



ИНФО 18+

- f //GlaucomaNews
- 🐦 //EyeNews_ru
- vk //GlaucomaNews
- 📍 //EyeNews_ru



В ЭТОМ НОМЕРЕ

ГИПОТЕЗЫ Стр. 13

ИСТОРИЯ Стр. 14

ТЕХНОЛОГИИ Стр. 15

Бизнес-новости Стр. 16

ретины и сетчатки Стр. 39

ВСЕ ТЕЧЕТ, ВСЕ ИЗМЕНЯЕТСЯ Стр. 40

ЭКСПЕРИМЕНТ Стр. 41

ЗАМЕТКИ ВЕТЕРИНАРА Стр. 42

Приложение Стр. 43

Сладок свет и приятно для глаз видеть солнце...

Тема номера: Лазерные технологии

Юбилейная конференция «Общая и военная офтальмология» кафедры офтальмологии, посвященная 200-летию первой в России кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

В Российской офтальмологии состоялось значительное событие: 13-15 сентября 2018 г. в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (г. Санкт-Петербург) первая в России кафедра офтальмологии отпраздновала свой 200-летний юбилей!



Кафедра была основана по именному указу императора Александра I. Она внесла существенный вклад в развитие отечественной офтальмологии. Академиком Э.А. Юнге была основана Санкт-Петербургская школа офтальмологов, им же заложены основы оптического производства в России. Под руководством академика Л.Г. Беллярминова для борьбы с обратимой слепотой создавались знаменитые «летучие отряды». Под руководством профессоров В.Н. Долганова и Б.Л. Поляка родилась военно-полевая офтальмология. Герой Социалистического Труда профессор В.В. Волков внес существенный вклад практически во все разделы современной офтальмологии.

Из сформированной на кафедре школы общей и военной офтальмологии вышло более 60 профес-

→ на стр. 2

Пульс Общества

Расширенное заседание совета «Национальной Медицинской Палаты»!

16 ноября 2018 г. состоялось расширенное заседание совета «Национальной Медицинской Палаты» (НМП), на которое были официально приглашены представители Российского глаукомного общества (РГО). Союз медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» был создан в 2010 г., его целью является объединение всего профессионального медицинского сообщества России на принципах саморегулирования для совершенствования системы охраны здоровья населения. В настоящее время в состав НМП официально входят представители всех регионов России. РГО готовится к официальному вступлению в состав Палаты, что должно произойти в ближайшее время.

С информацией об актуальной деятельности палаты, направленной на защиту медицинского сообщества и актуализацию разработки национальных медицинских стандартов выступил президент Союза «НМП» профессор Леонид Михайлович Рошаль. Были подняты вопросы создания системы правовой и юридической защиты медицинских работников и медицинских организаций, представления интересов медицинских работников перед государством и обществом, содействия совершенствованию системы охраны здоровья населения, а также подготовки и переподготовки медицинских кадров с целью улучшения качества оказания медицинской помощи. С поздравительной речью о расширении и официальном признании юридической полномочий НМП выступила первый заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Владимировна Яковлева.



В докладах на совете были рассмотрены тематики медицинских квалификаций, востребованных рынком труда в здравоохранении, состояние профессиональных стандартов, вопросов нормативного урегулирования защиты медицинских работников.

Национальная Медицинская Палата намерена осуществлять правовую защиту и юридическую поддержку профессиональной деятельности медицинских работников. Считается необходимым введение института независимой экспертизы медицинских документов и общественной защиты в судебных слушаниях. Активно сотрудничая со средствами массовой информации и участвуя в общественных и судебных слушаниях, НМП намерена не допускать бездоказательных обвинений медицинских работников, что действительно актуально в настоящее время.

Д.м.н. С.Ю. Петров, 16 ноября 2018 года

Источник фото: <https://medvestnik.ru>

Много оригинальных статей
Смотри стр. 59-77

Конкурсы EyeNews!
Смотри стр. 44

16-й ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА

2018 ПРОГРАММА

XVI Конгресса Российского глаукомного общества 2018 года.
Первая пятница и суббота декабря! См. стр. 17-38

НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ

Продолжение, начало на стр. 1

соров, возглавивших кафедры офтальмологии в России и странах ближнего зарубежья, в т.ч. проф. А. В. Иванов, получивший мировую известность работами по патоморфологии глаза, проф. С.В. Очаповский – основоположник офтальмологии на Северном Кавказе, проф. Ф.А. Ерофеев и С.В. Лобанов, основавшие офтальмологию в Сибири. В Санкт-Петербурге большой вклад внесли профессора, возглавлявшие кафедры медицинских вузов: Н.И. Андогский, Я.В. Зеленковский, Э.Э. Андресен, А.И. Горбань, О.А. Джалишвили. В настоящее время широко известны имена выпускников кафедры, работающих в Москве: профессоров И.Б. Максимова, М.М. Шишкина, А.И. Журавлева. В Санкт-Петербурге трудятся профессора Э.В. Бойко, Л.И. Балашевич, В.В. Бржеский, Е.Е. Сомов, М.М. Дронов. На кафедре активно работают профессор В.В. Волков, В.Ф. Даниличев, Р.Л. Трояновский. В настоящее время на кафедре офтальмологии проводятся фундаментальные исследования по разработке организационных основ и технологий лечения травмы глаза в современных локальных конфликтах.

В работе юбилейной конференции приняли участие известные ученые-офтальмологи: главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава России, член-корреспондент Российской академии наук, профессор В.В. Нероев, главный внештатный специалист-офтальмолог Департамента здравоохранения города Москвы, академик Российской академии наук профессор Л.К. Мошетова, профессор В.В. Волков, член-корреспондент Российской академии наук, профессор Х.П. Тахчиди, а также профессор Ю.С. Астахов. Участниками конференции были 62 доктора медицинских наук, в том числе 4 действительных члена и члена-корреспондента РАН, более 50 профессоров. На конференции присутствовало более 500 представителей из 30 городов России: Москвы, Калуги, Чебоксар, Ростова-на-Дону, Екатеринбурга,

Оренбурга, Астрахани, Уфы, Самары, Владивостока, Мурманска. Ее посетили также офтальмологи из Белоруссии, Германии, Австрии, Италии, Румынии.

В ходе работы конференции было сформировано 16 секций. Конференция началась с «живой» хирургии, во время которой велась трансляция в зал отеля «Коринтия», в котором разместились более 400 участников. В «живой» хирургии участвовали ведущие офтальмохирурги России: А.В. Головин, Д.И. Иванов, В.Н. Казайкин, Д.С. Мальцев, О.Г. Оганесян, Ю.В. Тахтаев, К.П. Телегин и доктор F. Balta из Румынии. Модераторами в зале выступили С.Ю. Астахов, П.Л. Володин, Ю. А. Иваннишко, Г.В. Ситник, С.Ю. Слонимский, В.Н. Трубилин, Д.О. Шкворченко, С.В. Чурашов. В ходе видеотрансляции из операционной осуществлялись комментарии и дискуссия в зале.

По окончании «живой» хирургии состоялась торжественная церемония открытия юбилейной конференции. С приветственным словом выступили начальник Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ Д.В. Тришкин, директор ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней имени Гельмгольца», главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава России, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, д.м.н. профессор В.В. Нероев. Во время открытия конференции была проведена торжественная церемония вручения наград Министерства обороны сотрудникам кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии.

В первый день конференции было проведено два пленарных заседания, на которых с докладами выступили ведущие специалисты-офтальмологи не только России, но также прибывшие из ближнего и дальнего зарубежья. Первое пленарное заседание началось с докла-



→ на стр. 6

SPECTRALIS

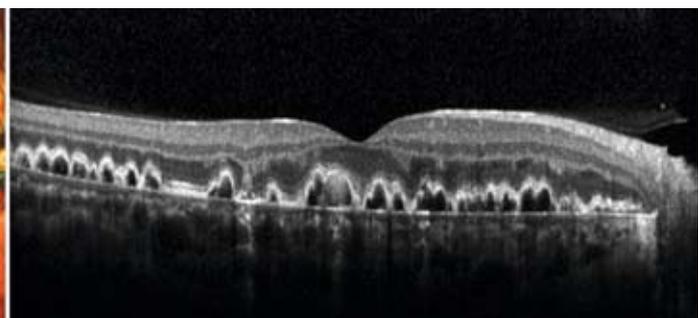
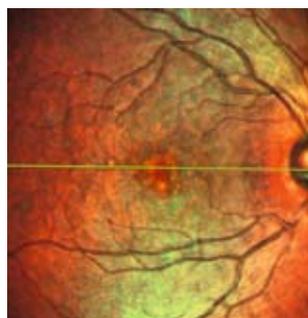
HEIDELBERG ENGINEERING

Самая высокая частота сканирования среди оптических когерентных томографов в мире. Отсутствие погрешности измерений. Подтвержденный контроль динамики.

Частота сканирования 85 000 А-сканов/сек.

Увеличенные анатомические детали, погрешность измерения в 1 мкм, возможность реального отслеживания динамических изменений. Расширенная детализация образов. Автоматическое определение зоны повторного сканирования.

Стимулирует развитие новых методов лечения и работы с пациентами в процессе оказания офтальмологической помощи.



Трансклеральное лазерное лечение глаукомы терминальной стадии в режиме микропульса: пилотное исследование

Реферат

Цель – оценить результаты трансклерального лазерного лечения глаукомы терминальной стадии в режиме микропульса, проводившегося в рамках клинической апробации прибора Cyclo G6 Glaucoma laser system (IRIDEX, США).

Материал и методы. Проводилась сравнительная оценка лечения глаукомы терминальной стадии методами контактной диод-лазерной циклофотокоагуляции и трансклеральной микроимпульсной циклофотокоагуляции.

Результаты. Все операции были проведены без осложнений. После микроимпульсной циклофотокоагуляции отмечается эффективная депривация болевого синдрома на фоне достижения стабильного гипотензивного эффекта. Количество гипотензивных препаратов у пациентов данной группы снизилось в среднем с 3,0 (до операции) до 1,53 – после операции (через 4 месяца). Количество гипотензивных капель в сравниваемой группе – 3,0 до операции, после операции – 2,1 (через 4 месяца).

Заключение. Данные проведенного исследования показывают, что трансклеральная микроимпульсная ЦФК является атравматичным, безопасным методом лечения тяжелых форм глаукомы, позволяет устранить болевой синдром и добиться прогнозируемого эффекта с минимальным риском послеоперационных осложнений. Результаты повторных УБМ-исследований убедительно свидетельствуют о сохранности анатомо-топографических соотношений цилиарного тела на фоне умеренной гидратации в раннем послеоперационном периоде, что свидетельствует о безопасности методики в плане риска развития тяжелых осложнений, таких как гипотония и субатрофия глаза.

Ключевые слова: терминальная стадия глаукомы, трансклеральная микроимпульсная циклофотокоагуляция, контактная диод-лазерная циклофотокоагуляция, цилиарное тело, ультразвуковая биомикроскопия.

Transscleral laser treatment of end-stage glaucoma in the micropulse mode: a pilot study.

Abstract

Objective. To evaluate the results of transscleral laser treatment of end-stage glaucoma in the micropulse mode conducted within the clinical approbation of the Cyclo G6 Glaucoma laser system (IRIDEX, USA).

Material and methods. We conducted a comparative evaluation of the treatment of terminal-phase glaucoma by contact diode-laser cyclophotocoagulation and transscleral microimpulsive cyclophotocoagulation.

Results. All operations were performed without complications. After microimpulse cyclophobic coagulation there is an effective deprivation of pain syndrome against a background of achieving a stable hypotensive effect. The number of antihypertensive drugs in the patients of the main group decreased on average from 3.0 (before surgery) to 1.53 after surgery (after 4 months). The number of hypotensive

drops in the control group was 3.0 before surgery, after surgery, 2.1 (after 4 months).

Conclusion. The data of the conducted study show that the transscleral microimpulsive cyclophotocoagulation is an atraumatic, safe method of treatment of severe forms of glaucoma, it allows to eliminate pain syndrome and achieve a predictable effect with minimal risk of postoperative complications. The results of repeated ultrasonic biomicroscopy studies convincingly testify to the preservation of the anatomical and topographic correlations of the ciliary body against the background of moderate hydration in the early postoperative period, which indicates the safety of the technique in terms of the risk of developing severe complications such as hypotension and subatrophy of the eye.

Key words: terminal stage of glaucoma, transscleral microimpulse cyclophotocoagulation, contact diode-laser cyclophotocoagulation, ciliary body, ultrasonic biomicroscopy.

Введение.

Органосохраняющие операции, получившие бурное развитие в последние десятилетия, становятся приоритетным направлением в лечении терминальной болящей глаукомы и направлены в первую очередь на устранение болевого синдрома [1, 2, 4, 6].

В настоящее время наиболее широкое распространение в хирургии глаукомы терминальной стадии получила контактная диод-лазерная циклофотокоагуляция (АЛОД-01-«АЛКОМ» (Россия), направленная на подавление продукции водянистой влаги за счет частичной атрофии цилиарного тела. Однако, несмотря на то, что контактная диод-лазерная циклофотокоагуляция приводит к анальгезирующему и стойкому гипотензивному эффекту, методика сопровождается значительным количеством осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде [1, 2, 4, 5, 7].

Цель – оценить результаты трансклерального лазерного лечения глаукомы терминальной стадии в режиме микропульса, проводившегося в рамках клинической апробации прибора Cyclo G6 Glaucoma laser system (IRIDEX, США).

Материал и методы

Результаты клинического исследования базировались на анализе клинико-функционального состояния 26 глаз 26 пациентов с терминальной стадией глаукомы, лечение которых проводилось методом микроимпульсной трансклеральной ЦФК (основная группа). Больные распределялись следующим образом: первичная открытоугольная глаукома терминальной стадии – 22 глаза (76% случаев); вторичная некомпенсированная глаукома – 4 глаза (24% случаев), из которых 2 глаза были прооперированы по поводу отслойки сетчатки; 2 глаза с факотопической глаукомой. Возраст пациентов варьировал от 27 до 83 лет (66,6±8,73 лет). Внутриглазное давление до операции составляло 39,0 (38,0; 43,0) мм рт.ст. на фоне максимального гипотензивного режима. Коэффициент числа применяемых гипотензивных препаратов до операции составил 3,0. Срок наблюдения пациентов – 4 месяца.

Также была сформирована контрольная группа из 26 пациентов (26 глаз), которая включала в себя 23 пациента (88% случаев) с первичной открытоугольной глаукомой терминальной стадии и 3 пациента (12% случаев) с вторичной некомпенсированной глаукомой, развившейся вследствие тромбоза центральной вены сетчатки.

Возраст пациентов составил в среднем 66,5±7,62 лет (от 51 до 81 лет). Внутриглазное давление до операции составило 37,0 (36,0; 41,0) мм рт.ст. на фоне максимального гипотензивного режима. Коэффициент числа применяемых гипотензивных препаратов до операции составил 3,0. Лечение пациентов контрольной группы осуществлялось методом контактной диод-лазерной циклофотокоагуляции (АЛОД-01-«АЛКОМ», Россия).

Всем пациентам были проведены стандартные клинические обследования, включающие визометрию, тонометрию, тонографию, компьютерную периметрию, ультразвуковую биометрию, электрофизиологическое обследование, биомикроскопию, гониоскопию, офтальмоскопию.

Основным из дополнительных методов обследования была ультразвуковая биомикроскопия (УБМ), которая проводилась на приборе EyeCubed (Ellex, Австралия). Толщина базиса цилиарного тела (мм) измерялась по перпендикуляру от внутренней поверхности склеры и до отростчатой части цилиарного тела (ЦТ) в 1500 мкм от склеральной шпоры, кроме этого оценивались форма и положение цилиарного тела – по методике Pavlin С.Ј. и Егоровой Э.В. Также оценивалась форма и положение цилиарного тела [8, 9].

Основными характеристиками методики транссклеральной микроимпульсной ЦФК с помощью прибора Cyclo G6 Glaucoma laser system (IRIDEX, США) являлись: длина волны – 810 нм, энергия импульса – 50–3000 мВт, экспозиция 10 мс – 90 с, рабочий цикл: 1–50%. При проведении настоящих исследований использовался диапазон энергии импульса от 1800 до 2000 мВт, время экспозиции составило 80 с.

Основные технические характеристики контактной диод-лазерной ЦФК (АЛОД-01-«АЛКОМ», Россия): длина волны лазерного излучения – 810 нм, мощность излучения – 0,1–3 Вт, режим работы – непрерывный, длительность одного импульса излучения – 0,05–5 с.

При создании первичной базы данных использовался редактор электронных таблиц Excel из пакета приложений Microsoft Office 2013. Расчет необходимого объема выборки и статистическая обработка результатов клинического исследования осуществлялись с помощью программы STATISTICA 10, StatSoft.

Результаты описательной статистики представлены в виде медианы (25-й процентиль, 75-й процентили). С учетом того, что все исследуемые показатели имели ненормальное распределение (тест Шапиро – Уилка, Колмогорова – Смирнова), в работе были использованы непараметрические методы статистики. Для определения различий между полученными результатами лечения в

основной и контрольной группах применяли U-критерий Манна – Уитни для двух независимых выборок. Статистическая значимость различий была принята за $p < 0,05$.

Результаты

Все операции были проведены без осложнений. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась противовоспалительная и антибактериальная терапия. У пациентов основной группы депривация болевого синдрома наступала сразу после проведения операции, в дальнейшем наличия болевого синдрома не было отмечено на протяжении всего периода наблюдения. В контрольной группе после проведения контактной транссклеральной диод-лазерной ЦФК медикаментозно была осуществлена депривация развившегося болевого синдрома в течение 1–2 суток. В послеоперационном периоде пациентам обеих групп назначалась гипотензивная терапия.

Количество гипотензивных препаратов у пациентов основной группы снизилось в среднем с 3,0 (до операции) до 1,53 – после операции (через 4 месяца). Количество гипотензивных капель в контрольной группе – 3,0 до операции, после операции – 2,1 (через 4 месяца).

Таблица 1
Внутриглазное давление после микроимпульсной ЦФК и контактной диод-лазерной ЦФК (мм рт.ст.)

Срок	Микроимпульсная ЦФК (n=26)	Контактная диод-лазерная ЦФК (n=26)	p
До операции	39,0 (38,0; 43,0)	37,0 (36,0; 41,0)	0,15
1-й день	31,0 (27,0; 34,0)*	31,5 (28,0; 35,0)*	0,61
14-й день	29,0 (25,0; 32,0)	30,0 (26,0; 33,0)	0,50
1 мес.	30,0 (27,0; 33,0)	29,0 (27,0; 35,0)	0,91
2 мес.	29,0 (25,0; 32,0)	30,0 (26,0; 34,0)	0,52
4 мес.	28,0 (26,0; 31,0)	29,0 (26,0; 33,0)	0,45

* $p < 0,05$ – послеоперационные значения к дооперационным.

Анализируя данные ВГД (мм рт.ст.) в основной и контрольной группах, можно сделать вывод о том, что достоверных различий между группами не наблюдалось, а, следовательно, метод микроимпульсной ЦФК не менее эффективен, чем метод контактной диод-лазерной ЦФК. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) по отношению к дооперационным данным наблюдались только на сроке наблюдения в 1 день после операции. В дальнейшем статистический анализ не показал значимых различий ($p < 0,05$) на сроках наблюдения 14 дней, 1 мес., 2 мес., 4 мес. (табл. 1.), т.е. повышения ВГД (мм рт.ст.) в обеих группах не происходило.

Таблица 2

Группа	УБМ-сканы до операции	УБМ-сканы на 5-й день после операции	УБМ-сканы через 4 мес. после операции
Микроимпульсная ЦФК	Цилиарное тело без видимой патологии, гомогенной акустической плотности	Умеренная картина диффузной гипозоногенности, что свидетельствует о послеоперационной гидратации ЦТ	Толщина ЦТ соответствует дооперационной
Контактная диод-лазерная ЦФК	Цилиарное тело без видимой патологии, гомогенной акустической плотности	Выраженная акустическая гетерогенность с наличием зон высокой акустической плотности, что свидетельствует о грубых морфологических изменениях ткани	Дальнейшее нарастание анатомических изменений ЦТ с характерным резким уменьшением толщины тела

Особую значимость представляли результаты сравнительного УБМ-исследования цилиарного тела после транссклеральной микроимпульсной ЦФК и контактной транссклеральной диод-лазерной ЦФК.

Следует отметить, что изменения цилиарного тела у пациентов контрольной группы имели тот же характер, что и в исследовании других авторов [3].

Заключение

Данные проведенного исследования показывают, что транссклеральная микроимпульсная ЦФК является атравматичным, безопасным методом лечения тяжелых форм глаукомы, позволяет устранить болевой синдром и добиться прогнозируемого эффекта с минимальным риском послеоперационных осложнений. Результаты повторных УБМ-исследований убедительно свидетельствуют о сохранности анатомо-топографических соотношений цилиарного тела на фоне умеренной гидратации в раннем послеоперационном периоде, что говорит о безопасности методики в плане риска развития тяжелых осложнений, таких как гипотония и субатрофия глаза.

Литература

1. Бойко Э.В., Шишкин М.М., Березин Ю.Д. Диодный лазер в офтальмологической операционной. СПб., 2000: 1-17.
2. Волков В.В., Качанов А.Б. Диод-лазерная транссклеральная контактная циклокоагуляция в лечении вторичных глауком и офтальмогипертензий. Офтальмолог. журн. 1993; 3: 274-277.
3. Дробница А.А. Оптимизация технологии контактной транссклеральной диод-лазерной циклофотокоагуляции

на основе оценки анатомо-функциональных изменений глаза у пациентов при терминальной болящей глаукоме. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2015: 41-64, 91-93.

4. Деев Л.А., Могилевцев В.В., Ромашенков Ф.А. Метод хирургического лечения терминальной стадии глаукомы. Современные технологии лечения глаукомы. Федоровские чтения-2003: Сб. науч. ст. М, 2003: 231-234.
5. Егоров Е.А. Глаукома национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 44-62.
6. Качанов А.Б. Диод-лазерная транссклеральная контактная циклокоагуляция в лечении различных форм глауком и офтальмогипертензий (экспериментально-клиническое исследование). Автореф. дис. ... канд. мед.наук. СПб., 1998:15-30.
7. Краснов М.М., Наумиди Л.П., Транссклеральная контактная лазерная циклокоагуляция при глаукоме. Вестник офтальмологии. 1988; 5: 35-40.
8. Егорова Э.В., Узунян Д.Г., Толчинская А.И., Саруханян А.А. Информативность ультразвуковой биомикроскопии в диагностике псевдоэкзофалиативного синдрома. Клин. офтальмология. 2006; 2: 50-54.
9. Pavlin C.J., Harasiewicz K., Eng P., Foster F.S. Ultrasound biomicroscopy of anterior segment structures in normal and glaucomatous eyes. Am. J. Ophthalmol. 1992; 113: 381-389. 

Проф. Н.С. Ходжаев, А.В. Сидорова,
А.В. Баева, Е.А. Смирнова,
ФГАУ «НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ,
сентябрь 2018 ©

Люксфен® ТЬМА ОТСТУПАЕТ

Бримонидин 0,2% 5 мл

- Снижение офтальмотонуса до 10-12 мм рт.ст., контроль 12 часов¹
- Нейропротекторные свойства даже в условиях повышенного офтальмотонуса^{2,3,4}
- Дополнительное увлажнение поверхности глаза за счет поливинилового спирта⁵
- Кратность применения – 2 раза в сутки¹
- Производится в Европейском Союзе, в соответствии со стандартами GMP*¹

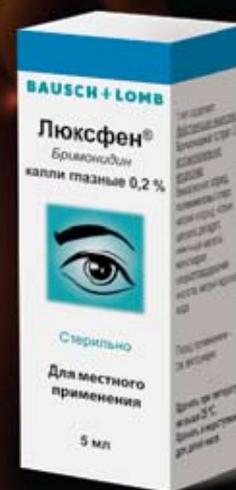
¹ Инструкция по применению лекарственного препарата ЛЮКСФЕН. ² Lambert W.S., Ruiz L., Crish S.D., Wheeler L.A., Calkins D.J. Brimonidine prevents axonal and somatic degeneration of retinal ganglion cell neurons. Mol Neurodegener. 2011; 6: 4. ³ Lopez-Herrera M.P.L., Mayor-Torroglosa S., de Imperial J.M., Villegas-Perez M.P., Vidal-Sanz M. Transient ischemia of the retina results in altered retrograde axoplasmic transport: neuroprotection with brimonidine. Exp Neurol. 2002; 178: 243-258. ⁴ Cun-Jian Dong, William A. Hare and Larry Wheeler. Neural Mechanisms Underlying Brimonidine's Protection of Retinal Ganglion Cells in Experimental Glaucoma, Glaucoma – Basic and Clinical Concepts, book edited by Shimon Rumet, Published: November 11, 2011. ⁵ Мальцева В.Б., Шевчук Н.Е. Синдром «сухого глаза»: диагностика, патогенез, лечение. ГИ «Уфимский НИИ глазных болезней» АН РБ, мате-риалы Международной научно-практической конференции по офтальмохирургии «Восток-Запад» – 2011.

*Стандарт GMP (Good Manufacturing Practice – надлежащая производственная практика) – система нормативных правил и указаний в отношении производства: лекарственных средств, медицинских устройств, изделий диагностического назначения, продуктов питания, пищевых добавок, активных ингредиентов, контролирующая производство в Европейском Союзе и других странах.

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.
Тел.: +7 (495) 510 28 79 www.valeant.com

Реклама
RUS-OPH-LUX-LUX-03-2018-1060



Рег. номер: ЛП-001434 от 16.01.2012

КОНФЕРЕНЦИИ СЕМИНАРЫ ВЫСТАВКИ ШКОЛЫ

Продолжение, начало на стр. 1-2

да профессора Н. Koch (Германия), в котором он осветил основные этапы жизни первого начальника кафедры офтальмологии Санкт-Петербургской Императорской медико-хирургической академии – академика Иосифа Эрнста Груби, включая его службу в рядах армии генерала-фельдмаршала М.Б. Браклая-де-Толли, а также успешное руководство клиникой офтальмологии в академии. Руководитель Венской университетской клиники глазных болезней и оптометрии профессор U. Schmidt-Erfurth (Австрия) в докладе сделала акцент на возможности использования искусственного интеллекта в офтальмологии и перспективы его развития. Член-корреспондент РАН профессор Х.П. Тахчиди в своем докладе поделился положительными результатами первых имплантаций бионического глаза в России. Глава Университетской клиники офтальмологии г. Килья (Германия) J. Roeder в своем докладе рассказал о новых возможностях и рисках при использовании различных видов силиконового масла. Действительный член РАЕН профессор М.М. Шишкин осветил актуальную для офтальмологии проблему реабилитации слабовидящих, в частности, больных с далеко зашедшей пролиферативной диабетической ретинопатией. Доктор D. Vacherini (Флоренция, Италия) в своем докладе

рассказала о новых диагностических возможностях ангио-ОКТ при наследственных дистрофиях сетчатки. На второй части пленарного заседания выступил доцент кафедры офтальмологии В.Ф. Черныш, отразивший итоги многолетней исследовательской работы в клинике офтальмологии ВМЕА по проблеме ожогов глаз. В докладах ведущих специалистов России М.М. Бикбова, Е.В. Ченцовой, А.В. Воронова, А. Д. Чупрова были рассмотрены актуальные для современной офтальмологии темы: офтальмотравматология, заболевания роговицы, организация офтальмологической помощи, удаление инородных тел орбиты. Наибольший интерес и дискуссию вызвал доклад старшего научного сотрудника ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца», д.м.н. профессора О.Г. Оганесяна «DMEK 2008 vs DMEK 2018. Что изменилось?». Актуальная для офтальмологов тема была затронута в докладе руководителя Центра фундаментальных и прикладных медико-биологических проблем МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» г. Москва профессора С.А. Борзенка «Проблемы Глазных банков и донорства роговицы в Российской Федерации».

В секции «Реконструктивная офтальмохирургия и офтальмоонкология» были рассмотрены вопросы реконструктивной и косметической хирургии, а также современные способы лечения онкологических заболеваний органа зрения. Профессор Д.В. Давыдов (Москва) и профессор В.Л. Красильникова (Минск, Белоруссия) в своих докладах раскрыли возможности современной диагностики и реконструкции посттравматических деформаций орбиты. Впервые была предложена новая классификация этого типа повреждения глазницы. Профессор С.В. Саакян в своем докладе представила современные принципы диагностического поиска при опухолях орбиты. Профессор О.Г. Пантелеева в докладе раскрыла актуальные вопросы эндокринной офтальмопатии, новые взгляды на диагностику и лечение данной тяжелой патологии. Доцент Д.С. Горбачев выступил с докладом, в котором доложил о первом опыте в России кафедры офтальмологии ВМЕА в использовании трансназального доступа для удаления опухолей, расположенных в вершине глазницы, доказав, что данный метод является высокоэффективным, а к.м.н. Т.А. Леонгардт (ВМЕА) обобщила опыт лечения больных с тяжелыми повреждениями глазницы в исходе эндоназальной эндоскопической хирургии околоносовых пазух.

Особенный интерес вызвала секция «Фундаментальные исследования в офтальмологии». В докладе профессора С.А. Коскина были описаны современные методы исследования остроты зрения и подчеркнута их роль при решении вопросов, связанных с врачебной экспертизой. В докладе д.м.н. И.В. Зольниковой были освещены практические аспекты результатов электрофизиологических исследований при пигментном ретините. Доклад профессора Ю.Е. Шелпина «Зрительный стресс» был посвящен современным представлениям о физиологии зрительного восприятия и их связи с эмоциями.

В докладе профессора Г.И. Рожковой прозвучала оценка таблицы ETDRS как международного стандарта. Доклад д.б.н. М.В. Даниловой касался врожденных и приобретенных нарушений цветовой зрения, механизмов и методов тестирования. Доклады Н.Н. Васильевой и С.Н. Даниличева были посвящены оценке зрительных функций у космонавтов. Доклады вызвали живую дискуссию, в ходе которой было отмечено, что необходимо шире применять новые диагностические методы в клинической практике офтальмологических отделений лечебных учреждений.

Работу секции «Витреоретинальная хирургия» открывал доклад профессора J. Roeder, посвященный отдаленным осложнениям после экстрасклерального пломбирования сетчатки с использованием гидрогелевых пломб (MIRAgel), где автор обратил внимание коллег на актуальность экстрасклеральной хирургии и возможные ее осложнения. В докладе д.м.н. С.В. Чурашова нашли отражение современные кафедральные разработки в микрохирургическом лечении открытой травмы глаза с использованием оригинальных магнитных наконечников калибра 25G. Профессор Н.Л. Лепарская остановилась на особенностях пролиферативного синдрома при травме глаза и возможностях его лечения и профилактики. Доцент Я.В. Байбородов подробно остановился на дифференцированном подходе к хирургическому лечению патологии витреомакулярного интерфейса. Профессор Г. Е. Столяренко остановился на анализе ошибок при лечении витреомакулярного тракционного синдрома. К.м.н. Д.О. Шкворченко рассказал о применении PRP при хирургическом лечении регматогенной отслойки сетчатки с макулярным разрывом. Д.м.н. В.Н. Казайкин посвятил свой доклад персонализации дозы антибактериального препарата для интравитреального введения при лечении эндофтальмита. К.м.н. О.А. Коникова в своем докладе подняла проблему осложнений ретинопатии недоношенных у взрослых.

В секции «Лазерные технологии лечения патологии глазного дна» д.м.н. П.Л. Володин подвел итог многолетнего опыта применения фотодинамической терапии с хлорином Е6 в лечении неоваскулярной патологии сетчатки и подчеркнул высокую эффективность и безопасность этого метода. Е.В. Иванова и В.А. Шаимова сообщили о своих подходах к лечению патологии сетчатки с использованием навигационной лазерной системы Navilas 577s. Д.м.н. М.В. Гацу привела результаты наблюдения за пациентами с осложненными формами куполообразной макулы. Д.м.н. А.С. Измайлов подчеркнул важность соблюдения регламентированных подходов к лазерной коагуляции при диабетической ретинопатии.

В секции «Мультимодальный подход в диагностике ретинальной патологии» D. Vacherini сообщила о высокой прогностической значимости данных ОКТ-ангиографии, полученных у пациентов с макулярными разрывами и фиброзом внутренней пограничной мембраны до хирургического лечения. Д.м.н. М.В. Будзинская в своем докладе подчеркнула важность мультимодального подхода к диагностике поражений ретинального пигментного эпителия при возрастной макулярной дегенерации. Т.Б. Шаимов в докладе «Алгоритм неинвазивной диагностики полипозной хориоидальной васкулопатии» сообщил о возможностях заменить индоцианин-зеленую ангиографию в диагностике полипозной хориоидальной васкулопатии ОКТ-ангиографией. Н.С. Семенова в своем докладе подчеркнула важность одновременного использования флюоресцеиновой и ОКТ-ангиографии для наиболее точной диагностики патологии сетчатки.

Секция «Антиангиогенная терапия» вызвала интерес у участников конференции в связи с высокой актуальностью проблем, связанных с широкой распространенностью патологических состояний глазного яблока, требующих применения антиангиогенных препаратов. В докладе д.м.н. М.В. Будзинской отражена диагностическая ценность ангио-ОКТ в определении показаний к проведению антиангиогенной терапии при ВМД, также перечислены признаки, при которых данная терапия не показана. Д.м.н. А.С. Измайлов в своем докладе сообщил об алгоритмах лечения нарушений кровообращения в бассейне ЦВС, ведущую роль в которых, наряду с лазерными методиками, имеют и ангиангиогенные препараты. Д.м.н. М.В. Гацу сообщила о возможности диагностировать полипозную хориоидальную васкулопат



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Возможно ли решение проблемы вторичной глаукомы при длительной тампонаде витреальной полости?

Реферат

В статье освещаются существующие и предлагается новый уникальный заменитель стекловидного тела, проводится сравнение изменений внутриглазного давления (ВГД) при различной тампонаде витреальной полости.

Цель – провести сравнение изменений ВГД на фоне тампонады витреальной полости силиконовым маслом и «Витреолоном» в эксперименте.

Материал и методы. Эксперимент проводился на 12 кроликах, по 6 в каждой группе. В первой группе тампонирующим веществом являлось силиконовое масло (12 глаз), во второй – «Витреолон» (12 глаз). Было использовано силиконовое масло 1000 сантистокс (Dorc Silicone Oil 1000). Сроки наблюдения составили для первой группы 3 месяца, для второй – 6 месяцев.

Результаты. Доклинические исследования показали высокую биосовместимость нового заменителя стекловидного тела «Витреолон» и его устойчивость к сдвиговым напряжениям (нагрузкам), возникающим в процессе инъекции. Было выявлено, что препарат не оказывает никакого системного или местного токсического действия, не вызывает повышение ВГД на всех сроках наблюдения и длительное время полностью сохраняет свою прозрачность.

Ключевые слова: стекловидное тело, заменители стекловидного тела, тампонада витреальной полости, вторичная глаукома, хирургическое лечение.

Is it possible to solve the problem of secondary glaucoma with long-term tamponade of vitreous cavity?

Abstract

The article highlights the existing and proposes a new, unique replacement of the vitreous body, and showing a comparison of changes in IOP (intraocular pressure) at different kind of tamponade of the vitreal cavity.

Purpose. To compare the changes of IOP on the background of tamponade of vitreous cavity with silicone oil and "Vitreolon" in the experiment.

Material and methods. The experiment was conducted on 12 rabbits, 6 in each group. In the first group silicone oil was used (12 eyes, Dorc Silicone Oil 1000), the second – "Vitreolon" (12 eyes). The follow-up period was 3 months for the first group and 6 months for the second group.

Results. Preclinical studies have shown high biocompatibility of the new substitutes of the vitreous body "Vitreolon" and its resistance to shear stresses that occurs during the injection process. It was revealed that "Vitreolon" does not have any systemic or local toxic effect, does not cause an increase in IOP at all times of observation, and for a long time fully retains its transparency.

Keywords: vitreous, substitutes of the vitreous body, tamponade of vitreous cavity, secondary glaucoma, surgical treatment.

Введение

Анатомический и функциональный успех в хирургии отслоек сетчатки в большинстве случаев зависит от правильного выбора хирургом адекватного метода тампонады витреальной полости. Наиболее распространенными

веществами для тампонады в настоящее время являются газообразные вещества, перфторорганические соединения и силиконовое масло различной вязкости [1–4, 6–8, 11, 15, 16, 21, 22, 24, 32–34, 37, 38].

Известно, что при длительном нахождении в витреальной полости силиконовое масло провоцирует ряд тяжелых осложнений, которые приводят к необратимым изменениям зрительных функций и сводят на нет анатомический успех оперативного вмешательства [4, 5, 18, 19]. Так, по данным литературы, в ответ на введение силиконового масла организм дает макрофагальную воспалительную реакцию, которая способствует эмульгации силиконового масла [4, 5, 9, 15, 17, 19]. Эмульгация силиконового масла в свою очередь влечет за собой возникновение таких тяжелых осложнений, как кератопатия, вторичная гипертензия и помутнение хрусталика [11, 12, 14, 18, 19, 30].

Внутренняя поверхность силикона так же, как и задняя гиаловидная мембрана, является субстратом для роста глиальной ткани, что приводит к перисиликоновой пролиферации и тракционной отслойке сетчатки [14, 31]. Кроме того, силиконовое масло, находясь в витреальной полости, индуцирует возникновение оптических аберраций, которые значительно снижают качество зрения [20].

Повышенное внутриглазное давление (ВГД) является частым следствием оперативных вмешательств на заднем отрезке глаза [23]. Офтальмогипертензия встречается в 38% случаях всех витреотомий в первые 48 часов [26]. При использовании силиконового масла для тампонады витреальной полости офтальмогипертензия встречается как в раннем [10, 27, 28], так и в позднем послеоперационном периоде [25, 36]. Клиническими факторами, приводящими к повышению ВГД при тампонаде силиконовым маслом, являются наличие миопии, дистрофии и неоваскуляризация радужки. Существует несколько основных причин нарушения ВГД: силиконовая блокада путей оттока внутриглазной жидкости [35], изменения в трабекуле [29], смещение иридо-хрусталиковой диафрагмы [13]. Кроме того, стоит отметить, что само силиконовое масло, в отличие от нативного стекловидного тела, не участвует в процессах гидродинамики. Вот почему необходим поиск новых заменителей стекловидного тела.

Так возможно ли решение проблемы вторичной глаукомы при длительной тампонаде витреальной полости?

В настоящее время для создания искусственного стекловидного тела, на наш взгляд, наиболее перспективными являются гидрогели-полимеры (обычно сшитые), содержащие в своей структуре значительное количество сорбированной воды. По своим свойствам гидрогели в наибольшей степени схожи с нативным стекловидным телом: имеют высокое влагосодержание, прозрачность, необходимые вискоэластические свойства, нетоксичны, способны инъецироваться через канюли.

В результате длительных исследований был разработан гидрогелевый протез стекловидного тела «Витреолон», не имеющий отечественных и зарубежных аналогов.

«Витреолон» представляет собой слабосшитый гидрогель на основе сополимера N-винилпирролидона и акриловых сомономеров, полученный из мономеров в процессе радикальной полимеризации. Это прозрачный

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

бесцветный или слегка желтоватый гель, имеющий равновесное влагосодержание 93,5–94,2 мас.%, плотность 1,055–1,060 г/см³, коэффициент преломления 1,345–1,350, пропускание света 93–95%. По основным характеристикам и консистенции «Витреолон» близок к нативному стекловидному телу. Он биологически инертен, стабилен в водных биологических средах, не вызывает и не поддерживает воспалительные процессы, не проникает под сетчатку, не вызывает изменения в тканях, непосредственно контактирующих с материалом, включая сетчатку глаза и цилиарное тело. Кроме того, в отличие от силиконов, это гидрогелевое искусственное стекловидное тело проницаемо для внутриглазной жидкости, вследствие чего не нарушает ее обмен в полости глазного яблока.

Цель – провести сравнение изменений уровня ВГД на фоне тампонады витреальной полости силиконовым маслом и «Витреолоном» в эксперименте.

Материал и методы

Эксперимент проводился на 12 кроликах, по шесть в каждой группе. В первой группе тампонирующим веществом являлось силиконовое масло (12 глаз), во второй – «Витреолон» (12 глаз). Было использовано силиконовое масло 1000 СсТ (Dorc Silicone Oil 1000). Сроки наблюдения составили для первой группы 3 мес., для второй – 6 мес.

Согласно методологии эксперимента, перед началом опыта каждому кролику внутримышечно проводилась премедикация, затем в верхне-наружном отделе в 2 мм от лимба через конъюнктиву прошивалась склера и накладывался предварительный узловый шов 8-0, концы которого не завязывались. Шприцом с надетой на него иглой 21G косо входили в полость глаза по направлению к зрительному нерву на глубину 2 мм. Далее осторожно отсасывали примерно 3/4 объема стекловидного тела в соответствии с расчетами. После отсасывания стекловидного тела, через неизвлеченную иглу, но другим шприцом, с

набранным заменителем, в стекловидное тело медленно вводили имплантат до получения легкой гипертензии глазного яблока. Одновременно с извлечением иглы из полости глаза, ассистент затягивал склеральный шов. Все манипуляции в опытах проводили с соблюдением стерильности.

Первая послеоперационная проверка проводилась через сутки после проведения операции. Измерялись общие физические параметры состояния кролика (температура, давление, сердцебиение и пр.). В ходе осмотра отмечалось, что глаза спокойны, без признаков инфекции, рефлекс глазного дна розовый. Послеоперационный контроль уровня внутриглазного давления осуществлялся с помощью тонометра Topovet, компании Icare (Финляндия). Наблюдение за глазами кроликов продолжалось в течение 3 и 6 мес. соответственно для каждой группы.

Результаты

Было выявлено, что препарат «Витреолон» ничем не уступает тампонирующим свойствам силиконового масла: держит объем, не расширяется, сохраняет поверхностное натяжение и удерживает сетчатку на месте. Однако, по сравнению с силиконовым маслом, «Витреолон» более стабилен и сохраняет все свои основные характеристики на протяжении длительного времени. Через 3 мес. наблюдения после операции у половины кроликов с введенным силиконовым маслом наблюдалась вторичная гипертензия. В сравнении с этим, у всех кроликов, которым проводилась тампонада новым искусственным заменителем стекловидного тела «Витреолон» наблюдалось отсутствие каких-либо осложнений на протяжении всего срока наблюдений. Распределение опытов по сериям и группам представлено в *таблице*.

Таким образом, доклинические исследования показали высокую биосовместимость нового заменителя стекловидного тела «Витреолон» и его устойчивость к сдвиговым напряжениям (нагрузкам), возникающим в

Таблица

Распределение опытов по сериям и группам

Кролик	OD			OS			Срок выведения
	Витреолон (образец)	ВГД мм рт.ст. на следующий день	ВГД мм рт.ст. перед выведением	Витреолон (образец)	ВГД мм рт.ст. на следующий день	ВГД мм рт.ст. перед выведением	
58	1А	15	14	1А	13	13	6 мес.
14	2А	10	10	2А	10	10	
17	2А	12	14	2А	13	12	
39	3А	14	13	3А	11	13	
73	103	12	12	103	15	13	
74	103	11	10	103	13	12	
50	Силикон 1000	14	16	Силикон 1000	13	16	3 мес.
51	Силикон 1000	15	25	Силикон 1000	14	32	
52	Силикон 1000	13	14	Силикон 1000	15	16	
53	Силикон 1000	14	29	Силикон 1000	12	28	
54	Силикон 1000	13	17	Силикон 1000	11	19	
55	Силикон 1000	15	32	Силикон 1000	14	32	

Условные обозначения:

1А-3А – «Витреолон-1» соотношение N-винилпирролидона и акриловых сомономеров составляет 90:10 мас. %.

103 – «Витреолон-2» соотношение N-винилпирролидона и акриловых сомономеров составляет 80:20 мас. %.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

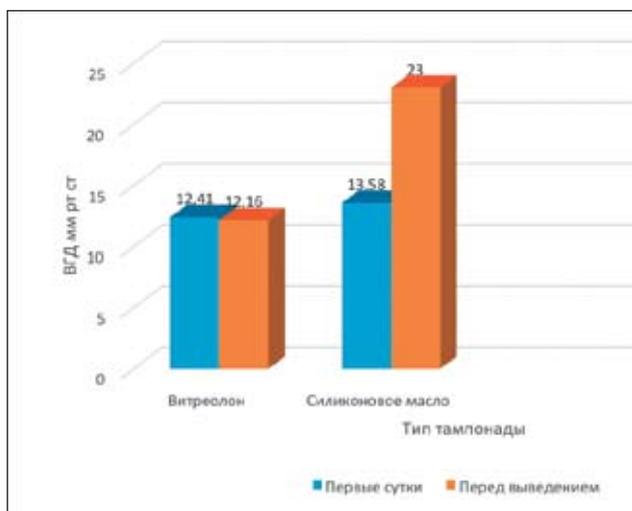


Рис. Средние значения уровня ВГД при тампонаде различными веществами

процессе инъекции. Было выявлено, что препарат не оказывает никакого системного или местного токсического действия, не вызывает повышения ВГД на всех сроках наблюдения и длительное время полностью сохраняет свою прозрачность.

При применении нового заменителя стекловидного тела осложнения в послеоперационном периоде возможны, но не выходят за рамки существующих осложнений при тампонаде силиконовым маслом. Важен контроль ВГД после вмешательства и при необходимости его стабилизация. При длительном использовании «Витреолон» не эмульгирует и не мигрирует в переднюю камеру глаза.

Силиконовое масло же через 3 мес. наблюдений в половине случаев вызвало вторичную гипертензию.

Важным фактом является то, что использование препарата «Витреолон» позволяет минимизировать операционную травму глаза, сокращая количество хирургических этапов до одного.

Результаты этой работы открывают перспективы применения нового заменителя стекловидного тела в клинической практике. На наш взгляд, «Витреолон» позволит полностью уйти от тех проблем, которые присущи существующим заменителям стекловидного тела, и способен стать единственным постоянным тампонирующим веществом на сегодняшний день. Полученные данные могут быть использованы как базисные для построения

дизайна и алгоритма предстоящего клинического исследования, которое поможет повысить эффективность витреоретинальных операций и внедрить новый заменитель стекловидного тела «Витреолон» в хирургическую практику.

Литература

1. Глинчук Я.И., Каштан О.В., Сидоренко В.Г. Комплексное хирургическое лечение неприлеганий и рецидивов отслойки сетчатки. Избранные вопросы офтальмологии: тезисы научно-практической конференции. Самара, 1994: 33.
2. Глинчук Я.И., Сидоренко В.Г., Каштан О.В. и др. Перфторполиэфиры – новые жидкие перфторорганические соединения для витреальной хирургии. Материалы 6-го Съезда офтальмологов России. Тезисы докладов. М., 1994: 133.
3. Глинчук Я.И., Сидоренко В.Г., Каштан О.В., Шкворченко Д.О. Лечение отслоек сетчатки с разрывами в заднем полюсе, осложненных ПВР, с применением жидких ПФОС. Офтальмохирургия. 1994; 4: 13-24.
4. Захаров В.Д. Хирургия отслойки сетчатки. Дис. ... докт. мед. наук. М., 1985: 30.
5. Захаров В.Д., Игнатъев С.Г., Ильяс Раид. Показания к эксплантации силикона из витреальной полости при лечении тяжелых форм отслойки сетчатки. Актуальные проблемы современной офтальмологии. Сборник научных трудов. Саратов, 1996: 229-233.
6. Каштан О.В. Комплексное хирургическое лечение рецидивов отслойки сетчатки, осложненных тяжелой ПВР использованием перфторполиэфиров. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
7. Костин О.А. Комбинированное лечение ПДР с применением жидких заместителей стекловидного тела: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2004: 15.
8. Тахчиди Х.П., Казайкин В.Н., Сосновских Р.В. Проблемы и перспективы применения перфторуглеродов и силиконовых масел в лечении отслоек сетчатки. Новое в офтальмологии. 2000; 1: 50-53.
9. Abrams G.W., Azen S.P., Barr C.C. et al. The incidence of corneal abnormalities in the Silicone Study. Silicone Study Report 7. Arch. Ophthalmol. 1995; 113 (6): 767-769.
10. Ahn S.J. Comparison of postoperative intraocular pressure changes between 23-gauge transconjunctival sutureless vitrectomy and conventional 20-gauge vitrectomy. Eye. 2012; 26 (6): 796-802.
11. Ando F. Usefulness and limit of silicone oil in the management of complicated retinal detachment. Jph. J. Ophthalmol. 1987; 31 (1): 138-146.
12. Antabile T., Bonfiglio V., Cicero A. et al. Correlation. Retina. 2002; 22 (4): 443-448.
13. Ardjomand N. Pupillary block after silicone oil implantation in aphakic eye. Eye. 2001; 15 (3): 331.
14. Augustin A., Spitznas M., Koch F. et al. Indicators of oxidative tissue damage and inflammatory activity in epiretinal membranes of proliferative diabetic retinopathy, proliferative vitreoretinopathy and macular pucker. Ger. J. Ophthalmol. 1995; 4 (1): 47-61.
15. Azen S.P., Scott I.U., Flynn H.W. et al. Silicone oil in the repair of complicated retinal detachment. A prospective observational multicenter study. Ophthalmology. 1998; 105: 1587-1597.



10-12 октября 2018г. в Москве состоялась научно-практическая конференция с международным участием XI РОССИЙСКИЙ ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНЫЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ, в работе которого приняли участие не менее 1700 специалистов-офтальмологов и представителей компаний-партнеров.

не менее 1700 специалистов-офтальмологов и представителей компаний-партнеров.

В рамках форума прошло обсуждение проблем и достижений в диагностике и лечении социально значимых заболеваний глаз, таких как: патология рефракции и бинокулярного зрения, новые технологии в диагностике и лечении; глаукома: вчера, сегодня, завтра; фундаментально-

прикладные исследования в офтальмологии; вопросы дифференциальной диагностики и персонализированный подход к лечению в офтальмоонкологии.

Также в программе форума были проведены симпозиум ВОЗ «Всеобщий доступ к здоровью глаз: Организация офтальмологической помощи и подготовка кадров»; заседание профильной комиссии по офтальмологии и детской офтальмологии при Экспертном совете МЗ РФ; сателлитные симпозиумы, доклады, презентации известных специалистов-офтальмологов. 

Подробная информация о прошедшем мероприятии доступна на сайте

<http://helmholtzeyeinstitute.ru/roof/roof-2018>

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

16. Banker A., Freeman W., Vander J. et al. Use of perfluorocarbon as a temporary vitreous substitute and manipulation agent for vitreoretinal surgery. Wills Eye Hospital Perfluorocarbon Study Group. *Retina*. 1996; 16 (4): 285-289.
17. Barr C.C., Lai M.Y., Lean J.S. et al. Postoperative intraocular pressure abnormalities in the Silicone Study. *Silicone Study Report 4. Ophthalmology*. 1993; 100 (11): 1629-1635.
18. Batra A., Vemugatti G.R., Das T. et al. Does silicone oil penetrate the posterior lens capsule? *Retina*. 2001; 21 (3): 275-277.
19. Bonnet M., Fleury J. Management of retinal detachment after penetrating eyes injury. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol*. 1991; 229 (6): 539-542.
20. Burkhard H.D., Schween O., Pavlovic S. et al. Effect of head position on refraction in aphakic and phakic silicone filled eyes. *Retina*. 1997; 17 (5): 397-401.
21. Camacho H., Bajajre B., Mejlia L.F. Silicone oil in the management of giant retinal tears. *Ann. Ophthalmol*. 1992; 24 (2): 45-49.
22. Chang S., Lincoff H., Zimmerman N., Fuchs W. Giant retinal tears. Surgical techniques and results using perfluorocarbon liquids. *Arch. Ophthalmol*. 1989; 107 (5): 761-766.
23. Costarides A.P., Alabata P., Bergstrom C. Elevated intraocular pressure following vitreoretinal surgery. *Ophthalmol. Clin. North Am*. 2004; 17 (4): 507-512.
24. Gonvers M. Temporary silicone oil tamponade in the management of retinal detachment with PVR. *Am. J. Ophthalmol*. 1985; 100 (2): 239-245.
25. Gosse E. Changes in day 1 post-operative intraocular pressure following sutureless 23-gauge and conventional 20-gauge pars plana vitrectomy. *The Open Ophthalmology Journal*. 2013; 7: 42-47.
26. Han D.P., Lewis H., Lambrou F.H. Mechanisms of intraocular pressure elevation after pars plana vitrectomy. *Ophthalmology*. 1989; 96: 1357.
27. Hasegawa Y. Intraocular pressure elevation after vitrectomy for various vitreoretinal disorders. *Eur. J. Ophthalmol*. 2013; 24 (2): 235-241.
28. Ho L. Study of intraocular pressure after 23-gauge and 25-gauge pars plana vitrectomy randomised to fluid versus air fill. *Retina*. 2011; 31 (6): 1109-1117.
29. Ichhpujani D., Jindal A., Katz L.J. Silicone oil induced glaucoma. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol*. 2009; 247: 1585-1593.
30. La Helj E.C., Hendricse E., Kessels A.G.H. Results and complication of temporary silicone oil tamponade in patients with complicated retinal detachments. *Retina*. 2001; 21 (2): 107-114.
31. Lambrau F.H., Burke S.M., Aaberg T.M. Effect of silicone oil on experimental tractional retinal detachment. *Arch. Ophthalmol*. 1987; 105 (9): 1269-1272.
32. McCuen B.W., Landers M.B., Machemer R. The use of silicone oil following failed vitrectomy for retinal detachments with advanced PVR. *Ophthalmology*. 1985; 92: 1029-1034.
33. Mer Y. Use of liquid perfluorocarbons in vitrectomy for difficult cases of PDR. *J. Fr. Ophthalmol*. 1985; 18 (5): 366-372.
34. Miyamoto K., Refojo M.F., Tolentino F.I. Perfluoroether liquid as a long-term vitreous substitution. *Retina*. 1984; 4: 264-286.
35. Parolini B. Postoperative complications and intraocular pressure in 943 consecutive cases of 23-gauge transconjunctival pars plana vitrectomy with 1-year follow-up. *Retina*. 2010; 30 (1): 107-111.
36. Popovic S., Sikic J. The effect of vitrectomy with silicone oil tamponade on intraocular pressure and anterior chamber morphology. *Coll. Antropol*. 2001; 25 Suppl.: 117-125.
37. The Silicone Study Group. Vitrectomy with silicone oil or sulfur hexafluoride gas in eyes with severe PVR: results of randomized clinical trial. *Silicone Study Report 1. Arch. Ophthalmol*. 1992; 110: 770-779.
38. The Silicone Study Group. Vitrectomy with silicone oil or perfluoropropane gas in eyes with severe PVR: results of randomized clinical trial. *Silicone Study Report 2. Arch. Ophthalmol*. 1992; 110: 780-792. 

**Проф. И.Б. Алексеев, В.Е. Белкин,
А.И. Самойленко,
ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина
ДЗМ Филиал № 1, Москва, 2018 ©**

Продолжение, начало на стр. 1-2, 6

тию при помощи ангио-ОКТ и ангиографии с индоцианин-зеленым, а также о возможности применения антиангиогенных препаратов, хотя их эффективность и не столь высока по сравнению с фотодинамической терапией. В докладе к.м.н. О.В. Зайцевой прослежена связь между поражением, происходящим в тканях почек и головного мозга при сахарном диабете, с изменениями, выявляемыми в сетчатке при различных стадиях заболевания. В докладе к.м.н. Ф.Е. Шадричева отражено, что применение антиангиогенных препаратов при диабетических поражениях сетчатки растет год от года и к 2017 г. находится наравне с применением лазерных методов.

Работу секции «Хирургия роговицы» открыл развернутый программный доклад доцента Г.В. Ситник (Минск, Белоруссия) посвященный различным аспектам кератопластики. К.м.н. С.К. Демьянченко (Калуга) рассмотрел современные аспекты селективных кератопластик с использованием фемтосекундного лазера. В своем докладе профессор А.Ю. Слонимский изложил предложения по рациональной тактике ведения больных при различных стадиях кератоконуса. Профессор О.Г. Оганесян, рассмотрел альтернативы сквозной кератопластике при кератоконусе. О.А. Фролов оценил отдаленные результаты коллагенового кроссликинга роговицы у пациентов с эктатическими формами дистрофий роговицы. Д.м.н. С.В. Чурашов в своем докладе рассказал о кафедральном опыте выполнения задней послойной кератопластики с фемтосопровождением в зависимости от способа подготовки донорского материала. Доклад М.А. Тимофеева был посвящен персонализированному подходу при выполнении фемтолазерной рефракционной аутокератопластики. В докладах профессора Э.Н. Эскиной и доцента А.Б. Качанова рассматривались роль и место технологии SMILE как нового решения для коррекции миопии, в том

числе и у лиц с высокими рисками травмы органа зрения. И.А. Фрольчев посвятил свое выступление реконструктивной хирургии с применением иридохрусталиковой диафрагмы у пациентов с посттравматической аниридией. Д.С. Островский рассказал о конструировании искусственной роговицы на основе 3D-клеточных сферидов и полимерных материалов. В.И. Михайлова поделилась первыми результатами культивирования и трансплантации лимбальных эпителиальных стволовых клеток на биорезорбируемом носителе. А.С. Дубовиков и А.В. Безушко озвучили результаты экспериментального обоснования трансплантации культивированных лимбальных клеток для устранения лимбальной недостаточности.

В работе подсекции «Офтальмоконтактология» были освещены достижения по применению современных мягких контактных линз. Доклад доцента В.А. Рейтузова был посвящен историческим аспектам развития контактной коррекции в офтальмологии, а также использованию мягких контактных линз, насыщенных антибиотиками, при лечении различных заболеваний глаза. Д.м.н. С.А. Новиков в своем докладе сделал акцент на появлении новых современных материалов, из которых изготавливаются мягкие контактные линзы (МКЛ), в связи с чем существенно расширяется спектр глазных заболеваний, при которых современные МКЛ могут активно применяться с терапевтической целью. Особый интерес аудитории вызвали доклады О.И. Рябенко, Р.А. Морозова и К. Федотовой, которые были посвящены новым жестким газопроницаемым контактным линзам «обратной геометрии», принципам их моделирования и подбора. Было показано, что применение современных склеральных линз индивидуального дизайна может обеспечить высокие зрительные функции пациентам, не имеющим возможности



→ на стр. 78

АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ

Сравнение фиксированной комбинации биматопрост 0,03% / тимолол 0,5% с нефиксированной комбинацией. Рандомизированное клиническое исследование в параллельных группах с двойным маскированием у пациентов с глаукомой и офтальмогипертензией

Цель – сравнить эффективность и безопасность препарата Ганфорт® при применении 1 раз в день с применением нефиксированной комбинации компонентов (биматопрост 0,03% и тимолол 0,5% в отдельных флаконах)

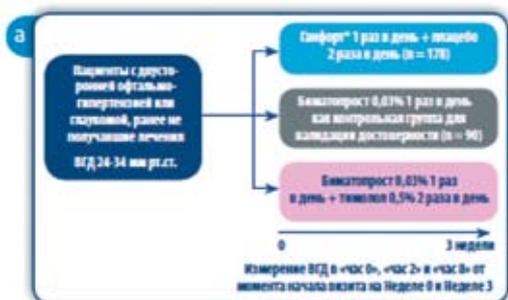
Дизайн исследования

Трехнедельное рандомизированное клиническое исследование у 445 пациентов с открытоугольной глаукомой или офтальмогипертензией с использованием метода двойного маскирования.

Оценивали изменение среднего уровня ВГД и профиль переносимости.

Результаты

- При применении препарата Ганфорт® достигается сопоставимая эффективность в снижении суточного внутриглазного давления.
- Препарат Ганфорт® соответствует критерию сопоставимой эффективности в 1,5 мм рт.ст. для среднего уровня ВГД во всех трех временных точках, а также более жесткому критерию ± 1 мм рт.ст. для сопоставимой эффективности среднесуточного уровня офтальмотонуса.
- Не выявлено статистически значимого различия между двумя группами лечения как для значений среднесуточного уровня ВГД, так и для среднего снижения уровня ВГД через 3 недели лечения по сравнению с исходным.



Переносимость

Отмечено меньшее количество нежелательных явлений при применении препарата

Ганфорт®, по сравнению с лечением нефиксированной комбинацией биматопроста и тимолола.

	Ганфорт® (n = 176)	Нефиксированная комбинация биматопрост 0,03% + тимолол 0,5% (n = 176)
Нежелательные явления		
Всего	62 (35,2%)	74 (42,0%)
Гиперемия конъюнктивы	34 (19,3%)	45 (25,6%)
Сухость/жжение в глазу	12 (6,8%)	23 (14,2%)*
Результаты биомикроскопии		
Гиперемия конъюнктивы	15 (8,5%)	22 (12,5%)

*p=0,022 в пользу Ганфорт®

Выводы

- Несмотря на жесткие критерии сопоставимой эффективности, применявшиеся в исследовании, препарат Ганфорт® показал сопоставимую гипотензивную эффективность в сравнении с нефиксированной комбинацией.
- Препарат Ганфорт® имеет улучшенный профиль общей переносимости по сравнению с нефиксированной комбинацией биматопроста и тимолола.

Hommel A. Ganfort Investigators Group I. A double-masked, randomized, parallel comparison of a fixed combination of bimatoprost 0.03% / timolol 0.5% with non-fixed combination use in patients with glaucoma or ocular hypertension. Eur. J. Ophthalmol. 2007; 17: 53-62.



Каждый мм рт. ст. имеет значение

ГАНФОРТ® Не содержит консервант
Биматопрост 0,03% / тимолол 0,5%
ГАНФОРТ® Биматопрост 0,03% / тимолол 0,5%

Получить дополнительную информацию, сообщить о нежелательной реакции при применении, а также направить претензию к качеству продукции можно по адресу:

ООО «Аллерган СНГ САРЛ», Российская Федерация, 109004, г. Москва, ул. Станиславского, д. 21, стр. 2, помещение № 1, по телефону: 8-800-250-98-25 (звонок по России бесплатный), по факсу: 8-800-250-98-26, по электронной почте: MW-MedInfo@Allergan.com.

Ганфорт® (биматопрост 0,3 мг/мл + тимолол 5 мг/мл), капли глазные – ЛСР-007278/10.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

Allergan

ООО «Аллерган СНГ САРЛ»: Российская Федерация, 109004, г. Москва, ул. Станиславского, д. 21, строение 2, тел.: +7 (495) 974-03-53, www.allergan.ru RU/0125/2018

КОНФЕРЕНЦИИ СЕМИНАРЫ ВЫСТАВКИ ШКОЛЫ

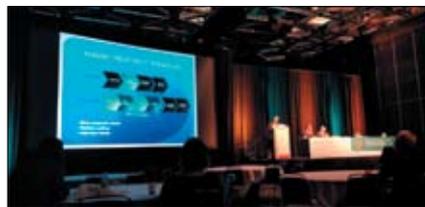


Пожалуй, остались еще в мире глаукоматологии мероприятия, которые привлекают пристальное внимание своим неформальным подходом, профессиональным отношением и глубиной оформления научной программы. Нет, сейчас я не о Конгрессе Российского глаукомного общества, который также соответствует всем этим критериям. Я об уникальном конгрессе, который создан «руками» одного-двух офтальмологов и который с каждым годом становится все лучше и лучше! И так, сегодня я расскажу вам о Конгрессе Международного общества хирургов-глаукоматологов, прошедшем в начале сентября 2018 г. в Монреале (Канада). Следует заметить, что выбор такого места проведения, конечно, «отпугнул» львиную долю участников: подумать только – лететь через океан, причем это актуально как для европейских, так и азиатских хирургов-глаукоматологов. Но президент этого дружного сообщества (Международное общество хирургов-глаукоматологов, ISGS) проф. Tarek Shaagawy (Швейцария) верен себе: каждый раз он подбирает отличные места для проведения. Так, если первое мероприятие прошло в далеком 2001 г. в Швейцарии, то два последних – в Омане и Сингапуре, поэтому дорога за океан уже не кажется столь продолжительной. В свою очередь, Монреаль – безукоризненная площадка для проведения такого форума. Самый большой франкоязычный город в мире (после Парижа), чистый, современный, культурный и ... инновационный! На этот раз организаторам удалось собрать на встречу более 300 офтальмологов. Из России делегата «великолепная четверка», но и этими силами было сделано 4 устных и 3 постерных доклада!



Традиционно все доклады, состоявшиеся в рамках конгресса, можно разделить на оригинальные (их было достаточно), обзорные (ну, как без них?) и описание клинических случаев (их тоже хватало). С заглавным докладом открытия выступил проф. Graham Trope (Торонто, Канада), в котором он остановился на этапах развития хирургии. Ключевой идеей его доклада стала мысль о том, что «мы адаптировали хирургию глаукомы для глаза, но не адаптировали глаз для хирургии...». В целом, было весело...

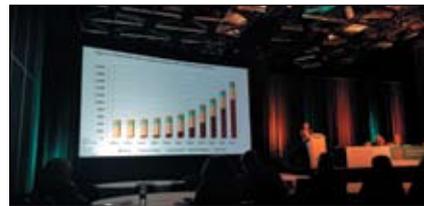
В приветственном докладе президента ISGS были освещены основные направления практической деятельности общества, а среди них ведущее место занимают обучающие программы. В череде фото мелькнули знакомые лица.



Не обошлось без симпозиума партнеров конгресса. На этот раз говорили про SLT. Лазерная хирургия в принципе становится весьма востребованной в современной схеме стратегии лечения больных с глаукомой. Кстати, именно такой алгоритм (с небольшими национальными особенностями) мы представим лично на Конгрессе Российского глаукомного общества (7 и 8

декабря 2018 г.), а также в печатной версии – журнал «Национальный журнал глаукома», №4, 2018, который также будет распространяться на конгрессе.

В последующем много говорили о других лазерах (например, о CO₂-лазере для ассистенции при непроникающей глубокой склерэктомии) и о микроинвазивных микрохирургических вмешательствах (технология MIGS), которые еще не дошли до России, в силу отсутствия регистрации приспособлений (девайсов), которые являются неотъемлемой частью этой технологии.



Авторы соревновались в эффективности данных методик и собственных представлениях о возможных классификациях по анатомическим признакам применения. Хотя, на мой взгляд, эту классификацию уже давно (более 3-х лет назад) придумал и адаптировал проф. Shaagawy.

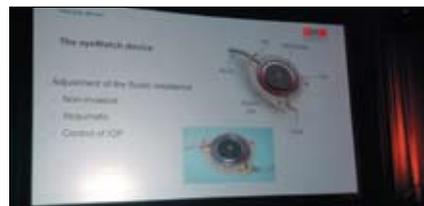


Один из российских докладов представил проф. Винод Кумар (РУДН), а его обсуждение в рамках последовавшей дискуссии заняло немало времени. И это, конечно, заслуга автора, который сумел вызвать живой интерес к представленной теме.



Позже пришло время инноваций – был представлен очередной имплантат, который, по мнению разработчиков, является весьма перспективным. Речь идет об eyeWatch (не путать с созвучным девайсом «яблочной» компании).

Весьма полезной стала лекция проф. J. Liebmann (США), в которой он поделился мнением о развитии хирургии глаукомы. В частности, автор остановился на вопросах развития технологий, в целом, и технологий скрининга, мониторинга и лечения, в частности. Не обошлось и без упоминания терминологии персонализации лечебной тактики.



Запомнились отдельные дебаты, в рамках которых авторы действительно соревновались в умении представить доказательную базу об эффективности того или иного метода хирургии. Очень много было представлено видео, демонстрирующих хирургические приемы авторов. Пожалуй, это нужно взять на вооружение...



Итак, конгресс, продолжавшийся два с половиной недолгих дня, конечно, запомнился. Запомнился неформальным отношением к подаче материала, представленными примерами и дружелюбной атмосферой, от которой я так не смог отвыкнуть за все время участия в этих мероприятиях... До следующей встречи через пару лет! Кажется, это будет Лондон, а может быть, и Брюссель, посмотрим. 

Проф. А.В. Куроедов,
Москва – Франкфурт-на-Майне – Монреаль – Мюнхен – Москва,
сентябрь 2018 ©



НОВЫЕ ПРОЕКТЫ
Персональная страница
Ильмиры Газизовой



Цифры предпочтения метода хирургии глаукомы

В современной офтальмохирургии постоянно совершенствуются и внедряются новые методы хирургии глаукомы. Они меняются от классической трабекулэктомии до различных конъюнктивальных трабекулэктомических клапанов с применением более низких доз митомицина С для благоприятного формирования фильтрационной подушки. В клиническую практику вошли устройства для дренажной хирургии, а недавно были введены новые операции по минимальной или микроинвазивной хирургии глаукомы.

В этом коротком обзоре представлены сводные данные по тенденции в предпочтении хирургического лече-

ния глаукомы по результатам опроса членов Американского глаукомного общества (Vinod K. et al., J. Glaucoma. 2017; 26 (8): 687–693.).

Был проведен анонимный онлайн-опрос по оценке эффективности операций глаукомы в различных клинических центрах. Результаты опроса сравнивались с предыдущими данными за 1996, 2002 и 2008 гг. В опросе приняли участие 252 членов АГО. Результаты: использование трабекулэктомии с митомицином С (MMC) было проведено в 59%±30% случаев, с использованием различных дренажных устройств хирургии глаукомы (GDD) - 23%±23% случаев и микроинвазивная хирургия глаукомы (MIGS) была выполнена в 14%±20% случаев у пациентов с первичной открытоугольной глаукомы в качестве операции выбора. Сочетание факозмульсификации катаракты с трабекулэктомией с MMC была выполнена в 24%-23% случаев, с MIGS - у 22%±27% и с GDD в 9%±14%. Только факозмульсификация катаракты (как метод хирургии глаукомы! при значимых помутнениях хрусталика) была выполнена в 44%-32% случаев пациентов с ПОУГ. Интересный факт, что трабекулэктомия была выбрана наи-

БИМАТАН®
биматопрост 0,03%

лаанопрост
тафлупрост
травопрост
БИМАТОПРОСТ

Самая яркая звезда
в созвездии
простагландинов

Отпускается по рецепту врача
Рег. номер: ЛП-003909

ООО «Сентисс Рус»: 111033, г. Москва, ул. Золоторожский Вал, д. 11, стр. 21
Тел.: +7 (495) 229-76-63, факс: +7 (495) 229-76-64
sentiss@sentiss.ru, www.sentiss.ru

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

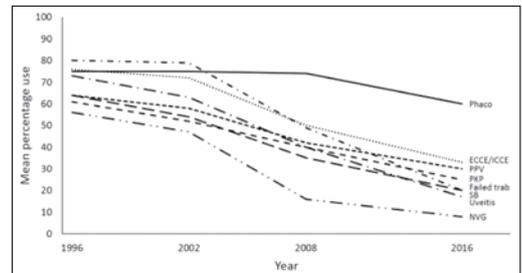


Рис. 1. Среднее использование (в процентах) трабекулэктомии с митомицином С в 8 клинических центрах по данным опроса членов АГО, 1996-2016 гг. (Vinod K. et al., J. Glaucoma. 2017; 26 (8) : 687–693.)

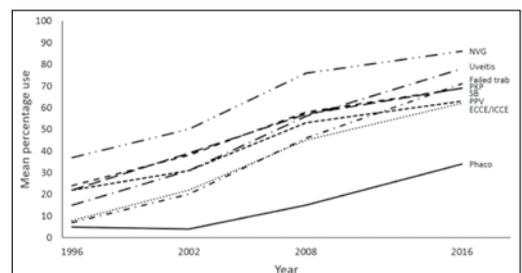


Рис. 2. Среднее использование (в процентах) дренажных устройств в хирургии глаукомы в 8 клинических центрах, 1996-2016 гг. по данным опроса членов АГО, 1996-2016 гг. (Vinod K. et al., J. Glaucoma. 2017; 26 (8) :687–693.)



НОВЫЕ ПРОЕКТЫ
Персональная страница
Алексея Селезнева

Нидлинг

Несмотря на ставшее рутинным интраоперационное применение антиметаболитов, традиционные процедуры ab externo несут высокие риски нарушения работы фильтрационной подушки (ФП) в виде формирования кистозной ФП или плоской нефункционирующей ФП, быстро приводящие к повышению ВГД и провалу хирургии уже в ближайшей перспективе. Поэтому такие малоинвазивные манипуляции как ревизия ФП с помощью инъекционной иглы под щелевой лампой (ЩЛ) или в операционной (нидлинг) помогают снизить необходимость в повторных операциях, а также уменьшить количество применяемых медикаментозных средств. Кроме того, нидлинг позволяет трансформировать нефункционирующие плоские и кистозные ФП в более диффузные (с большей областью абсорбции) с низким риском возникновения наружной фильтрации и позднего эндофтальмита [1].

В 1974 г. Swan K.C. выявил, что именно рубцевание на уровне эписклеры вокруг зоны операции приводит к нарушению работы созданной фистулы, в то время как интрасклеральный склероз реже является причиной провала хирургии.

Для профилактики рубцевания, так же, как и во время первичной хирургии, при нидлинге широко используют антифибротики. Так, ряд авторов описывает успешное применение 5-фторурацила (5-ФУ) или митомидина С (ММС) при ревизии ФП с помощью инъекционной иглы [2, 3].

ММС имеет ряд преимуществ перед 5-FU, включая более высокую антифибротическую активность и более низкий процент формирования инкапсулированных ФП. Так Ewing and Stamper [3] репортировали эквивалентный успех нидлинга как с применением 5-ФУ, так и без такового.

В 1996 г. Mardelli et al. [2] первым описал нидлинг под ЩЛ с использованием субконъюнктивального введения низких доз ММС. Так, в 36 случаях потребовалась всего одна процедура, а на 48% глаз удалось достичь значений истинного ВГД меньше 18 мм рт.ст. без дополнительного применения медикаментов или хирургических манипуляций на срок до 10 мес. Авторы сообщали о ряде осложнений процедуры, включающих супрахориоидальное кровоизлияние, цилиохориоидальная отслойка и микрогифемы.

Однако, в настоящее время большинство хирургов используют при нидлинге ФП высокие дозы ММС [5], и в данной статье будет детально представлен именно этот подход.

Методика. Перед манипуляцией в течение 20 мин. четырежды (каждые 5 мин.) инстиллируют Фторхинолон 4-го поколения. После инстилляционной анестезии с помощью иглы 30 G в 5-6 мм от ФП субконъюнктивально вводят 0,1 мл 1% лидокаина и 0,1 мл 0,4 мг/мл ММС. После чего в течение 5 мин. проводится (пациентом или персоналом) массаж глазного яблока. Далее пациента усаживают перед ЩЛ, устанавливают векорасширитель и иглой 27 G вводят субконъюнктивально через фиброзную стенку ФП, приподнимают поверхностный склеральный лоскут, а также разрывают аккуратными движениями «из стороны в сторону» все эписклеральные сращения до момента формирования высокой разлитой диффузной ФП. После удаления иглы проводят коагуляцию места вкола и повторно инстиллируют антибиотик. В послеоперационном периоде на срок до 1 мес. назначают инстилляцию комбинированных капель (антибиотик плюс стероид) и нестероидных противовоспалительных средств.

Применение данной методики позволило достичь средних значений ВГД 13,6 мм рт.ст. и почти

трехкратное снижение числа применяемых гипотензивных средств (исходный уровень ВГД составил 26,7 мм рт.ст.). При этом нидлинг, выполненный через 12 и более месяцев после проведения хирургии был более успешным, нежели в случаях, когда его проводили раньше указанного срока. Из осложнений были отмечены случаи гипотонии (у одного пациента продлившаяся дольше 1 мес.), транзиторных гифем и наружной фильтрации [5].

Литература

1. Wells A.P., Cordeiro M.F., Bunce C., Khaw P.T. Cystic bleb formation and related complications in limbus- versus fornix-based conjunctival flaps in pediatric and young adult trabeculectomy with mitomycin C. *Ophthalmology*. 2003;110:2192-2197.
2. Mardelli P.G., Lederer C.M., Jr, Murray PL, et al. Slit-lamp needle revision of failed filtering blebs using mitomycin C. *Ophthalmology*. 1996;103:1946-1955.
3. Ewing R.H., Stamper R.L. Needle revision with and without 5-fluorouracil for the treatment of failed filtering blebs. *Am. J. Ophthalmol*. 1990;110:254-259.
4. Azuara-Blanco A., Bond J.B., Wilson R.P., et al. Encapsulated filtering blebs after trabeculectomy with mitomycin C. *Ophthalmic Surg Lasers*. 1997;28:805-809.
5. Shetty R.K., Wartluft L., Moster M.R. Slit-lamp needle revision of failed filtering blebs using high-dose mitomycin C. *J Glaucoma*. 2005;14:52-56. 

Материал подготовил к.м.н. А.В. Селезнев,
ноябрь 2018 ©

СИЛА СКОРОСТЬ КОНТРОЛЬ

ПРОфессиональный
ПРОгрессивный
ЛАТАНОпрост

Информация для медицинских и фармацевтических работников

0000 «Сентисс» Русс
111033, г. Москва, ул. Золотоплощадный Вал, д. 11, стр. 21
Тел: +7 (495) 229-76-63, факс: +7 (495) 229-76-64
e-mail: sentiss@sentisspharma.com

*Отпускается по рецепту врача

Бизнес-новости

glaucomanews.ru



• Компания **Aerie Pharmaceuticals** подтвердила влияние препарата **Rhopressa** на отток через трабекулярную сеть у пациентов с открытоугольной глаукомой (ПОУГ) или офтальмогипертензией (ОГ) по результатам рандомизированного плацебо-контролируемого двойного слепого исследования, проведенного для оценки механизма действия препарата. В исследование включали пациентов с диагностированной ПОУГ или ОГ на парных глазах с исходным уровнем ВГД от 20 до 30 мм рт.ст. Исследование оценивало эффект Rhopressa (нетарсудил раствор 0,02%) на гидродинамику внутриглазной жидкости. Использование Rhopressa приводило к статистически значимому увеличению оттока по трабекулярному пути приблизительно на 35% по сравнению с исходным уровнем. Это соответствовало опубликованным результатам исследования на здоровых добровольцах, в котором установлено, что препарат оказывает статистически значимый эффект на трабекулярный путь оттока. Полный анализ исследования будет представлен на одном из будущих научных конгрессов.

• Компания **Astellas Pharma** приобрела британскую фирму **Quethera**, которая разрабатывает новое направление лечения глазных заболеваний на основании генной терапии. Сделка включает в себя покупку офтальмологической программы генной терапии Quethera, которая использует рекомбинантную адено-ассоциированную вирусную векторную систему (gAAV) для введения терапевтических генов в целевые клетки сетчатки для лечения глаукомы. «Это приобретение демонстрирует стремление Astellas активно внедрять современные научно-технические достижения во благо пациентов», - сказал Kenji Yasukawa, PhD, президент и исполнительный директор Astellas. «Мы полагаем, что у программы gAAV есть потенциал нового терапевтического варианта лечения рефрактерной глаукомы с помощью внутриглазного, независимого от давления механизма. Оно направлено на удовлетворение высокой медицинской потребности больных глаукомой, которые рискуют потерять зрение».

• Компания **ThromboGenics** объявила, что акционеры на внеочередном общем собрании одобрили новое название компании **Oxurion**. Название будет внедрено в ближайшие дни и недели. Биржевой тикер изменится с «THR» на «OXUR». «Новое название Oxurion призвано лучше отражать наше стремление предоставлять лучшие в своем классе методы лечения заболеваний заднего отрезка глаза. Переименование происходит в тот момент, когда мы уже прошли важные клинические этапы и сейчас ускоряем разработку нашей уникальной линейки модифицирующих соединений для диабетической ретинопатии. Кроме того, мы принимаем усилия по разработке лекарств и новых показаний для лечения заболеваний заднего отрезка глаза, где существует явная потребность в улучшении терапевтических возможностей», - заявил доктор Patrik De Haes, исполнительный директор ThromboGenics. Веб-сайтом компании будет сайт www.oxurion.com

• Всемирная штаб-квартира компании **Alcon** будет располагаться в Женеве после завершения предполагаемого отделения от **Novartis**. В офисном комплексе расположатся высшее корпоративное руководство компании и другие корпоративные и коммерческие подразделения. Региональные отделения Alcon по Европе, Ближнему Востоку и Африке уже базируются в этом городе. «Уже более 40 лет Alcon имеет значительное присутствие в Швейцарии, которая известна своим прогрессивным деловым климатом и благоприятной для инноваций атмосферой. Располагаясь в Женеве, штаб-квартира будет способствовать дальнейшему увеличению глобального масштаба Alcon и улучшению работы с нашими клиентами», - заявил генеральный директор Alcon David Endicott. Компания будет зарегистрирована во Фрайбурге (Швейцария), и Alcon сможет нанять до 700 человек в этой стране. Офис компании в Форт-Уорте (Техас, США), который в настоящее время является ее главной штаб-квартирой, останется «крупнейшим операционным, коммерческим и инновационным центром».

• Компания **Alcon** получила ряд мидриатических, циклоплегических, диагностических и анестезирующих глазных препаратов. Эти препараты, переданные от материнской компании Alcon, Novartis, включают:

- Isopto Atropine (атропина сульфат, офтальмологический раствор 1%) для мидриаза, циклоплегии и пенилизации здорового глаза при лечении амблиопии;
 - Cyclogyl (циклопентолата гидрохлорид, офтальмологический раствор), М-холиноблокатор для получения мидриаза и циклоплегии;
 - Mydracyl (тропикамид, офтальмологический раствор), М-холиноблокатор для мидриаза и циклоплегии для диагностических процедур;
 - Cyclomydril (циклопентолата гидрохлорид и фенилэфрина гидрохлорид, офтальмологический раствор) для получения мидриаза;
 - Fluorescite (флюоресцеин, раствор для инъекций, 10%) для диагностической флюоресцентной ангиографии или ангиоскопии сетчатки и васкуляризации радужки;
 - Tetracaine, гидрохлорид тетракаина, офтальмологический раствор 0,5%, местное анестезирующее средство.
- «В Alcon мы стремимся обеспечить хирургов наиболее полным ассортиментом доступных офтальмологических продуктов - не только посредством инноваций в технологиях, но теперь и с помощью ряда мидриатических, циклоплегических, диагностических и анестезирующих препаратов», - сказал Brian O'Neal, глава маркетингового и американского хирургического подразделений Alcon. «С переходом от Novartis этого портфеля мы счастливы предоставить нашим клиентам широкую линейку продуктов для хирургических и клинических офтальмологических процедур».

Информация предоставлена по итогам реферирования оригинальных новостей С.А. Жаворонковым, ноябрь 2018 ©

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО
16-й ГЛАУКОМНОГО
ОБЩЕСТВА

Организаторы: Российское глаукомное общество (МОО «Глаукомное общество»)

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

ФКУ ЦВКГ им. П.В. Мандрыка МО РФ

НАШ ЛЮБИМЫЙ ДЕЛЕГАТ

Главное военно-медицинское управление Министерства обороны РФ

**п е р в а я
пятница декабря**

0001

Технические партнеры Конгресса: Ортомедиа и Пакспорт

СуперФИНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА



16-й

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА

2018



Необходимая информация о конгрессе

Название: «Глаукома: теории, тенденции, технологии. HRT/Spectralis Клуб Россия» (XVI Ежегодное заседание Российского глаукомного общества совместно со странами СНГ, Грузии, Балтии и Восточной Европы)

Дата и время проведения: 7–8 декабря (первая пятница и суббота декабря) 2018 г., с 07-00 до 18-40 (здесь и далее – время московское). **ВНИМАНИЕ!** 8 декабря (первая суббота декабря) будут проводиться специальные симпозиумы партнеров, участие в которых возможно после предварительной регистрации на стендах компаний накануне, т.е. 7 декабря.

Место проведения: отель Холидей Инн Сокольники, 107014, Россия, Москва, ул. Русаковская, 24, станция метро Сокольники, 1 минута пешком, не торопясь:) (залы Сокольники 1 и 2, Крымский Вал, Охотный Ряд, Арбат, Красные ворота, Остоженка, Ордынка, Чистые пруды и Лубянка)

Регистрация: открыта 6 декабря с 19-00 до 21-00 в зале Лубянка и с 07-00 до 14-00 (холл Пассаж и будет обозначена специальной вывеской).

Оплата участия: предварительная регистрация будет завершена 6 ноября 2018 г. Регистрация проводится только через сайт www.GlaucomaNews.ru Регистрация на месте возможна в случае наличия свободных мест в залах. Оплата на месте 1500 рублей. Взнос включает Ваше участие во всех заседаниях конгресса, посещение экспозиции выставки, сумку участника, хорошее настроение, сборник научных работ/ журналы РГО, персональный бейдж и карту РГО (если Вы еще не член нашего Клуба), кофе-брейки и прочие активности!

Лекторы: могут зарегистрироваться накануне (6 декабря, с 19-00 до 21-00), для чего в отеле в зале Лубянка будет развернута дополнительная стойка регистрации.

Презентации: лекторы **ОБЯЗАНЫ** предоставить свои материалы в тот зал, где они выступают накануне, либо непосредственно в день заседаний во время перерыва (строго перед своим заседанием)! Специальная комната отдыха и подготовки лекторов будет развернута на 1-м этаже отеля (зал Лубянка). **Первым лекторам предварительная регистрация через сайт/ интернет не требуется!**

Расписание: **БУДЬТЕ УВЕРЕНЫ**, что все мероприятия (заседания и перерывы), которые опубликованы в данной программе, будут проходить согласно тому расписанию, которое опубликовано. В случае непредвиденных случаев изменений расписания, информация будет доведена до всех зарегистрированных участников.

Как одеваться: рекомендована повседневная одежда для официальных мероприятий (business casual). Джинсы неприемлемы!!! Коллеги! Мы культивируем исключительно академический стиль: бабочка (для джентльменов), шейный платок (для леди) – приветствуются.

Кофе-брейки (перерывы): будут накрыты в холлах на 1-м этаже отеля и отмечены специальными знаками. По окончании каждого симпозиума и семинара до участников будет доведена информация о месте проведения каждого конкретного кофе-брейка, чтобы Вы знали, куда следует идти!

Дополнительное питание (обед): возможно с 12-00 до 15-00 в ресторане «Москва» на 2-м этаже отеля за свой счет. Стоимость бизнес-ланча приблизительно 1500 рублей.

Гардеробная комната: расположена на минус 1-м этаже отеля около зоны регистрации и будет открыта с 07-00 до 19-00.

Официальный язык конференции: **РУССКИЙ**. Предусмотрен синхронный и последовательный перевод всех англоязычных докладов. Синхронные переводы будут осуществляться в залах Сокольники 1 и 2.

Бейджи: во время регистрации Вы получите **СВОЙ** персональный бейдж, который будет необходимо предъявлять при входе в залы при посещении симпозиумов, семинаров и пр. Цвета бейджей: **красный** – оргкомитет, **синий** – участники, **зеленый** – участники выставки, **желтый** – пресса. **Вход в зал без бейджа ЗАПРЕЩЕН!**

Сертификат участника: будет выдан **КАЖДОМУ** зарегистрированному участнику вместе с сумкой, сборником статей/журналами РГО и бейджем.

Транспорт: для поездки по Москве до места проведения конгресса мы рекомендуем метрополитен. Использование наземного общественного и личного транспорта в это время обычно **ЗАТРУДНЕНО** в связи с сумасшедшими пробками. Места для личного транспорта на территории отеля зарезервированы **ТОЛЬКО** для проживающих там участников конгресса! Парковка на территории отеля и вокруг него – платная!

Телефоны такси: рейтинг лучших 5 (пяти) компаний такси Москвы по состоянию на конец осени 2018 г. – «Такси Класс» 8 495 135 2121; «Такси Оптимал» 8 495 320 4646; «Уютное такси» 8 495 322 4660; «Такси Мегapolis» 8 495 771 7474; «Такси Ритм» 8 495 641 1111.

Курение: **НЕ РЕКОМЕДОВАНО** оргкомитетом и **ОПАСНО** для Вашего здоровья. Вместе с тем в отеле пока еще остаются специально обозначенные места для курения.

Мобильная связь: использование мобильных телефонов в залах конгресса **СТРОГО** запрещено! Давайте попытаемся отвлечься от ненужного раздражителя! «Пусть весь мир подождет» (©)

Интернет: в отеле имеется специальный **БЕСПЛАТНЫЙ WI-FI** для всех желающих с ограниченной скоростью доступа.

Погода: в это время года в Москве ожидается от -5 до -15 градусов по Цельсию.

Пресса: мы настоятельно рекомендуем организациям, занимающимся освещением подобных мероприятий в прессе, на радио, на ТВ, в интернете, пройти своевременную предварительную регистрацию (звонок в оргкомитет приветствуется +7 909 644 1111/5555) с тем, чтобы не испытывать неудобств при работе на конгрессе.

Фотографирование: мы вынуждены предупредить любителей фотографировать слайды в залах: не делайте этого! Наша охрана будет **СТРОГО ПРЕСЛЕДОВАТЬ** таких «фотографов», вплоть до выдворения из залов заседаний. Помните: научная программа (включая слайды, тексты докладов и пр.) – это гигантский труд и собственность как отдельных лекторов, так и оргкомитета конгресса. Вместе с тем мы приветствуем кулуарные съемки (съемки вне залов, естественно, при отсутствии запрета на съемку от самого объекта съемки) и будем рады представить Вам наши фото- и видеоматериалы как во время конгресса, так и после него. Для прессы предусмотрены специальные условия аккредитации, обращайтесь (см. выше)!

Ждем! Ваш оргкомитет, 2018 год



Обращение президента Российского глаукомного общества

Уважаемые коллеги! Друзья! Партнеры!

Поздравляю вас с приближающимся открытием традиционного XVI Международного конгресса Российского глаукомного общества (РГО)!

С каждым годом влияние нашего конгресса на «научный ландшафт» страны все очевиднее. Прошедшие пятнадцать лет показали существенное повышение уровня организационно-методической, научной и клинической работы отечественных врачей и научных сотрудников в области глаукомы. Действительно, где еще, как на Конгрессе РГО, можно познакомиться с таким разнообразием мнений (и достижений!) в области изучения этиопатогенеза глаукомы, современными достижениями клинических эпидемиологов, погрузиться в диагностику и мониторинг заболевания, окупиться в дискуссии, посвященные внедрению в клиническую практику лазерных и хирургических методов лечения, наконец, найти компромиссы в изучении междисциплинарных подходов, а также в так называемых независимых направлениях – адвокатская практика, фармакоэкономика и др.

Российское глаукомное общество и его представители пользуются заслуженным авторитетом во Всемирной ассоциации глаукомных обществ и Европейском глаукомном обществе, что подтверждено включением наших представителей в президиумы, профильные и специальные научные комитеты этих структур! Конгресс этого года посетят представители более чем 25 иностранных глаукомных обществ!

Мы надеемся, что наша текущая работа, результаты которой будут представлены на конгрессе этого года, в очередной раз приблизит нас к основной цели – уменьшению инвалидности вследствие глаукомы в нашей стране!

До встречи в первую пятницу декабря! Ну, теперь, и в субботу!

Основные достоинства Конгресса Российского глаукомного общества 2018 года!

1. Мероприятие под эгидой Министерства здравоохранения Российской Федерации!
2. **Организаторы конгресса:** Российское глаукомное общество (МОО «Глаукомное общество»), Главное военно-медицинское управление МО РФ, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, ФКУ ЦВКГ им. П.В. Мандрыка МО РФ
3. **Соорганизаторы конгресса:** Общество офтальмологов России, Российское общество катарактальных и рефракционных хирургов, Фонд исследования и лечения заболеваний сетчатки и НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии»
4. **При поддержке** Всемирной глаукомной ассоциации (www.worldglaucoma.org), Европейского глаукомного общества (www.eugs.org), Американского глаукомного общества (www.americanglaucomasociety.net) и Французского глаукомного общества (www.leglaucome.fr)
5. **Самое крупное мероприятие по проблемам глаукомы в Восточной Европе в 2018 году**
6. Более 1200 участников из почти 30 стран!!!
7. География: от Лос-Анджелеса (США) до Владивостока (Россия)...
8. 44 симпозиума за два дня!!!
9. 9 (девять!!!) залов будут работать одновременно!!!
10. Более 180 (!!!) сообщений по всем актуальным проблемам глаукомы: эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика; терапевтическое, хирургическое, лазерное и нейропротекторное лечение; сочетанная и комбинированная патология, комплайнс, социальные и юридические аспекты
11. Совместные симпозиумы с Американским и Французским глаукомными обществами!!!
12. Пленарные заседания и сателлитные симпозиумы, лекции и доклады, свободные чтения и дискуссии и пр.
13. Участие абсолютного большинства ведущих глаукоматологов России
14. Глобальный отчет президента РГО о проделанной за год работе, включая оглашение результатов о сотрудничестве со Всемирной глаукомной ассоциацией и Европейским глаукомным обществом
15. Презентация истории Российского глаукомного общества
16. Вручение серебряной медали «Академик Аркадий Нестеров» за выдающиеся заслуги в области глаукоматологии, за 2017–2018 гг. российским и зарубежным лауреатам
17. Расширенное XXIX Заседание Экспертного совета РГО
18. XII Заседание Межнационального Экспертного совета стран СНГ, Грузии и Балтии
19. XV Заседание группы молодых ученых «Научный авангард» РГО
20. V (открытое) Заседание Экспертного совета по проблемам ретинонейропротекции РГО
21. Традиционное (открытое) заседание «Клуба главных редакторов профессиональных офтальмологических изданий»
22. Второе неформальное заседание «Клуба глаукоматологов Восточной Европы» (приглашены 15 стран!)
23. Второе (открытое/неформальное) заседание «Клуба ведущих глаукомными отделами/отделениями стран СНГ»
24. Презентация третьей части проекта «Лига выдающихся джентльменов и блестящих дам» – все докторские диссертации по глаукоме
25. Выдача персональных карт Российского глаукомного общества – бесплатная регистрация и получение на месте!
26. Презентация новых изданий и программ РГО
27. Современная выставка производителей фармацевтической продукции и оборудования, включая обучение на месте!!!
28. Огромная выставка-продажа профессиональной литературы
29. Традиционные благодарности самым активным слушателям конгресса: современные гаджеты! Все как всегда!
30. Конкурс самых стильных офтальмологов-джентльменов и дам! (он же конкурс мужских бабочек и шейных дамских платков...)
31. Вручение призов победителям интернет-конкурсов EyeNews
32. Документация по данному учебному мероприятию будет своевременно представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО. Предполагаемая сумма баллов участников (кредитов, зачетных единиц) = 12
33. Более 2500 чашек кофе и, как всегда – экстрара-бонус: незабываемое общение с коллегами...
34. Презентация супервидеоролика открытия конгресса «Как Илья Муромец со Змеем Горынычем воевал и заодно с глаукомой сражался!» (на открытии конгресса)
35. Презентация фильма «Как проходит Конгресс?» (на закрытии конгресса)



ОТКРЫТИЕ КОНГРЕССА

7 декабря

Зал Сокольники 2

09:30–10:00

(продолжительность приблизительно 30 минут)

Сопредседатели президиума открытия (приглашенные участники, в алфавитном порядке)

академик РАН, проф. Аветисов С.Э. (вице-президент АВО¹), проф. Бикбов М.М., член-корр. АН Республики Казахстан, проф. Ботабекова Т.К. (главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Казахстан, сопредседатель МЭСПГ²), академик РАН, проф. Бровкина А.Ф., член-корр. НАМН Украины, проф. Веселовская З.Ф. (сопредседатель МЭСПГ²), проф. Егоров Е.А. (президент РГО³, председатель МЭСПГ², заместитель председателя оргкомитета конгресса 2018 г.), проф. Еричев В.П. (вице-президент РГОЗ, сопредседатель МЭСПГ²), проф. Имшенецкая Т.А. (главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, сопредседатель МЭСПГ²), генерал-майор медицинской службы, д.м.н. Крайнюков П.Е. (начальник ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ⁴), генерал-майор медицинской службы, к.м.н. Кувшинов К.Э. (заместитель начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, заместитель председателя оргкомитета конгресса 2018 г.), полковник медицинской службы, проф. Куликов А.Н. (главный внештатный специалист-офтальмолог Министерства обороны Российской Федерации), проф. Малюгин Б.Э. (председатель ООР⁵), академик РАН, проф. Мошета Л.К. (главный внештатный специалист-офтальмолог Департамента здравоохранения Москвы, вице-президент АВО¹), Пилипенко В.Г. (помощник министра здравоохранения Российской Федерации, председатель оргкомитета конгресса 2018 г.), член-корр. РАН, проф. Симоненко В.Б. (руководитель рабочей группы оргкомитета конгресса 2018 г.)

- Приветственное слово президента Российского глаукомного общества проф. Е.А. Егорова. Что сделано Российским глаукомным обществом за год и какие у нас «планы на жизнь»?

- Вручение почетной серебряной медали Российского глаукомного общества «Академик Аркадий Павлович Нестеров» за 2018 год

- Приветственное слово ответственных исполнителей рабочей группы оргкомитета конгресса «Как Илья Муромец со Змеем Горынычем воевал и заодно с глаукомой сражался»

¹АВО – Ассоциация врачей-офтальмологов (ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»)
²МЭСПГ – Межнациональный экспертный совет по проблемам глаукомы (СНГ, Грузия и Балтия)
³РГО – Российское глаукомное общество (МО «Глаукомное общество»)
⁴ЦВКГ – Центральный военный клинический госпиталь
⁵ООР – Общество офтальмологов России

Зал Сокольники 2 (симпозиум № 1)

09:00–10:30

Клуб главных редакторов

(продолжительность приблизительно 1 час 30 минут)

Сопредседатели президиума (приглашенные участники, в алфавитном порядке)

академик РАН, проф. Аветисов С.Э. (вице-президент АВО¹), проф. Бикбов М.М., член-корр. АН Республики Казахстан, проф. Ботабекова Т.К. (главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Казахстан, сопредседатель МЭСПГ²), академик РАН, проф. Бровкина А.Ф., член-корр. НАМН Украины, проф. Веселовская З.Ф. (сопредседатель МЭСПГ²), проф. Егоров Е.А. (президент РГО³, председатель МЭСПГ², заместитель председателя оргкомитета конгресса 2018 г.), проф. Еричев В.П. (вице-президент РГОЗ, сопредседатель МЭСПГ²), проф. Имшенецкая Т.А. (главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, сопредседатель МЭСПГ²), генерал-майор медицинской службы, д.м.н. Крайнюков П.Е. (начальник ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ⁴), генерал-майор медицинской службы, к.м.н. Кувшинов К.Э. (заместитель начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, заместитель председателя оргкомитета конгресса 2018 г.), полковник медицинской службы, проф. Куликов А.Н. (главный внештатный специалист-офтальмолог Министерства обороны Российской Федерации), проф. Малюгин Б.Э. (председатель ООР⁵), академик РАН, проф. Мошета Л.К. (главный внештатный специалист-офтальмолог Департамента здравоохранения Москвы, вице-президент АВО¹), Пилипенко В.Г. (помощник министра здравоохранения Российской Федерации, председатель оргкомитета конгресса 2018 г.), член-корр. РАН, проф. Симоненко В.Б. (руководитель рабочей группы оргкомитета конгресса 2018 г.)

Почетная лекция Российского глаукомного общества! «Персонализированная медицина», академик РАН, профессор Мошета Л.К., ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

..... 12 минут

Специальная лекция Российского глаукомного общества! «Взаимодействие врача и пациента в борьбе с глаукомой», Харьков-ский А.О., Dialogus Medicus, Prague, Czech Republic

..... 12 минут

«Фемтолазер-ассистированная хирургия осложненных катаракт», проф. Малюгин Б.Э., главный редактор журнала «Офтальмохирургия», ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

..... 10 минут

«Хирургия глаукомы: прошлое, настоящее, будущее», проф. Трубилин В.Н., главный редактор журнала «Офтальмология», Центр офтальмологии Федерального медико-биологического агентства России, Москва

..... 10 минут

«Взаимосвязь ВГД с офтальмологическими и общесоматическими факторами в популяции», проф. Бикбов М.М., главный редактор журнала «Точка зрения. Восток-Запад», НИИ ГБ Академии наук Республики Башкортостан, Уфа

..... 10 минут

«Разработка и экспериментальное изучение фибриллярно-структурированного дренажа для хирургии глаукомы», проф. Ходжаев Н.С., главный редактор газеты «Мир офтальмологии», ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

..... 10 минут

«Три разнонаправленных вектора в борьбе с глаукомой: можно ли объединить усилия...», проф. Еричев В.П., главный редактор журнала «Национальный журнал глаукома», ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

..... 10 минут

«Медикаментозное лечение глаукомы: от старта к финишу дорога длинная?», проф. Егоров Е.А., главный редактор журнала «РМЖ. Клиническая офтальмология», ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

..... 10 минут

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

¹АВО – Ассоциация врачей-офтальмологов (ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»)
²МЭСПГ – Межнациональный экспертный совет по проблемам глаукомы (СНГ, Грузия и Балтия)
³РГО – Российское глаукомное общество (МО «Глаукомное общество»)
⁴ЦВКГ – Центральный военный клинический госпиталь
⁵ООР – Общество офтальмологов России

10:30–10:50 перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Сокольники 2 (симпозиум № 2)

10:50–12:20

Глаукома: алгоритмы и персонализация. Что важнее?

(продолжительность приблизительно 1 час 30 минут)

Сопредседатели

проф. Алексеев И.Б., Брежнев А.Ю., проф. Егоров Е.А., проф. Иванова Н.В., Кац Д.В., проф. Куроедов А.В., prof. Hollo G. (Венгрия)

«От общего к частному: как знание алгоритмов может помочь при формировании персонализированного подхода в лечении больных с глаукомой?», проф. Куроедов А.В., ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва

..... 20 минут

«Бесконсервантная терапия: причины и следствия», prof. Hollo G., Glaucoma Service and Perimetry Unit, Department of Ophthalmology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

..... 25 минут, включая синхронный перевод



«Что нового следует ожидать в терапии глаукомы?», Брежнев А.Ю., ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск, Россия

20 минут

ДИСКУССИЯ И КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

12²⁰-13⁰⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе или чая бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Сокольники 2 (симпозиум № 3)

13⁰⁰-14³⁰

**Тренды и бренды:
современная микроинвазивная хирургия глаукомы**
(продолжительность приблизительно 1 час 30 минут)

Сопредседатели

Антонов А.А., проф. Бикбов М.М., проф. Егоров Е.А.,
проф. Куроедов А.В., Петров С.Ю., Симонова С.В., проф. Юрьева Т.Н.

«Профиль пациента с глаукомой: современный срез», Антонов А.А., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

12 минут

«Как случайно не проехать «глаукомный перекресток» на красный свет?» (по результатам исследования группы молодых ученых «Научный авангард» Российского глаукомного общества» 2018 года), Завадский П.Ч. ООО «Офтальмологический центр Карелии», Петрозаводск, проф. Куроедов А.В., ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

12 минут

«Анализ эффективности селективной лазерной трабекулопластики», Пасенова И.Г., Алексеева К.В., АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», Екатеринбург

12 минут

«Место микроинвазивной хирургии в современной тактике ведения больных с глаукомой», Петров С.Ю., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

12 минут

Прямое включение: «Влияние длительного применения глазных капель на исходы хирургического лечения глаукомы», Prof. Stalmans L., Head of the Glaucoma Unit, University Hospitals Leuven, Belgium Director of the Laboratory of Ophthalmology, Catholic University of Leuven, Leuven, Belgium

25 минут, включая синхронный перевод

ДИСКУССИЯ, КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

14³⁰-14⁵⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе или чая бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Сокольники 2 (симпозиум № 4)

14⁵⁰-16²⁰

**HRT/Spectralis Клуб - Россия 2018¹.
Глаукома – теории, тенденции, технологии**
(продолжительность приблизительно 1 час 30 минут)



Сопредседатели

Антонов А.А., проф. Егоров Е.А., проф. Егоров В.В., проф. Куроедов А.В.,
проф. Мачехин В.А., проф. Ходжаев Н.С., проф. Шпак А.А., проф. Эгардт В.Ф.

«Менеджмент прогрессирования глаукомы: новые тренды» (по результатам исследования группы молодых ученых «Научный авангард» Российского глаукомного общества» в 2018 году^{2,3}), Нагорнова З.М., ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Иваново, Россия

15 минут

«Многофакторная диагностика глаукомы. Новый атлас диагностики и мониторинга глаукомы при помощи ОКТ Спектралис» Schulz S., Heidelberg Engineering, Germany

25 минут, включая синхронный перевод

«Сравнительная оценка результатов исследования глаукомы с помощью HRT-3 и RTVue-100 OCT», Львов В.А., проф. Мачехин В.А., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Тамбов

10 минут

«Клиническое значение популяционного разнообразия формы дисков зрительных нервов», Антонов А.А., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

10 минут

«Микропериметрия и морфометрические показатели диска зрительного нерва у больных первичной открытоугольной глаукомой», Загидуллина А.Ш., проф. Азнабаев Б.М., Александров А.А., Башкирский государственный медицинский университет, кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Уфа

10 минут

«Популяционная вариабельность и клиническая значимость локализации макулярной области (диагностика ОКТ-Spectralis)», проф. Куроедов А.В., Городничий В.В., Крицына Е.А., Сергеева В.М., Гапонько О.В., Кондракова И.В., Диордийчук С.В., ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва; ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, Москва

10 минут

«Особенности структурно-функциональных и гемодинамических характеристик при ПОУГ, псевдоэксфолиативной глаукомы и офтальмогипертензии», Дорофеев Д.А., ГБУЗ «Областная клиническая больница №3», Челябинск

10 минут

ДИСКУССИЯ, КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

¹HRT - Heidelberg Retina Tomograph (Гейдельбергский ретиальный томограф *); Spectralis - оптический когерентный томограф компании Гейдельберг Инжиниринг; HEP - Heidelberg Edge Perimetry (Гейдельбергский контурный периметр *). Российский HRT/Spectralis Клуб – самый большой в мире уникальный образовательно-информационный проект, созданный в 2003 г. и объединивший единомышленников из России, других стран СНГ, Восточной и Западной Европы

²«Научный авангард» - группа молодых ученых, созданная под эгидой Российского глаукомного общества с целью проведения совместных исследований в офтальмологии. Официальная веб-страница в социальной сети: <https://www.facebook.com/ScientificVanguard> Официальный веб-сайт www.EyeNews.club

³по состоянию на 1 декабря 2018 г.



16²⁰-16⁴⁰ перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...



16-й

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА

2018



Зал Сокольники 2 (симпозиум № 5)

13⁰⁰–13³⁰

**Глаукома: Citius! Inferius! Fortius!
Быстрее! Ниже! Сильнее!**

ГЛОБАЛЬНЫЙ ИНТЕРНЕТ-СИМПОЗИУМ

(не обеспечены кредитами ИМО)

организаторы заседания: Российское глаукомное общество и глаукомное общество Франции

(продолжительность приблизительно 1 час 30 минут)



Société Française du Glaucome
Comité de Lutte contre le Glaucome

Сопредседатели (в алфавитном порядке)

проф. Алексеев В.Н., проф. Алексеев И.Б., член-корр. АН Республики Казахстан, проф. Ботабекова Т.К., Брежнев А.Ю., член-корр. НАМН Украины, проф. Веселовская З.Ф., проф. Догадова Л.П., проф. Егоров Е.А., проф. Еричев В.П., проф. Имшенецкая Т.А., проф. Каменских Т.Г., проф. Куликов А.Н., проф. Куроедов А.В., проф. Лебедев О.И., Лоскутов И.А., Петров С.Ю., проф. Страхов В.В., проф. Черных В.В., проф. Щуко А.Г., проф. Юрьева Т.Н.

Тезис №1: Быстрее! «Ступенчатая» терапия глаукомы: новый тренд в лечении», проф. Куроедов А.В., ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва; ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва; Брежнев А.Ю., ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

20 минут

Тезис №2: Ниже! Прямое включение: «Своевременная и корректная смена тактики лечения при прогрессировании глаукомного процесса», Prof. Schweitzer C., University Hospital Pellegrin, Bordeaux, France

20 минут, включая синхронный перевод

Тезис №3: Сильнее! Прямое включение: «Ранняя хирургия глаукомы в свете развития микроинвазивных технологий (MIGS). Смена парадигмы?», Prof. Bron A., президент Европейской ассоциации исследования зрения и глаз (EVER), University Hospital of Dijon, Dijon, France

20 минут, включая синхронный перевод

Резюме на месте: «Терапия глаукомы: фундамент современной схемы лечения?», проф. Егоров Е.А., ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

15 минут

ДИСКУССИЯ, КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

18⁰⁰–18⁴⁰ грандиозное закрытие конгресса в этом же зале (подведение итогов, полезные комментарии оргкомитета, реплики из зала и расставание на... один год - до 6 декабря 2019 г., когда состоится XVII Конгресс Российского глаукомного общества совместно со странами СНГ, Грузии, Балтии и Восточной Европы). И многое другое! Обязательно приходите – будет традиционно интересно!

ЗАКРЫТИЕ КОНГРЕССА

зал Сокольники 2

13⁰⁰–13³⁰

(продолжительность приблизительно 30 минут)

Сопредседатели (в алфавитном порядке)

проф. Алексеев В.Н., проф. Алексеев И.Б., член-корр. АН Республики Казахстан, проф. Ботабекова Т.К., Брежнев А.Ю., член-корр. НАМН Украины, проф. Веселовская З.Ф., проф. Догадова Л.П., проф. Егоров Е.А., проф. Еричев В.П., проф. Имшенецкая Т.А., проф. Каменских Т.Г., проф. Куликов А.Н., проф. Куроедов А.В., проф. Лебедев О.И., Лоскутов И.А., Петров С.Ю., проф. Страхов В.В., проф. Щуко А.Г., проф. Юрьева Т.Н.

- итоги проведения ежегодного конгресса 2018 года: день опять прошел не зря!

- президент Российского глаукомного общества проф. Егоров Евгений Алексеевич
- вице-президент Российского глаукомного общества проф. Еричев Валерий Петрович

15 минут

- легендарное мероприятие закрытия Конгресса Российского глаукомного общества: все как всегда

- конгресс изнутри – 2 минуты видео из нашей жизни сегодня!
- проект «Гаджеты от Российского глаукомного общества» - традиции не меняются!
- победители конкурсов интернет-сайта EyeNews (сентябрь-декабрь 2018 года)
- самые элегантные участники конгресса 2018 года (он же конкурс «Мужских бабочек и женских шейных платков»)

15 минут

До встречи 6 декабря 2019 г., когда состоится очередной, традиционный и горячо любимый XVII Конгресс Российского глаукомного общества совместно со странами СНГ, Грузии Балтии и Восточной Европы, при поддержке Всемирной глаукомной ассоциации и Европейского глаукомного общества

Зал Сокольники 1 (симпозиум № 6)

10⁰⁰–11²⁰

Глаукома – «безмолвный похититель»...

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Лоскутов И.А., Малишевская Т.Н., проф. Онищенко А.Л., Хализова Л.М.

«Глаукома и коморбидность – не так все просто!», Лоскутов И.А., Научно-клинический центр ОАО РЖД, Москва

15 минут

«Продолжительность жизни больных с глаукомой. Факторы риска», проф. Онищенко А.Л., ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» (филиал Новокузнецк) МЗ РФ, Новокузнецк

15 минут

«Глаукома как психологическая проблема», Хализова Л.М., частный психолог, Москва

15 минут

«Полипрагмазия при глаукоме и сопутствующей патологии. Как выйти из порочного круга?», Малишевская Т.Н., ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер», Тюмень

15 минут

ДИСКУССИЯ И РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

11²⁰–11⁴⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Сокольники 1 (симпозиум № 7)

11⁰⁰–13⁰⁰

Что нового произошло в изучении глаукомы в 2018 году - Между Москвой и Вашингтоном! Совместное заседание Российского и Американского глаукомных обществ (впервые!)

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)



AMERICAN
GLAUCOMA
SOCIETY

Сопредседатели

Газизова И.Р., проф. Егоров Е.А., Лоскутов И.А., Селезнев А.В., prof. Medeiros F. (USA), Sheybani A. (USA)

«Что нового произошло в изучении факторов риска и патогенеза



глаукомы? What new in risk factors and pathogenesis in glaucoma?», Газизова И.Р., ФГБНУ «ИЭМ» РАН, Санкт-Петербург
..... **15 минут**

«Что нового появилось в диагностике и динамическом наблюдении у больных с глаукомой? What is new in diagnostic and monitoring devices for glaucoma: from generally to personally?», Prof. Medeiros F., Hamilton Glaucoma Center, University of California, Visual Performance Laboratory, UCSD, San Diego, USA
..... **15 минут, включая синхронный перевод**

«Что нового мы можем предложить в терапии глаукомы: новинки и ожидания? What is new in glaucoma therapy: news and new promises?», Селезнев А.В., ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Иваново, Россия
..... **15 минут**

«Что нового появилось в хирургии глаукомы в этом году? What is new in surgical treatment of glaucoma?», Sheybani A., Washington University in St. Louis, USA
..... **15 минут, включая синхронный перевод**

ДИСКУССИЯ И РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

13⁰⁰-13³⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе или чая бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Сокольники 1 (симпозиум № 8)

13³⁰-14³⁰

Второй неформальный клуб друзей-глаукоматологов стран Восточной Европы.

Часть 1. Впервые выявленная глаукома.

Тактика для реальных пациентов

East-Europe Glaucoma Club.

2nd Non-Formal Meeting.

Part I. First choice Glaucoma initial diagnosed. Tactics for real patients

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)



Сопредседатели

Ловпаче Дж.Н., Лоскутов И.А., Cvenkel B. (Slovenia), Jandrokovic S. (Croatia), prof. Misiuk-Hojlo M. (Poland)

«Early stage of "classical" glaucoma. Newly diagnosed. First administration. Пациент с начальной стадией простой первичной открытоугольной глаукомы. Моя тактика ведения», Božić M., Institute of Eye Diseases, Clinical Centre of Serbia, University of Belgrade, Medical Faculty, Belgrade, Serbia
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

«Early stage of normal tension glaucoma and systemic risk factors. Newly diagnosed. First administration. Пациент с начальной стадией глаукомы с нормальным давлением и системными факторами риска. Как лечить?», prof. Misiuk-Hojlo M., Department of Ophthalmology, Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

«Early stage of glaucoma and "dry eyes syndrome". Newly diagnosed. First administration. Пациент с начальной стадией первичной открытоугольной глаукомы и синдромом «сухого глаза». Что назначать?», Cvenkel B., Head of Glaucoma Unit, Eye Hospital Ljubljana, Slovenia
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

«Moderate stage of glaucoma. Newly diagnosed. High IOP-level. Pseudoexfoliative syndrome. First administration. Пациент с развитой стадией псевдоэкссфолиативной глаукомы и декомпенсированном уровнем ВГД. Как лечить?», Jandrokovic S., Clinical Hospital Centre Zagreb (University Hospital) Ophthalmology, Glaucoma department, Croatia
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

«Moderate stage of glaucoma. Newly diagnosed and bad compliance. Пациент с развитой стадией простой первичной открытоугольной глаукомы, плохой переносимостью лечения и неважной к нему приверженностью. Как поступать?», Tein P., Eye Department of East-Tallinn Medical Central Hospital, Tallinn, Estonia
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

«Advanced stage of glaucoma - therapy or surgery. Пациент с далеко зашедшей стадией первичной открытоугольной глаукомы - терапия или хирургия?», Popa Cherecheanu A., "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Emergency University Hospital, Department of Ophthalmology, Bucharest, Romania
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

ДИСКУССИЯ И РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

14⁵⁰-15¹⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе или чая бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Сокольники 1 (симпозиум №9)

15¹⁰-16³⁰

Второй неформальный клуб друзей-глаукоматологов стран Восточной Европы.

Часть 2. Рациональная коррекция терапии

East-Europe Glaucoma Club.

2nd Non-Formal Meeting.

Part 2. Rational therapy correction

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)



Сопредседатели

Ловпаче Дж.Н., Лоскутов И.А., Dimovska V. (Macedonia), Ferková S. (Slovakia), Anguelov B. (Bulgaria)

«The patient with progressing primary-open angle glaucoma. Пациент с начальной стадией первичной открытоугольной глаукомы с прогрессирующим течением. Моя тактика ведения», Dimovska V., Department of Ophthalmology, Medical University, Skopje, Macedonia
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

«Moderate stage of glaucoma. Maximum therapy. Bad tolerances. Пациент с развитой стадией глаукомы и максимальной гипотензивной, плохо переносимой терапией. Что делать?», Prazenicova M., Ophthalmology Department, Roosevelt Hospital, Banska Bystrica, Slovakia
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

«Advanced stage of glaucoma surgical operations in one eye. Maximum therapy and sub-controlled IOP. Next step? Пациент с далеко зашедшей стадией оперированной первичной открытоугольной глаукомы на максимальной гипотензивной терапии. Уровень ВГД субкомпенсирован. Следующий шаг?», Fucik M., Lexum European Eye Clinic, Prague, Czech Republic
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

«Moderate stage of glaucoma. Pseudophakia. Penetrating surgery 2 months ago. Formed cystoids filtration bleb. A trend for IOP increase. Пациент с артифакцией, оперированной 2 месяца назад развитой стадией глаукомы, с формированием кистозной подушки и тенденцией к повышению уровня ВГД. Моя тактика?», Ferková S., Comenius University in Bratislava, Bratislava, Slovakia
..... **12 минут, включая синхронный перевод**

Острые вопросы / хитрые ответы

АйНьюс на Twitter

http://twitter.com/EyeNews_ru





«Advanced stage of glaucoma. Pseudophakia. IOP lowering surgery with a use of a shunt 6 months ago. The IOP level is sub-controlled. Далеко зашедшая стадия глаукомы. Артифакция. Гипотензивная операция с применением шунта 6 месяцев назад. Уровень ВГД субкомпенсирован. Что делать в таком случае?», prof. Anguelov B., Medical Institute, Ministry of Interior, Eye Clinic, Sofia, Bulgaria

..... 12 минут, включая синхронный перевод

ДИСКУССИЯ И РЕЗЮМЕ СИМПОЗИУМА

Сразу после окончания этого симпозиума **настоятельно рекомендуем** посетить главный зал заседаний конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия

Зал Крымский Вал (симпозиум № 10)

10⁰⁰–11²⁰

Глаукома в фокусе фундаментальных научных исследований. Коротко о важном!

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели (в алфавитном порядке)

проф. Алексеев И.Б., проф. Кремкова Е.В., проф. Кулешова О.Н.

«Диагностическое значение протеомного анализа жидкости передней камеры глаза при первичной открытоугольной глаукоме и псевдоэксфолиативном синдроме», Самохина Н.И., ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ; проф. Кочергин С.А., ФГБОУ ДПО РМАН-ПО МЗ РФ; проф. Московский С.А., ФБГОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва

..... 8 минут

«Дисбаланс цитокинов во внутриглазной жидкости и особенности местного воспалительного процесса в механизмах развития первичной открытоугольной глаукомы», Ермакова О.В., проф. Трунов А.Н., проф. Черных В.В., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Новосибирск

..... 8 минут

«Оценка влияния фибринолитической активности крови на показатели гидро- и гемодинамики глаза у больных глаукомой», Макогон С.И., ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул

..... 8 минут

«Перспективы фармакогенетических исследований для персонализации фармакотерапии глазных болезней», чл.-корр. РАН, проф. Сычев Д.А., Рожков А.В., проф. Алексеев И.Б. ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

..... 8 минут

«Роль генов антиоксидантной защиты в развитии псевдоэксфолиативной глаукомы», Брежнев А.Ю., ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск

..... 8 минут

«Дегенеративные изменения слоя нервных волокон роговицы у больных с первичной открытоугольной глаукомой», проф. Страхов В.В., Сурнина З.В., Малахова А.И., Климова О.Н., ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль

..... 8 минут

«Клинико-морфологические предикторы высокой эффективности активации интрасклеральных путей оттока при гипотензивной хирургии псевдоэксфолиативной глаукомы», проф. Кулешова О.Н., проф. Айдагулова С.В., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Новосибирск

..... 8 минут

«Функциональные возможности различных путей оттока внутриглазной жидкости», проф. Лебедев О.И., Четвергова А.Е., ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск

..... 8 минут

«Патоморфология центральных отделов зрительного анализатора при глаукоме». Газизова И.Р., проф. Егоров Е.А., проф.

Алексеев В.Н., Мартынова Е.Б., ФБГОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

..... 8 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

11²⁰–11⁴⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Крымский Вал (симпозиум № 11)

11⁴⁰–13⁰⁰

Инновационные технологии в комбинированной хирургии глаукомы и осложненной катаракты

Совместное заседание Российского глаукомного общества и Общества офтальмологов России (впервые!)

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)



Сопредседатели

проф. Еричев В.П., Володин П.Л., проф. Першин К.Б.

«Лазерная активация трабекулы в комбинированном хирургическом лечении ПОУГ и осложненной катаракты», проф. Малюгин Б.Э., Соколовская Т.В., Володин П.Л., Тепловодская В.В., Яшина В.Н., ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

..... 15 минут

«Наш опыт применения комбинированных операций у пациентов с ПОУГ и осложненной катарактой», Иванов Д.И., АО «Екатеринбургский центр МНТК «МГ», Екатеринбург

..... 15 минут

«Комбинированная хирургия глаукомы и осложненной катаракты с имплантацией мультифокальных ИОЛ», проф. Першин К.Б., проф. Пашинова Н.Ф., Цыганков А.Ю., Соловьева Г.М., Офтальмологическая клиника «Эксимер», Москва

..... 15 минут

«Дренажи в комбинированной хирургии глаукомы и катаракты», проф. Еричев В.П., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

..... 15 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

13⁰⁰–13³⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе или чая бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Крымский Вал (симпозиум № 12)

13³⁰–14³⁰

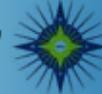
Лазерные технологии в лечении пациентов с глаукомой

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Куликов А.Н., Мазунин И.Ю., Соколовская Т.В.

«Оценка эффективности селективной лазерной трабекулопластики с помощью оптической когерентной томографии»,



проф. Куликов А.Н., Мальцев Д.С., Бурнашева М.А., ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

12 минут

«Микроимпульс наступает и побеждает! Обзор методик микроимпульсного лазерного лечения различных видов, форм и стадий глаукомы», Мазунин И.Ю., Областной центр лазерной микрохирургии глаза, Нижний Новгород

12 минут

«Комбинированный метод лазерного лечения узкоугольной (смешанной) глаукомы», Соколовская Т.В., Магарамов Д.А., Узунян Д.Г., Яшина В.Н., ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

12 минут

«Лазерный суртормолизис - когда? кому? зачем?», Волкова Н.В., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Иркутск

12 минут

«Эндоскопическая циклофотокоагуляция в лечении «силиконовой» глаукомы», Маркова А.А., Горбунова Н.Ю., Поздеева Н.А., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Чебоксары

12 минут

«Предикторы повреждения корнеального эндотелия при СЛТ», проф. Курышева Н.И., Лепешкина Л.В., Центр офтальмологии ФМБА России, ФБГОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА, Москва

12 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

14³⁰-15¹⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе или чая бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Крымский Вал (симпозиум № 13)

15¹⁰-16³⁰

Правовые вопросы в практике врача-офтальмолога: переходим к обсуждению документации

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Участники дискуссии

Абрахманова Е.С., проф. Догадова Л.П., Карлова Е.В., Павлова Г.В.

Коллеги! Уже 6 лет подряд мы проводим симпозиум с такой тематикой, и за это время пришло полное осознание необходимости и востребованности этого мероприятия.

Как нам кажется, за это время нам удалось найти компромисс: мы пригласили для участия в симпозиуме сразу нескольких специалистов. Среди них есть и практикующие врачи, и специалисты-организаторы, и юристы. Действительно, за все эти годы у нас сложилась отличная команда, которая ищет и находит ответы на самые неожиданные вопросы!

В рамках проведения этого симпозиума мы хотим еще раз откровенно поговорить о том, как и когда несоответствия ожиданиям пациента, вкупе с невниманием врача становятся «действующими лицами» настоящей судебной практики...

Вопросы из зала и дискуссия только приветствуются! И еще: в этом году мы специально выделили для этого симпозиума зал побольше!

Темы для обсуждения сегодня:

1. Идеальное информированное добровольное согласие: какое оно?
2. Клинические рекомендации и протоколы лечения: каков их правовой статус?

3. Отвечаем на вопросы слушателей: ведение пациента с ВИЧ-инфекцией.

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

Сразу после окончания этого симпозиума **настоятельно рекомендуем** успеть посетить главный зал заседаний конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия

Зал Охотный Ряд (симпозиум № 14)

10⁰⁰-11²⁰

На перекрестках глаукомы...

(Не обеспечены кредитами НМО)

(продолжительность, приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Харьковский А.О., Казанова С.Ю.

«Глаукомный треугольник: врач, пациент и лекарство», Харьковский А.О., Dialogus Medicus, Prague, Czech Republic

20 минут

«История болезни глазами пациента: точка зрения заинтересованного человека», Павлова Г.В., Федеральный судья в отставке, Москва

15 минут

«Какие ассоциации вызывает понятие «здоровый образ жизни» у медицинских работников?», Власенко А.В., ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

15 минут

«Приверженность к лечению?», Казанова С.Ю., ГБУЗ ЯО «Клиническая больница № 1», консультативно-диагностическое отделение № 1 (глаукомное отделение), Ярославль

15 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

11²⁰-11⁴⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Охотный Ряд (симпозиум № 15)

11⁴⁰-13⁰⁰

Суточные колебания уровня ВГД как риск прогрессирования глаукомы?

(Не обеспечены кредитами НМО)

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Карлова Е.В., Ловпаче Дж.Н.

Уважаемые коллеги!

Специальный симпозиум-дискуссия, посвященный состоянию проблемы «Колебания уровня ВГД», будет, безусловно, интересен широкой профессиональной обществу.

Почему? Следует отметить, что русский офтальмолог А.И. Масленников (1904) был первым, кто установил ряд важных факторов, касающихся параметров внутриглазного давления (ВГД): уровень ВГД и у здоровых лиц и у больных глаукомой в течение суток меняется; как правило, утром оно выше, чем вечером; величина колебаний уровня ВГД у больных глаукомой значительно больше, чем у здоровых. К сожалению, практическое осуществление повторных измерений ВГД в течение суток даже в крупных эпидемиологических или клинических исследованиях сопряжено со значительными трудностями, а какого-либо простого метода оценки флюктуаций просто нет. Уже доказано, что однократное измерение уровня ВГД имеет ряд ограничений, например, не отражает «пиковых» его значений и не дает возможность определить истинную при-



16-й

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА 2018



Схематическое расписание симпозиумов Конгресса

Сокольники 2
около 330 мест

Сокольники 1
около 330 мест

Крымский Вал
около 110 мест

Охотный Ряд
около 110 мест

Регистрация на Конгресс Российского глаукомного общества на месте

Открытие конгресса
08-30 – 09-00



Клуб главных редакторов
09-00 – 10-30

Перерыв
10-30 – 10-50

Глаукома: алгоритмы и персонализация. Что важнее?
10-50 – 12-20

Большой кофе-перерыв
12-20 – 13-00

Тренды и бренды: современная микроинвазивная хирургия глаукомы
13-00 – 14-30

Кофе-перерыв
14-30 – 14-50

HRT/Spectralis Клуб - Россия 2018. Глаукома – теории, тенденции, технологии
14-50 – 16-20

Перерыв
16-20 – 16-40

Глаукома: Citius! Inferius! Fortius! Быстрее! Ниже! Сильнее! ГЛОБАЛЬНЫЙ ИНТЕРНЕТ-СИМПОЗИУМ
16-40 – 18-10

Закрытие конгресса
18-10 – 18-40

Глаукома – «безмолвный похититель»...
10-00 – 11-20

Глаукома в фокусе фундаментальных научных исследований. Коротко о важном!
10-00 – 11-20

На перекрестках глаукомы....
10-00 – 11-20

Что нового произошло в изучении глаукомы в 2018 году? Между Москвой и Вашингтоном!
11-40 – 13-00

Инновационные технологии в комбинированной хирургии глаукомы и осложненной катаракты
11-40 – 13-00

Суточные колебания уровня ВГД как риск прогрессирования глаукомы?
11-40 – 13-00

Второй неформальный клуб друзей-глаукоматологов стран Восточной Европы. Часть 1. Впервые выявленная глаукома. Тактика для реальных пациентов
13-30 – 14-50

Лазерные технологии в лечении пациентов с глаукомой
13-30 – 14-50

Патология сетчатки: проблемы и перспективы
13-30 – 14-50

Второй неформальный клуб друзей-глаукоматологов стран Восточной Европы. Часть 2. Рациональная коррекция терапии
15-10 – 16-30

Правовые вопросы в практике врача-офтальмолога: переходим к обсуждению документации
15-10 – 16-30

Все, что влияет на целое, влияет на часть, все, что влияет на часть, влияет на целое... Глаукома и сердечно-сосудистая патология
15-10 – 16-30

Сразу после окончания этого симпозиума **настоятельно рекомендуем успеть посетить главный зал заседаний**



ПЕРВАЯ ПЯТНИЦА И ВТОРАЯ СУББОТА ДЕКАБРЯ



«Глаукома: теории, тенденции, технологии», 7 декабря 2018 года

Остоженка
около 40 мест

Чистые пруды
около 60 мест

Арбат
около 70 мест

Красные ворота
около 60 мест

Ордынка
около 30 мест

начнется в 07-30! Не торопитесь, успеют все!



Интересные случаи в клинике, диагностике и лечении глаукомы
Невероятное – очевидно !!!
Специальный проект Российского глаукомного общества – «Евразия»

18 10-00 – 11-20

Фокус на дефокус:
один день из жизни
врача-офтальмолога

22 10-00 – 11-20

Четыре друга ВГД!

26 10-00 – 11-20

Профессорский лекторий!
Обсуждаем: снижение уровня ВГД,
нейропротекция, ретинопротекция... В чем причина успеха
лечения глаукомы?

30 10-00 – 11-20

Пациент и доктор:
плохое зрение – не повод
для отчаяния!

34 10-00 – 11-20

Арбат, Красные ворота, Остоженка, Ордынка, Чистые пруды с 11-20 до 11-40

Лига выдающихся джентльменов и блестящих дам! Часть 3. Посвящается 100-летию со дня рождения проф. А.А. Бунина, проф. В.В. Волкова, проф. Б.Н. Алексеева и Куйбышевской школе глаукоматологии!

19 11-40 – 13-00

Проблемы длительной терапии пациентов с глаукомой.
Пациент вчера, сегодня, завтра

23 11-40 – 13-00

Офтальмологические лабиринты.
Продолжение...

27 11-40 – 13-00

Доказанная гипотензивная эффективность разных режимов лечения: что может быть лучше?

31 11-40 – 13-00

Хирургия глаукомы: сложные случаи

35 11-40 – 13-00

Арбат, Красные ворота, Остоженка, Ордынка, Чистые пруды с 13-00 до 13-30

Вторичная глаукома на фоне силиконовой тампонады витреальной полости

20 13-30 – 14-50

Сочетанная патология: очевидная действительность рутинной клинической практики

24 13-30 – 14-50

«Сухой» или «красный»? Выбор очевиден!

28 13-30 – 14-50

Патогенез глаукомы: ключевые аспекты

32 13-30 – 14-50

Домашний кинотеатр: избранные клинические примеры. Часть 1

36 13-30 – 14-50

Арбат, Красные ворота, Остоженка, Ордынка, Чистые пруды с 14-50 до 15-10

Витреоретинальная хирургия: опыт взаимодействия стационара и поликлиники

21 15-10 – 16-30

«Звездные войны» фармацевтического рынка

25 15-10 – 16-30

Оптическая когерентная томография в диагностике и мониторинге глаукомы

29 15-10 – 16-30

Рефрактерная глаукома. Клиническая практика. Результаты и интерпретация

33 15-10 – 16-30

Домашний кинотеатр: избранные клинические примеры. Часть 2

37 15-10 – 16-30

Конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия





16-й

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО 2018 ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА



Схематическое расписание симпозиумов Конгресса «Глаукома: теории, тенденции, технологии», 8 декабря 2018 года

Арбат около 70 мест

ВМД: взгляд на проблему глазами разных специалистов
38 09-00 – 10-15



Перерыв
10-15 – 10-30

Коллекция клинических примеров. Лечили, лечим и будем лечить!
39 10-20 – 11-45



Малая, но очень приятная кофе-пауза
11-45 – 12-00

Сложный пациент в фокусе внимания: поликлиника, стационар и опять поликлиника... Совместное заседание Российского глаукомного общества и Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов
40 12-00 – 13-15



Малая, но очень приятная кофе-пауза
13-15 – 13-30

Синдром «сухого глаза» и агент-провокатор! Дебаты на поражение....
41 13-30 – 14-45



Малая, но очень приятная кофе-пауза
14-45 – 15-00

Глаукома – из огня да в полымя...
42 15-00 – 16-00



Перерыв
16-00 – 16-15

НОВОСТИ ГЛАУКОМЫ – ГОД ПРОШЕЛ НЕ ЗРЯ? Специальное закрытое заседание группы молодых ученых Российского глаукомного общества «Научный авангард»
43 16-15 – 17-00

Красные ворота около 60 мест

Специальный семинар, посвященный применению методики оптической когерентной томографии (ОКТ) и ангио-ОКТ в диагностике и мониторинге глаукомы
44 09-00 – 10-15

Крымский Вал около 110 мест

XXIX (расширенное) Заседание Экспертного совета Российского глаукомного общества
XII Заседание Межнационального Экспертного совета по проблемам глаукомы стран СНГ, Грузии и Балтии
Второе (открытое, неформальное) заседание клуба глаукоматологов-единомышленников стран Восточной Европы
09-00 – 16-00

Внимание!

На очередном заседании экспертных советов будут обсуждаться вопросы текущей научно-организационной деятельности Российского глаукомного общества. На этот раз на заседание приглашены коллеги-единомышленники глаукоматологи стран СНГ, Грузии и Восточной Европы. Такой формат позволит нам сформулировать новые, более серьезные задачи и дать импульс к их решению в ближайшее время. В частности, будут обсуждаться проблемы клинической эпидемиологии, особенности и перспективы изучения состояния глаукомы в странах Восточной Европы. Также речь пойдет о научно-клинических исследованиях под эгидой наших глаукомных обществ.

Внимание!

Попасть на это заседание не членам экспертных советов – невозможно. К сожалению...

Полная научная программа этого заседания будет доведена персонально всем приглашенным лицам.

45

Общая информация

Официальные переводчики Конгресса Российского глаукомного общества

Алашова Кира (руководитель), Алексеева Наталья, Арсентьева Олеся, Галимова Айсылу, Зенина Нина, Хавронская Татьяна

Официальные научные консультанты и технические кураторы программ Конгресса Российского глаукомного общества

Аванесова Т.А. (Москва), Алексеев И.Б. (Москва), Анисимова С.Ю. (Москва), Анисимов С.И. (Москва), Антонов А.А. (Москва), Апрельев А.Е. (Оренбург), Астапов П. (Москва), Арефьева Ю. (Москва), Белова Л. (Москва), Беляев А. (Москва), Бикбов М.М. (Уфа), Брежнев А.Ю. (Курск), Ботабекова Т.К. (Алматы), Бржеский В.В. (Санкт-Петербург), Бровкина А.Ф. (Москва), Будзинская М.В. (Москва), Володин П.Л. (Москва), Газизова И.Р. (Санкт-Петербург), Городничий В.В. (Москва), Догадова Л.П. (Владивосток), Евплов А. (Москва), Егоров А.Е. (Москва), Егоров Е.А. (Москва), Емельянова Н.А. (Москва), Еричев В.П. (Москва), Журавлева Л. (Москва), Имшенецкая Т.А. (Минск, Беларусь), Казанова С.Ю. (Ярославль), Карлова Е.В. (Самара), Крайнюков П.Е. (Москва), Кулешова О.Н. (Новосибирск), Куликов А.Н. (Санкт-Петербург), Куроедов А.В. (Москва), Курышева Н.И. (Москва), Лебедев О.И. (Омск), Липатов Д.В. (Москва), Ловпаче Дж.Н. (Москва), Лоскутов И.А. (Москва), Люмбауэр Р. (Вена, Австрия), Мазунин И.Ю. (Нижний Новгород), Майчук Д.Ю. (Москва), Максумова Н. (Москва), Малюгин Б.Э. (Москва), Малышева Е. (Москва), Мешкова М. (Москва), Молоткова И.А. (Калуга), Мохирев А. (Москва), Мошетова Л.К. (Москва), Мягков А.В. (Москва), Онищенко А.Л. (Новокузнецк), Павлова Г.В. (Москва), Першин К.Б. (Москва), Петров С.Ю. (Москва), Плыкина Е. (Москва), Потапова С. (Москва), Потапова Т. (Москва), Розина Т. (Москва), Рейтузов В.А. (Москва), Селезнев А.В. (Иваново), Симоненко В.Б. (Москва), Сычев Д.А. (Москва), Советкин Д. (Москва), Соколовская Т.В. (Москва), Соловьева О. (Москва), Страхов В.В. (Ярославль), Сумакова И. (Москва), Трубилин В.Н. (Москва), Хохлов О. (Москва), Шадричев Ф.Е. (Санкт-Петербург), Шибалко Е. (Москва), Шрамко Ю. (Москва), Шульц С. (Гейдельберг, Германия), Фадеев-Мурашов В. (Москва), Харьковский А.О. (Прага, Чехия), Юрьева Т.Н. (Иркутск), Якутина Е. (Москва)



чину прогрессирования глаукомы. Разовые измерения уровня ВГД и возможная неправильная трактовка результатов приводят к неадекватному контролю и определению столь же неадекватного целевого уровня.

Большинство авторов солидарны в том, что наряду с данными, характеризующими среднесуточные показатели уровня ВГД и его «пики», суточные флюктуации также несут полезную информацию. У больных глаукомой флюктуации выше, нежели у здоровых лиц, и, по данным ряда исследований, значительные и продолжительные суточные колебания ВГД являются независимым фактором риска прогрессирования глаукомы.

Назначение современных гипотензивных препаратов наряду со значительным понижением уровня ВГД приводит к подавлению флюктуаций в течение продолжительного периода, что вкупе с 24-часовым мониторингом является важным условием замедления прогрессирования глаукомы.

Именно об этом и будем говорить, обсуждая конкретные клинические ситуации!

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

13⁰⁰–13³⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Охотный Ряд (симпозиум № 16)

13³⁰–14³⁰

Патология сетчатки: проблемы и перспективы

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Будзинская М.В., проф. Липатов Д.В.

«Диабетический макулярный отек. Стратегические подходы к выбору лечения. От частного мнения к стандартизации терапевтических подходов», проф. Липатов Д.В., ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ

20 минут

«Полипоидная хориоидальная васкулопатия», Мазурина Н.К., Центр диагностики и хирургии заднего отдела глаза, Москва

20 минут

«Как не упустить второй глаз? Обзор случаев реальной клинической практики», проф. Будзинская М.В., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

20 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

14⁵⁰–15¹⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Охотный Ряд (симпозиум № 17)

15¹⁰–16³⁰

Все, что влияет на целое, влияет на часть, все, что влияет на часть, влияет на целое...*

Глаукома и сердечно-сосудистая патология

(Не обеспечены кредиты НМО)

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Еричев В.П., проф. Онищенко А.Л.

«Взгляд офтальмолога», проф. Еричев В.П., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

20 минут

«Взгляд клинического фармаколога», чл-корр. РАН, проф. Сычев Д.А., ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

20 минут

«Лед тронулся: первая и единственная фиксированная антиглаукомная комбинация без бета-адреноблокатора», Петров С.Ю., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

20 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

*Поль Бер (Paul Bert), известный французский ученый и государственный деятель, 1833-1886 гг.

Сразу после окончания этого симпозиума настоятельно рекомендуем успеть посетить главный зал заседания конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия

Зал Остоженка (симпозиум № 18)

10⁰⁰–11²⁰

Интересные случаи в клинике, диагностике и лечении глаукомы. Невероятное – очевидно !!! Специальный проект Российского глаукомного общества – «ЕврАзия»

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)



Сопредседатели

Карлова Е.В., Молоткова И.А.

Клиническая практика в изобилии содержит интереснейшие позитивные (и не очень...) примеры ведения пациентов с глаукомой. Действительно, рутинная действительность – это не только стандарты, порядки, рекомендации и алгоритмы. Это ежедневное общение с пациентом, это сложнейшая хирургическая деятельность, это необходимость пристального динамического наблюдения. Наконец, это мозаика, которая должна сложиться (и почти всегда складывается!) в развернутую картину профиля пациента с глаукомой!

Доктора из разных регионов нашей страны поделятся собственным опытом, который они десятилетиями нарабатывают в своей персональной клинической практике. Объективно расскажут о допущенных ошибках и поделятся достижениями!

Приходите, будет интересно!

Приглашенные содокладчики (в алфавитном порядке, приблизительно 10 минут на изложение своей точки зрения)

- Арутюнян Л.Л., Офтальмологическая клиника «Восток-Прозрение», Москва
- Карауловская Е.А., Офтальмологическая клиника «Эксимер», Нижний Новгород
- Качурин А.Э., Офтальмологическая клиника «Визус», Псков
- Кулагина А.В., клиника «Мир взглядов», Симферополь
- Мартынов Ю.В., ООО МТК «Микрохирургия глаза», Брянск
- Молоткова И.А., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Калуга
- Руднева О.С., ГУЗ ТО «Областная клиническая больница», Клинико-диагностический центр, поликлиническое отделение, Тула
- Сидяева О.В., ГБУЗ АО Городская клиническая больница, Астрахань
- Собынин Н.А., проф. Гаврилова Т.В., Обухов Н.С., ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница № 2 им. Ф.Х. Граля», ПГМУ им. акад. Е. Вагнера, Пермь

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

11²⁰–11⁴⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование



16-й

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА

2018



Зал Остоженка (симпозиум № 19)

11⁴⁰–13⁰⁰

Лига выдающихся джентльменов и блестящих дам! Часть 3. Посвящается 100-летию со дня рождения профессора А.Я. Бунина, профессору В.В. Волкову, профессору Б.Н. Алексееву и Куйбышевской школе глаукоматологии!

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Емельянова Н.А., Рейтузов В.А.

«Теоретическое наследие профессора А.Я. Бунина», проф. Еричев В.П., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

10 минут

«Профессор Аркадий Яковлевич Бунин (1918–2007): жизнь, деятельность, научная школа», Емельянова Н.А., Международная академия бизнеса и управления, Москва

10 минут

«Дальнейшее развитие учения профессора А.Я. Бунина о глаукоме», Онуфрийчук О.Н., Диагностический центр № 7, Санкт-Петербург

10 минут

«Роль профессора А.Я. Бунина в изучении эффективности гомеопатии в комплексной терапии глаукомы», проф. Непомнящих В.А., МЦ «Дельтаклиник», Москва

10 минут

«Профессор В.В. Волков. Сосудистая и механическая гипотезы глаукомы», Рейтузов В.А., ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

10 минут

«Профессор Борис Николаевич Алексеев – человек, открывший дорогу для непроникающей хирургии глаукомы и для имплантации искусственного хрусталика в хрусталиковую сумку», Ермолаев А.П., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

10 минут

«Вклад Куйбышевской проблемной научно-исследовательской лаборатории в изучение патогенеза глаукомы», Сеннова Л.Г., Шикинунова Р.П., Золотарева А.И., Святковская Т.Я., Институт профессионального образования Самарского ГМУ; ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», Самара

10 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

13⁰⁰–13³⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Остоженка (симпозиум № 20)

13³⁰–14³⁰

Вторичная глаукома на фоне силиконовой тампонады витреальной полости

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Брежнев А.Ю., Карлова Е.В.

«Силиконовая глаукома: введение в проблему», Ломухина Е.А., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Оренбург

15 минут

«Лечение: взгляд лазерного хирурга», Ловпаче Дж.Н., ООО «Офтальмологическая клиника 3Z», Москва

15 минут

«Лечение: взгляд глаукомного хирурга», Карлова Е.В., ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», Самара

15 минут

«Лечение: взгляд витреоретинального хирурга», Петрачков Д.В., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

15 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

14⁵⁰–15¹⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Остоженка (симпозиум № 21)

15¹⁰–16³⁰

Витреоретинальная хирургия: опыт взаимодействия стационара и поликлиники
Совместное заседание Российского глаукомного общества и Фонда исследований и лечения заболеваний сетчатки глаза (впервые!)

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)



Сопредседатели

Аванесова Т.А., Шадричев Ф.Е.

Уважаемые коллеги!

С удовольствием представляем вашему вниманию проект «Фонда исследований и лечения заболеваний сетчатки глаза», посвященный актуальным вопросам витреоретинальной хирургии.

В рамках проведения мероприятия мы обсудим наиболее проблемные вопросы лечения заднего отрезка глаза, современные тенденции к их решению.

Кроме того, разберем, как сделать наиболее успешным взаимодействие офтальмолога поликлиники или консультативно-диагностического центра и витреоретинального хирурга, что крайне важно для гладкого послеоперационного периода пациента и его скорейшей реабилитации.

Интерактивность аудитории – главный ключ к интереснейшей дискуссии.

Приглашенные содокладчики

(в алфавитном порядке,

приблизительно 10 минут на изложение своей точки зрения)

Абрамов Сергей Игоревич, Аванесова Татьяна Андреевна, Петрачков Денис Валерьевич, Шадричев Федор Евгеньевич

Предполагаемые к обсуждению темы

1. Диабетическая ретинопатия. Междисциплинарный подход. Взаимосвязь всех звеньев: офтальмолог, эндокринолог поликлиники, лазерный хирург, витреоретинальный хирург.
2. Регматогенная отслойка сетчатки. Тайминг хирургического лечения: экстренно или в плановом порядке? Взаимодействие витреоретинального хирурга и офтальмолога поликлиники

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

Сразу после окончания этого симпозиума **настоятельно рекомендуем успеть** посетить главный зал заседаний конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия

МЫ  **ПЕРВУЮ ПЯТНИЦУ ДЕКАБРЯ**



Зал Чистые пруды (симпозиум № 22)

10⁰⁰–11²⁰

Фокус на дефокус: один день из жизни врача-офтальмолога. Совместное заседание Российского глаукомного общества и Академии медицинской оптики и оптометрии (впервые!)

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)



Председатель

проф. Мягков А.В.

«Взаимосвязь рефракционных нарушений и глаукомы», Кравчук С.Ю., Офтальмологическая клиника «Кругозор», Москва **15 минут**

«Комплексный подход к методам коррекции рефракционных нарушений у пациентов с глаукомой», проф. Мягков А.В., НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии», Москва **15 минут**

«Мягкие бифокальные линзы с наведенным периферическим дефокусом для контроля миопии. Наш опыт в вопросах и ответах», Шибалко Е.В., НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии», Москва **15 минут**

«Склеральные газопроницаемые линзы - новые горизонты в контактной коррекции», Белоусова Е.В., Офтальмологическая клиника «Кругозор», НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии», Москва **15 минут**

«Преимущества назначения прогрессивных очков для коррекции рефракционных нарушений у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой», Кузнецова Н.А., Оптическая сеть «Мир Оптике», Волгоград **15 минут**

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

11²⁰–11⁴⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Чистые пруды (симпозиум № 23)

11⁴⁰–13⁰⁰

Проблемы длительной терапии пациентов с глаукомой.

Пациент вчера, сегодня, завтра.

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Курышева Н.И., Антонов А.А.

«Сохранение зрительных функций в отдаленном периоде», проф. Курышева Н.И., Центр офтальмологии ФМБА России, ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА, Москва **20 минут**

«Длительная гипотензивная терапия: прогнозы и перспективы», Петров С.Ю., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва **20 минут**

«Структурный и функциональный мониторинг глаукомы», Антонов А.А., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва **20 минут**

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

13⁰⁰–13³⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе или чая бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышлен-

ности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Чистые пруды (симпозиум № 24)

13³⁰–14⁵⁰

Сочетанная патология: очевидная действительность рутинной клинической практики

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Курышева Н.И., Воробьева И.В.

«Глаукома в сочетании с хронической ретиальной патологией», проф. Курышева Н.И., Центр офтальмологии ФМБА России, ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА, Москва **15 минут**

«Сочетанная патология глазного дна: диабетическая ретинопатия и возрастная макулярная дегенерация. Целостный подход к проблеме», Воробьева И.В., ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва **20 минут**

«Влияние слезозаменителей на состоянии поверхности глаза при длительном использовании гипотензивных средств с консервантами», проф. Макашова Н.В., Москва **15 минут**

«Синдром «сухого глаза» при глаукоме: детали...», Антонов А.А., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва **15 минут**

«Изменения глазной поверхности у больных глаукомой после катарактальной хирургии», проф. Янченко С.В., проф. Малышев А.В., проф. Сахнов С.Н., ФГБОУ ВО Кубанский ГМУ МЗ РФ, Краснодар **10 минут**

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

14⁵⁰–15¹⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе или чая бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Чистые пруды (симпозиум № 25)

15¹⁰–16³⁰

«Звездные войны» фармацевтического рынка

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Чл.-корр. РАН, проф. Сычев Д.А., Рикс И.А.

Эпизод I. «Атака клонов (с). Рынки антиглаукомных препаратов», Петров С.Ю., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва **15 минут**

Эпизод II. «Скрытая угроза (с). Бесконсервантные препараты в офтальмологии», Рикс И.А., ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет», Санкт-Петербург **15 минут**

Эпизод III. «Новая надежда (с). Первый отечественный латанопрост Трилактан, клиническое применение», Лоскутов И.А., Научно-клинический центр ОАО РЖД, Москва **15 минут**

Приквел! «Фармакогенетика при лечении глаукомы: настоящее и будущее», чл.-корр. РАН, проф. Сычев Д.А., Рожков А.В., проф. Алексеев И.Б. ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва **15 минут**

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

© цит. по «Звездные войны» (англ. Star Wars, МФА: [stɑː wɔːzɪ]) - культовая фантастическая франшиза в жанре космической оперы, включающая в себя 8 кинофильмов, а также анимационные сериалы, мультфильмы, телефильмы, книги, комиксы, видеоигры, игрушки и прочие произведе-



16-й

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА

2018



дения, созданные в рамках единой фантастической Вселенной «Звездных войн», задуманной и реализованной американским режиссером Джорджем Лукасом в конце 1970-х годов и позднее расширенной. И использованные названия получены путем свободного доступа и адаптированы для некоммерческого использования в рамках профессиональной конференции врачей-офтальмологов. Не имеют прямого отношения к тематике доклада.

Сразу после окончания этого симпозиума настоятельно рекомендуем успеть посетить главный зал заседаний конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия

Зал Арбат (симпозиум № 26)

10⁰⁰–11²⁰

Четыре друга ВГД!

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Куроедов А.В., Селезнев А.В.

«Биомеханические свойства фиброзной оболочки глаза и их влияние на уровень ВГД», Антонов А.А., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

15 минут

«Целевой уровень ВГД: в поисках утраченного ковчега (сильные и слабые стороны методов его определения)», Селезнев А.В., ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Иваново, Россия

15 минут

«Максимум активации оттока – лучшее для лечения глаукомы», Карлова Е.В., ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», Самара

15 минут

«Битва за каждый миллиметр? Что нужно знать о средних значениях уровня офтальмотонуса и его других показателях в контексте выбора гипотензивной антиглаукомной терапии?», проф. Куроедов А.В., ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва; ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

15 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

11²⁰–11⁴⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование

Зал Арбат (симпозиум № 27)

11⁴⁰–13⁰⁰

Офтальмологические лабиринты. Продолжение...

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Майчук Д.Ю., Чернакова Г.М.

«Бактериальные кератоконъюнктивиты: клиника, диагностика, лечение», проф. Майчук Д.Ю., ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

20 минут

«Принципы диагностики, лечения и профилактики передних увеитов, ассоциированных с герпесвирусами», Сузов А.В., БУЗОО «Клиническая офтальмологическая больница им. В.П. Выходцева», Омск

20 минут

«Экзогенные вирусные конъюнктивиты: клинико-лабораторные аспекты», Чернакова Г.М., ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

20 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

13⁰⁰–13³⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Арбат (симпозиум № 28)

13³⁰–14⁵⁰

«Сухой» или «красный»? Выбор очевиден!

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Академик РАН, проф. Бровкина А.Ф., Штейнер И.И.

«Продолжительная гипотензивная терапия глаукомы: проблемы состояния глазной поверхности», Антонов А.А., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва

20 минут

«Глаукома и синдром «сухого глаза»: случай из практики», Штейнер И.И., Глазная клиника Бранчевского, Самара

20 минут

«Особенности лечения синдрома «сухого глаза» у больных с новообразованиями придаточного аппарата глаза», академик РАН, проф. Бровкина А.Ф., ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

25 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

14⁵⁰–15¹⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Арбат (симпозиум № 29)

15¹⁰–16³⁰

Оптическая когерентная томография в диагностике и мониторинге глаукомы

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Антонов А.А., Жукова С.И.

«ОКТ против периметрии. Что выявляется раньше – функциональные или анатомические изменения: эволюция подхода. Полярный, кластерный анализ, анализ тренда», Антонов А.А.

15 минут

«Принципы оптической когерентной томографии и ОКТ-ангиографии», Sikorski B.L., Nikolaus Copernicus University, Torun, Poland

25 минут, включая последовательный перевод

«ЖИВАЯ» ДИАГНОСТИКА! Онлайн-демонстрация алгоритма исследования при глаукоме. Интерфейс окна сканирования. Автоматический и ручной режимы. Качество скана и типы сканирования. Анализ протокола исследования при глаукоме. Ангиорежим исследования макулы при глаукоме и мозаика. Техника осмотра переднего отрезка (фильтрационная подушка, УПК, трабекула и шлеммов канал)

20 минут

«Значимость метода спектральной оптической когерентной томографии при постановке диагноза глаукомы и в ходе динамического наблюдения за пациентом. Трудности оценки параметров при нестандартных дисках. Миопия и глаукома», Жукова С.И., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Иркутск

15 минут



ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

Сразу после окончания этого симпозиума **настоятельно рекомендуем** посетить главный зал заседаний конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия

Зал Красные ворота (симпозиум № 30)

10⁰⁰–11²⁰

Профессорский лекторий! Обсуждаем: снижение уровня ВГД, нейропротекция, ретинопротекция... В чем причина успеха лечения глаукомы?

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Апрелев А.Е., проф. Страхов В.В.

«Межукулярная асимметрия толщины слоев сетчатки в макулярной области при ПОУГ», проф. Страхов В.В., ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет», Ярославль **30 минут**

«Эффективность ретинопротекторной терапии на разных стадиях глаукомы», Дорощев Д.А., ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», Челябинск **15 минут**

«Функциональные аспекты и качество жизни пациентов с ПОУГ при нейропротекторной терапии», проф. Апрелев А.Е., ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ МЗ РФ, Оренбург **20 минут**

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

11²⁰–11⁴⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Красные ворота (симпозиум № 31)

11⁴⁰–13⁰⁰

Доказанная гипотензивная эффективность разных режимов лечения: что может быть лучше?

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Красногорская В.Н., проф. Онищенко А.Л.

«Стартовая терапия первичной глаукомы в реальной практике», проф. Онищенко А.Л., ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» (филиал Новокузнецк) МЗ РФ, Новокузнецк **20 минут**

«Аргументы и контраргументы: гипотензивная эффективность комбинированной антиглаукомной терапии», проф. Куроедов А.В., Гапонько О.В., Кондракова И.В., Городничий В.В., Крилицына Е.А., ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва; ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва **20 минут**

«Комплексное лечение далеко зашедшей стадии глаукомы», проф. Красногорская В.Н., ФГБОУ ВО «Амурская Государственная медицинская академия», Благовещенск **20 минут**

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

13⁰⁰–13³⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Красные ворота (симпозиум № 32)

13³⁰–14⁵⁰

Патогенез глаукомы: ключевые аспекты

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Страхов В.В., проф. Юрьева Т.Н.

«Гемодинамика или биомеханика?», проф. Страхов В.В., ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет», Ярославль **30 минут**

«ОСТ-критерии мониторинга состояния головки зрительного нерва в зависимости от течения первичной глаукомы», проф. Юрьева Т.Н., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Иркутск **30 минут**

«Решетчатая мембрана склеры и трансмембранный градиент давления в патогенезе глаукомной оптиконейропатии», проф. Волков В.В., Симакова И.Л., Харакозов А.С., Сулейманова А.Р., ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург **15 минут**

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

14⁵⁰–15¹⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Красные ворота (симпозиум № 33)

15¹⁰–16³⁰

Рефрактерная глаукома. Клиническая практика. Результаты и интерпретация

(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

проф. Алексеев И.Б., проф. Анисимова С.Ю.

«Рефрактерная глаукома: особенности лечения», проф. Еричев В.П., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва **10 минут**

«Отдаленные результаты хирургического лечения рефрактерной глаукомы с ДКА Ксенопласт», проф. Анисимова С.Ю., проф. Анисимов С.И., Арутюнян Л.Л., Глазной центр «Восток-Прозрение», ФГБОУ ВО «Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва **10 минут**

«Сегментарное расширение шлеммова канала в хирургическом лечении рефрактерной глаукомы», проф. Винод К., проф. Фролов М.А., Душина Г.Н., ГБУЗ МО «Сходненская городская больница», Москва; ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ, Москва **10 минут**

«Найфинг - современная реинкарнация нидлинга», проф. Алексеев И.Б., Самойленко А.И., Айларова А.К., ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва **10 минут**



«Хирургическое лечение рефрактерной глаукомы: борьба без компромиссов», Карлова Е.В., проф. Золотарев А.В., Радайкина М.В., ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», Самара

10 минут

«Лечение рефрактерной глаукомы у детей», Молоткова И.А., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Калуга

10 минут

«Эффективность повторных сеансов адресной доставки лекарственных препаратов в лечении ГОН. Модификация метода», проф. Егоров А.Е., ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

10 минут

«Применение эндоскопической циклофотокоагуляции в лечении некоторых форм рефрактерной глаукомы» Горбунова Н.Ю., Маркова А.А., проф. Поздеева Н.А., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Чебоксары

10 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

Сразу после окончания этого симпозиума настоятельно рекомендуем посетить главный зал заседаний конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия

Зал Ордынка (симпозиум № 34)

10⁰⁰–11²⁰

**Пациент и доктор:
плохое зрение – не повод для отчаяния!**
(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Леббех И.П., Фокина О.В.

«Слабовидение. Реабилитация. Принципы коррекции», Фокина О.В., Медицинский центр ФГБОУ ВО РНИМУ им. Пирогова МЗ РФ, специалист по медицинской оптике и оптометрии, член Международной ассоциации оптиков и оптометристов ЕАОО, Москва, Россия

20 минут

«Особенности коммуникации на глаукомном приеме. Роль эмоционального компонента в создании комплаентности», Леббех И.П., врач-офтальмолог, эксперт образовательных программ по soft skills в медицинской сфере, автор программ ДОКТОР и КИММ для руководителя, радиопрограмм «Оптикум», книга «Рецепты чудесных врачей» и «Особенности коммуникации врачебного приема», Лауреат премии «Золотой лорнет» в номинации «Образовательный проект года», Москва, Россия

20 минут

«Есть контакт?», Харьковский А.О., Dialogus Medicus, Prague, Чехия

10 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

11²⁰–11⁴⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Ордынка (симпозиум № 35)

11⁴⁰–13⁰⁰

Хирургия глаукомы: сложные случаи
(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Сопредседатели

Волкова Н.В., проф. Кулешова О.Н.

«Клапанные и бесклапанные дренажные системы в хирургическом лечении рефрактерной глаукомы», Карлова Е.В., ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», Самара

15 минут

«Многоэтапное и многолетнее оперативное достижение целевого ВГД при вторичной рефрактерной глаукоме – тут закончится клапаном и не раз! Клинические примеры», проф. Кулешова О.Н., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Новосибирск

15 минут

«Анализ осложнений и отдаленные результаты имплантации клапана Ахмед», Ревта А.В., ГАУЗ АО «Архангельская клиническая офтальмологическая больница» МЗ АО, Архангельск

15 минут

«Клапан Ahmed. Отдаленные результаты имплантации. Только ли гипотензивная эффективность?», Волкова Н.В., филиал ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Иркутск

15 минут

ДИСКУССИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО!), ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

13⁰⁰–13³⁰ большая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Ордынка (симпозиум № 36)

13³⁰–14⁵⁰

**Домашний кинотеатр:
избранные клинические примеры. Часть 1**
(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Уважаемые коллеги!

С удовольствием представляем вашему вниманию новый проект Российского глаукомного общества и наших партнеров, который мы любовно назвали «Домашний кинотеатр»!

В рамках этого проекта будут продемонстрированы избранные клинические случаи, посвященные диагностике, мониторингу и лечению глаукомы.

На большом экране non-stop будут демонстрироваться клинические ситуации и объясняться особенности тактики ведения, рационального выбора и смены режимов лечения, с учетом патогенетических, фармакологических и индивидуальных особенностей конкретного пациента.

Ждем! Будет интересно! Бесплатные приглашения в наш кинотеатр можно будет получить во время регистрации на конгресс (на стойке регистрации и у наших партнеров).

14⁵⁰–15¹⁰ малая кофе-пауза (чашечка горячего кофе/чая и три бутерброда бодрят значительно лучше, чем несколько прослушанных докладов подряд!), обсуждение тем прошедшего симпозиума, знакомство с экспонатами выставки медицинского оборудования, фармацевтической промышленности и книжными новинками, практическая работа с оборудованием, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...





Зал Ордынка (симпозиум № 37)

15⁰⁰–16³⁰

Домашний кинотеатр:
избранные клинические примеры. Часть 2
(продолжительность приблизительно 1 час 20 минут)

Уважаемые коллеги!

С удовольствием представляем вашему вниманию новый проект Российского глаукомного общества и наших партнеров, который мы любовно назвали «Домашний кинотеатр»!

В рамках этого проекта будут продемонстрированы избранные клинические случаи, посвященные диагностике, мониторингу и лечению глаукомы.

На большом экране non-stop будут демонстрироваться клинические ситуации и объясняться особенности тактики ведения, рационального выбора и смены режимов лечения, с учетом патогенетических, фармакологических и индивидуальных особенностей конкретного пациента.

Ждем! Будет интересно! Бесплатные приглашения в наш кинотеатр можно будет получить во время регистрации на конгресс (на стойке регистрации и у наших партнеров).

Сразу после окончания этого симпозиума **настоятельно рекомендуем** посетить главный зал заседаний конгресса (зал Сокольники 2), где будет проходить заключительная часть нашего мероприятия

8 декабря

Зал Арбат (симпозиум № 38)

09⁰⁰–10¹⁵

ВМД: взгляд на проблему глазами разных специалистов
(продолжительность приблизительно 1 час 15 минут)

Сопредседатели

проф. Будзинская М.В., Лоскутов И.А.

ВМД глазами ретинолога: «Подводные камни в диагностике ВМД», проф. Будзинская М.В., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва 20 минут

ВМД глазами катарактального хирурга. «Катаракта и ВМД», проф. Иошин И.Э., ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва 20 минут

ВМД глазами глаукоматолога. «Особенности ведения глаукомных пациентов при патологии сетчатки», Лоскутов И.А., Лоскутов И.А., Научно-клинический центр ОАО РЖД, Москва 20 минут

ДИСКУССИЯ, ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

10¹⁵–10³⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Арбат (симпозиум № 39)

10³⁰–11⁴⁵

Коллекция клинических примеров.
Лечили, лечим и будем лечить!
(продолжительность приблизительно 1 час 15 минут)

Сопредседатели

проф. Куроедов А.В., Ловпаче Дж.Н.

Уважаемые коллеги!

Клиническая практика, в которой мы ежедневно «боремся» с глаукомой, пестрит разнообразными случаями. Мы прекрасно отдаем себе отчет, что ситуация меняется, но изменения эти столь ничтожны, что в целом картина болезни, состояния пациентов все еще находится на прежнем этапе. Действительно, мы «вооружены» новой диагностической техникой, но больные попадают к нам уже с продвинутыми стадиями или появляются у глазного врача «от случая к случаю». Мы имеем «арсенал» современных лекарственных

препаратов, а лечим в большинстве случаев с использованием бета-адреноблокаторов; мы регулярно совершенствуем свою хирургическую тактику, но не оперируем или боимся осложненных...

Но отчаиваться и опускать руки не стоит – мы боролись, боремся и будем бороться!

Собственно, об этом и поговорим, и проиллюстрируем все показательными примерами.

Приходите, будет весьма интересно и полезно!

ДИСКУССИЯ, ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

11⁴⁵–12⁰⁰ малая кофе-пауза, обсуждение прошедшего симпозиума, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Арбат (симпозиум № 40)

12⁰⁰–13¹⁵

Сложный пациент в фокусе внимания: поликлиника, стационар и опять поликлиника...

Совместное заседание Российского глаукомного общества и Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (впервые!)

(продолжительность приблизительно 1 час 15 минут)



Председатель

проф. Трубилин В.Н.

«Предоперационное ведение пациентов с катарактой и глаукомой», Трубилин А.В., Российское общество катарактальных и рефракционных хирургов, ФБГОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА, Москва ООО «Клиника глазных болезней», 20 минут

«Больной в стационаре: тактика ведения», проф. Иошин И.Э., ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва 20 минут

«Послеоперационное ведение пациентов с катарактой и глаукомой», проф. Майчук Д.Ю., ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва 20 минут

ДИСКУССИЯ, ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

13¹⁵–13³⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Арбат (симпозиум № 41)

13³⁰–14⁴⁵

Синдром «сухого глаза» и агент-провокатор!
Дебаты на поражение....

(продолжительность приблизительно 1 час 15 минут)

Сопредседатели

проф. Бржеский В.В., проф. Лебедев О.И.

«Синдром «сухого глаза» и глаукома: с консервантами или без?», проф. Бржеский В.В., проф. Бржеский В.В. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург; проф. Лебедев О.И., проф. Лебедев О.И., ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», Омск 20 минут

«Синдром «сухого глаза» и катарактальная хирургия: требует ли постоперационной период коррекции ССГ?», проф. Иошин И.Э., ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва; проф. Лебедев О.И., проф. Лебедев О.И., ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», Омск 20 минут



16-й

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА 2018



«Синдром «сухого глаза» и системные заболевания: что требует коррекции – системная терапия или местная?», Ловпаче Дж.Н., ООО «Офтальмологическая клиника 3Z», Москва; проф. Лебедев О.И., проф. Лебедев О.И., ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», Омск
..... **20 минут**

ДИСКУССИЯ, ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

14⁴⁵–15⁰⁰ малая кофе-пауза, обсуждение прошедшего симпозиума, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Арбат (симпозиум № 42)

15⁰⁰–16⁰⁰

Глаукома – из огня да в полымя...

(продолжительность приблизительно 1 час 15 минут)

Сопредседатели

проф. Майчук Д.Ю., проф. Ковалевская М.А.

«Из огня да в полымя: глаукома и синдром сухого глаза», Селезнев А.В., ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Иваново, Россия
..... **20 минут**

«Жесткая комбинация «Глаукома и синдром сухого глаз»: новые тренды в диагностике», проф. Ковалевская М.А., ФГБОУ ВО ВГМУ им Н.Н. Бурденко, Воронеж
..... **20 минут**

«Как вести пациентов с сухим глазом при глаукоме», проф. Майчук Д.Ю., ФГАУ Национальный медицинский исследовательский центр МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва
..... **20 минут**

ДИСКУССИЯ, ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

16⁰⁰–16¹⁵ малая кофе-пауза, обсуждение прошедшего симпозиума, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Арбат (симпозиум № 43)

16⁴⁵–17⁰⁰

НОВОСТИ ГЛАУКОМЫ – ГОД ПРОШЕЛ НЕ ЗРЯ?

Специальное закрытое заседание группы молодых ученых Российского глаукомного общества «Научный авангард»^{1,2}

(продолжительность приблизительно 1 час)

Сопредседатели

Газизова И.Р., Селезнев А.В.

«Новые экспериментальные исследования по глаукоме», Онуфрийчук О.Н., Диагностический центр № 7, Санкт-Петербург
..... **8 минут**

«Новые тренды в диагностике глаукомы», Ловпаче Дж.Н., ООО «Офтальмологическая клиника 3Z», Москва
..... **8 минут**

«Новые клинические технологии глаукомы», Зверева О.Г., ГАУЗ «РКОБ» МЗ РТ, ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань
..... **8 минут**

«Тенденции в хирургии глаукомы», Петров С.Ю., ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва
..... **8 минут**

«Новое в нейропротекции при глаукоме», Габдрахманов Л.М., БУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», Самара
..... **8 минут**

«Тренды публикаций по глаукоме», Газизова И.Р., ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. Мечникова МЗ РФ, Санкт-Петербург
..... **8 минут**

«Новости конференций/ конгрессов», Гусаревич А.А., НУЗ «Дорожная клиническая больница» ОАО «РЖД», Междорожный центр микрохирургии глаза, Новосибирск
..... **8 минут**

«Обзор сайтов по глаукоме», Селезнев А.В., ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Иваново
..... **8 минут**

¹«Научный авангард» - группа молодых ученых, созданная под эгидой Российского глаукомного общества с целью проведения совместных исследований в офтальмологии. Официальная веб-страница в социальной сети <https://www.facebook.com/ScientificVanguard> Официальный веб-сайт www.EyeNews.club

²по состоянию на 1 декабря 2018 г.

Финал. Спасибо. До новых встреч в следующем 2019 году

зал Красные Ворота (симпозиум №44)

09⁰⁰–10¹⁵

Специальный семинар, посвященный применению методики оптической когерентной томографии (ОКТ) и ангио-ОКТ в диагностике и мониторинге глаукомы

(продолжительность приблизительно 1 час 15 минут)

Модератор

Городничий В.В., Schulz S. (Германия)

«Мультимодальная диагностика и мониторинг глаукомы – это наше «сегодня!»», Schulz S., Heidelberg Engineering, Germany
..... **успеть за 60 минут (!)**

ДИСКУССИЯ, ИТОГИ СИМПОЗИУМА И БЛАГОДАРНОСТИ СЛУШАТЕЛЯМ ЗА ЛУЧШИЕ ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

10¹⁵–10³⁰ просто перерыв, обсуждение тем прошедшего симпозиума, неформальное общение в кулуарах, фотографирование...

Зал Крымский Вал (симпозиум № 45)

09⁰⁰–16⁰⁰

XXIX (расширенное) Заседание Экспертного совета Российского глаукомного общества XII Заседание Межнародного Экспертного совета по проблемам глаукомы стран СНГ, Грузии и Балтии

Второе (открытое, неформальное) заседание клуба глаукоматологов-единомышленников стран Восточной Европы

(продолжительность приблизительно 6 часов, включая перерывы)

Сопредседатели

проф. Егоров Е.А., проф. Еричев В.П., проф. Ботабекова Т.К., проф. Имшенецкая Т.А.

Внимание!

На очередном заседании экспертных советов будут обсуждаться вопросы текущей научно-организационной деятельности Российского глаукомного общества. На этот раз на заседание приглашены коллеги-единомышленники глаукоматологи стран СНГ, Грузии и Восточной Европы. Такой формат позволит нам сформулировать новые, более серьезные задачи и дать импульс к их решению в ближайшее время. В частности, будут обсуждаться проблемы клинической эпидемиологии, особенности и перспективы изучения состояния глаукомы в странах Восточной Европы. Также речь пойдет о научно-клинических исследованиях под эгидой наших глаукомных обществ.

Внимание! Попасты на это заседание не членом экспертных советов – невозможно. К сожалению... Полная научная программа этого заседания будет доведена персонально всем приглашенным лицам.

Финал. Спасибо.

До новых встреч в следующем 2019 году



16-й

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС
2018
РОССИЙСКОГО
ГЛАУКОМНОГО
ОБЩЕСТВА



ПАРТНЕРЫ КОНГРЕССА РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА 2018 ГОДА

“ПЯТИНОВЫЙ” СТАТУС

Те, кто с нами от истоков

**Аллерган, Гейдельберг Инжиниринг (Германия),
Новартис Фарма (Алкон), Сантэн**

“ЗОЛОТОЙ” СТАТУС

Те, кто с нами постоянно

**Аскин и Ко, Валеант (Бауш+Ломб), Вартамана Инт. Тредерс,
Нова Медика, Ромфарма, Сентисс Рус**

“СЕРЕБРЯНЫЙ” СТАТУС

Те, кто нам по-прежнему дорог

**Байер, Герофарм, ДжаМП, Солофарм, Стормовъ, Теа, Урсафарм,
Штада, Эр Оптикс, Trinity Medical Systems**

“БРОНЗОВЫЙ” СТАТУС

Те, кто с нами уже много лет

**АйТек, Валимед, ГлавМедСнаб, Рязанский приборный завод,
Гранд Оптикс, Медтехника, Монолит, ОпусМед
ФГУП “Московский эндокринный завод”, Полист Лайн, Предприятие
Сонус, Титан Медикал, Трансконтакт, Фокус, ХайБи Тек, BVI...**

ПАРТНЕРЫ-СООРГАНИЗАТОРЫ

Очень важные для нас партнеры

**Маркет Ассистант Груп, Национальное Конгресс-Бюро,
Общество офтальмологов России**

МЕЦЕНАТЫ

наши любимые партнеры

ИК “АТОН”, РОО “Клуб Адмиралов” и некоторые частные лица...

рейтинга новостей

ПОВОД ИЗМЕНИТЬ ВЗГЛЯД
retinanews.ru



Гипотоническая макулопатия

К написанию этого небольшого обзора меня подтолкнул собственный клинический опыт лечения нескольких тяжелых случаев гипотонической макулопатии (ГМ) травматического и послеоперационного генеза, завершившихся на фоне недостаточно эффективной медикаментозной терапии выполнением витреоретинальных вмешательств (с хорошим анатомическим и относительно неплохим функциональным результатом).

Под термином ГМ понимают состояние, при котором вследствие низкого ВГД возникают функциональные (нарушение зрения) и структурные (складки сетчатки/сосудистой оболочки, возможно в сочетании с отеком ДЗН) изменения со стороны органа зрения. Выделяют «статистическую» ГМ (уровень ВГД (p0) менее 6,5 мм рт.ст. при отсутствии функциональных нарушений) и клиническую (сопровождающуюся функциональными нарушениями).

Патология была впервые описана Dellaporta (1954). Несколько лет спустя, Гасс (1972) ввел термин «гипотоническая макулопатия», выбрав его, чтобы подчеркнуть значимость изменения в макулярной области для потери центрального зрения. Многочисленные причины, приводящие к ГМ, могут быть разделены на 5 основных групп, описанных Schubert H.

1. Наружная фистула - соединяет переднюю камеру и субконъюнктивальное пространство/глазную поверхность (после фистулизирующих антиглаукомных операций, имплантации шунтов).
2. Внутренняя фистула - соединяет переднюю или заднюю камеру с супрахориоидальным пространством (травматический циклодиализ и пр.).
3. Цилиарное тело - функциональная недостаточность после циклофотокоагуляции, отслойка цилиарного тела.
4. Воспаление - хирургические и нехирургические причины, приводящие к снижению продукции ВГЖ и увеличению увеосклерального оттока.
5. Прочие причины - гормональные факторы, анемия, глазная ишемия.

После фистулизирующих антиглаукомных операций ГМ встречается в 1,3–20% случаев. Частота ГМ была значительно меньше до этапа активного применения антифибротических средств в хирургии глаукомы. Использование антимаболитов приводит к уменьшению послеоперационного рубцевания и увеличивает риск гиперфильтрации. Митомидин С также может оказывать прямое токсическое действие на цилиарное тело, снижая продукцию внутриглазной жидкости. Использование дренажных устройств позволило добиться лучшего контроля ВГД и снизить частоту стойких гипотоний. В *Tube Versus Trabeculectomy*

Study, доля лиц с гипотонией при использовании шунтов составила 13%, после трабекулэктомии – 29%. Доля лиц с гипотонической макулопатией составила 1% и 4% пациентов, соответственно. В исследовании *Ahmed Baerveldt Comparison Study*, частота стойкой гипотонии при использовании клапанного дренажа Ahmed была ниже (2% против 13%).

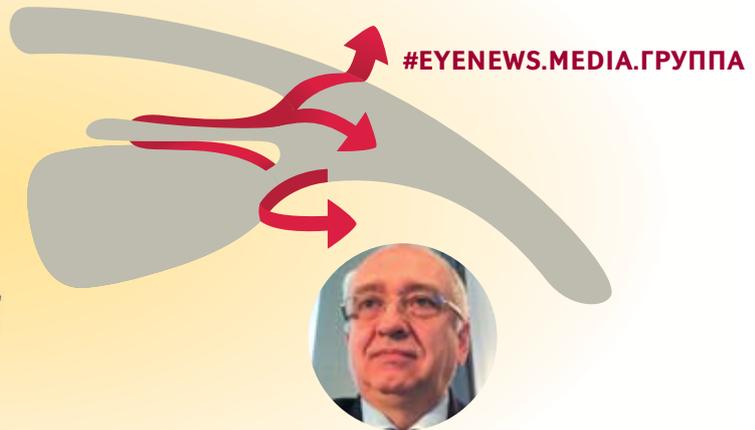
Среди возможных факторов риска упоминаются мужской пол, миопия, относительно молодой возраст (менее 60 лет). Предполагаемый механизм, объясняющий эти корреляции – сниженные упругие свойства склеры у данных категорий пациентов, что может способствовать коллапсу склеральной стенки при гипотонии с развитием характерных хориоретинальных складок. Среди частых причин ГМ после трабекулэктомии отмечают лазерный лизис швов, нидлинг и наружную фильтрацию через подушку.

Механизм развития характерной клинической картины включает следующие этапы: гипотония – коллапс глазного яблока – вторичная избыточность сетчатки и сосудистой оболочки – появление складчатости сетчатки – функциональные нарушения. Выделяют следующие зрительные симптомы: снижение центрального зрения, искажения предметов, появление гиперметропической рефракции. При осмотре выявляется отек ДЗН, а также складчатость сетчатки и сосудистой оболочки в заднем полюсе. Короткие складки в макулярной области часто имеют радиальную от фовеа направленность, в то время как на периферии складки часто бывают линейные и ориентированы темпорально про направлению от ДЗН. Со временем складки становятся более проминирующими, вызывая компрессию клеток пигментного эпителия сетчатки в углублениях складок и его истончение на вершине складок. Нарушение структуры клеток пигментного эпителия сетчатки вызывает появление чередующихся темных и светлых полос, наблюдаемых офтальмоскопически. Помимо этого, снижение ВГД может привести к патологической проницаемости капилляров сетчатки и увеличивает риск кистозного макулярного отека и серозной отслойки сетчатки (достаточно редко). Возникает извитость и расширение ретинальных вен.

Отек ДЗН объясняется прогибом решетчатой пластинки кпереди со сжатием аксональных пучков и снижением аксоплазматического транспорта. Отечность перипапиллярной хориоидеи часто имитирует отек диска зрительного нерва.

Важными инструментами для диагностики ГМ и оценки динамики патологических изменений после восстановления уровня ВГД являются оптическая когерентная томография, УЗИ (дифференциальная диагностика, установление причины ГМ) и флюоресцентная ангиография.

НОВЫЕ ПРОЕКТЫ
Персональная страница
Профессора Лебедева О.И.



**Все течет все (из)меняется...
Omnia fluunt, omnia mutantur -
Πάντα ῥεῖ καὶ οὐδὲν μένει -
Panta rhei**

*Моему первому учителю по офтальмологии
Р.Ф. Колущинской посвящается...*

По многочисленным данным литературы, внутриглазная жидкость (ВГЖ) покидает глазное яблоко по нескольким направлениям: **передний путь** – через трабекулу, шлеммов канал, выпускники; **увеосклеральный путь** – через корень радужки и фонтановы пространства увеальной трабекулы в межмышечные пространства меридиональной порции цилиарного тела (мышца Брюкке) и далее в супрацилиарное и супрахориоидальное пространство, откуда ВГЖ распространяется (диффундирует) через склеру и эписклеру, далее в орбиту, адсорбируясь там орбитальными сосудами; **увеоорбитальный путь** – ВГЖ осмотически адсорбируется хориоидеями и попадает в вортикозные вены, **увеолимфатический путь** – начинающийся из прелимфатиков в цилиарном теле и циркуляция жидкости в

стекловидном теле. Логически рассуждая, точкой приложения хирургического воздействия, направленного на улучшение оттока ВГЖ, должен быть тот или иной морфологический субстрат структур путей оттока. Вместе с тем, наиболее патогенетически обоснованными и проверенными временем являются операции выполняемые на элементах переднего пути оттока, а также лишь некоторых структурах увеосклерального. Причем первым вмешательством, активирующим увеосклеральный отток (УСО), был циклодиализ, который выполнялся как более ста лет назад (Heine L., 1905), так и в настоящее время (Gupta S., Selvan H., Kishan A., Jayaraman N., Gupta V., 2018, Porovic M, et al., 2018). Основной элемент циклодиализа - отслоение цилиарного тела от склеральной шпоры, что обеспечивает беспрепятственный доступ влаги в супрахориоидальное пространство, минуя трабекулу, шлеммов канал и цилиарную мышцу. ВГД после такого вмешательства хорошо снижается за счет усиления УВО (Bill, 1966, Suguro et al., 1985) вплоть до гипотонии. В 1979 г. ассистент кафедры глазных болезней Омского медицинского института канд. мед. наук Р. Ф. Колущинская и заведующий 1-м отделением Омской офтальмологической больницы А.Н. Щеглов предложили достаточно несложное хирургическое вмешательство для лечения

глаукомы, основным элементом которого был циклодиализ («Циклоретракция глубоким лоскутом склеры с периферической иридэктомией» рац. предложение № 1023 от 09.08.1979 г.). Этапы операции – разрез конъюнктивы на 12 часах, формирование поверхностного лоскута склеры минимум на 1/2 толщины размером 5x5 мм основанием к роговице до полупрозрачной зоны (blue zone). Глубокий лоскут склеры выкраивался до полного обнажения цилиарного тела, отступая примерно на 0,75 мм кнутри от краев разреза поверхностного лоскута склеры, основанием к заднему полюсу глазного яблока. Причем поперечный разрез делался в роговичной части лимба и при этом вскрывалась передняя камера, при этом в дистальном отделе глубокого склерального лоскута оказывалась трабекулярная ткань и шлеммов канал. После чего глубокий склеральный лоскут (его размер обычно составлял 3,5x3,5 мм) заправлялся под склеру в направлении заднего полюса. Производилась иридэктомия, поверхностный лоскут склеры ушивался 4-5 узловыми швами. Благодаря ступенчатой форме разреза достигается хорошая герметичность разреза, препятствующая развитию послеоперационной гипотонии. В годы, когда происходило только становление и апробация операций непроницающего типа, описываемое оперативное вмешательство успешно выполнялось практически при всех стадиях первичной глаукомы и некоторых формах вторичной (Р.Ф. Колущинская с соавт., 1979). Ближайшие гипотензивные результаты были в пределах 93-95%, отдаленные через 5 лет в пределах 83-85% нормализации ВГД (Р.Ф. Колущинская с соавт., 1982, 1983, 1984, 1987). Из операционных осложнений в одном случае была экспульсивная геморрагия, в послеоперационном периоде гифема, отслойка сосудистой, гемофтальм, иридоциклит не более 1% суммарно). В настоящее время эта операция тоже может быть использована в лечении далеко зашедшей и терминальной глаукомы, при вторичной постувеальной, афакической глаукоме и вторичной на глазах с артифакцией. 

КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ

Тобразон

ТОБРАМИЦИН 0,3% + ДЕКСАМЕТАЗОН 0,1%
5 мл

**ПРЕДОТВРАЩАЕТ
ВОСПАЛЕНИЕ**

ДЕКСАМЕТАЗОН:
Уменьшает воспалительную реакцию глаз

ЛЕЧИТ ИНФЕКЦИЮ

ТОБРАМИЦИН:
Эффективен в лечении бактериальной инфекции глаза. Безопасный и хорошо переносимый.

ЭФФЕКТИВЕН ПРИ

- КОНЪЮНКТИВИТАХ
- КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТАХ
- БЛЕФАРИТАХ
- БЛЕФАРОКОНЪЮНКТИВИТАХ

Глаукома может привести к необратимой слепоте

Качественное лечение глаукомы

Эффективен при:

- Внутриглазной гипертензии
- Открытоугольной и закрытоугольной глаукоме
- Врожденной глаукоме

Превосходит мидриатики
Уменьшает внутриглазное давление на длительный срок, не влияя на размер зрачка.

Окупрес-Е

ТИМОЛОЛ
Капли глазные 0,25%
Капли глазные 0,50%
5 мл

Препарат первой линии лечения глаукомы

- Уменьшает выделение глазной жидкости
- Быстрое начало действия
- Хорошо переносится и зарекомендовал себя, как наиболее безопасный и эффективный

 Представительство "КАДИЛА ФАРМАСЮТИКАЛЗ Лтд."
119571 г. Москва, Ленинский проспект 148, оф. 205
Тел.: 8 (495) 937 5736 www.cadilapharma.com

**Проф. О.И. Лебедев, Р.Ф. Колущинская,
Омск, ноябрь 2018 ©**



НОВЫЕ ПРОЕКТЫ
Персональная страница
Олега Онуфрийчука



• **Борьба с рубцеванием: Бевацизумаб, Митомин, Триамцинолон, Фторурацил. Что сильнее?** Rangel H. M. D. A., Rolim H.T., Vidigal P., Araújo I.D., Cronemberger S. (Бразилия)¹ исследовали эффективность и безопасность субконъюнктивального введения триамцинолона (Т), митоминина (М) и их сочетания (Т+М) на модели трабекулэктомии в 4 группах кроликов по 15 глаз – контроль (К), Т, М, Т+М; наблюдение 30 дней. **Результаты:** 1) сочетание Т и М синергично; 2) подушки в Т+М шире, диффузные, с меньшей воспалительной инфильтрацией и сосудистой пролиферацией; 3) гипотензивный эффект больше в М (8,8±1,5) и Т+М (8,9±0,9), меньше в Т (9,9±1,1) и К (11,4±1,5) (p=0,043); 4) подушки по Мурфилдской классификации лучше в Т+М и М – центральная (2,8±0,4; p=0,002) и общая (3,0±0,0) ширина, высота (1,8±0,4; p=0,001), васкуляризация в центре (2,4±0,9; p=0,001) и общей зоне (2,4±0,5; 2,4±0,9; p=0,031); 5) клеточная пролиферация и воспалительный инфильтрат меньше в Т+М (19,1±3,1 клеток/поле) и М (18,9±4,5), больше в Т (24,9±4,5) (p=0,001); 6) наименьшая васкуляризация – в М (4,1±1,2 сосудов/поле; p=0,001).

Hilgert C.R., Hilgert A.H., Odashiro A.N., Odashiro P.R.P., Paranhos A.Jr. (Бразилия, Канада)² исследовали эффективность бевацизумаба (Б), митоминина (М) и их сочетания (М+Б) на модели фильтрующей хирургии глаукомы в 3 группах кроликов по 10 глаз – контроль (К), Б, М, Б+М; наблюдение 30 дней.

Результаты: 1) больший гипотензивный эффект и меньший фиброз в Б+М и М; 2) VEGF-ингибирующий эффект в Б больше, чем в Б+М; 3) ВГД в Б выше, чем в М и Б+М (p<0,01); ВГД в М и Б+М не различается; 4) количественно фиброз во всех группах значимо не различается, хотя в Б он больше, чем в М и Б+М (p>0,05); 5) экспрессия VEGF в Б меньше, чем в М и Б+М (p<0,01); в М и Б+М она значимо не различается.

Zuo L., Zhang J., Xu X. (Китай)³ исследовали эффективность и безопасность фторурацила (Ф), митоминина (М), бевацизумаба (Б) и сочетания Ф+Б и М+Б на модели трабекулэктомии в 6 группах кроликов по 10 глаз – контроль (К), Ф, М, Б, Ф+Б, М+Б; наблюдение 56 дней. **Результаты:** 1) наибольшие противорубцовый эффект и выживаемость подушки при меньшей цитотоксичности в Ф+Б; 2) выживаемость подушки увеличивается в порядке: К (6,3±0,7 дней); Ф (22,4±2,7); Б (23,8±2,9); М+Б (35,2±5,6); М (35,5±5,0); Ф+Б (36,0±5,2), но значимо не различается в Ф и Б, а также в М, Ф+Б и М+Б (p>0,5); 3) цитотоксичность/пролиферация максимальной концентрации по возрастанию – К (жизнеспособность клеток 1,0), Б (0,937±0,015), Ф+Б (0,614±0,012), Ф (0,590±0,013), М (0,307±0,009), М+Б (0,099±0,029); 4) экспрессия VEGF пигментного эпителия сетчатки – М (128,00±3,57), Ф (69,40±3,03), М+Б (55,90±3,43), К (55,20±2,57), Ф+Б (22,50±1,28), Б (17,30±1,24); 5) значимое ингибирование клеточного цикла (пролиферация клеток ПЭС) в Ф, М, Ф+Б и М+Б; 6) значимое индуцирование апоптоза клеток ПЭС в Ф, М, Ф+Б, М+Б; 7) значимое ингибирование миграции клеток ПЭС под воздействием VEGF в Ф, М, Б, Ф+Б и М+Б; ингибирование в М+Б больше, чем в М и Б; 8) васкуляризация в Ф практически отсутствует, подушка плоская или низкая; в Б и Ф+Б явной васкуляризации нет, подушка диффузная и выше; в М и М+Б заметная васкуляризация, подушка выпуклая; 9) гистопатологические особенности: в К и Ф субконъюнктивальный рубец фиброзный плотный; в Б структура подушек различается плохо, коллаген относительно рыхлый; в М, Ф+Б и М+Б остаточная структура подушек, субконъюнк-

тивальный коллаген рыхлый; 10) экспрессия маркеров фиброза (количество мРНК волокон коллагена I типа и фибронектина в подушке) в Б, М+Б и Ф+Б значимо ниже, чем в К, М и Ф.

Выводы: 1) сочетание триамцинолона с митоминином эффективнее их по отдельности; 2) сочетание бевацизумаба с митоминином эффективнее их по отдельности; 3) сочетание бевацизумаба с фторурацилом эффективнее их по отдельности, а также митоминина и сочетания бевацизумаба с митоминином.

Ссылки: ¹ Rev. Col. Bras. Cir. 30.07.2018; 45 (4): e1861; doi: 10.1590/0100-6991e-20181861; ² Arq. Bras. Oftalmol. 2018; 81 (4): 316-322; doi: 10.5935/0004-2749.20180062; ³ J. Ophthalmol. 09.09.2018; 8965709; doi: 10.1155/2018/8965709



Информация предоставлена по итогам реферирования оригинальных работ к.м.н. О.Н. Онуфрийчуком, октябрь 2018 ©

**Забота
о раздраженных
глазах**

ХИЛОПАРИН-КОМОД®
раствор увлажняющий офтальмологический

ХИЛОПАРИН-КОМОД® — комбинация натрия гиалуроната и гепарина при раздражении, покраснении, жжении и зуде

- Комбинация 0,1% раствора натрия гиалуроната и гепарина в системе «КОМОД»
- Гепарин усиливает увлажняющие свойства гиалуроната натрия
- Не содержит консервантов и фосфатов
- Применим при ношении контактных линз

Под № РЗН 2013/1010 внесено в государственный Реестр медицинских изделий и организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий.

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



Диагностика глаукомы у животных, в отличие от человека, проводится на достаточно примитивном и базовом уровне. Это связано как с высокой стоимостью оборудования, так и с невозможностью проведения некоторых диагностических мероприятий в рутинной практике при обследовании собак и кошек. Тем не менее, в ветеринарной офтальмологии используется комплексный подход в диагностике глаукомы. Так, биомикроскопия проводится при помощи портативной щелевой лампы с 10-ти или 16-ти кратным увеличением с целью выявления патологических изменений переднего отрезка глаза.



Рис. 1. Офтальмологические обследования кошки: ребаунд-тонометрия (слева) и щелевая биомикроскопия (справа)

Для измерения ВГД в большинстве случаев используется электронная ребаунд-тонометрия Topovet, как наиболее точная и удобная в ветеринарии, особенно для маленьких и молодых животных (рис. 1). В некоторых случаях возможно провести тонометрию с помощью аппланационного тонометра Маклакова. По различным данным, нормальное ВГД у животных варьирует от 10 до 25 мм рт.ст. и зависит от таких факторов, как вид животного, порода, возраст, положение тела, эмоциональное состояние и др. Также отмечаются некоторые особенности: так, у собак в утренние часы офтальмотонус ниже, чем в вечерние, и эта разница может составлять 2-4 мм рт.ст., а у кошек ВГД повышается во время эструса.

Важным диагностическим исследованием является гониоскопия. В ветеринарной офтальмологии в основном используют линзы Гольдмана, Краснова, Ван-Бойнингена, Баркана, Коерре. Гониоскопия необходима собакам, у ко-

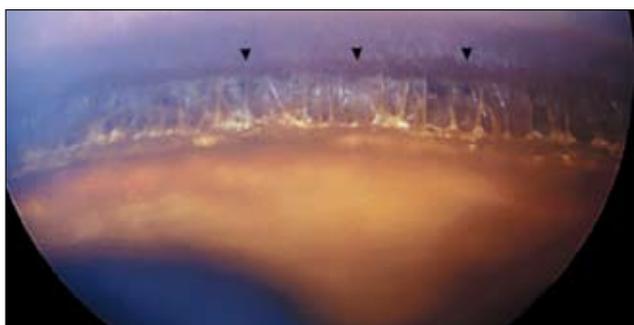


Рис. 2. Гониоскопическая картина УПК глаза собаки (указано стрелками). Четко видны нити гребенчатой связки

торых глаукома часто сочетается с нарушением развития УПК – дисплазией гребенчатой связки (рис. 2).

Исследование глазного дна методом офтальмоскопии или фундускопии позволяет выявлять глаукоматозное поражение зрительного нерва и сетчатки. Следует отметить, что у кошек эти поражения не такие явные, как у собак, в силу особенностей анатомического строения решетчатой пластинки.

С недавних пор ветеринарные врачи-офтальмологи получили возможность проводить ультразвуковую биомикроскопию переднего отрезка глаза и получать информацию о состоянии передней камеры глаза, оценивать ее глубину, структуру иридокорнеального угла, исследовать пути оттока ВГЖ. Электроретинография может быть информативна в некоторых случаях, когда мы должны оценить функциональную составляющую сетчатки. Тем не менее, фотопическая и скотопическая ЭРГ не всегда информативна у животных при глаукоме и не отражает повреждение ганглионарного слоя сетчатки.

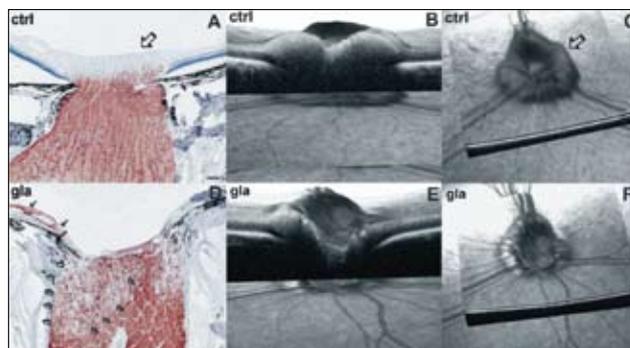


Рис. 3. Изображение нормального глазного дна собаки (сверху) и глазного дна при глаукоме (снизу), полученное посредством ОКТ

ОКТ не так часто проводится для животных, тем не менее, этот метод исследования позволяет получить детальную информацию о состоянии зрительного нерва и сетчатки (рис. 3).

Следует отметить, что проведение многих диагностических мероприятий у животных может быть затруднено, особенно это касается тех исследований, при которых собака или кошка должны находиться неподвижно в течение нескольких минут. В силу различного темперамента животного или агрессивного поведения, некоторым пациентам проводится седация, а в некоторых случаях – полная анестезия для детального офтальмологического осмотра. Ведь именно полноценная диагностика позволяет ветеринарному врачу получить ответы на те вопросы, на которые не в состоянии ответить ни владелец, ни само животное.

Продолжение следует...

• **Глаукома детского возраста является одной из наиболее сложных и трудноразрешимых проблем современной офтальмологии. Американские специалисты Chang T., Savuoto K. и соавт.** попытались оценить роль некоторых клинических факторов в неблагоприятном течении заболевания. В исследование включили 26 глаз 15 детей, средний возраст которых на момент постановки диагноза «глаукома» составил $9,98 \pm 10,55$ мес. Средняя длительность наблюдения составила $11,13 \pm 3,55$ лет. В возрасте пациентов около 1,5 лет факторами, наиболее неблагоприятно влияющими на зрительные функции, были наличие нистагма, признаки дисгенеза переднего сегмента глаза и неуспешная ранняя хирургия. В возрасте 3 лет на первый план наряду с вышеупомянутыми факторами вышли неэффективное лечение амблиопии и помутнения оптических сред. При заключительном обследовании в отдаленном периоде неудачная ранняя хирургия и наличие помутнений оптических сред статистически значимо коррелировали с неконтролируемым повышением ВГД (показатель отношения шансов составил 6,77 и 12,88, соответственно). По мнению авторов, данное исследование может стать первым шагом на пути создания эффективной системы стадийного мониторинга и лечения данной патологии.

• **Продолжаются публикации результатов крупномасштабного офтальмологического исследования китайских коллег The Beijing Eye Study, завершившегося еще в 2011 г.** Большая выборка (около 3500 человек) позволяет авторам давать ответы на разнообразные вопросы, касающиеся не только глаукомы, но и популяции здоровых лиц. В частности, авторы попытались выяснить, какие факторы оказывают влияние на уровень ВГД в неглаукомных глазах. Средний возраст обследуемых составил $64,1 \pm 9,6$ лет. Средний уровень ВГД – $14,7 \pm 2,8$ мм рт.ст. 95-й и 97,5-й процентиля распределения ВГД снизились с 20-21 мм рт.ст. у лиц в возрасте 40-54 года до 18-19 мм рт.ст. в группе старше 80 лет. При мультивариантном анализе более высокий уровень ВГД коррелировал со следующими факторами: более молодым возрастом ($P < 0,001$), более высоким уровнем глюкозы крови ($P = 0,03$), триглицеридов ($P < 0,001$), более высокими цифрами диастолического артериального давления ($P < 0,001$), частоты пульса ($P = 0,003$), а также более частым употреблением алкоголя ($P = 0,004$); среди глазных параметров – с большей центральной толщиной роговицы ($P < 0,001$), большей степенью миопической рефракции ($P = 0,01$) и большей крутизной переднего радиуса кривизны роговицы ($P = 0,006$). ВГД статистически значимо уменьшалось на 0,50 мм рт.ст. с каждой последующей декадой жизни; ВГД статистически значимо уменьшалось на 0,76 мм рт.ст. на каждый 1,0 мм увеличения радиуса кривизны роговицы. Диапазон средних значений ВГД ± 2 стандартных отклонения с поправкой на параметры многофакторной модели составил 9,0-18,1 мм рт.ст. против 9,2-20,2 мм рт.ст. для нескорректированного ВГД. В возрастной группе 50-55 лет этот показатель составил 9-18 мм рт.ст., а среди лиц ≥ 75 лет 8-18 мм рт.ст. Полученные данные следует принимать во внимание при оценке нормальности распределения ВГД.

• **Скандинавские офтальмологи Aspberg J., Heijl A. и соавт.** попытались оценить нынешние возможности гипотензивного эффекта латанопроста как препарата первой линии у пациентов с впервые выявленной глаукомой без искусственного ограничения исходного уровня ВГД. Результаты лечения 86 пациентов (105 глаз) оценивали по прошествии 1 и 3 мес. от начала терапии. Среднее значение ВГД до лечения составляло 26,2 мм рт.ст. (диапазон колебаний 10-51 мм рт.ст.). Среднее снижение ВГД составило 7,9 мм рт.ст. (28%), со сходным результатом спустя 1 и 3 мес. наблюдения. Колебания этого параметра находились в диапазоне от -2,3 до -25,3 мм рт.ст. спустя 1 мес., и от -1,3 до -33,3 мм рт.ст. через 3 мес. Гипотензивный эффект был значительно более выраженным в глазах с более высоким исходным ВГД; офтальмотонус дополнительно снижался на 0,55 мм рт.ст. на каждый 1 мм рт.ст. более высокого исходного ВГД. В 4 глазах с исходным ВГД в пределах статистически нормальных значений лечение не привело к его снижению. Регрессионная модель показала, что снижение ВГД минимизируется при начальном его значении ≤ 16 мм рт.ст. Множественный регрессионный анализ продемонстрировал, что дополнительный гипотензив-

ный эффект величиной в 1,28 мм рт.ст. достигается при наличии глаукомы на фоне псевдоэксфолиативного синдрома.

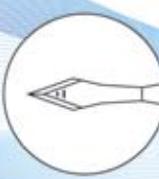
• **Совместное американско-израильское исследование, посвященное сравнительной характеристике относительно отдаленных результатов использования различных типов дренажных устройств, было опубликовано несколько месяцев назад.** Авторы оценили 3-летнюю эффективность имплантации мини-шунта Ex-PRESS и клапанной системы Ahmed у пациентов с псевдофакией. В исследование вошли 92 пациента с предшествующей неосложненной факосмульсификацией либо факосмульсификацией с последующей неэффективной трабекулектомией. Хирургия в конечной точке исследования считалась успешной при достижении уровня ВГД в диапазоне 5-21 мм рт.ст. и степени его снижения от исходного не менее чем на 20% (с/без антиглаукомных препаратов) при отсутствии необходимости в повторной хирургии. Подобный результат спустя 3 года после имплантации был достигнут в 92,7% случаев использования клапана Ahmed и 66,1% шунта Ex-PRESS ($P = 0,006$). Клапан Ahmed был более эффективен у пациентов с предшествующей факосмульсификацией в сочетании с трабекулектомией (96% против 64,1% для шунта Ex-PRESS; $P = 0,023$). У тех больных, которые перенесли только факосмульсификацию, статистически значимой разницы в отдаленных результатах не получено (87,5% успеха для клапана Ahmed против 69,4% для шунта Ex-PRESS; $P = 0,205$). Частота реопераций, потребовавшихся после имплантации клапана Ahmed и шунта Ex-PRESS, составила 4,6 и 30,6%, соответственно ($P = 0,001$). Количество зарегистрированных осложнений в обеих группах было сопоставимым. 

Информация предоставлена по итогам реферирования оригинальных работ к.м.н. А.Ю. Брежневим, ноябрь 2018 ©



Офтальмологические ножи с лазерными насечками для безупречно точных разрезов

- Инновационная технология лазерной насечки для определения максимально точной глубины и ширины разреза
- Усовершенствованы все популярные модели ножей
- Новые модели ножей для пациентов с энофтальмом и узкими глазными щелями







Официальный представитель в России
MANI Inc (Япония) компания ООО «Эр Оптикс»
123458, Россия, г. Москва, ул. Твардовского, 8
тел. +7 495 780 92 55
www.r-optics.ru

КОНКУРСЫ КОНКУРСЫ КОНКУРСЫ КОНКУРСЫ

Новый конкурс «Полвека с нами...»

Дорогие коллеги! Зимний конкурс будет! И это главное! К сожалению, вы совсем «измучились» рутинной клинической практикой, которая занимает у вас большую часть времени (и жизни!). Но мы не собираемся останавливаться: идеи и желания переполняют нас. Это значит, что ниже вы в очередной раз увидите новые вопросы, которые заставят вас подумать и принять решение (надеемся, что правильное!). Мы предполагаем, что до 20 февраля вы сможете отыскать правильные ответы и прислать их нам. Приз известен, и он один - новенький гаджет от Российского глаукомного общества (РГО). Он будет честно отправлен победителю. Кстати, на этот раз вопросы взяты из источников, которые приведены именно в этом номере бюллетеня))) Ответы необходимо присылать по хорошему известному вам адресу eye@eyenews.ru Отправить весточку можно также в социальной сети Фейсбук на нашей странице - [FB/Russian GlaucomaSociety](https://www.facebook.com/RussianGlaucomaSociety) (личным сообщением для «Новостей глаукомы/Глаукомного общества»). В любом случае обязательно убедитесь, что мы Вам ответили. Обычно мы отвечаем в течение суток. **Внима-**

ние! Ответы принимаются только с правильно оформленными ссылками (интернет-ссылки - не учитывались, не учитываются и не будут учитываться!)

1) Первый и главный вопрос, из-за которого получил название конкурс! Полвека назад была представлена операция, ставшая «золотым стандартом» лечения глаукомы. Назовите первую и главную статью, посвященную трабекулэктомии.

2) Нужно знать! Периметрические исследования распространены повсеместно! Какое исследование поля зрения при помощи статической автоматической периметрии считается недоустойчивым?

3) «Чистая» практика! Что такое компрессионная проба для определения дисфункции мейбомиевых желез? Как она проводится и как трактуются ее результаты?

Ждем ваши ответы и желаем успехов в поисках информации. Правильные ответы будут опубликованы 15 марта 2019 года в сети (www.EyeNews.ru и [FB/Russian GlaucomaSociety](https://www.facebook.com/RussianGlaucomaSociety)), а также в бюллетене «Новости глаукомы» 2019; 2 (весна)!

Команда EyeNews (АйНьюс) - GlaucomaNews (ГлаукомаНьюс), 7 декабря 2018 ©

Ответы на конкурс «Просто и со вкусом»

Дорогие коллеги! Осенний конкурс завершен. К сожалению, даже самые простые вопросы не заставили вас отвлечься и полноценно поучаствовать в этом конкурсе! Ниже традиционно представлены вопросы и правильные ответы!

1) Назовите 3 главные (на Ваш взгляд) научные публикации, посвященные эпидемиологии глаукомы в стране и мире.

С зарубежным источником все понятно, наиболее цитируемой является вот эта работа: Quigley H.A. Number of people with glaucoma worldwide. Br. J. Ophthalmol., 1996; 80 (5): 389-393.

Среди советских – однозначно следует выделить вот эту: Удinceв Е.И. Успехи отечественной офтальмологии и профилактика глазных заболеваний. М.: «Наука», 1966.- 238 с.

Среди советских и российских исследований стоит обратить внимание на такие:

Южаков А.М., Травкин А.Г., Киселева О.А., Мазурова Л.М. Статистический анализ глазной заболеваемости и инвалидности по РСФСР. Вестн. офтальмол. 1991; 2: 5-7.

Либман Е.С. Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в Российской Федерации. Ликвидация устранимой слепоты: инициатива ВОЗ: Мат. М. 2003: 38-42.

Егоров Е.А., Куроедов А.В. Отдельные клинико-эпидемиологические характеристики глаукомы в странах СНГ и Грузии. Результаты многоцентрового открытого ретроспективного исследования (ч. 1). Клиническая офтальмология. 2011; 3: 97-100.

Нероев В.В., Киселева О.А., Бессмертный А.М. Основные результаты мультицентрового исследования эпидемиологических особенностей первичной открытоугольной глаукомы в Российской Федерации. Росс. офтальмол. журн. 2013; 3: С.4-7.

2) Назовите 3 главные (на Ваш взгляд) научные публикации, посвященные эпидемиологии возрастной макулярной дегенерации в

ЭФФЕКТИВНОЕ И ДОСТУПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ

ДОРЗОПТ ДОРЗОЛАНДИЛ 2% - 5 мл
Ингибитор карбоангидразы

ДОРЗОПТ ПЛЮС ДОРЗОЛАНДИЛ, ТИМОЛОЛ 0.5% - 5 мл
Функционально-комбинированный препарат

ГЛАУПРОСТ ЛАТАНОПРОСТ 0.005% - 2.5 мл
Синтетический аналог простагландина

ДУОПРОСТ ЛАТАНОПРОСТ 0.005%, ТИМОЛОЛ 0.5% - 2.5 мл
Функционально-комбинированный препарат

Дополнительное улучшение гемодинамики ДЗН и сетчатки глаза^{1,2}

Дополнительная нейропротекция^{1,3}

1) Бурков Е.А. и соавт. «Информационная терапия старческой макулодистрофии». Москва изд. Апрель, 2012
2) Идзуми М.Е., Акимото А.Я., Ридман В.С. «Глаукома» № 2-2012г.
3) Хаджиан Н.С., Черныш В.В., Трунов А.Н. Клиническая офтальмология № 2-2013г.

Московское представительство АО РОСНАУЧИН КОМПАНИИ СЗР
121296, г. Москва, ул. Гурьянова, д. 2 стр. 2/2А, офис 823
E-mail: rosnauchin@yandex.ru; тел./факс: +7 (495) 264-00-22

РОСНАУЧИН КОМПАНИИ
КОФАРМА COMPANY

стране и мире?

Самая главная ссылка на этот раз находится на сайте Всемирной организации здравоохранения - <https://www.who.int/blindness/causes/priority/en/>

Из других источников следует обратить внимание на:

Wong W.L., Su X., Li X. et al. Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis. www.thelancet.com/lancetgh, 2014; 2

и Colijn J.M., Buitendijk G.H.S., Prokofyeva E. et al. Prevalence of Age-Related Macular Degeneration in

Europe. The Past and the Future. Ophthalmology. 2017; 124 (12):1753-1763.

3) Назовите 3 главные (на Ваш взгляд) научные публикации, посвященные эпидемиологии синдрома «сухого глаза» в стране и мире?

Итак, среди зарубежных, это, по всей видимости (по цитируемости): Gayton J.L. Etiology, prevalence, and treatment of dry eye disease. Clin. Ophthalmol., 2009; 3: 405-412.

Среди отечественных - целая серия публикаций проф. Бржеского В.В. и Сомова Е.Е. за период с 1995 по 2015 гг. (эти книги и методические рекомендации Вы хорошо знаете) и, конечно, монография Бржеский В.В., Егорова Г.Б., Егоров Е.А. Синдром «сухого глаза» и заболевания глазной поверхности. М. «ГЭОТАР-Медиа» 2016; 464 с.

Все равно спасибо! Победитель в очередной раз не был определен. Приз, конечно же, оставим на следующий розыгрыш. А был такой шанс получить подарок из рук президента Российского глаукомного общества на закрытии конгресса))) Участвуйте и побеждайте в новом конкурсе. Он выше на этой странице.



Команда EyeNews (АйНьюс) - GlaucomaNews (ГлаукомаНьюс), 7 декабря 2018 ©

АЙНЬЮС.РФ

EyeNews.ru®



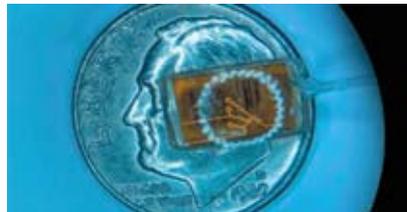
ГЛАВНЫЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ СТРАНЫ
ВСЕГДА В КУРСЕ СОБЫТИЙ. ВСЕГДА НА ШАГ ВПЕРЕД
Alexander Kuroyedov

Вы подписаны Сообщение

Хроника Информация Друзья общие: 3 Фото Еще



О диагностике и лечении заболеваний сетчатки и зрительного нерва рассказывает заведующая отделом, заместитель директора по научной работе д.м.н. Будзинская Мария Викторовна. Подробнее на <https://www.facebook.com/niigb>



И все-таки он существует! Новейшая разработка Калифорнийского технологического института (Caltech), исследователи которого разработали глазной имплантат, способный обнаруживать и проводить беспроводную передачу данных уровня глазного давления. Подробнее тут <https://www.insightnews.com.au/Article3/1901/Wireless-implant-able-to-track-eye-pressure-in-real-time>



Близорукости у детей можно избежать, если чаще бывать с ними на свежем воздухе. Об этом говорит ряд научных исследований, пишет Naked Science. Все больше исследований указывает на то, что качество зрения у детей напрямую зависит от количества времени, проведенного на свежем воздухе. Дело в том, что вне дома зрение работает активнее – нужно смотреть вдаль, охватывать взглядом предметы на разном расстоянии. Большое значение имеет и наружное освещение. По словам ученых, оно замедляет осевой рост глаза, способствующий близорукости. Ранее ученые из Королевского колледжа Лондона заявили, что дети, рожденные в летние месяцы, имеют повышенный риск развития близорукости. Анализ данных показал, что те, кто появился на свет в июне-августе, имели почти удвоенный риск проблем со зрением. Вероятно, причина этого в том, что такие дети, как правило, отправляются в первый класс в более раннем возрасте, чем сверстники, и их зрение хуже справляется с повышенной нагрузкой.



Просто напоминаем, что Всемирный глаукомный конгресс уже «не за горами». Март 2019 г. наступит очень скоро! Подробнее на <https://www.worldglaucomacongress.org>

- Откуда Вы, коллеги? «Десанта» участников Конгресса...**
- Алматы (Казахстан), Атырау (Казахстан), Балашова, Бакы (Азербайджан), Банска-Бистрица (Словакия), Барнаул, Белград (Сербия), Бишоп (Израиль), Бордо (Франция), Братислава (Словакия), Брисбен, Бухарест (Украина), Вена (Австрия), Витебск (Беларусь), Владивосток, Владимир, Волгоград, Вологда, Воронеж, Вроцлав (Польша), Вьенна, Гейдельберг (Германия), Гомель (Беларусь), Грозный, Дамаск (Сирия), Дублин, Дижон (Франция), Дунбей (Таджикистан), Екатеринбург, Елизаветград (Украина), Загреб (Хорватия), Иваново, Ижевск, Иркутск, Казань, Калининград, Караганда (Казахстан), Кемерово, Киев (Украина), Кишинев (Молдова), Кисловодск, Краснодар, Красноярск, Курган, Курск, Ланган, Льеж (Бельгия), Липецк, Лодзь, Луганск (Украина), Люблина (Словакия), Магдан, Махачкала, Минск (Беларусь), Могилев (Беларусь), Москва, Мурманск, Набережные Челны, Наган (Таджикистан), Нахичевань, Новосибирск, Новокузнецк, Нижний Новгород, Новокузнецк, Новооскольск, Новосибирск, Омск, Оренбург, Пенза, Петропавловск, Петропавловск-Камчатский, Плевоской, Прага (Чехия), Промышленск, Пушкино, Рязань, Рига (Латвия), Ростов-на-Дону, Рязань, Сан-Диего (США), Санкт-Петербург, Самара, Саратов, Саратов, Саров, Севастополь, Севастополь, Сент-Луис (США), Симферополь, Сарай (Македония), Смоленск, София (Болгария), Ставрополь, Старый Крым, Сочи, Суэц (Египет), Таганрог, Таллин (Эстония), Тамбов, Ташкент (Узбекистан), Тбилиси (Грузия), Тверь, Томск, Тула, Улан-Удэ, Уфа, Ульяновск, Хабаровск, Харьков (Украина), Хельсинки, Челябинск, Ч. Чоков (Болгария), Эр-Рияд (Саудовская Аравия), Южно-Сахалинск, Ялта, Якутск, Ярославль... в Вы!

Предварительный список стран и городов, откуда наши коллеги едут на Конгресс Российского глаукомного общества. На закрытии конгресса будет представлена обновленная информация! Следим за конгрессом на сайте Новости глаукомы www.GlaucomaNews.ru



Антисептик и стероид в одном флаконе? Да, именно такая комбинация, по мнению американских коллег, позволяет успешно бороться с острым аденовирусным конъюнктивитом! Подробнее на <https://www.aao.org/editors-choice/antiseptic-steroid-combination-drops-show-promise>



А до Нового года – меньше месяца! Принимайте поздравления от Российского глаукомного общества!



Очередной номера Офтальмологического журнала (Украина) вышел в свет. Его архив доступен на сайте <http://www.ozhurnal.com/ru>



Последние новости (ноябрь-декабрь 2018 г.) anti-VEGF терапии тут <https://www.refinalphysician.com/issues>



На сайте нашего партнера www.EyePress.ru будет доступна онлайн-трансляция избранных симпозиумов с конгресса Российского глаукомного общества! Присоединяйтесь!



ИСТОРИЧЕСКИЙ РАКУРС

ИСТОРИЧЕСКИЙ РАКУРС

Памятные офтальмологические даты 2018 ГОДА

Историко-медицинские события

100 лет – декрет СНК РСФСР «О совете врачебных коллегий» (1918, 24 января).

100 лет – Постановление Народного Комиссариата государственного призрения РСФСР об охране младенчества в стране (1918, 31 января).

100 лет – декрет СНК РСФСР «Об инспекции труда» (1918, 18 мая).

100 лет – декрет СНК РСФСР «Об учреждении Народного Комиссариата здравоохранения» (1918, 11 июля).

Научно-медицинские открытия

125 лет – описание «катаракты в сочетании со своеобразной дегенерацией кожи», синдром Ротмунда (A. Rothmund, 1868).

Основание медицинских учреждений и кафедр

200 лет со времени учреждения первой в России специальной кафедры глазных болезней в Медико-хирургической академии (1818).

100 лет – издательство «Медицина» (Москва, 1918).

Съезды

150 лет со времени I съезда естествоиспытателей и врачей России и учреждения Общества естествоиспытателей и врачей в Петербурге (1868).

Персоналии

275 лет со дня рождения и 225 лет со дня смерти Жана Поля МАРАТА (J.P. Marat, 1743-1793), политического деятеля Великой французской революции, врача, естествоиспытателя и публициста. Изучал венерические заболевания, офтальмологию, электротерапию. Дал анализ происхождения астигматизма. Описал заболевания радужки («О редко наблюдаемых заболеваниях глаз», 1769), возникшие в результате лечения ртутными препаратами, и успешно применил при этом электротерапию. За сочинение «О применении электричества в медицине» (1783) был удостоен золотой медали Руанской академии наук. Изобрел ряд ценных приборов для измерения электричества. Ему принадлежит приоритет в области электротерапии.

250 лет со дня рождения Ивана Васильевича ПРОТАСОВА (1768-1805), отечественного врача. Автор трудов «О профессиональных заболеваниях на металлургических заводах». Составил первое в России руководство по военно-врачебной экспертизе (1801). Исследовал причины распространения глазных заболеваний среди уральских народностей (1800). Написал «Историю врачебного искусства», которая явилась первой историей медицины, составленной русским врачом.

200 лет со дня рождения Франца Корнелиуса ДОНДЕРСА (F.C. Donders, 1818-1889), выдающегося голландского физиолога и офтальмолога. Научные труды посвящены рефракции и аккомодации. В 1846 г. опубликовал работу «Движение человеческого глаза», в которой сформулировал закономерности, связывающие ротационные и торсионные движения глазного яблока. В книге «Аномалии аккомодации и рефракции глаза» (1864) впервые изложил научные основы оптической коррекции дефектов зрения, ввел понятия «эмметропия» и «аметропия»; дал описание астигматизма и ввел в медицинскую практику коррекцию его цилиндрическими линзами и др. В Голландии учреждена медаль Дондерса за лучшую работу по офтальмологии.

125 лет со дня рождения профессора Петра Федоровича АРХАНГЕЛЬСКОГО (1893-1959), советского офтальмолога.

Докторская диссертация посвящена патологии органа зрения при сыпном тифе. Заведующий кафедрой офтальмологии Среднеазиатского медицинского института (г. Ташкент). Благодаря его непосредственному участию здесь впервые организовано трахоматозное отделение. С 1953 по 1959 гг. возглавлял кафедру офтальмологии Ростовского медицинского института. Под его руководством продолжалась ликвидация в регионе трахомы и проказы. Предложил при глаукоме склеротомопротектомию, а также многочисленные инструменты для операции на глазном яблоке.

125 лет со дня рождения профессора Аарона Абрамовича КОЛЕНА (1893-1978), советского офтальмолога, заслуженного деятеля науки РСФСР. Заведующий кафедрами глазных болезней Новосибирских институтов: медицинского и усовершенствования врачей. В 1944-1951 гг. – директор МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Предложил новые типы пластических операций: лоскут на ножке из жировой клетчатки при пластических операциях на лице, лоскут-рассада и др.

125 лет со дня рождения Сергея Васильевича КРАВКОВА (1893-1951), отечественного физиолога и психолога, доктора биологических наук, профессора, члена-корреспондента АН и АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР. С 1936 по 1951 гг. – руководитель лаборатории физиологической оптики (ныне – лаборатория клинической физиологии зрения им. С.В. Кравкова) Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, а также лаборатории при АН СССР. Один из основоположников физиологической оптики. Внес значительный вклад в изучение психофизиологии органов чувств. Изучал закономерности функционирования зрительной системы, центральную регуляцию зрительных функций, взаимодействие органов чувств, электрофизиологию зрительного анализатора, исследовал цветовое зрение и гигиену зрительного освещения. По его инициативе издавался сборник «Проблемы физиологической оптики».

100 лет со дня смерти Стефана БЕРНГЕЙМЕРА (S. Bernheimer, 1861-1918), австрийского офтальмолога. Со стоял профессором Инсбрукского университета по кафедре офтальмологии и директором глазной клиники.

Исследовал моторную иннервацию глаза. Разработал методы лечения гонобленнорей и туберкулеза сетчатки.

100 лет со дня рождения профессора Аркадия Яковлевича (Арона Янкевича) БУНИНА (1918-2007), отечественного офтальмолога. Внес существенный вклад в изучение патогенеза, диагностики и лечения глаукомы, а также тонометрии, гидро- и гемодинамики и микроциркуляции глаза. В МНИИ ГБ им. Гельмгольца последовательно возглавлял отделения глаукомы, патофизиологии и биохимии. Автор нескольких монографий: «Гемодинамика глаза и методы ее исследования» (1971); «Внутриглазное давление: Физиология и патология» (в соавт., 1974); «Микроциркуляция глаза» (в соавт., 1984); «Сосудистые заболевания глаз» (в соавт., 1990). В соавторстве с А.П. Нестеровым предложил новую классификацию глаукомы, официально принятую Всероссийским съездом (1975).

100 лет со дня рождения профессора, заслуженного деятеля науки РСФСР Александра Михайловича ВОДОВОЗОВА (1918-2007). Участник Великой Отечественной войны – начальник Сумской группы эвакуационных госпиталей. С 1962 по 1992 гг. – руководитель кафедры глазных болезней Волгоградского медицинского института (в настоящее время – кафедра офтальмологии Волгоградского государственного медицинского университета). Основные научные труды посвящены теории и хирургическому лечению глаукомы. Предложил оригинальные антиглаукоматозные операции: клапанный ириденклейз, образование углубленного супрацилиарного кармана, протезирование трепанационного отверстия гониопротезом собственной конструкции. Он автор оригинальных идей: комплексный метод исследования дна глаза светом различного спектраль-

ИСТОРИЧЕСКИЙ РАКУРС

ИСТОРИЧЕСКИЙ РАКУРС

ного состава, названный им офтальмохромоскопией, световые рефлексы глазного дна в норме и при патологии. Им обосновано «толерантное» и «интолерантное» внутриглазное давление при глаукоме. Им также разработана мышечно-рефлекторная теория сосудистого косоглазия. В последние годы жизни проживал в Германии.

95 лет со дня рождения Аркадия Павловича НЕСТЕРОВА (1923–2009), академика РАМН. Научные исследования послужили основой нового направления в офтальмологии – гидростатики и гидродинамики глаза. Им предложены высокочастотный тонометр для измерения и записи ВГД, индикатор ВГД, глазной диафаноскоп. Нестеров составил новые таблицы для аппланационной тонометрии, эластонометрии и тонографии глаза. С 1964 г. – заведующий кафедрой глазных болезней Казанского медицинского института. В 1974 г. – заведующий кафедрой глазных болезней лечебного факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова (ныне РГМУ). Открыл «явление функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза человека – эффект Нестерова». Автор новой классификации первичной глаукомы (1975, соавтор А.Я. Бунин). Ответственный секретарь «Казанского медицинского журнала».

90 лет со дня рождения профессора Розы Александровны ГУНДОРОВОЙ (1928–2016). Академик РАЕН, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ. С 1961 по 2015 гг. – руководитель отдела офтальмотравматологии и реконструктивной хирургии глаза Московского НИИ ГБ им. Гельмгольца. Являлась одним из основоположников отечественной офтальмотравматологии, внесла вклад в развитие и внедрение в медицинскую практику новых технологий хирургического лечения при травмах органа зрения. Создала крупную научную офтальмотравматологическую школу. Являлась членом Всемирного общества офтальмотравматологов. Научная деятельность началась с изучения глаукомы – кандидатская диссертация «Новокаин в лечении глаукомы» (1955).

90 лет со дня рождения профессора Германа Андреевича КИСЕЛЕВА (1928). Разработал новый способ исследования оттока жидкости из глаза в условиях смещенной кпереди иридо-хрусталиковой диафрагмы (совместно с А.П. Нестеровым). Предложил новые приборы: глазной тонограф на транзисторах, импрессионно-аппланационный тонограф, модели микродеформационного тонографа. Заведовал кафедрой глазных болезней Омской ГМА (1972–1998 гг.). Инициатор вы-

пуска научного сборника «Вопросы офтальмологии» (Омск).

90 лет со дня рождения профессора Елены Соломоновны ЛИБМАН (1928). Академик РАЕН и РАМН, заслуженный деятель науки РФ. Была заместителем главного врача в Московской глазной клинической больнице. Заведовала отделением клинической и социальной офтальмологии ЦНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН). Руководила отделом методологии медико-социальной экспертизы ФГУ «ФБ МСЭ». Внесла вклад в дело профилактики и снижения слепоты и инвалидности по зрению, медико-социальной реабилитации незрячих как в России, так и за рубежом. Имеет научные труды по применению лазеров в офтальмологии. Основоположник медико-социальной экспертизы в офтальмологии.

90 лет со дня рождения профессора Александра Андреевича ЯКОВЛЕВА (1928–2005). С 1986 по 2005 гг. возглавлял лабораторию электрофизиологии зрения им. С.В. Кравкова. Руководил направлением по разработке и внедрению в практику офтальмологии новых методов функциональной диагностики заболеваний сетчатки и зрительного пути. Научные исследования посвящены полярографии и микроциркуляции глаза, новым методам диагностики и лечения глаукомы. Профессор А.А. Яковлев – соавтор справочных руководств «Фармакотерапия глазных болезней» (неоднократно переиздававшихся), «Микроциркуляция глаза», «Заболевание зрительного пути» (2010).

80 лет со дня рождения Ларисы Константиновны МОШЕТОВОЙ (1938), академика РАМН и РАН, заслуженного врача РФ. В 1989–1994 гг. – проректор по учебной работе ЦИУВ. С 1994

г. по настоящее время – ректор ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Одновременно там же – зав. кафедрой офтальмологии. С 1992 г. – главный внештатный офтальмолог Департамента здравоохранения г. Москвы. Научные исследования посвящены изучению глазного травматизма, сосудистой патологии глаза, организации офтальмологической помощи. Сформулировала новое научное направление в офтальмологии – судебную медицинскую экспертизу.



К. пед. н. Н.А. Емельянова
«Международная академия бизнеса и управления»
(«МАБИУ»),
Москва, 2018 ©

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА РОССИИ

Сахалинская область



Сахалинская область входит в состав Дальневосточного федерального округа. Административный центр – город Южно-Сахалинск (население - 198 973 чел.). Область находится в Азиатско-Тихоокеанском регионе; это одна из самых восточных территорий России и единственная область, полностью расположенная на островах (остров Сахалин и Курильские острова). Граничит по морю с Камчатским краем, Хабаровским краем и Японией. Площадь – 87 101 км² (37-е место в РФ), население – 490 181 чел. (73-е место в РФ), плотность населения – 5,6 чел. км² (в среднем по РФ - 8,4), удельный вес городского населения - 82%.

Главный офтальмолог Министерства здравоохранения Сахалинской области – Наталья Александровна Жарская.

Н.А. Жарская окончила Хабаровский государственный медицинский институт в 1992 г. После интернатуры по распределению работала в Углергорском районе Сахалинской области 1993-1997 гг., с 1997 г. и по настоящее время – врач-офтальмолог ГБУЗ «Сахалинская областная клиническая больница». С 2013 г. является главным внештатным офтальмологом Сахалинской области.

- Наталья Александровна, расскажите, пожалуйста, о современном состоянии офтальмологической службы региона...

- На конец 2017 г. количество штатных должностей офтальмологов Сахалинской области составляло 68,5 единиц. Занятость 100%, но за счет совмещения, всего 55 докторов. Есть районы, в которых много лет нет офтальмолога. Главные врачи приглашают докторов с близлежащих районов на совместительство. Мы практически ежедневно проводим онлайн-консультации нестандартных или экстренных случаев.

В настоящее время, к сожалению, стационары есть только в Южно-Сахалинске: офтальмологическое отделение в составе областной больницы на 57 коек, в составе которого 13 детских коек с единственным бесшумным детским офтальмохирургом Т.С. Морозовой, и в составе городской больницы - 55 коек (еще 10 лет назад в отдаленных районах области было развернуто от 5 до 10 коек, выполнялись экстренные и амбулаторные операции).

При областной больнице работает круглосуточный кабинет неотложной офтальмологической помощи. В рамках программы борьбы с сахарным диабетом при областной больнице открыт лазерный кабинет, где проводит диагностику и лечение врач высшей категории Н.В. Крамская. Специализированных диспансеров у нас нет, но в составе противотуберкулезного диспансера есть ставка офтальмолога, где много лет работает один врач.

Наш остров особенный, поэтому у нас есть и ведомственные железнодорожная больница и поликлиника, и поликлиники «водников», военный госпиталь пограничников и гарнизонный госпиталь, поликлиника МВД.

Конечно, нагрузка на поликлинических врачей да и на стационары очень высокая, поэтому частные клиники оказывают нам огромную помощь. Прием в них ведут грамотные специалисты. Лично я очень рада, что в ООО «Финист» директор Н.Н. Горбачев приглашает на работу врачей-офтальмологов из Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова», с которыми мы очень дружны, и есть возможность решить какие-то случаи на месте.

- Если есть какие-то особенности, касающиеся организации службы, спектру офтальмопатологии и др., осветите их...

- В последние годы отмечается рост рефракционных нарушений органа зрения у детей. С 2015 по 2017 гг. с 4800 цифра выросла до 7698 случаев. Поэтому в детской поликлинике открыт кабинет охраны зрения детей, где проводится аппаратное лечение. Открыт дневной стационар для проведения консервативного лечения заболеваний глаз.

С целью раннего выявления глаукомы и предупреждения развития слепоты при областной консультативной поликлинике открыт глаукомный кабинет, где каждый пациент детально осматривается, решаются вопросы о тактике лечения в каждом конкретном случае. С открытием кабинета увеличилось количество антиглаукомных операций на 100 случаев в 2017 г.

На острове пока не выполняются витреоретинальные операции, поэтому всех пациентов приходится направлять за пределы Сахалинской области. В основном это Хабаровский филиал МНТК.

- Какие тенденции прослеживаются в последние годы?

- За недавний отрезок офтальмохирургия на Сахалине перешла на новый, более высокий уровень. Мы выполняем хирургию катаракты через малые разрезы, хирургия глаукомы выполняется с использованием дренажей, шунтов.

С 2016 г. начали выполнять лечение патологии сетчатки ингибиторами ангиогенеза путем интравитреального введения по ВМП. В 2018 г. двумя отделениями выполнено 700 случаев оказания ВМП за счет средств бюджета. Количество операций по катаракте ежегодно увеличивается примерно на тысячу.

В 2016 г. был приобретен оптический когерентный томограф фирмы Торсон, в 2018 г. приобретены еще 2 таких же аппарата в областную и городскую больницы, что позволяет проводить обследование большему количеству пациентов.

В 2016 г. я прошла обучение в Московском МНТК на цикле «Офтальмопластика» у профессора М.Г. Катаева и внедрила реконструктивно-восстановительные операции глаза и его придаточного аппарата в Сахалинской области.

- Какая работа ведется по повышению профессионального уровня офтальмологов, профилактике роста офтальмопатологии?

- С целью совершенствования подготовки врачей на протяжении многих лет мы проводим межрегиональные конференции с участием известных офтальмологов России. К нам приезжали Э.В. Бойко, Д.Ю. Майчук, В.П. Еричев, А.Ф. Бровкина, Л.П. Догадова, А.Н. Марченко.

Наши коллеги регулярно посещают конференции международного уровня на центральных базах. Такие конференции значительно повышают профессиональный уровень врачей, приносят свежие идеи, новые силы. Регулярно проводятся заседания общества офтальмологов, тематические круглые столы, на которых решаются сложные текущие вопросы.

Благодаря поддержке Хабаровского МНТК, в частности профессора В.В. Егорова, у нас проводятся сертификационные циклы без выезда за пределы области, это очень удобно. Сахалинская областная клиническая больница является базой прохождения производственной практики студентов, ординаторов, врачей.

Для повышения грамотности населения в вопросах офтальмологии проводятся «школы» по разным темам: глаукома, катаракта, сахарный диабет.

- Наталья Александровна, какова история формирования офтальмологической службы Сахалинской области? Кто из офтальмологов, работавших в регионе, оставил яркий след? Кого из работающих сейчас можно отметить?

- Офтальмологической службе на Сахалине насчитывается 66 лет. В 1952 г. на базе ЛОР-отделения было развернуто 10 коек для пациентов с патологией органа зрения. С 1957 г. открыто офтальмологическое отделение на 40 коек, первым зав. отделением была Н.А. Афанасьева, с 1962 г. отделением заведовала О.Д. Шляпкинова. Об этом человеке я бы хотела сказать отдельно. Это был хирург «от Бога», она выполняла операции по отслойке сетчатки, единственная проводила операции



Н.А. Жарская



В.В. Чурин и Н.А. Жарская разбирают клинический случай



В.Г. Строк и Н.А. Жарская в операционной

АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ

Сравнение корреляций между толщиной слоя нервных волокон сетчатки, измеренной с помощью спектральной оптической когерентной томографии, и изменений поля зрения при стандартной автоматизированной периметрии и Pulsar-периметрии

Введение

Глаукома характеризуется изменением поля зрения из-за потери ганглиозных клеток сетчатки (ГКС) и является одной из ведущих причин необратимой слепоты в мире [1]. Стандартная автоматическая периметрия «белое на белом» (САП), является «золотым стандартом» исследования поля зрения как для впервые выявленной глаукомы, так и для мониторинга ее прогрессирования. Тем не менее САП является субъективным методом, на результаты которого влияет огромное количество факторов, а кроме того позволяет выявить изменения только после того, как происходят существенные структурные изменения [2, 3]. Для ранней диагностики глаукомы были разработаны периметрические тесты с иллюзией удвоения частоты (Frequency-Doubling Technology (FDT) и Pulsar-периметрия) [4, 5]. Pulsar-периметрия была разработана Gonzales-Hernandez с соавторами в 2000 г. [4] и применяется для исследования пространственной и контрастной чувствительности [6]. Различные исследователи отмечают более высокую чувствительность Pulsar-периметрии по сравнению с САП, и как следствие – более раннее выявление глаукомных изменений полей зрения [6–8]. В последнее время все больший интерес вызывает взаимосвязь структурных и функциональных изменений [9–12]. Данное исследование направлено на оценку взаимосвязи толщины слоя нервных волокон сетчатки (СНВС), измеренной SD-OCT (Spectralis HRA-OCT (Heidelberg Engineering Inc., Гейдельберг, Германия) и средней светочувствительности сетчатки (MS), измеренной САП или Pulsar-периметрией у пациентов с глаукомой и в контрольной группе.

Материал и методы

Объектом исследования стали 143 пациента (263 глаза), обратившиеся в офтальмологическое отделение Медицинского центра университета Muenster (Германия), этический комитет которого одобрил исследование.

Критерии включения

Минимальная острота зрения с коррекцией составила 0,6, со сферозквивалентом в пределах ±6,0 диоптрий (D).

Критерии исключения

Закрываются глаукома, неврологические заболевания, катаракта, затрудняющая проведение исследований, пациенты с миелиновыми волокнами и заболеваниями сетчатки, такими как диабетическая ретинопатия, возрастная макулярная дегенерация, витреомакулярный синдром, идиопатический макулярный разрыв.

Периметрия

Всем участникам исследования проводилась САП и Pulsar-периметрия. САП проводилась на автоматизированном анализаторе поля зрения Хамфри (HFA II, модель 750, Carl Zeiss Meditec AG), со стандартной программой 30-2 (SITA fast) или периметром Octopus 600 (Haag-Streit AG, Schlieren, Швейцария). Pulsar-периметрия проводилась на периметре Octopus 600 (Haag-Streit AG, Schlieren, Швейцария), используя стратегию TOP с аналогичным распределением точек, как в протоколе 30-2 SITA.

Оптическая когерентная томография (ОКТ)

Проводилась на томографе Spectralis OCT, Heidelberg Explorer (HEE, версия 5.3, Heidelberg Engineering Co., Гей-

дельберг, Германия), границы слоя нервных волокон корректировались в мануальном режиме при ошибках измерения. Карты отклонения толщины СНВС были отнесены к разным группам, как описано Leung и др. [13, 14]. На основании данных ОКТ (без учета данных периметрии) пациенты были разделены на две группы. В группу контроля (группа В) вошли пациенты с незначительными изменениями (0-2 балла), таким образом, группа контроля не является строго группой здоровых пациентов, скорее,

ОПТИКОН™
Man and Technology

Аппарат
Офтальмохирургический

R-Evolution CR
(Optikon, Италия)

До 20.000 резцов в мин.
Уровень вакуума до 700 мм рт.ст.

Эксклюзивный дистрибьютор
ООО «БиСиКей-Эм»
+7 495 646 89 23
www.bck-m.ru

АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ

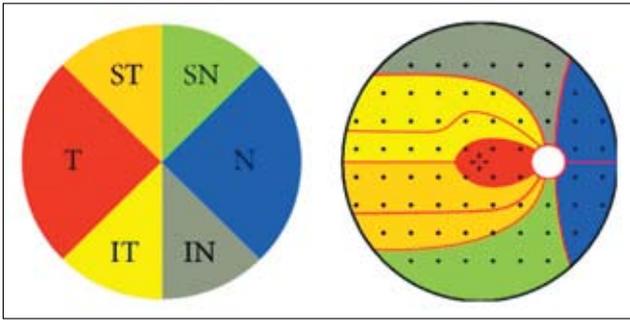


Рис. Сектора СНВС и кластеры поля зрения Ocularus. IN: ниже-носовой сектор; IT: ниже-височный сектор; SN: выше-носовой сектор; ST: выше-височный сектор; T: височный сектор; N: носовой сектор

это гетерогенная группа здоровых и пациентов с подопрежением на глаукому. В группу наблюдения (группа А) вошли глаза пациентов с изменениями 3-6 баллов.

Каждое поле зрения подразделялось на 6 секторов, согласно схеме разработанной Garway-Heath и др. [15], в соответствии с их структурным расположением на диске зрительного нерва (рис.). Для каждого кластера поля зрения рассчитывалось значение MS и вычислялась корреляция с СНВС соответствующего сектора ДЗН.

Методы статистического анализа

Обработка данных осуществлялась с помощью Microsoft Excel 2013 и IBM SPSS® Statistics 22 для Windows (IBM Corporation, Somers, NY, США). Для определения взаимосвязи характеристик использовался непараметрический коэффициент корреляции Спирмена, предполагая, что левый и правый глаз одного и того же пациента не зависимы. Коэффициенты корреляций структурно-функциональных данных сравнивались с использованием процедуры сравнения зависимых корреляций [16]. Данные представлены в формате $M \pm \sigma$, где M – среднее значение, σ – стандартное отклонение среднего значения, а критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным $<0,05$.

Результаты

В этом исследовании приняли участие 143 пациента (263 глаза): 70 глаз в группе А (оценка СНВС 3-6) и 193 глаза в группе В (оценка СНВС 0-2). Средний возраст пациентов составил 46 ± 21 год (диапазон: 12-91 год). В таблице 1 приведены характеристики исследуемых групп.

Среди всех пациентов корреляция структурных и функциональных показателей оказалась значимой во всех секторах (СНВС и САП: $p < 0,001$ во всех секторах, за исключением носового сектора ($p = 0,003$); СНВС

и Pulsar-периметрия: $p < 0,001$ во всех секторах). Наибольшее значение r во всей группе было замечено между СНВС и Pulsar-периметрией для глобальной толщины СНВС (табл. 2).

Самая сильная корреляция структурных и функциональных характеристик (как для САП, так и для Pulsar-периметрии) была выявлена в группе А (табл. 3). Зафиксирована значительная корреляция во всех секторах, за исключением носового сектора. Самые высокие значения коэффициента корреляции Спирмена, для САП и Pulsar-периметрии были обнаружены в верхне-темпоральном и ниже-темпоральном секторах (САП в/темпоральный сектор: $r = 0,74$, $p < 0,001$, н/темпоральный сектор: $r = 0,75$, $p < 0,001$, Pulsar-периметрия в/темпоральный сектор: $r = 0,72$, $p < 0,001$, н/темпоральный сектор: $r = 0,73$, $p < 0,001$) (табл. 3).

Интересно отметить, что в группе В не было существенной корреляции между СНВС и САП во всех секторах, тогда как глобальная толщина СНВС, в ниже-темпоральном, выше-темпоральном и выше-носовом

Характеристики групп

Таблица 1

	Все пациенты (n = 263)	Группа А (n = 70)	Группа В (n = 193)	p val. A vs B
Возраст	44,92±20,65	40,06±20,22	58,30±15,33	<0,001
Пол (М:Ж)	102:161	73:120	29:41	
СНВС	88,37±15,39	95,83±8,10	67,79±11,45	<0,001
MD (САП)	-2,26±4,03	-1,04±2,18	-5,65±5,7	<0,001
PSD / sLV (САП)	2,89±2,78	1,97±0,97	5,42±4,23	<0,001
MD (Pulsar) *	1,59±3,58	0,51±2,29	4,56±4,67	<0,001
PSD / sLV (Pulsar)	2,22±1,24	1,82±0,72	3,33±1,63	<0,001

*Ocularus рассчитывает глобальный индекс MD поля зрения с положительным знаком.

Структурно-функциональная взаимосвязь между толщиной СНВС, измеренной с помощью SD-OCT, и Pulsar-периметрией или стандартной автоматизированной периметрией для всей группы

Таблица 2

(n=263)		глобальная толщина СНВС*	н/височный сектор*	височный сектор	в/височный сектор*	в/носовой сектор*	носовой сектор*	н/носовой сектор*
СНВС и Pulsar	p	0,59	0,57	0,26	0,55	0,46	0,33	0,33
	r	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
СНВС и САП	p	0,38	0,40	0,27	0,40	0,24	0,18	0,21
	r	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	<0,001

r - коэффициент корреляции Спирмена. Статистически значимая разница между корреляциями для Pulsar-периметрии и САП.

Структурно-функциональная взаимосвязь между толщиной СНВС, измеренной с помощью SD-OCT, и Pulsar-периметрией или стандартной автоматизированной периметрией для группы А

Таблица 3

(n=70)		глобальная толщина СНВС*	н/височный сектор*	височный сектор	в/височный сектор*	в/носовой сектор*	носовой сектор*	н/носовой сектор*
СНВС и Pulsar	p	0,56	0,73	0,43	0,72	0,29	0,08	0,26
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,016	0,506	0,033
СНВС и САП	p	0,60	0,75	0,49	0,74	0,39	0,08	0,34
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,515	0,004

r - коэффициент корреляции Спирмена. Статистически значимая разница между корреляциями для Pulsar-периметрии и САП.

АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ

Таблица 4
Структурно-функциональная взаимосвязь между толщиной СНВС, измеренной с помощью SD-OCT, и Pulsar-периметрией или стандартной автоматизированной периметрией для группы В

(n=70)		Глобальная толщина СНВС*	Нижне-височный сектор*	височный сектор	Верхне-височный сектор*	Верхне-носовой сектор*	Носовой сектор*	Нижне-носовой сектор*
СНВС и Pulsar	р	0,31	0,31	-0,03	0,30	0,28	0,05	-0,02
	п	<0,001	<0,001	0,722	<0,001	<0,001	0,537	0,794
СНВС и САП	р	0,06	0,13	0,04	0,12	0,05	-0,01	-0,10
	п	0,436	0,067	0,57	0,106	0,514	0,929	0,178

г - коэффициент корреляции Спирмена. Статистически значимая разница между корреляциями для Pulsar-периметрии и САП.

секторах коррелировали с MS соответствующего кластера на Pulsar-периметрии (глобальная толщина СНВС: $r=0,31$, $p<0,001$, нижне-темпоральный сектор: $r=0,31$, $p<0,001$, верхне-темпоральный сектор: $r=0,30$, $p<0,001$, верхне-носовой сектор: $r=0,28$, $p<0,001$) (табл. 4). Было обнаружено статистически значимое различие между коэффициентами корреляции Спирмена для Pulsar-периметрии и САП, для глобальной толщины СНВС и нижне-темпоральном, верхне- темпоральном и верхне-носовом секторах (табл. 4).

Обсуждение

В этом исследовании мы проанализировали зависимость структурно-функциональных характеристик по 6 секторам СНВС, измеренных с помощью SD-OCT, и MS из 6 соответствующих кластеров полей зрения Pulsar и САП. Насколько нам известно, это первое исследование, в котором было изучено структурно-функциональное соотношение для периметрии Pulsar и САП.

Pulsar-периметрия, проведенная на периметре Ostorus, предъявляет стимулы в соответствии с ходом нервных волокон сетчатки [12], что упрощает механизм формирования кластеров точек в поле зрения и их соотношение с слоем нервных волокон сетчатки [12, 17]. Ранее уже было выявлено, что изменения по данным ОКТ и по периметрии «белое на белом» (Ostorus VF) [18], соответствуют топографической карте Garway-Heath [15, 18].

Некоторые исследователи используют более детальные карты соответствия структурных и функциональных параметров [9, 16], которые представлены 16 секторами и 16 кластерами, однако мы использовали упрощенную схему, которая, как показывают другие исследования работает не хуже [16, 18, 19].

Максимальную корреляцию структурно-функциональных показателей в нашем исследовании показали верхне- и нижне-темпоральные сектора, что согласуется с ранее проведенными исследованиями [11, 20]. Важно отметить, что сила корреляции между MS и СНВС варьируется между различными исследованиями в зависимости от используемых приборов, пациентов в исследуемой популяции, количества используемых кластеров и дизайна исследования. Все эти факторы могут влиять на результаты и делать прямые сравнения очень сложными, так что небольшие различия следует интерпретировать с осторожностью. Для САП и Pulsar-периметрии значения коэффициента корреляции были самыми высокими в группе А, и корреляция была высокой во всех секторах, за исключением носового сектора. Этого следовало ожидать, поскольку чем больше изме-

нение поля зрения, тем сильнее корреляции между ОКТ и САП [10]. В группе А максимальная корреляция наблюдается в верхне-темпоральном и нижне-темпоральном секторах, а сопоставимые результаты были описаны в других исследованиях [9, 11]. Коэффициент корреляции был сопоставим как для САП, так и для Pulsar-периметрии, можно сделать вывод что оба метода способны выявить глазкомные изменения.

Корреляция между САП и СНВС в группе В была незначительной, такие же данные были получены у пациентов с ранней глаукомой или подозрением на глаукому в других исследованиях [10, 11, 21]. Особый интерес представляют данные корреляции СНВС с Pulsar-периметрией в группе В. Значительная корреляция была обнаружена для глобальной толщины СНВС и в трех секторах. Самая сильная корреляция была в верхне-темпоральном и нижне- темпоральном секторах, и это соответствовало нашим ожиданиям и тому факту, что глаукомные изменения СНВС развиваются преимущественно в верхне-темпоральном и нижне-темпоральном секторах ДЗН [22]. Pulsar-периметрия была разработана для раннего выявления глаукомы [23], а в сочетании с другими функциональными и структурными методами, она показала более высокую чувствительность, чем САП, в диагностике ранней глаукомы [6]. SD-OCT также был описан как важный диагностический инструмент для раннего выявления глаукомы [12, 21]. С другой стороны, САП способна выявлять функциональные дефекты только после того, как уже произошло существенное структурное повреждение [2, 3]. Эти факты могут объяснить существенную разницу между корреляциями СНВС-САП и СНВС-Pulsar-периметрии.

Ограничения исследования

Во-первых, пациенты были классифицированы на основании состояния СНВС, без учета изменений поля зрения, однако это исследование было разработано, чтобы выяснить ценность Pulsar-периметрии, и сравнить ее с САП. Во-вторых, в исследовании использовалось два разных периметра для САП (Хамфри) и Pulsar-периметрии (Октопус), которые отличаются по ряду технических характеристик. В-третьих, использовались достаточно жесткие критерии включения в исследование, что не позволяет результаты исследования экстраполировать на всю популяцию.

Заключение

В группе глаукомы не было обнаружено заметных различий в силе структурно-функциональных связей СНВС с Pulsar-периметрией и САП. Наиболее сильные корреляции между структурными и функциональными показателями наблюдались главным образом в верхне-темпоральном и нижне-темпоральном секторах ДЗН. В группе В корреляции были значимыми только для Pulsar-периметрии, и корреляция между структурными и функциональными изменениями была более выражена при Pulsar-периметрии по сравнению с САП.

АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ АБСТРАКТЫ

Литература

1. Quigley H.A. Number of people with glaucoma worldwide. Br. J. Ophthalmol. [Internet]. 1996; 80(5): 389-393. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8695555>
2. Banegas S.A., Antón A., Morilla A. et al. Evaluation of the Retinal Nerve Fiber Layer Thickness, the Mean Deviation, and the Visual Field Index in Progressive Glaucoma. J. Glaucoma [Internet]. 2016; 25 (3): e229–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26020689>
3. Sommer A., Katz J., Quigley H.A. et al. Clinically detectable nerve fiber atrophy precedes the onset of glaucomatous field loss. Arch. Ophthalmol. (Chicago, Ill 1960) [Internet]. 1991; 109 (1): 77-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987954>
4. Gonzales-Hernandez M., Pareja Rios A., Rodriguez M. Combined spatial resolution and contrast perimetry in normal subjects. In: Wall M, Mills R, editors. Perimetry Update 2000/2001. Amsterdam: Kugler; 2001. p. 315.
5. Johnson C.A., Samuels S.J. Screening for glaucomatous visual field loss with frequency-doubling perimetry. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. [Internet]. 1997; 38 (2): 413-425. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9040475>
6. Zeppieri M., Brusini P., Parisi L. et al. Pulsar Perimetry in the Diagnosis of Early Glaucoma. Am. J. Ophthalmol. [Internet]. 2010; 149 (1): 102–112.e2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19800607>
7. Vidal-Fernández A., García-Feijó J., González-Hernández M. et al. Initial findings with pulsar perimetry in patients with ocular hypertension. Arch. Soc. Esp. Oftalmol. [Internet]. 2002; 77 (6): 321-326. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12058290>
8. Göbel K., Erb C. Sensitivität und Spezifität der Flimmerperimetrie mit dem Pulsar. Der Ophthalmol [Internet]. 2013; 110 (2): 141–145. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23338528>
9. Naghizadeh F., Garas A., Vargha P., Holló G. Structure-Function Relationship Between the Octopus Perimeter Cluster Mean Sensitivity and Sector Retinal Nerve Fiber Layer Thickness Measured With the RTVue Optical Coherence Tomography and Scanning Laser Polarimetry. J. Glaucoma [Internet]. 2014; 23(1): 11–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22955015>
10. Lopez-Peña M.J., Ferreras A., Larrosa J.M. et al. Relationship Between Standard Automated Perimetry and Retinal Nerve Fiber Layer Parameters Obtained With Optical Coherence Tomography. J. Glaucoma [Internet]. 2011; 20 (7): 422-432. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21278593>
11. Lamparter J., Russell R.A., Schulze A. et al. Structure-Function Relationship between FDF, FDT, SAP, and Scanning Laser Ophthalmoscopy in Glaucoma Patients. Inv. Ophthalmol. Vis. Sci. [Internet]. 2012; 53 (12): 7553. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23074201>
12. Simavli H., Que C.J., Akduman M. et al. Diagnostic Capability of Peripapillary Retinal Thickness in Glaucoma Using 3D Volume Scans. Am. J. Ophthalmol. [Internet]. 2015; 159 (3): 545–556.e2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25498354>
13. Prokosch V., Eter N. Correlation between early retinal nerve fiber layer loss and visual field loss determined by three different perimetric strategies: white-on-white, frequency-doubling, or flicker-defined form perimetry. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol [Internet]. 2014; 252 (10): 1599-1606. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25074041>
14. Leung C.K.S., Lam S., Weinreb R.N. et al. Retinal Nerve Fiber Layer Imaging with Spectral-Domain Optical Coherence Tomography. Ophthalmology [Internet]. 2010; 117 (9): 1684–1691. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20663563>
15. Garway-Heath DF, Poinoosawmy D, Fitzke FW, Hitchings RA. Mapping the visual field to the optic disc in normal tension glaucoma eyes. Ophthalmology [Internet]. 2000 Oct;107(10):1809–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11013178>
16. Field A. Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics. 4th ed. Carmichael M, editor. London: SAGE Publications; 2013. 915 p.
17. Weber J, Dannheim F, Dannheim D. The topographical relationship between optic disc and visual field in glaucoma. Acta Ophthalmol [Internet]. 1990 Oct;68(5):568–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2275353>
18. Monsalve B, Ferreras A, Khawaja AP, Calvo P, Ara M, Fogagnolo P, et al. The relationship between structure and function as measured by OCT and Octopus perimetry. Br J Ophthalmol [Internet]. 2015 Sep;99(9):1230–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25784214>
19. Cvenkel B, Šket Kontestabile A. Correlation between nerve fibre layer thickness measured with spectral domain OCT and visual field in patients with different stages of glaucoma. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol [Internet]. 2011 Apr 15;249(4):575–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20949277>
20. Leite MT, Zangwill LM, Weinreb RN, Rao HL, Alencar LM, Medeiros FA. Structure-function Relationships Using the Cirrus Spectral Domain Optical Coherence Tomograph and Standard Automated Perimetry. J. Glaucoma [Internet]. 2012 Jan;21(1):49–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21952500>
21. Lee JR, Jeoung JW, Choi J, Choi JY, Park KH, Kim Y. Structure-Function Relationships in Normal and Glaucomatous Eyes Determined by Time- and Spectral-Domain Optical Coherence Tomography. Invest Ophthalmol Vis Sci [Internet]. 2010 Dec 1;51(12):6424. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20592233>
22. Jonas JB, Fernández MC, Stürmer J. Pattern of glaucomatous neuroretinal rim loss. Ophthalmology [Internet]. 1993 Jan;100(1):63–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433829>
23. González-Hernández M, García-Feijó J, Mendez MS, de la Rosa MG. Combined spatial, contrast, and temporal functions perimetry in mild glaucoma and ocular hypertension. Eur J Ophthalmol [Internet]. 14(6):514–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15638101> 

Alnawaiseh M., Hömberg L., Eter N., Prokosch V. Comparison between the Correlations of Retinal Nerve Fiber Layer Thickness Measured by Spectral Domain Optical Coherence Tomography and Visual Field Defects in Standard Automated White-on-White Perimetry versus Pulsar Perimetry // J. Ophthalmol. 2017; 8014294. doi: 10.1155/2017/8014294

Источник:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29119021>

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Емельянова Н.А.

**Вклад профессора С.Ф. Кальфа
в изучение глаукомы**АНО ВО «Международная академия бизнеса и управления»,
Москва**Реферат**

Статья посвящена жизни, медицинской и научной практике выдающегося офтальмолога Семена Федоровича Кальфа (1892–1979). Ученый внес ценный вклад в изучение патологии глаукомы. Профессор С. Ф. Кальфа совместно с академиком В.П. Филатовым предложили новый метод ранней диагностики глаукомы – эластотонometriю. Он также исследовал клиническую картину травматической глаукомы.

Ключевые слова: история офтальмологии, эластотонметрия, глаукома, травматическая глаукома, С.Ф. Кальфа.

Emelyanova N.A.

**Contribution of professor
S.F. Kalfa in the study of glaucoma**

International Academy of Business and Management

Summary

The article is devoted to the life, medical and scientific practice of the outstanding ophthalmologist Semyon Fedorovich Kalfa (1892–1979). The scientist made a valuable contribution to the study of glaucoma pathology. Professor S.F. Kalfa together with academician V.P. Filatov proposed a new method for early diagnosis of glaucoma – elastotonometry. He also investigated the clinical picture of traumatic glaucoma.

Key words: history of ophthalmology, elastotonometry, glaucoma, traumatic glaucoma, S. F. Kalfa.

Выдающийся представитель Одесской офтальмологической школы, Семен Федорович Кальфа родился 13 марта 1892 г. Он окончил медицинский факультет Императорского Новороссийского университета (позднее – Одесский государственный медицинский институт имени Н.И. Пирогова, ныне – Одесский национальный медицинский университет). С 1916 по 1970 гг. работал в клинике глазных болезней этого учебного заведения, пройдя путь от ординатора до заведующего кафедрой глазных болезней, профессора.

В годы Великой Отечественной войны профессор С.Ф. Кальфа был директором Туркменского трахоматозного института в Ашхабаде. Увлеченный идеей открытия нового офтальмологического учреждения, Кальфа принимал активное участие в создании Одесского НИИ глазных болезней и тканевой терапии имени академика В.П. Филатова (первоначально – Институт экспериментальной офтальмологии, ныне – Институт глазных болезней и тканевой терапии имени В.П. Филатова НАМН Украины). Здесь с 1936 по 1952 гг. С.Ф. Кальфа – заместитель директора по научной работе.

Проблема глаукомы занимала видное место в научном творчестве ученого. Он внес существенный вклад в теорию тонометрии. В 1927 г. в «Русском офтальмологи-

ческом журнале» им опубликована статья «К теории тонометрии тонометрами сплющивания», в которой автор проанализировал принятую в то время тонометрическую теорию Эмбера (A. Imbert, 1885). Измеряя ВГД импрессионными тонометрами, Эмбер пришел к выводу, что в области деформации (вдавления) оболочек глаза тонометром развиваются эластические силы сопротивления тканей. Поэтому при импрессионной тонометрии практически невозможно определить величину истинного внутриглазного давления (давление, которое было в глазу до проведения тонометрии); получают так называемое тонометрическое давление. Эмбер считал, что аппланационный тонометр Маклакова показывает истинное внутриглазное давление. Однако Эмбер не учитывал эластические силы сопротивления оболочек глаза, противодействующие приложенному к нему тонометру сплющивания, считал их равными нулю. С.Ф. Кальфа доказал теоретически и экспериментально, что все тонометры повышают офтальмотонус при тонометрии и, следовательно, не показывают истинного ВГД. Тометрическое же давление равно истинному давлению плюс некоторая величина, зависящая от эластической реакции наружной оболочки при отягощении ее тонометром [1]. Его статья была премирована журналом как лучшая из числа работ молодых авторов за 1927 г. Незаурядные творческие способности молодого ученого высоко оценили профессор С.С. Головин и профессор В.П. Филатов.

С.Ф. Кальфа отстаивал и широко пропагандировал тонометр Маклакова, тем самым способствовал распространению аппланационной тонометрии не только в нашей стране, но и в других странах мира (США, Австралии, Испании и др.). Напомним, что изобретенный в 1884 г. великим русским ученым А.Н. Маклаковым (1837–1895) прибор для измерения ВГД, имеющий контакт не со склерой, а с роговицей и поэтому обладавший большей точностью, первоначально не нашел широкого применения в офтальмологической практике. Ученый умер, так и не дождавшись признания предложенного им прибора. В России и в других странах еще и в начале XX в. применялся импрессионный тонометр Шиотца (H. Schiotz, 1905). Исследования Кальфа доказали преимущество аппланационной тонометрии по Маклакову, тем самым подняли престиж отечественной науки [2].

В дальнейшем С.Ф. Кальфа изучал эластические свойства глаза. Благодаря возможности изменения веса тонометра Маклакова путем добавления специальных насадок, в 1913 г. профессор (впоследствии – академик) В.П. Филатов изготовил набор тонометров Маклакова разного веса. Набор был использован С.Ф. Кальфа для эластотонметрических исследований реакции оболочек глаза на нагрузку тонометрами разного веса. При эластотонметрии по Филатову – Кальфа внутриглазное давление измеряется последовательно тонометрами Маклакова весом 5,0; 7,5; 10,0 и 15,0 г. Показания тонометров разного веса наносят на график, где откладывается тонометрическое давление и вес тонометра. При исследовании на здоровых глазах (в норме) эластотонметрическая кривая приближается к прямой линии и средний эластоподъем равен 9,9 мм ртутного столба. Отмечается прямая зависимость между весом тонометра и степенью повышения ВГД. При увеличении веса тонометра на 1 г ВГД повышается на 1 мм рт.ст. [3]. Таким образом,

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

С.Ф. Кальфа предложил нормативы для эластотонметрических исследований. Полученные данные легли в основу его докторской диссертации («Эластотонметрические исследования», 1936).

В дальнейшем ученый обнаружил уменьшение эластоподъема при миопии, дал характеристику патологических отклонений эластокривой при глаукоме. Это легло в основу гипотезы Кальфа о сосудисто-рефлекторном механизме регуляции ВГД (теория офтальмотонус – рефлекс) и роли его нарушения в патогенезе глаукомы. Он является создателем нейрососудистой теории патогенеза глаукомы. Эластотонметрический метод стал одним из достоверных для ранней диагностики глаукомы и явился предпосылкой для разработки методов исследования оттока и секреции водянистой влаги в норме и при глаукоме. Предложенная М.Б. Вургафтом компрессионная проба (1961) и разработанная в 1961 г. независимо друг от друга М.Б. Вургафтом, С.Ф. Кальфа и А.П. Нестеровым аппланационно-тонометрическая методика определения коэффициента легкости оттока из глаза явились дальнейшим исследованием эластотонметрии.

Семен Федорович Кальфа состоял консультантом Республиканского глазного госпиталя для инвалидов Великой Отечественной войны. Им установлено, что травма глаза часто приводит к развитию так называемой реактивной гипертонаии на травмированном глазу. По его наблюдениям, от момента травмы до развития клинической картины травматической глаукомы проходит значительное время, а в отдельных случаях, до десяти лет и более. Клиника травматической глаукомы несколько отличается от картины обычной первичной глаукомы, т.к. болезнь протекает более тяжело, хуже поддается терапевтическому и хирургическому лечению. Ученый писал, что «лечение вторичной глаукомы требует значительно большей индивидуализации, чем первичной ... только ранняя диагностика может спасти глаз» [4].

По данной проблеме профессором Кальфа опубликованы статьи [4, 5], в которых он настоятельно рекомендовал офтальмологам при консультации пациентов с травмами глаз тщательно наблюдать за ВГД, не ограничиваться методом пальпации, но широко пользоваться эластотонметрическими исследованиями. Автор писал: «Предупреждение слепоты при глаукоме лежит в умении снизить внутриглазное давление и держать его в физиологических границах... Главными помощниками в этом деле являются ранняя диагностика, диспансеризация глаукоматозных больных и раннее оперативное вмешательство» [6].

В области офтальмотравматологии профессор С.Ф. Кальфа совместно с профессором Б.С. Бродским предложили постоянный магнит для извлечения магнитных инородных тел из глаза. Этот метод нашел широкое применение на практике. Совместно с профессором М.Б. Вургафтом и инженером А.Я. Гроссманом ученый сконструировал фотоэлектроэластонограф – инструмент, основанный на принципе аппланационной тонометрии.

С момента основания нового профессионального издания, «Офтальмологического журнала» (Одесса, 1946), С.Ф. Кальфа был заместителем его редактора, уделял много внимания научному редактированию рукописей. Он вел постоянную рубрику «Консультации периферическим окулистам». Профессор С. Ф. Кальфа в 1958 г. издал

научно-популярную брошюру «Глаукома. Советы врача больному глаукомой». Книги этой серии были востребованы населением страны, чему во многом способствовал их большой тираж. В частности, книга Кальфа – 80 тысяч экземпляров. В этой брошюре объяснялось устройство и физиология органа зрения, причины, вызывающие глаукому, особо описывался острый приступ глаукомы. Врач Кальфа рекомендовал пациентам чрезвычайно серьезно относиться к своему зрению, беречь здоровье, соблюдать ряд профилактических и лечебных мероприятий. По воспоминаниям современников прекрасное впечатление на слушателей производили лекции профессора, которые он читал ярко, интересно, уделяя должное внимание новейшим достижениям современной науки [7].

Профессор С.Ф. Кальфа был известным советским офтальмологом. Им опубликовано свыше 200 научных статей, 4 монографии, написано 2 главы для Многотомного руководства по глазным болезням. Выступления с докладами на научных обществах, съездах, конференциях сделали его имя популярным широко за пределами родины. Он воспитал много достойных учеников, несколько кандидатов и докторов наук, среди них – известный профессор Моисей Бенционович Вургафт.

Профессор Семен Федорович Кальфа умер 12 января 1979 г. Предложенный им метод ранней диагностики глаукомы – эластотонметрия и ряд научных работ, посвященных патогенезу глаукомы, сыграли важную роль в изучении данного заболевания и способствовали дальнейшим открытиям в офтальмологической науке.

Литература

1. Бунин А.Я. Тонотометрия и тонометрические исследования [Электронный ресурс]. Доступен по: <https://sisibol.ru/glazbol/22.php> (дата обращения: 18.10.2018).
2. Емельянова Н.А. Одесская офтальмологическая школа: профессор С.Ф. Кальфа. Глаукома. 2005; 3: 79-81.
3. Кальфа С.Ф., Вургафт М.Б., Грудский А.З. Пути развития и современное состояние эластотонметрии глаза. Офтальмол. журн. 1959; 8: 451-465.
4. Кальфа С.Ф. Глаукома после боевых повреждений глаза и борьба с нею. Сборник трудов Украинского экспериментального института глазных болезней / Ред. В.П. Филатов. М.: Медгиз, 1947: 218-228.
5. Кальфа С.Ф. Травма и глаукома. Офтальмол. журн. 1960; 8: 451-456.
6. Кальфа С.Ф. Патогенез первичной глаукомы. Труды юбилейной научной конференции Украинского экспериментального института глазных болезней им. В.П. Филатова и Одесского медицинского института им. Н. И. Пирогова, посвященной 80-летию со дня рождения В.П. Филатова / Ред. Н.А. Пучковская, И.Я. Дейнека. Киев: Госмедизд. УССР, 1956: 224-228.
7. Семен Федорович Кальфа. К 70-летию со дня рождения. Офтальмол. журн. 1962; 5: 318-319.

Сотрудничество



Приглашаем клиники, кафедры, академии, институты, отделения и центры к взаимовыгодному сотрудничеству: публикации ваших новостей на сайте www.GlaucomaNews.ru и в печатной версии GlaucomaNews – НОВОСТИ ГЛАУКОМЫ. Отправляйте вашу информацию по адресу eye@eyenews.ru

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Ермолаев А.П.¹, Еричев В.П.¹, Григорян Г.Л.¹, Антонов А.А.¹, Котляр К.², Мазурова Ю.В.¹, Левицкий Ю.В.¹, Хдери Х.¹

Периметрия у ограниченно подвижных и лежачих пациентов при помощи портативного периметра на базе шлема виртуальной реальности

¹ФГБНУ НИИ глазных болезней, Москва (Россия)

²Университет прикладных исследований, отдел биоинженеринга глаза, Аахен (Германия)

Несмотря на появление новых методик, периметрия остается важнейшим исследованием для изучения зрительных функций. До настоящего времени вопрос проведения периметрии не решен для людей с проблемами опорно-двигательного аппарата и нервной системы, у которых невозможна правильная посадка за прибором. Особую группу составляют лежачие пациенты, физически неспособные занять место у периметра.

Предпринимались попытки создания портативных устройств, однако они не нашли широкого применения [1, 2]. Новые возможности открывает появление периметра на базе шлема виртуальной реальности [3–6]. Прибор портативный и мобильный, легко перемещается к постели пациента, независимо от того, находится тот в лечебном учреждении или дома.

Цель – изучение возможности проведения периметрии у маломобильных лежачих пациентов при помощи периметра на базе шлема виртуальной реальности (ПВР).

Материал и методы

Данный фрагмент исследования носит пилотный характер. Пациенты были обследованы на ПВР («Тотал Вижен», Россия) на основании решения этического комитета ФГБНУ НИИ ГБ от 19.09.2018. Данные о параметрах обследования опубликованы ранее [7].

В перспективе исследование с лежачими пациентами предполагает два этапа: первый этап (данный фрагмент) – обследование «условно-лежачих» пациентов, т.е. пациентов с нормальной мобильностью, у которых периметрия может проводиться как в положении лежа, так и в положении сидя (для отработки методологии и для сравнения полученных результатов); второй этап (планируется в дальнейшем) – обследование реально лежачих пациентов.

Для работы были отобраны пациенты с изменениями в поле зрения (II–III стадии глаукомы). Обследовали 26 «условно-лежачих» пациентов (31 глаз). При помощи ПВР проведена скрининговая периметрия (76 точек в секторе 30° от точки фиксации, аналогично тесту на анализаторе Humphrey 30-2).

Контроль за направлением взгляда в процессе обследования и оценку достоверности осуществляли при помощи принципа Хейли – Кракау с подачей ложных стимулов в зону слепого пятна [8]. На увиденные стимулы пациент реагировал при помощи нажатия кнопки. Результаты тестирования контролировали в режиме on-line на терминале исследователя. Исследование проводили дважды: в положении сидя и лежа, с использованием одних и тех же настроек, с интервалом 1–2 часа. Затем проводили визуальное сравнение полученных периметрических карт.

Результаты и обсуждение

Пациенты хорошо переносили исследование. В шлеме ПВР зоны обзора обоих глаз физически изолированы друг от друга перегородкой, в процессе обследования оба глаза остаются открытыми. Благодаря одинаковому равномерному фоновому свечению экрана создается одинаковая засветка обоих глаз. Отсутствие окклюдера на втором глазу позитивно воспринимается пациентами как более комфортное состояние по сравнению с обследованием на других приборах. При этом у обследуемого создается иллюзия, что он видит стимулы обоими глазами.

Благодаря отсутствию необходимости длительно находиться в вынужденном положении, пациенты после периметрии на ПВР (независимо от того, проводилась она в положении сидя или лежа), отмечали меньшую усталость, чем при обследовании на автоматическом стационарном периметре.

При проведении периметрии в положении сидя мы столкнулись с выявлением у некоторых пациентов месяцеобразной абсолютной скотомы в нижней части поля зрения. При анализе ситуации выявлено, что это связано с погрешностями положения шлема ПВР на голове. Из-за его «провисания» под действием собственного веса происходило нарушение параллельности экрана относительно лица пациента, при этом из зоны обзора исчезала нижняя часть экрана. Чтобы этого избежать, наряду с точкой фиксации был введен вспомогательный световой паттерн, представляющий собой тонкое светящееся кольцо, проходящее по границе сектора с радиусом 30° от точки фиксации, которое загоралось перед началом исследования. Пациента просили поправить шлем ПВР таким образом, чтобы обследуемый глаз мог полностью видеть одновременно это кольцо и точку фиксации в центре, что является критерием правильного положения шлема. Проблемы с серповидной скотомой исчезли.

При сопоставлении результатов, полученных в положении лежа и сидя, выявлена схожесть полученных периметрических карт. В нескольких случаях отмечены индивидуальные отклонения, оценка которых требует детального анализа, что является предметом дальнейшей работы.

Заключение

Существует значительное количество пациентов, которые из-за проблем с опорно-двигательным аппаратом или с нервной системой (в широком диапазоне, от остеохондроза позвоночника до полностью лежачих больных) не способны полноценно обследоваться на периметре. Нередко наблюдается тенденция к тому, что они пытаются отодвинуться назад от прибора, что негативно влияет на качество обследования. Использование ПВР не только дает возможность для таких пациентов в процессе исследования находиться в более расслабленной позе, (в том числе и в положении лежа), но при этом взаиморасположение прибора и лица пациента неизменно остаются правильным.

Периметр, выполненный на базе шлема виртуальной реальности, является перспективным для обследования пациентов, не способных занимать полноценное положение у прибора, а также для лежачих пациентов, в том числе и вне стен лечебных учреждений.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Литература

1. Бетин В.Н. Устройство для исследования поля зрения: Патент РФ 2420223.
2. Дворецков А.М., Смолей А.М., Сысоев С.С., Фирсов Е.Е. Устройство для исследования поля зрения. Патент РФ 2409306.
3. Kasha Jr. Patent USA №5737060/ 7.04.1998 Visual field perimetry using virtual reality glasses
4. Tsapakis S., Papaconstantinou D., Andreanos K. et al. Visual field examination method using virtual reality glasses compared with the Humphrey perimeter. Clin. Ophthalmol. 2017; 11: 1431–1443.
5. Wroblewski D., Francis B., Sadun A. et al. Testing of Visual Field with Virtual Reality Goggles in Manual and Visual Grasp Modes. Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International. 2014.
6. Tatham A.J., Medeiros F.A., Zangwill L.M., Weinreb R.N. Strategies to improve early diagnosis in glaucoma. Progress in Brain Research: New Trends in Basic and Clinical Research of Glaucoma: A Neurodegenerative Disease of the Visual System, Part B, Volume 221, 2015, Pages 103-133.
7. Еричев В.П., Ермолаев А.П., Антонов А.А. и др. Новые возможности исследования поля зрения (предварительное сообщение). Вестник офтальмологии. 2018; 134 (2): 66-71.
8. Heijl A., Krakau C.E.T. An automatic perimeter for glaucoma visual field screening and control. Albrecht von Graefes Archiv für klinische und experimentelle Ophthalmologie. 1975; 197 (1): 13-23.

Ковеленова И.В., Библаев П.В., Шайдуллина А.Д.

Наш опыт применения биодegradуемого дренажа при глаукоме

Ульяновская областная клиническая больница

Реферат

Одним из ключевых моментов при определении успешности гипотензивной хирургии является послеоперационное рубцевание как в раннем, так и в отдаленном периоде. Разнообразие факторов, которые могут привести к избыточному рубцеванию и зачастую невозможность их учета и выявления на дооперационном этапе ведет к снижению эффективности вмешательства, а также неудовлетворенности врача и пациента проведенной хирургией. Проведен обзор существующих методик гипотензивных операций и особенности послеоперационных результатов, связанных с рубцеванием фильтрационной зоны. Одним из методов решения проблемы избыточного рубцевания является имплантация биодegradуемого дренажа, который не дает зарастать зоне фильтрации и со временем полностью рассасывается, что дает более контролируемое полное снижение ВГД и поддержание его в течение длительного времени.

Цель – исследовать эффективность и безопасность использования биодegradуемого дренажа «Глаутекс» при синустрабекулэктомии у пациентов с первичной глаукомой.

Материал и методы. Исследованы результаты лечения 25 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, которым проведена модифицированная синустрабекулэктомия с имплантацией дренажа «Глаутекс».

Результаты. Уровень внутриглазного давления через 2 недели после операции был в пределах нормы у всех пациентов, через 1 месяц оставался компенсированным у 20 паци-

ентов (80%), в 5 случаях добавлена гипотензивная терапия. На 2 месяце наблюдения у 22 пациентов ВГД было целевым, у 3 терапия усилена, через 4 месяца наблюдения компенсация ВГД отмечалась у всех пациентов. Таким образом, в гипотензивной терапии через 4 месяца после операции нуждались лишь 5 пациентов (20%), применялся 1 препарат. В раннем послеоперационном периоде воспалительных осложнений, неконтролируемой гипотонии, тотальных гифем, цилиохориоидальной отслойки не было ни в одном случае. В 3 случаях отмечалось прорезывание дренажа сквозь конъюнктиву, что потребовало наложения дополнительного узлового шва, что, вероятно, связано с имплантацией всем этим пациентам «большого» дренажа (5,2 мм).

Обсуждение и выводы. В целом применение биодegradуемого дренажа «Глаутекс» в процессе синустрабекулэктомии при лечении первичной глаукомы показало себя патогенетически обоснованным, безопасным и относительно предсказуемым методом компенсации ВГД. Гипотензивный эффект достигается в 100% случаев, однако в ряде случаев требует дополнительной консервативной поддержки.

Модификация меньшего размера (3,2 мм) является, на наш взгляд, более предпочтительной, так как снижает риск обнажения дренажа, особенно при тонкой конъюнктиве.

Ключевые слова: глаукома, синустрабекулэктомия, дренаж, «Глаутекс», рубцевание.

Kovelenova I.V., Biblaev P.V., Shaydullina A.D.

Our experience with the use of biodegradable drainage in glaucoma

Ulyanovsk regional clinical hospital

Abstract

Introduction. One of the key points in determining the success of hypotensive surgery is postoperative scarring, both in the early and in the long term. A variety of factors that can lead to excessive scarring, and often the inability to account for and identify them at the preoperative stage, leads to a decrease in the effectiveness of the intervention, as well as the dissatisfaction of the doctor and the patient with the surgery. The review of existing methods of hypotensive operations and features of postoperative results associated with scarring of the filtration zone. One of the methods of solving the problem of excessive scarring is the implantation of biodegradable drainage, which does not overgrow the filtration area and eventually completely dissolves, which gives a more controlled, smooth reduction of IOP and maintaining it for a long time.

Objective. To examine the efficacy and safety of using biodegradable drainage «Glautex» in sinustrabeculectomy at patients with primary glaucoma.

Material and methods. The results of treatment of 25 patients with primary open-angle glaucoma who underwent modified sinustrabekulektomiya with implantation of drainage «Glautex».

Results. The level of intraocular pressure in 2 weeks after surgery was within normal limits in all patients, in 1 month remained compensated in 20 patients (80%), in 5 cases hypotensive therapy was added. At 2 months of follow-up, 22 IOP patients had targeted IOP, 3 had enhanced therapy, and after 4 months of follow-up IOP compensation was observed in all patients. Thus, only 5 patients (20%) needed hypotensive therapy 4 months after the operation, 1 drug was used. In the early postoperative period, there were no inflammatory complications, uncontrolled hypotension, total

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

hyphema, ciliochoroidal detachment in any case. In 3 cases there was an eruption of the drainage through the conjunctiva, which required the imposition of additional nodal seam, which was probably related to implantation, all patients of the «big» drainage (5.2 mm).

Discussion and conclusions. In General, the use of biodegradable drainage «Glowtex» in the process of sinustrabeculectomy in the treatment of primary glaucoma have shown themselves to be pathogenetically reasonable, safe, and relatively predictable method of compensation of IOP. Hypotensive effect is achieved in 100% of cases, but in some cases requires additional conservative support.

Modification of the smaller size (3.2 mm) is more preferable in our opinion, as it reduces the risk of drainage exposure, especially in the case of thin conjunctiva.

Key words: glaucoma, sinustrabeculectomy, drainage, «GlauteX», scarring.

Введение

Хирургическое лечение глаукомы и по сей день остается одной из отраслей офтальмологии, где нет единого мнения о тактике оперативного вмешательства. Способов и модификаций огромное множество, и в большинстве своем хирурги опираются на собственный опыт, проще говоря – чутье, в каждом конкретном случае по «привычной» им методике, и результативность одного и того же вмешательства может различаться у разных хирургов, даже одного учреждения. Одним из ключевых моментов при определении успешности гипотензивной хирургии является послеоперационное рубцевание как в раннем, так и в отдаленном периоде [1–3]. Разнообразие факторов, которые могут привести к избыточному рубцеванию и зачастую невозможность их учета и выявления на дооперационном этапе ведет к снижению эффективности вмешательства, а также неудовлетворенности врача и пациента проведенной хирургией. В качестве профилактики избыточного рубцевания рядом клиник РФ успешно применяются антимаболиты, однако данные методики не имеют официально подтвержденных показаний и проводятся “off label”. Минимально инвазивная хирургия глаукомы (MIGS) тоже является вариантом выбора, однако чаще применяется в начальной и развитой стадиях. Применение трубчатых дренажных устройств типа Molteno, Ahmed и т.д., учитывая их размеры и объем вмешательств, остается резервным и используется при неэффективности проведенных ранее фильтрующих операций или на глазах с неоваскуляризацией и заведомо тяжелой сопутствующей патологией [6]. Применение полимерных материалов для дренирования в хирургии глаукомы является еще одним шагом для стабильного функционирования зоны фильтрации, однако такие дренажи в отдаленном периоде могут создавать условия для развития дистрофии роговицы, гипотонии, кистозно-измененной подушки, прорезывания и последующими воспалительными проблемами [4]. Более совершенным в этом плане является биodeградируемый дренаж «Глаутекс», сочетающий в себе биосовместимость, эластичность и способность к полному рассасыванию [5].

Цель – исследовать эффективность и безопасность использования биodeградируемого дренажа «Глаутекс» при синустрабекулэктомии у пациентов с первичной глаукомой.

Материал и методы

Нами исследованы результаты лечения 25 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, которым проведена модифицированная синустрабекулэктомия с имплантацией дренажа «Глаутекс». Всем пациентам проводилось стандартное диагностическое обследование, включающее биомикроскопию, гониоскопию, суточную тонометрию по Маклакову, компьютерную периметрию, оптическую когерентную томографию и т.д.

Среди них было 20 мужчин и 5 женщин, 8 пациентов было с развитой стадией, 17 с далеко зашедшей. Дооперационный уровень ВГД был в пределах 23 мм рт.ст. у 4 пациентов, у 14 человек доходил до 32 мм рт.ст. и у 7 был выше 32 мм рт.ст. В анамнезе у 6 пациентов уже проводилась антиглаукомная операция, все пациенты велись консервативно на 2 и более гипотензивных препаратах. Операция проводилась классически с формированием прямоугольного поверхностного лоскута, иссечением глубокого треугольного лоскута, базальной иридэктомией и помещением вокруг лоскута биodeградируемого дренажа в виде муфты двух вариантов: размерами 5,2 и 3,2 мм. На лоскут накладывалось 2 узловых шва, на конъюнктиву 2–3 узловых шва. В послеоперационном периоде назначались инстилляции антибиотика, НПВС и дексаметазона 0,1%. Гипотензивная терапия в раннем послеоперационном периоде не применялась. Все пациенты наблюдались на контрольных осмотрах в послеоперационном периоде через 2 недели, 1, 2 и 4 месяца, с проведением стандартного обследования, включающего тонометрию по Маклакову, визометрию, биомикроскопию.

Результаты

Анализ проведенных данных показал, что острота зрения улучшилась у 6 пациентов (24%), осталась стабильной у 4 (16%) и снизилась у 15 пациентов (60%). При этом снижение зрения у 2 пациентов обусловлено прогрессированием катаракты. Уровень внутриглазного давления через 2 недели после операции был в пределах нормы у всех пациентов, через 1 месяц оставался компенсированным у 20 пациентов (80%), в 5 случаях добавлена гипотензивная терапия. На 2-м месяце наблюдения у 22 пациентов ВГД было целевым, у 3 терапия усилена, через 4 месяца наблюдения компенсация ВГД отмечалась у всех пациентов. Таким образом, в гипотензивной терапии через 4 месяца после операции нуждались лишь 5 пациентов (20%), применялся 1 препарат.

В раннем послеоперационном периоде воспалительных осложнений, неконтролируемой гипотонии, тотальных гифем, цилиохориоидальной отслойки не было ни в одном случае. В 3 случаях отмечалось прорезывание дренажа сквозь конъюнктиву, что потребовало наложения дополнительного узлового шва, что, вероятно, связано с имплантацией всем этим пациентам «большого» дренажа (5,2 мм). Ревизии зоны фильтрации, инъекций антимаболитов не проводилось. Дренаж визуализировался при биомикроскопии на протяжении всего срока наблюдения.

Обсуждение и выводы

В целом применение биodeградируемого дренажа «Глаутекс» в процессе синустрабекулэктомии при лечении первичной глаукомы показало себя патогенетически обоснованным, безопасным и относительно предсказуемым методом компенсации ВГД. Гипотензивный эффект

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

достигается в 100% случаев, однако в ряде случаев требует дополнительной консервативной поддержки. Осложнения, характерные для глубокой склерэктомии без дренажа, возникают существенно реже при использовании биодеградируемого дренажа, за счет более плавного и контролируемого снижения ВГД, вследствие губчатой структуры материала, малого размера и полной резорбции дренажа со временем. Стоит отметить, что модификация меньшего размера (3,2 мм) является, на наш взгляд, более предпочтительной, так как снижает риск обнажения дренажа, особенно при тонкой конъюнктиве.

Литература

1. Фролов М.А., Кумар В., Гончар П.А., Шепелова И.Е. Отдаленные клиничко-функциональные результаты хирургического лечения рефрактерной глаукомы с применением металлического дренажа. Национальный журнал глаукома. 2014; 4 (13): 57-65.
2. Глаукома. Национальное руководство / под ред. Е.А. Егорова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 824 с.
3. Bikbov M.M., Khusnitdinov I.I. The results of the use of Ahmed valve in refractory glaucoma surgery. Journal of Current Glaucoma Practice. 2015; 9 (3): 86-91.
4. Бессмертный А.М., Червяков А.Ю. Применение имплантатов в лечении рефрактерной глаукомы. Глаукома. 2001; 1: 44-41.
5. Слонимский А.Ю., Алексеев И.Б., Долгий С.С., Коригодский А.Р. Новый биодеградируемый дренаж Глаутекс в хирургическом лечении глаукомы. Национальный журнал глаукома. 2012; 4: 55-59.
6. Еричев В.П., Слепова О.С., Ловпаче Дж.Н. Цитокиновый скрининг при первичной открытоугольной и вторичной постувеальной глаукоме как иммунологическое прогнозирование избыточного рубцевания после антиглаукоматозных операций. Глаукома. 2001; 1: 11-15.

**Колесников А.В., Николаев М.Н.,
Колесникова М.А., Мироненко Л.В., Крупнов Р.Н.,
Кузьмин А.В., Баренина О.И.**

Анализ результатов антиглаукомных операций на основе годового отчета за 2017 год

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава Российской Федерации;
ГБУ РО «Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», Рязань

Реферат

Цель – оценка эффективности хирургического лечения глаукомы за 2017 г.

Материал и методы. В 2017 г. под нашим наблюдением находились 193 пациента: с ПОУГ – 149 человек (77%), с узкоугольной (УУГ) и закрытоугольной (ЗУГ) – 24 (12%), с вторичной неоваскулярной – 18 (9%), с дислокацией капилляра клапана Ahmed FP-7 – 1 (0,5%), с кистой фильтрационной зоны – 1 (0,5%), с различными стадиями и декомпенсированным ВГД. Фистулизирующие операции проведены 191 больному, репозиция капилляра клапана Ahmed FP-7 – 1, пластика кисты фильтрационной зоны – 1.

Результаты и обсуждение. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде в 1 случае развилась гифема, которая купировалась хирургически. У 6 пациентов развилась цилиохориоидальная отслойка (ЦХО), причем у 3 пациентов выполнена ЗСЭ, а у 3 купировалась консервативно. Острота зрения осталась на прежних позициях. Внутриглазное давление нормализовалась у всех больных.

Заключение. При фистулизирующих операциях в раннем послеоперационном периоде отмечено минимальное число легко купируемых осложнений. При имплантации клапана Ahmed FP-7 только в одном случае развилась пролежень капилляра, потребовавший оперативного лечения. Имплантация дренажа Glautex выполнена стандартно и не вызвала осложнений. У одного пациента развилась гипотония, причиной которой была гиперфильтрация послеоперационной раны, которая купировалась после ревизии зоны фильтрации. В 2 случаях в послеоперационном периоде развилась гипертензия, компенсированная медикаментозно. Все больные выписаны с нормализованным ВГД. Острота зрения сохранилась на дооперационном уровне.

Ключевые слова: глаукома, операция, осложнения, результаты оперативного лечения.

**Kolesnikov A.V., Nikolaev M.N., Kolesnikova M.A.,
Mironenko L., Kuzmin A.V., Barenina O.I.**

Analysis of the results of anti-glaucoma operations based on the annual report for 2017

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, Ministry of Health of the Russian Federation, State budgetary institution of the Ryazan region "Regional Clinical Hospital estate N.A. Semashko", Ryazan, ul. Semashko, 3

Abstract

Purpose. Evaluation of the study of the effectiveness of surgical treatment of glaucoma in 2017

Material and methods. In 2017 there were 193 patients under our observation: with POAG 149 people (78%), with narrow-angle (UUG) and closed-angle (ZUG) glaucoma – 24 patients (12%), with secondary neovascular glaucoma – 18 patients (9%), with dislocation of the capillary of the valve Ahmed FP-7 – 1 patient (0.5%), with a cyst of the filtration zone – 1 (0.5%). All these patients had decompensated IOP. Fistulizing operations were performed in 191 cases, reposition of the capillary of the Ahmed FP-7 valve – 1 patient, plastic surgery of the cyst of the filtration zone – 1 case.

Results and discussion. Intraoperative complications were not observed. In the early postoperative period in 1 case a hyphema developed, which was surgically stopped. In 6 patients, ciliochoroidal detachment (CCO) developed, and 3 patients underwent CEE, and 3 patients were treated conservatively. Visual acuity remained the same. Intraocular pressure returned to normal in all cases.

Conclusion. During fistulizing operations in the early postoperative period, there was a minimal number of easily treatable complications. During the implantation of the Ahmed FP-7 valve, only in one case did a capillary sore developed, requiring surgical treatment. Implantation of Glautex drainage implantation was standard and did not cause any complications. In one case hypotension developed, because of hyperfiltration of a postoperative

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

wound, which was stopped after a revision of the filtration zone. In 2 cases, in the postoperative period, hypertension developed, it was compensated by medication. All patients were discharged with normalized IOP (no more than 22 mm Hg). Visual acuity remained at the preoperative level.

Key words: glaucoma, surgery, complications, results of surgical treatment.

Введение

В России официально зарегистрировано 1 281 566 пациентов с глаукомой, при этом еще не менее 500 тысяч человек не подозревают о наличии у них этого заболевания [1-3]. По данным РНИМУ им. Пирогова, в России число впервые выявляемых пациентов увеличивается на 3-4% в год. Несмотря на значительные достижения современной офтальмологии, глаукома остается главной причиной необратимой слепоты [1-3].

Несмотря на изменяющиеся подходы к лечению различных видов глауком, основным принципом остается нормализация внутриглазного давления (ВГД) как одного из основных факторов, приводящих к развитию глаукомной оптической нейропатии. В большинстве случаев лечение начинают с медикаментозной терапии. Современный арсенал гипотензивных препаратов позволяет достичь стойкой компенсации ВГД при условии строгой приверженности пациентов.

Отсутствие устойчивой компенсации ВГД или его нестабильность являются показанием к хирургическому лечению даже при низких остаточных зрительных функциях.

Цель – оценка эффективности хирургического лечения глаукомы за 2017 г.

Материал и методы

В 2017 г. в клинике глазных болезней Рязанской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко по поводу глаукомы было прооперировано 193 пациента. Мужчин – 102 (53%), женщин – 91 (47%) в возрасте до 50 лет – 4 чел., 51-60 лет – 35 чел., 61-70 лет – 86 чел., 71-80 лет – 57 чел., старше 80 лет – 11 чел. Жителей Рязани – 105 чел. (54%), из районов области – 81 (42%), жителей других областей – 7 (4%).

Среди прооперированных больных с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) было 149 пациентов (77%), с узкоугольной (УУГ) и закрытоугольной (ЗУГ) – 24 (12%), с вторичной неоваскулярной – 18 (9%), с дислокацией капилляра клапана Ahmed FP-7 – 1 (0,5%), с кистой фильтрационной зоны – 1 (0,5%).

Распределение больных по стадиям было следующим: начальная стадия глаукомы диагностирована у 4 человек (2%), развитая стадия – у 71 (37%), далеко зашедшая стадия – у 90 (47%), терминальная стадия – у 28 (14%). Острота зрения от 0,5 до 1,0 – у 58 чел., от 0,1 до 0,4 – у 90, от 0,01 до 0,09 – 29 и «0» у 16. Внутриглазное давление (ВГД) до 27 мм рт.ст. отмечено у 89 чел. (46%), от 28 до 32 мм рт.ст. – у 69 (36%) и свыше 33 мм рт.ст. – у 35 (18%).

Из 18 пациентов с вторичной неоваскулярной глаукомой двое были с развитой стадией, 4 – с далеко зашедшей и 12 – с терминальной стадией. Острота зрения от 0,1 до 0,2 диагностирована у 2 пациентов, от 0,01 до 0,09 – у 4 и «0» – у 12. ВГД до 32 мм рт.ст. было у 8 пациентов, свыше 33 мм рт.ст. – у 10.

У 2 пациентов с узкоугольной глаукомой, развитой стадией заболевания и остротой зрения 0,5 ВГД колебалось от 34 до 36 мм рт.ст. Им выполнены проникающие антиглаукомные операции. Два пациента с развитой стадией закрытоугольной глаукомы имели ВГД 30 мм рт.ст. и остроту зрения 0,4. У остальных 20 человек с ЗУГ и УУГ ВГД не превышало 27 мм рт.ст., острота зрения была от 0,3 до 0,8, причем 10 пациентов имели развитую стадию заболевания, 10 – далеко зашедшую.

Произведены следующие операции: глубокая склерэктомия с предварительной задней склерэктомией – у 9 человек, модифицированная синустрабекулэктомия с предварительной задней трепанацией склеры – у 93, модифицированная синустрабекулэктомия с предварительной задней трепанацией склеры с имплантацией сетчатого дренажа – у 9, модифицированная синустрабекулэктомия с предварительной задней трепанацией склеры с имплантацией дренажа Glautex – у 10, модифицированная синустрабекулэктомия с предварительной задней трепанацией склеры с интракапсулярной экстракцией катаракты и передней витрэктомией – у 1, модифицированная синустрабекулэктомия с предварительной задней трепанацией склеры с удалением интраокулярной линзы и передней витрэктомией – у 1, фистулизирующая ангулопластика по Черкунову – у 10, модифицированная синустрабекулэктомия с предварительной задней трепанацией склеры с ультразвуковой факоэмульсификацией катаракты с имплантацией эластичной заднекамерной линзы – у 2, факоэмульсификация катаракты с имплантацией эластичной заднекамерной линзы – у 20, ревизия зоны фильтрации с иссечением рубцовой ткани – у 2 (1 пластика кисты фильтрационной зоны, 1 по поводу пролежня капилляра клапана Ahmed FP-7), имплантация клапана Ahmed FP-7 – у 34, в 3 случаях во время операции пришлось дополнительно укорачивать капилляр для предотвращения контакта с эндотелием роговицы.

Результаты и обсуждение

Интраоперационных осложнений не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде в 1 случае отмечена гифема, которая потребовала вымывания. У 6 пациентов развилась цилиохориоидальная отслойка (ЦХО), которая в 3 случаях купировалась консервативными методами лечения, в 2 случаях выполнялась задняя склерэктомия (ЗСЭ) (получена светло-желтая супрахориоидальная жидкость), и у 1 больного диагностирована геморрагическая ЦХО, по поводу которой произведены множественные ЗСЭ. У одного пациента развилась гипотония, причиной которой была гиперфильтрация послеоперационной раны, которая купировалась после ревизии зоны фильтрации. В 2 случаях в послеоперационном периоде развилась гипертензия, компенсированная медикаментозно. Все больные выписаны с нормализованным ВГД соответственно стадии глаукомы без гипотензивных препаратов. Острота зрения во всех случаях сохранилась на дооперационном уровне, а в ряде случаев улучшилась.

Выводы

1. В результате оперативного лечения глаукомы ВГД было компенсировано во всех случаях, а зрительные функции сохранялись на дооперационном уровне.

2. После фистулизирующих антиглаукоматозных операций в раннем послеоперационном периоде отмечено минимальное число легко купируемых осложнений.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

3. При имплантации клапана Ahmed FP-7 осложнений не наблюдалось, только в одном случае в послеоперационном периоде развился пролежень капилляра, потребовавший оперативного лечения.

4. Имплантация дренажа GlauTex выполнена стандартно и не вызвала осложнений.

5. При неоваскулярной глаукоме гипотензивный эффект был получен у всех пациентов, острота зрения сохранялась на дооперационном уровне.

Литература

1. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. М.: Медицина, 2001. 350 с.
2. Либман Е.С., Шахова Е.В., Чумаева Е.А., Елкина Я.Э. Материалы Всероссийской научн.-практ. конф. «Глаукома: проблемы и решения». М., 2004: 430-432.
3. Нестеров А.П. Глаукома. М.: Медицина, 1995. 265 с.

Комарова М.Г.

Операции Greve 30 лет. Где мы сейчас?

«СМ-Клиника», Москва

Реферат

В 1988 г. голландский офтальмолог Eric L. Greve предложил заменять хрусталик на ИОЛ для лечения закрытоугольной глаукомы. Недавно завершённое мультицентровое рандомизированное исследование EAGLE доказало наибольшую эффективность хирургии хрусталика в лечении закрытоугольной глаукомы по сравнению с другими методами. Однако не все офтальмологи спешат удалить непрерывно растущее эктодермальное образование, затрудняющее отток жидкости из глаза. Прозрачный хрусталик нередко становится аргументом против вмешательства.

В настоящее время обсуждается вопрос целесообразности замены хрусталика на ИОЛ при открытоугольной глаукоме. И хотя есть мнения «за» и «против», хирургия хрусталика постепенно укрепляет свои позиции в качестве гипотензивной операции как изолированно, так и в сочетании с другими процедурами. Накопленный к настоящему времени клинический опыт заставляет задуматься о новом алгоритме хирургического лечения глаукомы с изменением очередности выполнения факохирургии от финальной операции, устраняющей катарактальные осложнения ряда антиглаукоматозных вмешательств, до операции первого выбора, пожизненно оптимизирующей внутриглазную топографию и гидродинамику.

Ключевые слова: операция Greve, факоэмульсификация при глаукоме, хирургия глаукомы, хрусталик и глаукома.

Комарова М.

30 years of Greve surgery. Where are we now?

“SM-Clinic”, Moscow

Abstract

In 1988 ophthalmologist Eric L. Greve from Holland proposed to

perform the lens exchange for angle-closure glaucoma treatment. The recently completed multicenter randomized EAGLE study proved the greatest effectiveness of lens surgery in angle-closure glaucoma treatment compared to other methods. However, not all ophthalmologists are ready to remove a continuously growing ectodermal formation that hinders the outflow of fluid from the eye. Transparent crystalline lens often becomes an argument against the surgery.

Currently, the question of the lens exchange for open-angle glaucoma treatment is discussed. Although there are opinions «pro» and «contra», phacosurgery gradually strengthens its position as hypotensive operation, performing alone or in combination with other procedures. Accumulated by now clinical experience makes us to think about a new algorithm of glaucoma treatment with changing place of phacosurgery from the final intervention, which eliminates cataract complications after number of antiglaucomatous procedures, to the operation of the first choice, optimizing intraocular topography and hydrodynamics throughout life.

Key words: Greve surgery, phacoemulsification and glaucoma, glaucoma surgery, crystalline lens and glaucoma.

Глаукома занимает лидирующие позиции среди причин инвалидности по зрению, невзирая на большое разнообразие методов ее лечения. Гемодинамические и метаболические нарушения, участвующие в патогенезе глаукомы, сложно коррегировать, но существует фактор, который может оказывать существенное влияние на гидродинамику глаза и при этом легко поддается хирургическому воздействию – это хрусталик. Первым сообщил об удалении хрусталика с гипотензивной целью голландский офтальмолог Erik L. Greve, который в 1988 г. предложил лечить первичную закрытоугольную глаукому (ПЗУГ) путем замены нативного хрусталика на интраокулярную линзу (ИОЛ) [1]. Среди основных причин развития ПЗУГ автор отметил короткую аксиальную длину глазного яблока, большие размеры хрусталика и его переднее положение. Greve выполнил экстракапсулярную экстракцию хрусталика с имплантацией ИОЛ 20 пациентам (21 глаз): двум пациентам проводилась замена прозрачного хрусталика при остроте зрения 1,0, у 6 пациентов отмечалось отсутствие показаний к хирургии катаракты, у остальных пациентов была выявлена катаракта, требующая лечения. После операции внутриглазное давление (ВГД) снизилось в среднем на 15 мм рт.ст. (от 4 до 36 мм рт.ст.), у всех пациентов углубилась передняя камера, гипотензивные препараты удалось полностью отменить в 16 случаях. Автор указал, что ПЗУГ может быть излечимой. С тех пор прошло 30 лет. Попробуем оценить, какое место заняла операция Greve в хирургии глаукомы, как повлияла на выбор тактики лечения.

В период доминирования хирургии больших разрезов, замену хрусталика на ИОЛ с целью лечения ПЗУГ выполняло ограниченное число офтальмологов, но после внедрения факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ (ФЭ+ИОЛ), метод получил более широкое применение [2-4]. В нашей стране существуют определенные противоречия между Национальным руководством по глаукоме 2015 года выпуска, где ФЭ+ИОЛ не упоминается в главе о хирургическом лечении ПЗУГ [5], и медико-экономическими стандартами стационарного лечения глаукомы, в которых указывается на необходимость выполнять ФЭ+ИОЛ у каждого третьего пациента [6].

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

При отсутствии единого мнения среди офтальмологов, пациенты склонны затягивать период консервативного лечения, хотя влияние хрусталика на офтальмотонус прогрессирует с возрастом. В период от 20 до 80 лет объем и масса хрусталика увеличиваются в 1,5 раза [7, 8], к 70 годам у 50% пациентов отмечается переднее смещение иридохрусталиковой диафрагмы с сужением угла передней камеры (УПК) [9], по мере роста объема и плотности хрусталика, увеличивается иридоленгиткулярный контакт, приводящий к прогрессирующей дисперсии пигмента [10, 11].

К настоящему времени установлено, что ФЭ+ИОЛ является наиболее эффективным методом лечения ПЗУГ: в 30 госпиталях 5 стран мира проводилось рандомизированное исследование EAGLE под руководством профессора Azuaga-Blanco [12]. Были отобраны пациенты с прозрачными хрусталиками и впервые выявленной ПЗУГ: пациентам 1-й группы выполняли ФЭ+ИОЛ, а 2-й – периферическую лазерную иридэктомию с консервативной терапией. Факохирургия статистически достоверно показала более высокую эффективность, чем лазерное и консервативное лечение.

Вопрос о целесообразности применения факохирургии для лечения ПОУГ пока остается открытым. Первыми о гипотензивном эффекте ФЭ+ИОЛ при ПОУГ сообщили японские хирурги в 1996 г. [13], они выявили снижение ВГД в диапазоне от 2,5 до 5,5 мм рт.ст., в зависимости от уровня исходного офтальмотонуса. Далее борьба за пальму первенства переместилась в США, где Tong J.T. и Miller K.M. сначала сообщили об отсутствии гипотензивного эффекта от ФЭ+ИОЛ при ПОУГ [14], но через год опровергли собственные данные, указав, что гипотензивный эффект достигал 2,9 мм рт.ст. [15]. Заявление о том, что в статью «закралась опечатка» было сделано сразу после публикации результатов Shingleton V.J. с соавт. о снижении ВГД после хирургии хрусталика при ПОУГ в среднем на 4 мм рт.ст. [16]. Poley с соавт. отметили гипотензивный эффект до 8,5 мм рт.ст. в группе с исходно высоким ВГД [17], что согласуется с нашими результатами [18]. Мета-анализ статей о влиянии ФЭ+ИОЛ на офтальмотонус при ПОУГ показал, что по данным различных авторов гипотензивный эффект в среднем достигает 2-4 мм рт.ст. [19], но критики выявили методологические недостатки многих исследований, назвав их «историями для рекламных журналов» [20].

Механизм гипотензивного действия ФЭ+ИОЛ при ПОУГ пока не ясен. Появляются данные об увеличении увеосклерального оттока [21], устранении экспансии растущего хрусталика [17] и активации внутреннего механизма накачки шлеммова канала [22]. Нами были высказаны предположения о снижении ВГД при артифакции за счет ослабления иридоленгиткулярного контакта, вызывающего дисперсию пигмента, а также из-за устранения влияния веса растущего хрусталика на секреторные функции цилиарного тела [23].

Отечественные исследования подтверждают снижение ВГД после ФЭ+ИОЛ при сочетании катаракты и ПОУГ [24, 25], но данных о гипотензивной хирургии прозрачного хрусталика нам найти не удалось, за исключением собственных: многолетнее применение ФЭ+ИОЛ в качестве операции первого выбора, не зависимо от степени прозрачности хрусталика и формы первичной глаукомы,

показало высокую эффективность [26]. Для профилактики реактивной послеоперационной гипертензии был разработан гипотензивный компонент временного действия (микрогониопунктура ab externo), который снизил риск осложнений и позволил в штатном порядке выполнять хирургию прозрачного хрусталика и проводить билатеральные вмешательства с минимальным временным интервалом при ПОУГ [27].

Последнее время растет популярность ранней хирургии катаракты, которую выполняют вместо антиглаукоматозной операции при ПОУГ. ФЭ+ИОЛ в качестве операции первого выбора может во многих случаях избавить пациентов от необходимости хирургического лечения глаукомы в будущем [28]. Хорошую поддержку для ФЭ+ИОЛ представляет минимально инвазивная хирургия глаукомы (MIGS) – гипотензивные вмешательства, которые выполняются ab interno без формирования фильтрационной подушки (трабекулотомия, имплантация в шлеммов канал различных микроустройств, эндосциклокоагуляция) [29].

Хирургия хрусталика завоевывает все больше прав на положение гипотензивной операции как изолированно, так и в сочетании с другими процедурами. Накопленный к настоящему времени клинический опыт заставляет задуматься о новом алгоритме хирургического лечения глаукомы с изменением очередности выполнения ФЭ+ИОЛ от финальной процедуры, устраняющей катарактальные осложнения ряда антиглаукоматозных вмешательств, до операции первого выбора, пожизненно оптимизирующей внутриглазную топографию и гидродинамику.

Литература

1. Greve E.L. Primary angle closure glaucoma: extracapsular cataract extraction or filtering procedure? *Int. Ophthalmol.* 1988; 12 (3): 157-162.
2. Егорова Э.В., Файзилова У.С. Факоэмульсификация – операция первого выбора при первичной закрытоугольной глаукоме, индуцированной хрусталиком. *Глаукома.* 2012; 3: 12-17.
3. Jacobi P.C., Dietlein T.S., Leuke C. et al. Primary phacoemulsification and intraocular lens implantation for acute angle-closure glaucoma. *Ophthalmology.* 2002;109: 1597-1603.
4. Lam D.S.C., Leung D.Y.L., Tham C.C.Y. et al. Randomized trial of early phacoemulsification versus peripheral iridotomy to prevent intraocular pressure rise after acute primary angle closure. *Ophthalmology.* 2008; 115: 1134-1140.
5. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. 3-е издание под редакцией проф. Е.А.Егорова, проф. Ю.С.Астахова, проф. В.П.Еричева. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015: 269-270.
6. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при глаукоме. Приказ МЗ РФ № 862н от 9 ноября 2012 года.
7. Scammon R.E., Hesdaorffer M.B. Growth in mass and volume of the human lens in postnatal life. *Arch. Ophthalmol.* 1937; 17: 104-112.
8. Augusteyn R.C. Growth of the human eye lens. *Mol. Vis.* 2007; 13: 252-257.
9. Ochiai H., Chihara E., Chuman H. et al. Age and increased incidence of «forward bowing» of the iris in normal eyes. *J. Glaucoma.* 1998; 7 (6): 408-412.
10. Комарова М.Г. Первый опыт оценки иридоленгиткулярного контакта при катаракте и сочетании катаракты с глаукомой. *Современные технологии в офтальмологии.* 2017; 3 (16): 82.
11. Konstas A.G., Diafas S. Loss of iridolenticular contact in eyes with exfoliation syndrome may protect against glaucoma. *Acta Ophthalmol. Scand.* 1999; 77 (4): 467-470.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

12. Azuara-Blanco A., Burr J., Ramsay C. et al. Effectiveness of early lens extraction for the treatment of primary angle-closure glaucoma (EAGLE): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016; 388 (10052): 1389-1397.
13. Matsumura M., Mizoguchi T., Kuroda S., Nagata M. Intraocular pressure decrease after phacoemulsification-aspiration+ intraocular lens implantation in primary open angle glaucoma eyes. *Nippon Ganka Gakkai zasshi*. 1996; 100 (11): 885-889.
14. Tong J.T., Miller K.M. Intraocular pressure change after sutureless phacoemulsification and foldable posterior chamber lens implantation. *J Cataract Refract. Surg.* 1998; 24: 256-262.
15. Tong J.T., Miller K.M. Long-term intraocular pressure changes after phacoemulsification. *J. Cataract Refract. Surg.* 1999; 25 (12): 1560.
16. Shingleton B.J., Gamell L.S., O'Donoghue M.W. et al. Long-term changes in intraocular pressure after clear corneal phacoemulsification: normal patients versus glaucoma suspect and glaucoma patients. *J. Cataract Refract. Surg.* 1999; 25: 885-890.
17. Poley BJ, Lindstrom RL, Samuelson TW, Schulze R Jr. Intraocular pressure reduction after phacoemulsification with intraocular lens implantation in glaucomatous and nonglaucomatous eyes; evaluation of a causal relationship between the natural lens and open-angle glaucoma. *J. Cataract Refract. Surg.* 2009; 35: 1946-1955.
18. Комарова М.Г. Возможности антиглаукоматозной хирургии хрусталика. К 30-летию операции Greve. *Современные технологии в офтальмологии*. 2018; 3: 75-78.
19. Friedman D.S., Jampel H.D., Lubomski L.H. et al. Surgical strategies for coexisting glaucoma and cataract; an evidence-based update. *Ophthalmology*. 2002; 109: 1902-1913.
20. Walland M.J., Parikh R.S., Thomas R. There is insufficient evidence to recommend lens extraction as a treatment for primary open-angle glaucoma: an evidence-based perspective. *Clin. Exp. Ophthalmol.* 2012; 40: 400-407.
21. Калижникова Е.А., Лебедев О.И., Жадан В.А. с соавт. Факоэмульсификация катаракты и увеосклеральный отток. Клинические результаты. *Мат. VII Евро-Азиатской конф. по офтальмохирургии*. Екатеринбург, 2015: 21.
22. Issa S.A., Pacheco J., Mahmood U. et al. A novel index for predicting intraocular pressure reduction following cataract surgery. *Br. J. Ophthalmol.* 2005; 89: 543-546.
23. Комарова М.Г. Роль факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ в стабилизации и лечении открытоугольной и закрытоугольной глаукомы // X Съезд офтальмологов России: сб. тез. М., 2015: 238.
24. Расин О.Г., Савченко А.В., Литвиненко О.А., Живоглазова Е.П. Гипотензивный эффект факоэмульсификации катаракты у больных с некомпенсированной первичной открытоугольной глаукомой. *Таврический мед.-биол. Вестник*. 2012; 15 (2): 191-193.
25. Лебедев О.И., Белоусова Е.И. Факоэмульсификация катаракты при открытоугольной глаукоме с медикаментозно компенсированным ВГД. *Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии*. М., 2009: 177-181.
26. Комарова М.Г. Смена парадигмы хирургического лечения глаукомы – антиглаукоматозная хирургия хрусталика, как операция первого выбора. *Новости глаукомы* 2016; №1 (37):112-117.
27. Комарова М.Г. Первый опыт применения нового комбинированного вмешательства, обеспечивающего гипотензивную глиссиду, при сочетании катаракты и открытоугольной глаукомы. *Современные технологии в офтальмологии*. 2015; 4: 52-55.
28. Chang R.T., Shingleton B.J., Singh K. Timely cataract surgery for improved glaucoma treatment [guest editorial]. *J. Cataract Refract. Surg.* 2012; 38: 1709-1710.
29. Richter G., Coleman A.L. Minimally invasive glaucoma surgery: current status and future prospects. *Clin. Ophthalmol.* 2016; 10: 189-206.

Морозова А.С.

Глаукома и наследственность

ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница № 2»

Реферат

В статье поднимается проблема диспансеризации населения в связи с новым приказом Минздрава России от 26.10.2017 N 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», где внесены весомые изменения: значительно поднят возраст пациентов и снижена их явка на контроль внутриглазного давления (1 раз в 3 года). Социальная проблема заболеваемости глаукомой чрезвычайно высока, заболевание передается по наследству. К сожалению, глаукома часто диагностируется на поздних стадиях, потому что протекает бессимптомно вплоть до момента полной потери зрения. С этим связано несвоевременное обращение пациентов в больницу, и именно по этой причине необходимо заострить внимание на своевременной диагностике глаукомы в группах людей с высоким риском.

Цель – поднять вопрос в офтальмологическом обществе о необходимости внесения изменений в существующий приказ, для своевременного подтверждения или опровержения факторов риска наследственного заболевания до проявления его клинических признаков (офтальмогипертензия, приступ закрытоугольной глаукомы, сужение полей зрения, глаукоматозная экскавация и атрофия зрительного нерва).

Материал и методы. Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов поликлиники и их результатов обследования в областном офтальмологическом центре. Взята выборка трех пациентов.

Результаты. Все пациенты находятся на антигипертензивной терапии (младшему 19 лет), самая взрослая пациентка прооперирована лазером (лазерная иридотомия обоих глаз).

Выводы. Необходимо в обязательном порядке доносить до родственников глаукомных пациентов важность регулярного посещения офтальмолога; медицинскому персоналу необходимо брать подобные семьи на контроль, включать родственников глаукомных больных в ежегодные списки на диспансеризацию, начиная с 40 лет. Важно объяснять им все существующие у них риски и шансы обнаружения данного заболевания, обратить их внимание на любые изменения зрения, возможно, обучить пациентов ориентировочному методу определения полей зрения для своевременного обращения к специалисту.

Ключевые слова: глаукома, наследственность, клинический случай, офтальмология, закрытоугольная глаукома, аналоги простагландинов, пилокарпин, диспансеризация, первичная открытоугольная глаукома.

Morozova A.S.

Glaucoma and heredity

The regional hospital of Samara №2

Abstract

The article is dedicated to problem that arises with the changes in the order of the Ministry of Health of the Russian Federation, dated

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

October 26, 2017, No869-n «About the approval of the procedure of medical screening for certain groups of adults». The average age of patients has increased significantly. Turnout of patients was reduced to once in every three years. Glaucoma related morbidity is a major social problem, furthermore, glaucoma is hereditary. Unfortunately, glaucoma is often diagnosed in the later stages, because it has asymptomatic course: up to the moment of loss of vision. That is why patients do not seek medical attention in time and it's necessary to focus on prompt diagnosis in high risk groups.

Purpose. Broach the subject of amending current order for timely confirmation or rebuttal of risks factors of heredity disease before the illness appears (ophthalmic hypertension, attack of closed-angle glaucoma, tunnel vision, excavation and atrophy of an optic nerve).

The Material. Three clinical cases with family members.

Results. All patients receive antihypertensive therapy (the youngest is 19), the oldest patient was operated both of eyes (laser iridotomy).

Conclusions. It's necessary to inform the relatives of patients who have glaucoma that regular eye examination is really important. All such families should be under medical supervision. The relatives of these patients need to be included in the yearly list of medical screening, starting from the age of 40.

Key words: glaucoma, heredity, clinical case, ophthalmology, closed-angle glaucoma, prostaglandin analogues, pilocarpine, medical screening, primary open-angle glaucoma.

Введение

Глаукома – большая группа заболеваний, характеризующаяся нарушением гидромеханики глаза, неустойчивостью, постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления за пределы толерантного уровня для зрительного нерва, характерной оптической нейропатией и типичным снижением зрительных функций, в первую очередь изменениями поля зрения. В настоящее время глаукома – одна из самых сложных с медицинской и важная с социальной точек зрения проблема: на сегодняшний день 14% всех слепых утратили зрение вследствие этого заболевания.

Не стоит забывать и пренебрегать такими диагнозами, как офтальмогипертензия и подозрение на глаукому.

Офтальмогипертензия – состояние, при котором ВГД превышает общепринятую норму (21 мм. рт. ст. по Гольдману) при отсутствии глаукомных изменений ДЗН, слоя нервных волокон сетчатки и поля зрения.

Подозрение на глаукому – состояние, при котором наблюдают изменения ЗН или СНВС, подозрительные в отношении глаукомы (увеличение соотношения Э/Д, асимметрия экскаваций, уменьшение толщины СНВС) при отсутствии нарушений поля зрения. Подозрение на глаукому может возникать как с офтальмогипертензией, так и без нее.

В руководстве по глаукоме М.В. Shields (2005) выделяют группу с подозрением на глаукому, имеющую очень высокие риски развития данного заболевания:

- ВГД постоянно больше 21 мм рт.ст.;
- толщина роговицы в центре менее 555 мкм;
- пожилой возраст;
- глаукома у кровных родственников;
- увеличенное соотношение Э/Д;
- ПЭС;
- дополнительные факторы риска, способствующие прогрессии глаукомной нейрооптикопатии

(СД, ГБ, миопия, мигрень, гипотиреодизм, вазоспазм).

Подробнее остановимся на наследственности кровных родственников.

В нашей стране принят приказ Минздрава России от 26.10.2017 N 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», согласно которому измерение внутриглазного давления должно производиться 1 раз в 3 года (для граждан в возрасте от 60 лет и старше), без пометки уменьшения возрастного ценза для родственников глаукомных больных. Вся просветительская работа с родственниками больных состоит из обучения их основам по оказанию помощи пациентам со зрительными нарушениями.

Цель – доказать высокую вероятность наследственности данного заболевания и необходимость принятия мер в связи с этим.

Материал и методы

Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов поликлиники и их результатов обследования в областном офтальмологическом центре. Взята выборка трех пациентов.

Обсуждение

Клинический случай 1

04.12.2017

Молодой человек, 19 лет, обратился с жалобами на снижение зрения правого глаза, которое отметил около 5 лет назад, периодическое головокружение. Сопутствующие соматические заболевания отрицает.

При осмотре: Vis OD 0,2 sph (-) 1,5D=1,0; OS 1,0
ВГД (БКТ): 26/21

Передние отрезки без особенностей, на глазном дне: ДЗН бледные, в остальном не примечательно.

DS: миопия слабой степени OD, офтальмогипертензия OD.

Рекомендовано: консультация невролога, контроль ВГД через 2-3 недели, зрительная коррекция OD (МКЛ или очковая).

14.12.2017

На контроле БКТ 22/22.

Рекомендован контроль без назначения гипотензивных средств.

28.02.2018

БКТ: 24/24

Направлен на обследование в Глаукомный центр СО-КЮБ им. Т.И. Ерошевского для выполнения НРТ и измерения центральной толщины роговицы ввиду молодого возраста.

05.03.2018

Пришел с обследованием из Глаукомного центра от 06.03.18:

БКТ 22/22

ЦТР 584 мкм, 590 мкм;

НРТ OD: ДЗН среднего размера, показатели RIM, RNFL в пределах нормы. КП MD – 0,61 db, PSD1,31 db

НРТ OS: ДЗН среднего размера, показатели RIM, RNFL в пределах нормы. КП MD – 1,29 db, PSD1,75 db

DS: подозрение на глаукому обоих глаз, назначен Латанопрол (Ксалатан) на ночь в оба глаза, с последующим

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

обследованием в Глаукомном центре через месяц.

Контроль БКТ: 23/22 с поправкой на ЦТР (пропустил закапывание накануне).

Направлен на обследование повторно.

18.05.18

Пришел с результатами от 24.04.18 КП OCT HRT без отрицательной динамики, направить повторно через 3 месяца. Латанопрост (Ксалатан) на ночь в оба глаза каждый день. БКТ 20/20

Контроль по м/ж 22/19

DS: подозрение на глаукому OU, миопия слабой степени OD.

Случай 2.

4.12.2017

Женщина, 56 лет, обратилась с жалобами на снижение зрения обоих глаз, головокружение при чтении.

Объективно: Vis OD 0,5 sph (+)0,75D = 1,0; OS 0,4 sph (+)0,75D = 1,0 БКТ OD 25, OS 26

Передние отрезки без особенностей, среды прозрачны, глазное дно без особенностей.

DS: гиперметропия слабой степени OU, офтальмогипертензия OU.

Рекомендовано: Контроль ВГД через 2 недели, коррекция для дали/близости по необходимости, консультация невролога.

14.12.2017

Контроль БКТ OD 25, OS 25

DS: гиперметропия слабой степени OU, офтальмогипертензия OU.

Назначен: Бетаксолол 0,5% 2 р/д OU, контроль ВГД на каплях через 3 недели

28.12.2017

Контроль БКТ OD 25, OS 23

Не капала несколько дней из-за непереносимости – снижение АД, головокружение, предобморочное состояние. Замена Бетаксолола на Латанопрост (Ксалатан) OU на ночь. Контроль ВГД на каплях через 3 недели.

12.01.2018

Контроль БКТ: OD 22; OS 27

Добавлен Дорзоламид 2% (Дорзопт) 2 р/д OU плюс Ксалатану, контроль через 2 недели.

24.01.2018

Контроль БКТ: OD 29; OS 30

Пациентка признается, что не капала ничего 3 дня, так как начала задыхаться (обратилась к терапевту – подозрение на бронхиальную астму).

Направлена на обследование в Глаукомный центр СОКОБ им. Т.И. Ерошевского для выполнения HRT и измерения центральной толщины роговицы.

28.02.2018

Пришла с обследованием из Глаукомного центра от 06.02.18: БКТ 25/26

ЦТР: 560 мкм, 565 мкм;

HRT OD: ДЗН среднего размера, показатели RIM, RNFL в пределах нормы. Э/Д=0,20

HRT OS: ДЗН среднего размера, показатели RIM, RNFL в пределах нормы. Э/Д=0,17

DS: подозрение на глаукому обоих глаз, офтальмогипертензия, гиперметропия слабой степени. Назначен Пилокарпин 1% 2 раза в день в оба глаза, с контролем ВГД по м/ж.

Контроль БКТ: 25/25 с поправкой на ЦТР (лечение еще не начала).

Рекомендован контроль на пилокарпине через 3 недели.

18.05.2018

Контроль БКТ OD 20 OS 21

На пилокарпине 1% – жалоб на общее состояние не предъявляет.

Рекомендовано: контроль ВГД 1 раз в 3 месяца, капать пилокарпин 1% постоянно OU 2 раза в день.

Случай 3.

17.05.2018

Обратилась женщина, 78 лет, с жалобами на низкое зрение обоих глаз, больше правого, у офтальмолога последний раз была около 10 лет назад. Пациентка жалуется на головные боли в затылочной области.

Объективно: Vis OD счет пальцев на 10 см у лица; OS 0,1 sph (-)2,5D = 0,6

ВГД (БКТ): OD 50, OS 34

При осмотре: OU – глаза спокойные, передняя камера очень мелкая.

OD – хрусталик мутный во всех слоях, ПЭС, глазное дно не видно.

OS – хрусталик мутный в задних корковых слоях, ПЭС, глазное дно за легким флером, ДЗН бледный, границы четкие, детали не просматриваются.

DS: OD – подострый приступ закрытоугольной глаукомы, зрелая возрастная катаракта;

OS – подозрение на глаукому, офтальмогипертензия, неполная осложненная катаракта, миопия слабой степени.

Оказана первая помощь: дважды закапан пилокарпин с интервалом 15 минут, закапан Латанопрост+Тимолол 0,5% (Ксалаком) в оба глаза, направлена Сито! на обследование и лазерное лечение в Глаукомный центр СОКОБ (в дальнейшем с перспективами на ФЭК+ИОЛ OD).

18.05.2018

Пришла с обследованием из Глаукомного центра от 17.05.18: БКТ 20/20

ЦТР 574 мкм, 587 мкм;

HRT OU: сделать не удалось из-за непрозрачности оптических сред

DS: OD – закрытоугольная III «а» глаукома, неполная осложненная катаракта,

OS – закрытоугольная II «а» глаукома, неполная осложненная катаракта.

Осмотрена в лазерном центре: целесообразна лазерная иридотомия OU.

Назначен Пилокарпин 2 раза в день в оба глаза, Ганфорт 1 раз в день утром в оба глаза.

Пациентка пришла после лазерного лечения правого глаза с закапыванием по схеме накануне.

Контроль БКТ: 15/14 с поправкой на ЦТР.

Рекомендована лазерная иридотомия левого глаза, режим капель прежний, контроль ВГД после лазерного лечения.

Заключение

Хочу обратить внимание научного сообщества на тот факт, что все клинические случаи приводились в хронологическом порядке. Пациенты 1 и 2 – мать и сын, а

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

пациентка 3 случая, как оказалось в последующем, является матерью пациентки 2 и бабушкой пациента 1, то есть в этой семье наблюдается прямая наследственность глаукомы.

Необходимо помнить о том, что факт наследственности данного заболевания – давно доказанный научный факт, но, несмотря на то, что частота семейных случаев (чаще через одно/два поколения, чем прямое наследование) высока, в приказе Минздрава России от 26.10.2017 N 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» нет никаких сносков и дополнений для обследования кровных родственников пациентов. Хочется отметить необходимость снижения возраста и увеличения частоты обследования кровных родственников глаукомных больных хотя бы до 45 лет с обследованиями 1 раз в год (учитывая, что пациент первого клинического случая 19-летний молодой человек – до 35 лет).

Необходимо также проводить просветительскую работу с родственниками пациентов с установленным диагнозом, направленную не только на улучшение качества жизни пострадавших и их зрительную адаптацию, но и на обследование их самих самостоятельно и регулярно, так как в большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно.

Литература

1. Руководство по клинической офтальмологии / под ред. Бровиной А.Ф., Астахова Ю.С. М., 2014: 568-572.
2. Элерс Дж.П., Шах Ч.П. Офтальмология: руководство / пер. Ю. Астахова и А. Лисочкина. М., 2012: 242-250.
3. Рубан Э.Д. Глазные болезни. Новейший справочник. М.: Феникс, 2016: 431-432

Мяконьякая О.С., Балалин С.В., Юферов О.В.

Анализ результатов применения программного обеспечения для определения толерантного давления у больных первичной открытоугольной глаукомой

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Волгоградский филиал

Ведущим фактором риска развития и прогрессирования глаукомной оптической нейропатии является повышение офтальмотонуса выше индивидуально переносимого (толерантного) давления [1-3, 5, 6, 9, 13-15].

Под целевым давлением понимают условно выбранный доктором безопасный уровень внутриглазного давления для данного пациента [4, 7-12].

Наиболее распространена рекомендация о необходимости первоначального снижения ВГД на 20-40% ниже исходного уровня.

Для определения толерантного и индивидуального ВГД исследователи рекомендуют учитывать у конкретного пациента наличие факторов риска прогрессирования глаукомы: возраст, артериальное давление в плечевой

артерии, стадию глаукомы и офтальмобиометрические показатели: передне-задний размер глазного яблока и центральную толщину роговицы [9, 13]. На основании многофакторного анализа авторами была определена зависимость толерантного ВГД от возраста пациента, диастолического уровня артериального давления, центральной толщины роговицы, передне-заднего размера глазного яблока у больных с начальной стадией глаукомы: $P_0 \text{ Hl} = 19,6 + 0,056 \cdot \text{АД диаст.} - 0,015 \cdot \text{В} - 0,78 \cdot \text{ПЗР} + 0,021 \cdot \text{ЦТР}$, (1)

где АД диаст. – диастолическое артериальное давление в плечевой артерии (мм рт.ст.), В – возраст пациента, ПЗР – передне-задний размер глазного яблока (мм) и ЦТР – центральная толщина роговицы (мкм).

При проведении корреляционного анализа авторами была установлена обратная зависимость толерантного давления от стадии первичной глаукомы, которая характеризовалась формулой: $P_0 \text{ Hl} = 17,0 - 0,3 \cdot \text{St}$, (2),

где St – стадия глаукомы. Коэффициент корреляции рангов Спирмена равен 0,24 ($t = -10,1$; $P < 0,05$). Из формулы видно, что прогрессирование заболевания приводило к снижению толерантного давления: в среднем на 0,3 мм рт.ст. на каждую стадию первичной открытоугольной глаукомы.

Внедрение в практику простого и надежного метода определения целевого ВГД – это одна из важнейших задач патогенетического лечения глаукомы.

Цель – анализ результатов применения программного обеспечения для определения толерантного ВГД у больных первичной открытоугольной глаукомой.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 47 больных первичной открытоугольной глаукомой (94 глаза), наблюдавшихся в Клинике Волгоградского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» с 2015 по 2018 гг. Из них было 24 женщины (51%) и 23 мужчины (49%). Возраст пациентов составлял от 40 до 86 лет и в среднем был равен $64,4 \pm 1,1$ года. Период наблюдения составил от 1 до 48 месяцев (в среднем $12,0 \pm 1,16$ мес.).

У всех пациентов проводилось стандартное офтальмологическое обследование с определением толерантного ВГД. У всех обследуемых измеряли толщину роговицы в центральной зоне, передне-задний размер глазного яблока и уровень артериального давления в плечевой артерии.

Начальная стадия ПОУГ была диагностирована в 36,2% случаев (34 глаза), II стадия – в 30,8% случаев (29 глаз), III стадия – 33% случаев (31 глаз). Исходный уровень истинного ВГД (P_0) колебался от 10,5 до 39 мм рт.ст., в среднем был равен $20,0 \pm 0,58$ мм рт.ст. Передне-задний размер глазного яблока варьировал от 21,31 до 29,4 мм и в среднем составлял $23,98 \pm 0,17$ мм. Толщина роговицы в центральной оптической зоне была от 471 до 615 мкм (в среднем – $533,9 \pm 3,8$ мкм). Уровень систолического АД колебался от 110 до 160 мм рт.ст. (в среднем – $129,9 \pm 1,2$ мм рт.ст.), диастолическое АД у пациентов было от 90 до 60 мм рт.ст. (в среднем – $76,9 \pm 0,8$ мм рт.ст.). У всех больных первичной открытоугольной глаукомой было определено толерантное давление, индивидуальное ВГД и индекс интолерантности с помощью программного обеспечения, разработанного в Клинике Волгоградского филиала

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Полученные данные были обработаны с помощью программы «Statistica 10.0» на IBM PC.

Результаты

Уровень толерантного ВГД (P_{0tl}) у больных первичной глаукомой колебался от 11,4 до 18,9 мм рт.ст., в среднем составляя $15,1 \pm 0,16$ мм рт.ст. При этом исходные значения индекса интолерантности были от -4,7 до 24,5 мм рт.ст., в среднем составляя $4,9 \pm 0,6$ мм рт.ст. На 42 глазах (44,7%) имело место медленное прогрессирование ПОУГ, о чем свидетельствовала величина индекса интолерантности менее 5 мм рт.ст. В 38,3% случаев (36 глаз) было выявлено быстрое прогрессирование глаукомы, несмотря на проводимое медикаментозное лечение. Причем исходный уровень ВГД в 79,4% случаев (69 глаз) находился в пределах нормальных значений ВГД (P_0 менее 21,0 мм рт.ст.). Только в 17% случаях (16 глаз) величина индекса интолерантности была меньше нуля, что свидетельствовало об исходном уровне ВГД меньше толерантного давления и о стабилизации глаукомного процесса. В 56,4% случаев (53 глаза) прогрессирование глаукомы отмечалось на фоне нормальных значений офтальмотонуса (P_0 менее 21,0 мм рт.ст.). В 13,8% случаев (13 глаз), имевших нормальный уровень ВГД (P_0 менее 21,0 мм рт.ст.), было выявлено превышение индекса интолерантности более 5 мм рт.ст., что свидетельствовало о быстром прогрессировании глаукомы на фоне нормальных значений офтальмотонуса.

На момент обследования пациентов 29,7% случаев (28 глаз) не получали гипотензивного лечения. Монотерапию получали 38,2% случаев (36 глаз), из них бета-блокаторы были использованы в 14,9% (14 глаз), простагландины – 9,6% (9 глаз), ингибиторы карбоангидразы – 10,6% (10 глаз). Комбинированные гипотензивные препараты применяли в 31,9% случаев (30 глаз). На 3 глазах (3,2%) была ранее выполнена синустрабекуlectомия, из них 2 глаза (2,1%) получали дополнительно терапию бета-блокаторами.

После определения уровня толерантного ВГД и индекса интолерантности с использованием программного обеспечения в 17,0% случаев (16 глаз), имеющих стабилизированное течение глаукомного процесса, был сохранен исходный гипотензивный режим (из них – 14,9% получали фиксированные комбинации, а 2,1% – монотерапию ингибиторами карбоангидразы). В 83% случаев (78 глаз) потребовалось изменение гипотензивной терапии. Монотерапия была сохранена в 31,9% случаев (30 глаз), из них простагландины были рекомендованы в 28,7% случаев (27 глаз), бета-блокаторы – в 3,2% случаев (3 глаза). По сравнению с исходным лечением на 8,6% снизилось количество случаев лечения монопрепаратами, из них в 3 раза возросло применение простагландинов, использование бета-блокаторов снизилось в 5,3 раза. Комбинированная терапия была назначена в 51,1% случаев (48 глаз), т.е. более чем в 2 раза возросло количество комбинированных препаратов в структуре лечения.

На фоне усиленного медикаментозного лечения средняя величина истинного ВГД была равна $15,9 \pm 0,34$ мм рт.ст. Средняя величина индекса интолерантности, исходя из диапазона колебаний ВГД за весь период наблюдения, в среднем составила $0,8 \pm 0,37$ мм рт.ст.

Лазерное лечение было проведено в 68,1% случаев (64 глаза), из них селективная лазерная трабекулопла-

стика (СЛТ) была выполнена в 61,7% случаев (58 глаз).

Хирургическое лечение (МНГС) проведено в 20,2% случаев (19 глаз). Из них в 12,8% случаев (12 глаз) данная операция была дополнена лазерной десцеметогонипунктурой.

Стабилизация глаукомного процесса по данным статической компьютерной периметрии и оптической когерентной томографии была достигнута в 91,5% случаев (86 глаз). В 8,5% случаев (8 глаз) отмечено прогрессирование глаукомного процесса, что было связано с низким комплаенсом.

Заключение

Важным условием в стабилизации зрительных функций у больных глаукомой является снижение повышенного офтальмотонуса до индивидуального ВГД, которое не должно превышать толерантное давление.

Программное обеспечение позволяет определять толерантное и индивидуальное ВГД с учетом факторов риска прогрессирования глаукомы, прогнозировать динамику и скорость прогрессирования заболевания.

Литература

1. Алексеев В.Н., Егоров Е.А., Мартынова Е.Б. О распределении уровней внутриглазного давления в нормальной популяции. Клиническая офтальмология. 2001; 2 (2): 38-40.
2. Балалин С.В., Гушин А.В. Новые возможности исследования толерантного ВГД у больных первичной открытоугольной глаукомой с помощью автоматизированной офтальмотоноскофиметрии. Глаукома. 2003; 3: 15-20.
3. Балалин С.В., Фокин В.П. О толерантном и целевом внутриглазном давлении при первичной открытоугольной глаукоме. Рус. мед. журн. 2008; 9 (4): 117-119.
4. Бачалдин И.Л., Марченко А.Н. Возможность повышения эффективности метаболической терапии глаукомной оптической нейропатии после достижения «давления цели». Офтальмология стран Причерноморья: сб. науч. тр. Краснодар, 2006: 282-285.
5. Водовозов А.М. Толерантное и интолерантное внутриглазное давление при глаукоме. Волгоград, 1991. 160 с.
6. Водовозов А.М., Балалин С.В., Мусса Аль-Хинди, Фролова Н.В. Новый метод измерения толерантного внутриглазного давления при глаукоме. Офтальмолог. журн. 1997; 3: 157-161.
7. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. М., 2001. 352 с.
8. Волков В.В. Внутриглазное давление (ВГД) и стабилизация глаукомы. Тез. докл. VIII Съезда офтальмологов России. М., 2005: 143-144.
9. Глаукома. Национальное руководство /под ред. Е.А. Егорова. М., 2013. 824 с.
10. Егоров Е.А. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии. М., 2004. 954 с.
11. Краснов М.М. О целевом внутриглазном давлении. Клиническая офтальмология. 2003; 4 (2): 49.
12. Макашова Н.В. О роли определения истинного толерантного внутриглазного давления у близоруких пациентов с подозрением на глаукому. Глаукома: Всероссийская научно-практическая конференция, 2004: 108-110.
13. Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М. О тактике подхода к лечению больных глаукомой. Клиническая офтальмология. 2005; 2: 78-80.
14. Нестеров А.П., Егоров Е.А. Глаукома: спорные проблемы, возможности консенсуса. Тез. докл. VIII Съезда офтальмологов России. М., 2005: 142-143.
15. Хадикова Э.В., Егорова Т.Е. О способе определения индивидуально переносимого внутриглазного давления у больных глаукомой. Клиническая офтальмология. 2004; 5 (2): 51-54.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Новодережкин В.В.¹, Кремкова Е.В.²,
Рабданова М.Г.²

Лазерная коррекция фибриноидного синдрома, сопровождающегося гипертензией после экстракции катаракты

¹ Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова, Москва;

² ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва

Реферат

Цель – определить присутствие фибрина как осложнения после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ и его лазерная коррекция.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ осложнившейся фибриноидным синдромом с вторичной гипертензией. Уданных больных было выявлено наличие фибриноидного синдрома с помощью пробы «сотрясения» фибрина YAG-лазером. Коррекция фибриноидного синдрома выполнялась с использованием YAG-лазера «Оптимум» с длиной волны 1,064 мкм и временем экспозиции 30 нс. Больным осуществлялось комплексное офтальмологическое исследование.

Результаты. Обследованы 52 больных в возрасте от 41 до 83 лет. Лазерная коррекция фибрина осуществлялась в I группе на 21 глазу, во II на 19 глазах и в III на 12 глазах. Результаты лечения оценивались на 3, 7, 14, 21 и 30-й день после операции. У всех больных воспалительные явления и признаки пролиферации исчезали. ВГД нормализовалось. Улучшение функций глаза отмечены у всех пациентов.

Выводы. Предложенная YAG-лазерная коррекцией фибриноидного синдрома после проведения экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ обеспечивает купирование воспалительного процесса и вторичной гипертензии.

Ключевые слова: экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ, YAG-лазерное выявление фибрина, YAG-лазерная коррекция фибриноидного синдрома.

Novoderezhkin V.V.¹, Kremkova E.V.²,
Rabadanova M.G.²

Laser correction of fibrinoid syndrome accompanied by hypertension after extraction cataract

¹ Clinical Hospital 15 named after Filatov O.M., Moscow;

² Russian National Research Medical University named after Pirogov N.I., Moscow

Abstract

Objective. To determine the presence of fibrin, as complications after cataract extraction with intraocular lens implantation and its laser correction.

Material and methods. The study included patients after cataract extraction with intraocular lens implantation complicated by fibrinoid syndrome with secondary hypertension. In these patients, the presence of fibrinoid syndrome was detected using a «shake» test of fibrin with a YAG-laser. The correction of fibrinoid syndrome was performed using the Optimum YAG-laser with a

wavelength of 1.064 μm and an exposure time of 30 ns. Patients underwent a comprehensive ophthalmologic study.

Results. 52 patients aged 41 to 83 years were examined. Laser correction of fibrin was carried out in group I on 21 eyes, in II on 19 eyes and in III on 12 eyes. The results of the treatment were evaluated on days 3, 7, 14, 21, and 30 after surgery. In all patients, inflammation and signs of proliferation disappeared. Intraocular pressure normalized. Improved eye functions are noted in all patients.

Conclusions. The proposed YAG-laser correction of fibrinoid syndrome after the extraction of cataracts with intraocular lens implantation provides for the relief of the inflammatory process and secondary hypertension.

Key words: Cataract extraction with intraocular lens implantation, YAG-laser detection of fibrin, YAG-laser correction of fibrinoid syndrome.

Введение

В послеоперационном периоде после экстракции катаракты нередко наблюдается выраженная фибриноидная экссудация. Известно, что фибрин в полости глаза стимулирует миграцию клеток пигментного эпителия и вызывает их трансформацию в фибробластоподобные клетки. Выявлено, что сгусток фибрина является матриksom для пролиферации клеток пигментного эпителия и глиальных клеток. Данное обстоятельство приводит к формированию эпиретинальных, трансквитреальных и циклитических контрактивных мембран с последующим возникновением вторичной гипертензии или отслойкой сетчатки и цилиарного тела.

В связи с разнообразием особенностей патологического процесса можно выделить 3 нозологические подгруппы больных с фибриноидным синдромом после экстракции катаракты – больные с выраженными преципитатами, фибрином, сгустками крови, пигментом в просвете зрачка и на ИОЛ; пациенты со зрачковым блоком; больные с формирующимися синехиями.

Фибрин может иметь различные анатомические формы: в виде облака, полога или паруса и нитей. Облаковидный фибрин в области зрачка может быть грибовидным, в области разреза в виде сферы или цилиндра. Полог обычно тянется от зрачкового края радужки. Нити могут занимать любое положение, но сохраняется тенденция натяжения от зрачка или радужки. Может встречаться сочетание этих форм. Возможен переход одной формы в другую. При накоплении фибрина идет приближение к облаковидной, при инволюции – к пленчатой или нитевидной форме. При благоприятном течении фибрин может рассасываться полностью, при неблагоприятном «высыхает» с образованием пленки или тяжа, обладающих огромным тракционным эффектом. Цвет фибрина варьирует от полной прозрачности до различных по насыщенности оттенков серого и коричневого (с напылением пигмента на поверхности). Применение лазерных технологий позволяет осуществлять решение данной проблемы [1–9].

Цель – определить присутствие фибрина как осложнения после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ и его лазерная коррекция.

Материал и методы

Выявление свежих случаев послеоперационного фибриноидного синдрома и назначение адекватной консервативной терапии способствует рассасыванию

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

фибрина и позволяет получить хорошие клинические результаты. По выраженности фибрин можно разделить на три группы. I-я – когда фибрин определяется при осмотре щелевой лампой без затруднения. II-я – фибрин с трудом визуализируется или определяется только при гониоскопии. III-я – обнаружить фибрин не удастся, определить его присутствие можно только с помощью YAG-лазера или заподозрить по клиническим проявлениям. В тех случаях, когда наблюдается большое количество фибрина или уже имеется тенденция к организации конгломерата, применение YAG-лазера для фрагментации позволяет избежать образования сращений и восстановить функциональную полноценность переднего отрезка глазного яблока. Быстро уменьшается воспаление, снижается ВГД, восстанавливается зрение, ликвидируются анатомические дефекты.

Однако иногда воспаление носит слабо выраженный характер. В этом случае послеоперационный период протекает внешне гладко. Больной выписывается из стационара с достаточно высоким зрением, умеренными признаками воспаления, которые, по мнению врача, должны долечиваться амбулаторно. У пациентов после экстракции катаракты глаз выглядит удовлетворительно. Имеется небольшая инъекция конъюнктивы, роговица почти спокойна, влага передней камеры прозрачна, радужка умеренно отечна, зрачок округлый.

При осмотре через 1–2 месяца у части пациентов наблюдается совсем другая картина. Зрачок деформирован, радужка припаяна к ИОЛ, формируется вторичная катаракта, зрение снижено, повышается ВГД. Такие явления наблюдаются в позднем послеоперационном периоде через 6–12 и более месяцев. При тщательном сборе анамнеза оказывается, что изменению в глазу предшествовали: переохлаждение, обострение хронического заболевания (артриты, гаймориты и т.д.), перенесенные вирусные инфекции.

Однако большой опыт работы с ранними послеоперационными осложнениями и длительные наблюдения позволили получить положительный результат и у пациентов, у которых осложнения появились в более позднем периоде. Лазерное лечение стало внедряться более широко в случаях подозрения на наличие вялотекущего воспалительного процесса с наличием фибрина. К сожалению, он не всегда визуализируется обычными методами. Проблема заключается в обнаружении тонкодисперсных субстанций и оптически абсолютно прозрачных структур. Тонкодисперсные системы проявляют себя в виде очень нежной пленки, которую можно увидеть при освещении ее тонким срезом щелевой лампы. При этом у больных отмечается повышение ВГД и ухудшение функций глаза как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде. При нанесении нескольких YAG-лазерных ударов со стороны передней камеры в ней наблюдаются появление мелких прозрачных «осколков» (если фибрин твердый) или снижение прозрачности влаги (при свежем процессе). Прозрачный фибрин, микровзрывом лазера

приводится к «сотрясению». Массы фибрина становятся в этот момент оптически неоднородными, что и улавливается глазом хирурга, а также отмечается в камере появление паро-газовых микропузырьков (рис. 1). Применение пробы с сотрясением YAG-лазером позволяет уточнять диагноз. Дальнейшая фрагментация фибрина и активная противовоспалительная и фибринолитическая терапия препятствуют возникновению рубцовой деформации и вторичной гипертензии. Осуществление лазерного вмешательства значительно снижает степень

послеоперационных осложнений, а во многих случаях предупреждает их, препятствует деформации зрачка и вторичной гипертензии и позволяет получить хороший клинический эффект.

Нами было исследовано 52 больных в возрасте от 41 до 83 лет. I группа больных (21 глаз) с наличием преципитатов, фибрином, сгустками крови, пигментом в просвете зрачка и на ИОЛ. II группа (12 глаз) со зрачковым блоком и III группа (19 глаз) с формирующимися синехиями. Коррекция фибрина осуществлялась больным с применением отечественного YAG-лазера «Оптимум»: длина волны 1,064 мкм, диаметр фокального

пятна 20 мкм, время экспозиции 30 нс, энергия импульса от 0,5 до 4,0 мДж. Всем больным проводилось стандартное офтальмологическое обследование, общее и местное противовоспалительное лечение. Которое состояло из нескольких направлений – консервативное, лазерное и хирургическое, второе и третье обязательно подкрепляются первым. Лазерное лечение сводилось к дисцизии фиброзных масс или их фрагментации.

Техника проведения операции – дисцизия фибриновых масс. Под эпibuльбарной анестезией на глаз ставится линза Абрахама с контактной средой. Пилотный луч наводится на поверхность фибрина или перед ней. Энергия подбирается конкретно для каждого случая (от минимальной до достаточной). В процессе операции энергия обычно повышается, т.к. прозрачность сред падает из-за фрагментов, плавающих во влаге передней камеры. Такая методика применима при локализации фибрина в области зрачка или на радужке.

Самым простым способом является работа без применения оптических приборов. Лазерное воздействие осуществляется непосредственно через роговицу. Данная методика имеет и другое преимущество: не всегда нужно проводить эпibuльбарную анестезию (что достаточно актуально при растущей алергизации населения). Кроме того, при эпibuльбарной анестезии часто наблюдается эпителиопатия и подсыхание, мешающие при работе лазером. Результаты лазерного лечения оценивались на 3, 7, 14, 21, 30-й день после воздействия.

Результаты и обсуждение

Лазерная коррекция осложнений после имплантации интраокулярных линз применялась нами у больных всех 3-х групп.

В I группу (21 глаз) включены больные с выраженными преципитатами, фибрином, сгустками крови, пигмент-

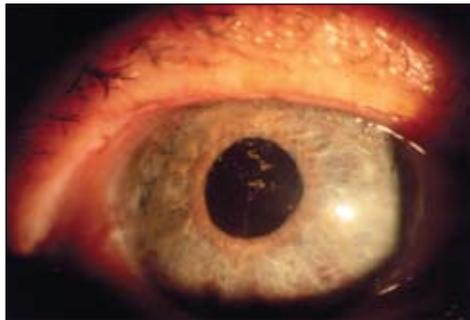


Рис. 1. Крупные и мелкие паро-газовые пузырьки, фиксированные в вязком прозрачном содержимом передней камеры глаза, особенно хорошо различимые над просветом зрачка. Появились после нескольких импульсов YAG-лазера в просвет передней камеры

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

том в просвете зрачка и на ИОЛ. Несмотря на видимое разнообразие патологии, они имели одну и ту же тактику лечения. В дальнейшем в этой группе прослеживалась тенденция к формированию вторичной катаракты. Острота зрения у них колебалась от светоощущения до 0,2. P_0 в среднем составляло $22,3 \pm 2,73$ мм рт.ст.

II группа (12 глаз) пациенты со зрачковым блоком. Острота зрения у них колебалась от светоощущения до 0,1. P_0 в среднем составляло $32,8 \pm 5,4$ мм рт.ст.

III группа (19 глаз) включала больных с формирующимися синехиями. Острота зрения у них была от 0,05 до 0,3. P_0 $20,6 \pm 1,76$ мм рт.ст.

Лазерная факодеструкция осуществлялась с помощью YAG-лазера с модуляцией добротности при наличии остатков хрусталиковых масс после экстракапсулярной экстракции катаракты. Глыбки размером до 1 мм в диаметре измельчались, для чего луч лазера фокусировался на поверхности хрусталиковых частиц, постепенно разрушая их на более мелкие пылевидные фрагменты (рис. 2-5). После этого наблюдалась их полная резорбция более чем у 90 % пациентов. Энергия импульса подбиралась индивидуально в пределах 1-4 мДж. Лазерное вмешательство производилось под прикрытием интенсивной противовоспалительной терапии.

Для устранения пигментных наложений и преципитатов с оптической поверхности ИОЛ применялась наиболее безопасная технология их удаления с помощью расфокусированного излучения YAG-лазера. Для этого луч лазера фокусировался в точке, лежащей на расстоянии 0,5-0,7 мм от поверхности линзы под углом конвергенции не менее 12°. При использовании энергии в 1,0-2,0 мДж, благодаря действию ударной волны наложения «смывались» с поверхности линзы.

При тяжелом послеоперационном иридоциклите ИОЛ может оказаться замураванной в экссудативную капсулу. В этом случае применяли методику поэтапной передней и задней капсулотомии.



Рис. 2. Начальный этап очистки передней поверхности ИОЛ от пленки фибрина. Отмечается появление мелких пузырьков

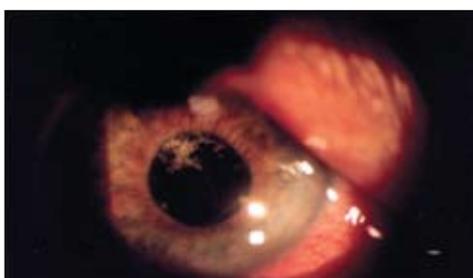


Рис. 3. Множественные пузырьки и остатки свернувшейся фиброзной пленки



Рис. 4. Продолжение фрагментации остатков фибриновой пленки. Крупные парогозовые пузырьки



Рис. 5. Завершающий этап операции, передняя поверхность ИОЛ очищена. Единичные пузырьки в передней камере

Сначала в течение 1-3 сеансов проводили переднюю капсулотомию по окружности зрачка, постепенно обнажая оптическую часть линзы. Затем на фоне противовоспалительной терапии через 1-14 дней производилась задняя капсулотомия за 1-2 сеанса.

При эктопии ИОЛ, вызванной передними синехиями или витреокорниальными тяжами, производили переднюю синехиотомию или передний витреолиз под прикрытием противовоспалительной терапии.

Задняя капсулотомия на глазах с артифакцией имеет принципиальное отличие в случае контакта задней капсулы с задней поверхностью оптической части линзы. В этих случаях заднюю капсулотомию необходимо производить через линзу Абрахама в области периферии оптической части. Фокусируя YAG-лазер на границе ИОЛ и задней капсулы, добиваясь образования газового пузырька в этой зоне, который, по мере увеличения, отслаивает капсулу от ИОЛ. Затем смещают фокус лазера на заднюю капсулу и рассекают ее. После этого, отслаивая капсулу расфокусированным излучением с помощью гидродинамического воздействия, поэтапно разрушают ее. Повреждение оптики линзы происходит только на ее периферии и не сказывается на оптических результатах операции. Энергия импульса 2-4 мДж.

Таким образом, после проведенной лазерной коррекции фибриноидного синдрома и связанных с ним осложнений, возникающих в послеоперационном периоде у лиц, перенесших экстракцию катаракты и имплантацией ИОЛ, отмечено что воспалительные явления и признаки пролиферации исчезали. ВГД нормализовалось (табл.). Острота зрения у большинства повысилась до 0,3-1,0.

Таблица

Динамика P_0 и реактивного синдрома после лазерной коррекции осложненных у пациентов с экстракцией катаракты с имплантацией ИОЛ

Сроки (сутки)	P_0 / кол-во глаз			Уровень воспаления / кол-во глаз		
	до 25	до 30	более 30	низкий	средний	высокий
3	30	14	9	23	2	1
7	42	10	1	24	2	-
14	50	3	-	16	-	-
21	52	-	-	4	-	-
30	52	-	-	-	-	-

Использование YAG-лазера «Оптимум» дает высокую клиническую эффективность и подтверждает безопасность предлагаемых методик. Возможные осложнения, возникающие в результате лечения малочисленны и в случае рецидива возможно повторное

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

применение той или иной методики лазерного воздействия.

Выводы

1. Послеоперационные осложнения в виде фибриноидного синдрома после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ успешно лечатся с помощью воздействия YAG-лазера.

2. Метод раннего выявления прозрачного фибрина с помощью YAG-лазера в ранние и поздние сроки после экстракции катаракты дает возможность своевременно применять не только противовоспалительную терапию, но и лазерное воздействие.

3. Лазерные вмешательства, разработанные авторами для коррекции фибриноидного синдрома малотравматичны, неинвазивны, успешно купируют реактивный синдром и гипертензию у лиц, перенесших экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ, а в случае рецидива возможно их повторное применение.

Литература

1. Алябьева Ж.Ю., Егоров Е.А. Применение препарата гемаза для лечения внутриглазных кровоизлияний и послеоперационного фибриноидного синдрома. Клиническая офтальмология. 2002; 3 (3): 114–116.
2. Бойко Э.В., Даниличев В.Ф., Сажин Т.Г. Современные фибринолитики в лечении заболеваний и повреждений органа зрения. Методические рекомендации. М., 2006.
3. Бойко Э.В., Даниличев В.Ф., Сажин Т.Г. Энзимотерапия фибриноидного синдрома после экстракции катаракты. Офтальмохирургия. 2005; 3: 25–29.
4. Кремкова Е.В., Новодержкин В.В., Рабаданова М.Г. Лазерное лечение осложнений антиглаукоматозных операций у пожилых больных. Клиническая геронтология. 2018; 24 (9–10): 32–34.
5. Нестеров А.П. Глаукома. М.: Мединформ, 2008. 360 с.
6. Нестеров А.П., Егоров Е.А., Новодержкин В.В., Алябьева Ж.Ю. Гемаза в медикаментозном лечении послеоперационного фибриноидного синдрома // VIII съезд офтальмологов. М., 2005: 606.
7. Новодержкин В.В. Лазерная коррекция фибринозного синдрома в послеоперационном периоде после экстракции катаракты. Клиническая офтальмология. 2001; 2 (3): 114–115.
8. Степанов А.В., Белогуров А.А., Капелюшников Н.И. и др. Новые методы лечения внутриглазных посттравматических кровоизлияний. Пособие для врачей. М., 2004. 7 с.
9. Cohn H.C., Whalen W.R., Aron-Rosa D. YAG-laser treatment in a series of failed trabeculectomies. Am. J. Ophthalmol. 1989; 108: 395–403.

Новая книга Российского глаукомного общества



Тертиенко М.Ф., Балалин С.В., Абросимова Е.В., Мяконькая О.С.

Анализ результатов комбинированной лазерной реконструкции угла передней камеры при блокаде послеоперационной фистулы после антиглаукомных операций

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России, Волгоградский филиал

Реферат

Цель – разработать и оценить эффективность способа комбинированной лазерной реконструкции угла передней камеры глаза при блокаде корнем радужки послеоперационной фистулы после антиглаукомных операций.

Материал и методы. Обследовано 38 больных (38 глаз) первичной открытоугольной глаукомой с блокадой послеоперационной фистулы корнем радужки после антиглаукомных операций. Средний возраст $65,6 \pm 0,23$ лет. Способ лечения блокады угла передней камеры корнем радужки заключается 1) в достижении медикаментозного миоза на фоне инстилляций 2% раствора пилокарпина; 2) выполнении гониопластики, состоящей в локальном нанесении лазерных коагулятов от прикорневой до зрачковой зоны радужки в количестве от 20 до 100 коагулятов, диаметр пятна 100 мкм, продолжительность импульса 100 мсек, усиливающей натяжение радужки; 3) рассечение гониосинехий YAG-лазером с мощностью импульса 7–10 мДж.

Результаты. У 38 пациентов (38 глаз) было достигнуто освобождение зоны фильтрации с реактивацией послеоперационной фистулы и нормализация ВГД. До операции внутриглазное давление было равно $28,6 \pm 0,5$ мм рт.ст., после лечения – $16,2 \pm 0,4$ мм рт.ст. Интра- и постоперационных осложнений не отмечалось. У всех пациентов была устранена блокада корнем радужки зоны НГСЭ.

Выводы. Разработанный способ комбинированной лазерной реконструкции угла передней камеры глаза позволяет у больных первичной открытоугольной глаукомой устранить блок послеоперационной фистулы корнем радужки, выполнить реактивацию интрасклерального канала и нормализовать офтальмотонус.

Ключевые слова: непроникающая глубокая склерэктомия, блокада корнем радужки зоны НГСЭ, лазерная реконструкция угла передней камеры глаза.

Актуальность

Глаукома остается одной из главных причин слепоты и слабовидения и является в настоящее время одной из актуальнейших проблем офтальмологии [1-3].

Нормализация офтальмотонуса при глаукоме является первоочередной и основополагающей задачей. Несмотря на появление новых лекарственных препаратов в медикаментозном лечении глаукомы, ведущая роль остается за хирургическими методами. Наиболее распространенными способами хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы являются фильтрующие операции непроникающего типа, которые впоследствии дополняются лазерной десцеметогониопунктурой. Это приводит к формированию в трабекулодесцеметовой мембране послеоперационной фистулы, сообщающей-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ся с интрасклеральным каналом, который открывается в субконъюнктивальное пространство фильтрационной подушки. Эффективность этих вмешательств весьма высока и достигает, по данным различных авторов, от 76 до 95% [3, 4].

Снижение эффективности или неэффективности данных операций может быть связана с частичной или полной блокадой зоны НГСЭ корнем радужки. Одним из основных предрасполагающих факторов к возникновению блокады зоны НГСЭ является перфорация трабекулodesцеметовой мембраны интраоперационно и в ходе лазерной ДГП [5-8]. В этом случае при отсутствии синехий в зоне фистулы возможно добиться ее деблоады с помощью лазерной гониопластики, но это удается в ранние сроки после формирования блока. Известен метод лазерной реконструкции угла передней камеры при гипертензии после НГСЭ, предложенный Магарамовым Д.А., Соколовской Т.В., Усольцевой Е.А., Козловой Н.А. (2010).

Однако после выполнения YAG-десцеметогониопунктуры радужка может втягиваться в интрасклеральное пространство с формированием грыжи, что сопровождается резким внезапным повышением внутриглазного давления до высоких значений и сохраняющейся декомпенсацией офтальмотонуса на фоне медикаментозного лечения. Эффективность лазерной реконструкции зоны НГСЭ в этих случаях снижается и отмечается по данным авторов в 62,1% случаев [7].

Цель - разработать и оценить эффективность способа комбинированной лазерной реконструкции угла передней камеры глаза при блокаде корнем радужки послеоперационной фистулы после антиглаукомных операций.

Материал и методы

Обследовано 38 больных (38 глаз) первичной открытоугольной глаукомой с блокадой послеоперационной фистулы корнем радужки после антиглаукомных операций. Средний возраст: $65,6 \pm 0,23$ лет. Среднее значение исходного тонометрического ВГД на фоне медикаментозного лечения составляло $34,2 \pm 0,49$ мм рт.ст. У всех пациентов проводилось комплексное офтальмологическое обследование: стандартное офтальмологическое обследование (острота зрения, данные ультразвуковой биометрии глаза, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия), статическая компьютерная периметрия, гониоскопия, оптическая когерентная томография ДЗН и ультразвуковая биомикроскопия глаза. По данным гониоскопии и ультразвуковой биомикроскопии глаза отмечалась полная или частичная блокада корнем радужки операционной фистулы после антиглаукомной операции: блокада угла передней камеры после МНГСЭ и ДГП (34 глаза) и блокада угла передней камеры после ГСЭ (4 глаза).

Для устранения блокады угла передней камеры глаза применяли «Способ комбинированной лазерной рекон-

струкции угла передней камеры после антиглаукомных операций при блокаде послеоперационной фистулы корнем радужки». На данный способ получен патент РФ на изобретение № 2638283 от 20 октября 2016 г. Способ лечения блокады угла передней камеры корнем радужки заключается:

- 1) в достижении медикаментозного миоза на фоне инстилляций 2% раствора пилокарпина;
- 2) выполнении гониопластики, состоящей в локальном нанесении лазерных коагулятов над послеоперационной фистулой от прикорневой до зрачковой зоны радужки в количестве 20-100 коагулятов, диаметр пятна 100 мкм, продолжительность импульса 100 мсек, усиливающей натяжение радужки;
- 3) рассечения гониосинехий YAG-лазером с мощностью импульса 7-10 мДж;
- 4) дополнительной гониопластики (по необходимости).

Результаты и обсуждение

У 38 пациентов (38 глаз) было достигнуто освобождение зоны фильтрации с реактивацией послеоперационной фистулы и нормализация ВГД. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечалось. У всех пациентов была устранена блокада корнем радужки зоны НГСЭ,

восстановлена анатомическая структура угла передней камеры глаза.

Средние значения показателей гидродинамики глаза у больных первичной открытоугольной глаукомой с блокадой угла передней камеры глаза до и после лазерной хирургии представлены в таблице.

Таблица
Средние значения показателей гидродинамики глаза у больных первичной открытоугольной глаукомой с блокадой угла передней камеры глаза до и после лазерной хирургии, ($M \pm t$)

Группы Показатель	Блокада послеоперационной фистулы корнем радужки (38 глаз)	После лазерной хирургии (38 глаз)	P
P ₀	$28,6 \pm 0,5^{**}$	$15,2 \pm 0,4$	<0,001
C	$0,06 \pm 0,002^{**}$	$0,2 \pm 0,003$	<0,001
F	$1,3 \pm 0,3^*$	$1,2 \pm 0,2$	<0,001
КБ	$482 \pm 34,5^{**}$	$80,4 \pm 3,5$	<0,001

Выводы

Разработанный способ комбинированной лазерной реконструкции угла передней камеры глаза позволяет у больных первичной открытоугольной глаукомой устранить блок послеоперационной фистулы корнем радужки, выполнить реактивацию интрасклерального канала и нормализовать офтальмотонус.

Литература

1. Национальное руководство по глаукоме. Для практикующих врачей / под ред. Е.А. Егорова, Ю.С. Астахова, В.П. Еричева. М., 2015. 456 с.
2. Глаукома. Национальное руководство / под ред. Е.А. Егорова. М., 2013. 824 с.
3. Фокин В.П., Балалин С.В. Современные организационные и медицинские технологии в диагностике и лечении первичной глаукомы. Офтальмохирургия. 2011; 2: 43-49.
4. Басинский С.Н. Частота осложнений и сравнительная эффективность хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2011; 12 (2): 67-70.
5. Магарамов Д.А., Соколовская Т.В., Усольцева Е.А., Козлова Н.А. Лазерная реконструкция угла передней камеры при гипертензии после непроникающей глубокой склерэктомии у больных глаукомой. Съезд офтальмологов России, 9-й: Тезисы докладов. М., 2010: 75.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

6. Ерескин Н.Н., Магарамов Д.А. Основные причины недостаточной эффективности операции НГСЭ и их устранение. Новые технологии микрохирургии глаза: научно-практическая конференция офтальмологов, 6-я. материалы. Оренбург-Орск, 1998: 25-26.
7. Ходжаев Н.С., Сидорова А.В., Старостина А.В. Лазерная реконструкция зоны непроникающей глубокой склерэктомии при ее блокаде корнем радужки. Национальный журнал Глаукома. 2017; 3: 28-34.
8. Егорова Э.В., Сидорова А.В., Оплетина А.В. и др. Профилактика интраоперационных осложнений при проведении неперфорирующих антиглаукоматозных операций. Сибирский научный медицинский журнал 2015; 35(2): 55-59.

**Ходжаев Н.С. Сидорова А.В.,
Смирнова Е.А., Баева А.В.**

Применение 1% раствора неполной серебряной соли полиакриловой кислоты в качестве гемостатического средства в вазореконструктивной офтальмохирургии

ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ, Москва

Реферат

Во время выполнения вазореконструктивных операций приходится сталкиваться с капиллярным кровотечением. Истекающая кровь ухудшает обзор и затрудняет манипуляции в ране, таким образом, интраоперационный гемостаз крайне важен при данных вмешательствах. Применение жидкого местного гемостатика «Гемоблок» (разработка НИИ крови Московской области, производитель ООО «Пуль-Сар», Россия) с заявленным временем гемостаза 1-2 минуты представляет научный и практический интерес.

Цель – оценить гемостатический эффект препарата «Гемоблок» при проведении вазореконструктивных операций в офтальмологии.

Материал и методы. В исследование было включено 12 пациентов. Всем пациентам была выполнена вазореконструктивная операция на поверхностной височной артерии. Препарат «Гемоблок» применялся при капиллярном кровотечении на этапе выделения поверхностной височной артерии путем обильной ирригации операционной раны после предварительного осушения ее поверхности. Процедура повторялась двух- или трехкратно до полного прекращения капиллярного кровотечения.

Результаты. Гемостатический эффект был достигнут во всех случаях. Среднее время гемостаза составило 140 ± 31 с. Во всех случаях был достигнут полноценный гемостаз, кровотечение не возобновлялось, повторного применения препарата не потребовалось.

Вывод. Препарат «Гемоблок» может быть успешно применен при капиллярном кровотечении в ходе вазореконструктивных операций на поверхностной височной артерии.

Ключевые слова: глаукома, вазореконструктивная операция, Гемоблок, гемостатические средства.

Abstract

During the vasa-reconstructive operations capillary bleeding is being faced. The bleeding worsens the vision and makes it difficult

to manipulate the wound, such wise intraoperative haemostasis is crucially important in the surgical operations of such kind. The use of liquid haemostatic «Haemoblock» (the production group of MONIIC LLC «Pul-Sar», Russia) locally with the application of haemostasis time equal 1-2 minutes poses theoretical as well as practical interest.

Objective. To assess the haemostatic effect of «Haemoblock» medicine during the vasa-reconstructive operations in ophthalmology

Material and methods. The cases of twelve patients were under study. All the patients underwent vasa-reconstructive surgery on the superficial temporal artery. The drug «Haemoblock» was used in case of capillary bleeding by irrigation of the operating wound after draining its surface. The procedure was repeated two or three times until the complete cessation of capillary bleeding.

Results. Haemostatic effect was achieved in all the cases. The average time of haemostasis was 140 ± 31 s. In all the cases, complete haemostasis was achieved, bleeding was not recommenced, a repeated use of the drug was not required.

Conclusion. The drug «Haemoblock» can be successfully applied in the cases of capillary bleeding during vasa-reconstructive operations on the superficial temporal artery.

Key words: glaucoma, vasa-reconstructive surgery, Haemoblock, haemostatic agents.

Введение

Вазореконструктивные операции, заключающиеся в пересечении или перевозке поверхностной височной артерии, проводятся у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой после антиглаукоматозной операции с целью усиления кровотока по глазничной артерии, что способствует постепенному уменьшению ишемических явлений в тканях глаза, улучшению зрительных функций и состояния зрительного нерва [1]. Во время выполнения вазореконструктивных операций хирург всегда сталкивается с капиллярным кровотечением различной интенсивности при выполнении кожного разреза и разделения подкожной жировой клетчатки. Истекающая кровь ухудшает обзор и затрудняет манипуляции в ране, таким образом, интраоперационный гемостаз крайне важен при данных вмешательствах. Применяемая электрокоагуляция позволяет добиться стойкого гемостаза, однако, при ее применении приходится сталкиваться с определенными трудностями, в частности, необходимость коагулировать каждый сосуд может значительно увеличивать время операции. Нельзя забывать и о том, что пациенты, которым проводятся вазореконструктивные операции, в большинстве своем пожилого и старческого возраста, некоторые из них постоянно принимают различные прямые и непрямые антикоагулянты. Применение жидкого местного гемостатика «Гемоблок» (разработка НИИ крови Московской области, производитель ООО «Пуль-Сар», Россия) с заявленным временем гемостаза 1-2 минуты и действующим независимо от состояния свертывающей системы крови могло бы быть целесообразно в данном аспекте. Препарат представляет собой 1% водный раствор неполной серебряной соли полиакриловой кислоты. Гемостатическое действие обусловлено образованием полимерного комплекса в виде эластичного сгустка при взаимодействии с белками плазмы крови (главным образом, альбумином). Блокирование синтеза бактериальной РНК ионами серебра обуславливает бактерицидное

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

и бактериостатическое действие препарата в отношении большинства микроорганизмов. Проводились исследования, подтверждающие эффективность использования гемостатического средства «Гемоблок» при капиллярных и паренхиматозных кровотечениях в стоматологии, акушерстве и гинекологии, общей хирургической практике, в том числе при эндоскопии [2-6].

Цель – оценить гемостатический эффект препарата «Гемоблок» при проведении вазореконструктивных операций в офтальмологии.

Материал и методы

В исследование было включено 12 пациентов. Пациенты находились в отделении хирургического лечения глаукомы ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ с диагнозом первичная открытоугольная оперированная глаукома II-IIIА. Критерием отбора для вазореконструктивной операции являлось значимое снижение кровотока и положительная компрессионная проба по данным ультразвуковой доплерографии. Всем пациентам была выполнена вазореконструктивная операция на поверхностной височной артерии (пересечение или перевязка ее). Препарат «Гемоблок» применялся при капиллярном кровотечении на этапе выделения поверхностной височной артерии путем обильной ирригации операционной раны после предварительного осушения ее поверхности. Процедура повторялась двух- или трехкратно до полного прекращения капиллярного кровотечения. Эффективность гемостаза оценивалась с момента применения препарата и до окончания операции. Эффективность антимикробного действия препарата не оценивалась.

Результаты

Гемостатический эффект был достигнут во всех случаях, при этом средний объем использованного препарата составил $1,46 \pm 0,24$ мл. Среднее время гемостаза составило 140 ± 31 с. Во всех случаях был достигнут полноценный гемостаз, кровотечение не возобновлялось, повторного применения препарата не потребовалось. Использование «Гемоблока» было полностью безболезненно для пациентов, не требовалось дополнительного применения местного анестетика во время проведения гемостаза. Ни в одном случае не отмечалось аллергической реакции на препарат или местного раздражающего действия. Послеоперационный период протекал мягко, при осмотре на следующий день ни в одном случае не отмечалось гематомы, геморрагического отделяемого, выраженного отека тканей или воспалительных реакций в области проведенной операции. Препарат «Гемоблок» удобен в использовании, его применение не требует специальных приспособлений или сложных манипуляций.

Вывод

Препарат «Гемоблок» может быть успешно применен при капиллярном кровотечении в ходе вазореконструктивных операций на поверхностной височной артерии. Данное местное гемостатическое средство эффективно при подобных вмешательствах ввиду того, что позволяет добиться полной остановки кровотечения в течение 2-3 минут, обеспечить оптимальную визуализацию в области операционного поля.

Литература

1. Соколовская Т.В. Сочетание непроникающей глубокой склерэк-

томии с вазореконструктивной операцией в лечении больных первичной открытоугольной глаукомой: дис. канд. мед. наук. М., 1992.

2. Плоткин А.В., Покровский Е.Ж., Воронова Г.В., Менглет К.А. Оценка эффективности гемостатического действия препарата «Гемоблок» при полостных и лапароскопических вмешательствах: мультицентровые клинические исследования. Вестн. соврем. клин. мед. 2015; 8 (1): 56-61.
3. Андреев И.А., Ибрагимов Р.А., Кузнецов М.В и др. Опыт клинического применения гемостатического средства «Гемоблок» в хирургической практике. Казанский медицинский журнал. 2015; 96 (3): 451-455.
4. Блохина Е.В. Использование препарата «Гемоблок Дент» у больных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой. Стоматолог-практик. 2014; 4: 46-48.
5. Орлов П.С., Предыбайлов Ю.С., Иванова Т.В. Опыт применения препарата Гемоблок для эндоскопического гемостаза при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2017; 2: 287.
6. Павленко Н.И., Писклаков А.В., Баринов С.В. Применение препарата «Гемоблок» при операциях на органах репродуктивной системы у девочек-подростков. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2016: 131.

Юлдашева Н.М., Кушалиева Ф.А., Ильясов Ш.Ш., Алиева А.В., Рахманова Д.С.

Оценка плотности стекловидного тела по данным мультиспиральной компьютерной томографии (пилотное сообщение)

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии им. акад. Я.Х. Туракулова, Ташкент, Республика Узбекистан

Реферат

Проведение ретроспективного анализа мультиспиральной компьютерной томографии орбиты у здоровых лиц в возрасте от 10 до 35 лет позволило определить прижизненную плотность стекловидного тела. Отслежена некоторая связь между показателем и возрастом пациентов: у детей в возрасте 10-12 лет плотность не превысила $+1+3$ НУ. У пациентов старше 12 лет и до 35 колебания составили уже $+1$ до $+4$ НУ. Результаты исследования дают основание для продолжения исследований уже у пациентов с сахарным диабетом в той же возрастной группе.

Yuldasheva N.M., Kushaliyeva F.A., Ilyasov Sh.Sh., Alieva A.V., Rahmanova D.S.

Estimation of vitreous density by multispiral computed tomography (pilot report).

Republican specialized scientific practical medical center of endocrinology, Tashkent, Republic of Uzbekistan,

Abstract

Conducting a retrospective analysis of multispiral computed

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

tomography of the orbit in healthy individuals aged from 10 to 35 years allowed to determine the vitreous density. A certain correlation between the indicator and the age of patients was tracked: in children aged 10-12 years, the density did not exceed $+1 + 3 \text{ HU}$. In patients older than 12 years and up to 35, the fluctuations were already $+1$ to $+4 \text{ HU}$. The results of the study give grounds for continuing research already in patients with diabetes mellitus in the same age group.

Введение

Биомеханика – относительно молодой раздел науки, изучающий влияние механических свойств тканей на, казалось бы, совсем не механические процессы в организме. Например, рост, развитие или формообразование. В современной офтальмологической практике широко распространены представления о биомеханических свойствах роговицы, склеры, хрусталика, решетчатой пластинки и др. В тоже время сведений о биомеханических свойствах стекловидного тела (СТ), сосудистой и сетчатой оболочек крайне мало [1]. Несмотря на то, что СТ – самая крупная интраокулярная структура, изучение его затруднено высокой степенью прозрачности и прижизненной труднодоступностью. Хорошо известно, что стекловидное тело – это трехмерная коллагеновая структура, образующая своего рода каркас. Гиалуроновая кислота поддерживает указанную коллагеновую структуру в расплавленном состоянии и обеспечивает буферные свойства СТ [2]. По современным представлениям в стекловидном теле коллагеновый каркас представлен волокнистыми пластинками, формирующими цистерны, витреальные тракты и оптические пустоты в них. Витреальные тракты и витреальные пластинки обладают повышенной механической прочностью, что направлено на погашение колебаний во время многочисленных и резких движений глаза [1]. Но стоит стекловидному телу подвергнуться патологическим изменениям, именно эти волокнистые структуры становятся причиной тракционного воздействия на сетчатку, цилиарное тело и другие структуры [3]. Но когда именно наступает тот переломный момент перехода нормального стекловидного тела в патологически измененное? Действительно ли при сахарном диабете СТ подвергается уплотнению или, как считают ряд исследователей, это посмертные его изменения? А, может, уплотненное СТ у экспериментальных животных – это продукт токсического влияния аллоксана или стрептозоцина? Все эти вопросы требуют своего детального изучения, поскольку роль СТ изучается не только при патологии сетчатки, но и при развитии глаукомы, а также при катарактальных и рефракционных вмешательствах. Другими словами, офтальмологи нуждаются в поиске прижизненного количественного метода оценки плотности СТ. Несмотря на то, что спектр лучевых исследований в офтальмологии достаточно широк (линейная рентгеномография, ультразвуковое сканирование), существующие методики не позволяют нам получить объективное представление о СТ, не имеющем видимых изменений. К преимуществам мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) относятся одновременная визуализация костных и мягкотканых структур, возможность выполнения у детей, а также быстрота методики, что значительно снижает лучевую нагрузку на организм пациента. Значительным преимуществом МСКТ является возможность оценить плотность исследуемых структур.

В связи с этим целью проведенного нами ретроспективного анализа томограмм явилась оценка однородности показателей плотности СТ у здоровых лиц одной возрастной группы.

Материал и методы

Для оценки состояния СТ мы провели ретроспективный анализ показателей МСКТ орбиты и СТ пациентов, направленных на исследование по поводу патологии внутреннего уха. При этом из анализа были исключены пациенты, имеющие воспалительные, эндокринные и другие хронические заболевания. Также не анализировали состояния СТ пациентов, имевших в анамнезе травмы головы любой степени выраженности. Группу исследования составили 47 пациентов в возрасте от 10 до 35 лет. Подобный возраст был выбран намеренно, поскольку к 10 годам наблюдается полное созревание СТ, а с 35 лет в нем начинают реализовываться процессы старения.

Результаты нашего исследования показали, что средний показатель плотности СТ у здоровых молодых людей колеблется от $+1+3$ до $+2+4 \text{ HU}$. Причем мы не отмечали у наших пациентов различия в показателях парных глаз, а также мы не отметили различия в плотности СТ периферических и центральных отделов. Также не отмечено различия в плотности СТ в зависимости от половой принадлежности пациента. Однако четко прослеживалась разница в показателях между лицами 10-12 лет и лицами старше 12 лет. У пациентов 10-12 лет ($n=13$) плотность СТ во всех наблюдениях не превысила $+1+3 \text{ HU}$. У пациентов старшего возраста показатели варьировали от $+1$ до $+4 \text{ HU}$.

Несмотря на то, что разница между показателями плотности СТ не выглядит статистически значимой, но она может служить отправной точкой для дальнейших сравнительных исследований. Например, у пациентов с возрастным разжижением СТ или его уплотнением на фоне сахарного диабета.

Вывод

Таким образом, впервые мы имеем на руках инструмент для прижизненной количественной оценки плотности СТ. Полученные результаты дают нам основание для продолжения исследования и оценке состояния СТ уже у лиц, болеющих сахарным диабетом в той же возрастной группе.

Литература

1. Биомеханика: достижения и перспективы / под ред. А.К. Цатуряна, А.А. Штейна. М.: Издательство Московского университета, 2006. 245 с. Современные проблемы биомеханики. Вып. 11.
2. Горбань А. И., Джалишвили О.А. Микрохирургия глаза, ошибки и осложнения. СПб: Гиппократ, 1993. 250 с.
3. Worst J.G.F., Li. Los Cisternal Anatomy of the Vitreous / by Worst J.G.F. and Li. Los – Amsterdam, 1995. 193 p.



<https://business-lounge.heidelbergengineering.com/ru/en/resources/article-reviews/>



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Яфясова А.Ф., Расческов А.Ю.

К выбору тактики лечения пигментной глаукомы

Казань

Реферат

Цель – провести анализ результатов лазерного и хирургического лечения пациентов с пигментной глаукомой, сравнить эффективность лечения в ранние и отдаленные сроки в двух группах: I группа – пациенты с проведенной комбинацией: лазерная иридотомия (ЛИТ) и селективная лазерная трабекулопластика (СЛТ), II группа – пациенты с проведенным стентированием шлеммова канала световодом glaucolight.

Материал и методы. Были проанализированы отдаленные (4 года) результаты лечения у пациентов с пигментной глаукомой: I группа – пациенты с проведенной комбинацией лазерной иридотомии (ЛИТ) и селективной лазерной трабекулопластикой (СЛТ), II группа – пациенты с проведенным стентированием шлеммова канала световодом glaucolight.

Результаты. Выявлено снижение ВГД и отсутствие прогрессирования глаукомно-оптической нейропатии в обеих группах как через месяц после лечения, так и в отдаленные сроки. В группе с лазерным лечением наблюдали снижение ВГД с $24,3 \pm 2,6$ до $18,9 \pm 1,9$ мм рт.ст. В группе с проведенным стентированием шлеммова канала световодом glaucolight с $23,9 \pm 2,8$ до $18,1 \pm 2,3$ мм рт.ст. Однако во второй группе понадобилось дополнительное назначение гипотензивных препаратов в 100% случаев.

Выводы. Оба подхода ЛИТ+СЛТ и стентирование шлеммова канала световодом glaucolight в лечении пигментной глаукомы являются эффективными методами, позволяющими снизить ВГД и стабилизировать ГОН. Однако во второй группе для достижения лучшего гипотензивного эффекта возникла необходимость в дополнительном назначении гипотензивных капель.

Ключевые слова: пигментная глаукома, лазерная иридотомия, селективная лазерная трабекулопластика, стентирование шлеммова канала световодом glaucolight

Iafiasova A.F., Rascheskov A.I.

To the choice of the treatment strategies for pigmentary glaucoma

Kazan

Abstract

Purpose. What type of the treatment of patients with pigmentary glaucoma is more effective immediately and in the long term: combined laser treatment or Schlemm's canal stenting with glaucolight?

Material and Methods. In this study patients were divided into 2 groups. Group 1 received combined laser treatment: LIT + SLT (laser iridotomy + selective laser trabeculoplasty). Group 2 underwent Schlemm's canal stenting with a flexible microcatheter glaucolight. The participants were followed for 4 years. IOP was measured before the treatment, 1 month after and in 4 years.

Results. IOP decreased in both groups in 1 month after the treatment and in 4 years. There was no progression of GON (glaucomatous optic neuropathy) in both groups. IOP reduced from $24,3 \pm 2,6$ to $18,9 \pm 1,9$ mm Hg. rt. in the group with laser treatment. In the group, where patients underwent stenting of Schlemm's canal IOP decreased from $23,9 \pm 2,8$ to $18,1 \pm 2,3$ mm hg.rt. However, in this group

antihypertensive medications were required in 100% of cases.

Conclusion. The results show, that both types of treatment of pigmentary glaucoma are effective methods to reduce and control IOP and stabilize GON. Nevertheless, topical antihypertensive therapy had to be added to achieve the best hypotensive effect in the second group.

Key words: pigment glaucoma, laser iridotomy, selective laser trabeculoplasty, Schlemm's canal stenting with a flexible microcatheter glaucolight.

Введение

Пигментная глаукома согласно российской классификации, предложенной А.П. Нестеровым в 1975 г. [1], относится к первичной открытоугольной глаукоме. Европейское общество глаукоматологов в 2002 г. [7] классифицирует пигментную глаукому как вторичную открытоугольную, обусловленную синдромом пигментной дисперсии (СПД), которая является латентной стадией пигментной глаукомы [2, 3]. Лечение и профилактика пигментной глаукомы до сих пор остается актуальной проблемой современной медицины. В связи с тем, что процесс накопления пигмента идет в течение многих лет, разрушая видимые трабекулярные участки и глубокие интрасклеральные каналы, течение пигментной глаукомы протекает на фоне высокого ВГД и резистентно к медикаментозному лечению [8, 9]. Такие пациенты нуждаются в комбинированном лазерном и микрохирургическом лечении. Преимуществами их являются малая инвазивность, высокая эффективность, позволяющая в ряде случаев снизить дозировку или отменить гипотензивные препараты, а также избежать или отсрочить хирургическое лечение [4-6].

Материал и методы

Ретроспективно проанализированы 2 группы пациентов с пигментной глаукомой. Первая группа – после проведенной ЛИТ+СЛТ. Вторая группа – после стентирования шлеммова канала световодом glaucolight. В первой группе было 17 пациентов (23 глаза), во второй – 15 пациентов (20 глаз). Группы были сопоставимы по возрасту ($33 \pm 5,2$ года), полу, по стадиям глаукомы, анатомическим показателям глазного яблока. Средний срок наблюдения составил 4 года. Исходный уровень внутриглазного давления в первой группе составил $P_0 = 24,3 \pm 2,6$ мм рт.ст., во второй группе – $23,9 \pm 2,8$ мм рт.ст. Коэффициент легкости оттока (C) во всех группах составлял $0,1 \pm 0,05$. При гониоскопии у всех пациентов угол передней камеры был IV степени открытия, пигментация структур угла передней камеры была +++. Всем пациентам первой группы первым этапом была выполнена одномоментная YAG-лазерная иридотомия посредством комбинированной лазерной системы SLT&YAG Tango (ELLEEX). Через 1 месяц был проведен второй этап лазерного воздействия – СЛТ, с помощью той же лазерной системы. Пациентам второй группы выполнена операция стентирование шлеммова канала световодом Glaucolight. Контроль ВГД осуществляли в первые сутки, через неделю, через месяц после лечения, а также в отдаленном периоде. Вся статистическая обработка полученного материала осуществлялась с использованием стандартных протоколов программы «SPSS 16.0 for Windows». Обработка данных производилась методами вариационной статистики, включающими вычисление средних значений, стандартных отклонений, средних ошибок, коэффициента корреляции Пирсона. Критический уровень статистической значимости составлял менее 0,05.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Результаты

У всех пациентов оперативное вмешательство и лазерное лечение прошло без осложнений. Достоверное снижение ВГД в течение всего периода наблюдения отмечалось во всех группах (табл. 1). У пациентов двух групп давление цели составило $18,9 \pm 2,0$ мм рт.ст., Однако для достижения давления цели во второй группе понадобилось дополнительное назначение гипотензивных препаратов в 100% случаев. Одному пациенту из первой группы понадобилось выполнение повторной селективной лазерной трабекулопластики через 2 года от начала лечения.

За период наблюдения удалось достичь стабилизации глаукомной оптиконейропатии. Динамика показателей периметрии у пациентов двух групп представлены в таблице 2.

Таблица 1

Показатели ВГД в группах обследования

Сроки наблюдения	Группы обследуемых	
	ЛИТ+СЛТ (ВГД мм рт.ст.)	Стентирования шлеммова канала (ВГД мм рт.ст.)
Исходное	$24,3 \pm 2,6$ $p=0,012$	$23,9 \pm 2,8$ $p=0,018$
1 сутки	$18,1 \pm 2,3$ $p=0,006$	$16,4 \pm 3,3$ $p=0,012$
1 неделя	$17,6 \pm 2,8$ $p=0,078$	$15,9 \pm 2,9$ $p=0,006$
1 месяц	$17,3 \pm 2,4$ $p=0,015$	$19,1 \pm 1,9$ $p=0,019$
Отдаленные сроки	$18,9 \pm 1,9$ $p=0,017$	$18,1 \pm 2,3$ $p=0,005$

Таблица 2

Показатели периметрии в группах обследования

Сроки наблюдения	Группы обследуемых	
	ЛИТ+СЛТ (Дб)	Стентирования шлеммова канала (Дб)
Исходное MD	$-2,12 \pm 1,36$	$-3,0 \pm 1,36$
Отдаленное MD	$-1,91 \pm 1,89$	$-2,1 \pm 1,34$
Исходное PSD	$2,87 \pm 0,978$	$2,4 \pm 1,45$
Отдаленное PSD	$2,5 \pm 1,1$	$2,1 \pm 1,34$

Примечание: MD (meandeviation)-среднее отклонение светочувствительности сетчатки, PSD (patternstandarddeviation)-паттерн стандартное отклонение.

Выводы

1. Применяемые методы лечения пигментной глаукомы: комбинация лазерной иридотомии с селективной лазерной трабекулопластикой и стентирование шлеммова канала световодом glaucolight являются эффективными способами лечения данной патологии и позволяют достичь давления цели за весь период (4 года) наблюдения.

2. Двухэтапное лазерное вмешательство позволяет полностью отменить гипотензивную капельную терапию, технически легко выполнимо, а также позволяет избежать хирургические риски.

3. Оба метода лечения высокоэффективны и, следовательно, могут широко использоваться в повседневной практике.

Литература

- Нестеров А.П. Глаукома. М.: Медицина, 1995. 256 с.
- Щуко А.Г. Механизмы развития и патогенетически обоснованные

- принципы профилактики и лечения пигментной глаукомы: Дис. ... докт. мед. наук: 14.00.16 / ГУ ВСНЦ СО РАМН. Иркутск, 2002. 184 с.
- Щуко А.Г., Юрьева Т.Н., Чекмарева Л.Т., Малышев В.В. Дифференциальная диагностика редких форм глаукомы. Иркутск: Облмашинформ, 2004. 192 с.
 - Егоров Е.А. с соавт. Глаукома. Национальное руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015: 245-258.
 - Вопросы лазерной офтальмологии. М., 2013: 138-162.
 - Курышева Н.И., Апостолю А.С., Шаталова Е.О., Семеновская А.А. Отдаленные результаты селективной трабекулопластики при псевдоэксфолиативной глаукоме. Национальный журнал Глаукома. 2014; 1: 13-21
 - Terminology and Guidelines for Glaucoma. II Edition / European Glaucoma Society. – Rome: Dogma S.r.l., 2003. 152 p.
 - Michelessi M., Lindsley K. Peripheral iridotomy for pigmentary glaucoma (review). Coch. Data. System. Reviews. 2016; 2. No. CD005655. doi:10.1002/14651858.CD005655.pub2
 - Wasylyuk J.T., Piekarniak-Wozniak A., Grabska-Liberek I. The hypotensive effect of selective laser trabeculoplasty depending on iridocorneal angle pigmentation in primary open angle glaucoma patients. Arch. Med. Sci. 2014; 10 (2): 306-308.

Окончание, начало на стр. 14

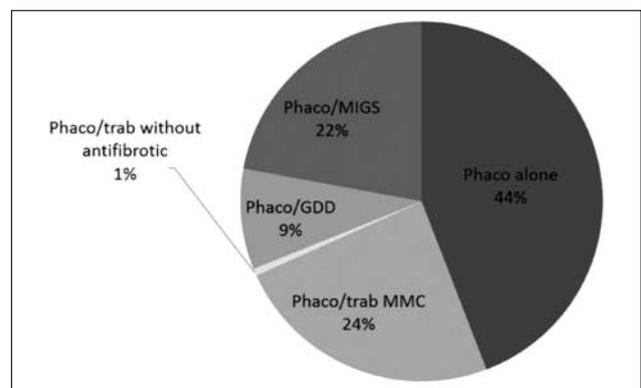


Рис. 3. Среднее использование (в процентах) факэмульсификации катаракты в одиночку по сравнению с комбинированной хирургией в неоперированном глазу с первичной открытоугольной глаукомой и визуально значимой катарактой. GDD – дренажное устройство; MIGS – минимально инвазивная хирургия глаукомы; MMC – митомицин С; phaco – факэмульсификация катаракты; trab – трабекулэктомия. Информация предоставлена по результатам опроса членов Американского глаукомного общества (АГО), 1996-2016 гг. (Kateki Vinod et al., J. of Glaucoma. 2017; 26 (8): 687-693).

более предпочтительной для хирургического лечения глаукомы в 8 из 8 клинических случаев в 1996 году, GDD был предпочтительным в 7 из 8 клинических случаев в 2016 году.

Выводы. Использование дренажей (GDD) в хирургии глаукомы увеличилось (рис. 2), а трабекулэктомия одновременно уменьшилась (рис. 1) за последние два десятилетия. Трабекулэктомия с помощью MMC является наиболее популярной в первичной хирургии глаукомы, когда проводится отдельно или в сочетании с факэмульсификацией катаракты (рис. 3). Хирурги очень часто проводят изолированную факэмульсификацию катаракты у пациентов с ПОУГ с целью управления процессами гидродинамики. 

Материал подготовила д.м.н. И.Р. Газизова, октябрь 2018 ©

НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ

Окончание, начало на стр. 39

Дифференциальный диагноз проводится с идиопатическими хориоретинальными складками, ретробульбарной патологией (в т.ч. опухолями орбиты), воспалительной патологией склеры (тиреоидная офтальмопатия, псевдотумор орбиты, ревматоидный склерит), осложнениями склерального пломбирования, хориоретинальными опухолями, хориоидальной неоваскуляризацией.

Хроническая гипотония определяется как ВГД менее 6 мм рт.ст. на сроках более 3 мес. и может привести к необратимым хориоретинальным изменениям, таким как макулопатия, хориоидальная эффузия и последующее снижение зрения. Однако в глазах с хронической гипотонией может длительно сохраняться высокое зрение без каких-либо сопутствующих осложнений.

Лечение ГМ зависит от правильного и своевременного определения причины гипотонии. При наличии наружной фильтрации консервативное лечение включает в себя конъюнктивальную компрессию (мягкие контактные линзы с

большим диаметром, коллагеновый каркас и пр.) и/или использование средств, угнетающих продукцию водянистой влаги, низкоэнергетическое аргон-лазерное облучение, криотерапию, инъекции аутокрови (в подушку или около), использование биоклея на основе фибрина; конъюнктивальные компрессионные швы к склеральному лоскуту и ревизию склерального лоскута. При неэффективности упомянутых мероприятий целесообразно рассмотреть вопрос витреоретинального вмешательства. Это может быть введение газа в переднюю камеру (14% C_3F_8), интравитреальное введение газов (предполагаемый механизм: окклюзия области фильтрации + умеренный воспалительный ответ, вызывающий начальное рубцевание + расправление складок + тампонада возможной отслойки сосудистой оболочки). Наконец, возможна pars plana витректомиа с тампонадой витреальной полости перфторорганическими жидкостями или силиконовым маслом. 

**Шеф-редактор «Новостей глаукомы»
к.м.н. А.Ю. Брежнев, ноябрь 2018 ©**

Окончание, начало на стр. 1-2, 6, 10

использовать другие средства оптической коррекции. В большом количестве случаев это позволяет избежать кератопластики и обеспечить хорошую социальную реабилитацию.

В секции «История офтальмологии» профессор А.Н. Щерба показал, что средства вооруженной борьбы опережали развитие офтальмологических технологий по лечению органа зрения. Н.А. Емельянова, Э.Н. Эскина, В.А. Рейтузов, М.В. Юхно, А.Н. Розанов, Р.И. Коровенков, Т.В. Гаврилова показали вклад великой княгини Елены Павловны, академиком Н.И. Пирогова, Э.А. Юнге, Л.Г. Беллярминова, проф. П.И. Чистякова, других представителей отечественной офтальмологической школы в становление и развитие отечественной офтальмологии.

На секции «Хирургия катаракты» профессор Ю.В. Тахтаев в своем докладе обратил внимание на важность данных кератотопографии в расчете силы интраокулярных линз после рефракционных вмешательств на роговице, а также необходимость использования новейших формул расчета и онлайн-калькуляторов, разработанных для этой категории пациентов. Профессор Е.И. Беликова поделилась опытом своей клиники о комплексном влиянии на выбор формулы расчета силы линзы величины аксиальной длины глаза, преломляющей способности роговицы и глубины передней камеры оперируемого глаза. Профессор И.Э. Иошин обсудил возможности проведения хирургического вмешательства по поводу катаракты на двух глазах одновременно. Это вызвало дискуссии среди сторонников и противников одновременного вмешательства. Во втором сообщении автор поделился опытом имплантации линзы с иридокапсульным типом фиксации отечественного производства. Он показал необходимость использования таких линз при наличии сенильных подвывихов мутных хрусталиков у возрастной категории пациентов, а также при операциях при травматических повреждениях глаз. Доклады к.м.н. Е.В. Кокаревой и к.м.н. Ю.И. Пирогова были посвящены особенностям расчета силы интраокулярной линзы в зависимости от результатов разных способов биометрии, а также практическую возможность диагностики и значимость разных аксиальных типов смещения оптической части ИОЛ.

Заслушанные доклады секционного заседания «Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и консервативного лечения глаукомы» были посвящены современным научным взглядам на патогенез глаукоматозного процесса, а также направлениям в ранней диагностике и подходам в консервативном лечении глаукомы, основанным на международных стандартах. В совместном докладе с профессором В.В. Волковым д.м.н. И.Л. Симакова подробно осветила разработки, научные изыскания и достижения сотрудников кафедры офтальмологии ВМедА в изучении вопросов патогенеза глаукомы на протяжении с XIX по XXI век. В своем докладе профессор Е.Н. Иомдина представила современную точку зрения на роль склеры в биомеханической теории развития глаукомной оптиконейро-

патии и ее гистологическое обоснование. Профессор В.В. Страхов сообщил новые данные о ретинальной симптоматике при глаукоме, которые, вероятно, расширят патогенетический горизонт этого заболевания. К.м.н. В.В. Потемкин осветил особенности патогенеза и клинической картины псевдоэксфолиативной глаукомы на фоне развития псевдоэксфолиативного синдрома как системной патологии организма человека. К.м.н. О.В. Гапонько в докладе от группы авторов представила в свете технического прогресса эволюцию современных методов морфометрической оценки диска зрительного нерва как структурной составляющей международного стандарта в диагностике и мониторинге глаукомы. Профессор В.П. Еричев в своем докладе «Успешный старт – успешное лечение» всесторонне осветил вопросы современного и своевременного терапевтического лечения глаукомы, прежде всего за счет более широкого использования в клинической практике фиксированных форм гипотензивных препаратов.

В работе секции «Хирургическое лечение глаукомы» были затронуты многие проблемные вопросы и представлены достижения в разработке современных способов хирургического лечения различных форм глаукомы. С обзорным докладом, посвященным особенностям различных форм глаукомы у детей, выступил профессор В.В. Бржецкий. Д.м.н. А.Н. Куликов в своем докладе представил обзор и эволюцию подходов к методике циклодеструктивных вмешательств при лечении рефрактерной глаукомы, а также подчеркнул, что возможности современной лазерной техники, применяемой в офтальмологии, делают такие вмешательства все более безопасными. Целесообразность и эффективность современного комбинированного хирургического лечения глаукомы и катаракты в своем докладе осветил д.м.н. Д.И. Иванов. Доклад д.м.н. В.П. Николаенко был посвящен анализу состояния глазной поверхности при консервативном и хирургическом лечении глаукомы. Проблему злокачественного течения, ошибок в диагностике и лечении различных форм глаукомы представила в своем докладе к.м.н. А.Н. Журавлева. Д.м.н. Е.В. Карлова в своем докладе осветила особенности хирургического лечения вторичной глаукомы у пациентов, перенесших витреоретинальное хирургическое вмешательство с тампонадой силиконовым маслом.

В ходе конференции была организована работа секции «Инновационные технологии в деятельности операционных медицинских сестер в офтальмохирургии», в которой приняли участие более 70 медицинских сестер из разных регионов нашей страны.

Конференция прошла в теплой и дружественной атмосфере, вызвала живой интерес у слушателей и позволила участникам оценить современные возможности оказания специализированной офтальмологической помощи с применением высоких технологий, обменяться опытом и наметить перспективы развития офтальмохирургии при поражениях органа зрения. 

**Информация предоставлена оргкомитетом
конференции, сентябрь 2018 ©**

НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ НОВОСТИ

Книжные новинки

Милявская Т.И., Игнатъев С.А. Биноккулярное зрение и его нарушения. – М.: МИК, 2018. 440 с. Монография соответствует разделу «офтальмология» типовой учебной программы дополнительного последипломного образования врачей по специальности «глазные болезни». В монографии представлены результаты исследований одной из ведущих функциональных зрительных систем – биноклярного зрения. Разработанные авторами модель зрительной проекции пространства и многомерное моделирование нарушений биноклярного зрения углубили представление о физиологических механизмах основных видов биноклярной патологии. Книга предназначена для врачей-офтальмологов, оптометристов, медицинских сотрудников реабилитационных офтальмологических подразделений, физиологов.



Трубилин В.Н., Куренков В.В., Полунина Е.Г., Капкова С.Г., Маркова Е.Ю. Алгоритм диагностики дисфункции мейбомиевых желез и водонепроницаемой формы синдрома «сухого глаза»: учебное пособие. М.: ФМБА, 2018. 17 с.

Учебное пособие посвящено проблеме дисфункции мейбомиевых желез и водонепроницаемой формы синдрома «сухого глаза». Составлено в соответствии с примерной программой по глазным болезням для постдипломной подготовки. Предназначено врачам,



клиническим ординаторам и интернам для облегчения и ускорения принятия решения при проведении профилактики и лечения заболеваний глазной поверхности. Пособие может использоваться при проведении практических занятий для облегчения процесса обучения и запоминания.

Практическая офтальмология. Руководство. Под ред. П.Х. Бломквиста; пер. с англ. П.А. Нечипоренко; под ред. Ю.С. Астахова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 400 с.

Руководство Американской академии офтальмологии «Практическая офтальмология», выдержавшее уже семь изданий, – основное справочное пособие для обучения будущих офтальмологов и уже практикующих врачей в США и некоторых других странах. В книге последовательно и четко изложены методы исследования глаз: как традиционные, так и современные, подробно описаны все пошаговые инструкции (протоколы), которые необходимо соблюдать для полноценного обследования больного. Одновременно это учебное пособие, в котором разобраны возможные ошибки и неточности при выполнении диагностических процедур.

В издание включены раздел, посвященный неотложным состояниям в офтальмологии, и список наиболее часто употребляемых лекарственных препаратов с указанием их доз, способов применения и побочных эффектов.



Заявки на приобретение следует направлять по электронной почте oftalmbook@mail.ru
тел.: 8 (495) 798-40-87, +7 (926) 589-97-58
Веб-сайт www.Glazbook.ru

НОВОСТИ ГЛАУКОМЫ (Glaucoma News) ©

Ежеквартальный профессиональный бюллетень для офтальмологов

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС77-49265 от 4 апреля 2012 года выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия (перерегистрировано в связи со сменой учредителя).

Главный редактор:
профессор Е.А. Егоров (Москва)
Зам. главного редактора:
д.м.н. А.В. Куроедов (Москва)
Тел.: 8 (800) 707 33 74,
eye@eyenews.ru

Шеф-редакторы:
к.м.н. А.Ю. Брежнев (Курск)
д.м.н. И.А. Лоскутов (Москва)
Выпускающий редактор:
В.В. Городничий (Москва)
Тел.: 8 (800) 707 33 74

Обозреватели:
к.м.н. Р.В. Авдеев (Воронеж)
д.м.н. А.С. Александров (Москва)
к.в.н. С.А. Бояринов (Москва)
д.м.н. И.Р. Газизова (Санкт-Петербург)
Д.А. Дорофеев (Челябинск)
к.пед.н. Н.А. Емельянова (Москва)
С.А. Жаворонков (Москва)
к.м.н. В.Ю. Куроедова (Москва)
к.м.н. О.Н. Онуфрийчук (Санкт-Петербург)
к.м.н. Ю.И. Рожко (Гомель, Беларусь)
к.м.н. А.В. Селезнев (Иваново)

Веб-поддержка: **Г.А. Остапенко** (Воронеж)
HMSTL BUREAU (Москва)
Корректор: **А.Н. Юшина** (Москва)



Зарегистрированный товарный знак

Этот номер вышел в свет благодаря помощи партнеров: Аллерган, Алкон, Аскин и Ко, Атон, БиСиКей М, Валеант, Вартамана Инт. Тредерс, Ромфарм, Сантэн, Сентисс, Урсфарм, Хейдельберг Инжиниринг, Эр Оптик. Наши информационные партнеры: Болгарский форум глаукома, Глаз, Клиническая офтальмология, Оправы и линзы, Оптометрия, Офтальмология, Офтальмологические ведомости, Европейское глаукомное общество, Всемирная Глаукомная Ассоциация, Journal GlaucomaToday (США), OSN SuperSite, Journal of Current Glaucoma Practice (Индия), Journal of Glaucoma-Cataract (Турция), Общество хирургов-глаукоматологов

Полистать «Новости глаукомы» можно здесь: <http://issuu.com/eyenews>

Российская редакционная коллегия

Проф. **В.Н. Алексеев** (Санкт-Петербург)
Проф. **И.Б. Алексеев** (Москва)
Проф. **Ю.С. Астахов** (Санкт-Петербург)
Проф. **М.М. Биков** (Уфа)
Проф. **Э.В. Бойко** (Санкт-Петербург)
Проф. **В.В. Бржецкий** (Санкт-Петербург)
Академик РАН **А.Ф. Бровкина** (Москва)
Проф. **В.В. Волков** (Санкт-Петербург)
Проф. **Л.П. Догадова** (Владивосток)
Проф. **А.Е. Егоров** (Москва)
Проф. **Н.В. Иванова** (Симферополь)
Проф. **Т.Г. Каменских** (Саратов)
Доц. **Д.В. Кац** (Москва)
Проф. **О.А. Киселева** (Москва)
Проф. **Н.И. Курышева** (Москва)
Проф. **О.И. Лебедев** (Омск)
Проф. **Е.С. Либман** (Москва)
Проф. **И.Б. Максимов** (Москва)
Проф. **Б.Э. Малюгин** (Москва)
Проф. **В.А. Мачехин** (Тамбов)
Академик РАН **Л.К. Мошетова** (Москва)
Член-корр. РАН **В.В. Нероев** (Москва)
Проф. **А.А. Рябцева** (Москва)
Проф. **В.В. Страхов** (Ярославль)
Проф. **В.Н. Трубилин** (Москва)
Проф. **Н.С. Ходжаев** (Москва)
Проф. **А.Г. Шуко** (Иркутск)
Проф. **В.Ф. Экгардт** (Челябинск)

Международная редакционная коллегия

Член-корр. АМН **Т.К. Ботабекова** (Казахстан)
Член-корр. АМН **З.Ф. Веселовская** (Украина)
Проф. **О.Г. Головачев** (Грузия)
Член-корр. АМН **Г.Д. Жабедов** (Украина)
К.м.н. **С.С. Иманбаева** (Кыргызстан)
Проф. **Э.М. Касимов** (Азербайджан)
Проф. **К.С. Каранов** (Туркменистан)
Проф. **В.Н. Кушнир** (Молдова)
Проф. **А.С. Малаян** (Армения)
Проф. **Л.Н. Марченко** (Беларусь)
К.м.н. **З.У. Сидиков** (Узбекистан)
Assist. Prof. **V. Anguelov** (Болгария)
Prof. **T. Dada** (Индия)
Prof. **V. Dayanir** (Турция)
Prof. **T. Shaarawy** (Швейцария)

Интернет-версия – ЭПИ «Новости Глаукомы точка Ру» («GlaucomaNews.RU») ©

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл №ФС77-24923 от 22 июня 2006 года выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Создание и поддержка сайта: Дизайн-Арт Студия www.Design-Art.ru ©, www.rosintek.ru ©, www.homestyle.ru ©
Идея оформления: А.В. Куроедов ©
Учредитель: А.В. Куроедов
Адрес редакции: 121059, Москва, ул. Можайский Вал, 1-19
Адрес для переписки: 107014, Москва, ул. Б. Оленья, 8А, ФГКУ ЦВКГ им. П.В. Мандрыка МО РФ, А.В. Куроедову
Дизайн и печать: Издательство «Офтальмология»
e-mail: publish_mntk@mail.ru
Тел.: (499) 488-89-25

Ищите в и

Тираж 1500 экз.
Бесплатно для лечебных учреждений.
Номер подписан в печать 1 декабря 2018 года.

Все права защищены. Охраняется Гражданским кодексом Российской Федерации. Незаконное использование результатов интеллектуальной деятельности либо иное нарушение, предусмотренное действующим законодательством Российской Федерации, влечет за собой гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность. Ни одна часть издания не может быть публично воспроизведена (печатать, видео, интернет, публичные презентации и др.) без предварительного письменного разрешения редакции. При цитировании ссылка на бюллетень «НОВОСТИ ГЛАУКОМЫ» обязательна. Вся ответственность за достоверность информации несут авторы публикаций. Точка зрения редакции не обязательно совпадает с мнением авторов. Редакция не несет ответственности за содержание материалов рекламного характера.

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА

2018

ВМЕСТЕ ПРОТИВ СЛЕПОТЫ

первая пятница декабря

SUBMIT YOUR ABSTRACT & REGISTER NOW

8th WORLD GLAUCOMA CONGRESS

MARCH 27 - 30, 2019 MELBOURNE

The 5th Annual Congress on CONTROVERSIES IN OPHTHALMOLOGY: ASIA-AUSTRALIA

FEBRUARY 22-23, 2019 | SHANGHAI, CHINA

SHANGHAI

Анонс следующего номера

50

- Пульс Общества глаукоматологов • Новости, бизнес-новости, абстракты, авторефераты, книжные новинки и рецензии
- **Тема номера: Диагноз ПОУГ: что говорят эксперты? (по следам публикации Консенсус серии Всемирной глаукомной Ассоциации)** • «Эксперимент», «Цифры», «Гипотезы», «Технологии», «Заметки ветеринара» • Офтальмологическая карта России • «RetinaNews» - ежеквартальные новости для ретинологов (персональная страница к.м.н. А.Ю. Брежнева) • «Все течет - все изменяется» - новости клиники и морфологии (персональная страница проф. О.И. Лебедева) • Скорость истончения слоя нервных волокон сетчатки у пациентов с подозрением на глаукому
- Исследование in vitro параметров цитотоксического действия антиглаукомного препарата, содержащего латанопрост и консервант бензалкония хлорид, на культуру клеток лимба и влияние на них посредством слезозаменителей • Синтетические аналоги простагландинов в монотерапии и при комбинированном назначении у животных (обзор литературы, окончание) • Российская школа глаукоматолога в Санкт-Петербурге • Итоги Конгресса Российского глаукомного общества. Почему мы все там бываем каждый год? •



Журнал «Клиническая офтальмология» уже более 18 лет выходит в свет!

Да, да, первый номер журнала, в виде пилотного приложения вышел в далеком 1999 году. Ну, а в «свежем» номере (№ 4, 2018) журнала «Клиническая офтальмология» (главный редактор - проф. Е.А. Егоров)

читайте: оригинальные статьи, обзоры, клинические случаи, конференции.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС 77-56951. ISSN 2311-7729. **Журнал включен в список ВАК** (редакция от августа 2018 года).

Статьи публикуются на безвозмездной основе.