаракта. Есть ли оптимальные решения...» выступил профессор В.М. Шелудченко (Москва). Катаракта — частичное или полное нарушение прозрачности хрусталика. В 33% случаев причиной нарушения зрения является неоперированная катаракта. Катаракта является одной из основных причин слепоты и обратимой слепоты в мире, поражая каждого шестого человека в возрасте 50 лет и подавляющую часть населения к 80 годам.

В РФ диагноз «катаракта» установлен у 1200 человек на 100 000 населения. Общее количество пациентов с помутнением хрусталика равно примерно 1 750 000. С учетом количества ежегодно проводимых операций по экстракции катаракты (460 000 — 500 000) потребность в оперативном лечении покрывается на приблизительно на 1/3. Этот показатель варьирует с широкой амплитудой между субъектами РФ, так как очевиден факт большей доступности хирургической помощи пациентам, проживающим в городах и крупных населенных пунктах.

Приблизительно 8,3% населения пенсионного возраста нуждается в хирургическом лечении катаракты.

Скрининг катаракты и амбулаторный прием: 1. Трудность раннего выявления при профилактических осмотрах населения и сложность изучения динамики патологического процесса; 2. Отсутствие быстрого,

доступного, высокоинформативного, объективного теста для оценки возрастных изменений хрусталика; 3. Смешанный подход и нечеткие критерии в оценке степени катаракты; 4. Неоднозначная клиничко-морфологическая картина (неоднородность помутнений, различная их локализация и выраженность катаракты у разных пациентов); 5. Длительный временной интервал развития возрастных помутнений хрусталика; 6. Низкая обращаемость и различный подход в учреждениях с разной формой собственности.

Современные вызовы: последствия COVID-19, всемирный экономический кризис, особенности внешней и внутренней политики и внутреннего финансирования медицины.

Среди клинических рекомендаций Минздрава РФ «катаракта старческая» профессор В.М. Шелудченко обратил внимание на следующие: «Рекомендуется оценить психофизическое состояние пациента со старческой катарактой с позиций адекватной оценки им своего состояния, причин снижения зрения и перспектив лечения»; «Консервативное лечение старческой катаракты неэффективно. На сегодняшний день нет известных лекарственных средств, позволяющих вылечить катаракту или замедлить ее прогрессирование»; «Рекомендовано всем пациентам с установленным диагнозом «старческая катаракта» удаление помутневшего хрусталика с имплантацией ИОЛ как единственный действенный, эффективный и радикальный способ лечения катаракты при отсутствии противопоказаний».

Показания к фармацевтическому мониторингу: подозрение на возрастную катаракту; подозрение на диабетическую катаракту; начальная катаракта; врожденная точечная катаракта при аметропии и без нее; односторонняя артифакция; пресбиопия.

Единственным препаратом, зарегистрированным как профилактическое лекарственное средство, является Каталин. Потенциальный механизм действия пиреноксина, входящего в состав Каталина для профилактики старческой катаракты и диабетической катаракты заключается в следующем (рис. 1): пиреноксин предотвращает переход водорастворимого протеина хрусталика в нерастворимый и, соответственно, замедляет процесс помутнения хрусталика; пиреноксин снижает активность так называемой Ca²⁺ АТ-фазы, что приводит к нарушениям обмена кальция в хрусталике;

пиреноксин снижает активность антиоксидантов, блокирует метаболизма глюкозы в хрусталике, особенно ингибирование синтеза сорбитола, оказывающего воздействие на формирование катаракты.

В НИИ ГБ им. Краснова было проведено сравнительное исследование эффективности препаратов «Каталин» и «Тауфон», результаты которого показали, что в течение 12 месяцев у пациентов, которые проводили инстилляцией препарата «Каталин», не было прогрессирования начальных катарактальных изменений (рис. 2). Аналогичные результаты были получены в исследовании, проведенном в Японии.

В настоящее время получены новые данные о том, что препарат «Каталин» позволяет хрусталиковому веществу не менять коэффициент преломления при пресбиопии. Это означает, что данный препарат может применяться как превентивное средство при пресбиопии. Было показано, что аккомодационная амплитуда не уменьшалась в течение длительного времени у пациентов с пресбиопией в возрасте от 40 до 50 лет, которые пользовались препаратом «Каталин».

В качестве заключения профессор В.М. Шелудченко отметил, что социально-экономические подходы к лечению катаракты не всегда и везде совершенны. Имеющиеся противоречия могут служить причинами заблуждений в отношении правильности выбираемых пациентами решений. Применение тех или иных обоснованных фармацевтических средств с превентивной целью в мониторинге состояний хрусталика не противоречат хирургическому подходу, а только дополняют его.

Секция «Глаукома — болезнь пожилых»

«Геномика — ключ к персонализированному лечению глаукомы» — тема доклада от группы авторов д.м.н. И.А. Лоскутова (Москва). В своем докладе автор попытался дать ответы на вопросы: нужно ли лечить всех, кто соответствует диагностическим критериям глаукомы; как правильно подобрать эффективное лечение пациентам, у которых заболевание прогрессирует.

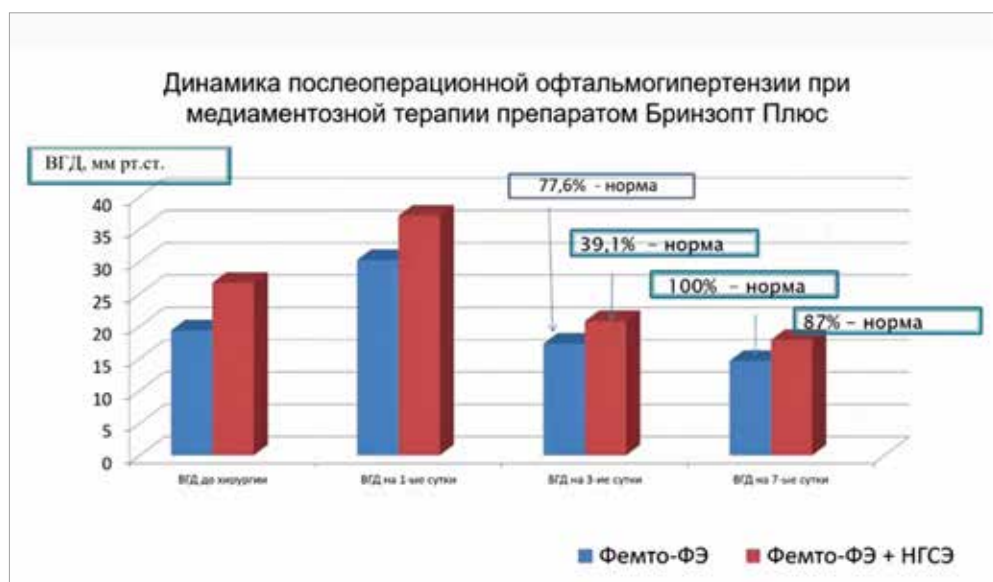
Ранние стадии заболевания протекают бессимптомно, в результате чего до 2/3 заболевших в мире не диагностированы или не знают о своем диагнозе. Скрининг населения потребует массового



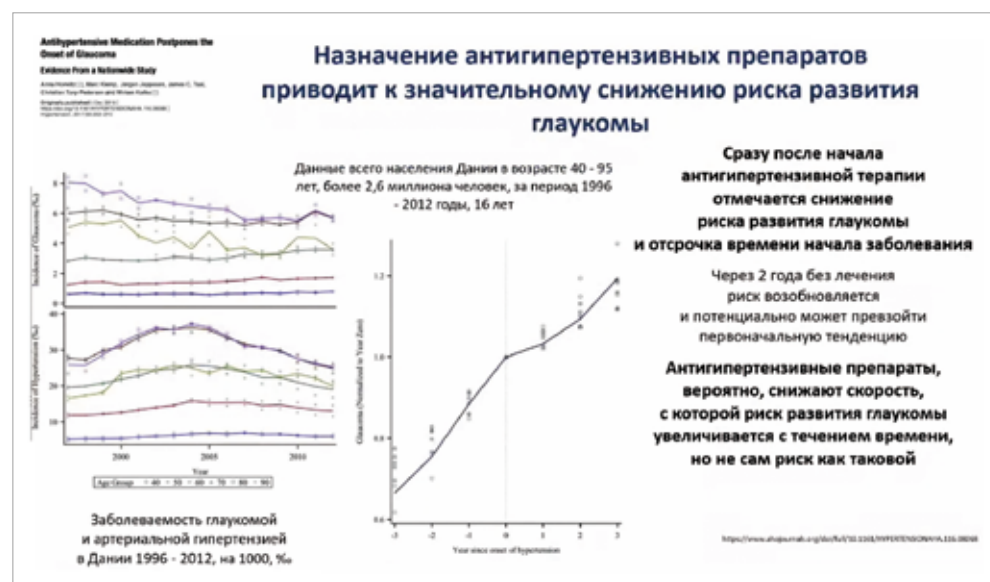
Из доклада профессора В.М. Шелудченко рис. 1



Из доклада профессора В.М. Шелудченко рис. 2



Из доклада профессора Л.Л. Арутюнян рис. 1



Из доклада профессора Л.Л. Арутюнян рис. 2

офтальмологического обследования, которое в отсутствии адекватных тестов и достаточно высокой распространенности заболевания среди населения является неосуществимым.

По результатам исследований, только у 10% нелеченых участников развилась ПОУГ в течение периода исследования, что позволяет предположить, что остальные 90% лечились без необходимости.

Исследование «Лазерное лечение при глаукоме и глазной гипертензии» продемонстрировало, что селективная лазерная трабекулопластика (СЛТ) может быть предпочтительнее местных препаратов в качестве терапии первой линии, при этом 75% пациентов в группе СЛТ сохраняют целевое ВГД после 3 лет наблюдения.

Как отметил докладчик, проблема доказательной медицины заключается в том, что она отвечает на вопрос, что лучше для популяции в целом, при этом не учитываются особенности пациента. Такой универсальный подход не может служить на пользу каждому пациенту. Однако с ростом доступности и развитием общедоступных платформ генотипирования может стать возможным более тонкий подход, в основе которого лежит генетический профиль человека.

Ключом к персонализированной медицине, в которой лечение подбирается индивидуально для каждого пациента на основе его уникального профиля риска заболевания, прогноза и реакции на терапию, служит геномика. Такой персонализированный подход может гарантировать, что лечение будет проводиться в отношении только тех пациентов, кому оно полезно, при этом исключаются ненужные затраты и побочные эффекты.

По мнению некоторых авторов, глаукома имеет высокий уровень наследования и может наследоваться как простой (моногенный), так и сложный (полигенный)

признак. У взрослых наличие некоторых высокопенетрантных генетических вариантов может быть достаточно, чтобы вызвать развитие заболевания, но на их долю приходится только 4% всех случаев ПОУГ.

В некоторых клинических случаях также подчеркивается потенциальная польза транслюминальной трабекулотомии с применением гониоскопии у пациентов с миопической глаукомой и неконтролируемым ВГД на фоне максимальной медиаментозной терапии. Однако персонализировать лечение таких пациентов возможно только в случае уверенности, что эти пациенты несут патогенные варианты миопии.

За последнее десятилетие были достигнуты значительные успехи в идентификации генетических вариантов, связанных с ПОУГ. В 2016 году традиционные полногеномные исследования «случай-контроль» (GWAS) выявили менее 10 распространенных генетических вариантов, достоверно связанных с ПОУГ на общегеномной уровне значимости.

Как отметил д.м.н. И.А. Лоскутов, эти результаты были недостаточными для обеспечения клинически значимой оценки риска. Ситуация изменилась с появлением крупномасштабных эпидемиологических исследований и пониманием возможностей генетического анализа.

Давно известно, что ВГД представляет собой ключевой фактор, опосредующий развитие глаукомы. Риск развития глаукомы увеличивается экспоненциально с ростом ВГД, снижение ВГД снижает риск как возникновения, так и прогрессирования заболевания, при этом уровень ВГД может варьировать, при этом находясь в пределах нормы.

В популяционном исследовании UK Biobank приняли участие более 100 000 участников. Исследовались глаза, зрение и ВГД с применением бесконтактного тонометра ORA,

способного учитывать биомеханические свойства роговицы и давать оценку истинного ВГД.

Объединение этих данных с результатами других исследований привело к идентификации более 100 генетических вариантов, значимо связанных с ВГД. Было показано, что два гена, связанные с функцией митохондрий (ATXN2 и TXNRD2), не влияя, как ранее считалось, на риск развития глаукомы посредством прямого воздействия на зрительный нерв, но влияют на ВГД. ВГД может быть генетически детерминировано посредством анатомического развития глаза. Таким образом, любой генетический вариант, влияющий на ВГД, оказывает соответствующее влияние на риск возникновения глаукомы.

С помощью ROC-анализа изучались генетические факторы ВГД в сочетании с возрастом и полом для оценки риска развития заболевания. Эти прогностические модели ПОУГ показали хорошие результаты как для глаукомы высокого давления, так и для глаукомы нормального давления. Несмотря на то, что этот уровень прогностической способности не является диагностическим, он достаточно для выявления подгруппы населения высокого риска.

Разработанный калькулятор стратификации риска включает несколько клинических параметров, таких как ВГД, толщина центральной части роговицы, экскавация диска, результаты периметрии и возраст.

Введение в калькулятор хорошо известного генетического фактора риска ВГД и глаукомы (варианта гена TMC01) продемонстрировало отношение риска 1,75. Исследование ОНТС дает хорошее представление о том, что геномика может повысить эффективность стратификации рисков.

Подводя итог докладу, автор подчеркнул, что геномика обещает изменить способы выявления

глаукомы среди населения в целом, обеспечивая раннее выявление и профилактику связанных с глаукомой нарушений зрения и слепоты. Это поможет стратифицировать риски и сконцентрировать внимание на пациентах, находящихся в группе риска.

Профессор Л.Л. Арутюнян выступила с докладом «Особенности диагностики и лечения коморбидного пациента с глаукомой». Согласно экспертной оценке, у 80% российских пациентов имеются 4 и более различных патологий. При глаукоме возможно наличие как местных коморбидных состояний, так и системных коморбидных состояний.

Автор представила состояние глаукомы в сочетании с синдромом сухого глаза. Визуализировать нервные волокна роговицы позволяет конфокальная микроскопия. Показано, что с развитием глаукомного процесса изменяется морфология нервных волокон суббазального нервного сплетения, при этом изменение происходит как на фоне прогрессирования глаукомного процесса, так и зависит от назначаемых лекарственных препаратов.

Современные средства визуализации позволяют детально видеть немиелиновые волокна роговицы. Исследование показали, что нервные волокна роговицы у всех пациентов с глаукомой разнонаправлены, отмечена прерывистость их хода, визуализируются невномы. Плотность основных нервных стволов и их отростков, коэффициент извитости нервных волокон роговицы, были ниже нормы, что свидетельствует о чрезмерной извитости нервных волокон.

В подобных случаях, указала автор, итальянские офтальмологи назначают так называемые «факторы роста нерва», способствующие восстановлению нарушенных нервных волокон, нормализации их извитости.

Важным вопросом является повышение осмолярности слезы, что приводит к воспалительным изменениям в конъюнктиве, а именно: к выбросу медиаторов воспаления, апоптозу клеток, что снижает возможность корректного измерения ВГД. Вариантом лечения является назначение гелевого протектора эпителии роговицы.

Остановившись на сочетании глаукомы с катарактой, докладчик обратила внимание на то, что 1/3 пациентов, планирующих оперировать катаракту, это пациенты с глаукомой. Существуют важные вопросы, касающиеся хирургии катаракты у больных с глаукомой, на которые на сегодняшний день нет ответов. Какой эффект оказывает хирургия катаракты на уровень ВГД в раннем и отдаленном периоде у больных с глаукомой? Как лучше сформировать фильтрационную подушку — до или после хирургии катаракты? Как влияет хирургия катаракты на состоятельность и функциональность фильтрационной подушки? Что лучше для пациентов с катарактой и глаукомой? А. Комбинированная или поэтапная хирургия? Б. Первичная ФЭК или антиглаукомная хирургия? В. Комбинированная трабекулотомия или другие типы хирургии глаукомы?

Комбинированная хирургия имеет преимущества и недостатки. Этот вид вмешательства предпочтительнее для пациента, поскольку происходит быстрая реабилитация зрительных функций, однако риск развития операционных и послеоперационных осложнений выше.

При поэтапной хирургии по мировым стандартам экстракцию катаракты следует проводить через 6 месяцев после антиглаукомной операции, т.к. фильтрационная подушка формируется 3-4 месяца после антиглаукомной операции.

При комбинированной хирургии значительными преимуществами обладает непроникающая глубокая склерэктомия, т.к. обеспечивает



Из доклада профессора А.Н. Куликова рис. 1



Из доклада профессора А.Н. Куликова рис. 2

умеренное снижение ВГД без опорожнения передней камеры; отсутствие геморрагий в передней камере; снижение вероятности возникновения мелкой камеры или ее отсутствия в п/о период; возможность дополнительного антиглаукомного вмешательства — ИАГ-лазерной гониопунктуры.

Отвечая на вопрос об эффекте хирургии катаракты на уровень ВГД, автор подчеркнула, что эффект от ФЭК на уровень ВГД можно разделить на 3 категории: интраоперационный эффект; краткосрочный послеоперационный эффект; долгосрочный эффект. Для пациентов с глаукомой необходимо учитывать колебания ВГД на каждом из этапов.

При ФЭК у 1 из 5 пациентов может возникнуть транзиторное повышение ВГД в раннем п/о периоде. Таким образом, главным фактором риска при сочетанной патологии может стать послеоперационная офтальмогипертензия.

На рис. 1 показано, что адекватная гипотензивная терапия позволяет через 1 неделю нормализовать ВГД. Важность такой терапии заключается в том, что офтальмогипертензия является одним из факторов, приводящих к появлению астигматизма в п/о периоде.

Непростым коморбидным состоянием является глаукома и нарушение сердечно-сосудистой системы. По данным литературы, при коморбидности с сердечно-сосудистыми патологиями глаукома прогрессирует у 55,9% пациентов, без соматической патологии — у 9,8% пациентов. Назначение антигипертензивных препаратов снижает риск развития глаукома прогрессирует у 55,9% пациентов, без соматической патологии — у 9,8% пациентов.

На ВГД могут влиять системные факторы, такие как гипертония, атеросклеротические заболевания, индекс массы тела, диабет. На каждые 10 мм рт. ст. повышения систолического АД приходится 0,21 мм рт. ст. повышения ВГД. Считается, что при диабете уровень ВГД может быть выше. Исследование с участием более 1 миллиона человек показало, что наличие сахарного диабета II типа втрое повышало риск развития открытоугольной глаукомы по сравнению с контрольной группой.

С заключительным докладом секции «Клинические аспекты применения эндоскопической лазерной циклодеструкции в комбинированном хирургическом лечении глаукомы и катаракты» от группы авторов выступил профессор А.Н. Куликов (Санкт-Петербург). По данным различных авторов, частота встречаемости катаракты у пациентов с глаукомой достигает 76%. Распространенной проблемой в медицине является недостаточная приверженность к лечению. Многие исследования показали, что средняя оценка приверженности при глаукоме составляет 60%, в других исследования она варьирует от 5% до 80%.

Факторы, препятствующие соблюдению режима представлены на рис. 1.

В качестве альтернативы традиционным фильтрующим операциям все более популярной в последние годы стала минимально инвазивная хирургия глаукомы (MIGS) в сочетании с хирургией катаракты. Преимущества MIGS заключаются как в достижении стабилизации ГОН, так и в уменьшении объема гипотензивной терапии.

Многими авторами в качестве универсальной процедуры MIGS признана эндоскопическая лазерная циклодеструкция. (ЭЛЦД). Несмотря на то, что изначально ЭЛЦД выполнялась в случаях рефрактерной глаукомы, процедура фактически может быть использована при тяжелых, умеренных и легких стадиях многих типов глаукомы.

Анализ литературы, касающейся применения метода ЭЛЦД показал, что на сегодняшний день нет четких показаний; не определен объем циклодеструкции (180-360° по данным разных авторов); не описана связь наиболее часто встречающихся интра- и послеоперационных нежелательных явлений и осложнений, а также условия достижения максимальной эффективности в зависимости от объема операции, уровня ВГД, стадии глаукомы.

Таким образом, цель работы заключалась в оценке условий достижения максимальной эффективности и безопасности выполнения ЭЛЦД.

В рамках исследования выполнено 110 комбинированных операций (ФЭК+ЭЛЦД). Критерии включения: глаукома I-IV стадий, начальная осложненная катаракта. Критерии исключения: подвывих хрусталика, наличие увеального процесса или его последствий.

Предполагаемые предикторы достижения критериев безопасности и эффективности: объем операции; наличие или отсутствие случаев симптома щелчка (попкорн-эффекта); уровень исходного ВГД; стадия глаукомы.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование перед операцией в послеоперационный период. При проведении ОКТ переднего сегмента оценивалось количество выявленных частиц в переднекамерной влаге, на основании которого определялась степень послеоперационного воспалительного ответа в случае отсутствия визуальных признаков.

Анализ результатов проведенных операций. Существует достоверная связь появления фибриноидной реакции с наличием POP-эффекта во время операции; зафиксирован реактивный подъем ВГД в первые дни после операции; выявлено статистически значимое различие количества случаев послеоперационной

офтальмогипертензии в зависимости от уровня ВГД до операции. Динамика ВГД всей группы пациентов представлена на рис. 2.

Выявлено статистически значимое различие выраженности гипотензивного эффекта в зависимости от уровня ВГД до операции: у пациентов с исходным ВГД в диапазоне 27-32 мм рт. ст. в 100% случаев получен полный гипотензивный успех.

Связь выраженности гипотензивного эффекта с объемом выполненной циклодеструкции недостоверна.

В масштабах всей исследуемой группы отмечено статистически значимое, устойчивое со срока

наблюдения в 1 месяц снижение количества применяемых препаратов на 43,1%.

Состояние показателя MD оказалось стабильным ($p > 0,4$ во всех группах по стадии заболевания) в течение всего срока наблюдения.

Острота зрения в результате комбинированного вмешательства статистически достоверно повысилась за счет ФЭК.

Таким образом, делает вывод профессор А.Н. Куликов, ЭЛЦД практически не имеет противопоказаний за исключением случаев технических трудностей, сопровождающих ФЭК, как правило, выраженную в слабости связочного аппарата и связанной с ней

осложнениями; с целью минимизации воспалительных осложнений следует избегать реализации механических вапоризационных биоэффектов; для достижения критериев эффективности достаточно выполнить деструкцию отростков цилиарного тела на протяжении 180-200°; наилучший гипотензивный эффект реализуется у пациентов с уровнем исходного ВГД от 27 до 32 мм рт. ст.

(продолжение следует)

Материал подготовил

Сергей Тумар

При подготовке использованы скриншоты видеоматериалов конференции, выложенные на сайте conf.niigb.ru

Современная ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ПРОТИВОГЛАУКОМНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Северная Звезда Нам доверяют!



TELEON®
Surgical Optics

Aktive®
Ophthalmic Instruments

Surgix
ophthalmic surgical products

Эксперт в поставке материалов
для офтальмологии.
Проверен временем.

HOYA
SURGICAL OPTICS

aptissen
ebiga
vision



ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ

- Предустановленные устройства для интраокулярной коррекции зрения производства HOYA Corporation, Япония
- Премиальные интраокулярные линзы семейства LENTIS®: варифокальные и с технологией EDOF производства Teleon® Surgical B.V., Нидерланды

ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

- Микрохирургические инструменты и расходные материалы производства Aktive®, Италия

ХИРУРГИЯ ГЛАУКОМЫ

- Вискоэластичное дренажное средство HEALflow производства APTISSEN S.A., Швейцария

СЕТЧАТКА И СТЕКЛОВИДНОЕ ТЕЛО

- Микронутриенты МакуЛюкс, МакуКап, ВитроКап производства ebiga-VISION GmbH, Германия



Дистрибьютор ООО «Серджикс»

www.surgix.ru | +7 495 543 74 73 | info@surgix.ru

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, Подмоскowie 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: июнь 2024. Тираж 1000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 212. © «Поле зрения», 2024. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.