III 3PEHIA

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№5 (31) СЕНТЯБРЬ-ОКТЯБРЬ 2015

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

«Дискуссионные вопросы офтальмологии – 2015»

етвертая по счету научнотеоретическая конференция «Дискуссионные вопросы офтальмологии» прошла в пансионате «Петрово-Дальнево». Научное мероприятие, которое впервые НИИ глазных болезней организовал в 2010 году, доказало свою эффективность. Основными задачами дискуссионной интеллектуальной площадки является содействие открытому диалогу экспертов, беспристрастное обсуждение актуальных проблем, связанных с глаукомой. Принцип открытого диалога позволяет назвать данный формат мероприятия дискуссионным клубом, где собираются единомышленники, готовые не только обсуждать

Научно-теоретическая конференция



поставленные вопросы, но и проводить мозговые штурмы, предлагать научные идеи, чтобы совместными усилиями накапливать базу знаний, идей и решений.

Модераторами научно-теоретической конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии — 2015» выступили: директор ФГБНУ «НИИГБ», академик РАН, профессор С.Э. Аветисов, чей авторитет и статус в научном мире непререкаемы, и заместитель директора по научной работе ФГБНУ «НИИГБ», профессор В.П. Еричев, специалист высочайшего класса, способный мгновенно проводить всесторонний анализ экспертных оценок, влиять на выработку совместного решения. > стр. 11

VIII Российский общенациональный офтальмологический форум – 2015

Научно-практическая конференция с международным участием

-24 сентября 2015 года в большом конференц-**⊿** зале отеля «Рэдиссон САС Славянская» состоялась восьмая по счету научно-практическая конференция «РООФ-2015». Работе конференции предшествовала Всероссийская школа по ультразвуковой диагностике в офтальмологии, которая прошла в стенах МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Во время работы школы прозвучали глубокие и актуальные лекции по заявленной тематике, состоялась демонстрация методов А- и В-сканирования, клинических случаев в режиме hands-on тренинг. В организации



подобного рода занятий реализуется принцип научного творчества. Обсуждение выдвинутых вопросов, общий поиск ответов, возможность раскрытия и обоснования различных точек зрения обеспечивает дальнейшее совершенствование знаний и проникновение в суть вынесенной для обсуждения проблемы. В работе школы приняли участие коллеги из Великобритании и Франции.

Открывая работу форума, главный офтальмолог Минздрава РФ, директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца,

·· > стр. 5

«Актуальные проблемы офтальмологии с вопросами врожденной аниридии»

Всероссийская конференция с международным участием

-3 июля 2015 года в Чебоксарах прошла Всероссийская ■ конференция с международным участием «Актуальные проблемы офтальмологии с вопросами врожденной аниридии». В рамках конференции организаторами был предложен новый, необычный, для России формат работы, призванный объединить исследователей и врачей, работающих в области врожденной аниридии, медицинских психологов, педагогов, работающих в детских садах и школах для детей с ослабленным зрением, сотрудников Обществ слепых и слабовидящих и, конечно же, самих пациентов с врожденной аниридией.



Создание специальной платформы для совместного сотрудничества врачей, ученых и пациентов стало новым шагом к лучшему пониманию проблемы врожденной аниридии, местом для дискуссии, обмена мнениями и поиска решений. Следует отметить, что опыт подобных совместных конференций широко распространен в Америке и странах Европы, однако в России такой формат общения является достаточно новым. Подобные конференции дают пациентам надежду, а врачей стимулируют к поиску решений пока еще нерешенных медицинских проблем.

------ > стр. 15

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА



«Ранняя диагностика, ...повсеместное внедрение стандартов — гарантия качественной помощи гражданам страны»

Интервью с профессором В.В. Нероевым >стр. 3

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



Консолидация офтальмологического сообщества главный итог РООФ – 2015 Интервью с профессором Л.А. Катаргиной > стр. 10



Когда работа в радость Интервью с к.м.н. Е.И. Деминой > стр. 28

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Междисциплинарное взаимодействие — основа успеха детской офтальмологии

Интервью с профессором Э.И. Сайдашевой > стр. 22

ДОСЬЕ

Профессор В.Ф. Даниличев — клиницист, ученый, педагог

—— > стр. 19

Также в номере:

Событие в поле

зрения > стр. 18, 27, 35

Лекции > стр. 30, 32, 33

В помощь > стр. 36, 38, 39 практикующему

врачу К незримому > стр. 44

солнцу Записки

американской > стр. 46

медсестры

НОВОСТИ

Минздрав России направил письмо в субъекты РФ с просьбой взять под особый контроль проведение вакцинальной кампании

ним из важнейших инструментов решения вопросов демографической политики и доказанной эффективной мерой снижения смертности населения и увеличения продолжительности жизни людей. Значительную долю смертности населения, особенно детей раннего возраста, ями определяют грипп и пневмококковая инфекция. Основным документом, опрежащие вакцинации против инфекционных болезней, а также схемы и сроки иммунипрофилактических прививок», утвержденный приказом Минздрава России № 125 от 21.03.2014. № 125н (далее — Национальный календарь)

Национальный календарь предусматривает обязательную вакцинацию против пневмококковой инфекции детей раннего возраста (2 и 4,5 месяца с ревакцинациучащиеся 1-11 классов, студенты высших



профессиональных и средних профессиональных учебных заведений, взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.), взрослые старше 60 лет, беременные женщины, лица, подлежащие призыву на военную службу, лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосунарушениями и ожирением

страдающие хроническими заболеваниями, поскольку согласно имеющимся данным у больных диабетом при заболевании гриппом в 3 раза увеличивается риск госпиталивации. После перенесенного гриппа и ОРВИ частота обострения сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт) возрастает в 5 раз, в 3 раза чаще возникает инсульт. Особую когорту составляют больные хроническими обструктивными болезнями легких, у которых на фоне гриппа и ОРВИ в 300 раз возрастает летальность по сравнению с лицами, не имеющими данной патологии.

Также в группу особого риска отнесены медицинские работники, которые в период подъема заболеваемости интенсивно вовлечены в эпидемический процесс, поскольку в силу профессиональной специфики имеют наиболее высокий риск заражения гриппом и ОРВИ и одновременно могут являться источником данного заболевания среди пациентов, наиболее восприимчивых к данстран мира вакшинация против гриппа

включена как обязательное условие при заключении трудового договора с медицинским работником.

Охват населения прививками против гриппа в стране ежегодно возрастает. За последние годы он увеличился в 1,6 раза. В то же время обобщенные данные по охвату прививками населения в субъектах Росактивность прививочной компании, проводимой среди особых групп риска.

особый контроль проведение вакцинальной кампании среди всех категорий лиц, обознаособое внимание иммунизации медицинских работников и лиц, страдающих хрони-

Одновременно сообщаем, что в настоящее время Минздравом России проводится и эффективности проведения вакцинации населения, в том числе с учетом заболева-Rosminzdrav.ru

Представители Минздрава России приняли участие в XII Конференции международной организации G-N-N по разработке и внедрению клинических рекомендаций

ктивизация работы по созданию национальных клинических тию национальным по различным рекомендаций по различным медицинским профилям и их внедрение в клиническую и образовательную практику позволит сформировать единые подходы к лечению пациентов с различными заболеваниями и повысить качество медицинской помощи», — сообщил директор Департамента организации медицинской

Евгений Камкин.

как в России, так и в передовых странах мира ведется интенсивная работа по созданию клинических рекомендаций, основанных на доказательных данных высокой

«Суть этой работы заключается в том, что на основе современных методик систе-

помощи и санаторно-курортного дела матического анализа результатов многопентровых клинических исследований осуществляется критический анализ используемых методов лечения и отбираются методики с наиболее доказанной эффективностью, а значит — наиболее полезные и нужные для наших пациентов», — пояснила Елена Байбарина, директор Департамента медицинской помощи детям и службы

В конференции также участвовали ведушие российские ученые — главный внештатный специалист-невролог Департамента здравоохранения Москвы Алла Гехт, старший научный сотрудник Института кли нической кардиологии им. А.Л. Мясникова Юлия Жернакова и вице-президент Общества специалистов доказательной медицины Савелий Бащинский.

Rosminzdrav.ru



№ БИОСОВМЕСТИМОСТЬ

№ БЕЗОПАСНОСТЬ

☆ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Неформальное совещание Подгруппы Россия – ЕС по лекарственным средствам

октября 2015 года в г. Брюсселе (Бель-**/** гия) состоялось очередное заседание Подгруппы Россия-ЕС по лекарственным средствам. В совещании приняли участие представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства иностранных дел Российской Федерации и Росздравнадзора. Данный диалог

Основными темами совещания стали важные для обеих сторон вопросы в облаконодательствах Европейского Союза и Российской Федерации в сфере обращения лекарственных средств, обмен опытом по созданию регионального рынка лекарственных средств, взаимодействие по обмену ственных средств Арсалан Цындымев

информацией по качеству лекарственных препаратов. В том числе были проработаны вопросы расширения сотрудничества между Росздравнадзором и ЕМА (Европейское Агентство по лекарственным средствам).

Сопредседатель диалога Россия – ЕС заместитель директора Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Светлана Аксельрол отметила важную задачу, стоящую как перед Российской Федерацией, так и Европейским ными, эффективными и качественными лекарственными препаратами.

Директор Департамента государственного регулирования обращения лекарпроинформировал, что в настоящее время Россия в рамках сотрудничества ЕЭК ведет ственных средств и медицинских изделий в том числе с учетом опыта ЕС по созданию совещание важно для России с целью обмена положительным опытом, который ЕС

Данный шаг является импульсом для дальнейшего стратегического партнерки и показал готовность обеих сторон к конструктивному обсуждению вопросов

Названы самые востребованные навыки специалистов фарм- и медотрасли

рынке труда в медицинском и фармацевтическом секторе пользуются менеджеры по аптечным сетям и специалисты со знанием стандартов GMP.

К таким выводам пришли аналитики международной рекрутинговой компании Hays. В своем исследовании The Hays Global Skills Index 2015, посвященному анализу рынка труда, эксперты выделили основные тенденции развития в российской медицине и фармацевтике.

В частности, в отчете говорится, что в настоящее время в связи с активным разте с национальными сетями, так и по разпри этом важными критериями для компа-

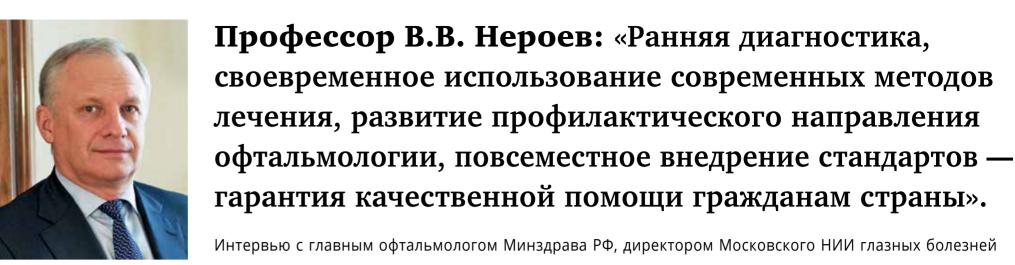
🦰 ольшей популярностью сегодня на того, большой популярностью среди работо- так и его опыт в клинических исследованиях дателей пользуются кандидаты со знанием стандартов GMP и пониманием функционирования производства.

Также растет потребность компаний продуктов. Эксперты отмечают, что квалифицированные соискатели не готовы братьфессионального уровня — «потеря научной составляющей своей деятельности для них очень чувствительна».

менеджер по аптечным сетям. От кандида- советников или региональных медицинтов требуются навыки и опыт как по рабо- ских консультантов растет с каждым днем, витию регионального направления. Кроме ний является как научный опыт соискателя,

Как на рынке медицинского оборудования, так и на рынке фармацевтических препаратов, эксперты выделяют тенденцию в медицинской поддержке безрецептурных к локализации производства. Иностранные компании, локализующие свое производство на территории России, будут оставаться конся за эту работу, считая ее понижением прона закупку в борьбе с отечественными производителями, поясняют аналитики. Таким образом, в международных компаниях «всю Другим трендом, согласно исследова- большую популярность приобретают самонию, является развитие региональных стоятельные позиции среднего звена, целью витием аптечного сегмента наиболее вос- позиций в медицинском и фармацевти- которых является лоббирование интересов требованной позицией у компаний является ческом сегментах. Сеть региональных компании на федеральном и региональном уровне, а также создание спроса на продукты и сервисы».

Vademec.ru



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

— Уважаемый Владимир Владимирович! В сентябре прошел Всероссийский форум Общероссийского Народного Фронта по вопросам здравоохранения, где Вы были модератором тематической площадки «Лекарственное и технологическое обеспечение здравоохранения — резерв для повышения доступности и качества медицинских услуг». Расскажите о результатах мониторинга доступности лекарственных

— На тематической площадке «Лекарственное и технологическое резерв для повышения доступнолуг» были подняты сложные и резонансные вопросы. Обсуждались причины завышенной аптечной стоимости лекарственных препаратов, значительной вариабельности цен в регионах, проблемы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, причины неэфльгот и многие другие вопросы.

В процессе подготовки к форубыла проведена большая работа по оценке доступности и качества лекарственных препаратов для населения. В частности, была проверена 771 аптека в 72 регионах мента современным требованиям. Выяснилось, что более трети гают полным набором наиболее блений и фактов неэффективных востребованных лекарств из спи- трат в субъектах РФ, в том числе ска ЖНВЛП. В 40 регионах хотя бы по причине низкой квалификации один из таких препаратов эксперты специалистов по закупкам.

Большой резонанс вызвало обсуждение проблем обеспечения лекарственными препаратами льготных категорий граждан, в том числе с высокозатратными нозологиями (7 нозологий), выписки анальге-

профессором В.В. Нероевым.

В шести субъектах (Пензенская.

Тульская, Белгородская области,

Республика Дагестан, Хабаровский

край, Приморский край) во всех

аптеках отсутствовало более поло-

вины необходимых лекарств. При

этом во многих регионах, по дан-

ным экспертов ОНФ, препараты за-

стоимости лекарств. Неадекватная

ставляет завышать отпускную цену

препаратов, для которых государ-

мость медикаментов влияют также

большие вложения производителя

условиях сокращения врачебных

кадров и стационарных коек люди

больше занимаются самолечени-

ем, ориентируясь в выборе пре-

парата на рекламу, а не на рецепт

лекарственные препараты тесно

связана с низкой эффективностью

механизма госзакупок в регионах.

Закупки производятся в основном

к удорожанию единицы товара.

Фронта выявил массу злоупотре-

Проблема ценообразования на

Обсуждались причины высокой

куплены и лежат на складах.

После подведения итогов мониная резолюция с рекомендациями, которая направлена в органы законодательной и исполнительной власти, профессиональным и гражданским сообществам.

 В последнее время в связи с импортозамещением в фармацевтической индустрии все чаще можно слышать о расширении доли дженериков в офтальмологии. Существует ли опасность появления лекарственных препаратов, которые были или будут зарегистрированы без проведения исследований биоэквивалентности?

Да. Такая опасность есть. Дженерики — лекарственные

средства, продающиеся под межзванием, либо под патентованным Кроме того, мониторинг Народного названием, отличающимся от фирменного названия разработчика препарата. Дженериками обычно называют лекарственные средства, истек срок патентной защиты.

дицинской практике и замещение ванных препаратов является одной из стратегических целей Всемирной организации здравоохранения при обеспечении более широкого доступа к медицинской помощи.

Эквивалентность дженерика

оригинальному препарату является ключевым вопросом проблемы дженериков в медицине

Следует выделять разные поня тия эквивалентности:

• фармацевтическая эквивалентность:

им. Гельмгольца, заведующим кафедрой глазных болезней факультета последипломного образования

президентом Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов»

МГМСУ, координатором Российского национального комитета по предупреждению слепоты,

- терапевтическая
- эквивалентность

• биоэквивалентность Лекарственные препараты явпяются биоэквивалентными, если они обеспечивают одинаковую биодоступность лекарственного средства. Определение биоэквивалентности является основным требованием при регистрации дженериков, поскольку биоэквивалентные лекарственные средства можно заменять друг другом полнительного терапевтического

Если дженерик разрешен к применению в других странах, он регистрируется в РФ по упрощенной схеме (без определения биоэквивалентности).

дженериков в нашей стране мы в значительной степени доверяем тическими компаниями

Поэтому опасность появления рые будут зарегистрированы без проведения исследований биоэкходим контроль за регистрацией и применением дженериков.

— Не все проблемы можно решить лишь материальной поддержкой от государства. Как прекратить практику неэффективных трат бюджетных средств, как перераспределить простаивающее оборудование в соответствии с нуждами регионов?

 Основными причинами про стоя медицинского оборудования ности, ремонт в помещении, отсутствие технической документации на русском языке, а также дефицит специалистов соответствующего профиля и отсутствие расходных организации работы руководителями медицинских организаций.

На сегодняшний день при реше нии вопроса о приобретении того или иного оборудования необхося оснащенности оборудованием



ния в конкретной медицинской организации. При низкой эффективности работы имеющегося оборудования офтальмологической службе региона необходимо произвести перераспределение простаивающего оборудования между медицинскими организациями, что улучшит доступность и ка-

чество офтальмологической помо-

щи населению в целом по региону.

водителям медицинских организаций рекомендую взять под персональный контроль вопросы эффективной и рациональной эксплуатации медицинского оборудования в учреждениях здравоохранения с учетом входящего потока пациентов, нуждающихся в данном исследовании

 Известно, что стоимость приобретаемого медицинского оборудования для медучреждений в разных регионах значительно разнится. Ценообразование в закупках медоборудования нуждается в едином подходе. Можно ли решить данный вопрос в ближайшее время?

 Действительно, стоимость щественно различаться, подчас в десятки раз, не только между медучреждениях внутри региона.

при закупках медицинских приборов нуждается в едином подходе.

На очередном заседании Центрального штаба Общероссийского Народного Фронта было принято ного комитета ОНФ. Комитет будет проводить общественный мониторинг и гражданский контроль исполнения законов, а также укаственных решений в области про-

Основными направлениями деятельности Промышленного комитета ОНФ будут: участие в формировании стратегии промышленной политики РФ, мониторинг реализашии импортозамешения, поддержка перспективных проектов, анализ эффективности функционирования институтов развития и мониторинг реализации государственных про- ем Правительства РФ от 20 июня онализма врача, качества диаграмм поддержки промышленности, а также сбор и тиражирование луч-Уже запланировано, что до кон-

ца года Комитет проведет мониторинг отдельных позиций, участвующих в ценообразовании, согласно ции, качество обучения в которых «Правилам определения начальной цены», которые основаны на норприобретаемого медицинского мах ст. 19.1 Федерального закона оборудования сегодня может су- от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание регионами РФ, но и в различных услуг для государственных и муни-

✓ Оказывает ЗАЖИВЛЯЮЩЕЕ и местное ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ

√ Обеспечивает «мягкое» заживление БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ РУБЦА

облегчает неприятные ощущения и пролонгирует контакт

. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Корнерегель 2. Корнеопротекция при применении онтактных линз, Г.Б. Егорова, Т.С. Митичкина, А.Р. Шамсудинова, Вестник офтальмогогии № 2, 2014 3. Клинические аспекты спользования препарата Корнерегель, И.А. Лоскутов ж-л «Эффективная фармакотерапия» № 1, 2012

VALEANT BAUSCH+LOMB

Гелевая основа (карбомер) обеспечивает УВЛАЖНЕНИЕ,

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Полную информацию Вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ»: 115162, Россия, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5.

действие благодаря декспантенолу^{1,2}

на фоне снижения воспаления тканей³

действующего вещества с роговицей 1,2

— Как Вы оцениваете государственную поддержку талантливой научной молодежи и развитие

 Подготовка молодых ученых решение о создании Промышлен- как стратегического ресурса страны, в настоящее время имеет особое значение. Президент России Владимир Владимирович Путин особо отметил необходимость гозов и поручений главы государства сударственной поддержки моло-Главным офтальмологам, руко- и иных приоритетных государ- дых специалистов, определил задачи по разработке соответствующей национальной программы, финансированию научных школ, развитию системы молодежных научных конкурсов. В настоящее время государством оказывается активная помощь и финансовая поддержка молодых ученых (премии Президента РФ, премии Правительства РФ, раз-

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

В соответствии с постановлени-2014 г. № 568 разработана «Программа социальной поддержки граждан РФ», в том числе молодых ученых, самостоятельно поступивших в ведущие иностранные образовательные организасоответствует лучшим мировым стандартам, с дальнейшим их трудоустройством в организации Российской Федерации.

личные ведомственные гранты).

— Несколько вопросов по Вашему докладу на РООФ-2015. Во время выступления Вы отметили

декспантенол 5%

При поражениях

воспалительного

характера, при

и конъюнктивы

роговицы

травмах, ожогах

глазной поверхности

и невоспалительного

тивно и быстро решить данный

— Это касается не только офтальмологии. Заболеваемость на- симо от места ее предоставления. селения РФ в последние 5 лет имеет тенденцию к росту по всем классам болезней, включая глаз- изменения форм федеральной ные болезни. В ходе модернизации системы здравоохранения одним из важнейших направле- с которыми госпитализируются ний было определено улучшение качества и доступности мев частности, усиление профилактической работы на уровне первичного звена здравоохранения. Именно здесь — в поликлиниках. здравпунктах происходит первый контакт пациента с медицинским работником, и от профессигностики, соблюдения стандарта обследования зависит выявление заболевания на ранних стадиях и соответственно своевременное

Причинами роста показателей заболеваемости могут быть:

- активное выявление заболеваний во время профилактических медицинских осмотров у пациентов, считавших себя здоровыми, т.е. при высоком уровне профилактической работы заболеваемость

– неблагополучная инфекционная эпидситуация в регионе, которая влечет за собой рост воспалительных заболеваний глаз инфекционной этиологии;

- низкое качество лечения хронических офтальмологических расширен. заболеваний, выявленных у паци ентов в предыдущие годы, их реци-

Поэтому в каждом регионе, как с высокой, так и с низкой заболеваемостью, необходимо провести комплексный анализ ситуации, разработать соответствующие мероприятия, направленные на выработку управленческих решений по офтальмологической заболевае- доступности и высокого качества мости в регионе.

— В настоящее время проводится серьезная работа по формированию нормативной базы российской офтальмологии. Какие клинические рекомендации находятся в разработке?

 На сегодняшний день достигнуты значительные успехи в организации российской офтальмолодательной и нормативной основе. лидности по зрению. и орбиты (у детей и взрослых)».

болеваниям), из них 13 — в этом цинской помощи по всей террито-

Продолжается активная рабо- стандарты медицинской помощи та по разработке стандартов медицинской помощи. Стандарты, в Российской Федерации на сегодкак и клинические рекомендации, няшний день максимально приблидолжны охватить все нозологии жены к аналогичным нормативным в соответствии с классификацией документам в мировой офтальмо-МКБ-10. На сегодняшний день ут- логической практике. верждены 22 стандарта специализированной медицинской помощи

высокий уровень офтальмологи- при заболеваниях органа зрения, ческой заболеваемости в отделье еще 33 подготовлены и переданых регионах. Как можно эффек- ны для утверждения в Минздрав

> Это, бесспорно, шаг вперед к повышению качества оказания оф-

> В докладе Вы отметили статистики в сфере офтальмологии. Какие заболевания, пациенты, вошли в расширен-

Известно, что лечение в кру-

глосуточном стационаре гораздо дороже, чем в амбулаторных условиях. При этом не все заболевания с круглосуточным наблюдением. Мы выбираем тактику лечения наших пациентов в соответствии со стандартами медицинской помоши и клиническими рекомендациями. Но зачастую в стационар направляются пациенты, не нуждающиеся в стационарном лечении. Они занимают койку, которая может быть использована для лечения более тяжелого заболевания, требующего круглосуточного наблюдения медицинских работников. Необходим анализ госпитализированной заболеваемости и оценка обоснованности госпитализации в различных учреждениях и регионах. Поскольку в федеральной статистике обозначены далеко не все заболевания, с которыми госпитализируются пациенты, перечень заболеваний, которые будут указаны в статистических формах, по нашему предложению

Какие пути дальнейшего развития офтальмологии Вы видите в будущем? Какие задачи Вы, как главный офтальмолог Минздрава РФ, ставите перед собой на ближайший год?

 Приоритетным направлением развития российской офтальмологии остается обеспечение равной офтальмологической помощи всему населению страны. Основные усилия следует сосредоточить на ранней диагностике глазных заболеваний и своевременном использовании современных методов лечения, в том числе хирургических и лазерных. Актуальным представляется дальнейшее развитие профилактического направления офтальмологии, которое способствует предотвращению запущенгической службы на единой законо- ных случаев заболевания и инва-

Офтальмологические медицинские В ближайшее время наиболее организации всех уровней осущест- важным представляется повсевляют деятельность в соответствии местное внедрение стандартов мес «Порядками оказания медицин- дицинской помощи и федеральных ской помощи при заболеваниях клинических рекомендаций, оснаглаза, его придаточного аппарата щение офтальмологических учреждений всех уровней в соответствии Утверждены федеральные кли- с «Порядками оказания медициннические рекомендации по 25 оф- ской помощи». Стандартизация тальмонозологиям (по основным, подходов станет основой гарантии наиболее часто встречающимся за- качественной и бесплатной медирии страны. Хочу подчеркнуть, что при заболеваниях органа зрения

Беседу вела **Лариса Тумар**

VIII Российский общенациональный офтальмологический форум – 2015

Научно-практическая конференция с международным участием

22-24 сентября 2015 года, Москва

Организаторы конференции:

Министерство здравоохранения Российской Федерации; ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца»; ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», кафедра глазных болезней факультета последипломного образования; Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов».

заведующий кафедрой глазных болезней факультета последипломного образования МГМСУ, координатор Российского национального комитета по предупреждению слепоты, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», профессор В.В. Нероев сказал: «Российский общенациональный офтальмологический форум стал неотъемлемой частью нашей профессиональной жизни, важней шим объединяющим событием которого офтальмологи нашей страны ждут, чтобы полвести ито ги года, наполненного напряжен ной работой, поделиться успехами и достижениями, обсудить с коллегами наиболее острые вопросы научной и клинической деятельности, наметить планы на будувыступили ректор Московского мелико-стоматологического университета им. Евдокимова, профессор О.О. Янушевич, академик РАН, профессор Л.К. Мошетова. главный внештатный специалист офтальмолог Санкт-Петербурга, профессор Ю.С. Астахов.

участие более 1200 специалистов новился на причинах низкой эфиз 84 регионов Российской Федераликобритании, Германии, Индии, гионах и проблемах обеспечения Италии, США, Франции, Японии.

С докладом «Актуальные вопросы организации здравоохранения и офтальмологической службы» выступил профессор В.В. Нероев. В своем выступлении Владимир Владимирович Нероев проинформировал участников конференции о Форуме Общероссийского Народного Фронта по вопросам здравоохранения «За качественную и доступную медицину». На пяти тематических площадках были выработаны конструктивные предложения по корректировке ситуации и возвращению страны на путь позитивного демографического развития. Молератором тематической площадки «Лекарственное и технологическое ооеспечение здравоохранения — резерв для повышения доступности и качества медицинских услуг» выступил профессор В.В. Нероев. В ходе дискуссий обсуждались вопросы повышения эффективности механизма закупок лекарственных препаратов, проблемы обеспечения льготных категорий граждан лекарственными препаратами. Были затронуты вопросы ценообразования и обеспечения контроля качества лекарственных препаратов.

Профессор В.В. Нероев представил результаты общероссийского мониторинга (около 800 аптек в 72 регионах России) доступности лекарственных препаратов, проведенного рабочими группами ОНФ «Социальная справедливость». Особо была выделена проблема импортозамещения в фармацевтической индустрии и производстве медицинского оборудования.

Основные направления работы конференции:

- Новые технологии в диагностике и лечении заболеваний глаз
- Патология глаз при общих заболеваниях (диабет, ревматические, нейродегенеративные, др.)
- Патогенез и лечение рефракционных и глазодвигательных нарушений — новые горизонты
- Врожденные и приобретенные (кератиты, увеиты) заболевания
- Глаукома: современные подходы к диагностике, медикаментозному и хирургическому лечению
- Фундаментально-прикладные исследования в офтальмологии

ской и медицинской промышленности сегодня составляет 70-80%. чественных медицинских приборов составляет около 1/5, лекарственных средств — около 1/4. Рынок отечественных лекарственных препаратов насчитывает более 820 млрд рублей. Рынок отечественных медицинских изделий около 200 млрд рублей (данные на 2014 г.). Далее докладчик остафективности механизма закупок лекарственными препаратами дицинской помощи, оказываемой

молог Минздрава РФ представил подробный анализ деятельности сии. Как подчеркнул докладчик, по итогам 2014 г. наметилась тенсти ресурсов офтальмологической службы. Продолжается дальнейшее российской офтальмологии. Разработка нормативных докуменоритетных направлений развития отечественной офтальмологии и, прежде всего, дальнейшего повышения качества и доступности ме-

В.В. Нероев остановился на динамике офтальмологической заболе-Федерации. Результаты анализа эпидемиологической ситуации по благоприятную динамику изменений эпидемиологических показаустойчивую тенденцию к снижению инвалидности по зрению. ваемости. Профессор В.В. Нероев подчеркнул, что лица старше трууязвимый контингент в плане офтальмологической заболеваемости,

рефракции являются самой частой патологией глаз у детей и сохраняют лидирующие позиции среди ния. В возрастной группе старше трудоспособного возраста лидирует макулярная дегенерация. По-прежнему сохраняются значимые различия показателей заболеваемости и инвалидности по зрению среди регионов РФ. Основные усилия требуется со-

средоточить на активной работе на уровне первичного звена и караннему выявлению и коррекции аномалий рефракции, предупрежу детей. Профилактическая деятельность среди детей и среди лиц ленная на предупреждение офтальмологических заболеваний, позвоглаз в масштабах всего населения страны. Необходимо дальнейшее онных и лечебно-диагностических мероприятий во всех уровнях здраоказание качественной и доступной офтальмологической помощи возраста. Требуется комплексный подход к организации офтальмостраны с учетом территориальных эпидемиологических особен-



С приветственным словом выступает профессор О.О. Янушевич



Профессор В.В. Нероев — программный доклад «Актуальные вопросы организации здравоохранения и офтальмологической службы»



Выступает профессор Ю.С. Астахов



Гость из Великобритании профессор A. Hatem



С докладом «Механизмы уклонения офтальмопатогенов от иммунного ответа» выступает профессор Ф.Ю. Гариб

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ



Президиум заседания «Патогенез и лечение рефракционных и глазодвигательных нарушений — новые горизонты»



Президиум заседания «Фундаментально-прикладные исследования в офтальмологии»

представил Всемирную программу ВОЗ «Глобальный план действий на 2014-2019 гг. «Всеобщий и обеспечение доступа к помощи людей с нарушением зрения. Далее профессор В.В. Нероев привел писал: «Во всей офтальмологии основной целевой показатель сни- нет проблемы более важной и фун- рассказала о комплексе уникаль- в 7% — обязательны доплаты за ний зрения. К 2019 году он должен давления в сосудах глаза. Решение гностических методик, позволяю- кадрового обеспечения ХК в РФ, Р.А. Гундорова. Развитие идей проснизиться на 25% по сравнению с показателем 2010 г.

Таким образом, отметил докладчик, необходимо: разработать и реализовать интегрированную национальную помощь, планы и программы в области здоровья глаз, обеспечения всеобщего доступа к медицинской помощи; создание межотраслевых проектов и эффективности партнерства.

В заключение профессор В.В. Нероев отметил, что высокая эффективность и результативность работы по улучшению показателей здоро- день методы исследования кро- лучшая диагностическая методика о диагностических технологиях, хи- функции хориоидеи и цилиарновья глаз населения России возможна вообращения глаза, обозначив их для исследования тканевых харак- рургических технологиях. Заверрования с учетом эпидемиологи- лению, ни один из методов не дает тразвуковое сканирование передне- Б.Э. Малюгин подробно остановил- за, а при операции нормализации ческих территориальных особен- точной оценки объемного кровото- го отрезка глаза» соответственно. ся на клинических рекомендациях мембраны Бруха — восстановление наиболее перспективных и важных нерва. Для выхода из создавшейся рассказал о применении высоко- помощи пациентам с возрастной блокирование поступления аннаправлениях, а также на основе ситуации необходимо использо- частотного датчика для исследова- катарактой. конструктивного взаимодействия вать несколько методов в соответ- ния заднего полюса глаза. с компетентными правительствен- ствии с поставленными задачами. ными органами, передовыми обще- Определять одновременно пока- брахиотерапии увеальной меланоственными объединениями, международными инициативами.

Пленарное заседание «Новые технологии в диагностике и лечении но широкому спектру офтальмологических проблем и современным и лечения заболеваний глаз.

измеряем» выступил профессор сокращения. Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург).

вого кровообращения. Более поло-Еще в 1926 году W.S. Duke-Elder антихламидийной терапией. даментальной, чем определение этой задачи не только должно пре- щих при правильном алгоритме то офтальмологи поликлиническодоставить нам единственную логизаболеваний глаза... точное опре- никакие технологии не помогут, на операцию. Офтальмохирурги деление значений этих давлений если нет онконастороженности стационарных клиник консультиимеет первостепенное значение у врача, если осмотр больного руют исключительно направлени в физиологии глаза. Во всей оф- сводится к проверке зрения, а глазтальмологии не существует вопро- ное дно осматривается с узким офтальмохирургов в государственса, который возбуждал бы столько зрачком ненужных противоречий и не поветов». Докладчик перечислил все с докладами «Стандартизирован- ограничения региональных бюдсуществующие на сегодняшний ная эхография в офтальмологии — жетов. Далее докладчик рассказал достоинства и недостатки. К сожа- теристик» и «Высокочастотное уль- шая свое выступление, профессор

нарушения кровообращения в сосу-

для понимания патогенеза многих волокон роговицы (НВР). Докладчик офтальмоаппликаторы.



Президиум заседания профильной комиссии по офтальмологии и детской офтальмологии

кадровое обеспечение, отсутствие

финансируется за счет ОМС, 2% —

вание по-прежнему осуществляет-

года частные клиники получили

вариабельны. В 70% регионов не

ных к ним пациентов. Количество

ных клиниках существенно не ме-

по оказанию офтальмологической

фессора М.М. Шишкина (Москва).

метазона — импланта (разрешен

предложил метод прижизненной оценки НВР. Определение чувствительности и специфичности метода тия полинейропатии — направление, в котором должны развиваться дальнейшие исследования. развитие частного сектора меди-Докладчик представил перспекти- цины, обучающие инициативы, вы применения методики оценки состояния НВР на основе лазерной

конфокальной биомикроскопии. Профессор Э.В. Бойко (Санкт- составит 1 040 000 операций. Ос-Петербург) представил новые дан- новные барьеры для роста хирурные о роли хламидийной инфек- гии катаракты — финансирование, ции в патологии заднего сегмента глаза, которая может поражать клинических рекомендаций. Гово- ная хирургия субатрофии глазного стекловидное тело, нейроэпите- ря об особенностях финансировалий сетчатки, сосудистую оболочку и тем самым вызвать хронический субклинический воспалительный процесс. Регматогенная отслойка за счет ВМП. На сегодняшний день сетчатки в большинстве случаев ас- отсутствуют планы по стандартисоциирована с поражением органа зации тарифа на ХК, финансирозрения хламидийной инфекцией заболеваний, таких как диабетиче- и может рассматриваться как одна ся с учетом койко-дня. Тариф для тической офтальмии может быть ская ретинопатия, глаукома, ВМД, из осложненных форм офтальмо- ФАКО и ЭЭК/ ИЭК единый. С 2015 хламидиоза. В диагностику отслойдоступ к здоровью глаз». Цель дах сетчатки и зрительного нерва, ки сетчатки докладчик порекомен- возможность работать в системе ребрасывается на здоровый глаз. программы — сокращение пред- но и для оценки состояния мозго- довал включать исследование на ОМС, однако предпочитают этого Но после энуклеации здоровый глаз хламидийную инфекцию, а при ее не делать из-за тарифов, жесткого вины патологии глаза обусловлено выявлении хирургическое лечение контроля и бюрократических пре- ной атаки. Есть ли альтернатива в восстановлении здоровья для нарушениями кровообращения. следует дополнять рациональной пон. Доплаты за счет пациента энуклеации? Необходима стиму-

Профессор С.В. Саакян (Москва) разрешены, в 23% — допустимы, ных высокотехнологичных диа- ИОЛ. Что касается особенностей обследования вовремя распознавать го звена обеспечивают диагности-

Профессора из Великобритании

Профессор M. Puech (Франция)

затели системной гемодинамики. мы доложила академик РАН, про-При формировании групп иссле- фессор А.Ф. Бровкина (Москва). Ранибизумаб — прорыв в терапии введение диспергированных аллодуемых больных обязательно учи- На сегодняшний день брахиотера- заболеваний сетчатки: действует плантов) и локальную иммунокортывать возраст, пол, соматические пия является реальной альтернати- на ранних этапах каскада реак- рекцию (малоинвазивная хирургия заболеваний глаз» было посвяще- заболевания. В ходе сравнитель- вой энуклеации при меланоме хо- ций, воздействует на заболевание, диспергированными аллоплантаных исследований обязательно ис- риоидеи (МХ) толщиной до 5,5 мм подавляя проницаемость сосудов, ми). По мнению докладчика, опепользовать один и тот же прибор. и максимальным диаметром до угнетая пролиферацию клеток возможностям их решений, вопло- Наиболее перспективный метод — 15 мм. Эффективность брахиоте- эндотелия, сдерживая миграцию глазной аллоплант стимулирует тившихся в новых технологиях, спектральная ОКТ-допплерография. рапии по степени резорбции мела- эндотелиальных клеток. Ранибиразработанных в России и за рубе- Данный метод позволяет сканиро- номы следует оценивать не ранее, зумаб проникает в сетчатку и бложом для эффективной диагностики вать сосуды в фиксированных объ- чем через 16-18 месяцев. Лучший кирует все известные изоформы ствам идентичен стекловидному емах при очень высоких скоро- исход лечения можно ожидать VEGF-A, приводит к нормализации телу) — последний шанс на зрение С докладом «Исследование кро- стях обработки с целью получения при локализации МХ за экватором толщины и структуры сетчатки. вообращения глаза: что и как мы данных за весь цикл сердечного глаза. В перспективе необходимо Ранибизумаб — единственный ин- добных операций в ФБГУ «Всероссоздать единый протокол БТ с по- гибитор VEGF, зарегистрирован-Академик РАН, профессор С.Э. Аве- следующим контролем за состоя- ный для лечения ВМД, ДМО ОВС ской хирургии» выполнено 68. Исследование кровообращения гла- тисов (Москва) рассказал о новых нием глаза и больного. Необходимо и мХНВ. Докладчик обратил особое

Профессор Б.Э. Малюгин (Mo- FDA) для лечения макулярного сква) в своем докладе обозначил отека при тромбозе ВС, инфекпредпосылки для роста хирургии ционных увеитах и ДМО, а также в «доклинических» стадиях разви- катаракты в РФ. Это — технологи- остановился на афлиберцепте, который пока не зарегистрирован ческие инновации, государственная программа модернизации. в РФ. Подводя итог выступлению, профессор М.М. Шишкин отметил: «Основные направления лечения экономический рост, демографипатологии центральных отделов ческие предпосылки. Потребность сетчатки — профилактика, ранняя хирургии катаракты в РФ в 2019 г. диагностика, целевое лечение, основанное на современных достоверных исследованиях». Профессор Э.Р. Мулдашев (Уфа)

выступил с докладом «Регенератив-

яблока». В начале своего выступления хирургии катаракты, доклад- ния докладчик привел удручающую чик обратил внимание, что 98% ХК статистику: всего в России выполняется 8000 энуклеаций в год, а из них при субатрофии — до 80,6%. Причиной энуклеации при субатрофии является угроза симпатической офтальмии. Суть симпасформулирована следующим образом: аутоиммунная реакция пеможет стать мишенью для иммун-Впервые решилась на органосохраняющую хирургию при субатрофии глазного яблока профессор фессора Р.А. Гундоровой — регенеративный подход. Стимулятором ческую основу для рационально- увеальную меланому. Однако, как ку, диспансерное наблюдение и по- регенерации тканей является аллого понимания патогенеза многих отметила профессор С.В. Саакян, следующее направление пациентов плант. Далее профессор Э.Р. Мулдашев продемонстрировал операцию ревитализации глазного яблока и лал обоснование: создается упруторому полшивается сморшиваюшийся глаз, в дальнейшем на месте лучал бы столько разноречивых от- R. Good и A. Hantem выступили количество ставок и существуют роподобная ткань. При операции реваскуляризации хориоидеи и циго тела. При операции аутолимфотител внутрь глаза, прерывание Современные возможности те- аутоиммунной реакции. Предо-О достижениях и недостатках рапии заболеваний сетчатки были перационная иммунокоррекция определены в выступлении про- предусматривает системную иммунокоррекцию (акупунктурное рация «Открытое небо» (внутрирегенерацию стекловидного тела; регенерат по биофизическим свойпри двусторонней субатрофии. Посийский центр глазной и пластиче-

Профессор М.М. Бикбов (Уфа) за исключительно важно не только подходах к оценке состояния нервных совершенствовать отечественные внимание на использование декса- представил доклад «Стандартный и трансэпителиальный кросслинкинг

роговицы». Кросслинкинг остается патогенетически обоснованным методом лечения кератоэктазий Кросслинкинг роговичного коллагена может применяться при различных стадиях заболевания. Отдаленные результаты показывают, что наиболее эффективным протоколом остается «Дрезденский», однако и модифицированные методы показывают достаточную эффективность. При быстро прогрессирующем течении заболевания целесо образно проведение стандартного кросслинкинга по «Дрезденскому протоколу». При наличии тонкой роговицы и при медленно прогрессирующем течении болезни может быть показано проведение трансэпителиального кросслинкинга. Вопросы, поднятые на пленар

ном заседании, посвященном патологии глаз при общих заболеваниях, «требуют от исследователя и клинициста широкого взгляда с общей патологией, рассматри- лозирующем спондилите (AC)». пациентов. Поражение глаз имело тей во взрослом возрасте главным вая локальные лечебные меры как Докладчик резюмировала, что уве- место чаще при сниженном уровтил профессор В.В. Нероев

вотока при гипертонической болезни и системном атеросклерозе ской когорте совпадает с междуна- ВИЧ-инфекции. рассказала Н.А. Аджемян (Москва). родными данными. Задний увеит При субклиническом атеросклерозе бульбарных сосудах соответствуют вышение индекса периферическо- значна. Частота увеита при ББ различного генеза. го сопротивления в центральной связана с этнической принадлежноартерии сетчатки и задних корот- стью пациентов. Системная протиких цилиарных артериях (ЗКЦА) вовоспалительная (ГК) и базисная (в системе ретинальной и хориоидальной циркуляции). При артери- рапия показана всем пациентам альной гипертензии (АГ) I-II степе- с увеитом при ББ. Тяжелый рецини выявлено повышение RI в ЗКЦА. дивирующий увеит при ББ и AC — При наличии сочетанной патоло- показание для назначения ингибигии изменение глазного кровотока торов ФНО-альфа. Ранняя диагноносит более выраженный харак- стика и своевременная активная тер со значительным увеличением терапия ББ и АС позволят избежать вазорезистентности. Ультразвуко- тяжелых последствий, в том числе вое дуплексное сканирование бра- связанных с поражением глаз. хиоцефальных артерий позволяет диагностировать ранние признаки бинск) в своем выступлении переатеросклеротического процесса числила ревматические заболевания, и сосудистых деформаций (гипер- сопровождающиеся поражением тонической макроангиопатии), глаз: спондилопатия (спондилоаркоторые свидетельствуют о необходимости мониторинга состояния артрит при НЯК и болезни Кроглазного кровотока у пациентов на, ювенильный идиопатический с АГ I-II степени и CA.

В.О. Соколов (Санкт-Петербург) считает, что широкое применение стемная склеродермия, полимиозит, допплерографии, КТ, УЗ-методов системные васкулиты. В 10-12% затруднено из-за высокой стоимо- глазные симптомы являются персти и отсутствия высококвалифи- вым признаком системного забоцированных специалистов. Научно левания и могут предшествовать установленная связь глазной цере- развитию артрита и других систембральной гемодинамики позволяет ных проявлений на несколько лет. использовать данные исследования Аутоимунный процесс при ревмакровообращения глаза при нарушении проходимости брахиоцефаль- в воспаление коллагенсодержащие ных артерий (БЦА). Данные гемо- структуры органа зрения. В воспадинамики и функционального со- лительный процесс вовлекаются стояния глаза можно использовать конъюнктива, эписклера, склера, на контрастную ангиографию БЦА. сосуды и ткань сетчатки. Частота Выводы доклада «Исследование развития клинических форм порагемодинамики глаза в диагности- жения глаз зависит от нозологии ке нарушений проходимости бра- ревматического заболевания. хиоцефальных артерий» сводятся В.Э. Танковский (Москва) в док следующему: применение раз- кладе «Синдром острого некроза личных методов исследований сетчатки как проявление хронигемодинамики и функций глаза ческой системной вирусной инв определенном комплексе повы- фекции» продемонстрировал цифшает их диагностическое и прогноры больных с генерализованными стическое значение в определенной увеитами. Синдром острого некростепени и локализации окклю- за сетчатки в подавляющем бользионно-стенотических процессов шинстве случаев протекает на фоне в БЦА по сравнению с диагности- реактивации вирусов простого герческой значимостью каждого от- песа. Наличие современных протидельного метода. Диагностический вовирусных препаратов позволяет алгоритм на основе комплекса эффективно купировать воспалигемодинамических и функциональ- тельный процесс. ных офтальмологических параметров позволяет с высокой степе- рассказала о поражении глаз у нью точности идентифицировать ВИЧ-инфицированных пациентов нарушение проходимости БЦА на Пермского края, акцентировала основе единого обобщенного ко- внимание на том, что при глазличественного критерия.



увеита при ББ (58,9%) в россий-

характерен для ББ (71,7%), перед-

нием основного заболевания. При

(циклоспорин А, азатиоприн) те-

Профессор Е.А. Дроздова (Челя-

триты), псориатический артрит,

артрит, ревматоидный артрит,

Профессор Т.В. Гаврилова (Пермь)

ной патологии, сопровождающейся

системная красная волчанка, си-

Профессор Е.С. Луцевич (Москва) представила биомеханипоказатели максимальной систоли- ний — для АС (53,8%). Активность ческие основы изменений топоческой скорости кровотока в ретро- увеита при ББ совпадает с обостре- графии ретробульбарной части орбитального пространства в диа-

тяжесть клинических проявлений

мозга, сетчатки и зрительных пуит — серьезное проявление ББ и не CD4 клеток. Большинство больется ограниченная нейропластич-АС, определяющее прогноз и ка- ных с тяжелой глазной патологией ность. В качестве перспективной обсуждались на пленарном заседа-Об особенностях глазного кро- чество жизни пациента. Частота не получали АРТ, которая снижает терапевтической стратегии сегод- нии, посвященном рефракционным ня рассматривается реактивация во взрослом мозге окон высокой пластичности, свойственных критическим периодам в развитии возрастной норме. Отмечается по- АС связь с активностью не одно- гностике оптической нейропатии зической активности на когнитив- ности Ю.З. Розенблюма, история ные функции, которые проявляются отечественной школы оптометрии.

зрения, подробно остановился на фрактальной стимуляции. препятствием для лечения счита- патогенеза рефракционной и гла-

Принципы разумного сочетания тактической и стратегической оптической коррекции, изучение и глазодвигательным нарушениям. Заседание открыла О.В. Проскурина (Москва) с мемориальной лекшией. посвященной 90-летию со дня рожмозга для восстановления по- дения профессора Ю.З. Розенблюма. врежденных нейрональных цепей. В выступлении подробно были рас-Докладчик рассказал о влиянии фи- смотрены этапы научной деятель-



Президиум заседания «Врожденные и приобретенные заболевания глаз у детей»







Профессор Л.А. Катаргина, академик РАН, профессор Л.К. Мошетова, профессор Ю.С. Астахов



Обсуждение докладов продолжается и в перерывах между заседаниями

активации клеточных элементов,

сирования миопии: оптической

кон (RNFL). Сочетание бескон-

нического изучения.

Стратегия профилактики возникновения миопии и ее прогрессирования была сформулирована в программном докладе профессора Е.П. Тарутты (Москва). Основные выводы сводились к следующим тезисам: ингибирование активности ММР; стимуляция синтеза коллагена и протеогликанов; RALDH2 (ретинальдегиддегидрогеназа 2) — зрительно регулируемый энзим, влияющий на синтез atRA: индуцированный миопический дефокус центральный и/или периферический; улучшение аккомодации гемодинамики: повышение кросслинкинга колла-

Академик РАН, профессор С.Э. Аветисов (Москва) выступил с докладом «Коррекция рефракционнных нарушений, индуцированных изменениями хрусталика при синдроме Марфана». Для кор- тактной оптической биометрии обретенные (кератиты, увеиты) рекции возможно использование как традиционных, так и хирургических методов. Выбор метода зависит от нескольких факторов: степени эктопии хрусталика, весталикового астигматизма, риска формирования амблиопии. Воз- (Воронеж) представила динами- ставлять в их взаимодействии существенно снизить частоту воз- нейропатии. Ямка ДЗН прикрыта можность полноценной хирурги- ку цветоощущения при различ- в офтальмопедиатрии, поскольку никновения фиброза капсульного клапаном, который приподнической коррекции, в частности ных видах аметропий. Известно, растуший детский организм обя- мешка, требующего проведения мается в момент систолы и прорепозиции капсульного мешка что заболевания нейросенсорного зывает врача любой специально- повторных хирургических вмеша- пускает порцию ликвора внутрь и эндокапсулярной фиксации аппарата глаза сопровождаются сти, не только офтальмолога, при тельств у детей раннего возраста. глаза. При расположении ямки ИОЛ, существенно зависит от не только изменением остроты лечении конкретного заболевания Наличие мезодермальной дистро- у края ДЗН жидкость поступасохранности цинновой связки.

сква) представила новые страте- Нарушения свето- и цветовоспри- Учет общего состояния здоровья микрофтальма являются фактором механизмом развития отслойки гии склероукрепляющего лечения нимающего аппарата глаза сопут- и системной патологии при лечемиопии. Цель работы: создание ствуют патологии органа зрения, нии врожденных и приобретенных новых эффективных технологий так как отражают функцию сет- заболеваний глаз у детей — осносклероукрепляющего лечения чатки и зрительного нерва. прогрессирующей миопии: UVA- М.В. Епишина (Москва) в сво- ориентированной терапии. В рам- стированной хирургии катаракты ологии. Суть патогенетической хикросслинкинга коллагена склеры ем выступлении изложила мало- ках «РООФ-2015» именно в этом у детей. Проведение автоматизизаднего полюса глаза и комби- изученные аспекты ортокерато- ключе рассматриваются детские рованного капсулорексиса с понированного воздействия — ме- логической коррекции: впервые кератиты и увеиты, врожденная мощью фемтосекудного лазера (ВПМ) самодостаточно. Подководикаментозного кросслинкинга проведенное исследование глаз- глаукома и катаракта, заболева- в хирургии катаракт у детей по- образное удаление ВПМ привов сочетании с антидистрофиче- ного кровотока на фоне использо- ния зрительного нерва и другие зволяет исключить техническую дит к гиперфильтрации жидкости ской терапией. Докладчик подроб- вания ночных ОК-линз не выявило офтальмопатологии у детей». но рассказала об эффективности его существенных изменений. применения субтеноновых инъ- В ранние сроки от начала ОК- Минздрава РФ, профессор Л.А. Ка- Формирование центрированного и субретинальным давлением, обекций склератекса. Применение коррекции отмечены: незначи- таргина (Москва) представила кругового капсулорексиса задан- уславливая полное прилегание препарата позволяет существенно тельное снижение максимальной программный доклад «История ного размера и оптимальная капповысить структурно-биомехани- систолической скорости крово- детской офтальмологии в РФ». сульная фиксация ИОЛ способствуческую стабильность ткани скле- тока в глазной артерии, тенден- В своем выступлении Людмила от улучшению анатомо-функциоры и улучшить ее трофику за счет: ция к снижению этого показателя Анатольевна рассказала о детских нальных результатов.



Осмотр выставки офтальмологического оборудования и лекарственных препаратов

(ЦАС) и медиальных задних ко- Гельмгольца», сообщила о формиротких цилиарных артериях и незначительное повышение в латеарных артериях. Через год после использования ОК-линз все исслемики возвращаются к исходному уровню, а максимальная систолическая скорость в ЦАС незначительно превышает последний. О влиянии силы оптической

нагрузки на состояние глазного сового глазного кровотока носят пии. По данным дуплексного сканирования экстраокулярных сосудов, дефицит кровотока выявлен в глазной артерии, центральной образования дополнительных со- артерии сетчатки, задних коротна ее поверхности; повышения При полной коррекции миопии геновые структуры склеры попе- но увеличение пульсового глазнов 1,9 раза. Результаты проведенно- ции. При миопии высокой степени го экспериментального исследо- указанные показатели оставались склератекс для дальнейшего кли- ка на близком расстоянии при мизывающие на целесообразность ного кровотока и снижением внуприменения двух оптических триглазного давления. Изменения методов мониторинга прогрес- гемодинамических показателей биометрии и измерения толщины ции миопии и зрительной нагрузперипапиллярных нервных воло- ки не выявлены. Секция «Врожденные и при-

и ОСТ позволяет расширить ин- заболевания глаз у детей» была терпретацию биометрических дан- представлена широким спектром зрения, но и ухудшением цве- следить за нормальным развитием ва эффективной патогенетически

в центральной артерии сетчатки научных отделах «МНИИ ГБ им. ровании детской офтальмологии в учреждениях Москвы, Санкт-Петербурга, развитии офтальмологической службы в Республике Башкортостан, доложила о становлении детской офтальмологии было проанализировано современное состояние офтальмопедиатрии в РФ, рассмотрены вопросы законодательной базы современной мологии. «Без прошлого нет будукровотока рассказала А.Т. Кара- щего». Сегодня множество людей петян (Москва). Показатели пуль- особенно молодежь, не понимают, зачем нужно знать историю. Ответ достоверно убывающий характер очевиден: необходимо анализиров зависимости от степени мио- вать ошибки прошлого и приобретать бесценный опыт», — подчер-

кнула профессор Л.А. Катаргина. зала о применении дифференцированных методик хирургии однозований соединительной ткани опии средней и высокой степени. у детей. Односторонняя врожденная катаракта у детей характериуровня стабилизирующих колла- слабой и средней степени выявле- зуется выраженным клиническим полиморфизмом помутнения хруречных связей на 15-18%; увели- го кровотока и объема импульса сталика, наличием сопутствующей чения модуля упругости склеры по отношению к неполной коррек- глазной патологии, изменением формы капсульного мешка, амблиопией высокой степени. Метования позволяют рекомендовать неизменными. Зрительная нагруздики позволяют провести внутрикапсулярную имплантацию ИОЛ опии слабой и средней степени не- при осложненных формах хруста-Профессор В.В. Страхов (Ярос- зависимо от полноты коррекции лика, наличии выраженных измелавль) представил результаты, ука- сопровождалась увеличением глаз- нений передней и задней капсулы хрусталика, заднего лентиконуса; в зависимости от полноты коррек- осложнений; улучшить качество реабилитации детей с односторонними врожденными катарактами.

казала динамику состояния капсульного мешка после удаления врожденной катаракты у детей ных и предполагает возможность научных докладов. Профессор с микрофтальмом. Выполнение клинической трактовки состояния В.В. Нероев обозначил суть про- первичного заднего капсулорекрастушего глаза в мониторинге блем, которые обсуждались экс- сиса в ходе хирургического лечепертами. «Весь комплекс патоге- ния врожденной катаракты в соче- бург) представил хирургическое Профессор М.А. Ковалевская нетических звеньев нужно пред- тании с микрофтальмом позволяет лечение ямки ДЗН, осложненной фии радужки с нарушением диа- ет под нейроэпителий сетчатки Профессор Е.Н. Иомдина (Мо- торазличительной способности всех органов и систем ребенка. фрагмальной функции зрачка и и вызывает ее отслойку. Пусковым риска для раннего формирования нейроэпителия при ямке ДЗН яв-

вил результаты фемтолазер-асси- при гидроцефалии различной этипогрешность этой процедуры, де- сквозь сетчатку, что нивелирует Главный детский офтальмолог лая методику более безопасной.

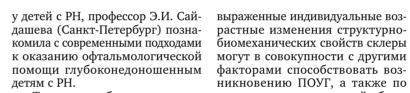
Е.В. Мазанова (Москва) доложила о значении дренажной хирургии при детской глаукоме. Применение дренажей при врожценной глаукоме не представляет особой сложности и позволяет продлить гипотензивный эффект перации и обеспечить хороший уровень ВГД, способствующий замедлению прогрессирования глаукомной оптической нейропатий и стабилизации зрительных функций.

О.И. Максимова (Курган) поделилась многолетним опытом хирургического лечения врожденной глаукомы у детей. Выводы, сделанные докладчиком, могут быть сформулированы следующим образом: базальная иридэктомия в сочетании с гипотонией может являться операцией выбора при ранней диагностике врожденной глаукомы. Диагностика врожденной глаукомы в начальной стадии позволяет уменьшить объем хирургического вмешательства и добиться компенсации процесса. Достоверно диагностировать глаукому у детей раннего возраста можно только при углубленном офтальмологическом обследовав Самарской области. В докладе нии в условиях наркотического сна, но при клинических проявлениях глаукомы целесообразно совместить исследование диагностическое с последующей операкоррекции миопии и зрительной отечественной детской офталь- цией за одно анестезиологическое пособие. В некоторых случаях выбор лучшего глаза для первого оперативного вмешательства позволяет сохранить более высокое зрение хотя бы на одном глазу и избежать инвалидности. Н.Н. Арестова (Москва) пред-

мии, иридотомии и др.).

Я.В. Байбородов (Санкт-Петер-И.С. Зайдуллин (Уфа) предста- го давления, которое наблюдается рургии: локальное удаление внутренней пограничной мембраны градиент между внутричерепным нейроэпителия.

Л.В. Коголева (Москва) описала организацию системы профилактики слепоты и слабовидения



«Тяжелая проблема взрослого

проблему глаукомы с позиций нейрофизиологии, иммунологии, 1В1; 12-16% людей с ПОУГ имеют биомеханики, генетики, хирургии. мутации в гене OPTN. Есть мно-С докладами выступили профессор гоцелевая база данных по клини-М.В. Зуева (Москва), Дж.Н. Ловпа- чески значимым мутациям (SNP) че (Москва), профессор Е.Н. Иом- в геноме человека и формировании дина (Москва), А.Н. Журавлева групп наиболее информативных офтальмологических заболеваний, (Москва), профессор В.П. Еричев полиморфизмов, ассоциированных сопровождающихся окислитель-(Москва). На основании их высту- с риском развития мультифакториплений можно сделать следующие альных заболеваний. Есть возможвыводы: 1. В будущих эксперимен- ность определять мутации в структальных и клинических исследо- турных генах, которые участвуют плексной терапии офтальмологиваниях предполагается изучить в метаболизме клеток трабекулярпотенциал использования не- ного аппарата глаза. Есть понималинейной световой стимуляции ние процессов, ведущих к повреж- ного давления и окислительным сложной пространственно-вре- дению нейрона зрительного пути стрессом. Докладчик представименной структуры как новой тера- при ГНД. Существует тактика ве- ла общую стратегию синтеза нопевтической стратегии в лечении дения больного при наличии гене- вых лигандов мелатонинового аномалий созревания и старения тических аномалий в гене МҮОС; сайта связывания МТЗ. Для серии зрительной системы со специаль- 5. При назначении гипотензив- новых лиганлов изучено их влиными аспектами ее возможностей и ной терапии важно учитывать не яние на внутриглазное давление в лечении глаукомной оптической только эффективность, но и сте- в тестах in vivo на кроликах. Найнейропатии; 2. Иммунодиагности- пень риска развития нежелатель- ден ряд соединений, гипотензив- ния адгезии клеток в пласте и их ской офтальмологии при Экспертка может быть вариантом ранней ных явлений; длительная медика ный эффект которых превыша диссоциация с последующей мигра ном совете Министерства здраводиагностики глаукомы, поскольку ментозная терапия возможна при ет эффект мелатонина и сравним цией, что играет большую роль на охранения Российской Федерасбой иммунорегуляции происхо- условии доступности и эффектив- с современным лекарственным дит намного раньше, чем изме- ности препарата, гарантии высо- препаратом тимололом. Получены этих процессов на ранней стадии выставка офтальмологического няются функции и, возможно, это коквалифицированного наблюде- соединения, антиоксидантная ак- ПВР является перспективным на- оборудования и инструментария, поможет понять, где граница меж- ния; отсутствии нежелательных тивность которых по отношению правлением в профилактике этой лекарственных препаратов от веду физиологической инволюцией явлений. В случае неуспеха лучше к гидроксил-радикалу в тестах патологии. и болезнью. Лечение плазмофоре- избегать некорректного усиле- in vitro на 4 порядка превышает А.В. Милингерт (Москва) с групзом, как и при лечении классиче- ния режима и обсуждать вопрос эффект мелатонина и сравнима пой авторов определили биомехаских аутоиммунных заболеваний, о смене тактики. Неадекватная с действием стандартного антиок- нические особенности склеральной может быть перспективным при длительная терапия может быть сиданта тролокса. Найдены пре- ткани с учетом возраста и передглаукоме, учитывая значительно причиной неуспеха антиглаукомсниженную иммунореактивность ной операции. у больных глаукомой. Иммуно- Наряду с вышеуказанными досупрессивная терапия при гла- кладами было заслушано 15 до- собностью эффективно снижать ные показатели фрагментов скле- обходимо общаться, обмениватьукоме может причинить вред, кладов, среди них: «О морфоло- внутриглазное давление. ционирования нейронов необхо- оттока» (профессор А.В. Золота- ла о возможностях оценки функ- значения у лиц старше 60 лет, од- все это способствует укреплению дим баланс антител и антигенов; рев, Самара), «Гидродинамическая ционального состояния эпителия нако сохраняется неоднородность 3. Индивидуальный риск прогрес- концепция в патогенезе глауко- глазной поверхности in vitro ме- показателей по областям с тенденсирования глаукомного процесса мы» (профессор Е.А. Егоров, Мотодом СЭМ. Данные, полученные цией к уменьшению к заднему пово многом определяется взаимоот- сква), «Новые диагностические группой авторов, свидетельствуют люсу глаза, что может иметь знами свойствами склеры, роговицы, Н.И. Курышева, Москва) «Эндоско- ют способность к организации оптиконейропатии. Наименьшими структур ДЗН, взаимодействием пическая хирургия в лечении гла- микрорельефа собственной по- биомеханическими характеристи-

факторами способствовать возмеханизму отрицательной обратконтингента больных — глауко- ной связи — прогрессированию чах, одно из заседаний форума биомеханических свойств корнеопосвящено современному подходу склеральной оболочки глаза при глаукоме может служить сниже- фундаментально-прикладным исму и хирургическому лечению ние корнеального гистерезиса; следованиям в офтальмологии. различных форм глаукомы»,— от- 4. Гены, приводящие к развитию первичной глаукомы: 2-10% людей В этом году организаторы кон- с первичной глаукомой имеют муференции предложили рассмотреть тации в гене МУОС; 20-50% людей с ПОУГ имеют мутации в гене СҮР

растные изменения структурно-

биомеханических свойств склеры

поскольку для нормального функ- гии и функции увеосклерального А.М. Суббот (Москва) рассказа- с возрастом и имеют наибольшие пути решения острых проблем, ношением между биохимически- маркеры глаукомы» (профессор о том, что клетки in vitro сохраня- чение в развитии глаукоматозной этих структур с уровнем нагрузки укомы» (профессор R. Camarra, верхности, сходной с таковой ками обладают фрагменты склеры (ВГД). Возможно, исходно более США) и др.

шеперечисленных проблем может глазной поверхности с исполь- изменения биомеханического быть найдено только при глубоком могут в совокупности с другими понимании причин их возникновения. А это достигается на основе состояний, связанных с дефициникновению ПОУГ, а также по фундаментального изучения патогенетических основ развития тех или иных заболеваний глаз», ма — не сходит с повестки дня, плаукомного поражения. Клини- резюмировал профессор В.В. Не- в регуляции пластичности клеческим показателем нарушения роев. Новейшие достижения этого направления обсуждались на эпителия человека in vitro». Пласпециальной сессии, посвященной

Организаторы и участники форума

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

На пленарном заседании, посвященном «Фундаментальноприкладным исследованиям в офтальмологии» было заслушано

16 докладов В докладе Н.А. Лозинской (Москва) «Новые лиганды мелатонинового рецептора МТЗ-подтипа на основе 2-оксиндола и перспективы их применения для лечения ным стрессом» впервые показана новых аналогов мелатонина в комческих заболеваний, сопровождающихся повышением внутриглаз-

интактной ткани. Предлагаемый с миопическим типом рефракции,

том слезы.

А.В. Кузнецова (Москва) представила доклад «Участие WNT7A стичность клеток ретинального пигментного эпителия (РПЭ) человека является причиной пролиферативных процессов в заднем отделе глаза, приводящих к нарушению зрения. Современные клеточные технологии дают возможность in vitro изучать влияние сигнальных молекул на клетки РПЭ человека с оценкой регенеративных ответов, что открывает широкие возможности для поиска фундаментальных механизмов, регулирующих эпигенетическую трансформацию клеток сетчатки. Группа исследователей изучила влияние Wnt7a лиганда на дедифференцированные in vitro клетки

РПЭ взрослого человека. Н.Л. Лепарская (Москва) доложила о роли цитокинов и факторов роста в патобиологии эпиретинальных мембран. Проведенное экспериментально-морфологическое исследование показало, что основной направленностью действия PDGF при интравитреальном его введе нии был ретинальный пигментранней стадии ПВР. Блокирование

«Адекватное решение всех вы- способ визуализации эпителия что обуславливает выраженные зованием СЭМ может быть при- статуса по сравнению с другими менен для изучения различных типами рефракции. В будущем представится возможным разработать метол инвазивного воздействия на фиброзную оболочку глаза для стабилизации глаукома-

> тозных изменений. Г.М. Арсланов (Уфа) с соавторами изучили гистологические и функциональные изменения сетчатки глаз кроликов при различных сроках тампонады полости стекловидного тела перфтор-1.3лили безопасный срок тампонады. На основании результатов морфологического и ЭРГ-исследования на глазах экспериментальных животных допустимым безопасстекловидного тела перфтор-1.3диметилциклогексаном является

Как и на прошедшем форуме. в 2015 году свои работы активно представили молодые ученые. «Они с энтузиазмом берутся за грудные задачи и штурмуют новые рубежи, используют новые форматы и суперсовременные информационные технологии, что позволяет надеяться на серьезные продвижения офтальмологической науки», — сказал профессор

В рамках конференции были проведены: заседание профильной комиссии по офтальмологии и детции: сателлитные симпозиумы. дущих отечественных и зарубежных фирм-производителей.

VIII Российский общенациональный офтальмологический форум в очередной раз показал параты комплексного действия. незадней оси глаза. В результате большую заинтересованность офобладающие не только антиокси- исследований были сделаны сле- тальмологов в проведении такого дантной активностью, но и спо- дующие выводы: упруго-прочност- масштабного мероприятия. Неральной ткани увеличиваются ся мнениями, спорить и находить отношений, а также помогает ничества на следующий год.

> Материал подготовила Лариса Тумар Фото предоставлены оргкомитетом конференции «РООФ-2015»



ставила локлал «Лазерное лече-Т.Б. Круглова (Москва) расска- ние кист переднего отдела глаза v детей». Докладчик считает обоснованным рекомендовать: аксудов и формирования новообра- ких цилиарных артериях при ми- сторонних врожденных катаракт тивно направлять на раннюю лазерную хирургию детей с кистами переднего отдела глаза любого размера, не допуская длительного наблюдения за ростом кист без попыток лазерного лечения. Следует пропагандировать лазерное лечение кист переднего отдела глаза как высокоэффективную и малокальной хирургии или неинвазивную попытку сохранения глаза как рабельных случаях. Рекомендуется шире проводить под наркозом лационных и послеоперационных до 5 лет и неконтактных детей более старшего возраста с нистагмом, отсутствием фиксации взора. Целесообразно совмещать Е.Г. Полянская (Москва) по- плановые комплексные офтальпод наркозом с одновременными лазерными операциями (цистото-



АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



Консолидация офтальмологического сообщества главный итог VIII Российского общенационального офтальмологического форума

Интервью с главным детским офтальмологом РФ, заместителем директора по научной работе ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», профессором **Л.А. Катаргиной** по итогам научно-практической конференции с международным участием «РООФ – 2015»

Уважаемая Людмила Анатольевна! Подведите, пожалуйста, итоги конференции. Назовите основные направления офтальмологии, по которым, на Ваш взгляд, необходимо двигаться вперед ускоренными темпами.

ции, на мой взгляд, явилась дальнейшая консолидация нашего офтальмологического сообщества.

Праздничная и доброжелательная атмосфера, царившая на форуме, очень способствовала плодотворному общению и обсуждению кальных, знание современной литераном докладе ни слова не было сканаличии взаимопонимания между насущных проблем современной офтальмологии. Вряд ли можно вы делить какие-то основные направления, все они требуют внимания. Хотя Вы правы, в первую очередь необходимо развивать эффективные методы профилактики и лечения тех заболеваний, которые составляют существенную долю в структуре инвалидности. Это, с одной стороны, неинфекционные заболевания, связанные с возрастом (глаукома, ВМД и др.), а с другой стороны — врожденные заболевания глаз и ретинопатия недоношенных. Ведь инвалиды по зрению с детства — это тяжелый социальный груз на многие годы.

Но ведь для нас важны не только инвалидность, но и качество жизни. И тогда на первый план выходят такие проблемы, как «сухой глаз», пресбиопия и др. Так что заниматься все-таки следует всем кругом офтальмологических проблем.

— Хочу поговорить о формировании научной программы конференции, которая сродни созданию концертной программы. Как Вам удается отметить самое интересное, самое злободневное и в то же время логически увязать все вопросы между собой?

— В планировании работы форума мы стараемся чередовать различные темы, чтобы не говорить одно и то же, как это, увы, бывает лен выбор темы доклада?

на некоторых конференциях. Думаю, что удачной была секция «Изменения дение подходов к проблеме с позиции специалистов различного профиля было очень продуктивным. Действипрограммы — мучительный и дли- вестного профессора Д. Тэйлора тельный процесс, но в то же время очень творческий. Помогает в этом опыт посещения конференций раз- Петербург. Тема доклада — истоличного уровня, от всемирных меж- рия детской офтальмологии в мире. дународных до региональных и ло-

— Безусловно, самая важная часть любой конференции — доклады, в ходе которых участники могут поделиться своим опытом, рассказать о новинках и познакомиться с наработками коллег. Назовите доклады, которые, по Вашему

туры и потребностей офтальмологов.

— На этот вопрос я не хочу отвечать, так как мне понравились многие доклады. Думаю, что кажв обсуждение насущных проблем. Другое дело, что кто-то был артистичным и вел себя как мэтр, а ктото делал доклад более сдержанно и корректно, без «спецэффектов».

был доклад В.В. Нероева, в котором с позиции общих задач, стовоохранением, были рассмотрены офтальмологические проблемы и при кардиопатологии, гипертодана конкретная их оценка. Такой взгляд «с высоты птичьего полета» помогает по-новому оценить наши

— Отрадно отметить, что Ваш программный доклад был посвящен истории детской офтальмологии в России. Не так часто приходится слышать на конференциях подобные выступления.

Новый магнито-лазерный офтальмологический аппарат для

орбитального и транскраниального воздействия

"АМО-АТОС-ИКЛ"

Предназначен для безмедикаментозной или местной лекарственной терапии

использованием бегущего магнитного поля и бегущего ИК-лазерного излучения

нарушением внутриглазного давления и микроциркуляции в структурах зрительного

болеваний глаз, сопровождающихся отечным компонентом, воспалением или

Оба фактора - магнитное поле и ИК-лазерное излучение вращаются вокруг

 О том, что нужно знать историю и чтить своих учителей даже

побудительным мотивом к этому докладу, явилось выступление изна конференции EPOS, проходившей в июне сего года в г. Санкт-И, представьте себе, в этом обширзано о развитии и достижениях детской офтальмологии в России и бывшем СССР. Это нас настолько удивило и возмутило, что мне приствующих на дату открытия детского офтальмологического отделения в г. Москве (1900 г.), а профессор Н.Ф. Боброва эмоционально выступала с места, акцентируя внимание тальмологии в Одессе.

Обсудив эту ситуацию в кулуарах, мы пришли к выводу о необходимости освещения этой темы на мероприятиях различного ранга. Результатом и явился этот доклад, обращенный во многом к молодым офтальмологам.

— Необходимо отметить, что серия докладов была посвящена причинно-следственным связям заболеваний органов зрения нической болезни, системном атеросклерозе и др. Свое выступление кардиолог, профессор О.М. Драпкина начала с высказывания С. Behr, немецкого офтальмолога XIX века: «Каждая болезнь организма влияет на орган зрения, всякое заболевание органа зрения влияет на весь организм». Каковы принципы эффективной терапии поражения

Показан для лечения взрослых и детей от 5 лет при:

глаз при общих заболеваниях», кото- не буду говорить. Хотя можно было при общих заболеваниях, была встречается в практике работы рую мы проводили впервые. Обсуж- бы привести целый ряд цитат из одной из наиболее интересных. Непосредственным толчком, система в целом вовлекаются в пасимптомы нередко являются край-

тологический процесс при огромне важным маркером общего за-Успешное же лечение подобных состояний возможно лишь при специалистами различного профиля, что и продемонстрировали многие докладчики — В работе форума была пред-

ставлена секция «Молодые ученые». На Ваш взгляд, какие мотивационные схемы можно использовать среди молодых специалистов для

— Амбиции молодых ученых можно удовлетворить участием в программах и различными призами, однако, к сожалению, материальные проблемы не позволяют проявлять себя в науке. Нередко они вынуждены дополнительно фицит финансовых средств. Да, существуют различные гранты, премии Президента и Правительства, но это капля в море, а не массовая поддержка молодых ученых.

— Как Вы думаете, какое место в текущей исследовательской работе молодых специалистов занимают отраслевые отечественные и зарубежные научные журналы?

— К сожалению, многие молодые ученые предпочитают пользоваться абстрактами зарубеж- вопросы ных работ, представленными в Pubmed, Medline и других базах. Глубокое погружение в проблему

нарушениях аккомодации (спазм, ПИНА, коррекция вегетативной нервной системы)

амблиопии (стимуляция зрительного пути в сочетании с цветодинамической

глаукома (снижение внутриглазного давления, нейропротекция всех отделов

настичной атрофии зрительного нерва (нейропротекторная терапия)

 Думаю, что секция, посвя- с изучением первоисточников, современной молодежи. Хотя, без-

> — Какая проводится работа, связанная с совершенствованием законодательной базы в вопросах детской офтальмологии?

— Профильная комиссия по детской офтальмологии постоянно проводит работу в этом направлении. Это и дополнения к порядку оказания реабилитационной помощи детям, и критерии отбора для санаторно-курортного лечения, и перечень необходимых лекарственных средств и медицинских изделий, предложения по организации профилактических осмотров детей. И, кроме того, постоянная работа над стандартами оказания офтальмологической помоши и клиниче-

По заданию Минздрава РФ проведен анализ обеспеченности деми по профилю «Офтальмология», анализ и предложения к проектам несовершеннолетними медосмотра, ведется разработка критериев качества оказания офтальмологической помощи детям.

В заключение я хотела бы выразить надежду, что предстоящая аккредитация специалистов поможет решить целый ряд проблем детской офтальмологии в условиях отсутствия соответствующей специальности и наличия множества специфических проблем и подходов к диагностике и лечению детей с офтальмопатологией

 Благодарю Вас за то, что нашли время ответить на наши

> Беседу вела Лариса Тумар

«Дискуссионные вопросы офтальмологии - 2015»

Научно-теоретическая конференция

25 сентября 2015 года, Подмосковье, пансионат «Петрово-Дальнево»

Организаторы конференции:

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

Российская академия наук; Федеральное агентство научных организаций; ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней».

< стр. 1

Все приглашенные эксперты специалисты высокого уровня продемонстрировали профессиональную компетентность, непредвзятость в суждениях, умение учитывать мнение коллег.

Для конструктивного диалога дискуссию должен был объединить один общий признак, по всем остальным признакам мнения экспертов могли и должны были различаться. В качестве главной была выбрана тема «Глаукома — многофакторное заболевание?» Экспертам было предоставлено право выступить с докладом по теме, которая представляет для них наибольший интерес.

Список обсуждаемых вопросов был разбит на 3 блока: 1. Есть ли неопровержимые

аргументы «за» и «против»? 2. Определяют ли стратегию

лечения глаукомы причинно-следственные связи? 3. Действительно ли снижение

ВГД остается единственно доказанной эффективной стратегией лечения глаукомы? Многофакторность заболева-

ний — частое или редкое явление в медицине? С этого вопроса начал свое вступительное слово академик РАН С.Э. Аветисов. Согласно высказываниям И.В. Давыдовского (1962), «...никакой перечень факторов не создает теории, т.е. биологического обоснования явлений, не раскрывает самых связей причин и следствий, тем более сущности явлений... Самое суждение о «главной» причине является интроспективным суждением о ценности причинного фактора, чем содержанием объективного научного знания, в принципе нейтрального... в конкретных случаях мы выражали свое оценочное отношение к научным фактам, поскольку язык науки включает в себя и мир фактов, и мир ценностей. Оба мира взаимосвязаны, хотя в принципе они, а именно в познании, различны». «Следуя логике высказывания, — продолжил академик делить так называемый определяющий фактор, который считают доминирующим в патогенезе заболевания, а также при выработке методов диагностики, мониторинга и лечения на основе полученных на данный момент совокупности знаний, соответствующих принципам доказательной медицины». характеризующихся... повыше- ническая прогрессирующая оп-Трансформация определения гла- нием ВГД, вызванным наруше- тическая нейропатия, которая няты однозначно? укомы по мере накопления но- нием оттока водянистой влаги». объединяет группу заболеваний вых знаний о ее природе представ- «...Следствием является посте- с характерными морфологическиляет особый интерес. Профессор пенное развитие... нарушений ми изменениями головки зритель- «за и «против»? — выступили экс- глаукома» и предложил разобраться, В.П. Еричев привел целый ряд зрительных функций и атрофии ного нерва (экскавация) и слоя перты: заместитель директора по насколько эти определения обовысказываний выдающихся оф- (с экскавацией) зрительного нер- нервных волокон сетчатки при от-

ризуется постоянным повыше- «...Недооценка роли повышенно- а ВГД лишь фактор риска» (2009). (Ярославль); заведующий офталь- к истории вопроса, кратко оханием внутриглазного давления... го офтальмотонуса при глаукоме на долю ее приходится 1-2% всех лишает смысла почти все совре- так много факторов, определяю- клинического центра ОАО «РЖД», ции патогенеза глаукомы, начиная глазных болезней...» (1899).

ственную трактовку суждений.



Модератор конференции профессор В.П. Еричев



Модератор конференции — академик РАН С.Э. Аветисов



В.Р. Мамиконян (Москва)



Эксперты — профессор В.В. Страхов (Ярославль), д.м.н. И.А. Лоскутов (Москва)



В президиуме эксперты — к.м.н. С.Ю. Петров и доцент Дж.Н. Ловпаче (Москва)



Эксперт — профессор Е.А. Егоров (Москва)

отождествляют глаукому со специ- гии» (2008). — А.В. Ходин: «Глаукомой назы- фической... атрофией зрительного менные метолы ее лечения».



И.Б. Алексеев (Москва)

— А.П. Нестеров: «Глаукома — — Европейское глаукомное об- механизм в развитии глаукомы, большая группа болезней глаза, щество: «Глаукома — это хротальмологов, сформулировал соб- ва...» «Некоторые исследователи сутствии другой офтальмопатоло-

— N.T. Choplin: «...глаукома вается такое общее расстройство нерва... С таким подходом к поня- это заболевание зрительного нерва дарственной медицинской ака- ответа на этот вопрос професпитания глаза, которое характе- тию глаукома нельзя согласиться». и ретинальных нервных клеток... демии, профессор В.В. Страхов сор В.Р. Мамиконян обратился

Действительно ли существует мологическим отделением научно- рактеризовав различные концепщих сложный патогенетический д.м.н. И.А. Лоскутов (Москва).



Эксперт — профессор А.В. Куроедов (Москва)

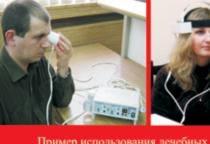
которые с точки зрения доказатель-



(Курск)

Свое выступление профессор В.Р. Мамиконян обозначил как «Многофакторная, полиэтиологическая, полипатогенетическая, По первому вопросу — «Есть нейродегенеративная (загадочная, ли неопровержимые аргументы трудноизлечимая, коварная...) научной работе ФГБНУ «НИИГБ», снованы и необходимы для напрофессор В.Р. Мамиконян (Мо-учных исследований? Почему сква); заведующий кафедрой глаз- именно глаукому наделили таким ных болезней Ярославской госу- количеством определений? Для с первой (по времени появления):

ной медицины не могут быть при-



рминалов аппарата "АМО-АТОС-ИКЛ" в орбите глаза и транскраниально

нализатора и прилегающих структурах.



Разработчик и изготовитель

врительного пути)

410033, г. Саратов, ул. Панфилова, 1. Тел./факс: (8452) 450-215, 450-246, 340-011. trima@trima.ru www.trima.ru

Модераторы конференции — профессор В.П. Еричев, академик РАН С.Э. Аветисов

глаукома — заболевание, проявля- склеропатия; различная толерант- ВГД. Исходя из этого, можно сдеющееся повышением ВГД, приводя-С формированием этой концепции был декларирован единый средне- альтернативные теории: нейрова- повышения ВГД. Теория ликворстатистический стандарт нормы Причинами пересмотра конзии, первичной склеропатии, инди-

видуальной нормы ВГД. цепции патогенеза глаукомы явились следующие факторы: развитие глаукомы без превышения декларированного стандарта нормы ВГД («нормотензивная» глаукома); отсутствие глаукомы при ВГД, превышающем декларирован ный стандарт нормы («офтальмо-

гипертензия»). К настоящему времени известны новые факторы патогенеза глауко- ная нейропатия сосудистого или пластинки к компрессионному мы: сосудистые нарушения в системе кровоснабжения ЗН; эксайтотоксичность; градиент ликвор- тельного нерва к компрессионно- склеропатии — теория первичного и внутриглазного давления; му воздействию даже нормального ной склеропатии.

ВГД — 21-22 мм рт.ст.

профессор В.Р. Мамиконян (Москва)

ся на характеристике каждой тео- под компрессионным воздействи-В основе теории нейроваску- ной оболочки глаукомные изменетически обусловленная первич- сопротивляемости решетчатой метаболического происхождения, воздействию ВГД являются след-



Профессор В.Д. Кунин (Рязань),

Профессор И.Е. Панова (Челябинск), профессор Е.Е. Гришина (Москва), академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва).

ность ЗН к ВГД; индивидуальная лать вывод, что глаукома — пернорма ВГД. Наряду с вышеперечис- вично нейродегенеративное забо ленными факторами существуют левание и не является следствием скулярная (сосудистая), метаболи- ной гипотензии основана на том, ческая, теории ликворной гипотен- что относительно низкое ликворное давление создает условия для прогибания решетчатой пластин-Эксперт подробно остановил- ки ДЗН (глаукомной экскавации) рии патогенеза глаукомы, которые, ем, в том числе и нормального по его мнению, содержат много ВГД. На фоне инволюционной дегенерации структур склеральлярной и метаболической теории нения в дренажной и сосудистой первичной нейропатии лежит ге- системах глаза, а также снижение снижающая устойчивость зри- ствием имеющейся первичной



Н.В. Авдеева (Пермь), профессор Т.В. Гаврилова (Пермь), профессор В.Ф. Экгардт (Челябинск)

которого может быть как выше, так и ниже статистической нормы ма ВГД является важнейшим физиологическим фактором, обуславливающим на каждом глазу присущий только ему критический превышение которого становится одним из основных звеньев патогенетического механизма глауответ на основной вопрос, ставший причиной радикального пересмотра изначальной теории глаукомы и поиска альтернативных механизмов ее развития: «Почему глауко- глаукомы. Различия в механизмах ма почти в половине случаев развивается при ВГД ниже 21 мм рт.ст. и не развивается даже при значительном превышении стандарта

Несмотря на некоторые противоречия в теориях патогенеза первичной открытоугольной глаукомы, они могут быть выстроены с неко- текторам и веществам, улучшаторыми допусками в общую схему, которую профессор Мамиконян представил в виде «этиопатогенетической пирамиды», в основу которой была положена этиология с генными факторами; вершину рациональная коррекция сосудивенчала глаукомная атрофия зри- стых нарушений, наряду с нормагельного нерва. Промежуточные — лизациеи внутриглазного давле ступени, обозначенные как «ме- ния, эффективна и для стабилиханизм действия» и «проявления» зации зрительных функций при были представлены, с одной сторо- любой форме глаукомы с высоким ны, теориями инволюционной де- давлением. генерации структур склеральной

вреждения зрительного нерва, ОУГ». Касаясь вопроса морфологии существование глаукомы с низ- склеры при глаукоме, профессор

Каждый человек обладает гене- с нестабильным течением (нетически детерминированным диа- смотря на стабидизацию ВГЛ) верхняя граница или максимум укомы позволяют предположить, что в патогенез глаукоматозных в 21 мм рт.ст. Индивидуальная нор- ны и другие факторы, в частности, сосудистые нарушения. Согласно рекомендациям Европейского глаукомного общества « ... сосудистые факторы имеют место в патогенезе глаукомы... Гемодинамические нарушения можно оценить несколькими методами, но их роль комной нейропатии. Концепция стоит определить... Клиническая индивидуальной нормы содержит значимость исследований крово-

Доктор медицинских наук

И.А. Лоскутов рассказал о значении сосудистых факторов в патогенезе нарушения гемодинамики зрительного нерва и развития оптической нейропатии обусловливают необходимость разработки дифференцированной тактики лечения глаукоматозных больных. Особенное внимание должно уделяться вазоактивным препаратам, нейропроющим метаболизм в зрительном нерве, а также гипотензивным средствам, одновременно улучшаюшим кровообрашение в диске зрительного нерва. В то же время

Профессор В.В. Страхов (Ярособолочки, повышения ВГД, вклю- лавль) в своем выступлении останочая концепцию индивидуальной вился на вопросе о развитии «скленормы. Другая ветвь в пирамиде ральной» составляющей патогенеза представляла новейшие взгляды на глаукомы. Обращаясь к истории развитие глаукомы. Это и первич- вопроса, эксперт привел высказыная нейропатия, и ликворная гипо- вания Р. Römer (1913): «Первичтензия, и первичная склеропатия. ные изменения при глаукоме не-Обобщая вышесказанное, можно обходимо искать в сумке глазного сделать вывод, что глаукома — яблока. Потеря эластичности склеинволюционное, наследуемое заборы является необходимым предлевание, проявляющееся повыше- варительным условием для клинием ВГД, приводящее к компрес- нической вспышки заболевания». сионной оптической нейропатии Н.И. Затулина (1989): «Патоморфои атрофии зрительного нерва. погический признак нарастающей Известно, что повышение ВГД дезорганизации соединительной ткаявляется основной причиной по- ни — начальное звено в патогенезе ким давлением и группы больных В.В. Страхов отметил, что в клинике

перт резюмировал: «Патогенез первичной открытоугольной глаукомы содержит много факторов, однако какой из них болезнеобразующий?

няшний день остается без ответа. В дискуссии по второму блоку вопросов — «Определяют ли стратегию лечения глаукомы первично-следственные связи?» vчаствовали: начальник офтальмологического отделения ФКГУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Манпрофессор кафедры офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова лечебного Н.И. Пирогова» А.В. Куроелов: доцент Дж.Н. Ловпаче (ФГБУ «МНИИ «НИИГБ»).

Предваряя выступление, профессор А.В. Куроедов дал положительный ответ на поставленный вопрос. В докладе были подробно го гистерезиса (по данным ORA) и рассмотрены: понятие «причинно-следственная связь»; вопросы наружили существенное снижение патогенеза и стратегии лечения глаукомы. «Следует отметить, что заболевание. Наиболее изученный мотонуса и все, что с ним связано. ванию заболевания. В настоящее обоснованным способом профитонуса позволяет контролировать

Эксперт Дж.Н. Ловпаче, науровня аутоантител к гликозамин- которого диагностика и лечение ассоциируется не только с повы ханизм активации лимфодренажа экскавация/диск, увеличенный



КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Профессор С.Н. Басинский (Орел), д.м.н. Е.С. Леонова (Москва)

опия, апное, гипотиреоз, прием

тяжесть заболевания на момент выявления и ожидаемая продолжительность жизни. Лечение следует адаптировать к потребностям конкретного пациента и скорости прогрессирования его заболевания, поскольку задача лечения — сохранение зрительных функций.

Дж.Н. Ловпаче в своем выступлении подробно остановилась дрыка» Министерства обороны РФ, на данных международных исследований «Collaborative normal tension glaucoma study, CNTGS» факультета ГБОУ ВПО «РНИМУ им. (нормотензивная глаукома); Early manifest glaucoma trial, EMGT» (исследование по ранним проца»); к.м.н. С.Ю. Петров (ФГБНУ hypertension treatment study, OHTS» ростепенную причину глаукомной ние причин ее развития.

могипертензии). Эти исследования и собственный многолетний опыт симо от выраженности или коли-ВГД представляет собой верный выбор вне зависимости от того, является ли ВГД основной причиной или только одной из многочисленных причин заболевания; снижепроцесса; стратегия лечения ПОУГ всегда будет содержать гипотензив-

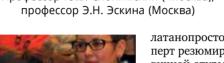
ную терапию. С.Ю. Петров, обобщив выступления вышеперечисленных экспертов,

латанопростом. В заключение экс- периметрический индекс PSD, ми- (исследование по лечению офталь- нейропатии в 100%. Тем не менее, основываясь на отечественной классификации, докладчик под-Факторами риска развития работы позволили докладчику сде- черкнул, что попытка нормализаслепоты от глаукомы являются лать следующие выводы: незави- ции ВГД проводится также в 100%, чества факторов риска снижение пии для устранения первопричины. Попытка устранения первичных дится в 70%. В Америке и Европе. ние ВГД приводит к стабилизации случаев (74%) ПОУГ имеет неустановленную этиологию, ведущим методом терапии можно считать снижение ВГД. В Азии, где ПЗУГ Кандидат медицинских наук составляет 87%, основной метод ретенции ВГЖ. Поскольку в настопришел к заключению, что повы- ящее время глаукома определяется шение ВГД выше индивидуального как нейропатия, основная доказанглазных болезней им. Гельмголь- явлениям глаукомы); «The ocular уровня можно трактовать как вто- ная терапия направлена на устране-

Профессор Л.А. Деев (Смоленск),

к.м.н. С.Ю. Петров (Москва)







Профессор Н.И. Курышева (Москва)

глаукомная заинтересованность

склеры проявляется существен-

ным увеличением коэффициента

истинной ригидности склеры (дву-

кратное по сравнению с нормой)

даже на ранних стадиях заболе-

вания. Исследования корнеально-

акустической плотности склеры об-

эластичности корнеосклеральной оболочки при первичной глаукоме. Патогенетическая сущность глаукомной склеропатии реализуется фактор риска — уровень офтальв собственном веществе корнеосклеральной оболочки глаза; в тра- Повышение офтальмотонуса прибекулах двух главных структур водит к развитию и прогрессиросклеры: ткани дренажной системы глаза и решетчатой пластине время понижение уровня ВГД яв-ДЗН; в стенках внутриглазных ма- ляется единственным подробно гистральных сосудов. Для рассмотрения иммунной лактики заболевания у пациентов теории в качестве патогенного с офтальмогипертензией и зафактора при ПОУГ имеются следующие основания: масштаб вовле- у больных с диагностированной чения в патологический процесс глаукомой. Понижение офтальмопрактически всех соединительнотканных структур глаза; двусторон- развитие заболевания в большинность процесса; медленное и вол- стве случаев. Таким образом, сунообразное течение заболевания; ществует причинно-следственная эффективность простагландинов. связь...» — заключил свое высту-В равной степени характерное для пление профессор А.В. Куроедов. аутоиммунных заболеваний повышенное содержание антител против, считает, что причинно-(к ДНК, РНК) в сыворотке крови следственные связи не определяи в жидкостях глаза у глаукомных от стратегию лечения глаукомы. больных; двукратное превышение Глаукома — это заболевание, для

гликанам по сравнению нормой: присутствие аутоиммунных забо- шенным ВГД. Сегодня концепция леваний; повышенное содержание глаукомы подразумевает, что это в крови глаукомных больных про- многофакторное заболевание с инвоспалительных цитокинов. Семей- дивидуальной скоростью прогресно-генетическая предрасположен- сирования. Повышенное ВГД поность к заболеванию связана с ген- прежнему остается важным факной мутацией, способной изменять тором риска, однако не меньшее антигенную структуру тканей опре- значение имеют ВГД-независимые деленного органа, в данном случае факторы риска. К причинам развиглаза, мешая лимфоцитам распоз- тия глаукомы относятся: ВГД, вознавать их как «своих». Такие ау- раст, наследственность, раса, пол, тоиммунные заболевания называ- ПЭС геморрагии на диске, тонкая ются органоспецифическими и по роговица, низкое артериальное наследству будет передаваться сама давление, нестабильное артериболезнь (у разных поколений будет альное давление, нарушение вепоражаться один и тот же орган). нозного кровообращения (в орби-Далее профессор В.В. Страхов те), первичная дисрегуляция (ваподробно рассмотрел вопросы, зоспазм), снижение перфузионного связанные с увеолимфатическим пу- давления глаза, нарушение реолотем оттока ВГЖ из глаза; проблемы, гии крови, повышение гомоцистекасающиеся влияния латанопроста ина, повышение С-реактивного на активацию увеолимфатическо- белка, увеличенное вертикальное го пути оттока ВГЖ; обсудил ме- и горизонтальное соотношение





ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

Третий блок вопросов организаторы сформулировали так: «Действительно ли снижение ВГД остается единственно доказанной эффективной стратегией лечения глаукомы?» Экспертную оценку дали: президент Российского глаукомного общества, заведующий кафедрой офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова и ЦНИЛ глаукомы и дистрофических заболеваний глаза Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, профессор Е.А. Егоров (Москва); профессор кафедры офтальмологии Российской медицинской академии последипломного образования, д.м.н. И.Б. Алексеев (Москва); доцент кафедры офтальмологии Курского медицинского государственного университета, к.м.н. А.Ю. Брежнев (Курск).

Профессор Е.А. Егоров рассмотрел патогенетические этапы глаукомы, причины нарушения оттока ВВ из глаза, дал характеристику глаукомной трабекулопатии, причины и последствия блокады склерального синуса, назвал возможные причины развития трабекулопатии. ВГД возрастает приблизительно

дения до 12-летнего возраста, увеличиваясь от 6-8 мм рт.ст. при рождении до 12±3 мм рт.ст. к 12 годам. ВГД повышаетв течение каждого следующего десятилетия. Динамика ВГД подчиняется циркадианному циклу, максимум часто достигается в промежутке от 8 до 11 часов утра, а минимум от полуночи до 2 часов утра. Этот цикл в большей степени зависит от цикла сна, чем от цикла бодрствования. Дневные колебания могут составлять от 3 до 5 мм рт.ст., размах их больше при нелеченой глаукоме. При подозрении на глаукому суточная тонометрия проводится без применения антиглаукоматозных гипотензивных средств. Общее количество измерений, как правило, составляет не менее 3 утренних и 3 вечерних. Они могут проводиться дискретно, с перерывом в течение недели или 10 дней. При проверке эффективности медикаментозного режима у больных с установленным диагнозом глаукомы суточная тонометрия производится с соблюдением следующих условий: ВГД сохранение приемлемого качества жизни

на 1 мм рт.ст. за 2 года в период от рож- измеряется утром и вечером до инстилля- при доступных затратах. Принцип терации гипотензивных препаратов для опрелеления vровня лавления в конце лействия ся после 40 лет приблизительно на 1 мм гут считаться корректными, если учитывается, что на них влияет фактор толщины роговицы. Возможны варианты как гипердиагностики (толстая роговица), так и недооценки, получаемых при измерении данных офтальмотонуса. Согласно междув частности, GNTS (1998), AGIS (2000), CIGTS (2001), OHTS (2002), EMGT(2002), необходима ранняя диагностика и дечение глаукомы; следует стремиться к 30% снижению ВГД от исходного уровня, к достижению минимальных колебаний ВГД в течение суток (менее 5 мм рт.ст.), раннему гипотензивному лечению офтальмогипертензии. Согласно Национальному руководству по глаукоме, цель терапии — сохранение зрительных функций; достижение терапевтического эффекта при минимальном числе препаратов с минимумом побочных действий;

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

пии — снижение ВГД (достижение «давления цели»); улучшение глазного кровотока; нейропротекция. В медикаментозном лечении глаукомы соблюдение принципов терапии возможно только при использовании современных антиглаукомных средств.

Профессор И.Б. Алексеев привел высказывания, которые, согласно концепции его доклада, отражают сущность явления: «...Глаукома — это больной глаз в больном организме» (F. Lagrange, 1922), «Поиски нейропротекторов для лечения глаукомы обусловлены отчаянием врача и больного. связанным с продолжающимся распадом зрительных функций, несмотря на снижение ВГД до весьма низких цифр» (профессор В.Н. Алексеев).

Профессор И.Б. Алексеев представил механико-васкулярную гипотезу, согласно которой повышение ВГД приводит к нарушению аксоплазматического тока и кровотока в сосудах, питающих зрительный нерв. Возникающая ишемия обуславливает изменения в нервной ткани и распад зрительных функций. Докладчик ознакомил с классификацией гибели клеток, которые объединены в три группы критериев: наличие типичных морфологических и биохимических (энзимологических) признаков; взаимосвязь с эндогенными и экзогенными факторами, лежащими в основе процесса гибели (программированная или случайная, физиологическая или патологическая); характер иммуногенности. Суть глаукомной нейроретинопатии состоит в том, что происходит угасание основной функции ганглиозной клетки (клетки еще жизнеспособны), уменьшается межклеточные взаимодействия, происходит гибель ганглиозной клетки посредством апоптоза при соответствующих условиях: физическое воздействие — компрессия; уменьшение нейротрофинов, ишемия. При лечении глаукомы необходимо решать стратегическую задачу — сохранение зрительных функций и тактические задачи нормализация внутриглазной гидродинамики; коррекция гемодинамических сдвигов; нормализация микроциркуляции; коррекция метаболизма; нейропротекция. Поддержание жизнеспособности клетки не равнозначно сохранению. Одна из важнейших задач нейропротекции — «заставить» клетки вернуться к исходной функции.

Доцент А.Ю. Брежнев напомнил, что глаукома в контексте нейропротекции — оптическая нейропатия, характеризующаяся прогрессирующей гибелью ганглиозных клеток сетчатки и дегенерацией зрительного нерва, что приводит к потере зрительных функций. Эффективность снижения ВГД не является гарантией стабилизации глаукомного процесса, что было подтверждено рядом крупномасштабных мультицентровых исследований. Далее докладчик подробно остановился на средствах нейропротекторной терапии: антагонистах NMDA-рецепторов, мемантине, антиоксидантах, блокаторах кальциевых каналов, препаратах пептидной структуры; попытался ответить на вопрос, обладают ли нейропротекторными свойствами антиглаукомные препараты Перспективными направлениями нейро-

протекторной терапии глаукомы, по мнению докладчика, являются более серьезные исследования по существующим, а также по новым препаратам: нейротрофическим факторам, ингибиторам Кho-киназы; использование стволовых клеток с возможностью их адресной доставки в область ДЗН и к сетчатке; изучение нейропротекторных свойств белков теплового шока, статинов, препаратов с антиапоптозной активностью; генная терапия; иммуномодулирующая

На вопрос «Действительно ли снижение ВГД остается единственно доказанной эффективной стратегией лечения глаукомы?» доцент А.Ю. Брежнев ответил: «Клиническая эффективность существующих в настоящее время средств нейропротекции не достаточна для использования данной стратегии лечения глаукомы как самостоятельной и может использоваться в сочетании с традиционной гипотензивной терапией».

«Продолжение следует...» — рефрен почти всех выступлений экспертов.

Так что ждем новых и важных открытий.

Материал подготовила Лариса Тумар

«Актуальные проблемы офтальмологии с вопросами врожденной аниридии»

Всероссийская конференция с международным участием

2-3 июля 2015 года, Чебоксары

В приветственном слове дирек тора Чебоксарского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессора Н.П. Паштаева было отмечено, что более чем за 20-летний период имплантации искусственной иридохрусталиковой диафрагмы («Репер-НН», г. Н. Новгород) накопился колоссальный опыт хирургической коррекции афакии при травматической и врожденной аниридии. Однако медицинское сопровождение врожденной аниридии по-прежнему остается актуальной проблемой в связи с возникающими трудностями, тами и требует дальнейшего изучения и дискуссии

Основные клинические аспекты данного врожденного порока развития глаза были освещены в докладе заместителя директора Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» по научной работе, д.м.н. Н.А. Поздеевой. Частота встречаемости врожденной аниридии в мире колеблется от 1:40000 до 1:100000 человек. В 95% случаев аниридия связана с мутациями в гене РАХ6, расположенном на коротком плече 11 хромосомы. В 30-70% случаев аниридия является спорадическим заболеванием и связана с вновь возникшими мутациями «de novo». в остальных случаях она имеет на следственную природу (семейная аниридия). Помимо изолированных форм врожденной аниридии, встречаются синдромальные состояния, наиболее частым из которых является WAGR-синдром (13% от всех случаев врожденной аниридии). Клинически данный синдром проявляется опухолью Вильмса (нефробластомой), аниридией, аномалиями мочеполовой сферы и умственной отсталостью. В случаях спорадической аниридии до проведения генетического анализа пациент имеет 50% риск развития опухоли Вильмса до 8 лет. В этот период необходим мониторинг за состоянием почек в виде ежеквартального выполнения ультразвукового исследования внутренних органов и контроля за общим анализом мочи. Раннее выявление нефробластомы и ее ет надеяться на оптимистичный

прогноз.

контроль за уровнем ВГД каждые ние слезоотведения при развитии ми снижения зрения. А.А. Воскре- циальной диагностики с другими тета Джорджии (США), генетик 3-6 месяцев, подбор корригирую- синдрома «сухого глаза», отказ от сенская заметила, что основной заболеваниями, ассоциированными Джеймс Лаудердейл. Он предстащих очков, коррекцию косоглазия, ношения контактных линз.



Профессор Н.П. Паштаев (Чебоксары)



Д.м.н. Н.А. Поздеева (Чебоксары)





(Екатеринбург)



Профессор Джеймс Лаудердейл



К.м.н. Е.В. Мазанова



К.м.н. Е.В. Веселова



К.м.н. Н.Ю. Горбунова (Чебоксары)





Профессор Н.П. Паштаев, к.м.н. Е.Н. Батьков, профессор Джон Фримен, назначение плеоптического лече-



Собственный опыт наблюдения приходился на возраст от 20 до сотрудник лаборатории генетиче-В отличие от других врожден- ния. Все эти мероприятия вместе за пациентами с врожденной ани- 30 лет, что соответствует средне- ской эпидемиологии ФГБНУ «Меных пороков развития глаз, таких с применением развивающих игр ридией в Чебоксарском филиале му возрасту ухудшения зрения дико-генетический научный центр» как альбинизм, ахроматопсии, па- помогают улучшить остроту зре- МНТК «Микрохирургия глаза» был в результате катарактальных по- г. Москвы Т.А. Васильева в своем тологические изменения при ани- ния и его качество, предупреж- представлен врачом-офтальмоло- мутнений (28 лет), появления при- докладе акцентировала внимание ридии (катаракта, аниридийная дают эффект фототоксичности гом А.А. Воскресенской. Пациенты знаков декомпенсации ВГД (25 лет) присутствующих на важности прокератопатия, вторичная глаукома) и повышенных засветов сетчатки с данной патологией наблюдаются и прогрессирования кератопатии ведения генетического консультипрогрессируют в течение всей жиз- в результате недоразвития ра- в филиале с 2004 года. За этот пе- (31,8 лет). Регулярные тщатель- рования у подобных пациентов. ни пациента и могут стать причи- дужной оболочки. Для пациентов риод времени осмотрены 57 паци- ные мониторинговые осмотры, старших возрастных групп также ентов из 48 неродственных семей. своевременное выявление призна- чаях аниридии необходимо направ-Плановые осмотры и выявле- рекомендован контроль ВГД 1 раз Анализ проявлений врожденной ков прогрессирования кератопатии лять пациентов к врачу-генетику ние осложнений — основная цель в 6 месяцев, в случаях отсутствия аниридии в зависимости от воз- и декомпенсации ВГД, взвешен- для исключения синдромальной медицинского сопровождения признаков развития вторичной гла- растной группы пациентов пока- ный подход к хирургическим вме- патологии, в спорадических случаврожденной аниридии. Коррек- укомы. В целях профилактики про- зал, что в диапазоне от 0 до 10 лет шательствам являются основными ях аниридии ребенок должен быть ция аниридийных проявлений не- грессирования аниридийной кера- у 82% детей наблюдалось наличие принципами ведения пациентов направлен также к онкологам для обходима детям уже с рождения. топатии необходимы постоянные врожденных катаракт, основную с данной врожденной патологией. исключения нефробластомы. Прежде всего, она включает на- инстилляции слезозамещающих часть из которых составляли по- Помимо анализа клинической значение солнцезащитных очков препаратов без содержания кон- лярные катаракты. Глаукомные картины заболевания, данный по- блематики врожденной аниридии с УФ-фильтрами и различной степе- сервантов, использование инстил- осложнения и декомпенсация рого- рок развития требует генетического продолжил профессор Департаменнью затемнения для дома и улицы, ляций аутосыворотки, блокирова- вицы явились основными причина- подтверждения с целью дифферен- та клеточной биологии универси-

пул хирургических вмешательств с врожденной аниридией. Научный вил результаты исследований по

Врачам-офтальмологам во всех слу-

Освещение генетической про-



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

Н.А. Поздеева предложила следу-

лярной коррекции афакии и анири-

недопустима имплантация любой

без наличия медицинских показа-

аниридийного фиброзного син-

экстракция катаракты при врож-

при значительном снижении остро-

ты зрения (менее 0,1) и локализа-

шем возрасте в связи с высоким

При имплантации ИХД в 100%

случаев необходима одномомент-

для сохранения собственной слезы

или эластичная ИХД производства

«Репер-НН». С целью минимизации

хирургической травмы рекоменду-

ется производить микроинвазив-

Секция медицинского и соци-

Своим опытом в этом вопросе по-

никой имплантации

происходящую в глазу.

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

ме лечения центральной серозной

динамической сканирующей оп-

диагноз, но и локализовать точ-

ментного эпителия. Зона отслойки

фильтрации по данным ФАГ. Ос-

новным способом лечения данной

действие. При ЦСХРП источник за-

оболочке, в которой лучше работа-

при локализации зоны фильтра-

ции субфовеолярно, особенно при

работе на них в режиме микроим-

пульса. Микроимпульсное воздей-

ствие не приводит к термическому

повреждению нейро- и пигментно-

хорошего терапевтического эф-

фекта и абсолютно безопасно при

Актуальные вопросы миопи-

ческой рефракции были рассмо-

трены в выступлении д.м.н., про-

фессора кафедры офтальмологии

государственного педиатрическо-

работе в фовеолярной зоне.

изучению гена РАХ6, проводимые в трех научных лабораториях университета Джорджии, офтальмологического института Гамильтона и Вирджинии. Д. Лаудердейл сообщил, что в настоящее время появилась возможность исправлять мутацию при определенных условиях у лабораторных мышей. Обнадеживающими являются результаты лабораторных исследований по генетической корректировке изменений в клетках роговицы на фоне аниридийной кератопатии. Ученые надеются, что эти успехи могут быть перенесены в клиническую практику уже через 2 года. В Канаде и Великобритании проходит испытание химическое вещество, приводящее к стабильному восстановлению роговицы, хрусталика, дефектов сетчатки у новорожденных мышат с нонсенс мутацией в гене РАХ6 (STARTтерапия). Эффективность данной терапии на людях еще не изучена, и в лучшем случае она будет помогать одной трети пациентов.

Один из актуальных клинических вопросов врожденной аниридии был затронут в докладе директора офтальмологической клиники «Мека-Вижн», члена научного комитета Международного фонда аниридии, специалиста по заболеваниям роговицы Джона Фримена (Мемфис, штат Теннесси, США). Он поделился своим опытом лечения аниридийной кератопатии и остановился на основных моментах патогенеза. Аниридийная кератопатия медленно прогрессирует первые три декады жизни и связана прежде всего с патологией роговичного эпителия. Мутации в гене РАХ6 приводят к развитию первичной стволовой лимбальной недостаточности, уменьшению уровня экспрессии цитокератинов, молекул адгезии и гликоконъюгатов клеточной поверхности. Все это приводит к нарушению механизмов репарации клеток эпителия, повышению их хрупкости и снижению устойчивости к действию повреждающих факторов. Одним из диагностических приемов, позволяющим выявить недостаточность стволовых клеток и потерю нормального эпителия при биомикроскопии, является метод позднего окрашивания зоны патологических изменений роговицы флюоресцеином.

Д. Фриман отметил, что в настоящее время нет доказанного ратопатии для остановки ее прогрессирования. Текущая тактика дение за ними до значительного снижения зрения в результате прогрессирования кератопатии и затем — проведение хирургического вмешательства, направленного на восстановление прозрачности оптических сред в зрительной оси. Современные подходы базируются кератопластикой.

вести к стойкой утрате зрительных жизни вторичная глаукома разви-«Микрохирургия глаза» Н.Ю. Гораниридии связан с прогрессивным



К.м.н. Е.В. Егорова (Новосибирск)



К.м.н. О.В. Сенновская (Москва)



К.м.н. Н.Я. Сенченко (Иркутск)



К.м.н. А.Ю. Расческов (Казань)



(Москва)



(Санкт-Петербург)



Профессор М.М. Шишкин (Москва)



Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург)



эффективного метода лечения ке- аниридией должны наблюдаться за состоянием макулярного интер- прогноза заболевания, так как теу офтальмолога со следующей ча- фейса по данным оптической когестотой: 0-2 года — каждые 3 месяведения пациентов — это наблю- ца; 2-8 лет — каждые 6 месяцев; тенденции к уменьшению размера Детей раннего возраста следует 8-18 лет — каждые 6-8 месяцев; переднезадней оси или появлении первично обследовать под нарковзрослые старше 18 лет — не реже 1 раза в год. Все контактные мето- идеи показана ранняя витреальная ных офтальмологических методов ды исследования при их необходимости должны проводиться максимально осторожно и с применени-

на кератопротезировании и транс- аниридии — фиброзный анири- с другими синдромами, а также диспансерный контроль. плантации лимбальных стволовых дийный синдром (AFS) — был ос- особенности протекания данной вещен в он-лайн трансляции докла- тяжелой патологии у детей. Сво- ки заведующий офтальмологичеграфт) с последующей сквозной да члена Американской академии им опытом в этом вопросе поде- ским отделением Детской респу- Говоря о возможности имплантаили глубокой передней послойной офтальмологии, члена научного лилась к.м.н., научный сотруд- бликанской больницы Республики ции ИХД у пациентов с врожденкомитета Международного фон- ник отдела патологии глаз у детей Татарстан А.Ю. Расческов предста- ной аниридией, докладчик обра-Грозным осложнением врожден- да аниридии, одного из ведущих ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» вил разбор клинического случая тила внимание на осуществление ной аниридии, которое может при- мировых специалистов в эндоско- Е.В. Мазанова. Опыт наблюде- врожденного порока развития, тщательного отбора пациентов на пической витреальной хирургии ния детей с врожденной аниридифункций уже в раннем детском воз- Криса Реймана. Частота встреча- ей позволил автору выделить ряд с аниридией. расте, является глаукома. В течение емости AFS составляет около 5%. особенностей данной патологии. На начальных стадиях аниридийно- Сочетанная с аниридией патоловается более чем у 50-75% боль- го фибринозного синдрома проли- гия глаза, в частности глаукома, собой большую и нерешенную на раженных роговичных изменений, ных с врожденной аниридией. Этой феративный процесс захватывает патология зрительного нерва и современном этапе развития меди- наличие компенсации гидродинатеме был посвящен доклад к.м.н., капсулу хрусталика и интраокуляр- сетчатки, является ведущей при- цины проблему. При врожденной мики глаза, а также возможное вызаведующей глаукомным отделени- ную линзу, позднее из-за смещения чиной слепоты и слабовидения аниридии контактная коррекция и полнение хирургии у пациентов в ем Чебоксарского филиала МНТК линзы кпереди развивается эндоте- у детей данной категории. Наибо- роговичная хирургия могут ухуд- более старшем возрасте. лиальная декомпенсация и помут- лее частым сопутствующим забо- шить состояние глазной поверхбуновой. Механизм развития вто- нение роговицы. Распространение леванием является глаукома, ма- ности, спровоцировать развитие с докладом выступила Н.А. Поздееричной глаукомы при врожденной фиброзного синдрома в задний сег- нифестирующая у более полови- осложнений. Использование при ва, в котором она проанализировала мент глаза может привести к тер- ны детей в раннем возрасте (до врожденной аниридии получив- результаты хирургического лечезакрытием угла передней камеры. минальной стадии заболевания: 1 года), что объясняется наличи- ших в последние годы наибольшее ния 30 глаз 21 пациента с врожден-По рекомендации Европейского вызвать гипотонию, ПВР, отслой- ем выраженного гониодисгенеза. распространение при посттравма- ной аниридией, прооперировананиридийного общества для свое- ку сетчатки и фтизис глаза. С це- Различная степень его выражен- тической аниридии искусственных ных в течение 10 лет (2004-2013 гг.) временного выявления патологиче- лью раннего выявления гипотонии ности определяет сроки манифе- радужек и иридохрусталиковых в Чебоксарском филиале МНТК «Миских изменений, в том числе гла- и AFS проводится систематическое стации врожденной глаукомы и ее диафрагм (ИХД) также вызывает крохирургия глаза». Обобщая опыт

рентной томографии. При наличии макулярного отека, складок хориованием эндоскопической техники.

сы обследования новорожденных. Важный аспект врожденный дифференциальной диагностики

чение глаукомы носит, как правило, прогрессирующей характер. зом с использованием современхирургия с обязательным использо- и в дальнейшем наблюдать постоянно. В связи с риском развития Актуальными остаются вопро- отсроченных патологических про- адаптация цессов в гидродинамике глаз требуется постоянный регулярный

В продолжение детской тематианомалии Петерса, сочетающегося

В целом хирургическое сопровождение аниридии представляет ших остроту зрения, отсутствие выукомных, пациенты с врожденной измерение длины глаза и контроль тяжесть. Сложной является оценка вопросы и неоднозначные ответы. имплантации ИХД и отдаленные

Профессор И.В. Малов (Самара)

Каждая из моделей имеет свои преимущества и недостатки. Какие из них допустимо имплантировать при врожденной аниридии? Какие подходы хирургии наиболее безопасны для этих «хрупких» глаз? Как избежать развития аниридийного фибринозного синдрома при имплантации ИОЛ вне капсульного мешка? Все эти вопросы были затронуты в рамках секции, посвященной вопросам возможной имплантации искусственных иридохрусталиковых диафрагм при

врожденной аниридии Своим опытом имплантации ИХД и отдаленными результатами реабилитации пациентов с врожденной аниридией поделился Б.В. Лаптев, к.м.н., заведующий операционным блоком Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза». Докладчик отметил, что подобная коррекция показала хорошие косметические и функциональные результаты в отдаленном периоде наблюдения и способствовала социальной реабилитации пациентов. Наиболее частым осложнением стала вторичная глаукома, требующая постоянного динамического наблюдения. Важным залогом успеха хирургии является соблюдение критериев отбора пациентов для подобного вида интраокулярной коррекции.

Клинический случай двусторонней имплантации ИХД пациенту с врожденной аниридией был представлен в он-лайн докладе врачом из Палестины, офтальмологомконсультантом, директором офтальмологического центра Святого Джона, доктором медицины Кама-

Еще более дискутабельным является вопрос имплантации иридохрусталиковых диафрагм у детей. Н.Я. Сенченко, к.м.н., заведующая хирургическим отделением Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», отметила, что особое гиперэргическое состояние иммунной системы ребенка, ее предрасположенность к выраженным экссудативным и пролиферативным реакциям в послеоперационном периоде заставляет осторожно относиться к хирургическим вмешательствам в детском возрасте. В то же время пассивная хирургическая позиция может обрекать маленьких пациентов на низкое качество жизни и социальную дезадаптацию в последующем.

В Иркутском филиале были прооперированы 14 детей (28 глаз) в возрасте от 5 до 18 лет. Острота зрения улучшилась в среднем до 0.1 ± 0.02 (разброс показателей от 0,05 до 0,3). У всех детей появилось более уверенное ориентирование в пространстве, повысилась самооценка, исчезла светобоязнь, улучшилась психологическая

Свою точку зрения в этом во-

тель директора по лечебной работе Новосибирского филиала МНТК данный вид хирургического вмешательства. Прежде всего, это наличие помутнений в хрусталике, снижаю-

Т.Н. Удина (Чебоксары).

В финале конференции прозвуневозможности выполнения флюдии у данной категории больных: чали выступления представителей Всероссийского Общества слепых оресцентной ангиографии (ФАГ). иридохрусталиковой диафрагмы Фаниса Фаткуллова (Республика В этом случае использование в глаза с врожденной аниридией Татарстан) и Дениса Афанасьева диагностических возможностей (Чебоксары). Их судьбы и жизненний или с косметической целью, ная позиция, оптимизм, стремле- тической когерентной томограпоскольку это хирургическое вме- ние получать новые знания, желашательство может не только спро- ние участвовать в общественной воцировать прогрессирование ани- жизни дали новые силы родите- ку фильтрации по расположению ридийной кератопатии, но и стать лям и пациентам, сидящим в зале, микродефекта ретинального пигполноценной жизни и вызвали чув- пигментного эпителия при ЦСХРП в 100% случаев совпадает с точкой дрома или вторичной глаукомы; ство большого уважения, поскольку зрение не определяется только Секцию, посвященную другим патологии является лазерное возции помутнений в оптической зоне логии, открыл заведующий ка- болевания находится в сосудистой ют длинноволновые лазеры. Преимущество красных и инфракрасных

денной аниридии возможна только глазами. актуальным вопросам офтальмохрусталика как можно в более стар- федрой глазных болезней Национального медико-хирургического риском декомпенсации роговицы. центра им. Н.И. Пирогова, профес-Однако, говоря о времени проведе- сор М.М. Шишкин. В своем докладе лазеров выходит на первый план ния данной хирургии, нельзя пол- он затронул вопросы организации ностью отвергать возможность им- помощи пациентам с возрастной плантации ИХД в детском возрасте. макулярной дегенерацией (ВМД). Современные подходы к терапии влажных форм этого заболевания ная обтурация слезных канальцев прежде всего основаны на применении анти-VEGF препаратов. и длительные (до 1 года) инстил- Периоды полувыведения ранибизуляции лубрикантов (без консерван- маба, афлиберцепта и бевацизуматов) и питостатиков (типа рестасиса). Н.А. Поздеева отметила, что 2 часам, 5-6 дням и 20 дням соотлюбое хирургическое вмешатель- ветственно, что и определяет частво, затрагивающее лимбальную стоту развития системных осложзону, может провоцировать про- нений. Только для ранибизумаба грессирование проявлений кера- характерны отсутствие подавления топатии. На частоту осложнений свободного VEGF в плазме крови и вид импланта — стандартная ИОЛ инъекции, в отличие от афлибер- В.В. Бржеского. В настоящее время ского ГМУ И.В. Малов. Вопросы цепта и бевацизумаба По данным исследований

ANCOR и MARINA, более чем у 30% пациентов наблюдается отсрочен ную имплантацию через корнео- ный ответ на лечение ранибизусклеральный разрез с отсепаровкой мабом. Вследствие чего режим конъюнктивы со стороны сводов применения луцентиса складываи пользоваться инжекторной тех- ется из ежемесячных инъекций до получения максимального стабильного результата с последуюально-психологического сопровощим ежемесячным мониторингом ждения пациентов с врожденной данных визометрии и оптической аниридией открылась обсуждени- когерентной томографии. Однако ем трудностей и особенностей об- в настоящее время в европейских следования маленьких пациентов. странах получил распространение новый протокол введения ранибиделилась к.м.н., врач-офтальмолог зумаба, направленный на оптимидетского отделения ФГБУ «МНТК зацию сроков динамического на-«Микрохирургия глаза» им. акад. блюдения. Режим Treat and Extend С.Н. Федорова» М.Л. Митронина. (лечение и продление) был предло-Она заметила, что диагноз врож- жен Spaide в 2007 году. Цель данденной аниридии чаще всего ста- ной схемы лечения направлена на вится ближе к 3 месяцам, что свя- увеличение интервалов между конзано с уменьшением времени сна трольными визитами. После купии увеличением времени бодрстворования активности заболевания вания новорожденного. Лети до 3-х пациент приглашается на контрольлет могут быть осмотрены в усло- ный осмотр через 6 недель, при совиях естественного дневного сна, хранении стабильного эффекта во время кормления или поения, срок повторного визита увеличиваосмотр ребенка нужно проводить ется еще на 2 недели, т.е. пациент максимально быстро, чтобы он не приходит на осмотр через 8 недель успел устать. С целью отвлечения и так до появления признаков аквнимания ребенка от врачебных тивности заболевания. Таким обраманипуляций могут использоваться зом, определяется оптимальный ин игрушки, книжки, звуковые сиг- тервал динамического наблюдения налы. Целесообразно наблюдение (через 4, 6, 8 или 10 недель) для ребенка «в одних руках», у одного каждого конкретного пациента оез и того же офтальмолога, который необходимости ежемесячных визилегче может оценить динамику, тов к врачу на контрольный осмотр и с сохранением эффективности ле-Лица с нарушением зрения стал- чения. Основным недостатком данкиваются с целым рядом проблем ного режима наблюдения является изо дня в день. Эти трудности ча- потеря настороженности у пациен-

сто становятся причинами оди- та к возможной реактивации макуночества, приводят к социальной лярной патологии. изоляции и замкнутости, вызыва-М.М. Шишкин в своем докладе ют депрессию с нарушениями по- затронул и перспективные методиведения. По мнению специалиста ки лечения ВМД, к ним относится по оптической коррекции слабо- пересадка аутологичного комвидения О.В. Сенновской (Москва), плекса «сосудистая оболочка деятельность врача не должна быть мембрана Бруха — пигментный ограничена лишь медицинской эпителий», использование пролонсоставляющей заболевания, врач гированных форм ранибизумаба должен давать надежду и прила- в виде микрокапсул, обеспечиваюгать все усилия для максимальной щих постепенное высвобождение реабилитации пациента. препарата в течение 4-6 месяцев, О проблемах межведомствен- а также супрахориодальное введеного взаимодействия системы об- ние препаратов.

разования и системы здравоох- Продолжил тему макулярной паранения говорила в своем сооб- тологии директор Нижегородского щении и директор МБОУ «Центр Центра лазерной микрохирургии

результаты оперативного лечения, психолого-медико-социального глаза, к.м.н., доцент И.Ю. Мазу- каждый второй выпускник средней медикаментозного лечения просопровождения «Содружество» нин. Он остановился на пробле- школы имеет близорукость, причем чаще всего, в 77% случаев, встречахориоретинопатии (ЦСХРП) при ется миопия слабой степени. Рас- Е.В. Веселова, которая поделилась пространенность миопии в России составляет 20%, в США — 40%, в Японии — 75% В.В. Бржеский акцентировал внимание на необходимости активного различия между первичфии помогает не только поставить но-избыточным напряжением

аккомодации (ПИНА) и спазмом

аккомодации, который приводит

к снижению максимальной корри-

быточным тонусом аккомолации.

Одним из условий стабилизации

близорукости является рациональ-

ная оптическая коррекция миопии.

Актуальным является использова-

ние перифокальных очковых линз,

которые устраняют перифериче-

ский гиперметропический дефо-

кус и обеспечивают одинаковую фокусировку изображения на всей поверхности сетчатки. В настоящее время в мире отмечается увеличение использования дженерических препаратов во врачебной практике (в США доля этих препаратов составляет 60%). Поддержка производства дженериков, замешение ими «оригинальных» брендированных препаратов, является одной из стратегических целей Всемирной организации здравоохранения для обеспечения доступа к медицинской помощи Помогал разобраться в эффектив-ГБОУ ВПО Санкт-Петербургского ности и безопасности дженериков д.м.н., профессор, заведующий касо стороны роговицы не влияет эффект накопления после третьей го медицинского университета федрой офтальмологии № 2 Самар-

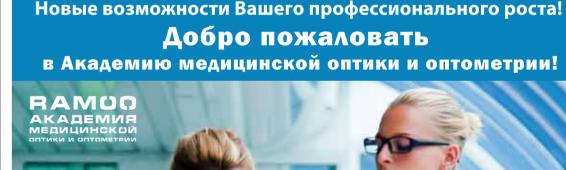
должила к.м.н., ассистент кафедры офтальмологии СГМУ г. Саратова своим опытом применения фиксированных комбинаций гипотензив-

ных препаратов в лечении ПОУГ. Представители Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург) представили два доклада, посвященные проблемам роговицы и способам их лечения. К.м.н., доцент кафедры офтальмологии, заслуженный врач РФ зан с острым патологическим из-В.Ф. Черныш осветил современные возможности лечения и зрительной реабилитации при тяжелом ожоге глаза. Экспериментальная работа, направленная на сравнительную клинико-морфологическую оценку эффективности различных способов лечения тяжелых щелочных ожогов роговицы и лимба, была представлена врачом-офтальмологом А.С. Рудько. Место инновацинных методик в детской катарактальной фемтолазерной хирургии обсуждалось в докладе И.С. Зайдуллина, д.м.н., заведующего детским микрохирургическим отделением ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»

Более подробную информацию о докладах и видеозаписи выступлений можно найти на сайте Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» http://websight.ru.

Анна Воскресенская,

врач-офтальмолог ЧФ ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»





НОЧУ Дополнительного профессионального образования «Академия медицинской

Академия проводит обучение по образовательным программам дополнительного образования на базе высшего и среднего профессионального образования для врачейофтальмологов, мастеров-оптиков, а также для руководителей салонов оптики и оптиковконсультантов. Одним из приоритетных направлений обучения является профессиональная переподготовка оптометристов.

Курсы читают высококвалифицированные преподаватели и ведущие специалисты в области офтальмологии и оптометрии.

Новые программы!

«Жесткие газопроницаемые контактные линзы» «Аппаратные методы лечения рефракционных нарушений и их

осложнений у детей и подростков» «Ортокератология»

Место проведения обучения: г. Москва, ул. Михалковская, д.63Б, стр. 4, 6 этаж. Справки по тел/факс: 8 (495)602-05-51 доб. 1536, 8 (495)602-05-52, 8 (495)787-76-07 e-mail: 7877607@mail.ru www.optometryschool.ru www.ramoo.ru Лицензия на образовательную деятельность № 035423 выдана Департаментом образования г. Москвы 08 сентября 2014г

> Приглашаем Вас принять участие в VI Международном симпозиуме «Осенние рефракционные чтения» 20-21 ноября 2015 года подробная информация на сайте: www.eyeconf.ru

Опыт использования оборудования компании Nidek в диагностике и лечении патологии глазного дна

Сателлитный симпозиум, организованный компанией MD Vision, в рамках РООФ – 2015

Президиум: профессор В.В. Нероев, профессор М.М. Шишкин

ткрывая сателлитный симпо зиум, профессор В.В. Нероев. лавный специалист офталь: молог Минздрава РФ, сказал, что тема применения высокотехно логичного оборудования актуальна Компания Nidek зарекомендовала себя с самой лучшей стороны: сотрудничает со многими клиниками в различных регионах страны. «Как главный офтальмолог Минздрава России я благодарю компанию, думаю, ко мне присоединятся и многие региональные главные специалисты офтальмологи, за конструктивное сотрудничество с офтальмологическими клиниками, кафедрами школами, за эффективную помощь в борьбе с тяжелой глазной патологией». Профессор В.В. Нероев обратился к руководству компании с просьбой рассмотреть вопрос о локализации производства на территории России, что в дальнейшем позволит избежать трудностей в работе в связи с взятым в стра-

не курсом на импортозамещение. С докладом на тему «Современные возможности спектральной томографии в диагностике патологии глазного дна» выступила Т.Д. Охоцимская (Москва) Внедрение ОКТ в клиническую практику позволило расширить понимание патогенеза многих глазных заболеваний, повысить качество диагностики, улучшить динамическое наблюдение за пациентами и разработать новые терапевтические подходы в лечении. Докладчик подробно остановилась на развитии метода ОКТ, принципах работы и возможностях оптических когерентных томографов разных поколений. Компания Nidek представлена на отечественном рынке тремя основными приборами: RS-3000 Lite, RS-3000 Advance, Retina Scan-330 DUO — прибор, позволяющий сочетать оптическую когерентную томографию с возможностью цифровой фотосъемки. В приборе RS-3000 Advance совмешен ОКТ-томограф и сканирующий лазерный офтальмоскоп, позволяющий визу ализировать не только срезы сетчатки, но и получать качественное изобраимеет расширенную зону сканирования 12х9 мм; угол обзора — 40°х30°. Для удобства врачей существует протокол сканирования; имеются 5 протоколов исследования для макулярной области и 3 протокола для исследования зрительного нерва. В приборе заданы 3 возможных режима качества сканирования: «regular», «fine», «ultrafine», Peжим «ultrafine» обеспечивает самое высокое качество сканирования с использованием максимальной разрешающей способности прибора и минимальной скорости сканирования. Для удобства использования в условиях больших потоков пациентов используются режимы «regular» и «fine», обеспечивающие высокую скорость и качество сканирования. Прибор позволяет по картам цев»). По результатам исследований, определить толщину сетчатки, провести при заболевании зрительного нерва, зрительного нерва. RS-3000 Advance дает возможность получать фронтальное изображение сетчатки, трехмерную реконструкцию внутренней поверхности сетчатки и ее слоев, а также объемное изображение отдельных срезов. Фронтальный анализ комплекса нервных волокон, ганглиозных клеток сетчатки и внутреннего плексиформного слоя широко применяется при ранней с жалобами на стремительное сниже- 1/4 круга), трехрядная дуга, макулярная офтальмоскопии. Он оснащен 4 лазедиагностике глаукомы, на доклиниче-

и угла передней камеры. в офтальмологии: место конфокального скопа F-10» — тема доклада Д.С. Маль-

насадки прибор позволяет проводить



красный лазерный источник излучения



прощает процедуру обследования, позволяет получить изображение более фракрасная офтальмоскопия реализована в 3-х режимах: обычная инфракрасная офтальмоскопия, темнопольный режим, ретро-режим, позволяющий визуализировать структуры, плохо поддающиеся визуализации при обычных режимах освещения, например, тракции за клапан разрыва сетчатки, за периферический ретиношизис, а также друзы, в том числе друзы зрительного Р.Л. Валямов (Уфа) рассказал об опынерва; зоны альтерации пигментного серозной хориоретипатии. В некоторых случаях применение ретро-режима позволяет видеть более широкие зоны, чем те, которые выявляются офтальмоскопически, что позволяет прогнозировать лечение заболевания, выявлять состояние текущих зрительных функций. С высокой степенью чувствительности визуализируются лазерные коагуляты, в том числе подпороговых и околопороговых режимов, верифицируется полнота выполнения макулярной лазерной коагуляции. В отношении визуализации отслоек нервного эпителия докладчик отметил, что чувствительность метода настолько высока, что позволяет визуадифференцировать отек нейроэпителия от его отслойки. При ревматогенной отслойке сетчатки ретро-режим обеспечивает возможность визуализировать дефект нейроэпителия: основной разрыв, дополнительный и зону плоской отслойки сетчатки по периферии от разрыва. Существенным преимушеством метода является использование инфракрасного источника излучения. обладающего высокой проникающей способностью, которая обеспечивает при наличии гемофтальма. Метод также озволяет дифференцировать отслойки от ретиношизиса по так называемому обеспечивает эффективную лазеркоагурисунку «fingerprint» («отпечатки паль- ляцию при использовании меньших знапроводимых с участием автора докла- боте на макулярной и парамакулярной анализ макулярной области и области ДЗН; существует отдельная программа имущество перед ОКТ-картированием серозных хориоретинитах, оказывает логии глазного дна, состоящий из ла- максимальная яркость стимулирования для анализа толщины сетчатки и слоя при планировании лазерного лечения. «ласковое, аккуратное» воздействие на зерного офтальмоскопа F-10, о котором 10 000 asb; возможность использования нервных волокон в перипапиллярной Ретро-режим позволяет визуализиро- сетчатку. Используемая более короткая шла речь выше, оптического когерент- всех стимулов по Гольдману, от 1 до 5; зоне, что является важным показателем вать образования в сосудистой оболочке, (647 нм) длина волны красного лазера ного томографа RS-3000 Advance, ко- прибор оснащен высокоскоростным имеет хорошие возможности по широко- (по сравнению с традиционной 660 нм) герентного томографа RS-330 DUO со трекером, что позволяет снизить ошибразвитии атрофии или отека диска польной визуализации, по визуализации не проникает в глубокие слои сетчатки переднего сегмента. Широкопольная ви- и оказывает менее травматичное воз- периметра МР-3 с улучшенными хазуализация имеет преимущества в отно- действие. Во время процедуры пациент широкопольного снимка средней пери- сохранении эффективности воздействия. ферии при использовании ретро-режи- Паттерн-система предлагает 14 варианма, в режиме флюоресцентной ангиографии и офтальмохромоскопии.

В заключение автор доклада привел щади (2х2, 3х3, 4х4, 5х5), циркулярный, клинический случай пациентки 56 лет круг, дуга (3/4 круга, 1/2 окружности, жим дифференциальной контрастной ние остроты зрения правого глаза. Оф- сеть) и 2 режима работающих сканируских стадиях. С помощью специальной тальмоскопия не выявила грубые изменоших паттернов: быстрое автоматиченения в макулярной зоне. По результа- ское нанесение коагулятов паттерна и F-10 заключается в использовании исследование переднего отрезка глаза там ОКТ снижение зрения было связано режим с программируемой скоростью 8 конфокальных апертур, которые пос отслойкой нейроэпителия, однако при- нанесения каждого коагулята сканиру- зволяют дифференцированно изменять «Мультимодальная визуализация чина отслойки оставалась неясной; ви- ющего паттерна (контроль ситуации по- толщину слоя захватываемых для визу- и выразил восхищение уровнем техзуализировалась элевация пигментного сле каждого импульса паттерна). Режим ализации клеток, а также использовать эпителия. Флюоресцентная ангиография быстрого сканирования удобен для бы- неинвазивные методы исследования. подтвердила изменение пигментного строй безболезненной периферической Прибор имеет широкое поле зрения цева (Санкт-Петербург). Докладчик эпителия в перипапиллярной области, лазеркоагуляции и для работы в средней (60°) с максимальным разрешением

подробно остановился на возможности но специфических участков просачиваинфракрасной офтальмоскопии. Инфрания или накопления красителя выявлено не было; автофлюоресценция вывела обширную зону пораженного нейроэпирующего офтальмоскопа F-10 в ретрорежиме выявило сеть расположенных под пигментным эпителием сосудов, расходящихся перипапиллярно, мелкие друзоподобные изменения периферии глазного дна. Пашиентка получила интравитреальную инъекцию ингибитора ангиогенеза с положительным результатом на второй день — отслойка прилегла.

> те применения лазера Nidek MC-500 Vixi в Уфимском НИИ глазных болезней. лазерный твердотельный непре-В институте используется система «све тофор» («желтый», «зеленый», «красный» лазеры), совмещенная со щелевой лампой и системой подачи излучения на единой платформе. Система обеспечивает быстрое и оптимальное лазерное воздействие путем выбора цвета и вида паттерна, обладает практичными и удобными функциями. На желтой дли не волны лазер обеспечивает эффективную фотокоагуляцию через непрозрачные оптические среды, наилучший эффект достигается при катарактальных явлениях. ночного паттерна. Прибор оборудован удобным в пользовании LCD-экраном, работу с которым можно определить как «удобно, просто, понятно». В аппарате предусмотрена уникальная защита переднего отрезка глаза пациента во время фотокоагуляции — запатентованная система доставки луча SOLIC, которая обеспечивает минимальное воздействие лазерной энергии (50 нВт) на роговицу и хрусталик (в т.ч. ИОЛ) при любом диаметре пятна и фокусном расстоянии спектры длин волн, несколько отличающи чений энергии лазера. Удобен при раиспытывает меньший дискомфорт при тов паттернов (единичный, линейный,

периферии; режим медленной последовательной лазеркоагуляции с функцией приостановки сканирования в любой точке для точных безопасных манипуляций в парамакулярной области, также дозировок». Система имеет различные варианты ротации и увеличения интервала между коагулятами для каждого паттерна; паттерн может быть повернут с шагом в 15°, что представляет несомненное удобство при работе на сосудистой сети. Четыре наиболее часто используемых паттерна могут быть вызваны из меню нажатием кнопки; размер коагулятов в паттерн-режиме может лостигать 500 мкм. В системе предусмотрена вариация ротации паттерна: его можно увеличить, при этом автомати

в относительных числах. Значительное

удобство для практического применения

представляет возможность задать режим

по 10 параметрам фотокоагуляции: цвет

лазера, мощность, время воздействия,

интервал — и вызвать заданный рабочий режим нажатием одной кнопки. Использование лазера Nidek MC-500 Vixi, в первую очередь, обеспечивает безболезненность процедур для пациентов; возможность обработки сетчатки разными лазерами с разной длиной волны за один подход; сокращение времени процедуры за счет высокоскоростного сканирования; применение паттернов не допускает образование слезных коагулятов и оптимизирует соотношение мошности и экспозиции. Из этого следует, что применение Nidek MC-500 Vixi облегчает работу врача, оптимизирует, экономит время процедуры, следовательно, улучшает качество

Подводя итог своему выступлению. докладчик отметил, что занимается лазерами с 1989 года и на сегодняшний день Nidek MC-500 Vixi является

С завершающим докладом «Новые технологии в диагностике и лечении заболеваний глаз от компании Nidek» выступил П.Г. Юрик (Москва). Доклад- динамический диапазон от 0 до 34 дб, чик представил программно-аппаратвстроенной фундус-камерой, микрорактеристиками. Прибор F-10 обеспеангиографии, ангиографии с индоцианином зеленым (возможно одновременное введение этих препаратов), треугольный, квадрат различной пло- работу в ретро-режиме, визуализацию при автофлюоресценции, а также рерами, каждый проникает на различную глубину сетчатки. Уникальность мативных баз данных, и делает возмож-

1600х1200 и высокую скорость захвата кадров (частота — 25 кадров/сек). Ретро-режим позволяет без расширения зрачка и без введения флюоресцеина быстро получать достоверную объективную информацию о состоянии глазного дна. Режим дифференциальной контрастной офтальмоскопии а также путем математического исчисения 4 лазеров обеспечивает получение цветных панорамных снимков.

Оптический когерентный томограф

RS-3000 Advance оснащен 2 системами

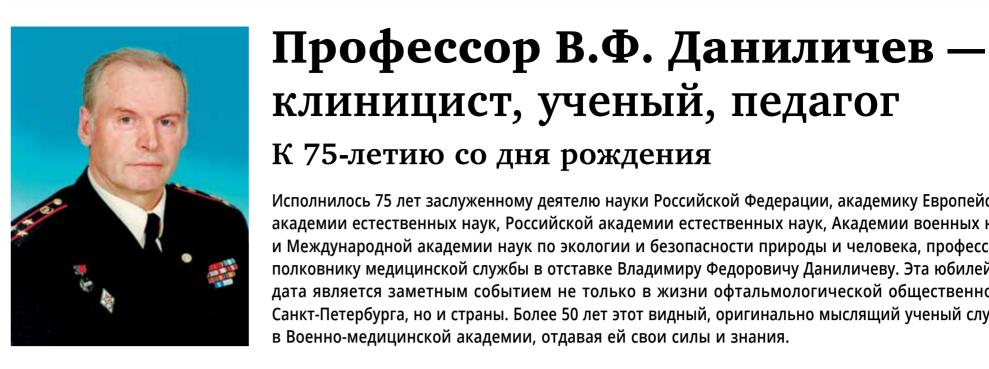
сканирования: оптическая когерентная

томография и для визуализации глазного дна используется сканирующий лазерный офтальмоскоп. Скорость сканирования — около 50 тыс. А-сканов/сек поле зрения — 9х12 с автоматическим выделением 6 слоев сетчатки. Прибор го отрезка. Особенность модели — си стема автофокуса, высокоскоростной трехмерный трекер с системой коррекции торсионных отклонений. Стандартный прибор оснащается 8 протоколами исследования макулы и ДЗН, в т.ч. анализа ганглионарных слоев: имеется мультифункциональный режим ретроспективного анализа. В этом году, как отметил докладчик, был представлен по типу «выдержки», т.е. при уменьно получить либо более качественный снимок, либо работать с плотными катарактами. При объединении до 120 снимков можно получать ультравысококачественные снимки. Новый оптический когерентный томограф RS-330 DUO имеет встроенную фундус-камеру с разрешением 12 Мп и полем зрения в 45°: также выпускается модель с функцией автофлюоресценции. Скорость сканирования — 53 тыс. А-сканов/сек трехмерный трекер; функция изменярежим En Face; мультифункциональный режим исследования. Прибор обеспечивает получение снимков глазного дна, стерео-снимки глазного дна, имеет функцию панорамирования, режим автофлюоресценции. При получении трехмерного изображения функции RS-330 DUO сходны с RS-3000, «Лодгожданным прибором», по словам докладчика, стал фундус-микропериметр МР-3, серийный выпуск которого начался в 2015 году. По сравнению с предшеку стимулирования практически до «0» даже у пациентов с нейроретинальной патологией; высокоразрешающая 12 Мп камера; функция ретроспективного ис-

о программном обеспечении NAVIS-EX. которое объединяет приборы для переднего и заднего отрезков глаза. NAVIS-EX позволяет осуществлять удаленное хранение данных на сервере, а также норным удаленный доступ через интернет.

Подводя итог симпозиуму, профессор В.В. Нероев поблагодарил докладчиков ники, представленной на российском

> Материал подготовил Сергей Тумар



А.Н. Куликов, В.А. Рейтузов, А.Ф. Соболев

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

н родился 16 июля 1940 г. в Брянске. В 1964 г. окончил ВМА, затем служил на Тихоокеанском флоте вначале в качестве врача спасательного судна СС-20, а затем в качестве врачаокулиста. По прибытии на Камчатскую флотилию, он познакомился с Л.И. Балашевичем, который служил там. Дружба этих двух людей, внесших заметный вклад в офтальмологию, продолжается уже 50 лет.

В 1970 г. поступил в адъюнктуру при кафедре офтальмологии ВМА. С этого времени его жизнь уже неразрывно связана с кафедрой

Громадная заслуга профессора В.Ф. Даниличева состоит в том, что, возглавляя кафедру офтальмологии в 1989-1997 гг. — самое и военной медицины время, распада Советского Союза и непростого становления новой России, он не только сохранил лучшие традиции научной школы первой в России кафедры офтальмологии, но существенно

Круг научных интересов профессора В.Ф. Даниличева очень широк: боевые сочетанные поражения органа зрения; организация оказания специализированной офтальмологической помощи; энзимотерапия в офтальмологии; лазерная офтальмохирургия; офтальмоэргономика; история военной офтальмологии: применение пептидных биорегуляторов и успешно разрабатываемая им офтальмоконтактология. Лечение и реабилитация раненых с по-

ражениями органа зрения является актуальной проблемой современности. Травмы органа зрения при ведении боевых действий и в мирных условиях требуют от офтальмологов не только высокого хирургического мастерства, но и принятия взвешенных рациональных организационных решений. Уже в своем диссертационном исследовании на тему «Профилактика и лечение послеруководством двух корифеев отечественной офтальмологии — профессоров В.В. Волкова и Н.А. Ушакова, им была разработана класложены методы их лечения. В 1980-х гг. он совместно с профессорами В.В. Волковым и П.В. Преображенским, а также О.Н. Нестеренко участвовал разработке «Общей классификации поражений органа зрения» и принципов этапного лечения пострадавших. В основу этой классификации было положено прогнозирование исходов для зрения. Дальнейшее становление В.Ф. Даниличева как офтальмотравматолога и организатора специализированной офтальмологической помощи проходило в Афганистане. В 1985-1986 гг. он возглавлял офтальмологическую службу 40-й армии, являясь одновременно начальником офтальмологического отделения ЦВГ в Кабуле. Во время этого конфликта под руководством профессора В.В. Волкова сотрудники кафедры (Б.В. Монахов, М.М. Дронов, В.Ф. Даниличев, Р.Л. Трояновский, А.Ф. Гацу) внедрили микрохирургию, начали оказывать витреоретинальное пособие раненым (мировой приоритет). Исходы лечения раненых значительно улучшились.

Организация офтальмологической помощи Военно-медицинского музея МО РФ. Было в Вооруженных Силах в мирное и военное показано увеличение объема повреждений органа зрения в общей структуре повремя и в период руководства кафедрой офтальмологии профессором В.Ф. Даниличеражений и травм глаза: во время Великой Отечественной войны они имели место вым в 1989-1997 гг. продолжало оставаться в 2.8%, боевых лействиях в Афганистане приоритетным направлением в научных исследованиях кафедры. Продолжалось изучеот 2,16% до 4,5%, а с учетом сочетанных ние афганского опыта с учетом отдаленных ранений — до 5,6%, а во время ведения результатов и реальным оказанием офтальвоенных действий в Чеченской Республике в 1994-1996 гг. офтальмологические санимологической помощи во время локальных конфликтов на Северном Кавказе. Предметарные потери возросли и достигли 8,06%. тами исследования служили система ана-В Чеченской Республике система организализа, частота и структура, классификация, была эшелонирована. В офтальмологических диагностика, хирургическое лечение, организация оказания специализированной офотделениях гарнизонных военных госпиталей (проводилась сортировка и оказание тальмологической помощи, а также вопросы реабилитации, в том числе легкораненых. неотложной специализированной офталь-Профессором В.Ф. Даниличевым было отмемологической помощи), в отделениях крупных гарнизонных и окружных госпиталей глаза, а также одновременно протекающий (2-й эшелон); в отделениях центральных госпиталей. ГВКГ им. Н.Н. Бурленко и в клинив них раневой процесс взаимно отягощали

в Военно-медицинской академии, отдавая ей свои силы и знания.

Исполнилось 75 лет заслуженному деятелю науки Российской Федерации, академику Европейской

академии естественных наук, Российской академии естественных наук, Академии военных наук

и Международной академии наук по экологии и безопасности природы и человека, профессору,

полковнику медицинской службы в отставке Владимиру Федоровичу Даниличеву. Эта юбилейная

дата является заметным событием не только в жизни офтальмологической общественности

Санкт-Петербурга, но и страны. Более 50 лет этот видный, оригинально мыслящий ученый служит

ДОСЬЕ

ке офтальмологии ВМА (3-й эшелон). Сотрудниками кафедры было доказано, что витреоретинальная пролиферация является одним из наиболее грозных осложне ний прободных ранений глаза. Именно она определяет судьбу травмированного глаза, и поэтому витреоэктомия является необхо димым элементом хирургической обработки боевой травмы глаза (Трояновский Р.Л., 1994; Даниличев В.Ф., Шишкин М.М., 1996) Для демонстрации современных технологий в витреоретинальной хирургии в 1994 г. был приглашен профессор Д.Дж. Мак Хью из Королевского военного госпиталя (Лондон, Великобритания). Демонстрация проводилась путем включения в ассистенты сотрудников кафедры (Р.Л. Трояновский, Б.В. Монахов, М.М. Шишкин, В.Ф. Даниличев и др.). Оперативные пособия выполнялись на оборудовании фирмы Alcon (США): операционный микроскоп Leika, витреоретинальная система, имевшая существенные преимущества перед отечественным витреотомом Г.Е. Столяренко, жидкие и газообразные перфторорганические соединения, налобный транспу пиллярный и эндолазер, а также промывные жидкости для стекловидной камеры глаза.

Под руководством профессора В.Ф. Даниличева началась разработка проблемы современной и комплексной витреоретинальной хирургии боевых повреждений органа зре ния, создана технология витреоретинальной хирургии с применением витреоэктомичелизированы результаты их раооты, а также ских систем и высокочистых перфторорга

Чурашов С.В., 1997), проводилось дальнейшее изучение возможностей применения лазеров при гемофтальме (Бойко Э.В., 1994). В 1996 г. В.Ф. Даниличевым на кафедре был организован нештатный витреоретинальный центр (утвержден директивой начальника ГВМУ МО РФ). Он был оснащен всем необходимым для витреоретинальной хирургии: операционными микроскопами с аксиальным освещением, витреотомами, перфторорганическими жидкостями, эндолазером.

В дальнейшем по инициативе профессора В.Ф. Даниличева и доцента М.М. Шишкина, возглавившего кафедру офтальмологии в 1997 г., были организованы витреоретинальные центры в ВС РФ (кафедра офтальмологии ВМедА, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко), окружные военные госпитали (Ростов-на-Дону, Хабаровск). Комплексная технология современной системы витреоретинальной хирургии была существенно расширена и дополнена благодаря экспериментальноклиническим и патоморфологическим исследованиям, проведенным на кафедре в период 1994-2000 гг. Этому способствовали, прежде всего, материалы исследований по докторской диссертации М.М. Шишкина. выполненных при научной консультации профессора В.Ф. Даниличева, «Передняя пролиферативная витреоретинопатия (патогенез, лечение)». В своей докторской диссертации М.М. Шишкиным были раскрыты основные биомеханизмы развития передней пролиферативной витреоретинопатии ведущего звена неудач хирургического лечения витреоретинальной патологии, выявлены причины, способствующие ее развитию, создана динамическая классификация передней пролиферативной витреоретинопатии с выделением четырех стадий процесса с соответствующими клиническими проявлениями, предложены способы целенаправ ленного воздействия на каждое из них.

Опыт обеспечения офтальмологической помоши во время локальных конфликтов на Северном Кавказе нашел свое отражение в «Указаниях по военно-полевой хирургии», изданных в 2000 г. (глава по повреждениям глаз написана в соавторстве с М.М. Шишкиным), а также в монографии «Медицинская реабилитация раненых и больных», вышедшей в 1997 г. (глава написана совместно с Н.А. Ушаковым.



необходимостью пересмотра существовав-

шей тогда концепции хирургического лече-

ния ран, разработанной для травм мирного

времени. Он предложил разделить хирурги-

ческое лечение на этапы. Первый — сохра-

глазное яблоко и максимально способство-

вать предупреждению воспалительных и ин-

проводить оптико-реконструктивное лече-

ние. Эти предложения прозвучали на на-

органа зрения», посвященной 175-летию ка-

федры офтальмологии ВМА в 1993 г., в разде-

пе «Минно-взрывные ранения органа зрения»

(в монографии «Хирургия минно-взрывных

ранений», опубликованной в соавторстве

в 1993 г. под редакцией проф. Л.Н. Бисенко-

ва), выступлении на VI Съезде офтальмоло-

гов России в 1994 г. Подробный анализ орга-

низации и содержания офтальмологической

помощи раненым во время войны в Афгани-

стане был им обобщен совместно с В.В. Вол-

ковым, Р.Л. Трояновским, Б.В. Монаховым

в III томе многотомного руководства «Опыт

медицинского обеспечения войск в Афгани-

лля оказания специализированной офталь-

мологической помощи направлялись сотруд-

ники кафедры: М.М. Дронов, В.В. Бржеский,

А.Ф. Гацу, Д.В. Ганин, С.А. Коскин. Проана-

В 1991-1996 гг. в Чеченскую Республику

стане 1979-1989 гг.», изданном в 2003 г.

В.Ф. Даниличев — врач Камчатской флотилии



В.Ф. Даниличев и Б. Кармаль. Кабул, 1985 г.



На конференции, посвященной 175-летнему юбилею кафедры. Слева направо: к.м.н. А.И. Журавлев, академик М.М. Краснов, профессор В.Ф. Даниличев, профессор В.В. Волков, профессор В.О. Самойлов

ния до прихода в клиническую практику, из-

вестно, какие многолетние усилия требуется

Возможность проведения ферментного

разрушения хрусталика — факолиза — с со-

хранением капсулы хрусталика и последую-

щим заполнением ее жидкими полимерами

также изучалась В.Ф. Даниличевым. Он вы-

яснил, что в этих целях целесообразно ис-

пользовать террилитин; он также участво-

вал в разработке иммобилизованной формы

этого фермента — терридеказы. Совместно

с С.Н. Даниличевым и А.Н. Васютинским

было разработано устройство для интрален-

тального введения препарата, вызывающего

факолиз с сохранением капсулы хрусталика.

В клинике офтальмологии ВМА был раз-

работан витреолизоперфузионный способ

ферментной витрэктомии. Способ заклю-

нался в введении в стекловидное тело глаза

для этого предпринимать.

Медицинскому оказанию офтальмологи-Следует подчеркнуть особую роль професческой помощи в мирное время посвящесора В.Ф. Даниличева в разработке иммона кандидатская диссертация Н.С. Крячко, билизованных форм ферментов. Нативные ферменты, как правило, быстро инактививыполненная под руководством профессора В.Ф. Даниличева в 3-м Центральном руются системой ингибиторов организма, военном клиническом госпитале на тему: что требует многократных инъекций фер-«Совершенствование оказания офтальмоментных препаратов, и как следствие логической помощи в многопрофильном появление различной выраженности аллергоспитале» (2005). Он провел медико-экогических реакций. Перечисленные недономическое обоснование создания на базе статки энзимотерапии могут быть устранеотделения в госпитале офтальмологического ны применением иммобилизованных форм протеолитических ферментов. Эксперименцентра. Создание такого центра, органитальные и клинические исследования, прозованного в Вооруженных Силах Российской Федерации, позволяет своевременно веденные В.Ф. Даниличевым в 1972-1975 гг., показали высокую эффективность коллалии качественно оказывать высокотехнологичную помощь военнослужащим, пенсиозина как средства профилактики развития нерам Министерства обороны, способствует или устранения сформировавшейся рубцоконцентрации дорогостоящего оснащения, вой ткани между веком и глазным яблоком значительно улучшает показатели лечебного после ожога конъюнктивы. Фармакологический комитет СССР разрешил применение коллализина в клинической практике. Тем, Внедрение новых методов лечения с покто знаком с прохождением разработанного фармакологического препарата от его созда-

мощью витреоретинальной и лазерной техники, богатый опыт специалистов кафедры и необходимость подготовки соответствующих специалистов для медицинской службы ВС РФ привели к организации профессором В.Ф. Даниличевым в 1995 г. учебных циклов для повышения квалификации врачебного состава «Витреоретинальная хирургия» (куратор — М.М. Шишкин) и «Лазеры в офтальмохирургии» (куратор — Э.В. Бойко), «Рефракционная хирургия» (кураторы — М.М. Шишкин и М.М. Дронов).

Вопросы классификации комбинированных и сочетанных повреждений органа зрения, в частности, тактики офтальмохирургического лечения, военно- и медикосоциальной экспертизы и реабилитации нашли отражение в монографии, изданной под редакцией В.Ф. Даниличева «Современная офтальмология: руководство для врачей», которая является энциклопедией военной офтальмотравматологии. В ее создании приняли участие сотрудники и многие питомцы кафедры. Монография издана в 2000 г. (второе издание в 2009 г.). Она была переведена на английский язык и нашла широкое распространение в Кана-

Работы сотрудников кафедры по организации офтальмологической помощи и офтальмотравматологии остаются ведущими концептуальными трудами, определяющими стратегию оказания помощи при повреждениях органа зрения. На сегодняшний день кафедра офтальмологии ВМА является признанным центром офтальмотравматологии в России, и громадный вклад в этом принадлежит профессору В.Ф. Даниличеву и его ученикам.

Из многих научных направлений на кафедре офтальмологии ВМедА развитие энзимологии было всегда одним из сложных. Уже адъюнктом кафедры В.Ф. Даниличев активно включился в продолжение исследований по использованию протеолитических ферментов при ожогах глаз. Первое печатное издание по данному направлению «Протеолитические ферменты в терапии повреждений и заболеваний глаз» вышло еще в 1980 г. В нем нашли отражение первые научные исследования по созданию ферментного препарата коллализина и возможности его применения для профилактики и лечения послеожогового симблефарона, которые относятся к 1972 г.

витрэктомии. Вызванное коллализином и террилитином растворение патологически измененного стекловидного тела (витреолиз) и витреальных шварт способствовало под руководством Э.В. Бойко: проводились проведению атравматичной для сетчатки витрэктомии. Для профилактики излишнего травматизма глазного яблока совместно с В.В. Волковым и И.Ю. Ограновским разработан порт для многократного введения лекарственных веществ — глазной ниппель (предшественник современных портов, применяющихся в витреоретинальной хирургии). Наряду с ферментным витреолизом для защиты сетчатки внутривенно вводились ингибиторы. Этот способ дал положительные результаты во всех наблюдениях, позволяя добиваться прибавки остроты зрения в среднем на 0,24. Совместно с сотрудниками НПО «Мединструмент» (г. Казань) был создан специальный набор инструментов, состоящий из трех глазных инъекционных устройств — глазных ниппелей, пинцета для глазного ниппеля и двухходового шприца. Это приоритетное не только для отечественной, но и мировой офтальмологии исследование, выполненное под руководством профессора В.В. Волкова, составило предмет докторской диссертации В.Ф. Даниличева на тему: «Обоснование и эффективность применения протеолитических ферментов при патологии глаз (клинико-экспериментальное исследование)» (1984). Проведение исследований на кафедре

осуществлялось в сотрудничестве с научными учреждениями Ленинграда и Москвы: Всесоюзным научно-исследовательским технологическим институтом антибиотиков и ферментов медицинского назначения (ВНИТИАФ), Институтом высокомолекулярных соединений (ИВС АН СССР), Ленинградским научно-исследовательским инстигутом вакцин и сывороток (ЛенНИИВС), Радиевым институтом им. В.Г. Хлопина АН СССР (РИАН СССР), Российским кардиологическим научным центром (РКНЦ РАН) и рядом других.

Совместно с лабораторией генной инженерии Российского кардиологического научно-производственного комплекса (РКНПК) M3 РФ (заведующий — Р.Ш. Бибилашвили) выполнены научно-исследовательские разработки в 1985-1990 гг., которые показали принципиальную возможность синтеза функционально активной рекомбинантной проурокиназы человека в бактериях E. coli. Под руководством профессора В.Ф. Даниличева адъюнктом кафедры офтальмологии Э.В. Бойко было проведено исследование, которое составило фрагмент кандидатской диссертации «Оптимизация витреальных вмешательств при гемофтальме», защищенной в 1994 г. Впервые в эксперименте было изучено тромболитическое, фибринолитическое и токсическое действие рекомбинантной проурокиназы при интравитреальном введении. Кроме того, была открыта возможность снижения дозы вводимого препарата при его сополимеризации с олигомерным сывороточным альбумином в 10-15 раз, по сравнению с нативной формой, без снижения терапевтического эффекта. Как результат научных исследований в НПО «Техноген» (директор иммобилизированных форм коллагеназы А.А. Белогуров) была создана лекарственная форма современного фибринолитического



Коллектив кафедры офтальмологии. 1993 г.

профермента — препарат гемаза. Изучение возможности энзимотерапии в офтальмологии на уровне проферментов продолжилось уже клинические испытания созданной гемазы (Э.В. Бойко, а впоследствии и Т.Г. Сажиным). В рамках клинических испытаний препарат показал безвредность в рекомендованных дозах и высокую активность его как фибрино- и тромболитика при фибриноидном синдроме, при остром нарушении кровообращения в сосудах сетчатки, при гемофтальме, а также при фибринозно-пластическом иридоциклите, что позволило рекомендовать применение препарата в широкой офтальмологической практике. Профессором В.Ф. Даниличевым проводилось также изучение эффективности системной энзимотерапии при патологии глаз.

В рамках этой работы изучался препарат вобэнзим, который оказался эффективным при нарушениях кровообращения в сосудах сетчатки, внутриглазных кровоизлияниях. Исследование эффективности ферментной терапии при увеитах и иридоциклитах было обобщено в диссертации М.Р. Чшиевой, выполненной под руководством профессора В.Ф. Даниличева и д.м.н. А.А. Соколова на тему «Комплексная диагностика и комбинированное лечение больных хроническим рецидивирующим увеитом» (2012). По этой проблеме применения ферментов в офтальмологии изданы три монографии, одна из которых «Патология глаз. Ферменты и ингибиторы» (1996), более подробное и расширенное изложение ферментотерапии нашло свое отражение в монографии «Офтальмология. Энзимотерапия и экстракорпоральная гемокоррекция» (2002). Изучение офтальмоэнзимологии принесло профессору В.Ф. Даниличеву всероссийскую известность. В настоящее время разработанные им технологии применения препаратов либо уже широко используются, либо начинают активно внедряться (интравитреальные инъекции, ферментный витреолиз и другие). Отдавая должное приоритетам, работы профессора В.Ф. Даниличева широко и многократно цитируются в отечественной и зарубежной литературе.

Лазерное направление лечебной и научной деятельности на кафедре офтальмологии является одним из приоритетных. Под руководством профессора В.Ф. Даниличева были защищены две докторские и две кандидатские диссертации. Многие разрабатываемые проблемы были новаторскими. Так, начатое профессором Л.И. Балашевичем в Военно-медицинской академии исследование по изучению возможностей диодного лазера (0,67 мкм) в офтальмологии, созданного под руководством лауреата Нобелевской премии, академика Ж.И. Алферова, завершилось внедрением его в офтальмологическую практику. Исследования по этой проблеме, при научной консультации профессора В.Ф. Даниличева, были подытожены в 1996 г. защитой Л.И. Балашевичем докторской диссертации в виде научного доклада «Создание и изучение эффективности применения аргонового и диодного лазеров при патологии глазного дна». В этой работе после глубокого анализа опыта лечения больных аргоновым лазером в ВМА был сделан вывод о том, что диодный лазер не уступает аргоновому по своей лечебной эффективности, а по ряду биомедицинских и технических характеристик превосходит его. Диодный лазер, обладающий малыми габаритами, высоким КПД и невысокой стоимостью, вошел в практику отечественног офтальмологии и рассматривается как военно-полевой вариант оснащения медицинской службы. Проведен поиск новых путей реализации преимуществ диодного лазера, прежде всего за счет расширения средств доставки его излучения: эндолазерных, транссклеральных, с помощью налобного бинокулярного офтальмоскопа (Бойко Э.В., 1994). В выполненной докторской диссертации А.Ф. Гацу «Инфракрасные лазеры (1-3 мкм) в хирургии наружных отделов глаза», при научной консультации профессора В.Ф. Даниличева, на основе экспериментальных данных и на опыте лечения более тысячи больных были показаны роль и место линии инфракрасных лазеров для хирургического лечения рефракционных, воспалительных, инфекционных, дистрофических, а также онкологических заболеваний век, конъюнктивы, роговицы, слезных органов. Доказано, что ряд проблем онкологии вспомогательных органов глаза также успешно решаются при наличии возможности выбора оптимальной длины волны излучения

и методики воздействия. В кандидатской диссертации Э.В. Бойко «Оптимизация витреальных вмешательств при гемофтальме» (1994 г., научный руководитель — профессор В.Ф. Даниличев) в эксперименте и клинике обоснована полостная лазерная хирургия и была показана возможность интраокулярного применения режущих свойств гольмиевого лазера (длина волны — 2,09 мкм) для рассечения шварт в стекловидном теле. Проведен ряд экспериментов по разрушению ядер хрусталиков лазерным излучением среднего и дальнего ИК-диапазона и сделан вывод о перспективности этих длин волн для внутриглазной хирургии (Даниличев В.Ф. и др., 1993). В диссертационном исследовании Д.В. Ганина «Лазерная склеростомия в эксперименте» (1994), выполненном под руководством профессора В.Ф. Даниличева, отразились поисковые направления в лечении глаукомы, в частности, возможность фистулизации камер глаза с наименьшей травматичностью и инвазивностью.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

В результате проведенных на кафедре исследований по лазерной тематике появилась возможность выполнять многие виды как самостоятельных лазерных пособий (транссклеральную лазеркоагуляцию цилиарного тела и сетчатки, деструкцию внутриглазных опухолей и новообразований вспомогательных органов), так и пособий в ходе витреоретинальных и других операций. Для этих целей применялись созданные специалистами Института лазерной физики двухволновая (1,06/1,32 мкм) и трехволновая (1,06/1,32/2,09 мкм) установки высокой мощности. По результатам этих работ неоднократно делались сообщения на научных конференциях, в частности, в 1995 г. профессор В.Ф. Даниличев был приглашен с докладом в Барселону на Европейскую Биомедицинскую Оптическую Неделю. Офтальмоэргономические исследова-

ния. Дальнейшее развитие методов оценки функциональных возможностей зрительного анализатора получило в исследованиях, проводимых на кафедре офтальмологии Военно-медицинской академии в ряде диссертационных работ. С.А. Коскиным в 1994 г. защищена кандидатская диссертация на тему «Диагностические возможности и пути усовершенствования визоконтрастометрии». Разработанный метод позволил более точно оценивать тяжесть поражения, динамику и степень восстановления функций органа зрения в ходе лечения. На кафедре разработаны тестовые таблицы для исследования зрительных функций с использованием оптотипов, содержащих в своем пространственно-частотном спектре узкие диапазоны пространственных частот (Коскин С.А., 1994). Использование разработанных таблиц позволило существенно повысить качество профессионального отбора по целому ряду специальностей (летчики, операторы зрительного профиля). В эти годы создан, а затем и усовершенствован диагностический компьютерный комплекс «Эрготест», служащий как для диагностических, так и для лечебных целей, в том числе для тренировки зрения при привычно-избыточном напряжении аккомодации и амблиопии.

С.Ю. Голубевым выполнено диссертационное исследование на тему «Визоконтрастометрические и электрофизиологические показатели при острых отравлениях» (1995 г., научные руководители — профессора В.Ф. Даниличев и Ю.Е. Шелепин). Было показано значение проведения визоконтрастометрии при оказании специализированизмерения контрастной чувствительности в области низких пространственных частот для оценки функциональных возможностей при воздействиях на зрительный анализатор

самого разного типа травм и отравлений. Применение пептидных биорегуляторов стали изучать в конце 80-х годов XX века. Этой проблеме посвящена кандидатская диссертация Л.А. Васильевой на тему «Применение ретилина для лечения пигментной периферической абиотрофии сетчатки» (1992), выполненной под научным руководством профессоров В.Х. Хавинсона и В.Ф. Даниличева. И.Б. Максимовым и В.Ф. Даниличевым (1994, 1996) была разработана система комплексной пептидной коррекции при травматических повреждениях органа зрения, опубликованная в совместной монографии «Травмы и заболевания глаз: применение ферментов и пептидных биорегуляторов» (1996). В результате изучения влияния пептидных био-



ДОСЬЕ

Начальники кафедры офтальмологии. Слева направо: профессор М.М. Шишкин, профессор В.В. Волков, профессор В.Ф. Даниличев, профессор Э.В. Бойко



В.Ф. Даниличев вручает своему товарищу и совтору Л.И. Балашевичу монографию «Офтальмоконтактология»

определить возможности терапевтического применения тималина, тимогена, препаратов вещества хрусталика и сетчатки при различной посттравматической патологии роговицы, хрусталика, в том числе в сочетании с микрохирургическими пособиями при тяжелых огнестрельных ранениях. Применение ретиналамина и кортексина позволяет повысить остроту зрения и функциональное состояние сетчатки, а также уменьшить реабилитационный период после тяжелых витреоретинальных травм

Педагогическая, научная, лечебная работы и связь кафедры с войсками в период руководства ею профессором В.Ф. Данилиевым наиболее полно отражены сотрудниками в монографиях «Первая в России и вторая в мире кафедра офтальмологии» под редакцией профессора В.Ф. Даниличева (1994) и «Наука первой в России кафедры офтальмологии в конце XX столетия» (2000), приуроченной к 60-летию профессора В.Ф. Даниличева.

В 1998 г. после увольнения в отставку профессор В.Ф. Даниличев возглавил существенно реорганизованную им «Научно-исследовательскую лабораторию контактной коррекции зрения и микрохирургии глаза». В лаборатории начали активно выполняться плановые темы НИР по различным аспектам клинической офтальмологии и В.Ф. Даниличева завершена НИР на тему «Исследование по разработке новых контактных линз длительного ношения для личного состава ВС РФ», которая проводилось по распоряжению Главного военно-медицинского управления МО РФ совместно с Санкт-Петербургским филиалом Института катализа им. Г.К. Борескова Сибирского отделения РАН (Иванчев С.С., Павлюченко В.Н., 2005). Сотрудникам лаборатории удалось впервые в России создать материал для силикон-гидрогелевых мягких контактных линз. Для создания материала использовали принцип синтеза взаимопроникающих полимерных сеток, позволивший упростить технологию получение силикон-гидрогелей.

Под руководством профессора В.Ф. Даниличева проводились исследования контактных линз как носителей лекарственных средств. В том числе изучены закономерности сорбции и десорбции мягкими контактными линзами различных антибиотиков регуляторов на структуры глаза удалось групп аминогликозидов, цефалоспоринов



Зам. начальника академии по учебной и научной работе, профессор Б.Н. Котив вручает профессору В.Ф. Даниличеву медаль Ученого совета академии

и фторхинолонов. Было выявлено, что при менение мягких контактных линз, насыщенных фторхинолонами, обеспечивает поддержание терапевтической концентрации антибиотика в течение нескольких часов (Рейтузов В.А., 2009; Фокина Д.В., 2011).

Были разработаны полифункциональные лечебные мягкие контактные линзы, насыщенные дексаметазоном и фторхинолонами, которые предлагалось использовать в систе ме лечебно-эвакуационных мероприятий ВС РФ (Алекперов С.И., 2013). В настоящее время в лаборатории проводится работа по разработке технологии изготовления многофункциональных лечебных контактных линз в интересах Вооруженных Сил Российской Федерации.

Интересной является работа по разработке гидрогелевых материалов, обладаю щих эффектом памяти (Павлюченко В.Н., 2012), которая может существенно расширить возможности применения лечебных контактных линз.

В.Ф. Даниличевым было обращено внимание, что термин «контактная коррекция зрения» не в полной мере отражает многочисленные задачи по созданию материапроцессов насышения и рассышения создаваемых в лаборатории лечебных форм мягких линз, которые ему приходилось решать ской лаборатории

Как в нашей стране, так и за рубежом опубликованы многочисленные работы по созданию лечебных контактных линз. Однако лишь профессору В.Ф. Даниличеву удалось увидеть, по выражению Платона, «за табуном — лошалистость» и дать название новой отрасли знания офтальмологии — «Офтальмоконтактология». До этого времени термин «контактология» применялся лишь для обозначения научного направления, занимавшегося поиском радиосигналов звездных цивилизаций, следов инженерной и астроинженерной деятельности в космосе или в языкознании. Офтальмоконтактологию профессор В.Ф. Даниличев описал как научно-практическое направление в офтальмологии по созданию и многоплановому применению контактных линз для коррекции глаз, для профилактики и лечения патологии глаз, а также для достижения специальных эффектов. В рамках этого нового научного направления проводится

обоснование эффективности применения новых полимерных материалов и конструкций контактных линз, их разработки и медико-биологической оценки оптимизации, стандартизации и расширения сферы их использования в корригирующих, диагностических, лечебных, защитных и других целях. Он выделил и основные направления новой ветви офтальмологии: коррекция зрения, ортокератология, применение для терапевтических целей, диагностика заболеваний, косметическая коррекция, защитное действие, применение линз специального назначения, материаловедческие аспекты. Офтальмоконтактологии посвящены монографии «Контактные линзы», вышедшая в 2008 г. под редакцией В.Ф. Даниличева и С.А. Новикова, и «Офтальмоконтактология», вышедшая в 2010 г. под редакцией А.Б. Белевитина, Э.В. Бойко и В.Ф. Даниличева к 70-летию юбиляра.

Профессор В.Ф. Даниличев воспитал плеяду учеников и последователей, которые возглавили кафедральные коллективы и офтальмологические учреждения нашей страны: заслуженный деятель науки РФ, профессор Л.И. Балашевич (возглавлял Санкт-Петербургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова и кафедру офтальмологии МАПО), заслуженный врач РФ, профессор М.М. Шишкин (главный офтальмолог, заведующий кафедрой глазных болезней института усовершенствования врачей ГУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова МЗ РФ»), заслуженный врач, член-корреспондент ВМедА, профессор Э.В. Бойко (возглавил Санкт-Петербургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова). В Москве, кроме профессора М.М. Шишкина, активно трудятся к.м.н. Н.М. Крячко, возглавляющий офтальмологический центр в 3 ЦВКГ МО РФ им. А.А. Вишневского, и к.м.н., доцент С.Ю. Голубев — создатель сайта Organum visus. На кафедре офтальмологии его учениками являются полковники медицинской службы: начальник кафедры, д.м.н. А.Н. Куликов, его заместитель — д.м.н., доцент С.А. Коскин; профессор кафедры, д.м.н., доцент С.В. Чурашов; доцент кафедры, к.м.н. С.В. Сосновский. Им подготовлено 4 доктора и 11 кандидатов медицинских наук (среди учеников — 5 профессоров, 4 доктора медицинских наук и 3 доцента).

Профессор В.Ф. Даниличев является автором и соавтором более 400 научных работ, включая 18 монографий, руководств, книг и глав. Монография «Патология глаз. Ферменты и ингибиторы» заняла первое место в конкурсе научных работ профессорского состава ВМедА в 1996 г. и награждена дипломом «За лучшую научную работу года» и медалью Ученого совета Академии и премией медицинской службы Вооруженных Сил США. Ему присуждена золотая медаль «Brussels Eureka 99» за научные достижения в офтальмологии. Он исполнял обязанности председателя офтальмологической подсекции хирургической секции при начальнике ГВМУ МО РФ. На протяжении 18 лет возглавлял докторский диссертационный совет по офтальмологии и смежным специальностям в ВМА им. С.М. Кирова, член правления Всероссийского и Санкт-Петербургского научных медицинских обществ офтальмологов. Разработанные материалы для контактных линз неоднократно поощрялись дипломами, медалями и кубком ежегодно проводимого Московского международного салона изобретений и инновационных технологий «Архимед».

29 сентября 2015 г. Общество офтальмоло равляющими веществами, установлена роль Под руководством профессоров Э.В. Бойко в возглавляемой им научно-исследователь- гов Санкт-Петербурга и сотрудники Военномедицинской академии организовали конференцию, посвященную юбилею профессора В.Ф. Даниличева. Конференцию открыл заместитель начальника академии по учебной и научной работе, профессор Б.Н. Котив. Он отметил, что богатый творческий потенциал, неиссякаемая энергия, работоспособность, ответственное отношение к делу позволили профессору В.Ф. Даниличеву состояться как ученому, педагогу и наставнику, известному не только в академии, но и во всей стране. Он наградил его медалью Ученого совета академии. В этот же день юбиляру вручили медаль «За заслуги в Военно-медицинском образовании I степени» от учебного отдела ВМедА, а также медаль им. С.И. Вавилова создателя нелинейной оптики от Оптического общества им. Д.С. Рождественского.

> Талантливый клиницист, ученый и педагог и сегодня продолжает работать в Военномедицинской академии, щедро делясь с сотрудниками своим богатейшим научным

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ

Офтальмологическое обследование

новорожденного в кювезе, ДГБ № 1

(Санкт-Петербург)

реанимации, которых в нашей клинике —

действие — это важнейшая часть нашей

ребёнку и взрослому.

ента практически не было?

мально возможную помощь

нию глазного яблока...

были правильными?

в отношении этого маленького пациента

Междисциплинарное взаимодействие основа успеха детской офтальмологии



Д.м.н., профессор Э.И. Сайдашева с 2009 года является заведующей кафедрой детской офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Профессиональная деятельность героини нашей публикации также связана с Детской городской больницей № 1. клинического уровня в Северной столице. С 2010 года Эльвира Ирековна руководит офтальмологической службой этого медицинского учреждения.

Профессор Э.И. Сайдашева является главным детским офтальмологом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и главным детским офтальмологом Северо-Западного федерального округа РФ. В беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» Эльвира Ирековна рассказала о своей лечебной, научной и педагогической деятельности, поделилась мыслями об особенностях работы с самыми маленькими пациентами, а также взаимодействии с их родителями и другими членами семьи. Одним из информационных поводов для интервью стал 41-й Конгресс Европейского Педиатрического Офтальмологического Общества (EPOS), который 25-27 июня 2015 года состоялся в Санкт-Петербурге. Э.И. Сайдашева являлась председателем организационного комитета этого представительного научного форума.

- Эльвира Ирековна, в каждом номере газеты «Поле зрения» публикуются беседы с ведущими российскими и зарубежными учёными-офтальмологами. Наша цель состоит в том, чтобы медики лучше узнали друг друга, познакомились с научными достижениями коллег, могли «сверить часы» в организации лечебной работы. «Поле зрения» также читают па-Наверное, им тоже будет интересно по-

— Я благодарю редакцию за возможность выступить на страницах газеты. Мир учёных-офтальмологов достаточно узкий. Мы хорошо знаем друг друга. Часто встречаемся на научных форумах и других мероприятиях. Но газета «Поле зрения» обращается не только к научной общественности. Её читают и врачи практического звена. Надеюсь, что именно для них наша беседа будет полезной.

— Хотелось бы познакомиться с Вами поближе, узнать об основных вехах Вашей биографии, важных событиях

— Я родилась в семье военнослужащего. Папа, Ирек Зиннатович, проходил службу в войсках противовоздушной обороны в Группе советских войск в Германии. Мама, Майя Мухтеевна, работала в военном городке в качестве гражданского специалиста. Местом моего рождения стал город Дрезден.

Интервью с д.м.н., профессором, заведующей кафедрой детской офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

Эльвирой Ирековной Сайдашевой

расположенную в Карелии. Среднюю школу я заканчивала в Петрозаводске. С 1975 года папа проходил службу на территории Баш- в Уфе. кирии. В 1980 году он вышел в запас и с тех пор посвятил себя общественной деятельности. Уже в течение 35 лет он возглавляет Башкирское отделение Всероссийского общества автомобилистов.

В 1975 году я стала студенткой педиатрического факультета Башкирского государственного медицинского института. В 1981 году получила диплом врача.

— Почему Вы решили связать свою судьбу с медициной?

— Выбор профессии в юношеском возрасте — это всегда спонтанное решение... У меня было счастливое детство. И мне захотелось лечить детей, помогать детям. Поэтому и пошла учиться на педиатра.

У каждой области медицины есть свои особенности, своя специфика. Какими качествами должен обладать

— Врач-педиатр должен взаимодействовать не только с юными пациентами, но и с их родителями и другими родственниками. Общение с родственниками бывает необходимо и во «взрослой» медицине. но в педиатрии оно имеет особое значение. Это связано и с юридическим аспектом: взрослый человек, если он является дееспособным, сам даёт согласие на проведение операций, обследований и других медицинских вмешательств. У несовершеннолетних пациентов в роли «законных представителей» выступают родители или опекуны.

Важнейшими качествами врача-педиатра, кроме глубоких медицинских знаний, я считаю коммуникабельность, доброжелательность, душевность... Как правило, родители всегда чувствуют, что врач ответственно, внимательно и сердечно относится к их ребенку. Они благодарны за это и становятся союзниками, помощниками доктора. Благодаря совместным усилиям врачей и родителей у маленьких пациентов пропадает страх перед людьми в белых халатах.

Конечно, иногда возникают ситуации, когда родственники ведут себя неадекватно, не могут справиться со стрессовым состоянием... Но всё-таки — это исключительные случаи. Обычно мне приятно и комфортно работать и с детьми, и с их родителями.

— Расскажите, пожалуйста, о Вашем

— Во время учёбы в вузе меня в равной мере интересовали все области медицины, время я ещё не думала о научной работе, врача. На шестом курсе подрабатывала в качестве медсестры в психиатрической больнице. Эта была интересная работа. Думаю, что и в детской психиатрии я могла бы себя



В восьмимесячном возрасте с мамой Майей Мухтеевной и папой Иреком Зиннатовичем

проявить, но жизнь сложилась по-другому. После окончания института в течение трёх лет работала участковым врачом-педиатром

натологом в Детской городской больнице № 7 города Уфы. Меня заинтересовала неонатология как наиболее динамично развивающаяся специальность. Я была рада, что получила возможность работать в этой

В восьмидесятых годах в Советском Союзе неонатология — раздел медицины, изучающий новорожденных и младенцев — стала рассматриваться как самостоятельная меди-

Жизнь показала, что нужны специалисты, которые специализируются на лечении пациентов в первые дни, недели и месяцы их жизни. Особенно это актуально для недоношенных детей, а также младенцев с врож-

— Как Вы пришли в офтальмологию?

— Можно сказать, что неонатология привела меня в офтальмологию. В восьмидесятые годы я много занималась самообразованием. Читала научную литературу, посещала конференции и образовательные семинары. Мне хотелось вникнуть во все проблемы, с которыми сталкиваются новорожденные.

В то время в научной литературе уже стали обсуждать ретролентальную фиброплазию. В настоящее время это заболевание называется «ретинопатия недоношенных». Именно ретинопатия недоношенных до сих пор во всех развитых странах является главной причиной слепоты и слабовидения у детей

В настоящее время в России, во всяком случае в большинстве регионов, новорожденные регулярно осматриваются офтальмологами. А в восьмидесятые годы офтальмолог нередко впервые осматривал ребёнка, когда ему было уже 11-12 месяцев. Но орган зрения уже мог быть необратимо повреждён... Таким образом, ненадлежащая организация офтальмологической помощи способствовала детской инвалидизации по

В конце восьмидесятых годов мне довелось побывать в Ленинграде, на цикле vcoвершенствования неонатологов в Летской горолской больнице № 1. который проводил д.м.н., профессор Николай Павлович Шабалов, ныне заведующий кафедрой и клиникой детских болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Профессор Н.П. Шабалов подробно обозначил проблему патологии органа зрения у новорожденных.

После возвращения в Уфу я доложила особых пристрастий у меня не было. В то о результатах семинара главному врачу по двум специальностям — «глазные болездетской городской больницы № 7 Тамаре ни» и «общественное здоровье и здравоох-

— В этой больнице в то время работали врачи-офтальмологи?

— В том и дело, что нет! Детская городская больница № 7 являлась крупнейшей неонатологической клиникой Уфы. Она специализировалась на выхаживании недоношенных детей. При этом в штате больницы врача-офтальмолога не было. Т.А. Кевлер согласилась со мной, что такая ситуация является неприемлемой.

Главный врач больницы дала мне направление в клиническую ординатуру по офтальмологии, чтобы после её окончания я могла оказывать квалифицированную офтальмологическую помощь новорожденным.

— Где Вы проходили клиническую ординатуру?

— В Уфимском Институте глазных болезней. С 1990 года по 1992 год я была клиучного сотрудника и старшего научного всего 500 грамм.

сотрудника. Все эти годы научная работа сочеталась с лечебной. Я работала в отделении восстановительной хирургии глаза у детей, которым в то время руководил Мухаррам Мухтарамович Бикбов. В настоящее время д.м.н., профессор М.М. Бикбов является директором Уфимского Института глазных болезней.

Мухаррам Мухтарамович способствовал созданию в коллективе творческой атмосферы. Мы не просто вместе работали, но и стали хорошими товарищами и друзьями. Большое внимание детской офтальмологии уделял тогдашний директор института, д.м.н., профессор М.Т. Азнабаев. Марат Талгатович сам был успешным детским офтальмохирургом.

В 1998 году я защитила в Москве в РосМАПО кандидатскую диссертацию «Ретинопатия недоношенных. Факторы фиска, прогнозирование и ранняя диагностика». Диссертация была защищена по двум специальностям: офтальмология и педиатрия. Научным руководителем по офтальмологии был д.м.н., профессор М.Т. Азнабаев, в качестве научного руководителя по педиатрии выступила д.м.н., профессор Э.Н. Ахмадеебыла первым в Российской Федерации научным трудом на соискание учёной степени, посвящённой ретинопатии недоношенных.

— Почему Вы решили продолжить свою научную и лечебную деятельность в Санкт-Петербурге?

— У меня не было планов покидать Уфу. Мне нравилась работа в Институте глазных болезней. Но возникли семейные обстоятельства: нефтяная компания, где работал мой муж, направила его в Санкт-Петербург. Наша семья переехала.

Я стала работать врачом-офтальмологом в Неонатальном центре Детской городской больницы № 1, а в 2010 году возглавила офтальмологическую службу всей больницы. Также в Санкт-Петербурге продолжилась и научно-педагогическая деятельность. Я стала доцентом кафедры офтальмологии (с курсом детской офтальмологии) МАПО, которой руководил д.м.н., профессор Л.И. Балашевич.

В 2008 году по инициативе Леонида Иосифовича Балашевича и при поддержке ректора МАПО Отари Гиевича Хурцилавы была создана самостоятельная кафедра детской офтальмологии. В 2009 году меня назначили заведующей кафедрой. В 2010 году я защитила докторскую диссертацию «Совершенствование офтальмологической помощи новорожденным детям в условиях мегаполиса». Лиссертация была зашишена — научными консуль торой были д.м.н., профессора В.В. Нероев и О.Г. Хурцилава, а вдохновителем работы стала д.м.н., профессор Л.А. Катаргина.

- Эльвира Ирековна, не могли бы поподробнее рассказать о Вашей работе в качестве руководителя офтальмологической службы Санкт-Петербургской Детской городской больницы № 1?

— В составе офтальмологической службы пять врачей-офтальмологов. Они оказывают квалифицированную помощь пациентам всех отделений больницы. В первую очередь, я бы хотела сказать о работе моих коллег в Неонатальном центре клиники, который по числу коек в отделении реанимации новорожденных занимает третье место в мире. Каждый год в Неонатальном центре выхаживается более трёх тысяч новорожденных и в абсолютном большинстве — недоношенные дети. В клинике выническим ординатором. А потом осталась хаживаются и экстремально недоношенные работать в этом учреждении в качестве на- дети, вес которых при рождении составляет



Профессора В.В. Нероев, Л.А. Катаргина, Э.И. Сайдашева. Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи». Санкт-Петербург, 2009 год

Сюда направляются и новорожденные из других стационаров Санкт-Петербурга, которым требуется хирургическая помощь различного профиля. Неонатологическую службу ДГБ № 1 возглавляет главный неонатолог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, к.м.н., доцент В.А. Любименко. Мы не просто работаем совместно с неонатологами, мы с ними дружим!

Все новорожденные дети регулярно осматриваются врачами-офтальмологами. Например, сегодня, в день нашего разговора, моими коллегами было осмотрено более тридцати новорожденных детей. Лично я занимаюсь самыми тяжёлыми случаями.

Офтальмологическая служба занимается не только новорожденными. Санкт-Петербургская Детская городская больница № 1 является базовой клиникой Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС) в Северо-Западном регионе РФ.

Здесь имеется вертолётная площадка и всё необходимое оборудование, чтобы оказывать помощь детям, которым был нанесён урон здоровью в результате чрезвычайных ситуаций. В нашей больнице действует один из самых современных в России ожоговых центров. Как известно, лечение ожоговых поражений органа зрения — это одна из сложнейших областей офтальмологии. При необходимости мы обращаемся за помощью к нашим коллегам из Военно-Медицинской академии им. С.М. Кирова, которые имеют уникальный опыт лечения данной категории пациентов.

— Вероятно, для врачей офтальмологической службы большое значение имеет междисциплинарное взаимодействие между медиками?

 Междисциплинарное взаимодействие — основа успеха детской офтальмологии. Например, успешное проведение операций зависит от чёткой работы анестезиологовреаниматологов. Обеспечение наркоза для новорожденных и младенцев — это трудная задача, решение которой требует и специального оборудования, и немалого опыта.

При лечении ретинопатии недоношенных лазерные вмешательства проводятся в первые недели жизни. Такие операции необходимо провести в чётко обозначенный отрезок времени, который индивидуально определяется для каждого ребёнка. Они не могут быть проведены ни слишком рано, ни слишком поздно.

С точки зрения лазерного лечения ретинопатия нелоношенных имеет много общего с диабетической ретинопатией. Но, в отличие от диабетической ретинопатии, ретинопатия недоношенных развивается стремительно. Каждый упущенный день может

В Неонатальном центре больницы мои коллеги занимаются не только лечением ретинопатии недоношенных. Также проводится консервативное и хирургическое лечение врождённой глаукомы и катаракты, воспалительных заболеваний органа зрения, врождённых патологий слезоотволящих путей. офтальмопатологии центрального генеза и т.д.

Большая работа проводится глазными врачами совместно с коллегами из неврологического отделения больницы. Именно в этом отделении проходят лечение пациенты с сочетанной патологией, последствиями травм и инфекций головного мозга, демиелинизирующими заболеваниями.

Как руководителю офтальмологической службы мне постоянно приходится участвовать в консилиумах, особенно в отделениях



Сотрудники Уфимского института глазных болезней на Съезде офтальмологов. 2005 год

Они были совершенно правильными! Даже если остаётся малейший шанс на благоприятный исход, его надо использовать! Я рассказываю об этой ситуации потому, что она имела и драматический психологический аспект.

В течение девяти месяцев мы, с одной стороны, вели борьбу за жизнь ребёнка, а с другой стороны, объективно информировали родителей о сложившейся ситуации... Но для родителей, особенно для папы, было сложно осознать реальную картину. Папа до последнего дня надеялся не просто на вы-

живание, а на полное выздоровление сына Когда мальчик умер, отец не смог справиться с навалившимся на него горем. Он стал вести себя неадекватно. Ему потре бовалась экстренная помощь психиатров и госпитализация в стационар психиатриче-

— Этот случай можно назвать типичным?

— Необходимость психиатрического вмешательства — это единичный случай. Но профессиональная помощь психологов необходима всем родителям, которые пережили такое горе. Не только родителям, но и медикам порой необходима психологическая помощь. Подобные ситуации не могут стать 4. Поэтому междисциплинарное взаимопрофессиональной рутиной. Ведь врачи,



Командировка в Иран. Фотография с юными пациентами

медсёстры, санитарки тоже в большинстве случаев являются папами и мамами... Они «пропускают» это горе через себя.

С одной стороны, медикам необходимо объективно информировать родителей о состоянии здоровья их детей, а с другой стороны, оказывать им психологическую поддержку.

— Мы так и делаем. Но порой родители находятся в плену иллюзий, как папа этого мальчика... В его голове сын был и оставался здоровым, крепким мальчиком, даже когда ребёнок находился на волоске от смерти.

Не могу не упомянуть ещё один случай. Ослеп семнаднатилетний юноша, одиннаднатиклассник, который никогда не жаловался на проблемы со зрением. Если быть точным, то в настоящее время v него сохранилось только предметное зрение. Он различает контуры предметов. Парень не смог окончить школу, не сдал ЕГЭ со своими одноклассниками...

Мы диагностировали у него синдром Лебера. К сожалению, офтальмологическая помощь таким пациентам невозможна. Она к сожалению, мы даже не можем дать прогноз, сохранится ли у молодого человека предметное зрение или он обречён на пол-



Лазерное лечение недоношенного ребенка, ДГБ № 1 (Санкт-Петербург)

— А почему нельзя помочь таким

— Лечение синдрома Лебера станет возможным, когда генная инженерия выйдет на принципиально новый виток своего развития. Если быть оптимистом, то можно надеяться, что это произойдёт при жизни нашего поколения. Но никаких конкретных прогнозов пока сделать невозможно. Учёные находятся только в начале пути.

К сожалению, родители этого парня не могут смириться с данной ситуацией. Они требуют от меня как главного детского офтальмолога города, чтобы я вылечила их ребёнка в нашей больнице или направила его в другую клинику, выделила квоту на оказание высокотехнологичной медицин-

Родители не могут понять, что дело здесь совсем не в «квотах». Могу ответственно заявить, что в детской офтальмологии Санкт-Петербурга нет проблем с выделением «квот». Но как я могу направлять пациента и его родителей в другую клинику, в другой регион России, если не существует объективных предпосылок для его лечения?



Председатель оргкомитета «EPOS-2015» Э.И. Сайдашева

Разумеется, помощь таким пациентам может и должна быть оказана. Но речь идёт не об офтальмологической, а о реабилитационной, психологической, социальной помощи. Инвалиды по зрению не должны чувствовать себя изгоями! Существуют возможности для получения ими образования, трудовой деятельности. Есть много примеров, когда незрячие и слабовидящие люди достигают больших успехов в различных сферах жизни. Можно вспомнить, например, об успехах спортсменов-инвалидов.

— Вы упомянули о синдроме Лебера. Не могу не спросить Вас о синдроме Ушера. В этом номере газеты «Поле зрения» публикуется материал о проблеме слепоглухоты. Главной причиной слепоглухоты — одновременного глубокого поражения органов зрения и слуха — является именно синдром Ушера. По экспертным оценкам, в России проживают не менее двенадцати тысяч слепоглухих пациентов. Из них около шести тысяч страдают от синдрома Ушера. Какая офтальмологическая помощь оказывается подобным





Делегаты международной конференции «EPOS-2015»

дромом Лебера. При сегодняшнем уровне развития науки офтальмологическая помощь таким пациентам невозможна. Значительная часть пациентов с синдромом Ушера полностью теряет зрение в результате пигментного ретинита. К сожалению, врачи в настоящее время не могут ни замедлить, ни приостановить, ни даже прогнозировать этот процесс.

 Создаётся впечатление, что сами пациенты с синдромом Ушера думают по-другому. В Интернете эти люди активно обсуждают различные методы лечения своего заболевания. Причём речь идёт именно об оказании офтальмологиче-

— Это типичный эффект плацебо. Психологические факторы на самом деле могут оказать определённый эффект на зрительные функции, в том числе при синдроме Ушера. Но опасность заключается в том, что люди, страдающие от тяжёлых, неизлечимых заболеваний, нередко попадаются на удочку всяческим лекарям, шарлатанам, самозваным шаманам и т.д.

Мошенники всех мастей обещают излечить от всех возможных заболеваний, в том числе от синдрома Ушера. Но на самом деле речь идёт только о том, чтобы залезть в чужой кошелёк, обобрать несчастных людей, родителей больных детей.

В России существует множество эффективных реабилитационных программ, которые совершенно бесплатны для пациентов и их родителей. Но вместо того, чтобы воспользоваться этими возможностями и без промедления начать реабилитационный процесс, люди тешат себя призрачными надеждами и становятся жертвами цинич-

У меня есть опасения, что родители пациента с синдромом Лебера также могут довериться всяким проходимцам от медицины, вместо того чтобы помочь своему ребёнку адаптироваться к новым жизненным реалиям. Кстати, в этой семье сложилась странная ситуация: сам семнадцатилетний пациент рассуждает трезво. Он уже понял, что вернуть утраченное зрение в его случае невозможно и пытается настроиться на новую жизнь...

А родители продолжают жить в мире иллюзий. Они даже инвалидность ему не хотят оформлять, так как надеются, что найдётся чудо-лекарь, который «откроет парню глаза».

— Почему люди не могут смириться

Сказывается эффект неожиданности. Ещё несколько недель назад юноша хорошо видел, и ничто не предвещало грядущей беды... Поэтому родители продолжают жить прошлым, хотят «отмотать время назад».

Как изменилась офтальмологическая служба Вашей больницы за последнее

— Для меня главное достижение последнего времени — это значительный прогресс в лечении ретинопатии недоношенных. Это касается не только Детской городской больницы № 1, но и всей офтальмологической службы Северной столицы. Эффективность лечения ретинопатии недоношенных в Санкт-Петербурге сравнима с показателя-

ми ведущих европейских стран. С 2013 года в нашей больнице новорожденным пациентам проводится флю- никова, которую я возглавляю, также приняоресцентная ангиография сетчатки. Для и активное участие в работе форума. Наша лечения ретинопатии недоношенных это кафедра представила девять докладов.

— Ситуация является аналогичной с син- обследование имеет огромное значение. Оно позволяет провести лазерное лечение наиболее эффективно.

Для освоения этой методики и использования у глубоко недоношенных детей наши врачи прошли стажировку в ведущих детских стационарах США.

— Эльвира Ирековна, хотелось бы поговорить с Вами о 41-м Конгрессе Европейского Педиатрического Офтальмологического Общества (EPOS), который состоялся в Санкт-Петербурге 25-27 июня этого года. Вы являлись председателем организационного комитета этого авторитетного международного форума. Чем он Вам запомнился?

— Запомнился всем и надолго! А если серьезно, 41-й Конгресс Европейского Педиатрического Офтальмологического Общества (EPOS) впервые состоялся в России. Думаю, что нам удалось стать и для российских, и для зарубежных гостей радушными и гостеприимными хозяевами. В работе форума приняли участие 206 детских врачей-офтальмологов из 26 стран мира. Российскую Федерацию представляли 112 человек из 40 регионов. Присутствовали главные детские офтальмологи 16 регионов и 6 федеральных округов России.

Зарубежные гости приехали в Санкт-Петербург почти из всех европейских стран. Также были представители двух евразийских государств: Казахстана и Турции. В работе конференции приняли участие учёные из США и Южной Кореи. Интересно отметить, что самые многочисленные делегации, после России, были из Казахстана (9), Бельгии (8), Нидерландов (8), Великобритании (8), Франции (7), Швеции (7), Швейцарии (6), Италии (5), Турции (5), Латвии (5) и Гре-

«Новые технологии в детской офтальмологии» — так была сформулирована тема конференции. Её рабочим языком был английский, с синхронным переводом на русский язык. Пользуясь случаем, мне бы хотелось от имени организационного комитета выразить сердечную благодарность всем докладчикам и участникам форума! Вместе мы провели три дня, наполненные плолотворной работой.

Организация конгресса была бы невозможна без деятельной поддержки со стороны д.м.н., профессора, главного детского офтальмолога РФ, заместителя директор по научной работе ФГУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Л.А. Катаргиной. И Людмила Анатольевна, и другие сотрудники отдела патологии глаз у детей, который она возглавляет, приняли активное участие в работе конференции. Научный форум прошёл при поддержке Общероссийской ассоциации врачей-офтальмологов, президентом которой является главный офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор В.В. Нероев.

Также нельзя не отметить продуктивного участия в работе конференции с докладами сотрудников детских отделений МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова (Москва) и почти всех его филиалов (Екатеринбург, Иркутск, Калуга, Новосибирск, Санкт-Петербург, Хабаровск, Чебоксары).

Сотрудники кафедры детской офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Меч-

— Какие доклады, прозвучавшие за время работы конгресса, Вы могли бы

— Программа 41-го Конгресса EPOS была разносторонняя, с высоким научным уровнем и включала широкий спектр 16 лекций, 37 устных и 30 стендовых докладов в сфере современной детской офтальмологии.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

Все прозвучавшие доклады вызвали большой интерес собравшихся. Хотела бы обратить внимание на выступление нашего гостя из Великобритании David Taylor «История детской офтальмологии». Этот авторитетный учёный представил интерес обзор развития детской офтальмологии с древних времён до наших дней.

Учёный из США Tony Moore стал автором доклада «Перспективы лечения ретинальных дистрофий у детей». Кстати, в этом докладе шла речь о перспективах лечения синдрома Лебера, о котором мы уже упоминали в нашей беседе... Пока это вопрос будущего, но на научных форумах он обсуждается.

Хотела бы также обратить внимание на выступление французского коллеги Pascal Dureau «Методы визуализации в педиатрической офтальмологии» и немецкой коллеги Birgit Lorenz «Новые технологии для определения морфологических и функциональных расстройств органа зрения в младенческом

— Не могли бы Вы представить наиболее интересные доклады российских

— Д.м.н., профессор Л.А. Катаргина выступила с докладом «Лазерные технологии в детской офтальмологии». Было отмечено, что лазерные технологии в современной офтальмопедиатрической практике используются недостаточно широко, за исключением лазерных коагуляций сетчатки при ретинопатии недоношенных. В этой связи был проанализирован многолетний, успешный опыт — более 6 тыс. лазерных вмешательств у детей с различной патологией переднего и заднего отделов глаза — детского отделения МНИИГБ им. Гельмгольца.

Д.м.н., профессор Е.П. Тарута представила доклад «Новые оптические методы контроля прогрессирующей близорукости». В своем сообщении Елена Петровна остановилась на новых оптических методах контроля прогрессирующей близорукости в детском возрасте. В частности, с целью стабилизации миопии и при отсутствии противопоказаний, оправдано использование ортокератологических линз в ночном режиме ношения. Рефракционный эффект связан с уменьшением толщины эпителия в центре и с увеличением его толщины в среднепериферической зоне.

К.м.н. Я.В. Байбородов посвятил свою лекцию патогенезу развития отслойки нейроэпителия при врожденной аномалии — ямке диска зрительного нерва. Разработан новый патогенетический способ хирургического лечения осложненной ямки ДЗН, приводящий к полной функциональной реабилитации пациентов через 1 год после операции.

— С каким докладом выступили Вы?

— Моё выступление было озаглавлено «Флюресцентная ангиография при ретино-

— Одной из важнейших тем в детской офтальмологии является ретинопатия недоношенных (РН). Кто из участников конференции посвятил своё выступле-

— В целом ряде докладов обсуждались методы диагностики и лечения активной и рубцовой фазы заболевания, а главное, превентивные методы развития осложнений после перенесенной РН в долгосрочном катамнезе. Были представлены результаты исследования по поводу отсроченных осложнений и физиологических особенностей зрительного анализатора детей в возрасте 6 лет, которым в неонатальном периоде был поставлен диагноз РН (к.м.н. Л.В. Коголева).

Шведские офтальмологи Anna Molnar и Kerstin Hellgren при обследовании недоношенных детей, рождённых до 27 недель гестации, не выявили строгой зависимости между стадией РН и истончением макулярной зоны у этих пациентов, но была выявлена прямая зависимость между сроком гестации и степенью истончения центрального отдела макулярной зоны.

К.м.н., доцент Н.В. Фомина представила количественный анализ уровней содержания различных сосудистых факторов роста в сыворотке крови у детей с пороговой РН,

что позволяет не только оценить эффективность проведённого лечения, но и прогнози-

ровать течение активной фазы заболевания. Интересным и важным оказался доклад Tulin Berk из Турции о проведении исследования по введению анти-VEGF препарата новорождённым кроликам. В ходе исследования было выявлено, что блокада роста сосудов происходит на всем протяжении сетчатки, также экспериментальные данные свидетельствуют о ряде серьёзных побочных действий препарата. Поэтому участники дискуссии согласились с автором о первоначальной необходимости выяснения всех возможных отсроченных системных последствий использования блокаторов ангиогенеза на организм нелоношенного ребенка. прежде чем использовать их в практике.

— Какие доклады на форуме были посвящены теме миопии?

— Редко какая-либо офтальмопедиатрическая конференция проходит без освещения темы миопии у детей, в частности, использования методов коррекции и стабилизации прогрессирующей близорукости;

изучения аккомодации с использованием объективных методов оценки.

В связи с этим были представлены интересные доклады д.м.н., профессора С.А. Петрова из Тюмени, Р.В. Ершовой и Е.А. Кравченко из Санкт-Петербурга, А.В. Лошкиной из Екатеринбурга и других коллег с новым взглядом на аккомодацию и коррекцию миопии.

Например, при обследовании 38 пациентов различного возраста с миопией разной степени выраженности, было выявлено, что оптическая коррекция в большинстве случаев упрощает активацию аккомодации, степень миопии не влияет на изменения аккомодограммы при проведении измерений с оптической коррекцией. Также доказана значимость проведения

аккомодографии в оптической коррекции для определения константы миопии. В данном исследовании было установлено, что избыточная оптическая коррекция стимулирует развитие слабости аккомодации и избыточной аккомодации для работы вблизи. Полученные результаты являются стимулом для дальнейших исследований с привлечением большего числа пациентов.

— Как освещалась на конференции хирургическое лечение офтальмопатологии

— Большое впечатление на аудиторию произвело выступление д.м.н., профессора Н.Ф. Бобровой из Одессы (Украина), которая представила собственный уникальный опыт оперативного лечения персистирующей зрачковой мембраны при сохранении прозрачности хрусталика. Автор обратила внимание на то, что радужка и зрачковая мембрана имеют мезодермальное происхождение, а хрусталик — эктодермальное, что создаёт предпосылки для успешного удаления даже плотной мембраны и, конечно, в сочетании с высоким уровнем подготовки офтальмохирурга

Говоря о восстановлении проходимости носослёзного протока при его обструкции, докладчик из Турции, Ayilin Yaman, призывал специалистов отказаться от «слепого» зондирования и проводить манипуляции под контролем эндоскопии, мотивируя это отсутствием осложнений, возможностью визуализации процесса, снижением потребности в повторных вмешательствах.



онного увлетовеления: Л №015625/01 от 08 04 2009

ООО «Алкон Фармацевтика

Ten.: (495) 258 52 78. Факс: (495) 258 52 79



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

глаза антиглаукомных прыпаратов с консершинтами: бензалкония хлорид. Поликвад и SotZia. Adv Ther 2010 27(11)

Сотрудники клиники Лейденского vниверситета (Нидерланды) представили уникальный клинический случай наблюдения 12-летней девочки со средним увеитом, на фоне гормонального лечения которого диагностирован буллёзный ретиношизис (проведена лазерная коагуляция сетчатки), и через 10 месяцев обнаружена вазопролиферативная опухоль, подобная ретиниту Коатса, на обоих глазах. Авторы предполагают, что причинами развития вторичных интраокулярных изменений могли

или локальная ишемия сетчатки. M. Wasik с соавторами из Оксфордского университета (Великобритания) представили гистологические находки, исследованные при у пациентов с оперированной врожденной катарактой через три года после имплантации заднекамерной ИОЛ со зрачковой фиксацией. Было показано, что на ней не формируеткапсульных ИОЛ биоплёнки из фибробластов, отмечается только отложение единичных клеточных эле ментов, что связано с отсутствием контакта с задней капсулой хруста-

— Хотелось бы обратиться к Вам как к главному детскому офтальмологу Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа РФ. Какие задачи Вам приходится решать на этих административных постах?

Главный детский офтальмолог Санкт-Петербурга взаимодействует Она способствует утверждению си- лями наших маленьких пациентов.

правительства Санкт-Петербурга. ро-Западного федерального округа работает в структуре Минздрава.

Что касается второй должности, то Назначение состоялось совсем недавокруга. Думаю, что в ближайшее время у меня увеличится количество командировок по нашему региону.

рода, и в Законодательном Собрании специалистов различных областей педиатрических знаний просто не у меня состоялась беседа по повокасается и приобретения оборудования, и организации повышения квалификации докторов

тальмолога нашего города я участвую в разработке федеральных клиничезначимым офтальмологическим заболеваниям. Этими вопросами занимаются мои коллеги и в других регионах. За последние годы были приняты федеральные клинические рекоменных, косоглазию, ретинобластоме

и ряду другой офтальмопатологии.

— С какими нерешёнными мне о результатах осмотров врача-Главный детский офтальмолог Севе- проблемами Вам приходится сталкиваться?

Я полностью согласна с главным детским офтальмологом РФ Л.А. Катаргиной, которая в течение многих лет ставит вопрос о необофтальмолога» в номенклатуру меектов Северо-Западного федерального годняшний день существует единая специальность «врач-офтальмолог»

Таким образом, в Минздраве пока исходят из того, что один врач тальмолога Санкт-Петербурга я зани- и взрослым. Людмила Анатольевмаю с 2010 года. Не могу сказать, что на справедливо отмечает, что такая практика является нецелесообразстративными полномочиями. Скорее ной. Гораздо эффективнее, когда речь идёт о роли советника... Но, во детьми занимаются именно детские воохранению, и в Правительстве го- ют обширными знаниями в области педиатрии и неонатологии. «Взрослым» офтальмологам такой багаж медицины прислушиваются. Это нужен. Каждый должен заниматься ду этой пациентки с д.м.н., профессвоим делом! Надеюсь, что в ближайшее время этот вопрос будет

> Эльвира Ирековна, позвольте задать Вам несколько личных вопросов. Хотелось бы побольше узнать о специфике Вашей ра-

— Давайте я расскажу, чем я занималась первую половину сегодняшнего дня, перед тем как встретиться с журналистом газеты «Поле зрения». Практически каждый день мне приходится общаться с родитес Комитетом по здравоохранению стемного подхода в здравоохранении. Каждый день коллеги докладывают

ми-офтальмологами новорождён-Особенностью сеголняшнего лня

стал случай с трёхлетней девочкой. У неё обнаружили злокачественную опухоль органа зрения — ретиноно. Мне необходимо изучить положе- ходимости включения «детского бластому. К сожалению, как прависких службах всех одиннадцати субъ- дицинских специальностей. На се- уже на поздних стадиях. В случае сти. В загородном доме мы бываем с этой девочкой предписывается

Глаз полностью утратил зрительные функции. Восстановлению они данной пациентки я пришла к выводу, что мы можем отложить энурое время и попытаться справиться у мужа это лучше получается. с ретинобластомой с помощью внуиз медицинских препаратов.

Случай действительно сложный. сором В.В. Бржеским. Коллега из Педиатрического университета согласился с тем, что в данном случае Затем в телефонном разговоре мы обсудили план ведения пациентки с д.м.н., профессором С.В. Саакян руководителем отдела онкоофтальпологии МНИИ ГБ им. Гельмгольца.

Мы хотим сделать всё от нас зависящее, чтобы по возможности сохранить девочке собственный орган зрения. С другой стороны в детском организме злокачественные опухоли развиваются очень быстро. Может иметь значение каждая неделя и даже каждый день.

Во время разговора с родителями я постараюсь чётко им объяснить, что мы не можем дать гарантий сохранения глаза их дочери. Энуклеацию нельзя отменить, её можно только отсрочить. Если с помощью внутриартериального введения лекарственного средства ретинобластома не будет «побеждена», то хирургическое удаление станет единственным выходом, чтобы избежать метастазов и сохранить жизнь пациентке.

Возникли и некоторые организационные вопросы. Речь идёт о редком лекарственном препарате, которым наша больница сейчас не обладает, и быстро получить его из государственных фондов не получится. Внутриартериальную инъекцию необходимо проводить в самое ближайшее время. Этот вопрос тоже надо будет решать.

 Вам приходится каждый день иметь дело с судьбоносны-

— Это драматичная ситуация: сможет ли девочка сохранить свой глаз или ей всю жизнь придётся пользо-

Сегодня пришлось заниматься проблемами ещё одной трёхлетней девочки. У неё была диагностироиссечению, к сожалению, результата не дала. Рентгенотерапия также была безрезультативной. Сегодня я познакомилась с результатом МРТ. в орбите и проросла в мышцы глаза. шие годы?

Девочке предстоит операция, причём операция сложная. Нельзя упустить время. У меня опять состо- и научной, и административной раялся разговор с д.м.н., профессором ботой. Но всё-таки самое важное для С.В. Саакян из МНИИ ГБ им. Гельмгольца. Мы пришли к общему решетам, давать утешение, радость и нанию, что целесообразно провести дежду их родителям. Именно поэтому и лечебном учреждении.

приходится направлять пациентов офтальмолога веду первичный приём в другие регионы. Но когда речь идёт в поликлинике при больнице. о редких, «штучных» операциях, лучше их сделать там, где у офтальмохирургов имеется наибольший опыт клинике. Мне нравится лечить детей подобных вмешательств. В этом от- и нести ответственность за результаношении я очень благодарна сотруд- ты своего труда. Я не люблю строить никам МНИИ ГБ им. Гельмгольца, грандиозных планов. Буду продолв частности С.В. Саакян, и заведую- жать заниматься любимым делом. щей детским хирургическим отделением отдела патологии глаз у детей. к.м.н. А.В. Стариковой за отзывчивость и высокий профессионализм.

 У Вас напряжённая, ответственная работа. Как Вы любите отдыхать?

— Лучший отдых для меня — это время, проведённое вместе с мужем и сыном, общение с родственниками и друзьями. Люблю бывать на природе. У нас есть дача в Ломоносовском районе Ленинградской облане только летом, а во все времена года. Стараемся проводить там как можно больше времени.

Мне доставляет огромное удовольствие заниматься обустройством нашего дачного участка, цветоволством Хочется постичь тайны ландшафтного дизайна, но пока

Я люблю физическую культуру. спорт, фитнес. Каждую зиму мы всей семьёй отправляемся в Альпы, катаемся на горных лыжах. Во время летнего отпуска люблю путешествовать, узнавать новые города и страны. Люблю морские круизы, ся со многими городами и странами за короткое время. Также нравятся путешествия за рулём автомобиля, например, в любимую Карелию.

Мои любимые страны для пу-Норвегия. Из российских регионов особенно тянет в Башкортостан, родственников, и в Карелию, туда где прошло детство.

Фитнес-клуб посещаю не меньше трёх раз в неделю, особенно люблю бассейн. Но это не просто увлечение а насущная необходимость. Чтобы дарить здоровье другим людям, врач сам обязан поддерживать хорошую физическую форму.

В наше время занятия фитнесом можно легко совместить с самым напряжённым графиком работы. И стоимость годовых абонементов вполне доступная. Мой фитнес-клуб открыт с семи утра до полуночи. Поэтому даже если работы много, то всё равно можно найти час-два времени для занятий. Главное — это самодисциплина и системный подход!

— Вы являетесь давним читателем газеты «Поле зрения». Что Вы могли бы пожелать нашей редакции? Какие материалы Вас привлекают? Чего не хватает?

— Я бы не стала давать конкретных рекомендаций. Хотелось бы пожелать, чтобы в газете регулярно печатались материалы по детской офтальмологии. Надеюсь, что редакционные контакты с нашими коллегами будут крепнуть

Газету «Поле зрения» даже трудно назвать газетой. По сути, это яркий красивый глянцевый журнал с хорошей полиграфией, с классным дизайном. Таким и должно быть, на мой взгляд, офтальмологическое СМИ. Его вана гемонгиома века. Операция по задача — не только давать полезную информацию, но и радовать глаз.

> Журналисты любят спрашивать о планах... Какие цели Вы

— Моё главное призвание — быть практикующим врачом. Я занимаюсь меня — помогать маленьким пациеноперацию именно в этом научном я не только возглавляю офтальмологическую службу в Детской городской Из Санкт-Петербурга нечасто больнице № 1, но и в качестве врача-

> И в ближайшие годы я не собираюсь отказываться от работы в поли-

> > Беседу вёл Илья Бруштейн Фотографии из личного архива Э И Сайдашевой

Современные аспекты и новые возможности оптической когерентной томографии

Сателлитный симпозиум компании «Трейдомед Инвест»

стояния роговицы после операции

исключительно важно для оценки

тельств. Прибор Avanti RTVue XR по-

Президиум: профессор В.В. Нероев, профессор М.М. Шишкин

о вступительном слове главный специалист офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, профессор В.В. Нероев выразил благодарность компании «Трейдомед Инвест» и лично С.А. Сутягину за организацию симпозиума и пожелал дальнейших успехов в деле обеспечения российских врачей-офтальмологов современным высокотехнологичным оборудованием. Метод оптической когерентной томографии зарекомендовал себя с самой хорошей стороны и становится базовым в современной диагностике различных заболеваний глаз. «Сегодня прозвучат доклады в которых будет представлена новая модель ОКТ, при помощи которой стало возможным проведение и ангионо, так как сопоставление и гармонизация этих исследований позволяет дящих в сетчатке изменений. Интерес к этому прибору во всем мире чрездоставляется возможность впервые познакомиться с этой уникальной

С первым докладом «Новые воз-

можности диагностики микрососудизволяет в автоматическом режиме стых изменений на глазном дне при сахарном диабете» выступила Т.Д. Охоцимская (МНИИ ГБ им. Гельмгольца, рость получения ОКТ-изображений харный диабет занимает 3-е место картирования измерение параметров онкологических заболеваний. В мире за 0,23 сек. Результаты исследований ных СД, в России — 4.04 млн человек. с СД удвоилось. Диабетическая ретимые изменения толщины роговичного нопатия — тяжелое, позднее микросоэпителия. Была выявлена зависимость одной из ведущих причин слепоты абляции в случае лазерной коррекции и слабовидения в мире, в том числе и особенно после операций имплантавозраста. При диагностике и мони- образом, по мнению авторов доклаторинге диабетической ретинопатии да, нельзя исключить роль эпителия ОКТ и флуоресцентная ангиография. ответ на вопросы: влияет ли гиперплазия эпителия на рефракционный RTVue XR объединены возможности гипоэффект и где находится допустиоптического когерентного томографа мая грань воздействия лазера на рогос высоким разрешением, увеличенным вицу, после которой результат операразмером скана, улучшенной визуализацией стекловидного тела и хориоис предоперационной максимально корригированной остротой зрения. графии, основанная на SSADA техно-«ОКТ-ангиография в диагностилогии — амплитудной декорреляции ке и прогнозировании ишемических с разделением спектра. В результате заболеваний сетчатки и зрительноданного исследования визуализируют- ями сетчатки; в выявлении маркеров рование глаукомного процесса. ся зоны неперфузируемых капилляров ишемии, определении их роли в про-





О.А. Клокова (Краснодар) от груптему «Эпителиальное ремоделиро- нию, С.И. Жукова отметила, что техвание поверхности роговицы после нология имеет хорошие перспективы рефракционных вмешательств по дани, возможно, даст толчок к пересмотру ным Avanti RTVue XR». Все современпатогенеза многих заболеваний. ные методы кераторефракционной Профессор Н.И. Курышева (Москва) хирургии (КРХ) приводят к изменеот группы авторов представила доклад нию морфологической структуры

«Сравнение диагностической значимости структурных и циркуляторных параметров в ранней диагностике глаукомы». Докладчик подчеркнула прибезопасности и последствий вмеша- оритетность оценки определенных структур глазного дна: слоя нервных менения в эпителиальном слое. Ско- дефектов полей зрения, которые формируются значительно позже. Изме-70 000 А-сканов/сек: при проведении рение толшины слоя нервных волокон в перипапиллярной зоне считается в мире после сердечно-сосудистых и роговицы проводится в 16 320 точках одним из наиболее информативных методов ранней диагностики и монасчитывается около 387 млн боль- показали, что практически во всех ниторинга заболевания. Однако исследования последних лет показали ласти при глаукоме. Идентифицирована максимально уязвимая область судистое осложнение СД, являющееся изменений от объема и локализации в макуле — внутренние слои сетчатки нижне-височного сектора в зоне фовеа. Поэтому все современные спектральции интракорнеальных колец. Таким ные когерентные томографы оснащены функцией исследования внутренних слоев сетчатки. Данный протокол важную роль играют такие дополни- в рефракционном результате опера- предполагает сканирование зоны диательные методы исследования, как ции. Продолжение исследований даст метром 7 мм вокруг точки, смещенной Докладчик отметила, что именно в томографе Optovue есть функция определения диффузного истончения этого слоя, т.е. определения индекса GLV, сопоставимого с индексом среднего снижения светочувствительности сетчатки при периметрии. Кроме того, имеется возможность определения локального клеток по инлексу FLV. сопоставимосерии двух последовательных скани- го нерва» — тема доклада С.И. Жу- го с индексом паттерна стандартной рований проводится анализ разницы ковой (Иркутск). Одной из ведущих девиации при периметрии. Професамплитуд сканирующего лазерного причин слабовидения, слепоты и ин- сор Н.И. Курышева напомнила, что из ла гипотезу, согласно которой для вылуча, отраженного от выбранной точ- валидности по зрению является па- всех данных периметрии при опреде- явления глаукомы на ранней стадии ки. Значительные колебания амплитуд тология сосудистой системы глаза. лении стадии глаукомы наиболее по- в ближайшее время наиболее информаизводить послойный 3D EnFace анализ с нарушением внутриглазного крово- за заболевания более информативен возможности для этого существуют. для оценки поверхностного и глубоко- тока и микроциркуляции. Цель иссле- индекс паттерна стандартной девиапилляров; отдельно выделяются наруж- кова, заключалась в поиске наиболее вании показателей глобальной потери ангиография в клинической практикровотока и плотности сосудистой и зрительного нерва; в оценке инфор- По мнению японских исследовате- является флуоресцентная ангиография, чественный, но и количественный ана- ставлении томографических находок для раннего выявления заболевания. достатки, На сегодняшний день сущелиз сосудистых изменений. С помощью с морфофункциональными изменени- а индекс FLV характеризует прогресси- ствует потребность в неинвазивном,



Профессор В.В. Нероев, профессор М.М. Шишкин С.А. Сутягин, генеральный директор компании «Трейдомед Инвест» морфофункциональных исследова- о снижении гемоперфузии этих зон. микрососуды поверхностного и глубопы авторов представила доклад на ний. Подводя итог своему выступле- Однако данные литературы на эту кого капиллярных сплетений, хориокатему носят противоречивый характер, многие авторы подвергают сомнению

информативность исследования хори

оидеи при глаукоме

Далее докладчик рассказала о ре зультатах исследования, цель которого заключалась в выявлении показателей, метрической глаукомой статистически значимо отличаются от здоровых следовании ретробульбарного крово тока было впервые применено циф ровое допплеровское картирование. В результате анализа 70 параметров были выделены наиболее информатив-Наиболее информативными маркера ми в ранней диагностике глаукомы, по ская скорость кровотока в вортикозной вене, центральной вене и центральной цилиарных артериях; толщина пери папиллярной хориоидеи; корнеальный гистерезис и объем фокальных потерь комплекса ганглиозных клеток (FLV). Диагностически ценным оказалось ла докладчик, роговично-компенсиро гностике глаукомы имеет чрезвычайно важное значение. Профессор Н.И. Курышева подчеркнула, что возможности ния в оценке гемоперфузии глаза ограрипапиллярных хориокапилляров, что вызвало необходимость поиска новых ким методом стала ОКТ-ангиография. этого метода в диагностике глаукомы.

безопасном и не менее информативях сетчатки, проводить ОКТ-контроль Данные ОКТ-ангиографии объектив- в патогенез заболевания. Истончение тов по сосудам. Трехмерное сканиро- этого доклада. ны и сопоставимы с показателями кориоидеи может свидетельствовать вание позволяет послойно выделять

пилляров, а также оценить уровень на-ОКТ-ангиографии перед ФАГ заключаются в следующем: сканирование проводится в трехмерном режиме; метод неинвазивен и безопасен, не имеет противопоказаний, возможно проводить ний. ОКТ-ангиография позволяет точно локализовать, оценить форму, структу стых изменений, измерить площадь новообразованных сосудов, оценить пии. Метод имеет высокую чувствительность и специфичность в выявлении у пациентов с ВМД. В ряде случаев является достойной альтернативой методам шее совершенствование технологии, по

мнению авторов, позволит расширить

область применения ОКТ-ангиографии.

Доклад «Ангио-ОКТ в диагностике центральной серозной хориоретинопатии» был представлен от группы авторов Н.А. Федорук (ФГБНУ «НИИГБ», Москва). Опыт применения ангио-ОКТ этот высокоинформативный неинвазивный диагностический метод значительно расширяет наши представления о ЦСХ. При использовании ангио-ОКТ с функцией определения плотности сосудистых структур было выявлено сниже ние плотности хориокапилляров в зоне отслойки нейросенсорной сетчатки. что подтверждает роль сосудистой обо лочки в патогенезе заболевания. Кроме того, ангио-ОКТ позволяет диагностизацию, ассоциированную с ЦСХ, и проводить дифференциальную диагностику данной патологии с другими заболева ниями макулярной области.

Заключительный доклад «Роль ОКТ в визуализации витреоретинального интерфейса при периферических лискости (крови). Прибор позволяет про- и зрительного нерва ассоциируются в то время как при постановке диагно- глазной гемоперфузии. Технические В работе использованы приборы Optovue RTVue-100 и Avanti RTVue XR. Т.Б. Шаимов (Челябинск) от группы В режимах Line (линейное сканироваго капиллярных сплетений, хориока- дования, о котором доложила С.И. Жу- ции. Появились данные об использо- авторов сделал доклад на тему «ОКТ- ние) и 3D EnFace была проведена точная локализация структурных измененые слои сетчатки. Специальная про- информативных методов диагности- и фокальной потери комплекса гангли- ке». «Золотым стандартом» диагности- ний в слоях нейроэпителия, определеграмма, основанная на расчете индекса ки ишемического поражения сетчатки озных клеток в диагностике глаукомы. ки сосудистых нарушений глазного дна на роль витреоретинальных изменений при различных формах периферичесети, позволяет провести не только ка- мативности ОКТ-ангиографии и сопо- лей, индекс GLV более информативен имеющая как преимущества, так и не- ских дистрофий сетчатки, уточнены показания к лазеркоагуляции сетчатки. Режим Enhanced HD Line (Avanti Метод оптической когерентной ном методе визуализации сосудистых сигнала вдоль оси сканирования позвов макуле, новообразованные сосуды ди- гнозе заболевания и эффективности томографии позволяет провести из- структур глазного дна. Ангио-ОКТ — лил контрастно выделять слабые вариагностируются по атипичному располо- лечения. В результате проведенных мерения хориоидеи. Авторами был прибор 3-го поколения — позволяет ации в плотности тканей, в том числе жению и измененной форме. Нативные исследований авторы пришли к вы- предложен метод измерения толщины оценить как структуру тканей глаза, так в стекловидном теле. По словам автора, и новообразованные сосуды детально воду, что ОКТ-ангиография является хориоидеи в 13 точках. Проведенные и функцию глазного кровотока. Далее приборы зарекомендовали себя с лучопределяются на ДЗН, в витреальной новым неинвазивным, безопасным исследования показали корреляцию автор кратко остановился на принципах шей стороны для визуализации перифеполости, на уровне слоев сетчатки и информативным методом визуализа- степени истончения хориоидеи со ста- работы ОКТ-ангиографии. Алгоритм рии сетчатки. Результаты работы легли и хориоидеи. Прибор дает возможность ции сосудистых структур, диагностики диями глаукомы, что свидетельству- декорреляционной амплитудной ангио- в основу первого в мире «Атласа перидиагностировать микроаневризмы и и мониторинга сосудистых заболева- ет о вовлечении центральных участ- графии с разделением спектра основан ферических дистрофий сетчатки», пресосудистые аномалии в различных сло- ний сетчатки и зрительного нерва. ков и перипапиллярной хориоидеи на регистрации движения эритроци- зентация которого состоялась в рамках

> Материал и фото подготовил Сергей Тумар



ХИЛОЗАР-КОМО Δ^{\otimes} — эффективная комбинация натрия гиалуроната и декспантенола:

- Увлажняет, смазывает, восстанавливает поверхность роговицы
- Приносит быстрое облегчение при сухости и раздражении глаз
- Устраняет дискомфорт при ношении контактных линз (закапывание без снятия линз)
- Снимает усталость при интенсивной зрительной нагрузке
- Не содержит консервантов

УРСАФАРМ Арцнаймиттель ГмбХ

107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Тел./факс: (495) 684-34-43 E-mail: ursapharm@ursapharm.ru www.ursapharm.ru



Елена Ивановна, готовясь к интервью с Вами, я нашла интересные данные опроса, проведенного Левада-центром на тему «Самые уважаемые профессии в России»: врачей уважают 55% респондентов и не уважают 8%, учителей — соответственно 48% и 4%, ученых — 41% и 1%. Вы — врач по профессии и многие годы занимаетесь педагогической деятельностью. Престижно ли в нашей стране быть **врачом, чтобы всю жизнь учиться,** 3-5 лет. Цифра — удручающая. а затем и всю жизнь учить?

— Я окончила Свердловский государственный медицинский сохраняется, хотя доброе имя вра- укоснительно его соблюдать. С друинститут в 1975 году, сначала ча «подмочено» некачественным гой стороны, есть доктора, которые работала в детском стационаре, оказанием медицинских услуг. ощущают себя вершителями судьпоскольку моя основная специ- Из своей практики скажу, ког- бы пациента. Пациент это чувству-

Когда работа в радость

Интервью с Еленой Ивановной Деминой, старшим преподавателем НОЧУ ДПО «АМОиО» г. Москвы, врачом-офтальмологом высшей категории

в медицине. Есть люди, и их немало, для которых важно — прине сти пользу, помочь человеку. Коммерческие медицинские центры, к сожалению, не всегда обеспечивают тот уровень качества, на который рассчитывают пациенты. Сейчас наблюдается процесс возвращения пациентов в государ- при должной подготовке не хваственные лечебные учреждения. Современная статистика дает цифру: на сегодня в России 39% людей трудоспособного возраста не посещали офтальмолога в течение без стандартов — в этом я абсолют-Отвечая на Ваш вопрос, скажу, помощи должно быть четко пропичто престиж профессии еще ПОКА сано в стандарте, и врач обязан не-

человеческое понимание.

Вы упомянули некачествен ное оказание медицинской помощи. В чем Вы видите причину недорабатывает высшая школа, и докторам не хватает професситает человеческих качеств: сострадания, порядочности, в кон-

 Прежде всего, нельзя жить но уверена. Оказание медицинской альность — «педиатрия». С 1981 да приходит пациент, и ты ему ет, он испытывает скованность,

года — в офтальмологии, с конца оказываешь помощь в рамках сво- закомплексованность, а ведь он бомногие люди занимаются бизнесом они достаточно редко встречают но пациент, выйдя за дверь кабиодин на один со своей болезнью.

> Пациент, часто оставшись неудовлетворенным визитом к врачу, лезет в интернет и начинает самолечение, более того, ональных знаний и умений, или порой начинает учить врача. Что с этим можно поделать?

> > — С этим ничего не поделаешь. Совсем недавно все дружно ринулись в интернет и «вооруженные знаниями» приходили к доктору. Сейчас ситуация стала меняться в лучшую сторону: если врач квалифицированно обоснует свои рекомендации, пациент, безусловно будет их выполнять. Хотя часто приходится выслушивать точку зрения пациента по поводу его состояния, методов лечения. При этом я не перебиваю, не возражаю и, естественно, провожу консультацию так, как считаю необходимым. Конечно, в определенной степени нас выбивает из колеи телевизионная реклама различных лекарственных препаратов, но пациенты, как правило, все-таки спрашивают мнение доктора о тех или иных препаратах. Если речь идет о каких-то сложных случаях, они, прежде всего, идут к врачу.

 Вы провели условную параллель между качеством оказания медицинской помощи и медицинскими стандартами. вало, однако люди, как мне кажется, были более удовлетворены работой докторов. Как бы Вы это прокомментировали?

 В те годы существовало понятие «объем обследования», это ка- и с разрешения пациентов с ними салось каждого заболевания. Он не могут работать слушатели. Кроме был таким узким, как современный того, в каждой группе есть люди стандарт и, если можно так выра- с проблемами зрения, которым зиться, более «лояльным». Если док- в свое время неправильно подотор сумеет обосновать, что для постановки диагноза ему необходимо Все, о чем мы говорим теоретичевыполнить, предположим, 7 пунк- ски, подтверждаем на практике тов из 10, то с него никто не спра- с участием самих слушателей, котошивал о невыполнении оставшихся рые выступают в роли пациентов. 3-х. В современных стандартах ча- Академия готовит также и мастеров сто можно встретить достаточно (их программа отличается от проузкий перечень оказания меди- граммы подготовки оптиков и опцинских услуг. Приходит больной тометристов), в их распоряжении к терапевту, а врач обязан следовать прекрасная оптическая мастерская, стандарту. Доктор понимает, что где работают суперпрофессионалы. ему надо посмотреть одно, другое, третье, но сам он назначить обследования не может — в стандарт они Академии, необходимо пройти не включены — тогда он отправляет конкурсный отбор? пациента к узкому специалисту. У того — тоже свой стандарт, пре- шла в 2000 году, когда мы познавысить который он не может ни на пункт, хотя в определенной си- ровичем. Тогда я еще жила в Екатуации может возникнуть необ- теринбурге, он выступал с лекцией ходимость, например, в анализе, на одном из семинаров. Я люблю а в стандарте его нет. Вот, в чем сей- учиться и стараюсь не упускать час заключается проблема. А объем возможность послушать лекции. обследования в свое время был Несмотря на субботу и сильный и в стационаре, и в поликлинике. снегопад, поехала на этот семинар.

— Елена Ивановна, Вы сейчас много. Александр Владимирович, больше врач или педагог?

1984 года — в контактной коррек- их функциональных обязанностей, лен и пришел к доктору за помо- врач. Когда я впервые стала чиции. С тех пор в медицине прои- многие пациенты остаются тебе цью. Да, доктор даст необходимые тать лекции (это был 1999 год) зошли огромные изменения: очень ОЧЕНЬ благодарными, потому что рекомендации, выпишет лекарство, в Уральской государственной медицинской академии по контактной нета, понимает, что опять остался коррекции и оптометрии, почувствовала, что получаю от этого настоящее удовольствие. Опять же рано или поздно обязательно наступает время, когда ты хочешь поделиться своими знаниями, опытом. Замечательно, что у меня такая возможность есть. Я чрезвычайно рада, что работаю в такой школе, где практикуется академический подход и уровень преподавания очень высок. Работая со слушателями, ничего не остав-

Елена Ивановна, расскажите, пожалуйста, о своей работе

— Программа в Академии очень

ляю «про запас», отдаю все, что

знаю и приобрела с опытом.

продуманная, подход, как я уже говорила, академический, мы не практикуем «рекламных» лекций. Обучение носит очень интенсивный характер: Александр Владимирович Мягков таким образом перестроил программу, что, помимо курса лекций, много внимания уделяется практическим занятиям. Учебный день, как правило, делится на две части: утром — теория, вторая половина — практика. Слушателей мы делим на небольшие группы по 6-8 человек, чтобы КАЖДЫЙ слушатель имел возможность усвоить работу с линзами и аппаратурой. Слушатели в конце обучения умеют подбирать все Во времена СССР понятия «стан- типы мягких контактных линз, дарты» в медицине не существо- владеют навыками работы с различными приборами, и большинство работодателей удовлетворены качеством работы наших выпускников. Что касается производственной базы, у нас своя клиника, брали очки или контактные линзы.

Чтобы стать преподавателем

 Лично я свой конкурс прокомились с Александром Владими-Людей было, к сожалению, не так как всегда, блестяще выступил, а после лекции мы с ним нем- доктора не привыкли делать тесты, довольна, что приехала. Позже, ког- тоспособность в первую очередь ционные февральские оптические делать. Если доктор способен провыставки, подходила к Александру верять остроту зрения только с по-Владимировичу; мне импонирова- мощью таблицы Сивцева-Головина ла его открытость и высочайший и быстро выписать очки, к нему жизнь сложилась так, что я перее- очки, сложные виды коррекции? хала в Москву. Через какое-то вре- В этом случае понадобится более мя решилась ему позвонить и стала полное, качественное обследование

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

Ваши слушатели в основном люди, мотивированные на а вы соответственно получите ма-

венно включаются в работу, с интересом слушают лекции, задают о Москве, Санкт-Петербурге и т.д.) рые пришли к нам с установкой, что «я все знаю», процентов 10-15% так называемых «первичных» слу- занимаемся подбором контактных ходным бегал на лыжах. До сих пор дым врачам? шателей к концу курса влюбляют- линз у детей. Самому маленькося в профессию, понимают, что это му ребенку, которому я подбирала сложно, но в финале — результат: линзы, было 8 месяцев. Он появилблагодарность человека, обратив- ся на свет с врожденной катаракшегося за помощью. Многие наши той, был прооперирован и направслушатели, особенно первичные, лен с диагнозом «бинокулярная в первые дни ощущают некоторую растерянность: оказывается нуж на анатомия, физиология, геомено, шаг за шагом, раскладываем «по полочкам» непонятные темы, и все встает на свои места. А потом из них получаются прекрасные оптометристы. Отвечая на Ваш вопрос, скажу, что в основном люди ность, утвердиться в ней.

В течение нескольких дней мы наблюдали, с каким интереские занятия по ретиноскопии, которые проводили немецкие коллеги. Как Вы это можете

— Главное, на мой взгляд, заключается в том, что ретиноскопию можно проводить с узким «попасть — не попасть», сейчас зрачком. В соответствии со стан- это — и вопрос времени, и водартом, существующим в детской прос денег. Многие пациенты офтальмологии, мы всегда, особен- просто не обращаются к врачам но при первичном обследовании, до тех пор, пока не наступает расширяем зрачок и при помощи критическая ситуация... Сегодня скиаскопических линеек проводим руководители предприятия обяобследование. У взрослых пациен- заны оплачивать диспансерное тов расширить зрачок и провести обследование сотрудников. Но мескиаскопию всегда было проблема- ханизм прохождения диспансеритично, и «взрослые» офтальмоло- зации требует оптимизации. Люди ги далеко не всегда владели этим вынуждены тратить на нее по неметодом. Теперь с помощью ре- сколько дней. тиноскопа мы можем проводить фактически ту же скиаскопию, но на мой взгляд, главное — материс узким зрачком. Кроме того, ски- альная поддержка молодых доктораскопия (ретиноскопия) входит ов: их зарплата просто мизерная, в перечень манипуляций, которые и часто талантливые ребята не

ного побеселовали. Я была очень забывая о том, что твоя конкурен- энергию? да я прилетала в Москву на тради- зависит от того, что ты умеешь ное, чтобы нравилась работа. Вы могли стать? профессионализм. Так завязалось пациенты не пойдут. А если пациом. Я — врач в третьем поколении. наше с ним знакомство. Потом енту необходимы прогрессивные Мои родители могут служить припреподавателем. На первых порах с использованием сложного обо- Папа в 1943 году окончил Томский понимала, что, поручая мне чтение рудования. Вы потратите на уточ- медицинский институт, и сразу лекций по различной тематике, нение зрения больше времени, на фронт. Его отца, моего деда, ум-Александр Владимирович устра- выпишите оптимальную очковую нейшего человека, репрессировали ивал мне своеобразный экзамен, коррекцию с учетом зрительных за то, что не позволял председатеного человека, при этом клиент готов заплатить 35-40 тыс. за очки, вместе с семьей, где было 5 детей, териальное вознаграждение. Мне — Среди слушателей, повыша- довелось побывать в Мюнхене, по- красно разбирался в математи пришли учиться, и те, кто «все зна- и я сделала для себя вывод, что мы и из ВУЗов разрешались «либо пед, ет». Первые сразу открыты. Они вовсе не отстали, а если и было от либо мед». Папа выбрал медициндействительно многое знают, хо- ставание по каким-то направлени- ский, поступил (в случае неудачи тят еще больше узнать; у них есть ям, мы его преодолеваем, причем ему пришлось бы возвращаться практические наработки, они мгно- семимильными шагами. Даже в не- к месту поселения), учился отличуточняющие вопросы. Среди дру- считается неприличным, если ты отправлял родителям. На фронте Ну, надо же, все вам рассказала, гой категории слушателей, кото- не провел необходимые тесты при папа был военврачом, лечил ране- это — мой главный недостаток! назначении очков. Что касается контактной кор- Он был награжден орденами и мерекции, лечебные линзы я стала далями. Папа работал до 80 лет, за-

— Елена Ивановна, Вы — врач с огромным опытом работы, теперь уже и опытный педагог. Что бы Вы изменили в медицине, если бы представилась такая

Если говорить о преподава-

приезжают с большим желанием от хорошо, на высоком уровне. учиться, приобрести специаль- На первом этапе я бы, наверное, материально поддержала способных молодых специалистов, окончивших институт, чтобы они не сом участники проекта «День к сожалению, часто происходит. **зрения» посещали практиче-** Также необходимо, как мне кажется, разработать стандарты для тех медработников, которые работают «на земле», и прописать, в частности, такой пункт, как «обоснованность назначения консультаций». Раньше это был вопрос времени —

фессию, а отечественная меди-**— Это не означает, что наши** щина теряет прекрасных врачей. **врачи несколько отстают от сво-** $\,$ И, кроме того, — увеличить время приема в поликлинике минимум — Нет. Вы знаете, в очковой до 30 минут. Нынешних 8 минут коррекции мы не ограничены от силы хватает на «поздороваться, в дизайнах, но некоторые наши попрощаться и заполнить карту».

Возвращаясь к Вашему вопросу,

Где Вы черпаете свою дочка вспоминает, как они с дедом

— Ответ очень простой: глав-

Если не доктором, кем бы

 Все равно стала бы доктормером того, какими должны быть доктора. Мама работала инфекпропивать народные деньги. Деда сослали зимой на санях в Томскую область в глухое село. Папа предию, которую почти полностью ных, однажды его чуть не убило. (Смеется). роне и остаются. Большинство из применять в 1989 году; мы с 1985 г. нимал высокую должность, по вы-

тров. Так я и выросла во врачебной семье, где всегда много работали, жили на зарплату. Я и представить себе не могла, как можно обустраивать свою жизнь с помощью какихто иных средств. И папа, и мама ОЧЕНЬ доброжелательно относились к людям. Так что для меня не могло быть иной дороги, кроме

— Для Вашей дочери выбор профессии врача тоже был

 Да, это был осознанный выбор, хотя она не офтальмолог,

— Ваш девиз по жизни?

— Пожалуй... «несмотря ни на что, идти вперед».

— Что Вы больше всего цените в Ваших коллегах?

— Профессионализм и поря-

— Что не сможете простить

— Не прощу предательства.

 Что бы Вы хотели пожелать молодым специалистам, моло- ную беседу!

 Целеустремленности, упорства ходили на лыжах по 10 киломе- в достижении цели. НЕ НАВРЕДИ! Есть поговорка: «Как корабль назовешь, так он и поплывет».

Есть люди, которые являются для Вас примером служения

— Да. Это, безусловно, мои родители. Я никогда не слышала в доме разговоров на меркантильные темы: что-то купить или доиз родни, а родители никогда никого не обсуждали и не осуждали. В 1946 году, когда папа вернулся с фронта, их поселили в трехкомнатную квартиру, где жили еще две семьи: еврейская и украинская. Родители с ними очень дружили, и однажды я спросила у папы: «Пап, а они нам какая родня?» Каково же было мое недоумение, когда я услышала, что они нам вовсе не родня. Но по жизни они были как родные.

— Какая Ваша главная черта характера?

— Ой, о себе говорить трудно, Вам, наверное, виднее. Вы знаете, я — близнец, а им свойственна двойственность натуры. Конечно, человек с возрастом меняется, но желание помочь людям всегда было и останется на всю жизнь...

Благодарю Вас за интерес-

Беседу вела **Лариса Тумар**



RAMUO

Новые возможности Вашего профессионального роста!

НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии» приглашает на курсы повышения квалификации для офтальмологов.

Новые программы:

- «Жесткие газопроницаемые контактные линзы»
- Осесимметричная геометрия
- Торическая геометрия
- Нерегулярный астигматизм/кератоконус
- Бифокальные, мультифокальные жесткие линзы
- Подбор после рефрактивного вмешательства

Срок обучения: 72 часа.

- «Ортокератология»
- Организация ведения ортокератологического
- приема в кабинете коррекции зрения
- особенности ортокератологических линз
- Технология подбора ортокератологических линз Срок обучения: 108 часов.

Место проведения обучения: г. Москва, ул. Михалковская, д.63Б, стр. 4, 6 этаж. Тел/факс: 8 (495)602-05-51 доб. 1536, 8(495)787-76-07 e-mail: 7877607@mail.ru www.optometryschool.ru www.ramoo.ru Директор академии: д.м.н., профессор Мягков Александр Владимирович Заведующая учебной частью: Порученкова Татьяна Вячеславовна 1ицензия на образовательную деятельность № 035423 выдана Департаментом образования г. Москвы 08 сентября 2014г.

Приглашаем Вас принять участие в VI Международном симпозиуме «Осенние рефракционные чтения» 20-21 ноября 2015 года подробная информация на сайте: www.eyeconf.ru

В.П. Еричев, В.П. Туманов, Л.А. Панюшкина, А.А. Федоров ФГБНУ «НИИГБ»

> (Продолжение. Начало см. в «Поле зрения» № 4, 2015)

о второй части нашей лекции мы подробнее остановимся на исследованиях зрительных нарушения при болезни Альцгеймера

Несмотря на большие успехи, достигнутые в понимании патофиса при данной патологии, диагностика заболевания чрезвычайно сложна. Основывается она на результатах нейропсихологического тестирования и данных дорогостонитно-резонансная томография. однофотонная эмиссионная компьютерная томография или позитронно-эмиссионная томография (Albert M.S., 2011).

В последнее время все чаше появляются данные об обнаружении зрительных расстройств при болезни Альцгеймера, часть из которых обнаруживается на предметной стадии. В современной литературе описаны случаи нарушения цветового и стереоскопического зрения, контрастной чувствительности у амилоида в хрусталике и сетчатчастоту встречаемости катаракты нерации у пациентов с болезнью и Lewis. ные зрачковые реакции. Интересны результаты электрофизиологических исследований, проведенных у пациентов с деменцией, а именно паттерн электроретинограмвызванных потенциалов (п-ЗВП),

клеток сетчатки и зрительного не- работе Liu (2009) было доказано рва. По данным литературы, при повреждение белка-предшественв то время как ответ на вспышку та-амилоида в 6 слоях сетчатки личение латентности N35, P50 и данные положительно коррелитончением слоя нервных волокон, веденных на трансгенных мы-Pollock и Partanen описано увели- было доказано накопление в слое различия для всех параметров. данным п-ЗВП. Также отмечается логического фосфорилированно- в каждом результате исследования увеличение ретинокортикального го тау-белка, ассоциированного поля зрения выявлялась конценвремени. Большое количество ра- с нарушением аксонального трансбот посвящено изучению сетчатки порта и дегенерацией ганглиози зрительного нерва при болезни ных клеток. В экспериментальной Единой точки зрения, объясня-

болезни Альцгеймера, в современной литературе не существует. Ре- ровало депозиты бета-амилои- кольцевидное сужение поля зрения зультаты морфологических иссле- да в сетчатке, предшествующее до 50-40°, чаще в верхне- и нижнейродегенеративного процесса Автором был сделан вывод, что на себя внимание факт наличия на различных участках зрительно- повреждение ганглиозных клеток области с нормальной светочувго пути. Так, в своей работе Rizzo делает вывод о вовлечении в пато- лоидной токсичности может быть окруженный участками поля зрелогический процесс зрительной ас- самым ранним признаком болезни ния со сниженной светочувствидоказал преимущественное расположение сенильных бляшек и нейрофибриллярных клубков, маркеров нейродегенерации, в специфических областях зрительной коры у пациентов с болезнью Альцгеймера, а именно в клиновидной ке обуславливает более высокую и язычковой извилинах. Пораже- деменции)». Исследование поля ние коркового зрительного аналии возрастной макулярной деге- затора было описано в работах Ноf Хамфри по пороговым програм-

против, обнаруживают биомартрическую активность ганглиозных с деменцией. В экспериментальной

работе Koronyo-Hamaoui введение ex vivo куркумина (флуороющей зрительные нарушения при хрома, позволяющего обнаружить сенильные бляшки) демонстриих появлению в головном мозге. сетчатки в результате бета-ами-

Нами была проведена работа по изучению диагностической значиу пациентов с деменцией.

27 пациентов с диагнозом «болезнь Альцгеймера (стадия мягкой зрения выполняли на аппарате мам 30-2 и 60-4 и скрининговой Результаты других работ, на- программе FF120. Семь пациентов, несмотря на обстоятельное керы (бета-амилоид и тау-белок) объяснение, не поняли поставленную перед ними задачу. Еще

Таким образом, статистической с морфометрическими параметраобработке были подвергнуты ре- ми сетчатки и зрительного нерва болезни Альцгеймера наблюда- ника амилоида (APP — amyloid зультаты компьютерной пери- определяемыми с помощью ОКТ ется снижение амплитуды п-ЭРГ, precursor protein) и отложение бе- метрии 15 пациентов (30 глаз). и HRT. Это свидетельствует о низ-Группу контроля составили 35 папри исследовании ЭРГ остается и ее сосудах при болезни Альц- циентов без офтальмологической сти компьютерной периметрии, неизменным. Значительное уве- геймера. Примечательно, что эти патологии. При сравнительном а именно порогового исследоваанализе исследования поля зрения N95-волн п-ЭРГ и уменьшение их — ровали с возрастом животных. — по пороговым программам 30-2 — рушений у пациентов с деменциамплитуды, коррелирующее с ис- В работах Gasparini и Buul, про- и 60-4 у пациентов с болезнью ей и может служить в некотором Альцгеймера и группой нормы были было описано Parisi. В работах шах с мутацией тау-белка P301 S, получены статистически значимые

тельности, как тотальная, так и локальная (очаговая), по периферии При исследовании поля зрения

по пороговой программе 60-4 тактельностью при сопоставлении результатов исследования периферического и центрального полей

При проведении ОКТ сетчатки Всего в исследование вошли и зрительного нерва не было обнаружено изменений, объясняюявляемые с помощью порогового Анализируя полученные резуль-

таты, можно сказать, что оценка ного и периферического полей зрения с помощью пороговых программ 30-2 и 60-4 у пациентов и зрительном нерве при данной у 5 пациентов результаты компью- с болезнью Альцгеймера затруднепатологии. Так, Hinton в 1986 году терной периметрии были признаны на. В нашей работе была установнедостоверными ввиду большого лена низкая диагностическая знаподтверждение гибели ганглиоз- процента потерь фиксации взора чимость исследования поля зрения позволяющих оценить биоэлек- ных клеток сетчатки у пациентов (>5/20) и ложноотрицательных по пороговой программе у пациентов с деменцией. Наблюдаемые нами дефекты поля зрения у пациентов с болезнью Альцгеймера свидетельствовали в первую очередь о быстрой потере внимания, концентрации в процессе выполнения исследования. Следует подчеркнуть, что в абсолютном боль- паттерн 0.3 (r=-0.68 при p<0.01), шинстве случаев мы наблюдали а также с латентностью центральтом, определяемых при исследова- и R3 (r=-0.61 при p<0.05). Индекнии по пороговой и скрининговой сы MD и PSD не обнаружили достопрограммам. Это не позволило нам определить наиболее типичные м-ЗВП. дефекты поля зрения у пациентов с болезнью Альцгеймера, как было описано в некоторых статьях. Лока- о снижении светочувствительности лизация скотом и снижение свето- ШПЗ, однако степень этого снижеувствительности по типу кольцевидной или дугообразной скотомы компьютерной периметрии. Мульна крайней периферии исследуе- тифокальные ЗВП, являясь методом мой области отдаленно напомина- объективной оценки поля зрения, ет синдром Балинта, описанный имеют преимущество у пациентов при болезни Альцгеймера. Для него с деменцией и дают более верное характерны неспособность боль- представление о степени пораженого охватить взором все предме- ния зрительного пути. ты, находящиеся в поле зрения, При проведении ОКТ у пациеннеспособность концентрировать тов с болезнью Альцгеймера в сраввзгляд на определенной точке нении с группой контроля была вы-

Кроме того, у пациентов с бо- сетчатки за счет уменьшения толлезнью Альцгеймера было выяв- щины ее внутренних слоев в фолено несоответствие результатов веа, пара- и перифовеа. Различия функционального исследования были статистически достоверны поля зрения и морфометрических (р<0,05; критерий Манна-Уитни) параметров сетчатки и зрительно- (рис. 19). го нерва. Несмотря на значительное снижение светочувствитель- ных нервных волокон у пациентов ности сетчатки в ЦПЗ, увеличение с болезнью Альцгеймера не выяиндексов MD и PSD по сравнению вил его истончения по сравнению с группой нормы, у пациентов с контролем, как было описано во с болезнью Альцгеймера отсутство- многих слоях. Медианы значений вала корреляция этих параметров приведены на рис. 20.

поля зрения у таких пациентов слепериметрию в динамике по скриннинговой программе.

нить функциональное состояние зрительного анализатора у пациентов с деменцией возможно с помощью ЗВП. В нашей работе было установлено увеличение латентности положительного пика Р100 на паттерн 0,3 по сравнению с группой контроля (p<0,05) (puc. 18).

Мультифокальные ЗВП являются

своего рода объективным исследованием центрального поля зрения сохранность зрительного анализатора на всем его протяжении от сетчатки и зрительного нерва до зрительной коры. В нашей работе при проведении м-ЗВП были обнаные отклонения от нормы в группе с болезнью Альцгеймера практичещих дефекты в поле зрения, вы- при проведении сравнительного анализа по кольцам и по квадрантам в пределах 30° (p<0,05). Heредко латентность м-ЗВП соответствовала II-III стадиям глаукомы латентности мы наблюдали в центральных кольцах, в то время как отличалась от нормы либо была зультаты не совпадали с локализацией скотом в парацентральной

ной периметрии. При проведении корреляционного анализа была установлена средняя корреляционная связь суммарной светочувствительноных колец R1 (r=-0,69 при p<0,05) верной корреляции с параметрами

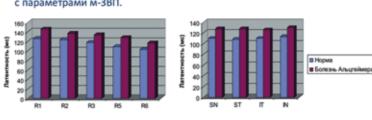
Таким образом, при болезни Альцгеймера мы можем говорить ния не соответствует результатам

явлена тенденция к истончению

Анализ толщины перипапилляр-

Болезнь Альцгеймера: ЗВП

- Увеличение латентности положительного пика Р100 на паттерн 0,3 по сравнению с группой контроля (медианы значений: 106 мс и 104 мс соответственно (p<0,05))
- Увеличение латентности м-ЗВП по сравнению с группой контроля при анализе по кольцам (наибольшие отличия для центральных колец R1-R3)
- Средняя корреляционная связь суммарной светочувствительности ЦПЗ с латентностью P100 на паттерн 0,3 (r=-0,68 при p<0,01), а также с латентностью центральных колец R1 (r=-0,69 при p<0,05) и R3 (r=-0,61
- Индексы MD и PSD не обнаружили достоверной корреляции



значения в группе контроля. Ста- Рис. 18.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

При сравнительном анализе тол-

щины комплекса ГКС была выяв-

лена тенденция к истончению ГКС у пациентов с болезнью Альцгей-

мера. Различия с группой контроля

были статистически достоверны

Индекс объема фокальных потерь

FLV не отличался от нормы. Наибольшие различия наблюдались

в значениях индекса глобальных

Параметр GLV (уровень глобаль-

ных потерь) определяется как сум-

ма всех относительных дефектов,

нормализованная к общей пло-

щади карты измерений — т.е. ус-

редненный по площади процент

потерь комплекса ГКС (аналогия

с параметром MD при периметрии)

и применим в диагностике диффуз-

При болезни Альцгеймера GLV

примерно на 45% превысил его

тистически и клинически значи-

мое увеличение GLV, характери-

зующего диффузные потери ГКС,

расценивался нами как наиболее

чувствительный параметр в диа-

гностике нейродегенеративных из-

менений на сетчатке у пациентов

с болезнью Альцгеймера на ста-

дии мягкой деменции. Мы ожи-

даем, что с прогрессированием

деменции будет наблюдаться даль-

нейшее увеличение индекса GLV

Следует отметить, что у пациен

тов с болезнью Альцгеймера нами

не было установлено достовер-

ной корреляции параметров ЗВП

с морфометрическими параметра-

ми сетчатки и зрительного нерва,

определяемых с помощью ОКТ.

Клинический случай: пациентка

72 лет с диагнозом «болезнь Альц-

геймера (стадия мягкой демен-

ции)». Результаты обследования

бой степени; острота зрения с кор-

рекцией высокая; ВГД в норме. При

роговой программе 30-2 обнару-

живается дугообразное снижение

20-25°. При исследовании м-ЗВП

сти мы наблюдаем в центральных

Однако лазерное сканирование

аппаратах HRT и ОСТ не обнаружи-

ло отклонений от нормы. Посколь-

болезни Альцгеймера были больше

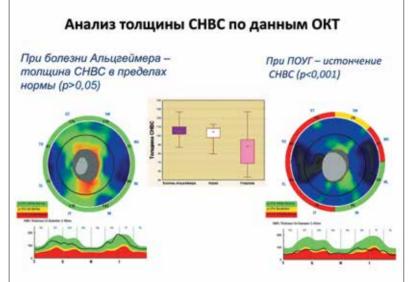
нормы (p>0,05).

правого глаза: гиперметропия сла-

(puc. 22).

ных потерь комплекса ГКС.

потерь (GLV) (рис. 21).



При окраске по Нисслю наблюисследовании поля зрения по по- дали сморщивание нейронов в зри- уровне ЦНС при глаукоме. Необхотельной коре, перицеллюлярный отек, эктопию ядра и ядрышка светочувствительности ЦПЗ до и гибель нейронов в НКТ и зрительной коре.

ческого анализа в НКТ при болез- тивных центров ЦНС. Из полученкольцах R1-R3 (значения латент- ни Альцгеймера были обнаружены маркеры нейродегенерации: ми, наблюдаемыми при глаукоме β-амилоид и тау-белок, что подтверждает вовлечение в нейродегенеративный процесс центральных сетчатки и зрительного нерва на отделов зрительного анлизатора. Таким образом, патологиче-

ские изменения в НКТ и зрительку ЗВП оценивают функциональ- ной коре мы обнаружили как при при глаукоме признаки апоптоза ное состояние зрительного ана- глаукоме, так и при болезни Альц- в НКТ и зрительной коре выражелизатора на всем его протяжении геймера. Однако при сопоставле-(от ганглиозных клеток сетчатки нии результатов морфометрии НКТ до зрительной коры), и учитывая и зрительной коры подтверждается явную диссоциацию структурных более выраженная атрофия нерви функциональных параметров сет- ной ткани при глаукоме. В сравнечатки и зрительного нерва, нами нии с болезнью Альцгеймера при было сделано предположение о бо- глаукоме мы наблюдали более вылее проксимальном уровне пораже- раженные морфологические при- и с клиническими результатами, ния зрительного пути при болезни знаки апоптоза нейронов: умень- полученными при обследовании шение объема цитоплазмы и ядра Это предположение было под- при «светооптической» сохранно- Альцгеймера. тверждено данными нашего мор- сти их, уплотнение и складчатость логического исследования ау- ядерной мембраны, гиперхрома-4 пациентов без неврологической коме, что свидетельствует о более мы. Однако степень их выраженно- болезни Альцгеймера. и офтальмологической патологии) агрессивном влиянии нейродеге- сти несопоставима с изменениями Обобщая полученные нами дан- объясняет распространение дегеморфометрическое исследование нерации на центральные отделы при глаукоме, описанными в лите- ные, следует сказать, что и при бо- неративных изменений на струкобнаружило при болезни Альцгей- зрительного анализатора при дан- ратуре и полученными нами. мера уменьшение площади ней- ной патологии. При болезни Альц- При глаукоме выявляются зна- мы наблюдаем признаки нейроде- ГОН. с группой контроля средние зна- и рассматривалось как компенсатор-

на 9,7% (p<0,05; критерий Манна- коре у пациентов с болезнью Альц- p<0,05). Уитни). В зрительной коре размеры геймера и глаукомой, все же можядра практически не отличались от но говорить о значительно более сильная корреляция индексов объ- механизм апоптоза. Он в свою оче- методов в постановке диагноза

димо вспомнить, что в нейродегенеративный процесс вовлекаются определенные группы нейронов. и при болезни Альцгеймера это, в первую очередь, нейроны когниных нами результатов морфологипути следует предположить, что поражение НКТ и зрительной коры вторично (опосредованно) по отношению к гибели нейронов когнению с группой контроля, что свидетельствует о преимущественв результате центростремительной транссинаптической дегенерации.

Так, в проведенных нами иссле-

рона в магноцеллюлярных слоях геймера мы наблюдали увеличе- чительно более выраженное ис- генерации на различных участках Этот же механизм может объна 20,8%, в парвоцеллюлярных ние ядер нейронов в наружном тончение комплекса ГКС, перипа- зрительного пути. Однако степень яснить распространение дегенераслоях — на 38,5%, в зрительной коленчатом теле, что было расцене- пиллярных нервных волокон, ста- их выраженности различна. Не- тивных изменений на зрительные коре — на 26% (р<0,01; крите- но нами как усиление метаболиче- тистически и клинически значимое сомненно, что при глаукоме мы центры и при болезни Альцгейрий Манна-Уитни). В сравнении ской активности пораженной клетки увеличение индексов FLV и GLV. имеем дело со значительно более мера. Опираясь на литературные

чения площади ядра нейрона при но-приспособительный механизм. нервных волокон сетчатки высоко синаптической нейродегнерации выраженные изменения ГКС и ЗВП Несмотря на всю схожесть мор- коррелирует со стадиями глауко- на структуры зрительного анали- у таких пациентов при прогрессив магноцеллюлярных слоях НКТ на фологических изменений, наблю- мы (значимая сильная корреляция: затора. Мы полагаем, опираясь на ровании деменции. Таким обра-42%, в парвоцеллюлярных слоях — даемых нами в НКТ и зрительной г=-0,84 и г=-0,77 соответственно; данные литературы, что в результа- зом, комплексное офтальмологи-

выраженных процессах атрофии ема фокальных (FLV) и глобальных редь инициирует каскад реакций, болезни Альцгеймера.

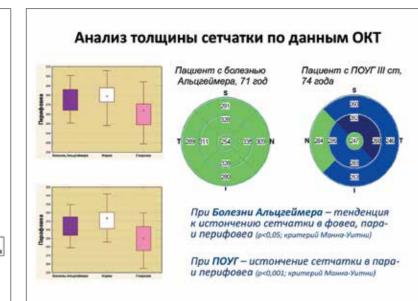


Рис. 19.

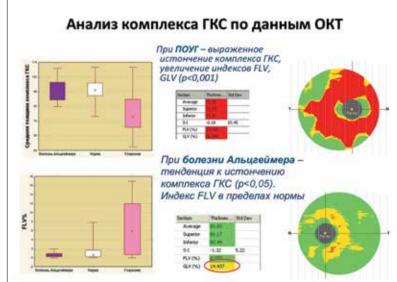
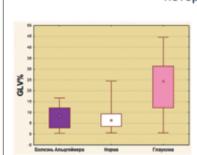


Рис. 21.

Анализ комплекса ГКС. Индекс GLV

GLV –индекс уровня глобальных потерь «аналог» периметрического индекса MD, отражает усредненный % потерь КГК



При ПОУГ – индекс GLV в 4 раза отличался от нормы (22,4±12,8%

При болезни Альцгеймера значения в группе контроля (7,7±5 % u 5,3±3,6 % coomsemcms

(GLV) потерь со стадиями глаукомы который в конечном итоге запуска-

корреляционную связь параметров нение патологического процесса дованиях сравнительный анализ ОКТ и компьютерной периметрии. топсийного материала головного тоз ядра и цитоплазмы, конденса- морфофункциональных и морфо- Таким образом, при глаукоме мы бежали первичного повреждения мозга двух пациентов с болез- цию хроматина. По данным мор- метрических параметров сетчатки наблюдаем тесную взаимосвязь от повышенного ВГД, но прилежат нью Альцгеймера. В сравнении фометрии, наименьшие значения и зрительного нерва у пациентов морфометрических и морфофунк- к поврежденным нейронам, кос группой контроля (аутопсий- площади нейрона и его ядра были с болезнью Альцгеймера определил циональных параметров сетчатки торые оказывают на них патолоный материал головного мозга зафиксированы именно при глау- некоторые отличия от группы нор- и зрительного нерва, в отличие от гическое влияние. Именно такой

(r=0,77 и r=0,81 соответственно; ет процесс вторичной транссинаптической дегенерации. Под этим Также следует отметить тесную термином понимают распрострамеханизм, по нашему мнению, лезни Альцгеймера, и при глаукоме туры ЦНС при прогрессировании

Истончение комплекса ГКС и слоя агрессивным воздействием транс- данные, мы можем ожидать более те воздействия повышенного ВГД ческое обследование может стать



Максимум индивидуальной нормы офтальмотонуса персонализированный критерий оценки внутриглазного давления

В.Р. Мамиконян

ФГБНУ «НИИГБ», Москва

Уважаемые коллеги!

Мы неоднократно докладывали об эффективности использования показателя «максимума индивидуальной нормы внутриглазного давления» в диагностике и лечении глаукомы. В последние годы определение этого персонализированного критерия оценки ВГД в НИИ ГБ стало обязательным пунктом станв основном у лиц старших возрастных категорий. Поэтому представляется закономерным, что факты и наблюдения, накопленные за время применения данного диагностического теста, сформировали определенные представления о роли и месте этого весьма важного, на наш взгляд, фактора в механизме развития глаукомы, что и является пред-

Начнем с краткого экскурса в историю изучения патогенеза глаукомы. Во второй половине XIX века и ближе к его концу совокупность работ Банистера (с 1600-х годов), фон Грефе, Лебера, Швальбе, Маклакова, других исследователей сформировала понятие о глаукоме как о заболевании, проявляющемся в повышении ВГД, связанным с нарушением оттока внутриглазной жидкости и приводящем, в конечном итоге, к атрофии зрительного нерва. Практически параллельно велись разработки первых устройств и методов измерения офтальмотонуса, также был определен ориентир статистической нормы ВГД, составляющий 21-22 мм рт.ст., явившимся одним из базисных элементов понятия о заболевании. В последующем целым рядом известных ученых: Кальфа, Вургафт, Фриденвальд, Нестеров, Краснов и др. было представлено множество подтверждающих теорию фактов, полученных в результате более современных экспериментально-морфологических и клинических исследований. Поэтому на протяжении довольно долгого времени, уже достаточно обоснованная концепция патогенеза глаукомы никем не подвергалась сомнению, и многие из нас, присутствующих в зале, застали еще те времена. Однако в последовавший за этим и продолжающийся по настоящее время период, началом которого можно считать 70-80-е годы, весьма авторитетными офтальмологами был выдвинут ряд альтернативных точек зрения на механизм развития глаукомной оптической нейропатии. Естественно возникает вопрос, в чем заключается причина появления новых взглядов, если теория внутриглазного давления и его главенствующая роль были так хорошо обоснованы

На наш взгляд, в связи с уже свершившимся в ту пору достаточно революционным техническим и технологическим переоснащением офтальмологии, заболевание стали намного чаще выявлять, диагностируя глаукому уже не только по уровню ВГД, а по характерным данным периметрии, офтальмоскопии, гониоскопии и т.д. Тогда стали выявляться случаи, когда при наличии всех признаков глаукомы отсутствовало главное — наличие высокого внутриглазного давления. Оказалось, что глаукома диагностируется и прогрессирует и при нормальных уровнях ВГД, а существующая теория толком не может объяснить происхождение такой глаукомы. Вскоре статистика показала, что так называемая «нормотензивная глаукома» не является исключением из правил, а составляет 30-40 и более процентов случаев. Не добавила оптимизма и неспособность теории объяснить случаи отсутствия симптомов глаукомы на глазах с явно высоким уровнем ВГД, при так называемой «офтальмогипертензии». Таким образом сложившаяся ситуация серьезно пошатнула представления о главенствующей роли ВГД в патогенезе заболевания, указывая на необходимость нового поиска истинных механизмов развития глаукомы и пересмотра общепризнанного понимания патогенеза заболевания.

В продолжающийся до настоящего времени поиск было вовлечено впечатляющее количество специалистов, в результате чего, как уже сегодня было сказано, мы имеем целый ряд альтернативных теорий патогенеза







глаукомы. К их числу относится нейроваскулярная теория ишемических причин глаукомной нейропатии, теория метаболической обусловленности апоптоза ганглиозных клеток и нарушения ауторегуляции гемодинамики зрительного нерва, ликворно-тканевая теория недостаточности давления за решетчатой пластинкой зрительного нерва, теория биомеханической недостаточности самой решетчатой пластинки и склеры, а также версии, рассматривающие возможности сочетания перечисленных патологических факторов. Естественно, мы не можем в рамках сообщения рассматривать по отдельности каждую из приведенных теорий. Поэтому позволю себе определенные обобщения.

Первое обобщение, по определению не требующее дискуссии, состоит в том, что все приведенные теории, не отрицая полностью значение ВГД, вполне естественно оспаривают или ограничивают его главенствующую роль в развитии глаукомной нейропатии. Вто- стандарта нормы, получалось, что и глаурое заключается в том, что среди существующих альтернативных точек зрения, имеющих, как известно, и приверженцев, и оппонентов, нет пока еще не только общепризнанного, но и поддерживаемого большинством специалистов целостного воззрения на механизм развития глаукомы.

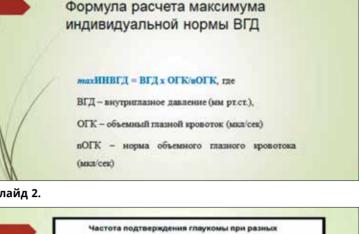
Подводя некий промежуточный итог, следует, к сожалению, признать, что за время, прошедшее с ниспровержения исходной теории глаукомы, ясности в ситуации патогенеза заболевания не прибавилось. Ярким тому свидетельством является количество обсуждающихся сегодня версий происхождения глаукомы. Мы знаем, что стало уже расхожим выражение: «Глаукома является многофакторным, полиэтиологическим, полипатогенетическим и т.д. заболеванием». О чем это говорит? Помоему, объяснением этой ситуации является то, что мы, грубо говоря, ничего определенного не знаем о патогенезе глаукомы. Трудно себе представить какое-либо заболевание, которое является, наоборот, монофакторным или монопатогенетическим, потому что,

имея в организме сосудистую, нервную и гуморальную систему, не говоря уже о наследственных факторах, все заболевания, за исключением, возможно, последствий острой травмы, острой инфекции, являются мно-

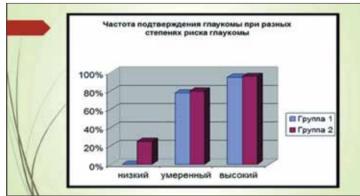
но никто эти заболевания так не называет.

Это моя личная точка зрения. Вернемся в канву доклада, которая требует взглянуть на обстоятельства, поставившие под сомнение правомерность изначальной концепции глаукомы, под несколько иным углом. Итак, основной причиной несостоятельности теории стало обнаружение разновидности глаукомы с давлением, вовсе не превышающим декларированного теорией предела нормы. Точно также не увяофтальмотонуса при отсутствии симптомов заболевания в случаях офтальмогипертензии. кома, и ее отсутствие могут быть установлены как при значениях ВГД выше предела нормы, так и ниже предела нормы. В чем же смысл и ценность такого ориентира нормы? Более того, возможно в новом поиске механизма развития глаукомы вовсе не нужно было подвергать пересмотру всю существовавшую концепцию глаукомы, а лишь принятую в ней за аксиому величину нормы ВГД. Действительно, как мы видим на слайде 1, возможность такого направления поиска не была игнорирована, и в этом, намного более скромном по сравнению с предыдущим, списке приведены исследователи индивидуальных характеристик офтальмотонуса как альтернативы статистически установленного, единого для всех стандарта, определяюшего нормальное и патологическое значение ВГД. Мы, как видите, скромно замыкаем список отечественных авторов, но об этом —

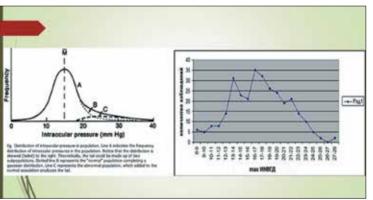
Что же было сделано в этом направлении? Еще в 1960-е годы в литературе появились первые указания на индивидуальный



Слайд 2.



Слайд 4.



«толерантного внутриглазного давления» при глаукоме. Однако действительным родоначальником этой теории явился отечественный офтальмолог, профессор А.М. Водовозов. Он впервые предложил методы индивидуализи рованной или персонализированной оценки офтальмотонуса, т.е. определения толерантного ВГД при глаукоме. При постепенном снижении офтальмотонуса с помощью осмотических препаратов автор регистрировал уровень внутриглазного давления у больных с глаукомой, на котором наблюдалось максимальное улучшение периметрических и электрофизиологических данных, что обозначалось как толерантный для данного глаза уровень ВГД. Ряд других исследователей предглазах с глаукомой по изменению гемодинамических показателей глаза путем снижения пробы или, наоборот, искусственно повышая офтальмотонус путем компрессии глазного яблока. Тем не менее, несмотря на исключительную важность приведенных выше попыток индивидуализации подходов к оценке ВГД и объективность принципов, лежащих в основе предложенных способов, широкого применения в офтальмологии эти методики не нашли и, на наш взгляд, в основном, изза чрезвычайной сложности их практической

характер переносимого или так называемого

тературе вместо толерантного давления наибольшее распространение получил термин «давление цели». При этом были предложены и так называемые чисто расчетные способы его определения. Часть этих методов базируется на сложных формулах, учитывающих ряд предположительно значимых показателей как пол, раса, возраст, рефракция, артериальное давление, стадия глаукомы, скорость прогрессирования глаукомной нейропатии и т.д. Другие методы сводятся к очень простому — рекомендации снижать давление на 20-40% от его исходного уровня. Поэтому

В дальнейшем в офтальмологической ли-

объективность и эффективность таких расчетов были справедливо подвергнуты сомнерейтинговых офтальмологических журналов "Ophthalmology" была опубликована стаименитыми авторами, содержание которой сводится к тому, что столь частые ссылки расчетного критерия давления цели следует считать необоснованными ввиду сомнительности недоказанной эффективности самих принципов расчетов этого критерия. Применяемый нами расчет максимума

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

индивидуальной нормы ВГД, упомянутый в начале доклада, основывается на формуле, использующей в качестве основной перемен-Таким образом, кровоток определяется с помощью специального прибора, и все это согласно предлагаемой нами концепции, которая сводится к тому, что каждому глазу соответствует четкий диапазон индивидуальной нормы ВГД, верхняя граница которого может быть как выше, так и ниже границы стандартной нормы в 21 мм рт.ст. вне зависимости от благодаря компенсаторным механизмам глаза умеренное превышение этого максимума может не наносить (какое-то время, во всяком случае) ушерба состоянию зрительного нерва. На слайде 3 представлен бланк обследования, где можно видеть индивидуальные шкалы ВГД для каждого глаза. Зеленая индикационная зона шкалы представляет го офтальмотонуса, имея в виду его возможные физиологические колебания, ограниченные показателем максимума индивидуальной нормы ВГД, который высчитывается по представленной на предыдущем слайде формуле. Желтая или так называемая «буферная» зона отражает диапазон допустимого превышения сле установления различных степеней риска в здоровых глазах давление всегда находится

максимума индивидуальной нормы благодаря ауторегуляторным и компенсаторным нем 5 мм рт.ст. Красная зона представляет лиапазон неприемлемого превышения макемая по формуле величина этого максимума всегда выражает на шкале верхнюю границу зеленого диапазона. Уровень реально имеющегося офтальмотонуса может оказаться в любой точке любой зоны в зависимости с определенным расчетным максимумом индивидуальной нормы. Описанная нами индля практики инструментом интерпретации результатов расчета индивидуальной нормы. Величина этого максимума, как было сказано, определяет верхнюю границу зеленой зоны, от которой далее компьютерная программа строит остальные зоны. Шкала для каждого конкретного глаза отличается своим индивипретации шкалы: ВГД ниже или совпадает с расчетным максимумом индивидуальной нормы, и ситуация интерпретируется как отсутствие на момент исследования риска наличия или развития глаукомы; ВГД выше максимума, выше зеленой зоны, но находится в пределах буферной зоны — таким образом определяется низкий или умеренный риск наличия или развития глаукомы в зависимости от того, ближе к красной зоне располагается измеренное ВГД или ближе к зеленой; ВГД риск наличия или развития глаукомы. За время применения метода нами было получено достаточно большое количество результатов. Приведем сегодня самые наглядные из них. На слайде 4 представлена частота подтверж-

момент исследования глаз. Первая группа со статистически нормальным давлением. во вторую включены пациенты с давлением, превышающим 21 мм рт.ст. Из диаграмкомы в обеих группах составила около 80% при умеренном риске и более 90% при высоком риске заболевания. Данные результаты явственно указывают на то, что вероятность наличия глаукомы не зависит от соотношения имеющегося офтальмотонуса со среднестати стической нормой и зависит только от того, насколько ВГД превышает максимум индиви-Но есть случаи, когда выявленные риски глаукомы не были подтверждены последующим обнаружением глаукомы. Это в значительной мере происходило при низком риске и частично при умеренном и даже высоком риске. Однако в этой части случаев мы считаем обязательным долгосрочное наблюдение этих лиц, предполагая возможность весьма медленного развития глаукомной нейропатии

Хотелось бы предложить вашему вниманию еще одно косвенное, на наш взгляд, но достаточно наглядное подтверждение объективности применяемого нами метода. На слайде 5 представлено распределение уровней индивидуальной нормы у здорового контингента в количестве 305 глаз. Дело в том, что это распределение на самом деле имеет много схожего с известным всем распределением уровней измеренного ВГД в здоровой популяции (слайд 6).

График взят из «Руководства по офтальмологии» Дуэйна, довольно свежего издания, по которому мы имеем средние цифры ВГД в здоровой популяции порядка 15-16 мм рт.ст. Если сравнить, увидим, что средние цифры индивидуальной нормы очень близки по зна-

которая отличает правый глаз от левого. Эти

изменения, видимо, будут очень тонкими,

и находиться они будут в пределах норматив-

ного диапазона. Здесь есть над чем понаблю-

глаукомы в 2-х группах условно здоровых на вокруг своей нормы. Заключая сказанное. хочу отметить, что неудовлетворительность критерия оценки ВГД, на наш взгляд, является одной из главных причин существующего офтальмотонуса в развитии и прогрессировании глаукомы.

патогенеза глаукомы, в частности глаукомы нормального давления, следует отметить, что существования естественной индивидуальной нормы ВГД. Вместе с тем накопленные в прохарактеристик ВГД данные позволяют предположить, что индивидуальная норма ВГД являобуславливающим на каждом глазу присущий ему критический уровень ВГД, превышение звеньев патогенетического механизма глаукомной нейропатии. При этом очевидно, что самых актуальных вопросов офтальмологии: почему глаукома в 40-50% случаев развивается при ВГД ниже 21 мм рт.ст. (нормотензив ная глаукома) и не развивается даже при значительном превышении стандарта нормы при эссенциальной офтальмогипертензии. Резуль таты настояшего исследования подтверждают. на наш взгляд, релевантность и высокую информативность метода определения максимума индивидуальной нормы ВГД как важного критерия адекватной оценки уровня ВГД. При этом необходимо отметить, что главным пре имуществом метода по сравнению с известными является то, что он дает возможность серного обследования здорового контингента для раннего выявления риска или развития заболевания. Спасибо за внимание!

Материал подготовил Сергей Тумар

Исследование межокулярной асимметрии персонифицированных показателей — как желаемая необходимость в диагностике и мониторинге первичной глаукомы

ЛЕКЦИИ

В.В. Страхов

Ярославская государственная медицинская академия

Характерной особенностью современной диагностики и мониторинга глаукомы является то, что мы в настоящее время имеем возможность получать огромное количеэто одна сторона вопроса, который обсуждается на протяжении не одного столетия. То, что мы имеем сейчас — просто цифровая катастрофа. Мы получаем не только сами показатели, а их много, но, исследуя структуру, мы имеем ОСТ формат; исследуя функции, Трудность заключается и в том, что эти стандарты имеют огромный диапазон нормы. Возосторожно касаемся, но в своей работе практически не реализуем. Расплывается представление о норме ВГД. Так, измерив давление по Маклакову, мы получаем 25 мм рт.ст., и нельзя сказать, что это норма, поскольку это может быть глаукома псевдонормального давления или нормального давления. У японцев, например, средний уровень нормального ВГД — 12,4 мм. Для них 20 мм означает, что пора идти в операционную. Очень важно руководствоваться нормой индивидуального давления, о чем говорил профессор В.Р. Мамиконян. Мы должны уйти от традиционного понимания повышенного ВГД. Под повышенным ВГД мы должны понимать не уход за верхнюю границу нормы, а уход от индивидуальной нормы.

Номинаций ВГД существует много, и все имеют право на жизнь. Но на самом деле у человека есть только одно давление — генетически детерминированное или его индивидуальное давление, которое является физиологической константой. А для того, чтобы оно было константным, существует целый сонм всевозможных реакций: гидродинамических,

неврологических, эндокринных, аккомодативных и т.д. При этом механизмы, регулирующие офтальмотонус, мгновенно нормализуют уровень давления, если по каким-то причинам оно повышается, что является чрезвычайно важным фактором.

Обратите внимание, это работа профессора В.Н. Алексеева (слайд 1) — двугорбая тонометрия; я свой слайд не поставил, но по результатам динамической контурной тонометрии 300 человек — у нас картина аналогичная. Есть «горб», который имеет свою норму и находится ближе к гипотоническому состоянию, другой — к гипертоническому. Эти две популяционные группы могут иметь совершенно различный тонометрический статус. Я бы хотел обратить внимание: в гипотоническом — 21,3% располагаются учитывать этого нельзя. По-прежнему очень важным остается вопрос: как узнать, что мы имеем дело с глаукомными оольными, у которых офтальмотонометрический статус вышел за пределы индивидуальной нормы, оставаясь в нормативном диапазоне? А как узнать индивидуальную норму? Если бы измерили ВГД в 25 лет, в 35 лет, отметили бы это в карточке, мы бы знали, «ушел поезд» или нет. Но мы не знаем. Все поиски индивидуального давления, которое мы пересчитываем через гемодинамику, через восстановление функций после снижения ВГД — все это действительно важно. Но у меня есть определенные вопросы по поводу пересчета через гемодинамику. Это не прямое измерение, через колебания ВГД, это уже другие тензионные взаимоотношения. Тем не менее метод имеет право на жизнь, поскольку иначе как гемодинамическими, систолическими толчками объема глаза мы колебания ВГД объяснить не можем. Однако выход есть. У человека два глаза, и оба они генетически детерминированы. У них есть похожее, мало отличающееся, ВГД, сопровождающее их всю жизнь. Мы стали изучать явление межокулярной асимметрии, чтобы опираться не на абсолютное значение ВГД, а на некоторую разницу в уровне ВГД,

дать. Посмотрите, что получается по нашим исследованиям: (слайд 2) при тонометрии по Маклакову, обращаю внимание на эту цифру, в 97,3% случаев разница ВГД между правым и левым глазом не превышала 2 мм рт.ст., а разница в 3 и больше — абсолютно точечная асимметрия, которая не может считаться физиологической. При динамической контурной тонометрии — 1,5 мм. При самой малопро дуктивной, пневмотонометрии, разница — 3 мм рт.ст. Эти значения межокулярной асимметрии в норме мы наблюдали в течение 4 лет, и они отличались довольно выраженной стабильностью и вполне могут быть приняты опереться. Могут быть и такие соображения: с возрастом ВГД меняется, но самое большое на 1-1,5 мм рт.ст. Это не значимо для мно голетнего наблюдения. В этом отношении я хочу привести работу R.A. Levine 2006 года: «Увеличение асимметрии ВГД между парными глазами на 1 мм рт.ст. связано с увеличением риска развития глаукомы на 17%». Это очень важно. Можно гадать: давление 25 мм норма или нет, давайте посмотрим, что норматива. Если представить, что эти две будет через 3-5-7 лет... А можно с минимальными затратами, без использования дорогостоящих приборов измерить давление по Маклакову и посмотреть, уходит межокулярная асимметрия ВГД за 2 мм рт.ст., например на 3-4-5-7 мм рт.ст. или нет, и мы сразу поймем, на какое рискованное поле мы попали. Я бы хотел показать, как межокулярная асимметрия ВГД по истинному, нулевому ВГД, и по Паскалю выглядит на переходе от нормы к начальной форме глаукомы (слайд 3). Гипертензия глаза — асимметрия не выходит за

пределы нормы, преглаукома — близко, дав-

ление — на грани, асимметрия начинает про-

являться, при этом абсолютные значения ВГД

могут находиться в средних пределах и даже

в нижних границах норматива, вот что цен-

же уровень давления, но асимметрия ушла за 2 мм, при этом она может уйти довольно высоко. Здесь я хотел бы обратить внимание: величина межокулярной асимметрии глаукомных больных может быть очень значительная — даже в пределах норматива — на 3-5-7 мм. Разве в вашей клинической практике не было таких случаев? На одном глазу давление по Маклакову 25 мм, а на другом — 15 мм. Этот факт говорит о том, что, с одной стороны, имеется нарушение регуляции. с другой стороны, показывает, что на индивидуальный уровень ВГД указывает давление в лучшем глазу: 14-15 мм, скорее всего, и есть его индивидуальное давление. Вот на что надо ориентироваться.

Структурный статус ДЗН. Здесь я хочу заострить внимание на том, как велик диапанас от реальной действительности, как мы можем оказаться в полной растерянности, не обладая серьезными современными данными. Обратите внимание (слайд 4), оба глаза пациента П. довольно правильны, симметричны, оба здоровые. Посмотрите, как отличается томограмма ДЗН пациентки С. Обе структуры ДЗН находятся в норме. Это и есть диапазон картинки — глаза одного пациента, то ни у одного из сидящих в зале не возникнет сомнения, что справа — это глаукома, а слева норма. При этом всем давно известно, что отношение экскавации к диску может быть 0,6 и даже 0,7 на здоровом, но миопичном глазу, хотя мы привыкли считать, что такое соотношение является на 100% глаукомным. Посмотрите, как выглядит физиологически экскавация (слайд 5), но глубокая, причем ничего удивительного в этом нет: экскавации физиологически могут быть очень глубокими. Другой пример: (слайд 6) РНФЛ, нисходящая атрофия, миопия высокой степени, далеко зашедшая глаукома. Разве можно их различить? Практически неразличимы. А если бы у вас были данные по правому и левому глазу, нано. При ПОУГ І-й степени — примерно тот иччие асимметрии немедленно просигналило

пии ССГ также постепенно менялся.

однако гигиена век была и остается

определены подходы и выбор слезо-

заместительной терапии в зависимо-

сти от дефицита того или иного слоя

слезной пленки: коррекция акваде-

фицита, липодефицита, мукодефи

цита; далее появились репаративные

препараты, противоаллергические

ные препараты. Нарушение слезо-

продукции — полиэтиологический

процесс, к которому приводят раз-

личные заболевания: патология век,

нарушение сферичности роговицы

после травм и операций, нарушение

конгруэнтности глазной поверхно-

сти, трофики, аллергизация, воспа-

лительные явления, возрастные из-

менения, т.е. любая из этих причин

может послужить пусковым меха-

низмом развития ССГ. Цель работы

певтической эффективности препа-

«сухого глаза». Для сравнения был

выбран препарат гиалуроновой кис-

новый инновационный препарат.

полисахарид, близок к дисахаридам

ности, задерживает влагу непосред-

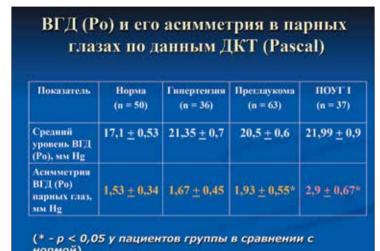
ственно в клетках эпителия рогови-

но одинаково; проба Норна у группы

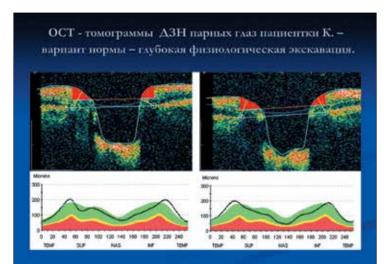
противовоспалительные, монотроп-



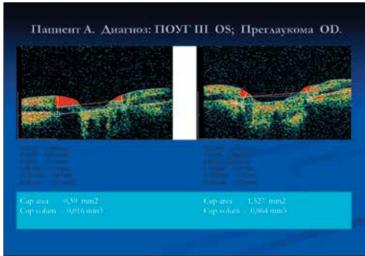
Слайд 1.



Слайд 3.



Слайд 5.

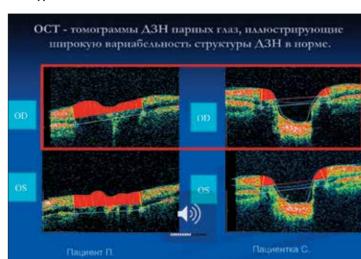


Слайд 7.





Слайд 2.



Слайд 4.

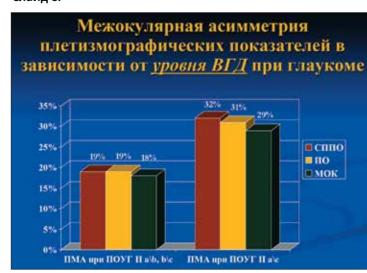


Слайд 6.



Слайд 8.

Слайд 10.



Материал подготовил Сергей Тумар

бы вам: «Здесь не только миопия». Хочу обратить ваше внимание на слайд 7, который в некоторой степени подрывает наши определенные воззрения биомеханического плана на развитие экскавации глаукомы. Пациент А. имеет на левом глазу далеко зашедшую глаукому — широкая экскавация, на правом фактически преглаукома: ВГД нормальное, экскавация совсем небольшая. Обратите внимание, площади экскавации существенно отличаются, объемы потрясающие, внешний вид тоже, но глубина экскавации...Почему не прогнулась ламина криброза?...Хотя здесь на самом деле — далеко зашедшая глаукома, не все так просто даже с точки зрения склеральной ткани, с точки зрения решетчатой пластины. А межокулярная асимметрия нам показывается очень явно. Особо необходимо отметить диапазон межокулярной асимметрии диаметра ДЗН. И при глаукоме, и при норме диаметр ДЗН почти не различается на парных глазах: терминальная стадия на правом, начальная стадия на левом, диаметр диска практически один и тот же... Вот почему асимметрию диаметров дисков мы считаем якорным показателем, и все расчеты межокулярной асимметрии деталей ОСТ-показателей будут корректными, только если межокулярная асимметрия диаметров ДЗН не превышает 6%. В норме диапазон ОСТ-показателей в популяции довольно серьезный, а межокулярная асимметрия— в 10 раз меньше. Чем уже диапазон физиологической асимметрии, тем точнее мы заметим его изменение; чем больше диапазон норматива, тем больше мы будем знать и не знать — норма это или патология. RNFL и объем макулы показывают то же самое. Наличие многих показателей, которые измеряются в разных единицах измерения (мкм, мм рт.ст, миллисекунды), предполагает целесообразность расчета универсального показателя асимметрии. Мы предлагаем воспользоваться простейшей формулой (слайд 8): любой показатель правого глаза минус показатель левого глаза разделить на сумму правого и левого и разделить на 100, и вы получите в процентах асимметрию. Пример RNFL: правый глаз — 111, левый — 108, получаем 2,7%, что укладывается в норму. Разница ДЗН парных глаз в норме и при глаукоме почти не отличаются. Хочу еще раз сказать, что оценивать асимметрию и привлекать эти знания для мониторинга глаукомы, для постановки раннего диагноза глаукомы можно только в одном случае (я имею в виду показатели ОСТ), если диаметры или площади ДЗН различаются не более чем на 6%. Посмотрите, как различаются показатели ОСТ при глаукоме (красный) и при норме (зеленый) (слайд 9). Диапазон межоку-

лярной асимметрии показателей RNFL на ОСТ

сетчатки 5% — очень мал... Обращаю внима-

ние, мы случайно нашли одну работу в США,

дважды повторенную в 2008 и 2011 годах,

в которой предлагается расценивать асим-

метрию слоя нервных волокон в парных гла-

зах выше 9 мкм как признак патологической

нейрооптикопатии! Гемодинамический статус

действительно важен. У нас практически не су-

ществует нормальных методов исследования

гемодинамики. В этом смысле я с гордостью

сообщаю, что в России есть небольшой пре-

красный прибор, который он позволяет одновременно на двух глазах измерять объемный

кровоток. Там имеется вакуумная присоска;

в самом датчике встроен американский счет-

чик высокой точности, который отмечает ко-

лебания объема глаза при поступлении крови

в систолу и оттока ее в диастолу. Хорошо из-

вестно, что при глаукоме объемный кровоток

значительно снижен, что уверенно регистри-

ка в норме также имеет асимметрию правого

и левого глаза. Но эта асимметрия по любо-

му показателю: по систолическому, по пульсо-

вому, по минутному объемному кровотоку —

находится на уровне 10%. При глаукоме I и II

гемодинамические показатели различаются

и превышают 10%; по уровню ВГД — еще

больше, что совершенно естественно. Как вид-

но на слайде 10, при одинаковой II стадии, но

при колебаниях давления между А и В, В и С

и между А и С — тоже довольно существен-

ный уход в межокулярную асимметрию дале-

ко за физиологические 10% — до 30 и 40%.

Заключение: первичная глаукома — двухсто-

роннее заболевание с асимметричным кли-

ническим течением, именно поэтому при

диагностике и мониторинге глаукомы факт

межокулярной асимметрии можно увидеть

и оценить по уровню ВГД, полю зрения, состо-

янию диска, переднего отрезка глаза. Иссле-

дование межокулярной асимметрии в практи-

ке офтальмолога должно стать инструментом

познания и является безусловной, осознанной

необходимостью. Спасибо за внимание!

С точки зрения патофизиологии, блефарит — это комплекс взаимодействия нескольких факторов: количекраев век; дисфункция прекорнеальной слезной пленки. Липиды, находяные липиды впрямую контактируют с водной фазой слезной пленки, преобструктивной форме дисфункции к повышению температуры затвердевания секрета мейбомиевых желез. го количества провоспалительных

на патогенез и методы терапии бле-

с тремя различными воспалительны-

на коже, луковицах ресниц и в мей-

бомиевых железах. Местными фак-

симптоматика не является специфич-

являются статьи о роли хилабактер-

ной инфекции в развитии хрониче-

ских заболеваний глаз, в частности,

блефаритов. Причина заключается

в окислительном стрессе, который

митохондрий, накоплением мутаций

митохондриальной ДНК, увеличени-

ем производства активных форм кис-

лорода, повышением уровня окисли-

тельного повреждения ДНК-белков и

работе сателлитного симпо- в составе глазных капель Азидроп отзиума приняли участие бо- сутствуют консерванты, что снижает (Москва). В докладе «Современный лее 140 офтальмологов со вероятность появления ССГ. При от- подход к лечению синдрома «сухосутствии ответа на местные антибио-Открыла заседание Т.Н. Сафонова тики применяются системные анти-(Москва), она выступила с докла- биотики, в частности, препараты синдрома «сухого глаза», появилась тетрациклинового ряда. В качестве противовоспалительной терапии — в аптечной сети появляется препарат фаритов». Докладчик акцентировала топические кортикостероиды. Еще Ликвифилм, в 2004 году появились большей терапевтической эффекся одним из составляющих элемен- тивностью обладает комбинация тов системы глазной поверхности. «стероиды-антибиотики». Докладчик ты. С 1990 годов получили развитие Блефариты — воспаление краев век, также рассказала о приборе компаоднако офтальмологи имеют дело нии Thea, который можно использовать для лечения блефарита. Прибор Блефастим представляет собой специфические очки, внутри которых размещаются вкладыши, пропитанные являются некорригированные ано- ных препаратов. При подключении бы решить все проблемы практичемалии рефракции, заболевания кожи прибора к электрической сети комгревание толщи век, улучшается эваной, однако в последнее время по- куация секрета мейбомиевых желез основой терапии. Постепенно были и параллельно происходит увлажнение глазной поверхности. Доктор медицинских наук Д.Ю. Майчук (Москва) представил доклад «Комп-

Сателлитный симпозиум компании Thea

Заболевания глазной поверхности.

Современный взгляд на проблему

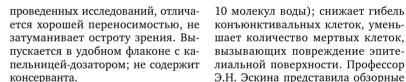
Президиум: профессор **Э.Н. Эскина**, д.м.н. **Д.Ю. Майчук, Т.Н. Сафонова, Е.В. Вахова**

лексный подход к лечению мейбосопровождается снижением функции миитов». Причины мейбомиитов: нарушение кислотно-жирового обмена, эндокринные заболевания, хронические воспалительные блеинфекция век, хроническая аллергия. В процессе лечения задачи офтальмолога сводятся к следующему: облегчить симптомы, поддержать сохранность глазной поверхности, избежать атрофии мейбомиевых секреции; состояние микрофлоры желез. Добиться этого можно путем очишения глазных протоков, восщиеся в секрете мейбомиевых желез, ной пленки, погашения воспаления составляют часть прекорнеальной глазной поверхности и век. Далее Е.В. Яни заключалась в оценке терапарению водной составляющей пре- ной поверхности. Для гигиены век рата Теалоз у пациентов с синдромом корнеальной слезной пленки. Поляр- основным и лучшим, по мнению докладчика, средством является Теагель. Теагель очищает веки и рес- лоты Хилабак. Трегалоза (Теалоз) пятствуя ее испарению. Нарушение ницы, улучшает эвакуацию секрета мейбомиевых желез; применяется чается при мейбомиите, продукция 2 раза в день в течение 1 месяца растений, произрастающих в услонеполярных липидов страдает при в сочетании с массажем век. При отвиях повышенной сухости. Трегалоза сутствии гиперемии, отека и воспалемейбомиевых желез, что приводит ния используется сочетание теплого слезной пленки на глазной поверхкомпресса, массажа век и Теагеля. Основное системное и весьма эффек-Эти факторы приводят к дестабили- тивное лечение — базис омега-3; курс цы и в тканях конъюнктивы. При зации и истончению прекорнеальной лечения — 3 месяца. Д.Ю. Майчук применении препаратов Хилабак выразил удовлетворение тем, что и Теалоз были зарегистрированы слеся повышением осмолярности слез- компания Thea полностью обеспечи- дующие результаты: динамика про- в повреждении нервных окончаний; ной жидкости и выбросом большо- вает решение всех проблем: Теагель, бы Ширмера увеличивалась пример- это приводит к снижению чувстви-НутрофТотал и глазные капли Азидроп. ности, развивается роговично-конъ- пительного эффекта препарат зака- в группе трегалозы зарегистрирова- даются клетки эпителия роговицы, серванты, что является важнейшим применяется 2 раза в день на края антиоксдантную функцию и воздей- раты с различными свойствами, прив комплексном лечении блефаритов та) способствует укреплению слезной пленки, Теалоз нормализует его фиглазные капли Азилроп (лействую- дяющей: Теалоз — самая высокотех- ствует восстановлению эпителиаль- сервации тканей, т.к. обеспечивает тивных ощущений пациентов после щее вещество — азитромицин). Курс нологичная на сегодняшний день ных клеток, т.е. обладает репаративприменения глазных капель Азидроп форма искусственной слезы — обе- ными свойствами; обладает высокой клеточную мембрану, препятствует скорости эпителизации и рефракцисоставляет 3 дня, но его кумулятив- спечивает эффект улучшения репа- терапевтической эффективностью, высыханию клеток (одна молекула онного эффекта. ный эффект длится 2 недели. Также рации и восстановления муцинов. которая подтверждена результатами трегалозы способна «привязать» к себе

го глаза» она отметила, что первая публикация, посвященная проблеме первые препараты без консерванта на основе гиалуроновой кислопатогенез ССГ; выходит множество рекомендаций, технологий. Комподостаточно изучен и сложен, и на сегодняшний день еще не существует искусственной слезы, которая могла ских офтальмологов. Полхол к тера-



Е.В. Вахова



«Особенности коррекции состояраторефракционных операций» тема доклада, с которым выступила профессор Э.Н. Эскина (Москва) К артифициальным факторам риска развития роговично-конъюнктивальракционные оперативные вмешательства, ношение контактных линз, системное и местное применение различных препаратов, использоваи отопление, а также комбинация этих факторов. Недостаточная устойэпителия могут являться определяющими в получении качественного Причина нарушения состояния глазной поверхности после рефракционных операций может заключаться



затуманивает остроту зрения. Вы- шает количество мертвых клеток, пускается в удобном флаконе с ка- вызывающих повреждение эпителиальной поверхности. Профессор Э.Н. Эскина представила обзорные данные, свидетельствующие о том, что препарат Теалоз можно и нужно использовать в группе пациентов после рефракционных операций. поверхность роговицы в группе исследуемых животных, получавших нове трегалозы, оказалась наиболее сохранной по сравнению с группой. В отношении бокаловидных клеток конъюнктивы сыворотка крови оказалась более эффективной, однако оба препарата стремились приблизить активность клеток конъюнктиказали, что трегалоза способствует снижению апоптоза клеток роговитрегалоза оказывает выраженные протективные действия — прозрачнеоваскуляризация роговицы меньше. Исследования были проведены цитокинов. В результате происходит По рекомендации докладчика, для трегалозы была выше изначально и стимуляции секреции слезы, как ре- ния. Применение трегалозы в группоражение эпителия глазной поверх- получения хорошего противовоспа- сохранила лидерство на 30-й день; зультат — дополнительно повреж- пе пациентов, перенесших операцию юнктивальный ксероз или синдром пывают 2 раза в день в течение 3-х на более высокая динамика слезного что замедляет процесс восстанов- структуру эпителия роговицы; после «сухого глаза»; в свою очередь ССГ дней, далее — 1 раз в день в тече- мениска; явные преимущества трега- ления зрения. К дополнительным операций ФРК в группе пациентов, провоцирует воспалительный про- ние 12 дней по схеме: одна капля — лоза имеет в результатах выраженно- факторам, влияющим на восстанов- применявших трегалозу, процесс цесс на краях век. В качестве лечения в глаз, вторая — на веко. При вос- сти ксероза, т.е. удерживание влаги ление зрения и на вероятность раз- эпителизации на 2-е сутки происхо-Т.Н. Сафонова обратила внимание на палении — мазь Декса-гентамецин внутри клеток эпителия дает положи- вития ССГ, относятся: пол, возраст, дил значительно быстрее. В заключегигиену век и ресниц с помощью очи- на края век 2 раза в день в течение тельный результат: на 30-й день зна- курение, ношение контактных линз ние докладчик отметила, чтобы дать щающих гелей. Хорошим средством 14 дней. Противовоспалительная те- чительно сокращается бал выраженно- и т.д. В существующих нормах и окончательный ответ на вопрос, явгигиены являются специальные рапия — рестасис, обеспечивающий сти ксероза роговицы. В заключение стандартах лечения пациентов после ляется ли Теалоз препаратом выбосалфетки Блефаклин производства мощный контроль воспаления; при- докладчик отметила, что благодаря различных кераторефакционных ра при ведении пациента после рефкомпании Thea. В лекарственном нимается 2 раза в день 6 месяцев; уникальной рецептуре Теалоз обе- вмешательств обязательно присут- ракционных операций, не хватает составе салфеток отсутствуют кон- гидрокортизон-ПОС (1% и 2,5%) спечивает защитную, увлажняющую, ствуют слезозаместительные препа- данных по оценке эффекта восстаусловием для лечения блефаритов, век до 2 недель при воспалении; ствует на полноценность водного лагаемыми к конкретной операции. по многим показателям препарат т.к. ассоциативность использования омега-3 жирные кислоты. В качестве слоя слезной пленки, стабилизирует Слезозаместительные препараты превзошел ожидания исследоватеконсервант-содержащих препара- слезозаместителя для вымывания эпителиальный слой роговицы, уси- должны быть нетоксичны, близки лей. Исследования препарата Теалоз тов с развитием хронического бле- секрета из мейбомиевых желез — ливает гидрофильность поверхно- по составу к слезе, стабильны и не в группе рефракционных пациентов фарита и ССГ крайне велика. Также Хилабак (0,15% гиалуроновая кисло- сти. Восполняя водный слой слезной должны влиять на качество зрения. будут продолжены в направлении прекрасно зарекомендовали себя пленки со слабой липидной состав- зиологическую тоничность и способ- глюкозы, используемый для кон- зрения, качества зрения и субъек-

> Материал и фото подготовил Сергей Тумар

операции, оценки качества эпителия,

Хирургия врожденной патологии хрусталика с интраокулярной коррекцией афакии у детей

Л.Н. Зубарева

ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ

Издательство «Апрель» представляет вниманию читателей «Поле зрения» главы из монографии профессора Л.Н. Зубаревой, посвященной хирургическому лечению врожденной патологии хрусталика у детей.

В монографии дана клиническая характеристика различных видов врожденной патологии хрусталика. Представлена техника удаления врожденной катаракты и ее особенности в детском возрасте. Приведены современные показания к хирургическому лечению врожденной патологии хрусталика и интраокулярной коррекции афакии. Доказана важность своевременного хирургического лечения детей с патологией хрусталика и преимущество интраокулярной коррекции афакии и т.д. В настоящее время книга готовится к печати.

Лечение врожденных катаракт

Для получения хорошего функционального результата у ребенка необхосвоевременное и качественное хирургическое лечение. Однако не все катаракты требуют обязательной ранней хирургии. Пациенты с очень маленьким помутнением, а также частичные катаракты, где удается ретиноскопия могут находиться под регулярным наблюдением офтальмолога (Pagic B., ты иногда начинают лечить консервативными мероприятиями. Показазрения, не соответствующая размеру и плотности хрусталика. В таких случаях назначают мидриатики. Одна ко это временная мера (Wilson M.E., 2003). По мнению L. Nelson (1990). гут усилить светобоязнь, вызывают паралич аккомодации, что требует назначения коррекции для близи. В детской практике на длительное время мидриатики не назначают. В прошлые ральную иридэктомию как временное мероприятие, до того периода, когда удавалось проверить остроту зрения. Однако иридэктомия не оказывала существенного эффекта на остроту зрения и от нее отказались (Merin S.,

Crawford J., 1972).

Длительное наблюдение может соглазия, нарушению рефрактогенеза, вызванными зрительной депривацией. С другой стороны, удаление катаракты лишает глаз аккомодации, вызывает анизейконию, способствует развитию косоглазия, ненормальному росту глаза. Решение об операции должно быть продуманным. (2003), детские катаракты редко оперируют слишком рано, но часто слишком поздно. Необходимо своевременно определить показания к операции. У детей старше 3 лет это не представявляется острота зрения. По мнению

женным сроком операции поллежат временной диагностики снижения зрения и ускорения сроков операции.

зания к хирургии у маленьких детей. Приходится ориентироваться на попожаловаться на низкое зрение, осо-В то же время отсрочка в хирургии приводит к необратимым последствидля родителей являются изменение реакции ребенка на окружающую обвследствие рассеивания света при помутнении хрусталика может появитьнулярных катаракт (Nelson L.B., 1990). В последние годы с пониманием важтии зрительного анализатора, совер-Плотные катаракты, закрывающие

помутнения 2,5 мм, полурассосав- новением серьезных осложнений как го удаления. М.Т. Азнабаев с соавт. ционном периоде: геморрагических детельствующего о серьезных нару- еще полнокровной эмбриональной со- таких катаракт. В то же время при исшениях в развитии зрительной систе-2007). Н.Ф. Боброва с соавт. (2011). ная острота зрения – 0,4) получили ях шварта истончается. Абсолютными v оперированных в первые 6 месяцев. H. Ye et al. (2007) лучшие результа- ры считают синдром ППГСТ 4 степени ном периоде не наблюдалось значи- снижении зрения продлевали до 9 лет. большинства офтальмологов, показа- ты отметили после удаления катарак- (диаметр тяжа гиалоида более 4 мм) тельной положительной динамики ты до 3 месяцев. Однако и при такои с выраженным фиорозом стекловид- в показателях зыт. Функциональные ракте является острота зрения 0,2-0,3 ранней хирургии нистагм наблюдал- ного тела, тракции сетчатки, микро- результаты были невысокими, острота амблиопии, но она отрицательно ска-(Хватова А.В., 1982; Nelson L.В., 1990; ся у всех детей, косоглазие – у 35 из фтальм 3 степени в сочетании с лю- зрения повышалась до 0,1-0,2, причем зывается на раннем развитии биноку-Wilson M.E., 2003; Pagic B., Muller J., 38 детей, стереозрение отсутствова- бой степенью синдрома ППГСТ. При зрение было выше у детей, опериро- лярных функций (первые 2-4 месяца 2007). А.В. Хватова (1982) рекомен- ло у всех обследованных. А. Lundval микрофтальме с ППГСТ 3 степени ге- ванных в возрасте 2-5 месяцев. Полу- жизни). Это делает нецелесообразным дует удалять катаракту при остроте и U. Kugelberg (2002) сообщают об моррагические осложнения возникли ченные результаты говорят о необхо- проведение окклюзии в течение всего зрения 0,2 и менее, причем чем ниже операции у 22 детей. Средняя остро- в 52,9% случаев. острота зрения, тем раньше прибегать та зрения первого глаза была 0,4, М.Т. Азнабаев с соавт. (2008) так- катаракт 2-3 степени. к операции. Остроту зрения 0,2 автор второго – 0,15. Наиболее высокое же не советуют оперировать детей считает относительным показанием зрение (0,4-0,8) получено у детей, с ППГСТ и микрофтальмом 3 степе- катарактах однозначно показана ран- го зрения и фузии необходимы ранняя и при возможности сохранения ак- оперированных до 1 месяца жизни. ни в грудном возрасте из-за высокого няя хирургия не только полных, но хирургия с немедленной коррекцией комодации, выполнения зрительной Стереозрение появилось у 4 из 9. риска осложнений и низких функци- и частичных катаракт с диаметром афакичного глаза и «благоразумная» работы на близком расстоянии, обу- Однако в этой группе очень ранней ональных результатов. Вопрос о по- помутнения 2,5 мм и более. Операцию окклюзия парного глаза, в первые чения в обычной школе рекомендует хирургии была высокая частота по- казаниях к хирургическому лечению рекомендуют выполнять в сроки от 2-4 6 месяцев жизни не более 50% времени оперировать в более старшем возрас- слеоперационных осложнений, в том катаракты с ППГСТ решается инди- недель (Wilson M.E., 2003) до 3 меся- бодрствования. Авторы предлагают гибте, когда появляются затруднения при числе афакичной глаукомы (у 5 из 9 видуально, учитывая, помимо состо- цев (Pagic B., Muller J., 2007). Своевре- кую схему длительности окклюзии в заработе вблизи. По мнению L. Nelson детей), причем глаукома развивалась яния самого хрусталика, выражен- менная хирургия важна не только для висимости от возраста ребенка: 1-2 ме-(1990), острота зрения 0,3 не доста- преимущественно у пациентов, опе- ность ППГСТ, вовлеченность заднего глаза с катарактой, но и для здорового сяца – 1 час, 2-4 месяца – 2-3 часа, 4-12 точна для взрослого человека. В то же рированных в первую неделю жиз- сегмента, риск осложнений и функци- глаза. При односторонней врожденной месяцев – 50% времени бодрствования, время ребенок не встречает затруд- ни. Авторы считают оптимальным ональный прогноз. Тщательное пре- катаракте развивается синдром моно- начиная с 12 месяцев – до 80% временений в своей повседневной жизни. сроком операции 6-8 недель. В. Радіс доперационное обследование, вклю- фтальма. Из-за отсутствия нормально- ни бодрствования, по показаниям. Трудности возникают при поступле- и J. Muller (2007) также не рекомен- чая биомикроскопию, ультразвуковое го бинокулярного стимула в сенситивнии в школу и возрастании требова- дуют оперировать детей ранее 2-3 не- В-сканирование, исследование ЗВП, ном периоде нарушается нормальное случаи позднего обращения, когда ний к зрительным функциям. Сохра- дель для оценки состояния ребенка помогает принять правильное реше- развитие здорового глаза, может по- возраст ребенка с монокулярной ка-

чение детей с двусторонней катарак- от светоощущения до 0,4 в зависи- ского препятствия в виде катаракты хирурги рекомендуют оперировать той и микрокорнеа. S. Nishina et al. и при более высокой остроте зрения – (2007) сообщают о ретроспективном 0,32 (Pagic B., Muller J., 2007). Учиты- обследовании 11 детей, оперированпомутнения хрусталика, дети с отло- на значительное число послеоперационных осложнений, наиболее частым ма (40,9%), острота зрения у 6 детей повысилась до 0,5-1,0.

несенного воспаления, что нередко бывает при пленчатых катарактах, лика. Маленький ребенок не может ложить операцию до 1,5 лет, провести обследование и при необходимости го дна, показана ранняя операция, тимальные для получения хорошего и J. Crawford (1972) обследовали функционального результата операции сроки будут упущены.

Первое сообшение успешной реабилитации детей с катарактой и пластическим стекловидным телом (ППГСТ) сделали D. Kars и W. Scott (1986). У 8 из 10 детей острота зрения повысилась до 0,1 и выше после окклюзионной терапии.

сочетающихся с ППГСТ, рекомендушенствованием техники операции от более поздние сроки хирургии (Хватова А.В., Судовская Т.В., 2002). Авторы предпочитают удалять катаракту при ППГСТ в возрасте 6-8 месясятся полные, ядерные с диаметром возрасте (2-4 месяца) чревато возник-(1987) рекомендуют оперировать осложнений, вторичной глаукомы, отслойки сетчатки, субатрофии глазного двусторонних полных катарактах яблока. Это связано с обширной нео- ная динамика показателей ЗВП. Эти операция должна быть выполнена до васкуляризацией радужки, наличием в ней активных сосудов, с остатками судистой сумки хрусталика, с обширной васкуляризацией самой шварты гиалоида. По наблюдениям авторов, ретроспективно обследовав детей к 6-8 месяцам жизни ребенка количес двусторонней катарактой. более ство сосулов уменьшается, частично высокие результаты (максималь- они запустевают, в некоторых случа- структурных изменениях на всех уров- лись большие усилия и пациентов,

амблиопии, но и от вовлеченности структур глазного яблока синдромом ППГСТ (Нероев В.В. с соавт., 2008; Mackool R.J., Chhatiawala H., 1991).

При атипичных, центральных

помутнением хрусталика вопрос об операции решается с учетом диамения хрусталика. По мнению А.В. Хватовой, если лиск помутнения в диаузком зрачке нет рефлекса с глазнокак при полной катаракте. S. Merin 57 летей с неполной врожденной катипа, размера и плотности катаракты на остроту зрения. У детей с двустоиграла плотность центрального помутнения хрусталика, а не его размер. и J. Crawford и J. Morin (1982). Рекомендуемые сроки операции варьируют от 2-4 недель (Wilson M.E., 2003) до 3 месяцев (Pagic B., Muller J., 2007).

Т.Б. Круглова (1996), проаналилечения детей с зонулярными катарактами 1 степени, показала, что функцираста в момент проведения операции (4-14 лет). Исследование ЗВП выявило но-временных характеристик. В последующем наряду с повышением остроданные свидетельствовали об отсутследовании ЗВП у детей с зонулярныявлены грубые изменения, особенно при 3 степени помутнения хрусталика. нях зрительного анализатора, включая

Особый интерес представляет ле- по данным литературы, варьирует явный нистагм. Устранение оптичетакже страдают от зрительной депривации (В.В. Нероев с соавт., 2009).

исследователей рассматривает монокулярные врожденные катаракты как стично связано с высокой частотой ние важности ранней хирургии позволяет получить повышение зрительных щают о результатах хирургии 8 детей с монокулярной катарактой, опериро-Острота зрения у 5 из них повысилась до 0.66, правда, ни у одного ребенка H. Treumer (1983) прооперировал 6 детей с монокулярной катарактой в возрасте до 12 недель. Острота зрения у них повысилась до 0,4. J. Pratt-Johnson и J. Tillson (1989) наблюдали катарактой, оперированных в первые месяцы жизни, пользующихся конокклюзию парного глаза до 90% времени бодрствования в течение 4 лет. Острота зрения была 0,5 и выше, но у всех 4 детей отмечено отсутствие фузии и косоглазие. Очевидно, определенную роль сыграла слишком агрес-

сивная окклюзия E. Birch et al. (1993) сравнили результаты ранней (2-8 месяцев) и очень ранней (1-6 недель) хирургии монокулярной врожденной катаракты и полуту зрения оперированного глаза, но и стереопсис, лучшие показатели протельности парного глаза при очень ранней хирургии. Однако для достии родителей, и врачей. Окклюзию про-

E. Birch и D. Stager (1996) считают димости ранней хирургии зонулярных дня. Авторы полагают, что пациентам с монокулярной врожденной ката-При односторонних врожденных рактой для достижения бинокулярно-

нение аккомодации в первые годы и безопасности общей анестезии. ние. Острота зрения после операции, явиться тортиколлис, латентный или тарактой исчисляется не месяцами,

а годами, что явно превышает сен- и заднекапсулярные катаракты со Коррекция афакии ситивный период. Хирургическое средней степенью интенсивности ациях, поскольку не всегда можно тальмоскопировать центральные определения показания к операции определить время возникновения каденную катаракту от ювенильной; установить, у кого будет необратимая для улучшения зрительных функций сообщили результаты отдаленных на- ты с диаметром помутнения 2,5 мм

блюдений за 23 детьми, оперирован- и более, заднекапсулярные катаракты нокулярной катарактой неизвестного срока развития. У 17 из них была в том числе с включением кальцизонулярная катаракта, у 6 – полная катаракта. Наиболее высокие функциональные результаты отмечены у дета зрения 0,3 и выше выявлена у всех, к интраокулярной коррекции, помибинокулярное зрение – у 6 детей. У пациентов с полной катарактой острота зрения не превышала 0,06.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

В. Kushner (1986) проопериро-5 лет с монокулярной катарактой ней камере, ППГСТ. с невыясненным сроком ее развития ния 0,4 и выше. К. Wright et al. (1992) к хирургическому лечению врожденсообщили о результатах операции ных катаракт, разделив их на покаденными катарактами, оперированных в возрасте старше 10 месяцев В 7 случаях острота зрения достигла 0,3 и выше. Р.А. Азнабаев и А.А. Акманова (2001) наблюдали 30 детей рованных в возрасте 3-15 лет. Повышение зрения получено у 23 из них сили 0,3. K. Wright et al. (1992) советуналичие нистагма, косоглазия, сопутствующей патологии. По их наблюгноз обычно неудовлетворительный. Таким образом, описанные результаты свидетельствуют о целесообразности хирургии монокулярных катаракт независимо от срока обращения.

Показания к хирургическому лечению врожденных катаракт

това предложили усовершенствованный вариант классификации А.В. Хватовой (1982), адаптированный ным методам диагностики и хирургии врожденных катаракт. Классификация базируется на результатах обследования и хирургического ле- оптимальным сроком удаления вычения 3780 детей (5920 операций). С учетом разнообразия клинических форм врожденных катаракт представлен дифференцированный подков хирургического вмешательства. Полные катаракты однозначно требуют ранней хирургии, по мнению авторов, в сроки до 6 месяцев. При катаракты с диаметром помутнечастичных катарактах следует ори- ния менее 2,5 мм и другие виды чаентироваться на результаты объективного обследования. Частичные офтальмоскопии глазного дна; при катаракты в зависимости от выра- сочетании ППГСТ с любой катаракния, влияния на развитие зрительно- у детей старшего возраста го анализатора авторы разделили на острота зрения более 0,25-0,3 при 3 группы. К первой группе, не требу- возможности выполнения зрительющей раннего хирургического леченой работы. ния, отнесены зонулярные катаракты ния, ядерные и переднекапсулярные с косметической целью. катаракты с лиаметром помутнения менее 2,5 мм и заднекапсулярные скому лечению врожденных катаракт: катаракты со слабой степенью интенофтальмоскопировать глазное дно. состоянию ребенка; Остаточная острота зрения при этих - грубая сопутствующая патов таких случаях выполняется в более тельных функций и угрожающая ния и снижения зрения.

сивности помутнения хрусталика щения очень важно.

0,09. К третьей группе, также требующей раннего хирургического ные катаракты 3 степени интенсивности помутнения хрусталика, ядерные и переднекапсулярные катарак помутнения, атипичные катаракты, фикатов. Остаточная острота зрения

Тактика проведения хирургичемо разнообразия клинических форм наличия сопутствующей патологии: микрофтальма, различных вариантов мезодермального дисгенеза в перед-

Подводя итоги вышесказаннозания к хирургии в раннем возрасте и отсроченные показания.

Показания к ранней хирургии

 двусторонние полные и приравниваемые к ним по степени снижения зрения полурассосавшиеся и пленчатые катаракты;

- двусторонние частичные каих потеря, смещение линз вниз с ингаракты с диаметром помутнения 2,5 мм и больше (2 мм при узком пией, непереносимость, необходизрачке и невозможности достижения катаракт при невозможности офтальмоскопии глазного дна:

Рекомендуемые «Федеральными диагностике, мониторингу и лечению детей с врожденными катарактами» (Ассоциация врачей-офтальмологов, Москва, 2013) сроки ранней хирургии – первые 6 месяцев жизни. ми данными литературы более вы-В 2013 г. Т.Б. Круглова и А.В. Хвасокие функциональные результаты 3 месяцев жизни ребенка. Появление нистагма к 3 месяцам, по мнению тельствует о завершении критического периода развития зрительного анализатора. В связи с этим шеуказанных катаракт можно считать возраст ребенка 2,5-3 месяца.

Показания к отсроченной хирургии врожденных катаракт:

 – у детей младшего возраста (при невозможности определить остроту зрения) – зонулярные катаракты

Относительным показанием к опе-

1 степени интенсивности помутне- рации является удаление катаракты Противопоказания к хирургиче-

- невозможность проведения сивности помутнения, позволяющие общей анестезии по соматическому

формах катаракт составляет 0.1-0.3 логия глазного яблока, не позво-старшем возрасте (4-6 лет и старше) возникновением серьезных опепо мере прогрессирования помутне- рационных и послеоперационных осложнений.

Ко второй группе, требующей Конечно, в каждом конкретном ранней хирургии (до 6 месяцев жиз- случае нужен индивидуальный подни ребенка), авторы отнесли зону- ход. Для некоторых пациентов даже лярные катаракты 2 степени интен- появление или улучшение светоощу-

у ребенка с врожденной катарактой афакии. В определенной степени он будет влиять и на методику удаления ней катаракте возможно применение 3 видов оптической коррекции: очкопри односторонней катаракте – контактной и интраокулярной. Каждый и недостатки. Самый длительно существующий метод – это очковая коррекступность и, самое главное, возможность менять оптическую силу очков щего глаза ребенка. Общеизвестны и недостатки очковой коррекции: несторонней афакии, тяжесть очков, оптические недостатки положительных тома, призматический эффект, сложность стабильной центрации тяжетра оптического стекла с движением глазного яблока). Контактная коррексредство коррекции, она может быть применена при монокулярной афаской силы контактной линзы при изменении рефракции оперированного

дуцированной вертикальной дипло-

кония при контактной коррекции ком является возможность роговичных осложнений: васкуляризации,

А.А. Акманова (2003) ретроспективно определила эффективность контактной коррекции при афакии после удаления монокулярной врожденной катаракты. У 955 детей подбор контактных линз был осуществлен до выписки из стационара. Ежелневно контактной коррекцией пользовались 65% детей, 27% - нерегулярно, 8% - отказались от применения линз. Из тех, кто аккуратно через 2-6 месяцев отказались от них. Через 1-2 года процент отказавшихся 82,5%. Окклюзию также применяли не все и не регулярно. Причины неэфи окклюзии заключались в низкой мотивации родителей преодолевать приходилось сталкиваться родителям

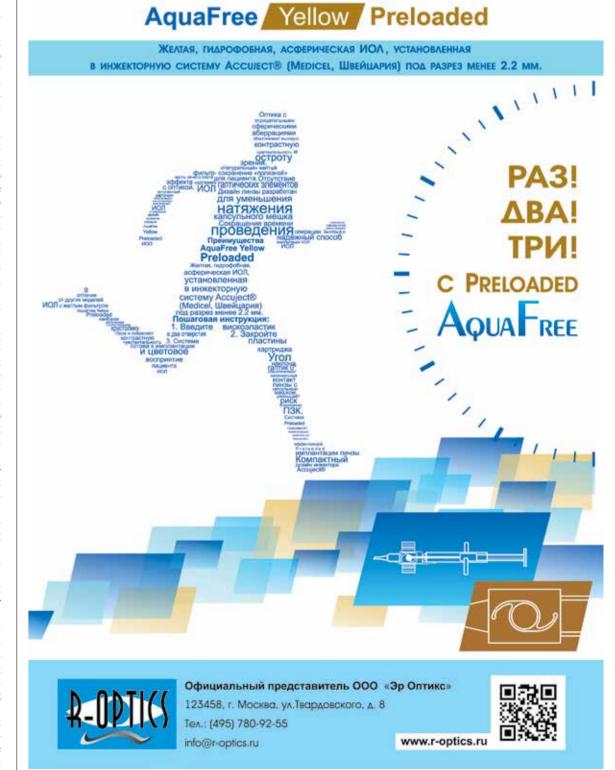
Из-за сложности и трудоемкости применения контактных линз, неносторонней афакии (второй глаз видит хорошо) родители часто прелинзы и тем самым сводят на нет весь смысл операции. По наблюдениям A.K. Hutchinson et al. (1998) статочно дороги, наблюдается частая в 44% случаев при афакии по меньшей мере через 2 месяца родители мость постоянного участия родителей общает, что если на первом году ческая сила ИОЛ остается прежней. ■

пациенты успешно использовали контактные линзы, то на втором

у детей. Контактные линзы позволили добиться хороших результатов кией (Pratt-Johnson J.A., Tillson G., 1989: Birch E.E. et al., 1993: Nishina S.

et al., 2007; Ye H.H. et al., 2007). В историческом аспекте можно vпомянуть эпикератофакию – хирурзаключающийся в подшивании к роговине эпикератофакической линзы. вырезанной из донорской роговицы Преимуществом метода была обратимость процедуры, но в широкую пракроговицы, трудности в достижении жекулов, проблем эпителизации и рубце вания (Steinert R.F., Grone R.B., 1988).

ния оптики является интраокулярная коррекция афакии. Интраокулярная естественного хрусталика, дает наименьшую анизейконию. Она может ней, так и при двусторонней афакии. Корригирующее средство постоянно стия родителей. Однако интраокуляр ная коррекция, избежав недостатков Существенным недостатком ИОЛ явными линзами. G.S. Hoyt (1986) со- ские параметры и рефракция, а опти-



Конъюнктивиты: дифференциальная диагностика и лечение

М.М. Бикбов, В.Б. Мальханов, А.Э. Бабушкин

ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан»

Распространенность и классификация конъюнктивитов, общие представления о клинических симптомах

с воспалительными заболеванияращаются в год до 16 миллионов больных. Это 40% от всех принятых в лечебно-профилактических учреждених и до 50% — от госпитализивоспаления слизистой оболочки век и глазного яблока — конъюнктивы составляют около трети (до 30%) всех глазных заболеваний и немногим более двух третей случаев всей воспалительной патологии (Южаков А.М., 1991; Ковалевский Е.И., 1995; Каспарова Е.А., 1998; Марченко Л.Н., 1998; Майчук Ю.Ф., 2000).

В Республике Башкортостан (РБ) в общей структуре офтальмологиктивиты приходится около 13% или 145 человек на 10 000 ее населения. Среди конъюнктивитов преобладают воспалительные процессы бактериальной этиологии (52,7%), реже распространены аденовирусные конъюнктивиты (17,5%) и демодекозные блефароконъюнктивиты (2,2%). Прочие ясной этиологии) составляют 27,5%.

На распространенность конъюнктивитов могут влиять климатогеографические, экологические, производственные и социально-экономические факторы. Прежде всего климат оказывает влияние на распространенность демодекозных блефаророй в теплых климатических районах РБ выше, чем в более прохладных

Также прослеживается влияние неблагоприятных экологических факторов на заболеваемость конъюнктивитами. Например, по нашим данным, в столице РБ г. Уфе отмечаказатели заболеваемости аллергическими конъюнктивитами (44,0 на (10,0 на 10 000 населения), где количество загрязняющих промышленных выбросов существенно меньше.

тами влияют производственные фак- юнктивальная лихорадка; эпидемивоздействия на слизистую глаза об- юнктивит, герпетический, коревой, условлены конкретными факторами ятий. Интересно, что пики подъема заболеваемости конъюнктивитом 90-х годов совпадали с изменением основных статистических данных ин-(наибольшим числом официально зарегистрированных безработных в ределятся на катаральные, серозные, ниже прожиточного уровня и др.), что нозные и мембранозные. свидетельствует и о влиянии социаль-

Вместе с тем имеется и ряд общих закономерностей роста заболевае- догенные конъюнктивиты. высокие показатели обращаемости больных конъюнктивитами приховозраст, самые низкие наблюдались в возрасте от 20 до 40 лет. Показатене зависели от пола пациента. В сельской местности данный показатель.

Загрязненный воздух, пыль, задымление, плохо проветриваемые ная работа при плохом освещении, не корригированные очками оптические тизм и гиперметропия, заболевания носа и горла, болезни желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ, алкоголизм также способствуют развитию конъюнктивита.

факторов и особенностей клинической картины Е.И. Ковалевский (1995) вы-

1) бактериальные: стафилококковый, пневмококковый, острый эпидемический, ангулярный, стрептококковый, бленнорея, дифтерия глаз, хламидийный и конъюнктивит, вызываемый другими бактериями;

2) аллергические: инфекционно-

оспенный и конъюнктивит, вызыва-

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

В классификации Г.И. Должич (2000) конъюнктивиты подразделяются по характеру воспаления (острые и хронические) и повреждающего агента (инфекционные, мунные). Конъюнктивиты также

Существует классификация Т.И. Ерошевского и А.А. Бочкаревой (1983). которые выделяют экзогенные и эн-

происхождения:

а) острые и хронические конъ-(вирусные, бактериальные, грибковые, паразитарные и др.);

вредными физическими и химическими факторами; в) аллергические экзогенные

конъюнктивиты.

2. Конъюнктивиты эндогенного а) конъюнктивиты при общих

Общепризнано, что в этиологической структуре конъюнктивитов поражения глаз, обусловленные инфекционными агентами, занимают тельная роль принадлежит аденовирусам, хламидиям, стафилококку тогенной флоре (синегнойная и кишечная палочки, протей).

С учетом разнообразия причин, обусловливающих развитие конъюнктивита, а также нередко смешанного шое значение для дифференциальаллергические, токсико-аллергиче- ной диагностики приобретают сведения о клинических особенностях

течения каждой из нозологических форм и результаты лабораторных

При воспалительных изменениях ткань конъюнктивы набухает, поверхплазии становится шероховатой, развиваются лимфатические фолликулы, имеющие вид сероватых или сероватожелтоватых бледных узелков, рисунок мейбомиевых желез (МЖ) стушевы-(весенний кератоконъюнктивит — ВКК) сосочки сильно увеличиваются в размерах, приобретая вид «булыжной мостовой». К другим симптомам конъюнктивита, имеющим диагностиотделяемого из конъюнктивальной полости, образование пленок, появизлияний, отека и рубцевания, увеличение и болезненность региональных лимфатических узлов. Кроме того, в конъюнктивальной полости нередко выявляют экссудат, слизистые нити, а при осмотре краев век — признаки блефарита (наличие корочек, чешуек, изъязвлений и пустул).

ной полости может быть слизистого, слизисто-гнойного и гнойного по поверхности глаза, при мигательных движениях сбиваются со слезой и сальной смазкой края век в своего рода эмульсию, обнаруживаемую в виде пробочки в углах глаза или сти. При обильном гнойном отделяемом (например, при гонобленорее) полости, ссыхается в желтоватые корки, склеивает ресницы и веки.

Не гнойное отделяемое характерно для вирусных и аллергических конъюнктивов, в частности, слизистое протекающих бактериальных конъюнктивитов (БК), слизисто-гнойное конъюнктивита (ХК). О хроническом конъюнктивите бактериальной этиожести свидетельствуют гнойное беложелтое отделяемое от слабо выраженинфильтратов роговицы, сопутствующего дакриоцистита, изоляция и Haemophilus influenzae (у детей).

разуются при тяжело протекающей в области нижней переходной склададеновирусной и гонококковой ки, иногда сливаясь в виде валика. инфекциях, сидроме Стивенса-Джон- Лимфоаденопатия околоушных сона и др. Они легко удаляются и подчелюстных узлов часто опреи состоят из свернувшегося экссуда- деляется при вирусных, хламидийта, прикрепленного к конъюнктиве. ном и гонококковом конъюнктиви-Напротив, истинные пленки наблю- тах, синдроме Парино и т.д. Другие даются при инфекциях, вызванных клинические симптомы также могут Strep. pyogenes, дифтерии. При их быть характерными для определен-

лияния и отек слизистой вплоть до наблюдаются нити слущенного эпихемоза обычно наблюдаются при телия на роговице, при роговичноострых, чаще вирусных конъюнкти- конъюнктивальном ксерозе (РКК) витах, но могут быть и при некоторых паннус. бактериальных инфекциях, напри- В целом по совокупности харакмер, вызванных Strep. pneumoniae, терных клинических симптомов по-H. aegyptius, а также при болезни Веге- становка диагноза конъюнктивита нера. Рубцевание конъюнктивы встре- не вызывает затруднений в случае чается при трахоме, пемфигоиде, ато- острого его течения, тогда как хропическом конъюнктивите, иногда при нические конъюнктивиты отличаютхламидийном конъюнктивите, а также ся стертой клинической картиной при длительном использовании неко- и требуют дополнительных лабораторых лекарственных препаратов. торных исследований.

вило, не являются специфическим шую диагностическую ценность, чем ственные гладкие желтоватые бессосудистые возвышения слизистой 4 мм, представляющие собой гиперплазию субконъюнктивальной лими хламилийных конъюнктивитах. акциях, гиперчувствительности к местной терапии и т.д. Их необхоков, которые возникают при любом виде воспаления (преимущественно неза) и имеют вид возвышающихся гиперемированных участков полигоными каналами, с сосудом в центре

Фолликулы конъюнктивы, как пра-

Сосочки представляют собой дифклеток, в составе которого находятся гиперпластический конъюнктивальный эпителий, лимфоциты, плазматические клетки и эозинофилы. Образуются они только в области пальпебральной и бульбарной (у лимба) конъюнктивы и обнаруживаются при хроническом блефарите, аллерсеннем кератоконъюнктивите (ВКК). бактериальном конъюнктивите (БК). нии контактных линз.

Следует обратить внимание на conjunctivae), часто ошибочно принимаемый за фолликулярный конъкулезе имеют вид бледно-розовых, полупросвечивающих, величиной расположенных в поверхностных слоях неинфильтрированной слинего века на фоне неизмененной остальной конъюнктивы. Наблюпереходной складки нижнего века или по всей ее длине параллельныконъюнктивы, блефарита и краевых лярном конъюнктивите на фоне инфильтрации конъюнктивы имеются Staph. epidermidis, Strep. pneumoniae положеные глубоко, тогда как при фолликулезе они наблюдаются поверхностно и преимущественно

удалении возникает кровотечение. ных видов конъюнктивитов. Так, при Субконъюнктивальные кровоиз- ХК и трахоме со стороны роговицы

Фемтолазерное сопровождение факоэмульсификации

С.Ю. Анисимова¹, С.И. Анисимов¹, Н.А. Гаврилова², К.М. Авсинеева¹, H.С. Анисимова¹, Муниф Ахмад¹

ООО Глазной центр «Восток-Прозрение»¹ МГМСУ им. А.И. Евдокимова²

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

В настоящее время в связи с увеличением хирургической активности в лечении катаракты и повышением процента амбулаторных операций актуальным является дальнейшее уменьшение травматичности отдельных этапов факоэмульсификации. Вместе с тем уровень и темп современной жизни диктуют свои требования. Зачастую катарактой страдают пациенты трудоспособного возраста, и послеоперационный результат должен быть предсказуемым, а срок восстановления — максимально коротким.

Развитие лазерных технологий привело к появлению аппаратов, которые без вскрытия полости глаза с высокой точностью позволяют провести капсулорексис, фрагментацию ядра, сформировать тоннельные разрезы. В хирургии катаракты фемтолазерные технологии будут работать над обеспечением большего комфорта хирурга, сокращения времени факоэмульсификации, энергии и длительности воздействия ультразвука при операции, повышения точности капсулорексиса и положения интраокулярной линзы. Правильный круговой центрированный капсулорексис позволяет добиться эффективной стабильности в положении ИОЛ, что в значительной мере уменьшает возможность появления нежелательных индуцированных аберраций и улучшить качество зрения пациентов после операции. В данной работе представлена научная оценка технологии фемтолазерного сопровождения хирургии катаракты и на основании клинических результатов этого метода.

Физические аспекты работы фемтосекундного

Фемтосекундный лазер основан на принципах Yttrium-Aluminumпользует импульсы фемтосекунд- шение», или вызванная лазером ной величины. Это — часть ветви «оптическая разбивка». Микровается нанотехнологией. При этом зырьки воздуха (кавитационные спектр лазера — 1028-1053 нм, чуть ниже, чем у YAG лазера (1064 нм). «Фемто» — это приставка в меж- могут вызвать нагрев или воспали- хирургии. Однако реализовать дународной системе единиц и от- тельную реакцию тканей, которые носится к величине 10^{-15} — миллион миллиарда, в нашем случае она относится к обозначению вре-1 фемтосекунда (фс) равна времени, требуемого для перехода от одного атома к другому. Nd-YAG лазер имеет почти такую же длину волны, но фемтосекундный лазер ных волн и кавитации (рис. 1). повреждение окружающих тканей в отношении нагревания благода- является в тканях после воздейря экстремально коротким импульсам, длительность импульса у YAG энергии (4500-6000 нДж при фемлазера — 10^{-9} (наносекундный). Кроме того, энергия импульса, используемая в фемтолазерах для ментации ядра) при частоте имхирургии катаракты, находится пульсов 80 кГц. Энергия фемтолав шкале микроджоулей, энергия импульсов, используемая для кап- тканью с образованием плазмы. сулотомии, находится в пределах Эта плазма из свободных электроторую используют для всего вме- быстро распространяется с обрашательства, никогда не превышает зованием пузырьков с элементами 15 мкДж. Благодаря таким коротким кавитации (рис. 1) [5]. импульсам мы можем достигнуть

света с длиной волны у аппарата «Victus» 1023 нм [8, 17].

сколько микрон, феномен, который вызывает воздействие дазера в тканях, называется «фоторазру взрыв генерирует маленькие пупузырьки), эти ультракороткие импульсы настолько короткие, что не

Фемтосекундный лазер действует на определенный участок ткани,

окружающих тканей [8]. По сути, лазер вызывает в тканях оптический разрыв за счет образования плазмы, генерации удартокапсулорексисе и парацентезах Визуализация и 6000-8000 нДж — при фрагзерного импульса абсорбируется

Локазано, что сокращение имвоздействия значительной силы на пульса от наносекундного до фемто- все это вывело диагностические низком энергетическом уровне. Ча- секундного уменьшает количество стота эмиссии — 10 000 импульсов образованной плазмы и снижает вый уровень [9].

механическое воздействие на ткани. Под действием импульса возникает эффект фоторазрыва или ляет выполнить локальный, дозированный разрез ткани, не оказывая на нее теплового воздействия. А образовавшиеся кавитационные пузырьки позволяют расслоить

Задачи фемтосекундного дазера в хирургии катаракты похожи их гораздо сложнее. Если в рефракционной хирургии стоит задача сделать точный ровный разрез площадью около 10 мм, то в катарактальной хирургии необходимо совершить большую работу. Разлом хрусталика выполняется на 5-6 мм Осложняет задачу и тот факт, что хрусталик располагается значиионизированный газ, который по- ходимо пройти сквозь несколько оптических сред с различными по-

В последние десятилетия прои зошел огромный прорыв в систеструктур при диагностике органа зрения. Усовершенствование ультразвуковых устройств, появление оптических лазерных биометров, видеокератотопографов, сканируюшей Шеймпфлюг-камеры, опти ческих когерентных томографов —

зует принцип «режу то, что вижу». поэтому для использования этого лазера в хирургии катаракты принципиально важно отметить положение передней и задней капсул и границы зрачка. Если положе ние задней капсулы отмечено неверно, то возникает высокий риск ее повреждения в процессе факофрагментации лазером — пролапса стекловидного тела и дислокации ядра хрусталика в полость стекло-

зерную установку позволяет суфемтолазерного этапа и обеспечить комфорт в работе хирурга. Помимо встроенного ОКТ, дазер снабжен видеомикроскопом, что в комбинации позволяет хирургу ливания» лазера к глазу пациента. обзорный вид передней камеры от эндотелия роговицы до задней капсулы хрусталика (рис. 2, 3).

Характеристики лазера «Victus» («Bausch+Lomb», «Technolas Perfect Vision»)

Твердотельный лазер Тип лазера с диодной накачкой (DPSSL) Длина волны 40, 80, 160 кГц в зависимости от вида Частота импульса процедуры Длительность 400-550 фс импульса Корпус лазера Кровать пациента Интерфейс пациента Видеомикроскоп высокого разрешения визуализации Дополнительный внешний оптический Интеллектуальный сенсор давления Интерфейс Изогнутый интерфейс



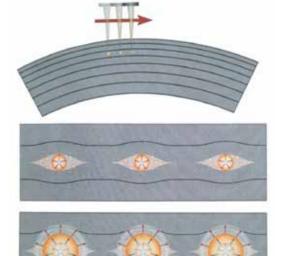


Рис. 1. Образование плазмы под действием лазерной энергии



Рис. 2. Общий вид лазера «Victus» («Bausch+Lomb», «Technolas Perfect Vision» (TPV)), основная комплектация отражена в табл. 1



Рис. 3. Расположение персонала и пациента во время фемтоэтапа

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ



Рис. 4. Интерфейс лазера «Victus» («Bausch+Lomb», TPV)

Интерфейс пациента. Процесс «причаливания»

Эффективное действие фемтосекудного лазера основывается на точности заданной зоны импульса. Производители применяют различные способы для достижения необходимого физического соединения лазера и глаза пациента посредством интерфейса пациента. С некоторыми моделями применяются жидкие интерфейсы, которые поддерживают жидкую среду между поверхностью роговицы и интерфейсом лазера. Такой подход хорош тем, что позволяет избежать оптической деформации роговицы, возникающей из-за компрессии, тем самым обеспечивая точность воздействия лазерного луча.

Другие модели лазеров имеют изогнутые пластиковые интер фейсы с фиксированной и относительно ровной базовой кривизной. В таких случаях роговица уплощается, принимая форму интерфейса; достигается хорошая физическая стыковка между интерфейсом и глазом пациента. Однако подобное уплощение приводит к возникновению компрессионных складок и загибов роговицы, что в свою очередь искажает паттерн лазерного воздействия. В результате возникают небольшие неровности по краю капсулотомии. В случае использования спрессованной газовой линзы такие неровности могут спровоцировать разрыв капсулы.

Еще одной проблемой стыковки является смещение глаза пациента, что может привести к ряду проблем, включая дискомфорт пациента. Роговица сжимается неравномерно и возникает риск неправильного хода луча лазера. Таким образом, может получиться неполная капсулотомия или потеря вакуума, что требует прекращения операции.

В фемтосекундной лазерной платформе «Victus» («Bausch+Lomb», «Technolas Perfect Vision») используется двухкомпонентный интерфейс (рис. 4, 5): сначала вакуумное кольцо (рис. 6) фиксируется на глазу пациента, а затем происходит «причаливание»к лазеру (рис. 7).

Новый двухсекционный интерфейс с большим внутренним диаметром увеличил зону воздействия при этом внешний диаметр останется таким же маленьким, как при исходном 12 мм рт.ст. с предыдущеи конструкциеи: для лечения глубоко посаженных глаз.

Для капсулотомии и фрагментации хрусталика используется так называемая мягкая техника «причаливания», когда между поверхностью роговицы и интерфейсом присутствует тонкий слой солевого раствора. Такая техника ведет к наименьшему сжатию роговицы в ходе стыковки, что позволяет выполнять капсулотомию очень высокого качества. При этом многочисленные сенсоры постоянно контролируют давление в нескольких положениях во время «причаливания»и самой процедуры. Эти сенсоры подают сигнал хирургу о наличии излишнего давления, чтобы он мог предотвратить возникновение складок на роговице, а также о наличии поперечной силы, свидетельствующей о смещении позиции глаза. Интеллектуаль- центровку интерфейса, контроль латеральных нагрузок снижает риск поные сенсоры давления позволяют тери вакуума в фиксирующем кольце



Рис. 5. Вакуумное кольцо: внутренний диаметр — 12,5 мм, внешний диаметр — **Рис. 6.** Вакуумное кольцо на глазу **Рис. 7.** «Причаливание» к лазеру 21 мм. Минимальная деформация роговицы, отсутствие складок на роговице — пациента профилактика формирования мостиков при проведении капсулорексиса

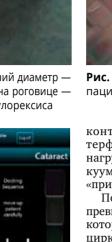
System Test

System Test FarmaClub

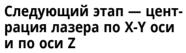
Рис. 8. «Причаливание» лазера на дисплее

Рис. 9. «Причаливание» завершено

REGULAR PRESSURE



па не более 3,5 минуты пациенты не испытывают значительного ней капсулы; дискомфорта.



тролировать отклонения глаза от ИОЛ. центральной оси по данным тензодатчиков (рис. 11).

Выполнение передней капсулогомии необходимо для того, чтобы через сформированное отверстие удалить вещество хрусталика, а в очищенную капсульную сумку имплантировать интраокулярную линзу (ИОЛ).

На сегодняшний день капсулорексис должен отвечать следую-

• быть непрерывным и центри-



контролировать центровку ин- стекловидного тела, выпадение терфейса. Уменьшение боковых хрусталика или его фрагментов нагрузок снижает риск потери ва- в стекловидное тело, и невозможкуума. На дисплее хирург видит ности имплантации ИОЛ в капсуль-«причаливание»лазера (рис. 8, 9). ный мешок. После «причаливания» ВГД не

превышает критического давления, которое могло бы нарушить гемо- мера, то возможны следующие циркуляцию в сетчатке. Пациент осложнения: постоянно видит луч наводки. При наложении вакуумного кольца повышение давления не выходит за диапазон 15-35 мм рт.ст. (рис. 10).

Дисплей сенсора позволяет кон-

Капсулотомия

щим требованиям

• иметь форму, приближенную к идеальному кругу;

• диаметром меньше оптики

Выполнение капсулорексиса является очень важным и одновременно с этим одним из самых в табл. 2. сложных этапов в факоэмульсификации. Если в процессе выполнения капсулотомии произошло формирование радиальной стрелки, кок ряду осложнений на дальнейшем этапе операции, включая пролапс ханическим способом.

Если не удалось выполнить капсулотомию необходимого раз-

шой и не покрывает оптическую часть ИОЛ — возможно смещение ИОЛ кпереди и развитие миопиче-При общей длительности эта- ского сдвига рефракции, ротация торической ИОЛ, помутнение зад-

> • капсулорексис слишком маленький — возможно индуцирование гиперметропической рефракции, более частое развитие контрактуры капсульного мешка и нивелирование преимуществ асферических и мультифокальных

Благодаря интегрированному в фемтосекундный лазер оптическому когерентному томографу, существенно облегчается процесс центрации капсулотомического отверстия. После «причаливания» лазера к глазу пациента на мониторах появляется ОКТ-изображение передней и задней камер глаза. Оператору необходимо отметить границы радужки, далее появляется схематическое изображение капсулорексиса заранее заданного диаметра, его необходимо центрировать относительно радужки, после чего лазер просит проконтролировать положение передней капсулы, выводя на экран ее ОКТсрез (рис. 12-14). Выполнение капсулорексиса при помощи фемтосекундного лазера возможно на катарактах любой плотности. Параметры этого этапа отображены

Фемтолазер позволяет сформировать идеально центрированный круглый капсулорексис заданного диаметра. В табл. 3 приведены торое привело к «убеганию капсу- сравнения параметров капсулолорексиса», то это может привести рексиса, выполненного при помощи фемтосекундного лазера и ме-

Таблица 2 Параметры фемтолазера для капсулотомии

Параметр	Значение
Диаметр капсулорексиса (микроны, мкм)	4000-5200
Энергия капсулорексиса (наноДжоули, нДж)	5700-6000

Таблица 3

Сравнительные геометрические параметры передней капсулы после капсулорексиса

• • • •		-
Параметр	Фемтолазер	Механический рексис
Циркулярность 1 = идеальный круг	E 0,98±0,01	E 0,94±0,01
Отклонение от заданного размера 5,5 м	5,5±0,08	5,5±0,44
Непрерывность	100%	100%



Рис. 12. Разметка края радужки

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015



Рис. 13. Центрация капсулотомии



Рис. 14. Положение рексиса передней капсулы

Параметр	Значение
Количество радиальных резов при факофрагментации	4-8
Количество круговых резов при факофрагментации	0-8
Энергия факофрагментации (нДж)	7200-8000
Внешний диаметр резов при факофрагментации (мкм)	6500

Параметры фемтолазера для факофрагментации

При исследовании капсулы хру- от мануальной техники. В настоямеханическим путем (рис. 16).

ный надрыв края просто не успевает произойти. Скорость работы лазера позволяет избежать выхода набухающих масс и смещения кругового рексиса во время работы лазера. В будущем при создании ОКТ-системы с разрешением 800-900 нм мы сможем получить изображение профиля всего хрусталика и при непрозрачных белых катарактах [20]. Причем во всех случаях в настоящее время мы получали совершенно правильный, центрированный рексис и при на- Рис. 19. Вид глаза после фемто- Рис. 20. Фрагментация ядра по Рис. 21. Фрагментация по типу Рис. 22. Парацентезы выполнены бухающих катарактах, в отличие этапа

сталика под электронным микро- щее время при белых набухающих используя различные паттерны, заскопом не было отмечено наличия катарактах хирурги предпочитают коагуляции края, его фестончато- производить рексис малого диаме- выбрать разделение хрусталика на сти или неоднородности (рис. 15). тра (3,5-4 мм) с последующим его 4 квадранта, 8 частей, в виде колец, асширением на поверхности ИОЛ. либо их сочетания (рис. 19-21). и не отличается от края капсулото- После проведения фемторексиса При прозрачном хрусталике или мии, выполненной традиционным у пациентов с набухающей ката- начальной катаракте у пациентов Причем капсулорексис правиль- сталиковых масс в переднюю каме- диальных разрезов, рекомендуной круглой формы может быть ру при перемещении пациента из ется дополнительно производить произведен и при белой катарак- лазерной операционной в хирурги- 2-4 круговых разреза ядра хрустате с элементами набухания, при ческую. Техника факоэмульсифи- лика, что сводит последующую этом время проведения капсуло- кации не менялась, так как фемто- факоэмульсификацию только к асрексиса составляет 3 с и радиаль- фрагментации не было, производили пирации хрусталиковых масс.





ная микроскопия. Ув. ×8000

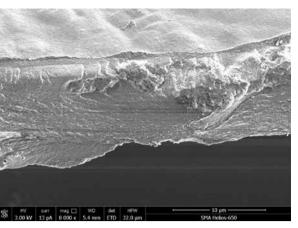


Рис. 15. Фемтокапсулорексис. Сканирующая электронэлектронная микроскопия. Ув. ×8000

фрагментацию чоппером и наконечником факорукоятки после достижения окклюзии, процент ультразвука при этом использовали в зависимости от плотности ядра. Круговой капсулорексис позволял получить правильное расположение ИОЛ в послеоперационном периоде (рис. 17).

Факофрагментация

Настоящей революцией в катарактальной хирургии стала возможность выполнения автоматической факофрагментации при помоши фемтосекундного лазера.

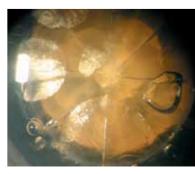
Успех факоэмульсификации состоит не только в том, чтобы полностью удалить вещество хрусталика и очистить капсульный мешок, но и в том, чтобы сделать это как можно деликатнее и аккуратнее [4]. В процессе механического разлома и эмульсификации ядра приходится совершать много действий инструментами, при этом велика зоне роговицы: первая ступень вероятность повреждения окружающих структур, таких как капсула хрусталика, радужка и эндотелий роговины.

Благодаря возможности фемтосекундного лазера проводить ла- ступень — на 45° по отношению в день. В ряде случаев может быть зерный импульс через роговицу внутрь хрусталика, появилась возможность автоматической фраг- 5 мДж. Разрезы проводили лазером ментации катаракты. Задаваемые от задней к передней поверхности параметры фемтофрагментации отображены в табл. 4.

После стыковки лазера с интерфейсом пациента и настройки сти в визуализации парацентезов, то обходимо обозначить положение В случаях выраженной arcus senilis задней капсулы хрусталика по сквозной парацентез не получался данным ОКТ в режиме реального и выполнялся стандартным одноравремени, которые отображаются зовым ножом. Авторы отмечают знана мониторах (рис. 18). Компьюмер хрусталика. Отметка положе- и металическим кератомом, первые ния задней капсулы необходима отмечены более высокой точностью, для определения безопасной зоны, что обеспечивало быструю и плот- а также для профилактики миот.е. точки, дальше которой не будет оказываться лазерное возлействие

В зависимости от возраста пациента, плотности катаракты и предпочтения хирурга лазер может выполнять факофрагментацию,

рактой мы наблюдали выход хру- в возрасте до 60 лет, помимо 4-6 ра-



типу «pizza-cuts»

Парацентезы Важным моментом в процеду-

ре факоэмульсификации является проведение роговичных разрезов правильной формы, стабильных и быстрогерметизирующихся [11]. Результаты исследований показывают потенциальную зависимость развития послеоперационных эндофтальмитов после хирургии катаракты с роговичными разрезами в области прозрачной роговицы [16]. Для стандартизации создаваемых разрезов мы используем идентичные параметры фемтолазера у всех пациентов. Они включают зону в 0,3 мм от лимба, ширина разреза 2,4 мм (при использовании иглы 2,2 мм) и длина 2,1 мм (рис. 22). При необходимости использования факоэмульсификации через парацентез 1,8 мм в програм му закладывали ширину 2,0 мм.

Проводили трехступенчатые роговичные разрезы в прозрачной на 30% толшины роговицы, а третья ступень — на глубине 70% толщины роговицы. Первая ступень ориентирована на 90° по отношению к поверхности роговицы, а третья к задней поверхности роговицы. Энергия лазерного импульса составляла роговицы, затем парацентезы открывали шпателем или игольчатым чоппером. Если возникали трудночительную разницу в морфологии

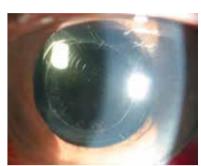


Рис. 17. Вид передней капсулы хрусталика после фемтокапсулорексиса, 1 сутки после операции

Проведение факоэмульсификации с фемтолазерным сопровождением

Как и перед классической факоэмульсификацией, за несколько дней до операции пациентам назначается антибактериальная терапия (флоксал, «Bausch+Lomb»), а также, на усмотрение лечащего врача, для профилактики макулярного отека — инстилляции нестероидного противовоспалительного препарата (индоколлир, «Bausch+Lomb») по 1 капле 3 раза

назначена гипотензивная терапия. Непосредственно в клинике за 30 мин до операции пациентов осматривает анестезиолог и производится контроль артериального давления. Если имеется необходимость, то по рекомендации врача могут быть назначены сублингпараметров для капсулотомии не- их окрашивали трепановым синим. вальные транквилизаторы (феназепам 0.001) и гипотензивные

Непосредственно перед операцией дважды производят инстилляцию анестетика (0,5% алкаин, «Alcon»), тер схематически отобразит раз- роговичных разрезов фемтолазером мидриатиков (1% тропикамид, 2,5% ирифрин), антибактериального препарата (флоксал, «Bausch+Lomb»), ную герметизацию после операции. за после фемтолазерного этапа



Рис. 18. Отметка передней и задней капсул, верификация хрусталика



циркулярных насечек



фемтолазером (указаны стрелками)

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

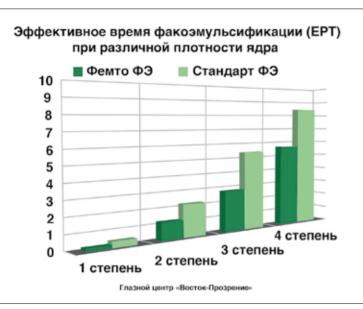


Рис. 23. Эффективное время факоэмульсификации

кортикостероидного препарата «причаливается» к глазу пациен-(офтан дексаметазон, «Santen») и нестероидного противовоспалительного препарата (индоколлир, «Bausch+Lomb»)

После программирования фемтолазера для конкретного пациента тров каждого этапа выполняется сулотомии и факофрагментации, фемтолазерное сопровождение.

Пациент укладывается на поворотную кровать и на оперируемый глаз устанавливается вакуумное фиксационное кольцо. На поверхность роговицы производится инстилляция 3-4 капель физиологического раствора или раствора BSS. Далее посредством ется в полостной операционной ся за счет четкого круглого, хорощо одноразового интерфейса лазер по традиционной технологии.

нформация предназначена для медицинских

та. Процесс «причаливания» конях лазера благодаря встроенному видеомикроскопу. После «причадится ОКТ-изображение, оператор выставляет параметры для кап-

описанные ранее. Далее пациент самостоятельно переходит в предоперационную,

Факоэмульсификация выполня-

После обработки операционного поля и наложения блефаростата в нижненаружном квадранте в 8 мм от лимба производится субтеноновая анестезия в верхненаружном квадранте (1,5 мл 2% лидокаин).

Вскрывали парацентезы 1,2 мм

на 3 и 9 часах и основной разрез 2,0-2,4 мм на 11 часах. В переднюю камеру вводили дисперсивный вискоэластик, на этом этапе видно, как отделяется передняя капсула хрусталика от остальной капсульной сумки, что говорит об отсутствии соединительных мостиков. В большинстве случаев передняя капсула не требует удаления пинцетом и может быть аспирирована вместе с поверхностными кортикальными массами ультразвуковым наконечником факорукоятки. Благодаря пневмодиссекции, которая возникает в процессе факофрагментации фемтолазером, в большинстве случаев нет необходимости в выполнении гидродиссекции. Далее производится удаление разделенных фрагментов хрусталика тролируется хирургом на диспле- и после бимануальной ирригации/ аспирации хрусталиковых масс имплантируется интраокулярная линза ливания» лазера на экран выво- и операция завершается традиционно. В 67% случаев получена полная фрагментация ядра после фемтоэтапа, в 30% частичная, что требует разделения фрагментов чоппером и в 3% получена поверхностная фрагментация, при наличии бурых где для поддержания мидриаза ядер высокой плотности. Производится аспирация кортикальных масс дриатики и кортикостероидный Вводится когезивный вискоэластик и имплантируется ИОЛ. Причем центрация ИОЛ значительно облегчаетцентрированного капсулорексиса.

BAUSCH+LOMB

See better. Live better.

VICTUS™ ФЕМТОСЕКУНДНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ПЛАТФОРМА victus Полный OCT online контроль, катарактальные, хирургические, рефракционные процедуры на одной платформе victus. Intelligence meets the eye' TECHN LAS PERFECT VISION Фемтосекундный лазер Victus выполняет: Рефракционные функции Катарактальные функции Создание персонифицированного лоскута для LASIK • Капсулорексис Формирование тоннелей для интракорнеальных колец (ICRS) Фрагментация хрусталика • Срезы различной формы для сквозной и послойной кератопластики IPKP/LKP и FLEK надрезы (АК) Астигматическая кератотомия (АК) Тоннельные роговичные • Коррекция пресбиопии INTRACOR разрезы (парацентез) OOO «ВАЛЕАНТ»: Россия, 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел./факс +7 495 510 2879

Таблица 5 Параметры ультразвука при проведении различных методик факоэмульсификации, М±σ

Группы Показатель	ФЭФЛС	ФЭ-стандартная методика
Мощность ультразвука (УЗ) (%)	12,1±1,1	17,4±2,1*
Время воздействия УЗ (мин)	0,07±0,01	0,14±0,10*
Время интраокулярных манипуляций: (капсулорексис + факофрагментация + удаление ядра)	0,75±0,10	1,82±0,50*

Примечание: * - статистические различия между группами значимы (p<0,001).

Средняя мощность ультразвуковой энергии при проведении факоэмульсификации с фемтосопровождением (ФЭФЛС) и при стандартной процедуре (ФЭ) в исследованных группах в зависимости от плотности ядра хрусталика (1-4 ст. по L. Buratto, 1999)

		Фемто	ФАКО		
1 степе	НЬ	0,1	1,6		
2 степе	НЬ	5,4	12,4		
3 степе	НЬ	6,1	14,5		
4 степе	НЬ	7,2	16,6		

Послеоперационное

В послеоперационном периоде пациентам назначается антибактериальная терапия (флоксал, «Bausch+Lomb») по убывающей схеме 2-3 недели, противовоспалительная терапия стероидными (офтан дексаметазон, «Santen») по стероидными средствами (индоколлир, «Bausch+Lomb») 4 раза в день 4 недели. В качестве протектора роговицы назначался препарат оквис 0,3% (ООО «Дубна-Биофарм») до 2-3 месяцев.

Контрольные осмотры пациентов следует проводить на 1, 3, 7 сутки после операции, затем раз в неделю до 1 месяца. Далее через 3 и 6 месяцев. Все операции про-

Результаты

Использование фемтолазерного этапа для факофрагментации существенно снижает мощность и время воздействия ультразвука, а также время интраокулярных манипуляций при последующей факоэмульсификации (табл. 5, 6; рис. 23).

Осложнения

Узкая глазная щель — невоз можно в некоторых случаях поместить интерфейс.

потеря вакуума во время проведения фемтоэтапа. Такое ослож- 13 (1,3%) случаев. нение возможно при беспокойном поведении пациента, узкой глазной щели. При этом работа лазера прекращается. В одном случае из 1000 проведенных нами процедур конъюнктива блокировала интерфейс и работа лазера — проведение капсулорексиса — продолжалась. У пациента на следующий день был чаев мы уменьшили вакуум, что зафиксирован след работы лазера привело к снижению частоты гепо краю зрачка (рис. 24), на послеоперационных функциональных связываем с частым применением результатах это не отразилось. На антикоагулянтов. рисунке виден след лазера на поверхности радужки.

Капсулорексис в этом случае было отмечено, что мы связываем был завершен мануально в общей операционной (рис. 25).

Мостики или неполный капсулорексис мы отметили при узкой глазной щели — потеря вакуума заны параметры передней камеры, во время фемтоэтапа в 5 (0,4%) при которых лазер не будет про-

Надрыв передней капсулы наконечником факоэмульсификатора — 21 (1,6%) случай во время интраокулярной работы хирурга. Причем надрыв был отмечен только в случаях, когда из-за недостаточной величины зрачка фемторексис был произведен менее 4 мм.

Синдром интракапсульной блокады. Интралентикулярные потоубывающей схеме 2-3 недели и не- ки жидкости — новое осознание хирургии фемтокатаракты. Интрахрусталиковые пузырьки газа увеличивают внутрикапсульное давление, отклоняют и замедляют привычные жидкостные потоки, в результате может повыситься интракапсульное давление и возникнуть блок, который может привести к разрыву капсульной сумки. Наша тактика — фрагментация ядра с выпусканием пузырьков газа водились в амбулаторных условиях. до проведения гидродиссекции или ее исключение

Разрыв переднего капсулорексиса произошел в 5 случаях, также при проведении первых 100 процедур, когда при недостаточном мидриазе фемторексис проводили менее 4 мм. Надрыв переднего капсулорексиса был получен при манипуляциях факонаконечником.

Разрыв задней капсулы во время удаления фрагментов или вымывания хрусталиковых масс — 2 (0,2%) случая.

Отслойка сосудистой оболочки (ОСО) при комбинированном вмешательстве, антиглаукоматозной

Иридоциклит развился в 15 (1,5%) случаях.

Эндофтальмит — 0%. Дислокация ядра или фрагмен-

Субконъюнктивальные геморрагии возникли в 25% случаев, после проведения первых 100 слуморрагий. Появление их мы также

Повреждения эндотелия лазером даже при узкой передней камере не с воздействием лазера через полужидкий вогнутый интерфейс, который не меняет форму роговицы. В программе указанного лазера укаводить рексис или фрагментацию

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

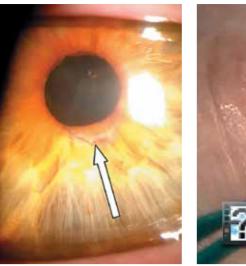


Рис. 24. След лазера на поверхности радужки (помечен стрелкой)

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

возможно, при этом хирург видит воздействие лазера на эндотелий роговицы на ОСТ и останавливает работу лазера

Muoз. После фемтолазерного за два года компания «Technolas этапа характерным осложнением Perfect Vision», производитель сиявляется возникновение миоза, стемы «Victus», переработала ОКТпричем если мидриаз был более контроль и автоматизировала про- 1. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., 8 мм, такое явление не возникало. цесс планирования диссекции певозникал у каждого третьего пациента. Однако после назначения мидриатиков (сочетания парасимпа толитиков и симпатомиметиков) за сутки до операции (то есть пациент уже три раза провел инстилляции мидриатиков до операции) возникновение миоза снизилось до изучения и совершенствования. 12% случаев, причем зрачок оставался не менее 4 мм, что позволя- рить о безопасности его использоло провести факоэмульсификацию вания для пациентов.



Рис. 25. Инструментальное завершение капсулорексиса

ядра. В других системах, которые без наложения устройств для расво время работы уплощают рогови- ширения зрачка. Такая тактика рецу, такое повреждение в принципе комендуется и в литературе (Bally, 2012; Nagy, 2013).

Совершенствование фемтолазерных систем — это непрерывный динамичный процесс. Всего редней капсулы и ядра хрусталика.

Заключение

Фемтолазерное сопровождение факоэмульсификации — это новый этап в хирургии катаракты. Безус-

Благодаря фемтолазерному сопровождению удается существенно облегчить наиболее сложные и ответственные этапы операции и достичь более высоких рефракционных результатов факоэмульсификации.

Литература

Трубилин В.Н., Новак И.В. Факоэмульсификация катаракты с фемтолазерным сопровождением. Первый отечественный опыт // Катарактальная и рефракционная хирургия. – 2012. – T. 12, Nº 3. – C. 7-10.

10. Kranitz K., Takacs A., Mihaltz K. 2. Анисимова С.Ю., Трубилин В.Н., Трубилин А.В., Анисимов С.И. Срав-Fectsemtosecond laser capsulotomy ловно, он требует дальнейшего нение механического и фемтосекундного капсулорексиса при факоэмульсификации катаракты // Катаракeffectson intraocular centration // J. Refract. Surg. - 2011. - Vol. 27. тальная и рефракционная хирургия. – 2012. – T. 12, № 4. – C. 16-18. P. 558-563.

3. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., 11. Masket S., Sarayba N., Ignacio T., Fram N. Femtosecond laser-assisted Новак И.В., Полякова К.М., Трубилин А.В., Анисимова Н.С. Сравнительcataract incisions: architectural stability ная оценка клинических результатов and reproducibility // J. Cataract Refract. Surg. – 2010. – Vol. 36. – P. 1048-1049. стандартной факоэмульсификации и факоэмульсификации с фемтолазер-12. Nagy Z. et al. Comparative analysis ным сопровождением в условиях амбуof femtolaser-assisted and manual латорной клиники // Катарактальная capsularhexis during phacoemulsificaи рефракционная хирургия. – 2013. – tion // Presented at: XXVIII Congress of the European Society of Cataract and Refractive Surgeons. - September, 5. -4. Buratto L. Хирургия катаракты. –

2010, Paris, France. 13. Nagy Z., Takacs A., Filkorn T., Sarayba M. Initial clinical evaluation of an intraocular femtosecond laser in cataract surgery // J. Refract. Surg. -2009. - Vol. 25. - P. 1053-1060.

14. Nagy Z. Intraocular femtosecond laser applications in cataract surgery // Cataract Refract. Surg. Today. – 2009 (September). - P. 79-82.

15. Nagy Z., Takacs A., Filkorn T. et al. the European Society of Cataract and Complications of femtosecond laserassisted cataract surgery // J. Cataract Refract. Surg. - 2014. - Vol. 40. - P. 20-28. 16. Nakagi Y., Hayasaka S. et al. Bacterial endophthalmitis after small incision cataract surgery, effect of incision placement and intraocular lens type // J. Cataract Refract. Surg. – 2003. – Vol. 29. – P. 20-26.

17. Krueger R.R., Talamo J.H., Lindstrom R.L. Textbook of Refractive Laser Assisted Cataract Surgery (ReLACS). – 2013. – P. 17-39. 18. Serrao S., Lombardo G., Ducoli P., Rosati M. Evaluation of femtosecond laser // Presented at: XXVIII Congress of clear corneal incision: an experimental the European Society of Cataract and study // J. Cataract Refract. Surg. -2013. – Vol. 29. – P. 418-424.

19. Steven J. Dell Compensating for a tilted eye during docking // Cataract Refract. Surg. Today. - 2013. - Vol. 13, and manual continuis curvilinear No. 1. – P. 44-45.

capsulorhexis parameters and their 20. Vasavada A., Singh R., Desai J. Phacoemulsification of white mature cataracts // J. Cataract Refract. Surg. -1998. – Vol. 24. – P. 270-277. ■



ПРОГРАММА МЕРОПРИЯТИЙ КОНФЕРЕНЦИИ

27 ноября (пятница) Школа офтальмохирурга. 3D-видеохирургия: «живая хирургия» и хирургия в видеозаписи.

28 ноября (суббота)

Открытие конференции. программа. Сателлитные симпозиумы.

Круглые столы. Мастер-классы.

29 ноября (воскресенье) Научная программа. Круглые

выставка.

столы. Мастер-классы. Закрытие конференции. В рамках конференции состоится специализированная медицинская

Материалы конференции «Рефракция-2015. Рефракционные и аккомодационные аспекты гидродинамики и глаукомы» будут изданы в виде сборника статей и зарегистрированы в электронных базах eLIBRARY и РИНЦ.

ХІ ЮБИЛЕЙНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

РЕФРАКЦИЯ-2015.

РЕФРАКЦИОННЫЕ И АККОМОДАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ГИДРОДИНАМИКИ И ГЛАУКОМЫ

T. 13, Nº 2. – C. 17-21.

5. Bali S.J., Hodge C., Lawless M. et al.

Early experience with the femtose-

cond laser for cataract surgery //

Ophthalmology. - 2012. - Vol. 119. -

6. Batlle J. et al. Prospective randomized

study of size and shape accuracy

of OptiMedica femtosecond laser

capsulotomy vs. manual capsularhexis

// Presented at: XXVIII Congress of

Refractive Surgeons. – September, 5. –

7. Conrad-Hengerer I., Hengerer F.,

Joachim S., Schutz T., Dick H. Femto-

second laser-assisted cataract surgery

in intumescent white cataracts //

J. Cataract Refract. Surg. – 2014. –

8. Gualdi F., Gualdi L. Femtolaser cata-

9. Koch D. et al. The use of OCT-guided

femtosecond laser to facilitate cataract

nuclear disassembly and aspiration

Refractive Surgeons. – September, 5. –

1999. – C. 253-267.

2010, Paris, France.

Vol. 40, No. 1. - P. 44-50.

2010, Paris, France.

ract surgery. - 2014. - 189 p.

P. 891-899.

27-29 ноября 2015 г. Самара

Приглашаем вас принять участие в XI офтальмологической конференции «Рефракция-2015. Рефракционные и аккомодационные аспекты гидродинамики и глаукомы».

Конференция посвящена двум полувековым юбилеям:

- 50-летию со дня основания уникальной проблемной научно-исследовательской лаборатории по изучению глаукомы члена-корреспондента АМН профессора Т. И. Ерошевского;
- 50-летию изучения увеосклерального оттока.

Именно полвека назад были получены первые знания, позволившие сегодня с уверенностью говорить о роли рефракционной патологии и нарушений аккомодации в патогенезе глаукомы и формировать новые подходы к лечению.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- 1. Вопросы взаимосвязи рефракции, аккомодации и гидродинамики.
- 2. Фундаментальные исследования рефракционной патологии и глаукомы
- 3. Аккомодация: механизмы, норма и патология.
- ционно-рефракционных нарушениях.
- 5. Хирургия глаукомы: лазерная, фильтрующая, хрусталиковая.
- 6. Ретинальная патология и офтальмотонус. 7. Актуальные вопросы рефракционной хирургии.
- 8. Оптометрия и контактная коррекция зрения.

Мероприятие аккредитовано в системе непрерывного профессионально-

Срок подачи работ в сборник «Рефракция-2015» - до 20 сентября 2015 г.; принимаются по электронному адресу: refraction2015@zrenie-samara.ru.

Участие в конференции и публикация работ в сборнике - бесплатно. Предварительная регистрация участников обязательна. Заявки на участие в конференции принимаются до 20 ноября 2015 г. - онлайн на сайте www.zrenie-samara.ru или по электронному адресу refraction2015@zrenie-samara.ru.

Организаторы конференции:

- Министерство здравоохранения Самарской области.
- Самарская областная клиническая офтальмологическая больница им. Т. И. Ерошевского.
- Самарский государственный медицинский университет.
- НИИ глазных болезней СамГМУ.

Координатор оргкомитета конференции:

Елена Васильевна Гапонова Тел.: +7 (846) 323-00-38.

Моб.: +7 917 115-00-34.

E-mail: refraction2015@zrenie-samara.ru. Подробная информация о конференции – на сайте www.zrenie-samara.ru.

Требования к оформлению статей для публикации

• Объем - до 5 страниц формата А4 без иллюстраций, гра-

Шрифт – Times New Roman, 12 кг; интервал – 1,5; поля:

левое – 3 см, верхнее и нижнее – 2 см, правое – 1,5 см.

• Название статьи, инициалы и фамилии авторов, а также

• Статья должна включать в себя список использованной

Редакционная коллегия оставляет за собой право осуществлять

отбор материалов с последующей корректурой текстов. Авторы

статей в обязательном порядке должны указывать координаты

e-mail. Не принятые к печати статьи возврату не полежат.

для связи по вопросам публикации: ФИО (полностью), телефон,

названия города и учреждения печатаются прописными

фиков и диаграмм. В тексте возможно размещение таблиц

(MS Word версии 97 и выше).

литературы (не более 10 источников).



Илья Бруштейн

🖥 лубокое нарушение зрительных функций само по себе является драматическим испытанием, преодоление которого требует немалого мужества, настойчивости и решительности. Если к слепоте и слабовидению «добавляются» ограничения по слуху, то человеку тяжело вдвойне... Но слепоглухие не нуждаются в жалости! Их реабилитационный опыт может быть интересен и полезен широкому кругу читателей газеты «Поле зрения», их маленькие победы над собой и над житейскими обстоятельствами способны удивлять и вдохновлять.

Кто такие слепоглухие?

- Андрей Андреевич, обычно в разговорной речи слепоглухими называют людей, которые полностью не видят и не
- Принято выделять пять категорий слепоглухих. В наиболее трудном положении находятся так называемые «тотально слепоглухие», то есть люди, полностью лишённые зрения и слуха. При этом большинство этих людей не родились «тотальниками», а лишились способности видеть и слышать окружающий мир в процессе жизни.

Если потеря слуха произошла уже после формирования речевых функций, то пациент обычно сохраняет внятную речь до конца жизни и может напрямую обращаться к окружающим людям. Но, к сожалению, большинство сограждан не знают об этом обстоятельстве. Им трудно представить, что кто-то способен ясно и чётко говорить и при этом не видеть, не слышать самого себя и нуждаться в экстренной помощи!

У «практически слепоглухих» имеется минимальный остаток зрения и/или слуха. Например, они могут отличать свет от тьмы или даже при хорошем освещении улавливать контуры предметов. Также может иметься способность различать некоторые звуки. Однако визуальные и слуховые возможности настолько незначительны, что их чрезвычайно затруднительно использовать в реабилитационном процессе

По-другому обстоит дело со «слабовидящими глухими», «слабослышащими слепыми» и «слабовидящими слабослышащими». В данном случае человек может активно «задействовать» имеющийся у него потенциал. Но чтобы научиться пользоваться остаточным зрением и слухом и повысить уровень самостоятельности, требуется помощь квалифицированных специалистов.

— Вероятно, у каждой группы слепоглухих имеются свои, особые проблемы...

 Людям с остаточным слухом необходимо не только правильно подобрать слуховые ся... Во-первых, глухому человеку нужно аппараты для каждого vxa. но и доскональдаже самый совершенный и дорогой слуховой аппарат может быть полезен в конкретной жизненной ситуации.

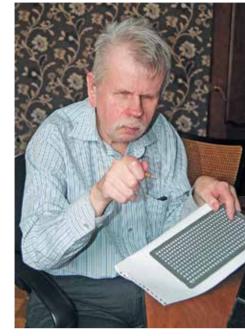
Например, с помощью двух слуховых аппаратов я могу воспринимать медленную и чёткую речь, если собеседник находится от меня в непосредственной близости. Но во время посещения театров, лекций или каких-либо общественных мероприятий мои аппараты совершенно бесполезны и являются только источником дополнительного шума в ушах.

Обучение ориентации в пространстве у слепых людей с ослабленным слухом также происходит по-другому, чем у инвалидов по зрению с нормальным слухом. В частности, плохой слух необходимо компенсировать с помощью тактильных ощущений. Есть свои особенности и при овладении компьютерной грамотностью. Вместо программ озвучивания инвалиды по зрению с ослабленным слухом или тотально слепоглухие обычно пользуются специальными лисплеями, где информация передаётся с помощью рельефно-точечного шрифта.

Вырваться из плена слепоглухоты

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Герой нашей сегодняшней публикации — незрячий петербургский учёный с ослабленным слухом, кандидат философских наук, председатель Санкт-Петербургского регионального отделения Общества социальной поддержки слепоглухих «Эльвира» Андрей Андреевич Марков. По экспертным оценкам, в России живут не менее двенадцати тысяч слепоглухих — людей с одновременным глубоким поражением органов зрения и слуха.



А.А. Марков с прибором для письма по Брайлю

Общение на языке жестов

— Давайте поговорим с Вами о тоталь-

 Для «тотально слепоглухих» и «практически слепоглухих» самая острая проблема — это недостаток общения с другими людьми. «Тотально слепоглухой» не видит и не слышит ничего! И с психологической точки зрения это самая трудная ситуация... На первый взгляд, «практически слепоглухим» живётся немного легче. Но на самом деле их положение почти не отличается от «тотальников». Даже если «практически слепоглухой» способен различать какие-то звуки, он не может воспринимать человеческую речь в звуковом виде. И любые слуховые аппараты в этом случае не помогают.

— Как же общаются эти люди?

 По сути, слепоглухие общаются точно так же, как и зрячие глухие, то есть с помощью дактилологии (жестового обозначения отдельных букв и знаков препинания) и языка жестов (обозначения целого слова с помощью одного жеста). Но в случае слепоглухоты жесты передаются тактильно. «выстукиваются» на ладони

То есть любой глухой может без про-

 На практике это не всегда получает-«адаптировать», приспособить свои жестотия собеседником, а также научиться «распознавать» речь слепоглухого. Это может быть непросто, так как глухие люди привыкли видеть жесты глазами, а не ощущать

Во-вторых, в речи глухих огромное значение имеет яркая, образная мимика. Многие вещи и явления глухие люди не проговаривают, а изображают на лице. А слепоглухие мимикой по понятной причине не пользуются.

В-третьих, глухие люди, как правило, очень наблюдательные, с особым зорким зрением и хорошей зрительной памятью. Они всё схватывают «на лету»... А при общении со слепоглухими необходимо объяснять каждую мелочь, подробно описывать окружающую обстановку. Это может быть утомительно для зрячих глухих.

В-четвёртых, слепоглухота шокирует многих людей, в том числе инвалидов по слуху. Людям непонятно, о чём говорить с такими согражданами... Слепоглухота вызывает страх и жалость.

Не только обычному глухому бывает трудно общаться со слепоглухим, но даже специалисту-сурдопереводчику. Недаром, сурдопереводчик (для глухих) и тифлосурдопереводчик (для слепоглухих) — это две разные профессии. В настоящее время в России ощущается большой дефицит тифлосурдопереводчиков.

Легко ли изучить дактилологию шим в зрелом возрасте? Трудно ли это сделать их родственникам?

— Освоить дактилологию реально за несколько дней. Это просто жестовая азбука русского языка. А язык жестов изучить непросто. Существуют сотни и тысячи жестов для различных явлений и понятий.

А нельзя ли отказаться от языка жестов и пользоваться только дакти-

— Теоретически можно. Но общение с помошью дактилологии является очень мелленным и утомительным, так как для передачи каждого слова требуется множество однообразных жестов. А язык жестов — очень красивый и динамичный. Можно общаться легко и быстро! Кроме того, существует целое направление в искусстве — жестовое пение. Некоторые слепоглухие, в том числе и позднеослепшие-позднеоглохшие, начинают им интересоваться, выступают потом в самодеятельных концертах в Обществе глухих.

А с помощью дактилологии песню не споёшь! Это вспомогательная система, использующаяся в речи глухих и слепоглухих для обозначения имён собственных и специальных терминов, для которых не существует

Учить новые жесты, так же как и китайские иероглифы, можно всю жизнь! Это медитативное занятие, успокаивающее нервную систему и способствующее процессу

Существует и ещё один, гораздо более простой способ коммуникации с позднеослепшими слепоглухими людьми — письмо на ладони, дермография. Можно медленно «выводить» буквы на ладони слепоглухого человека каким-нибудь тупым предметом, например, обратной стороной ручки или даже собственным пальцем.

Система Брайля — основа реабилитации

- Всё-таки слепоглухим людям с остатками слуха приходится легче: вместо языка жестов можно воспользоваться слуховым аппаратом...
- необходимо! При ослабленном слухе очень трудно, а порой и невозможно, пользоваться компьютерными программами озвучивания.

Брайлевская система — это один из «столпов» реабилитации слепоглухих, наряду с языком жестов и дактилологией. При общении со слепыми людьми с хорошим слухом, которые не могут объясняться с помощью жестов, слепоглухие используют брайлевский дисплей или специальный прибор — коммуникатор. Общение происходит так же быстро, как и с помощью жестов: собеседники поочерёдно набирают текст с помощью клавиатуры и считывают его на брайлевском дисплее.

Брайлевский дисплей передаёт информацию на подушечки пальцев с помощью маленьких колпачков, «выскакивающих» из устройства. Коммуникатор работает по тому же принципу. Только для него не нужна ни отдельная клавиатура (она имеется в самом приборе), ни даже электроэнергия. Это небольшое механическое устройство, получившее распространение ещё в советские времена.

Но даже если у человека ещё остаётся физическая возможность использовать компьютерные программы озвучивания, то делать это нужно с большой осторожностью, так как прослушивание искусственных, «механических» голосов связано с напряжением слуха и негативно влияет на здоровье

Далеко не всегда люди, ослепшие и оглохшие во взрослом возрасте, и язык жестов людям, ослепшим и оглох- способны разобраться с брайлевским

Рельефно-точечную систему вполне реально освоить во взрослом возрасте, но нужно лействовать последовательно: сначала научиться читать обычные брайлевские книги, напечатанные на бумаге, а уже потом осваивать компьютерные технологии. Как это ни парадоксально звучит, слепоглухие нередко устанавливают «дружеские отношения» с осязаемым шеститочеем легче Просто у слепоглухих меньше «соблазнов»: им недоступно посещение театров, кино, концертов. Чтение брайлевских книг. жестовое пение, прогулки, физкультурно-оздоровительные занятия — одни из немногих

Право на личное счастье

Сталкиваются ли слепоглухие люди с проявлениями дискриминации?

— Я бы говорил не о дискриминации, а о проявлении предрассудков... Даже если человек не видит и не слышит, ему нужен не только уход. Он хочет быть хозяином своей судьбы! Это касается и личной жизни. Нередко, если инвалид живёт в семье, то его (или её) родные категорически возражают, чтобы парень или девушка с ограниченными возможностями здоровья устраивали

— Почему это происходит?

— Относительно здоровые люди редко связывают свою жизнь с инвалидами. А если мужчина и женщина с похожими проблемами создают семью, то родственники воспринимают это как дополнительную обузу. Вот, мол, дама сама является инвалидом, а ещё и привела другого инвалида (своего жениха) в родительскую семью... Но ведь каждый человек имеет право на счастье!

Могу привести пример активистки нашего Общества «Эльвира» Натальи Демьяненко (в девичестве Тишкова). Она — тотально слепоглухая, кроме того, имеет проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Много лет мечтала о женском счастье, но родные были против. И всё-таки девушке удалось — Да. Язык жестов учить не обязатель- убедить своих близких, что мечта о замужено. Но рельефно-точечную систему письма стве — это не «авантюра», а естественное

С помощью объявления в журнале Общества слепых «Наша жизнь» Наташа познакомилась с тотально слепоглухим парнем Владиславом, который до 32 лет жил во «взрослой группе» Детского дома слепоглухих в городе Сергиев Посад Московской области.

Они создали замечательную семью и совсем не стали обузой для родных Наташи! Сейчас семья Демьяненко живёт самостоятельно в загородном доме в Ленинградской области. Родные Наташи навещают их один или два раза в неделю, привозят продукты и необходимые товары. Молодые люди самостоятельно занимаются уборкой дома, приготовлением пищи, следят за своей одеждой, даже осуществляют мелкий ремонт. В бытовом плане они оба очень самостоятельные.

— То есть слепоглухие люди могут достичь значительной степени бытовой самостоятельности?

Это действительно так. И самое главное — даже с таким тяжёлым недугом можно быть успешным и по-своему счастливым.

Перепись длиной в полгода

- Андрей Андреевич, с 15 октября 2014 года по 15 апреля 2015 года почти во всех регионах нашей страны была проведена «Всероссийская перепись слепоглухих», которую осуществили две общественные организации — Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение» и Фонд «Общественное мнение» (ФОМ). В качестве эксперта Фонда «Со-единение» Вы принимали активное участие в организации переписи в Санкт-Петербурге. Зачем понадобилось проводить эту акцию? Каковы её итоги?

— Ни одна страна мира не может похвастаться тем, что она эффективно наладила работу со слепоглухими, то есть людьми с одновременным глубоким поражением органов зрения и слуха. И Россия не является исключением. Нередко пациенты с такой тяжёлой формой инвалидности уходят из жизни слишком рано, так как в своей семье или в стационарных заведениях социальной помощи они не получают надлежащей поддержки.

Слепоглухие люди нуждаются в особом внимании государства и общества. Это не только вопрос соблюдения прав человека, но и в прямом смысле этого слова — дело жизни и смерти! Одновременное отсутствие или тяжёлый дефект зрения и слуха существенно повышает риск суицида, развития самых различных заболеваний. Слепоглухота также сопряжена с опасностью травм и других чрезвычайных ситуаций.

Целью переписи стало выявление потребностей и проблем каждого человека с ограниченными возможностями по слуху и зрению. Эксперты Фонда «Со-единение» на основании результатов переписи подготовили свои предложения для органов исполнительной и законодательной власти РФ по улучшению социального положения этой

— Сколько людей было опрошено

— К сожалению, в силу состояния здоровья и других причин большинство слепоглухих не смогли принять участия в переписи. ние полезность и результативность этой акции. Всего по России переписчики провели более полутора тысяч подробнейших интервью с инвалидами.

У нас в Санкт-Петербурге живут около 140 слепоглухих. Из них приняли участие в переписи около сорока. Но это тоже немало! Не нужно путать этот проект с обычной «переписью населения». В данном случае интервью с каждым человеком продолжалось по нескольку часов. Он подробно рассказывал о своей жизни, о своих проблемах, радостях и горестях, достижениях и неудачах.

— Какие проблемы выявила Всероссийская перепись слепоглухих?

— Ещё раз подчеркну, что для слепоглухих главная проблема — это недостаток общения. На это обстоятельство жаловалось большинство участников переписи. Опыт показывает, что и на мероприятиях Общества глухих, и на мероприятиях Общества слепых «пленники темноты и тишины» часто чувствуют себя неуютно

Поэтому создание особых «клубов общения» является оправданным и разумным. В настоящее время финансовые ресурсы для создания таких клубов и организации их деятельности — проведения экскурсий, мероприятий и т.д. — предоставляют благотворительные организации.

Целый ряд проблем имеется в социальном обеспечении людей с ограниченными возможностями здоровья. Участники переписи с остатками слуха жаловались на плохое качество слуховых аппаратов, которые можно бесплатно получить в рамках государственной ИПР (индивидуальной программы реабилитации).

Кроме того, в соответствии с действующим российским законодательством все инвалиды по слуху, в том числе слепоглухие, в течение года имеют право только на 40 часов бесплатного сопровождения сурдопереводчиком или тифлосурдопереводчиком (специалистом по дактилологии и языку жестов). Этого времени явно недостаточно, чтобы регулярно посещать врачей, государственные учреждения и т.д.

Необходимо в несколько раз увеличить объём предоставления данной услуги, так как от неё напрямую зависит качество жизни обездоленных людей. В ряде случаев



необходимость в тифлосурдопереводе вообще не вносится в ИПР, и люди остаются без

К огромному сожалению, многие технические средства, жизненно необходимые слепоглухим людям, в частности, специальные дисплеи, планшеты, органайзеры, смартфоны и другие приборы, использующие рельефно-точечный (брайлевский) шрифт, невозможно получить в рамках ИПР.

При этом высокая стоимость подобных «гаджетов» делает затруднительным их приобретение за собственные средства. Серьёзные проблемы у слепоглухих, так же как и у других категорий инвалидов, возникают с получением необходимого санаторнокурортного лечения.

Философ, ставший реабилитологом

— Андрей Андреевич, не могли бы Вы рассказать о себе.

— Я родился в Ленинграде в 1955 году. Родился полностью незрячим, даже без светоощущения. Но слух в детстве был отличным, в том числе музыкальный слух. Учился в Ленинградской школе-интернате для слепых и слабовидящих детей. В настоящее время эта школа носит имя К.К. Грота. Как и многие незрячие дети увлекался музыкой, играл на фортепьяно и баяне. Мечтал стать профессиональным музыкантом, как Петруся Попельский, герой известного произведения В.Г. Короленко «Слепой музыкант». Но в пятнадцать лет слух стал стремительно падать. И всё же остаток слуха у меня сохранился до сих пор..

В течение двадцати лет, с 1977 года по 1997 год, наша семья жила в Москве. В 1983 году я закончил философский факультет МГУ им. М.В. Ломоносова. В 1989 году стал кандидатом философских наук, защитил диссертацию по теме «Исторический факт как проблема методологии научного познания». В философии меня интересует, в первую очередь, философия науки, в частности, философия истории.

С начала восьмилесятых годов стал заниматься научными исследованиями по реабилитации слепоглухих. Работал в правлении Всероссийского общества слепых (ВОС), был членом комиссии по работе со слепоглухими при Центральном правлении ВОС. С 1994 года по 1997 год был сотрудником лаборатории развития и реабилитации слепоглухих детей Психологического института Российской академии образования.

После возвращения в Санкт-Петербург в 1997 году и по настоящее время продолжаю научно-исследовательскую работу по изучению слепоглухоты в Институте специальной педагогики и психологии им. Рауля Валленберга и в Институте раннего вмешательства. Мои научные работы посвящены и слепоглухим детям, и проблемам взрослых. Я занимаюсь всеми пятью группами слепоглухих пациентов

В 2013 году возглавил Санкт-Петербургское региональное отделение Общества социальной поддержки слепоглухих «Эльвира». Красивое, звучное название организации является данью памяти большого друга слепоглухих, психолога и реабилитолога Эльвиры Кипчаковны Шакеновой (1937-2000).

Президентом нашей организации является мой коллега — кандилат философских наук, заведующий сектором социальной реабилитации слепоглухих Института

профессиональной реабилитации и подготовки персонала «Реакомп» Всероссийского общества слепых Сергей Алексеевич Сироткин. Это общественная работа. Ни у меня, ни у С.А. Сироткина нет ни офиса, ни штатных помошников, ни своего бюджета.

Но мы можем оказать нуждающимся консультативную помощь, моральную поддержку, а также быть посредниками при обраще нии в другие благотворительные общества и государственные структуры. Ежемесячные собрания питерской «Эльвиры» прохо дят в городском офисе ВОС. А посетителей я обычно принимаю у себя дома, за чашкой

— А с волонтёрами Вы работаете?

— У меня есть несколько друзей-помощ ников. И главный помощник — моя мама Маргарита Ивановна. Но работа с волонтёрами в Питере, к сожалению, не налажена.

Британский опыт реабилитации

— Будучи сотрудником Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства, Вы являетесь участником нескольких международных программ. Не могли бы Вы рассказать об этой работе?

— Наиболее успешное сотрудничество у Института раннего вмешательства сложилось с британской организацией «Сенс» (название переводится на русский язык как «Чувство»). Она была создана в 1955 году. Первоначально эта структура объединила матерей, перенёсших во время беременности краснуху. В результате их новорожденные дети приобрели тяжелейшую патоло гию — синдром рубеллярной эмбриопии, одним из проявлений которого явилась

Со временем организация объединила и самих слепоглухих, и родителей, родственников этих людей. Мне довелось общаться с представителями «Сенса» и в Санкт-Петербурге, и в Великобритании

Существует целый ряд проблем, которые являются общими и для Великобритании, и для России, и практически для всех других стран. В первую очередь, я имею в виду выявление слепоглухих. Зрение и слух нередко уходят постепенно, человек теряет сотрудности с самообслуживанием, впадает в депрессию. Слуха уже не хватает, чтобы поговорить по телефону, из-за проблем со ситуации я наблюдал и в Великобритании, и в родном Питере.

А почему люди не обращаются

— Кто-то стесняется, кто-то сам не осознаёт, что оказался в беспомощном положении... Но английский опыт ценен тем, что если слепоглухой человек выявлен, то благодаря «Сенсу» и другим влиятельным благотворительным организациям люди с ограничениями по зрению и слуху получают существенную помощь.

— Что из зарубежного опыта можно было бы использовать в России

 В Англии гораздо эффективнее и без бюрократических проволочек решается вопрос снабжения нуждающихся слуховыми аппаратами. Там в полном объёме



А.А. Марков за компьютером

слепоглухие люди обеспечены услугами тифлосурдопереводчиков. При этом тифлосурдопереводчики одновременно выполняют роль социальных работников. Они сопровождают слепоглухих не только во время визитов к врачам и в государственные учреждения, но и на различные развлекательные мероприятия, во время посещения магазинов и т.д.

«Сенс» устанавливает в домах слепоглу хих «тревожные кнопки» и пожарную сигнализацию. То есть слепоглухой человек может при желании жить самостоятельно, но в случае необходимости оперативно получить помощь. В России этот вопрос пока не решён. Слепоглухим, которые не могут или не хотят самостоятельно готовить, благотворительная организация ежедневно доставляет в контейнерах вкусную горячую пищу

Мне довелось побывать в одном из английских Центров дневного пребывания слепоглухих в Лондоне. Там есть компьютерный класс, проводится обучение системе Брайля и языку жестов. Организованы занятия по рукоделию и лепке. Также в Центре дневного пребывания нам показали деревообрабатывающую мастерскую, которая выполняет коммерческие заказы. Таким образом, слепоглухие люди являются не только получателями благотворительной помощи, но и сами своим трудом участвуют в финансировании «Сенса».

Для слепоглухих в Англии организуются музыкальные занятия и концерты. Даже если слух полностью отсутствует, то человек способен ощущать вибрацию воздуха и таким образом слушать музыку. В Англии к работе со слепоглухими активно привлекаются волонтёры, в том числе зрячие глухие, слепые с хорошим слухом и т.д. Многие волонтёры специально для этой работы изучают язык жестов и систему Брайля.

Кроме Центра дневного пребывания слепоглухих, мне довелось побывать в реабилитационном Центре для слепоглухих в городе Питербоу.

— A чем отличаются эти две орга-

 По сути, их задачи схожи, но в реабилитационном центре учебная работа идёт более тщательно и целенаправленно. Он предназначен для тех слепоглухих, которые тельности, в том числе в бытовых вопросах.

Для каждого человека в Питербоу составляется индивидуальная реабилитационная зрением трудно дойти до магазина... Такие программа. Её продолжительность составляет от полугода до года. Программа включает в себя не только домоводство, пространственное ориентирование, язык жестов и систему Брайля, но и общеобразовательные занятия. В Лондоне я также был гостем «Семейного центра», созданного для помощи семьям со слепоглухими детьми.

— Андрей Андреевич, что Вы могли бы в завершение нашей беседы пожелать читателям газеты «Поле зрения»?

— Я уверен в том, что «Поле зрения» может и дальше не только информировать общественность об успехах и достижениях российской и мировой офтальмологии, но и вносить важный вклад в реабилитацию пациентов с нарушением зрения. Желаю больших успехов всем сотрудникам, авторам и читателям газеты!

Фотографии автора

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2015

мыть надо обязательно. М-да...

кать? Голыми руками?

наркоз. По утрянке больным дают

и думаем, как бы нас не засуди-

ли, но за огромным количеством

в Америке мы перестраховываем-

через два часа после операции, что-

пневмония не развилась. А тут всё

«Резать к чёртовой матери не дожидаясь перитонита!»

КАНАДСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

Registered Nurse, или Записки американской медсестры

Елена Филатова

— А доктор что говорит? — Что доктор? В страхкассе разве доктора? И здорового залечат!

И. Ильф, Е. Петров. Двенадцать стульев.

ногда мне всё ещё не вев Канаде и даже пережила две совершенно кошмарные местные зимы. Запросто натягиваю под джинсы колготки вспомним молодость! — и шлёпаю по сугробам. В Калифорнии я совершенно избаловалась и забыла, что такое тёплое бельё, а в Канаде я быстренько стала счастливым обладателем кальсон на меху и современного варианта валенок с газдесь страшно жарко, что и неудивительно — Оттава находится примерно на широте Одессы. Какого рожна я сюда заехала, спрашиваете? Словно жена декабриста, я поехала за мужем, и иногла мне лаже кажется, что я сделала правильный выбор ⊙.

«Молодая была уже не молода»² — это меткое описание применимо к нам обоим, так что, кроме колец, мы ещё обменялись краткими устными справками о здоровье: у меня хроническая мигрень, а у Дэвида — грыжа. С моей мигренью, перефразируя сразу двух классиков, множество врачей «бились, бились, да только сами разбились»³, а она, мигрень, «какой была, такой и осталась»⁴, а вот на грыжу супруга у меня были виды, в том смысле, что можно и нужно её прооперировать

держится на государственном бюджете, но отдельные частные больницы тоже встречаются, правда, редко. Разница между лечением в государственных и коммерческих что в последнем случае больные сначала платят за операцию из им всё возмещает. Главное — найти деньги и кое-как перебиться пару-тройку недель до того, как тебе пришлют чек. Главная притягательная сила частных больниц страшных очередей, как в государственных лечебных учреждениях: реди на операцию составляет при- цам для начала их полное невнима- громкой сзвязи — значит, он ре- лектов шовного материала: их в США, остались ли у нас невыясмерно 12 недель, в то время как ине к бытовым деталям, если оно — гулярно приходит на работу и ру- годовая себестоимость состав- ненные проблемы), но я всё-таки как минимум полгода.





В провинции Онтарио коммерческая медицина была отменена ки: клиника Шоулдайса основана в 1973 году, но для уже существую- изобретателем одноимённой мето- стоит один и тот же руководитель, щих клиник было сделано исклю- дики и специализируется на хирургическом лечении грыж передней оперировать как раз в одной из та- брюшной стенки. Ежегодно здесь несколько усталый вид. Чувствуетких уцелевших частных клиник — выполняется около 7500 операбольнице Шоулдайс (Shouldice Hosций такого рода — беспрецедент pital) в Торонто, знаменитой чуть ный объем для любой больницы. ли не на весь мир именно своей Здесь достигнут просто невероке. Больница устроена с размахом чении первичных паховых грыж, и занимает здание бывшей частной и герниопластика Шоулдайса счиленте это настоящая помещичья специалистов во всем мире. усадьба с угодьями: большим пар-Почти все операции проводят

ния «под сенью струй»⁵. Правда,

к центральному зданию, постро-

довольно неуклюже приляпан «но-

вый» корпус, воздвигнутый, скорее

из настоящего янтаря на главной

ного дома-музея, меблированного

помещика»⁶ времён владычества

плантаторов. Экскурсовод демон-

бедно сохранённые революционным

достью подчёркивала: «Эта вещь ни

разу не реставрировалась!» Но это

я, конечно, с жиру бешусь: как гова-

как было обещено — компенсиру-

Для меня самой главной досто-

дополненной легким седативным восстановления после операции. Любопытно, что хирурическая методика была разработана во время Второй мировой войны как средпримечательностью больницы ока- ство наискорейшего возвращения вейер запустили в 1945 году, так он входной двери, а в остальном здание до сих пор и работает. Мне кажетизменился с той поры, несмотря на кое-как из запасников. Я почему-то новые медицинские достижения. Для особо любопытных вот ссылна Кубе, демонстрирующего «быт ка на описание герниопластики Шоулдайса http://meduniver.com/ Medical/Abdomen/47n.html, а для Youtube даже есть учебный фильм watch?v=uxX-_xXcHMA.

Сам доктор Шоулдайс (сын основателя больницы), которому уже за ривала одна моя знакомая старуш- восемьдесят, все ещё является пре- взять на вооружение некоторые ка, «Не в Америке, чай, живёшь!» зидентом клиники, и я неоднократ- лайфхаки. Здесь прямо в больниководит. Династии в медицине —

Для этого были все предпосыл- отдельного разговора, но мне каорганизация (любая, не только меся, что новые веения здесь не осонаверное, воспринимаются как кощунство: вам что, наша гениальсвежий ветер перемен и «генеральная уборка» время от времени необ-

Тем не менее в клинику охотно

едут больные из США: во-первых, минут можно добежать до канадской границы ⊚. Во-вторых, стоистрадальцев просто смехотворная: полторы тысячи долларов, включая ционального института здоровья было проведено исследование более пластики, и стоимость открытого метода в 2003 году составляла от \$4000 до \$6000. На мой вгляд, это очень низкие цифры, но с официальными данными не поспоришь называется, с мест — та же операция, сделанная в Окленде, Кастрировала мебель и гобелены, худо- любителей острых ощущений на в роскошной больнице — обошлась больному в 23 тысячи долларов⁷. Примечательно, что клиника

Шоулдайса серьёзно подходит к экономии, и моей калифорнийской больнице было бы неплохо

го больнице пришлось бы отстёгивать уже 70 тысяч в гол. По ланным 2011 года, расходы клиники на операционные и перевязочные материалы составляют только \$17,92 на больного. Другие канадские больницы сообщают, что их затраты составляют около \$700-\$900. При больнице Шоулдайса есть и своя прачечная, что тоже экономит уйму денег

и 90 коек вот такого ископаемого типа: чтобы поднять изголовье или ноги, надо крутить ручку. Я такие музейные экземпляры видела только в медсестринском колледже, когда мы отрабатывали на манекенах разные манипуляции. В реальной больничной жизни все кровати не электрические даже, а электронные, а в реанимации у нас они настолько усложнены, что требуются чуть ли не специальные водитель ские права, чтобы ими управлять. Поразило меня также и отсутствие рационный больной, не совсем очухавшись от наркоза, чебурахнется на пол?! В моей больнице вокруг этого было бы такое ЧП, что всё отделение плакало бы горючими дают иногда, примерно 20 человек процесса, включая медперсонал,

пока отделываются лёгким испугом между кроватями нет занавесок, которые обязательны в американоснована вся методика Шоулдайса. терьере, где просто невозможно иметь тайны от коллектива. Да. час почти у всех есть мобильные. но заслуживает упоминания. Что же касается канадских вра-

общаться в клинике Шолдайса, то их профессионализм проявляется. грубо, зримо». Во время первичного осмотра не допускается никаких пощупали тебя, признали годным к операции — и вали себе, не за-







Дэвиду назначен периоперацион- Никаких послеоперационных нарный антибиотик. Хирург посмо- котиков тут тоже не раздают напратрел на меня как на сумасшедшую во и налево, как я привыкла: дают и спросил: «А зачем?» Вопросов две таблетки тайленола, и привет больше не имею! В Америке никто семье. У меня от такой дозы даже чтобы не влить прямо перед опе-

рацией какой-нибудь антибиотик молодцом ковыляют по стеночке.

Наблюдая за больными, я с изле принять превентивные меры, умлением отметила, что в основчем потом бороться с инфекцией. ном это мололые парни и мужи-Ну а этот врач даже руки не мыл между больными (раковины в ка- прекрасно себя обслуживают, да бинете не было!), только перчатки и вообще, у меня создалось впечатчто перчатки перчатками, а руки медперсонала. Ещё одна интерес-Поэтому нечего удивляться, что мой изначально положительный настрой несколько потускнел, и превышает определённую отметку: до палаты, я уже вовсю крутила но- чала похудеть. Понятно, что таким сом. Палата на двоих, с туалетом, образом снижается вероятность оси «всё бы хорошо, да что-то нехо- сплошная выгода: не надо никого рошо»⁸. Не все правила успешно- таскать на себе и срывать спину. го больничного декорирования

соблюдены: над раковиной чинздоровые люди! чином устроена полка с коробкой На мой вопрос о кодовых ситуадля перчаток, но коробка-то пустая! Как же может ружьё по Че- но случаются, и тогда медсёстры хову выстрелить в последнем акте, звонят 911 и вызывают скорую. если оно изначально не заряжено? Ну думаю, ладно, не буду подни- они на что? А вот не могут они мать бучу, может, просто забыли никого реанимировать — их дело скажу, что и на следующий день давать таблетки, и на этом всё. перчатки не появились, так что На мой американский взгляд, это вую коробку. На меня снова посмо- к абсолютной синекуре, то к тому, трели странно, но перчатки дали. что называется «не бей лежачего». А я думаю: ну вот начнёт больной кровить — чем будете дырки затыи охотно рассказывают о том, как тяжело им живётся. Конечно, в чуется некоторая расслабленность во я видела своими глазами, не совсём, что не касается навещающих ставляет даже десятой части того, родственников. Вот здесь дело поставлено строго: посещения толь- вседневно, не говоря уже о экстреко с 6 до 9 вечера, и никаких по- мальных случаях.

откровением, что медсёстры не бе- вопиющее различие: у нас бы тагают по палатам, а сидят себе на кую операцию делали в дневном посту. Вечером перед операцией проводится массовый инструктаж дом драйв-тру. А тут всех держат больных: по «матюгальнику» выкли- шесть дней — уму непостижимо! кают имена, и группа в количестве Делают лечебную физкультуру, шести-семи человек исправно бе- массаж, прогулки на свежем воздужит к посту. Там они стоят у барье- хе, кормят, естественно... а зачем? ра, как овечки, пока им вправляют В США всё это — при необходимозги и объясняют, как завтра будут мости — делается в реабилитавправлять грыжу. Услышала я и та- ционых центрах и по совсем друкой перл из уст медсестры, отказавшейся отвечать на вопрос больного: Нет, я не спорю — больным-то «Слишком много информации вредочень даже здорово, но мои ка-Я уже говорила, что операция делается с местным обезболиванибольше больных можно было бы пропустить через клинику, если силась), что, конечно, намного проонного пребывания

ще, быстрее и дешевле, чем полный лошадиную дозу таблетированных ный результат, спросите вы? Рада наркотиков и валиума, и им уже рапортовать, что операция про-«что воля, что неволя — всё равно»⁹. Когда меня допустили до мужа не просочилась, несмотря на «нав шесть вечера, он был ещё в пол- личие отсутствия» антибиотиков. ной отключке, хотя его привезли Приехали мы домой в Оттаву, и на в палату в полдень. Никто его не следующий же день Дэвид пошёл теребил и не заставлял вставать и на работу. Ничего у него не болело, ходить, что мне опять же было уди- всё мгновенно зажило, и сейчас он вительно. В Канаде, как правило, просто козликом прыгает. Клининикто не судится с врачами, поэто- ка Шоулдайса достойно оправдала му, если употребить фразу, подслу- свою замечательную репутацию¹⁰. шанную мной в автобусе во время Так что если кому что надо — смепоследней поездки в Россию, «Ста- ло туда обращайтесь, проверено лина нет — страх забыли». Нель- мин нет, и двери с янтарными ручзя сказать, что мы в США только ками всегда открыты!

¹ Покровские ворота. Мосфильм, 1982 г.

предписаний, которые мы обязаны ¹10кровские ворота, мосульна, година, годин выполнять — хоть разорвись! — 3 А. Гайдар. Сказка про военную тайну,

стоит, скорее всего, именно то, что Мальчиша-Кибальчиша и его твердое слово. в банковском деле называется сни-

⁵ Н.В. Гоголь. Ревизор. жением степени риска. Поэтому ⁶ А. Рыбаков. Бронзовая птица. с точки зрения здравого смысла ⁷ http://health.costhelper.com/hernia-repair.

html#extres3 ся: заставляем больных вставать 8 А. Гайдар. Сказка про военную тайну,

Мальчиша-Кибальчиша и его твердое слово. бы спайки не образовывались, и 9 Марья-искусница. Киностудия им. Горького,

10 Информацию о больнице можно прочиочень просто: сгрузили мужика на тать по-русски на сайте http://medbe.ru/ кровать, и он лежит себе пластом. clinics/kliniki-i-gospitali-drugikh-stran/ Так ведь и пролежни у особо нежlechenie-gryzhi-v-kanade-klinika-shouldaysaных могут запросто образоваться.





Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету

«ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов»

Подписной индекс: 15392

и на журнал

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ГЛАУКОМА»

по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать

в любом отделении связи. Подписной индекс: 37353



Помощь глазам современная и своевременная!

124 counting a 2000 to Home 2014. RUR 1575F224. Clariforning pullithernoons are meen 2015.

ООО «Алкон Фармацевтика», 125315, г. Москва, просп. Ленинградский, д. 72, корп. 3.

Ten.: (495) 258 52 78. Факс: (495) 258 52 79. Информация предназначена для медицинских и фармацептических работников.







Торическая гидрофобная моноблочная ИОЛ с особым асферическим дизайном





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