

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ISSN 1814-7151

Көз аурулары қазақ ғылыми зерттеу институты
Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней

№ 1 – 2

ҚАЗАҚСТАН

2020

ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫҚ

ЖУРНАЛЫ

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ КАЗАХСТАНА



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

**Қазақстан офтальмологиялық журналы, № 1-2 (57) 2020
Офтальмологический журнал Казахстана № 1-2 (57) 2020**

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. Куәлік № 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
Н.А. Алдашева

Жауапты хатшы
Ответственный секретарь
А.С. Асылбекова

Редакция кеңесі
Редакционный совет

С.Э. Аветисов (Москва) - академик РАН, доктор
медицинских наук, профессор

Ш.А. Амансахатов (Ашгабад) - доктор медицин-
ских наук, профессор

Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург) - доктор меди-
цинских наук, профессор

Л.И. Балашевич (Санкт-Петербург) - академик
РАН, действительный член Лазерной академии на-
ук РФ, академик международной Академии наук
по экологии, безопасности человека и природы,
доктор медицинских наук, профессор

Ф.А. Бахритдинова (Ташкент) - академик РАН,
действительный член Лазерной академии наук
РФ, академик международной Академии наук по
экологии, действительный член Ассоциации оф-
тальмологов стран СНГ и общества офтальмологов
тюркских народов, Почетный профессор ФГБНУ
«Научно-исследовательский институт глазных
болезней», Член-корреспондент Академии наук
Республики Башкортостан, Заслуженный врач
Республики Башкортостан человека и природы,
доктор медицинских наук, профессор

М.М. Бикбов (Уфа) – доктор медицинских наук,
профессор, Заслуженный врач Российской Феде-
рации, Почетный профессор ФГБНУ «Научно-ис-
следовательский институт глазных болезней»

Е.А. Егоров (Москва) - профессор, президент Рос-
сийского глаукомного общества, академик РАЕН,
РАМТН, РАЭН, член Американской академии оф-
тальмологии, Европейского глаукомного общества,
член Американской академии офтальмологии, Ев-
ропейского глаукомного общества, почетный член
Болгарского научного общества офтальмологов

В.П. Еричев (Москва) - д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, член президиума Российского общества офтальмологов

М.А. Медведев (Бишкек) – Отличник здравоохранения, заслуженный врач Кыргызской Республики, член Европейского общества катарактальной и рефракционной хирургии

Н.В. Пасечникова (Одесса) – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАМН Украины, член Королевской коллегии офтальмологов Великобритании, Европейского общества специалистов по сетчатке «EURETINA», Американской ассоциации офтальмологов

Х.П. Тахчиди (Москва) – доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, профессор, заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники

М.М. Шишкин (Москва) – доктор медицинских наук, профессор, действительный член РАЕН, заслуженный врач РФ, член Президиума Правления общества офтальмологов России

Редакция алқасы

Редакционная коллегия

Н.А. Алдашева – д.м.н.

А.Ж. Аубакирова – д.м.н., профессор

А.С. Аубакирова – к.м.н.

Б.С. Бейсенбаева – д.м.н.

З.А. Джуматаева – д.м.н.

И.А. Долматова – д.м.н.

М.Б. Имантаева – д.м.н., профессор

Э.Г. Канафьянова – д.м.н.

Ю.С. Краморенко – д.м.н., профессор

И.С. Степанова – д.м.н.

Т.С. Телеуова – д.м.н., профессор

М.С. Сулейменов – д.м.н.

К.С. Кенжебаева – д.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

Ю.С. Краморенко, И.С. Степанова

О подготовке офтальмологов в резидентуре в соответствии с новым Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения».....4

Ботабекова Т.К., Есенгельдиева Л. А., Давилова Ж. А., Кенжебек Б. Б., Ондосинов Е.Н.

Результаты осмотра учащихся Специальной коррекционной школы-интерната № 1 для детей с тяжелыми нарушениями речи в рамках благотворительной акции по инициативе Комиссии по делам женщин при акимате г. Алматы секция здравоохранения6

В.Р. Абдуллина

Критерии оценки профессорско-преподавательского состава и эффективности преподавания в ТОО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней»10

В.Р. Абдуллина

Образовательная программа резидентуры по специальности «офтальмология, в том числе детская» (7RO11): их разработка, эффективность, непрерывный мониторинг и периодическая оценка в ТОО КазНИИ глазных болезней16

Б.С. Бейсенбаева, А.Д. Шайкенова

Методы исследования слезопродукции и стабильности прекорнеальной слезной пленки (обзор литературы).....23

И.А. Долматова, И.Р. Расулов

Применение β -блокатора тималола малеата в лечении инфантильных гемангиом27

М.М. Курмангалиева, Г.Ж. Молдашева, А.Т. Джалмагамбетова

Результаты хирургического лечения пациентов с рефрактерной глаукомой.....30

Б.И. Иссергепова

Циклоспорин А – современные тенденции в лечении тяжелой степени синдрома сухого глаза33

А.К. Маханбетжанова, Б.С. Ахмадьярова, Г.Е. Баймуханова, Д.Е. Токсамбаева, Ю.А. Шустеров

Структурно - эпидемиологический анализ ретинопатии недоношенных по Карагандинской области38

Л.Н. Оразбеков

Резолюция по итогам Совета экспертов «Перспективы нового поколения anti-VEGF в Казахстане. Проблемы диагностики и лечения влажной ВМД в Казахстане».....43

Научно-практическая конференция с международным участием «Ophthalmic hub» 202048

А.А. Медет

Программа академической мобильности - как путь к сотрудничеству и обмену опытом с университетами Европы.....51

К юбилею Шустерова Ю.А......53

К юбилею Дудкова В.А.54

О ПОДГОТОВКЕ ОФТАЛЬМОЛОГОВ В РЕЗИДЕНТУРЕ В СООТВЕТСТВИИ С НОВЫМ КОДЕКСОМ «О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Ю.С. Краморенко, И.С. Степанова

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

Ключевые слова: Кодекс, образование, резидентура

Новый Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», подписанный главой государства 7 июля 2020 года, вступивший в силу 19 июля 2020 года, направлен на систематизацию законодательства в области здравоохранения в соответствии с международными нормами и стандартами, повышение статуса национальной медицины, обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой, повышение качества и доступности медицинского обслуживания граждан, в том числе – в сельской местности [1].

Следует отметить, что в новом кодексе в отличие от ранее действующего (от 18 сентября 2009 года № 193-IV) [2] предусматривается в соответствии с международными стандартами трехуровневая система оказания медицинской помощи (Статья 116).

Больной получает медицинскую помощь, осуществляемую на основе клинических протоколов медицинскими работниками, допущенными к клинической практике на территории Республики Казахстан, в рамках гарантированного государством объёма медицинской помощи (Статья 196) или расширенного пакета услуг, доступного участникам системы социального медицинского страхования (Статья 200). Кроме того, предусматривается медицинская помощь в рамках добровольного медицинского страхования (Статья 201) и медицинская помощь, предоставляемая за счет оказания платных услуг и иных источников (Статья 202).

Одним из видов медицинской помощи является высокотехнологичная помощь (Статьи 120,124), оказываемая профильными специалистами при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе с использованием средств дистанционных медицинских услуг, в виде консультативно-диагностической в амбулаторных условиях, стационарозамещающей и стационарной - на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи.

Подготовка профильных специалистов, оказывающих специализированную, высокотехнологичную помощь, осуществляется согласно Кодексу в организациях медицинского образования, научных организациях в области здравоохранения и иных организациях образо-

вания, реализующих образовательные программы, включая программы резидентуры и докторантуры клинического профиля в области здравоохранения (Статьи 220, 221, 222, 223).

Реализация программ резидентуры выполняется организациями высшего и (или) послевузовского образования в аккредитованных клиниках организаций образования в области здравоохранения, университетских больницах, а также национальными и (или) научными центрами, научно-исследовательскими институтами, аккредитованными в качестве баз резидентуры. Программы резидентуры реализуются по медицинским специальностям, перечень которых утверждается уполномоченным органом (Статья 222).

В соответствии с данной статьей обучение врачей-резидентов и привлечение к предоставлению услуг осуществляется по договору об обучении, заключаемому между научно-исследовательским институтом и врачом-резидентом по форме типового договора об обучении по программе резидентуры, утвержденной уполномоченным органом.

Обучение в резидентуре предусматривает предоставление рабочего места врачу-резиденту при равной ответственности научно-исследовательского института как базы резидентуры. В период обучения на врача-резидента распространяются правила трудового распорядка, требования по технике безопасности и охране труда.

Освоение профессиональной учебной программы резидентуры является обязательным условием допуска к самостоятельной клинической практике граждан, окончивших программу непрерывного интегрированного меди-

цинского образования и получивших квалификацию «врач».

Согласно статье 223 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» оценка профессиональной подготовленности выпускников образовательных программ в области здравоохранения входит в структуру итоговой аттестации (государственного экзамена), итогового контроля. Положительные результаты итоговой аттестации (государственного экзамена), итогового контроля выпускников образовательных программ в области здравоохранения дают право на получение документа об образовании и сертификата специалиста в области здравоохранения.

КазНИИ глазных болезней с 2009 года является учебной базой подготовки кадров в резидентуре по специальности «Офтальмология, в том числе детская» в рамках государственной лицензии МОН РК в соответствии с Государственными стандартами образования и дополнительного образования РК [3]. Продолжительность освоения образовательной программы резидентуры по специальности «Офтальмология, в том числе детская» - 3 года. Подготовка в резидентуре НИИ ГБ осуществляется на основе интеграции теории и клинической практики с привлечением врачей-резидентов к личному участию в предоставлении медицинских услуг.

Высоко технологичная клиника КазНИИ глазных болезней прошла аккредитацию в качестве базы резидентуры в соответствии с процедурой аккредитации, установленной пунктом 2 статьи 25 настоящего Кодекса, в целях признания соответствия оказываемых медицинских услуг установленным требованиям и стандартам в области здравоохранения.

Обучение осуществляется в полном соответствии с вышеуказанными статьями нового Кодекса. Образовательная программа резидентуры по специальности «Офтальмология, в том числе детская» соответствует современным требованиям Государственного общеобязательного стандарта образования Республики Казахстан, а также требованиям к уровням квалификации, установленным профессиональными стандартами в области здравоохранения, в частности, офтальмологии [4].

Целью профессионального образования является формирование профессиональной компетентности специалистов, способных овладеть знаниями, умениями и навыками на высоком профессиональном уровне. К подготовке резидентов привлечены высококвалифицированные врачи, являющиеся наставниками, помогающими молодым специалистам решать практические задачи, а также способствующие развитию у них клинического мышления и способности к самообразованию. Следует отметить, что послевузовское образование в резидентуре на базе КазНИИ ГБ включает также и научно-исследовательскую и изобретательскую деятельность, что позволяет готовить специалистов высокой квалификации.

Преподаватели отдела постдипломного образования используют разработанные Государственные общеобязательные стандарты по уровням образования по офтальмологии, типовые учебные планы и программы, руководства и рекомендации, направленные на обеспечение качества образовательной деятельности по глазным болезням, а также представляют интересы резидентуры НИИ ГБ в консультативно-совещательных и экспертных органах, рабочих группах, формируемых уполномоченным органом.

Оценка профессиональной подготовленности резидентов осуществляется в соответствии с требованиями профессионального стандарта: по окончании каждой дисциплины проводится контроль знаний. Результаты устного опроса или тестирования отражаются в экзаменационных ведомостях и в зачётных книжках (контрольных листах) резидентов. Каждые полгода резиденты сдают отчёт о проделанной работе.

Таким образом, подготовка врачей-офтальмологов в КазНИИ глазных болезней по специальности «Офтальмология, в том числе детская» проводится по современным требованиям на высоком техническом уровне и в полном соответствии с Новым Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения».

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.
- 2 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV.
- 3 Приказ МЗРК № 120 от 28.02.2012 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих офтальмологическую помощь населению Республики Казахстан».
- 4 Типовая профессиональная учебная программа по медицинским специальностям резидентуры, утвержденным приказом МЗ РК № 647 от 31.07.15.

РЕЗЮМЕ

О ПОДГОТОВКЕ ОФТАЛЬМОЛОГОВ В РЕЗИДЕНТУРЕ В СООТВЕТСТВИИ С НОВЫМ КОДЕКСОМ «О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Ю.С. Краморенко, И.С. Степанова

ТОО «КАЗАХСКИЙ ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЕТА» НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ», Алматы, КАЗАХСТАН

Ключевые слова: Кодекс, образование, резидентура

Новый Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», подписанный главой государства 7 июля 2020 года, вступивший в силу 19 июля 2020 года, направлен на систематизацию законодательства в области здравоохранения в соответствии с международными нормами и стандартами. Новым Кодексом РК предусматривается трехуровневая система оказания медицинской помощи (Статья 116).

Для оказания медицинской помощи требуются профильные специалисты. Подготовка профильных специалистов согласно Кодексу осуществляется в организациях медицинского образования, научных организациях в области здравоохранения и иных организациях образования, реализующих образовательные программы, включая программы резидентуры и докторантуры клинического профиля в области здравоохранения (Статьи 220, 221, 222, 223).

Подготовка врачей-офтальмологов в КазНИИ глазных болезней по специальности «Офтальмология, в том числе детская» проводится по современным требованиям на высоком техническом уровне и в полном соответствии с Новым Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения».

ГРНТИ 76.35.35 : 76.01.01

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА УЧАЩИХСЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА № 1 ДЛЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В РАМКАХ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ АКЦИИ ПО ИНИЦИАТИВЕ КОМИССИИ ПО ДЕЛАМ ЖЕНЩИН ПРИ АКИМАТЕ г. АЛМАТЫ СЕКЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ботабекова Т.К., Есенгельдиева Л. А., Давилова Ж. А.,
Кенжебек Б. Б., Ондосинов Е. Н.

Офтальмологический центр профессора Ботабековой Т.К.
Кафедра офтальмологии Казахстанско-Российского
Медицинского Университета

Ключевые слова: аномалии рефракции, нарушения речи, зрение, слабовидящие, офтальмопатология, дети.

В настоящее время проблема выявления аномалий рефракции у детей с задержкой психического развития (ЗПР) и нарушением речи существует ввиду наличия определенных трудностей в процессе обследования этих детей. К детям с нарушениями речи относятся дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи. От других категорий детей с особыми потребностями их отличает нормальный биологический слух, зрение и полноцен-

ные предпосылки интеллектуального развития.

В Казахстане в 2019 году среди детей с ограниченными возможностями 55% составляют именно дети с ЗПР и нарушениями речи. Одной из причин увеличения количества этих детей является низкий уровень их обнаружения в раннем детском возрасте [1].

Качество жизни этих детей ухудшается возможным наличием глазной патологии, которая ухудшает адаптацию

этих пациентов в окружающем мире. В связи с этим **целью нашего исследования** явилось определение структуры и частоты офтальмопатологии у детей с тяжелыми нарушениями речи.

Материал и методы исследования

24 октября 2019 года в рамках благотворительной акции по инициативе Комиссии по делам женщин при акимате г. Алматы секцией здравоохранения был проведен комплексный осмотр учащихся Специальной коррекционной школы-интерната № 1 для детей с тяжелыми нарушениями речи (СКШИ №1). Обследование проходило под руководством профессора, доктора медицинских наук, зав.кафедрой офтальмологии Казахстанско-Российского Медицинского университета Ботабековой Т.К. Работала команда офтальмологов, невропатологов, педиатров, лор-врачей, кардиологов и резидентов КРМУ.

Было осмотрено 93 ребенка (186 глаз) в возрасте от 6 до 17 лет. Из них мальчиков – 50 (53,8%), девочек- 43 (46,2%). Офтальмологическое обследование состояло из визометрии, биомикроскопии и офтальмоскопии, скиаскопии. Визометрия проводилась по стандартной методике с использованием таблиц опто типов Сивцева-Головина. Биомикроскопия проводилась на щелевой лампе (ЩЛ-2Б). Офтальмоскопия прямая проводилась с использованием прямого портативного офтальмоскопа Welch Allyn ref 11710. Скиаскопия проводится с помощью использования плоских, вогнутых зеркал офтальмоскопа и специальных скиаскопических линеек для определения типа рефракции глаза [2].

Результаты обследования

Показатели остроты зрения без коррекции у учащихся СКШИ №1 составили от 0,01 до 1,0 (рисунок 1). Наибольшее количество обучающихся 28 человек (56 глаз) (30,1%) имели высокую остроту зрения 0,9 -1,0, 57 глаз (30,6 %) имели остроту зрения от 0,7 до 0,8, острота зрения 0,01-0,09 была обнаружена в 11 глазах (5,9%).

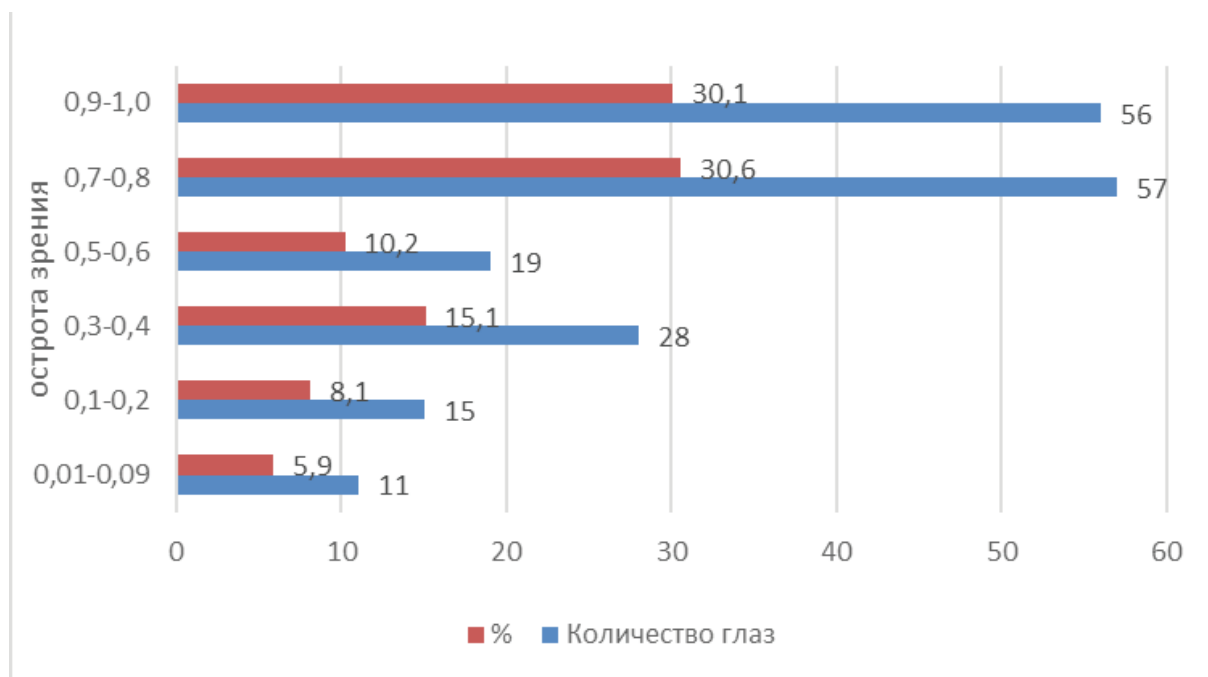


Рисунок 1. Показатели остроты зрения у учащихся СКШИ №1 г. Алматы

Аномалии рефракции выявлены у 29 обучающихся, что составило 31,2% от общего количества обследованных. Среди аномалий рефракции миопия была выявлена у 19 (65,5%), гиперметропия - у 5 (17,25%) и астигматизм - у 5 (17,25%) пациентов.

Наряду с аномалиями рефракции была обнаружена следующая патология со стороны органа зрения (рисунок 2): фолликулярный конъюнктивит - 19,4%

(18 пациентов), аденовирусный конъюнктивит - 9,6% (9 пациентов), амблиопия различной степени 8,6% (8 пациентов), анизокория – 3,2% (3 пациента), косоглазие – 2,15% (2 пациента), частичная нисходящая атрофия зрительного нерва – 2,15% (2 пациента), блефароконъюнктивит – 1,1% (1 пациент), хориоретинит – 1,1% (1 пациент). У 20 обучающихся (21,5%) патология органа зрения не была обнаружена.

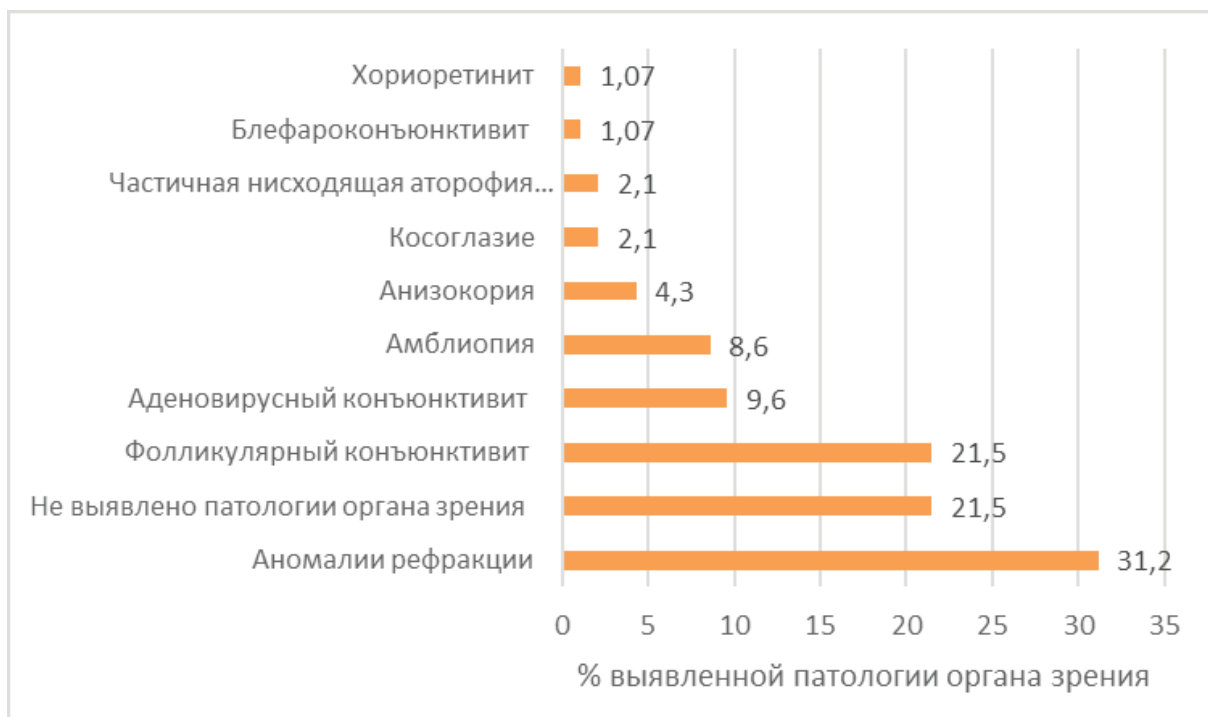


Рисунок 2. Частота различной патологии органа зрения среди обучающихся СКШИ №1 г. Алматы

Заключение и выводы

Таким образом, частота выявленной офтальмопатологии среди осмотренных детей СКШИ № 1 составила 78,5% всех случаев. Наиболее часто встречались: 31,2% - аномалии рефракции, конъюнктивиты - 31,1 %, с преобладанием фолликулярного конъюнктивита - 19,4%, а патология заднего отрезка глаза составила 3,25 %.

По результатам осмотра были даны следующие рекомендации:

1. Проведение дополнительных инструментальных методов исследования для динамического наблюдения и лечения (скиаскопия, циклоскопия, эзохиометрия, электрофизиологические исследования) - у 46 детей.
2. Проведение мониторинга зрительных функций, адекватной коррекции аномалий рефракции – у 29 детей.
3. Курсы плеопто-ортоптического лечения -2-3 раза в год – у 8 детей с амблиопией.

4. Проведение местного антибактериального, противовирусного, противоаллергического лечения - у 29 детей с конъюнктивитами.

5. Проведение курсов поддерживающей терапии (нейроретинопротекторное лечение) 2-3 раза в год - у 3 детей с атрофией зрительного нерва и хориоретинитом.

Учитывая высокий процент выявленной офтальмопатологии у детей СКШИ № 1 (78,5% от числа обследованных), необходимо организовать мероприятия по улучшению гигиены органа зрения, динамическому наблюдению и своевременному лечению этих детей у офтальмолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даркулова К.Н. Логопедия в Казахстане; история становления и современное состояние. // С 71 Специальное образование и социокультурная интеграция - 2019: Сб. науч. статей по материалам Международной научно-практической конференции «Специальное образование и социокультурная интеграция - 2019: формирование коммуникативно-речевой компетенции в условиях инклюзии» С- 148.
2. Аветисов С.Э., Егорова Е.А., Мошетьева Л.К., Тахчиди К.Н. Офтальмология: национальное руководство. 2008г С-34,44,86.

РЕЗЮМЕ

Результаты осмотра учащихся Специальной коррекционной школы –интернат №1 для детей с тяжелыми нарушениями речи в рамках благотворительной акции, по инициативе Комиссии по делам женщин при акимате г.Алматы, секции здравоохранения

Т.К. Ботабекова, Л.А. Есенгельдиева, Ж.А. Давилова, Б.Б. Кенжебек, Е.Н. Ондосинов

Офтальмологический центр профессора Ботабековой Т.К.,
Кафедра офтальмологии Казахстанско-Российского Медицинского Университета

В статье приведены результаты офтальмологического осмотра учащихся специальной коррекционной школы-интерната № 1 для детей с тяжелыми нарушениями речи (СКШИ № 1) в рамках благотворительной акции. Было проведено обследования 93 учащихся детей в возрасте от 6 до 17 лет. Выявлена офтальмопатология в 78,5% всех случаев. В связи с этим необходимо организовать мероприятия по улучшению гигиены органа зрения, динамическому наблюдению и своевременному лечению этих детей у офтальмологов.

SUMMARY

Results of examination of students of The special correctional boarding school No. 1 for children with severe speech disorders as part of a charity event initiated by the Commission on women's Affairs under the mayor's office of Almaty, the health section

Botabekov T. K., Esengeldieva L. A., Davilova Zh. A., Kenzhebek B. B., Ondasinov E. N.

Ophthalmology center of Professor Botabekova T. K.,
Department of ophthalmology of the Kazakh-Russian Medical University

Key words: speech disorders, blind, visually impaired, ophthalmopathology, children.

The article presents the results of an ophthalmological examination of students of a special correctional school - boarding school No. 1 for children with severe speech disorders (SCSHI No. 1) as part of a charity event. A survey was conducted of 93 students, children aged 6 to 17 years. Ophthalmopathology was revealed in 78.5% of all cases. In this regard, it is necessary to organize measures to improve the hygiene of the organ of vision, dynamic observation and timely treatment of these children by ophthalmologists.

ТҰЖЫРЫМ

Алматы қаласы әкімдігі жанындағы Әйелдер істері жөніндегі комиссияның бастамасы бойынша қайырымдылық акциясы шеңберінде сөйлеу қабілеті нашар балаларға арналған №1 арнайы түзету мектеп –интернатының оқушыларын тексеру нәтижелері

Ботабекова Т.К., Есенгельдиева Л. А., Давилова Ж. А., Кенжебек Б. Б., Ондасинов Е. Н.

Профессор Т. К. Ботабекованың офтальмологиялық орталығы,
Қазақстан-Ресей медициналық университетінің офтальмология кафедрасы

Түйінді сөздер: сөйлеу бұзылыстары, соқырлар, нашар көретіндер, офтальмопатология, балалар.

Мақалада қайырымдылық шарасы аясында арнайы түзету мектебі - ауыр сөйлеу бұзылыстары бар балаларға арналған №1 мектеп-интернатының (№1 АТМИ) оқушыларын офтальмологиялық тексеру нәтижелері көрсетілген. 93 оқушыдан, 6 жастан 17 жасқа дейінгі балаларды офтальмологиялық қарап тексеру жүргізілді. Офтальмопатология барлық жағдайлардың 78,5% -ында анықталды. Осыған байланысты көру мүшесінің гигиенасын жақсарту, динамикалық байқау және офтальмологтардың осы балаларды уақтылы емдеу шараларын ұйымдастыру қажет.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ В ТОО «КАЗАХСКИЙ ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЕТА» НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ»

В.Р. Абдуллина

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

Профессорско-преподавательский состав (ППС) является главным ресурсом для обеспечения миссии института. В связи с этим институт уделяет повышенное внимание процессам подбора и подготовки персонала. Процессы подбора и подготовки ППС включают: определение требований к ППС, поиск и отбор претендентов на занятие вакантных должностей, наличие испытательного срока для новых сотрудников, оценка деятельности, постоянное повышение квалификации ППС, распространение имеющегося опыта между сотрудниками и так далее.

Деятельность в этом направлении регламентирована внутренней нормативной процедурой «Управление персоналом». Особое внимание уделяется постоянно-му улучшению обеспеченности отдела последипломного образования преподавателями с учеными степенями и учеными званиями. Количественный и качественный состав ППС за последние пять лет представлен в таблице 1.

Таблица 1 - Количественные и качественные показатели профессорско-преподавательского состава за 2016-2020 учебный год

Шифр программы	Наименование программы	Принятых		Докторов наук, профессоров/ из них штатных	Кандидатов наук, доцентов/ из них штатных	% с учен. степенями и званиями/из них штат.	Совместители		Почасовики	Членов Нац. академии наук	ППС с базовым образованием	Укомплектованность ППС по штат.расп.в %	Стаж научно-педагогической работы			Средний возраст ППС			
		по конкурсу.ст.	на контрактной основе				Всего	с учеными степенями и званиями					гичес	5-15 лет	Свыше 15 лет	До 35 лет	35-50 лет	Свыше 50 лет/ из них пенсионный	
6R113 700	Офтальмология, в т.ч. детская	27/7	-	7	7/7	16/16	92/92	-	-	-	1	27	80	2	18	7	2	21	4/4

Стратегия поиска и приема сотрудников на штатные вакансии соответствует принципам гласности и равенства, что обеспечивается конкурсной основой замещения должностей профессорско-преподавательского состава, процедурой рассмотрения кандидатур и утверждения в должности, наличием трудовых договоров, оценкой качества исполнения трудовых обязанностей в течение испытательного срока на основании утвержденных положений «Управление персоналом», «Положение о послевузовском отделе (2013 г.)», должностных инструкций ППС. Политика четкого распределения полномочий реализуется через совершенствование организационной структуры, содержание положений о подразделениях и должностных инструкций. Ознакомление с должностными инструкциями осуществляется при оформлении на работу в журнале ознакомления в кадровой службе. Основные положения институциональной политики отражены в Уставе ТОО «КазНИИ ГБ», Стратегическом плане развития ТОО «КазНИИ ГБ», процедурах «Управление персоналом» и «Образовательные услуги по программам послевузовского и дополнительного образования», «Управление инфраструктурой». В 2020 году планируется создание конкурсной комиссии по замещению вакантных должностей, основными задачами работы которой будут: предоставление всем равных возможностей для участия в конкурсе; обеспечение добросовестной конкуренции среди участников конкурса; осуществление контроля за соблюдением объективности, гласности проведения конкурса. Количество и персональный состав конкурсной комиссии, сроки ее полномочий будут определяться Ученым советом и утверждаться соответствующим приказом Генерального директора ТОО «КазНИИ ГБ».

Анализ условий реализации образовательной программы в институте показал, что качественный показатель кадрового обеспечения практически не изменился (процент оспереженности составлял и составляет 92%, что соответствует установленному лицензией нормативу). Среди ППС в настоящее время 7 докторов медицинских наук, 16 кандидатов медицинских наук, 3 профессора, 1 академик НАН РК. Доля штатных преподавателей института от

общего количества ППС соответствует установленным нормам (не менее 45% по ГСО РК-2019). Доля преподавателей с учеными степенями и званиями от числа штатных по институту соответствует нормативам согласно ГСО «Резидентура» по специальности «Офтальмология, в том числе детская» 2019 года.

7 человек ППС ТОО КазНИИ глазных болезней являются членами редакционной коллегии «Офтальмологического журнала Казахстана», который выпускается на базе ТОО КазНИИ ГБ.

Средний возраст ППС по институту составляет 42,7 лет, в том числе кандидатов медицинских наук – 45,2 года, докторов наук – 59,14 лет, профессоров – 67,3 лет. Институциональная политика ТОО КазНИИ ГБ по развитию ППС заключается в четком планировании кадровой политики, развитии мер по стимулированию и поощрению за достижения в работе. Виды поощрений ППС и порядок их применения определяются законодательством Республики Казахстан, актами Генерального директора, Уставом организации, коллективным договором.

Оценка эффективности и качества преподавания осуществляется руководством института и коллегами на основании проведения открытых, контрольных и взаимопосещаемых занятий, а также посредством анкетирования обучающихся.

Преподаватели и сотрудники института принимают активное участие в жизни общества, в развитии культуры и науки города, области и региона. К основным формам такого участия относятся: участие ППС в областных, региональных и республиканских общественных мероприятиях; оказание консультативной помощи организациям (выезд в детские дома, дома престарелых, поликлиники города и др.); организация и руководство общественными объединениями; организация и участие в спортивных и оздоровительных мероприятиях разного масштаба; освещение деятельности института в средствах массовой информации области и республики.

Почетное звание «Отличник здравоохранения РК» получили 13 сотрудников ППС, нагрудный значок «Денсаулық сақтау ісіне қосқан үлесі үшін» - 3, медаль МОН РК «Ғылымды дамытуға сіңірген еңбегі үшін Қазақстан» - 2, Благодарственные письма МОН РК – 2, памятная медаль «20-летие независимости» - 2, памятный значок «К 20-летию Конституции РК» - 1, памятный значок Национальной Палаты здравоохранения РК – 1, Почетные грамоты МЗ РК – 4, благодарности от МЗ РК – 4. Два сотрудника отмечены благодарностями Президента РК, 2 – грамотами акима г. Алматы, 2 – грамотами от Акимата Алмалинского района.

В институте работает свой Пресс-центр, основной функцией которого является информирование о работе института через СМИ города, республики, областей. На базе ТОО КазНИИ ГБ выпускается «Офтальмологический журнал Казахстана», в редакционной коллегии которого самые знаменитые офтальмологи ближнего и дальнего зарубежья.

Работа лучших сотрудников ТОО КазНИИ ГБ регулярно освещается в СМИ. Сотрудники института принимают

активное участие в телепередачах («Бес нәрсе», «Үрпақ денсаулығы», «Станция 2030», «Ученый Совет»), посвященных вопросам формирования ЗОЖ, являются авторами регулярных колонок в областных и республиканских печатных изданиях, посвященных вопросам профилактики социально-значимой офтальмопатологии.

В институте сложилась взаимосвязанная система оценки эффективности качества преподавания, которая проводится по трем направлениям: 1. Рейтинговая оценка качества профессиональной деятельности ППС. Рейтинговая оценка профессиональной деятельности преподавателей осуществляется по единой схеме и включает в себя три аспекта: учебно-методическая работа; научная работа; воспитательная работа. Конкретный аспект профессиональной деятельности оценивается определенным количеством баллов. Результаты рейтинговой оценки профессиональной деятельности ППС рассматриваются 1 раз в год на Ученом совете. 2. Оценка «Преподаватель глазами резидентов». Одним из основных элементов системы потребительского мониторинга, функционирующего в институте, является оценка обучающимися педагогической деятельности ППС. Такого рода оценка осуществляется на основе «Положения об оценке обучающимися педагогической деятельности ППС» ТОО «КазНИИ ГБ». Оценка педагогической деятельности ППС проводится в форме анкетирования обучающихся. Результаты оценки работы ППС служат, прежде всего, целям улучшения деятельности, оказанию помощи преподавателю и не применяются в качестве средства для сравнения одного преподавателя с другим, а также не используются как средство административного давления. 3. Оценка качества профессиональной деятельности преподавателя в рамках взаимопосещения занятий. Основная цель взаимопосещений – диагностика и коррекция хода педагогического процесса, а также распространение передового опыта. Организация взаимопосещений осуществляется по следующей схеме. Ежегодно планируются и утверждаются заведующей ОПО графики взаимопосещений ППС. Согласно графику каждый преподаватель в течение 3 месяцев должен посетить не менее двух занятий коллег. Заведующий ОПО не менее одного раза в месяц посещает занятия всех преподавателей с целью оценки качества преподавания. В плане работы ОПО также планируются открытые занятия преподавателей. Оценку качества посещения занятия может проводить старший или равный по должности преподаватель, молодые преподаватели посещают занятия старших по должности с целью повышения квалификации и оценку не проводят. Отчеты о взаимопосещениях с рекомендациями, направленными на повышение профессиональной компетенции преподавателей, обсуждаются на заседаниях ОПО. Критерии и методы оценки качества учебных занятий определены в процедуре 3 (Мониторинг, измерение и анализ результативности процесса). Оценка взаимопосещаемых занятий включает: знание преподавателем методики преподаваемого предмета; знание преподавателем основных особенностей современных инновационных технологий; умение преподавателем рационально распределить время, от-

водимое на занятие; умение преподавателя осуществлять коммуникативную деятельность; умение реализовать на практике требование к осуществлению двусторонней связи педагогического процесса. Процедура оценки прозрачна, что обусловлено гласностью анализа посещенных занятий, публичностью оценки посещенных занятий, а также обязательным ознакомлением с оценкой преподавателя, проводившего занятия.

Индивидуальный план работы преподавателя составляется с 2015 года на учебный год, хранится в текущих документах ОПО. Индивидуальный план работы преподавателя является нормативным контрольным документом, отражающим виды, объемы, сроки и результаты выполнения должностной работы лиц профессорско-преподавательского состава. Содержание индивидуального плана работы преподавателя отражает цели и задачи деятельности ОПО, института в целом, которые определяются необходимостью достижения качественных и количественных характеристик, соответствующих лицензионным и аттестационным показателям, миссии, целям и задачам института. С каждым шаблоном индивидуального плана сопоставляется матрица наименований видов работ преподавателей, которая может содержать различные элементы ввиду неодинакового количества видов работ в различных разделах индивидуальных планов преподавателей. В индивидуальном плане отражаются все виды работ, исходя из 45-часовой рабочей недели (учебная и внеучебная нагрузка). В «Журнале текущего контроля успеваемости слушателя резидентуры» отражается распределение часов и баланс учебной нагрузки ППС. Нормативы расчета учебной нагрузки ППС по резидентуре устанавливает Приказ Генерального директора ТОО «КазНИИ ГБ» «Об утверждении норм времени для расчета объема учебной работы». Приказ утверждает нормы времени для расчета объема учебной работы, выполняемый ППС. Посредством участия в научных конференциях, научных исследованиях, использования в работе новейших достижений науки, стимулирования к качественному результативному труду реализуется мотивация резидентов к инновационному проведению обучающей системы. Воспитательная работа

отражает работу ППС по повышению культурной и морально-нравственной среды среди обучаемых посредством кураторства и наставничества, участия в различных мероприятиях, повышающих как эрудированность, так и воспитанность резидентов.

Индивидуальный план работы преподавателя рассматривается с 2015 года на заседании ОПО, утверждается заведующим ОПО и заместителем по науке и стратегическому развитию ТОО «КазНИИ ГБ». Ежегодный отчет ППС является формой аттестации преподавателя.

Систематическая работа преподавателя над повышением квалификации и профессионального уровня является обязанностью сотрудника института и может выражаться в: изучении специальной литературы по профилю работы; освоении новых технологий, методов, приемов работы; изучении опыта работы других работников; изучении нормативных документов по профилю работы института и его подразделений.

Согласно процедуре «Повышение квалификации персонала» установлены следующие формы повышения квалификации ППС: самосовершенствование, техническое совершенствование, курсы повышения квалификации, стажировки, участие в научно-методических семинарах, конференциях.

Повышение квалификации регламентировано «Законом об образовании РК» и предполагает изучение программ

повышения квалификации не реже чем 1 раз в 5 лет. Для достижения необходимых результатов ППС планирует прохождение курсов повышения квалификации по различным категориям по истечении указанного срока либо при возникновении необходимости в связи с внедрением новых технологий и стандартов РК.

Обучение ППС института на курсах повышения квалификации может осуществляться как на базе ТОО «КазНИИ ГБ», так и на базе других организаций РК, также ближнего и дальнего зарубежья. Повышение квалификации ППС может проходить также в форме: участия в научно-методических семинарах, конференциях, выставках и других мероприятиях; научно-исследовательской работы. Приоритетными направлениями повышения квалификации для ППС являются: углубление теоретических знаний; формирование и совершенствование методологической культуры; совершенствование педагогического мастерства; освоение разнообразных методик воспитательной работы; формирование и совершенствование навыков использования современных технических средств обучения; формирование и совершенствование навыков разработки учебно-методического обеспечения учебного процесса. Особое направление повышения квалификации преподавателей – развитие новых педагогических и современных информационных технологий. Для преподавателей, повысивших квалификацию за пределами института, проводятся следующие мероприятия: заслушивание отчета на заседании отдела и/или презентация полученных навыков; обсуждение в ОПО результатов, достигнутых преподавателем на курсах повышения квалификации; принятие решений о целесообразности повышения квалификации в данном учебном заведении и/или по данной тематике. Распределение слушателей циклов повышения квалификации в период 2016-2020 годы представлено на рисунке 1.

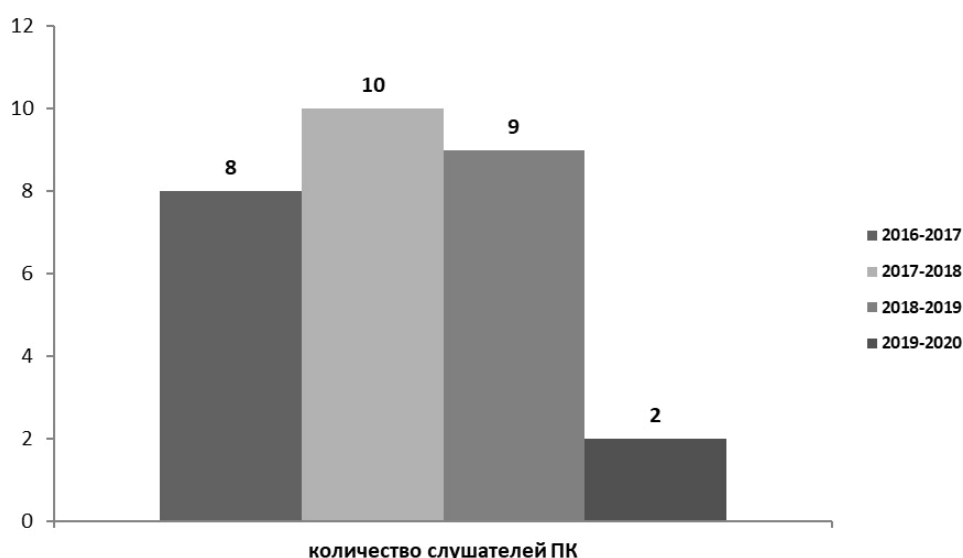


Рисунок .1 Количество членов ППС, прошедших повышение квалификации за период 2016-2020 гг.

Представленные на рисунке данные свидетельствуют об активной позиции ППС в повышении квалификации и конструктивности выдвигаемых предложений об организации циклов ПК.

Анализ результатов, представленных в отчетах, и мониторинг деятельности ППС является средством диагностики и прогнозирования педагогической деятельности, определения направлений ее совершенствования на научной основе, тактическим методом активизации управляемости и самоуправления, обеспечивающим непрерывное функционирование целостной системы, ее развитие и саморазвитие. Отчеты преподавателей демонстрируют динамику разработки собственных программ обучения и воспитания с учетом региональных социокультурных особенностей; их анализ позволяет судить о наличии положительной тенденции в совершенствовании профессиональных качеств, инновационных педагогических и научно-исследовательских программ.

Для полноценного профессионального развития и реализации творческих потребностей каждой категории сотрудников в институте создаются соответствующие условия: рейтинговая система оплаты труда (введена в 2016 году), материальное стимулирование; свободный доступ к библиотечному фонду и ресурсам образовательного портала института; предоставление возможности повысить квалификацию за счет средств института в соответствии с решением Генерального директора; создание условий для использования в работе компьютерной и оргтехники, технических средств обучения, другого оборудования; содействие участию в казахстанских и международных конкурсах научных работ и конкурсов на получение индивидуальных грантов; издание методических разработок сотрудников; опережающее повышение в должности при росте научной квалификации (после защиты диссертации). Благодаря существованию на базе института образовательных услуг по программам дополнительного образования стало возможным осуществлять оперативное удовлетворение потребностей сотрудников в повышении квалификации.

С целью создания благоприятных условий для работы ППС с 2016 года введена оценка эффективности работы ППС на основании личного рейтинга, в котором оценивается учебно-методическая, научно-исследовательская и общественная работа за учебный год. Личный рейтинг утверждается комиссией (Генеральный директор, заместитель Генерального директора по клинической работе, заместитель Генерального директора по финансово-экономической деятельности) и рассматривается на Ученом Совете. По итогам работы комиссии института и УС составляется сводный отчет по каждому преподавателю.

За достижение в области учебной и научной деятельности, общественную работу и многолетний добросовестный труд преподаватели награждаются грамотами и благодарностями высшего руководства института, города, области, РК. ППС и сотрудники института получают материальное вознаграждение к юбилеям, помощь на рождение ребенка, лечение и проведение операций. В институте существует система оплачиваемого наставни-

чества. Ежегодно ОПО выпускают распоряжение о назначении кураторов и наставников групп, в соответствии с которым наставникам резидентов 1-3 годов обучения назначается доплата к основному окладу.

В отделе последипломного образования в 2016 году разработано «Положение о рейтинге». По результатам рейтинга устанавливается дополнительная одноразовая доплата занимающих штатную должность, а также присваиваются звания «Почетный преподаватель института» и «Почетный профессор института». В период с 2016 по 2020 год получили звание «Почетного профессора института» 4 сотрудников и «Почетного преподавателя института» - 1 сотрудник.

В рамках эффективного использования потенциала сотрудников и обеспечения качества предоставляемых услуг проводится анкетирование ППС с целью выявления степени удовлетворенности их условиями труда, отношениями с коллегами и руководством. В процессе анализа анкет выявляются существующие проблемы и разрабатывается комплекс мер по их устранению. Так, четыре из пяти наиболее низко оцененных условий в 2016 г. касаются области мотивации персонала. В связи с этим развитие мотивационной среды в институте, совершенствование системы нематериального стимулирования, повышение квалификации руководителей подразделений по вопросам мотивирования персонала выявлено как приоритетное направление в области поддержания корпоративной культуры.

В результате проведенного самоанализа по данному разделу можно сделать следующие **выводы**:

- приоритетным направлением в области поддержания корпоративной культуры является совершенствование системы нематериального стимулирования, повышение квалификации руководителей подразделений по вопросам мотивирования персонала;

- совершенствовать систему материальной мотивации сотрудников за качественное выполнение работы.

При низком уровне квалификации и нарушении общих этических норм, Кодекса чести преподавателя Генеральному директору института предоставляется право выносить на решение Ученого Совета вопрос о соответствии

педагогических работников занимаемым должностям. Если решением Ученого Совета путем голосования заведующий отделом, профессор, доцент, старший преподаватель, преподаватель, ассистент будет признан не соответствующим занимаемой должности, то он приказом Генерального директора ТОО «КазНИИ ГБ» в течение одного месяца, после принятия решения Ученого Совета, освобождается от работы согласно законодательным актам и ему выплачивается выходное пособие в размере двухнедельного среднего заработка.

Увольнение профессорско-преподавательского состава по инициативе администрации в предусмотренных законодательством случаях за исключе-

нием признания Ученым Советом не соответствующими занимаемой должности или в связи с истечением срока избрания проводится по согласованию с профсоюзным комитетом. Трудовые споры по вопросам увольнения или изменения формулировки причин увольнения профессорско-преподавательского состава ТОО КазНИИ ГБ разрешаются в порядке подчиненности министерствам и ведомствам, если увольнение произведено в связи с признанием работника в установленном порядке не соответствующим занимаемой должности или в связи с неизбранием на новый срок. Трудовые споры по другим основаниям увольнения по инициативе администрации или изменении формулировки причин увольнения рассматриваются в судебном порядке. При нарушении кодекса чести преподавателя вопрос рассматривается на заседании ОПО, где путем голосования может быть вынесено замечание или выговор без- или с занесением в трудовую книжку.

РЕЗЮМЕ

В.Р. Абдуллина

«Критерии оценки профессорско-преподавательского состава и эффективности преподавания в ТОО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней»

В статье представлен самоанализ оценки ППС и эффективности преподавания в ТОО КазНИИ ГБ. В результате проведенного самоанализа по данному разделу были сделаны следующие **выводы**:

- приоритетным направлением в области поддержания корпоративной культуры является совершенствование системы нематериального стимулирования, повышение квалификации руководителей подразделений по вопросам мотивирования ППС;

- необходимо совершенствовать систему материальной мотивации сотрудников за качественное выполнение работы.

ТҰЖЫРЫМ

В.Р. Абдуллина

«Құрмет Белгісі «орденді Қазақ көз аурулары ғылыми-зерттеу институты» ЖШС-де профессор-оқытушылар құрамын және оқытудың тиімділігін бағалау критерийлері»

Мақалада ЖШС ҚазҒЗИ Гбайт ПОҚ бағалау және оқытудың тиімділігі өзін-өзі талдау ұсынылған. Осы бөлім бойынша жүргізілген өзіндік талдау нәтижесінде мынадай қорытындылар жасалды:

- корпоративтік мәдениетті қолдау саласындағы басым бағыт материалдық емес ынталандыру жүйесін жетілдіру, ОПҚ ынталандыру мәселелері бойынша бөлімшелер басшыларының біліктілігін арттыру болып табылады;

- қызметкерлердің жұмысты сапалы орындағаны үшін материалдық ынталандыру жүйесін жетілдіру қажет.

SUMMARY

V.R. Abdullina

«Criteria for evaluating the teaching staff and the effectiveness of teaching in LLP «Kazakh order» Badge of Honor «research Institute of eye diseases»

The article presents a self-analysis of the assessment of teaching staff and the effectiveness of teaching in LLP Kaznii GB. As a result of self-examination under this section was made following conclusions: - priority in maintaining corporate culture is the perfection of non-financial incentives, advanced training of heads of subdivisions on issues of motivation PPS; - it is necessary to improve the system of material motivation of employees for high-quality performance of work.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕЗИДЕНТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТСКАЯ» (7RO11): ИХ РАЗРАБОТКА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, НЕПРЕРЫВНЫЙ МОНИТОРИНГ И ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА В ТОО КАЗНИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В.Р. Абдуллина

ТОО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней

Ключевые слова: резидентура, образовательная программа, офтальмология, послевузовское образование.

Образование признано одним из важнейших приоритетов долгосрочной Стратегии «Казахстан - 2050». Общей целью образовательных реформ в Казахстане является адаптация системы образования к новой социально-экономической среде. Президентом Казахстана была также поставлена задача о вхождении республики в число 30-ти наиболее конкурентоспособных стран мира. Совершенствование системы образования играет важную роль в достижении этой цели [1].

Резидентура – форма получения послевузовского углубленного медицинского образования по клиническим специальностям, перечень которых утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения, продолжительностью обучения от двух до четырех лет в зависимости от специализации. «Офтальмология, в том числе детская» (7RO11) входит в Перечень клинических специальностей резидентуры, утвержденный приказом МЗ РК № ҚР ДСМ-108 от 2 августа 2019 года и Государственного стандарта образования (ГСО) программы резидентуры 2019 г. [2, 3].

Обучение слушателей резидентуры в ТОО КазНИИ ГБ проводится по государственному стандарту образования

резидентуры для каждой специальности, утвержденному МЗ РК в 2019 году, в соответствии с лицензией № 0142684 от 06.05.2011 г. [3, 4].

В КазНИИ глазных болезней разработаны механизмы утверждения образовательных программ, предусматривающие оценку программ на этапах планирования, внедрения, анализа результатов и внедрения изменений, что позволяет мониторить процесс выполнения образовательной программы и прогресс резидентов, и обеспечивает выявление и своевременное решение возникающих проблем.

В ТОО «КазНИИ глазных болезней» с 2011 года реализуется только 1 программа резидентуры по специальности «Офтальмология, в том числе детская». Количество поступивших на обучение в резидентуру по специальности «Офтальмология, в том числе детская» на базе ТОО «КазНИИ ГБ» за 2015-2020 гг., представлено в таблице 1.1.

Таблица 1.1. - Количество поступивших в резидентуру по специальности «Офтальмология, в том числе детская» за 2015-2020 гг.

	Программы	Учебный год				
		2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
1	Офтальмология, в том числе детская	10	11	35	28	23

Управление образовательной программой резидентуры в ТОО КазНИИ глазных болезней проводится на основе Правил организации учебного процесса в резидентуре на 2019-2020 у.г. (протокол УМС № 2 от 14.10.2019 г). Координацию выполнения, контроль и мониторинг

реализации программы резидентуры осуществляет отдел последипломного образования (ОПО) под курацией И.о. Генерального директора ТОО КазНИИ ГБ [5].

Количество государственного образовательного заказа на подготовку резидентов в области здравоохранения проводится в соответствии с подпунктом 2-1 статьи 5 Закона Республики Казахстан «Об образовании» в целях реализации постановления Правительства Республики Казахстан от 20 мая 2013 года № 500 «Об утверждении государственного образовательного заказа на подготовку специалистов с высшим и послевузовским образованием» и приказов Министра образования и науки РК от 31.10.2018 № 609, № 568 от 12 октября 2018 года [6, 7, 8, 9].

Клиническими базами согласно Приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 51 «Об утверждении перечня клинических баз» для обучения резидентов являются ТОО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней» и Алматинская многопрофильная клиническая больница.

С целью расширения возможностей клинического обучения в КазНИИ ГБ были организованы 2 филиала (в городах Нур-султан, Шымкент). В каждом филиале есть закрепленные кураторы и наставники.

Прием в резидентуру осуществляется на основании Типовых правил приема на обучение в организации образования, реализующие образовательные программы послевузовского образования, утвержденные приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 31 октября 2018 года № 600.

Право на зачисление в резидентуру имеют лица с высшим медицинским образованием, успешно выдержавшие экзаменационные испытания и прошедшие по конкурсу. Обучение в резидентуре осуществляется с отрывом от основного места работы.

Зачисление граждан на целевые места по государственному образовательному заказу на подготовку специалистов в резидентуре осуществляется на конкурсной основе, конкурс проводится отдельно среди лиц, претендующих на целевые места. С каждым слушателем резидентуры, поступившим по государственному образовательному заказу в рамках целевой подготовки, заключается трехсторонний договор «Институт

– управление здравоохранения или лечебно-профилактическое учреждение – слушатель резидентуры».

Оценка резидентов и достижения конечных результатов обучения по программе резидентуры осуществляется на основании проведения итоговой государственной аттестации (ИГА). Ежегодно издается приказ Генерального директора о проведении ИГА и составе аттестационной комиссии [10].

Обучающимся, освоившим образовательные программы резидентуры по специальности «Офтальмология, в том числе детская» и успешно прошедшим государственную аттестацию, выдается документ государственного образца о присвоении квалификации соответствующей специальности. На основании приказа МОН РК от 28 января 2015 года № 39 «Об утверждении видов и форм документов об образовании государственного образца и Правила их выдачи» в соответствии с подпунктом 6-3) статьи 5 Закона Республики Казахстан «Об образовании» выдается Свидетельство об окончании резидентуры [11].

Прозрачность управления образовательной программой осуществляется посредством обсуждения учебно-методической документации по программе резидентуры на заседаниях ОПО, УМС и Ученого совета ТОО КазНИИ ГБ и после получения их положительного заключения утверждается Генеральным директором ТОО КазНИИ ГБ. Учебно-методические комплексы дисциплин (УМКД), силлабусы, тестовые задания по программе ИГА размещаются на сайте ТОО КазНИИ ГБ, что обеспечивает доступность и прозрачность образовательного процесса.

Рабочая программа резидентуры разрабатывается сотрудниками отдела последипломного образования. Ознакомиться с кратким курсом лекций, планом проведения практических занятий, графиком выполнения и сдачи заданий, методическими указаниями, рекомендуемой литературой резидент может в учебно-методическом комплексе по дисциплине. С 2020 года планируется выпуск учебно-методических комплексов по дисциплинам через типографию.

Экспертизу образовательной программы (ОП), разработанной рабочей группой, проводит учебно-методический совет (УМС), на предмет соответствия ГСО, утверждает каталог элективных дисциплин (КЭД) согласно траекториям подготовки специалиста с учетом пре- и постреквизитов, оценивает выбор методов оценки ключевых компетенций резидентов. УМС осуществляет систематическое изучение и всестороннюю оценку образовательной программы с целью улучшения и гарантии качества (определение ценности программы, достижения цели, реализации задач, степени соответствия потребностям общества, требованиям работодателей, эффективности методики обучения), а также оценку учебно-методического обеспечения и сопровождения учебного процесса, оценку качества ОП по направлению специализации [5].

В ТОО «КазНИИ ГБ» механизм оценки качества и экспертизы образовательных программ осуществляется на каждом этапе их реализации: планировании образовательной программы, непосредственной ее реализации и совершенствовании. Объектами оценивания и экс-

пертизы являются: а) документы, регламентирующие учебный процесс, учебно-методическая документация, учебно-методические материалы; б) качество организации учебного процесса; в) уровень обученности резидентов. Оценка образовательной программы проводится на двух уровнях: внутреннем и внешнем. Внутренняя оценка образовательных программ проводится соответствующими структурами института: отделом последиplomного образования, службой менеджмента качества, Ученым советом ТОО «КазНИИ ГБ». Субъектами «прямой» внешней оценки являются МЗ РК и МОН РК, «косвенной» – разные заинтересованные стороны: работодатели, общественные организации, базы практик и т.д.

В случае выявления значительных несоответствий учебно-методические материалы возвращаются на доработку и далее проходят повторную оценку. В рамках оценки качества организации образовательного процесса осуществляется контроль эффективности проведения занятий в соответствии с разработанными критериями и формами оценки качества лекций и других видов занятий. Самооценка показала, что: график взаимопосещений составляется с учетом необходимости посещения и анализа всех видов занятий, а также проведения занятий опытными преподавателями; при обсуждении анализируется актуальность применения инновационных методов обучения, современных образовательных технологий, в особенности - информационно-коммуникационных; обращается внимание на учет особенностей кредитной технологии обучения. Оценка результатов обучения осуществляется в форме текущего, рубежного, промежуточного и итогового видов контроля. В институте практикуется применение разнообразных форм проведения промежуточной аттестации (экзамена): компьютерное и письменное тестирование, устный и комплексный экзамены (устный опрос + миниклинический экзамен, устный опрос+оценка практических навыков). Знания, умения, навыки и компетенция обучающихся по всем видам контроля определяются оценками балльно-рейтинговой буквенной системы, которые имеют пропорциональное соотношение (ГОСО РК 5.03.06-2006 «Система образования республики Казахстан»).

Для ликвидации академической задолженности, устранения академической разницы, получения дополнительных образовательных программ, удовлетворения потребностей ускоренного обучения и реализации дополнительного обучения в институте организуется дополнительный семестр в течение летних каникул (июль-август) сроком не более 6 недель.

Анализ выборки учебно-методического комплекса (УМК) специальности, как компонента образовательной программы, подтверждает конкретность и четкость в определении целей изучения той или иной дисциплины, также реализацию принципов научности, системности и последовательности при структурировании и отборе учебного содержания, методико-технологического сопровождения дидактического процесса.

Кроме требований, определенных ГСО, образовательные программы ТОО «КазНИИ глазных болезней»

ориентированы на положения Стратегического плана развития института. Следует отметить наличие во всех образовательных программах компонентов для подготовки к профессиональной деятельности, развивающих ключевые квалификации, интеллектуальные и академические навыки, а также практическую составляющую подготовки. Так, для резидентов дисциплина «Офтальмология амбулаторно-поликлиническая 1» направлена на освоение современных методов диагностики и дифференциальной диагностики различных (часто встречаемых) заболеваний органа зрения, необходимых для решения практических задач, развитие личностных и профессиональных компетенций врача-офтальмолога. В образовательную программу включены компоненты, мотивирующие личностное развитие резидентов (в виде ценностно-смысловой ориентации в мире, рефлексии, готовности и способности самостоятельно обучаться), их творческие способности и социальные компетентности (в виде способности к совместной работе, социальной мобильности, доверия, толерантности, уважения к культуре и особенностям других людей, знания и соблюдения норм устного и письменного общения).

Согласование целей, структуры, содержания УМК с миссией ТОО «КазНИИ глазных болезней» показало соответствие в плане:

- усиления профессиональной направленности обучения;
- учета требований государственной политики и подготовки для решения стратегических задач;
- создания инновационной обучающей среды;
- максимального использования методов и приемов аналитической деятельности резидентов;
- использования достижений мировой науки.

Вместе с тем ряд дисциплин нуждается в существенной доработке и унификации в плане соблюдения единой структуры, оптимальности изложения и подачи материала, стилистического совершенства в языковом оформлении, предусмотренности в политике оценивания возможностей адекватной самооценки обучающихся. С целью дальнейшего совершенствования структуры и содержания УМК планируются раз-

личные формы экспертизы (кафедрами офтальмологии ВУЗов). Организован и регулярно проводится анализ мнения резидентов.

Структура, содержание и процедура утверждения РУП по специальности «Офтальмология, в том числе детская» разрабатываются в отделе последипломного образования. Зав. отделом последипломного образования несет персональную ответственность за соответствие рабочих учебных планов ГСО РК типовым учебным планам, а также: инструктивным письмам МЗ РК и МОН РК; политике и целями института в области качества; методическим указаниям по разработке рабочих учебных планов; решениям Ученого совета ТОО «КазНИИ глазных болезней»; требованиям внутренней нормативной документации системы менеджмента качества.

Удовлетворенность обучающихся качеством образовательных программ оценивается путем анкетирования, проводимого 1 раз в 6 месяцев. Кроме того, в рецензировании образовательных программ принимают участие резиденты 1, 2 и 3 года обучения.

Анкетирование показало, что резиденты высоко оценили следующие компетенции: коммуникация и коллаборация (КК-2), безопасность и качество (КК-3), общественное здравоохранение (КК-4). По результатам анкетирования резиденты: удовлетворены уровнем преподавания профилирующих дисциплин, профессиональной компетентностью ППС, качеством организации лекционных, практических, лабораторных занятий, СРО; высоко оценивают уровень собственной теоретической подготовки для реализации профессиональных задач, что свидетельствует об эффективности отбора образовательных технологий в соответствии с компетентностным и личностно-ориентированным подходами; указывают на качество содержания и разнообразие учебных заданий, средств обучения, что способствует стимулированию рефлексии и саморазвития.

Удовлетворительную оценку получили такие элементы знаний и умений как: знание и соблюдение норм здорового образа жизни, социальная активность и знание иностранных языков.

Подготовка в резидентуре включает аудиторную работу, самостоятельную клиническую работу под руководством

клинического наставника и собственно самостоятельную работу обучающегося (СРО). Объем аудиторной работы составляет 10% от объема каждой дисциплины, самостоятельной клинической работы под руководством клинического наставника – 75%, СРО – 15% [3].

Особое внимание в институте уделяется проведению самостоятельной работы резидентов. Планирование учебной нагрузки обеспечивает достаточно равномерное для резидентов распределение дисциплин с учетом особенностей учебного процесса. Полная учебная нагрузка одного учебного года соответствует не менее 70 академическим кредитам (2100 академическим часам) за один учебный год. Один академический кредит равен 30 академическим часам. В учебном году предусматривается один академический период, заканчивающийся промежуточной аттестацией (или итоговой аттестацией на выпускном курсе) [3].

Научный уровень образовательной программы ТОО «КазНИИ ГБ» обеспечивается: проведением занятий преподавателями с учеными степенями, процент которых в среднем по институту среди ППС составляет 92%; выделением в рабочих учебных планах методологических дисциплин, направленных на формирование научного мировоззрения; привлечением современных достижений науки и постоянным обновлением учебно-методического сопровождения дисциплин; участием не менее 20% в научно-исследовательской работе по специальности; внедрением инновационных образовательных технологий в учебный процесс; согласованными действиями структурных подразделений [12].

Образовательная деятельность ТОО «КазНИИ глазных болезней» основана на кредитной технологии обучения (КТО), в соответствии с чем и определяются принципы планирования и организации учебного процесса. Функционирование КТО в институте регламентировано «Положением об организации учебного процесса по кредитной технологии обучения». Действующее «Положение» соответствует требованиям, сформулированным в **Требованиях к содержанию типовой программы** (Приложение 5 к приказу и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 июля 2015 года № 647) [13].

В структуре УМК траекторию освоения дисциплины обучающимся задает силлабус, в связи с чем в институте осуществляется постоянное его обновление. На отдельных заседаниях ОПО обновления и дополнения силлабусов обсуждаются с потенциальными работодателями, представителями рынка труда. Применение ИМО (инновационные методы обучения) основано не только на процессах восприятия, памяти, внимания, но, прежде всего, на творческом, продуктивном мышлении, поведении, общении обучающихся.

Каталог элективных дисциплин (КЭД) составляется на 2 языках (казахском и русском) и утверждается в начале учебного года и содержит 11 циклов. Содержит информацию по названию, объему учебных часов, краткой характеристике и целевой аудитории. В каждом цикле указаны пре- и постреквизиты, а также цель цикла.

Для обеспечения научной и методической помощи обучающимся в ТОО «КазНИИ глазных болезней» широко используются электронные материалы (электронные учебно-методические комплексы, электронные учебники), которые размещаются в электронной библиотеке, прикрепленной к сайту ТОО КазНИИ ГБ. Свободный доступ для работы в системе имеют резиденты, профессорско-преподавательский состав и административно-управленческий персонал.

Также используются компьютерные телекоммуникации – проведение СРО через телекоммуникационные системы и сеть Интернет (вещательные, интерактивные типы общения, работа с методическими пособиями, журналом, с электронной библиотекой, поисковые услуги, дидактические возможности сети Интернет). Учебно-методической службой института практикуется организация мастер-классов по методам лечения различной офтальмопатологии. Мониторинг качества внедрения инновационных методов обучения проводится также через деятельность экспертных комиссий, анализ результатов анкетирования резидентов и ППС.

Обеспечению качества подготовки резидентов способствует активное использование возможностей дистанционных образовательных технологий (ДОТ). На основании ГОСО РК «Организация обучения по дистанционным образовательным технологиям. Основные положения» от 04 июня 2009 года № 266 в ТОО «КазНИИ ГБ» внедрено обучение по ДОТ с января 2016 года [14].

Профессорско-преподавательский состав является главным ресурсом для обеспечения миссии института. В связи с этим институт уделяет повышенное внимание процессам подбора и подготовки персонала. В ТОО КазНИИ ГБ используются следующие технологии преподавания: лично-ориентированные технологии, технология сотрудничества, технология коллективного взаимообучения, проектная технология.

Требования к уровню подготовки резидента определяются требованиями профессионального стандарта и образовательной программы резидентуры. Результаты обучения формулируются как на уровне всей образовательной программы резидентуры, так и на уровне отдельных модулей или учебной дисциплины.

Эффективным методом оценки качества и результативности образовательных программ являются результаты трудоустройства выпускников и анкетирование работодателей (по месту трудоустройства).

В целом в «Оценке образовательной программы» можно отметить такие сильные стороны как:

- наличие в КазНИИ структур, проводящих всестороннюю оценку образовательной программы,
- систематический анализ обратной связи от преподавателей и обучающихся по оценке дисциплины методом анкетирования, через блог первого руководителя и социальные сети,
- всестороннее вовлечение в оценку образовательных программ обучающихся, преподавателей, работодателей.

Областями для улучшения являются:

- разработка механизмов более динамичного реагирования на результаты оценки образовательных программ по результатам практики выпускников.

Медицинская организация образования должна гарантировать, что образовательная программа проводится в соответствии с требованиями нормативных правил в отношении приема резидентов (критерий отбора и количество), процесса, оценки знаний и навыков, установленных результатов обучения.

Таким образом, КазНИИ ГБ реализует образовательную программу по резидентуре в соответствии с нормативно-правовыми актами, утвержденными МЗ РК и Правительством РК, а так же внутренними правилами организации образовательного процесса в резидентуре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Послание Президента Республики Казахстан - лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана, г. Астана, 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства».
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-108 от 2 августа 2019 года. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 6 августа 2019 года № 19208 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 января 2008 года № 27 «Об утверждении перечней клинических специальностей подготовки в интернатуре и резидентуре».
3. Государственный общеобязательный стандарт резидентуры по направлению подготовки «Здравоохранение» ГСО 2019.
4. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 17 июня 2015 года № 391. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 июля 2015 года № 11716 (в

редакции приказа МОН РК от 16.11.2018 № 634) «Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к образовательной деятельности, и перечня документов, подтверждающих соответствие им».

5. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 29 ноября 2007 года № 583. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 13 декабря 2007 года № 5036 «Об утверждении Правил организации и осуществления учебно-методической и научно-методической работы».

6. Закон Республики Казахстан «Об образовании» № 319-III от 27.07.2007 года (с изменениями и дополнениями 2019 г).

7. Закон Республики Казахстан от 4 июля 2018 года № 172-VI ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам образования».

8. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 29 января 2016 года № 122. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 9 марта 2016 года № 13418. Заголовок в редакции приказа Министра образования и науки РК от 31.10.2018 № 609 «Об утверждении Правил размещения государственного образовательного заказа на подготовку кадров с техническим и профессиональным, послесредним, высшим и послевузовским образованием с учетом потребностей рынка труда на подготовительные отделения организаций высшего и (или) послевузовского образования, а также на дошкольное воспитание и обучение, среднее образование».

9. Приказ и.о. Министра образования и науки Республики Казахстан от 12 октября 2018 года № 568 «Об утверждении правил формирования и распределения государственного образовательного заказа на подготовку кадров с высшим и послевузовским образованием».

10. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 18 марта 2008 года № 125. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 21 апреля 2008 года № 5191. Заголовок в редакции приказа Министра образования и науки РК от 25.09.2018 № 494 «Об утверждении Типовых правил проведения текущего контроля успеваемости, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся для организаций среднего, технического и профессионального, послесреднего образования».

11. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 28 января 2015 года № 39. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 февраля 2015 года № 10348 (в редакции приказа Министра образования и науки РК от 27.09.2018 № 499) «Об утверждении видов и форм документов об образовании государственного образца и Правила их выдачи».

12. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 13 июля 2009 года № 338 (редакции приказа Министра образования и науки РК от 31.10.2018 № 602) «Об утверждении Типовых квалификационных характеристик должностей педагогических работников и приравненных к ним лиц».

13. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 20 апреля 2011 года № 152 (в редакции приказа МОН РК от 12.10.2018 года № 563) «Об утверждении Правил организации учебного процесса по кредитной технологии обучения».

14. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 20 марта 2015 года № 137. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 апреля 2015 года № 10768 «Об утверждении Правил организации учебного процесса по дистанционным образовательным технологиям».

РЕЗЮМЕ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕЗИДЕНТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТСКАЯ» (7R011): ИХ РАЗРАБОТКА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, НЕПРЕРЫВНЫЙ МОНИТОРИНГ И ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА В ТОО КАЗНИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В.Р. Абдуллина

ТОО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней
Отдел последипломного образования

В статье представлена организация процесса разработки, экспертизы, мониторинга образовательной программы резидентуры по специальности «офтальмология, в том числе детская» в ТОО КазНИИ глазных болезней. Анализ выборки учебно-методического комплекса специальности, как компонента образовательной программы, подтверждает конкретность и четкость в определении

целей изучения той или иной дисциплины, также реализацию принципов научности, системности и последовательности при структурировании и отборе учебного содержания, методико-технологического сопровождения дидактического процесса.

SUMMARY

THE RESIDENCY EDUCATIONAL PROGRAM IN THE SPECIALTY «OPHTHALMOLOGY, INCLUDING CHILDREN OPHTHALMOLOGY» (7R011): THEIR DEVELOPMENT, EFFECTIVENESS, CONTINUOUS MONITORING AND PERIODIC EVALUATION AT THE LLP KAZAKH SCIENCE RESEARCH INSTITUTE OF EYE DISEASES

V.R. Abdullina
LLP «Kazakh Order «Badge of Honor» Science Research Institute of Eye Diseases
Department of Postgraduate Education

The article presents the organization of the development, examination, monitoring of the educational program of the residency in the specialty «ophthalmology, including children ophthalmology» in the LLP Kazakh Science Research Institute of Eye Diseases. The analysis of the sample of the educational and methodological complex of the specialty, as a component of the educational program, confirms the specificity and clarity in determining the objectives of studying a particular discipline, as well as the implementation of the principles of scientific, systematic and consistent in the structuring and selection of educational content, methodological and technological support of the didactic process.

ТҰЖЫРЫМ

«ОФТАЛЬМОЛОГИЯ, ОНЫҢ ІШІНДЕ БАЛАЛАР ОФТАЛЬМОЛОГИЯСЫ» МАМАНДЫҒЫ БОЙЫНША РЕЗИДЕНТУРА ОҚУ БАҒДАРЛАМАСЫ (7R011): «КӨЗ АУРУЛАРЫ ҚАЗҒЗИ» ЖШС-ДЕ ОЛАРДЫ ЖАСАУ, ТИІМДІЛІГІ, ҮЗДІКСІЗ МОНИТОРИНГІЛЕУ ЖӘНЕ КЕЗЕҢДІ ТҮРДЕ БАҒАЛАУ

В.Р. Абдуллина
«Құрмет белгісі «Көз аурулары ғылыми-зерттеу институты» ЖШС
Дипломнан кейінгі білім беру бөлімі

Мақалада Көз аурулары ҚазҒЗИ» ЖШС-де «Офтальмология, оның ішінде балалар офтальмологиясы» мамандығы бойынша резидентура оқу бағдарламасын жасау, сараптау, мониторинг жүргізу процесін (үрдісін) ұйымдастыру көрсетілген. Білім беру бағдарламасының компоненті ретінде мамандықтың оқу-әдістемелік кешенінің іріктемесін талдау қандай да бір пәнді оқытудың мақсатын анықтаудағы нақтылық пен айқындықты, сондай-ақ дидактикалық процесті әдістемелік технологиялық сүйемелдеу, оқу мазмұнын құрылымдау мен таңдаудағы ғылымилық, жүйелілік және бірізділік принциптерін іске асыруды көрсетеді.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕЗОПРОДУКЦИИ И СТАБИЛЬНОСТИ ПРЕКОРНЕАЛЬНОЙ СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ

(обзор литературы)

Б.С. Бейсенбаева, А.Д. Шайкенова
ТОО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней»,
г. Алматы

Ключевые слова: слезная железа, функциональные пробы, секреция слезы.

Актуальность проблемы синдрома «Сухого глаза» (ССГ) обусловлена, прежде всего, высокой распространённостью данной патологии и низкой диагностикой на уровне поликлинического звена. Так, по данным Бржеского В.В. и Сомова Е.Е. (2009 г.), этим заболеванием страдают до 12% больных офтальмологического профиля в возрасте до 40 лет и свыше 67% пациентов - старше 50 лет [2, 14]. При этом распространённость ССГ продолжает расти. Причиной этого служат возрастающее число компьютерного зрительного и офисного синдромов, лазерные рефракционные операции, популярная на сегодняшний день контактная коррекция зрения [2, 16, 17]. Однако вследствие многообразия клинической картины и неспецифического характера симптомов данный синдром может остаться незамеченным [3, 22]. Наличие любых признаков ССГ является показанием для постановки функциональных проб, призванных оценить состояние слезопродукции и прочности прекорнеальной слезной пленки [10, 23].

Известно несколько диагностических проб. Целесообразней начинать исследование с оценки стабильности слезной пленки по M.S. Norn (1969 г.), так как результат зависит от предшествующих манипуляций в конъюнктивальной полости. Методика проведения: обследуемого просят посмотреть вниз и, оттянув верхнее веко, орошают область лимба в меридиане 12 часов одной каплей 0,1-0,2% раствора флюоресцеина-натрия. Врач включает секундомер и через окуляры щелевой лампы внимательно наблюдает за окрашенной поверхностью слезной пленки (СП) до

появления в ней разрыва, имеющего вид черного дефекта или щели. Секундомер останавливают в тот момент, когда появившейся дефект начинает увеличиваться в размере или отдает от себя радиальные ветви [1, 28].

Если время разрыва СП превышает 1 минуту, то достаточно ограничиться проведением одной пробы. Если же первый результат не превышает 10 с, тест следует повторить 2 и более раз. Время разрыва слезной пленки в норме весьма вариабельно [3, 6, 16]. По M. Norn, у здоровых людей оно колеблется от 3 до 132 с, по сведениям В.В. Бржеского (2009 г.) у здоровых людей в возрасте 16-35 лет время разрыва СП составляет $21,1 \pm 2,0$ с, затем оно постепенно уменьшается, достигая $11,6 \pm 1,9$ с в 60-80-летнем возрасте. Клинически значимое нарушение стабильности СП расценивается при разрыве СП в пределах 10 с и меньше [1, 14, 15].

Однако L.S. Bir et al. (2001 г.) доказали, что объем красителя влияет на стабильность СП, и наиболее достоверные результаты оценки получаются при использовании микрообъемов (6-7 мкл) флюоресцеина-натрия 0,1%. Влияние на стабильность СП становится минимальным в отличие от целой капли (30-40 мкл) диагностикума, использующейся в методике M.S. Norn [4]. При таком объеме флюоресцеина-натрия время разрыва СП у здоровых людей находится в пределах 5 с, что соответствует частоте миганий у здоровых людей, а при несоответствии этих показателей возникают признаки роговично-конъюнктивального ксероза [1, 23].

Тиаскопия является объективным методом оценки состояния слезной пленки и особенного липидного слоя с помощью специального прибора – тиаскопа [18, 27]. Он основан на фоторегистрации феномена интерференции, который возникает при прохождении лучей света через слой липидов. Цвет интерференционной картины в каждой точке зависит от длины луча света, который проходит через данный слой. Частично лучи отражаются от его границ, взаимодействуют между собой, в результате получается интерференционная картина. По специальной световой шкале-номограмме оценивается толщина липидного слоя в каждой точке. Однако широкое использование данного метода затруднительно вследствие отсутствия оснащения [6, 17].

Конфокальная микроскопия роговицы позволяет провести оценку на клеточном уровне. При синдроме

«сухого глаза» отмечается повышенная десквамация поверхностных клеток эпителия (изменяется форма клеток) и уменьшается показатель ядерно-цитоплазматического отношения [6].

Для исследования суммарной слезопродукции используется проба Shirmer [1, 15]. Для проведения пробы используют тестовую полоску (полоска фильтровальной бумаги шириной в 0,5 см и длиной 3,5 см), рабочий конец которой (0,5 см) сгибают под углом 40-45 градусов и вкладывают за нижнее веко в латеральной трети глазной щели так, чтобы 3 см бумажной полоски выступало наружу и находилось на коже нижнего века. При этом загнутая часть полоски своим концом должна достигать дна нижнего свода конъюнктивы (не касаясь роговицы), а перегиб - края века. Целесообразно проведение пробы одновременно на обоих глазах. Проба проводится при закрытых глазах пациента. Через 5 минут полоски извлекают и измеряют длину увлажненной части. При этом важно произвести оценку немедленно после извлечения. Если смачивание распространяется на 1,5 см и более, то уменьшения выработки слезы не имеется (большинство исследователей считают нормой 10-25 мм). При увлажнении менее 5 мм появляется основание подозревать гипопродукцию слезы, однако следует иметь в виду, что увлажнению может мешать и просто скопившаяся в сводах конъюнктивы слизь, а также медиальное смещение полоски и конкурентный отток слезы канальцами. В сущности, этот метод пригоден лишь для определения гипосекреции. Усиление же продукции слезы может зависеть не только от истинной гиперсекреции, но и от задержки выведения слез вследствие сужения слезовыводящих путей, рефлекторное слезоотделение при контакте полоски с роговицей, а также при раздражении ресниц и кожи век. Результаты проверки слезопродукции на парных глазах могут не совпадать, но клинически значимой является разница более 27%. Суточные колебания слезопродукции незначительны, но снижение ее с возрастом следует принимать в расчет [1, 14, 19].

Для определения основной слезопродукции выполняют пробу L.Jones (1966 г.). Методика проведения: после предварительной инстилляцией анестетика ватным тампоном впитывают слезу из нижнего конъюнктивального свода. После этого выполняют описанную выше технику пробы Ширмера. При отсутствии ССГ в данном случае увлажняется более 10 мм тестовой полоски [5]. Рефлекторной слезопродукцией является разность результатов этих двух проб [1, 18].

Применение местных анестетиков или, наоборот, раздражающих веществ позволяет избирательно оценивать скорость основной или рефлекторной слезопродукции. Проба Ширмер-2 выполняется после анестезии конъюнктивы: за нижнее веко вкладывают кусочек фильтровальной бумаги указанных выше размеров и раздражают полость носа в районе средней носовой раковины волосистой кисточкой. При нормальном состоянии слезного аппарата рефлекторным раздражением полоска смачивается в течение 2 минут. В. Midler дополнил тест, при-

менив специальный раздражитель рефлекторной секреции слезы (всасывание паров аммиака или введение в носовые ходы сухого ватного «банника» [7, 12].

По мнению К. Kurihashi (1978 г.), метод Ширмера часто не может быть применен из-за неприятных ощущений, испытываемых больными. Вследствие этого он может давать ложноотрицательные результаты. Им разработан метод с применением вместо фильтровальной бумаги бумажных ниток толщиной 0,25 мм и длиной 70 мм. Конец нити длиной 3 см окрашивают флюоресцеином, чтобы легче было измерить длину увлажненного конца. Конец нити закладывают в латеральный угол верхнего конъюнктивального свода. Нить удаляют через 5-30 с. Затем тест проводят на другом глазу и сравнивают результаты. Этот тест также используется для диагностики поражения лицевого нерва [11].

Е.Э. Кугоева и Г.А. Соколовский (1996 г.) считают, что использование фильтровальной бумаги не исключает рефлекторное выделение слезы, тем более - с применением анестетиков. Увеличение рефлекторного слезоотделения также зависит от свойств материала фильтровальной бумаги [8].

Авторы предложили свой метод определения базальной секреции слезы. Проводят биомикроскопию нижнего слезного мениска с исследованием его высоты в нижнем секторе роговицы от 5.30 до 6.30 так, чтобы щель осветителя не попадала на роговицу во избежание рефлекторного слезоотделения. Для исследования используются окуляры с биометрическим делением. Показатели нормы высоты мениска слезы составляют от 250 до 400 мкм. Авторы считают метод простым, доступным, неинвазивным и информативным для определения базальной секреции слезы [8, 19]. В последнее время благодаря развитию ОКТ переднего отрезка глаза появилась возможность неинвазивного высокоточного исследования слезного мениска. Метод ОКТ менискометрии позволяет определить высоту и ширину слезного мениска, его радиус или величину прогиба, а также коэффициент поверхностного натяжения слезной жидкости. Перечисленные параметры отражают как количественные, так и качественные характеристики слезной жидкости, а также особенности взаимодействия слезы

с поверхностью глаза [6, 18].

Одним из информативных методов исследования слезопродукции является определение концентрации лизоцима и лактоферрина в слезе, которые секретируются слезной железой. По данным авторов Н.Г. Voersma, О.Р. Bijsterveld (1987 г.), она тем ниже, чем меньше в слезе содержится указанных протеинов. Такой способ оценки слезопродукции, по мнению упомянутых авторов, более чувствителен и точен, чем распространенные тесты Ширмера, Джонс и их модификации [12].

Одним из новых подходов к диагностике синдрома «сухого глаза» является оценка осмолярности слезной жидкости. Данная задача решается с помощью прибора TearLab Osmolarity System, который позволяет оценить осмолярность слезы менее чем за 30 с. Методика безопасна, малоинвазивна, не влияет на объем слезной жидкости. Для анализа необходимо взять менее 50 нл слезной жидкости. В норме осмолярность слезной жидкости находится в пределах от 275 до 316 мОсм/л. Превышение верхней границы нормы подтверждает наличие у пациента синдрома «сухого глаза». Метод диагностики осмолярности слезной жидкости с помощью TearLab Osmolarity System обладает чувствительностью 72,8% и специфичностью 92,0%, что соответствует высоким требованиям [6, 18, 21]. Широкому внедрению данного метода препятствует высокая стоимость прибора и расходных материалов.

Dry Eye Workshop II (DEWS-II) – Международная рабочая расшифровка на

английском и на русском (2017 г.), рекомендует следующий алгоритм оценки ССГ: количественная оценка жалоб больного, оцениваемая с помощью специального опросника; клинические (биомикроскопические) проявления; стабильность слезной пленки – время разрыва слезной пленки, термография, осмолярность слезной пленки, испаряемость слезной пленки; объем жидкости в конъюнктивальной полости – менискометрия, проба по Kurihashi, тест Ширмера; композиция слезной пленки – осмолярность слезной пленки, кристаллография слезной пленки; ксеротические изменения эпителия глазной поверхности – прокрашивание эпителия витальными красителями, Lid-parallel conjunctival folds - тест (LIPCOF-тест - конъюнктивальные складки, параллельные веку), чувствительность глазной поверхности, конфокальная микроскопия in vivo, импрессионная цитология эпителия глазной поверхности; воспаление тканей глазной поверхности – оценка гиперемии бульбарной конъюнктивы, исследование содержания в слезе матриксных металлопротеаз, исследование содержания в слезе цитокинов и хемокинов, конфокальная микроскопия in vivo; состояние век: анатомо-функциональное состояние, эпителиопатия края век, мейбография, возможность опорожнения мейбомиевых желез и их протоков при компрессии, оценка толщины липидного слоя слезной пленки, конфокальная микроскопия in vivo; оценка век в динамике – достаточность мигательных движений, тактильная чувствительность век [25, 26].

Международная рабочая группа предлагает постановку диагноза ССГ при сочетании жалоб и положительного результата любого из трех тестов: время разрыва слезной пленки, повышенная осмолярность слезной пленки, прокрашивание глазной поверхности [25, 26].

Таким образом, представленные методы информативны, многие из них доступны, неинвазивны и расширяют возможности диагностики большого ряда заболеваний глазной поверхности, связанных с нарушением слезопродукции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Синдром «сухого глаза»: современные аспекты диагностики и лечения // Синдром сухого глаза: Специализированный бюллетень по диагностике и лечению синдрома «сухого глаза».- № 1.- 2002.-С.3-9.
2. Бржевицкий В.В. Синдром «сухого глаза» - болезнь цивилизации: современные возможности диагностики и лечения// Медицинский совет № 3.- 2013.-С.114-120.
3. Петраевский А.В., Тришкин К.С. Клинико-цитологическая диагностика синдрома «сухого глаза»// Вестник ВолгГМУ.- № 4.- 2012.-С.52-54.
4. Bir L.S., Sermez Y., Turk T. Blink reflex in hyperthyroidism electromyography// Clin Neurophysiol, 2001-Vol.41, №1-p. 49-52.
5. Jones L.T. Amer.J. The lacrimal secretory system and its treatment// Ophthalmol, 1966-Vol.62, № 1.-P. 47-60.
6. Каменских Т.Г., Калмыков Р.В. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома «сухого глаза»// Ремедиум Приволжье.-№ 4.- 2015.-С.17-21.
7. Похисов Н.Я. Заболевания слезоотводящих путей и их лечение// М.: Медгиз, 1958.-С.135.
8. Кугоева Е.Э., Соколовский Г.А. К методике исследования базальной секреции слезы// Вестник офтальмологии.- № 1.- 1996.-С.15-17.

9. Schirmer O. Simpatische Augenerkrankung // Handbuch der gesamen Augenheilkunde. Berg. von A.Graefe u.T.Saemisch Leipzig, 1905-p.1-196.
10. Jones L., Amer. J. Lachrymal secretory system// Ophthalmol, 1966- P. 47-51.
11. Kurihashi K. Tranensecretionmessung mit der Baumwolffadenmethode/ /Klin.Mbl. Augenheilk., 1978.-P.876- 879.
12. Boersma H.G.M.,Van Bijsterveld O.P.// Ann. Ophthalmol.- № 3.- 1987.-P.543-545.
13. Liotet S., Warner V., Schroeder A. J.franc// Ophthalmol.- 1982.-P.707-710.
14. Бржеский В.В., Астахов Ю.С., Кузнецова Н.Ю. Заболевания слезного аппарата// Пособие для практикующих врачей СПб, 2009.-С.108.
15. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение)// Левша, 2003.-С.119.
16. Майчук, Д.Ю., Чилингарян Л.Б., Пронкин И.А., Григорян А.Р. Слезозаместительная терапия при аллергических состояниях глаз// Офтальмология.- № 2.- 2012.-С.72-76.
17. Онищенко А.И., Колбаско А.В., Ширина М.А. Популяционное исследование состояния слезопродукции у здоровых жителей и больных синдромом «сухого глаза» в Республике Алтай// Вестник офтальмологии.- № 5.0 2012.-С.4-17.
18. Сафонова Т.Н. Роль функциональных методов исследования в диагностике и лечении синдрома «сухого глаза»// Вестник офтальмологии.- № 3.- 2011.-С.48-51.
19. Сафонова, Т.Н. Луцевич Е.Э., Лабиди А. Сравнительный анализ диагностической эффективности пробы Ширмера и метода биометрии слезного мениска при нарушении слезопродукции// Вестник офтальмологии.- № 1.- 2008.-С.28-32.
20. Под ред. Аветисова С.Э. Синдром «сухого глаза»// Офтальмология.- Национальное руководство.- 2008.-С. 388-399.
21. Сомов Е.Е., Ободов В.А. Синдромы слезной дисфункции (анатомо-физиологические основы, диагностика, клиника и лечение)// Руководство под редакцией проф. Е.Е. Сомова.- 2011.-С.160.
22. Янченко, С.В. Синдром «сухого глаза»: заболеваемость и факторы риска у лиц пожилого возраста// Современные наукоёмкие технологии.- № 10.- 2008.-С.67.
23. Acera, A., Rocha G., Vecino E., Lema I., Duran J.A. Inflammatory markers in the tears of patients with ocular surface disease// Ophthalmic Res.- № 40, 2008-P.315-321.
24. Argueso, P. Glycobiology of the ocular surface: mucins and lectins// Jpn. J. Ophthalmol.- № 57.- 2013.-P.150-155.
25. Definition and classification of dry eye. Report of the diagnosis and classification Subcommittee of the Dry Eye Workshop (DEWS) // The Ocular Surface.- № 2.- 2007.-P.75-92.
26. Definition and classification of dry eye. Report of the diagnosis and classification Subcommittee of the Dry Eye Workshop II (DEWS-II) // The Ocular Surface, 2017.-P.14-52.
27. Бржеский, В.В., Астахов Ю.С., Кузнецова Н.Ю. Заболевания слезного аппарата// Пособие для практикующих врачей: 2 изд., испр. и доп., 2009.-С.108.
28. Norn M.S. Desiccation of the precorneal film. I. Corneal wetting-time. // Acta ophthalmol.- № 4.- 1969.-P.865 -880.

РЕЗЮМЕ

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕЗОПРОДУКЦИИ И СТАБИЛЬНОСТИ ПРЕКОРНЕАЛЬНОЙ СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Б.С. Бейсенбаева, А.Д. Шайкенова

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

Ключевые слова: слезная железа, функциональные пробы, секреция слезы.

В статье представлен обзор различных функциональных проб для исследования слезопродукции и стабильности прекоorneальной слезной пленки. Даны рекомендации международной рабочей группы для постановки синдрома «сухого глаза», где подчеркивается важность сбора жалоб и анамнеза, последовательность проб с использованием традиционных и современных на сегодняшний день технологий.

SUMMARY

METHODS OF MEASUREMENT OF TEAR PRODUCTION AND STABILITY OF THE PRECORNEAL TEAR FILM (LITERATURE REVIEW)

B.S. Beisenbaeva, A.D. Shaikenova
JSC Kazakh Research Institute of Eye Diseases,
Almaty

Key words: lacrimal gland, functional tests, tear secretion.

The article provides an overview of various functional tests for the study of tear production and stability of the precorneal tear film. Recommendations of the international working group for making the diagnosis the «dry eye» syndrome are given, which emphasize the importance of complaints and anamnesis, the sequence of measurements using traditional and modern technologies.

ТҰЖЫРЫМ

ПРЕОРНЕАЛЬДЫ КӨЗ ЖАС ҚАБЫҒЫНЫҢ ТҰРАҚТЫЛЫҒЫН ЖӘНЕ ТҰРАҚТЫЛЫҒЫН ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Б.С. Бейсенбаева, А.Д. Шайкенова
«Қазақ көз аурулары ғылыми-зерттеу институты» АҚ,
Алматы қаласы

Түйінді сөздер: лакримальды без, функционалдық тесттер, көз жасын бөлу.

Мақалада жасуша түзілуін және прекорнеалды көз жас қабығының тұрақтылығын зерттеуге арналған әртүрлі функционалдық сынақтарға шолу жасалады. Халықаралық жұмыс тобының «құрғақ көз» синдромын қою бойынша ұсыныстары келтірілген, оларда шағымдар мен анамнез жинаудың маңыздылығы, дәстүрлі және заманауи технологияларды қолдана отырып, сынамалар дәйектілігі көрсетілген.

ГРНТИ 76.31.29 : 76.29.56

ПРИМЕНЕНИЕ В-БЛОКАТОРА ТИМАЛОЛА МАЛЕАТА В ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМ

И.А. Долматова, И.Р. Расулов
ТОО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский
институт глазных болезней», г. Алматы

Ключевые слова: гемангиома, В-блокаторы, детский возраст.

Актуальность. Инфантильные гемангиомы - частые сосудистые опухоли среди детей первого года жизни. По данным разных авторов, частота их составляет от 1,1 до 2,6% здоровых новорожденных. Чаще всего инфантильные гемангиомы появляются в первые четыре недели жизни. В первый год жизни их распространённость составляет от 4 до 12%, в три раза чаще - у девочек [1-4].

Большинство инфантильных гемангиом имеют доброкачественное течение, возможно их регрессирование, но они являются источником обеспокоенности родителей по поводу развития каких-либо дефектов зрения.

В современной литературе описаны различные методики лечения гемангиом, такие как химиотерапия с использованием препаратов винкристина и циклофосфамид, ингибиторов ангиогенеза (интерферон альфа 2а), стероидов, радио- или криотерапии, терапевтической эмболизации, применение лазеров, радикальное хирургическое иссечение [5].

Цель - оценить эффективность применения тималола малеата 0,5% в лечении инфантильных гемангиом.

Материал и методы. Материалом для настоящего исследования послужили результаты комплексного обследования 5 пациентов с инфантильной гемангиомой (ИГ).

Исследование проводилось на базе КазНИИ глазных болезней г. Алматы с 2018 по 2019 год. По словам родителей, у всех детей в первые недели жизни на коже периокулярной области появилось красное пятно в виде «звездочки», которое увеличивалось в размерах.

Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее офтальмологический осмотр, сбор анамнеза, в том числе и родительского (morbi,vitae), консультацию педиатра, детского невропатолога, ангиохирурга. При отсутствии противопоказаний для применения β -блокаторов использовали марлевые тампончики, смоченные 0,5% раствором тималола малеата. Тампон должен перекрывать всю поверхность образования. Кратность применения - 3 раза в день с экспозицией 5-10 минут длительностью 1-2 месяца под контролем педиатра и детского невропатолога.

Возраст больных варьировал от 2,0 мес. до 5 лет 9 мес. (4 детей - до 2 лет, 1 ребенок - 5 лет 9 месяцев.). Девочек было 3, мальчиков - 2. У всех больных звездчатое красное пятно на коже века появилось на 3-4 неделе после рождения. У 3 из 5 больных «пятно» быстро увеличивалось в размерах и через 4 месяца достигло 11 мм в диаметре, после чего рост заметно прекратился, у двух больных рост был постепенный, преимущественно, в глубину. Диаметр ИГ составлял 3,5 мм-11 мм, в среднем, 7,2 мм. У всех исследуемых ИГ локализовалась в пределах периокулярной зоны, по данным инструментальных обследований (УЗДГ) собственный кровоток выявлен в 3 случаях из 5, прорастание в толщу тканей более 5 мм выявлено в 1 из 5 случаев. Похожие на ИГ очаги в других зонах выявлены у 1 обследуемого. Гемангиомы возвышались над поверхностью кожи. Сроки наблюдения за каждым больным составили от 2 до 5 месяцев.

Результаты и обсуждение. В процессе лечения у 2 исследуемых (40%) выявлена регрессия ИГ в течение первых 10-12 дней в виде побледнения образования

до почти бесцветного, уменьшения поверхности относительно первичных размеров до $\frac{1}{2}$ площади ИГ, у остальных детей (60%) регрессия отмечалась после 1-1,5 месяцев терапии. Полное исчезновение признаков ИГ (до приобретения нормального цвета и рельефа поверхности кожи) выявлено у 3 детей (60%), коричневая, точечная пигментация сохранялась у 2 обследуемых (40%). Побочных эффектов от проведения местной терапии В-блокаторами не выявлено. Это лечение имеет такую же эффективность, как применение пропранолола перорально, одновременно снижает системные эффекты (брадикардия, гипотония, бронхоспазм, гипогликемия и нарушение баланса электролитов). Эффективность лечения тимололом ИГ, а также связанные с ним побочные эффекты, скорее всего, зависят от локализации, глубины и толщины поражения.

Выводы. Применение аппликаций с раствором β -блокаторов (тималола малеата 0,5%), являющегося неинвазивным методом терапии в лечении поверхностных ИГ, имеющих расположение в деликатных и легко поддающихся травматизации зон лица, показало свою эффективность несмотря на малое количество обследуемых детей, участвующих в исследовании, и малые сроки наблюдения. Предполагается использование тималола малеата местно в качестве альтернативной или вспомогательной терапии для локализованных, поверхностных периокулярных ИГ, которые угрожают развитию амблиопии или вызывают значительную косметическую деформацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Peck J.E. The treatment of hemangiomas // British Med. J. 1974. V. 2. P. 198-200.
2. Kimmer M., Bettex M., Genton N., Stockmann M. Haut und Weichteile, Hamangiome, in Kinderchirurgie Diagnostik, Indikation, Therapie, Prognose, Begrundet von M. Grob. Georg Thieme. New York, NY, USA. 1982; ch. 9.4-9.7. 6. Hochman M., Adams D. M., Reeves T. D. Current knowledge and management of vascular anomalies I: Hemangiomas. Facial Plastic Surgery. JAMA. 2011; 13 (3): 145-151.
3. Bruckner A.L., Frieden I.J. Hemangiomas of infancy. J. Am. Acad. Dermatol. 2003; 48(4): 477-93.
4. Wassef M., Blei F., Adams D., Alomari A., Baselga E., Berenstein A., et al.; ISSVA Board and Scientific Committee. Vascular Anomalies Classification: Recommendations from the International Society for the Study of Vascular Anomalies. Pediatrics. 2015; 136(1): e203-14. doi: 10.1542/peds.2014-3673.
4. North P.E., Waner M., Brodsky M.C. Are infantile hemangiomas of placental origin? // Ophthalmology. - 2002. - Vol. 4, № 109. - P. 633-634.

5. Scientific World Journal. Propranolol in use for treatment of complex infant hemangiomas: literature review regarding current guidelines for preassessment and standards of care before initiation of therapy. Medical School, University of Pécs, Hungary. 2013 May 20; 2013:850193.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ β -БЛОКАТОРА ТИМАЛОЛА МАЛЕАТА В ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМ

И.А. Долматова, И.Р. Расулов

ТОО «Казакский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней» Алматы, Казахстан

Ключевые слова: Гемангиома, В-блокаторы, детский возраст

В статье приведены результаты оценки лечения инфантильных гемангиом (ИГ) с применением аппликаций с раствором β -блокатора (тималола малеата 0,5%). В исследовании принимали участие 5 пациентов ИГ. Результаты проведенного исследования показали, что применение β -блокатора (тималола малеата 0,5%), приводит к регрессии ИГ (изменение цвета, площади, рельефа образования), отсутствию побочного действия препарата на организм. Предполагается использование тималола малеата 0,5% местно в качестве альтернативной или вспомогательной терапии для локализованных, поверхностных периокулярных гемангиом.

ТҰЖЫРЫМ

ИНФАНТИЛЬДІ ГЕАНГИОМ ЕМДЕУІНДЕ β -ТИМАЛОЛА МАЛЕАТА БЛОКАТОРЫН ҚОЛДАНУ

И.А.Долматова, И.Р.Расулов

«Құрмет белгісі» орденді «Қазақ Көз аурулары ғылыми-зерттеу институты» ЖШС Қазақстан, Алматы

Түйінді сөздер: Гемангиома, В-блокаторлары, бала жасы

Мақалада β -блокаторының (тималола малеата 0,5%) ерітіндісінің аппликациясымен қолданудың, инфантильді гемангиомді (ИГ) емдеуді бағалау нәтижесі келтірілген. Зерттеуге ИГ бар 5 науқас қатысқан. Өткізілген зерттеудің нәтижесі: β -блокаторларын (тималола малеата 0,5%) қолдануы, ИГ регрессиясына (түстің, ауданының, рельеф құрылуының өзгеруі) ағзаға дәрі-дәрмектің жанама әсерінің жоқтығын көрсетті. Тималола малеата 0,5% сыртқы периокулярлы гемангиомды таратпау үшін жергілікті альтернативті немесе қосымша терапия ретінде қолдануды ұйғарылады.

SUMMARY

USE OF THE β -BLOCKER TIMOLOL MALEATE IN THE TREATMENT

Dolmatova, I.A., Rassulov, I.R.

Kazakh Research Institute of Eye Diseases of the Order of the Badge of Honor LLP, Almaty, Kazakhstan

Keywords: hemangioma, β -blocker, childhood

The article presents the results of the evaluation of infantile hemangiomas' (IG) treatment with β -blocker solution (timolol maleate 0.5%). Five IG patients took part in the study. We conclude that the use of β -blocker (timolol maleate 0.5%), leads to regression of IG (change in color, area, relief of formation), the absence of side effects of the drug. It is suggested to use timolol maleate 0.5% topically as an alternative or adjuvant therapy for localized, superficial periocular hemangiomas.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМОЙ

М.М. Курмангалиева, Г.Ж. Молдашева, А.Т. Джалмагамбетова
Больница медицинского центра УДП РК, г. Нур-Султан

Ключевые слова: рефрактерная глаукома, дренаж, гипотензивные операции.

Актуальность. В настоящее время глаукома не сдает своих позиций, как одна из основных причин слепоты и слабовидения в развитых странах [1]. Это связано как с многообразием форм данной нозологии, требующих разных подходов к лечению, так и с ее поздней диагностикой. В большинстве случаев лечение глаукомы начинают с подбора местной гипотензивной терапии, целью которой является достижение целевого внутриглазного давления.

Однако, достигнув целевого уровня ВГД, необходимо его сохранять на всю оставшуюся жизнь пациента, осуществляя постоянный мониторинг зрительных функций, состояния зрительного нерва, что не всегда возможно на базе поликлинического звена. Проблемой является также комплаенс - приверженность лечению у больных глаукомой [2], не чувствуя прямого положительного влияния проводимого лечения на свое состояние, иногда испытывая материальные затруднения при регулярном приобретении гипотензивных капель, они либо нарушают рекомендованный режим закапывания, либо производят замену на более доступные, но иногда менее эффективные препараты.

В то же время с связи с большим разнообразием антиглаукоматозных препаратов наблюдается тенденция к уменьшению количества выполняемых гипотензивных операций [3]. С другой стороны, длительное применение гипотензивных капель до операции зачастую приводит к уменьшению продолжительности гипотензивного эффекта операции у больных глаукомой, что, возможно, обусловлено изменением структуры конъюнктивы и склеры под воздействием как самих активных веществ, так и консервантов, входящих в состав капель. Как известно, непосредственной причиной снижения гипотензивного эффекта операций является формирование склеро-склеральных и склеро-конъюнктивальных сращений в зоне перенесенного вмешательства. Эффективность наиболее популярной гипотензивной операции – трабекулэктомии - существенно снижается в отдаленном периоде и зачастую требуется выполнения повторных операций. Однако многими исследователями показано, что последующие операции могут иметь меньший и нестойкий гипотензивный эффект в силу повышенной пролиферативной реакции вновь созданных путей оттока внутриглазной жидкости [4-6].

Выделена разновидность глаукомы, плохо поддающаяся лечению, в том числе хирургическому, это так

называемая рефрактерная глаукома. К ней относят ранее безуспешно оперированных больных, больных со многими видами вторичной глаукомы – неоваскулярной, увеальной и др.

Для усиления и пролонгации гипотензивного эффекта антиглаукомных операций предложено большое количество различных дренажей. Их применение наиболее целесообразно у больных с рефрактерной глаукомой. Все многообразие дренажей сводится к трем основным типам. Дренажи-сетоны, препятствующие адгезии и последующему срастанию поверхностного и глубокого склеральных лоскутов (коллагеновые, полиуретановые, силиконовые и др.), шунты – дренажи, обеспечивающие пассивный отток внутрикамерной влаги в субконъюнктивальное и супрахориоидальное пространство (импланты Молтено, Барвелд) и клапанные дренажи, обеспечивающие регулируемый отток водянистой влаги (клапаны Крупина-Денвера, Ахмеда и др.).

Одним из сдерживающих моментов для широкого применения импортных дренажей является их высокая стоимость. Более доступным альтернативным сетон-дренажем была в свое время разработанная нами полиуретановая пленка, имевшая хорошую биосовместимость с тканями глаза и длительный срок биодеградации [7].

В США в период с 1994 по 2012 годы частота использования глаукомных дренирующих устройств выросла до 231% [8]. Имеющиеся в литературе многочисленные работы по хирургии глаукомы приводят различные данные по эффективности применения дренажей, а также их безопасности [8-9].

Целью исследования явилось изучение эффективности гипотензивных операций у больных глаукомой с применением дренажей в сравнении с традиционной трабекулэктомией.

Материал и методы исследования. Исследование было ретроспективным. Проведен анализ гипотензивных операций, выполненных в течение 5 лет на базе Больницы медицинского центра УДП РК. Всего было прооперировано 98 пациентов (102 глаза). В 77 случаях была выполнена трабекулэктомия с дренажами, в 21 - стандартная трабекулэктомия по Cairns, в 4 случаях - имплантация express дренажа без трабекулэктомии. При трабекулэктомии в переднюю камеру через парацентез вводился вискоэластик, что позволило избежать интраоперационных осложнений и резкой гипотонии. Средний возраст больных составил 63,5 + 3,3 года. Среди них было больше мужчин - 68 человек, соответственно женщин - 30. В большинстве случаев наблюдалась первичная открытоугольная глаукома - на 85 глазах, на 10 - первичная закрытоугольная, на 3 трех - юношеская, на двух - вторичная увеальная, на двух - неоваскулярная. Развитая стадия глаукомы отмечалась на 60 глазах, далекозашедшая - 42. В предоперационном периоде больные получали различные гипотензивные

капли, наиболее часто - комбинированные - азарга и дорзасопт (28%). В послеоперационном периоде назначались противовоспалительные капли: в течение месяца - дексаметазон 0,1% по убывающей схеме и одну неделю - антибактериальные капли, а также с мидриатик - тропикамид 1% в течение 1-2 недель.

Больные были разделены на две группы: первая группа - основная, включала пациентов, которым были выполнены гипотензивные операции с применением дренажей, во вторую (контрольную) вошли больные, которым была выполнена только трабекулэктомия. В основной группе на 10 глазах операции были выполнены у ранее оперированных по поводу глаукомы больных (16%), на 11 глазах отмечались псевдоэксфолиации, на 7 глазах - артификация. В контрольной группе псевдоэксфолиативный синдром был отмечен на 3 глазах, артификация - на 4. Таким образом, в основной группе было больше больных с рефрактерной глаукомой.

Результаты исследования. В таблице представлено до- и послеоперационное внутриглазное давление у больных глаукомой в основной и контрольной группах. Во всех случаях отмечалось снижение ВГД после гипотензивных операций. Во время операций осложнений не отмечалось. В раннем послеоперационном периоде у всех больных на глазах с имплантированными дренажами отмечалась умеренно выраженная воспалительная реакция не зависимо от вида дренажа.

Таблица 1 – Послеоперационное ВГД у больных с глаукомой

Группа больных	ВГД до операции	ВГД после операции	ВГД через месяц	ВГД через год
ТЭК+дренаж	32,63±12,86	8,76±4,35	18,75±3,35	17,02±3,82
ТЭК	33,4±13,11	10,1±5,25	19,7±2,55	16,3±3,67

ВГД в послеоперационном периоде в обеих группах было практически на одном уровне (разница не достоверна). Однако в основной группе отмечалась более частая офтальмогипертензия, в связи с чем в 10 случаях (13%) в раннем послеоперационном периоде был выполнен нидлинг - ревизия зоны операции с помощью инсулиновой иглы и введение дексаметазона в субсклеральное пространство. Это, возможно, связано с тем, что в первой группе 16 больных имели в анамнезе гипотензивные операции и, соответственно - послеоперационные рубцовые изменения конъюнктивы и склеры, синехии в зоне зрачка. Причем чаще в нидлинге нуждались пациенты с дренажем репегель (8 случаев - 20,5%), чем в подгруппе пациентов с имплантированным дренажем глаутекс (1 случай - 6,7%). В контрольной группе нидлинг

потребовался лишь в двух случаях (8,7%). В основной группе наблюдался один случай обнажения дренажа-репегель, потребовавший его удаления. Учитывая данный факт, репегель, возможно, рекомендуется имплантировать больным с более сохранной конъюнктивой.

Выводы. Таким образом, проведенное сравнительное исследование позволяет считать применение современных глаукомных дренажей - (express дренаж, глаутекс и репегель) эффективным и безопасным инструментом нормализации офтальмотонуса. Однако, проведение повторных гипотензивных операций увеличивает риск избыточного рубцевания и снижает шансы на успех в отдаленном периоде. Применение в раннем послеоперационном периоде нидлинга позволяет усилить и пролонгировать гипотензивный эффект антиглаукомных операций в случае избыточного рубцевания и повышения офтальмотонуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фабрикантов О.Л., Николашин С.И., Пирогова Е.С. Хирургия рефрактерной глаукомы – показания, осложнения, исходы //Вестник Тамбовского университета,2016.- С.204-206.
2. Чупров А.Д., Гаврилова И.А. Сравнительная эффективность применения различных дренажей при рефрактерной глаукоме // Глаукома. 2010.- № 3.-С.41-44.
3. Алексеев И.Б., Самойленко А.И., Айларова А.К. Пролонгация гипотензивного эффекта антиглаукомной хирургии //Клиническая офтальмология.- Т. 19.- № 2.- 2019.- С.93-97.
4. Нероев В.В., Быков В.П., Кваша О.И., Белевцева Т.А. Хирургическое лечение глаукомы путем микродренирования //Обзор литературы.- Клиническая офтальмология.- Т. 10.- №3.- 2009.- С.113-116.
5. Степанов А.В., Гамзаева У.Ш. Дренажная хирургия глаукомы //Российская педиатрическая офтальмология.- 2016.- Т. 11.- № 3.-С.158-164.
6. Еричев В.П., Бессмертный А.М., Василенкова Л.В. и др. Возможности дренажной хирургии // Глаукома: теории, тенденции, технологии.- НРТ клуб России, 2006: Сб.ст.-С.356-360.
7. Курмангалиева М.М., Батырбеков Е.О. Клинико-экспериментальное обоснование применения полиуретанового дренажа в хирургическом лечении больных глаукомой // Журнал «Фармация Казахстана».-Алматы, 2003.-№ 10.- С.34-36.
8. Arora KS, Robin AL, Corcoran KJ, Corcoran SL, Ramulu PY. Use of various glaucoma surgeries and procedures in medicare beneficiaries from 1994 to 2012.-Ophthalmology.-2015; 122:1615–24.
9. Wang J, Barton K. Aqueous shunt implantation in glaucoma. Taiwan Journal of Ophthalmology, 01 Jul 2017, 7(3):130-137.

РЕЗЮМЕ

Результаты хирургического лечения пациентов с рефрактерной глаукомой

М.М. Курмангалиева, Г.Ж. Молдашева, А.Т. Джалмагамбетова
г. Нур-Султан, БМЦ УДП РК

Проведено сравнительное исследование хирургического лечения больных глаукомой с применением различных видов дренажей. Исследование было ретроспективным. Группа сравнения включала пациентов, которым была выполнена стандартная трабекулэктомия без дренажа.

SUMMARY

Results of surgical treatment of patients with refractory glaucoma

Kurmangaliyeva M.M., Moldasheva G.Z., Zhalmagambetova A.T.
Nur-Sultan, Medical center hospital of the PAA RK

The comparative study of surgical treatment of patients with refractory glaucoma with usage of different types of drainage devices was done. It was retrospective study. The comparative group included patients to whom only standard trabeculectomy was done.

ТҰЖЫРЫМ

Рефрактерлі глаукомасы бар науқастарды хирургиялық емдеу нәтижелері

Құрманғалиева М.М., Молдашева Г.Ж., Джалмагамбетова А.Т.
Нұр-Сұлтан, ҚР БДЖ БЖК

Дренаждың әртүрлі түрлерін қолдана отырып, глаукомасы бар науқастарды хирургиялық емдеуді салыстырмалы зерттеу жүргізілді. Зерттеу ретроспективті болды. Салыстыру тобына дренажсыз стандартты трабекулэктомия жасалған науқастар кірді.

ЦИКЛОСПОРИН А – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

Б.И. Иссергепова

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

В 2007 году (TFOS, Международное общество экспертов по изучению слезной пленки и глазной поверхности) опубликовало доклад Международной Рабочей группы TFOS по «сухому глазу», который стал широко известен как TFOS DEWS (Dry Eye Workshop). В 2017 году был опубликован отчет TFOS DEWS II, доклад II Международной Рабочей группы TFOS по «сухому глазу» с обновленными данными, выводами и рекомендациями.

Согласно определению DEWS II синдром «сухого глаза» (ССГ) – это мультифакториальное заболевание глазной поверхности, характеризующееся нарушением гомеостаза слезной пленки и сопровождающееся симптомами, среди которых нестабильность слезной пленки и ее гиперосмолярность, воспаление глазной поверхности и ее повреждение, а также нейросенсорные нарушения играют этиологическую роль [1].

TFOS DEWS II рекомендовал двухслойную модель слезной пленки, которая имеет липидный слой, перекрывающий водно-муциновый слой [3]. Рабочая группа также определила 2 формы ССГ: с недостаточностью водного компонента слезы (aqueous-deficient dry eye, ADDE) и с повышенной испаряемостью слезы (evaporative dry eye, EDE) [1].

Значительный вклад доклада TFOS DEWS состоит в содержащемся в нем предположении, что ССГ любого типа независимо от первопричины прогрессирует до общего конечного пути, в котором гиперосмолярность слезы и цепь

воспалительных реакций создают порочный круг, который приводит к хронизации ССГ [4].

Традиционное клиническое обследование пациента с ССГ складывается из обзора жалоб и анамнеза, ориентированного на выяснение возможных причин развития ССГ, а также тщательного осмотра с помощью щелевой лампы свободного края век, роговицы и конъюнктивы. Кроме того, диагностический алгоритм включает в себя специфические для ССГ тесты: Ширмера, Норна, LIPCOF.

Учитывая патогенетический тип ССГ, степень проявлений субъективных и объективных признаков, TFOS DEWS II был разработан алгоритм ведения пациента, состоящий из 4 этапов (рис. 1).

Каждый последующий этап предположительно наступает при неэффективности предыдущего. На всех представленных этапах рекомендуется использование препаратов слезы в соответствии со степенью вязкости, наличием или отсутствием консерванта и целевым воздействием на определенный слой слезной пленки: липидный либо водно-муциновый.

Анализируя ситуацию с алгоритмом ведения пациентов с ССГ в Казахстане, необходимо отметить, что в РК не зарегистрированы витальные красители, тест-полоски Ширмера, окклюдеры; сыворотка широко не применяется. Таким образом, в арсенале врача амбулаторного приема имеется, в основном, только щелевая лампа и широкий арсенал препаратов слезы.

Указывая в диагнозе синдром сухого глаза и назначая слезозаместительную терапию, необходимо документально указать на имеющиеся характерные жалобы, отметить состояние век в случае имеющейся дисфункции мейбомиевых желез (ДМЖ), высоту и равномерность слезного мениска, параллельные складки конъюнктивы LIPCOF (lid parallel conjunctival folds).

На сегодняшний день препараты слезы в РК представлены в 11 клинических протоколах (КП) диагностики и лечения:

1	конъюнктивит
2	кератит
3	язва роговицы
4	термические и химические ожоги, ограниченные областью глаза и его придаточного аппарата
5	кератоконус
6	аномалии рефракции
7	кератопатия
8	рубцы и помутнения роговицы
9	катаракта
10	глаукома первичная
11	глаукома вторичная

Необходимо отметить, что во всех предыдущих версиях КП «Катаракта» и «Глаукома» препараты слезы не были представлены, они были включены в актуализированном варианте 2017 года.

В 2019 г. в КП «Дакриоаденит. Другие болезни слезной железы. Эпифора» впервые включен препарат Циклоспорин А для лечения тяжелых форм болезни сухого глаза. Этот препарат рекомендован всеми современными международными руководствами по лечению болезни / синдрома сухого глаза средней и тяжелой степени.

Принципиальным отличием данного лекарственного средства (ЛС) является противовоспалительное действие, учитывая воспалительный компонент в многофакторном патогенезе развития Болезни сухого глаза. Данный препарат – цитостатик - оказывает местное противовоспалительное действие, назначается длительный период (3-6 мес.) и не является препаратом слезы либо альтернативой слезозаместительной терапии, применяется одновременно.

В начале 2020 г. Циклоспорин А в виде катионной эмульсии Икервис зарегистрирован в РК. Специалистами КазНИИ ГБ проведены обучающие вебинары для врачей-офтальмологов Казахстана, в марте 2020 г. проведен совместный вебинар с участием зав. отделом патологии роговицы ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», Одесса, д.м.н. проф. Дрожжиной Г.И.; к.м.н., доцента кафедры офтальмологии НМУ им. А.А. Богомольца, Киев, Деряпа И.В.

В декабре проведен международный Экспертный Совет по проблемам синдрома сухого глаза в Казахстане, Беларуси, Украине по опыту применения Икервис, где была принята Резолюция по вопросам тактики диагностики, ведения пациентов с ССГ с акцентом на включение принципиально нового препарата Циклоспорина А.

Основным показанием к применению Икервис согласно инструкции является лечение тяжелых степеней ССГ, нитчатого кератита. Экспертами по проблемам передней глазной поверхности был представлен опыт применения препарата Икервис как в лечении ССГ, так и успешные результаты лечения off label отдельных случаев розацеа-кератита, хронических рецидивирующих кератоконъюнктивитов, в т.ч. аллергических. Специалистами КазНИИ ГБ были предложены рекомендации для практических врачей

по алгоритмам применения Циклоспорина А (Икервис) пациентам с нитчатым кератитом.

В качестве примера успешного применения Икервис в лечении тяжелой степени сухого глаза представлен **клинический случай**. Пациентка К., 56 лет, в течение последних 3-4 лет страдающая выраженным синдромом сухого глаза без сопутствующих офтальмологических заболеваний. Начало появления жалоб пациентка связывает с менопаузой, соматически здорова, при обследовании показатели лабораторных анализов, в т.ч. ревмопробы – в пределах нормы, осмотрена ревматологом – без патологии. Работала бухгалтером, зрительная нагрузка за компьютером сопровождалась усилением дискомфорта, пациентка использовала практически все доступные препараты слезы, в последний год кратность применения достигала каждые 2 часа в дневное время, периодически появлялся выраженный болевой синдром, лечилась в разных клиниках с использованием инстилляций: антибиотиков фторхинолонов, аминогликозидов, тетрациклиновой мази, противовирусных, противоаллергических препаратов, НПВС, глюкокортикостероидов (ГКС), витаминов и т.д. Периодически назначался массаж век, тепловые процедуры, курсы Омега-3 на 1-3 месяца. Со слов пациентки, закапывание любых капель усиливает чувство жжения, применение гелевых препаратов слезы усиливает болевой синдром.

На момент осмотра: VIS OD - 0,7 н/к VIS OS - 0,8 н/к. Тп норм., бесконтактно недостоверно. OD: веки не изменены, рост ресниц правильный, смыкание век полное, ДМЖ 1 при надавливании на край века появляется пастообразный

желто-белый плотный секрет. Легкая гиперемия бульбарной и тарзальной конъюнктивы, при вывороте верхнего века – в пределах нормы, конъюнктивальные своды свободные, отделяемое – скудное слизистое. Роговица прозрачная, эпителий тусклый, шероховатый, в параоптической зоне имеются единичные тонкие слизистые нити, одним концом фиксированные к эпителию, свободно перемещающиеся по поверхности роговицы при моргательных движениях, в нижнем полюсе слизистые нити скручены в слизистые узелки, выступающие над поверхностью роговицы. П/камера – средняя, влага прозрачная, зрачок 3 мм, фотореакция живая, радужка не изменена, факосклероз. Глазное дно: ДЗН

бледно-розовый, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменены, макулярный рефлекс четкий.

OS: веки не изменены, рост ресниц правильный, смыкание век полное, LIPCOF 1, ДМЖ 1 при надавливании на край века появляется пастообразный желто-белый плотный секрет. Незначительная гиперемия бульбарной и тарзальной конъюнктивы, при вывороте верхнего века – в пределах нормы, конъюнктивальные своды свободные, отделяемого нет. Роговица прозрачная, эпителий тусклый, шероховатый, в параоптической зоне имеются единичные тонкие короткие слизистые нити, одним концом фиксированные к эпителию, свободно перемещающиеся по поверхности роговицы при моргательных движениях. П/камера – средняя, влага прозрачная, зрачок 3 мм, фотореакция – живая, радужка не изменена, факосклероз. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменены, макулярный рефлекс четкий.

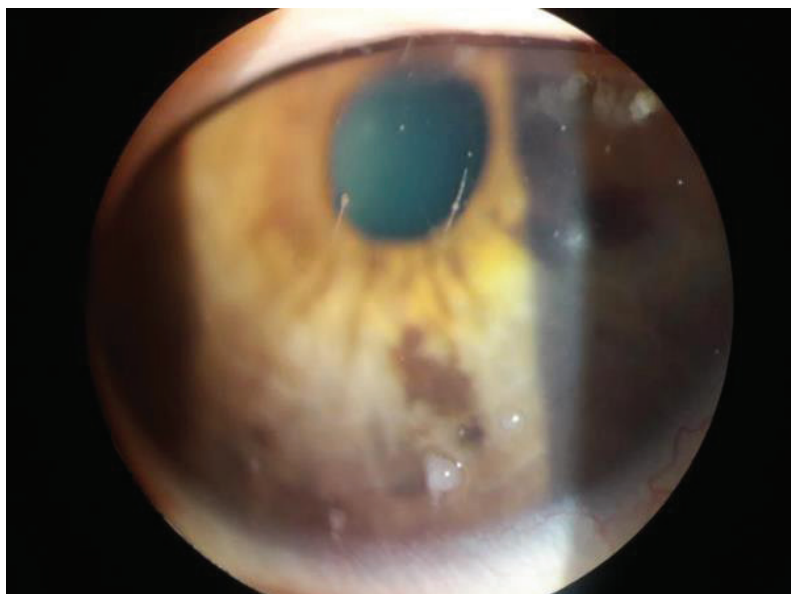


Рисунок 2. Пациентка К. с явлениями нитчатого кератита на момент обращения в КазНИИГБ

Оценка жалоб и факторов риска согласно опроснику OSDI составила 42 балла. Тест Ширмера: OD – 4 мм, OS – 4 мм. Тест Норна: OD - 4 сек., OS - 5 сек. Окрашивание флуоресцеином бульбарной конъюнктивы в виде единичных пятен с височной стороны, точечное окрашивание в виде 2-3 пятен OD, OS - незначительные единичные точечные окрашивания. Интервал между каждым видом теста составлял 5-10 минут.

Исходя из жалоб, данных анамнеза, клинической картины и специфических проб, пациентке был поставлен диагноз: OU - нитчатый кератит. Синдром сухого глаза тяжелой степени. Отменены все предшествующие препараты кроме препарата слезы, содержащего гиалуронат

натрия 0,2% без консерванта 6 р. в день в режиме постоянного использования. Учитывая наличие единичных зон окрашивания роговицы, дексаметазон был назначен в разведении Милидекс (Бржеский В.В., 2012) Слеза натуральная (Alcon) 15мл + дексаметазон KRKA 0,5 по убывающей схеме:

4 р. в день	5 дней
3 р. в день	5 дней
2 р. в день	7 дней
1 р. в день	10 дней

Через 2-3 недели лечения отмечалось улучшение субъективного и объективного статуса в виде купирования жалоб и купирования явлений нитчатого кератита.

Таким образом, большое значение имеет своевременность старта терапии Циклоспорином А: оптимальным периодом является переход с завершающих стадий топических ГК на «спокойном» глазу не в острый период, при полной эпителизации роговицы. Пациентка изначально

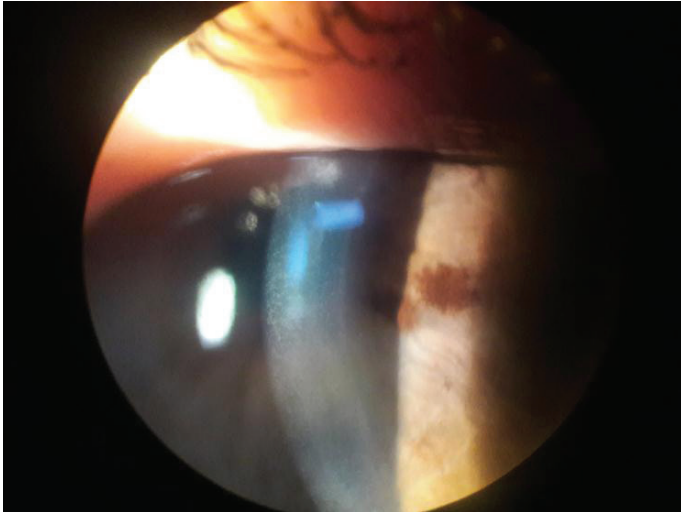


Рисунок 3. Пациентка К. на фоне завершения инстилляций ГКС и начала инстилляций Икервис

была проинформирована о диагнозе, тяжести состояния, необходимости назначения препарата Циклоспорин А, высокой стоимости, целях лечения – стабилизация процесса, длительности – минимум 3 мес., оптимально – 6 мес., необходимости посещать окулиста каждую неделю первый месяц, ежемесячно – последующие 3 мес., необходимости продолжения инстилляций препарата слезы 6 раз в день в первые месяцы с возможным уменьшением кратности до 4 раз через 3-6 месяцев.

В течение 5 месяцев лечения у данной пациентки не отмечалось побочных эффектов, аллергических реакций, хотя первые инстилляции препарата сопровождались сильным жжением, со слов пациентки, «как будто капнули луковый сок». Необходимо учитывать, что наиболее патогномичным признаком ССГ является характерная жалоба пациентов на усиление чувства жжения при инстилляциях любых капель, включая некоторые препараты слезы. Данную особенность необходимо учитывать, назначая закапывание Икервис через 5-10 минут после увлажнения базовым препаратом слезы, после данной рекомендации неприятные ощущения не наблюдались весь период лечения.

Объективно на фоне лечения препаратом Циклоспорин А отмечалась положительная динамика в виде полно-

го купирования проявлений нитчатого кератита, на 5 мес. лечения проведены контрольные тесты по ССГ. Оценка жалоб и факторов риска согласно опроснику OSDI на фоне лечения составила 16 баллов. Тест Ширмера: OD – 7 мм, OS – 8 мм. Тест Норна: OD - 6 сек., OS - 8 сек. Флюоресцеиновая проба - отрицательная, эпителизация полная по всей поверхности роговицы и конъюнктивы.

Таким образом, назначение препарата Циклоспорин А требует определенного подхода к ведению пациентов с ССГ:

- обязательная документация, регистрация диагностических проб;
- Икервис не является альтернативой препаратам слезы, назначается параллельно;
- возможность регулярного мониторинга пациента;
- возможность мониторинга толщины роговицы;
- этапность перехода от местных инстилляций титрованных растворов кортикостероидов в низких концентрациях к Циклоспину А;
- назначение Циклоспорина А при отсутствии язвенного дефекта, признаков инфицирования. При полной эпителизации!
- обязательное рецептурное назначение препарата;
- исключить полипрагмазию

Своевременное, патогенетически ориентированное применение Циклоспорина А в лечении тяжелой степени синдрома сухого глаза позволяет улучшить качество жизни пациентов, предотвратить возможные осложнения; пролонгированное действие позволяет добиться стойкого продолжительного эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. TFOS DEWS II Definition and Classification Report. *The Ocular Surface* 15 (2017) 276-283.
2. TFOS DEWS II Epidemiology Report: *The Ocular Surface* 15 (2017) 334-368.
3. TFOS DEWS II Tear Film Report. *Ocul Surf.* 2017 July; 15(3): 366-403.
4. TFOS DEWS II Pathophysiology report. *The Ocular Surface* 15 (2017) 438-510.
5. TFOS DEWS II Report Executive Summary. *The Ocular Surface* 15 (2017) 802-812.
6. Baudouin C., Labbe A., H. Liang, A. Pauly, and F. Brignole-Baudouin, "Preservatives in eyedrops: the good, the bad and the ugly," *Progress in Retinal and Eye Research*, vol. 29, no. 4, pp. 312-334, 2010.
7. Jones L, et al. TFOS DEWS II Management and Therapy Report. *The Ocular Surface* 2017; 15(3): 580-634.
8. Lallemand F et al. Successfully improving ocular drug delivery using the cationic nanoemulsion, *Novasorb. J Drug Deliv.* 2012:604204.

9. Бржеский В.В., Егорова Г.Б., Егоров Е.А. Синдром «сухого глаза» и заболевания глазной поверхности. Клиника, диагностика, лечение.- «ГЭОТАР-Медиа», 2016.

10. Пронкин И.А., Майчук Д.Ю. Увлажняющие препараты на основе гиалуроновой кислоты в лечении синдрома сухого глаза / Российский офтальмологический журнал. - 2016.- № 4. – С.3-8.

11. Holland EJ, Darvish M, Nichols KK, Jones L, Karpecki PM. Efficacy of topical ophthalmic drugs in the treatment of dry eye disease: A systematic literature review. Ocul Surf 2019; 17: 412–423.

12. de Paiva CS, Pflugfelder SC, Ng SM, Akpek EK. Topical cyclosporine A therapy for dry eye syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2019; 9: CD010051.

13. Uwe Pleyer. If Artificial Tears Aren't Enough. The Importance of Inflammatory Processes in Dry Eye Disease. Practical Aspects of an Anti-Inflammatory Therapy of Dry Eye Disease. Klin Monbl Augenheilkd. 2020 May; 237(5):655-668.

14. OAI-PMH ID: oai:eyepress.ru:article43148.

РЕЗЮМЕ

ЦИКЛОСПОРИН А – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

Б.И. Иссергеева

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней

Ключевые слова: синдром сухого глаза, Циклоспорин А, нитчатый кератит

В статье представлены современные подходы к тактике ведения пациентов с синдромом сухого глаза согласно рекомендациям Международной Рабочей группы TFOS (Tear Film and Ocular Surface Society) DEWS (Dry Eye Workshop) по «сухому глазу» 2017 г. Представлен положительный опыт применения топического цитостатика Циклоспорин А с практическими рекомендациями по его применению.

SUMMARY

CYCLOSPORIN A - CURRENT TRENDS IN TREATMENT SEVERE DRY EYE SYNDROME

Issergeeva B.I.

Kazakh Research Institute of Eye Diseases

Key words: dry eye syndrome, Cyclosporin A, filamentous keratitis

The article presents modern approaches to the management of patients with dry eye syndrome, according to the recommendations of the International Working Group TFOS (Tear Film and Ocular Surface Society) DEWS (Dry Eye Workshop) on «dry eye» 2017. A positive experience with the use of topical cytostatic Cyclosporin A with practical recommendations for its use are presented.

ТҰЖЫРЫМ

ЦИКЛОСПОРИН А - ЕМДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫ ҚАТТЫ ҚҰРҒАҚ КӨЗ СИНДРОМЫ

Б.И. Иссергеева

Қазақ көз аурулары ғылыми-зерттеу институты

Түйінді сөздер: құрғақ көз синдромы, циклоспорин А, жіп тәрізді кератит

Мақалада TFOS (Tear Film and Ocular Surface Society) Халықаралық жұмыс тобының DEWS (Dry Eye Workshop) 2017 жылғы «құрғақ көз» бойынша ұсыныстарына сәйкес құрғақ көз синдромы бар науқастарды басқару тактикасына заманауи тәсілдер ұсынылған. Жергілікті цитостатикалық Циклоспорин А-ны қолданудың практикалық ұсыныстарымен қолданудың оң тәжірибесі келтірілген.

СТРУКТУРНО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Маханбетжанова А.К.¹, Ахмадьярова Б.С.², Баймуханова Г.Е.³, Токсамбаева Д.Е.³ Шустеров Ю.А.²

Ретинопатия недоношенных (РН) – это тяжелое витреоретинопатическая патология глаза, развивающаяся только у недоношенных младенцев, под воздействием ряда факторов, нарушающих нормальное созревание сосудов сетчатки [1]. По данным ВОЗ (2007г.), слепота вследствие РН встречается у 60 человек на 10 млн. в развитых странах и у 450 человек на 10 млн. в развивающихся странах [2]. «Перинатальный период - начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г.) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения». [3]

На сегодняшний день в Республике Казахстан наблюдается увеличение рождаемости недоношенных детей и соответствующее увеличивается РН. По данным АО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней», заболеваемость РН за период с 2012 по 2015гг. составила в среднем 38,4%. [2]. На сегодняшний день актуальных данных по частоте заболеваемости РН в Карагандинской области нет, что подтверждает актуальность и значимость исследования.

Цель исследования: провести структурно-эпидемиологический анализ РН в Карагандинской области, за 2018 год.

Материалы и методы. В соответствии с данными КГП «Управление здравоохранения Карагандинской области» в 2018 году в регионе родилось 22911 детей, из них 1202 недоношенных. [4] Согласно клиническому протоколу Министерства здравоохранения Республики Казахстан №27 от «15» сентября 2017 года, обязательному офтальмологическому скринингу подлежат все недоношенные новорожденные, рожденные с массой тела до 2000 грамм и гестационным возрастом до 34 недель и новорожденные, рожденные с массой тела более 2000 грамм, с отягощенным пери- и неонатальным анамнезом, тяжелым соматическим состоянием и имеющие признаки высокого риска развития ретинопатии недоношенных (наличие одного из выше перечисленных критериев достаточно для отбора ребенка в группу скрининга)[5]. Таким образом 1117 недоношенных детей подлежали офтальмологическому скринингу. Ретроспективно нами было изучено 207 результатов скринингового осмотра недоношенных детей за 2018 год на базе родильных домов г.Караганды: «КГП Областной перинатальный центр», КГП «Перинатальный центр г. Караганды» и родильное отделение КГП «Област-

ная клиническая больница» г.Караганды.

Всем детям проведена офтальмоскопия непрямым бинокулярным офтальмоскопом OMEGA 500 по общей установленной методике с использованием мидриатических препаратов (комбинация препаратов в виде глазных капель 2,5% фенилэфрин и 1% циклопентолат (2-кратные инстилляции с интервалом 10 мин.) После достижения полного мидриаза, за веки устанавливали детский блефаростат, проводили офтальмоскопию. Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерной программы MS Excel 2007, для Windows 8.

В 2015 году с помощью доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондент НАН РК, офтальмологом Ботабековой Т. К. и Благотворительного фонда «Кус Жолы» было приобретено 10 офтальмологических хирургических лазеров на РК. Один из лазеров получило Карагандинская область. Был поставлен офтальмологический хирургический лазер Solitaire LP 4532, Ellex Medical PTY Ltd, Австрия в «Областном перинатальном центре» г.Караганды, и подготовлен врач-специалист Баймуханова Г. Е. которая прошла необходимые специализации на базе КазНИИ глазных болезней г.Алматы.

Результаты: Процент недоношенных детей прошедших скрининговый осмотр за 2018 год осмотрено 207 детей, из них преобладали мальчики в 53.6% (n=111), девочки - 46.4% случаев (n=96). Средняя масса тела составила 1587±30,01 грамм. Средний гестационный возраст составил 31±0,17 недель.

Случаи были ранжированы по исследуемым признакам: масса тела, пол, гестационный возраст, стадия и исход РН.

Таблица 1. Распределение по массе тела и половому признаку

Масса тела							
менее 1000 грамм		1000-1499 грамм		1500-2499 грамм		2500 грамм	
15,9 % (n=33)		26,6 % (n=55)		53,6 % (n=111)		3,9 % (n=8)	
Пол							
Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
33,3% (n=11)	66,7% (n=22)	47,3% (n=26)	52,7% (n=29)	62,2% (n=69)	37,8% (n=42)	62,5% (n=5)	37,5% (n=3)

Наибольшее количество детей - 53,6% (n=111), прошедших скрининг по РН имели массу в пределах от 1500 до 2499 грамм, из них 62,2% (n=69) мальчиков и 37,8% (n=42) девочек. (Табл.1).

Большинство недоношенных детей, 57% случаев (n=119) были в гестационном сроке развития соответствовавшему 30-33 неделям. Наименьшее количество - 19% случаев (n=39) были рождены в сроке 34-36 недели (Рис.1).

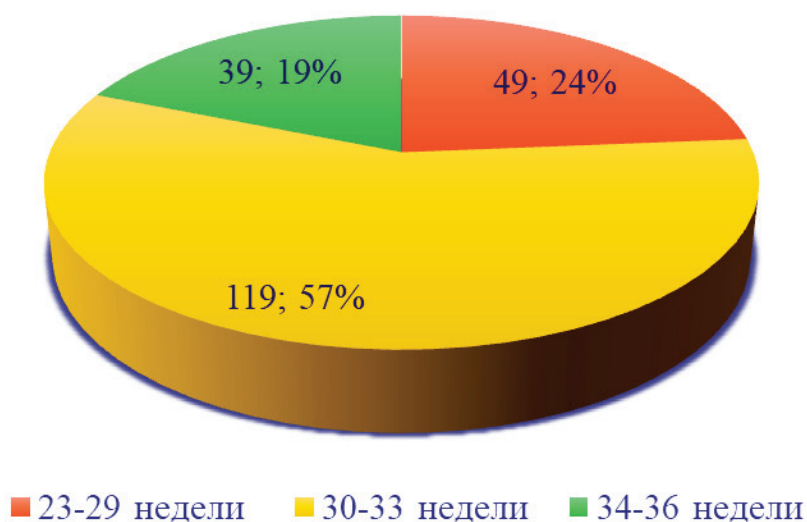


Рисунок 1. Гестационный возраст детей с РН

Стадию РН выставляли в соответствии с результатами офтальмоскопии. Таким образом стадия незрелости сетчатки выявлена в 59,4% случаев (n=123), офтальмоскопическими критериями которой являются: отсутствие активности сосудов на сетчатке глаза, морфофункциональная незрелость в разных зонах. В 9,7% (n=20) отмечена РН I стадии на основании отсутствия активности сосудов на сетчатке глаза, наличия демаркационной линии. РН II стадии выявлена в 14,9 % случаях (n=31) у которых, помимо отсутствия активности сосудов на сетчатке глаза, отмечены артериовенозные шунты по периферии сетчатки, упирающиеся в сформировавшуюся демаркационную линию, сформировавшийся демаркационный вал. Офтальмоскопические признаки

такие как, наличие активности сосудов различной степени во второй-третьей зоне, артериовенозные шунты, упирающиеся в сформировавшийся демаркационный гребень соответствует III стадии РН, подобная картина глазного дна наблюдалась в 12,1% случаев (n=25), среди которых во второй и третьей зоне отмечался массивный раздвоенный демаркационный гребень с выраженной сосудистой активностью, протяженностью от 6-ти до 12-ти часовых меридианов и аваскулярные ишемизированные зоны за демаркационным гребнем. У 3,9% (n=8) недоношенных детей диагностирована неблагоприятная форма активной РН - задняя агрессивная ретинопатия недоношенных (ЗАРН), при которой высок риск отслойки сетчатки и как следствие необратимой слепоты. В данной группе наблюдалась выраженная сосудистая активность на сетчатке, с резкой вазодилатацией, извитость, образование мощных сосудистых аркад по всей окружности сетчатки, чаще в 1-2 зоне, множественные кровоизлияния и экстраретинальная пролиферация (Рис. 2).

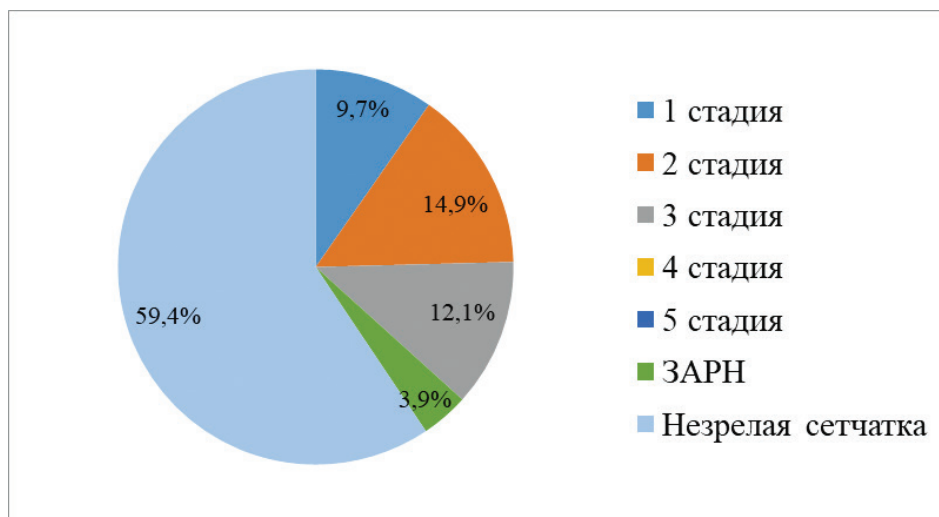


Рисунок 2. Распределение в зависимости от стадии РН

Таблица 2. Исходы РН

Стадия РН	Незрелая сетчатка	1 стадия	2 стадия	3 стадия		ЗАРН
Исход	59,40%	9,70%	14,90%	3,90%	8,20%	3,90%
	Созревание сетчатки	Саморегресс			Саморегресс после ТЛКС	

У 59,4% случаев с РН в стадии незрелой сетчатки наблюдался наиболее 100% благоприятный исход – созревание сетчатки. Среди 9,7 % детей с РН в 1 стадии и 14,9% детей с РН 2 стадией также отмечен 100% благоприятный исход - саморегресс, среди 12,1% детей с РН 3 стадии саморегресс отмечен в 3,9% случаев (n=8). Оставшимся 8,2% детей с РН 3 стадией и 3,9% детей с ЗАРН проведено оперативное лечение. (Табл.2).

После назначенных врачом-ретинологом лечения и рекомендаций, таких как: повышение уровня гемоглобина в крови, прибавление в массе тела и ежедневном нахождении на свежем воздухе, состояние сетчатки у детей с незрелой стадией и в начальных стадиях РН постепенно перешли в стадию созревания сетчатки. Контроль созревания сетчатки велся офтальмоскопически, по таким критериям как, активность сосудов сетчатки и созревания сетчатки.

При офтальмологическом осмотре недоношенных детей, в 1 - 2 стадиях (28,5%, n = 59), и 3 стадии РН (3,9%, n=8), после строгого соблюдения всех рекомендаций, были выявлены признаки саморегресса: легкая демаркационная линия и прорастание ретинальных сосудов за нее.

В ходе наблюдения за недоношенными детьми по Карагандинской области, прошедшими скрининговый осмотр, было проведено оперативное лечение - транспупиллярная лазеркоагуляция сетчатки среди детей, находящихся в 3 стадии (8,2%, n = 17) и ЗАРН (3,9%, n = 8). При офтальмоскопии после оперативного вмешательства отмечаются элементы пролиферации в стадии неполного рассасывания,

прорастание ретинальных сосудов в зону коагуляции, беловато – серые лазеркоагуляты, в стадии начальной пигментации, размыкание артерио-венозных шунтов.

Заключение: Проблема РН является одной из самых актуальных в офтальмологии и неонатологии уже на протяжении 60 лет, прошедших с момента первого описания этого заболевания (Terry, 1942 г.). Интерес к данной проблеме не только не снижается, но, напротив, растет, увеличивается и ее социально-экономическое и этическое значение. [6]

После принятых изменений в законодательстве РК от 27 августа 2007г. №520, к числу недоношенных было отнесено большее число новорожденных детей. Спустя 10 лет издано Приложение к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 августа 2017 года № 669, о проведении офтальмологического скрининга недоношенных новорожденных, которые относятся к группе риска по развитию ретинопатии у недоношенных. Врачом-ретинологом проводится по алгоритму проведения офтальмологического скрининга недоношенных.

Остается актуальным вопрос эпидемиологического надзора над ситуацией по РН по Республики Казахстан и регионам. Открыты вопросы по обеспеченности кадровыми ресурсами и оснащенности необходимым оборудованием (налобным бинокулярным офтальмоскопом, широкопольной ретиальной камеры для диагностики РН, лазерной установки для коагуляции сетчатки для лечения РН).

Выводы: Офтальмологический скрининговый осмотр в 2018 г. прошли

малое количество из всех недоношенных новорожденных по Карагандинской области;

Среди прошедших офтальмологический скрининговый осмотр по Карагандинской области выявлена высокая частота встречаемости - 40,6% случаев РН в разных стадиях;

Учитывая высокую частоту РН возрастает необходимость повышения квалификации офтальмологов-ретинологов, соблюдение родителями правил и сроков прохождения скринингов, обучение амбулаторно-поликлинической службы;

Проведение разъяснительных бесед с населением, повышение осведомленности граждан о проблеме РН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Софронова Л.Н., Федорова Л.А., Скоромец А.П., Фомина Н.В., Ануфриев М.В. Физиологические аспекты и стандарты выхаживания недоношенных детей, часть III.- СПб, 2010. С.15-21 [Sofronova L. N., Fedorova L. A., Skoromets A. P., Fomina N. In. Anufriev M. V. Fiziologicheskie aspekti I standarti vijivaniya nedonoshenih detey, chasty III.- 2010. С. 15-21 (in Russ)].

2. « Казахстанский фармацевтический вестник» № 16(499), август 2016г.

[« Kazakhstanskiy pharmaceuticheskiy vestnik»№ 16(499), Avgust 2016 (in Russ)].

3. Приложение 2 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2007 года №520. [Prilozhenie k prikazu Ministra zdavooohraneniya Respubliki Kazakhstan ot 27 avgusta 2007 goda №520 (In Russ)].

4. Данные из Управление Здравоохранения Карагандинской Области. [Dannie iz Upravleniya Zdravooohraneniya Karagandinskoy Oblasti (In Russ)].

5. Клинические протоколы МЗ РК – от «15» сентября 2017 года, Протокол № 27. Ретинопатия недоношенных [Clinical protocols of the Ministry of health – from «15» September 2017, Protocol № 27. Retinopathy of prematurity].

6. Л.А. КАТАРГИНА «Современные взгляды на проблему ретинопатии недоношенных», «ВЕСТНИК ОФТАЛЬМОЛОГИИ» 6, 2014, С. 23 [L. A. KATARGINA «Modern views on the problem of retinopathy of prematurity» «Vestnik Oftol'mologii» 6, 2014, p. 23].

РЕЗЮМЕ

СТРУКТУРНО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Маханбетжанова А.К.¹, Ахмадьярова Б.С.², Баймуханова Г.Е.³, Токсамбаева Д.Е.³ Шустеров Ю.А.²

Ахмадьярова Ботагоз Сергазиевна²- рhD докторант, ассистент кафедры «Офтальмологи и отоларингологии», НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан. Магистр по специальности «Медицина», врач-офтальмолог.

Баймуханова Гулимай Ертаевна³-врач-офтальмолог, КГП на ПХВ «Многопрофильная больница имени профессора Х.Ж.Макажанова», КГП «Областной перинатальный центр» г.Караганды, КГП «Перинатальный центр» г.Караганды, КГП «Областная клиническая больница» г.Караганды, КГП «Областная детская клиническая больница» г.Караганды.

Токсамбаева Динара Еркеновна³- врач-офтальмолог высшей категории, главный внештатный офтальмолог Карагандинской области, заведующая отделением микрохирургия глаза КГП на ПХВ «Многопрофильная больница имени профессора Х.Ж.Макажанова».

Шустеров Юрий Аркадьевич²- доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии и оториноларингологии, НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан.

Ключевые слова: Ретинопатия недоношенных, эпидемиологический анализ, скрининг, недоношенные дети, Карагандинская область.

Аннотация: Ретинопатия недоношенных (РН) – это тяжелое витреоретинальная патология глаза у недоношенных, часто приводящей безвозвратной потере зрительных функций. Ретроспективно нами были изучены результаты скринингового осмотра 207 недоношенных детей на базе родильных домов г. Караганды за 2018 год. Все дети были ранжированы по исследуемым признакам: масса тела, пол, гестационный возраст, стадия РН и исход заболевания. Данная работа - впервые проведенный анализ по г. Караганды.

Выводы: Офтальмологический скрининговый осмотр в 2018 г. прошли малое количество из всех недоношенных новорожденных по Карагандинской области; -Среди прошедших офтальмологический скрининговый осмотр по Карагандинской области выявлена высокая частота встречаемости - 40,6% случаев РН в разных стадиях; -Учитывая высокую частоту РН возрастает необходимость повышения квалификации офтальмологов-ретинологов, соблюдение родителями правил и сроков прохождения скринингов, обучение амбулаторно-поликлинической службы; -Проведение разъяснительных бесед с населением, повышение осведомленности граждан о проблеме РН.

ТҰЖЫРЫМ

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ШАЛА ТУҒАНДАР РЕТИНОПАТИЯСЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУЫ

Маханбетжанова А.К.¹, Ахмадьярова Б.С.², Баймуханова Г.Е.³, Токсамбаева Д.Е.³ Шустеров Ю.А.²

Ахмадьярова Ботагоз Сергазиевна²- PhD докторант, «офтальмологтар және отоларингология» кафедрасының ассистенті, «Қарағанды медицина университеті» КЕАҚ, Қарағанды қ., Қазақстан. «Медицина» мамандығы бойынша Магистр, офтальмолог-дәрігер.

Баймуханова Гүлимай Ертаевна³-офтальмолог-дәрігер, «профессор Х.Ж. Мақажанов атындағы көпсалалы аурухана» ШЖҚ КМК, Қарағанды қ. «облыстық перинаталдық орталық» КМК, Қарағанды қ. «перинаталдық орталық» КМК, Қарағанды қ. «облыстық клиникалық аурухана» КМК, Қарағанды қ. «облыстық балалар клиникалық ауруханасы» КМК.

Токсамбаева Динара Еркеновна³-жоғары санатты офтальмолог-дәрігер, Қарағанды облысының штаттан тыс бас офтальмологы, «профессор Х.Ж. Мақажанов атындағы көпсалалы аурухана» ШЖҚ КМК Көз микрохирургиясы бөлімшесінің меңгерушісі.

Шустеров Юрий Аркадьевич²-медицина ғылымдарының докторы, профессор, офтальмология және оториноларингология кафедрасының меңгерушісі, «Қарағанды медицина университеті» КЕАҚ, Қарағанды қ., Қазақстан.

Түйінді сөздер: шала туған нәрестелердің ретинопатиясы, эпидемиологиялық талдау, скрининг, шала туған балалар, Қарағанды облысы.

Аннотация: Шала туылған Ретинопатия (РН) – бұл ерте жастағы көздің ауыр витреоретиналды патологиясы, көбінесе көру функциясының біржола жоғалуына әкеледі. Ретроспективті түрде біз 2018 жылы Қарағанды қаласының перзентхана базасында шала туылған 207 баланы скринингтік тексеру нәтижелерін зерттедік. Барлық балалар зерттеліп отырған белгілері бойынша сараланды: дене салмағы, жынысы, гестациялық жасы, РН сатысы және аурудың нәтижесі. Бұл жұмыс-Қарағанды қаласы бойынша алғаш рет жүргізілген талдау.

Қорытындылар:- 2018 жылы офтальмологиялық скринингтік тексеруден Қарағанды облысы бойынша барлық шала туылған нәрестелердің аз саны өтті; - Қарағанды облысы бойынша офтальмологиялық скринингтік тексеруден өткендердің арасында кездесулердің жоғары жиілігі анықталды-әртүрлі сатыларда РН жағдайларының 40,6%; - РН жоғары жиілігін ескере отырып, жоғарылау қажеттілігі артады

SUMMARY

STRUCTURAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF RETINOPATHY OF PREMATURITY IN KARAGANDA REGION

NAO «Medical University of Karaganda», Karaganda, Kazakhstan

Akhmadyarova Botagoz Sergazievna²-PhD doctoral student, assistant of the Department of Ophthalmology and otolaryngology, NAO «Medical University of Karaganda», Karaganda, Kazakhstan. Master's degree in Medicine, ophthalmologist.

Baimuhanova Gulimai Ertaevna³-ophthalmologist, CGP at PHV «Multidisciplinary hospital named after Professor H.Zh.Makazhanova», pсеonecr «Regional perinatal center», Karaganda, KGP «Perinatal center», Karaganda, pсеonecr «Regional clinical hospital», Karaganda, «Regional children's clinical hospital» of Karaganda.

Toksambaeva Dinara Erkenovna³-ophthalmologist of the highest category, chief freelance ophthalmologist of Karaganda region, head of the Department of eye microsurgery CGP at PHV «Multidisciplinary hospital named after Professor H.Zh.Makazhanova».

Shusterov Yuri Arkadievich²-doctor of medical Sciences, Professor, head of the Department of ophthalmology and otorhinolaryngology, NAO «Medical University of Karaganda», Karaganda, Kazakhstan.

Keywords: Retinopathy of prematurity, epidemiological analysis, screening, premature babies, Karaganda region.

Abstract: retinopathy of prematurity (PH) is a severe vitreoretinal pathology of the eye in premature infants, often resulting in permanent loss of visual function. Retrospectively, we studied the results of screening of 207 premature babies at maternity hospitals in Karaganda in 2018. All children were ranked according to the studied characteristics: body weight, gender, gestational age, PH stage, and disease outcome. This work is the first analysis of the city of Karaganda.

Conclusions: - A small number of premature newborns in the Karaganda region underwent ophthalmological screening in 2018; -A high frequency of occurrence - 40.6% of cases of PH in different stages was revealed among those who passed ophthalmological screening examination in the Karaganda region; - Given the high frequency of PH, there is an increasing need to improve the skills of ophthalmologists and retinologists, parents ' compliance with the rules and deadlines for skinning, and training of outpatient services; - Conducting explanatory conversations with the population, raising awareness of citizens about the problem of PH.

ГРНТИ 76.01.01 : 76.29.56

РЕЗОЛЮЦИЯ ПО ИТОГАМ СОВЕТА ЭКСПЕРТОВ «ПЕРСПЕКТИВЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ANTI-VEGF В КАЗАХСТАНЕ. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЛАЖНОЙ ВМД В КАЗАХСТАНЕ»

Л.Н. Оразбеков

24 июня 2020 г. в онлайн формате состоялся Совет экспертов в области офтальмологии под председательством Ботабековой Т.К., профессора, д.м.н., член-корреспондента НАН РК, Президента Казахстанского Общества Офтальмологов; Генерального директора ТОО «Офтальмологический центр профессора Ботабековой Т.К.».

Состав участников Совета экспертов: Алдашева Н.А. - д.м.н., И.о. Генерального директора ТОО КазНИИ глазных болезней, г. Алматы; Канафьянова Э. Г. - д.м.н., главный врач ТОО КазНИИ глазных болезней, г. Алматы; Джуматаева З.А. - д.м.н., заведующая отделением офтальмодиагностики ТОО КазНИИ глаз-

ных болезней, г. Алматы; Степанова И.С. - д.м.н., старший преподаватель отдела постдипломного образования ТОО КазНИИ глазных болезней, г. Алматы; Оразбеков Л.Н. - к.м.н., заведующий детским отделением ТОО КазНИИ глазных болезней, г. Алматы; Жургумбаева Г.К. - к.м.н., заведующая 2 отделением ТОО КазНИИ глазных болезней, г. Алматы; Аль-Асталь М.С. - к.м.н., врач-ординатор 2 отделения ТОО КазНИИ глазных болезней, г. Алматы; Камасова З.А. - директор ТОО «Клиника микрохирургии глаза», г. Усть-Каменогорск.

В ходе Совета экспертов были обсуждены следующие темы:

- актуальные вопросы в практике ведения пациентов с влажной ВМД;
- определение оптимальной терапии влажной ВМД, алгоритма лечения пациентов, улучшения оказания помощи пациентам;

- образование пациентов и их родных;
- оценка значения анатомических изменений сетчатки в ведении пациентов с влажной ВМД;
- рассмотрение результатов опыта применения бролуцизумаба в рамках клинических испытаний III фазы HAWK & HARRIER с точки зрения потенциала влияния на нерешенные вопросы в ведении влажной ВМД;
- безопасность бролуцизумаба.

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – это хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся поражением центральной зоны сетчатки, приводящее к значительному снижению зрения и инвалидности в зрелом возрасте.¹ В структуре первичной инвалидности по ВМД больных в трудоспособном возрасте – 21%, а в пенсионном – 32%.² 90% потери зрения, связанной с ВМД, обусловлено неоваскулярной ВМД (влажная ВМД).³ В Казахстане, как и во многих других странах, идет тенденция увеличения населения старшего возраста. Если в 1999 г. доля лиц в возрасте 65 лет и старше составляла 6,7%, то к 2030 году прогнозируется увеличение до 11,55%. Если экстраполировать данные РФ на население Казахстана старше 60 лет, вероятное количество пациентов с ВМД составит 240-255 тыс. человек.⁴ Увеличение количества лиц старше 60 лет, скорее всего, приведет к распространению влажной ВМД, что, в свою очередь, увеличит нагрузку на систему здравоохранения.

На данный момент действует клинический протокол по диагностике и лечению ВМД от 15 октября 2015 г.,⁵ однако в связи с коронавирусной пандемией инициация обновления протокола была приостановлена. Для диагностики ВМД офтальмологи применяют офтальмоскопию, аутофлюоресценцию, оптическую когерентную томографию (ОКТ) и ОКТ-ангиографию. Флюоресцентная ангиография и ангиография с индоцианин-зеленым (ИЗАГ) не применяются в Казахстане ввиду отсутствия регистрации диагностических препаратов, используемых в этих методах. Во время обсуждения диагностики ВМД эксперты заключили, что максимально удобным и более экономичным методом ранней диагностики для пациента является сетка Амслера, применение которой на данный момент незаслуженно забывается. Было предложено внедрение приложения для пациентов, как вариант образовательного диагностического инструмента, так как пациенты с ВМД не всегда могут читать буклеты с информацией о заболевании. Эксперты заключили, что есть необходимость проведения школ по ВМД для региональных офтальмологов для того, чтобы помочь врачам на местах лучше ориентироваться в алгоритмах диагностики и лечения. Дополнительно была озвучена актуальность разработки методических пособий по ОКТ-диагностике ВМД для врачей.

С 2015 года на базе КазНИИ глазных болезней функционирует Республиканский центр «Макула», где осуществляется лечение и мониторинг пациентов с макулярной патологией. Из 1290 пациентов центра 631 (49%) – это пациенты с влажной ВМД. 55% пациентов с влажной ВМД приходят в центр уже с хорионеоваскулярной мембраной, причем у 18% влажная ВМД наблюдается в лучших

глазах, а у 5% – в единственных глазах.

Эксперты обсудили лечение влажной ВМД, проводимое на территории Казахстана и в Республиканском Центре «Макула». В редких случаях, например, при полипозной васкулопатии рекомендуется проведение фотодинамической терапии (ФДТ). Эксперты отметили, что на данный момент в мире большое внимание уделяется разработкам лечения влажной ВМД при помощи стволовых клеток. Применение кортикостероидов тоже упоминалось в лечении влажной ВМД, особенно - среди пациентов, недавно (в течение одного месяца) перенесших острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Однако в 99% случаев лечение влажной ВМД проводится монотерапией анти-VEGF препаратами. На первом году пациенты получают 6-7 инъекций (с обязательным введением трех загрузочных доз в течение трех месяцев), на втором году – 5-6 инъекций, а на третьем – 3-4 инъекции и так далее, придерживаясь, в основном, режима Treat & Extend (Лечение и продление). Активность заболевания, в основном, мониторируется ОКТ и ОКТ-ангиографией. Если у пациента с влажной ВМД наблюдается географическая атрофия сетчатки, врачи рекомендуют проведение ОКТ в режиме аутофлюоресценции. Данный режим позволяет наблюдать за площадью атрофии: если она остается стабильной, то пациенту рекомендуют продолжать инъекции анти-VEGF. К тому же этот режим позволяет отследить увеличение площади географической атрофии.

Анти-VEGF терапия является «золотым стандартом» лечения пациентов с влажной ВМД.⁶ Благодаря анти-VEGF существенно уменьшилась частота новых случаев пациентов со слепотой.^{6,7} Однако в реальной практике пациенты с влажной ВМД не могут достигнуть самых лучших долгосрочных результатов лечения.⁷⁻⁹ Несмотря на улучшение зрения при применении анти-VEGF сохраняется значительная неудовлетворенная потребность в более качественном лечении, поскольку частые визиты к врачу и инъекции становятся бременем для пациентов, членов их семей и врачей.⁶

Основные причины низкой эффективности лечения влажной ВМД, по мнению экспертов – это поздняя диагности-

ка; несвоевременно начатое лечение; отсутствие фазы загрузочных инъекций; неправильный режим терапии; неверное определение недостаточности ответа на проводимую терапию и неверная оценка активности заболевания; слишком раннее прекращение терапии; недолеченность из-за опасений развития географической атрофии; некомплаентность пациента; отсутствие удовлетворенности проводимым лечением, материальной возможности и возможности частого посещения врача.

Исследование реальной практики LUMINOUS выявило три важных фактора, влияющих на исходы терапии влажной ВМД анти-VEGF препаратами.¹⁰ Во-первых, очень важно, получил ли пациент нужное количество загрузочных доз. Так, исследование выявило, что при отсутствии загрузочных доз у пациентов наблюдается снижение остроты зрения, а при их наличии острота зрения улучшается.¹¹ Во-вторых, LUMINOUS выявил, что более половины пациентов с влажной ВМД в реальной практике не получают необходимый объем терапии в течение первого года, а именно: 61,2% первичных пациентов получают ≤5 инъекций анти-VEGF.¹¹ И, в-третьих, острота зрения зависит от количества инъекций. Так, в российской выборке (n=382) исследования LUMINOUS при введении, в среднем, 2,7 инъекций в год, наблюдалось лишь некоторое увеличение остроты зрения на 1,6 букв.¹²

В 2016 году Американским обществом специалистов-ретинологов был проведен опрос врачей касательно их медицинских, хирургических и социо-экономических предпочтений. На вопрос «Какие существуют ключевые потребности в терапии пациентов с влажной ВМД?» врачи в более, чем 70% отмечали нагрузку, связанную с терапией и мониторингом, как ключевой нерешенный вопрос.¹³

Таким образом, сейчас задача состоит в сохранении эффективности лечения влажной ВМД с одновременным уменьшением посещений клиники¹³ и количества инъекций. Это стало предпосылкой для разработок и поиска молекул с более продолжительным действием.

Фрагменты одноцепочечных антител (scFv) изучаются уже давно. Они являются наименьшими функциональными единицами антител, позволяющи-

ми доставку большой молярной дозы по сравнению с более крупными молекулами и потенциалом для более эффективного проникновения в ткани, что может увеличивать продолжительность действия.¹⁴ Именно фрагмент одноцепочечного антитела стал основой для разработки бролуцизумаба. Для разработки бролуцизумаба участки анти-VEGF-A антитела были трансплантированы в фрагмент одноцепочечного антитела. Бролуцизумаб является небольшим по массе (26 кДа), гуманизированным фрагментом одноцепочечного антитела, который является мощным ингибитором VEGF.¹⁵⁻¹⁷ Повышенные уровни передачи сигналов через путь фактора роста сосудистого эндотелия А (VEGF-A) связаны с патологическим ангиогенезом глаза и отеком сетчатки. Бролуцизумаб с высокой степенью аффинности связывается с изоформами VEGF-A (например, VEGF110, VEGF121 и VEGF165) и предотвращает связывание VEGF-A с его рецепторами VEGFR-1 и VEGFR-2. Ингибируя связывание VEGF-A, бролуцизумаб подавляет пролиферацию эндотелиальных клеток, тем самым уменьшая патологическую неоваскуляризацию и снижая проницаемость сосудов.¹⁸ Доклинические данные продемонстрировали большую экспозицию бролуцизумаба в пигментном эпителии сетчатки (ПЭС) и сосудистой оболочке по сравнению с ранибизумабом, что предположило его эффективность в отношении улучшения контроля интратетинальной жидкости (ИРЖ), субретинальной жидкости (СРЖ) и контроля жидкости под ПЭС.¹⁴ После интравитреальных инъекций бролуцизумаб выводится из организма с наблюдаемым системным периодом полувыведения 4,4 дня.¹⁸

Оценка эффективности и безопасности бролуцизумаба проводилась в двух рандомизированных, мультицентровых двойных слепых исследованиях III фазы (HAWK и HARRIER) с участием пациентов с влажной ВМД. В рамках данных исследований в течение двух лет получили лечение 1817 пациентов (1088 человек – бролуцизумаб и 729 пациентов – афлиберцепт).^{14,18} Средний возраст пациентов составлял 76 лет.

В обоих исследованиях после первых трех загрузочных доз (недели 0, 4 и 8) пациенты получали лечение бролуцизумабом каждые 12 недель с возможностью корректировать интервал дозирования каждые 8 недель на основании активности заболевания. Активность заболевания оценивал врач в течение первого 12-недельного интервала (на 16-й и 20-й неделях) и при каждом последующем визите запланированного 12-недельного лечения. Пациентам, у которых была зарегистрирована активность заболевания (т.е. снижение остроты зрения, увеличение толщины центральной зоны сетчатки (ТЦЗС) и/или наличие ИРЖ/СРЖ или жидкости под ПЭС) в любой из этих визитов, корректировали лечение, назначая 8-недельный лечебный интервал. Афлиберцепт пациенты принимали каждые 8 недель после первых трех загрузочных доз.^{14,18}

Первичной конечной точкой эффективности в HAWK и HARRIER была демонстрация не меньшей эффективности бролуцизумаба по сравнению с афлиберцептом, оцениваемая средним изменением максимальной кор-

ригированной остроты зрения (МКОЗ) к 48-й неделе по сравнению с исходным показателем, которая измерялась балльной буквенной шкалой изучения раннего лечения диабетической ретинопатии (ETDRS). В обоих исследованиях бролуцизумаб 6 мг (применяемый каждые 12 недель или каждые 8 недель) продемонстрировал не меньшую эффективность по сравнению с афлиберцептом дозировкой 2 мг (принимаемый каждые 8 недель) (в HAWK: +6,7 vs +6,7 букв для бролуцизумаба и афлиберцепта соответственно; в HARRIER: +6,5 vs +7,7 букв для бролуцизумаба и афлиберцепта соответственно).^{14,18} Улучшение остроты зрения, наблюдаемое в первый год лечения, сохранилось и на второй год.

К 16 неделе наблюдалось более значительное уменьшение ТЦЗС у глаз, получавших бролуцизумаб 6 мг по сравнению с афлиберцептом 2 мг в исследовании HAWK (-161,4 vs -133,6 мкм; $P < 0,001$). Аналогичные результаты наблюдались и на 48 неделе (-172,8 vs -143,7 мкм для бролуцизумаба и афлиберцепта соответственно; $P < 0,001$). К 16-й неделе наблюдалось более значительное уменьшение ТЦЗС у глаз, получавших бролуцизумаб 6 мг по сравнению с афлиберцептом 2 мг в исследовании HARRIER (-174,4 vs -134,2 мкм; $P < 0,001$); аналогичные результаты наблюдались и на 48 неделе (-193,8 vs -143,9 мкм; 95% $P < 0,001$).¹⁴

ИРЖ/СРЖ присутствовали в меньшем количестве глаз, подвергнутых лечению бролуцизумабом 6 мг, по сравнению с глазами, обработанными афлиберцептом 2 мг, на 16 неделе в HAWK (33,9% vs 52,2% соответственно; и HARRIER (29,4% vs 45,1% соответственно); аналогичные результаты наблюдались на 48 неделе в HAWK (31,2% vs 44,6% соответственно) и HARRIER (25,8% vs 43,9% соответственно). На 48-й неделе жидкость под ПЭС присутствовала в меньшем количестве глаз, получивших бролуцизумаб 6 мг по сравнению с афлиберцептом 2 мг в HAWK (13,5% vs 21,6% соответственно) и HARRIER (12,9% vs 22,0% соответственно).¹⁴

Меньше пациентов, получавших бролуцизумаб 6 мг, имели активность заболевания по сравнению с афлиберцептом 2 мг в HAWK (24,0% vs 34,5% соответственно) и HARRIER (22,7% vs 32,2% соответственно). Более 50% пациентов на бролуцизумабе 6 мг оставались на 12-недельном режиме вплоть до 48 недели исследований.¹⁴

Бролуцизумаб показал хорошо переносимый профиль безопасности.¹⁴ Наиболее частыми побочными эффектами бролуцизумаба 6 мг со стороны глаз были кровоизлияние в конъюнктиву (8,1% и 4,6% в исследованиях HAWK и HARRIER соответственно) и снижение остроты зрения (6,1% и 8,6% в HAWK и HARRIER соответственно).¹⁹ После одобрения бролуцизумаба Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) в качестве терапии влажной ВМД в 2019 году Американское общество специалистов-ретинологов (ASRS) получило пост-маркетинговые сообщения в виде васкулита, включая ретинальную васкулярную окклюзию.²⁰ Был инициирован анализ о данном сигнале безопасности с созданием внешнего комитета по рассмотрению вопросов безопасности (SRC) для проведения независимого, объ-

ективного обзора этих случаев и сравнения с событиями, наблюдавшимися в исследованиях III фазы HAWK & HARRIER. Комитетом был сделан вывод о наличии подтвержденного сигнала безопасности о редких нежелательных явлениях, называемых «ретинальный васкулит» и/или «ретиная васкулярная окклюзия», которые могут привести к серьезной потере зрения. Как правило, эти события происходили при наличии внутриглазного воспаления (ВГВ). Врачам рекомендуется продолжать сообщать о любых наблюдаемых или предполагаемых нежелательных явлениях в соответствии с требованиями местной страны. К тому же был создан сайт www.brolucizumab.info, который позволяет наблюдать за регулярными обновлениями по безопасности.²⁰ Перед инъекцией врачам рекомендуется исключить признаки внутриглазного воспаления, которое может включать обследование с помощью щелевой лампы или изображения заднего сегмента. Если присутствует активное внутриглазное воспаление, врачи не должны выполнять инъекции и должны лечить внутриглазное воспаление в соответствии с медицинской практикой. Бролуцизумаб противопоказан пациентам с глазными или периокулярными инфекциями, активным внутриглазным воспалением или известной гиперчувствительностью к бролуцизумабу или любому из вспомогательных веществ¹⁸

В заключение Совет экспертов постановил:

1. Анти-VEGF терапия является «золотым стандартом» лечения пациентов с влажной ВМД. Благодаря анти-VEGF существенно уменьшилась частота новых случаев пациентов со слепотой вследствие влажной ВМД.

2. Длительность фармакологического эффекта действующего вещества при анти-VEGF терапии является важным фактором лечения. Так, снижение количества необходимых инъекций позволяет уменьшить фактор стресса, риск инфекционных осложнений в результате ИВИ, представляет определенную экономическую выгоду для пациента. Данное свойство является особо актуальным в период пандемии.

3. Бролуцизумаб – новый анти-VEGF препарат пролонгированного действия, позволяющий проводить лечение влажной ВМД с интервалом до

16 недель. В ходе рандомизированных мультицентровых исследований HAWK и HARRIER доказано значительное повышение зрительных функций и снижение отека сетчатки в результате терапии с

применением бролуцизумаба. Применение данного препарата одобрено FDA, возможные побочные эффекты требуют дальнейшего изучения в ходе клинической практики.

ССЫЛКИ

1. Бойко Э.В., Журавлева Л.В., Сосновский С.В. Возрастная макулярная дегенерация (факторы риска, классификация, диагностика, лечение): методические рекомендации.- М., 2010.-48 с.
2. Ермакова Н.А., Рабданова О.Ц. Основные этиологические факторы и патогенетические механизмы развития возрастной макулярной дегенерации // Клиническая офтальмология. - 2007. - Т.8., № 3. – С. 234-242.
3. Spooner KL, et al. Clin Ophthalmol. 2018; 12: 2483–249.
4. Т.К. Ботабекова, А.С. Аубакирова, А.Б. Дошаканова. Место офтальмологической службы в концепции развития здравоохранения республики Казахстан на 2016-2020 годы. Қазақстан Офтальмологиялық журналы. – 2014. - № 3-4 (46) 2014.
5. Клинический протокол диагностики и лечения «Возрастная макулярная дегенерация». Рекомендовано Экспертным советом РГП на ПВХ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития от «15» октября 2015 года. Протокол № 12.
6. Freund KB, et al. An update on the pharmacotherapy of neovascular age-related macular degeneration. Expert OpinPharmacother. 2013;14:1017-1028;
7. Holz FG, et al. Recent developments in the treatment of age-related macular degeneration. J ClinInvest. 2014;124:1430-1438;
8. Writing Committee for the UK Age-Related Macular Degeneration EMR Users Group. The neovascular age-related macular degeneration database: multicenter study of 92 976 ranibizumab injections: report 1: visual acuity. Ophthalmology. 2014 May;121(5):1092-101. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.11.031. Epub 2014 Jan 23.
9. Chong V. Ranibizumab for the treatment of wet AMD: a summary of real-world studies. Eye (Lond). 2016 Feb;30(2):270-86. doi: 10.1038/eye.2015.217. Epub 2015 Dec 4.
10. Данные проф. Щуко А.Г. на РООФ-2018, Симпозиум «Нерешенные вопросы антиангиогенной терапии в реальной клинической практике России».
11. Holz FG, et al. EURETINA 2017.
12. F. Holz. Effectiveness of ranibizumab for the treatment of neovascular age-related macular degeneration: Twelve-month results from the final analysis of the real-world LUMINOUS study. Euretina 2017; Free Paper Session, Abstr. <http://www.euretina.org/barcelona2017/programme/free-papers-details.asp?id=13365&day=0> Accessed 09/12/2017.
13. Holz FG, et al. Br J Ophthalmol. 2015;99:220-226; Mantel I. Trans Vis Sci Tech. 2015;4:6; ASRS Preferences and Trends (PAT) membership survey 2018. ASRS, American Society of Retina Specialists.
14. Dugel PU et al. HAWK and HARRIER: Phase 3, Multicenter, Randomized, Double-Masked Trials of Brolucizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. Ophthalmology. 2020 Jan;127(1):72-84. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.04.017. Epub 2019 Apr 12.
15. Gaudreault J, Gunde T, Floyd HS, et al. Preclinical pharmacology and safety of ESBA1008, a single-chain antibody fragment, investigated as potential treatment for age related macular degeneration. ARVO Annual meeting abstract. Invest Ophthalmol Vis Sci 2012; 53:3025. Available at: <http://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2354604>.
16. Escher D, Schmidt A, STEiner P, Maurer P, Weissgerber G. Single-chain antibody fragments in ophthalmology. Oral presentation at EURETINA congress. 2015. Abstract. Available at: <http://www.euretina.org/nice2015/programme/free-papersdetails.asp?id=4072&day=0> (accessed 10 May 2017).
17. Tietz J, Spohn G, Schmid G, et al. Anity and Potency of RTH258 (ESBA1008), a Novel Inhibitor of Vascular Endothelial Growth Factor A for the Treatment of Retinal Disorders. IOVS. 2015; 56(7): 1501.
18. Summary of Product Characteristics for Beovu.
19. Dugel PU, et al. AAO 2018 [Oral presentation].
20. www.brolucizumab.info.

*НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «OPHTHALMIC HUB» 2020, КИЕВ

Конференция «Ophthalmic Hub» ежегодно объединяет более 1500 специалистов и является значительным событием для офтальмологического сообщества. В 2019 году Ophthalmic HUB объединил 1200 участников, около 100 спикеров, из них 23 - из 15 стран мира, включая США, Германию, Францию, Великобританию, Италию, Испанию и другие страны. 30-31 октября 2020 года среди многих актуальных вопросов на конференции был представлен доклад профессора Андреа Леонарди (отдел офтальмологии кафедры неврологии Университета города Падова, Италия) на тему «Практический подход в современном лечении пациента с тяжелой формой болезни сухого глаза».

Профессор Андреа Леонарди в своем докладе уделил особое внимание многофакторности патогенеза болезни сухого глаза (БСГ), включая потерю гомеостаза слезной пленки, гиперосмолярность, воспаление, нейросенсорные нарушения¹.

Докладчик отметил, что 35% людей в Европе имеют БСГ², а гиподиагностика этого состояния является следствием отсутствия консенсуса относительно правильного алгоритма обследования и стандартизации. Профессор А. Леонарди, является главным исследователем программы клинической разработки Икервис® в

Европе и автором ключевых публикаций результатов исследований III фазы. Общеизвестными и широко распространенными средствами лечения БСГ является модификация окружающей среды, препараты искусственной слезы, окклюзия слезных точек и применение иммуномодуляторов (Циклоспорина).



Современное клиническое лечение Болезни сухого глаза



Докладчик подробно остановился на свойствах современного 0,1% Циклоспорина А в форме катионной эмульсии (Икервис®) для лечения тяжелых форм БСГ, которые не контролируются препаратами искусственной слезы. Очень важно, что именно Циклоспорин направлен на основную причину БСГ – воспаление. Максимальное

и стойкое положительное влияние препарата на воспалительный компонент наблюдается при длительном применении, в то время как кортикостероиды и препараты искусственной слезы могут обеспечить кратковременный эффект³.

Циклоспорин направлен на основную причину БСГ

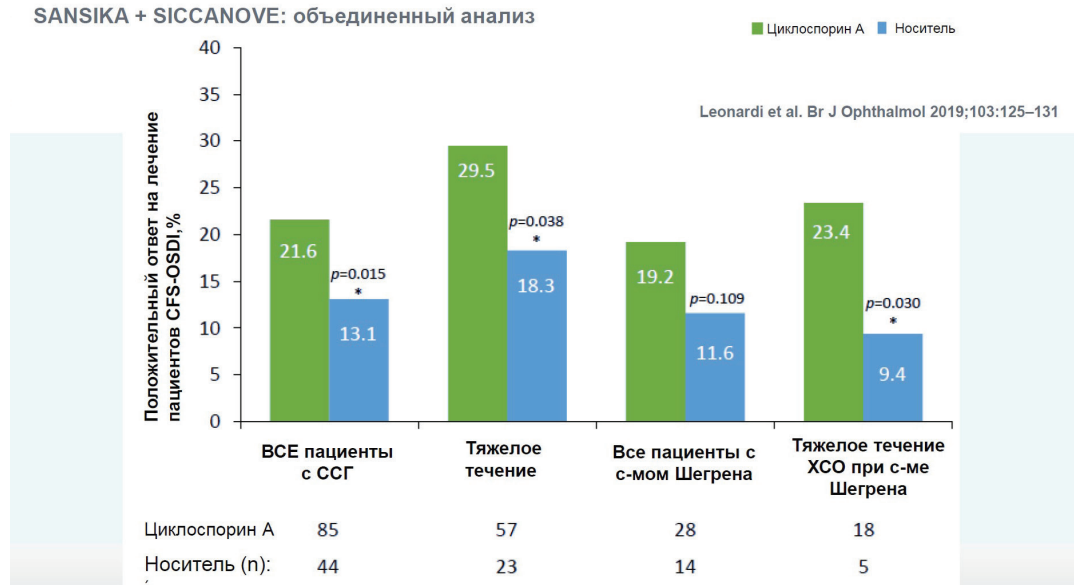


Кроме противовоспалительного эффекта, Циклоспорин А имеет противоапоптотическое действие на эпителий конъюнктивы за счет торможения высвобождения цитохрома С.^{4,5} Идея новой технологии доставки действующего вещества Novasorb[®], реализованная в препарате Икервис[®], заключается в создании положительно заряженной масляной наночастицы, в которой растворено действующее вещество Циклоспорин. Благодаря электростатическим силам наночастицы абсорбируются на

поверхность глаза, обеспечивая более длительную экспозицию Циклоспорина А, более длительное увлажнение и положительное влияние на качество слезной пленки.^{6,7}

Теоретическое обоснование и экспериментальные модели эффективности Икервис[®] нашли подтверждение в клинических исследованиях III фазы SANSICA и SICCANOVE, которые показали достоверное преимущество применения 0,1% катионной эмульсии Циклоспорина по интегральному показателю динамики CFS-OSDI у пациентов с тяжелым течением БСГ по сравнению с катионной эмульсией без действующего вещества. Объединенный анализ этих исследований был недавно опубликован.⁸

SANSICA + SICCANOVE: объединенный анализ



Важно отметить, что продолжительность применения Циклоспорина А в обоих исследованиях составила 6

месяцев, а эффект наблюдался не только при тяжелом течении БСГ, а и на более ранних стадиях (SICCANOVE), хотя разница при меньшем поражении роговицы не до-

стигала статистической значимости. Расширенная фаза исследования SANSICA предусматривала дополнительный 18-месячный период применения Икервис® с переключением контрольной группы на препарат исследования через 6 месяцев (общая продолжительность — 24 месяца, исследование продолжается). Оценивали частоту рецидивов в зависимости от продолжительности лечения (6 или 12 месяцев) и безопасность. Частота рецидивов у пациентов, которые имели существенное улучшение при 6-ти месячном лечении Икервис®, составляла 34,9%, при 12-ти месячной продолжительности лечения — 47,4%.

Нежелательные явления со стороны глаз при 12-месячном применении Икервис® в расширенном исследовании SANSICA наблюдались у 52% пациентов, среди них только 4,3% расценены как серьезные. Ни одного случая прекращения лечения из-за нежелательных явлений не зарегистрировано. Заключение расширенной фазы исследования SANSICA представлено Доктором Леонарди на слайде:

Расширенное исследование SANSICA: резюме



Подытоживая свою Презентацию, профессор Леонарди повторил основные положения своего выступления:

- Хроническое воспаление является основной причиной БСГ
- Эффективность и безопасность катионной эмульсии 0,1% Циклоспорина А (Икервис®) была продемонстрирована в клинических исследованиях, главным из которых является 2-летнее открытое, нерандомизирован-

ное исследования SANSICA. Сейчас мы имеем результаты 1 года исследования

- Длительное лечение Циклоспорином А 0,1% является эффективным, хорошо переносится в реальных условиях и может вызвать регрессию БСГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bron AJ, et al. Ocul Surf 2017;15:438–510; Craig JP, et al. Ocul Surf 2017;15:276–83.
2. Jacobsson LTH, et al. J Autoimmun 1989;2:521–7.
3. Pflugfelder SC. Am J Ophthalmol 2004;137:337–42
4. Schultz C. Ophthalmol Eye Dis 2014;6:37–42;
5. Caparas VL. Essentials in Ophthalmology 2015 Chapter 5
6. Lallemand, et al. Разработка платформы катионной наноэмульсии (Novasorb®) для доставки лекарств в глаза. Mucosal Delivery of Biopharmaceuticals 2014; pp 517-535
7. Daull P, et al. 2013;3:345-54.
8. Leonardi et al. Br J Ophthalmol 2019;103:125–131
9. Labetoulle M, et al. Clin Ther 2018;40:1894–906

*Обзор подготовлен службой информации компании «Сантен», поэтому может не отражать весь объем информации, представленный на Конференции.

ПРОГРАММА АКАДЕМИЧЕСКОЙ МОБИЛЬНОСТИ – КАК ПУТЬ К СОТРУДНИЧЕСТВУ И ОБМЕНУ ОПЫТОМ С УНИВЕРСИТЕТАМИ ЕВРОПЫ

А.А. Медет

Клайпедский университет является одним из партнеров ВУЗов Казахстана, с которым возобновлено сотрудничество по обмену обучающимися по программам академической мобильности и научной стажировки.

Одному из первых по государственному гранту мне была предоставлена возможность прохождения научной стажировки в Клайпедском университете на факультете «Наука о здоровье» в марте 2020 года. Целью научной стажировки была апробация диссертационной работы по теме: «Оптимизация организации стационарно замещающих технологий в деятельности операционного блока офтальмологической службы» (на примере ТОО КазНИИ ГБ и ЦГКБ на ПХВ г. Алматы).

Город Клайпеда расположен в живописном месте на побережье Балтийского моря. Вековая история города открывает в старой части города уникальную архитектуру со своей историей, ранее располагавшейся на территории

Восточной Пруссии. Клайпедский университет расположен в историческом здании времен Первой мировой войны. Неопишима красота самого Балтийского моря с шумом морского прибоя и пением морских птиц. Также запомнились незабываемые экскурсии выходного дня при посещении морского музея и дельфинария.

Клайпедский Университет является главным государственным университетом, расположенным в порту г. Клайпеды, Литва. Он занимает 5-7 места среди 14 действующих университетов Европы и Средней Азии, по рейтингу университетов QS EESA 2018 года занимает 125-е место. Университет предлагает прекрасные условия проживания в современном общежитии постройки 2016 года. Программы обучения в университете основаны на научных исследованиях, осуществляемых в рамках национальных и международных научных проектов.

Стажировка проходила под руководством декана факультета Лета Дромантене с акцентом на изучении структуры и состава офтальмологической службы клинической базы Клайпедского Университета; изучении опыта по применению международных стандартов в офтальмологии и методов мониторинга их выполнения; ознакомлении с работой дневного стационара офтальмологической службы клинической базы Клайпедского Университета.





Самым ценным для меня в научной стажировке было предоставление научных материалов зарубежной литературы. В ходе индивидуальных бесед с руководителями кафедр по направлениям были даны рекомендации по содержанию литературного обзора магистерской дис-

сертации, внедрению международных стандартов операционных процедур ВОЗ офтальмологической службы и применению аналитического мышления в написании диссертационной работы.



К ЮБИЛЕЮ ШУСТЕРОВА ЮРИЯ АРКАДЬЕВИЧА



Коллектив Казахского научно-исследовательского института глазных болезней поздравляет глубокоуважаемого Юрия Аркадьевича Шустерова с замечательной юбилейной датой! Без малого четыре десятка лет Юрий Аркадьевич посвятил беззаветному служению отечественной офтальмологии. Это были годы, полные тревог и забот, и время счастливого сопереживания за армию пациентов, которым возвратили самое дорогое – возможность видеть!

Офтальмология всегда была и остается уделом избранных, особо утонченных и изысканных, эстетов с ярким художественным восприятием действительности! Все эти эпитеты лишь в малой степени характеризуют

Юрия Аркадьевича как безусловно талантливого человека с богатым внутренним миром!

Долгие годы нас объединяют исключительно теплые, искренние взаимоотношения, основанные не только на профессиональном отношении к своему делу, но и на взаимном уважении и доверии! Кроме того, являясь профессором кафедры глазных болезней, Юрий Аркадьевич «выпустил в жизнь» не одно поколение молодых офтальмологов, щедро делаясь своими знаниями и большим опытом клинициста.

Уверены, что слова глубокой признательности и благодарности за титанический труд готовы высказать родные и близкие пациентов, коллеги. Позвольте пожелать Вам здоровья, дальнейших творческих успехов, успешного решения стоящих перед Вами задач, радости преодоления новых вершин, счастья и процветания Вашим родным и близким!

К ЮБИЛЕЮ ДУДКОВА ВЛАДИМИРА АЛЕКСЕЕВИЧА



Коллектив КазНИИ глазных болезней поздравляет с юбилеем талантливого офтальмо-рентгенолога, чуткого и отзывчивого доктора – Дудкова Владимира Алексеевича!

Дудков Владимир Алексеевич – врач-рентгенолог отделения офтальмодиагностики «Казахского ордена «Знак Почета» научно-исследовательского института глазных болезней» закончил лечебный факультет Алма-Атинского Государственного медицинского института в 1974 году и более 45 лет трудится на благо здоровья людей.

Трудовую деятельность юбиляр начал медбратом в 1971 году во время учебы в институте. Прошел обучение в интернатуре с 1974 по 1975 год по специальности глазные болезни в КазНИИ глазных болезней. По завершении интернатуры с 1975 по 1979 год работал районным офтальмологом в Тургайской области в Есильском районе. В 1977 г. проходил обучение в Центральном ордена Ленина институте усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) в г. Москва.

В 1979-1981 гг. Владимир Алексеевич обучался в клинической ординатуре КазНИИГБ, по завершению остался работать в глазном институте, где продолжал сочетать клиническую и научную деятельность. Дудков В.А. является автором более 12 публикаций, соавтором методических рекомендаций, рационализаторских предложений. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности рентгенология на постоянный срок.

Владимир Алексеевич – единственный уникальный офтальмолог-рентгенолог в Казахстане, владеющий всеми методами лучевой офтальмо-диагностики, в т.ч. рентген-локализацией инородных тел по Балтину Комбергу, рентгенографией переднего отрезка глаза по Фогту, рентген-диагностикой всех видов патологии слезоотводящего аппарата у взрослых и детей.

Во все учебные программы резидентуры, клинической ординатуры, Циклы усовершенствования врачей

КазНИИ глазных болезней включены лекции, семинарские занятия Дудкова В.А., на которых он передает секреты мастерства молодым докторам.

Владимир Алексеевич долгие годы являлся единственным офтальмо-рентгенологом Алматы, которого вызывали в круглосуточном режиме клиники, осуществляющие экстренную помощь при необходимости рентген-локализации внутриглазных инородных тел (ВГИТ) при urgentных хирургических вмешательствах. Быстрое и точное принятие решений, точная локализация ВГИТ – составляющие успеха одной из наиболее сложных направлений медицины – офтальмотравматологии. Ни одно самое уникальное оборудование и супервиртуозные навыки хирурга не способны обеспечить результативность операции без правильной рентген-локализации при проникающих ранениях глазного яблока с внедрением инородных тел. Талант Владимира Алексеевича ценят коллеги по всему Казахстану, сотни спасенных глаз благодарных пациентов – результат его служения благородному делу сохранения здоровья.

Коллектив Казахского НИИ глазных болезней поздравляет уважаемого Владимира Алексеевича с юбилеем, желает ему крепкого здоровья, долгих лет активной жизни, молодецкого задора, успехов во всех начинаниях!

Подписано в печать 12.01.2020 г. Печать офсет.
Формат изд. 60x84/8.
Бумага офсет. Объем 7 усл. печ. л. Тираж 500 экз.
ИП Волкова Е.В., г. Алматы, пр. Райымбека, 212/1.
Тел. 8(727)330-03-12, 330-03-13.

- по 1 капле перед сном в поврежденный(ые) глаз(а)
- возможно использование слезозаместителей в течение дня
- не содержит консервантов



Рекомендованная длительность
лечения – 6 месяцев

В клинических исследованиях соблюдение пациентами рекомендованного режима приема составило 90%²

- Нет необходимости мониторинга концентрации циклоспорина в крови, поскольку содержание абсорбированного вещества не достигает уровня выявления или очень незначительное²
- Контроль эффективности необходим в течение не менее 6 месяцев терапии¹

Торговое название: Икервис®. **Международное непатентованное название:** Циклоспорин. **Лекарственная форма:** Капли глазные 1мг/мл, эмульсия. **Состав:** 1 мл раствора содержит: активное вещество - циклоспорин А 1мг, вспомогательные вещества: триглицериды со средней длиной цепи, тилоксанол, цетилалкоголь, глицерол, полисахарид 188, натрия гидроксид 0,1М (до pH 7,4±0,5), вода для инъекций. **Фармакотерапевтическая группа:** Органы чувств. Офтальмологические препараты. Препараты для лечения заболеваний глаз другие. Циклоспорин. Код АТХ S01XA18. **Показания к применению:** Лечение тяжелого кератита у взрослых пациентов с синдромом сухого глаза при отсутствии улучшения на фоне терапии препаратами искусственной слезы. **Способ применения и дозы:** В конъюнктивальный мешок 1 раз в день перед сном по 1 капле в один или оба пораженных глаза. Перед применением следует встряхнуть тубик – капельницу для однократного применения. Одного тубика-капельницы для однократного применения достаточно для закапывания в оба глаза. Непользованная эмульсия должна быть немедленно удалена в отходы. Следует рекомендовать пациентам проводить носослезную окклюзию, закрывая глаза на 2 минуты после применения препарата с целью снижения системного всасывания. Это может привести к снижению числа системных побочных эффектов и к повышению местной активности. При применении более одного местного офтальмологического лекарственного препарата, препараты следует использовать как минимум с 15-минутным интервалом. Икервис® следует применять последним. Эффективность лечения следует оценивать не реже 1 раза в 6 месяцев. Открытую тубик-капельницу для однократного применения с остатками эмульсии следует утилизировать сразу после применения. **Побочные действия:** Большинство побочных реакций при применении лекарственного препарата Икервис® в клинических исследованиях отмечались со стороны глаз и имели легкую или умеренную степень тяжести. Очень часто (≥1/10): боль в месте применения, ощущение инородного тела в глазу, налет на глазах, кератит, блефарит, декомпенсация роговицы, халазия, инфильтраты в роговице, рубцы роговицы, зуд в области век, иридоциклит, реакция в месте применения, дискомфорт в месте применения, ощущение инородного тела в месте применения. Часто (≥1/100 <1/10): зрительная вежа, затуманивание зрения, усиление слезоотделения, отек век, гиперемия конъюнктивы, раздражение глаз, боль в глазах, раздражение в месте применения, зрительная вежа в месте применения, слезотечение в месте применения. Нечасто (≥1/1000 <1/100): бактериальный кератит, опоясывающий герпес с поражением глаз, отек конъюнктивы, нарушение слезоотделения, выделение из глаз, зуд в области глаз, раздражение конъюнктивы, конъюнктивит, ощущение инородного тела в глазу, налет на глазах, кератит, блефарит, декомпенсация роговицы, халазия, инфильтраты в роговице, рубцы роговицы, зуд в области век, иридоциклит, реакция в месте применения, дискомфорт в месте применения, зуд в месте применения, ощущение инородного тела в месте применения. **Противопоказания:** - Повышенная чувствительность к активному или вспомогательному веществу препарата, - Активные инфекции глаз или окружающих тканей либо подозрение на них, - Беременность и период лактации. - Детский и подростковый возраст до 18 лет. **Лекарственные взаимодействия:** Препараты Икервис® не изучались в исследованиях, по оценке взаимодействия. Одновременное применение препарата Икервис® с глазными каплями, содержащими кортикостероиды, может снизить защиту организма в отношении инфекций и злокачественных новообразований, и усилить действие циклоспорина на иммунную систему. **Особые указания:** Препараты Икервис® не изучались у пациентов с герпетическим поражением глаз в анамнезе и поэтому следует с осторожностью применять препарат у таких пациентов. **Контактные линзы:** применение препарата у пациентов, носящих контактные линзы, не изучалось. Требуется тщательный мониторинг состояния пациентов с тяжелым кератитом. Перед применением глазных капель перед сном следует снимать контактные линзы и надевать их только после пробуждения. **Сопутствующая терапия:** Имеется ограниченный опыт применения препарата Икервис® у пациентов с глаукомой. Следует соблюдать осторожность при одновременном применении препарата Икервис® у таких пациентов, в особенности на фоне лечения бета-адреноблокаторами, которые, как известно, снижают секрецию слезы. **Влияние на иммунную систему:** Лекарственные препараты, влияющие на иммунную систему, в том числе циклоспорин, могут снизить защиту организма в отношении инфекций и злокачественных новообразований. Одновременное применение препарата Икервис® с глазными каплями, содержащими кортикостероиды, может усилить действие препарата Икервис® на иммунную систему. У пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию, в том числе циклоспорин, повышен риск развития инфекции. Могут развиваться как генерализованные, так и местные инфекции. Возможно также нарастание тяжести уже существующих инфекций. Случаи инфекции изредка возникали при применении лекарственного препарата Икервис®. **Пациенты детского и подросткового возраста:** Европейское агентство лекарственных средств отказалось от права требовать исполнения обязательств по представлению результатов исследований препарата Икервис® у детей и подростков с синдромом сухого глаза. **Применение у пожилых:** Изменение дозировки не требуется. **Беременность и период лактации:** Препараты Икервис® не рекомендуется назначать женщинам детородного возраста, которые не используют эффективную контрацепцию. Данные о применении препарата Икервис® у беременных женщин отсутствуют. Не рекомендуется применять препарат во время беременности, если только возможная польза для матери не превышает потенциальный риск для плода. После приема внутрь циклоспорин выводится с грудным молоком. Отсутствует достаточная информация о действии циклоспорина на новорожденных/грудных детей. Вместе с тем при применении циклоспорина в терапевтических дозах в глазных каплях маловероятно, что значимое количество препарата будет присутствовать в грудном молоке. Следует принять решение о необходимости продолжения грудного вскармливания или прекращения терапии препаратом Икервис®, принимая во внимание пользу грудного вскармливания для ребенка и пользу применения препарата Икервис®. **Управление транспортным средством или потенциально опасными механизмами:** Данный препарат может вызывать временное затуманивание зрения или другие нарушения зрения, что может влиять на способность управлять транспортным средством или работать с механизмами. В случае каких-либо преходящих нарушений зрения пациенту следует рекомендовать подождать, пока зрение не нормализуется, и лишь затем управлять автомобилем или эксплуатировать механическое оборудование. **Передозировка:** Передозировка при местном применении препарата маловероятна. В случае возникновения передозировки при применении препарата Икервис® необходимо проведение симптоматической и поддерживающей терапии. **Форма выпуска и упаковка:** По 0,3 мл препарата помещают в однодозовый контейнер из полипропилена низкой плотности. По 5 контейнеров помещают в запаянный пакет бумажно/полиэтилен/алюминий/сополимер. По 6 пакетов вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в пачку из картона. **Условия хранения:** Хранить при температуре не выше 30°С. Не замораживать. Хранить в недоступном для детей месте! После вскрытия алюминиевого пакета, однодозовые контейнеры хранить в пакете для предотвращения испарения. **Срок хранения:** 3 года. Не применять по истечению срока годности. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту. **Наименование, адрес и контактные данные (телефон, факс, электронная почта) организации на территории Республики Казахстан, принимающей претензии (предложения) по качеству лекарственных средств от потребителей:** Представительство АО «Сантен» в Казахстане, Республика Казахстан, 050000, г. Алматы, ул. Панфилова 98, офис 713. Телефон +7(727) 250 39 17. Адрес электронной почты: santen.kaz@santen.com. **Наименование, адрес и контактные данные (телефон, факс, электронная почта) организации на территории Республики Казахстан ответственной за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного средства:** Представительство АО «Сантен» в Казахстане, Республика Казахстан, 050000, г. Алматы, ул. Панфилова 98, офис 713. Телефон +7(727) 250 39 17. Адрес электронной почты: santen.kaz@santen.com.

Этот материал не является рекламой лекарственного средства, содержит исключительно научную и медицинскую справочную информацию, предназначен для персонального использования медицинскими специалистами. Перед назначением, обязательно ознакомьтесь с полным текстом инструкции по применению ЛС на сайте: www.rnds.kz. Сообщить о нежелательном явлении, возникшем в период лечения, или пожаловаться на качество препарата Вы можете по адресу или телефону Представительства или на e-mail: safetyRU@santen.com. Представительство АО «Сантен» в Казахстане, Республика Казахстан, 050000, г. Алматы, ул. Панфилова 98, офис 713. +7(727) 250 39 17. e-mail: santen.kaz@santen.com PP-ИКЕРВИС-КЗ-0005 Изготовлен: январь 2021, Годен до: январь 2023.