

Скорости, с которой эволюционирует современная офтальмология, может позавидовать любой раздел медицины. Если ещё каких-то 30 лет назад пределом возможностей было затормозить процесс утраты зрения, чтобы человек мог видеть вокруг себя хотя бы что-то, то сегодня благодаря технологиям офтальмохирургии он может видеть мир в деталях.

Об очередных результатах научных исследований и их применении в клинической практике шла речь на 16-й научно-практической конференции с международным участием «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии». Этот традиционный форум, организуемый МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, можно назвать смотрами достижений российских офтальмологов и их зарубежных коллег.

Эпоха сочетанной патологии

Одной из особенностей современной офтальмохирургии является то, что врачам всё чаще приходится иметь дело с пациентами, страдающими сочетанной патологией органа зрения. «В нашей специальности всё очень переплетено: с одной стороны, есть тенденция к более узкой специализации, с другой – хороший специалист не может быть только «катарактологом» или «глаукоматологом», у него должны быть хорошие знания о смежных дисциплинах», – говорит заместитель генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза», доктор медицинских наук, профессор Борис Малюгин.

– Так, примерно у 20% пациентов, которые обращаются к врачу по поводу хирургического лечения катаракты, изначально имеются аномалии внутриглазного давления. Это может быть либо глаукома, либо офтальмогипертензия. В такой ситуации хирургу важно не только правильно поставить диагноз, но и чётко определить тактику лечения. Мы знаем, что сочетание катаракты и глаукомы встречается и при иных обстоятельствах: после операции по поводу глаукомы в течение последующих 5 лет у пациента, как правило, возникает катаракта. До недавнего времени это считалось практически неизбежным, а сегодня степень вероятности данного осложнения обусловлена выбором антиглаукомной операции. Если хирург использует традиционные технологии – трабекулэктомию, синустрабекулэктомию, то катаракта развивается практически в 100% случаев. Если используются новые технологии, например, непроникающая хирургия глаукомы, то риск развития катаракты существенно снижается, – подчёркивает профессор Малюгин. – Непроникающая технология хирургии глаукомы – это отечественная разработка школы академика С.Н.Фёдорова, которая получила распространение во всём мире.

В своём докладе Б.Малюгин сделал акцент на технологических особенностях и результатах микроинвазивной сочетанной хирургии катаракты и глаукомы, отметив, что в настоящее время разработан ряд безопасных и удобных в применении методов комбинированной хирургии. К их основным достоинствам относят малый риск травмы деликатных структур глаза и сопутствующих осложнений.

– Пациенты с глаукомой вынуждены постоянно пользоваться антиглаукомными препаратами, чтобы поддерживать в норме внутриглазное давление. Именно для них сочетанное хирургическое вмешательство, включающее микроинвазивную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и микроинвазивное лечение глаукомы, смысл которого заключается в создании дополнительных путей для оттока жидкости из передней камеры глаза в Шлеммов канал или в супраорбитальное пространство, является наиболее оптимальным вариантом решения проблемы, – резюмировал Б.Малюгин.

Комплаенс имеет значение

Говорить о профилактике глаукомы пока не приходится. Науке до конца не известны все патогенетические механизмы развития заболевания, существует лишь масса теорий: сосудистая, генетическая, обменная, воспалительная, иммунная. Есть впечатление, что к глаукоме приводит сочетание раз-

вания глаукомных изменений в глазу. В реальной клинической практике это делается при проведении компьютерного анализа полей зрения с оценкой светочувствительности центральной зоны сетчатки. Нередко врачи считают, что прогрессирование заболевания имеет простой и линейный характер, поэтому думают, что по ранним изменениям можно чётко предсказать скорость течения заболевания в будущем. Однако

интраокулярной линзы с учётом прогнозируемого роста глаза и соответствия рефракции парного глаза, на котором нет катаракты. При полной врождённой катаракте имеет значение время проведения хирургического лечения: чем раньше, тем лучше. Оптимально, когда операция выполняется в течение первых 3 месяцев после рождения, чтобы обеспечить правильное развитие зрительной системы.

В то же время, подчёркивает

специалисты нашей страны, представители самых разных учреждений.

На этом фоне особенно актуальным было сообщение специалистов МНТК «Микрохирургия глаза» об их достижениях в лечении роговичной патологии.

В докладе, обосновывающем тканесберегающий подход к кератопластике, профессор Малюгин дал оценку результатам использования одной донорской роговицы для

Ориентиры

# Десять лет – за счастье видеть

## Дальнейшее развитие офтальмологии предопределено высокими потребностями общества



Новейшая лазерная система для коррекции аномалий рефракции

ных факторов, причём, у каждого человека эти «кубики» складываются своим образом. По большому счёту, офтальмологи лечат не саму глаукому, а её симптомы, однако и это архиважно, учитывая, что в течение 10 лет наблюдения 26% пациентов слепнут.

– Почему люди продолжают слепнуть от глаукомы? – с таким вопросом обратился к аудитории профессор офтальмологии из Университета Сан-Паулу (Бразилия) Ремо Сусанна.

Причин несколько. Первая – несмотря на все достижения офтальмологии, появление нового оборудования, постоянное расширение наших знаний о данном заболевании, среднее время от начала болезни до постановки диагноза «глаукома» составляет 12 лет. У многих пациентов к этому времени уже наблюдается серьёзная потеря зрения. Идентификация глаукомы объективно сложна. До того, как появятся ранние изменения в поле зрения, происходит значительная потеря слоя нервных волокон. В идеале глаукоме нужно выявлять ещё до того, как появятся дефекты в поле зрения, но в реальности диагноз не может быть установлен до тех пор, пока не потеряно 38% нервных элементов.

Вторая причина – недостаточность назначенного лечения. Это происходит в тех случаях, когда врач недооценивает тяжесть состояния. Профессор Сусанна подчёркивает, что очень важным прогностическим показателем является не просто внутриглазное давление, а его пиковый уровень. Именно поэтому так важно измерять и оценивать не только результаты однократных измерений, но и суточные колебания и скачки внутриглазного давления.

– К примеру, у пациента целевое давление в пределах 14 мм рт.ст, а во время теста с водной нагрузкой вы определяете пик давления, равный 25 мм рт.ст. Это может указать на необходимость более агрессивного лечения тех пациентов, которые казались нам до этого вполне хорошо компенсированными. Вот так нас «дурачит» глаукома, – обратил внимание ведущий специалист по лечению глаукомы из Бразилии.

Ещё одна причина того, что многие слепнут – неправильная оценка скорости прогресси-

рующей глаукомы, и прогрессированием глаукомы, и полагаются исключительно на скорость изменений светочувствительности сетчатки не всегда правильно.

Четвёртая причина – позднее начало лечения. По словам Ремо Сусанны, ошибочно думать, что пациенты с глаукомой не надо лечить, потому что лишь немногие из них в итоге ослепнут: «Кем-то из профессионалов было высказано мнение, что ранее начало лечения важно только для пациентов с сочетанием нескольких факторов риска: высокое внутриглазное давление, псевдоэкзофтальмия и молодой возраст. Если все эти факторы присутствуют, то риск прогрессирования глаукомы и слепоты есть. У остальных же он не так велик, поэтому не обязательно начинать лечение таких пациентов. Это в корне не верно, и согласиться с таким подходом я не могу».

И, наконец, пациенты тоже отчасти виноваты в том, что слепнут, считает специалист. Они недостаточно хорошо соблюдают режим лечения, к примеру, в Америке 30% больных через 3 месяца самостоятельно прекращают закапывание антиглаукомных препаратов. «Может быть, им недостаточно хорошо объяснили? Комплаенс, как строгое следование пациента рекомендациям врача, имеет очень большое значение», – считает Ремо Сусанна.

Недетские болезни детского возраста

Отдельная секция форума была посвящена детской катаракте, и это подчёркивает актуальность проблемы несмотря на то, что врождённая катаракта у детей встречается относительно редко – 3 случая на 20 тыс. новорождённых. Заведующий отделом микрохирургии и функциональной реабилитации глаза у детей МНТК «Микрохирургия глаза», доктор медицинских наук, профессор Павел Володин подчёркивает, что хирургическое лечение в детском возрасте имеет свою специфику, обусловленную анатомо-топографическими особенностями глаза ребёнка раннего возраста:

– Одной из сложностей является правильными расчёт оптической силы имплантируемой

П.Володин, принятие решения о хирургическом лечении катаракты у детей должно быть обоснованным, поскольку бывают случаи, неполной частичной катаракты, которая существенно не влияет на зрительные функции и может медленно прогрессировать в течение длительного времени и не требует незамедлительной хирургии. Таким образом, необходим дифференцированный подход, с учётом степени помутнения хрусталика и возраста ребёнка.

Что касается замены интраокулярной линзы по мере взросления пациента, то в МНТК «Микрохирургия глаза» эта технология тоже практикуется, но не часто: это сопряжено с существенной травмой глаза и далеко не во всех случаях вообще технически возможно. В настоящее время превалирует следующий подход: с учётом степени помутнения хрусталика детям до 6 месяцев имеет смысл удалять катаракту без имплантации ИОЛ с последующим подбором контактной линзы для коррекции афакии. Затем, в возрасте 2-3 лет, ребёнку может быть имплантирована ИОЛ. В возрасте старше 6 месяцев операцию по удалению катаракты проводят одновременно с имплантацией искусственного хрусталика. Справедливость такого взвешенного подхода подтверждают и многочисленные данные отечественных и зарубежных офтальмологов.

Известный американский офтальмохирург профессор Джеральд Р.Шульц из Медицинского центра университета Лома Линда (Южная Калифорния, США) в своём докладе «Катаракта у детей – наследственная и приобретённая» подчёркнул, что генетически детерминированная наследственная катаракта может быть изолированной патологией либо частью какого-либо синдрома. Он привёл целый список синдромов, обусловленных хромосомной патологией, при которых у ребёнка может развиться катаракта. В их числе такие распространённые, как трисомия. И этот факт, подчёркивает профессор Шульц, требует повышенного внимания со стороны офтальмологов к таким малышам.

Среди других причин, вызывающих врождённую катаракту у детей, он назвал инфекции, которыми переболела женщина во время беременности, а также воздействие радиации и наркоманию будущей мамы. Данные факторы необходимо учитывать как акушерам-гинекологам, так и детским врачам, чтобы после рождения малыша обеспечить осмотр его квалифицированным офтальмологом.

Действуй по алгоритму

«К большому нашему сожалению, у нас нет возможности оказать хирургическую помощь всем пациентам, которые нуждаются в пересадке роговицы. Все российские клиники, которые занимаются пересадкой роговицы, сталкиваются с недостатком донорского материала», – так характеризуют ситуацию с катарактальной веду-

двух пациентов. При этом больным с патологией стромы роговицы пересаживали переднюю часть донорской роговицы, а пациентам с повреждёнными эндотелиальными клетками – её задние слои. При всех организационных и технических сложностях такой задачи была реально сэкономлена 1/5 часть донорского материала, а это значит, на 20% удалось увеличить число пролеченных пациентов.

Ещё одним достижением специалистов МНТК «Микрохирургия глаза» стало то, что на основе многолетних исследований они сформировали комплексную систему лечения больных с кератоконусом и другими кератозкразиями различного генеза. При этом удалось отсрочить, а порой и вовсе устранить необходимость в пересадке роговицы. Алгоритм, предложенный специалистами МНТК, уже получил признание в мире. Вот что рассказала об этом заведующая отделом трансплантационной и оптико-реконструктивной хирургии переднего отдела глазного яблока доктор медицинских наук Светлана Измайлова:

– За последние 10 лет кардинально изменились подходы к лечению патологии роговицы, в частности, кератоконуса. Если раньше у врачей была лишь выжидательная тактика, которая заключалась в подборе пациенту контактных линз или очков, а на заключительной стадии заболевания выполнялась трансплантация донорской роговицы, то сейчас мы ставим приоритетом раннее выявление и лечение данной категории пациентов. А современные хирургические технологии позволяют излечивать таких больных в большинстве случаев без использования кератопластики.

До сих пор в сообществе специалистов идёт дискуссия о том, с чего начинать лечение, в каких ситуациях, и в какой последовательности применять те или иные методы, чтобы достичь максимального и наиболее стойкого результата. В МНТК стандартизировали алгоритмы лечения, и впервые создали стройную и логически обоснованную классификацию, ориентирующую хирурга на применение наиболее адекватного метода лечения конкретного пациента, чтобы при минимальной инвазивности вмешательства обеспечить его максимальную эффективность.

\* \* \*

О том, что все усилия офтальмологов имеют огромное значение, говорит следующий факт. Согласно данным социологического исследования, которое проводилось в Европе, чтобы иметь возможность видеть, люди готовы пожертвовать 10 лет из уже прожитых и по одному году из каждых последующих. Такую цену человеку не жалко заплатить за то, чтобы сохранить зрение, поскольку эта способность придаёт жизни осмысленность.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.