

**Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения Республики Казахстан**

**Қазақстан офтальмологиялық журналы, № 1 (42) 2013
Офтальмологический журнал Казахстана № 1 (42) 2013**

Ғылыми-практикалық журнал
Научно-практический журнал
Токсан сайын шығады
с 2002 года

Редакцияның мекен-жайы:
050012, Алматы, қ.,
Төле би көшесі, 95а
тел.: 8 (727) 233-17-86
факс: 8 (727) 233-17-85
e-mail kaznii.gb@mail.ru

Адрес редакции:
050012, г. Алматы,
ул. Толе би, 95а
тел.: 8 (727) 233-17-86,
факс: 8 (3272) 233-17-85
e-mail kaznii.gb@mail.ru

Журнал Қазақстан
Республикасының мәдениет,
ақпарат және қоғамдық келісім
министрлігінде тіркелген
21.11.2001 ж. Қуәлік № 2481-Ж
Жазылу индексі 75930

Журнал зарегистрирован в
Министерстве культуры,
информации и общественного
согласия Республики Казахстан
21.11. 2001 г.
Свидетельство № 2481-Ж
Подписной индекс 75930

**Бас редакторы
Главный редактор
Т.К. Ботабекова**

**Бас редактордын орынбасары
Заместитель главного редактора
Д.Б. Абдрахимова**

**Жауапты хатшы
Ответственный секретарь
Б.И. Иссергеева**

**Редакция кеңесі
Редакционный совет
С.Э. Аветисов (Москва)
Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург)
Ш.А. Амансахатов (Ашгабад)
Л.И. Балашевич (Санкт-Петербург)
Ф.А. Бахритдинова (Ташкент)
М.М. Бикбов (Уфа)
Е.А. Егоров (Москва)
В.П. Еричев (Москва)
М.Е. Коновалов (Алматы)
М.Ж. Кожакбаева (Астана)
М.А. Медведев (Бишкек)
Н.В. Пасечникова (Одесса)
Н.М. Сергиенко (Киев)
Х.П. Тахчиди (Москва)
М.М. Шишкин (Москва)**

**Редакция алқасы
Редакционная коллегия
Н.А. Алдашева
А.Ж. Аубакирова
А.С. Аубакирова
Б.С. Бейсенбаева
И.А. Долматова
З.А. Джуматаева
М.Б. Имантаева
Э.Г. Канафьянова
Ю.С. Краморенко
И.С. Степанова
Б.О. Сулеева
М.С. Сулейменов
Ю.А. Шустеров (Караганда)**

СОДЕРЖАНИЕ

I ОРГАНИЗАЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

- Т.К. Ботабекова, Ж.К. Бурибаева, Д.Б. Абдрахимова, А.А. Габбасова**
Результативность офтальмологической службы с позиций индикаторов организационно-методической работы за 2012 год и направления ее совершенствования.....5
- Т.К. Ботабекова, Ж.К. Бурибаева, Д.Б. Абдрахимова, В.Р. Абдуллина**
Результаты скрининга глаукомы в Казахстане за 2011-2012 годы и направления его совершенствования.....9
- Ю.С. Краморенко, И.С. Степанова, К.Т. Джартыгулова**
Эффективность передвижных мобильных комплексов в выявлении диабетической ретинопатии.....17
- И.А. Ниязов, А.С. Кутжанова, А.Р. Намазбаева**
Организация амбулаторной хирургии катаракты в условиях дневного стационара КазНИИ глазных болезней.....19
- Г.Б. Мухамеджанова, В.Р. Абдуллина, А.С. Карашева**
Опыт работы Глаукомного кабинета на уровне Первичной Медико-Санитарной Помощи.....21

II ГЛАУКОМА И СОСУДИСТАЯ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ

- Н.А. Алдашева, М.С. Худжатова, Ж.О. Сангилбаева, Л.Б. Таштитова, А.С. Мукажанова**
Применение фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов в терапии открытоугольной глаукомы.....24
- А.Ж. Аубакирова, Н.С. Пан, Г.С. Ескендинова, Г.К. Казанкапов**
Зависимость внутриглазного давления от толщины роговицы у больных с первичной открытоугольной глаукомой.....27
- А.Т. Касымханова**
Вторичная глаукома на фоне каротидно-кавернозного соустья.....29
- Н.А. Гончарик, Г.И. Сидорова**
Органосохраняющая операция при врожденной терминальной глаукоме.....32
- К.А. Тлеубаев, А.Т. Ардабаева**
Роль оптической когерентной томографии в диагностике диабетической ретинопатии.....34
- А.Т. Касымханова**
Препарат «Мексидол» в лечении пациентов с неполной атрофией зрительного нерва сосудистого генеза.....36

III ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

- Э.Г. Канафьянова, М.С. Аль-Асталь, Г.О. Огай, З.Т. Утельбаева, Б.Д. Акимханова, К.С. Джурабаева**
Қазақ көз аурулары ғылыми зерттеу институт мәліметтері бойынша витреоретиналды патологияларының хирургиялық емінің анализ нәтижелері.....38
- Л.Н. Оразбеков, М.С. Зяблицкая, С.С. Ахмет**
Качество жизни пациентов с витреоретинальной патологией.....41

IV ДЕТСКАЯ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ И АНОМАЛИИ РЕФРАКЦИИ

- Т.К. Ботабекова, М.С. Сулейменов, О.Р. Ким**
Коррекция миопии высокой степени методом Flap и Flex.....44
- З.А. Камасова, С.А. Винтовкина, А.А. Кусаинова, А.Ж. Байбосынова, Ж.О. Базарова, Д.К. Турганбаев, Ж.О. Рахимжанова, Д.А. Умбетеева**
Видео-компьютерный аппарат «Амблиокор» в комплексном лечении амблиопии у детей.....46
- Н.С. Кенжебаев**
Эффективность комплексного лечения односторонней амблиопии у взрослых.....48
- Н.А. Гончарик**
Плеопто-ортооптическое лечение детей с содружественным косоглазием.....50
- А.Ж. Бекбасова**
Призматическая коррекция как метод лечения косоглазия.....52

V СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- Т.К. Ботабекова, Г.А. Есенжан, С.В. Дон, А.С. Масимгазиев, Н.Б. Когашова, А.С. Мукажанова**
Клинический случай комплексного лечения тотальной двусторонней язвы роговицы.....54
- Н.А. Алдашева, М.С. Худжатова, Л.Д. Абышева, А.Т. Кыдырбаева**
Случай хирургического лечения вторичной глаукомы на фоне мезодермальной дистрофии радужки.....57
- А.С. Аубакирова, Ж.М. Ахметова, Ж.А. Абелькариева, Б.Д. Айдаралиев, Таласпаева А.К**
Эффективность транспупиллярной термотерапии в лечении меланом малых размеров.....60
- З.А. Камасова, А.А. Кусаинова, А.Ж. Байбосынова, С.А. Винтовкина, Ж.О. Базарова, Д.К. Турганбаев, Д.А. Умбетеева**
Случай семейного синдрома Ригера.....64
- М.Н. Ахметкалиев, Ж.М. Чекотаева, И.Р. Расулов**
Актиномикотический каналикулит.....66

VI РАЗНОЕ

- И.А. Долматова, А.К. Канатбекова, А.С. Байменова, Ш.А. Дуйсенбиева**
Некоторые эпидемиологические аспекты новообразований орбиты.....69
- М.Н. Ажигалиева, Л.А. Дуйсебаева, Г.Х. Абылгазина, Г.Н. Султангереева**
Хило-Комод в лечении синдрома «сухого глаза».....70
- А.А. Латипова**
Изучение действия глазных капель «Систейн Ультра»™ и «Офтолик»® у пациентов, страдающих синдромом «сухого глаза».....72
- Т.Б. Сайдахметов, А.А. Ботбаев**
Сравнительная характеристика результатов асимметричной факотрисекции и техники «бутерброд» при тоннельной экстракции катаракты.....74
- К.Н. Сукбаева, Л.Е. Джумашева, М.А. Серикбаев, А.В. Ошколова**
Комбинированный метод анестезии при хирургическом лечении отслойки сетчатки.....78
- К.Н. Сукбаева**
Анестезия при экстракции катаракты в детской практике.....81
- Г.У. Кенжебаева**
Распространенность терапевтической патологии у пациентов офтальмологического стационара.....83
- Г.У. Кенжебаева**
Подготовка больных с артериальной гипертензией к офтальмологической операции.....85

VII ИНФОРМАЦИЯ

- Конгресс, посвященный 80-летию Казахского научно-исследовательского института глазных болезней.....87
- Всемирная неделя глаукомы.....89
- Мастер-класс «Инновационные технологии в хирургии катаракты и глаукомы», г. Тараз.....92
- 7-ой курс обучения по глаукоме для молодых специалистов.....94



Дорогие коллеги!

Перед Вами первый номер «Офтальмологического журнала Казахстана» в 2013 году – знаменательном году, как для сотрудников Казахского НИИ глазных болезней, так и для всей отечественной офтальмологии.

80 лет – небольшой временной промежуток в истории и длинная, наполненная победами и потерями, успехами и неудачами, радостью и огорчениями судьба коллектива, где выросли 3-4 поколения офтальмологов. Это период истории страны, пережившей революцию, голод, войну, бесчисленные человеческие потери, послевоенное становление, целину, коммунистический энтузиазм и комсомольский романтизм, абсолютную зависимость от власти и потерю собственной индивидуальности, обретение независимости и возвращение к своим истокам... Сегодня – самодостаточная продвинутая команда патриотов одного из самых успешных брендов – казахстанская офтальмология.

Много это или мало?! С позиции глаза как объекта изучения - это история борьбы с трахомой и другими инфекциями, операции с разрезами 12–14 мм до безразрезных бесшовных технологий сегодня, толстые очки для коррекции афакии и мультифокальные, приближенные к собственному хрусталику линзы, слепота от миопии, отслоек сетчатки и фемтосекундные лазеры и витреоретинальная хирургия 27 Gh – сегодня. Вот такая большая история самого маленького органа в человеческом теле. И все это сделано нами.

Сегодня ЕНСЗ дает нам возможность стать конкурентоспособными и высокооплачиваемыми через бюджетное повышение квалификации и дифференцированную оплату. Однако статистика неумолима: более половины офтальмологов в стране не имеют квалификационной категории, более половины хирургов в стране не владеют современными технологиями энергетической хирургии катаракты, одного из основных индикаторов развития офтальмохирургии в целом, что дает почву для работы у нас коллегам из России, Украины, Узбекистана, Кыргызстана; хирургическая активность в некоторых областях - около 50%. Офтальмология во всем мире переходит на амбулаторную хирургию, так и у нас есть для этого все ресурсы. Дело за нами!

Хочется верить, что подаваемые в журнал статьи обусловлены желанием поделиться с коллегами знаниями и практическим опытом, а также стать высококлассными специалистами.

Наш журнал для офтальмологов и об офтальмологах. Наше издание – площадка для дискуссий, взаимодействия и диалога, созданная нами и для нас. На страницах журнала мы стараемся дать материалы, заставляющие размышлять, искать решения, создавать новые технологии и проекты с целью их практического применения в жизни. Сегодня научная мысль развивается с головокружительной скоростью, и так важно в большом потоке информации ничего не пропустить и выделить наиболее существенное для нас с Вами.

Редакционный совет журнала ставит перед собой цель – сделать «Офтальмологический журнал Казахстана» узнаваемым среди самых солидных медицинских изданий. Думаю, нашими общими усилиями эта амбициозная задача вполне осуществима!

Удачи и до скорой встречи на юбилейном конгрессе 24-25 октября!

*Главный редактор
«Офтальмологического
журнала Казахстана»,
генеральный директор АО
«Казахский НИИ глазных болезней»,
член-корреспондент НАН РК,
д.м.н, профессор Т.К. Ботабекова*

ОРГАНИЗАЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 617.7

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С ПОЗИЦИЙ ИНДИКАТОРОВ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ЗА 2012 Г. И НАПРАВЛЕНИЯ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Т.К. Ботабекова, Ж.К. Бурибаева, Д.Б. Абдрахимова, А.А. Габбасова

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Одним из трех основных направлений концепции «Единая национальная система здравоохранения» является совершенствование финансирования здравоохранения. Акцент при создании новой модели финансирования ставится на выполнение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), ориентированной на конечный результат, и обеспечение прозрачности процесса оказания медицинских услуг.

Для реализации данного направления в Казахстане создана система Единого плательщика гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с оплатой за фактические расходы. При этом оплата за услуги ГОБМП осуществляется на основании договора государственного заказа на предоставление услуг ГОБМП, заключаемого между ТД КОМУ и аккредитованной организацией здравоохранения, путем сплошного контроля качества медицинских услуг в зависимости от конечных результатов.

Приказом МЗ РК № 12 от 08.01.13. утверждены Правила оплаты за оказанные мед.услуги в рамках ГОБМП, осуществляемые за счет средств республиканского бюджета.

При этом следует подчеркнуть, что для каждой медицинской организации (МО) уполномоченный орган утверждает тарифы на медицинские, коммунальные и прочие расходы, стоимость медицинских услуг для стационарной и стационарозамещающей помощи, а

также поправочные коэффициенты, коэффициенты затратоемкости и дополнительной оплаты труда работникам МО.

Впервые в практике финансирования отечественной системы здравоохранения предусмотрены средства для трансферта технологий ВСМП в регионы и для проведения организационно-методической работы (ОМР), устанавливаемые в виде соответствующих коэффициентов к общему объему финансирования Экспертным советом по стандартизации и оценке медицинских технологий и Комиссией по тарифообразованию МЗ РК.

Согласно приказу МЗ РК № 12 от 08.01.13. результаты ОМР представляются ежемесячно в ТД КОМУ. При этом общие отчетные данные по ОМР офтальмологического профиля по Казахстану формируются на основе базы данных электронного Регистра стационарного больного (свод данных в РЦ РЗ) и отчетов главных офтальмологов областей, представляемых в КазНИИ глазных болезней.

Нами проанализированы показатели ОМР офтальмологической службы РК за 2012 год, представленные в таблице 1.

Всего в РК за 2012 г. было пролечено в стационарах (круглосуточных и дневных) 63 179 случаев офтальмологического профиля, что составило 3,8% от общего числа населения страны. Наибольший объем госпитализации наблюдается в ЗКО (6104 случаев или 10% от количества населения области), г. Астана (6725 или 9,3%) и г. Алматы (10471 или 7,3%). Большой объем госпитализации в г. Алматы и г. Астана обусловлен большей обращаемостью иногороднего населения (со всей страны), в т.ч. за получением ВСМП офтальмологического профиля. Наименьший объем (ниже среднереспубликанского показателя) отмечен в Алматинской (2797 или 1,5%) и Карагандинской (2415 или 1,8%) областях, что косвенно указывает и на низкую офтальмохирургическую активность в данных регионах.

Всего в круглосуточных стационарах было пролечено 50 228 случаев офтальмологического профиля,

что составило 79,5% от общего числа всех случаев госпитализации данного профиля. При этом неблагоприятная ситуация в плане необходимости увеличения объема стационар-замещающих технологий (в т.ч. и за счет сокращения коечного фонда круглосуточных стационаров) наблюдается в Кызылординской (98,2%) и Алматинской (96,9%), а также г. Алматы (83,5%), ВКО (83%), Карагандинской (82,3%) и ЮКО (81%).

Лучшая ситуация с расширением объема деятельности по стационарзамещающим технологиям (СЗТ) отмечается в Акмолинской (35,1% от общего числа всех случаев госпитализации офтальмологического профиля), г. Астана (29,8%) и Жамбылской (29,6%), а также Атырауской (26,2%), Мангыстауской (25,4%), Костанайской (24,3%), Павлодарской (22,8%) и СКО (21,6%).

Средняя длительность пребывания в круглосуточном стационаре по офтальмологическому профилю по РК составила 8,0 дней. Снижение этого показателя отмечается в СКО (6,4) и г. Астана (6,7%). Неблагополучная ситуация с превышением данного показателя наблюдается в Акмолинской (11,8), Карагандинской (10,6), Кызылординской (8,9%) Мангыстауской (8,6) областях и г. Алматы (8,6%).

В 2012 г. в стационарах (круглосуточных и СЗТ) пролечено, в целом, 8496 случаев с глаукомой, что составило 13,4% от общего числа всех случаев госпитализации. Уровень госпитализированной заболеваемости глаукомой в среднем по РК составил 5,1 на 10 тыс. населения. Значительное превышение среднереспубликанского показателя отмечается в ЗКО (25,4 на 10 тыс. населения),

менее значительное – в Атырауской (8,0), ВКО (7,0) и г. Астана (7,0).

Особое внимание обращает на себя уровень экстренной госпитализации больных с глаукомой, который в среднем по РК составил 30,7% от всех случаев госпитализации больных с глаукомой. Значительное превышение данного показателя наблюдается в Алматинской (76,8%), Карагандинской (62,7%), Жамбылской (49,3%), Мангыстауской (48,1%), Кызылординской (41,9%) областях.

В 2012 г. в стационарах (круглосуточных и СЗТ) пролечено, в целом, 6693 случаев с катарактой, что составило 10,6% от общего числа всех случаев госпитализации. В условиях СЗТ прооперировано всего 540 случаев катаракты, что составило 8,1% от общего числа госпитализаций по данному заболеванию. Значительно развивается данное направление (перевод катарактальных вмешательств на уровень СЗТ) в Жамбылской (30,5%) и Павлодарской (10,8%) областях (102,9% в ЮКО – скорее, недостоверные данные). Положительные сдвиги намечаются в г. Алматы (5,6%), г. Астана (5,4%) и СКО (2,2%).

Таблица 1 - Показатели организационно-методической работы по офтальмологическому профилю за 2012 г.

№	Регион	Всего пролечено	Всего пролечено больных в круглосуточ. стационарах	Удельный вес (отношение гр. 4 * 100/ к гр 3)	Пролечено больных в СЗТ	Удельный вес (отношение гр.6*100/ к гр 4)	Показатель средней длит-сти пребывания в стационаре	Коп-во необслуженной госпитализации	В том числе						Число койко-дней		
									Глаукома		Катаракта		Ретинопатия у новорожденного				
		Всего	из них госпитализ- зир. экстренно	%	Всего	прооперировано в СЗТ	%	Всего	через 42 недели от рождения	%			%				
1	Акмолинская	1 998	1 297	64,9	701	35,1	11,8	0	230	30	13,0	87	0	0,0	0	0,0	15 277
2	Актюбинская	2 231	1 784	80,0	447	20,0	8,0	0	402	79	19,7	200	0	0,0	0	0,0	14 200
3	Алматинская	2 797	2 683	95,9	114	4,1	7,4	0	800	614	76,8	123	0	0,0	0	0,0	19 727
4	Атырауская	2 358	1 760	73,8	625	26,2	7,1	0	433	40	9,2	304	0	0,0	0	0,0	12 562
14	ВКО	6 203	5 146	83,0	1 057	17,0	8,3	0	988	258	26,1	59	0	0,0	0	0,0	42 829
6	Жамбылская	2 758	1 943	70,4	815	29,6	7,5	0	221	109	49,3	344	105	30,5	0	0,0	14 640
5	ЗКО	6 104	4 835	79,2	1 269	20,8	6,9	0	1 550	225	14,5	605	0	0,0	0	0,0	33 543
7	Карагандинская	2 416	1 987	82,3	428	17,7	10,6	2	509	319	62,7	9	0	0,0	0	0,0	21 051
8	Костанайская	3 810	2 886	75,7	924	24,3	8,1	0	413	80	19,4	34	0	0,0	0	0,0	23 396
9	Кызылординская	2 107	2 069	98,2	38	1,8	8,9	0	614	257	41,9	301	0	0,0	0	0,0	18 344
10	Мангистауская	1 275	951	74,6	324	25,4	8,6	0	183	88	48,1	23	0	0,0	0	0,0	8 157
12	Павлодарская	4 026	3 107	77,2	919	22,8	7,7	0	232	64	27,6	166	18	10,8	0	0,0	24 056
13	СКО	2 507	1 965	78,4	542	21,6	6,4	0	203	5	2,5	939	21	2,2	0	0,0	12 666
11	ЮКО	5 367	4 349	81,0	1 018	19,0	8,3	0	767	211	27,5	209	215	102,9	0	0,0	36 234
15	г.Алматы	10 471	8 745	83,5	1 726	16,5	8,6	0	445	103	23,1	2 050	114	5,6	0	0,0	75 066
16	г.Астана	6 725	4 721	70,2	2 004	29,8	6,7	0	506	127	25,1	1 240	67	5,4	0	0,0	31 751
	Итого	63 179	50 228	79,5	12 951	20,5	8,0	2	8 496	2 609	30,7	6 693	540	8,1	0	0,0	403 499

Таким образом, анализ индикаторов ОМП офтальмологического профиля выявил следующие направления развития офтальмологической службы в Казахстане:

1) увеличение объема стационар-замещающих технологий (в т.ч. и за счет сокращения коечного фонда круглосуточных стационаров) в Кызылординской и Алматинской областях, а также г. Алматы, ВКО, Карагандинской и ЮКО;

2) снижение средней длительности пребывания в круглосуточном стационаре в Акмолинской, Карагандинской, Кызылординской, Мангыстауской областях и г. Алматы до 7-и койко-дней;

3) сокращение уровня экстренной госпитализации больных с глаукомой (до нулевого) в Алматинской, Карагандинской, Жамбылской, Мангыстауской и Кызылординской;

4) сокращение числа пролеченных случаев катаракты (оперативных вмешательств) в круглосуточных стационарах и увеличения этого количества в СЗТ в Акмолинской, Актюбинской, Алматинской, Атырауской, ВКО, ЗКО, Карагандинской, Костанайской, Кызылординской и Мангыстауской областях хотя бы до минимального уровня (10%) и дальнейшего его повышения до оптимального (80%).

Главным офтальмологом областей РК рекомендуется:

1) улучшить показатель офтальмохирургической активности до оптимального (80-90%), а также увеличить госпитализацию больных с глаукомой, диабетической ретинопатией и миопией только с хирургической целью, а на консервативное лечение отправлять в дневной стационар амбулаторно-поликлинических организаций (АПО) или в платное отделение/ хозрасчетные койки.

2) увеличить коечный фонд дневных стационаров (при стационарах и в АПО), а также госпитализацию:

1) в дневные стационары (ДС) в составе больниц – больных для проведения оперативных вмешательств;

2) в ДС в составе АПО - больных для проведения терапевтического лечения.

Соответственно для ДС в составе больниц (также как и для круглосуточных стационаров) необходимо увеличивать хирургическую активность до оптимального значения 80-90%.

РЕЗЮМЕ

Результативность офтальмологической службы с позиций индикаторов организационно-методической работы за 2012 г. и направления его совершенствования
Т.К. Ботабекова, Ж.К. Бурибаева, Д.Б. Абдрахимова, А.А. Габбасова

Впервые в практике финансирования отечественной системы здравоохранения предусмотрены средства для трансферта технологий ВСМП в регионы и для проведения организационно-методической работы (ОМП), устанавливаемые в виде соответствующих коэффициентов к общему объему финансирования Экспертным советом по стандартизации и оценке медицинских технологий и Комиссией по тарифообразованию МЗ РК.

Общие отчетные данные по ОМП офтальмологического профиля по Казахстану формируются на основе базы данных электронного Регистра стационарного больного (свод данных в РЦ РЗ) и отчетов главных офтальмологов областей, представляемых в КазНИИ глазных болезней.

В статье проанализированы показатели ОМП офтальмологической службы РК за 2012 г., выявлены недостатки и разработаны предложения по усовершенствованию процесса использования коечного фонда стационаров и развития стационарзамещающих технологий в офтальмологической практике.

SUMMARY

Eye care outcoming indicators from the point of organization-methodology work for 2012 and its development trends
K. Botabekova, Zh.K. Buribaeva, D.B. Abdrahimova, A.A. Gabbasova

For the first time in the practice of the national health system's financing provides a means for technology transfer tertiary care to the region and the organizational-methodological work established as the corresponding coefficients to the total amount of funding by the Expert Council for Standardization and evaluation of health technologies and the Commission on tariff formation of Public Health Ministry.

Common reporting data on organizational-methodological work on ophthalmology type in Kazakhstan are formed on database of electronic Register of inpatient (a set of data in the Republic Centre of health care's development) and reports of major ophthalmologists, submitted to the Kazakh Research Institute of Eye Diseases.

The article analyzes the indicators of organizational-methodological work of ophthalmologic service of Kazakhstan for 2012, identified weaknesses and proposals for improvement of the process of hospital beds' using and hospital-replacing technologies in ophthalmic practice.

ТҰЖЫРЫМ

Офтальмологиялық қызметтің нәтижелігі ұйымдастыру-әдістемелік жұмыс көрсеткіштердің көз нүктесімен 2012 жылы бойы және оның жетілдіруінің бағыты
Т.К. Ботабекова, Ж.К. Бурибаева, Д.Б. Әбдрахимова, А.А. Габбасова

Денсаулық сақтау жүйенің қаржыландыруын тәжірибеде алғаш аймақтарда жоғары мамандандырылған медициналық көмек технологияларды региондарға трансферт жасау және ұйымдастыру-әдістемелік жұмыстарға қаржы бөлінген.

Қазақстанда офтальмологиялық профильдегі ұйымдастыру-әдістемелік жұмыстың есеп беру мәліметтері (Денсаулық сақтау дамыту Республикалық Орталықтың деректер бойынша) стационар науқастың электрондық Регистрдің дерекқордың және көз аурулары ҚазҒЗИ жиберілген облыстардың басты офтальмологтерінің есептері негізінде қалыптасады.

Бұл мақалада 2012 жылы ҚР офтальмологиялық қызметінің ұйымдастыру-әдістемелік жұмысының көрсеткіштері талдалынған, мәселелері анықтаған және стационарлардың керулеттік қорды пайдаланудың жетілдіру және даму стационардан-тыс технологияларды офтальмологиялық тәжірибеде туралы ұсыныс берілген.

УДК 617.7

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ГЛАУКОМЫ В КАЗАХСТАНЕ ЗА 2011-2012 ГОДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Т.К. Ботабекова, Ж.К. Бурибаева, Д.Б. Абдрахимова, В.Р. Абдуллина

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Государственной программой развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы определено проведение скрининга для выявления глаукомы у лиц в возрасте 40 лет и старше. Скрининг глаукомы проводится с апреля 2011 года.

В результате проведенных мероприятий в 2011-2012 гг. всего было обследовано 3 803 065 человека. В 2011 г. было осмотрено 94,83%, а в 2012 г. - 104,7% от планируемого числа подлежащих скрининговому обследованию лиц.

Среди городского населения РК в 2011 г. прошли скрининговый осмотр 1 104 048 (57,9% от общего числа подлежащих осмотру в городской местности), в 2012 г. - 1 200 101 (118,3%) человек. Среди сельского населения РК в 2011 г. прошли скрининговый осмотр 673 328 (35,9% от общего числа подлежащих осмотру в сельской местности), в 2012 г. - 795 835 человек (89,3%).

Следует отметить, что страдает полнота охвата скрининговым обследованием сельского населения, которая сохраняется почти на одном уровне (в среднем 62,6%), что, возможно, объясняется дефицитом кадров сельского здравоохранения. Так, по данным КазНИИ ГБ, в 2012 г. дефицит офтальмологов в сельской местности составил 20% от числа фактически выделенных ставок и 55% - от числа расчетных ставок по Приказу МЗ РК № 238.

Выявляемость повышения внутриглазного давления (ВГД)

В 2011 г. при скрининговом обследовании было выявлено 1,2% лиц с повышением ВГД (от общего числа обследованных), в 2012 г. - 0,9%. Разница между уровнем повышения ВГД и уровнем выявления глаукомы (соотношение этих показателей, определяющее достоверность границ гипердиагностики) в среднем составила 6,2 в 2011 г. и 3,8 - в 2012 г. Значительное превышение данного показателя (т.е. высокий уровень гипердиагностики) наблюдалось в 2012 г. в Жамбылской (9,1), Павлодарской (6,4) и Костанайской (6,2) областях.

Следует обратить внимание на низкий уровень выявления повышения ВГД (в т.ч. по сравнению с уровнем выявления глаукомы) в Акмолинской области (0,83% повышения ВГД и 0,85% выявляемости глаукомы).

Общая выявляемость глаукомы. За 2 года (2011-2012 гг.) в Казахстане в ходе скринингового обследования населения в возрасте 40 лет и старше было выявлено

всего 10 812 больных глаукомой, в т.ч. в 2011 г. – 4469 (0,25%) и в 2012 г. - 6343 (0,32%) человек.

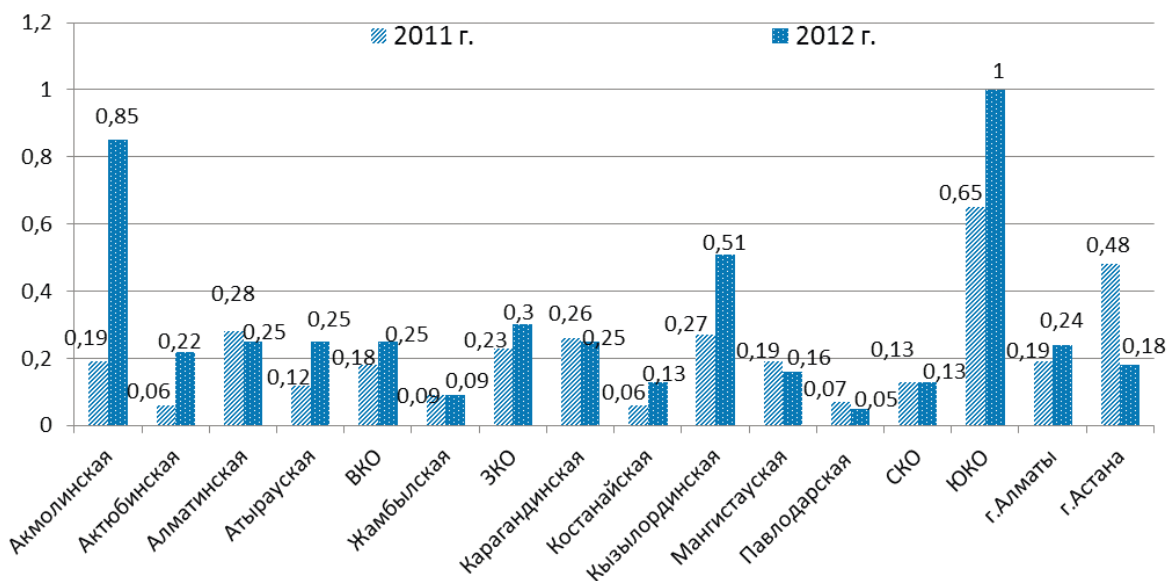


Рисунок 1. Выявляемость глаукомы при скрининговом обследовании населения в разрезе областей РК в 2011-2012 гг. (в % от общего числа обследованных лиц)

Наибольшая выявляемость больных глаукомой в 2011 г. наблюдалась в ЮКО (0,65%) и г. Астана (0,48%), наименьшая – в Актыубинской и Костанайской областях (по 0,06%), а также ВКО (0,09%) и Павлодарской (0,07%) областях.

Наибольшая выявляемость больных глаукомой в 2012 г. наблюдалась также в ЮКО (1,0%), несколько меньше - в Акмолинской (0,85%) и Кызылординской (0,51%) областях, наименьшая – в Жамбылской (0,09%) и Павлодарской (0,05%) областях.

Следует отметить, что самые высокие значения показателя выявляемости глаукомой не достигают среднемирового уровня (1,0%). Возможно, данная ситуация возникла вследствие:

1) низкого качества проводимого скрининга, начиная с проведения тонографии средними медработниками и включая недостаточный уровень квалификации офтальмологов, работающих в учреждениях ПМСП, недостаточный уровень оснащенности диагностическим оборудованием и др.;

2) среднемирового уровня выявляемости глаукомы применим только в исследовании регионов, для которых характерно отсутствие офтальмологической службы/помощи, и для Казахстана, как и для стран СНГ, данный показатель имеет более низкое значение.

Самые низкие значения показателя выявляемости глаукомы (менее 0,1%) в отдельных областях также, вероятно, обусловлены низким качеством проводимого скрининга (дефицит кадров, недостаточность медоборудования, слабый контроль).

Среди городского населения число выявленных больных глаукомой в 2011-2012 гг. составило 6523 человек (в среднем 0,28%) из числа подлежащих осмотру. Аналогичный показатель для сельских жителей составил 4227 человек (в среднем 0,29%).

Следует отметить, что, по данным официальной статистики (Мединформ), заболеваемость глаукомой среди городских жителей почти в 2 раза выше, чем среди сельского населения (98,4 и 63,9 в 2011 г., на 54%). При этом, по данным научных исследований, особых географических факторов, влияющих на высокую заболеваемость глаукомой в городских условиях (кроме большей зрительной нагрузки), не установлено. Следовательно, более высокий уровень заболеваемости глаукомой в городе объясняется только организационными факторами, из которых наиболее значимым является дефицит медицинских кадров в сельской местности и на уровне ПМСП.

Таким образом, одинаковая частота выявляемости глаукомы в скрининговом обследовании городского и сельского населения является правдоподобной.

В целях обеспечения доступности и упорядочения оказания высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП) населению страны Приказом МЗ РК № 197 от 30.03.2012 года был утвержден перечень ВСМП, согласно которому пациенты направлялись в медицинские организации через региональные комиссии ВСМП местных органов управлений здравоохранением.

Объем государственного заказа в 2012 году составил 6868 случаев, из них по договору в условиях стационара было пролечено 5592 больных и 1276 пациентов получили офтальмологическую помощь в условиях дневного стационара, удельный вес ВСМП составил 24% (данные приведены с учетом деятельности филиала института в г. Астана).

По нозологическим единицам и, соответственно, по видам хирургического лечения структура оказанной высокоспециализированной офтальмологической помощи выглядит следующим образом (табл. 1).

Таблица 1 - Выявляемость глаукомы при скрининговом обследовании населения в разрезе областей РК среди городских и сельских жителей в 2011-2012 гг. (в % от общего числа обследованных лиц)

Области	2011 г.				2012 г.			
	Выявляемость глаукомы		Взятие на Д-учет		Выявляемость глаукомы		Взятие на Д-учет	
	город	село	город	село	город	село	город	село
Акмолинская	0,02	0,44	0,01	0,33	0,03	0,09	95,2	87,1
Актюбинская	0,05	0,1	0,03	0,06	0,26	0,08	83,4	100
Алматинская	0,24	0,34	0,07	0,1	0,40	0,15	77,3	74,6
Атырауская	0,1	0,13	0,01	0,06	0,14	0,35	82,2	99,1
ВКО	0,23	0,1	0,03	0,02	0,31	0,18	92,0	71,4
Жамбылская	0,05	0,12	0,01	0,09	0,05	0,12	100	83,8
ЗКО	0,13	0,3	0,02	0,11	0,15	0,43	100	93,5
Карагандинская	0,23	0,43	0,15	0,29	0,26	0,22	81,1	97,6
Костанайская	0,08	0,04	0,06	0,02	0,17	0,08	71,0	82,5
Кызылординская	0,17	0,43	0,14	0,22	0,94	0,18	73,8	96,6
Мангыстауская	0,18	0,19	0,03	0,12	0,06	0,28	100	97,5
Павлодарская	0,08	0,05	0,04	0,03	0,04	0,07	91,3	94,1
СКО	0,15	0,11	0,15	0,09	0,17	0,10	100	94,6
ЮКО	0,83	0,46	0,55	0,14	1,02	0,99	85,2	75,4
г. Алматы	0,19	-	0,08	-	0,24	-	93,9	-
г. Астана	0,48	-	0,44	-	0,18	-	88,1	-
По РК	0,24	0,26	0,14	0,11	0,32	0,32	85,0	80,1

В 2011 г. выявляемость больных глаукомой среди городских жителей составила 0,24%, а среди сельских жителей – 0,26%. При этом можно обратить внимание на большую разницу в показателях выявляемости глаукомы среди жителей города и села в Акмолинской (среди сельских жителей в 22 раза больше, чем среди городских), что, возможно, объясняется более высоким уровнем организации скрининга на районных уровнях. Этот тезис подтверждает и факт того, что в большинстве областей выявляемость глаукомы была выше среди сельских

жителей, чем в городе. Противоположная ситуация наблюдалась только в ВКО, Павлодарской, СКО и ЮКО.

В 2012 г. выявляемость больных глаукомой среди городских и сельских жителей была одинаковой и составила 0,32%.

В разрезе областей наибольший процент выявленных больных глаукомой среди городских жителей отмечен в ЮКО (1,0%) и Кызылординской (0,94%) областях, а среди сельских – ЮКО (0,99%) и ЗКО (0,43%). Наименьшая частота выявлена среди городских жителей в Акмолинской (0,03%), Павлодарской (0,04%), Жамбылской (0,05%) и Мангыстауской (0,06%) областях, а среди сельских – в Павлодарской (0,07%), Актюбинской (0,08%) и Акмолинской (0,09%) областях.

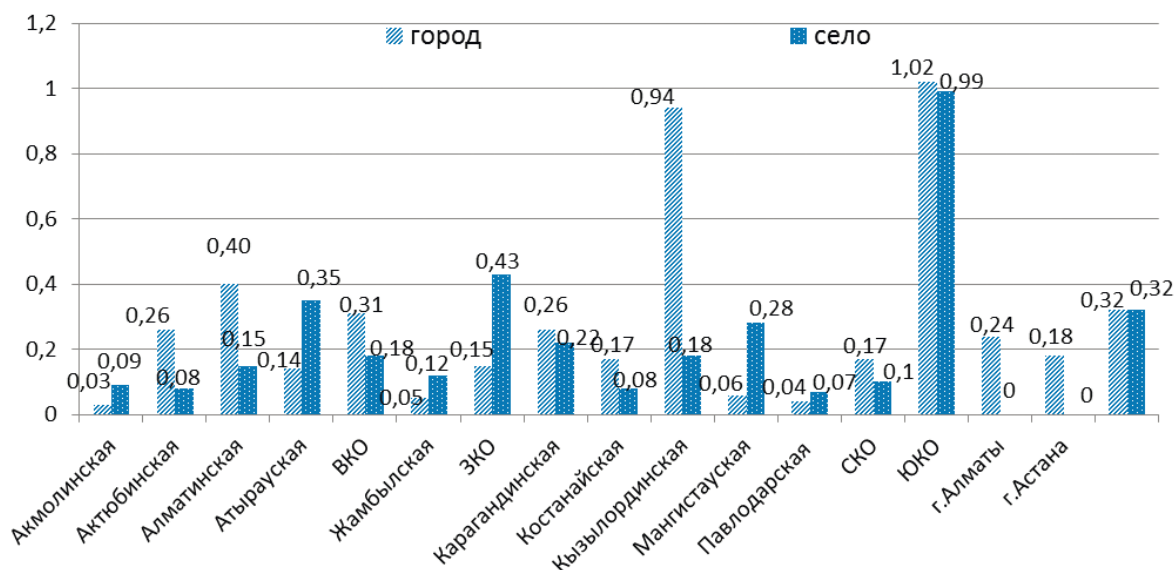


Рисунок 2. Выявляемость глаукомы при скрининговом обследовании городского и сельского населения в 2012 г. в разрезе областей РК (в % от общего числа обследованных лиц)

В возрастном аспекте (рис. 3) при разделении лиц по возрастам с 10-летней градацией (наиболее частая градация в большинстве научных исследований) за 2011-2012 гг. наиболее часто глаукома была выявлена среди

лиц в возрасте 50-59 лет (34,3%) и 60-69 лет (34,2%), меньше - в возрасте 40-49 лет (23,2%) и гораздо реже - в возрасте 70 лет и старше (8,3%).

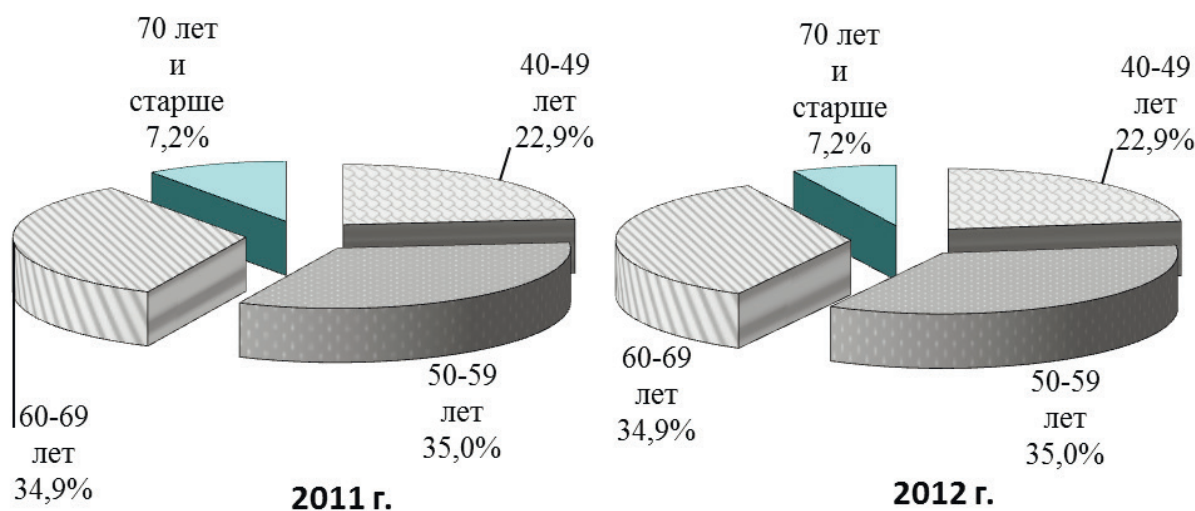


Рисунок 3. Выявляемость глаукомы при скрининговом обследовании населения РК в 2011-2012 гг. в возрастном разрезе (в % от общего числа выявленных больных с глаукомой)

Аналогичные показатели в разрезе «город-село» несколько отличались. Так, в 2012 г. среди городского населения наиболее часто глаукома была выявлена у лиц в возрасте 60-69 лет (36,2%), а среди сельских жителей – в возрасте 50-59 лет (35,9%).

В возрастном аспекте (рис. 4) при разделении лиц по возрастам с 2-летней градацией (установленная градация

для программы скрининга) наиболее часто глаукома была выявлена среди лиц в возрасте 70 лет и старше (8,5%), 60-61 лет (8,4%), 50-51 лет (8,1%) и 64 лет (7,4%). Наиболее редко глаукома установлена у лиц в возрасте 44-45 лет (4,5%), 45-46 лет (4,6%), 68-69 лет (5,2%) и 48-49 лет (5,5%).

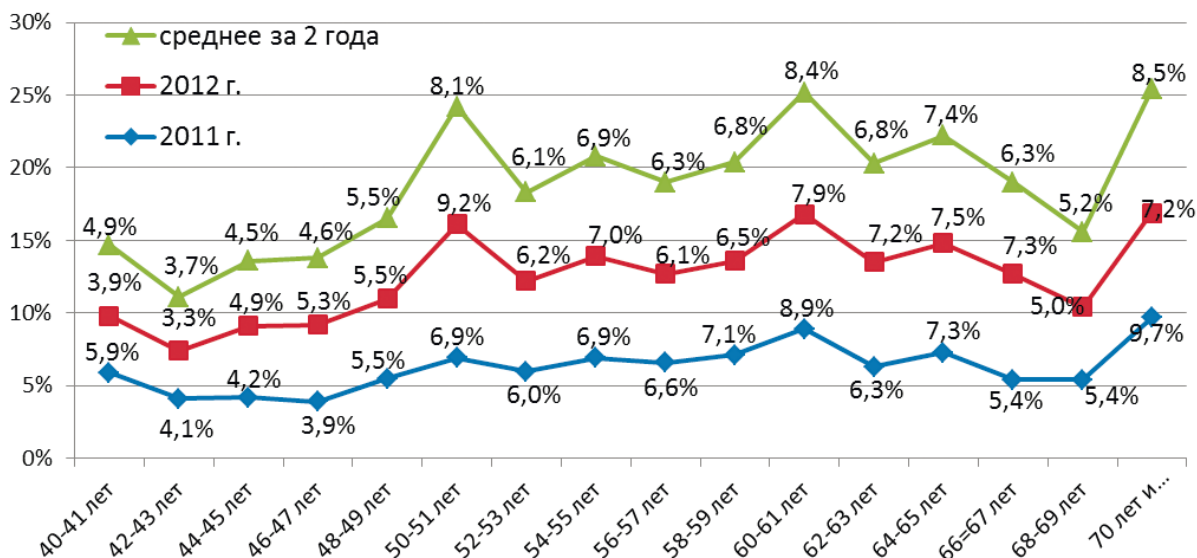


Рисунок 4. Выявляемость глаукомы при скрининговом обследовании населения РК в 2011-2012 гг. в возрастном разрезе (в % от общего числа выявленных больных с глаукомой)

Следует отметить, что 10-летняя градация дает более четкое представление о частоте патологии в тот или иной возрастной период и служит дополнительным обоснованием выбора данных возрастных групп для проведения скрининга глаукомы.

Взятие на диспансерный учет выявленных больных с глаукомой. Количество больных с глаукомой, взятых на диспансерный учет, в РК за 2011-2012 гг. составило 7558 человек (69,9%), в т.ч. в 2011 г. – 2291 (51,3%) и в 2012 г. – 5267 (83,0%). Ситуация с постановкой выявленных больных с глаукомой на диспансерный учет улучшается, однако еще не достигла нормативного значения (выше 90%).

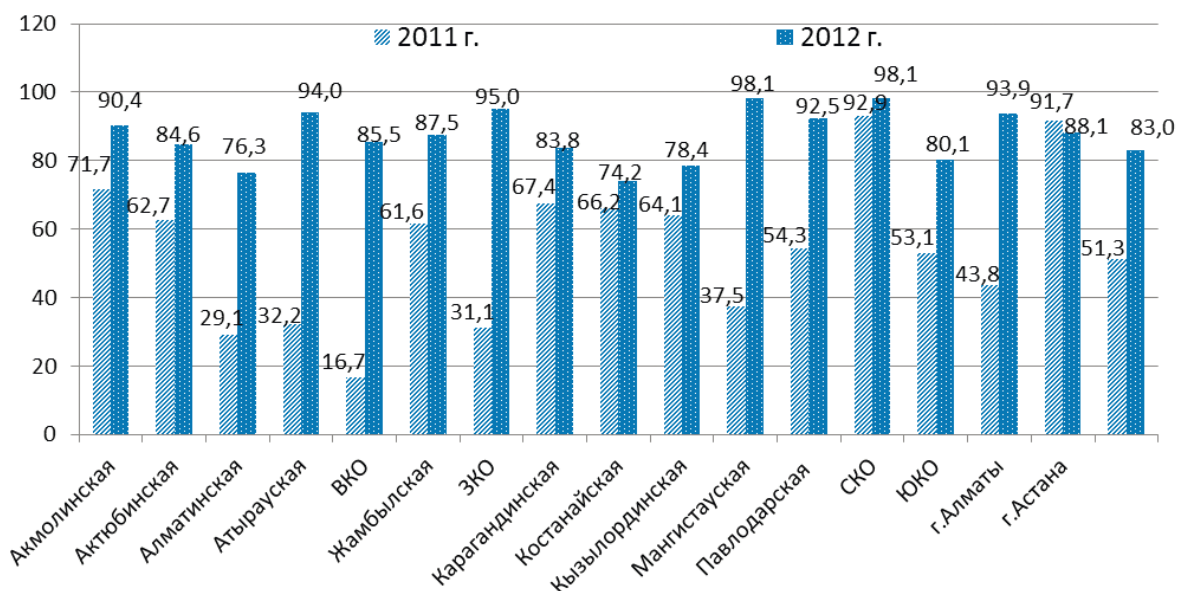


Рисунок 5. Охват диспансеризацией больных с впервые выявленной при скрининге глаукомой по РК (в % от числа лиц с впервые диагностированной глаукомой)

В 2012 г. ситуация значительно улучшилась: в 7 областях показатель соответствует минимальному нормативному – Мангыстауская и ВКО (по 98,1%), ЗКО (95%), Атырауская (94%), г. Алматы (93,9%), Павлодарская (92,5%) и Акмолинская (90,4%) области, а в остальных областях данный показатель был выше 74%.

Открытие глаукомных кабинетов. Глаукомные кабинеты функционируют в 12 областных центрах РК, в остальных 4-х (Акмолинская, Мангыстауская, Кызылординская и ЗКО) открытие глаукомных кабинетов запланировано на 2-е полугодие 2013 года.

При анализе обеспеченности медоборудованием процент оснащенности рассчитывался как отношение одной единицы медоборудования к необходимому числу (8 единиц современного оборудования по Государственной программе «Саламатты Қазақстан»). В среднем по Казахстану обеспеченность глаукомных кабинетов современным медоборудованием составила 50,8%. Наиболее благополучная ситуация по данному вопросу наблюдается в г. Алматы (100%), г. Астана, ВКО и Атырауской области (по 87,5%). Худшая ситуация характерна для Жамбылской области (12,5%), исключая области, где глаукомные кабинеты не организованы.

Организационно-методическая работа по реализации скрининга глаукомы. Разработан и утвержден алгоритм проведения скрининга на этапах ПМСП (приказ МЗ РК № 145 от 16.03.11. «О внесении изменений в приказ МЗ РК № 685 «Об утверждении правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

Находится на согласовании проект приказа МЗ РК, предусматривающий штаты глаукомного кабинета (1,5 ставки врача) при городских поликлиниках, консультативно-диагностических центрах, областных больницах.

На базе КазНИИ ГБ проходят переподготовку врачи-офтальмологи, в областях средние медработники обучаются тонометрии.

КазНИИ ГБ проводятся семинары-совещания по различным вопросам скрининга глаукомы (диагностика, алгоритмы ведения больных) в интерактивном режиме, дистанционные телеконференции и выездные конференции в различных регионах РК.

Заключение

1. Таким образом, в результате проведенных мероприятий в 2011-2012 гг. всего было обследовано 3 803 065 человек, в т.ч. в 2011 г. - 94,83%, а в 2012 г. - 104,7% от планируемого числа подлежащих скрининговому обследованию лиц. Охват скрининговым обследованием городского населения РК возрос с 57,9% в 2011 г. до 118,3% в 2012 г., сельского – с 35,9% до 89,3%. Следует отметить, что страдает полнота охвата скрининговым обследованием сельского населения, которая сохраняется почти на одном уровне (в среднем 62,6%), что, возможно, объясняется дефицитом кадров сельского здравоохранения. В разрезе областей наименьший процент выполнения плана по скринингу глаукомы отмечен только в Павлодарской области (69,1%).

2. Таким образом, в 2011 г. при скрининговом об-

следовании было выявлено 1,2% лиц с повышением ВГД, в 2012 г. – 0,9%. Разница между уровнем повышения ВГД и уровнем выявления глаукомы (соотношение этих показателей, определяющее достоверность границ гипердиагностики) в среднем составила 6,2 в 2011 г. и 3,8 - в 2012 г. Значительное превышение данного показателя (т.е. высокий уровень гипердиагностики) наблюдалось в 2012 г. в Жамбылской (9,1), Павлодарской (6,4) и Костанайской (6,2) областях.

3. Таким образом, за 2 года в Казахстане в ходе скринингового обследования населения в возрасте 40 лет и старше было выявлено всего 10 812 больных глаукомой, в т.ч. в 2011 г. – 4469 (0,25%) и в 2012 г. - 6343 (0,32%) человека. Наибольшая выявляемость больных глаукомой в 2012 г. наблюдалась в ЮКО (1,0%), несколько меньше - в Акмолинской (0,85%) и Кызылординской (0,51%) областях, наименьшая – в Жамбылской (0,09%) и Павлодарской (0,05%) областях. Самые низкие значения показателя выявляемости глаукомы (менее 0,1%) в отдельных областях, вероятно, обусловлены низким качеством проводимого скрининга (дефицит кадров, недостаточность медоборудования, слабый контроль).

4. Частота выявляемости глаукомы среди городского и сельского населения РК почти одинакова и составила 0,28% и 0,29%. Однако, в 2011 г. этот показатель был несколько выше в сельской местности (10 областей), а в 2012 г. – в городах (9 городов). В 2012 г. наибольший процент выявленных больных глаукомой среди городских жителей отмечен в ЮКО (1,0%) и Кызылординской (0,94%) областях, а среди сельских – ЮКО (0,99%) и ЗКО (0,43%). Наименьшая частота выявлена среди городских жителей в Акмолинской (0,03%), Павлодарской (0,04%), Жамбылской (0,05%) и Мангыстауской (0,06%) областях, а среди сельских – в Павлодарской (0,07%), Актюбинской (0,08%) и Акмолинской (0,09%) областях.

5. В возрастном аспекте при разделении лиц по возрастам с 10-летней градацией за 2011-2012 гг. наиболее часто глаукома была выявлена среди лиц в возрасте 50-59 лет (34,3%) и 60-69 лет (34,2%), меньше - в возрасте

40-49 лет (23,2%) и гораздо реже - в возрасте 70 лет и старше (8,3%). При этом в 2012 г. среди городского населения наиболее часто глаукома была выявлена у лиц в возрасте 60-69 лет (36,2%), а среди сельских жителей – в возрасте 50-59 лет (35,9%).

В возрастном аспекте при разделении лиц по возрастам с 2-летней градацией наиболее часто глаукома была выявлена среди лиц в возрасте 70 лет и старше (8,5%), 60-61 лет (8,4%), 50-51 лет (8,1%) и 64-65 лет (7,4%). Наиболее редко глаукома установлена у лиц в возрасте 44-45 лет (4,5%), 45-46 лет (4,6%), 68-69 лет (5,2%) и 48-49 лет (5,5%).

6. Количество больных с глаукомой, взятых на диспансерный учет (всего 7558 человек в РК), возросло с 51,3% (2291 больных) в 2011 г. до 83% (5267 больных) в 2012 г. В настоящее время в 7 областях показатель соответствует минимальному нормативному – Мангыстауская и ВКО (по 98,1%), ЗКО (95%), Атырауская (94%), г. Алматы (93,9%) Павлодарская (92,5%) и Акмолинская (90,4%) области, а в остальных областях данный показатель был выше 74%, но меньше нормативного.

7. Глаукомные кабинеты функционируют в 12 областных центрах РК, в остальных 4-х (Акмолинская, Мангыстауская, Кызылординская и ЗКО) открытие глаукомных кабинетов запланировано на 2-е полугодие 2013 года. В среднем по Казахстану обеспеченность глаукомных кабинетов современным медоборудованием составила 50,8%. Наиболее благополучная ситуация по данному вопросу наблюдается в г. Алматы (100%), г. Астана, ВКО и Атырауской области (по 87,5%), наименее удовлетворительная - в Жамбылской области (12,5%), за исключением областей, где глаукомные кабинеты не организованы.

8. За 2011-2012 гг. проведен значительный объем организационно-методической работы, в т.ч. разработан проект приказа МЗ РК по определению штатной структуры глаукомного кабинета, ведется переподготовка специалистов для проведения скрининга, разработан алгоритм проведения

скрининга на этапах ПМСП (приказ МЗ РК № 145 от 16.03.11.).

9. Проблемными вопросами в проведении скрининга населения на глаукому являются:

1) слабый охват скрининговым обследованием сельского населения (38,6%);

2) низкая выявляемость глаукомы (0,29%);

3) низкий охват диспансеризацией выявленных больных с глаукомой (69,9%);

4) сомнительная достоверность некоторых результатов скрининга (высокий процент охвата населения скринингом, низкая выявляемость глаукомы);

5) дефицит кадров в сельском здравоохранении, а также малый объем подготовки врачей и средних медработников для проведения скрининга;

6) отсутствие нормативов рабочей нагрузки на специалистов глаукомного кабинета, в т.ч. взятия больных на диспансерный учет;

7) отсутствие глаукомных кабинетов в 4-х областях РК, а также слабая материально-техническая база функционирующих кабинетов (50,8%-ная обеспеченность современным медоборудованием);

8) отсутствие полноценной информационной компьютерной базы данных по учету больных с глаукомой (регистр глаукомы).

6. Рекомендации:

Қазақстан Офтальмологиялық журналы - 2013 - № 1 (42)

Для областных/городских управлений здравоохранения:

1. Обеспечить врачами-офтальмологами организации ПМСП.

2. Обеспечить приборами для измерения внутриглазного давления организации ПМСП (МП/ФП, ВА, ГП) с последующим обучением методике тонометрии средних медработников на базе ЦРБ и областных больниц (глазных/ многопрофильных).

3. Организовать открытие глаукомных кабинетов в Акмолинской, ЗКО, Мангыстауской и Кызылординской областях.

4. Дооснастить современным медоборудованием глаукомные кабинеты согласно пп. 108, п. 5.2 Плана мероприятий «Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы».

Для КазНИИ ГБ:

1. Запланировать научное исследование с целью достоверного определения проблемных моментов в организации и проведении скрининга на глаукому.

2. Усовершенствовать стандарты организации медицинской помощи при глаукоме (стандарты рабочей нагрузки для специалистов глаукомного кабинета, нормативы обеспечения населения медицинской помощью при глаукоме, стандарты оснащения).

3. Создать регистр глаукомы.

РЕЗЮМЕ

Результаты скрининга глаукомы в Казахстане за 2011-2012 годы
и направления его совершенствования
Т.К.Ботабекова, Ж.К. Бурибаева, Д.Б. Абдрахимова, В.Р. Абдуллина

В статье представлены результаты внедрения скринингового обследования населения РК на глаукому в 2011-2015 гг. Всего было обследовано 3 803 065 человек, выявлено 1,2% и 0,9% лиц с повышением ВГД. Выявляемость глаукомы в целом за 2 года составила 0,25% и 0,32%, среди городского и сельского населения РК почти одинакова: 0,28% и 0,29%. В возрастном аспекте по 10-летней градации наиболее часто глаукома была выявлена среди лиц в возрасте 50-59 лет (34,3%) и 60-69 лет (34,2%), по 2-летней градации - в возрасте 70 лет и старше (8,5%), 60-61 лет (8,4%), 50-51 лет (8,1%) и 64-65 лет (7,4%).

Количество больных с глаукомой, взятых на диспансерный учет (всего 7558 человек в РК), возросло с 51,3% (2291 больных) в 2011 г. до 83% (5267 больных) в 2012 г. В настоящее время только в 7 областях этот показатель соответствует минимальному нормативному (более 90%).

Глаукомные кабинеты функционируют в 12 областных центрах РК, а их обеспеченность современным медоборудованием составила 50,8%.

Проведен значительный объем организационно-методической работы, в т.ч. разработан проект приказа МЗ РК по определению штатной структуры глаукомного кабинета, ведется переподготовка специалистов для проведения скрининга, разработан алгоритм проведения скрининга на этапах ПМСП (приказ МЗ РК № 145 от 16.03.11.).

Определены проблемные вопросы и даются рекомендации по совершенствованию скрининга населения на глаукому.

SUMMARY

This article presents the results of the glaucoma's skining in 2011-2015 of the Kazakhstan. Were examined 3,803,065 people showed 1,2% and 0,9% of those with elevated intraocular pressure. The glaucoma's prevalence was 0,25% and 0,32%, among the urban and rural population is almost equal 0,28% and 0,29%. At the age aspect of the 10-year graduation glaucoma was found among those aged 50-59 years (34,3%) and 60-69 years (34,2%), and 2-year graduation - 70 years of age and older (8,5%), 60-61 years (8,4%), 50-51 years (8,1%) and 64-65 years (7,4%).

Only 7558 patients with glaucoma made at the dispensary registration, this number increased from 51,3% in 2011 to 83% in 2012, is currently only 7 regions that figure corresponds to the minimum standards (90%).

Glaucoma offices are operating in 12 regional centers of Kazakhstan, and their provision of modern medical equipment was 50,8%.

Conducted a significant amount of organizational and methodological work, including a draft of the order to determine staff structure in glaucoma offices, conducted retraining for screening, the algorithm of screening stages.

Identified concerns and makes recommendations for improving population screening for glaucoma.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада Қазақстанда 2011-2015 жж. жүргізілген глаукомаға скринингтік тексеруінің нәтижелері берілген. 3 803 065 адам барлығы тексертіп, оның ішінде 1,2% және 0,9% ішкі көз қысымы жоғарылаумен анықталған. 2 жылдар бойы глаукоманың анықталуы 0,25% және 0,32% құрастырды, қалалық және ауыл тұрғындырдың арасында айырмашылығы шамалы - 0,28% және 0,29%. 10-жыстық градация бойынша глаукома ең жиі 50-59 жастағы адамдар арасында анықталды (34,3%) және 60-69 жастағы (34,2%), 2-жылдық градация бойынша - 70 жыне одан жоғары (8,5%), 60-61 жастағы (8,4%), 50-51 жастағы (8,1%) және 64-65 жастағы (7,4%).

Глаукомамен (ҚР-да барлығы 7558 адам) диспансер есептеуге алынған науқастарын саны 2011 жылдағы 51,3%-дан 2012 жылдағы 83%-ге дейін өсті. Қазіргі уақытта бұл көрсеткіш 7 облыстарда ғана минималды нормативтік деңгейге сәйкес келеді.

Глаукома кабинеттері 12 облыстық орталарында жұмыс істейді, ал қазіргі медициналық жабдықтармен қамтамасыздық 50,8% жасады.

Өткізілген ұйымдастыру-әдістемелік жұмыс, глаукома кабинетін штаттық құрылымды анықтайтын бұйрық өңделген, глаукома скринингті жүргізетін алгоритм бұйрықпен бекітілген, мамандарды қайта даярлау жүргізеді.

Глаукомаға скринингті жүргізетін мәселері анықталды және оны жетілдіруі үшін ұсыныстары берілген.

УДК 617.735-002-02:616.379-008.64]:614.888

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕДВИЖНЫХ МОБИЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Ю.С. Краморенко, И.С. Степанова, К.Т. Джартыгулова

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: передвижной мобильный комплекс, выявление, диабетическая ретинопатия.

Актуальность. По данным ВОЗ 3% населения земного шара страдает сахарным диабетом (СД). Ежегодно регистрируется более 600 тысяч вновь выявленных случаев заболевания, и каждые 15 лет количество больных диабетом удваивается. По прогнозам ВОЗ в мире к 2025 году больных СД будет около 300 миллионов. Наиболее грозное осложнение СД - диабетическая ретинопатия (ДР), являющаяся одной из лидирующих причин слепоты среди населения трудоспособного возраста миллионов [1, 2].

Начальные стадии ДР не сопровождаются зрительными расстройствами, поэтому сами пациенты обращаются за медицинской помощью поздно. Это обстоятельство объясняет важность активного выявления глазных осложнений, которое может быть осуществлено только при хорошо поставленной диспансерной работе с больными сахарным диабетом [3, 4].

Стратегической задачей здравоохранения по снижению частоты случаев необратимой слепоты и слабовидения является совершенствование системы ведения больного сахарным диабетом на основе современных подходов к диагностике диабетической ретинопатии [5, 6].

Доступность специализированной офтальмологической помощи (СОП) населению – один из основных критериев качества медицинской помощи, но для многих жителей отдаленных районов получение СОП становится проблематичным, в том числе и из-за отсутствия на местах врачей-офтальмологов.

С 2011 года в Казахстане проводится оказание медицинской помощи

жителям малонаселенных пунктов с использованием медицинских поездов, в составе которых имеются глазные кабинеты [7]. Однако жители отдаленных от железной дороги мест такую помощь получать не могли.

С 2012 года в районах стали работать передвижные мобильные комплексы (ПМК), созданные на базе автомобиля КамАЗ, состоящего из двух блоков, с автономной системой отопления, освещения, вентиляции, оснащенного бактерицидными лампами.

Кабинет офтальмолога на базе ПМК оборудован щелевой лампой, бесконтактным тонометром, таблицами Орлова-Сивцева, набором линз для коррекции зрения, прямым офтальмоскопом, малым амбулаторным набором офтальмолога.

Цель работы - оценить эффективность кабинета офтальмолога передвижного мобильного комплекса в выявлении диабетической ретинопатии.

Материал и методы. Обследован 561 больной СД в возрасте от 30 лет до 71 года, что составило 70,31% от числа всех больных СД, состоящих на диспансерном учете у эндокринолога в Алакольском районе Алматинской области. С сахарным диабетом I типа было 28 больных (5%), II типа – 533 (95%), из них 37 (6,9%) - с инсулинпотребной формой.

Обследование включало: визометрию (без коррекции, с коррекцией), измерение внутриглазного давления (бесконтактным тонометром), осмотр с помощью щелевой лампы (биомикроскопия переднего отрезка, хрусталика и стекловидного тела), офтальмоскопию с помощью прямого офтальмоскопа.

Собственные данные. На основании проведенного обследования офтальмопатология установлена у 321 пациента, в том числе у 14 (2,49%) впервые выявлена глаукома, у 43 (7,7%) – возрастная макулярная дегенерация. Диабетическая ретинопатия выявлена у 269 (47,95%), в том числе у 264 больных СД II типа (49,53%) и у 5 - СД I типа (17,8%). Низкий уровень выявленной ДР у больных СД I типа может быть обусловлен небольшой длительностью заболевания (не более 5 лет).

Непролиферативная стадия диабетической ретинопатии (НПДР) установлена у 232 больных (88,1%), препролиферативная (ППДР) – у 5 (1,85%) и пролиферативная (ПДР) – у 27 (10,03%). Во всех случаях ПДР была установлена впервые. Высокий процент впервые выявленной

пролиферативной стадии диабетической ретинопатии обусловлен тем, что из-за отдаленности расположения населенных пунктов 19 пациентов (70,4%) не имели материальной возможности выехать в районный центр для осмотра офтальмологом. 8 пациентов (29,6%) из числа больных ПДР ранее к офтальмологу не обращались, так как не оценивали тяжесть своего состояния в связи с низким уровнем информированности об осложнениях сахарного диабета со стороны органа зрения.

Результаты проведенного анализа подтверждают данные, полученные ранее при обследовании сельского населения Енбекшиказахского района Алматинской области, где при проведении обследования была выявлена патология органа зрения у 66,6% СД, в том числе ДР – у 7%, ВМД – у 14,1%, другая офтальмопатология – у 45,5%. Следует отметить слабую информированность населения об осложнениях СД, в частности, о ДР: ни один из обследованных больных не знал о возможном снижении

остроты зрения на фоне СД и о причинах, приводящих к этому. Лишь 35,7% пациентов с установленным диагнозом СД ранее были осмотрены окулистом.

Выводы

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что:

- обследование больных сахарным диабетом на базе передвижного мобильного комплекса является эффективным методом выявления диабетической ретинопатии на ранней стадии (88,1%);

- разработка новой организационной формы выявления диабетической ретинопатии с использованием передвижных мобильных комплексов позволит повысить качество офтальмологической помощи населению республики.

ЛИТЕРАТУРА

1 Скоробогатова Е.С., Либман Е.С. Инвалидность вследствие офтальмологических осложнений сахарного диабета (ОО СД) в России // Тезисы докл. VIII съезда офтальмологов России. - Москва, 2005.-С.88.

2 Либман Е.С., Калеева Э.В., Рязанов Д.П. Комплексная характеристика инвалидности вследствие офтальмопатологии в Российской Федерации// Федоровские чтения -2011: сб. тезисов.-2011, М.- С.45.

3 Шадричев Ф.Е. Диабетическая ретинопатия и макулярный отек. Алгоритмы диагностики и лечения клинически значимых форм// Фарматека.-2012.-№ 16.-С.43-41.

4 Юсупов А.А., Джалалова Д.З. Организация скринингового офтальмологического обследования больных сахарным диабетом // сб. науч. тр. КазНИИ ГБ.- Алматы, 2004.- С.

5 Измайлов А.С. Диабетическая ретинопатия и макулярный отек (диагностика и лазерное лечение): дисс. ... докт. мед. наук.- СПб, 2004.- 253 с.

6 Гацу М.Е. Комплексная система функционально сберегающих лазерхирургических технологий лечения сосудистых и дистрофических поражений сетчатки: дисс. ... докт. мед. наук.-Москва, 2008.-52 с.

7 Ботабекова Т.К., Краморенко Ю.С., Байтенов Р.М., Пучко С.К., Ниязов И.А., Ерболулы М., Одинцов К.В., Чуйкеева Э.К., Байгабулов М.Ж.// Роль глазных кабинетов лечебно-диагностических поездов в выявлении офтальмопатологии у сельских жителей.- Инновационные технологии реабилитации больных с социально значимой офтальмологией: сб. матер. научно-практ. конф.с междунар. участием.-Астана, 2011.- С.30-31.

РЕЗЮМЕ

Эффективность передвижных мобильных комплексов в выявлении диабетической ретинопатии
Ю.С. Краморенко, И.С. Степанова, К.Т. Джартыгулова

Выявление диабетической ретинопатии с использованием передвижных мобильных комплексов является новой и эффективной организационной формой диагностической офтальмологической помощи населению республики.

ТҰЖЫРЫМ

Қозғалмалы мобильді комплекстерді қолданумен диабеттік ретинопатияны анықтау, республика тұрғындарына диагностикалық офтальмологиялық көмектің жаңа және нәтижелі ұйымдастырылған формасы болып табылады.

УДК 617.741-004.1-089.81

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА КАЗНИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

И.А. Ниязов, А.С. Кутжанова, А.Р. Намазбаева

АО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: амбулаторная хирургия, катаракта, дневной стационар.

Одним из перспективных направлений современного здравоохранения Республики Казахстан по оказанию медицинской помощи населению согласно Посланию Президента Республики Казахстан народу Казахстана от 28 января 2011 года и государственной программе «Саламатты Казахстан» о повышении качества офтальмологических услуг является развитие стационарзамещающих хирургических технологий (1).

Катаракта по-прежнему остается одной из главных причин обратимой слепоты. При анализе статистических данных МЗ РК выявлено повышение болезненности катарактой взрослого населения Казахстана в 2 раза за последние 15 лет. Число пролеченных в стационаре по поводу катаракты занимает первое место среди причин госпитализированной заболеваемости, достигая 56,7% (2,3).

В Казахстане фактоэмulsionификация катаракты (ФЭК) внедрена в офтальмологическую практику в 1990-е годы и впервые была выполнена в Казахском НИИ глазных болезней, который по сей день остается ведущим центром хирургии катаракты в Казахстане (4). Удаление хрусталика производится на современном оборудовании с применением ультразвуковой энергии малым самогерметизирующимся разрезом и имплантацией мягкой складывающейся линзы, что позволяет снизить риск послеоперационных осложнений до минимального и ускорить реабилитационный период. Вышеизложенное послужило обоснованием внедрения хирургии малых разрезов катаракты на амбулаторном уровне.

В соответствии с приказом МЗ РК от 28.02.12. № 120 «Положение о деятельно-

сти организаций здравоохранения, оказывающих офтальмологическую помощь населению Республики Казахстан» проведение ФЭК внесено в перечень амбулаторных операций, что позволяет при должном развитии амбулаторной хирургии уменьшить число госпитализированных больных в круглосуточные стационары и, тем самым, снизить финансовые расходы на их содержание (5, 6).

С 2012 года в рамках программы 067 в стационарзамещающую помощь КазНИИ глазных болезней включен ФЭК для жителей города Алматы и Алматинской области.

Госпитализация в дневной стационар осуществляется при наличии следующих документов:

- направление на госпитализацию в дневной стационар (форма 001-7/у из поликлиники по месту жительства);
- копия удостоверения личности;
- полный перечень результатов лабораторных исследований;
- наличие результатов общепринятого офтальмологического обследования (визометрия с коррекцией, данные ВГД, данные биомикроскопии, офтальмоскопии, результаты ультразвукового исследования с расчетом ИОЛ);
- промывание слезных путей.

Первые результаты проведения ФЭК на амбулаторном уровне продемонстрировали целесообразность выполнения врачами поликлиник следующих рекомендаций:

1. Проводить тщательный отбор пациентов для операции, причем необходимо направлять только с «неосложненной» формой катаракты, поскольку при осложненных катарактах большинству из них показано оперативное вмешательство в условиях круглосуточного стационара.
2. Учитывая очень высокий риск оперативного вмешательства и необходимость определенного ухода в послеоперационном периоде, единственный в функциональном отношении глаз также оперируется стационарно.
3. Тщательное наблюдение и долечивание пациентов в послеоперационном периоде.

Таким образом, внедрение стационарзамещающих хирургических технологий повышает доступность, упрощает процедуру получения специализированной офтальмологической помощи населению республики и снижает финансовые расходы государства на лечение пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботабекова Т.К., Дошаканова А.Б. Организация и перспективы развития офтальмологической службы в Казахстане//Қазақстан офтальмологиялық журналы.-2012.-№ 1.-С.5-8.
2. Ботабекова Т.К. Офтальмологическая служба Республики Казахстан на пути к внедрению единой национальной системы здравоохранения// Қазақстан офтальмологиялық журналы.-2009.-№ 4.-С.5.
3. Ботабекова Т.К., Сулейменов М.С., Исламова С.Е., Шалева Л.В. Динамика основных показателей деятельности Казахского научно-исследовательского института глазных болезней//Қазақстан офтальмологиялық журналы.-2012.-№ 1.-С.8.
4. Курмангалиева М.М., Майданова Р.А., Абишева А.У., Залесских М.А. Результаты хирургического лечения катаракты в отделении центральной клинической больницы медицинского центра управления делами Президента Республики Казахстан// Қазақстан офтальмологиялық журналы.-2012.-№ 2.-С.10.
5. Ботабекова Т.К., Краморенко Ю.С. О работе и перспективах деятельности областных организаций, оказывающих офтальмологическую помощь населению//Қазақстан офтальмологиялық журналы.-2012.-№ 2.-С.10.
6. Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих офтальмологическую помощь населению РК. Приказ Министра здравоохранения РК № 120 от 28.02.2012 года.-С.28, 32, 36.

РЕЗЮМЕ

Организация амбулаторной хирургии катаракты
в условиях дневного стационара КазНИИ глазных болезней
И.А. Ниязов, А.С. Кутжанова, А.Р. Намазбаева

В данной статье представлены сведения о внедрении и перспективах развития хирургического лечения катаракты в дневном стационаре КазНИИ глазных болезней, а также общие рекомендации врачам-офтальмологам поликлиник.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада Қазақ көз аурулары ҒЗИ-ның күндізгі стационарда катарактаның хирургиялық емдеу әдісін амбулаторлық шарттарда жаңадан енгізілуі туралы және поликлиника дәрігерлеріне ұсыныстар жазылған.

SUMMARY

The article describes information on the implementation and development prospects of cataract surgery in an outpatient department of Kazakh Research Institute of Eye Diseases and general advices for ophthalmologists.

УДК 617.7-007.681-082:614.881

ОПЫТ РАБОТЫ ГЛАУКОМНОГО КАБИНЕТА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Г.Б. Мухамеджанова, В.Р. Абдуллина, А.С. Карашева

г. Алматы

Ключевые слова: скрининг, глаукома, тонометрия, глаукомный кабинет.

Актуальность. В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста заболеваемости и инвалидности от глаукомы, что диктует острую необходимость повышения эффективности амбулаторно-поликлинической работы по выявлению глаукомы.

В рамках «Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2015 годы» поставлена задача масштабного скринингового исследования на глаукому на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Скрининг является важной профилактической стратегией, конечной целью которой является снижение распространенности болезней в популяции. Реализация скрининга позволяет определить ограниченную когорту населения с имеющимися патологическими признаками (факторами риска) для привлечения ее в систему диагностических, лечебных и профилактических мероприятий (3). Следующим этапом обследования пациентов с подозрением на наличие глаукомы является диагностическое обследование в глаукомных кабинетах. В настоящее время глаукомные кабинеты работают в нескольких областных центрах РК. Глаукомный кабинет в городской поликлинике № 6 г. Алматы работает с 12 января 2012 года.

В глаукомном кабинете имеется специальное диагностическое оборудование: гейдельбергский ретиномограф (HRT-3), оптический когерентный томограф (SL-OCT), компьютерный периметр (НЕР), бесконтактный тонометр (SHIN NIPPON), комбинированная лазерная установка (Tango) для выявления и мониторинга больных глаукомой.

Цель - выявить больных с глаукомой с использованием современного диагностического оборудования в условиях глаукомного кабинета.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6», которая является поликлиникой смешанного типа. Согласно приказу № 145 от 16.03.2011. утверждена периодичность проведения скрининговых осмотров целевых групп взрослого населения на глаукому в возрасте от 40 до 70 лет с использованием тонометров Маклакова и транспальпебральных тонометров ИГД-02 «ПРА».

На первом этапе средний медицинский персонал составлял списки целевой группы населения, подлежащей профилактическому осмотру по выявлению глаукомы. На следующем этапе специально обученные медицинские работники осуществляли сбор жалоб и анамнеза, заполняли статистическую карту профилактического осмотра амбулаторного пациента (форма 025-08/у), проводили скрининг-тест транспальпебральным тонометром ИГД-02 «ПРА» или тонометром Маклакова. На основании первоначального исследования составлялись списки больных с подозрением на глаукому. Третий этап исследования проводился офтальмологом глаукомного кабинета. Всем пациентам из группы риска проводили визометрию, прямую офтальмоскопию, тонометрию на бесконтактном тонометре, компьютерную периметрию, ультразвуковую биомикроскопию угла передней камеры глаза, гейдельберговскую ретинографию, оптическую ретиальную томографию. При этом постоянно проводились обучающие семинары с населением и медицинским персоналом, читались лекции.

В результате проведения этих мер осмотром в период с 12.01.2012. по 31.12.2012. было охвачено 1683 человека в возрасте от 40 до 70 лет. Из них женщины составили 976 (58%), мужчины – 707 (42%) человек. Все пациенты с подозрением на глаукому были осмотрены офтальмологом глаукомного кабинета. Из них 40 пациентов (2,4%) - с установленным диагнозом глаукомы и 1693 (97,6%) - с подозрением на глаукому. Средний возраст больных глаукомой составил 65 лет, с подозрением на глаукому - 48 лет.

Результаты исследования

Из 1643 пациентов с подозрением на глаукому диагноз первичной глаукомы был выставлен у 42 человек (2,6%). Открытоугольная глаукома была выявлена у 32 человек (76,2%), закрытоугольная – у 5 (11,9%) и смешанная – у 5 (11,9%). Псевдоэксфолиативная глаукома была выявлена у 5 (15,6%) человек. Глаукома с нормальным давлением наблюдалась у 4 пациентов (12,5%).

Количество выявленных случаев первичной глаукомы в зависимости от стадии патологического процесса представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Выявленные случаи первичной глаукомы в зависимости от стадии патологического процесса (абсолютного значения и %)

Стадии заболевания	Открытоугольная глаукома		Закрытоугольная глаукома	
	абс.	%	абс.	%
Начальная	20	62,5	3	60
Развитая	8	25	2	40
Далеко зашедшая	4	12,5	-	0
Терминальная	-	0	-	0
Итого	32	100	5	100

Как видно из таблицы, наиболее часто встречалась начальная стадия заболевания как среди случаев открытоугольной глаукомы (62,5%), так и среди случаев закрытоугольной глаукомы (60%). Далеко зашедшая стадия развития глаукомы встречалась лишь у 4 пациентов (12,5%) среди больных открытоугольной глаукомой, что указывает на целесообразность проведения скрининговых исследований для раннего выявления этого заболевания.

Всем пациентам с впервые выявленной глаукомой назначалась инстилляционная гипотензивная терапия. Для лечения использовались препараты: азарга, фотил, азопт, траватан, дотрав, латасопт, кзола, дорзасопт, бетоптик и тиммал. Компенсация внутриглазного давления (давление цели) была достигнута в 35 случаях (83,3%). У 7 пациентов (16,7%) не было достигнуто давление цели, в связи с чем было проведено лазерное лечение: иридотомия – у 3 (42,86%), селективная трабекулопластика – у 4 (57,14%). При достижении давления цели всем пациентам была проведена консервативная медикаментозная терапия, включающая сосудостроительные, сосудорасширяющие, витаминопрепараты и антиоксиданты.

Среди пациентов с установленным диагнозом глаукомы открытоугольная глаукома встречалась у 30 (75%) пациентов, закрытоугольная – у 8 (20%), смешанная – у 2 (5%). Все пациенты получали гипотензивные препараты. Нестабилизированное внутриглазное давление было обнаружено у 2 (5%) пациентов, в связи с чем 1 больной был направлен на регипотензивную операцию, а 1 – на селективную трабекулопластику. В дальнейшем у обоих была получена компенсация ВГД.

Выводы. Таким образом, в результате работы глаукомного кабинета на базе «Городской поликлиники № 6 г. Алматы» было осмотрено 1683 человека в возрасте от 40 до 70 лет. Пациенты с подозрением на глаукому составили 97,6%, с установленным диагнозом глаукомы – 2,4%. В результате комплексного клинико-инструментального обследования первичная глаукома была выявлена у 42 человек, что составило 2,6%. При этом наиболее часто встречалась первичная глаукома на начальной стадии развития патологического процесса, что указывает на целесообразность проведения таких исследований. Для достижения давления цели в условиях глаукомного кабинета назначалась консервативная гипотензивная медикаментозная терапия с использованием современных лекарственных препаратов. При отсутствии компенсации проводилось лазерное лечение (16,7%). Следовательно, чёткая организация работы глаукомного кабинета, использование современных методов диагностики помогают нашим гражданам вовремя пройти необходимое обследование в рамках скрининга на глаукому и повысить шансы по своевременному выявлению и лечению этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курмангалиева М.М., Муравьёва Л.А., Абылгазина Г.Х. Опыт работы глаукомного кабинета КазНИИ глазных болезней//Офтальмологический журнал Казахстана.- 2011.- № 1.- С. 20-23.
2. Ботабекова Т.К., Курмангалиева М.М., Алдашева Н.А., Исламова С.Е., Худжатова М.С. Результаты скрининг-обследования на глаукому в поликлиниках г. Алматы// Казахстанский офтальмологический журнал. -2008. - № 4. –С. 10-11.
3. Витовская О.П., Рыков С.А. Скрининг первичной глаукомы: за или против? Приглашение к дискуссии// Клиническая офтальмология. – 2010.-Том 12. - № 4. -- С. 131-134.
4. Приказ МЗ РК № 145 от 16.03.2011. «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

РЕЗЮМЕ

Опыт работы Глаукомного кабинета на уровне ПМСП
Г.Б. Мухамеджанова, В.Р. Абдуллина, А.А. Карашева

В результате работы глаукомного кабинета на базе «Городской поликлиники № 6 г. Алматы» было осмотрено 1683 человека в возрасте от 40 до 70 лет. С подозрением на глаукому составили 97,6%, с установленным диагнозом глаукомы – 2,4%. При этом наиболее часто встречалась первичная глаукома на начальной стадии развития патологического процесса, что указывает на целесообразность проведения таких исследований. Чёткая организация работы глаукомного кабинета, использование современных методов диагностики способствуют своевременному прохождению наших граждан необходимого обследования в рамках скрининга на глаукому и таким образом - повышению шансов на своевременное выявление и лечение этого заболевания.

ТҰЖЫРЫМ

Г.Б.Мұхамеджанова, В.Р.Абдуллина, А.С.Карашева
№ 6 Алматы қалалық емханадәрежесінде 2012 жылғы 12 айға
глаукома бойынша скринингтік тексеру нәтижесі

№ 6 Алматы қалалық емханада 2012 жылғы 12 айға арналған глаукомаға скринингтік тексерілуден арнаулы топ тұрғындарынан 9597 (104,3%) адам өтті. Жас шамалары жағынан адамдардың көпшілік саны 42 (9%) жасты, ең азы 68 (1,8%) жасты құрады. Скрининг барысында тексерілгендердің көзішілік қысымының жоғарылауымен 59 (0,61%) адам анықталды, біріншілік глаукома 16 емделушіде (0,1667%) анықталды. Глаукома ауруы анықталған барынша көп пайызы 66 (0,6897%) жастағыларда бақыланды. Скринингтік зерттеулерді өткізу нәтижесінде біріншілік глаукома негізінде бастапқы ауру дәрежесінде анықталды (56,3%), яғни бұл скринингтік зерттеулерді өткізу мақсатқа сай екендігін көрсетеді.

SUMMARY

Experience glaucoma office of PHC
G.B. Mukhamedzhanova, V.R. Abdullina, A.A. Karasheva

As a result of glaucoma office on the basis of «the city polyclinic № 6 Almaty» were examined in 1683 men aged 40 to 70 years. With suspected glaucoma was 97,6%, with a diagnosis of glaucoma – 2,4%. The most common primary glaucoma at an early stage of the pathological process, which indicates that such testing. Efficient organization of glaucoma study, the use of modern diagnostic techniques contribute to the timely passage of our citizens the necessary examination for screening for glaucoma, and thus increase the chances for early detection and treatment of this disease.

ГЛАУКОМА И СОСУДИСТАЯ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ

УДК 617.7-007.681-085:615.225.2

ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Н.А. Алдашева, М.С. Худжатова, Ж.О. Сангилбаева, Л.Б. Таштитова, А.С. Мукажанова

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: глаукома, гипотензивные препараты, фиксированные комбинации.

Актуальность. Глаукома - это хроническое заболевание, ведущее к прогрессирующему поражению зрительного нерва с характерными изменениями поля зрения [1]. Повышение внутриглазного давления зачастую остается незамеченным пациентами до тех пор, пока сужение поля зрения не станет значительным. Потеря зрения при этом происходит необратимо.

Открытоугольная глаукома носит прогрессирующий характер, при этом единственным фактором прогресса является повышение внутриглазного давления. В связи с этим возникает необходимость постоянного контроля и наблюдения за пациентом с целью снижения и поддержания оптимального уровня офтальмотонуса, который определяется соотношением между образованием внутриглазной жидкости и ее оттоком [2].

Гипотензивные препараты по фармакологическому действию условно делятся на две группы: уменьшающие продукцию внутриглазной жидкости и улучшающие ее выведение. Использование монотерапии у 40% пациентов (Ocular Hypertension Treatment Study) не приводит к достижению безопасного уровня внутриглазного давления, что требует назначения двух и более препаратов [3]. В связи с этим возникла необходимость создания фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов, позволяющих сократить частоту инстилляций, улучшить комплаенс пациентов, достичь требуемого уровня внутриглазного давления, уменьшить побочное действие как самих препаратов, так и содержащихся в них консервантов, избежать эффекта вымывания [4]. На сегодняшний день существует несколько видов фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов: бета-блокаторы+холиномиметики, бета-блокаторы+аналоги простагландинов, бета-блокаторы+ингибиторы карбоангидразы. К последней группе комбинаций относится Дорзопт-плюс (Ромфарм).

Дорзопт-плюс – комбинированный препарат, состоящий из 2 компонентов, направленных на понижение внутриглазного давления (ВГД) посредством уменьшения секреции внутриглазной жидкости и увеличения ее оттока. Дорзоламид - ингибитор карбоангидразы, замедляющий

образование гидрокарбоната с последующим ослаблением переноса Na^+ и воды, что приводит к снижению секреции водянистой влаги. Тимолол - неселективный блокатор бета-адренорецепторов, понижающий внутриглазное давление за счет уменьшения образования водянистой влаги клетками цилиарного тела и небольшого увеличения ее оттока.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности препарата Дорзопт-плюс в лечении впервые выявленной глаукомы с высоким ВГД.

Материал и методы. Исследование проведено на базе КазНИИ глазных болезней. Под наблюдением находилось 15 пациентов (30 глаз) с впервые выявленной глаукомой. Средний возраст пациентов составил $51 \pm 6,1$ год, колебался от 32 до 65 лет. Женщин было 11, мужчин - 4. Начальная стадия глаукомы была установлена на 16 глазах, развитая – на 8, далекозашедшая – на 6.

Дорзопт-плюс назначался по 1 капле 2 раза в день с интервалом в 12 часов. Определялся стартовый уровень ВГД, через 2 дня, через 2 недели, 1 месяц и 2 месяца после начала лечения. ВГД определяли на бесконтактном тонометре и по Маклакову. Офтальмологическое обследование включало визометрию с использованием проектора знаков NIDEK CP-690 Advanced, биомикроскопию (Seetool AT-16), офтальмоскопию (фундус-линза), компьютерную статическую периметрию (Humphrey 7401), электрофизиологические исследования (зрительно вызванные потенциалы), гейдельбергскую ретинальную томографию (HRT II), кератопахиметрию (Visante). Кератопахиметрия выполнялась однократно в начале исследования

для определения оптимального уровня целевого давления. Функциональное состояние зрительного нерва оценивалось по данным ЭФИ и компьютерной периметрии.

Динамическая оценка функционального состояния зрительного нерва проводилась по данным ЭФИ, HRT и компьютерной периметрии, которые

проводились до и через 2 месяца после начала терапии. Срок наблюдения составил 2 месяца.

Результаты и обсуждение

На фоне инстилляций Дорзопт-плюс уровень ВГД снизился по сравнению с исходными данными на $32,47 \pm 9,7\%$ в течение первого месяца, что соответствует требованиям, предъявляемым к оптимальному препарату для местной гипотензивной терапии [5]. Динамика средних показателей ВГД представлена на рисунке 1.

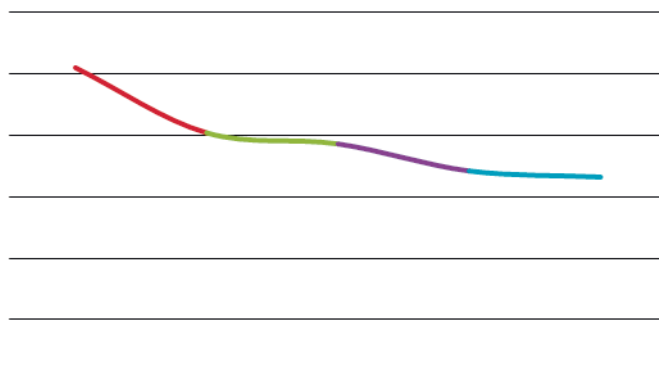


Рисунок 1. Уровень внутриглазного давления у больных глаукомой до и после применения препарата Дорзопт-плюс

Дальнейшие наблюдения показали стабилизацию уровня ВГД. В 96,7% случаев (29 глаз) острота зрения не изменилась, в одном случае (3,3%) наблюдалось ее повышение на 0,2 (с 0,8 до 1,0).

По данным гейдельбергской ретинальной томографии выявлена положительная динамика морфологического состояния диска зрительного нерва (ДЗН): экскавация диска уменьшилась на 5% (с $0,63 \pm 0,07$ до $0,54 \pm 0,03$), площадь нейро-ретинального пояса увеличилась в среднем на 0,02 мм². На фоне снижения внутриглазного давления в 80% случаев (24 глаза) отмечалось улучшение электрофизиологических показателей в виде повышения амплитуды в среднем на $17 \pm 3,5\%$ ($2 \pm 0,33$ мкВ) и снижения латентности на $0,7 \pm 0,06\%$ ($1 \pm 0,2$ мс). Отмечена положительная динамика периметрических индексов: суммарная светочувствительность сетчатки (MD) повысилась с -4,5 до -1,8, паттерн-стандартное отклонение (PSD) уменьшилось с 2,77 до 1,52.

Переносимость препарата в период наблюдения в 100% случаев была хорошая, аллергических реакций, изменений со стороны сердечно-сосудистой и легочной системы не отмечалось. Двоим пациентам (13,3%) были дополнительно назначены аналоги простагландинов в связи с недостаточным снижением внутриглазного давления. В одном случае (6,7%) пациент был прооперирован вследствие неэффективности местной гипотензивной терапии.

Клинический пример:

Пациентка Б., 43 года, обратилась с жалобами на снижение зрения, боли в левом глазу. Из анамнеза: зре-

ние стало ухудшаться год назад, боли появились около 7 дней назад. На основании проведенного офтальмологического обследования выставлен диагноз: Глаукома открытоугольная OD-Ib, OS-IIc. Пациентке была назначена инстиляция Дорзопт-плюс по 2 капли 2 раза в день.

Результаты первичного обследования: внутриглазное давление OD/OS – 31/60 мм рт.ст. (по Маклакову). По данным HRT экскавация диска OD/OS – 0,51/0,82, площадь нейро-ретинального пояса – 1,50/0,83.

Через 2 дня после начала местной гипотензивной терапии жалоб на боли в глазу не было, давление снизилось: OD/OS – 15/25 мм рт.ст. Следующий осмотр был проведен через 2 недели: давление OD/OS – 14/22 мм рт.ст., экскавация диска OD/OS – 0,52/0,82, площадь НПП – 1,50/0,84 мм по данным HRT. При обследовании больной через 1 месяц: ВГД OD/OS – 14/20 мм рт.ст., Э/Д OD/OS – 0,49/0,80, площадь НПП – 1,54/0,82 мм. Контрольный осмотр через 2 месяца выявил снижение ВГД OD/OS до 15/20 мм рт.ст., уменьшение Э/Д – 0,48/0,80, увеличение площади НПП – 1,54/0,82 мм. На рисунке 2 показана векторная кривая данных HRT пациентки.

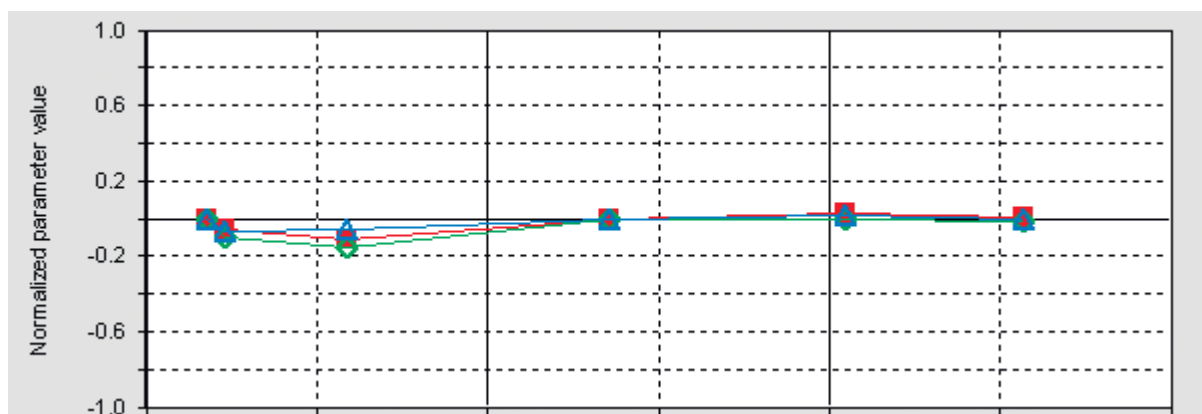


Рисунок 2. Векторная кривая HRT больной Б. до и после применения препарата Дорзопт-плюс

Как видно из представленного рисунка, на фоне лечения отмечается тенденция к стабилизации процесса.

Препарат Дорзопт-плюс по нашим данным позволяет снижать уровень ВГД в среднем на $32,47 \pm 9,7\%$, способствует сохранению зрительных функций, улучшает морфофункциональное состояние зрительного нерва.

Таким образом, полученные нами результаты показали, что при впервые выявленной глаукоме с высоким давлением эффективность препарата Дорзопт-плюс составила 80%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова С. А. Гемодинамические и функциональные изменения у больных первичной открытоугольной глаукомой и в процессе реабилитации: Автореф. дисс...канд. мед. наук.- М., 1999. – 25 с.
2. Алексеев В.Н., Мартынова Е.Б. Новые подходы к гипотензивной терапии первичной открытоугольной глаукомы. Consilium Medicum. – 2001. – № 12. – Том 3 – 28 с.
3. Fechtner R.D., Realini T. Fixed combinations of topical glaucoma medications //Curr. Opin. Ophthalmol. -2004. Vol. 15, № 2-P.132-135.
4. Басинский С.И. Современные принципы гипотензивной терапии глаукомы // Глаукома: Реальность и перспективы: Материалы научно-практической конференции. М., 2008. - С. 220-223.
5. Егоров Е.А. Гипотензивное лечение глаукомы // Клин. офтальмол. -2000. - Т. 1.- № 1. - С. 6-10.

РЕЗЮМЕ

Применение фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов в терапии открытоугольной глаукомы

Н.А. Алдашева, М.С. Худжатова, Ж.О. Сангилбаева, Л.Б. Таштитова, А.С. Мукажанова

В работе представлены результаты использования фиксированной комбинации Дорзопт-плюс в лечении глаукомы. Эффективность препарата составила 80%. Дорзопт-плюс позволяет значительно и эффективно снижать уровень ВГД (в среднем на $32,47 \pm 9,7\%$), способствует сохранению зрительных функций, улучшая морфофункциональное состояния зрительного нерва.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада глаукоманы емдеу кезінде Дорзопт-плюс бекітілген комбинациясын қолдану нәтижелері көрсетілген. Препараттың тиімділігі 80%-ды құрайды. Дорзопт-плюс едәуір және тиімді түрде көз қысымын төмендетеді (орташа $32,47\%$), көру нервісінің қызметін оның морфофункционалдық жағдайын жақсарту арқылы сақтайды.

SUMMARY

There were represented results of use of fixated combination Dorzopt-plus in treatment of glaucoma in the article. Efficiency of the drug is 80%. Dorzopt-plus allows respectfully and effectively decrease IOP (for $32,47\%$ in average), helps to save visual functions by improvement of morphofunctional condition of optic nerve.

УДК 617.7-007.681:617.713:617.7-073-073.178

ЗАВИСИМОСТЬ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ ТОЛЩИНЫ РОГОВИЦЫ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

А.Ж. Аубакирова, Н.С. Пан, Г.С. Ескендинова, Г.К. Казанкапов

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: глаукома, внутриглазное давление, толщина роговицы.

Актуальность

Глаукома – ведущая причина необратимой слепоты, по данным ВОЗ около 105 млн. человек на нашей планете болеют глаукомой, и по прогнозам до 2030 года их число удвоится. Глаукома делит 2-3 место среди причин слепоты во всем мире (около 5 млн. человек). За последние десятилетия частота слепоты от этой патологии в экономически развитых странах устойчиво держится на уровне 14–15% от общего числа всех слепых [1]. В Казахстане 77 817 больных с глаукомой, из них с впервые выявленной – 14 435, на диспансерном учете – 51,7% пациентов (2011 г).

Повышение внутриглазного давления (ВГД) – один из основных клинических признаков глаукомного процесса, регистрация которого лежит в диагностике и выборе метода адекватного лечения. В настоящее время – это единственный управляемый фактор риска развития и прогрессирования глаукомы. В связи с этим минимизация погрешностей измерения ВГД – важная задача офтальмолога [2, 3, 4].

Во многих исследованиях подчеркивается важность центральной толщины роговицы (ЦТР) как параметра, влияющего на точность измерения ВГД, и, как следствие, на принятие решения относительно тактики ведения пациентов с глаукомой [5, 6].

Цель – выявить зависимость показателей внутриглазного давления пациентов с глаукомой от центральной толщины роговицы.

Материал и методы

Проведено обследование 40 (56 глаз) больных с открытоугольной глаукомой от 35 до 77 лет, среди них 21 женщина, 19 мужчин, из них с начальной стадией заболевания – 10 (17,8%) глаз, с развитой – 15 (26,8%) глаз, с далекозашедшей – 18 (32,1%), с терминальной – 13 (23,2%). Критерием отбора послужил нормализованный офтальмотонус (Ро до 21 мм рт. ст.) с помощью медикаментозной терапии.

Критерии исключения составляли:

- лица с воспалительными заболеваниями переднего отрезка глаза;
- лица с травмами и заболеваниями роговицы и глазного яблока в прошлом и настоящем;

- лица, перенесшие любые офтальмологические операции (лазерные и хирургические);

- лица с терминальной стадией глаукомы при наличии дистрофических изменений роговицы.

Всем пациентам проводились визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, гониоскопия, измерение центральной толщины роговицы и ВГД бесконтактным способом. При оценке ЦТР использовалось ее разделение на три группы (по Л.И. Балашевичу, 2005):

- «тонкая» <520 мкм;
- «нормальная» 521-580 мкм;
- «толстая» >581 мкм

Результаты

«Тонкая» роговица (<520 мкм) была отмечена в 32% случаев, «средняя» ЦТР (521-580 мкм) – у 50% пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ); «толстая» роговица (>581 мкм) – у 18% обследуемых с ПОУГ. ПОУГ при «тонкой» роговице наблюдалась чаще (в 42 глазах), чем при «толстой» (в 14 глазах). При «тонкой» роговице III и IV стадия глаукомы встречаются почти в 6 раз чаще, чем при «толстой» ($p < 0,01$). Также была проанализирована частота встречаемости различных стадий ПОУГ у лиц с разной толщиной роговицы в центре. При «толстой» роговице начальная стадия определяется в 70% случаев, при «нормальной» ЦТР – в 35%, при «тонкой» – в 25%. По мере уменьшения ЦТР частота встречаемости III и IV стадий увеличивается до 46% (при «тонкой») против 8% (при «толстой» роговице).

От I к III стадии глаукомы среднее значение ЦТР статистически достоверно уменьшалось ($p < 0,01$) и составило $530 \pm 12,2$ мкм при I стадии, $519 \pm 15,1$ мкм – при II стадии процесса

и $498 \pm 10,14$ мкм - при III стадии ПОУГ. В IV стадии заболевания ЦТР незначительно увеличивалась ($504,4 \pm 17,01$ мкм) за счет дистрофических изменений в роговице. Можно предположить, что при обследовании пациентов с глаукомой происходит заниженная оценка ВГД и

позднее выявление ПОУГ, что в дальнейшем приводит к прогрессированию глаукомного процесса и постепенный переход от I>II>III>IV стадии глаукомы (таблица 1).

Таблица 1 – Значения ЦТР при различных стадиях глаукомы

Стадии глаукомы	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
Среднее значение центральной толщины роговицы (мкм)	$530 \pm 12,2$	$519 \pm 15,1$ P<0,01	$498 \pm 10,14$ P<0,01	$504,4 \pm 17,0$ P<0,01

Таким образом, определение ЦТР необходимо для выработки тактики ведения и лечения больных с ПОУГ. Из данной работы видно, что на прогрессирование глаукомного процесса могут влиять такие факторы, как погрешности в измерении и оценке внутриглазного давления, чаще - в сторону его занижения.

Выводы

1. «Тонкая» роговица (<520 мкм) является фактором риска развития ПОУГ.
2. ЦТР может являться важным показателем прогрессирования глаукомного процесса в результате некорректной оценки ВГД. Частота встречаемости III и IV стадий ПОУГ у пациентов с «тонкой» роговицей (<520 мкм)

достоверно выше (46%), чем у пациентов с «толстой» роговицей (8%).

3. Определение показателя толщины роговицы у больных ПОУГ дает возможность корректно оценивать значение ВГД с целью повышения эффективности лечебной тактики при ПОУГ. Пациенты с «тонкой» роговицей требуют особого внимания, так как при исследовании офтальмотонуса у них происходит занижение показателей ВГД и, как следствие, дальнейшее прогрессирование глаукомного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров А.П., Егоров Е.А. Глаукома: патогенез, принципы лечения //Тезисы 7-съезда офтальмологов России.-Москва, 1999.-С.91.
2. Алексеев В.Н., Литвин И.Б. Влияние толщины роговицы на уровень внутриглазного давления и прогноз при ПОУГ// Санкт-Петербург, 2009.- С.98.
3. Балашевич Л.И. Влияние толщины роговицы на пневмотонометрические показатели внутриглазного давления// Офтальмохирургия.- Москва, 2005.- С.28.
4. Файзрахманова Р.Р., Собянин. Н.А. Влияние центральной толщины роговицы на внутриглазное давления в норме// Москва, 2006.- С. 118.
5. Gordon M.O., Beiser J.A., Brandt J.D., et al. Ocular Hypertension Treatment Study Group. The Ocular Hypertension Treatment Study: baseline factors that predict the onset of primary open-angle glaucoma // Arch Ophthalmol. – 2002. –Vol. 120. – P. 714 -720.
6. Shimmyo M., Ross A.J., Moy A., Mostafavi R. Intraocular pressure, Goldmann applanation tension, corneal thickness, and corneal curvature in Caucasians, Asians, Hispanics, and African Americans // Am J Ophthalmol. – 2003. – Vol.136. – P.603-613.

РЕЗЮМЕ

Зависимость показателей внутриглазного давления от центральной толщины роговицы у больных ПОУГ.
А.Ж. Аубакирова, Г.С. Ескендинова, Н.С. Пан, Г.К. Казанкапов

В статье приведены результаты исследования зависимости ВГД от центральной толщины роговицы у больных с ПОУГ. Выявлено, что чем толще центральная толщина роговицы, тем выше уровень ВГД.

SUMMARY

The article brings up the research results of dependency of intraocular pressure on central thickness of cornea among patients with primary open-angle glaucoma. It's been found out that the thicker is the central thickness of cornea, the higher is the level of intraocular pressure.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада біріншілік ашық бұрышты глаукомамен ауырататын науқастардың көз ішілік қысымының қасаң қабықтың орталық қабатының қалыңдығына тәуелділігін зерттеу нәтижелері көрсетілген. Қасаң қабықтың орталық қабаты қаншалықты қалың болса, соншалықты көзішілік қысым жоғары болатыны анықталды.

УДК 617.7-007.681-036.87:617.723-002

ВТОРИЧНАЯ ГЛАУКОМА НА ФОНЕ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ

А.Т. Касымханова

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

Ключевые слова: каротидно-кавернозное соустье, флебогипертензия, вторичная глаукома, офтальмотонус.

Каротидно-кавернозное соустье (ККС) образуется при возникновении фистулы в кавернозной части внутренней сонной артерии (ВСА). При этом кровь из ВСА проникает в полость пещеристого синуса. Давление крови в пазухе повышается, что обуславливает затруднение оттока крови в кавернозный синус из глазничной вены и других вен. Развивается характерный клинический синдром пульсирующего экзофтальма. Первое наблюдение каротидно-кавернозного соустья принадлежит Travers (1813). В 1856 году Henry сообщил о больном с пульсирующим экзофтальмом и высказал предположение о том, что причиной болезни является разрыв ВСА в полость пещеристого синуса. Разные авторы неодинаково называют это заболевание. Наиболее часто применяются термины «пульсирующий экзофтальм» и «каротидно-кавернозное соустье». Чаще всего ККС развивается в результате травмы в 75% случаев, но может возникать и спонтанно, вследствие инфекционного процесса, атеросклероза, аномалий сосудов, аневризмы кавернозной части ВСА [1, 2, 3, 4]. Каротидно-ка-

вернозные фистулы, возникающие вследствие разрыва интракавернозной аневризмы чрезвычайно редки [3, 5, 6], однако несут риск опасных для жизни осложнений. В нелеченных случаях наступает летальный исход в 2,5-15% случаев от носовых кровотечений или кровоизлияния в мозг при разрыве стенки пещеристого синуса или при разрыве застойных вен. Данные ангиографии имеют решающее значение для выбора способа оперативного вмешательства. В соответствии с данными ангиографии все соустья в области кавернозного синуса делятся на 2 типа. Тип А - высокоскоростные (собственно ККС или соустье большого потока). Типичные ККС, формирующиеся в результате, как правило, травматического разрыва сонной артерии в кавернозном синусе или спонтанного разрыва аневризмы этой же локализации. Тип В - низкоскоростные (артерио-венозные мальформации в области кавернозного синуса). Необходимо отметить, что каротидно-кавернозное соустье относится к пограничным заболеваниям между офтальмологией и нейрохирургией. До 1970 года оперативное лечение ККС проводилось в виде перевязки или клипирования ВСА в полости черепа или на шее [3]. В настоящее время лечение прямых ККС проводится эндовасальным методом либо с использованием отделяемых баллонов или платиновых спиралей трансартериальным и трансвенозным путем [5].

Целью нашей работы явилось изучение частоты и клинических проявлений вторичной флебогипертензивной глаукомы на фоне каротидно-кавернозного соустья по данным АО «РНЦНХ».

Материалом для исследования послужили истории болезни 19 больных с каротидно-кавернозным соустьем.

Пациентам проводились специальные методы исследования: МРТ с контрастированием и ангиографическое исследование.

На МРТ с контрастированием были видны проминирующая верхне-глазничная вена и диффузное утолщение экстраокулярных мышц. При ангиографии наблюдалось распространение рентгено-контрастного вещества в артериальную фазу из сифона внутренней сонной артерии в пещеристый синус, а из него - в вены глазницы.

Нейроофтальмологическое обследование включало в себя исследование остроты зрения без коррек-

ции и с коррекцией, биомикроскопию, автокераторефрактометрию, измерение внутриглазного давления бесконтактным тонометром, исследование периферических границ поля зрения статическим способом, осмотр глазного дна, исследование функции глазодвигательных мышц.

Возраст больных колебался от 16 до 65 лет. Среди больных ККС женщин было 9, мужчин -10.

Таблица 1 – Распределение больных ККС по полу и возрасту

Мужчины						Женщины					
до 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и т.д.	до 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и т.д.
3	-	3	-	3	1	1	-	1	2	3	2
15,8%	-	15,8%	-	15,8%	5,3%	5,3%	-	5,3%	10,5%	15,7%	10,5%

Из анамнеза выявлено, что в 47,4% случаев у пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 50 лет каротидно-кавернозное соустье появилось в результате травмы. У остальных больных (52,7%) ККС возникло спонтанно.

Острота зрения у 6 пациентов (31,5%) равнялась нулю, у 13 - колебалась от 0,1 до 0,9. У 10 больных (52,6%) на фоне каротидно-кавернозного соустья выявлена вторичная флебогипертензивная глаукома.

Клинически у всех больных с ККС наблюдался пульсирующий экзофтальм. Выраженность экзофтальма была от 7 до 15 мм. Кроме того, отмечались застойные явления в глазнице и глазном яблоке, сопровождающиеся отеком век, хемозом, переполнением сосудов конъюнктивы и радужки. Конъюнктива была буро-красного цвета, напоминающего грануляционную ткань. У 12 больных вследствие поражения глазодвигательных нервов наблюдалась полная или частичная офтальмоплегия. В результате застоя крови в венах конъюнктивы и склеры у 10 больных (52,6%) повысилось внутриглазное давление с развитием вторичной флебогипертензивной глаукомы. Внутриглазное давление у пациентов с вторичной флебогипертензивной глаукомой колебалось от 32 до 46 мм рт. ст. При биомикроскопии у этих больных наблюдался резко выраженный хемоз, эписклеральные вены расширены в виде «головы медузы», отек роговицы, передняя камера неравномерной глубины, мидриаз, утолщение ткани радужки, новообразованные сосуды. При осмотре глазного дна у больных флебогипертензивной глаукомой на фоне ККС выявлялись глаукомная экскавация

зрительного нерва, расширение вен сетчатки, неравномерность их калибра и патологическая извитость. Офтальмоскопически у 5 больных (26,3%) на сетчатке обнаружены преретинальные и ретинальные геморрагии.

Всем 19 больным с каротидно-кавернозным соустьем произведены оперативные вмешательства с целью выключения соустья. Динамика регресса симптомов ККС после окклюзии соустья зависела от их выраженности перед операцией, полноты выключения соустья из кровотока, степени развития коллатерального мозгового кровообращения. Сразу после выключения соустья у больных прекратился шум в голове. Через 7-8 дней у большинства больных (68,4%) значительно уменьшился экзофтальм, исчезли застойные явления в орбите, увеличилась подвижность глазного яблока. Внутриглазное давление у 3 (15,7%) больных осталось субкомпенсированным, в пределах 28-30 мм рт. ст. В остальных случаях сразу после операции произошла нормализация офтальмотонуса. Острота зрения в раннем послеоперационном периоде осталась неизменной.



Рисунок 1

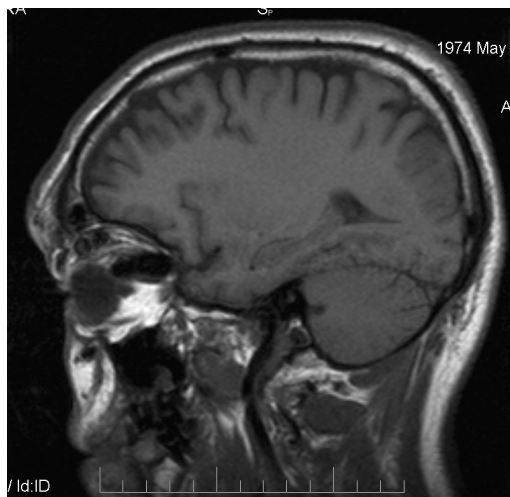


Рисунок 2

На рис. 1 отображены данные ангиографических исследований пациента с каротидно-кавернозным соустьем.

На рис. 2 дана картина МРТ-исследования пациента с каротидно-кавернозным соустьем.

Таким образом, вторичная флебогипертензивная глаукома на фоне каротидно-кавернозного соустья характеризуется такими клиническими особенностями как пульсирующий экзофтальм, застойные явления в переднем отрезке глазо-

го яблока, глаукомная экскавация диска зрительного нерва с расширением, застоем и извитостью вен при высоких цифрах офтальмотонуса. Лечение таких больных заключается в хирургическом выключении образовавшегося каротидно-кавернозного соустья в условиях нейрохирургического стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочкарева А.А., Мартиросян В.В., Бубнова Г.Н., Должич Р.К. Нейроофтальмологические синдромы при сосудистых поражениях кавернозного синуса // В кн.: Нейрососудистая патология органа зрения.- Тбилиси, 1976. - С. 196-198.
2. Зозуля Л.Н., Бурлуцкий А.П. Офтальмологические симптомы травматических и спонтанных каротидно-кавернозных соустьев // Офтальм. журнал.- 1970. - Т. 25, № 4. -С. 269-273.
3. Сербиненко Ф.А., Лысачев А.Г. Эндovasкулярная нейрохирургия: отражение проблемы в журнале «Вопросы нейрохирургии» // Вопросы нейрохирургии. - 1987. - № 6. - С. 14-15.
4. Яковлев С.Б. Артерио-синусные соустья в области кавернозного синуса //Клиника, диагностика, комплексное лечение. -Дисс.... канд. мед. наук.- М., 1997.-1. Иностранная литература.
5. Яковлев С.Б. Артерио-венозные фистулы головы и шеи //Клиника, ангиоархитектоника, эндovasкулярное лечение.- Дисс. ... докт. мед. наук.-2009.- 344 с.
6. Arat A., Inci S. Treatment of a superior sagittal sinus dural arteriovenous fistula with Onyx: technical case report. //Neurosurgery. -2006. Vol. 59. - Suppl 1 - P. 169-70.

РЕЗЮМЕ

Вторичная глаукома на фоне каротидно-кавернозного соустья
А.Т. Касымханова

Вторичная флебогипертензивная глаукома на фоне каротидно-кавернозного соустья характеризуется такими клиническими особенностями как пульсирующий экзофтальм, застойные явления в переднем отрезке глазного яблока, глаукомная экскавация диска зрительного нерва с расширением, застоем и извитостью вен при высоких цифрах офтальмотонуса. Лечение таких больных заключается в хирургическом выключении образовавшегося каротидно-кавернозного соустья в условиях нейрохирургического стационара.

SUMMARY

Secondary phlebohypertensive glaucoma on the background of carotid-cavernous fistula characterized by following clinical finding – pulsating exophthalmos, frontal part eye – bulbe congestion and sinuation of veins with high intraocular pressure. The treatment of these patients consist in surgical deprivation of occurred carotid-cavernous fistula in neurosurgical in patient department.

ТҰЖЫРЫМ

Каротидті-кавернозды сағалық фонындағы екіншілік флебогипертензивті глаукома: соққылы экзофтальм, көз алмасының алдыңғы бөлігіндегі іркіліс белгілерімен, көру жүйкесі дискісінің глаукомалық экскавациясы ұлғаюымен, жоғары сандық офтальмотонус кезіндегі веналардың ирелеңдеуі және іркілуі сияқты клиникалық ерекшеліктерімен сипатталады.

Мұндай науқастарды емдеу, тек нейрохирургиялық емхана жағдайында каротидті-кавернозды сағалықтағы түзілісті хирургиялық ажыратумен аяқталады.

УДК 617.7-007.681-009.87-053.1-089.8

ОРГАННОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

Н.А. Гончарик, Г.И. Сидорова

Областная офтальмологическая больница, г. Шымкент

Актуальность. Глаукома может возникнуть в любом возрасте, начиная с рождения, но распространенность заболевания значительно увеличивается в пожилом и старческом возрасте. Так, частота врожденной глаукомы составляет 1 случай на 10-20 тысяч новорожденных, в возрасте 40-45 лет первичная глаукома наблюдается примерно у 0,1% населения. В возрастной группе 50-60 лет глаукома встречается уже в 1,5% случаев, а у лиц старше 75 лет - более чем у 3%. Это заболевание занимает одно из первых мест среди причин неизлечимой слепоты и имеет важнейшее социальное значение.

Врожденная глаукома приводит зачастую к таким тяжелым осложнениям как буфтальм, развитие стафилом, при возникновении которых нарушаются или отсутствуют зрительные функции, имеется воспалительный процесс, болевой синдром, обезображивающий вид или существует угроза симпатической офтальмии парного глаза, требуется радикальное хирургическое вмешательство. И наиболее распространенным среди хирургических вмешательств является проведение эвисцерозенуклеации глазного яблока с последующим протезированием.

По данным НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, количество больных, нуждающихся в проведении этой операции в странах СНГ, превысило 12000 в год. Проведение энуклеации приводит к значительному сниже-

нию эффективности косметического протезирования, вызывает у пациента чувство собственной неполноценности, ограничивает профессиональную пригодность и общение с другими людьми.

Несмотря на значительные достижения в лечении глазных заболеваний, энуклеация глазного яблока составляет от 1 до 4% всех оперативных вмешательств на органе зрения. По данным различных источников, у половины лиц, перенесших простую энуклеацию, и у одной трети перенесших энуклеацию с имплантацией различных материалов развиваются серьезные косметические недостатки.

Целью настоящего исследования является разработка метода лечения врожденной терминальной глаукомы с сохранением глазного яблока.

Материал и методы исследования

Способ оперативного вмешательства заключается в том, что осуществляются лигирование и последующую перевязку 4-х прямых мышц глаза у места

прикрепления сухожилий к склере глазного яблока.

Предложенный способ является вариантом так называемой циклоанемизации, при которой воздействие направлено на исключение передних цилиарных артерий и нервов из кровоснабжения и иннервации цилиарного тела. Техническим результатом предложенного способа является достижение значительного и стойкого снижения внутриглазного давления, при улучшении оттока влаги из угла передней камеры глаза - уменьшение или полное устранение болевого синдрома, отека роговицы при сохранении подвижности глаза в полном объеме, а также сохранение его как органа.

Результаты исследования

Нами было прооперировано четверо больных с терминальной болящей глаукомой в возрасте от 5 до 10 лет,

среди них три девочки и один мальчик. Зрение было 0 во всех случаях. Показатели внутриглазного давления были в пределах от 36 до 52 мм рт. ст. Размеры глазного яблока варьировали от 28,0 до 32,25 мм. Всем больным произведена циклоанемизация болящего глаза. После проведенного хирургического вмешательства болевой синдром исчез на 2-3 сутки. Признаки раздражения глазного яблока прошли на 2-4 сутки, отмечали просветление роговицы и отек. Внутриглазное давление в послеоперационном периоде варьировало от 28 до 36 мм рт. ст. За все время наблюдения в послеоперационном периоде в течение 6 месяцев каких-либо осложнений, в том числе воспалительных, отмечено не было.

Выводы. Таким образом, предлагаемый способ хирургического лечения вторичной терминальной формы глаукомы доступен большинству оперирующих офтальмологов. При его проведении не требуется дорогостоящего оборудования и специальной подготовки хирурга. Отсутствие геморрагических осложнений во время операции, в первую очередь, связано с тем, что не производится вскрытия глазного яблока и манипуляций в передней камере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров А.П. Глаукома. М., 1995. - 255 с.
2. Нестеров А.П., Егоров Е.А., Бабушкин А.Э. О повторных фистулизирующих операциях при открытоугольной глаукоме // Вестн. офтальмологии.- 2000. - № 1.-С. 7-11.
3. Нестеров А.П., Егоров Е.А., Егоров А.Е., Кац Д.В. Влияние транссклеральной лазерной циклокоагуляции на внутриглазное давление и зрительные функции у больных открытоугольной далеко зашедшей глаукомой // Вестн. офтальмологии.- 2001. — № 1. - С. 3-4.
4. Пастухова А.Н., Ноябрьева Т.Ф., Косых Н.В. и др. Комбинированная прямая циклокриопексия при лечении терминальной неоваскулярной глаукомы с болевым синдромом // Вопросы офтальмологии: Материалы юбилейной научно-практ. конф.-Вып. 3.-Омск, 1997.-С. 228-230.
5. Паштаев Н.П., Горбунова Н.Ю. Эффективность антиглаукоматозной операции с использованием нового вида дренажа из сополимера коллагена в лечении рефрактерных глауком // Современные технологии лечения глаукомы: Сб. науч. ст.- М., 2003. - С. 325-329.
6. Петруня А.М., Петруня М.С. Эффективность применения комплексной антиглаукоматозной операции // Офтальмохирургия.- 1994. - № 2. - С. 17-19.

РЕЗЮМЕ

Органосохраняющая операция при врожденной терминальной глаукоме
Н.А. Гончарик, Г.И. Сидорова

В данной статье рассматривается способ хирургического лечения вторичной терминальной формы глаукомы у детей с сохранением глазного яблока.

SUMMARY

This article analyses the method of surgical treatment of children's glaucoma's secondary terminal forms with eyeball preservation.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

К.А. Тлеубаев, А.Т. Ардабаева

Глазное отделение Областной клинической больницы им. Г. Султанова, г. Павлодар

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, оптическая когерентная томография, сетчатка.

Число больных сахарным диабетом (СД) ежегодно увеличивается и по данным ВОЗ составляет не менее 200 миллионов человек. Диабетическая ретинопатия (ДР) является наиболее распространенной причиной значительного снижения зрения, а в ряде случаев - и полной слепоты [1]. Рутинные методы обследования - визометрия, офтальмоскопия, циклоскопия - не всегда позволяют полноценно оценить характер и тяжесть изменений глазного дна, особенно на раннем этапе заболевания.

Оптическая когерентная томография (ОКТ) - бесконтактный безопасный, неинвазивный метод исследования, не требующий предварительной подготовки пациента, позволяет получить отображение структуры сетчатки, зрительного нерва, прилежащего стекловидного тела в поперечном срезе с высоким уровнем разрешения (до 8-10 микрон), обеспечивая получение прижизненной морфологической информации на микроскопическом уровне [2].

Цель исследования - оценить роль ОКТ в диагностике диабетической ретинопатии.

Материал и методы. Исследование структуры и толщины сетчатки в центральной зоне, перипапиллярной области, зрительного нерва и прилежащего стекловидного тела проведено в течение 12 месяцев 107 пациентам (196 глаз) с ДР, с различной степенью компенсации гликемии и длительностью заболевания сахарным диабетом. По клиническим проявлениям пациенты разделены на 3 группы соответственно классификации E. Kohner и M. Porta (1991) по стадиям ДР [3]: с непролиферативной ДР (НПДР) - 36 человек (33,6%), с препролиферативной ДР (ППДР) - 42 (39,2%), с пролиферативной ДР (ПДР) - 29 (27,1%). Средний возраст пациентов - $42 \pm 6,3$ лет. Женщин было 64, мужчин - 43.

Исследование проводилось на аппарате OCT Stratus (версия 3000) фирмы Zeiss. Макулярный отек - основная причина снижения зрительных функций у пациентов с ДР. На оптических томограммах представляется возможность определить утолщения сетчатки, которые не различимы при офтальмоскопии [4], что особенно важно для диагностики макулопатии на ранних этапах развития.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ полученных результатов показал, что в группе пациентов с НПДР наиболее частым клиническим проявлением бы-

ло наличие твердых экссудатов (63,9%), которые на томограммах выглядят как участки гиперрефлективности с «тенью», т.е., имея высокие отражающие свойства, они практически блокируют излучение от лежащих снаружи структур. Тонкие интратретинальные геморрагии (11,1%) представлены участками с повышенной плотностью, однако они пропускают излучение, отраженное от наружных слоев сетчатки, что согласуется с данными литературы [5]. В 16,7% случаев при НПДР наблюдалась локальная экссудативная макулопатия.

Экссудативная макулопатия при ППДР встречалась в 83,4%. При этом зоны отека выглядели на томограммах как слои с пониженной рефлективностью, преимущественно расположенные во внешних слоях сетчатки. При кистовидном отеке интратретинально определялись многокамерные полости, заполненные жидкостью.

Субретинальные геморрагии при ППДР сопровождалась отслойкой пигментного эпителия (ПЭ), от серозной отслойки отслойка ПЭ отличалась сопутствующим отраженным сигналом от форменных элементов крови, расположенных под ПЭ. Преретинальные кровоизлияния на томограммах выглядели в виде эпиретинальных гиперрефлективных участков, блокирующих отражение от структур сетчатки. На вертикальных линейных сканах за гиалоидной мембраной располагался «пузырь» с уровнем крови, в нижней части «пузыря» - кровь в виде плотного гиперрефлективного участка с ровной границей и высокой отражательной способностью, формирующая «тень»; в верхней части - жидкость с низкой отражательной способностью.

Диабетическая папиллопатия (11,9%) проявлялась на томограммах в виде отека диска зрительного нерва.

В 82,8% случаев при ПДР отмечалось наличие неоваскуляризации сетчатки, что имело вид утолщения или удвоения комплекса «ПЭ - мембрана Бруха». Неоваскуляризация диска зрительного нерва среди обследованных пациентов встречалась значительно реже – в 10,3% случаев.

Преретинальные фиброваскулярные или фиброглияльные шварты, выявленные при ПДР, в 6,9% случаев выглядели как гиперрефлективные тяжи.

Заключение. Таким образом, оптическая когерентная томография с высокой точностью отражает патоморфологические изменения сетчатки, зрительного нерва, прилежащей части стекловидного тела при диабетической ретинопатии. Возможность многократного повторения исследований и их сохранения, а также компьютерного сравнительного анализа изменений параметров макулярной области, диска зрительного нерва в абсолютных числах сводит к минимуму вероятность ошибки и дает возможность проследить динамику патологического процесса, оценить эффективность лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет».- М., Медицина, 2003.- С.88.
2. Ботабекова Т.К., Имантаева М.Б., Жазини Б.С., Степанова И.С., Джуматаева З.А. Роль оптической когерентной томографии в диагностике макулярного отека у больных с диабетической ретинопатией// Современные возможности в диагностике и лечении витреоретинальной патологии.- Сб. матер. конф.- М., 2004.-С 70-75.
3. Офтальмология: Национальное руководство/ Под редакцией С.Э. Астахова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. М., ГЭОТАР – Медиа.- 2008.- С. 616-619.
4. Hee M.R., Puliafito C.A., Wong C. et al. Quantitative assessment of macular edema with optical coherence tomography// Arch. ophthalmol.- 1995.-№ 113.- P.1019-1029.
5. Родин А.С. Биомикроретинометрия. М.: Памятники исторической мысли.- 2006.- 55 с.

РЕЗЮМЕ

Роль оптической когерентной томографии
в диагностике и лечении диабетической ретинопатии
К.А. Тлеубаев

В статье представлены данные оптической когерентной томографии пациентов с диабетической ретинопатией, показана возможность многократного повторения исследований, сравнительного анализа для изучения динамики патологического процесса, оценка эффективности лечения.

SUMMARY

This article contains investigation results of optical coherent tomography of patients with diabetic retinopathy. It has been shown the possibility of multiple repeating investigations, comparing analysis, dynamic control of pathological process and evaluation of treatment effectiveness.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада диабеттік ретинопатиясы бар науқастардың оптикалық когерентті томографиясының мәліметтері берілген. Зерттеуді бірнеше рет өткізу, патологиялық процесстің динамикасын салыстырмалы түрде талдау, емнің нәтижелілігін бағалау мүмкіндігі көрсетілген.

УДК 617.731-007.23-092-08:615.457

ПРЕПАРАТ «МЕКСИДОЛ» В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕПОЛНОЙ АТРОФИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

А.Т. Касымханова

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

Ключевые слова: атрофия зрительного нерва, сосудистая, мексидол.

Количество пациентов, страдающих различными сосудистыми заболеваниями (атеросклероз, гипертоническая болезнь и др.), особенно в пожилом возрасте, растет с каждым годом. Сосудистые нарушения общего характера часто приводят к нарушениям в различных системах организма, в частности, в зрительном нерве. Глаукома, тромбоз и окклюзия центральной артерии сетчатки и ее ветвей, ишемическая нейропатия приводят к нарушению кровоснабжения зрительного нерва, что влечет за собой частичную гибель нервных клеток.

Патогенез поражения зрительного нерва при сосудистых ишемических нейропатиях, приводящих к атрофии, всегда однотипен несмотря на многообразие вызывающих их причин. При остром нарушении регионарного кровотока, а также при снижении уровня кислорода в крови, притекающей к зрительному нерву, происходит изменение структур мембран эндотелиоцитов, выстилающих капиллярное русло, с уменьшением просвета капилляров. Результатом этих гипоксическо-ишемических расстройств является развитие первичной и прогрессирование вторичной ишемии. Кислород для нейронов и их популяций является ведущим энергоакцентром в дыхательной митохондриальной цепи. Но при нарушении энергообразующих процессов дисбаланс энергетического метаболизма может негативно отразиться на клетке и даже привести к ее гибели. Главной причиной этих нарушений является образование активных форм кислорода (АФК). Повышенный синтез АФК приводит к повреждению белков, липидов и нуклеиновых кислот [1, 2]. Существующая в организме физиологическая антиоксидантная система представляет собой совокупную иерархию защитных механизмов клеток, тканей, органов и систем, направленную на сохранение и поддержание обменных процессов в пределах нормы. Реакция организма, в том числе в условиях стресса, включает систему внутриклеточных ферментных систем, противодействующих окислительному стрессу и обезвреживающих АФК, однако перекисное окисление липидов в фосфолипидных структурах биологических мембран плохо устраняется системой супероксиддисмутаза-каталаза. Детоксикация в этих структурах осуществляется, главным образом,

ферментами системы глутатиона [1, 3]. Одним из препаратов-антиоксидантов, применяемых с целью уменьшения выраженности ишемических повреждений зрительного нерва, является «Мексидол» (2-этил-6-метил-3-оксиперидин сукцинат), выпускаемый в ампулах по 2,0 мл; 5,0 мл 5% раствора. «Мексидол» является антиоксидантом, ингибитором свободных радикалов с мембраностабилизирующим действием, который улучшает и стабилизирует мозговой метаболизм, кровоснабжение головного мозга и зрительного нерва.

Цель нашей работы – изучить эффективность применения препарата «Мексидол», обладающего антигипоксическими и антиоксидантными свойствами, в комплексном лечении больных с неполной атрофией зрительного нерва сосудистого генеза.

Методы исследования

В исследовании участвовало 49 больных с неполной атрофией зрительного нерва сосудистого генеза (глаукома, ишемическая нейропатия), проходивших курсы антиоксидантной и антигипоксической терапии на базе дневного стационара АО «РНЦНХ». Возраст пациентов колебался от 35 до 57 лет. Женщин было 27, мужчин - 22. Всем пациентам проводилась визометрия, биомикроскопия, прямая и обратная офтальмоскопия, периметрия (на аппарате Carl Zeiss), бесконтактная тонометрия больным глаукомой до и после курса консервативной терапии. Срок наблюдения составил 12 месяцев (2012 год).

В зависимости от проводимой терапии все больные были поделены на 2 группы: 1 - контрольную (пациенты получали: актовегин 5,0 в/в, милдронат 10% 5,0 в/в, парабульбарно милдронат

10% 0,5 мл в чередовании с эмоксипином) и 2 - основную (мексидол 2 мл на 100,0 мл раствора натрия хлорида 0,9%; парабульбарно милдронат 10% 0,5 мл в чередовании с эмоксипином). Курсы консервативной терапии длительностью 10 дней проводились 2 раза в год.

Результаты исследования

У пациентов контрольной группы центральная острота зрения с оптической коррекцией составляла в среднем $0,2 \pm 0,11$. Общий суммарный запас периферического поля зрения колебался от 220 до 315 градусов. После проведенного лечения острота зрения увеличилась на $0,1 \pm 0,15$. Общий суммарный запас периферического поля зрения увеличился в среднем на 10-15 градусов.

У пациентов основной группы до лечения центральная острота зрения с оптической коррекцией составила в среднем $0,3 \pm 0,13$. Общий суммарный запас периферического поля зрения колебался от 240 до 335 градусов. После повторного курса лечения препаратом «мексидол» острота зрения увеличилась в среднем на $0,2 \pm 0,15$, общий суммарный запас периферического зрения - на 35-40 градусов. Ухудшения зрительных функций или общего состояния у пациентов не наблюдалось.

Полученные данные свидетельствуют о том, что препарат «Мексидол», обладающий антигипоксическим, антиоксидантным действием, а также улучшающий кровоснабжение головного мозга и зрительного нерва, позволяет повысить эффективность проводимой терапии у больных с неполной атрофией зрительного нерва сосудистого генеза. Препарат хорошо переносится и не вызывает системных побочных явлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.И., Мартынова Е.Б. Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения глаукомы // Тезисы докладов научной конференции Военно-медицинской Академии. – СПб., 1995.-С.93-94.
2. Егоров Е.А., Касимов Э.М., Обруч Б.В. Русский медицинский журнал.-2002.-Т.3.-№
3. Малышев В.Е., Сальникова О.И. Опыт применения препарата «Мексидол» в комплексном амбулаторном лечении больных с заболеваниями глаз дегенеративно-дистрофического происхождения. - Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.- 2006.-приложение 1.

РЕЗЮМЕ

Препарат « Мексидол» в лечении пациентов с неполной атрофией зрительного нерва сосудистого генеза
А.Т. Касымханова

Исследовано 49 больных с неполной атрофией зрительного нерва сосудистого генеза. В основной группе пациентов, пролеченных «Мексидолом», выявлено повышение остроты зрения на $0,2 \pm 0,15$, суммарного периферического зрения - на 35-40 градусов, это свидетельствует об эффективности препарата «Мексидол» в лечении данной группы больных.

SUMMARY

We treated 49 patients with partial optic atrophy of vascular genesis. Patients in a main group treated by «Mexidol» had visual acuity improvement to $0,2 \pm 0,15$. Total reserve of peripheral vision increased in average to 35-40 degree that indicate efficacy of Mexidol in treatment of given patients group.

ТҰЖЫРЫМ

Тамыр генезді көру нервінің толық емес атрофиясымен 49 науқас тексерілді. «Мексидол» препаратымен емделген науқастардың негізгі тобында көру анықтығы $0,2 \pm 0,15$, ал перифериялық көру қабілеттілігі орта есеппен 35-40 градусқа өсті. Бұл осы топтағы науқастарды емдеудегі «Мексидол» препаратының нәтижелілігін дәлелдеді.

ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

УДК 617.735-089-079

ҚАЗАҚ КӨЗ АУРУЛАРЫ ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУ ИНСТИТУТЫ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ВИТРЕОРЕТИНАЛДЫ ПАТОЛОГИЯЛАРДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ АНАЛИЗ НӘТИЖЕЛЕРІ

Э.Г. Канафьянова, М.С. Аль-Асталь, Г.О. Огай, З.Т. Утельбаева,
Б.Д. Акимханова, К.С. Джурабаева

Тақырыптың өзектілігі. Витреоретиналды патологиялар қазіргі офтальмологиядағы әлемдік әлеуметтік – медициналық проблема болып табылады. Мәселенің өзектілігі осы ауыр патологиямен науқастардың 89% жұмысқа қабілетті жастағы адамдардың ұшырайтынына байласты [1]. Ресей авторларының мәліметтері бойынша барлық жас топтарында зағиптық пен төменкөргіштіктің 16% торлы қабық патологиялары құрайды және 9% дейін жыл сайын көру бойынша біріншілік мүгедектікке алып келетін негізгі себептердің бірі болып табылады [2]. Соңғы жылдары торлы қабықтың сылынуының хирургиялық емінде негізгі орынды алатын витреоретиналды операциялар өте кең қолданылуда [3]. Торлы қабық сылынуымен науқастардағы жалғыз тиімді емдеу әдісі ретиналды ақауларды бекіту және тракцияны жою арқылы торлы қабықтың қалыпты анатомия-топографиялық жатуын қалпына келтіру мақсатында жасалатын хирургиялық операциялар болып табылады [1]. Барлық витреоретиналды патологияларда қолданылатын заманауи операциялар екі топқа бөлінеді – экстрасклералды және интравитреалды. Экстрасклералды операцияларға склераны шеңбер бойлай басып ішке енгізу операциясын жатқызуға болады. Интравитреалды әрекеттерге шыны тәрізді денеге ауа, перфторорганикалық қосылыстарды, енгізу арқылы шыны тәрізді дене жағынан жыртқыты жабуға бағытталған витрэктомия және шыны тәрізді денені силиконмен, физиологиялық ерітінділермен немесе басқа да алмастырғыштармен ауыстыру [4]. Микроинвазивті технологияның дамуы және 25 G, 27 G құралдарының пайда болуы жаңа деңгейдегі сапалы хирургиялық операциялар жүргізуге мүмкіндік берді [5]. Әртүрлі авторлардың мәліметтері бойынша 85-90% жағдайда операциядан кейін торлы қабық анатомиялық қалпына келеді [1]. Витреоретиналды операциялар агрессивті хирургиялық манипуляция болып табылады, сонымен қатар операция кезіндегі және операциядан кейінгі асқынулардың жиілігі жоғары [6]. Көптеген зерттеушілер 3% - 77% дейін торлы қабық сылынуының рецидиві жоғары жиілікте кездесетінін айтады [7]. Торлы қабық сылынуының рецидивінде жасалатын

қайталанған хирургиялық операцияларда – операциядан кейінгі кезеңдегі көздің анатомиялық және функциональдық нәтижесін төмендететін интра- және постоперациялық асқынулардың қауіпі жоғарылайды [8].

Жұмыстың мақсаты. 2010-2011 жыл аралығындағы Қазақ көз аурулары ғылыми зерттеу институты мәліметтері бойынша витреоретиналды патологиямен емделген науқастарға жасалған әртүрлі хирургиялық әдістердің тиімділігін бағалау.

Материал және тәсілдер. 2010-2011 жыл аралығындағы Қазақ көз аурулары ғылыми зерттеу институты витреоретиналды патологиялармен емделген 661 науқастың сырқатнамасына ретроспективті сараптама жүргізілді. Оның ішінде 358 (54,16%) ер адамдар, ал 303 (45,83%) - әйел адамдар құрады. Жас ерекшеліктері бойынша 18 жасқа толмағандар 64 (9,7%) адам, 18-40 жас 229 (34,7%) адам, 40 жастан асқандар 368 (55,6%) адам болды. Сараптамаға алынған науқастарда витреоретиналды бұзылыстардың жиі себептері болатын 63 (9,5%) адамда қант диабеті, 163(24,6%) науқаста артериальдық гипертензия анықталды. Анализ жасалынған 661 науқастың 11% (72 адам) торлы қабықтың рецидивімен түскен.

Нәтижелер мен талқылаулар. Сараптамаға алынған науқастар нозологиясы бойынша төмендегідей топтарға жіктелінді: торлы қабық сылыну түрі бойынша 580 науқастың ішінде тракциялық – 76 (13,1%), перфоративті 140 (24,13%), тракциялы- перфоративті

– 325 (56,03%) және 39 (6,72%) науқаста торлы қабықтың сылынуы эхографиялық зерттеуде анықталған; таралуы бойынша жергілікті - 35(6,46%) науқаста, жайылған - 122 (22,55%) науқаста, субтоталды - 93 (17,19%) науқаста, тоталды - 291(53,87)

науқаста; торлы қабықтың сылыну ұзақтығы бойынша 20 (3,69%) науқаста – жаңа, 273(50,46%) науқаста – өршіген, 249 (46,02%) науқаста – ескі торлы қабықтың сылынуы; шыны тәрізді дененің бұлыңғырлануы - 69 (10,4%) науқаста және гемофтальм - 80 (12,1%) науқаста болды. Қосымша офтальмопатологиялық аурулары 1,2-кестеде көрсетілген:

1 кесте - Көздің алдыңғы бөлігінің қосымша офтальмопатологиясы

№	Жарақаттан кейігі патология	абс. саны	%
1	Катаракта	191	28,89
2	Нұрлы қабық зақымдануы	12	1,81
3	Қасаң қабықтың тыртығы	25	3,87
4	Склераның тыртығы	18	2,72
5	Артифакия	97	14,67
6	Афакия	27	4,08

2 кесте - Көздің артқы бөлігінің қосымша офтальмопатологиясы

№	Хориоретинальды патология	абс. саны	%
1	Гемофтальм	80	12,10
2	Баяу ағымды увеит	40	6,05
3	Біріншілік глаукома	9	1,36
4	Екіншілік глаукома	20	3,02
5	Эндофтальмит	3	0,45
6	Перифериялық хориоретинальды дегенерация	31	4,68
7	Диабеттік ретинопатия	46	6,96
8	Пролиферативті витреоретинопатия	26	3,93
9	Постконтузионды хориоретинопатия	4	0,60
10	Көз ішіндегі бөгде зат	12	1,81

Сараптамаға алынған барлық науқасқа көрсеткіштері бойынша офтальмопатологияның түріне байланысты витреоретинальді және құрастырылған операциялар жүргізілді.

3 кесте - Операциялардың түрлері

№	Операцияның аты	абс. саны	%
1	Витрэктомия + ПФОС + Силикон + ФЭК + ИОЛ	119	18,0
2	Витрэктомия + ПФОС + Силикон + алдыңғы бөлікті қалпына келтіру	54	8,16
3	Витрэктомия + ПФОС + Силикон + склераны шеңбер бойлай басып ішке енгізу операциясы	12	1,81
4	Витрэктомия + ПФОС + Силикон+ЭЛКС(114 – 17,2%)	228	34,5
5	Склераны шеңбер бойлай басып ішке енгізу операциялары	207	31,3
6	Силиконды витреалды қуыстан шығару операциясы	41	6,2

Жоғарыдағы кестеде көрсетілген операциялардан кейін торлы қабықтың жатуы 98% жағдайда орындалған және көздің оптикалық мөлдірлігі, сонымен бірге көз алмасының алдыңғы бөлігінің анатомия – топографиялық құрылымдары (8,16%), көз ішілік қысымы

қалпына келтірілді. Сондай-ақ 9 науқаста көз ішілік бөгде дене алып тастау операциясы және 110 (16,6%) науқасқа перифериялық лазербарраж, панлазерокоагуляция жасалынды. Жалпы витреоретинальды операциялардың ішінде витрэктомия - 394 (59,6%) жағдайда, склераны шеңбер бойлай басып ішке енгізу операциялары -167 (25,2%) жағдайда жасалған.

4 кесте - Науқастардың операцияға дейін және операциядан кейін көру жітілігі

Көру жітілігі	Операцияға дейін көру жітілігі	Операциядан кейін көру жітілігі
pr.l. in certae	22 (3,32%)	2 (0,30%)
pr.l.certae	247 (37,36%)	6 (0,90%)
0,005-0,06	293 (44,32%)	263 (39,78%)
0,07-0,1	48 (7,26%)	203(30,71%)
0,2-0,3	15 (2,26%)	90 (13,61%)
0,4-1,0	36 (5,44%)	86 (13,01%)

Хирургиялық емнің нәтижесінде 466 (70,5%) науқаста көру жітілігі pr.l.certae- дан 0,1 ге дейін артқан. 176 (26,6%) науқаста диагноз ерте қойылып, хирургиялық ем дер кезінде көрсетілуінен және макуланың зақымдалмауынан көру жітілігі 0,2-1,0 ге дейін артқан. 8 (1,21%) науқаста ауыр ағымды диабеттік және гипертониялық ретинопатия мен көздің ауыр жарақаттары салдарынан торлы қабықтың орта бөлігінің қайтымсыз дистрофиялық өзгерістер болуынан хирургиялық операциядан кейін көздің көру жітілігін қалпына келтіру мүмкін болмады.

Қорытынды. Сараптама жасалынған науқастарда операциядан кейін торлы қабықтың жатуы 98% жағдайда

болды, 70,49% науқастарда көру жітілігі 0,06-0,1 дейін, 26,62% адамдарда 0,2-1,0 дейін көру жітілігі артты. Қорыта айтқанда витреоретиналды патологияның хирургиялық емінің нәтижесі көптеген факторларға байланысты: науқастың қаралу мерзімі, аурудың ұзақтығы, қосымша созылмалы аурулары мен офтальмопатологияның болуы, хирургиялық операцияның көлемі мен түріне және дер кезінде жасалуына байланысты.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1.Склярова А.С., Нероев В.В., Ханджян А.Т., Пенкина А.В. Результаты проведения эксимерлазерной коррекции аномалии рефракции после успешного хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки // Офтальмология. – 2012.– Т.1.-№ 4. –С. 2.
2. Егорова Е.Н. Применение озонотерапии в реабилитационном периоде у больных, оперированных по поводу регматогенной отслойки сетчатки: автореф. дисс....канд.мед.наук.-Москва, 2007.-21 с.
3. Канафьянова Э.Г. Реабилитация больных с травмами глаза, осложненными повреждением заднего отрезка: автореф.дисс....докт. мед. наук. – Алматы, 2010.- 28 с.
4. Антелава Д.Н., Пивоваров А.А., Сафоян А.А. Первичная отслойка сетчатки: этиопатогенез, диагностика, лечение. – Тбилиси, 1986.- 151 с.
5. Зуев А.В., Журавлева Е.С., Колесник А.И. Комбинированная фактоэмульсификация катаракты с субтотальной витрэктомией у пациентов с выраженной деструкцией стекловидного тела // Тезисы научно-практической конференции. - Москва, 2012.- С.43.
6. Сержин И.Н. Щадящие витреоретинальные технологии в восстановительном лечении заболеваний и травм заднего отдела глаза: автореф. дисс....докт. мед. наук - Санкт-Петербург, 2007.- 30 с.
7. Меерманова Ж.Б. Анализ рецидивов отслоек сетчатки по данным КазНИИ ГБ // Матер. Республиканского семинара-совещания «Инновационные технологии на пути к международным стандартам в офтальмологии». –Алматы, 2009.- С.122-126.
8. Ботабекова Т.К., Канафьянова Э.Г., Аль-Асталь М.С., Одинцов К.В. Результаты хирургического лечения рецидивов отслойки сетчатки // Сборник тезисов науч.-практ. Конф. «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2012». – Москва, 2012.- С.43-45.

РЕЗЮМЕ

Э.Г. Канафьянова, М.С. Аль-Асталь, Г.О. Огай, З.Т. Утельбаева,
Б.Д. Акимханова, К.С. Джурабаева

В статье проводится анализ результатов хирургического лечения витреоретинальной патологии по данным КазНИИ ГБ.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада ҚазҒЗ көз аурулары институты мәліметтері бойынша витреоретинальды патологиялардың хирургиялық емінің нәтижесі бойынша сараптама жүргізілді.

SUMMARY

The article analyzes the results of surgical treatment vitreoretinal disease according to the Kazakh Research Institute of Eye Diseases.

УДК 617.735-089-039.75

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л.Н. Оразбеков, М.С. Зяблицкая, С.С. Ахмет

Ключевые слова: витреоретинальная хирургия, качество жизни.

Актуальность. Впервые на важность более широкого изучения влияния болезни на человека указал американский ученый D. Karnofsky еще в 1947 году. Им была опубликована работа, в которой впервые были предприняты попытки оценить некоторые составляющие качества жизни (КЖ) у больных и предложены методы нефизиологического исследования характеристик болезни [1].

Качество жизни – это показатель, интегрирующий большое число физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик больного, отражающий способность человека адаптироваться к проявлениям болезни. В современной медицине широко используется термин “качество жизни, связанное со здоровьем” [2]. Согласно определению ВОЗ, “здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие болезни” [3]. Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, не дает полной и объективной характеристики состояния больного. При этом остается неизученным вопрос о влиянии болезни на другие аспекты жизни больного, в первую очередь, на его эмоциональную и социальную сферу. Такое одностороннее исследование не позволяет понять степень дезадаптации больного человека в целом [4].

Значительный объем современной офтальмологической литературы посвящен определению качества жизни, в основном, при патологии переднего отрезка глаза, глаукоме [5, 6], намного опережая исследования патологии заднего отрезка.

Витреоретинальная патология является одной из наиболее тяжелых форм заболеваний глаз и требует комплексного хирургического лечения, в ряде случаев проводимого в несколько этапов [7], что заставляет пациентов дольше находиться в стационаре в рамках проводимого лечения [8].

Отслойка сетчатки является одним из ведущих заболеваний, приводящих больных к слепоте и слабовидению. Среди страдающих этой патологией 84% составляют лица трудоспособного возраста, она является причиной инвалидности в 9% случаев [13].

Диабетическая ретинопатия выявляется у 50–90% больных сахарным диабетом (в зависимости от длительности заболевания) и характеризуется тяжелым прогрессирующим течением, часто приводя к необратимой слепоте и инвалидности по зрению [9]. Качество жизни у пациентов данной группы снижено за счет основного заболевания (полинейропатией, нефропатией и т.д.).

В литературе, изучающей последствия травмы глаза, гемофтальма, потеря зрения – наиболее тяжелый удар по психике больного. При этом ведущим фактором является не физическая боль, а именно эмоциональное воздействие, с которым большинство пострадавших не могут справиться всю жизнь [10].

Все эти патологии, которые указаны выше, объединяет не только витреоретинальная локализация патологического процесса, проводимая витреоретинальная хирургия, но и низкое зрение пациентов, которое не всегда удается восстановить после проведенного лечения [11].

Низкое зрение ассоциировано с риском развития депрессии и значительно снижает функциональное состояние

и качество жизни. Ухудшение зрения - снижение остроты, сужение полей зрения - также связано со снижением качества жизни [12].

Эти факторы трудно оценить во время проведения рутинных офтальмологических обследований, но они могут быть оценены в ходе проводимого анкетирования вопросниками по качеству жизни.

Цель работы - оценить состояние качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ), у пациентов с витреоретинальной патологией.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования был использован модифицированный нами опросник (русифицированный и исключающий вопросы о вождении ввиду неимения транспорта у опрошиваемых) VFQ-25, разработанный National Eye Institute. Он состоит из 23 вопросов, которые образуют 11 шкал: общее состояние здоровья (General health), общее зрение (General vision), глазной болевой синдром (Ocular pain), зрение вблизи (Near activities), зрение вдали (Distance activities), социальное (Social functioning), психическое здоровье (Mental health), трудности во взаимоотношениях (Role difficulties), зависимости (Dependency), цветовое зрение (Color vision), периферическое зрение (Peripheral vision). Дополнительно по показателям шкал рассчитывают общий показатель VFQ-25 Composite.

В исследовании принял участие 31 пациент с витреоретинальной патологией. Количество женщин - 7 (25%), мужчин - 24 (74%). Возраст пациентов составлял от 23 до 71

года. В данную категорию были включены пациенты с отслойкой сетчатки (23 пациента - 74,2%), диабетической ретинопатией (3 пациента - 9,7%), кровоизлиянием в стекловидное тело (5 пациентов - 16,1%), в пред- и послеоперационном периоде с показаниями к витреоретинальной хирургии. Все пациенты были анкетированы опросником о состоянии зрения. Рейтинг вопросов варьировал от 0 до 100 баллов: самый худший и наилучший результаты соответственно. В таком формате баллы представляют собой процентное соотношение от максимально возможного счета за ответ. Так как максимальный рейтинг ответа равен 100 баллам, то ответ на вопрос, соответствующий 50 баллам, соответствует 50%. Данные, полученные в результате анализа анкетирования, были оценены по шкале критериев: общее состояние здоровья, общее зрение, глазной болевой синдром, зрение вблизи, зрение вдали, социальное, психическое здоровье, трудности во взаимоотношениях, зависимости, цветовое зрение, периферическое зрение. Кроме того, был вычислен коэффициент достоверности для каждого параметра шкалы (КД).

Таблица 1 - Оценка качества жизни по шкале критериев

Параметр шкалы оценки	Средний показател ь ответов, выбранный как наиболее лучший, в %	КД	Средний показател ь ответов, выбранный как наименее лучший, в %
Общее состояние здоровья	41,94	0,43	58,06
Общее зрение	56,77	0,27	43,23
Глазной болевой синдром	64,52	0,21	35,48
Зрение вблизи	65,59	0,20	34,41
Зрение вдали	62,10	0,23	37,90
Социальный статус	78,63	0,11	21,37
Психическое здоровье	59,07	0,25	40,93
Трудности во взаимоотношениях	50,81	0,32	49,19
Зависимость	67,20	0,19	32,80
Цветовое зрение	36,69	0,46	63,31
Периферическое зрение	30,60	0,53	69,40

Результаты исследования

Общее состояние здоровья у 31 человека с дифференциальной разницей в 20 баллов было снижено у 58% пациентов, при этом индивидуальный параметр зрения по результатам ответов снижен в 43% случаев. Показатель глазного болевого синдрома, вызванный витреоретинальной патологией, с дифференциальной разницей в 10 баллов составлял 35%. Социальный аспект зрения - показатель дискомфорта, доставляемого состоянием зрения; в 21% случаев ответы соответствовали затруднению и неудобствам в общественной жизни. Зависимость пациентов от других людей была отмечена в 33% случаях.

Параметр зрительного функционирования был разделен на функционирование вблизи и вдали и составил 34% и

38% соответственно, что свидетельствует о снижении функционирования данного параметра зрения, а также цветовое и периферическое зрение, что вызывает дискомфорт у 63 и 70% пациентов соответственно. Психическое здоровье снижено у 41% анкетированных. Оценка параметра «трудности во взаимоотношениях ввиду имеющейся патологии зрения» выявила: средний процент ответов, соответствующий вызванным затруднениям, составил 49.

Выводы. В результате исследования было выяснено, что у пациентов

с витреоретинальной патологией отмечается снижение психологического и социального компонента здоровья. Глазной болевой синдром, вызванный витреоретинальной патологией, снижающий качества жизни пациентов, был выявлен как отягощающий фактор состояния больных.

Результат опроса показал, что

качество жизни пациентов и без того сниженное протекающей патологией отягощено дополнительными факторами, такими как зрительное функционирование вблизи, общее зрение, глазной болевой синдром, социальное функционирование, зависимость субъекта от окружающих людей.

Данное исследование позволяет сделать вывод о значительных изменениях психоэмоционального состояния пациентов с витреоретинальной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: Автореф. дисс. ... докт. мед.наук.- М., 2000.-32 с.
2. Salek M.S. et al. «Health related quality of life» J. Drug Dev.-1992.-V. 5.-№ 3- P. 137.
3. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Group // Social Science and Medicine.-1995. V.-41.-P. 1403.
4. McSweeney A.J., Grant I., Heaton R.K., Adams K.M. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Arch. Intern.-Med.-1982.-V. 142.-P. 473.
5. Busbee B.G., Brown M.M., Brown G.C., Sharma S. Cost-utility analysis of cataract surgery in the second eye.-Ophthalmology 2003.-110(12):2310-P.7.
6. Feiner L., Piltz-Seymour J.R. Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study. Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study: a summary of results to date. Curr Opin Ophthalmol 2003.-14(2):106-P.11.
7. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия.- М., Медицина.-2003.- С.180.
8. Howard F. Fine, MD, MHSC, Margaret Chang, MD, MS Health-Related Quality of Life in Retinal Disease, Review of Ophthalmology; Sep2005.- Vol. 12.-Issue 9.-P.95.
9. Мошетова Л.К., Аржиматова Г.Ш., Строков И.А. и др. Современная антиоксидантная терапия диабетической ретинопатии // Клиническая офтальмология. – 2006. – Т. 7. – С. 2–3.
10. Степанов А.В., Зеленцов С.Н. Контузия глаза. СПб.: Левша, 2005.-С. 66-68.
11. Либман Е.С. Сравнительное изучение лазерной (на рубине) ксеноновой коагуляции в офтальмологии: Дисс. ... докт. мед. наук //-М.-1973-29-С.12.
12. Brémond-Gignac D., Tixier J., Missotten T., Laroche L., Beresniak A. Presse Med. 2002.-Oct 19; Evaluation of the quality of life in ophthalmology 31(34):1607-12 p.
13. Джусоев Т.М., Байбородов Я.В. Хирургическое лечение отслойки сетчатки и пролиферативной витреоретинопатии. Современные тенденции.- М., Медицина.-2001.- С.35.

РЕЗЮМЕ

Качество жизни пациентов с витреоретинальной патологией
М.С. Зяблицкая, Л.Н. Оразбеков, С.С. Ахмет

В статье представлено исследование качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с витреоретинальной патологией. Оценка качества жизни больных проведена с помощью опросника VFQ-25. В результате исследования было выяснено, что у пациентов с витреоретинальной патологией отмечается значительное снижение психологического и социального компонента здоровья.

SUMMARY

This article representing an investigation of Quality of life related to health in ophthalmologic patients with vitreous retinal pathology. For this investigation VFQ-25 questionnaire was used. It has been found that patients suffer from vitreous retinal pathologies are exposed to a decrease in psychological and sociological components of health.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақала витреоретинальді патологиясы бар офтальмологиялық науқастардың өмір сапасын зерттеуге арналған. Өмір сапасын бағалау VFQ-25 сауалнамасының көмегімен жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде витреоретинальді патологиясы бар науқастар денсаулығының психологиялық және әлеуметтік компонентінің төмендейтіні анықталды.

ДЕТСКАЯ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ И АНОМАЛИИ РЕФРАКЦИИ

УДК 617.753.29-08

КОРРЕКЦИЯ МИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ МЕТОДОМ FLAP И FLEX

Т.К. Ботабекова, М.С. Сулейменов, О.Р. Ким

Ключевые слова: коррекция, миопия высокой степени, фемтосекундная система.

Проблема коррекции миопии высокой степени остается одной из трудно разрешимых проблем современной офтальмологии. Как правило, это не только высокие показатели кераторефракционных отклонений, но и выраженные изменения на глазном дне, крупнодисперсная деструкция стекловидного тела, слабость цинновых связей, неравномерные помутнения в хрусталике, низкое зрение, трудности при подборке и ношении дополнительной коррекции и т.д. Таким образом, данный контингент больных относится к группе риска, в которой выбор метода коррекции проводится с особой тщательностью и осторожностью.

Среди хирургических методов коррекции на данный момент наибольшее распространение получил лазерный кератомиез, который позволяет добиться высоких результатов при наименьшем воздействии на внутриглазные структуры. Методика непрерывно совершенствуется, применяя последние достижения современной технической науки, расширяются возможности и показания, компьютерные технологии позволяют обеспечить прецизионность и качество выполняемых манипуляций, сводя интраоперационные риски практически к нулю.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности методик Flap и Flex при

коррекции миопии высокой степени на фемтосекундном лазере VisuMax.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 14 пациентов с миопией высокой степени, высокой корригированной остротой зрения и «толстой» роговицей для исключения грозного послеоперационного осложнения - кератэктазии. Возраст пациентов в среднем составил 31 год. Мужчин было 6, женщин – 8.

Всем пациентам был проведен стандартный перечень клинико-диагностических исследований пациентов, идущих на лазерную коррекцию.

Были сформированы две равнозначные группы: в 1 группе коррекцию проводили методом Flap, во второй - методом Flex на фемтосекундной системе VisuMax фирмы «Carl Zeiss Meditec».

Срок наблюдения составил 9 месяцев.

Результаты. Кераторефракционные показатели пациентов обеих групп до и после операции представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Кераторефракционные показатели (M±m)

N=14	Рефракция	Кератометрия	Пахиметрия
До операции	(-12,75) ± 1,12	47,75±0,7 46,50±0,55	587±2,25
После операции	(-1,25) ± 0,8	35,75±0,6 36,25±0,7	418±3,11

*- достоверность (p<0,05) по отношению к дооперационным данным

Как видно из таблицы, кераторефракционные показатели находились в пределах допустимых норм для проведения лазерной коррекции.

В результате проведенной коррекции у всех пациентов значительно повысилась острота зрения.

В первой группе интраоперационных осложнений не возникло за исключением одного случая, когда при формировании крышечки образовался участок «запотевания» на крайней периферии за счет участка гипергидратации роговицы, который несколько осложнил последующую

сепарацию. Реабилитационный период в среднем занял 3-4 дня. Болевые ощущения наблюдались в течение первых трех суток и затем постепенно исчезали к концу 7-х суток. Зрение вблизи восстанавливалось в течение двух недель и не вызывало особого дискомфорта. У двух пациентов наблюдалась реактивная гипертония, которая купировалась назначением гипотензивных препаратов и

за весь период наблюдения более не наблюдалась. Полученная острота зрения соответствовала запланированной и удовлетворяла ожидания пациента.

Во второй группе формирование внутренней линзы и крышечки проходило запланировано. В ходе отделения биолинзы в собственных слоях роговицы в двух случаях возникли затруднения при удалении оставшихся перемычек за счет плотной адгезии и недостаточного расслоения кератоцитных связей, что несколько замедлило ход операции. В одном случае при отделении биолинзы произошел отрыв маленького ее участка по край-

ней периферии, который был отсепарован одноразовым расслаивателем и не нарушил адекватную адаптацию крышечки на сформированное ложе. Реабилитационный период занял в среднем 7 дней, однако стабилизация рефракционных показателей и остроты зрения прошла постепенно и заканчивалась к месяцу после операции. Выраженность роговичного синдрома в раннем послеоперационном периоде была более высокой по сравнению с первой группой. В первую послеоперационную неделю пациенты отмечали выраженный дискомфорт при чтении, который исчезал к концу месяца. Все пациенты получили запланированную остроту зрения и были удовлетворены результатом проведенной коррекции.

Показатели остроты зрения в отдаленном послеоперационном периоде представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели остроты зрения ($M \pm m$)

Острота зрения	1 месяц	3 месяц	6 месяц	9 месяц
Пациенты 1 группы	0,85± 0,09	0,85± 0,04	0,8± 0,05	0,7± 0,09
Пациенты 2 группы	0,8± 0,07	0,85± 0,07	0,8± 0,09	0,8± 0,07

*- достоверность ($p < 0,05$) по отношению к дооперационным данным

Как видно из таблицы, показатели остроты зрения за период наблюдения достаточно высокие. Тем не менее, была отмечена более высокая стабильность в показателях остроты зрения у пациентов второй группы.

У всех пациентов просматривался полупрозрачный тонкий край адапти-

рованного лоскута при прицельной биомикроскопии, не влияющий на четкость зрения, абсолютную адаптацию краев и отсутствие врастания эпителия. Пациенты не предъявляли каких либо жалоб.

Выводы. Методики Flap и Flex при коррекции миопии высокой степени на фемтосекундном лазере VisuMax являются эффективными и безопасными методами, позволяющими получить высокую остроту и комфортность зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корниловский И.М. Механизм лазериндуцированного рефракционного кератомоделирования и его новые возможности при интрастромальном воздействии излучением фемтосекундного лазера // Рефракционная хирургия и офтальмол.- 2009. - Т.9. - № 2. - С. 4-12.
2. Руднева М.А. Современные технологии кераторефракционной хирургии от Carl Zeiss. Экимерный лазер MEL 80 и фемтосекундный лазер VisuMax// Рефракционная хирургия и офтальмол. 2007. - Т.7. - № 3. -С. 15-16.
3. Artal P., Fernandez J., Manzanera S. Are optical aberrations during accommodation a significant problem for refractive surgery? // J. Refract. Surg. — 2002.-V. 18.-P. 563-566.
4. Aslanides I., Mearza A. Wavefront-guided versus topography-guided // J. Cataract Refract. Surg. Today Europe. 2006. - P. 49-51.
5. Пожарицкий М.Д. Перспективы применения фемтосекундных лазеров в хирургической коррекции аномалий рефракции у военных специалистов // Военно-медицинский журнал. - 2010. - Т.331. - № 1. -С. 70.
7. Трубилин В.Н., Пожарицкий М.Д. Исследование толщины лоскута роговицы при фемтоЛАСИKe на основе применения оптической когерентной томографии // Материалы международной научно-практической конференции по офтальмохирургии «Восток-Запад». – Уфа, 2010.-С.117-118.
8. Бойко Э.В., Коскин С.А, Пожарицкий М.Д. и др. Сравнительная медико-техническая характеристика современных фемтосекундных лазерных систем // Вестник военно-медицинской академии. -2010. - Т.2. - № 30. - С. 220-222.

РЕЗЮМЕ

Коррекция миопии высокой степени методом Flap и Flex
Т.К. Ботабекова, М.С. Сулейменов, О.Р. Ким

В статье представлены результаты проведенного исследования по эффективности и безопасности методик Flap и Flex при коррекции миопии высокой степени на фемтосекундном лазере VisuMax.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада жоғары дәрежелі миопия коррекциясының VisuMax фемтосекундтық лазерінде Flap және Flex әдісінің қауыпсіздігі және тиімділігі көрсетілген.

SUMMARY

The article presents the result of investigation in correction of high myopia by Flap and Flex methods on femtolaser VisuMax.

УДК 617.751.6

ВИДЕО-КОМПЬЮТЕРНЫЙ АППАРАТ «АМБЛИОКОР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АМБЛИОПИИ У ДЕТЕЙ

З.А. Камасова, С.А. Винтовкина, А.А. Кусаинова, А.Ж. Байбосынова,
Ж.О. Базарова, Д.К. Турганбаев, Ж.О. Рахимжанова, Д.А. Умбетеева

КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка», г. Усть-Каменогорск

Актуальность. Зрение является основным звеном, связывающим человека с окружающим миром. Главной функцией органа зрения является центральное зрение, определяемое остротой зрения. От состояния этой функции зависят жизненные и профессиональные возможности человека, качество его жизни. Одной из наиболее частых причин неполной остроты зрения является его функциональное снижение - амблиопия. Она наблюдается при различных видах содружественного косоглазия, аметропиях высоких степеней, астигматизме и аметропии, при бельмах и помутнениях роговицы, врожденной катаракте, оптическом нистагме, а также у больных с функциональными расстройствами центральной нервной системы (ЦНС). По данным Г.Я. Пархоменко (1), амблиопия регистрируется у 2% всего населения, у 1,0-6,0% детей дошкольного и школьного возраста. В структуре детской глазной патологии многие офтальмологи ставят амблиопию у дошкольников на первое, а у школьников - на второе место после миопии.

За последние два десятилетия в лечении амблиопии достигнуты значительные успехи. Разработано и внедрено в практику много различных методов воздействия на ретино-кортикальные элементы амблиопичного глаза с целью их стимуляции. Она осуществляется с помощью различных раздражителей (световых, хроматических, лазерных). Создано значительное количество аппаратов, в которых реализованы указанные способы стимуляции. Широкое распространение приобретают компьютерные методы лечения амблиопии.

Степень снижения остроты зрения при амблиопии бывает различной, от небольших величин до светоощущения. Значительные степени снижения зрения могут быть причиной расстройств бинокулярного зрения и препятствием

для его восстановления. В связи с этим вопросы лечения и предупреждения амблиопии очень актуальны.

Цель исследования - изучить эффективность применения аппарата «Амблиокор» в комплексном лечении больных с различными видами амблиопии.

Материал и методы. В отделении микрохирургии глаза «ЦМиР» используется программный аппаратный комплекс «Амблиокор» фирмы «Ин-Витро», г. Санкт-Петербург. Это видеокомпьютерный аппарат нового поколения. Метод лечения на нем основан на принципе саморегуляции и биоуправления в условиях обратной биологической связи по замкнутому кругу (сетчатка глаза - кортикальные зрительные центры -

видео-компьютерная система), где управляющее звено - корковые биоэлектрические процессы, управляемое звено - сетчатка глаза. Ухудшение восприятия гасит экран, улучшение - включает. Поскольку ребенок стремится увидеть как можно больше (худ. фильм, мультфильм), в ходе упражнений закрепляются те уровни биологической активности корковых центров, которые определяют наилучшее качество зрения. Амблиокор является методом реабилитации для детей всех возрастов, начиная с 3-х лет. Дети воспринимают лечение на Амблиокоре как игру с положительными эмоциональными реакциями. Метод безопасен, не сопровождается неприятными ощущениями, не имеет противопоказаний, может быть использован у больных с сочетанной глазной и неврологической патологией.

За период 2011-2012 г.г. в ОМХГ «ЦМиР» на Амблиокоре пролечено 438 больных (655 глаз). Курс лечения - 10 дней, по 30 минут ежедневно. По видам амблиопии больные распределились следующим образом (таб. 1).

Таблица 1 – Количество пролеченных глаз с амблиопией за 2011 -2012 г.г.

Виды амблиопии	Количество детей	
	2011 год	2012 год
Рефракционная при врожденной миопии и миопии высокой степени	100 (32,3%)	200 (57,8%)
Рефракционная при гиперметропии высокой степени	30 (9,7%)	30 (8,8%)
Дисбинокулярная	73 (23,7%)	52 (15,0%)
Анизометропическая	40 (12,9%)	20 (5,8%)
Обскурационная	10 (3,3%)	8 (2,3%)
При нистагме	6 (1,9%)	2 (0,5%)
Смешанная амблиопия	50 (16,2%)	34 (9,8%)
Всего	309 (100%)	346 (100%)

Как видно из таблицы, больше всего пролечено больных с рефракционной

и дисбинокулярной амблиопией. Результаты лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Эффективность лечения детей с рефракционной и дисбинокулярной амблиопией

Виды амблиопии	Острота зрения с корр. до лечения	Острота зрения с корр. после лечения
Рефракционная при врожденной миопии и миопии высокой степени	0,31±0,04	0,5±0,09
Рефракционная при гиперметропии высокой степени	0,27±0,03	0,3±0,07
Дисбинокулярная	0,29±0,03	0,6±0,07

У детей с рефракционной амблиопией и миопией высокой и средней степеней острота зрения повысилась от 0,31±0,04 до 0,5±0,09 с корр., при рефракционной амблиопии с гиперметропией высоких степеней - от 0,27±0,03 до 0,3±0,07. При дисбинокулярной амблиопии острота зрения на косящем глазу повысилась в от 0,29±0,03 до 0,6±0,07.

Отмечена высокая эффективность

лечения детей с амблиопией с нецентральной зрительной фиксацией. На 5 глазах из 7, имевших нецентральной зрительную фиксацию, но внутримаккулярные ее разновидности, восстановилась центральная зрительная фиксация и острота зрения повысилась от 0,05 до 0,2. На 2-х глазах с окоподисковой фиксацией зрение и фиксация остались прежними.

При обскурационной амблиопии, обусловленной поздним оперативным лечением врожденной катаракты - 14 детей (18 глаз) острота зрения до лечения - 0,05, после лечения увеличилась до 0,15.

Выводы

1. «Амблиокор» является эффективным методом в комплексном лечении детей с различными видами амблиопии и позволяет добиться значительного повышения зрительных функций даже при тяжелых степенях амблиопии.

2. Может быть использован у детей с 3-х летнего возраста, дошкольников и школьников.

3. Метод безопасен, не сопровождается неприятными ощущениями, воспринимается маленькими детьми как игра с положительными эмоциями.

4. Метод может быть использован у больных с сочетанной глазной и неврологической патологией и не имеет противопоказаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пархоменко Г.Я. с соавт. Эффективность применения аппаратного комплекса «Амблиокор» в лечении амблиопии у детей.- Издательство «КВИЦ».- 2003.
2. Сухина Л.А., Голубов К.Э, Голубова А.А. Опыт комплексного лечения амблиопии.- Одесса, 2000.

РЕЗЮМЕ

Видео-компьютерный аппарат «Амблиокор» в комплексном лечении амблиопии у детей
З.А. Камасова, С.А. Винтовкина, А.А. Кусаинова, А.Ж. Байбосынова,
Ж.О. Базарова, Д.К. Турганбаев, Ж.О. Рахимжанова, Д.А. Умбетеева

Видеокомпьютерный аппаратный комплекс «Амблиокор» эффективен, безопасен в применении в детской офтальмологической практике. Зрительные функции значительно повышаются после проведения курса терапии.

ТҰЖЫРЫМ

Балалардың офтальмологиялық практикасын дабейне компьютерлік «Амблиокор» аппаратын пайдалануғауіпсіз және тиімді. Терапиялық емдеу курсыналғаннан кейін көру қызметі айтарлықтай жақсартады.

SUMMARY

Video-computerized apparatus complex "Ambliocor" is very effective and absolutely safe for children. It can be successfully used in Pediatric Ophthalmology. The courses of treatment with "Ambliocor" significantly increase visual acuity and help to restore visual function.

УДК 617.751.6-053.8-085-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ АМБЛИОПИИ У ВЗРОСЛЫХ

Н.С. Кенжебаев

Центральная городская клиническая больница, Алматы

Ключевые слова: офтальмология, амблиопия, комплексное лечение.

Актуальность. В последние годы все чаще стали встречаться случаи нелеченной односторонней амблиопии различного генеза (рефракционная, анизометропи-

ческая, обскурационная) у лиц молодого возраста. Пациенты начинают задумываться о профессии, создании семьи, чему может помешать ухудшение зрения и развитие косоглазия.

Цель - изучить возможность повышения остроты зрения амблиопичного глаза у взрослых пациентов.

Материал и методы. Под наблюдением находились 9 мужчин из отдаленных регионов республики. Возраст пациентов варьировал от 18 до 23 лет. Острота зрения на худшем глазу составляла 0,05–0,2, не поддавалась адекватной коррекции. По данным рефрактометрии, у 1 пациента с афакией (после экстракапсулярной экстракции врожденной катаракты) была гиперметропия высокой степени, в 2 случаях имела место миопия высокой степени, у 3 пациентов на худшем глазу была гиперметропия средней и высокой степени, а также 3 пациента с гиперметропическим астигматизмом различной степени. Ранее пациенты не получали лечения в силу разных социально-экономических причин. Всем пациентам проводилось полное офтальмологическое обследование до лечения и, дополнительно, электрофизиологическое определение ориентировочной остроты зрения. После курса лечения определялась острота зрения без- и с коррекцией.

Больными было получено 2 курса лечения. 1 курс включал в себя: упражнения по А.Б. Дашевскому, компьютерные программы «ПЛИЗ», «САПФИР» в течение 10 дней. Затем проводилась переносимая очковая или контактная

коррекция аметропии. Второй курс пациенты проводили самостоятельно, по месту жительства. Он заключался в ношении очков или контактных линз, выполнении упражнений по упрощенной методике Э.С. Аветисова 3 раза в день в течение 3 месяцев. Одновременно назначался препарат, расширяющий зрачок (2,5% раствор ирифрина, ПРОМЕД ЭКСПОРТС), для устранения спазма аккомодации по 2 капли в плохо видящий глаз на ночь, через день. Выбор препарата ирифрин объяснялся меньшими побочными эффектами, коротким временем действия, для устранения дискомфорта в повседневной жизни. Дополнительно ежедневно назначалась окклюзия лучшего глаза вечером на 2,5–3 часа.

Результаты исследования. В 66,7% случаев отмечалась рефракционная, в 22,2% - анизометропическая и 11,1% - обскурационная (афакическая) амблиопия. Средняя острота зрения до лечения составляла $0,1 \pm 0,05$, не корригировалась, ориентировочная острота зрения по данным ЭФИ – $0,4 \pm 0,1$. После инстилляций мидриатика проверялась острота зрения с диафрагмой, у 88,9% пациентов зрение стало корригироваться, лишь у 1 пациента с обскурационной амблиопией лечение было неэффективным.

После 1 курса средняя острота зрения без коррекции повысилась до $0,3 \pm 0,05$, с коррекцией – до $0,6 \pm 0,15$.

При контрольном осмотре после 2 курса острота зрения оставалась стабильной у 55,6% пациентов, у 4 пациентов корригированное зрение снизилось на 0,1, но все же было выше, чем до комплексного лечения.

Выводы

Плеоптическое лечение односторонней амблиопии позволило повысить остроту зрения до 0,4-0,7, снизить процент инвалидности по слабозрению и расширить социальные возможности пациентов.

РЕЗЮМЕ

Эффективность комплексного лечения односторонней амблиопии у взрослых
Н.С. Кенжебаев

Выявлена возможность повышения остроты зрения амблиопичного глаза у взрослых пациентов и вероятность формирования бинокулярного зрения.

ТҰЖЫРЫМ

Ересектердің бір көздегі амблиопияны кешендіру емдеудің тиімділігі
Н.С. Кенжебаев

Ересек науқастардың амблиопиямен көздегі көру өткілігін көтерілуінің мүмкіншілігі және бинокулярлі көру қалыптасуының ықтималдығы табылды.

SUMMARY

The effectiveness of complex treatment of unilateral amblyopia in adults Kenzhebayev N. S.

Revealed the possibility to improve visual acuity of amblyopic eye in adults and the probability of the formation of binocular vision.

УДК 617.758.1-053.2-08:681.784.73

ПЛЕОПТО-ОРТОПТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СОДРУЖЕСТВЕННЫМ КОСОГЛАЗИЕМ

Н.А. Гончарик

Областная офтальмологическая больница, г. Шымкент

Косоглазие является не только косметическим дефектом, влияющим на психику и формирование характера у детей, но и большим функциональным недостатком. В связи с отсутствием бинокулярного зрения восприятие внешнего мира осуществляется неполно, ребенок не в состоянии правильно и быстро определить пространственное соотношение окружающих его предметов. Вследствие этого возможно отставание физического и умственного развития, а в дальнейшем - большое ограничение в выборе профессии. Функциональный прогноз особенно неблагоприятен, если косоглазие возникло в первые годы жизни, когда еще недостаточно сформировалось бинокулярное зрение.

Современные исследователи считают, что косоглазие является результатом нарушения условно рефлекторной координации движений глаз, которая легче всего возникает в период формирования бинокулярного зрения, то есть в раннем детском возрасте. Это - патология, в основе которой лежат разнообразные факторы.

В 60-65% случаях осложнением косоглазия является амблиопия - резкое понижение зрения косящего глаза без видимых органических изменений на глазном дне. Другим тяжелым осложнением косоглазия является аномальная корреспонденция сетчатки (АКС). Она возникает в результате образования новых рефлекторных аномальных связей, связанных с изменением положения глазных яблок с раннего детства. При этом корреспонденция происходит не между желтыми пятнами обоих глаз, а между желтым пятном фиксирующего глаза и периферией сетчатки косящего глаза.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности плеопто-ортоптического лечения в комплексной реабилитации детей с косоглазием.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 240 детей с косоглазием. После определения остроты зрения и величины рефракции назначали очковую коррекцию. Очковая коррекция детям назначалась с самого раннего возраста (8-12 месяцев). Постоянная оптическая коррекция в сочетании с диплоптическими и ортоптическими упражнениями - основной метод лечения аккомодационного косоглазия. Курс лечения в полном объеме получили всего 43 ребенка. Из них у 36 детей (83,7%) наблюдалась амблиопия различной степени; гиперметропия была у 21 ребенка (48,8%), миопия - у 22 (51,2%) детей.

Результаты исследования. При установлении амблиопии производили лечение. Детям в возрасте 4-5 лет при амблиопии с правильной фиксацией проводили прямую окклюзию, т.е. выключали из акта зрения лучше видящий глаз. Прямая окклюзия проводилась в течение многих месяцев под контролем зрения обоих глаз, так как возможно развитие амблиопии на выключенном, то есть здоровом глазу. Одновременно проводили тренировку амблиопичного глаза с помощью различных зрительных нагрузок (обведение контуров картин, раскладывание мелкой мозаики, сортировка различных сортов круп, чтение мелкого шрифта и т.д.) и работу на хейроскопе. Для лечения амблиопии с центральной фиксацией использовали методы лечения активной стимуляцией светом. Для этого назначали несколько последовательных курсов лечения гелий-неоновым лазером. Для успеха лечения необходимо проводить ортоптические упражнения и устранение аномальной корреспонденции сетчатки на синоптофоре.

Если активное и длительное лечение комплексом плеопто-ортоптических упражнений не устраняло угла косоглазия, больного направляли в детское отделение на оперативное вмешательство, которое проводили в возрасте 3-6 лет. Оперативное вмешательство по поводу косоглазия заключалось или в ослаблении действия сильной мышцы (той, в сторону которой отклонен глаз), или, наоборот, в усилении действия слабой, то есть противоположной мышцы. Объем и характер вмешательства выбирали в зависимости от состояния глазодвигательного аппарата, угла косоглазия и возраста больного. Во многих случаях приходилось прибегать к комбинированным оперативным вмешательствам как на «сильной», так и на «слабой»

мышце, вмешательствам на обоих глазах, иногда производили хирургическое исправление косоглазия в несколько этапов. После операции продолжали проводить плеопто-ортоптическое лечение.

С применением вышеизложенной методики лечения мы наблюдали 240 детей с косоглазием, получавших лечение в ортоптическом кабинете. Из всего количества детей закончили курс лечения в полном объеме всего 43 ребенка. У всех этих детей в течение 3-4 лет от начала лечения увеличилась острота

зрения на 0,2-0,3 у 43% больных, на 0,4-0,5 - у 27% и свыше 0,5 - у 30% детей. Ортотропия восстановлена у 40 детей, что составило 93%, бинокулярное зрение появилось у 37 детей (86%). Остальные дети (197) лечение не закончили по различным семейным проблемам либо посещали занятия нерегулярно.

Выводы. Таким образом, на развитие бинокулярного зрения под влиянием ортоптического лечения требуется в среднем от 3 до 5 лет. Сроки зависят от возраста, в котором появилось косоглазие, вида, формы, угла косоглазия, исходной остроты зрения, времени начала лечения, общего состояния ребенка, правильности и активности лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С., Кащенко Т.П. Бинокулярное зрение. Клинические методы исследования и восстановление косоглазия. Клиническая физиология зрения: Сб. науч. тр.- М., 1993.- С.199-209.
2. Аветисов Э.С., Кащенко Т.П., Смольянинова И.Л. и др. Клинические особенности и тактика лечения больных с вертикальным косоглазием// Офтальмол. журн.- 1990.- № 4.- С.193-197.
3. Аветисов Э.С., Кащенко Т.П., Смольянинова И.Л., Азазме А. и др. Диагностика и клинические особенности поражений косых мышц глаза: Методическое пособие для врачей / Моск. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.- М., 1996.- 16 С.
4. Аветисов Э.С., Кащенко Т.П., Смольянинова И.Л., Азазме А. и др. Хирургическое лечение косоглазия с недостаточностью верхней косой мышцы: Методическое пособие для врачей / Моск. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.- М., 1996.- 9 е.
5. Аветисов Э.С., Кащенко Т.П., Тарасцова М.М., Дашян С.Б. Диплоптическое лечение косоглазия: Методическое пособие для врачей (Моск. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца - М., 1987.- 20 е.
6. Аветисов Э.С., Кащенко Т.П., Смольянинова И.Л. и др. Клинические особенности и лечение содружественного расходящегося косоглазия: Методическое пособие для врачей / Моск. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. - Моск., 1993.- 26 с.

РЕЗЮМЕ

Плеопто-ортоптическое лечение детей с содружественным косоглазием
Н.А. Гончарик

В данной статье рассматривается роль ортоптического лечения в комплексном лечении косоглазия у детей. При своевременном обращении и правильно назначенном лечении амблиопии, выработки бинокулярного зрения возможно вылечить косоглазие без оперативного лечения.

SUMMARY

This article analyzes the orthoptic's role in treatment of children's strabism. In case of an immediate visit to the doctor and appropriate treatment instructions of amblyopia, development of binocular vision, it will be possible to provide treatment of strabism without operative therapy.

УДК 617.758.1-08:535.315

ПРИЗМАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ

А.Ж. Бекбасова

Медицинский центр «Медина», Алматы

Ключевые слова: косоглазие, лечение, призматическая коррекция.

Призматическая коррекция является одним из способов функционального лечения косоглазия, применяемых в сочетании с диплоптическим и ортоптическим лечением. В отличие от кратковременных упражнений на аппаратах и приборах очки с призматическими элементами являются средством продленного лечения [1, 2]. Призмы при содружественном косоглазии применяются до- и после операции на глазных мышцах, а также для коррекции малых углов косоглазия [3].

Линзы с призматическим действием обладают свойством отклонять ход лучей в сторону основания призмы и смещать изображение предметов по направлению к ее вершине. Этот эффект используется для восстановления правильного хода лучей при отклонении оптической оси одного из глаз от общей точки фиксации.

Призматическая коррекция используется как при паралитическом и паретическом косоглазии, так и при содружественном. В первом случае очки с призматическими элементами устраняют диплопию и вынужденный поворот головы (тортиколлис), во втором - способствуют восстановлению бинокулярного зрения, являясь одним из способов комплексного лечения содружественного косоглазия.

Назначение призматической коррекции при содружественном косоглазии преследует две задачи:

1. Перевести изображение фиксируемого объекта в косящем глазу на центральную ямку сетчатки, чтобы создать условия для устранения феномена торможения зрительных впечатлений этого глаза и восстановления бинокулярного зрения.

2. Добиться сохранения последнего и при некотором отклонении глаза в сторону, противоположную направлению девиации.

Цель исследования - оценить эффективность призматической очковой коррекции при первичном и вторичном содружественном косоглазии.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 17 детей в возрасте от 3 до 14 лет с первичным и вторичным содружественным косоглазией. Угол девиации по Гиршбергу составлял от 5° до 10°. Длительность наблюдения составила от 3 до 12 месяцев.

Детям до 4 лет назначение призм производили исходя из величины угла девиации по Гиршбергу.

Детям старше 4 лет назначали призмы после пред-

варительного об-следования, включающего определение остроты зрения, характера зрения, объективного и субъективного углов косоглазия, угла косоглазия по Гиршбергу.

Дети были разделены на две группы.

Первую группу составили пациенты с первичным косоглазием - 9 человек. При первичном осмотре у 5 детей угол девиации по Гиршбергу составлял 5°, у 4-х - 10°. Характер зрения у 6 детей был монокулярным, у 3-х - одновременным. Исходная острота зрения в среднем составляла $0,64 \pm 0,12$. У 6 детей отмечалась гиперметропия средней степени, у 3-х - слабой степени. Детям с углом девиации 5° были назначены призмы в среднем по 4-5 диоптрий на каждый глаз, учитывая индивидуальную переносимость. При угле косоглазия 10° - по 8-10 призматических диоптрий на каждый глаз. Одновременно корригировали аметропию и проводили плеопто-ортоптическое лечение.

Вторую группу (8 человек) составили дети, оперированные по поводу врожденной катаракты, осложненной косоглазием, в возрасте до 5 лет, у которых исходный угол девиации составлял 5-10° по Гиршбергу. Учитывая низкую остроту зрения (в среднем $0,11 \pm 0,03$) вследствие обскуриционной амблиопии, вышеперечисленные исследования провести не удалось, и призмы назначали эмпирически с учетом уменьшения угла девиации. В среднем назначали до 6,0 призматических диоптрий на каждый глаз, учитывая индивидуальную переносимость. В послеоперационном периоде дети получали курсы плеоптического лечения (лазерстимуляция, светостимуляция, амблиотренер).

Результаты

В первой группе в сроки до 3 месяцев у 8 детей отмечалось правильное положение глаз в очках, одновременный характер зрения. Острота зрения повы-

силась в среднем на $0,17 \pm 0,05$. Данным детям призмы были уменьшены на 1-2 диоптрии с контрольным обследованием через 3 месяца. У одного ребенка динамики не наблюдалось вследствие непостоянного ношения очков. В отдаленные сроки наблюдения у 7 детей отмечалось правильное положение глаз без коррекции, наличие бифовеального слияния, бинокулярное зрение и повышение остроты зрения в среднем до $0,82 \pm 0,03$; у 2-х детей остаточный угол

девиации составил 5° , характер зрения одновременный, острота зрения повысилась до $0,75$.

Во второй группе в раннем послеоперационном периоде при назначении призматической очковой коррекции у 6 детей отмечалось уменьшение угла девиации до $3-5^\circ$ в очках, у 2-х детей - правильное положение глаз. Острота зрения в среднем повысилась до $0,28$.

Таким образом, использование призматической коррекции в сочетании с плеопто-ортоптическим лечением при содружественном косоглазии позволяет добиться одновременной компенсации девиации и повышения остроты зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие. - Москва: Медицина, 1977. - 112 с.
2. Аветисов Э.С., Розенблюм Ю.З. Оптическая коррекция зрения. М.: Медицина, 1981. - 200 с.
3. Аветисов Э.С., Розенблюм Ю.З., Кащенко Т.П. Применение призматических элементов очковой коррекции // Методические рекомендации.- М, 1988. - 19 с.
4. Розенблюм Ю.З. Оптометрия. СПб: Гиппократ, 1996. - 248 с.

РЕЗЮМЕ

Призматическая коррекция как метод лечения косоглазия
А.Ж. Бекбасова

В статье приведены результаты использования призматической коррекции в сочетании с плеопто-ортоптическим лечением при содружественном косоглазии. Метод позволяет добиться одновременной компенсации девиации и повышения остроты зрения.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада қатарланудың призматикалық коррекциямен қатар плеопто- ортоптикалық емделуінің қорытындысы көрсетілген. Осы әдіс арқылы ауытқудың компенсациясы мен көру қабілетінің жоғарлауына жетуге болады.

SUMMARY

This article represents results in using prismatic correction in combination with pleopto-orthoptic treatment for concomitant strabismus. This method allows to reach a compensation in deviation and improve vision.

УДК 617.713-002.44-085-089.843

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ

Т.К. Ботабекова, Г.А. Есенжан, С.В. Дон, А.С. Масимгазиев, Н.Б. Когашова, А.С. Мукажанова

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: язва роговицы, кератопластика, местные анестетики, циклоприн, амнион.

Одной из актуальных проблем современной офтальмологии является лечение гнойных язв роговицы, составляющих от 27,6 до 47,3% поражений роговицы, которые могут привести к анатомической гибели глаза (8%), заканчиваясь энуклеацией (до 17%) [1].

Более чем 70% пациентов с язвой роговицы бактериального происхождения - работоспособного возраста, а инвалидность этой категории больных достигает 20% [2].

Проблема эффективного лечения язвенных поражений роговицы и регуляции регенерации роговичной ткани остается актуальной, несмотря на широкий арсенал фармакологических средств. Отличительной особенностью течения воспалительных заболеваний глаз на современном этапе является увеличение доли их затяжных и хронических форм, не поддающихся стандартной антибиотикотерапии из-за поливалентной устойчивости микроорганизмов к применяемым противомикробным препаратам [3]. Все чаще патогенные свойства проявляют условно-патогенные или оппортунистические микроорганизмы [4].

В 30-44,8% случаев не удается выделить возбудителя заболевания, и лечение проводится эмпирически, с учетом клинической картины [1].

С точки зрения современных позиций еще одним фактором риска тяжелого течения воспалительного процесса является нарушение функций иммунной системы в виде вторичной иммунной недостаточности. Многие исследования последних лет направлены на изучение иммунопатогенеза и возможностей применения иммунотропной терапии при язвенных поражениях роговицы. В качестве местной иммуномодулирующей терапии используется офтальмологический раствор 0,05% циклоспорина [4, 14]. Его эффективность и безопасность была доказана при лечении язв роговицы ревматоидной этиологии, язвы Мурена, изъязвляющего кератита и после кератопластики с высоким риском отторжения трансплантата.

Также к причинам осложненного течения можно отнести и бесконтрольное применение пациентами препаратов, уменьшающих болевой синдром.

По мнению многих исследователей, местные анестетики оказывают токсическое воздействие на ткани роговой оболочки вплоть до развития некроза при использовании высоких концентраций препаратов или длительном их применении. Токсические свойства препаратов связывают с их воздействием на клеточные мембраны и включением в структуру ее липидов и белков, которое влечет за собой дефицит энергии и блокирование транспорта ионов, торможение механизмов митоза и клеточной миграции [11].

Таким образом, несмотря на большой спектр современных фармакологических препаратов, частота развития осложнений сохраняется высокой, что обуславливает необходимость раннего хирургического вмешательства.

При тяжёлых формах бактериальных язв общепризнанной тактикой является пересадка роговицы [3]. Однако до настоящего времени нет единого мнения как о сроках проведения лечебной кератопластики, так и о её глубине.

По мнению ряда авторов, при тяжёлых формах язв прогрессирующее течение с тенденцией к перфорации является показанием к пересадке роговицы в сроки от 3 до 10 суток от начала лечения [12, 13].

L. Hirst и соавторы (1997) отмечают, что бактериальная язва роговицы в 49% случаев была причиной нетравматической перфорации роговицы.

При заболеваниях роговицы с длительно существующими дефектами эпителия широко применяется лечебное покрытие биологическими тканями или искусственными материалами [9]. Амни-

отическая оболочка человека, содержащая комплекс биологически активных веществ, стимулирующих регенеративные свойства тканей, по-прежнему, активно применяется в качестве лечебного покрытия [7, 8]. Покрытие сквозного роговичного трансплантата амниотической оболочкой сразу после сквозной кератопластики впервые было применено в 2006 году у больных вторичной отёчной дистрофией роговицы [7, 8].

Целью исследования явился анализ причин и оптимизация тактики ведения тяжелых язв роговицы на примере клинического случая.

Пациент Н., 28 лет госпитализирован в КазНИИ ГБ с двусторонней тотальной язвой роговицы на 18 сутки от начала заболевания.

При поступлении предъявлял жалобы на сильные боли режущего характера, выраженную светобоязнь, чувство инородного тела, слезотечение, отсутствие предметного зрения.

Из анамнеза: после внезапно появившегося ощущения инородного тела в обоих глазах, покраснения и раздражения – пациент начал самостоятельно, бесконтрольно капать местные анестетики. На фоне отрицательной динамики и усугублении жалоб на 5 сутки обратился за медицинской помощью и был госпитализирован в глазное отделение областной больницы с диагнозом: ОУ – интерстициальный кератит. В условиях стационара получал массивную антибактериальную, противовоспалительную терапию в течение 12 дней. В связи с неэффективностью лечения и появлением угрозы перфорации был направлен в КазНИИ глазных болезней. Несмотря на запреты врача, пациент продолжал самостоятельно закапывать раствор анестетика вплоть до госпитализации в КазНИИ ГБ.

При поступлении: выраженный болевой, роговичный синдром. Острота зрения обоих глаз – 0,005 н.к. Биомикроскопически: ОУ – блефароспазм, выраженная смешанная инъекция конъюнктивы. Обширный инфильтрат в глубоких слоях роговицы желто-серого цвета с рыхлыми краями, зоной изъязвления. По периферии роговицы визуализировалась средней глубины передняя камера, гипопион до середины зрачка. Зрачок в центре, диаметром 3 мм, реакция на свет отсутствовала. Глубже лежащие среды не видны.

Бактериологическое исследование содержимого конъюнктивального мешка и соскоба с роговицы не обнаружило роста микрофлоры, что объяснимо длительной антибактериальной терапией. Слезные пути проходимы. Проба Ширмера с обеих сторон – 15 мм.

При лабораторном исследовании на фоне нормальных показателей общеклинических анализов выявлены положительные результаты IgG вируса простого герпеса и цитомегаловируса.

Несмотря на проводимую массивную местную и общую антибактериальную и противовоспалительную терапию, сохранялась угроза перфорации роговицы, которая послужила показанием к хирургическому лечению на 9-е сутки госпитализации.

На левом глазу с лечебной целью проведена сквозная кератопластика, на правом глазу – послойная кератопластика. Операция и ранний послеоперационный период протекал без осложнений.

На 7-е сутки после операции развились признаки синдрома «сухого глаза»: эпителий тусклый, рыхлый, локальные зоны деэпителизации на трансплантате, окрашиваемые флуоресцеином, точечное прокрашивание эпителия. Для улучшения эпителизации трансплантата применена силикон-гидрогелевая мягкая контактная линза (содержание влаги - 58%), добавлены препараты слезы без консерванта.

На левом глазу, учитывая более стойкие явления деэпителизации, произведено покрытие свежим амнионом. На 7-8 сутки амнион удален, отмечена полная эпителизация роговицы. В дальнейшем на левом глазу была использована мягкая контактная линза и слезозаместительная терапия.

С 8-х суток после операции пациенту назначен 0,05% раствор циклоспорина в режиме инстилляций по 1 капле 2 раза в сутки.

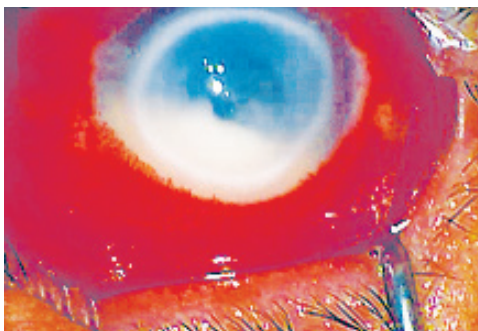


Рисунок 1 – левый глаз до операции

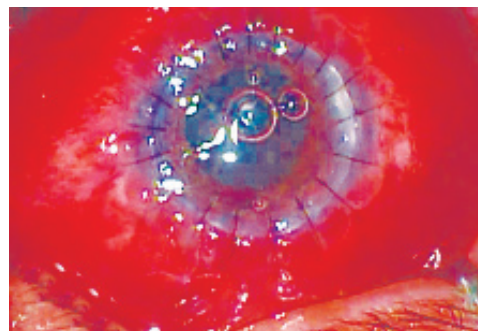


Рисунок 2 – левый глаз на 3 сутки после сквозной кератопластики

При выписке: ОУ - полное купирование болевого синдрома, трансплантат прозрачный, края адаптированы, швы в удовлетворительном состоянии, эпителизация полная. Острота зрения при выписке составила 0,08 н.к. Контактная линза снята на 21-е сутки; отмечалась полная состоятельность эпителия трансплантата, флуоресцеиновая проба - отрицательная.

В течение 3 месяцев послеоперационного наблюдения изменений не наблюдалось, биомикроскопическая картина и острота зрения сохранялись стабильными, отмечалось прозрачное приживление трансплантата на обоих глазах.

Выводы

1. Бесконтрольное применение местных анестетиков в данном клиническом примере обусловило затяжное, малоэффективное к проводимой медикаментозной терапии

течение процесса и длительный реабилитационный период.

2. В случаях тяжелого течения язвы роговицы целесообразен комплексный подход к лечению: сочетание общей и местной антибактериальной, противовоспалительной, иммуномодулирующей медикаментозной терапии с хирургическими методами.

3. Комплексное лечение в данном случае позволило не только сохранить глазное яблоко и предотвратить угрозу перфорации, но и повысить прогноз на зрительные функции в отдаленном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майчук, Ю.Ф. Алгоритм терапии бактериальных конъюнктивитов и кератитов / Ю.Ф. Майчук // Справочник поликлинического врача. - 2005. - № 4. - С. 73-76.
2. Ситник Г.В. Современные подходы к лечению язв роговицы // Мед. журнал.- 2007. - № 4. - С. 100-104.
3. Тарасова Л.Н., Шаимова В.А., Алехина Т.В., Шаимов Р.Б.; заявитель Шаимова В.А. Способ прогнозирования перфорации роговицы при гнойной язве: пат. 2166760 РФ, МПК 7 G01N33/53 / - № 99119140/14; заявл. 03.09.99.; опубл. 10.05.01.
4. Волик Е.И., Альшабан Л.А. Способ комплексного лечения язв роговицы: пат. 2258510 РФ, МПК7А61К31/502, А61Р37/02; заявка: № 2004105675/14, 25.02.2004.; опубл. 20.08.2005.
5. Шаимова В.А. Клинико-этиологические особенности различных типов течения гнойной язвы роговицы / В.А. Шаимова // Вестн. офтальмологии. - 2002. - № 1. - С. 39-41.
6. Горбовицкая Г.Е. Структура нозологических форм, потребовавших проведения кератопластики (по материалам ГУ НИИ ГБ РАМН с 1991 по 2000 гг.) / Г.Е. Горбовицкая // VIII съезд офтальмологов России. Тез. докл. -Москва, 2005.- С.459.
7. Takahashi H. Immunohistochemical observation of amniotic membrane patching on a corneal alkali burn in vivo / H. Takahashi, T. Igarashi, C. Fujimoto et al. //.-Jpn. J. Ophthalmol.- 2007. - Vol. 51. - P. 3-9.
8. Фёдорова Е.А. Применение лиофилизированной амниотической мембраны для лечения воспалительных заболеваний роговицы / Е.А. Фёдорова, Ю.Е. Батманов, С.И. Курченко//VIII съезд офтальмологов России.- тезисы докладов. -Москва, 2005.- С.485.
9. Полянская Н.К. Современные проблемы лечения патологии роговицы /Н.К. Полянская, М.М. Шаталов//Регенеративная медицина и трансплантация тканей в офтальмологии. Научно-практ. конф.- Москва, 2005.- С.58-59.
10. Cetinkaya, Altug. Применение циклоспорина для местного лечения поверхностной язвы роговицы / Altug Cetinkaya, Yonka Aydin Akova, Dilek Dursun // Новое в офтальмологии. - 2005. - № 1. - С. 24-27.
11. Шахназарова А.А. Изучение свойств местных анестетиков и оценка возможности их применения при лечении заболеваний роговицы: дисс. канд. мед. наук: 14.00.08 / Шахназарова Аида Абдуллаевна; [Место защиты: ГОУВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет»].- Санкт-Петербург, 2004.- 135 с.
12. Тарасова Л.Н., Шаимова В.А. Хирургическое лечение гнойной язвы// Eurotimes.- Vol.9.-issue 3, March 2004.- P.3.
13. Слонимский А.Ю., Мурзабекова Ф.А., Фёдорова Е.А. и др. // Новые технологии в лечении заболеваний роговицы.- Научн.-практ. конф.- Москва, 2004.- С.52-54.
14. Волик Е.И. Иммунные нарушения и иммунокоррекция при проникающих ранениях и операционной травме глаз: Автореф. дисс. докт. мед. наук.- Краснодар, 2000.-397 с.

РЕЗЮМЕ

Клинический случай комплексного лечения тотальной двусторонней язвы роговицы
Т.К. Ботабекова, Г.А. Есенжан, С.В. Дон, А.С. Масимгазиев, Н.Б. Когашова,
А.С. Мукажанова

В статье описан клинический случай комплексного лечения двусторонней язвы роговицы. Показано эффективное сочетание общей и местной антибактериальной, противовоспалительной, иммуномодулирующей медикаментозной терапии с хирургическими методами лечения.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада қасаң қабықтың екі жақты жарасын кешенді емдеудің клиникалық жағдайы сипатталған. Жалпы және жергілікті антибактериалды, қабынуға қарсы, иммундық модулирлеуші дәрілік емдеу және хирургиялық емдеу әдістерінің тиімді үйлесімі сипатталған.

SUMMARY

Clinical case of complex treatment of bilateral corneal ulcer was described in this article. We showed effective combination of general and local antibacterial, anti-inflammatory, immunomodulatory therapy with surgical methods of treatment.

УДК 671.7-007.681-021.5+617.721-007.17

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ НА ФОНЕ МЕЗОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ РАДУЖКИ

Н.А. Алдашева, М.С. Худжатова, Л.Д. Абышева, А.Т. Кыдырбаева

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Актуальность. В понятие «вторичная дистрофическая глаукома» включены те формы глаукомы, при которых дистрофические изменения играют решающую роль в генезе повышения внутриглазного давления (ВГД). Одной из таких форм является глаукома при прогрессирующей атрофии радужки [1].

В настоящее время она считается разновидностью иридокорнеального эндотелиального синдрома [1]. Данная патология встречается чаще у женщин и начинается, как правило, в возрасте 20-50 лет. Поражается обычно один глаз, хотя в ряде случаев отмечают микросимптоматику на втором, внешне интактном глазу [2]. Считается, что

течение прогрессирующей мезодермальной дистрофии радужки вялое, многолетнее [3, 4]. Основным клиническим признаком данного заболевания является возникновение в одном из секторов радужной оболочки локального фиброза с последующим формированием мощной корнеальной гониосинехии, приводящей к подтягиванию корня радужки к роговице, что приводит к деформации зрачка. При этом отмечается выворот пигментной каймы зрачка в направлении расположения гониосинехии. Истончение стромы радужки с противоположной стороны приводит к образованию в ней сквозных дефектов. Параллельно идет патологический процесс в роговице, характеризующийся пролиферацией эндотелия, распространяющегося и на угол передней камеры. В результате развивается вторичная глаукома, приводящая к необратимой слепоте пораженного глаза [4].

Клинический случай. Больной А., 41 год. Поступил в стационар КазНИИ ГБ с диагнозом ОУ - Глаукома вторичная IIIa (м). Мезодермальна дистрофия радужки.

При поступлении больной жаловался на дискомфорт, покраснение и слезотечение в левом глазу. Из анамнеза: у матери больного была выявлена мезодермальна дистрофия радужки с эктопией зрачка, но диагноз глаукома не выставлен. При проф.осмотре в 2009 году у пациента выявлена мезодермальна дистрофия радужки.

В результате проведенного офтальмологического обследования был выставлен диагноз: Глаукома вторичная на фоне мезодермальной дистрофии радужки. Подобрана гипотензивная терапия, закапывал тиммал 0,5%+азопт 1,0%.

Данные клинико-инструментального обследования на момент обращения:

Биомикроскопия: передний отрезок спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка дистрофически изменена на 2 часах, дефект стромы, почти на всем протяжении виден передний эмбриотоксон, хрусталик прозрачный.

Данные офтальмоскопии: ДЗН - бледный, Э/Д 0,9, границы четкие, артерии склерозированы, макулярный рефлекс стусеван.

Vis OD=0,9 н/к, Vis OS=0,9 н/к.

Рефракция OD sph (-) 0,75 OS sph (-) 0,75

Данные бесконтактной тонографии: ВГД OD=10 мм рт.ст. (Nidek) (Тиммал 0,5% + азопт 1,0%)

ВГД OS=11 мм рт.ст. (Nidek) (Тиммал 0,5%+азопт 1,0%)

Тонометрия по Маклакову:

OD - 18 мм рт. ст. (тиммал 0,5%+азопт1,0%)

OS - 25 мм рт. ст. (тиммал 0,5%+азопт1,0%)

Данные эхографии:

OD: ПЗО=25,19 мм, ГПК=3,32 мм, ТХ=3,97 мм

OS: ПЗО=26,82 мм, ГПК=3,15 мм, ТХ=4,10 мм

Гониоскопия: ОУ – угол передней камеры открыт, неравномерный, умеренная пигментация, симптом Аксенфельда положительный.

Данные стандартной автоматизированной периметрии SAP по пороговой программе central 30-2 в динамике представлены на рисунке 1.

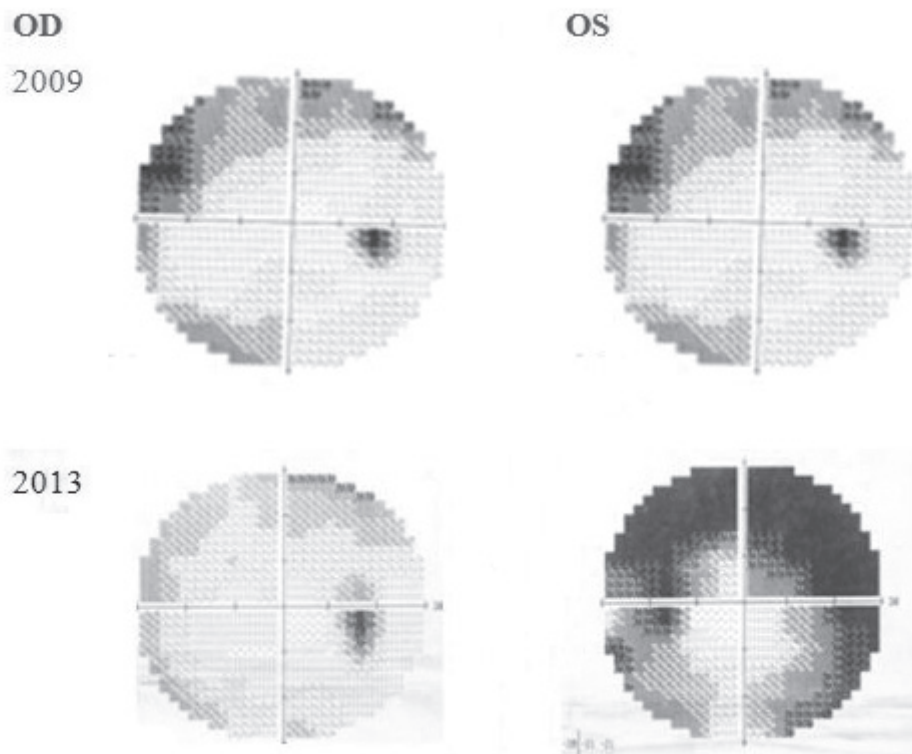


Рисунок 1. Данные SAP в динамике по программе central 30-2

Из рисунка 1 видно, что за 3 года отмечалась отрицательная динамика полей зрения.

Периметрические индексы от 02.10.09.: OD – MD -6,35DB PSD-3,9 DB OS – MD -19,27DB PSD-12,24 DB.

Периметрические индексы от 13.01.13
OD – MD -6,0DB PSD-5,8 DB OS – MD -21,54DB PSD-11,21 DB.

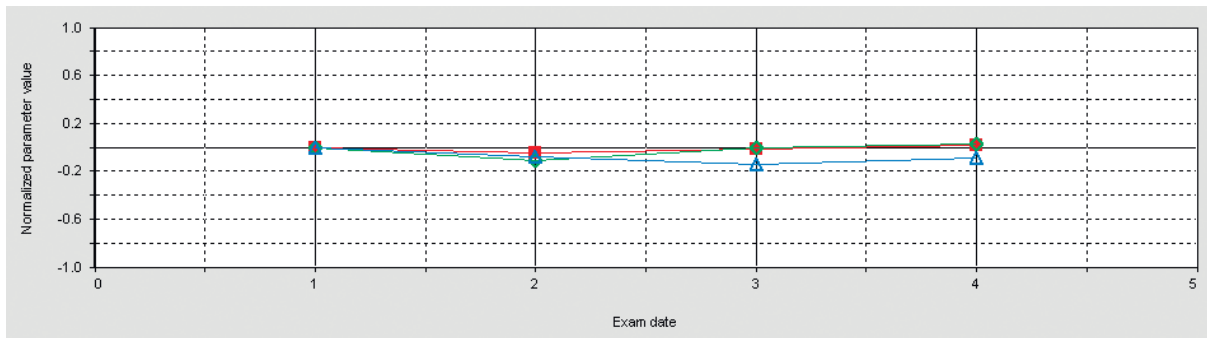


Рисунок 2. Векторный анализ больного с 2009 год по 2013 год

Следует отметить, что пациент регулярно проходил бесконтактную тонометрию по месту жительства. Внутриглазное давление было в пределах среднестатистической нормы: 13-15 мм рт.ст. При этом показатели АД и центральная толщина роговицы не учитывались. При обращении у пациента выявлена артериальная гипотония. АД - 90/60. Внутриглазное давление по Маклакову 25 мм рт.ст., центральная толщина роговицы составила: OD - 485 н.м., OS – 480 н.м. При проведении ретроспективного векторного анализа по данным HRT нами было отмечено прогрессирование глаукомной оптиконеуропатии (рис. 2). Выявлено на левом глазу: увеличение Э/Д с 0,93 до 0,94, снижение площади нейроретинального пояса - с 0,67 мм² до 0,59 мм², снижение объема нейроретинального пояса с 0,04 мм до 0,03 мм, уменьшение толщины слоя нервных волокон - с 0,03 мм до 0,01 мм.

Таким образом, перфузионное давление составило 35 мм рт.ст. Учитывая низкие показатели перфузионного давления, уменьшенную центральную толщину роговицы, уровень офтальмотонуса у пациента расценен как высокий, что представляло риск отрицательной динамики глаукомного процесса. Пациенту была проведена операция на левый глаз – трабекулэктомия с гипотензивной целью. В послеоперационном периоде жалобы на боли в левом глазу уменьшились и при выписке полностью отсутствовали. Внутриглазное давление на левом глазу снизилось до 8 мм рт.ст. (Nidek). В верхнем секторе просматривалась разлитая фильтрационная подушка. Глубина передней камеры сохранялась средней, влага была прозрачной.

Описанный случай демонстрирует нетипичное клиническое течение вторичной глаукомы при мезодермальной атрофии радужки. У пациента имели место показатели ВГД в пределах среднестатистической нормы по данным бесконтактной тонометрии. Комплексная оценка уровня офтальмотонуса с учетом показателей АД, ЦТР позволили выявить основную причину прогрессирования ГОН и рекомендовать хирургическое лечение, способствовавшее стабилизации глаукомы.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Нестеров А.П. Глаукома // М.: Медицина, 1995.- 256 с.
- 2 Quigley H.A// Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., 2005, Vol. 46, No. 8.
- 3 Щуко А.Г., Юрьева Т.Н., Чекмарева Л.Т., Малышев В.В. Дифференциальная диагностика редких форм глаукомы// Иркутск: Изд-во «Облмашинформ», 2004. - 192 с.
- 4 Шульпина Н.Б., Алиева З.А., Гонтурар Н.С., Грачева Г.В. Терапевтическая офтальмология// М.: Медицина, 1985.- С. 304-321.

РЕЗЮМЕ

Случай хирургического лечения вторичной глаукомы на фоне мезодермальной дистрофии радужки
Н.А. Алдашева, М.С. Худжатова, Л.Д. Абышева, А.Т. Кыдырбаева

В работе представлен клинический случай развития вторичной глаукомы на фоне мезодермальной дистрофии радужки. Показана важная роль проведения расширенного объема обследования пациентов с глаукомой с определением перфузионного давления и центральной толщины роговицы.

SUMMARY

We presented clinical case of secondary glaucoma at patient with mesodermal corneal dystrophy in our article. We showed important role of full volume of glaucoma patient's examination including pervaporation pressure, central corneal thickness.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада нұрлы қабықтың мезодермалды дистрофиясы фонындағы екіншілік глаукома дамуының клиникалық жағдайы көрсетілген. Глаукомасы бар науқастардың перфузионды қысымын және қасаң қабықтың орталық қалыңдығын анықтаумен қатар зерттеудің кең көлемінің маңыздылығы көрсетілген.

УДК 617.7

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПУПИЛЛЯРНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ МЕЛАНОМ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ

А.С. Аубакирова, Ж.М. Ахметова, Ж.А. Абелькариева,
Б.Д. Айдаралиев, А.К. Таласпаева

Лазерное отделение
Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: меланома хориоидеи малых размеров, транспупиллярная термотерапия.

Частота меланомы хориоидеи среди всех видов внутриглазных опухолей составляет 72-85% (1, 2). Данное заболевание относится к инвалидизирующей глазной патологии, приводящей не только к потере зрительных функций и глаза как органа, но и вследствие возникновения отдаленных метастазов к гибели больного.

Особое место среди всех меланом хориоидеи занимают меланомы малых размеров высотой до 3,0-4,0 мм (3, 4, 5). Они составляют от 5% до 21% от числа всех меланом хориоидеи (6, 7).

Поиск наиболее функциональносохранных методов лечения меланомы хориоидеи является сегодня актуальным, особенно в связи с совершенствованием диагностических технологий и, соответственно, с лучшей выявляемостью меланом хориоидеи на ранней стадии.

Особое место в лечении меланом хориоидеи малых размеров в последние годы занимает лазерная транспупиллярная термотерапия (ТТТ). В офтальмологии данный метод применяется с 1995 года (8). Обладая проникающей способностью до 3,9 мм, являясь неинвазивной, щадящей по отношению к здоровым тканям, и, следовательно, функциональносохраняющей методикой, ТТТ является методом

выбора в лечении меланом хориоидеи малых размеров (10, 11). В России первые шаги по использованию этого вида лечения были предприняты в 1999 году на базе ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова (9). В Республике Казахстан лечение меланом малых размеров методом лазерной транспупиллярной термотерапии впервые применено на базе КазНИИ глазных болезней в 2011 году.

Приводим клинический пример применения ТТТ в лечении меланом малых размеров.

Пациент Е., 1975 года рождения обратился в КазНИИ глазных болезней с жалобами на постепенное, в течение нескольких месяцев, снижение остроты зрения левого глаза, метоморфопсии.

Объективно: острота зрения OD - 1,0, OS - 0,5 н/кор.

При циклоскопии на глазном дне левого глаза парамакулярно в верхневисочном квадранте хориоретинальный очаг размером около 4PD, проминирующий в

стекловидное тело, с нечеткими контурами, неравномерной пигментацией и экссудативной отслойкой сетчатки (рис. 1).

По данным оптической когерентной томографии (ОСТ) - парафовеолярно куполообразная отслойка хориоретинального комплекса, во всех слоях гиперрефлективные очаги, многокамерные кистозные полости (рисунок 2).

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) В-скан в центральной зоне выявлен очаг размером 2,6x4,8 мм (рисунок

3). Цветное доплеровское картирование (ЦДК) левого глаза вывило в структуре хориоретинального комплекса проминирующее васкуляризированное образование (рисунок 4). По данным флюоресцентной ангиографии глазного дна (ФАГ) выявлено пять признаков, свидетельствующих о субретинальном новообразовании (меланоме хориоидеи): появление флюоресценци в ранней фазе, крапчатость свечения («тигровая» окраска), сливной характер свечения в поздней фазе, наличие собственных сосудов образования с паравазальным просачиванием флюоресцеина, сохраняющееся свечение в зоне образования через 1 час после введения флюоресцеина (рисунок 5).

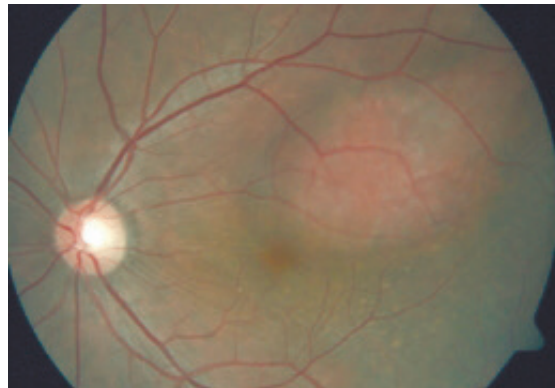


Рисунок 1 – Фотография глазного дна больного Е. с меланомой хориоидеи малых размеров до проведения ТТТ

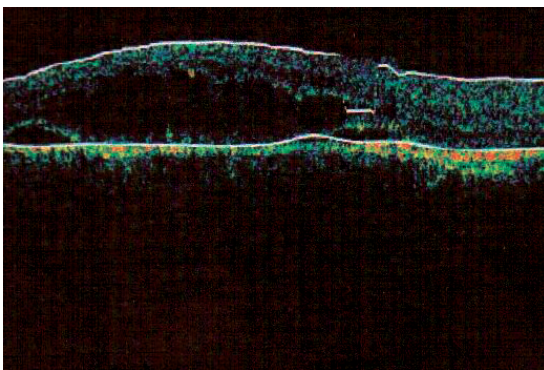


Рисунок 2. ОСТ больного Е. с меланомой хориоидеи малых размеров до проведения ТТТ

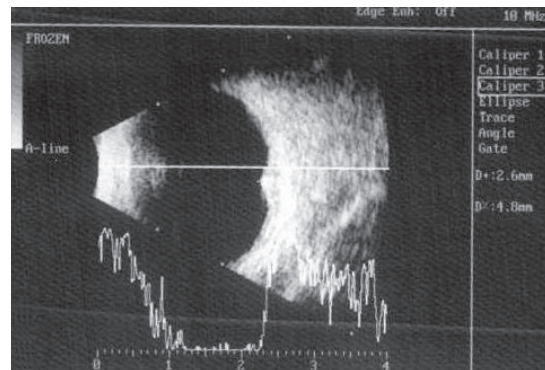


Рисунок 3. УЗИ (В-скан) больного Е. с меланомой хориоидеи малых размеров до проведения ТТТ

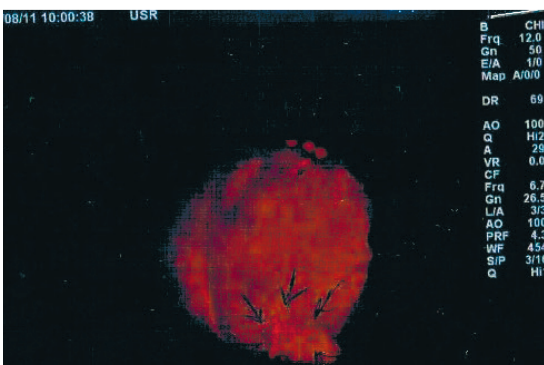


Рисунок 4. ЦДГ больного Е. с меланомой хориоидеи малых размеров до проведения ТТТ

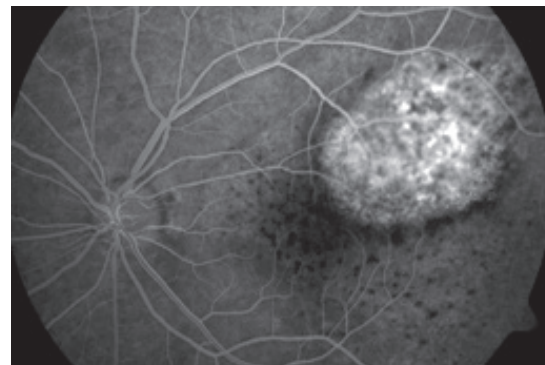


Рисунок 5. ФАГ больного Е. с меланомой хориоидеи малых размеров до проведения ТТТ

Пациенту проведена лазерная транспупиллярная термо-терапия в пороговом режиме с использованием диодного инфракрасного лазера Алод-01 (Санкт-Петербург) длиной волны 810 нм. при стандартной экспозиции (60 сек.), мощности воздействия 350 мВт., с диаметром пятна 2 мм. Коагуляты наносились на поверхность опухоли черепицеобразно с захватом здоровой ткани в пределах 100 мн. В послеоперационном периоде назначалась медикаментозная терапия (противовоспалительная, десенсибилизирующая, дегидратационная и сосудукрепляющая).

Течение раннего послеоперационного периода (через 24 часа) сопровождалось умеренно выраженным реактивным отеком сетчатки, преретинальными гемorragиями, формированием в зоне новообразования белого атрофического хориоретинального очага (рисунок 6).

Через месяц после проведения ТТТ в проекции очага

сформировался хориоретинальный рубец с единичными геморрагиями (рисунок 7) и уменьшением высоты опухоли, что подтверждено данными УЗИ (рисунок 8).

Через три месяца острота зрения на левом глазу составила 0,4 н/кор. При офтальмоскопии на глазном дне определялся хориоретинальный очаг (рисунок 9). По данным ОСТ: толщина в фовеа 174 мн, в верхних отделах выраженное истончение и дистрофические изменения нейро- и пигментного эпителия (рисунок 10). По данным УЗИ (В-скан): в стекловидном теле патологических ЭХО-сигналов нет, оболочки - без проминенции, практически равномерные, толщина оболочек - 1,8 мм (рисунок 11).

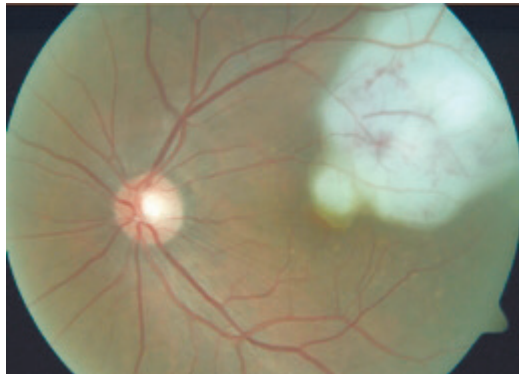


Рисунок 6. Глазное дно больного Е. через 24 часа после ТТТ



Рисунок 7. Глазное дно больного Е. через месяц после ТТТ

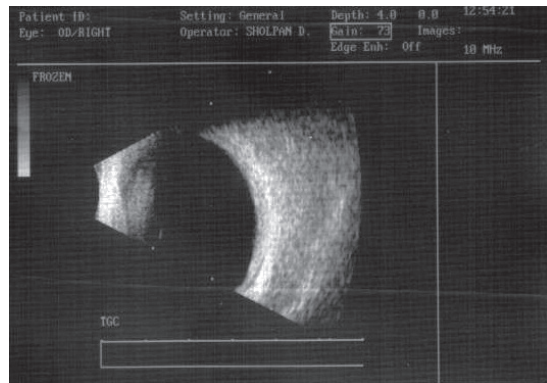


Рисунок 8. УЗИ(В-скан) больного Е. через месяц после ТТТ

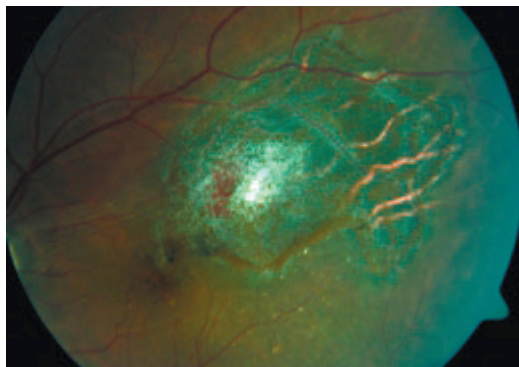


Рисунок 9. Глазное дно больного Е. через месяц после ТТТ

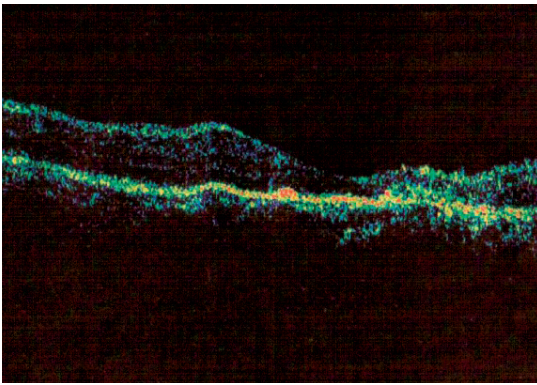


Рисунок 10. OCT больного Е. через три месяца после ТТТ

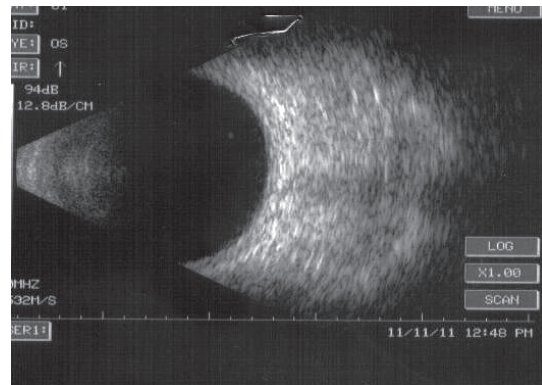


Рисунок 11. УЗИ больного Е. через 3 месяца после ТТТ

Таким образом, полученные нами данные позволяют рекомендовать метод ТТТ в лечении меланомы хориоидеи малых размеров. Неинва-

зивный, щадящий по отношению к здоровым тканям и, следовательно, функционально-сберегающий ТТТ может стать методом выбора в лечении меланом хориоидеи размеров до 3,5 мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семикова Т.С. Комплексный метод диагностики и лучевой терапии меланомы сосудистой оболочки глаза: дисс.... канд.мед. наук.-М., 1997.-115 с.
2. Appel D.J., Goldberg M.F., Wyhinny G., Levi S. Argon laser photocoagulation of choroidal malignant melanoma: tissue effects after a single treatment // Arch. Ophthalmology.-1973.-Vol. 90.-P. 97-101.
3. Saeci H., Ohga T., Futatsugi M., Kimura Y. Evaluation of multi modality treatment for the patient with advanced esophageal cancer // Fukuoka. Igaku. Zasshi. - 2002. - Vol. 93, N 12. - P. 259 - 265.
4. Shields C.L., Shields J.A. Transpupillary thermotherapy for choroidal melanoma // Curr. Opin. Ophthalmol. 1999. - Vol. 10, N 3. - P. 197-203.
5. Yuen W.F., Fung K.P., Lee C.Y., Choy Y.M. et al. Hyperthermia and tumor necrosis factor alpha induced apoptosis via mitochondrial damage // Life Sci.2000.- Vol. 67, N 6. - P. 725 – 732.
6. Augsburger J.J., Schroeder R.P., Territo C. et al. Clinical parameters predictive of enlargement of melanocyte choroidal lesions // Br. J. Ophthalmol.- 1989. - Vol. 73. - P. 911-917.
7. Shields. C.L., Shields. J.A. Clinical features of small choroidal melanoma // Curr. Opin. Ophthalmol.- 2002. - Vol. 13, N 3. - P. 135-141.
8. Oosterhuis J.A., Journee-de Korver J.G., Keunen J.E. Transpupillary thermotherapy: results in 50 patients with choroidal melanoma //Arch. Ophthalmol.- 1998.-Vol. 116, N 2.-P. 157-162.
9. Линник Л.Ф., Магарамов Д.А., Яровой А.А., Семикова Т.С. Транспупиллярная лазерная термотерапия опухолей хориоидеи // 7 съезд офтальмологов России: тезис докладов.-М., 2000.-С. 114.
10. Линник Л.Ф. Система органосохранного лечения при новообразованиях сосудистого тракта // 7 Съезд офтальмологов России: тезисы докладов. - М., 2000. - Часть 2. - С. 113 - 114.
11. Lee D.S., Anderson S.F., Perez E.M., Townsend J.C. Amelanotic choroidal nevus and melanoma: cytology, tumor size and pigmentation as prognostic indicators // Optom. Vis. Sci. 2001. - Vol. 78, N 7. - P. 483 — 491.
12. Limbourg I., Legrain S., De Potter P. Transpupillary thermotherapy for treatment of choroidal melanomas // Bull. Soc. Beige. Ophthalmol. 2002. - Vol. 285.-P. 55-64.

РЕЗЮМЕ

О, эффективности транспупиллярной термотерапии при лечении меланом хориоидеи малых размеров.

А.С. Аубакирова, Ж.М. Ахметова Ж.А. Абелькариева, Б.Д. Айдаралиев

В статье приведен клинический пример эффективности лазерной транспупиллярной термотерапии при меланоме хориоидеи малых размеров подтвержденный инструментальными исследованиями (ОСТ, УЗИ, ФАГ).

ТҰЖЫРЫМ

Статьяда клиникалық тұжырымы лазерлік транспупиллярлық термо терапиясы меланома хориоидеясында ен кіші колемінде инструменталдарымен дәлелденген (ОСТ, УЗИ, ФАГ).

SUMMARY

This article represents a clinical example of laser transpupilar thermotherapy effectiveness in patients with choroidal melanoma, using instrumental examination (OCT, FAG).

УДК 613.86

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОГО СИНДРОМА РИГЕРА

З.А. Камасова, А.А. Кусаинова, А.Ж. Байбосынова, С.А. Винтовкина,
Ж.О. Базарова, Д.К. Турганбаев, Д.А. Умбетеева

КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка», г. Усть-Каменогорск

Синдром Ригера - наследственное заболевание, в основе развития которого лежит генетически обусловленный мезоэктодермальный дисгенез. Популяционная частота заболевания составляет 1:200.000, соотношение полов - М1, Ж1, тип наследования - аутосомно-доминантный [1]. Синдром Ригера характеризуется разнообразными врожденными аномалиями и характерными глазными проявлениями, одним из которых является развивающаяся в 50% случаев глаукома.

Системные проявления включают разнообразные врожденные аномалии: широкая переносица, гипоплазия верхней челюсти, расщелина неба, олигодентия, коническая форма зубов, дисплазия зубной эмали. Возможны пороки сердца, почек, позвоночника, поли- и арахнодактилия.

Глазная патология включает аметропии высокой степени, дермоидные кисты у лимба и голубые склеры, мегалокорнеа, плоскую роговицу, задний эмбриотоксон, остатки мезодермальной ткани в углу передней камеры, краевые сращения задней поверхности роговицы с передней поверхностью радужки, гипоплазию мезодермального листка радужки, атрофию ткани радужки с формированием сквозных дефектов, деформацию зрачка в форме щели. Эти изменения обуславливают неизбежное появление глаукомы.

В доступной литературе встречаются единичные сообщения по заболеванию, синдром встречается относительно редко, у офтальмологов нет настороженности относительно повышения внутриглазного давления при данном синдроме, больные часто поступают в стационар в далекозашедшей стадии глаукомы, поэтому мы решили описать свое наблюдение.

Больная К., 1999 года рождения, находилась на стац-

онарном обследовании и лечении в отделении микрохирургии глаза «Центра матери и ребенка» (ЦМиР) с жалобами на снижение зрения, чувство давления за глазами, затуманивания в обоих глазах, очки повышают остроту зрения незначительно. Со слов пациентки, снижение зрения - с 6-7 лет, выписаны минусовые очки, ранее не обследовалась, лечение не получала. Впервые обратились в поликлинику «ЦМиР» в ноябре 2011 года, с подозрением на глаукому направлена в стационар. С подобными симптомами в ОМХГ ВК «Областного мед. объединения» одновременно госпитализирован родной брат 19 лет.

При общем клиническом осмотре выявлены широкие промежутки между зубами, кариозное повреждение зубов. Частичная анодонтия. Со стороны других органов изменений не выявлено.

При поступлении:

St.oculorum:

VIS OD 0,09с кор.sph (-) 6,0 D 0,1

VIS OS счет 40 см у лица с кор.sph

(-) 6,0 D 0,03

Авторефрактометрия:

OD sph (-) 8,75

D cyl. (-) 2,5 D ax 900

OS sph (-) 13,75

D cyl. (-) 5,0 D ax 1000.

При объективном исследовании (кератометрия): горизонтальный диаметр роговицы OD - 11 мм, вертикальный - 10 мм, OS: горизонтальный диаметр роговицы - 11,5 мм, вертикальный - 10,5 мм. При биомикроскопии выявлена атрофия мезодермального листка радужки, справа - эктопия зрачка, слева на 13 и 15 часах - сквозные дефекты радужки (рис. 1, 2).

Офтальмоскопия: справа - ДЗН бледно-розового цвета, слева - ДЗН серый, границы четкие, сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону, сосуды извиты, ткань сетчатки разрежена (рис. 3-4).

При эхобиометрии (аппарат UltraScan Alcon): выявлено увеличение ПЗО глазного яблока справа - до 24,87 мм, слева - до 27,15 мм. При В-сканировании: множественные пат. эхопики в стекловидном теле.

Электрофизиологическое исследование: ЗВП выявило выраженное замедление проводимости зрительного нерва по папилломакулярному пучку, больше - слева (67-68%).

Гониоскопия: OU - в углу передней камеры от 6 до 9 час. широкие листки стромы радужки плотно прилежат к роговице кпереди от линии Швальбе.

Периметрия: слева выявлено сужение полей зрения до 10 градусов по носовым меридианам, справа - сужение полей зрения до 30 градусов по носовым меридианам.

Суточная тонометрия: отмечалось повышение ВГД преимущественно в вечерние часы справа до 32 мм рт. ст., слева - до 37 мм рт. ст.

При назначении В-блокатора оптимизина 0,5% 2 раза в день давление в вечерние часы снизилось в OD до 27 мм рт. ст., в OS - до 32 мм рт. ст., но не достигло нормального уровня. Исчезли жалобы на чувство давления за глазами, затуманивание зрения.

При выписке из стационара острота зрения, размеры глазного яблока с обеих сторон и данные рефракции оставались прежними.

Выводы. Таким образом, у описанной пациентки имелось нарушение развития мезо- и эктодермальной ткани в процессе эмбриогенеза, которое привело к сочетанному нарушению со стороны глаз, зубов и верхней челюсти.

Заболевание носит наследственный характер, так как проявилось у обоих из рожденных в семье детей. Глаукома в данном случае носит вторичный характер вследствие наличия аномалий развития угла передней камеры и мезодермального дисгенеза радужки и роговицы (Э.С. Аветисов с соавт., 1987).

Повышение внутриглазного давления в раннем возрасте, возможно, спровоцировало прогрессирование миопии. Позднее обращение к окулисту привело к развитию далекозашедшего глаукоматозного процесса на левом глазу. В течение 2012-2013 гг. ребенок для повторного обследования не обращался.

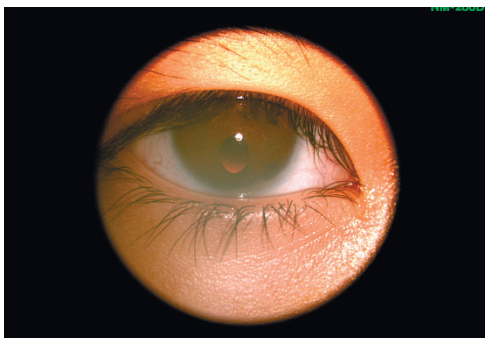


Рисунок 1 – эктопия зрачка OD

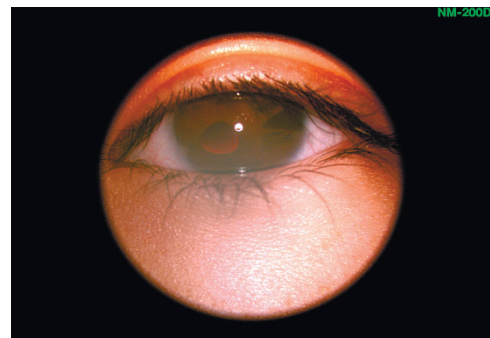


Рисунок 2 – эктопия зрачка, атрофия радужки OS

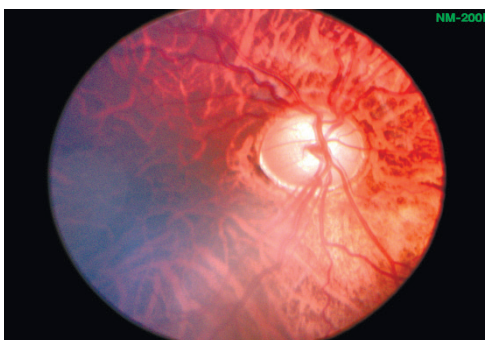


Рисунок 3 – Картина глазного дна OD

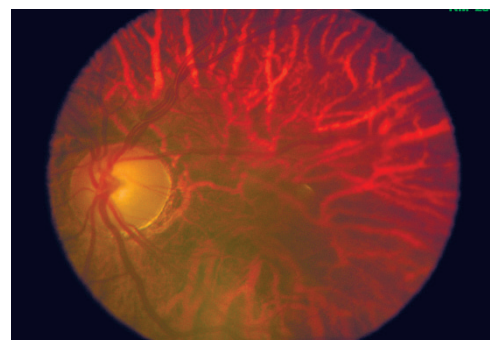


Рисунок 4 – Картина глазного дна OS

РЕЗЮМЕ

Случай семейного синдрома Ригера
 З.А. Камасова, А.А. Кусаинова, А.Ж. Байбосынова, С.А. Винтовкина,
 Ж.О. Базарова, Д.К. Турганбаев, Д.А. Умбетеева

В статье описан семейный случай синдрома Ригера, который встречается в 1:200.000, сопровождается развитием изменений со стороны органа зрения и других систем организма. Практическим офтальмологам следует обращать внимание при повышении ВГД на возможное патологическое изменение со стороны других органов, тщательно собирать анамнез.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада отбасында кездесетін 1:200.000, Ригер синдромдық жағдайы көру органымен қатар организмнің басқа жүйелерінің де, даму барысында өзгеріс бірге жүретіндігі сипатталған. Офтальмологтар практикада басқа органдардың патологиялық өзгеріске ұшырауы мүмкін сондықтан, мұқият қарап сыртарқы жинақтап, КІҚ (көз ішілік қысым) көтерілуіне назар аудару керек.

SUMMARY

This article describes a familial case of Rieger syndrome, which occurs in 1:200,000 cases. This syndrome is followed by the development of changes in the organ of vision and other body systems. Practical ophthalmologists should pay attention in the cases with an increased IOP to the possibility of pathological changes in other organs, and they also should gather anamnesis information much more carefully and thoroughly.

УДК 617.7-002.828

АКТИНОМИКОТИЧЕСКИЙ КАНАЛИКУЛИТ

М.Н. Ахметкалиев, Ж.М. Чекотаева, И.Р. Расулов

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: грибковое поражение глаз, актиномикотический каналикулит.

Актиномикоз (actinomycosis) - грибковое заболевание. При актиномикозе могут поражаться как придатки, так и само глазное яблоко. Актиномикоз глазного яблока и его придатков (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, каналикулиты и др.) может быть диффузным - в виде катарального или гнойного воспаления; псевдомембранозным, обычно односторонним; узловатым - с наличием крупных неизъязвляющихся элементов розового цвета с желтой крапчатостью, расположенных обычно вдоль края века.

Возбудитель актиномикоза - лучистый гриб. Большинство видов лучистого гриба являются сапрофитами и находятся в организме человека. В организме человека аэробные актиномицеты гнездятся на коже, в пищеварительном тракте, конъюнктивальном мешке. Лучистый гриб

является составной частью аутофлоры полости рта. Он находится на слизистой оболочке, в криптах миндалин, зубодесневых карманах, составляет содержимое зубного налета и зубного камня.

Актиномикоз относят к заболеванию, при котором нарушение факторов естественной защиты определяет развитие болезни. Способствуют развитию болезни воспалительные процессы и травмы. Основной путь внедрения инфекции - эндогенный. Актиномикотическая гранулема развивается преимущественно в рыхлых, хорошо васкуляризованных тканях, в лимфатических узлах. Поражение века, слезных канальцев, слезного мешка,

орбиты, роговицы и склеры может быть первичным, но чаще распространяется с челюстно-лицевой области по продолжению. Не исключен занос инфекции и лимфогенным путем.

При поражении век отмечается отек век, появление плотного безболезненного узла, который локализуется чаще всего возле углов глазной щели. Узел представляет собой неспецифическую гранулему, которая некротизируется и вскрывается, образуя долго незаживающие свищи. Из свищей выделяется гной с примесью друз, имеющих вид желтоватых зернышек. При присоединении вторичной инфекции может возникнуть абсцесс века.

Микоз слезоотводящих путей - наиболее распространенный из офтальмомикозов. Чаще других бывает актиномикоз, реже - кандидоз и споротрихоз. Преимущественно поражается нижний слезный каналец. Процесс обычно односторонний. Вначале наблюдаются гиперемия слезного мясца и переходной складки, слезотечение, корочки во внутреннем углу глаза, затем образуется припухлость вдоль слезного каналца, напоминающая ячмень. Уплотнение по ходу каналца безболезненное, слезная точка расширена и отстает от глаза, может быть легкий выворот века. При надавливании на каналец из слезной точки выделяется мутная гноеподобная жидкость, иногда - с крупинками конкрементов. В дальнейшем происходят закупорка слезной точки, растяжение каналца и его прободение. Микоз слезных каналцев сопровождается упорным конъюнктивитом, не поддающимся лечению; изредка в процесс вовлекаются роговица и слезный мешок.

В клинику института глазных болезней поступила больная С., 82-х лет с жалобами на слезотечение, чувство инород-

ного тела и светобоязнь в левом глазу и снижение зрения. Страдает в течение года. Медикаментозного лечения не получала. Status oculorum при поступлении: OD – роговица прозрачная. Передняя камера средняя, влага прозрачная. Зрачок - в центре, 3,5 мм. Хрусталик неравномерно мутный. Стекловидное тело прозрачное. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Сосуды сужены, извитые. Макулярный рефлекс сохранен. OS – блефароспазм, слезотечение. У внутреннего края верхнего века утолщение, гиперемия; инфильтрация конъюнктивы, через которую просвечивает затемнение. При надавливании на область верхнего слезного каналца, из слезной точки отмечается слизисто-гнойное отделяемое. Край нижнего века повернут в сторону глазного яблока, ресницы трут по роговице. В нижней части роговицы имеется глубокий рыхлый инфильтрат с неровными краями, зоной истончения, к которой подтянута радужная оболочка. Зрачок - в центре, округлой формы. Хрусталик неравномерно мутный. Глубоколежащие среды глазного яблока осмотру не доступны. ОАК и ОАМ в пределах нормы. Диагноз при поступлении: OS – Заворот нижнего века. Каналикулит кандидозный. Кератит. OD – Катаракта неполная, осложненная. На вторые сутки больной проведено оперативное лечение: устранение заворота нижнего века и кюретаж верхнего слезного каналца с рассечением стенки.

При патогистологическом исследовании операционного материала – фрагмента нижнего века - и кюретажного материала из слезного каналца – было обнаружено множество друз актиномицетов, окруженное распавшимися нейтрофильными лейкоцитами (гнойными тельцами), небольшим числом лимфоцитов, плазматических клеток и макрофагов. Патогистологическое заключение: актиномикотический каналикулит.

При выписке: OS – над проекцией верхнего слезного каналца швы чистые, отделяемого нет. Положение края нижнего века правильное, швы состоятельные. В динамике инфильтрат роговицы эпителизируется. Больная С. 82 лет на 5-й день госпитализации выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, у больной с кандидозным каналикулитом после патогистологического исследования материала, полученного после кюретажа слезного каналца, была верифицирована актиномикотическая этиология заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашкин П.Н. и Лисин В.В. Практическое руководство по медицинской микологии, М.: Медицина, 1983. - 192 с
2. Хмельницкий О.К. Гистологическая диагностика поверхностных и глубоких микозов, Л. Харьков, 1973. С 254.
3. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Сидорова М.В. Оппортунистические микозы в повседневной практике врача-офтальмолога.- В кн.: Успехи медицинской микологии.- Т. 10. Под ред. Сергеева Ю.В.- М.: Национальная академия микологии.- 2007.- С. 210-212.
4. Актиномикоз // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: В 86 томах (82 т. и 4 доп.). - СПб., 1969-1975.

РЕЗЮМЕ

Актиномикотический каналикулит
М.Н. Ахметкалиев, Ж.М. Чекотаева, И.А. Расулов

Приведен случай актиномикотического каналикулита, выявленного при морфологическом исследовании у больной с клиническим диагнозом – кандидозный каналикулит.

SUMMARY

The case aktinomikotical kanalikulitis revealed is given at morphological research at the patient with the clinical diagnosis – candidal kanalikulitis.

ТҰЖЫРЫМ

Науқастың клиникалық диагнозымен – кандидоздық каналикулит, морфологиялық зерттеу барысында актиномикотикалық каналикулиті анықталған жағдайы келтірілген.

РАЗНОЕ

УДК 617.76-006-036.22

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРБИТЫ

И.А. Долматова, А.К. Канатбекова, А.С. Байменова, Ш.А. Дуйсенбиева

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: частота, структура, новообразование орбиты.

Патология орбиты чрезвычайно разнообразна, включает опухолевые, воспалительные, сосудистые, эндокринные поражения. Новообразования орбиты составляют около 50-70% всех заболеваний глазницы, а по некоторым данным - до 83% [1,3].

С каждым годом число больных с новообразованиями различной локализации увеличивается, отмечается рост числа новообразований органа зрения, при этом поражения орбиты занимают третье место. Возраст больных варьирует от 3 до 75 лет, около половины больных составляют лица наиболее трудоспособного возраста - 31-60 лет [2,3].

Проведенные в 2000-2004 годах исследования частоты и распространенности новообразований орбиты выявили их увеличение по сравнению с числом больных различными заболеваниями орбиты, в частности, новообразованиями [3].

Целью настоящей работы явилось изучение частоты и структуры новообразований орбиты по данным обращаемости в КазНИИ глазных болезней в период 2008-2012 годов.

Материал и методы. Материалом для исследования явились истории болезни пациентов с новообразованиями орбиты, обратившихся в КазНИИ глазных болезней в период с 2008 по 2012 год. Диагноз основывался на результатах офтальмологического обследования, данных компьютерной и магнито-резонансной томографии. Всем больным было проведено хирургическое лечение с последующим патогистологическим исследованием.

Результаты и их обсуждение. Всего за указанный период под наблюдением находилось 52 пациента. Женщины составили 57,7%, мужчины - 42,3%. Возраст пациентов колебался от 4 до 75 лет, по возрастным группам распределение было равномерным, с некоторым увеличением числа заболевших в возрасте от 21 до 30 лет. Половина больных (50,0%) была из южного региона, 17,3%, 13,5% и 11,5% - из центрального, западного и северного регионов республики соответственно. Наименьшее число заболевших (7,7%) было из восточного региона. Сельские жители преобладали над городскими: 53,8% и 46,2% соответственно. В первые шесть месяцев от начала заболевания к специалистам обратились 34,6% пациентов, от года до трех лет - 26,9%, более 6 лет - 13,5%. Отмечено увеличение числа обратившихся в 2012 году в 1,8 раза по сравнению с 2008 годом: 34,6% и 19,2% соответственно.

Анализ результатов патогистологического исследования показал, что опухолевый процесс в орбите имел место в 93,7% случаев, 6,3% составили эхинококковые и ретенционные кисты. Частота доброкачественных новообразований орбиты была в 6,5 раза выше, они значительно преобладали над злокачественными: 86,7% и 13,3%, соответственно. Среди доброкачественных новообразований преобладали гемангиомы (20,5%), плеоморфные аденомы слезной железы составили 20,5%, хроническое неспецифическое воспаление - 12,8%, фиброма - 12,8%, липома - 7,7%. Менингиома, неврилеммома, гистиоцитома встречались в единичных случаях.

Злокачественные опухоли в 83,3% случаев были представлены преимущественно лимфомами. Сравнительный анализ с результатами предыдущего исследования (2000-2004 гг.) не выявил роста числа больных новообразованиями орбиты в последнее пятилетие, структура также не претерпела значительных изменений [3].

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что женщины заболевают в 1,4 раза чаще, возраст заболевших колеблется от 4 до 75 лет. Новообразование орбиты составляет 93,7%, в структуре новообразований орбиты преобладали доброкачественные новообразования - 86,7%; 83,3% составляли лимфомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Офтальмоонкология под редакцией А.Ф. Бровкиной. – Москва, Медицина, 2002.-420 с.
2. Сарсембекова К.Т., Долматова И.А., Толкалина Л.И. Частота и структура патологии орбиты в Республике Казахстан. В кн.: Актуальные вопросы офтальмологии.- Сб. науч. тр. КазНИИ ГБ.– Алматы, 2001. – С. 154-156.
3. Долматова И.А. Обоснование нового подхода к дифференциальной диагностике и лечению больных с новообразованиями орбиты. - Автореф. дисс....докт. мед. наук.- Красноярск, 2004. -36 с.

РЕЗЮМЕ

Некоторые эпидемиологические аспекты новообразований орбиты
И.А. Долматова, А.К. Канатбекова, А.С. Байменова, Ш.А.Дуйсенбиева

В статье отображены эпидемиологические аспекты новообразований орбиты в Республике Казахстан. В результате проведенных исследований установлено, что опухолевый процесс в орбите составляет 93,7% заболеваний глазницы, преобладают доброкачественные новообразования - 86,7%, преимущественное большинство злокачественных опухолей составляют лимфомы. Женщины заболевают в 1,4 раза чаще мужчин, возраст заболевших - от 4 до 75 лет.

SUMMARY

The contribution is epidemiological aspects of orbital neoplasms in the Republic of Kazakhstan. The studies found that the neoplastic process in the orbit of 93,7% of the diseases orbit, dominated 86,7% of the benign tumors, the large majority of cancers are lymphomas. Women are affected 1,4 times more often than men, age of cases from 4 to 75 years.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада Қазақстан Республикасындағы орбитадағы жаңа түзілістердің эпидемиологиялық аспектілері сипатталған. Жүргізілген зерттеу нәтижесінде көз алмасы ауруларының ішінде орбитадаы ісіктік үрдістер 93,7%, соның ішінде қатерсіз ісіктер-86,7 %, қатерлі ісіктердің көп бөлігін лимфомалар құрайды. Ауырғандардың жас аралығы 4-тен 75-ті құрайды, олардың ішінде әйелдер ерлерге қарағанда 1,4 есе жиі кездеседі.

УДК 617.764-008.811.4-085:615.03

ХИЛО-КОМОД В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

М.Н. Ажигалиева, Л.А. Дуйсебаева, Г.Х. Абылгазина, Г.Н. Султангереева

АО «Казахский ордена «Знак Почета»
научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: Хило-Комод, синдром «сухого глаза» (ССГ), лечение.

Синдром «сухого глаза» - многофакторное заболевание, затрагивающее слезную жидкость и поверхностные структуры глазного яблока, которое приводит

к симптомам дискомфорта, зрительным нарушениям и нестабильности слезной пленки с потенциальной возможностью поражения поверхностных структур глазного яблока (1).

Причин, приводящих к синдрому «сухого глаза» (ССГ), множество, среди которых: дисфункция мейбомиевых желез, применяемые местно лекарства и консерванты, аллергические и вирусные конъюнктивиты, ношение контактных линз, окружающая среда, проведение хирургических и лазерных вмешательств на глазу, длительное применения лекарств, дисбаланс половых гормонов, аутоиммунные заболевания (2, 3, 4).

Клиника ССГ многообразна: ощущение сухости, дискомфорта зрения, «песка» в глазах, жжение, покраснение конъюнктивы и т.д.

Для лечения ССГ применяются препараты «искусственной слезы» – водные растворы гидрофильных полимеров и неорганических солей с добавлениями различных консервантов.

Среди предлагаемых фармацевтическими компаниями препаратов на сегодняшний день в Казахстане наше внимание привлек Хило-Комод (Ursapharm, Германия) без консерванта, а входящий в его состав 0,1% раствор натрия гиалуроната является природным мукополисахаридом, который участвует в репаративной регенерации роговицы.

Цель исследования – оценить эффективность препарата Хило-Комод в лечении ССГ.

Материал и методы. Нами были отобраны 52 пациента, из них мужчин – 20, женщин – 32 человека. Возраст - от

21 до 45 лет. Длительность заболевания - от 1 месяца до 6 месяцев. Из объективных данных: не было признаков воспаления: гиперемии, отека, лишь изредка наблюдались единичные гипертрофированные фолликулы слизистой нижнего века, умеренные признаки ксероза.

Всем пациентам проведена визометрия, проба Ширмера, бесконтактная тонометрия, биомикроскопия, по показаниям - циклоскопия.

Показатели пробы Ширмера составили в среднем 5 мм, колебание - от 3 мм до 7 мм.

Для лечения половине пациентов (26 чел.) был рекомендован Хило-Комод, а остальным – натуральная слеза. Всем пациентам назначали инстилляцию по 1 капле 3 раза в день.

Результаты исследования. В результате лечения препаратом Хило-Комод симптомы «сухого глаза» у 10 пациентов через 1-2 недели исчезли, а у 16 – значительно уменьшились. Режим закапывания уменьшился от 1 до 2-х раз в сутки.

Аллергической реакции, пробных эффектов не отмечено. У пациентов, получавших препарат натуральная слеза, симптомы «сухого глаза» исчезли у 2-х, уменьшились только через 3 недели у 14 пациентов, у одной больной наблюдалась аллергическая реакция, а 9 пациентам натуральная слеза была заменена на препарат Хило-Комод.

Показатели пробы Ширмера после проведенного лечения у лиц, применявших Хило-Комод, составили 12-14 мм, а натуральная слеза - 9-11 мм.

Заключение. Препарат Хило-Комод показал высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость. Хотелось бы отметить, что препарат был применен авторами настоящей статьи, которые отметили возможность точного дозирования при инстиляции препарата, удобство в применении, комфорт и отсутствие каких либо побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dry Eye Workshop. Definitions and classifications, Lemp et al The Ocular Surface. April 2007.
2. Бржевийский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). – Спб.: изд. «Левша», 2003. – 120 с.
3. Майчук Н.В., Колединцев М.Н. Изменение биохимических показателей слезной жидкости при офтальмологических проявлениях системной патологии // Офтальмология.- 2004.- т.1.- № 3. – С. 63-68.
4. Demetrio Spinelli: Современный менеджмент сухого глаза // Highlights of ophthalmology (рус. изд.). – 2006. – т. 34.- № 5. – С. 6-9.

РЕЗЮМЕ

Хило-Комод в лечении синдрома сухого глаза
М.Н. Ажигалиева, Л.А. Дуйсебаева, Г.Х. Абылгазина, Г.Н. Султангереева

В статье показана эффективность применения Хило-Комода в лечении синдрома «сухого глаза». При этом наблюдалось сокращение сроков лечения, отсутствие аллергической реакции.

SUMMARY

This article shows the effectiveness of Hylo-Comod application in treating the “dry eye” syndrome. During the application of the above-mentioned drug, the reduction of the treatment time as well as an absence of allergic reaction has been registered.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада құрғақ көз синдромының емінде Хило-Комода тамшысының қолдану әсері көрсетілген. Мұнда емдеу мерзімінің қысқарылғаны, аллергиялық реакциялардын болмауы байқалды.

УДК 617.7

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ «СИСТЕЙН УЛЬТРА»™ И «ОФТОЛИК»® У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ «СУХОГО ГЛАЗА»

А.А. Латипова

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница», г. Уральск

Ключевые слова: синдром «сухого глаза», препараты «искусственной слезы».

В последние годы среди населения значительно возросли жалобы на «усталость» глаз, ощущение дискомфорта, снижение качества зрения. Такая тенденция неразрывно связана со стремительным образом жизни в XXI веке, ухудшающимися условиями внешней среды, техническими инновациями, которые постепенно приходят в каждый дом. Другие провоцирующие факторы: несбалансированное и нерациональное питание также негативно влияют на появление и прогрессирование вышеописанных симптомов. Действительно, на приеме у офтальмолога, равно как и через средства массовой информации, все чаще встречается понятие синдром «сухого глаза» (ССГ), причем у пациентов как с сопутствующими патологиями, так и у относительно здоровых лиц. При этом ССГ расценивается не только как патология, вызывающая развитие или прогрессирование заболеваний поверхности глаза, но и как социальная проблема, приводящая к снижению качества жизни пациентов.

В терапевтических целях при ССГ наиболее часто используют заменители «искусственной слезы», которые направлены на увлажнение и защиту поверхности глаза. Сегодня офтальмологам предлагается широкий выбор препаратов «искусственной слезы», они имеют разную эффективность при различной степени выраженности

ССГ. Все имеющиеся препараты «искусственной слезы» можно разделить на три основные группы: 1) препараты низкой вязкости (водные растворы полимеров); 2) препараты высокой вязкости (гели и мази); 3) промежуточное положение занимают препараты с трансформационным эффектом или гелеобразующие, такие как Систейн™ и Систейн Ультра™ которые при попадании на поверхность глаза преобразуются из жидкого состояния в гель, при этом степень гелеобразования зависит от тяжести ССГ.

Цель данного исследования - сравнить эффективность препаратов «искусственной слезы» Систейн Ультра™ и Офтолик® у пациентов, страдающих ССГ, и оценить их мнение о применении препаратов через 2 недели от начала исследования.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 5» г. Уральска. Было опрошено 30 человек с установленным диагнозом ССГ,

получающих амбулаторное лечение на базе данной поликлиники.

Все пациенты были случайным методом разделены на две равнозначные группы по составу и сходным жалобам. Испытуемым в первой группе (группа А) с целью терапевтического эффекта были назначены глазные капли Систейн Ультра™ по 1 инстилляции в каждый глаз 3-4 раза в день. Во второй группе (группа В) с этой же целью были назначены капли Офтолик® в аналогичной дозе. Оценку результатов проводили на повторном приеме через две недели от начала терапии путем осмотра, сбора жалоб и опроса испытуемых о качестве лечения. Срок наблюдения составил 2 недели.

Результаты исследования

Основную долю респондентов составили женщины (60%). Возрастная структура опрошенных: 20-30 лет - 0%, 30-40 лет - 20%, 40-60 лет - 50%, 60 лет и старше - 10%. На долю работающих пришлось 70%, безработных - 20%, пенсионеров - 10%. Среди работающих: 30% - офисные сотрудники, 20% имеют профессиональную вредность, 40% являются водителями личного автотранспорта, 10% являются постоянными носителями мягких контактных линз. Почти 80% исследуемых отмечают длительную работу за компьютером как по работе, так и дома в развлекательных целях.

По роду предъявляемых жалоб: 80% пациентов имели покраснение глаз, 40%

испытывали зуд и жжение, 20% - слезотечение, 70% испытывали чувство инородного тела в глазу, 40% пациентов применяли какие-либо заменители слезы от случая к случаю. По прошествии двух недель с момента назначения препаратов пациенты были повторно осмотрены и опрошены. В группе А: 80% отмечали явное снижение чувства дискомфорта в глазах, причем не только после непосредственной инстилляции Систейн Ультра™, но и в течение всего дня в целом. При этом 60% из них использовали Систейн Ультра™ по 1 капле в каждый глаз 2 раза в день вместо рекомендованных 3-4 раз в день. У 73,3% значительно снизилось покраснение и раздражение глаз, почти у всех (93,3%) исчезло чувство жжения и инородного тела в глазах. Только 13,3% пациентов отмечали незначительный дискомфорт в виде быстропроходящего затуманивания зрения сразу после закапывания капель. Данный эффект исчезал на 3-4 день после начала применения капель Систейн Ультра™. У носителей мягких контактных линз при закапывании данных капель за 15 минут до их одевания значительно увеличилось время их комфортного ношения.

В группе В: 46,7% пациентов испытывали удовлетворительный результат после закапывания капель Офтолик®. Покраснение глаз снизилось у 40% пациентов. У такого же числа опрошенных исчезло чувство инородного тела. У 10% появились дискомфортные ощущения в виде местного раздражения и увеличения слезопродукции, которое проходило через 1-2 минуты после инстилляции. Носителей контактных линз в этой группе не наблюдалось.

Вывод: применение глазных капель Систейн Ультра™ при симптомах, имеющих отношение к ССГ, более оправдано и целесообразно, так как обеспечивает адекватную защиту поверхности глаза и более позитивные отзывы от пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майчук Д.Ю., Ковалевская М.А., Бржеский В.В. и др. Синдром красного глаза, практическое руководство для врачей офтальмологов.- 2010.
2. Яни Е.В., Майчук Ю.Ф. Новые препараты группы слезозаместителей в терапии синдрома «сухого глаза»//Всерос. науч. конф. с международным участием «Роль и место фармакотерапии в современной офтальмологической практике».- Сб. науч. тр. – СПб, 2006.– С.127-128.

РЕЗЮМЕ

Изучение действия глазных капель «Систейн Ультра»™ и «Офтолик»® у пациентов, страдающих синдромом «сухого глаза»
А.А. Латипова

В статье описываются симптомы и эпидемиологические характеристики синдрома «сухого глаза» (ССГ), сравнивается действие двух препаратов заменителей «искусственной слезы» у пациентов с установленным диагнозом ССГ, а также их мнение об эффективности лечения.

SUMMARY

The article describes Dry Eye's symptoms and epidemiologic status, compares effects of two artificial tears on patients with Dry Eye, and their response of treatment's efficacy.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада «құрғақ көз» синдромының белгілері мен эпидемиологиялық қасиеттері сипатталады, «құрғақ көз» синдромы бар ауруларда «жасанды көз жасын» алмастыратын екі дәрі-дәрмектің әрекеті салыстырылады, сонымен қатар емнің тиімділігі жөніндегі олардың көзқарастары да айтылады.

УДК 617.741-004. 1-031.69+616-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ АСИММЕТРИЧНОЙ ФАКОТРИСЕКЦИИ И ТЕХНИКИ «БУТЕРБРОД» ПРИ ТОННЕЛЬНОЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ

Т.Б. Сайдахметов, А.А. Ботбаев

Кафедра офтальмологии Кыргызская государственная медицинская академия,

г. Бишкек

Ключевые слова: факотрисекция, катаракта.

Введение. Современная хирургия катаракты базируется на использовании ультразвуковой факоэмульсификации, недостатками которой является необходимость дорогостоящего оборудования и повышенный риск возникновения осложнений при плотных катарактах [1]. В современной хирургии катаракты механическая факофрагментация ядра хрусталика является альтернативой энергетическим методам экстракции катаракты. При этом помутневший хрусталик и его ядро удаляются через различные тоннельные самогерметизирующиеся разрезы частями после предварительной фрагментации его с помощью разнообразных оригинальных инструментов: петель, пинцетов, шпателей и др. [2, 3, 4]. Использование при этом самогерметизирующихся разрезов не требует наложения швов, что уменьшает время операции и травматичность оперативного вмешательства. Разрабатываются оригинальные технологические приемы для проведения ключевых этапов операции. Малыми назвали разрезы, ширина которых определяется шириной ИОЛ и составляет от 3,5 до 6,0 мм [5]. В связи с этим нами предложена новая техника мануальной факофрагментации – асимметричная факотрисекция.

Цель – сравнить новую технику асимметричной факотрисекции катаракты с выведением ядра хрусталика маневром «бутерброд» при тоннельной экстракции.

Материал и методы

В качестве инструментов для фрагментации ядра при асимметричной факотрисекции использовался изогнутый факобисектор Ботбаева (Rumex, США) и хрусталиковая металлическая петля (Janach, Италия). Ширина наиболее широкой части хрусталиковой металлической петли составляла не более 3,0 мм. В случаях выполнения операции через 3,5-3,75 мм разрезы использовалась исключительно хрусталиковая металлическая петля производства компании Segal Optics (Индия). Ширина наиболее широкой части этой хрусталиковой металлической петли составляла не более 2,4 мм. Рабочая часть изогнутого факобисектора Ботбаева имеет изгиб с углом в 120°. Ниж-

ний край рабочей части инструмента заточен для облегчения фрагментации особенно твердых ядер.

Материалом исследования послужили данные 97 пациентов (106 глаз) с сенильной и осложненной катарактой, находившихся на стационарном лечении в отделении микрохирургии глаза № 1 Национального госпиталя МЗ КР в период с 2009 по 2011 год. Пациенты были разделены на 2 группы.

Всем пациентам первой группы было выполнено удаление катаракты по разработанной нами технике асимметричной факотрисекции - всего 56 операций. Основную группу (1 группа) составили 47 пациентов (56 глаз), средний возраст составил $62,6 \pm 10,2$, из них женщин было 22 (46,8 %), мужчин - 25 (53,2 %).

Диаметр и плотность ядра оценивалась по 5 степеням по Buratto L. (2). В 5 случаях имели место катаракты с ядром 5 степени, в 18 случаях - с ядром 4 степени, в 23 случаях - с ядром 3 степени, в 10 случаях - с ядром 2 степени плотности. В основной группе (1 группа) разработанная методика МФФК позволяла проводить фрагментацию ядра независимо от его

размера и плотности. Перехода на другую технологию удаления катаракты не было ни в одном случае. Во 2-й группе в 12 глазах наблюдалась 2 степень плотности катаракты, в 20 глазах - 3 степень плотности, в 11 глазах - 4 степень плотности и в 7 глазах - 5 степень плотности катаракты. Во 2-й группе после удаления ядра через 8-10 мм-ый разрез имплантация ИОЛ проводилась с расправленной оптикой (мягкие ИОЛ).

Начальные этапы оперативного вмешательства при двух методах экстракции катаракты проводилось традиционно, различие заключалось лишь в следующем: при асимметричной факотрисекции формируется склерокорнеальный тоннель шириной от 3,5 до 6,0 мм, при «бутерброде» ширина тоннеля 7-10 мм; факобисектор Ботбаева входит в переднюю камеру глаза неглубоко над ядром, металлическая петля - под ядро, при «бутерброде» петля вводится глубоко в переднюю камеру: под ядром петля, ядро сверху фиксируется крючком «Sinsky»; количество введений факобисектора зависит от размеров ядра. При малых ядрах инструмент вводится 1 раз. При средних и больших ядрах - 2 раза. При «бутерброде» при средних и больших ядрах ширина разреза достигает 10 мм; при новой технике асимметричной факотрисекции - отсутствие швов при работе с факобисектором, накладывание 8-образного шва на тоннель при технике «бутерброд».

Вторую группу составили 50 пациентов (50 глаз). Средний возраст составил $70 \pm 16,2$. Из них женщин было 30 (60%), мужчин - 20 (40%). Пациентам второй группы удаление катаракты проводилось по традиционной методике «бутерброд» (таблица 1).

Таблица 1 - Характеристика пациентов по полу и возрасту прооперированных по группам

Группы	Мужчин	Женщин	Всего	Возраст
1	25	22	47 пациентов (56 глаз)	$62,6 \pm 10,2$
2	20	30	50 пациент (50 глаз)	$70 \pm 16,2$
Итого	45	52	97 пациентов (106 глаз)	$66,8 \pm 17,7$

Всем больным до и после операции проводилась визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, кератометрия.

Распределение больных по этиологии представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение катаракт по этиологии

Группы	Старческая катаракта	Осложненная катаракта	Итого
1 – основная	39 (70%)	17 (30%)	56 (100%)
2 – контрольная	42(84%)	8 (16 %)	50 (100%)
Итого	81	25	106 глаз

Осложненные катаракты в обеих группах составили 24%, возрастные - 76%. Среди осложняющих катаракту факторов в 1 и 2 группе был диабет.

Оценка клинического течения послеоперационного периода проводилась по рекомендациям Федорова С.Н.

и Егоровой Э.В. [6]. Результаты оценивались на 5-6 сутки, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение. Наименьшее число оперативных осложнений наблюдалось в первой группе: в 1 (1,8%) случае наблюдалось незначительное отслоение десцеметовой оболочки в области основного разреза. Особые трудности при разломе ядра создавали бурые

ядра (5 ст.) с прочными волокнистыми хрусталиковыми сращениями, однако удавалось добиваться полного разделения фрагментов ядра. Выпадение стекловидного тела во 2 группе наблюдалось в 3-х глазах (5,9%) при экспрессии ядра 5 степени плотности, когда диаметр ядра был в пределах 9 мм, при этом интраокулярная линза во всех случаях была имплантирована на заднюю поврежденную капсулу хрусталика. В 1-й группе выпадений стекловидного тела не наблюдалось. Во 2-й группе число оперативных осложнений определялось в 7 раз больше. В 2-х случаях в ходе операции (2 группа) наблюдался незначительное отслоение десцеметовой оболочки (3,9%) в области тоннельного разреза, что было обусловлено коротким тоннелем, и вход копыя соответствовал месту прикрепления десцеметовой оболочки, последнее было

устранено в ходе операции введением вискоэластика и стерильного воздуха. Во 2 группе вследствие короткого тоннеля и более широкого операционного разреза пролапс радужки наблюдался в 4 глазах (7,8%).

Гифема не более 1,5 мм во 2 группе была у 5 больных с осложненными катарактами, с сопутствующей патологией сахарного диабета, тогда как в 1 группе у прооперированных больных с сахарным диабетом гифема была в одном случае. Таким образом, статистически значимые осложнения были более выражены во 2 группе ($p>0,05$) (таблица 3).

Таблица 3 - Структура интраоперационных осложнений

Осложнения	ТЭЭК с факотрисекцией ядра	ТЭЭК с выведением ядра техникой «сэндвич»
Незначительное отслоение десцеметовой оболочки в области основного разреза	1 (1,8%)	2 (4%)
Разрыв задней капсулы		3 (5,8%)
Гифема	1 (1,8%)	5 (9,8%)
Выпадение стекловидного тела		3 (5,8%)
Пролапс радужки	1 (1,8%)	4 (7,8%)
Итого	2 (3,4%)	15 (33,2%)

В раннем послеоперационном периоде в подавляющем большинстве случаев отмечалось ареактивное течение, экссудативная реакция 2 степени отмечалась в 5 глазах (8,9%) 1 группы и в 7 (13,7%) случаях - во 2 группе (таб. 5). Воспалительная реакция в обеих группах купировалась местным, субконъюнктивальным введением гентамицина 10,0 мг в сочетании с 0,3 мл дексаметазона № 5-6, внутривенным введением хлористого кальция, преднизолона, аскорбиновой кислоты, димедрола № 3-4. Транзиторная офтальмогипертензия, отмечалась в 1 группе в 6 случаях (10,7%), во 2 группе - в 8 глазах (16%). Повышение ВГД купировалось назначением 2 раза в день 0,25 мг диакарба, с местным назначением тимолола 0,5% по 2 капли 3 раза в день, как правило, в течение 1-2 суток, транзиторное повышение ВГД объяснялось остатками

вискоэластика в передней камере глаза. Незначительный отек верхней трети роговицы был отмечен в 12 глазах (21,4%) 1 группы и в 8 (16%) глазах 2 группы (таблица 4). Отек роговицы с распространением в центр наблюдался в 5 глазах (8,9%) в 1 й группе и у 6 (12%) пациентов 2 группы. Отек роговицы в подавляющем большинстве случаев обычно купировался на фоне медикаментозного лечения к моменту выписки на 4-6 сутки после операции и существенно не оказывал влияния на остроту зрения. Все эти проявления в обеих группах были купированы в течение 4-6 дней консервативного лечения.

Таблица 4 - Структура осложнений в раннем послеоперационном периоде (абсолютное число в %)

Осложнения	1 группа	2 группа
Отек роговицы незначительный	12 (21,4%)	8 (16%)
Отёк роговицы незначительный с распространением в центр	5 (8,9%)	6 (12%)
Офтальмогипертензия (транзиторная)	6 (10,7%)	8 (16%)
Воспалительная реакция 2 степени	5 (8,9%)	7 (14%)
Итого	28 (49,9%)	29 (58%)

Из данных, представленных в таблице 4, видно, что ранние послеоперационные осложнения всё же зависели от техники оперативного вмешательства.

Индукцированный послеоперационный астигматизм в 1 группе составил $0,5\pm 0,06$ на пятые сутки, $0,36\pm 0,05$ - че-

рез 1 месяц, $0,33 \pm 0,05$ - через 3 месяца, $0,31 \pm 0,04$ - через 6 месяцев после операции. Во 2 группе индуцированный послеоперационный астигматизм составил $0,84 \pm 0,1$ на пятые сутки, $0,71 \pm 0,08$ - через 1 месяц, $0,7 \pm 0,07$ - через 3 месяца и $0,5 \pm 0,05$ - через 6 месяцев после

операции (таблица 5). Во второй группе индуцированный астигматизм был достоверно выше на 5 сутки после оперативного вмешательства ($p < 0,001$), в более отдаленные сроки степень индуцированного астигматизма была несколько выше, чем в 1 группе, вследствие большего операционного тоннеля, но различие не достоверно ($p > 0,1$), что отражено в таблице 5.

Таблица 5 – Послеоперационный астигматизм в сравниваемых группах

Сроки	5 сутки	1 месяц	3 месяц	6 месяц
1 гр.	$0,26 \pm 0,06^{***}$	$0,27 \pm 0,06$	$0,28 \pm 0,06$	$0,24 \pm 0,05$
2 гр.	$0,47 \pm 0,0,05$	$0,56 \pm 0,09$	$0,57 \pm 0,08$	$0,5 \pm 0,07$
$p < 0,001^{***}$				

Визометрия, проведенная в разные сроки послеоперационного периода, выявила более высокую остроту зрения у пациентов 1 группы в раннем и отдаленном послеоперационном периодах

(таблица 6). При этом в отдаленном периоде отмечается увеличение остроты зрения в обеих группах, более выраженное к 3 месяцу исследования, к 6 месяцу отмечается незначительное снижение остроты зрения вследствие некоторого уплотнения задней капсулы хрусталика (таблица 6).

Таблица 6 - Характеристика остроты зрения в раннем послеоперационном периоде, через 3 и 6 месяцев после операции в целом по группам

	VIS через 5 дней		VIS через 1 мес.		VIS через 3 мес.		VIS через 6 мес.	
	без коррекции	с коррекцией	без коррекции	с коррекцией	без коррекции	с коррекцией	без коррекции	с коррекцией
1 гр.	$0,7 \pm 0,05^{***}$	$0,81 \pm 0,03^{**}$	$0,72 \pm 0,05$	$0,8 \pm 0,03$	$0,76 \pm 0,05$	$0,88 \pm 0,05^*$	$0,73 \pm 0,04$	$0,8 \pm 0,04^{***}$
2 гр.	$0,42 \pm 0,05$	$0,75 \pm 0,05$	$0,5 \pm 0,05$	$0,78 \pm 0,05$	$0,61 \pm 0,03$	$0,8 \pm 0,05$	$0,6 \pm 0,18$	$0,74 \pm 0,04$
$p < 0,001^{***}$, $p < 0,02^{**}$, $p < 0,05^*$								

Из данных, представленных в таблице, видно, что в основной группе некорректируемая и корректируемая острота зрения была достоверно выше, чем в контрольной группе.

Выводы:

1. Общее количество операционных и послеоперационных осложнений у больных, прооперированных по новой технике мануальной факофрагментации

с использованием факобисектора производства компании Rumex (США), было меньше на 30% в сравнении с традиционной техникой тоннельной экстракции катаракты маневром «бутерброд».

2. Основным преимуществом новой техники мануальной факофрагментации с использованием изогнутого факобисектора Ботбаева является высокая острота зрения вследствие незначительного индуцированного астигматизма как при выписке, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тахчиди Х.П., Шиловских О.В., Ульянов А.Н., Фечин О.Б. Технология механической факофрагментации твердой катаракты // VII Съезд офтальмологов России: Тез. докл. (часть 1). - М., 2000. - С.75.
2. Buratto L. Хирургия катаракты. Переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоэмульсификации. - Fabiano Editore, 1999. - С.41-105.
3. Neuhann T. Theory and surgical technique of capsulorhexis // Klin. Mbl. Augenheilk. - 1987. - Bd 190, N 6. - S. 542-545; (применили капсулоторексис).
4. Mark W., Hector C., Alistair A. results of small incision extracapsular cataract surgery using the anterior chamber maintainer without viscoelastic // Br. J. Ophthalmol. - 1999. - V. 83. - P. 71-75.
5. Kelman C.D. Phacoemulsification as a variation of plafond extracapsular cataract extraction // Cataract and intraocular lens surgery. - Amsterdam, 1984. - P. 201-206.
6. Федоров С.Н., Егорова Э.В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика. - М.: Медицина, 1992. - 246 с.
7. Каталог Rumex Ophthalmic instruments catalogue. Botbaev curved nucleus bisector. 7-051. To be used asymmetric phacobisection and also for asymmetric phacotrisection. 2009. P. 55

РЕЗЮМЕ

Сравнительная характеристика результатов асимметричной факотрисекции и техники «бутерброд» при тоннельной экстракции катаракты
Т.Б. Сайдахметов, А.А. Ботбаев

В работе проводится сравнительная характеристика двух методов тоннельной экстракции катаракты. Анализируются данные 1 группы (47 больных - 56 глаз), прооперированных предложенной новой техникой факотрисекции катаракты, и 2 группы (50 больных - 50 глаз), прооперированных традиционным методом выведения ядра хрусталика маневром «бутерброд».

ТҰЖЫРЫМ

«Бутерброд» техникасы бар суқараңғы асимметриялық факотрисекцияның операция, ерте және кейінгі нәтижелерге тиісті салыстырмалы сипаттамасы.
Т.Б. Сайдахметов, А.А. Ботбаев

Жұмыс барысында суқараңғының түннельді экстракциясы бойынша екі әдісінің салыстырмалы сипаттамасы жүргізіледі. Суқараңғының факотрисекцияны ұсынылған жаңа техникамен операция жасалған 1 топ (47 ауру – 56 көз) ақпараттары және «бутерброд» әдісі арқылы көз жанарының өзегін алу жолымен дәстүрлі түрде операция жасалған 2 топ (50 ауру – 50 көз) зерттеледі.

SUMMARY

Comparative characteristics of operational, precocious and distant results of mechanical small incision cataract surgery with the «sandwich» technique.
T. B. Saidahmetov, A.A. Botbaev

A comparative characteristics of two methods of tunnel cataract extraction is carried out in this article. Data of the group 1 (47 patients - 56 eyes) operated on the proposed new technique of cataract phacotrisectomy and the group 2 (50 patients - 50 eyes) operated on the traditional method of removing the nucleus of lens using the «sandwich» maneuver.

УДК 617.735-007.281-089-089.5

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

К.Н. Сукбаева, Л.Е. Джумашева, М.А. Серикбаев А.В. Ошколова

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: отслойка сетчатки, ретробульбарная анестезия, фентанил.

Адекватная анестезия в современной офтальмохирургии должна не только обеспечивать хороший интраоперационный анальгетический эффект, но и обладать

продолжительным послеоперационным действием, не вызывая побочных эффектов и функционально-органических изменений, а также предотвращать развитие постоперационных реакций.

Анестезиологические проблемы пациентов раннего детства и старческого возраста должны приниматься во внимание в первую очередь. Необходимо, чтобы премедикация была направлена на устранение беспокойства, предотвращение тошноты и рвоты, что позволило бы избежать повышения внутриглазного давления.

Все офтальмологические операции могут быть проведены под региональным обезболиванием. Необходим тщательный подбор пациентов и послеоперационный мониторинг. Учитывая, что чувствительные нервы глаза проходят позади цилиарного ганглия, с целью проводниковой анестезии проводится ретробульбарная анестезия и акинезия с введением раствора лидокаина 2%.

Самым грозным осложнением близорукости является отслойка сетчатки. Отслоечный процесс является осложнением миопической болезни, прободных и контузионных ранений глазных яблок, эндокринных нарушений и ряда других причин.

Цель работы - оценить эффективность комбинированного метода анестезии при хирургическом лечении отслойки сетчатки с применением наркотических анальгетиков, добавляемых к местным анестетикам.

Материал и методы

В нашей работе мы использовали метод добавления вспомогательных средств к местным анестетикам: в нашем случае - применение наркотических анальгетиков (0,005% фентанил). Наркотические анальгетики целесообразно включать в раствор анестетика для местной анестезии, учитывая наличие опиатных рецепторов на периферических нервах.

С этой целью можно использовать морфин, омнопон, промедол, фентанил. Их доза должна соответствовать разовой дозе для внутримышечного введения, которая не будет являться опасной для дыхательного центра (угнетения дыхания). Однако на практике для большей безопасности обычно вводят половинную дозу, например, 0,5 мл промедола или 1,0 мл фентанила.

Анестезиологическое пособие проводилось 59 пациентам в возрасте от 22 до 68 лет, находившихся на стационарном лечении в КазНИИ ГБ с 2011 по 2013 годы. Пациенты разделены на две

группы. У 32 пациентов первой группы (контрольная) применялась атаралгезия с применением пропофола и местная анестезия с 2% лидокаином путем ретробульбарного введения и в мышцы глазного яблока. У 27 пациентов 2 группы (исследуемая) применялась также атаралгезия и местная анестезия с добавлением наркотического анальгетика фентанил 0,005% в количестве 1,0 мл.

У всех исследуемых больных во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде осуществлялся непрерывный мониторинг витальных показателей: артериального давления (АД) (систолического, диастолического, среднего), частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации периферической крови (SpO₂), электрокардиограммы (ЭКГ) в 3 стандартных отведениях.

Необходимо отметить, что у 40 пациентов обеих групп отмечалась фоновая патология со стороны сердечно-сосудистой системы - 50% (20 пациентов), дыхательной - 42% (17 пациентов), эндокринной - 8% (3 пациента).

Всем больным проводилась внутримышечно премедикация:

- Атропин 0,1% - 0,01 мг/кг
- Димедрол 1% - 1,0 мл
- Промедол 2% - 1,0 мл в/м за 30 минут до операции.

Больным 1 группы проводилась атаралгезия с использованием пропофола:

- Брюзепам 0,5% - 0,3 мг/кг
- Фентанил 0,005% - 2,0 мкг/кг
- Пропофол 1%.

Индукция пропофола осуществлялась инфузией в 5% растворе глюкозы со скоростью 90-100 мг/кг/час до наступления клинического эффекта.

Через 2-3 минуты после внутривенного введения препаратов выполнялась ретробульбарная инъекция местного анестетика (2% лидокаина) общим объемом не более 5 мл. Лидокаин обладает коротким скрытым периодом и достаточно высокой длительностью действия (до 3,5 ч.).

Поддержание анестезии осуществляли теми же препаратами: пропофол - инфузия в 5% растворе глюкозы с той же скоростью, фентанил 1,5 мкг/кг - при необходимости. Средняя продолжительность анестезии составила 60±15 минут.

Больным 2 группы проводилась аналогичная атаралгезия и местная анестезия с добавлением наркотического анальгетика фентанила 0,005% - 1,0 мл. Известно, что добавление фентанила к раствору лидокаина усиливает действие лидокаина и удлиняет продолжительность анальгетического действия, а также оказывает действие на опиатные рецепторы, расположенные на периферических нервах (4, 6).

Применение данной комбинации препаратов позволяет снизить частоту применения анальгетических препаратов в послеоперационном периоде.

Следует отметить, что добавление наркотического анальгетика в местную анестезию предусматривает снижение общей расчетной дозы фентанила при поддержании анестезии во время операции (из расчета 1,5 мкг/кг).

Результаты и обсуждение

При сравнении гемодинамических показателей в контрольной группе отмечалось повышение АД на 20-25%, ЧСС - на 10-15% от исходных показателей, сатурация SpO₂ снижалась до 90%.

В исследуемой группе у 55% пациентов отмечалось повышение АД на 10-12%, ЧСС - на 5-10% от исходных показателей, а у остальных 45% пациентов показатели АД, ЧСС, SpO₂ были в пределах нормы.

Применение комбинированного обезболивания с добавлением наркотического анальгетика (фентанила) к местным анестетикам обеспечивало стабильное течение анестезии без гемодинамических и окулокардиальных реакций при офтальмологических операциях и необходимый уровень защиты больного от операционной травмы. Клинически больные находились в спокойном сне, отсутствовали двигательные, голосовые, гемодинамические реакции (стабильные показатели АД, Ps) и депрессия дыхания (стабильными показателями пульсовой оксиметрии).

Важным преимуществом данного метода явилась быстрая посленаркозная реабилитация пациента, при этом все пациенты расценивали свое состояние, как после хорошего естественного сна.

Восстановление сознания после окончания операции происходило в течение 5-10 мин., речевого контакта - через 2,8 мин., координация движений (пальце-носовая проба) - через 3-4 минуты. Подавляющее большинство пациентов переводились из операционной прямо в палату профильного отделения, минуя палату пробуждения, что обеспечивало быстрый оборот операционного

стола. Пациенты уже через 1-2 часа после операции были способны к самообслуживанию. Стоимость общей анестезии при данной методике невелика, т.к. расход препаратов - минимальный. Метод выгоден с точки зрения фармакоэкономики, он не требует применения сложной наркозно-дыхательной аппаратуры и дорогостоящего содержания пациента после операции в отделении анестезии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ).

Выводы:

1. Применение комбинированного обезболивания с добавлением наркотического анальгетика (фентанила) к местным анестетикам позволило улучшить качество анестезиологического обеспечения и повысить безопасность пациентов при офтальмологических операциях.

2. Данный метод анестезии при офтальмохирургических операциях выгоден с точки зрения фармакоэкономики, не требует дорогостоящего содержания пациента после операции в отделении АРИТ.

3. Применение комбинированного обезболивания с добавлением наркотического анальгетика (фентанила) к местным анестетикам позволило увеличить анестезиологический индекс.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Офтальмохирургия».- 1994.- № 2.- С.20-25.
2. Захаров В.Д. Витроретинальная хирургия.- Москва, 2003.
3. Бунятян А.А. Руководство по анестезиологии.- Москва, 1997.
4. Белопольский Ю.А. Справочник анестезиолога.- Москва, 2012.
5. Актуальные вопросы диагностики и лечения глазных болезней: Материалы междунар. конф.- Алматы, 2006. - 350 с.
6. Шмидт А.А., Шмидт Е.С. Справочник обезболивающих средств.- Ростов-на-Дону, 1999.

РЕЗЮМЕ

Комбинированный метод анестезии
при хирургическом лечении отслойки сетчатки
К.Н. Сукбаева, Л.Е. Джумашева, М.А. Серикбаев А.В. Ошколова

Применение комбинированного обезболивания с добавлением наркотического анальгетика - фентанила к местным анестетикам при офтальмологических операциях позволило улучшить качество анестезиологического обеспечения и повысить безопасность пациентов.

ТҰЖЫРЫМ

Офтальмологиялық отау кезінде жергілікті анестетиктерге наркотикалық анальгетик- фентанилді қосу арқылы жүргізілген комбинирленген жансыздандыру тәсілі науқастардың қауіпсіздігін қамтамасыз етеді және анестезиологиялық көмектің сапасын арттырады.

SUMMARY

Application of the combined anesthesia with the addition of a narcotic analgesic fentanyl to local anesthetics during ophthalmic surgery has improved the duality of anesthetic management, and improve patients security.

УДК 617.741-004.1-089.089.5-053.2

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

К.Н. Сукбаева

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: катаракта, пропофол.

Актуальность. У детей при оперативных вмешательствах по поводу катаракты требуется эффективное обезболивание и поддержание функций жизненно важных органов во время анестезии. Главное условие анестезии при офтальмологических операциях - избегать повышения внутриглазного давления (ВГД) во время внутриглазного этапа операции. Внезапное повышение ВГД при открытом глазном яблоке может вести к пролапсу радужки и хрусталика, вызвать экструдию стекловидного тела. Кроме того, при неадекватной анестезии у детей во время и после операций могут наблюдаться следующие осложнения: депрессия дыхательного центра, гемодинамические нарушения, возбуждение рвотного центра и бронхоспазм, что требует правильного применения анестетиков и анальгетиков. Ранее методом выбора для этой категории больных являлся эндотрахеальный наркоз (с его негативными факторами, повышающими внутриглазное давление), риск которого во много раз превышал риск самой операции.

Наше внимание привлек препарат пропофол – внутривенный гипнотик ультракороткого действия. Благодаря своим фармакокинетическим и фармакодинамическим свойствам – скорости

наступления анестезии, быстрому метаболизму и выведению из организма, короткому и неосложненному выходу из наркоза с полным восстановлением всех функций организма, а также высокой управляемостью анестезией, пропофол наиболее полно отвечает требованиям офтальмоанестезии. В отличие от кетамина пропофол не повышает внутриглазное давление, не вызывает нистагм, не обладает галлюциногенным действием, не вызывает гиперсаливацию, не повышает гортанно-глоточные рефлексы.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности методики анестезии с применением пропофола в качестве базисного гипнотоника при экстракции катаракты у детей.

Материал и методы. За два года выполнено 120 операций по поводу детской катаракты с применением пропофола. Все дети были старше трех лет. Анализировали течение анестезий у 46 детей в возрасте от 3 до 15 лет, прооперированных в 2011-2012 гг. по поводу врожденной (№ 24), травматической (№ 14) и осложненной (№ 8) катаракты.

Результаты и обсуждение. Методика анестезии заключалась в следующем. Все больные поступали в операционную без премедикации, премедикация всех групп детей выполнялась на операционном столе внутривенно после пункции периферической вены: атропин (0,02 мг/кг), димедрол (0,5 мг/кг), брызепам (0,2-0,3 мг/кг), фентанил (2,8 мкг/кг). Индукция осуществлялась инфузией пропофола в 5% растворе декстрозы со скоростью 120-150 мг/кг/час до наступления клинического эффекта. Через 3-5 минут после начала наркоза выполнялась парабульбарная инъекция местного анестетика (2% раствора новокаина или 2% раствора лидокаина) общим объемом не более 3 мл. После индукции устанавливался воздуховод соответственно возрасту, через пластиковый

катетер к воздуховоду от наркозного аппарата подводился кислород. Поддержание анестезии осуществляли теми же препаратами: пропофол – инфузия в 5% растворе декстрозы со скоростью 5-8 мг/кг/час, фентанил (1,6 мкг/кг при необходимости). Средняя продолжительность анестезии составила $25 \pm 5,5$ минуты.

Адекватность анестезии оценивалась как субъективно (опрос пациентов, родителей), так и объективно: оценкой клинических признаков течения анестезии (частоты сердечных сокращений (ЧСС), определением артериального давления (АД), пульсоксиметрией). После индукции наблюдалось снижение систолического и диастолического АД на $18 \pm 1,5\%$, ЧСС - на $10 \pm 1,5\%$, что являлось следствием депрессивного влияния фентанила и пропофола на гемодинамику. В период поддержания анестезии показатели АД и ЧСС быстро стабилизировались и оставались умеренно сниженными на протяжении всех этапов операции. Уровень насыщения артериальной крови O_2 оставался стабильно высоким. Во всех случаях сохранялась спонтанная вентиляция, эпизодов апноэ во время индукции и поддержания анестезии не отмечалось.

С окончанием операции инфузия пропофола прекращалась. Выход из наркоза и восстановление сознания происходили в течение 5-10 минут. В постнаркозном периоде не наблюдалось тошноты, рвоты, депрессии дыхания, не было ни одного случая ларингоспазма как в процессе наркоза, так и по его завершению. Хочется отметить, что в период поддержания анестезии в режиме постоянной инфузии пропофола

спонтанные двигательные реакции зафиксированы только в одном случае.

Качество анестезии объясняется следующим:

1. Сочетание в/в премедикации с использованием центрального анальгетика и местного обезболивания приводит к адекватной длительной анестезии.

2. Местный анестетик блокирует ноцицептивную чувствительность глазного яблока практически на протяжении всей операции.

3. Пропофол гарантирует надежное гипотоническое действие, поддержание гипотонии глаза, релаксацию пациента и профилактику спонтанных двигательных реакций.

4. Быстрый выход из наркоза.

Выводы

Апробированный метод обезболивания может служить альтернативой общему обезболиванию (эндотрахеальный наркоз), он обеспечивает достаточный уровень анальгезии и антистрессорной защиты и с успехом может использоваться в анестезиологическом обеспечении оперативного лечения детской катаракты.

РЕЗЮМЕ

Анестезия при экстракции катаракты в детской практике
К.Н. Сукбаева

Проведен анализ анестезии с применением пропофола при катаракте у 46 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Данный метод анестезии эффективен при хирургическом лечении катаракты у детей.

ТҰЖЫРЫМ

3- жаспен 15- жас аралығындағы 46-ты болаға катарактаға отау жасау кезінде профолды қолданумен анестезиялық көмек көрсетілді. Хирургиялық жолмен емдеу кезіндегі қолданылған анестезияның бұл әдісі тиімді деп саналады.

SUMMARY

The authors analyzed the course of anesthesia with the application of «Propofol» in 46 children at the age ranged from 3 to 15 years old operated on cataract of various geneses. This method of anesthesia provides good level of anesthesia and can be used for cataract surgery in children.

УДК 617.7:615.859:616-036.22

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Г.У. Кенжебаева

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: терапия, офтальмология, соматическая патология, распространенность.

Аннотация. Исследована распространенность сопутствующей терапевтической патологии больных с глазной патологией, из них ведущей являлись заболевания сердечно-сосудистой системы.

Актуальность. В Казахском НИИ глазных болезней получают стационарную офтальмологическую помощь жители из всех областей Казахстана. Пациенты с патологией органа зрения, в основном пожилого возраста страдают несколькими заболеваниями одновременно.

Цель работы - изучение структуры сопутствующих соматических заболеваний у офтальмологических пациентов.

Материал и методы. В работе использованы статистические данные по терапевтическим заболеваниям в абсолютных цифрах, полученных при выборке из историй болезни Казахского НИИ глазных болезней за 2011–2012 годы. Произведена статистическая обработка полученных данных, выполненная в компьютерной программе Microsoft Excel пакета Office операционной системы Windows. При исследовании учитывалась превалирующая у пациента соматическая патология. Не учитывались стадии и степени риска, чтобы графики и таблицы не были слишком громоздкими.

Результаты. В 2011-2012 гг. в стационаре пролечено 10746 больных с различной офтальмопатологией (рис. 1).

Из них в 90,2% выявлена сопутствующая соматическая патология. У пациентов при наличии нескольких соматических заболеваний учитывалась наиболее превалирующая патология. Более 60% составляли пациенты старше 55 лет, соотношение женщин и мужчин – 4 к 3. Пациентов с тяжелой терапевтической патологией было мало, что объясняется предварительным отбором пациентов на догоспитальном этапе.

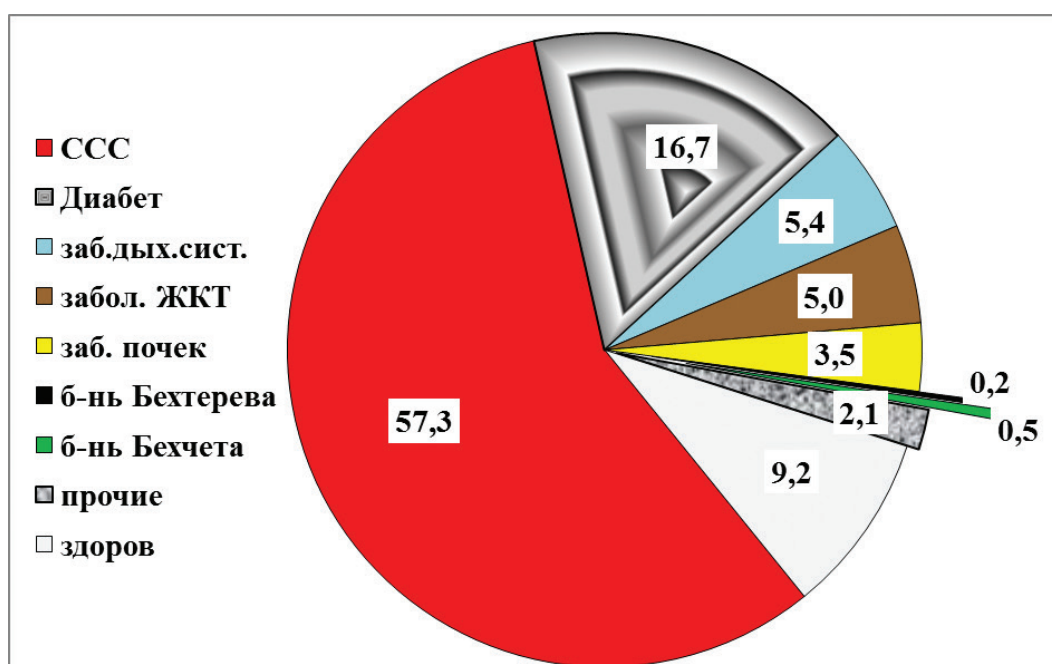


Рисунок 1 – Распределение пациентов по нозологиям за 2 года (в %)

Из рисунка 1 следует, что ведущей сопутствующей терапевтической являлась патология сердечно-сосудистой системы (57,3%), где на первом месте стоит артериальная гипертензия (АГ) различной степени тяжести (34,7% от всех пациентов). Распределение по стадиям АГ следующее: АГ I – 14%, АГ II – 66,5%, АГ III – 19,5%. Соотношение пациентов с ишемической болезнью сердца: со стенокардией напряжения – 89,1%, со стенокардией покоя – 1,3%, с диффузным кардиосклерозом – 9,6%.

Среди всех соматических заболеваний на 2 месте находится сахарный диабет (16,7%), соотношение по типам следующее: I – 4,9%, II – 95,1%.

Среди заболеваний дыхательной системы (6,7%) больше

всего хронической обструктивной болезни легких – 49,7%.

Среди патологии желудочно-кишечного тракта (5%) ведущей являлись хронический гастрит и хронический холецистит.

Заключение

В структуре сопутствующих болезней пациентов глазного стационара ведущей являлись заболевания сердечно-сосудистой системы. Необходим тщательный отбор пациентов для выявления тяжелой сопутствующей соматической патологии на догоспитальном уровне.

РЕЗЮМЕ

Распространенность терапевтической патологии у пациентов офтальмологического стационара
Г.У. Кенжебаева

Изучение структуры сопутствующих соматических заболеваний офтальмологических больных показало ведущую роль заболеваний сердечно-сосудистой системы, а среди них – артериальной гипертензии различной степени тяжести.

ТҰЖЫРЫМ

Офтальмологиялық стационардағы науқастарда
терапевтикалық патологияның таралғандығы
Кенжебаева Ғ.Ө.

Офтальмологиялық аурудың ілесіне соматиялық ауруға шалдығуының құрылымының байқауы жүрек-тамырлы жүйенің ауруға шалдығуының басты рөлін көрсетті, ал олардың арасында - зілдің түрлі дәрежесінің артериялық гипертензиясіне.

SUMMARY

Prevalence of therapeutic pathology
at patients of ophthalmologic hospital
Kenzhebayeva G. U.

Studying the structure of accompanying somatic diseases at ophthalmologic patients showed the leading role of diseases of cardiovascular system, and among them – arterial hypertension of varying severity.

УДК 616.12-008.331.1:617.7-089.163

ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ К ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Г.У. Кенжебаева

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Ключевые слова: терапия, артериальная гипертензия, офтальмология, предоперационная подготовка.

Важная роль в течении офтальмохирургического заболевания у больных с повышенным артериальным давлением (АД) принадлежит специалистам, исходно ведущим пациента на амбулаторном этапе: терапевтам, семейным врачам, врачам общей практики. Артериальная гипертензия (АГ), по нашим данным, выявляется у 26,2% больных, госпитализируемых в глазной стационар [1]. Эти пациенты относятся к группе повышенного операционно-анестезиологического риска [2]. Это связано с тем, что сердечно-сосудистая система является одной из наиболее подверженных влиянию операционного стресса функциональных систем организма, возможно развитие периоперационного инфаркта, инсульта, избыточных гипер- и гипотензивных реакций, сложных нарушений сердечного ритма и проводимости, неуправляемая анестезия и др. [3].

Согласно современным исследованиям адекватная и эффективная терапия артериальной гипертензии в дооперационном периоде во многом гарантирует стабильность периоперационной гемодинамики [4]. В то же время лишь треть пациентов с АГ получает нужную медикаментозную терапию, причем необходимый эффект достигается только у 10% больных [5].

Осмотр пациента с повышенным АД врачом-терапевтом при направлении на операцию необходим для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, выработки плана дообследования и определения характера медикаментозной подготовки (в том числе при необходимости – коррекция терапии артериальной гипертензии).

Для полноты осмотра необходимо:

- измерение и оценка уровня АД. Производится по стандартной методике. У пожилых пациентов, а также лиц, страдающих сахарным диабетом, рекомендуется измерение АД в положении лежа и стоя. Суточное мониторирование АД не является обязательным, но целесообразно в случае необычных колебаний АД, симптоматики, указывающей на возможность гипотензивных эпизодов;

- выяснение жалоб пациента, его социального статуса и вредных привычек;

- выяснение сведений о самой АГ, ее продолжительности, характере течения на протяжении 1 года до операции, сопутствующих гипертензии состояний (цереброваскулярные заболевания, патология сердца, заболевания почек, сосудистые заболевания, гипертоническая ретинопатия, сахарный диабет);

- получение сведений о перенесенных ранее заболеваниях и операциях;

- сбор гемотрансфузионного анамнеза;

- сбор акушерского анамнеза у женщин;

- сбор сведений о постоянном приеме пациентами лекарственных препаратов, переносимости/непереносимости медикаментов;

- определение массы тела пациента;

- оценка состояния основных функций и систем организма (телосложения, массы тела, состояния кожных покровов, вен нижних конечностей, особенностей анатомии области рта, шеи, состояния сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочевыделительной систем).

Важным компонентом предоперационной подготовки является устранение предоперационной тревоги, психоэмоционального напряжения. Уже при первой встрече с врачом, во время которой идет речь о предстоящей операции, пациент должен получить первые сведения о хирургическом вмешательстве и обезболивании. Подробная информация будет предоставлена позже хирургом и анестезиологом, но уже врач общей лечебной сети должен внушить уверенность в том, что операция будет проходить безболезненно; необходимо рассказать о том, что такое анестезиологическое пособие, дать первую информацию о том, как будет проходить предоперационный период, чтобы для больного не были неожиданными премедикация, транспортировка в операционную на каталке,

действия персонала в операционной. Целесообразно предупреждать больного о возможных ощущениях, которые он будет испытывать во время операции (в случае использования местной анестезии) и после нее.

На сегодняшний день арсенал гипотензивных препаратов достаточно велик. Специальную подготовку надо проводить с учетом выраженности артериальной гипертензии.

Эксперты ВОЗ рекомендуют выбирать препарат среди шести основных классов лекарств:

1. Диуретики
2. Бета-адреноблокаторы
3. Антагонисты кальция

4. Альфа-адреноблокаторы
5. Ингибиторы АПФ
6. Антагонисты рецепторов ангиотензии II.

Эта тактика обоснована данными о наличии специфических преимуществ и недостатков у всех классов препаратов.

Заключение

Адекватная предоперационная подготовка пациентов с АГ позволяет во многом предупредить интра- и послеоперационные осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кенжебаева Г.У. Структура сопутствующей соматической патологии у пациентов с офтальмологическими заболеваниями// Медицина. – Алматы, 2012. – № 11. – С.42-43.
2. Нечесова Т.А., Ливенцева М.М., Коробко И.Ю. Индивидуальные программы реабилитации больных гипертонической болезнью// Минск, 1996. – 54 с.
3. Loque R.B., Kaplan J.A. Surgery in patients with heart disease: medical management in non-cardiac surgery. – New York: McGraw-Hill, 1978. – 1950 p.
4. Процаев К.И., Ильницкий А.Н. // Актуальные вопросы современной медицины: Сб., посвящ. 80-летию БГМУ. – Ч. 2. – Минск, 2001. - С. 95-96.
5. Hypertension, admission blood and perioperative cardiovascular risk /S.J. Howell, Y.M. Sear, D. Yeates et al. // Anaesthesia. – 1996. – Vol.51, N 11. –P. 1000–1004.

РЕЗЮМЕ

Подготовка больных с артериальной гипертензией
к офтальмологической операции
Г.У. Кенжебаева

Адекватная предоперационная подготовка пациентов, включающая сбор жалоб, анамнеза, объективных данных, подбор рациональной медикаментозной терапии позволяет во многом предупредить осложнения, связанные с артериальной гипертензией.

ТҰЖЫРЫМ

Офтальмологиялық операцияға артериялық гипертензиямен науқастардың дайындығы
Кенжебаева Ғ.Ө.

Емделушілер, шағымдар, анамнездің қосатын жиыны, нақты мәліметтерлер, тиімді дәрі-дәрмекпен терапияның таңдап алуы адекватты операция алдындағы дайындық, артериялық гипертензиямен байланған кедергі ескертуге көпшілігінде рұқсат береді.

SUMMARY

Preparation of patients with arterial hypertension to ophthalmologic operation
Kenzhebayeva G. U.

The adequate preoperative preparation of patients, including the collection of complaints, the anamnesis, objective data, selection of rational medicinal therapy, allows preventing in many respects the complications connected with arterial hypertension.

ИНФОРМАЦИЯ

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем вас принять участие в работе офтальмологического конгресса с международным участием «Инновационные технологии в повседневной офтальмологической практике», приуроченного к 80-летнему юбилею Казахского научно-исследовательского института глазных болезней 24-25 октября 2013 г.

Место проведения: г. Алматы, ул. Толе би, 95а, КазНИИ ГБ

Тематика офтальмологического конгресса:

- организация офтальмологической службы;
- патология переднего отрезка, преломляющих сред;
- аномалии рефракции и рефракционная хирургия;
- глаукома;
- сосудистая офтальмопатология;
- детская офтальмология;
- травмы органа зрения;
- функциональная диагностика в офтальмологии;
- витреоретинальная хирургия;
- лазерная хирургия;
- образовательные технологии в офтальмологии;
- разное.

По материалам конференции планируется издание сборника научных работ. Материалы для публикации в сборнике принимаются до 1 августа 2013 года.

Требования к оформлению публикаций в сборнике трудов:

Объем публикации - 3-5 страниц, включая список литературы и резюме, формат - MS Word, A4 (поля 2,5 см). Шрифт "Times New Roman" размер - 14, интервал - 1,5, без переносов.

Структура: название статьи заглавными буквами; инициалы и фамилия автора (ов); учреждение, где выполнялась работа, город.

Разделы: актуальность, цель, материалы и методы, результаты, выводы, резюме на английском языке. В конце статьи необходимо указать контактные данные авторов.

Текст статьи оформляется в виде одного файла, поименованного по фамилии первого автора. Публикация статей бесплатная.

С заявкой на участие в конгрессе на электронную почту kaznii.gb@mail.ru должно быть направлено сопроводительное письмо, заверенное подписью руководителя и печатью организации.

Статьи и заявки на доклады принимаются до 1 августа 2013 года.

Оргкомитет оставляет за собой право осуществлять отбор материалов.

Не принятые к печати работы возврату не подлежат. Работы не будут приняты к публикации, если:

- присланы по факсу;
- оформлены с нарушением требований;
- присланы позже установленного срока.

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ Тел.: 8(727) 2 33-17-83; 2 33-17-88

Факс: 8(727) 385-93-01 Электронная почта: kaznii.gb@mail.ru с пометкой "конгресс". Адрес: 050012, г. Алматы, ул. Толе би, 95а. Казахский НИИ глазных болезней.

Реквизиты: АО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней» г. Алматы, ул. Толе Би, 95А.

**Қазақстан Офтальмологиялық журналы - 2013 - № 1 (42)
РНН 600700016228 ИИК KZ168560000000018329 БИК
КСЖВКЗКХ, Кбе 17
в АО «Банкцентркредит», пометка «конгресс».**

**Заявка
на участие в офтальмологическом конгрессе**

Ф.И.О. _____

Ученая степень, звание: _____

Место работы, должность: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Факс: _____

E-mail: _____

Я хотел(а) бы принять участие в конгрессе:

- в качестве докладчика (Регистрационный взнос – 5000 тенге (35 USD))

Название доклада _____

- в качестве слушателя
- с публикацией статьи
- со стендовым докладом (постером)



ДҮНИЕЖҮЗІЛІК ГЛАУКОМА АПТАСЫ

ВСЕМИРНАЯ НЕДЕЛЯ ГЛАУКОМЫ

WORLD GLAUCOMA WEEK

10-16 МАРТА 2013

«ВИДЕТЬ МИР – БЕСЦЕННЫЙ ДАР»

Глаукома была и остается одной из приоритетных проблем как мировой, так и отечественной офтальмологии, так как является одной из ведущих причин необратимой слепоты.

В целях привлечения внимания населения и средств массовой информации к проблеме глаукомы, по инициативе Всемирной ассоциации глаукоматологов и Всемирной ассоциации больных глаукомой с 2008 года проводится Всемирный день глаукомы. А с 2011 года – Всемирная неделя глаукомы.

В рамках Недели повсеместно проводятся дни открытых дверей в глаукомных центрах, скрининговые

обследования на глаукому, в средствах массовой информации освещаются вопросы, связанные с ранней диагностикой и лечением заболевания.

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней принимает активное участие во Всемирной неделе глаукомы.

В рамках Недели глаукомы сотрудниками Казахского НИИ глазных болезней 13 марта 2013 года проведен «День открытых дверей», где каждый желающий смог пройти обследование на глаукому.

Для наиболее активного вовлечения пациентов в профилактику и борьбу с заболеванием 14 марта 2013 года прошла «Школа глаукомы» для пациентов.

А 15 марта 2013 года на базе Казахского НИИ глазных болезней состоялся республиканский семинар-совещание с международным участием «Современные методы диагностики и лечения глаукомы».



Конференцию открыла директор КазНИИ ГБ, член-корреспондент НАН РК, профессор, д.м.н. Ботабекова Т.К.



Своим опытом борьбы с глаукомой с коллегами поделилась заведующая кафедрой офтальмологии Белорусского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Марченко Л.Н.



В семинаре участвовали не только алматинские офтальмологи, но и специалисты из регионов Казахстана и ближнего зарубежья.

Суть организации таких мероприятий состоит в том, что ведущие офтальмологи Казахского НИИ глазных болезней стараются предоставить самую полную информацию как врачам, так и пациентам, об особенностях данного заболевания, методах его диагностики и терапии.

При раннем выявлении глаукомы и соблюдении пациентом назначенного доктором лечения прогрессирование заболевания в большинстве случаев можно остановить, а значит, сохранить зрение и возможность жить полноценной жизнью. Крайне важно содействовать тому, чтобы пациент и его лечащий врач стали единой командой в борьбе с заболеванием, потому что лечение глаукомы – это процесс длиною всю жизнь.

МАСТЕР-КЛАСС «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ И ГЛАУКОМЫ», г. ТАРАЗ

Н.А. Алдашева

15 февраля 2013 года в городе Тараз сотрудниками Казахского научно-исследовательского института глазных болезней был проведен мастер-класс по теме «Инновационные технологии в хирургии катаракты и глаукомы».

Вступительное слово и приветствие было предоставлено заместителю директора областного департамента

здравоохранения Жамбылской области Жуманкулову Марату Сейтбековичу, заместителю директора КазНИИ ГБ по науке, д.м.н. Абдрахимовой Д.Б. и главному врачу Областного офтальмологического центра Абдыкулову Кайрату Сатбаевичу.



Цель мастер-класса: внедрение протокола ВСМП и методики имплантации внутрикапсульных колец при патологии связочного аппарата хрусталика.

В рамках мастер-класса проконсультировано 15

больных. К.м.н. Сабырбаевым Н.Б. прооперировано 20 больных с катарактой, из них половина – с сублюксацией хрусталика.



Все операции транслировались в режиме онлайн для врачей-офтальмологов области.



Во второй половине дня проведено заседание Областного общества офтальмологов, на котором главный внештатный офтальмолог области Досжанова Б.С. доложила о перспективах развития офтальмологической службы области.

Д.м.н. Абдрахимова Д.Б. рассказала о проблемах Казахстанской офтальмологии и путях их решения. Клинические доклады были посвящены особенностям хирургического лечения рефрактерной глаукомы (д.м.н. Алдашева Н.А.) и сублюксации хрусталика (к.м.н. Сабырбаев Н.Б.)

7-ОЙ КУРС ОБУЧЕНИЯ ПО ГЛАУКОМЕ ДЛЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Л. Б. Таштитова



18-19 января 2013г. в г. Женеве (Швейцария) состоялся 7-ой курс обучения по глаукоме для молодых специалистов (7th EGS European Residents Glaucoma Course).

Курсы проводятся с 2007 года Европейским глаукомным обществом в Швейцарии. В этом году лекции проходили на базе Женевского медицинского университета. Ведущие спикеры европейских стран прочитали цикл лекций по наиболее актуальным вопросам глаукомы.

Фотис Топоузис (Греция) осветил современные представления о патофизиологии заболевания, Джон Зигесен (Дания) остановился на вопросах диагностики открытоугольной глаукомы. Карло Энрико Траверсо (Италия) изложил основные подходы к лечению вторичной открытоугольной глаукомы. Роджер А. Хитчингс (Великобритания) прочитал лекцию по глаукоме с нормальным давлением, о технике проведения и интерпретации гониоскопии сообщил Антон Хоммер (Австрия).

О принципах менеджмента глаукомы рассказал Джулиан Гарсия Фейджо (Испания), Барбара Цвенкель (Словения) доложила о принципах проведения и осложнениях лазерного лечения, Франциско Ж. Гони (Испания) рассмотрел основные проблемы хирургии глаукомы.

В лекционном материале была представлена базовая информация по рассматриваемым вопросам, но

особый интерес вызвал разбор клинических случаев по завершении каждого сообщения.

Обучающие курсы помимо теоретической включали и практическую часть. Практические занятия проходили в малых группах с использованием принципов интерактивного обучения. Авторы уделяли внимание интерпретации современных методов обследования больных с глаукомой.

Проведение подобных курсов имеет большое практическое значение для повышения информированности врачей-офтальмологов о современных проблемах глаукомы.

Активное участие молодых специалистов КазНИИ глазных болезней в международных конференциях такого уровня стимулирует поиск путей преодоления многих нерешенных проблем офтальмологии, продолжая сохранять традиции Казахстанской школы глаукоматологов.

