

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

**Қазақстан офтальмологиялық журналы, № 3-4 (52) 2017
Офтальмологический журнал Казахстана № 3-4 (52) 2017**

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
Б.И. Иссергеева**

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

**Редакция алқасы
Редакционная коллегия
Н.А. Алдашева
А.Ж. Аубакирова
А.С. Аубакирова
Б.С. Бейсенбаева
З.А. Джуматаева
И.А. Долматова
М.Б. Имантаева
Э.Г. Канафьянова
Ю.С. Краморенко
И.С. Степанова
Т.С. Телеуова
М.С. Сулейменов
К.С. Кенжебаева**

СОДЕРЖАНИЕ

I ПАТОЛОГИЯ РОГОВИЦЫ

М.С. Сулейменов, О.Р. Ким
Кросслинкинг в лечении кератоконуса.....4

М.С. Сулейменов, Б.И. Иссергепова,

**Г.А. Есенжан, Н.Б. Сабырбаев,
С. Малик**
Послеоперационное ведение пациентов
после трансплантации роговицы.....8

II ГЛАУКОМА И СОСУДИСТАЯ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ

Н.А. Алдашева, А.С. Асылбекова
Морфофункциональная характеристика
конъюнктивы при глаукоме.....14

**Н.А. Алдашева, А.А. Булгакова,
А.С. Кутжанова**
Исследование эффективности препарата
Бринекс в лечении послеоперационных
офтальмогипертензий.....18

Н.А. Алдашева, И.С. Степанова

Нейропротекторная терапия при
непролиферативной стадии
диабетической ретинопатии22

**Б.С. Бейсенбаева, Л.Н. Оразбеков,
Л.А. Муравьева, А.С. Асылбекова,
Д.А. Абдуллина**
Комбинированное лечение синдрома
Ирвина-Гасса в сочетании с нестероид-
ным противовоспалительным препаратом
броксинаком.....24

III КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Э.Г. Канафьянова, М.С. Аль-Асталь,
А.К. Урисбаева, М.М. Байхадамов**
Случай удаления крупного магнитного
внутриглазного инородного тела
транслитреальным доступом
(клинический случай).....32

Л.Н. Оразбеков, С.А. Смагулова
Клинический случай хирургического
лечения проникающего ранения глаза
металлическим телом у ребенка.....35

А.Б. Дошаканова
Вариант клинического течения
болезни Бехчета в практике
офтальмолога.....38

**А.Б. Дошаканова,
А.А. Изтлеуова**
Случай центральной серозной
хориоретинопатии у
беременной.....41

Г.И. Султангереева
Клинический вариант течения
хронического рецидивирующего
uveита.....47

**С.Б. Шильманов,
А.Б.Оспанова**
Благоприятный исход тяжелой
язвы роговицы (клинический
случай).....50

VI РАЗНОЕ

Ю.С. Краморенко
Роль послевузовского образования и
воспитания в формировании личности
современного общества.....53

**А.С. Аубакирова, А. Мусакулова,
А. Искакбаева**
Односторонний экзофтальм:
дифференциальная диагностика.....56

**М.Е. Ерболулы, С.А. Смагулова,
Ж.Е. Утжанова, Ф.М. Жуманова,
Д.А. Абдуллина,
М.М. Байхадамов,
О.П. Малярова**
Результаты осмотра
учащихся специализированной
школы-интерната № 4
г. Алматы.....60

VII ИНФОРМАЦИЯ

Г.К. Жургумбаева, Ж.О. Сангилбаева 17th Euretina Congress в Барселоне.....	65	VEGF терапии, прошедшего в Университете г. Бордо, Франция.....	70
Г.К. Жургумбаева 3-й международный междисциплинарный симпозиум «Оптимизация помощи пациентам с нарушениями зрения вследствие диабетического отека макулы».....	66	Р.А. Жакыбеков 35 Конгресс Европейского съезда Катарактальных и Рефракционных хирургов – ESCRS, Лиссабон, Португалия.....	71
Б.И. Исергепова Осмотр детей школы-интерната для слабовидящих им. Островского г. Алматы в рамках «Международного дня белой трости».....	68	Ж.О. Сангилбаева 7 Всемирный глаукомный конгресс в Хельсинки.....	72
У. Байсенгирова Отчет о работе семинара по anti –		Л.Б. Таштитова XV международный конгресс РГО, Москва.....	74
		М. Ерболулы Офтальмологический Конгресс в Турции.....	75

ПАТОЛОГИЯ РОГОВИЦЫ

МРНТИ 76.29.56:76.29.39

КРОССЛИНКИНГ В ЛЕЧЕНИИ КЕРАТОКОНУСА

М.С. Сулейменов, О.Р. Ким

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

Ключевые слова: роговица, кератоконус, кросслиндинг, фотополимеризация.

Кератоконус – это дегенеративная-дистрофическая патология роговицы невоспалительного характера, которая проявляется прогрессирующим истончением роговой оболочки, неравномерным нарушением каркасных свойств и последовательным ее выпячиванием, что сопровождается возникновением иррегулярного астигматизма, снижением зрения, которое не поддается коррекции ни очками, ни контактными линзами. За последнее время количество пациентов с данным видом патологии значительно увеличилось. По данным ВОЗ, частота кератоконуса составляет 8% к общему количеству пациентов с различной патологией роговицы, по другим данным – приходится на одного человека из 600 родившихся, однако данный показатель имеет тенденцию к росту. Возможно, что увеличение выявляемости кератоконуса уже в ранних стадиях развития связано с появлением диагностического оборудования, которое позволяет с высокой точностью выявить структурные нарушения в слоях роговицы, определить изменение профиля по передней и задней поверхности, измерить фактор резистентности и корнеальный гистерезис.

Современные способы лечения кератоконуса условно можно разделить на терапевтические и хирургические. Целесообразность и необходимость применения каждого из них определяются индивидуально в зависимости от клинической ситуации с учетом состояния роговицы.

Одним из эффективных методов лечения кератоконуса в начальных и развитых стадиях считается кросслиндинг. Суть метода – это фотополимеризация волокон стромы посредством сочетанного воздействия фотосенсибилизирующего вещества рибофлавина (витамин В2) и искусственного света УФ-спектра. Цель этой процедуры – упрочение каркасных свойств роговицы за счет склеивания фибрилл коллагена для создания более высокой биомеханической стабильности и остановки прогрессирующего заболевания.

Целью нашей работы было изучение эффективности и безопасности кросслинкинга в лечении кератоконуса 2-3 стадии.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 37 глаз 37 пациентов в возрасте от 21 до 36 лет (средний возраст 28,5 лет). Всем пациентам был проведен крос-

слиндинг по стандартной методике. Показанием к лечению была прогрессия кератоконуса. Критерием прогрессии являлось наличие хотя бы одного из следующих показателей (по отношению к данным 1 год назад):

- серия топограмм, указывающая на увеличение K_{max} на 1 и более диоптрий
- увеличение астигматизма на 1 и более диоптрий
- ухудшение остроты зрения с используемой коррекцией на 2 строки и более
- появление выраженной светобоязни и повышенного слезотечения.

Всем пациентам проведены следующие методы обследования: определение максимальной остроты зрения без коррекции и с коррекцией, кератометрия и рефрактометрия, биомикроскопия роговицы (стрии Вогта, локальное помутнение роговицы, иррегулярность профиля), бесконтактная тонометрия, топография переднего сегмента глаза, оптическая когерентная томография (ОСТ) роговицы, УЗ-пахиметрия.

Процедура кросслинкинга выполнялась при толщине стромы роговицы не менее 400 микрон на аппарате LightLink – CXL (Lighmed). При проведении процедуры фотополимеризации роговицы использовались изотонические растворы 0,1% рибофлавина. Процедура выполнялась по стандартному Цюрихскому протоколу, после операции всем пациентам одевалась защитная контактная линза до полной реэпителизации роговицы, назначались инстилляции антибиотиков, противовоспалительных, улучшающих регенеративные процессы капли и искусственные заменители слезы. Срок наблюдения – 8 месяцев.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде (2-3 суток) пациенты

отмечали затуманивание зрения, периодическую болезненность и слезотечение, легкий дискомфорт при моргании. После снятия линзы у трех пациентов просматривался участок неравномерной эпителизации на месте наибольшего истончения. После назначения дополнительной эпителизирующей медикаментозной терапии реэпителизация у этих пациентов была полной. Острота зрения постепенно возвращалась к дооперационной или поднималась на 2-3 строчки ближе к 3 месяцам наблюдения. Ни у одного пациента не отмечалось помутнение на месте облечения при про-

ведении кроссликинга либо увеличение интенсивности локального помутнения на месте истончения роговицы (верхушке кератоконуса) по отношению к дооперационным показателям. Кераторефракционные и пахиметрические показатели представлены в таблице (таблица 1).

Как видно из таблицы, НКОЗ и ПКОЗ несколько улучшились, уменьшились показатели сферо-цилиндрического компонента, уплостилась роговица по основным меридианам. Кератопахиметрические и тонометрические показатели не претерпели каких-либо резких колебаний и оставались в пределах нормы.

За весь период наблюдения ни в одном случае не наблюдалось кератэктазий после проведения кроссликинга. Ниже представлены кератопахиметрические, кератотопографические показатели пациента до и через

Таблица 1 - Кераторефракционные и пахиметрические показатели до и после операции

	До операции	После операции	Δ параметров преоп/постоп	p
НКОЗ	0,2	0,3	0,1	0,001
ПКОЗ	0,3	0,5	0,15	0,087
Сферический показатель	- 4,25	- 3,25	- 1,0	0,102
Цилиндрический показатель	- 4,75	- 3,5	- 1,25	0,003
Kmax	49,7	48,5	- 1,2	0,31
Kmin	45,75	43,75	- 2,0	0,
ЮР	12	12,25	0,25	0,45
Пахиметрия	430	425	-5	0,671

5 месяцев после проведения кроссликинга (рисунок 1-3).

Согласно представленным данным толщина роговицы после проведения процедуры уменьшилась незначитель-

но. Профильный снимок роговицы по показателям CTSP и PTI не превышает критического уровня, что свидетельствует о стабильности состояния кератопахиметрических значений в отдаленном послеоперационном периоде в зоне апекса и близлежащих отделах.

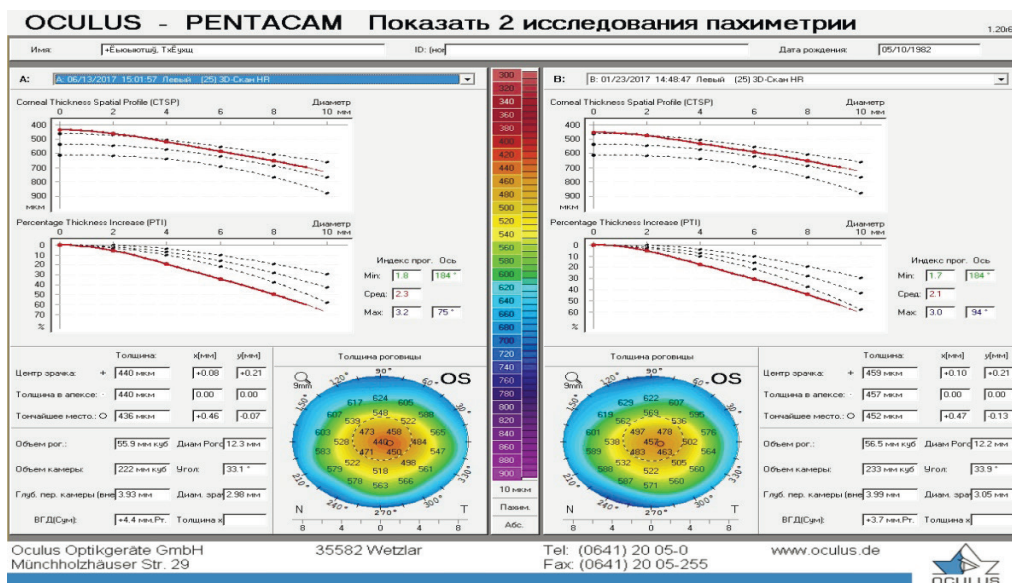


Рисунок 1. Кератопахиметрические показатели до и после проведения кроссликинга

Как видно из топографической карты, сагиттальный профиль роговицы уплостился по основным меридианам, уменьшился сферо-цилиндрический компонент, что способствовало повышению остроты зрения и комфорта при использовании дополнительной коррекции. Тангенсальная кривизна роговицы, представленная в

сравнительном анализе последовательных снимков до и после проведения кросслинкинга, подтверждает уплощение профиля, уменьшения радиуса кривизны по основным меридианам, относительную стабильность кератопа-

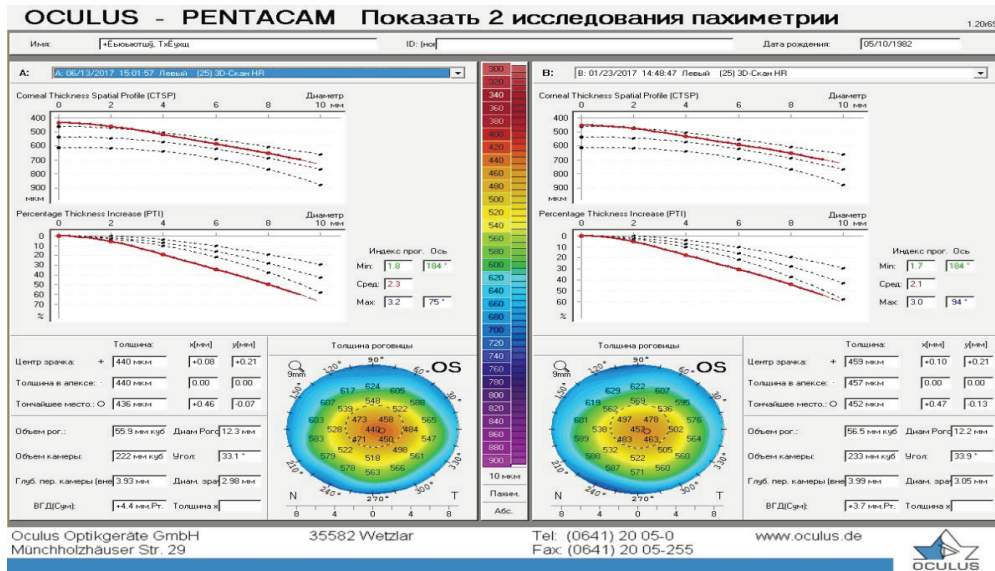


Рисунок 2. Кератотопографические показатели пациента до и после проведения кросслинкинга

симметрических показателей и стабильность основных цифровых данных в зоне наибольшего истончения.

За весь срок наблюдения жалоб на снижение зрения либо появления сухости и излишней слезоточивости не наблюдалось. Как правило, по истечении 4-5 месяцев после процедуры пациентам была рекомендована контактная коррекция. Причем в большинстве случаев лучшая острота зрения наблюдалась при использовании склеральных линз. Однако не все пациенты смогли пользоваться этими линзами и оставались на жесткой

контактной коррекции либо использовали сложную астигматическую очковую коррекцию.

Вывод. Кросслинкинг является безопасным и эффективным методом в лечении кератоконуса, который позволяет достичь стабилизации процесса прогрессирования при кератоконусе в начальной и развитой стадиях.

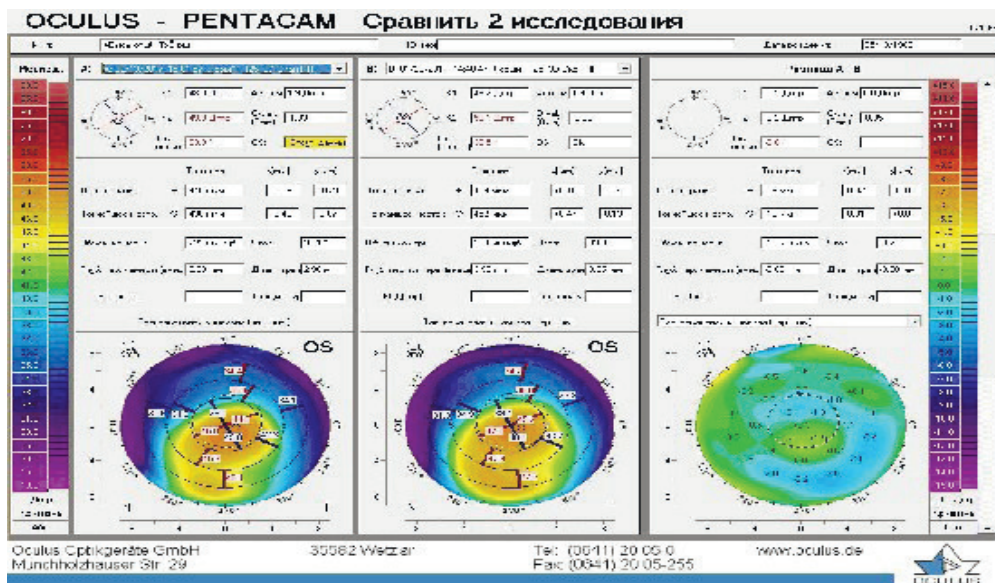


Рисунок 3. Карта тангенсальной кривизны роговицы до и после проведения кросслинкинга

ЛИТЕРАТУРА

1. T. Koller. Scheimpflug imaging of corneas after collagen cross-linking // *Cornea*.2009.Jun.28(5):510-5.
2. S. Kolli et. al. Safety and efficacy of collagen crosslinking for the treatment of keratoconus // *Expert Opin Drug Saf*.2010.Jun4.
3. C. Koppen et. al. Keratitis and corneal scarring after UVA/Riboflavin cross-linking for keratoconus // *J. Refract. Surg*.2009.Sep.25(9):S819-23.
4. Langenbucher A., Gusek-Schneider G.S. Keratoconus screening with wave-front parameters based on topography height data // *Klin. Monatsbl. Augenheilkd*. 1999.Bd.214.№4.
5. A. Leccisotti et. al. Transepithelial corneal collagen cross-linking in keratoconus// *J. Refract. Surg*.2010.Feb.25:1-7.
6. 56. Lee J.L., Kim M.K. Clinical performance and fitting characteristics with a multicurve lens for keratoconus // *Eye Contact Lens*.2004.Vol.30.№ 1.
7. Аверьянова О.С. Оптимизация рефракционных результатов фотополимеризации роговицы при кератоконусе / О.С. Аверьянова, А.И. Ковалев, В.В. Киреев; Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. Труды Крымского Государственного Медицинского Университета им. С.И. Георгиевского. -2010. - том 146 (I). – С.194. – Библиогр.: 6 назв.
8. Caporossi A. Parasurgical therapy for keratoconus by riboflavin-ultraviolet type A rays induced crosslinking of corneal collagen: preliminary refractive results in an Italian study/ A.Caporossi, S.Baiocchi; *Journal Cataract Refract Surgery*. – 2006. – May, 32(5) –P.837- 845.-Bibliogr.:17 title.
9. Dhawan S. Complications of corneal collagen cross-linking./S.Dhawan, K. Rao, S.Natrajan ; *Journal Ophthalmology*.- 2011. - № 869. – P.125-132. - Bibliogr.: 18 title.
10. Koller T. Complication and failure rates after corneal crosslinking/ T.Koller, M.Mrochen, T.Seiler ; *Journal Cataract Refract Surgery*. – 2009. – Aug; 35(8) – P.1358-1362. Bibliogr.: 12 title. 8. Kovalev A. Optimization of the results of corneal collagen cross-linking (CXL)/ A.Kovalev, O.Averyanova// XXVII congress of ESCRS, Barcelona.2009. – P.458
11. Spörl E. Studies on the stabilization of the cornea in rabbits/E.Spörl, J.Schreiber, K.Hellmund; *Ophthalmologie*. – 2000. – Mar. – 97(3) – P. 203-206. - Bibliogr.:16 title.
12. Wollensak G, Iomdina E. Long-term biomechanical properties of rabbit cornea after photodynamic collagen crosslinking/ G.Wollensak, E.Iomdina; *Acta Ophthalmology*. – 2009. - Feb; 87(1) – P.48-51. – Bibliogr.:5 title.
13. Wollensak G. Riboflavin/ultraviolet-a-induced collagen crosslinking for the treatment of keratoconus/ G.Wollensak, E.Spoerl, T.Seiler; *American Journal of Ophthalmology*. – 2003. - May,135(5). – P.620-627. – Bibliogr.: 7 title

РЕЗЮМЕ

ВКросслинкинг в лечении кератоконуса
 М.С. Сулейменов, О.Р. Ким
 АО КазНИИ ГБ, Алматы

В статье представлены результаты лечения кератоконуса методом кросслинкинга. Доказана эффективность и безопасность используемого метода на основании клинико–инструментальных данных до и после проведения процедуры.

SUMMARY

Corneal Cross-linking Treatment For Keratoconus
 M.S. Suleimenov, O.R. Kim
 Scientific research institute of eyes disease, Kazakhstan, Almaty

The article presents the results of treatment of keratoconus by the method of cross- linking. The efficacy and safety of this method was proved by clinical and instrumental data before and after the procedure.

ТҰЖЫРЫМ

Кератоконусты емдеудегі кросслинкинг

М.С. Сүлейменов, О.Р.Ким

«ҚазКА ҒЗИ»АҚ, Алматы

Мақалада кератоконусты кросслинкинг әдісімен емдеудің нәтижелері ұсынылған. Процедураларды жүргізгенге дейінгі және кейінгі клиникалық-инструменталды деректері негізінде қолданылған әдістің тиімділігі мен қауіпсіздігі дәлелденген.

УДК 617.7:614.2:65

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ РОГОВИЦЫ

М.С. Сулейменов, Б.И. Исергеева, Г.А. Есенжан, Н.Б. Сабырбаев,
С.Б. Малик

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

Ключевые слова: трансплантация, роговица, кератопластика, эпителий, синдром сухого глаза, пациенты.

Трансплантация роговицы успешно проводится в Казахстане с 1936 года, накоплен большой опыт как различных модификаций хирургического вмешательства – с одномоментной ФЭК с имплантацией ИОЛ (тройная процедура), имплантацией комплекса ИОЛ-искусственная радужка и т.д., так и послеоперационного ведения пациентов после трансплантации роговицы. Оптический эффект сквозной кератопластики (СКП) помимо безупречного мастерства хирурга во многом определяется длительным периодом «выхаживания». Зарубежные офтальмологи на сегодняшний день не используют периокулярные инъекции при неосложненном послеоперационном течении, отдавая предпочтение длительным (до 6-12 месяцев) инстилляциям кортикостероидов (преднизолон 1%) [1-5].

В РК в настоящее время в ранний послеоперационный период в стационаре пациенты получают дексаметазон в виде парабальбарных инъекций № 5-7, инстилляций по убывающей схеме и антибиотики местно.

Пациенты после трансплантации роговицы при неосложненном течении выписываются из стационара, в среднем, на 10-12 сутки и нуждаются в регулярном осмотре офтальмолога по месту жительства.

У большинства пациентов эпителий на момент выписки остается рыхлым, могут сохраняться точечные зоны деэпителизации. В таких случаях в рекомендациях выписного эпикриза указаны инстилляцией дексаметазона в разведении с физ.раствором в соотношении 1:2, 1:1 либо т.н. «милидекс», в тысячном разведении, что зависит от степени состоятельности эпителия. В последующем, через 7-10 дней после выписки, при удовлетворитель-

ном состоянии эпителия, отсутствии зон деэпителизации возможен переход на инстилляцию стандартного 0,1% раствора дексаметазона без разведения с 3-4 раз в день на 7-10 дней с последующим постепенным снижением кратности и увеличением продолжительности: по 2 капли x 3 раза в день – 10 дней, по 2 капли x 2 раза в день – 1 мес., по 2 капли x 1 раз в день – 1-3 месяца. Инстилляцией кортикостероидов после трансплантации роговицы при необходимости возможно пролонгировать до 3-6 мес. в случаях васкуляризации, угрозы/развития реакции отторжения трансплантата и т.д. При этом необходим контроль внутриглазного давления (ВГД), проводимый пальпаторно, для назначения гипотензивных препаратов при повышении ВГД.

Проблема «подсыхания» трансплантата, образования «сухих» эрозий, как правило, не связана с состоянием слезопродукции, которая в большинстве случаев бывает нормальной. Недостаточное увлажнение трансплантата происходит вследствие нарушения стабильности слезной пленки из-за перехода собственно роговицы на трансплантат, наличия швов, особенностей рубцевания и т.д. Именно поэтому тяжелые степени сопутствующего синдрома сухого глаза

являются противопоказанием к трансплантации роговицы и требуют коррекции до проведения СКП. Синдром сухого глаза значительно снижает вероятность прозрачного приживления трансплантата, на что следует обращать внимание при отборе пациентов на транспланта-

цию роговицы, говоря о прогнозах предстоящего хирургического вмешательства.

Одной из мер по устранению «сухих» эрозий трансплантата является назначение частых инстилляций препаратов слезы, до 8-10 раз в день. В таких случаях доза консерванта, поступаемого вместе со слезозаменительными препаратами, имеет определенное значение, особенно,

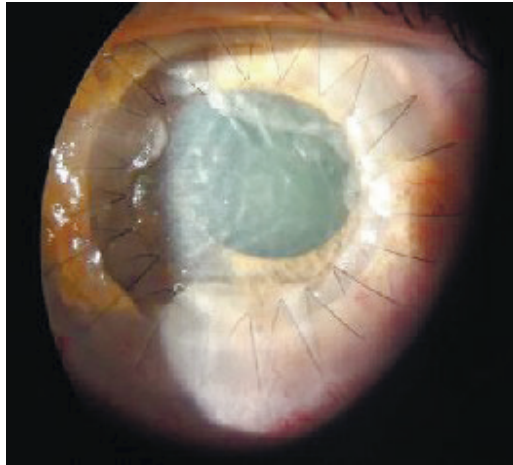


Рисунок 1. 7 сутки после СКП

у пациентов с отягощенным аллергоанамнезом. Поэтому в таких случаях, а также в ранний послеоперационный период наиболее оптимальным является использование слезозаменительной терапии без консерванта, с последующим переходом на любой препарат слезы в отдаленном послеоперационном периоде.

При отсутствии эффекта от частых инстилляций препаратов слезы необходимо применение мягкой контактной линзы (МКЛ) с протекторной целью. Предпочтительно использование силикон-гидрогелевых МКЛ непрерывного ношения со сменой каждые 10-14 дней.

На представленном снимке помимо обширной зоны дезэпителизации имеются в большом количестве инфильтраты по ходу швов. Данное состояние рассматривается как ранняя реакция отторжения трансплантата.



Рисунок 2. 5 сутки после СКП

Инфильтраты имеют иммунный, неинфекционный генез. Соответственно, такое состояние не требует усиления антибактериальной терапии в виде периокулярных, внутримышечных либо внутривенных инъекций. «Золотым

стандартом» любой реакции отторжения трансплантата являются кортикостероиды. Сложность данной ситуации заключается в невозможности инстилляций кортикостероидов из-за наличия обширного дефекта эпителия, в то же время необходимо продолжать парабульбарные инъекции (0,5 мл дексаметазона), усилить кератопр-

текторную бесконсервантную терапию. Как правило, инфильтраты рассасываются в течение 5-10 дней, по мере купирования реакции отторжения.

В более тяжелых случаях при прогрессировании эрозий, развитии язвы роговицы необходимо решить вопрос о блефарорафии на 1 мес. с органосохранной целью, что и было выполнено у данной пациентки 9 лет

на 14 сутки после СКП. В анамнезе у этого ребенка имела тяжелая травма головного мозга после ДТП с развитием неврологической симптоматики в виде гемипареза, нейротрофического кератита с резким снижением чувствительности.

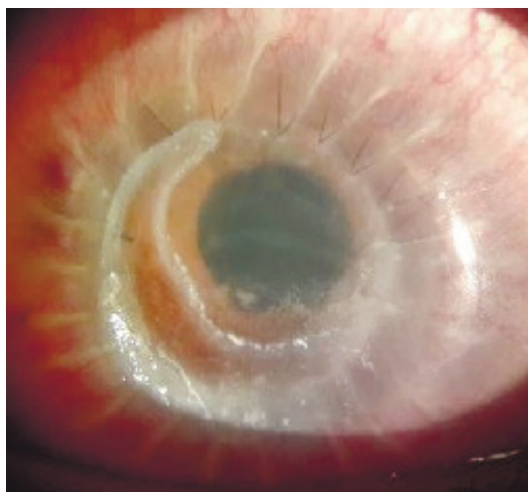


Рисунок 3. 13 сутки после СКП: язва трансплантата роговицы

Нами было отмечено интересное клиническое наблюдение. Среди 12 пациентов, прооперированных в течение одной недели с использованием консервированной роговицы с примерно одинаковым количеством эндотелиальных клеток (свыше 2200 кл/мм²), лучше всего

наблюдалось «приживание» трансплантата у пациентки с дооперационным диагнозом на единственном в оптическом отношении глазу: тотальное бельмо роговицы. Артифакция. Полный птоз.

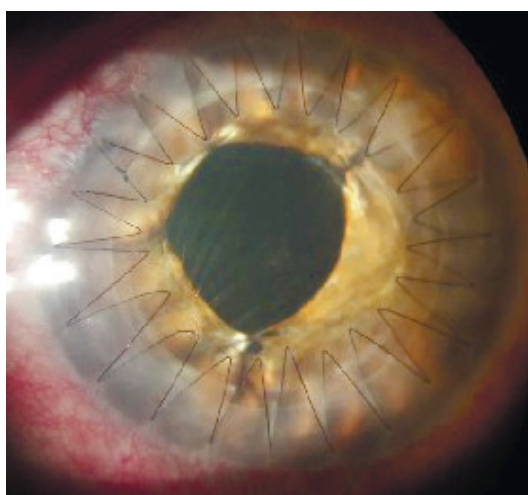


Рисунок 4. 10 сутки после СКП

Данный феномен был обусловлен, вероятно, наличием птоза с закрытой глазной щелью, вследствие чего происходило постоянное увлажнение и предотвращение контакта с агрессивными раздражителями внешней среды. Пациентка была выписана на 10 сутки с прозрачным сквозным трансплантатом, абсолютно полноценной эпителизацией.

Кроме того, необходимо отметить, что длительно не заживающая эрозия также может быть причиной со-

судистой агрессии, приводящей в последующем к помутнению трансплантата.

Реакция отторжения трансплантата может развиваться в любой период после СКП, наиболее опасны 3 неделя, 3 мес., 6 мес. после операции. Снятие шва также является серьезным стрессом для трансплантата. Помимо риска инфицирования после снятия шва меняется рефракция,

что значительно отражается на остроте зрения, которая может как улучшиться, так и ухудшиться. Поэтому пациента необходимо заранее предупреждать о возможных изменениях, а сроки снятия

шва желательно согласовать с хирургом индивидуально, особенно, при высокой остроте зрения. В некоторых случаях хирурги рекомендуют воздержаться от снятия шва в течение 1-2 лет после СКП при отсутствии сосудистой агрессии на швы, отсутствии «провисания», удовлетворительного состояния швов.

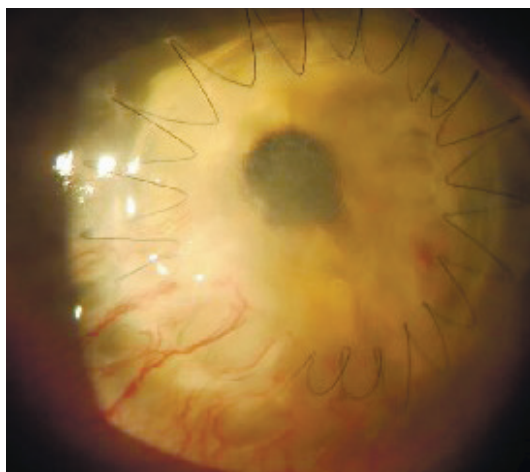


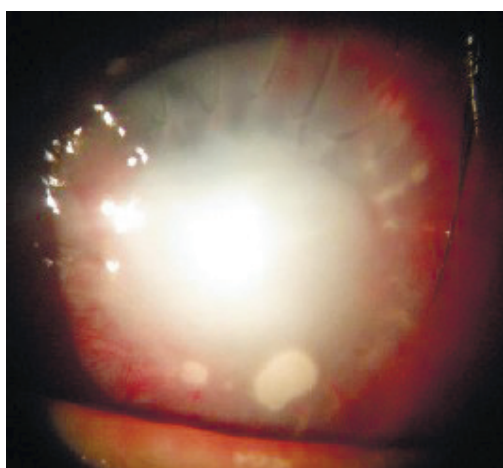
Рисунок 5. 4 месяц после СКП: нарушение целостности шва, отек трансплантата, сосудистая агрессия (пациент натёр через веки)

В свою очередь, т.н. «провисание» швов либо нарушение их целостности вследствие травмы и т.д. является дополнительным раздражающим фактором, источником воспаления, инфицирования, сосудистой агрессии и помутнения трансплантата. В таких случаях, даже в период до 9-12 мес. после СКП, необходимо решить вопрос о досрочном снятии всех швов либо фрагмента шва с последующим наблюдением в динамике.

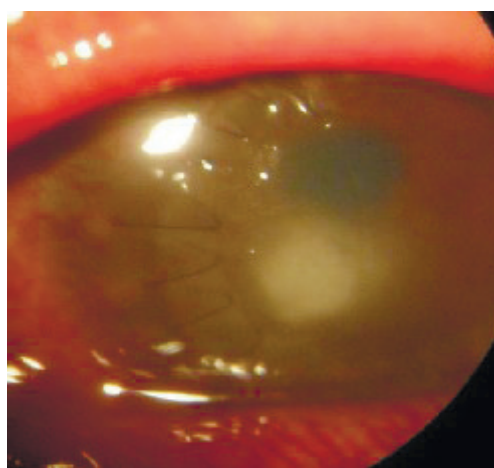
Вторичное инфицирование в отдаленном периоде у пациентов с трансплантатом роговицы встречается не-

часто и связано с теми же причинами, что и обычные кератиты: несоблюдение гигиены, травматизация и т.д. Соответственно и лечение таких состояний проводится по принятым стандартам: инстилляцией антибиотиков, мидриатиков (по показаниям); периокулярные инъекции нецелесообразны. Кроме того, необходимо помнить о том, что большинство инстилляционных НПВС и некоторые фторхинолоны IV поколения разрушают эпителий, а при частом и длительном использовании могут вызвать изъязвление роговицы/трансплантата роговицы.

Определенные трудности представляют случаи развития кератомикозов на трансплантате, обусловленные длительным применением кортикостероидов, и как следствие, активизации местной сапрофитной флоры, в том числе и грибковой.



а



б

Рисунок 6 а, б. Кератомикоз трансплантата

Проблема лечения кератомикозов связана с отсутствием официальных глазных форм противогрибковых препаратов, зарегистрированных в РК. Исходя из доступных на фарм. рынке антимикотических лекарственных средств оптимальным вариантом остается использование флуконазола per os, внутривенно (в тяжелых случаях); для инстилляций используется 0,2% раствор, приготовленный ex tempore – 6-8

раз в день в течение 2-3 недель. Согласно литературным данным противогрибковую терапию рекомендуется проводить в случаях клинически предполагаемого кандидоза даже при отрицательном результате бак. посева, т.к. более 50% случаев микозов не подтверждаются лабораторно.

Реакция отторжения трансплантата. Если у пациента на фоне спокойного послеоперационного течения беспричинно появляется покраснение, слезотечение, светобоязнь, болевой синдром (не всегда), снижается зрение, появляется отек трансплантата, складки десцеметовой оболочки, т.д. – необходимо решить вопрос о стационарном лечении.

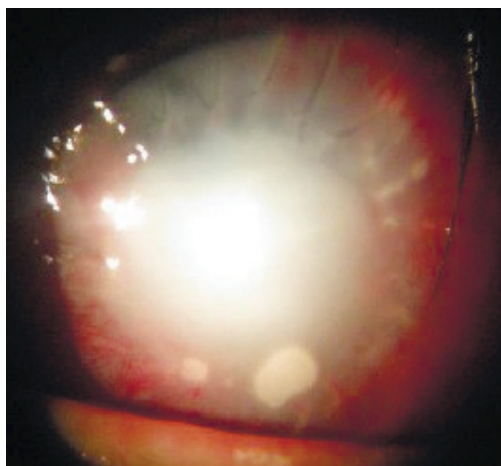


Рисунок 7. 3 мес. после СКП, реакция отторжения трансплантата: отек, инфильтраты по ходу швов, десцеметит, преципитаты на эндотелии

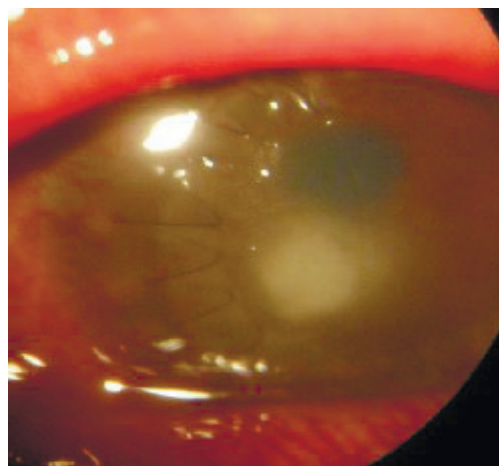


Рисунок 8. Прозрачный трансплантат роговицы после купирования реакции отторжения

NB! Реакция отторжения трансплантата имеет иммунную природу и купируется только кортикостероидами (инстилляци, парабульбарные инъекции дексаметазона, при необходимости – системно) + мидриатики + эпителизирующие препараты.

Нецелесообразно при этом назначать иммуномодуляторы, в т.ч. Метрид,

Полиоксидоний, БАДы, витаминные препараты, системные антибиотики. Необходимо исключить препараты, способные усилить сенсбилизацию, активные иммунные реакции.

Казахским НИИ глазных болезней был разработан алгоритм послеоперационного мониторинга пациентов после сквозной кератопластики, с которым можно ознакомиться на сайте КазНИИГБ, в рубрике Специалистам: «Памятка врачу после СКП».

ЛИТЕРАТУРА

1. Слонимский Ю.Б., Слонимский А.Ю. Амбулаторное ведение больных после сквозной кератопластики // Сборник тезисов научно-практической конференции. - Москва, 2010. – С.31-32.
2. Sun J.P., Chen W.L., Huang J.Y., Hou Y.C., Wang I.J., Hu F.R. Microbial Keratitis After Penetrating Keratoplasty // American Journal of Ophthalmology. – 2017. – Vol. 178. – С. 150-156.
3. Chen J.Y., Jones M.N., Srinivasan S., T.J. Neal, W. J., Kaye S.B. Endophthalmitis After Penetrating Keratoplasty // American Journal of Ophthalmology. – 2017. – Vol. 122. – С. 25-30.
4. Weisbrod, D.J., Sit, M., Naor, J., and Slomovic, A.R. Outcomes of repeat penetrating keratoplasty and risk factors for graft failure. Cornea. 2003; 22: 429-434.
5. Ramamurthy S., Reddy J.C., Vaddavalli P.K., Ali M.H., Garg P. Outcomes of Repeat Keratoplasty for Failed Therapeutic Keratoplasty // American Journal of Ophthalmology. – 2016. – Vol. 162. – С. 83-88.

РЕЗЮМЕ

Послеоперационное ведение пациентов после трансплантации роговицы
Б.И. Иссергеева, Г.А. Есенжан, Н.Б. Сабырбаев, С.Б. Малик
АО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт
глазных болезней», г. Алматы

Ключевые слова: трансплантация, роговица, кератопластика, эпителий, синдром сухого глаза, пациенты.

В статье представлен накопленный за многие годы опыт лечения пациентов после трансплантации роговицы. Описаны проблемы раннего и позднего послеоперационного периода, представлены схемы медикаментозного лечения.

Так, проблема «сухого глаза» наиболее характерна для раннего послеоперационного периода и может начаться с незначительных эрозий, а закончится язвой трансплантата роговицы. В данной статье подробно представлена тактика ведения пациентов в зависимости от степени выраженности синдрома сухого глаза.

Отдельным пунктом представлены осложнения, связанные с вторичным инфицированием, в частности, с грибковым поражением; предложены меры по борьбе с этим состоянием.

Реакция отторжения трансплантата может развиваться как в ранний, так и отдаленный послеоперационный период. Представлена тактика лечения этого состояния.

SUMMARY

Postoperative management of patients after corneal transplantation
Issergopova B.I., Esenzhan G.A., Sabyrbaev N.B., Malik S.B.
Kazakh research institute of eye diseases, Almaty

Key words: transplantation, cornea, keratoplasty, epithelium, dry eye syndrome, patients

The article presents the experience gained over many years in the treatment of patients after corneal transplantation. The problems of the early and late postoperative period are described, and the schemes of drug treatment are presented.

So the problem of the «dry eye» is most typical for the early postoperative period and can begin with minor erosions, and will end with a ulcer of the cornea transplant. This article describes in detail the tactics of managing patients, depending on the degree of severity of dry eye syndrome.

A separate item presents complications associated with secondary infection, in particular, with fungal infection; measures are proposed to combat this condition.

The reaction of graft rejection can develop both in the early and late postoperative period. The tactics of treating this condition are presented.

ТҰЖЫРЫМ

Қасан қабықтың трансплантациясынан кейін
науқастарды басқару
Исергеева Б.И., Есенжан Г.А., Сабырбаев Н.Б., Малик С.Б.
Көз аурулары Қазақ ғылыми зерттеу институты, Алматы қ.

Түйінді сөздер: трансплантация, қасан қабық, кератопластика, эпителий, құрғақ көз синдромы, пациенттер

Мақалада қасан қабықтың трансплантациядан кейін науқастарды емдеуде көптеген жылдар бойы жинақталған тәжірибе көрсетілген. Операциядан кейінгі кезеңнің ерте және кеш мәселелері сипатталған және дәрілік емдеу нұсқасы ұсынылған.

Сондықтан «құрғақ көз» проблемасы операциядан кейінгі ерте кезеңге тән және кішігірім эрозиялардан басталады және қасан қабық трансплантаттың жарасына аяқталуы мүмкін. Бұл мақалада құрғақ көз синдромының ауырлық дәрежесіне байланысты пациенттерді басқаруға арналған тактикасы ұсынылған.

Жеке нұсқада екіншілік инфекциямен байланысты, атап айтқанда, саңырауқұлақты зақымдау асқынулары ұсынылған және осы жағдаймен байланысты күресу шаралары көрсетілген.

Трансплантатты қабылдау реакциясы ерте және алыстаған операциядан кейінгі кезеңде болуы мүмкін. Бұл жағдайды емдеу тактикасы ұсынылған.

ГЛАУКОМА И СОСУДИСТАЯ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ

МРНТИ 76.29.56:76.13.15

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ ГЛАУКОМЕ

Н.А. Алдашева, А.С. Асылбекова

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

Ключевые слова: глаукома, конъюнктивит, конфокальная микроскопия.

Актуальность. В настоящее время возрастает интерес исследователей к изучению состояния конъюнктивы и роговицы у больных с глаукомой [1, 2, 6, 7, 8]. По данным многих авторов, при открытоугольной глаукоме нарушение регинарного кровообращения приводит к развитию дистрофических процессов в тканях глаза [3, 4, 5]. Частыми жалобами больных с глаукомой являются чувство сухости, инородного тела, слезотечение, светобоязнь, плохая переносимость ветра, жжение, рези, боль при закапывании капель, то есть признаки синдрома сухого глаза. Одна из причин синдрома сухого глаза – применение гипотензивных капель с консервантами. Доказано, что синдром сухого глаза развивается уже через 2 месяца после начала применения глазных капель с консервантами [2, 5]. Сам консервант оказывает токсический эффект на ткани переднего отрезка глаза, вызывает аллергическую реакцию, в итоге развивается дегенерация, апоптоз эпителиальных клеток. В связи с вышеуказанным актуальным, на наш взгляд, является изучение состояния конъюнктивы у больных глаукомой с различной стадией заболевания без применения и с применением местных гипотензивных капель.

Цель - изучение морфофункциональной характеристики конъюнктивы при различных видах глаукомы без капель и на фоне местной гипотензивной терапии (МГТ).

Материал и методы. Конфокальная микроскопия конъюнктивы проведена на 24 глазах пациентов с первичной глаукомой. Пациенты были распределены на 2 группы. В 1 группу вошли 10 пациентов с впервые выявленной первичной глаукомой, не получавших медикаментозного лечения: 1а – 5 глаз - с начальной и развитой стадиями глаукомы, 1б – 5 глаз - с далекозашедшей и терминальной стадиями глаукомы. Во вторую группу вошли 14 пациентов с глаукомой, получавших местную гипотензивную терапию, из них 2а - 6 глаз - с давностью местной медикаментозной терапии до 6 месяцев, 2б – 5 глаз - с давностью закапывания гипотензивных капель от 6 месяцев до 1 года, 2в – 3 глаза - с давностью закапывания капель свыше 1 года.

Микроскопическое исследование конъюнктивы проводили при помощи конфокальной микроскопии на

гейдельбергском ретинальном томографе HRT III, дополненном корнеальной насадкой Rostok-модуль. В результате послойного конфокального лазерного сканирования получается серия срезов конъюнктивы с возможностью наблюдения каждого отдельного слоя. Для каждого полученного изображения фактическое положение фокальной плоскости измеряется и сохраняется в памяти. Максимальная глубина сканирования - 1500 мкм, поперечный размер - 200x200, 300x300 или 400x400 мкм, продольное и поперечное оптическое разрешение 1 мкм позволяет четко видеть клеточную структуру конъюнктивы и роговицы. Роговичный модуль Rostock состоит из дополнительных аппаратных элементов и программного модуля для получения и анализа изображения. Объектив роговичного модуля Rostock устанавливается в трубке объектива на сканирующей лазерной камере. Камера с зарядовой связью служит для осмотра глаза и устанавливается на объективе роговичного модуля. Перед исследованием в конъюнктивальную полость закапывается анестетик, в качестве иммерсионной среды используется корнерегель.

Результаты и обсуждение. В результате проведенной конфокальной микроскопии бульбарной конъюнктивы установлено отсутствие структурных изменений у пациентов с первичной глаукомой, не получавших местную гипотензивную терапию (1а группа) (рис.1). У пациентов с продвинутыми стадиями глаукомы, не получавших МГТ (1б группа) выявлены умеренно выраженные дегенеративные изменения конъюнктивы в виде субэпителиальной инфильтрации конъюнктивы лимфоцитами и макрофагами, плохой различимостью границ клеток, что свидетельствует о

метаболических нарушениях в переднем отрезке глазного яблока при первичной глаукоме. У пациентов с первичной гла-

укомой, применявших в инстилляциях гипотензивные препараты не более 6 месяцев (2а группа), имели место аналогичные изменения (рис. 2).

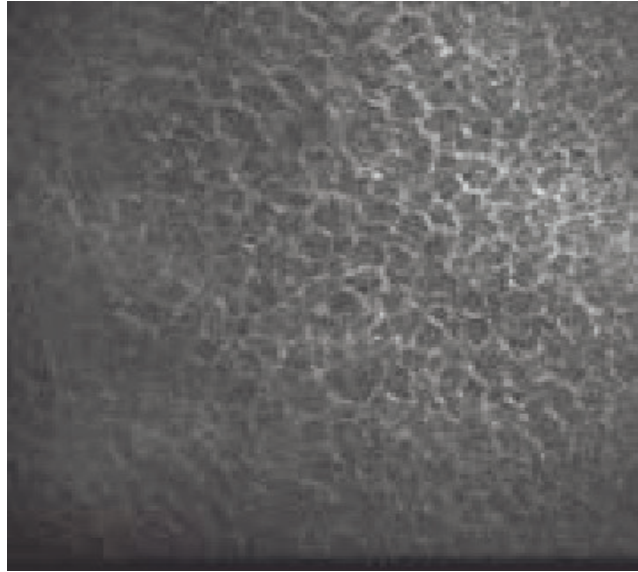


Рисунок 1. HRT конъюнктивы пациента с начальной глаукомой без гипотензивных капель

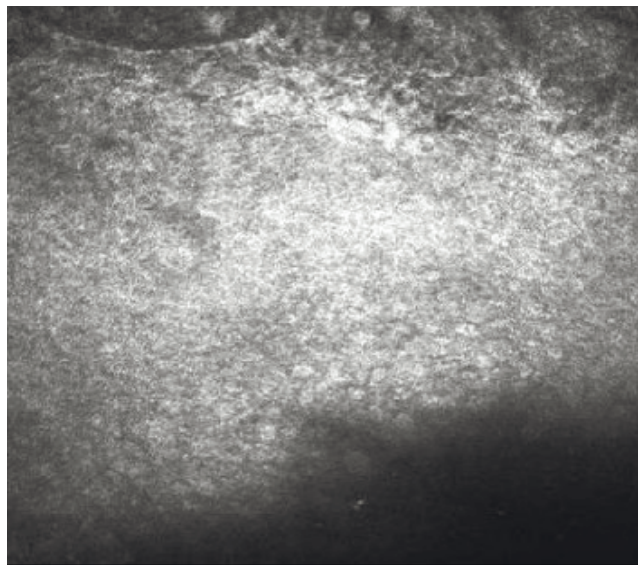


Рисунок 2. HRT конъюнктивы пациента с давностью закапывания гипотензивных капель до 6 месяцев

По мере увеличения сроков инстилляций препаратов МГТ (группы 2б, и 2в) дополнительно к вышеуказанным изменениям выявлено увеличение размеров и явления десквамации ядра эпителиальных клеток конъюнктивы (рисунок 3, 4).

Методом конфокальной микроскопии бульбарной конъюнктивы установлено отсутствие структурных изменений конъюнктивы у пациентов с начальными

стадиями первичной глаукомы, не получавших местную гипотензивную терапию; умеренно выраженные дегенеративные изменения (субэпителиальная инфильтрация конъюнктивы лимфоцитами и макрофагами, плохая различимость границ клеток) - у пациентов с продвинутыми стадиями глаукомы, не получавших МГТ. У пациентов с первичной глаукомой, применяющих в инстилляциях гипотензивные препараты более 6 месяцев, дополнительно к вышеуказанным изменениям выявлено увеличение размеров и явления десквамации ядра эпителиальных клеток.

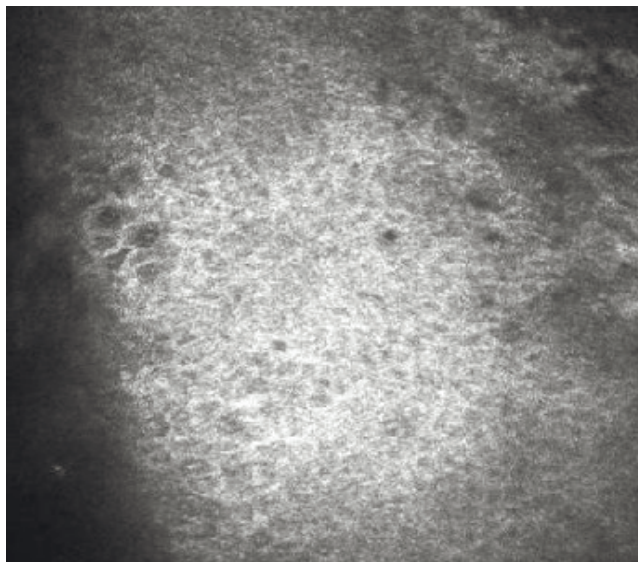


Рисунок 3. НРТ конъюнктивы пациента с давностью закапывания гипотензивных капель от 6 до 12 месяцев

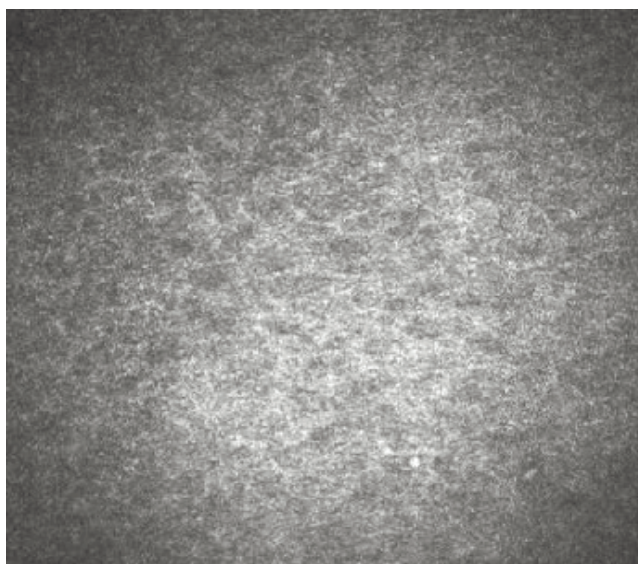


Рисунок 4. НРТ конъюнктивы пациента с давностью закапывания гипотензивных капель свыше 12 месяцев

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало наличие дегенеративных изменений конъюнктивы у пациентов с глаукомой, применявших местные гипотензивные препараты, и у пациентов с далекозашедшей и терминальными стадиями глаукомы без гипотензивных препа-

ратов, причем изменения прогрессировали с увеличением давности закапывания гипотензивных капель и стадии глаукомы. Полученные данные - предварительные, исследование будет продолжаться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов С.Ю., Астахов Ю.С. Изменения конъюнктивы и роговицы у пациентов с глаукомой на фоне местной гипотензивной терапии // Новости глаукомы. -2010.-№ 1.-С.16-18.
2. Алексеев И.Б., Мельникова Н.В. Изменения передней поверхности глаза при первичной открытоугольной глаукоме// Российский офтальмологический журнал. – 2013.-№ 1.-С.4-7.
3. Волков В.В. Глаукома открытоугольная.-М.-2008.-С.131-132.
4. Нестеров А.П. Глаукома.-М.-2008.-С.257-260.
5. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). -СПб.-2003-119 с.

6. Kingman S. Glaucoma in second leading cause of blindness globally//Bull World Health Organ.-2004-V.82-P.887-888.

7. Jalbert I., Staplton F., Papas E. In vivo confocal microscopy of the human cornea.//Dr.J.Ophthalmol.-2003-V.87-P.225236.

8. Leduc C., Dupas B., Ott-Benoist A.C. Advantages of the in vivo HRT2 corneal confocal microscope for investigation of the ocular surface epithelia.//J.F.Ophthalmol.-2004-V.27-P.978-986.

РЕЗЮМЕ

Морфофункциональная характеристика конъюнктивы при глаукоме

Н.А. Алдашева, А.С. Асылбекова

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

Ключевые слова: глаукома, конъюнктивит, конфокальная микроскопия.

В статье представлены предварительные результаты конфокальной микроскопии конъюнктивы пациентов с глаукомой. В исследование включены пациенты с первичной глаукомой. Больные разделены по группам: больные глаукомой, не закапывающие гипотензивные препараты, и больные, закапывающие гипотензивные препараты, с начальной и продвинутыми стадиями заболевания. Исследование проведено с помощью роговичного модуля гейдельбергского ретинального томографа HRT III. В результате исследования выявлено наличие дегенеративных изменений конъюнктивы у пациентов с глаукомой, применявших местные гипотензивные препараты, и у пациентов с далекозашедшей и терминальной стадиями глаукомы без гипотензивных препаратов, причем изменения прогрессировали с увеличением давности закапывания гипотензивных капель и стадии глаукомы.

ТҰЖЫРЫМ

Глаукома кезіндегі конъюнктиваның морфофункционалдық сипаттамасы

Алдашева Н.А., Асылбекова А.С.

«Құрмет Белгісі» орденді көз аурулары қазақ ғылыми-зерттеу институты АҚ, Алматы

Түйінді сөздер: глаукома, конъюнктивит, конфокалды микроскопия.

Мақалада глаукомамен науқастардың конъюнктивасының конфокалды микроскопиясының алдынала алынған нәтижелері көрсетілген. Зерттеуге біріншілік глаукомамен науқастар алынған. Науқастар екі топқа бөлінді: глаукоманың алғашқы және соңғы сатылардағы гипотензивті препараттарды тамызбайтын глаукомамен науқастар және гипотензивті препараттарды тамызатын глаукомамен науқастар. Зерттеу HRT III гейдельбергтік ретиналдык томографтың қасаң қабық модулімен жүргізілді. Зерттеудің нәтижесінде жергілікті гипотензивті препараттарды қолданатын науқастарда және жергілікті гипотензивті препараттарды қолданбайтын глаукоманың соңғы сатыларындағы науқастарда конъюнктиваның дегенеративті өзгерістері анықталды.

SUMMARY

Morphofunctional characteristic of the conjunctiva in glaucoma

Aldasheva N.A., Assylbekova A.S.

Kazakh Eye Research Institute

Key words: glaucoma, conjunctiva, confocal microscopy.

The article presents preliminary results of confocal microscopy of the conjunctiva of patients with glaucoma. The study included patients with primary glaucoma. Patients are divided into 2 groups: glaucoma patients do not instill drugs and patients instilled antihypertensive drugs with the early and advanced stages of the disease. The study was performed with the corneal module of the Heidelberg retinal tomograph HRT III. The study revealed the presence of degenerative conjunctival changes in patients with glaucoma who used local antihypertensive drugs and in patients with far-reaching and terminal stages of glaucoma without antihypertensive drugs, the changes progressed with increasing prescription of instillation of antihypertensive drops and the stage of glaucoma.

МРНТИ 76.29.56:76.31

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА БРИНЕКС В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОФТАЛЬМОГИПЕРТЕНЗИЙ

Н.А. Алдашева, А.А. Булгакова, А.С. Кутжанова,
И.Р. Расулов, Ж.О. Сангилбаева

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

Ключевые слова: хирургия катаракты, послеоперационная офтальмогипертензия, ингибиторы карбоангидразы.

Фармакологическое сопровождение при современной хирургии катаракты направлено, прежде всего, на минимализацию интра- и послеоперационных осложнений. Одной из особенностей течения послеоперационного периода является транзиторная офтальмогипертензия. В основе ее развития может лежать несколько причин: блокирование дренажной зоны остатками вискоэластичных материалов (чаще всего, при использовании вискоэластиков дисперсного типа), псевдоэкзофалиативными отложениями, остатками хрусталиковых масс; гиперсекреция водянистой влаги реактивная или на фоне преходящего послеоперационного ирита; развитие зрачкового или цилиарного блоков; отечность трабекулярной сети на фоне длительной стероидной терапии. Профилактика послеоперационной офтальмогипертензии заключается, прежде всего, в определении факторов риска ее развития и интраоперационном предупреждении (минимализация операционной травмы, максимальная эвакуация остатков вискоэластичного материала и т.д.).

Для купирования повышения внутриглазного давления (ВГД) используются препараты различных фармакологических групп: системные и местные ингибиторы карбоангидразы (ИКА), β -блокаторы, альфа-адреномиметики, миотики, аналоги простагландинов. Механизм снижения ВГД обусловлен уменьшением продукции внутриглазной жидкости или улучшением ее оттока. В случаях послеоперационной офтальмогипертензии, когда были соблюдены все рекомендации по ее интраоперационной профилактике (минимальная операционная травма и полная эвакуация вискоэластика), предпочтительным, на наш взгляд, является использование препаратов, угнетающих секрецию внутриглазной жидкости - ингибиторов карбоангидразы. Карбоангидраза (КА) - фермент, который является цинкпротеидом и существует в различных изозимных формах (изоферменты КА I и КА II). Самым активным из них является карбоангидраза II. Как правило, КА

сосредоточена в клеточных элементах и обнаруживается во многих тканях организма: эритроцитах, клетках поджелудочной железы, слизистой оболочки желудка, околоушной слюнной железы, почек, ресничного тела глаза. Фермент КА является катализатором гидратации двуокиси углерода с образованием H_2CO_3 (угольной кислоты) и последующим распадом на водород и ионы бикарбоната. Анионы бикарбоната, катализированные КА в ходе продуктивных процессов в цилиарном теле глаза, являются основными ионами, ответственными за продукцию водянистой влаги путем создания осмотического градиента. Это вызывает активный транспорт H_2O из цитоплазмы беспигментных клеток эпителия в гипертонические межклеточные пространства. Затем новообразованная водянистая влага перемещается в заднюю камеру глаза. Ингибиторы КА блокируют формирование угольной кислоты и за счет этого снижают продукцию HCO_3^- . В свою очередь, снижение уровня HCO_3^- подавляет формирование водянистой влаги и, в конечном итоге, снижает ВГД.

Применение ИКА перорально ограничено у пожилых пациентов, страдающих нарушением функции почек, аденомой предстательной железы и мерцательной аритмией, ввиду вероятного выраженного системного действия (может вызвать гематурию, аллергические реакции, парестезии, задержку мочеиспускания). Поэтому местные ИКА являются наиболее популярными среди катарактальных офтальмохирургов.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения селективного блокатора карбоангидразы бринзоламида в лечении послеоперационных офтальмогипертензий.

Материал и методы

Проведенное исследование является одноцентровым проспективным открытым когортным клиническим исследованием эффективности препарата Бринекс, капли глазные 1 % – 5 мл (СентиссФармаПвт.Лтд, Индия) у пациентов с повышением внутриглазного давления после операции факоэмульсификации катаракты. Общая продолжительность исследования для пациентов составила не более 30 дней.

В исследовании приняли участие 105 пациентов (105 глаза) в возрасте 53-92 лет, из которых женщин - 69 (65,7 %) и 36 мужчин (34,3%). Средний возраст составил 70,7± 1,8 лет.

Критериями включения в группу исследования были наличие диагноза незрелой возрастной катаракты, нормальные показатели внутриглазного давления (ВГД).

Критериями исключения служили: наличие сопутствующей общей и офтальмопатологии воспалительного

характера, установленный диагноз глаукомы, миопии высокой степени.

Всем пациентам в условиях дневного стационара Казахского НИИ глазных болезней было проведено хирургическое лечение - факоэмульсификация катаракты (ФЭК), выполненное по единой методике.

Всем пациентам измеряли ВГД накануне операции; в день операции до расширения зрачка, на фоне мидриаза и через 2 часа после операции; в 1 сутки после операции; 3 сутки после операции и через 7 дней.

Все пациенты были поделены на 2 группы. В первую группу вошли 63 пациента (63 глаза), у которых в послеоперационном периоде ВГД оставалось в пределах нормальных показателей. Во вторую группу включены 42 пациента (42 глаза), у которых отмечалось послеоперационное повышение ВГД.

Фармакологическое сопровождение: всем пациентам в послеоперационном периоде назначались инстилляции комбинированных препаратов (дексаметазон+антибиотик фторхинолонового ряда) по схеме.

При явлениях офтальмогипертензии пациентам 2 группы назначался препарат Бринекс, капли глазные 1 % – 5 мл (СентиссФармаПвт.Лтд, Индия).

Статистический анализ проводили с использованием программ MSExcel 2010 и SPSS версия 20.0.

Результаты и их обсуждение

Средние показатели уровня ВГД у пациентов двух групп в периоперационном периоде представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Средние показатели внутриглазного давления в периоперационном периоде у пациентов двух групп

Таблица 1 - Средние показатели внутриглазного давления в периоперационном периоде у пациентов двух групп

ВГД	До операции	До мидриаза	На фоне мидриаза	Через 2 часа после операции	1 сутки после операции
1 группа	15,56±2,2	15,65±2,2	15,57±2,7	14,77±3,2	14,38±3,2
2 группа	17,88±4,08	18,73±4,5	19,4±3,80	21,06±4,3	22,9±5,4

Как видно из таблицы 1, предоперационный уровень ВГД во второй группе был выше (p>0,05). Также у пациентов второй группы выявлена тенденция к повышению ВГД на фоне медикаментозного мидриаза. При этом у пациентов первой группы максимальный градиент повышения ВГД на фоне

мидриаза не превышал 3 мм рт. ст. и отмечен в 2 случаях (3,2%). У пациентов 2 группы максимальный градиент повышения ВГД на фоне мидриаза составил 5-6 мм рт. ст. и отмечен в 5 случаях (11,9%). На фоне оперативного вмешательства у пациентов 1 группы отмечена тенденция к снижению ВГД в среднем на 1 мм рт.ст.

Частота сопутствующей патологии у пациентов обеих групп представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Частота сопутствующей патологии у пациентов обеих групп

Сопутствующая патология	ПЭС	Сублюксация хрусталика	Миопия слабой степени% (N)	Миопия средней степени% (N)	Миопия высокой степени% (N)	Сахарный диабет
1 группа (N)	16 (10)	-	4,8 (3)	7,9 (5)	6,4 (4)	11,1 (7)
2 группа (N)	26,2 (11)	9,5 (4)	2,4 (1)	11,9 (5)	4,76 (2)	16,7 (7)

Как видно из таблицы 2, у пациентов первой группы сублюксации хрусталика выявлено не было, у пациентов второй группы выявлялась в 9,5% случаев. Доля пациентов с сопутствующим псевдоэксфолиативным синдромом (ПЭС) была выше во второй группе в 1,64 раза, с сопутствующим сахарным диабетом - в 1,5 раза. Эти данные позволяют расценивать ПЭС и наличие сублюксации хрусталика, а также наличие сахарного диабета как факторы риска послеоперационной офтальмогипертензии. Доля миопии слабой, средней и высокой степени в общем составила по 19,1% в обеих группах, что свидетельствует о меньшем влиянии на вероятность повышения ВГД после операции.

Важную роль в характере послеоперационного течения играют такие особенности оперативного лечения, как мощность и длительность используемого ультразвука. Указанные параметры находятся в прямой зависимости от плотности ядра хрусталика. Во второй группе пациентов плотность ядра хрусталика выше III степени встречалась в 83,3% случаев, тогда как в первой - в 11,1%, т.е. в 7,5 раза чаще. Таким образом, плотность ядра хрусталика является наиболее значимым прогностическим признаком развития послеоперационной офтальмогипертензии.

С целью компенсации ВГД пациентам с офтальмогипертензией назначался препарат Бринекс по 1 капле 2 раза в день. Аллергических реакций и побочных эффектов при применении препарата выявлено не было.

Нормализация показателей ВГД на фоне применения препарата Бринекс у пациентов с послеоперационной офтальмогипертензией отмечалась в 6 случаях (14,3%) на вторые сутки после операции, в 21 случае (50%) - на 3 сутки, в 11 случаях (26,2%) - на 7 сутки. В 4 случаях (9,5%) ВГД было купировано в более поздние сроки (на 10-13 сутки) на фоне комбинированной местной гипотензивной терапии (дополнительно назначены б-блокаторы). В ходе дальнейшего обследования в 3 случаях из 4 был выставлен диагноз первичной глаукомы, что составило в целом 7,1% среди пациентов второй группы.

Согласно литературным данным применение бринзоламида способствует уменьшению выраженности реактивного отека роговицы после операции факэмульсифи-

кации катаракты. Авторы связывают это со снижением регидратации роговицы за счет действия препарата на эндотелий. В нашем исследовании отечность роговицы у пациентов первой группы встречалась в 17 случаях (27%), у пациентов второй группы - в 23 (54,8%), при этом явления диффузного отека были отмечены в 16,7% и 1,6% случаев соответственно. Сроки полного регресса отека роговицы не отличались в обеих группах.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что факторами риска послеоперационной офтальмогипертензии являются:

- повышение ВГД на фоне медикаментозного мидриаза
- плотность ядра выше III степени
- наличие сопутствующей системной и офтальмопатологии (ПЭС, сублюксация хрусталика, сахарный диабет).

Местное применение препарата бринзоламид (Бринекс) позволяет купировать явления послеоперационной офтальмогипертензии у пациентов после факэмульсификации катаракты в 90,5% случаев в монотерапии, в 9,5% случаев - в комбинации с бета-блокаторами. Применение препарата Бринекс нормализовало показатели ВГД у наблюдаемых пациентов уже на вторые сутки после операции в 14,3% случаев, на 3 сутки - в 50% случаев, на 7 сутки - в 26,2%. При этом препарат Бринекс отличается высокой эффективностью и хорошей переносимостью.

Местное применение ИКА и отказ от перорального применения диакарба позволяет избежать возможных системных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. FDA. Draft Guidance on Brinzolamide. 2014.
2. Michaud JE, Friren B, Group IBAS. Comparison of topical brinzolamide 1% and dorzolamide 2% eye drops given twice daily in addition to timolol 0.5% in patients with primary open-angle glaucoma or ocular hypertension. Am J Ophthalmol. 2001; 132(2): p. 235-243.
3. Holló G., Chiselita D., Petkova N., Cvenkel B., Liehneova I., Izgi B., et al. The efficacy and safety of timolol maleate versus brinzolamide each given twice daily added to travoprost in patients with ocular hypertension or primary open-angle glaucoma.. Eur J Ophthalmol. 2006; 16(6): p. 816-823.
4. Silver LH. Clinical efficacy and safety of brinzolamide (Azopt), a new topical carbonic anhydrase inhibitor for primary open-angle glaucoma and ocular hypertension. Brinzolamide Primary Therapy Study Group. Am J Ophthalmol. 1998; 126(3): p. 400-408.
5. Seong GJ, Lee SC, Lee JH, Chu YK, Hong YJ. Comparisons of intraocular-pressure-lowering efficacy and side effects of 2% dorzolamide and 1% brinzolamide. Ophthalmologica. 2001; 215(3): p. 188-191.
6. Day DG, Walters TR, Schwartz GF, Mundorf TK, Liu C, Schiffman RM, et al. Bimatoprost 0.03% preservative-free ophthalmic solution versus bimatoprost 0.03% ophthalmic solution (Lumigan) for glaucoma or ocular hypertension: a 12-week, randomised, double-masked trial.. Br J Ophthalmol. 2013; 97(8): p. 989-993.

7. Goldberg I, Gil Pina R, Lanzagorta-Aresti A, Schiffman RM, Liu C, Bejanian M. Bimatoprost 0.03%/timolol 0.5% preservative-free ophthalmic solution versus bimatoprost 0.03%/timolol 0.5% ophthalmic solution (Ganfort) for glaucoma or ocular hypertension: a 12-week randomised controlled trial.. Br J Ophthalmol.. 2014; 98(7): p. 926-931.
8. Дуглас Д.Р. Глаукома Аветисов С.Э., Еричев В.П., editors. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
9. Stevens S., Gilbert C., Astbury N. How to measure intraocular pressure: applanation tonometry. Community Eye Health. 2007; 64: p. 74-75.
10. Chihara E. Assessment of true intraocular pressure: the gap between theory and practical data. Surv Ophthalmol. 2008; 52(3): p. 203-218.
11. Julious SA. Sample Sizes for Clinical Trials: CRC Press/Taylor & Francis; 2010.
12. Малютина И.С., Харченко Е.Г., Ефимова И.А., Бубнов И.В. Преимущества применения Азопта перед Диакарбом в комплексной подготовке к факоэмульсификации катаракты в условиях частной амбулаторной клиники // Клиническая офтальмология. – 2009. – № 2. – С. 70-72.
13. Петров С.Ю. Обзор клинического применения Бринекса в терапии глаукомы и офтальмогипертензии // Глаукома. – 2010. – № 1. – С. 72-78.

РЕЗЮМЕ

Исследование эффективности препарата Бринекс в лечении послеоперационных офтальмогипертензий
Н.А. Алдашева, А.А. Булгакова, А.С. Кутжанова,
И.Р. Расулов, Ж.О. Сангилбаева

В работе изучалась эффективность использования селективного блокатора карбоангидразы бринзоламида в лечении послеоперационных офтальмогипертензий. Применение препарата бринзоламид (Бринекс) позволяет купировать явления послеоперационной офтальмогипертензии у пациентов после факоэмульсификации катаракты в 90,5% случаев в монотерапии, в 9,5% случаев - в комбинации с бета-блокаторами. Местное применение ИКА и отказ от перорального применения диакарба позволяет избежать возможных системных осложнений.

SUMMARY

Research of efficiency of Brineks for the treatment of postoperative ophthalmic hypertension
N.A. Aldasheva, A.A. Bulgakova, A.S. Kutzhanova, I.R. Rassulov, Zh.O. Sangilbayeva
Kazakh Scientific Research Institute of eye diseases

Keywords: cataract surgery, postoperative ophthalmic hypertension, carbonic anhydrase inhibitors.
The efficiency of using the selective carbonic anhydrase inhibitor Brinzolamide in the treatment of postoperative ophthalmic hypertension was studied. The use of the drug Brinzolamide (Brinex) allows to stop the phenomenon of postoperative ophthalmic hypertension in patients after phacoemulsification of cataract in 90.5% of cases in monotherapy, in 9.5% of cases in combination with beta-blockers. Local application of carbonic anhydrase inhibitor and refusal of oral administration of diacarb allows to avoid possible systemic complications.

ТҰЖЫРЫМ

Отадан кейінгі офтальмогипертензияны емдеуде Бринекс препаратының тиімділігін зерттеу
Н.А. Алдашева, А.А. Булгакова, А.С. Кутжанова,
И.Р. Расулов, Ж.О. Сангилбаева
Қазақ көз аурулары ғылыми-зерттеу институты

Түйінді сөздер: катаракта хирургиясы, отадан кейінгі офтальмогипертензия, селективті карбоангидраза блокаторлары.

Жұмыста отадан кейінгі офтальмогипертензияларды емдеуде селективті карбоангидраза блокаторы бринзоламидты қолданудың тиімділігі зерттелді. Катарактаны факоэмульсификациялаудан кейінгі офтальмогипертензияны емдеуде Бринзоламид (Бринекс) препараты монотерапия ретінде қолдануда 90,5%, ал бета-блокаторлармен бірге қолдану кезінде 9,5% тиімділік көрсетті. Карбоангидраза ингибиторларын жергілікті қолдану және диакарбты пероралды қолданудан бас тарту жүйелік асқынулардың алдын алуға мүмкіндік береді.

МРНТИ 76.29.56:76.29.37

НЕЙРОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

¹ Н.А. Алдашева, ¹ И.С. Степанова, ² А.Р. Магазова

¹ АО Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, нейропротекторы, цитиколин, ОМК 2.

Диабетическая ретинопатия (ДР) является ведущей причиной инвалидизации среди больных сахарным диабетом (СД) трудоспособного возраста в экономически развитых странах мира.

В основе развития диабетической ретинопатии лежат генетические, гемореологические, гормональные и метаболические факторы.

По данным Зборовской А.В. (2013) при диабетической ретинопатии можно выявить нейродегенерацию сетчатки еще до появления каких либо сосудистых нарушений (на сегодня доступны данные, допускающие, что это первично нейродегенеративный процесс, и рассматривающие нейродегенерацию как ранний этап диабетической ретинопатии). Прогрессирующая нейродегенерация на фоне данной патологии также приводит к снижению зрительных функций; особенно ярко это заметно при поражении зрительного нерва [1].

Нарушение метаболизма при ДР характеризуется нарушением как общего, так и локального обмена. При диабете достоверно нарушается протеиновый состав слезной пленки, что является одной из причин развития синдрома «сухого глаза» (ССГ). Развитие ССГ у больных сахарным диабетом связано также с нарушением проведения импульса с глазной поверхности в мозг, то есть ССГ является следствием нейропатии, развивающейся в глазу [2, 3, 4, 5].

Важным этапом вторичной профилактики диабетической ретинопатии является поддержание нормального функционирования нервной ткани сетчатки и зрительного нерва на ранних стадиях, что возможно путем применения антиоксидантов и ангиопротекторов [6].

Однако отношение к консервативным методам лечения, по данным литературы, неоднозначно. Так, по данным А.С. Измайлова и Л.И. Балашевича (2004), применение лекарственной терапии не имеет достаточных оснований для широкого применения в офтальмологии [7]. По мнению Ермаковой Н.А. (2013), также основным методом лечения ДР, обладающим длительным действием, является лазеркоагуляция сетчатки, а медикаментозная терапия (за исключением ингибиторов ангиогенеза) не дает эффекта

при ДР [8], тогда как Н.А. Гавриловой (2004) прослежена четкая зависимость течения ДР от вида применяемой консервативной терапии. Проведение дифференцированного медикаментозного лечения позволяет стабилизировать процесс на ранних стадиях ДР в 88,8% случаев, при манифестной и ППДР – в 70,6%, а применение традиционной терапии – в 44,4% и 39,4% соответственно [9]. Эти данные подтверждены результатами исследований Г.С. Полунина с соавт. (2006), которые доказали, что при регулярном и последовательном дополнении сахароснижающей терапии ретинопротекторами и антиоксидантами на начальных стадиях ДР удается вывести из группы риска не менее 50% больных диабетом I типа [10].

Исследования, проведенные Т.В. Кончуговой с соавт (2013), показали, что по мере прогрессирования ДР происходит усиление гипоксии и повреждение клеток нейроэпителлия, что, по мнению авторов, обуславливает необходимость применения нейропротекторных препаратов [11].

По данным Морозовой Н.Е. (2013), нейроолигопептид семакс, обладающий антиоксидантным и нейропротекторным действием, а также свойством эндогенного регулятора функции ЦНС, положительно влияет на течение начальной стадии ДР, что характеризуется положительной динамикой функциональных и электрофизиологических показателей [12].

К препаратам, обладающим нейропротекторным действием, относится препарат ОМК 2, содержащий цитиколина натриевую соль 2%, цианокобаламин (витамин В12) и гиалуроновую кислоту

0,2%. Следует отметить, что цитиколин, являясь предшественником ультраструктурных компонентов клеточной мембраны (фосфолипидов), восстанавливает поврежденные мембраны клеток, ингибирует действие ферментов-фосфолипаз, предотвращает чрезмерное образование свободных радикалов, что позволяет предотвратить или значительно снизить интенсивность гибели клеток, оказывая влияние на механизмы апоптоза. Цианкобаламин способствует формированию миелиновых оболочек нервных волокон и предотвращает первичное повреждение эндотелия сосудов. Гиалуроновая кислота входит в состав соединительной, эпителиальной и нервной тканей, принимает значительное участие в пролиферации клеток.

Цель работы - изучить влияние нейротропного, содержащего цитиколин, цианкобаламин и гиалуроновую кислоту на клинико-функциональные показатели у больных с непролиферативной стадией диабетической ретинопатии.

Материал и методы. Изучение влияния нейротропного, содержащего цитиколин, на клинико-функциональные показатели у больных с непролиферативной стадией диабетической ретинопатии проводили после получения информированного согласия каждого пациента на использование данных обследования в научных целях.

Обследовано 15 пациентов (30 глаз) с непролиферативной стадией диабетической ретинопатии.

Нейротроп (препарат ОМК 2), содержащий цитиколина натриевую соль 2%, цианкобаламин (витамин В12) и гиалуроновую кислоту 0,2%, назначали по 1 капле 3 раза в день в течение 2 месяцев.

С целью оценки эффективности препарата обследование пациентов проводили до и после лечения (через 2 месяца от начала инстилляции препарата). Офтальмологическое обследование включало: визометрию, тонометрию, офтальмоскопию, компьютерную периметрию (определение показателя MD

(среднее отклонение светочувствительности сетчатки) и показателя PSD, отражающего выраженность очаговых дефектов поля зрения), электрофизиологические исследования (определение зрительных вызванных корковых потенциалов и электроретинограмму).

Результаты и обсуждение

На фоне инстилляции препарата ОМК 2 отмечено уменьшение субъективных проявлений синдрома «сухого глаза» и улучшение слезопродукции (средние показатели пробы Ширмера имели тенденцию к увеличению с $11,7 \pm 1,1$ мм до $12,6 \pm 1,3$), что можно объяснить как действием гиалуроновой кислоты, так и нейротропным эффектом цитиколина, входящих в состав препарата. Отсутствие достоверной разницы между показателями слезопродукции до и после применения препарата можно объяснить тем, что изначально проявления синдрома «сухого глаза» у больных с НПДР были несущественны, что не противоречит данным литературы [3, 4].

После курсового применения препарата острота зрения оставалась на прежнем уровне. Двое пациентов (13,3%) отметили уменьшение зрительной утомляемости при чтении.

По данным компьютерной периметрии выявлена положительная динамика, характеризующаяся улучшением показателей периметрических индексов: повышение показателя MD на 16,4% (с $6,68 \pm 0,9$ dB до $7,99 \pm 0,8$ dB) и снижение показателя PSD, в среднем, на 21,3% ($2,96 \pm 0,57$ dB и $2,33 \pm 0,51$ dB соответственно).

Также отмечено улучшение электрофизиологических показателей. Выявлена тенденция к повышению амплитуды электроретинограммы: у 6 пациентов ЭРГ повысилась, в среднем, на 12,7%, что свидетельствует о повышении функциональной активности фоторецепторов. Показатели амплитуды зрительных вызванных потенциалов увеличились на фоне лечения на 23,8% (с $7,01 \pm 2,3$ мВ до $9,2 \pm 3,1$), показатели латентности имели тенденцию к нормализации и составляли после лечения $99,93 \pm 12,5$ мс, что свидетельствует об улучшении проводимости нервных волокон у больных с непролиферативной стадией диабетической ретинопатии и подтверждает наличие нейротропного эффекта препарата (ОМК 2), содержащего цитиколин и витамин В12.

При применении препарата ОМК 2 аллергических реакций или других побочных эффектов ни у одного пациента отмечено не было.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о положительном влиянии нейротропного, содержащего цитиколин, цианкобаламин и гиалуроновую кислоту (препарат ОМК 2), на клинико-функциональные показатели у больных с непролиферативной стадией диабетической ретинопатии, что подтверждается улучшением электрофизиологических показателей и данных компьютерной периметрии.

МРНТИ 76.29.56:76.31

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ИРВИНА-ГАССА В СОЧЕТАНИИ С НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ БРОКСИНАКОМ

Б.С. Бейсенбаева, Л.Н. Оразбеков, Л.А. Муравьева, А.С. Асылбекова, Д.А. Абдуллина

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

Ключевые слова: синдром Ирвина-Гасса, кистозно-макулярный отек, субтеноново пространство, дипроспан, броксинак.

Актуальность. Кистозный макулярный отек, развивающийся после экстракции катаракты (синдром Ирвина-Гасса) является одним из распространенных осложнений при различных способах экстракции катаракты. В 1953 году Ирвин описал кистозный макулярный отек, который специфически возникал после экстракции катаракты, а Гасс и Нортон впоследствии изучили характеристики нового субъекта болезни с помощью флуоресцентной ангиографии [1, 2]. Это осложнение при отсутствии адекватного лечения может приводить к стойкой утрате зрительных функций [3, 4]. Частота такого отека при неосложненной факоэмульсификации варьирует в пределах от 1 до 11% (Ирвин А.В., 1976, цит. по Сорокиной Е.Л. с соавт., 2010). По мнению Астахова С.Ю. (2010), любое хирургическое вмешательство на глазном яблоке сопровождается послеоперационным воспалением, при котором имеет место выброс простагландинов. Клинически это проявляется миозом, инъекцией глазного яблока и ухудшением зрения нередко вследствие кистозидного макулярного отека.

Самой частой причиной макулярного отека является хирургия катаракты. По данным ряда авторов, макулярный отек после оперативного вмешательства по поводу катаракты встречается в 4-20% случаев, из них клинически значимый – до 5,8% [5]. Учитывая значительное ежегодное увеличение во всем мире количества операций по поводу катаракты, проблема профилактики и лечения макулярного отека является более чем актуальной. Кортикостероиды снижают синтез простагландинов, но учитывая осложнения при их применении, альтернативой или дополнением к кортикостероидам в последнее время служат нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС). Из многочисленных НПВС только бромфенак и непафенак (неванак) были одобрены для лечения воспаления глаза и снятия болевых синдромов после экстракции катаракты. Клиническая эффективность и безопасность бромфенака хорошо изучена в течение 15 лет его применения, и к периоду 2007 года его использование в сфере офтальмологии достигло более 26

миллионов раз [6]. При этом бромфенак является единственным нестероидным противовоспалительным препаратом, который, обладая выраженным противовоспалительным действием, применяется один раз в день [7].

Из объективных методик, позволяющих оценить толщину сетчатки, в том числе в случаях макулярного отека, на сегодняшний день можно выделить ретинальную конфокальную томографию (HRT), флуоресцентную ангиографию (ФАГ) и оптическую когерентную томографию (ОКТ) [5], но наиболее безопасным и информативным методом считается ОКТ.

На сегодняшний день существует несколько методов лечения макулярного отека: медикаментозный, лазерный и хирургический, однако стандартизованного протокола лечения и профилактики для псевдофакического кистозного макулярного отека не существует. Наиболее эффективным, по данным литературы, является медикаментозное лечение кортикостероидами в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (Sh.elstaJampol, 2011, Спиридонов Е.А., 2015, и другие). Это сочетание обеспечивает стабильность ВГД, анальгезирующий эффект и снижение риска вторичной инфекции. Ответы на лечение более удобно контролируются с помощью визометрии, биомикроскопии и ОКТ.

Цель - поделиться опытом комбинированного лечения двухстороннего синдрома Ирвина-Гасса с местным применением кортикостероида дипроспана и нестероидного противовоспалительного препарата Броксинак (СентиссФарма).

Материал и методы. Пациентка Б.,

1941 г.р. поступила в дневной стационар с диагнозом: OU - возрастная незрелая катаракта. Острота зрения на худшем левом глазу - 0,05 не корр., ВГД - (б/к) 14 мм. Произведена факэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ на оборудовании «Septurion» с параметрами контроля внутриглазного давления и поддержки глубины передней камеры, с применением торсионного ультразвука

и модифицированной ультразвуковой иглы «Баланс» для удаления хрусталиковых масс. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Острота зрения на следующий день составляла 0,9 н/к. Глаз спокоен, легкая послеоперационная инъекция. Были назначены в каплях антибиотики и кортикостероиды по схеме и соблюдение определенного режима в течение месяца. Через 2,5 недели у больной появились жалобы на снижение зрения и «размытость» изображения в центре. Был заподозрен макулярный отек и произведена ОКТ. Диагноз подтвердился.

Thickness Map Single Exam Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

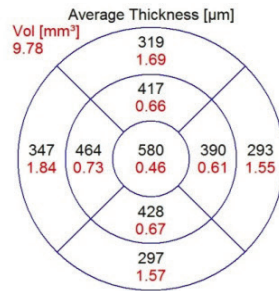
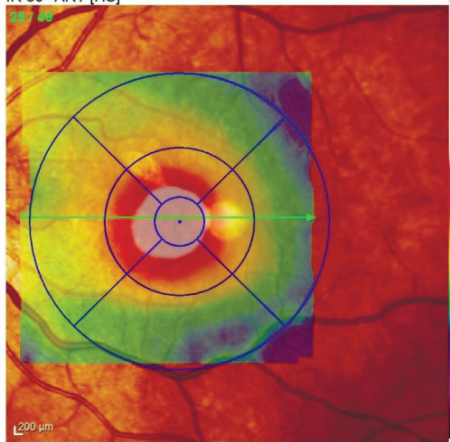


Patient: Beisenbaeva, Balkiya Samratovna
Patient ID: ---
Diagnosis: ---

DOB: Apr/22/1941
Exam.: May/10/2017
Comment: ---

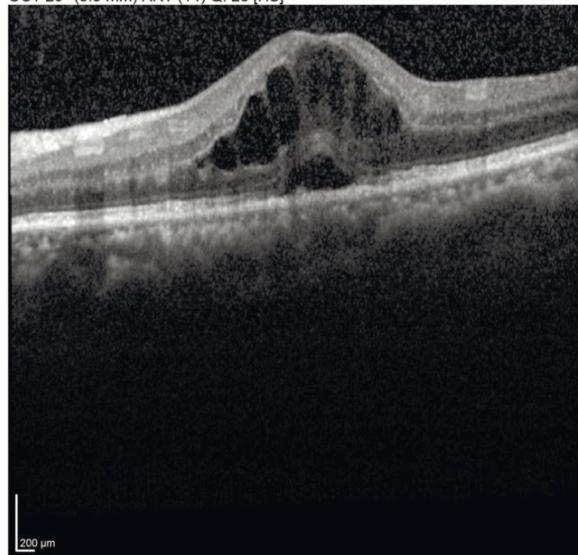
Sex: F

IR 30° ART [HS]



Center: 596 µm
Central Min: 514 µm
Central Max: 613 µm
Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (6.9 mm) ART (14) Q: 23 [HS]



Notes:

Date: 11/9/2017

Signature:

Software Version: 5.7.5

www.HeidelbergEngineering.com

Thickness Map Single Exam Report

Рисунок 1. Кистозный отек и отслойка нейрорепителія в фовеа

Как видно на рисунке 1, толщина сетчатки в макулярной зоне составила 580 мкм. Начато лечение парабальбарными инъекци-

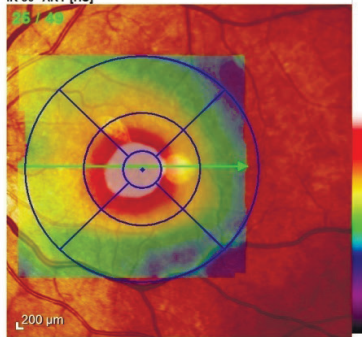
ями дексаметазона в сочетании с каплями Неванака и приемом внутрь диакарба. Проведена повторная ОКТ через 5 дней, как видно на рисунке 2, отёк снизился до 313 мкм (рис. 2).

Thickness Map Change Report, All Follow-Ups
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

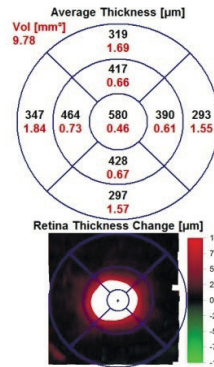


Patient: Beisenbaeva, Balkiya Samratovna **DOB:** Apr/22/1941
Patient ID: --- **Sex:** F
Diagnosis: --- **Comment:** ---

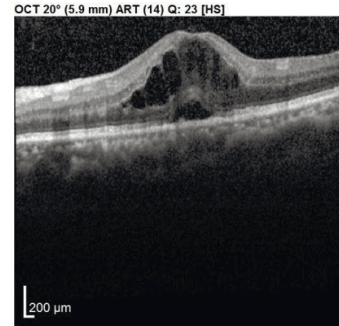
Baseline - 5/10/2017
IR 30° ART [HS]



Center: 596 μm Central Min: 514 μm

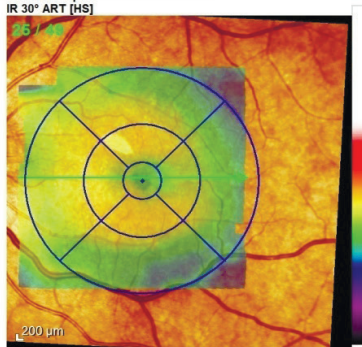


Central Max: 613 μm

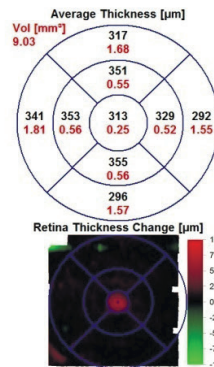


Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

Follow-Up #1 - 5/15/2017
IR 30° ART [HS]



Center: 292 μm Central Min: 286 μm

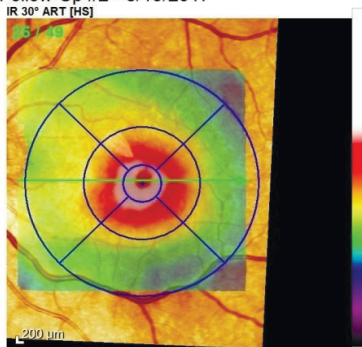


Central Max: 351 μm

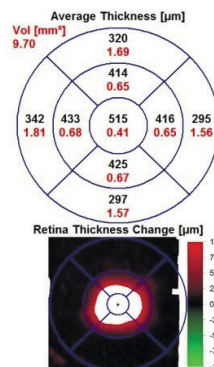


Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

Follow-Up #2 - 5/19/2017
IR 30° ART [HS]



Center: 463 μm Central Min: 456 μm



Central Max: 554 μm



Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

Notes:
Date: 11/9/2017 Signature:

Рисунок 2.

Однако несколько дней спустя на фоне проводимого лечения пациент заметил снижение зрения, повторное исследование показало увеличение отёка до 515 мкм (рис. 2).

Принято решение вводить дипропан в субтеноново пространство и инстиляции Броксинака один раз в день. Повторное исследование показало сни

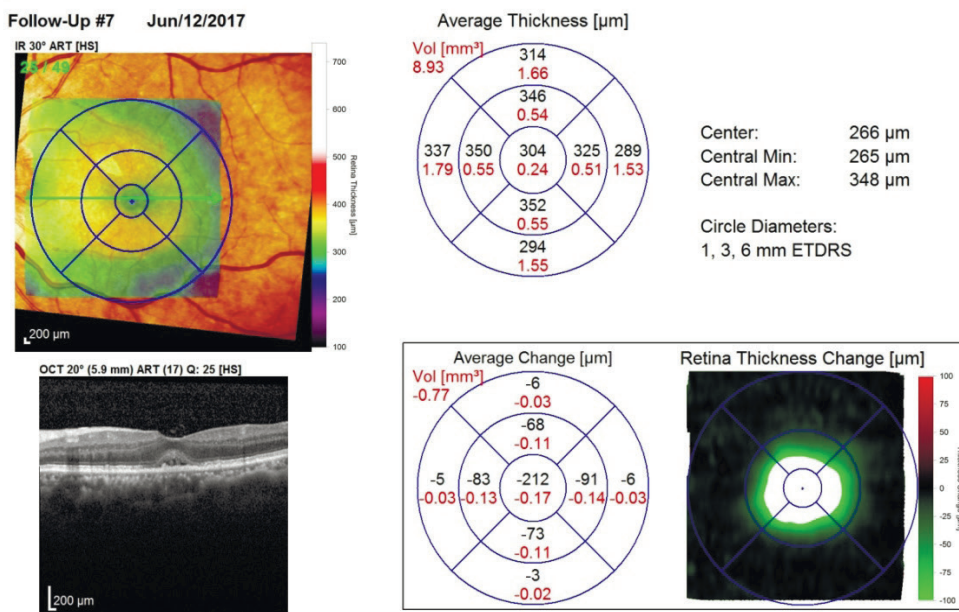
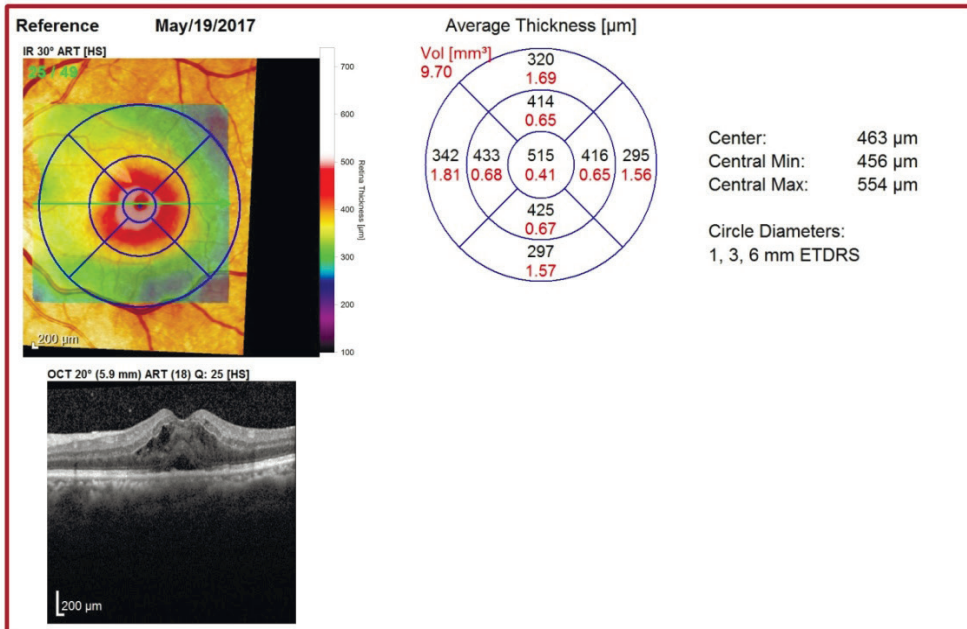
жение отека в фовеа до 304 мкм (рис.3). Повторно введен дипроспан под тенонову капсулу.

Повторное исследование через 14 дней показало полную резорбцию отека в фовеа (рис.4).

Thickness Map Change Report, Recent Follow-Up
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography



Patient: Beisenbaeva, Balkiya Samratovna DOB: Apr/22/1941
Patient ID: --- Comment: ---
Diagnosis: ---



Notes:
Date: 11/9/2017 Signature:

Software Version: 5.7.5

www.HeidelbergEngineering.com

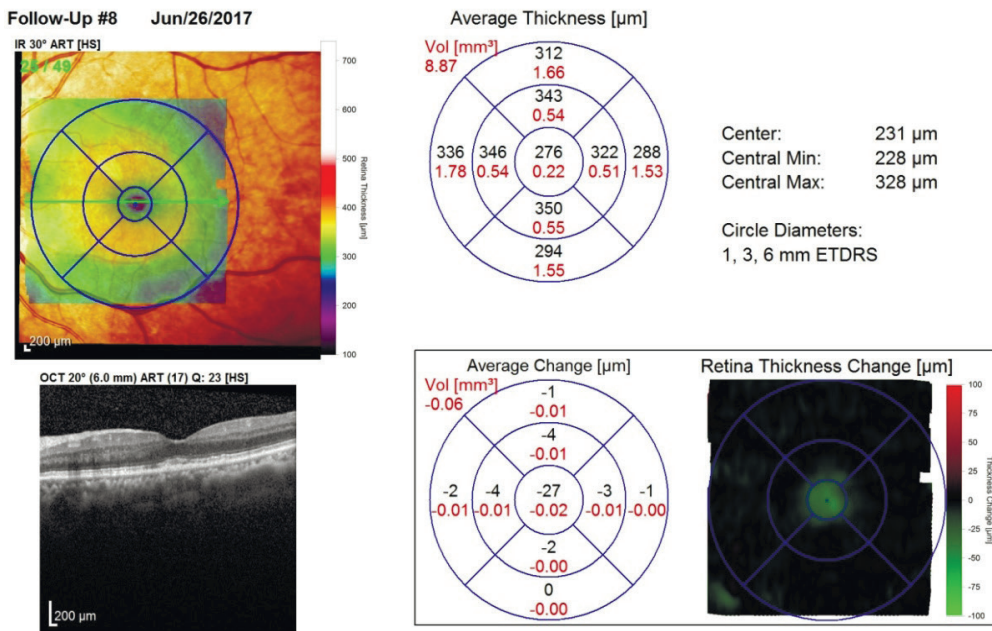
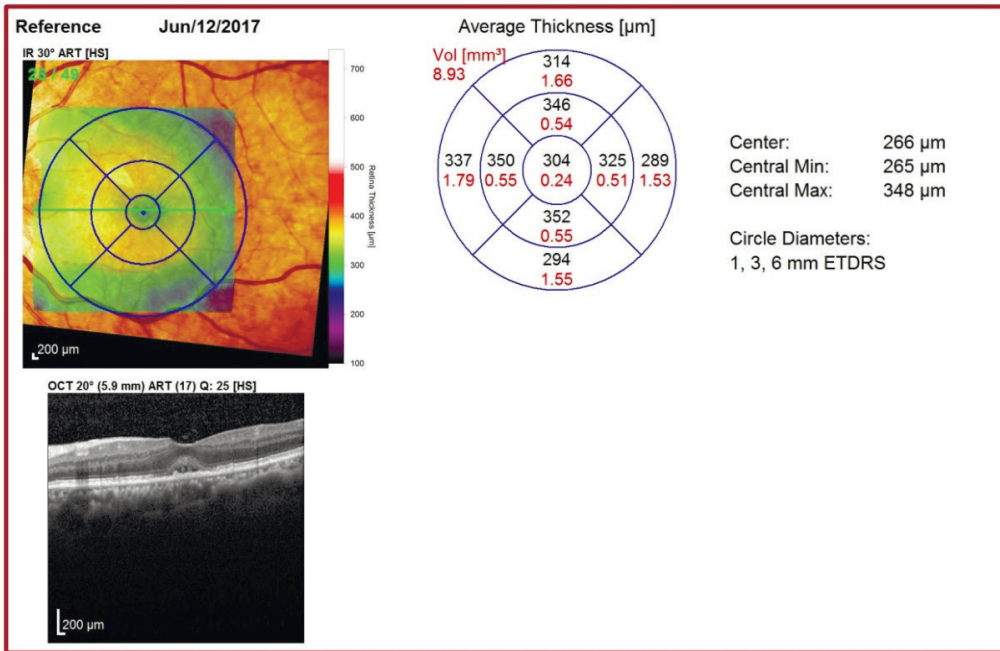
Thickness Map Change Report, Recent Follow-Up

Рисунок 3. Снижение отека в фовеа на 212 мкм

Thickness Map Change Report, Recent Follow-Up
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography



Patient: Beisenbaeva, Balkiya Samratovna DOB: Apr/22/1941
Patient ID: --- Comment: ---
Diagnosis: ---



Notes:
Date: 11/9/2017 Signature:

Рисунок 4. Полная резорбция отека в фовеа

Прооперирован второй глаз. На четвёртой неделе появился кистозный макулярный отёк от 362 до 434 мкм на втором глазу (рис. 5). Был введён дипроспан под

тенонову капсулу и назначены инстилляции Броксинака один раз в день. Исследование через 5 дней показало полную резорбцию отека (рис. 5). Для профилактики было рекомендовано закапывание Броксинака в оба глаза один раз в день

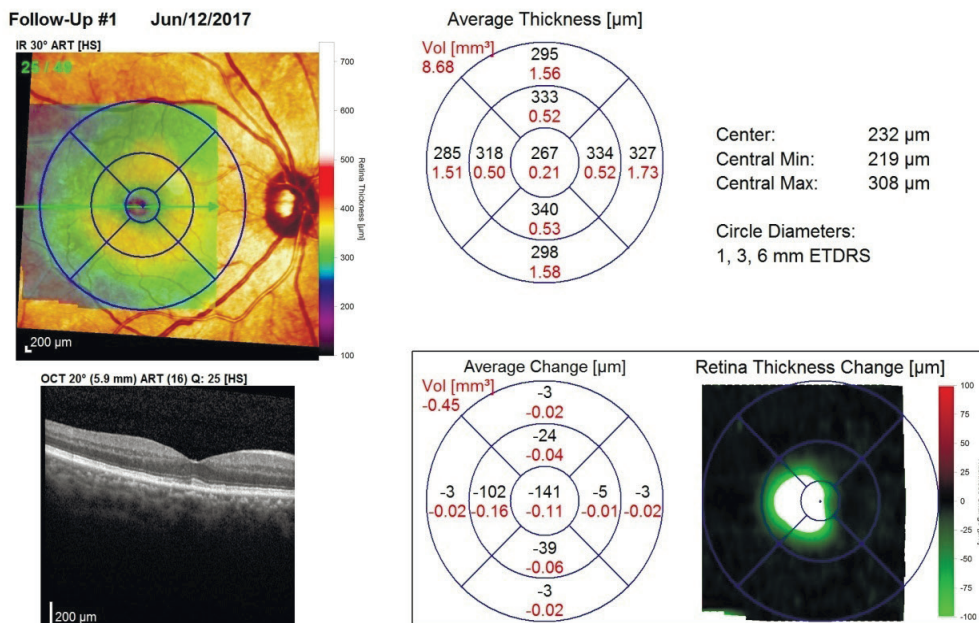
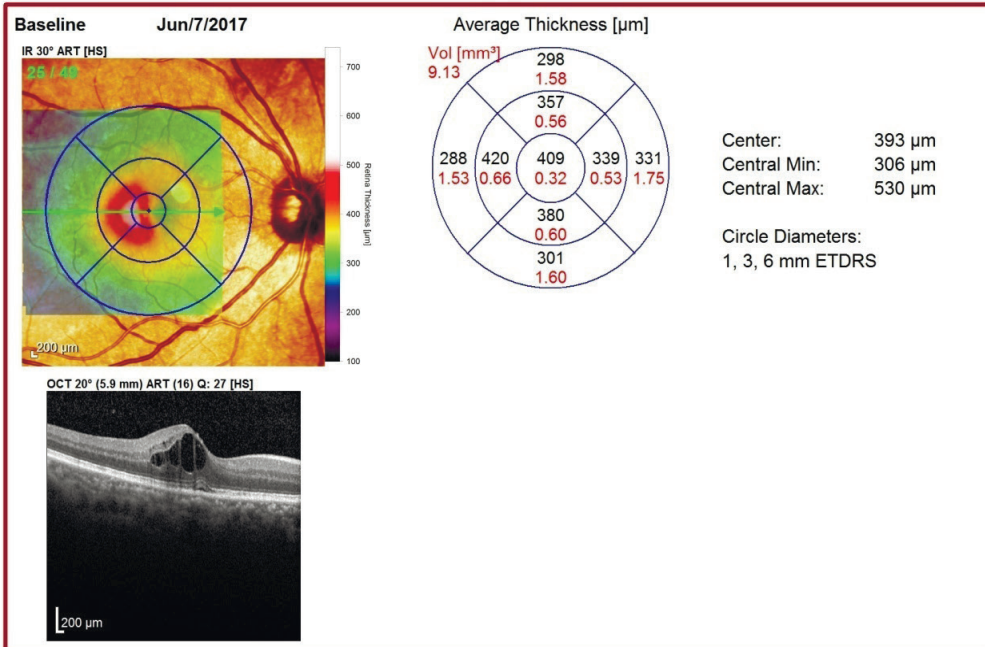
в течение 2-3 недель и явка на контроль через два месяца. При контрольном об-

следовании отмечено отсутствие отёка в макуле на обоих глазах. Зрение полностью восстановилось на обоих глазах.

Thickness Map Change Report, Recent Follow-Up
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography



Patient: Beisenbaeva, Balkiya Samratovna DOB: Apr/22/1941 Sex: F **OD**
Patient ID: --- Comment: ---
Diagnosis: ---



Notes:
Date: 11/9/2017 Signature:

Software Version: 5.7.5

www.HeidelbergEngineering.com

Thickness Map Change Report, Recent Follow-Up

Рисунок 5. Резорбция отека в фовеа через 5 дней

Результаты и выводы

Как показали наши наблюдения, при появлении макулярногo отёка комплексное применение кортикостероида и Броксинака является наиболее эффективным способом лечения. При этом эффективным является введение кортикостероида в субтеноново пространство. Этим обеспечивается точная адресная доставка препарата в очаг поражения, что способствует скорейшей резорбции отёка в макуле. НПВП Броксинак характеризуется не только вы-

сокой эффективностью, но и удобством в использовании. Однократное применение в день снижает выраженность и частоту побочных явлений, свойственных всем НПВС (покраснение и жжение после закапывания препарата), а также повышает комплаентность пациентов: чем реже пациент в течение дня должен применять препарат, тем тщательнее он это будет делать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Irvine S.R. A newly defined vitreous syndrome following cataract surgery. *Am JfckL R Ophthalmol* 1953;36:599-619.
2. Gass JDM, Norton EWD. Fluorescein studies of patients with macular edema andfck LR papilledema following cataract extraction. *Trans Am OphthalmolSoc* 1966; 64: 232-249.
3. Астахов С.Ю., Гобеджашвили М.В. Послеоперационный макулярныйотёк, синдром Ирвина–Гасса// РМЖ. Клиническая офтальмология.- 2010. Т, 11. N 1.С 5-8.
4. Ботабекова Т.К., Алдашева Н.А. и др. Синдром Ирвина–Гасса – частота и лечение в условиях амбулаторной хирургии катаракты. *Офтальмологический журнал Казахстана.-№ 1-2.- 2016.*
5. Lobo C.L., Faria P.M., Soares M.A., Bernandes R. C., Cunda–Vaz.J.G. Macular alterations after small – incision cataract surgery. *J.CataractRefract. Surg.* 2004; 30: 752-760.
6. Stewart RH, Grillone LR, Shiffman ML, Donnenfeld ED, Gow JA: Bromfenac Ophthalmic Solution 0,09% Study Group. The systemic safety of bromfenac ophthalmic solution 0.09%. *J OculPharmacolTher.* 2007; 23 (6):601-612.
7. Спиридонов Е.А. Бромфенак (Броксинак) – новое слово в нестероидной противовоспалительной терапии // *Офтальмология.- 2015; 12(4): 18-26.*

РЕЗЮМЕ

Комбинированное лечение синдрома Ирвина–Гасса в сочетании с нестероидным противовоспалительным препаратом броксинак
 Б.С. Бейсенбаева, Л.Н. Оразбеков, Л.А. Муравьёва, А.С. Асылбекова
 АО Казахский ордена «Знак Почета научно-исследовательский институт глазных болезней»
 Алматы, Казахстан

Ключевые слова: синдром Ирвина-Гасса, кистоидно–макулярный отёк, дипроспан, броксинак.
 В статье описан клинический случай пациентки с синдромом Ирвина-Гасса после факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ на обоих глазах. Пациентке с незрелой возрастной катарактой проведена факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ на обоих глазах с интервалом две недели. Через две недели после операции пациентка заметила снижение зрения сначала на одном, затем - на другом глазу. Проведена оптическая когерентная томография, где выявлен кистозный макулярный отек. Авторами применена методика комбинированного лечения синдрома Ирвина-Гасса субтеноновым введением дипроспана в сочетании с инстилляцией броксинака 1 раз в день. Броксинак является нестероидным противовоспалительным препаратом в виде глазных капель. Через неделю на фоне проводимого лечения отек в макуле снизился на обоих глазах. Через месяц в результате лечения оптическая когерентная томография показала полную резорбцию отека на обоих глазах. Таким образом, результаты лечения показали высокую эффективность методики.

ТҰЖЫРЫМ

Стероидты емес қабынуға қарсы препарат броксинакты қолданумен
Ирвин-Гасс синдромын комбинациялық емдеу
Б.С. Бейсенбаева, Л.Н. Оразбеков, Муравьева Л.А., А.С. Асылбекова
Көз аурулары қазақ ғылыми зерттеу институты

Түйінді сөздер: Ирвин-Гасс синдромы, кистоидты–макулярлы ісіну, дипроспан, броксинак.

Мақалада екі көзде ИОЛ имплантациясымен бірге катарактаның факоэмульсификациясынан кейінгі Ирвин-Гасс синдромымен пациенттің клиникалық жағдайы баяндалған. Жетілмеген жасқа байланысты катарактамен пациенттің екі көзіне екі апта аралығымен ИОЛ имплантациясымен бірге катарактаның факоэмульсификациясы жасалынды. Операциядан кейін екі апта өткен соң пациент көру қабілетінің бірінші бір көзінде, кейін екінші көзінде нашарлағанын байқады. Оптикалық когерентті томография жүргізіліп, макуланың кистозды ісінуі анықталды. Авторлар күніне 1 рет броксинакты инстиляциялай отырып дипроспанды субтенонды енгізудің комбинациялық емдеу әдісін қолданды. Броксинак көз тамшылары түріндегі қабынуға қарсы стероидты емес препарат болып табылады. Ем нәтижесінде бір аптадан кейін макуладағы ісіну екі көзде де азайды. Ем басталғаннан бір аптадан кейін оптикалық когерентті томография макуладағы ісінудің толық сорылғанан көрсетті. Емдеу нәтижесі әдістің жоғары әсерлілігін көрсетті.

SUMMARY

Combined treatment of Irvine – Gass syndrome in combination with
non-steroid anti-inflammatory drug broksinac
Beisenbaeva B.S., Orazbekov L.N., Muravyeva L.A., Assylbekova A.S.
Kazakh Eye Research Institute

Ключевые слова: синдром Ирвина-Гасса, кистоидно–макулярный отёк, дипроспан, броксинак.

В статье описан клинический случай пациентки с синдромом Ирвина-Гасса после факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ на обоих глазах. Пациентке с незрелой возрастной катарактой проведена факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ на обоих глазах с интервалом две недели. Через две недели после операции пациентка заметила снижение зрения сначала на одном, затем - на другом глазу. Проведена оптическая когерентная томография, где выявлен кистозный макулярный отек. Авторами применена методика комбинированного лечения синдрома Ирвина-Гасса субтенонным введением дипроспана в сочетании с инстиляцией броксинака 1 раз в день. Броксинак является нестероидным противовоспалительным препаратом в виде глазных капель. Через неделю на фоне проводимого лечения отек в макуле снизился на обоих глазах. Через месяц в результате лечения оптическая когерентная томография показала полную резорбцию отека на обоих глазах. Таким образом, результаты лечения показали высокую эффективность методики.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

МРНТИ 76.29.56:76.29

СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ КРУПНОГО МАГНИТНОГО ВНУТРИГЛАЗНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ТРАНСВИТРЕАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Э.Г. Канафьянова, М.С. Аль-Асталь, А.К. Урисбаева, М.М. Байхадамов

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

Ключевые слова: внутриглазное инородное тело, трансовитреальный доступ.

Травмы глаза с внедрением внутриглазных инородных тел (ВГИТ) являются основной причиной потери зрения в группе населения трудоспособного возраста, среди которых проникающие ранения встречаются наиболее часто и являются самыми тяжелыми по последствиям, отличаясь большим полиморфизмом клинических проявлений, и могут приводить к развитию металлоза и развитию симпатического воспаления на парном глазу.

Для предупреждения возможных осложнений, связанных с внедрением внутриглазных инородных тел, требуются срочные и максимальные по возможности комбинированные вмешательства. Для значительного уменьшения травматизации глаза при извлечении внутриглазного инородного тела из заднего отдела глазного яблока принципиальную роль играет правильный выбор операционного доступа [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Трансовитреальный доступ имеет ряд преимуществ по сравнению с диасклеральным подходом. Это, прежде всего - расширение возможности удаления инородных тел, расположенных ближе к экватору и в заднем полюсе глаза, а также исключение риска повреждения сетчатки и хориоидеи, встречаемые при диасклеральном доступе.

Предлагаем к рассмотрению клинический случай

удаления магнитного инородного тела трансовитреальным доступом. Больной Х. 30 лет, получил травму левого глаза при работе с болгаркой в быту: отлетел кусок проволоки. Пациент обратился за помощью спустя 2 часа после травмы, был осмотрен офтальмологом, где был выставлен диагноз: проникающее ранение роговицы с внедрением ВГИТ, частичный гемофтальм. Пациенту была проведена первичная хирургическая обработка (ПХО) раны роговицы, и в связи с высоким риском повреждения внутриглазных структур при удалении ВГИТ пациент был направлен в КазНИИ ГБ для хирургического лечения. Пациент обратился на 4 сутки после травмы. Острота зрения при поступлении составила 0,3 н/к. При осмотре отмечалась смешанная инъекция глазного яблока, около лимба на 2 часа визуализировалось ранение роговицы с узловым швом. У корня радужки - травматическая колобома. Хрусталик не поврежден, прозрачный. В передних отделах стекловидного тела

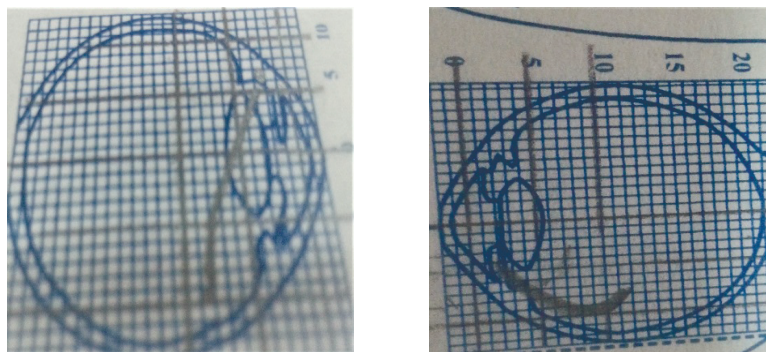


Рисунок 1, 2. Рентгенлокализации ВГИТ

- взвесь форменных элементов крови. Глазное дно детально не просматривается. Просматривается дистальный конец металлической проволоки преретинально на 6 часах в зоне экватора.

По данным рентгенолокализации инородное тело металлической плотности расположено в стекловидном теле (СТ) преретинально (рис. 1, 2).

Пациенту было проведено хирургическое

лечение: частичная витрэктомия с удалением ВГИТ трансвитреальным доступом с помощью пинцета. В ходе операции установлены 25 G порты и сформирована склеротома на 10 ч. в 4 мм от лимба с помощью парацентезного ножа. В ходе витрэктомии были удалены передние и средние слои стекловидного тела с форменными элементами крови. ВГИТ было отделено от рубцов по ходу раневого канала, ротировано в средних отделах СТ и удалено витреальным пинцетом через склеротому на 10 часах (рис. 3, 4). При этом хрусталик и сетчатка были интактными.

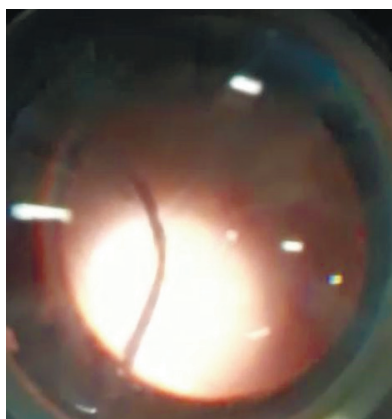
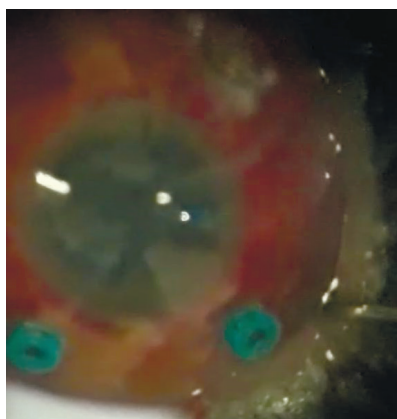


Рисунок 3, 4. 25 G витрэктомия, ротация и удаление ВГИТ трансвитреальным доступом

Удаленное инородное тело - кусок проволоки - представлен на рисунке 5. Длина его составила около 11 мм, диаметр – 1,0 мм.



Рисунок 5. Внутриглазное инородное тело

Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. В послеоперационном периоде проведено местное и общее антибактериальное, противовоспалительное лечение. Пациент был выписан на 7 суток с остротой зрения левого глаза - 0,7 н/к. Состояние глаза при выписке было следующим: отмечалась незначительная инъекция глазного яблока, роговица прозрачная, рана роговицы адаптирована, шов состоятельный, передняя камера - средней глубины, зрачок округлой формы, фото-реакция живая, хрусталик прозрачный,

авитрия частичная. Глазное дно: диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменены, макулярный рефлекс сохранен. По периферии - без очаговых изменений.

При осмотре через 3 месяца после травмы отмечалось сохранение зрительных функций, прозрачности оптических сред глаза. Глазное дно - без патологических изменений.

Таким образом, трансвитреальный доступ удаления ВГИТ, расположенного в витреальной полости, является эффективным способом, значительно снижает риск развития интра- и послеоперационных осложнений, обеспечивает быструю реабилитацию данной категории пациентов. Представленный клинический случай демонстрирует

высокую эффективность как своевременной первичной хирургической обработки проникающего ранения, так и правильную тактику в выборе оптимального доступа удаления ВГИТ, что, в конечном итоге, позволяет повы-

сить и сохранить зрительные функции и предотвратить развитие грозных осложнений, связанных с внедрением внутриглазного инородного тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбов М.М., Суркова В.К., Сережин И.Н., Алтынбаев У.Р. Витреоретинальная хирургия при заболеваниях глаз// УФА, 2008. –182 с.
2. Болквадзе Е.Р. Гемаза в лечении внутриглазных травматических кровоизлияний// Москва, 2002. - 135 с.
3. Гончаренко А.В. Оптимизация магнитного способа удаления инородных тел из глаз// Красноярск, 2005.
4. Гундорова Р.А., Зиновьев М.Ю., Вериго Е.Н. Посттравматическая гифема: патогенез, лечение // Вестн.офтальмол.-2005. -№ 1.- С.45-49.
5. Kataeva M.V., Nikolaenko V.P.: Results of foreign bodies removal from the posterior eyeball segment by transvitreal approach. Ophthalmology Journal, 2016, vol. 9, No. 1, pp. 24-28.
6. Ahmed M. Abu El-Asrar, Saleh A. Al-Amro, Nasrat M. Khan, Dustan Kangave: Retinal detachment after posterior segment intraocular foreign body injuries.// International Ophthalmology 22: 369–375, 1998.
7. Pieramici DJ, Mac Cumber MW, Humayun MU, Marsh MJ, de Juan E Jr: Open-globe injury. Update on types of injuries and visual results. Ophthalmology 1996; 103: 1798–1803.

РЕЗЮМЕ

Случай удаления крупного магнитного внутриглазного инородного тела трансовитреальным доступом (клинический случай)

Э.Г. Канафьянова, М.С. Аль-Асталь, А.К. Урисбаева, М.М. Байхадамов
АО КазНИИ глазных болезней
Казахстан, г. Алматы

В статье представлен клинический случай травмы глаза с внедрением внутриглазного инородного тела. В статье представлены результаты операции, достоинства и преимущества трансовитреального доступа.

ТҰЖЫРЫМ

Трансовитреалды жету арқылы көздің ішінен үлкен магнитті бөгде затты алып тастау жағдайы. (клиникалық жағдай)

Канафьянова Е.Г., Аль-Асталь М.С., Өрісбаева А.К., Байхадамов М.М.
Көз аурулары ҚазҒЗИ АҚ, Алматы, Қазақстан

Мақалада көзге енген бөгде зат жарқатындағы клиникалық жағдай ұсынылған. Мақалада трансовитреальды арқылы жетудің артықшылығы мен қадір – қасиеті және отаның нәтижесі баяндалған.

SUMMARY

The case of removal of a large magnetic intraocular foreign body by transvitreal access (clinical case)
Kanafyanova E.G., Al-Astal M.S., Urisbaeva A.K., Baikhadamov M.M.
JSC KazNII of eye diseases. Almaty, Kazakhstan

The article presents a clinical case of eye trauma with the introduction of an intraocular foreign body. The article presents the results of the operation, accomplishments and advantages of transvitreal access.

МРНТИ 76.29.56:76.29.39

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ГЛАЗА МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ТЕЛОМ У РЕБЕНКА

Л.Н. Оразбеков, С.А. Смагулова

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

Ключевые слова: травма органа зрения, детский возраст, офтальмотравматизм, удаление инородного тела (ВГИТ).

Введение. Травмы органа зрения остаются одной из ведущих причин слепоты и слабовидения в любом возрасте. Травма у детей является основной причиной монокулярной слепоты. Повреждения глаз в детском возрасте, в среднем, составляют от 30% до 60% от всей детской офтальмопатологии, 27,3% - 86,7% от всего числа больных детей, находившихся на стационарном лечении в детских глазных отделениях [1, 3].

В структуре детской инвалидности по зрению офтальмотравматизм играет ведущую роль и составляет до 40% от общего числа заболеваний органа зрения [2].

По данным Американского национального общества по предотвращению слепоты (Prevent Blindness America), за 2005 год более 35% всех повреждений глаза встречается у детей в возрасте меньше 16 лет. По данным других авторов [6], до 50% всех несчастных случаев встречается до 18 летнего возраста, и высокая частота травм - до 82% - у детей школьного возраста [1, 5].

Согласно проведенным исследованиям частота травм глаза у мальчиков превалирует над таковой у девочек. Соотношение это варьирует от 2:1 до 7,3:1 [12, 17, 18].

Дети более подвержены травме из-за незрелости двигательных функций, желания имитировать поведение взрослых без должной оценки обстоятельств и возможного риска. Последствия травмы глаза оказывают значительное влияние на дальнейшее развитие ребенка. Национальным обществом по предотвращению слепоты установлено, что 90% всех травм глаза можно предотвратить [14].

Причины травм глаза у детей различны. Часто это происходит из-за недостатка контроля, невнимательности в игре, использования опасных предметов. Частыми причинами травм глаза по данным докладов Американской Академии Офтальмологии (AAO) [7] являются брошенные и/или летающие объекты (20%), тупые (10%) и острые предметы (9%). Отмечаются травмы пальцами или кулаками (12%), а также в результате дорожно-транспортных происшествий (4%). Другие авторы сообщают о необычных причинах травм, таких, как удар клювом петуха [16], травма кончиком карандаша [8], взрывающимися яйцами из микроволновой печи [10], рукояткой двери [9, 15], палочками для еды [10], газированными напитками [11] и средствами для мытья посуды [4].

Неблагоприятный прогноз имеют проникающие травмы в связи со значительными разрушениями тканей глаза из-за высокой скорости движения проникающего агента (снаряда).

По данным J.C. Serrano и соавторов (2003), окончательная острота зрения при открытой травме обычно ниже, чем при закрытой [17]. Однако тяжелая закрытая травма глаза, вызванная падением, попаданием фейерверков или агрессивных веществ, также прогностически неблагоприятна. Анализ взаимоотношений между временем от момента получения травмы до операции и окончательной остротой зрения показал, что чем короче этот период, тем выше прогнозируемая острота зрения, и наоборот [18].

Таким образом, тяжелая травма глаза у пациентов детского возраста является не только медицинской, но и социальной проблемой. Наиболее неблагоприятными факторами низкой остроты зрения являются проникающие ранения глаз, наличие осложнений после хирургического лечения и поздние сроки поступления после травмы.

Цель – анализ клинического случая хирургического лечения проникающего ранения глаза металлическим телом (провоолокой) у ребенка.

Описание клинического случая. Пациент 16 лет поступил в детское отделение Казахского Научно-Исследовательского Института глазных болезней с диагнозом на левом глазу: рубцующая рана склеры со швом, катаракта осложненная неполная, помутнение стекловидного тела, внутриглазное инородное тело.

В анамнезе, со слов родителей, ребенок получил травму 14 дней назад при работе электропилой «пчелкой». Обратились по месту жительства, где была проведена первичная хирургическая обработка (ПХО) склерального ранения левого глаза с попыткой удаления внутриглазного инородного тела.

При поступлении ребенок жаловался на светобоязнь, слезотечение, покраснение и боли в глазу.

При обследовании острота зрения левого глаза составляла 1/∞ pr.l.certae (правильная светопроекция). Внутриглазное давление определялось пальпаторным методом и было выше нормы.

При биомикроскопии левого глаза было выявлено: блефароспазм, смешанная инъекция конъюнктивы, на склере в меридиане 06-06.30 ч. входное отверстие со швом, роговица прозрачная, передняя камера неравномерная. Хрусталик мутный. В стекловидном теле кровь. Глублежащие среды не просматриваются.

По данным инструментальных методов исследования: при ультразвуковом методе исследования (УЗИ) слева определялись грубые помутнения стекловидного тела. В заднем полюсе визуализируется гиперэхогенная тень высокой плотности (рис.1).

Рентгенография орбиты левой орбиты показала: инородное тело в глазном яблоке захватывает три пограничные зоны в стекловидном теле. Передний конец инородного тела - в стекловидном теле,

задний конец - у диска зрительного нерва (рис.2).

Ребенку на левом глазу была проведена операция: Факоаспирация катаракты с имплантацией интродокулярной линзы трансклеральное удаление внутриглазного инородного тела, закрытая субтотальная витрэктомия, пневморетинопексия, эндолазеркоагуляция сетчатки, силикон.

Во время операции при ревизии витреальной полости в области стекловидного тела было обнаружено инородное тело линейной формы, металлической плотности, размером 19,5 x 0,5 мм (рис. 3), вколоченное в диск зрительного нерва, удалено пинцетом через склеротому.

Результаты. Операция и послеоперационный период - без осложнений. В послеоперационном периоде острота зрения на левом глазу – 0,03.

При осмотре левого глаза наблюдалась легкая послеоперационная инъекция конъюнктивы, края раны адаптированы. На глазном дне при офтальмоскопии: ДЗН - бледный, в центре - дефект в месте нахождения ВГИТ.

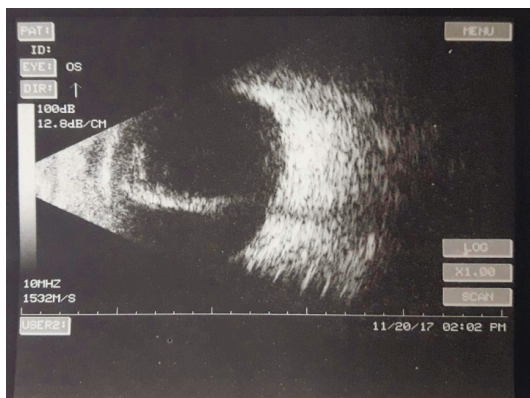


Рисунок 1, 2. Рентгенлокализации ВГИТ



Рисунок 1, 2. Рентгенлокализации ВГИТ

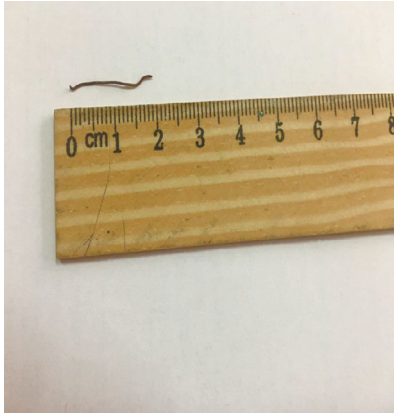


Рисунок 3. Снимок линейного инородного тела

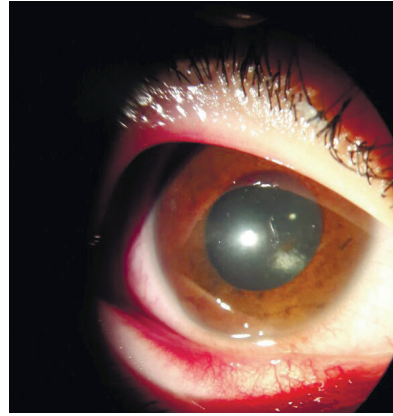


Рисунок 4. Пациент, 16 лет.
10 сутки, при выписке

Выводы. Представленный нами клинический случай доказывает существование проблемы детского травматизма. В данном клиническом случае, несмотря на агрессивный повреждающий

фактор, сочетания повреждений, в том числе зрительного нерва, проведенная вовремя адекватная и эффективная высококвалифицированная офтальмологическая помощь, привела к благополучному завершению процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боброва Н.Ф. Травмы глаза у детей//М.: Медицина, 2003. –С. 192.
2. Либман Е.С., Шахова Е.В. Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ // Матер. Российского межрегионального симпозиума.- М.; 2003. – С. 38-43.
3. Пяташина О.В., Сорокин Е.Л. Структура и динамика ургентной детской заболеваемости органа зрения в Хабаровском крае // Сборник научных работ «Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе»// Хабаровск.; 2012. – С. 24.
4. Рыков С.А., Туманова О.В., Гончарук Д.В. Анализ тяжелых травм глаза у детей // Оригінальні дослідження. Укр. Мед. Часопис, 4 (90) – vii/viii 2012. С. - 136-139.
5. Сухина Л.А., Голубов К.Э. Контузионные повреждения глаз у детей // Офтальмол. журн.- 2002. – С. 4; 28-30.
6. Эскина Э.Н., Карим-заде Х.Д. Эпидемиология детского офтальмотравматизма (обзор литературы)//Ophthalmologyin Russia. - 2014. - Vol. 11, No 4. - P. 10–16.
7. American Academy of Ophthalmology // Eye Injury Snapshot Project, 2006. <http://www.aaopt.org/patients/eyemd/snapshot.cfm> [accessed 21 February2007].
8. Berestizshevsky S., Goldenberg-Cohen N., Friling R., Weinberger D., Snir M. Ocular injury in children from exploding microwaved eggs // Am J Ophthalmol. 2005; 139. – P. 718-719.
9. Chaundry IA., Shamsi FA., Al-Sharif A., Elzaridi E., Al-Rashed W. Opticnerveavulsionfromdoor-handletraumain children // Br J Ophthalmol. 2006; 90. – P. 844-846.
10. Chaundry IA., Al-Sharif A., Shamsi FA., Elzaridi E., Al-Rashed W. Severe ocular injuries from pointed door handles in children // Ophthalmology. 2005; 112. – P. 1834-1837.
11. Horgan N., McLoone E., Lannigan B., Flitcroft I. Eye in injuries in children: anewhousehold drisk // Lancet. 2005; 366. P. - 547-548.
12. Khatry S.K., Lewis A.E., Schein O.D. The epidemiology of ocular trauma in rural Nepal // Br. J. Ophthalmol., 2004, v.88(4). - P.456-460.
13. Kuhn F., Mester V., Morris R., Dalma J. Serious eye injuries caused by bottles containing carbonated drinks //Br J Ophthalmol. 2004; 88. – P. 69-71.
14. Kuhn F., Morris R., Mester V. (2002) Epidemiology and socioeconomics. Ophthalmol. Clin. North Am., 15(2). – P. 145–151.
15. Park SH., Cho KH, Shin YS, Kim SH, Ahn YH, Cho KG, Yoon SH. Penetrating craniofacial injuries in children with wooden and metal chopsticks // Pediatr. Neurosurg.2006; 42. P - 138-146.
16. Seider N., Gilboa M., Lautman E., Miller B. Delayed presentation of orbito-cerebral abscess caused by pencil-tip injury // OphthalPlastReconstrSurg. 2006; 22. P - 316-317.
17. Serrano J.C., Chalela P., Arias J.D. Epidemiology of childhood ocular trauma in a northeastern Colombian region // Arch. Ophthalmol., 2003, v.121(10) -P.1439-1445.
18. Shoja M.R., Miratashi A.M. Pediatric Ocular Trauma //Acta Med. Iran., 2006, 44(2). – P. 125–130.

РЕЗЮМЕ

Клинический случай хирургического лечения проникающего ранения глаза металлическим телом у ребенка
Оразбеков Л.Н., Смагулова С.А.
АО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней»,
г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: травма органа зрения, детский возраст, офтальмотравматизм, удаление ВГИТ.
В детском возрасте травмы глаза имеют тяжелый характер, однако благодаря достижениям современной офтальмохирургии, в частности, витреоретинальных вмешательств возможна не только органосохранная хирургия, но и сохранение зрительных функций.

ТҰЖЫРЫМ

Балада көздің метал затымен өтпелі жарақатының хирургиялық еміне
клиникалық жағдай Оразбеков Л.Н., Смагулова С.А.
АҚ «Қазақ Көз Аурулары Ғылыми-Зерттеу Институты»,
Алматы қ., Қазақстан

Кілттік сөздер: көздің жарақаты, балалық жас, офтальмотравматизм, көзішілік бөгде денені алу.
Балаларда көз жарақаты ауыр түрде өтеді, дегенмен заманауи офтальмохирургиялық жетістіктер, соның ішінде витреоретинальді арасулар арқасында ағза сақтау хирургиясы ғана емес, көру қабілетін де сақтауға мүмкіндік береді.

SUMMARY

Clinical case of surgical treatment of perforating
injury of eye with metal body in a child
Corporation «Kazakh Scientific Research Institute of Eye Diseases»,
Almaty, Kazakhstan

Key words: trauma of eye, children's age, ophthalmic injuries, removing intraocular foreign body.
Children eye traumas have severe character despite of it achievements of modern ophthalmic surgery in particularity vitreoretinal interventions allow not only safe the eye, also preserve the visual function.

МРНТИ 76.29.56:76.29

ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА В ПРАКТИКЕ ОФТАЛЬМОЛОГА

А.Б. Дошаканова

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

Ключевые слова: болезнь Бехчета, диагностические критерии, увеит.

Болезнь Бехчета (ББ) - хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание, в основе которого лежит поражение сосудов среднего и мелкого калибра с во-

влечением в патологический процесс целого ряда органов и систем. Согласно литературным данным примерно в 50-85% случаев у пациентов с ББ наблюдается воспаление сосудистого тракта

глаза, иногда - в сочетании с васкулитом сетчатки и невритом зрительного нерва, что нередко приводит к значительному снижению зрения и нередко - слепоте [1-3].

Несмотря на ряд научных исследований по изучению этиопатогенеза ББ до настоящего времени патогномоничные клинические и лабораторные показатели отсутствуют [4, 5]. Международной группой по изучению ББ (International Study Group for Behcet's Disease - ISGBD) были разработаны критерии, позволяющие установить диагноз ББ [6]. Согласно этим рекомендациям ББ диагностируют при наличии рецидивирующего афтозного стоматита, сочетающегося с любыми двумя и более проявлениями: язвами на половых органах (свежими или зарубцевавшимися), поражением глаз (гипопион-увеит, задний увеит, васкулит сетчатки), кожи (узловатая эритема, псевдофолликулит, акнеподобные высыпания) и положительным тестом патергии (стерильная пустула более 2 мм в диаметре, возникающая через 24-48 ч. на месте укола стерильной иглой под углом 45° под кожу на глубину 5 мм). Кроме сочетания перечисленных симптомов в последние годы придается значение генетической предрасположенности к ББ, проявляющейся в наличии у больных положительной HLA-B51 [7, 8].

Полиморфная клиническая картина, наблюдаемая у больных с ББ, как правило, затрудняет своевременную диагностику заболевания и может привести к серьезным и необратимым осложнениям. В связи с этим актуальным является тщательный клинический разбор каждого случая ББ.

Цель - изучение вариаций болезни Бехчета как мультидисциплинарного заболевания.

Материал и методы

Под наблюдением находилась пациентка А., 25 лет, обратившаяся в клинко-диагностическое отделение Казахского НИИ глазных болезней в январе 2017 года. Больной было проведено углубленное офтальмологическое обследование: определение остроты зрения, авторефрактометрия, биомикроскопия, тонометрия, А-В-сканирование, офтальмоскопия глазного дна.

Результаты и обсуждение

Больная А. обратилась в КазНИИ ГБ с жалобами на значительное снижение зрения на обоих глазах. Из анамнеза: 2

месяца назад отметила снижение зрения на обоих глазах. Обратившись к офтальмологу поликлиники по месту жительства, была экстренно госпитализирована в офтальмологический стационар с диагнозом: OU – Увеит неясной этиологии. Проведенная интенсивная противовоспалительная стандартная терапия дала быструю положительную динамику. Однако через 10 дней после выписки из стационара наблюдался рецидив заболевания со значительным снижением остроты зрения обоих глаз. Большая повторно госпитализирована в отделение. Вследствие неэффективности проводимой терапии офтальмологами стационара было решено добавить системную кортикостероидную терапию (преднизолон per os), в результате которой отмечалось незначительное повышение остроты зрения. Примечательным является тот факт, что ни в первом, ни во втором случае госпитализации пациентке не были рекомендованы лабораторные исследования (традиционные при любых увеитах).

Пациентка выписана с рекомендациями амбулаторного долечивания. Отметив значительное ухудшение зрения и отменив все ранее назначенное лечение, больная обратилась в консультативно-диагностическое отделение КазНИИ глазных болезней.

На момент обращения: жалобы на практически полное отсутствие зрения обоих глаз.

Vis **OD** = дв. руки у лица н/к, ВГД б/к 17

Vis **OS** = 0,005 н/к, ВГД б/к 14

При инструментальном осмотре: передний отрезок - без патологии, в стекловидном теле обоих глаз - клеточная взвесь воспалительного характера. Глазное дно - под флером, диск зрительного нерва умеренно гиперемирован, контуры ступеваны. Сетчатка в доступных осмотрах зонах отечна, в макулярной области – экссудативный очаг с нечеткими контурами, слегка проминирует в стекловидное тело. Справа кнаружи от фовеа ограниченный участок субретинального кровоизлияния, рефлекс отсутствует. Периферические отделы глазного дна визуализировать не удалось.

В-сканирование показало наличие двусторонней экссудативной отслойки сетчатки. В связи с отсутствием возможности госпитализации в стационар НИИ пациентка амбулаторно получала интенсивную местную и общую противовоспалительную, симптоматическую терапию (антибиотики, глюкокортикостероиды, НПВС, десенсибилизирующие, мочегонные препараты) в течение 3 месяцев.

Анализ лабораторных данных не показал каких-либо специфических изменений, в то время как результаты исследований сыворотки крови на инфекции выявили наличие в высоких титрах антител к ВПГ, ЦМВ, хламидиям. Пациентка консультирована инфекционистом, назначена интенсивная противовирусная терапия.

Учитывая молодой возраст пациента, двусторонний рецидивирующий характер поражения заднего сегмента глаз, наличие персистирующей герпесвирусной инфекции, проведен прицельный опрос и осмотр пациентки на предмет наличия признаков аутоиммунного/системного заболевания. Обнаруженные признаки, а именно: афтозные язвы на боковой поверхности языка, периодическая болезненность в крупных суставах позволили предпо-

ложить болезнь Бехчета. Больная была направлена на консультацию к ревматологу, которым ББ подтверждена и назначена системная терапия.

На фоне проведенной комплексной терапии удалось значительно улучшить остроту зрения и стабилизировать состояние глазного дна обоих глаз:

Vis **OD**: 0,08 с/к (-)4,5Д = 0,3, ВГД б/к 17

Vis **OS**: 0,07 с/к (-)3,0 = 0,4, ВГД б/к 16.

При биомикроскопии: передний отрезок - без патологии. Глазное дно - под легким флером, диск зрительного

нерва слегка гиперемирован, контуры сглажены. Артерии спазмированы, вены извиты, полнокровны. Диффузный отек сетчатки значительно уменьшился, экссудативный хориоретинальный очаг в макулярной области стал более плоским, сформировав над собой мелкие дистрофические очажки белесоватого цвета. Субретинальное кровоизлияние в параfovea частично резорбировалось. Данные OCT представлены на рисунке 1.

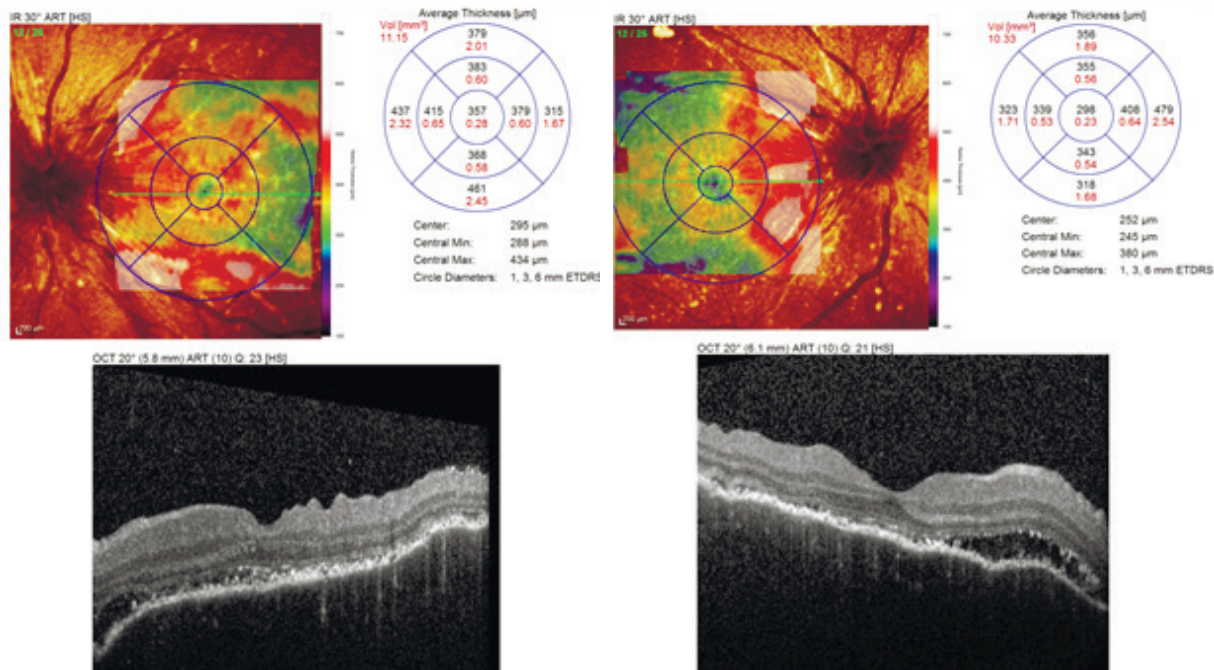


Рисунок 1. Данные OCT пациентки А., 23 лет после 3 месяцев лечения. Исходя из вышеизложенного наличие у пациентов молодого возраста двусторонних рецидивирующих задних увеитов должно вызывать настороженность у офтальмологов в отношении вероятности аутоиммунного/системного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bonfioli A.A., Orefice F. Behzet's disease // Semin. Ophthalmol. - 2005. -Vol. 20.- № 3. - P. 199-206.
2. Davatchi F., Shahram F., Chams-Davatchi C. et al. Behcet's disease: from East to West // Clin. Rheumatol. - 2010. - Vol. 29.- № 8. - P. 823-833.
3. Evereklioglu C. Ocular Behzet disease: current therapeutic approaches // Curr. Opin. Ophthalmol. - 2011. - Vol. 22.- № 6. - P. 508-516.
4. Абидов А.М., Журавлева Л.В., Абдуллаходжаев К.А. Случай болезни Бехчета у 13-летней девочки // Клиническая дерматология и венерология. - 2008.- № 5. - С. 28-31.
5. Sung B.C., Suhyun C., Dongsik B. New Insights in the Clinical Understanding of Behzet's Disease // Yonsei Med. J. - 2012. - Vol. 53.- № 1. - P. 35-42.
6. Criteria for diagnosis of Behzet's disease. International Study Group for Behzet's Disease // Lancet. 1-990. - Vol. 335. - P. 1078-1080.
7. Алекберова З.С., Голоева Р.Г., Гусева И.А. Демографические аспекты болезни Бехчета // Ревматология. - 2010.- № 11. - С. 740-744.
8. Wallace G.R., Niemczyk E. Genetics in ocular inflammation-basic principles // Ocul. Immunol. Inflamm. - 2011. - № 19. - P. 10-18.

РЕЗЮМЕ

Вариант клинического течения болезни Бехчета
в практике офтальмолога
А.Б. Дошаканова
Казахский НИИ глазных болезней

Ключевые слова: болезнь Бехчета, диагностические критерии, увеит.

В статье приведено клиническое наблюдение 23-летней пациентки А., у которой впервые офтальмологом диагностировано мультисистемное заболевание - болезнь Бехчета. Особенностью данного случая явилась манифестация ББ с поражения глаза, а именно заднего его отрезка: развитие двустороннего хориоретинита.

ТҰЖЫРЫМ

Офтальмолог тәжірибесінде кездесетін Бехчет ауру ағымның түрі
Ә.Б.Дошақанова
Көз аурулары Қазақ ҒЗИ

Түйін сөздері: Бехчет ауруы, анықтау өлшемдері, увеит.

Мақалада 23 жастағы А. науқастың клиникалық байқауы көрсетілген, бұда офтальмолог алғашқы рет көпжүйелік Бехчет ауруын анықтаған. Бұл жағдайдың ерекшелігі Бехчет ауруын басталуы көз ағзасының, атап айтқанда – екіжақты хориоретиниттен бастап дамуы.

SUMMARY

Option of Behchet's disease in practice of the ophthalmologist
A.B. Doshakanova
Kazakh research institute of eye diseases

Key words: Behchet's disease, diagnostic criteria, uveitis

In the article is given the clinical observation of a 23 year old patient A., who for the first time an ophthalmologist diagnosed a multisystem disease-Behchet's disease. A feature of this case was manifestation of Behchet's disease from the damage of the eye, namely its posterior segment-the development of bilateral chorioretinitis.

МРНТИ 76.29.56:76.29.48

СЛУЧАЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ У БЕРЕМЕННОЙ

А.Б. Дошаканова, А.А. Изтелеуова

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

Ключевые слова: Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ), пигментный эпителий (ПЭ), серозная отслойка (СО), оптическая когерентная томография (ОСТ), глюкокортикостероиды (ГКС).

Актуальность: Центральная серозная хориоретинопатия- изменение, характеризующееся развитием серозной отслойки нейросенсорной сетчатки, областью фильтрации жидкости на уровне ретинального пигментного эпителия (РПЭ) с поражением преимущественно макулярной области. Согласно ряда исследований, дан-

ное заболевание по распространенности занимает четвертое место среди патологии глазного дна, после ВМД, диабетической ретинопатии, и окклюзии ЦВС и ее ветвей.

В настоящее время этиология ЦСХ не достаточно изучена, тем не менее, прослеживается четкая взаимосвязь с системными процессами в организме (гормональная, инфекционная, сосудистая, психогенная [1]природы заболевания); не редки случаи самопроизвольного регресса заболевания. Согласно мнению ряда авторов [2,3], отмечается предрасположенность в зависимости от расы: так у азиатов и лиц белой расы частота встречаемости данной нозологии преобладала в сравнении с другими.

Существуют различные теории возникновения ЦСХ. Теория хориоидальной дисфункции Gass, локальное увеличение проницаемости хориокапилляров является основной причиной повреждения слоя пигментных клеток у пациентов с ЦСХ [4].

По альтернативной теории, ЦСХ возникает в результате дисфункции пигментного эпителия (ПЭ) [5]. Это происходит вследствие ишемии неопределенного происхождения. В результате появляются пораженные клетки RPE, от одной до нескольких, что вызывает реверсное движение жидкости в хориоретинальном направлении. Это, в свою очередь, приводит к утечке жидкости в субретинальном (относящемся к сетчатке глаза) пространстве и, в конечном счете, к развитию отслойки нейросенсорного эпителия сетчатки.

Кроме того, существуют клинические и экспериментальные доказательства, что прием ГКС способствует развитию ЦСХ.

Центральная серозная хориоретинопатия индуцируется системным применением стероидов. Были выявлены значимые различия в воздействии кортикостероидов на пациентов. ЦСХ была описана у пациентов с эндогенно высоким уровнем кортикостероидов (синдром Кушинга, беременность[6,7], стресс[8,9], а так же у пациентов с гиперкортицизмом вследствие лечения глазных заболеваний (неврит зрительного нерва, ишемическая оптическая нейропатия, склерит, хориоретинит), или системных заболеваний.

Цель работы: анализ клинического случая спонтанного появления и регресса ЦСХ у беременной женщины в ответ на предполагаемое изменение гормонального фона.

Материалы и методы: Под наблюдением находилась пациентка-беременная женщина, на 20 неделе гестации, которой было проведено стандартное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, биомикроскопию, эхографию, циклоскопию, ОСТ.

Пациентка 1987 г.р. обратилась в поликлинику КазНИИ глазных болезней 01.03.2017 с жалобами на появление «пятна» на правом глазу, при обследовании. Острота зрения OD =0.1 не корр., OS=0.4 с корр.(-)1.0D=1.0

Из анамнеза: Беременность 20 недель (первая беременность), ухудшение зрения ни с чем не связывает, пользуется очками для дали OU(-) 0.75D в течение 3-х лет. Соматически здорова.

Биомикроскопия: OU Передний отрезок - без особенностей, оптические среды прозрачные.

Глазное дно (Циклоскопия): OD-ДЗН бледно-розовый с четкими границами, артерии умеренно сужены, вены обычного калибра, в макулярной зоне отек с проминенцией и четкими границами, по периферии без разрывов и зон истончений. OS - ДЗН бледно-розовый с четкими границами, артерии умеренно сужены, вены обычного калибра, в макулярной зоне рефлекс сохранен, по периферии без разрывов и зон истончений.

Рефрактометрия: OD sph -1.0
cyl -0.5; OS sph -1.0 cyl -0.25

Эхобиометрия, УЗИ:

OD 23.52	OS 23.19
3.36	3.22
3.83	3.86

OD Пристеночное усиление ЭХО сигналов, OS патологических ЭХО сигналов нет.

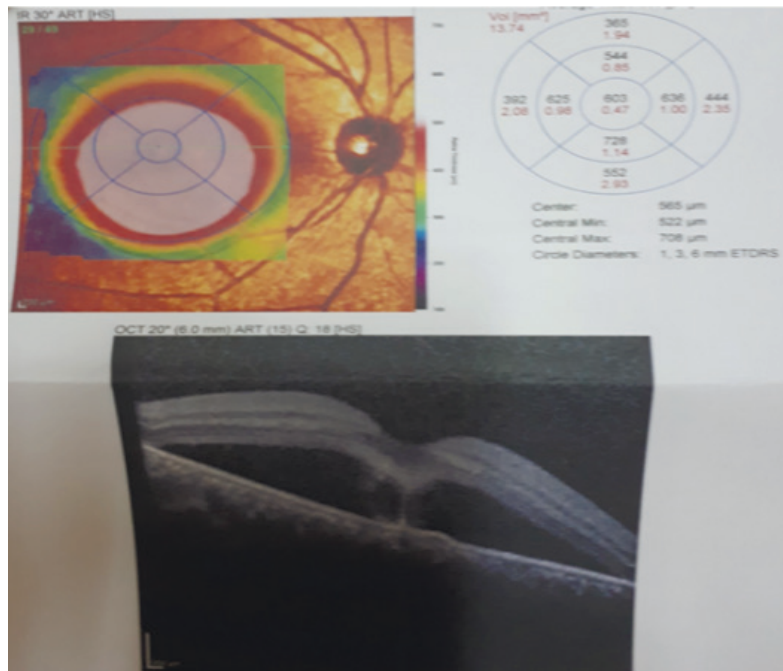


Рисунок 1- картина макулы на ОСТ

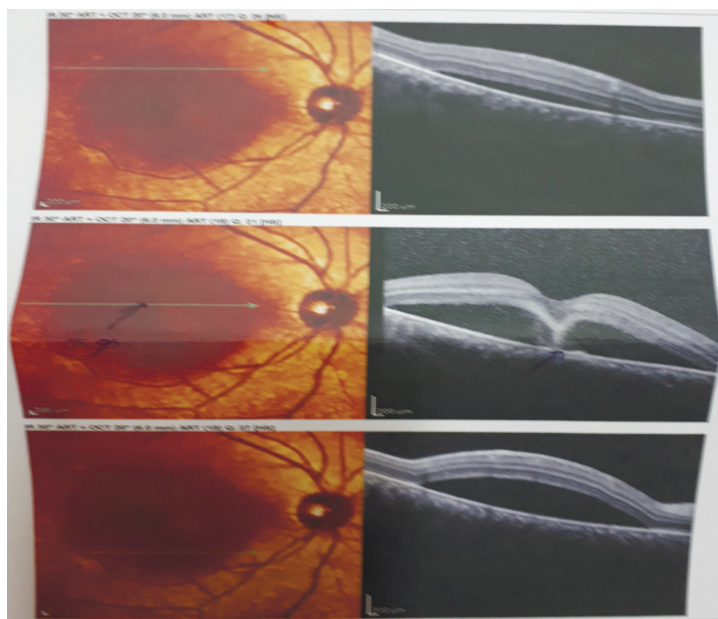


Рисунок 2 – Профиль макулы на ОСТ у той же пациентки

Результаты: С учетом срока гестации - 20 недель, было решено оставить пациентку под наблюдением с назначением патогенетически обоснованных сосудокрепляющих препаратов : аскорбиновая кислота 5%-2.0 в/м 10 дней при отсутствии противопоказаний со стороны гинекологического статуса, с последующим применением таблетированной формы (аскорутин по 1 таб 3 раза в день per os в течение 2-х недель).

Обследована на специфические инфекции, проведена дифференциальная диагностика с хориоретинитами.

Контрольный осмотр через 2 недели: Субъективно без изменений; st.oculorum - status idem.

Последующий осмотр 31.03.2017

Большая субъективно отмечает улучшение зрения, «просветление «пятна»». VIS OD= 0/15 с корр.(-)1.0Д=0.5

Передний отрезок без особенности. Глазное дно: OD ДЗН бледно-розовый с четкими границами, артерии умеренно сужены, вены обычного калибра, в макулярной зоне - отек в динамике уменьшился.



Рисунок 3 – значительное снижение отека в макулярной зоне

12 мая 2017 года субъективно пациентка вновь отмечает ухудшение зрения, «пятно» стало более насыщенным. VIS OD= 0.3 не корр.

Передний отрезок глаза - без особенностей. Глазное дно: OD - ДЗН бледно-розовый с четкими

границами, артерии умеренно сужены, вены обычного калибра, в макуле вновь нарастание отека с проминенцией, но с уменьшением границ в диаметре.

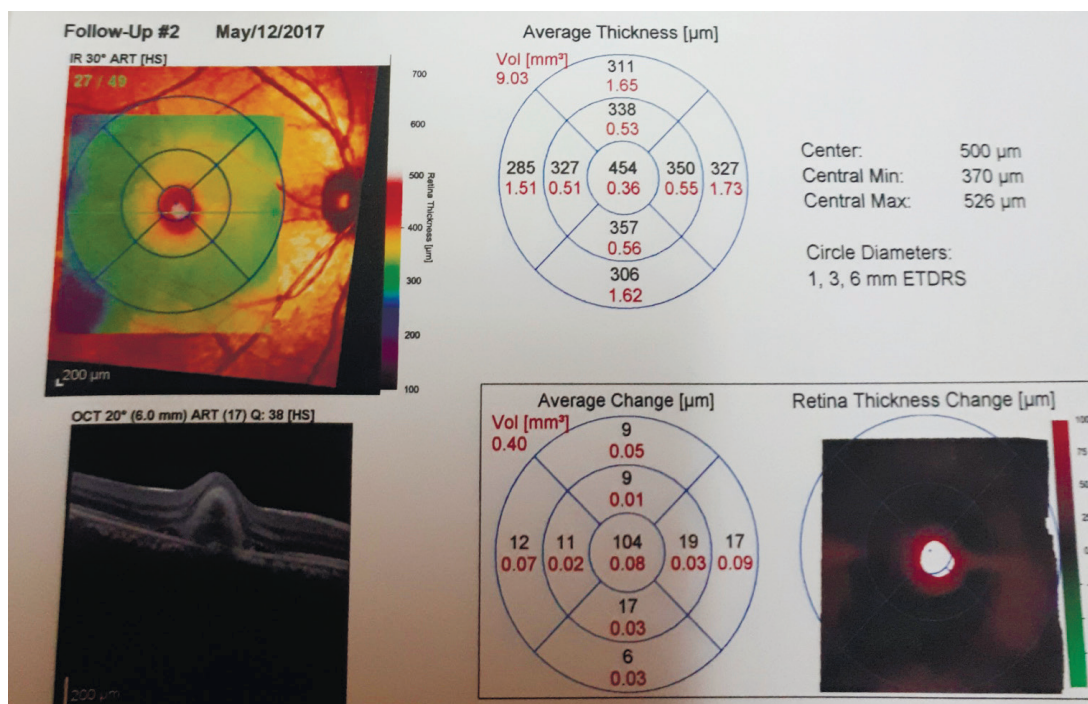


Рисунок 4 – Рецидив макулярного отека

16.06.2017 на сроке беременности 31-32 недели пациентка отмечает улучшение зрения правого глаза, исчезновение «пятна» на данном глазу, острота зрения OD= 0.3с корр. (-)1.0Д=0.9 Биомикроскопия: OU Передний отрезок без особенности. Глазное дно:

OD ДЗН бледно-розовый с четкими границами, артерии умеренно сужены, вены обычного калибра, в макулярной зоне отек регрессировал, рефлекс четкий.

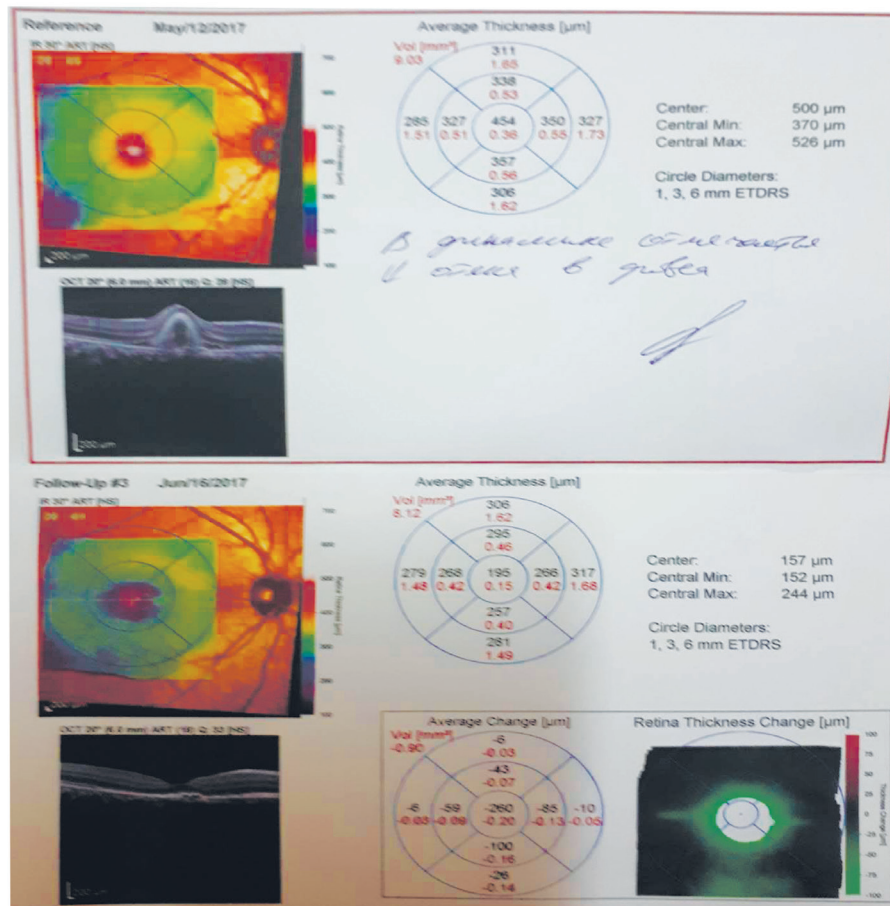


Рисунок 5 – Положительная динамика ОСТ

Выводы: Анализируя данный случай, можно расценить ЦСХ у беременной пациентки как реактивное состояние в ответ на возможное изменение гормонального фона при беременности.

ЛИТЕРАТУРА

- Horniker E. Su di una forma di retinite centrale di origine vasoneurotica // Ann Ottalmol. — 1927. — Vol. 55. — P. 578-600, 830-840, 865-883.
- Chan V.M. Lai T.Y. Photodynamic therapy in macular diseases of Asian populations: when East meets West // Japanese L. Ophthalmol. -2006. -Vol.50. p.161-169.
- Balo KP, Mihluedo H Idiopathic central serous chorioretinopathy: two case reports observed in Togo.1996;-Vol.56(4)-p.381-383.
- Gass JD Pathogenesis of disciform detachment of the neuroepithelium Am.J Ophthalmol, // -1967, -vol. 63p.//1-139.
- Kitaya N, Nagaoka T, Hikichi T, Sugawara R, Fukui K, Ishiko S, Yoshida A: Features of abnormal choroidal circulation in central serous chorioretinopathy. Br J Ophthalmol //2003//(87)-p.709-712.
- Gass JD Arch Ophthalmol. 1991 May;109(5):677-81. Central serous chorioretinopathy and white subretinal exudation during pregnancy.
- Nigerian Medical Journal. 2015 Sep-Oct; Unilateral central serous chorioretinopathy in a pregnant Nigerian woman. //56(5)//p.372-374
- Fredrikson M., Blumenthal J.A. Serum lipids, neuroendocrine and cardiovascular responses to stress in healthy type A men. Biol psychol 1992;34:45-58
- N. Alexithymia and emotional distress in patients with central serous chorioretinopathy. Psychosomatics 2007;Vol.48: p.489-495
- Meyerle CBSRF. Central serous chorioretinopathy. In: Albert DMJ, Azar D, Blodi B, editors. Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2008

РЕЗЮМЕ

Случай центральной серозной хориоретинопатии у беременной

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

А.Б. Дошаканова, А.А. Изтелеуова.

В статье представлен случай центральной серозной хориоретинопатии- изменение, характеризующееся развитием серозной отслойки нейросенсорной сетчатки, областью фильтрации жидкости на уровне ретинального пигментного эпителия (РПЭ) с поражением преимущественно макулярной области в период беременности с последующим спонтанным, самостоятельным регрессом заболевания к 31-32 неделям беременности. Рассматривается взаимосвязь возникновения центральной серозной хориоретинопатией с системными процессами в организме (сосудистые, психогенные, гормональные, инфекционные, токсические, метаболические, нейрональные); теории возникновения ЦСХ (Теория хориоидальной дисфункции, теория дисфункции клеток пигментного эпителия), а также предрасположенность к центральной серозной хориоретинопатии в зависимости от расы и роль кортикостероидов в развитии ЦСХ.

Данный случай показывает корреляцию возникновения центральной серозной хориоретинопатии как реактивное состояние в ответ на изменение гормонального фона и прочих обменных процессов, при беременности сроком гестации на 20 неделе в момент возникновения патологического процесса, и на 31-32 недели в момент спонтанного самопроизвольного регресса заболевания.

SUMMARY

The case of central serous chorioretinopathy in a pregnant woman

Kazakh Scientific-research institute of eye diseases, Almaty.

Doshakanova A.B., Izteleuova A.A.

The article presents the case of central serous chorioretinopathy, a change characterized by the development of serous detachment of the neurosensory retina, the area of fluid filtration at the level of retinal pigment epithelium (EP) with a lesion of the predominantly macular area during pregnancy followed by spontaneous, independent regression of the disease to 31-32 weeks of gestation. The correlation between the emergence of central serous chorioretinopathy with systemic processes in the body (vascular, psychogenic, hormonal, infectious, toxic, metabolic, neuronal) is considered; the theory of the emergence of the CSh (the theory of choroidal dysfunction, the theory of dysfunction of cells of pigment epithelium), as well as the predisposition to central serous chorioretinopathy depending on the race and the role of corticosteroids in the development of the CSh.

This case shows the correlation of the emergence of central serous chorioretinopathy as a reactive state in response to changes in the hormonal background and other metabolic processes, gestation at 20th week of pregnancy when disease started and at 31-32 weeks of pregnancy when this disease resolved.

ТҰЖЫРЫМ

Жүктілік кезіндегі орталық серозды хориоретинопатия жағдайы

Қазақ көз аурулары ғылыми зерттеу институты АҚ, Алматы

Ә.Б. Дошақанова, А.А. Изтелеуова

Түйін сөздері: Бехчет ауруы, анықтау өлшемдері, увеит.

Мақалада 31-32 апталық жүктілік кезіндегі өзіндік, кездейсоқ регрессиясымен көрінетін, макулярлы аймақтың зақымдалуымен көрінетін, ретинальды пигментті эпителий деңгейінде сұйқытықтың фильтрациясы аймағындағы торлы қабықтың нейросенсорлы қабатының серозды сылынуымен дамидын орталық серозды хориоретинопатиялық өзгерістер сипатталады. Орталық серозды хориоретинопатияның жалпы ағзадағы жүйелік өзгерістермен байланысы қарастырылады (қантамырлық, гормональды, инфекциянды, психогенді, токсикалық, метаболикалық, нейрональды); орталық серозды хориоретинопатия даму теориясы (Хориоидальды дисфункция теориясы, пигментті эпителий жасушалары дисфункциясы теориясы), сонымен қатар орталық серозды хориоретинопатия дамуындағы нәсілдік және кортикостероидтардың ролі және соған бейімділік.

Аталаған жағдай орталық серозды хориоретинопатияның дамуындағы жауап ретіндегі патологиялық жағдай дамуының жүктіліктің 20-аптасында пайда болуы мен және жүктіліктің 31-32 апталығында өздігінен, кездейсоқ ауру регрессі гормональды фонның өзгерістері мен басқа да зат алмасу процесстерінің жағдайына сәйкес реактивті күй корреляциясын көрсетеді

МРНТИ 76.29.56:76.29

КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО УВЕИТА

Г.И. Султангереева

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

Ключевые слова: увеит, хориоретинит, инфекции, стероидное лечение, рецидив.

Актуальность. Среди заболеваний сосудистой оболочки наиболее часто возникают воспалительные заболевания – увеиты. Сравнительно большая частота увеитов связана с выраженной разветвленностью кровеносных сосудов и в связи с этим - медленным током крови в сосудистом тракте; это благоприятствует задержке в нем микробов, вирусов и других патологических агентов, которые при определенных условиях и вызывают воспалительные процессы [1, 2, 3]. По локализации процесса различают передний увеит (ирит, иридоциклит, циклит, кератоувеит), периферический увеит, задний увеит (хориоретинит, нейрохориоретинит, эндофтальмит) и панувеит. Первое место среди причин воспалительных заболеваний сосудистого тракта занимают эндогенные факторы. Эндогенные заболевания сосудистого тракта могут быть как метастатическими (при попадании инфекции в сосудистое русло), так и токсико-аллергическими (при сенсibilизации всего организма и глаза) – увеиты при других патологических состояниях организма. Экзогенные увеиты являются вторичными – после операций, травм глаза. Различают также увеиты невыясненной этиологии, которые, по данным литературы, колеблются от 20% до 78,8%. По течению увеиты характеризуются как острые, подострые, хронические (ремиссия, рецидив) и рецидивизирующие [4, 5].

Цель работы - описать клинический случай течения хронического увеита.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилась пациентка Т., 67 лет, с 29 лет по настоящее время страдающая хроническим увеитом невыясненной этиологии с волнообразным течением – с частыми рецидивами в активной форме обоих глаз.

Результаты. С 1979 года ежегодно после полного клинического обследования пациентка получала стационарное лечение – противовоспалительное: глюкокортикостероиды местно, парабульбарно, периодически при тяжелом течении - системную терапию ГКС, пульс-терапию; получала НПВС – местно и внутрь, мидриатики, фибринолитики, дезинтоксикационную терапию, десенсибилизирующие препараты. В 1986 году проконсультирована в МНТК «Микрохирургии глаза» им.Федорова (Москва), в Московском НИИ глазных болезней им.Гельмгольца, была полностью обследована в туберкулезном институте, где снята специфическая этиология процесса. В 1987 году при очередном рецидиве хронического увеита в тяжелой форме с потерей зрения обоих глаз была прервана беременность в сроке 5-6 недель с целью продолжения комплексного лечения пациентки. В 2003 году при очередном обострении увеита в левом глазу с гнойным экссудатом в передней камере после обследования в городской офтальмологической больнице встал вопрос об энуклеации худшего в оптическом отношении глаза, но после детального обследования в КазНИИ ГБ и отсутствии признаков симпатизации второго глаза на ЭРГ консервативное лечение было продолжено. В результате после мощного противовоспалительного лечения гипопион в левом глазу рассосался, зрение восстановилось до 0,5.

Из анамнеза: пациентка страдает хроническим пиелонефритом с периодическими обострениями, получает лечение у уролога. В течение нескольких лет пациентка отметила начало рецидивирования увеита после каждого обострения пиелонефрита. Результаты клинического исследования указывают на признаки хронического пие-

лонефрита: ОАМ - цвет мутный, умеренная протеинурия, увеличение количества лейкоцитов до 15-20 в поле зрения; УЗИ почек - чашечно-лоханочная система расширена, уплотнена с гиперэхогенными включениями, нефроптоз справа. Заключение уролога: обострение хронического двухстороннего пиелонефрита.

В последние годы пациентка при обострении пиелонефрита начинает самостоятельно получать общее противовоспалительное лечение и заранее закапывать в глаза противовоспалительные капли. С годами на фоне своевременного начатого лечения пиелонефрита обострения увеита стали все реже возникать.

В 2006 году в связи с ухудшением зрения левого глаза обратилась к офтальмологу: при осмотре: visus - правильное светоощущение. Единичные преципитаты на эндотелии роговицы, фотореакция сохранена, хрусталик мутный, сублюксирован 2 ст, ВГД - 28 мм рт.ст. Выставлен диагноз: хронический увеит невыясненной этиологии в стадии ремиссии. Катаракта осложненная полная сублюксированная 2 ст. Вторичная глаукома 2 ст. В (м). 4.2006 г. произведена тоннельная экстракапсулярная экстракция катаракты левого глаза с имплантацией ИОЛ в КазНИИ ГБ, зрение восстановилось до 0,7.

После оперативного вмешательства рецидивы хронического увеита отмечались в 2009 и 2011 годах.

В 2011 году у пациентки выявлен и установлен диагноз: сахарный диабет 2 типа, с 2012 года - идиопатический легочный фиброз средней степени тяжести. В течение последующих 5 лет зрение левого вновь ухудшилось до 0,1-0,2, после обследования выставлен диагноз: на левом глазу - Эпиретинальный фиброз. Артифакция. Хрони-

ческий увеит в стадии ремиссии. В 2016 г. в КазНИИ ГБ произведена операция на левом глазу - Закрытая задняя витрэктомия, мембранопилинг, пневморетинопексия. Острота зрения после операции составила 0,3-0,4.

Выводы. Значительное место как причинные и «пусковые» факторы увеита занимают инфекции. Кроме того, увеиты развиваются при системных и синдромных заболеваниях на фоне гиперчувствительности глаза к инфекционным агентам, при этом преобладают двухсторонние поражения. В таких случаях при обследовании больного первостепенное значение имеют:

- тщательный сбор анамнеза заболевания, а именно: перенесенные инфекции, наличие очагов хронических инфекций и системные заболевания;

- всестороннее клиническое обследование состояния глаз и организма больного с применением современных методов.

Для предупреждения рецидивов увеита важны ранняя этиологическая диагностика, своевременно начатое этиотропное и патогенетическое лечение, обязательно длительное диспансерное наблюдение за больными с максимальным возможным устранением факторов, провоцирующих обострение увеитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцева Н.С., Кацнельсон Л.А. Увеиты.- 1984.
2. Азнабаев М.Т. Этиологическая структура увеитов.- 1999.
3. Краснова М.Л., Шульпина Н.Б. Терапевтическая офтальмология.- 1985.
4. Ковалевский Е.И. Глазные болезни.- 1980.
5. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Ставицкая Т.В. Офтальмофармакология.- 2004.

РЕЗЮМЕ

Клинический вариант течения хронического рецидивирующего увеита

Г.И. Султангереева

АО «Казахский НИИ глазных болезней», г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: увеит, хориоретинит, инфекции, стероидное лечение, рецидив.

В статье представлен клинический случай течения хронического увеита неясной этиологии у пациентки, находившейся под наблюдением офтальмолога в течение нескольких десятилетий. Неоднократные рецидивы заболевания, наличие хронических системных заболеваний явились причиной частых обращений пациентки к офтальмологу и значительного снижения зрения обоих глаз с угрозой удаления худшего глаза. Однако своевременно начатая системная и местная мощная противовоспалительная и антибактериальная терапия позволили не только сохранить орган зрения, но и значительно повысить остроту зрения обоих глаз.

При обследовании больного с увеитом первостепенное значение имеют:

- тщательный сбор анамнеза заболевания, а именно перенесенные инфекции, наличие очагов хронических инфекций и системные заболевания;
- всестороннее клиническое обследование состояния глаз и организма больного с применением современных методов.

Для предупреждения рецидивов увеита важны ранняя этиологическая диагностика, своевременно начатое этиотропное и патогенетическое лечение, обязательно длительное диспансерное наблюдение за больными с максимально возможным устранением факторов, провоцирующих обострение увеитов.

ТҰЖЫРЫМ

Созылмалы қайталанатын увеиттің клиникалық ағымының нұсқасы
Сұлтангереева Г.И.
«Көз аурулары Қазақ ғылыми-зерттеу институты» АҚ,
Алматы, Қазақстан

Түйінді сөздер: увеит, хориоретинит, инфекция, стероидты емдеу, рецидив.

Мақалада бірнеше онжылдықтар бойы офтальмологтың бақылауында болған науқаста анық емес этиологияның созылмалы увеитінің клиникалық жағдайы көрсетілген. қайталанатын қайталануы, Созылмалы жүйелі аурулары болуы офтальмолог және нашар көз алып тастау қаупі бар екі көздің айтарлықтай қысқарту жиі қатынаған науқасты туындаған. Дегенмен, уақтылы жүйелі және жергілікті күшті қабынуға қарсы және бактерияға қарсы терапия көру органын сақтауға ғана емес, екі көздің көрнекілік дәрежесін айтарлықтай жақсартуға да бастады.

Увеитпен ауыратын науқасты зерттегенде, ең маңыздысы:- аурудың анамнезін мұқият жинау, атап айтқанда, берілген инфекциялар, созылмалы инфекциялар мен жүйелік аурулар ошақтарының болуы;- көздің күйін кешенді клиникалық тексеру және қазіргі заманғы әдістерді қолданып пациенттің денесі. Увеит қайталануының алдын алу үшін маңызды ерте этиологиялық диагнозы бар, уақтылы увеит асқынуы тудырып факторлардың барынша мүмкін жою ауыратын науқастардың, міндетті ұзақ диспансерлік бақылау etiotropic және патогенетикалық ем басталды.

SUMMARY

Clinical variant of the chronic course recurrent uveitis
Sultangereyeva G.I.
JSC «Kazakh Research Institute of Eye Diseases», Almaty, Kazakhstan

Key words: uveitis, chorioretinitis, infection, steroid treatment, relapse.

The article presents a clinical case of the course of chronic uveitis of unclear etiology in a patient who was under the supervision of an ophthalmologist for several decades. Repeated recurrences of the disease, the presence of chronic systemic diseases caused frequent calls of the patient to the ophthalmologist and a significant decrease in the vision of both eyes with the threat of removal of the worst eye. However, timely systemic and local powerful anti-inflammatory and antibacterial therapy started not only to preserve the organ of vision, but also to significantly improve the visual acuity of both eyes. When examining a patient with uveitis, paramount importance is:- careful collection of anamnesis of the disease, namely, the transferred infections, the presence of foci of chronic infections and systemic diseases;- comprehensive clinical examination of the state of the eyes and the patient's body using modern methods. To prevent recurrence of uveitis, early etiologic diagnosis is important, timely etiotropic and pathogenetic treatment, necessarily prolonged follow-up of patients with the maximum possible elimination of factors that cause an exacerbation of uveitis.

МРНТИ 76.29.56

БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ТЯЖЕЛОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

С.Б. Шильманов, А.Б. Оспанова

Областной Медицинский Центр, глазное отделение
г. Кызылорда

Ключевые слова: язва роговицы, десцеметоцеле, перфорация, гипопион, блефарорафия, бельмо.

Описание клинического случая. Пациент Б., 1945 г.р. Поступил экстренно в глазное отделение с диагнозом OS - Гнойный эндофтальмит. Гипопион. Язва роговицы с прободением. Артифакция. Первичная открытоугольная глаукома III в. OD – центральное частичное бельмо роговицы. Первичная открытоугольная глаукома IV с. Предъявлял жалобы на слепоту левого глаза, покраснение, обильное гнойное отделяемое, светобоязнь, слезотечение, сильные боли на левом глазу.

Из анамнеза: левый глаз беспокоит больше 1 месяца, получил амбулаторное лечение, без эффекта. Состоит на диспансерном учете по поводу глаукомы, гипотензивные капли регулярно не капает. В 2013 г. левый глаз прооперирован по поводу катаракты. Правый глаз не видит в течение 10 лет.

Визометрия: острота зрения OD = 0 (ноль); острота зрения OS = движение руки. Тонометрия бесконтакт-

ным методом: OD = 28 мм рт.ст; OS = 22 мм рт.ст. Данные биомикроскопии: OD – придаточный аппарат глаза не изменен. Роговица дегенеративно изменена, в оптической зоне 4,0 мм - бельмо без васкуляризации. Передняя камера - глубокая, влага - прозрачная. Зрачок - округлой формы, расширен, реакция на свет отсутствует. Радужка - атрофичная. Хрусталик - мутный. Глазное дно не видно. OS – блефароспазм, слезотечение, обильное гнойное отделяемое. Смешанная инъекция. Роговица - отечная, в оптической зоне - гнойная язва, десцеметоцеле диаметром 5-7 мм. В передней камере - гипопион 1,5 мм. Зрачок деформирован. Радужка -отечная, субатрофичная. Глубжележащие среды не просматриваются.



Рисунок 1. Левый глаз при поступлении

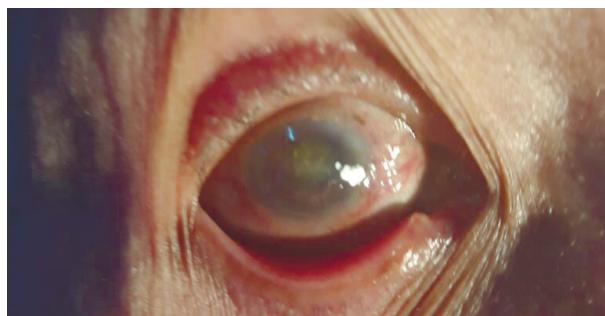


Рисунок 2. Правый глаз при поступлении

Проведено лечение: антибактериальная, противовоспалительная терапия: инстилляци, субконъюнктивальные инъекции. Консультирован офтальмологом КазНИИ глазных болезней Сабырбаевым Н.Б., было рекомендовано: OS - блефарорафия с органосохранной целью. Была произведена операция - OS - Блефарорафия, пациент был выписан на 10 суток на амбулаторное наблюдение по месту жительства.

Через 1 месяц были сняты блефарорафические швы. При повторном осмотре на левом глазу была отмечена положительная динамика в виде эпителизации роговицы и повышение остроты зрения до 0,16. Пациенту была установлена мягкая контактная линза со сменой каждые 10 дней – на 1 месяц.



Рисунок 3. Левый глаз через 2 месяца после блефарорафии

Заключение. Описанный случай является сложным и редким по отношению благоприятному исходу: сохранена анатомическая целостность глазного яблока, предотвращена перфорация

роговицы, сохранены зрительные функции единственного в оптическом отношении глаза.

Таким образом, блефарорафия в некоторых случаях угрозы перфорации продолжает оставаться эффективным методом хирургического лечения тяжелых язв роговицы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каспаров А.А. Современные методы лечения тяжелых инфекционных заболеваний роговицы // IX съезд офтальмологов России, 16-18 июня 2010: Тезисы докл. - М., 2010. - С. 296-298.
2. Ботабекова Т.К., Сулейменов М.С., Исергепова Б.И., Есенжан Г.А., Сабырбаев Н.Б. Анализ причин неблагоприятных исходов в лечении заболеваний роговицы//Офтальмологический журнал казахстана.- 2013.- № 4. - С.5-7.

РЕЗЮМЕ

Благоприятный исход тяжелой язвы роговицы
(клинический случай)

С.Б. Шильманов, А.Б.Оспанова

Областной Медицинский Центр, глазное отделение, г.Кызыл-орда

Ключевые слова: язва роговицы, десцеметоцеле, перфорация, гипопион, блефарорафия, бельмо.

В статье приведен клинический случай благоприятного исхода тяжелой инфекционной язвы роговицы. Пациент был госпитализирован в экстренном порядке в стационар с диагнозом: OS - Гнойный эндофтальмит. Гипопион. Язва роговицы с прободением. Артификация. Первичная открытоугольная глаукома III в. OD – центральное частичное бельмо роговицы. Первичная открытоугольная глаукома IV с.

На фоне медикаментозного лечения была отмечена положительная динамика. Учитывая сохраняющуюся угрозу перфорации роговицы, была произведена блефарорафия с органосохранной целью. Через 1 месяц швы были сняты. Через 2 месяца после выписки из стационара сформировалось центральное бельмо роговицы. Таким образом, была сохранена анатомическая целостность глазного яблока, предотвращена перфорация роговицы, сохранены зрительные функции единственного в оптическом отношении глаза.

ТҰЖЫРЫМ

Қолайлы жағдай ауыр қасаң қабықтың жарасы.
(клиникалық жағдай)

С.Б. Шілманов, А.Б. Оспанова

Областық Медицинский Орталығы, көз аурулар бөлімшесі, қ.Кызыл-орда

Түйінді сөздер: қасаң қабықтың жарасы, десцеметоцеле, тесілуі, гипопион, блефарорафия, қасаң қабықтың ақ дағы.

Мақалада қолайлы жағдай ауыр қасаң қабықтың жарасы келтірілген. Науқас жедел түрде ауруханаға жатқызылды мына диагнозымен : OS Purulent endophthalmitis. Гипопион. Қасаң қабықтың жарасы. Артифакция. Біріншілік ашық бұрышты глаукома III с. OD - орталық бөлікшедегі қасаң қабықтың бельмосы. Біріншілік ашық бұрышты глаукома IV с.

Дәрілік емдеу аясында оң әсерлі динамика байқалды. Қасаң қабықтың тесілу қауіпін ескере отырып, көру мүшесін сақтау мақсатында блефарорафия отасы жасалынды. 1 айдан кейін тігістер алынды. Ауруханадан шыққаннан кейін екі ай өткен соң қасаң қабықтың орталық ақ дағы қалыптасты. Осының нәтижесінде, көздің анатомиялық тұтастығы сақталынды, қасаң қабық тесілу

SUMMARY

A favorable outcome of a severe corneal ulcer (clinical case)

Shilmanov S.B., Ospanova A.B.

Regional Medical Center, eye department, c.Kyzylorda

Key words: corneal ulcer, descemeto, perforation, hypopion, blepharorrhaphy, leukoma.

The article presents a clinical case of a favorable outcome of a severe corneal infectious ulcer. The patient was hospitalized in an emergency order in a hospital with the diagnosis: OS Purulent endophthalmitis. Hypopion. Corneal ulcer with perforation. Artifakia. Primary open-angle glaucoma III c. OD Central leukoma of cornea. Primary open-angle glaucoma IV c.

Against the background of drug treatment, positive dynamics was noted. Given the continuing threat of corneal perforation, a blepharophagy with an organ-preserving purpose was performed. After 1 month, the stitches were removed. Two months after discharge from the hospital, the central corneal leukoma formed. Thus, the anatomic integrity of the eyeball was preserved, the corneal perforation was prevented, visual functions of the optically only eye were preserved.

РАЗНОЕ

МРНТИ 76.35.37

РОЛЬ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ВОСПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Ю.С. Краморенко

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

Послевузовское образование, осуществляя подготовку квалифицированных специалистов, способных к профессиональному росту в условиях информатизации и развития наукоемких технологий, являясь составной частью государственной системы образования, во многом зависит от общества, которое также находится в непосредственной зависимости от образовательной системы. Эффективность и качество образования зависит от взаимодействия процессов воспитания и обучения и тесно связано с социально-политической структурой общества.

Воспитание, о котором писал Аристотель еще в IV в. до нашей эры - «Самое важное из всех способствующих сохранению государственного строя средств, которыми ныне все пренебрегают, – это воспитание юношества в духе соответствующего государственного строя», остается одним из важных.

Под воздействием воспитания у человека формируется определенное отношение к окружающему миру, возникают цели и принципы, нравственные ценности с ориентиром на его внутренний мир. Немаловажную роль в процессе становления человека как личности и его связи с обществом играют такие источники информации как интернет, телевидение, художественная и другая литература.

Согласно закону Республики Казахстан «Об образовании» № 319-III от 27.07.2007. в задачи системы образования входит не только получение качественного образования, направленного на формирование, развитие и профессиональное становление личности на

основе национальных и общечеловеческих ценностей, достижений науки и практики, но и воспитание гражданственности и патриотизма, любви к своей Родине - Республике Казахстан, уважения к государственным символам и государственному языку, почитания народных традиций, нетерпимости к любым антиконституционным и антиобщественным проявлениям; воспитание личности с активной гражданской позицией, формирование потребности участвовать в общественно-политической, экономической и культурной жизни республики, осознанного отношения личности к своим правам и обязанностям [1, 2].

«Развитие воспитания в системе образования Республики Казахстан в последние годы по праву стало одним из приоритетных направлений в деятельности Министерства образования и науки Республики Казахстан, органов управления образованием субъектов, образовательных учреждений всех типов и видов. Социальный заказ государства на воспитание человека образованного, нравственного, предприимчивого, готового самостоятельно принимать решения в ситуации выбора, способного к сотрудничеству и межкультурному взаимодействию, обладающего чувством ответственности за судьбу страны, находит отражение в важнейших документах: ежегодном Послании Президента Республики народу Казахстана, Государственной программе патриотического воспитания граждан Республики Казахстан и других. В Конституции Республики Казахстан закреплены основные права, непосредственно связанные с процессом воспитания». Это отражено в «Концепции воспитания в системе непрерывного образования Республики Казахстан», утвержденной приказом Министра образования и науки от 16 ноября 2009 года № 521 и рекомендованной организациям непрерывного образования Республики Казахстан [3].

В концепции обозначены также цель, задачи и направления воспитательной деятельности. Цель воспитания – создание в системе непрерывного образования оптимальных условий для становления, развития и самореализации личности как гражданина и патриота Республики Казахстан, будущего специалиста, способного к профессиональному, интеллектуальному и социальному

творчеству. Задачи воспитания – это формирование личностно и профессионально значимых качеств, необходимых для жизни в современном обществе и эффективной профессиональной деятельности, развитие потребности в непрерывном личностном и профессиональном самосовершенствовании. Одно из направлений воспитательной деятельности – это формирование социально-значимых и индивидуальных качеств, свойств личности (социальная адаптивность, социальная активность, социальная устойчивость) предполагает развитие в системе социальных отношений собственного стиля поведения, творчество и самостоятельность, умение быстро и адекватно реагировать на происходящие изменения в обществе, наличие активной жизненной позиции [3].

Воспитательный процесс, многогранный и длительный, продолжается фактически всю жизнь, и так же как учебный, направлен на реализацию задач формирования и всестороннего развития личности будущих специалистов,

Основными ценностями современного последипломного образования врача выступают: профессионально направленное авторское творчество как способ развития человека, сопровождение обучения в социально-профессиональном развитии качеств и свойств, необходимых для данной профессии. Послевузовское образование в резидентуре, которая выпускает специалистов высокой квалификации, включает научно-исследовательскую и изобретательскую деятельность.

Одним из необходимых условий успешного усвоения материала как основы компетенции и самостоятельности будущего специалиста является разработанная в институте образовательная программа послевузовского обучения слушателей резидентуры по специальности «Офтальмология, в том числе детская» на основе соответствующих государственных общеобязательных стандартов образования.

Хорошая организация учебного процесса обучения с использованием современных методов, разнообразие форм адекватной оценки знаний, благоприятное эмоциональное состояние в коллективе способствуют усвоению знаний и восприятию практических навыков.

Процесс воспитания с учетом возрастных особенностей резидентов осуществляется непрерывно как во время учебных занятий, так и во внеаудиторное время. Преподаватели всех уровней отдела постдипломного образования выполняют существенную работу в формировании личности резидента, овладении им знаниями и практическими навыками по офтальмологии для последующего применения в профессиональной деятельности, умении логически рассуждать и делать соответствующие выводы. Носителем непосредственного общения преподавателей с резидентами выступает куратор. Он участвует в решении возникающих вопросов путем консультирования, ориентации и психологической поддержки резидентов. Помимо этого важным является помощь резидентам в социальной адаптации, приобщении к корпоративной культуре института.

Кураторам групп 1-2-го года обучения отводится особенно трудная и ответственная роль в воспитании резидентов, в формировании коллектива, соблюдении прав резидентов и выполнении ими своих обязанностей, а также в планировании программы воспитательных мероприятий, оказании помощи в избрании старосты группы и представителей в институтские органы самоуправления (профсоюзные, спортивные и др.) и участия в мероприятиях НИИ, создании условий для стимулирования комфортности, взаимопомощи и сотрудничества в учебной группе, принимать участие в обсуждении нравственных проблем и выработке правильных оценок и суждений о нравственных поступках. Кроме того, кураторы могут дать совет по выбору направления будущей профессиональной деятельности.

Целенаправленное, организованное воспитание позволяет осуществлять развитие личности в соответствии с требованиями новых социально-экономических реалий и, соответственно, новых задач в подготовке специалистов с высшим образованием. Так, овладевая в процессе учения основами современных научных знаний, трудовых навыков, элементами культуры и поведения, резиденты готовятся к более высокой форме трудовой деятельности, к тому, чтобы внести свой достойный вклад в сохранение здоровья членов общества – жителей различных регионов Казахстана [4]. При этом первостепенное значение, безусловно, имеет профессиональная подготовка молодых специалистов, усвоивших соответствующие знания и овладевших профессиональными умениями и навыками, способными действовать с учетом норм и правил, принятых в сообществе врачей-офтальмологов, уважать мнение коллег, находить выход из сложных и конфликтных ситуаций.

Таким образом, современное последипломное образование в резидентуре предполагает формирование профессионально и личностно значимых врачей-офтальмологов. Проводимая воспитательная работа направлена на реализацию творческих способностей молодых специалистов, приобщение их к нормам профессиональной и социальной этики, общей культуры, здорового образа жизни, гражданской и патриотической активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Республики Казахстан от 27 июля 2007 года «Об образовании».
2. Указ Президента Республики Казахстан от 7 декабря 2010 года № 1118 «Об утверждении Государственной программы развития образования Республики Казахстан на 2011-2020 годы».
3. Концепция воспитания в системе непрерывного образования Республики Казахстан, утвержденная приказом Министра образования и науки от 16 ноября 2009 года № 521.
4. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы.

РЕЗЮМЕ

Роль послевузовского образования и воспитания
в формировании личности современного общества
Ю.С. Краморенко

В статье обсуждается вопрос подготовки квалифицированных кадров в резидентуре в соответствии с требованиями современного общества и согласно законодательным документам Республики Казахстан.

ТҰЖЫРЫМ

Жоғарғы оқу орнынан кейінгі білім және
заманауи қоғамның жеке тұлғасын қалыптастырудағы тәрбие берудің рөлі
Ю.С. Краморенко

Мақалада Қазақстан Республикасының заңнамаларына сәйкес резидентурада білікті мамандар даярлау мәселесі талқыланады.

SUMMARY

The role of postgraduate education and upbringing in the formation of
the personality of modern society
J.S. Kramorenko

The article discusses the issue of training qualified personnel in the residency in accordance with the requirements of modern society and in accordance with the legislative documents of the Republic of Kazakhstan.

МРНТИ 76.29.56:76.13.15

ОДНОСТОРОННИЙ ЭКЗОФТАЛЬМ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1А.С. Аубакирова, 2А. Мусакулова, 1А. Искакбаева

1 АО Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней»,
2 Казахстанско-Российский Медицинский Университет

г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: экзофтальм, каротидно-кавернозное соустье, варикозное расширение орбиты, метастазы орбиты, новообразование орбиты.

Появление экзофтальма связано с различными патологическими процессами не только в орбите и смежных областях, но и при некоторых общих заболеваниях. Перечень заболеваний, сопровождающихся появлением экзофтальма, по последним данным, составляют около 100 наименований. В связи с этим целью настоящей работы явилось рассмотрение отличительных признаков различных видов одностороннего экзофтальма.

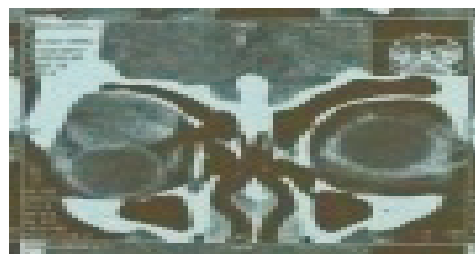
При выявлении экзофтальма, в первую очередь, нужно определить: ложный или истинный это экзофтальм. Ложный экзофтальм встречается у лиц с односторонней или анизометропической миопией и с врожденной асимметрией лицевого черепа и становится заметным к 40-45 годам жизни, асимметрия в этих случаях никогда не превышает 2 мм. Истинный экзофтальм бывает стационарным, обусловленным развитием в орбите объемного процесса; интермиттирующим, возникающим при отеке Квинке, варикозном расширении вен орбиты, и пульсирующим, в основе которого лежит формирование в орбите или полости черепа атриовенозных фистул, рост обильно васкуляризованных опухолей (ангиосаркома) или пульсация головного мозга через имеющийся в крыше костный дефект (нейрофиброма, злокачественная

опухоль или врожденная грыжа головного мозга).

Стационарный экзофтальм имеет место при новообразованиях орбиты, метастатическом поражении, воспалительных процессах орбиты. При этом экзофтальм может быть осевым и со смещением. Тип экзофтальма зависит от локализации опухоли в орбите. Осевой экзофтальм появляется в тех случаях, когда новообразование расположено во внутреннем хирургическом пространстве внутри мышечной воронки за глазом. Экзофтальм со смещением появляется при локализации опухоли в наружном хирургическом пространстве, глаз смещается всегда в сторону, противоположную локализации патологического очага (рис.1). Степень экзофтальма может быть различной. На КТ и МРТ при доброкачественных образованиях обнаруживается инкапсулированный очаг повышенной плотности, округлой или овальной формы, с ровными контурами или ячеистой структуры. Злокачественные образования имеют негетерогенный характер, края неровные и нечеткие.



а



б

Рисунок 1. Больная М. с диагнозом OD - Кавернозная гемангиома.

а - справа стационарный экзофтальм со смещением книзу

б - компьютерная томограмма орбит. В правой орбите визуализируется очаг повышенной плотности овальной формы, с ровными контурами и ячеистой структурой

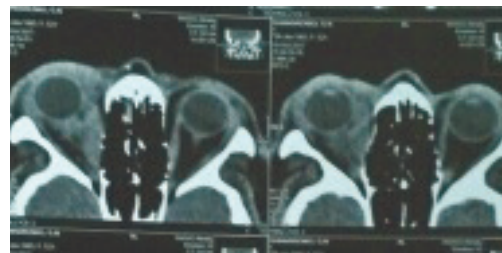
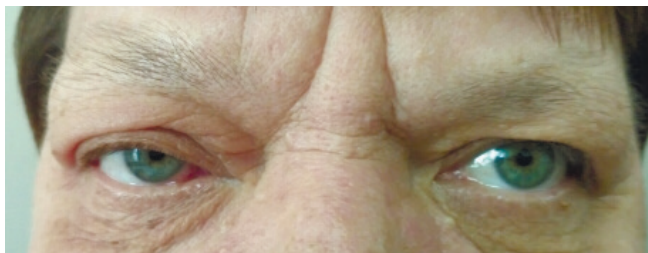


Рисунок 2. Пациентка М. с метастазом в правую орбиту рака молочной железы

а. OD - клинически отек периорбитальных тканей, экзофтальм осевой, в верхне-внутреннем квадранте пальпируется плотное образование

б. На КТ - в области верхне-внутреннего квадранта визуализируется негетогенное образование с нечеткими границами, инфильтрация внутренней прямой мышцы

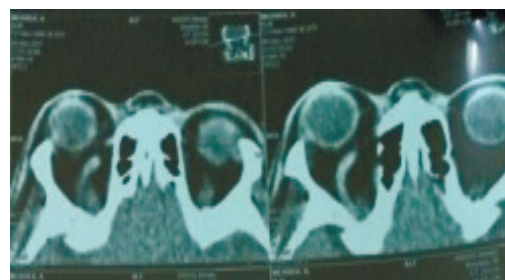
Пульсирующий экзофтальм - признак сосудистых нарушений в орбите или в кавернозном синусе. Пульсирующий экзофтальм отмечают у детей с мозговой грыжей, однако пульсация выражена очень слабо, она четко определяется пальпаторно и не синхронна с пульсовой волной [10].

Для кавернозного синуса типичны так называемые постравматические дуральные артериовенозные фистулы или артериосинусные соустья. Они подразделяются на прямые каротидно-кавернозные соустья (ККС) и не прямые (дуральные артериовенозные мальформации). Соотношение травматических и спонтанных ККС равно 4:1. Травматические ККС значительно чаще наблюдаются у мужчин в возрасте 16-40 лет, а нетравматические - у женщин среднего и пожилого возраста [11].

Как правило, при наличии экзофтальма, обусловленного ККС, отмечается пульсация глазного яблока. Выраженность экзофтальма может быть самой разнообразной - от 2 до 20 мм. Чаще - от 5 до 10 мм [12]. Постоянным симптомом ККС является сосудистый шум, синхронный с пульсом, наиболее отчетливо при аускультации шум определяется над орбитой при выраженном экзофтальме или в сосцевидной области, когда отток из кавернозного синуса происходит в нижний каменистый синус. Шум в голове почти исчезает или прекращается при прижатии общей сонной артерии на стороне соустья. Застойные явления в орбите и глазном яблоке особенно выражены в остром периоде образования ККС, они могут сопровождаться лагофтальмом, хемозом, застоем в сосудах склеры и конъюнктивы по типу «головы медузы» (рис. 3). Иногда наблюдается наружная или полная офтальмоплегия. Истончение стенок кавернозного синуса в ряде случаев приводит к их разрыву и обычному смертельному внутримозговому и носовому кровотечению [13]. Томографически выявляется расширенная верхняя глазничная вена, увеличенный кавернозный синус [14].



а



б

Рисунок 2. Пациентка М. с метастазом в правую орбиту рака молочной железы

а. OD - отек периорбитальных тканей, «красный» хемоз, симптом «головы Медузы»

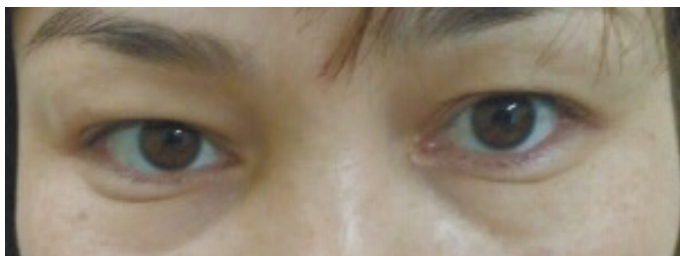
б. На КТ - расширение верхней глазничной вены справа

Интерmittирующий экзофтальм встречается у больных отеком Квинке и варикозным расширением вен орбиты. При этом в покое в горизонтальном положении может быть как очень слабый экзофтальм, так и энофтальм. Легкое на-

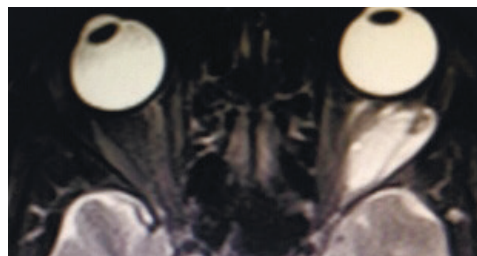
пряжение, изменение положения головы, приводящие к повышению давления в венозной системе, вызывают выпячивание глаза из орбиты (рис. 4). Варикозное расширение вен проявляет себя рецидивирующими кровоизлияниями и внезапно появляющимся, быстро увеличивающимся экзофтальмом. В анатомическом плане эта патология харак-

теризуется формированием венозных полостей в орбите, обычно связанных с системой глазных вен [15]. На томограммах определяется конгломерат расширенных сосудов на

фоне отека орбитальной клетчатки, при контрастировании отмечается увеличение плотности сосудистых структур [14].



а



б

Рисунок 4. Пациентка с варикозным расширением вен орбиты слева

а. Слева отмечается незначительный экзофтальм

б. МРТ расширенные сосуды в наружном квадранте орбит

В таблице 1 упорядочены клиничко-инструментальные признаки различных экзофтальмических состояний. Таким образом, тщательный анализ клинических симптомов, данных инструментального обследования позволяют

установить истинную причину экзофтальма и, следовательно, планировать адекватное лечение в каждом конкретном случае.

Таблица 1 - Средние показатели внутриглазного давления в периоперационном периоде у пациентов двух групп

	Новообразования орбиты	Метастазы	Варикозное расширение вен орбиты	Каротидно-кавернозное соустье
Возраст		16-65 лет	20-30 лет	Есть данные о 6-недельном ребенке
Пол	Женщины Мужчины	Женщины > Мужчины	Женщины > Мужчины	Женщины = мужчины
Причина возникновения	Различные опухоли орбиты	Патогенные клетки из первичных опухолевых очагов	Расширение венозных сосудов	Развивается в результате врожденной слабости сосудистой стенки
Экзофтальм	Стационарный	Стационарный	Интермиттирующий	Пульсирующий (в 1/3 случаях стационарный) Синхронный с пульсацией артерий
Подвижность глазного яблока	Ограничена	Ограничена	Ограничена из-за отека ЭОМ.	Нарушена из-за повреждения глазодвигательных нервов
Репозиция глазного яблока	Затруднена	Затруднена	Свободная	Вначале свободная, но по мере увеличения срока заболевания она становится затрудненной
Конъюнктивит	Хемоз	Хемоз	Не изменена	Хемоз, симптом «головы медузы»
Глазное дно	Застойный ДЗН. Первичная или вторичная атрофия ДЗН	складчатость мембраны Бруха	Застойный ДЗН	Застойный диск зрительного нерва
КТ/МРТ	Инкапсулированный очаг повышенной плотности,	Негомогенная тень крупно ячеистой	Диффузная тень умеренной плотности с неровными контурами	Утолщение верхней глазничной вены до 4 мм и более,

	округлой или овальной формы, с ровными контурами или ячеистой структуры. Истончение костных стенок орбиты и увеличение ее плотности.	структуры с неровными нечеткими границами		уплотнение тени и увеличение соответствующего кавернозного синуса
--	--	---	--	---

ЛИТЕРАТУРА

1. Bonavolontà G., Strianese D., Grassi P., et al. An analysis of 2,480 spaceoccupying lesions of the orbit from 1976 to 2011. *OphthalPlastReonstrSurg.* 2013;29:79-86.
2. Гришина Е.Е. Метастатическое поражение органа// Клиническая офтальмология.- 2001; 2(1):15-7.
3. Rajabi M.T., Jafari H., Hosseini S.S., Tabatabaie S.Z., Rajabi M.B., Amoli F.A. Orbital metastasis: a rare manifestation of scapular bone osteosarcoma. *J Ophthalmic Vis Res.*- 2014; 9(4):517-9. Doi : 10.4103/2008-322X.150834.
4. Valenzuela A.A., Archibald C.W., Fleming B., Ong L., O'Donnell B., Crompton J.J., Selva D., McNab A.A., Sullivan T.J.. Orbital metastasis: clinical features, management and outcome. *Orbit.*- 2009; 28(2-3):153-9.
5. Mourits M.P., Saeed P., Kloos R.J. Enophthalmos as a first sign of breast cancer. *NedTijdschrGeneesk.*- 2015; 159(0):A9114.
6. Бровкина А.Ф., Гришина Е.Е. Особенности клинической картины лимфосаркомы и метастатической опухоли орбиты другого генеза// Вестник офтальмологии. - 1999; (5):22-3.
7. Бровкина А.Ф., Гришина Е.Е. Злокачественная (находжинская) лимфома органа зрения// Вестник офтальмологии.- 2009; (1):58-61.
8. Ferry J.A., Fung C.Y., Zukerberg L., Lucarelli M.J., Hasserjian R.P., Preffer F.I., Harris N.L. Lymphoma of the ocular adnexa: A study of 353 cases. *Am J SurgPathol.*- 2007; 31(2):170-84.
9. Téllez-Villajos L., Maroto-Castellanos M., Lledó-Navarro J.L., López-Durán S., Moreira-Vicente V., Albillos-Martínez A. Orbital metastasis from hepatocellular carcinoma. *Rev EspEnferm Dig.*- 2015; 107(4):231.
10. Бровкина А.Ф., Вальский В.В. и др. Офтальмоонкология.- М.: Медицина.- 2002. - С.57-63.
11. Свистов Д.В. Патология синусов и вен твердой мозговой оболочки.- 2012.(http://www.neuro.neva.ru/RNOnline_22/Russian/Issues/Articles_1_2001/lecture.htm).
12. Барсуков С.Ф. Синдром кавернозного синуса в аспекте дифференциальной диагностики заболеваний орбиты и близлежащих анатомических структур головного мозга и черепа.- том 2.- № 3.- 2009.(<https://cyberleninka.ru/article/v/sindrom-kavernoznogo-sinusa-v-aspekte-differentsialnoy-diagnostiki-zabolevaniy-orbity-i-blizlezhashih-anatomicheskikh-struktur>).
13. Катькова Е.А. // Диагностический ультразвук, офтальмология. - Практическое руководство. - 2002. - С.79-103.
14. Долматова И.А., Грушин Ю.В., Мустафина Ж.Г., Завьялова М.Ю. Компьютерная и магнитно-резонансная томография орбит // Алматы, 2001.-63 с.
15. Архангельская Я.Н., Серова Н.К., Яковлев С.Б. Нейроофтальмологическая симптоматика варикозного расширения вен орбиты // Материалы XVI научно-практической нейроофтальмологической конференции.- Актуальные вопросы нейроофтальмологии. - Москва, 2016. - С. 11-12.

РЕЗЮМЕ

Односторонний экзофтальм: дифференциальная диагностика
 1 Аубакирова А.С., 2 Мусакулова А., 1 Искакбаева А.
 1 Казахский НИИ глазных болезней, г. 2 Казахстанско-Российский
 Медицинский Университет г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: экзофтальм, каротидно-кавернозное соустье, варикозное расширение орбиты, метастазы орбиты, новообразование орбиты.

По последним данным, болезни, сопровождающиеся односторонним экзофтальмом, составляют около 100 наименований. На сегодняшний день главной проблемой является дифференцирование этих нозологий. В статье рассматриваются дифференциально-диагностические признаки различных видов одностороннего экзофтальма: стационарного, пульсирующего, интермиттирующего.

ТҰЖЫРЫМ

Бір жақтық экзофтальм: дифференциалды диагностика

1 Аубакирова А.С., 2 Мусакулова А., 1 Искакбаева А.

1 Көз аурулары Қазақ ҒЗИ

2 Қазақстан-Ресей Медициналық Университет, Алматы, Қазақстан

Кілт сөздері: экзофтальм, каротидті-кавернозды сағалығы, көз шарасының варикозды кеңеюі, көз шарасының метастазы, көз шарасының ісіктері.

100 ден аса аурулардың негізгі ортақ симптомы бір жақтық экзофтальм болып саналады. Осы аурулар тобының дифференциалдық диагностикасы қазіргі таңда күрделі мәселелердің бірі. Мақалада тұрақты, лүпілдеуіш және ауыспалы экзофтальмдардың дифференциалдық диагностикалық айырмашылықтары, клиникалық көріністері және инструментальді зерттеу нәтижелері салыстырылып сипатталған.

SUMMARY

Monolateral exophthalmos: differential diagnosis

1 Aubakirova A., 2 Mussakulova A., 1 Iskakbayeva A.

1 Kazakh Eye Research Institute, Almaty, Kazakhstan

2 Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

Key words: exophthalmos, carotid-cavernous fistula, orbital varix, orbital metastasis, orbital tumors.

According to the latest data, diseases accompanied with unilateral exophthalmos make up about 100 nosologies. Nowadays the main problem is to differentiate these diseases. The article deals with differential diagnostic features of different types of unilateral exophthalmus: stationary, pulsating, intermittent.

MPHTI 76.29.56:76.35.35

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА УЧАЩИХСЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА № 4 г. АЛМАТЫ

М.Е. Ерболулы, С.А. Смагулова, Ж.Е. Утжанова, Ф.М. Жуманова,
Д.А. Абдуллина, М.М. Байхадамов, О.П. Малярова

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

Ключевые слова: школа, интернат, дети-инвалиды, слепота, слабовидение, амблиопия, социальная реабилитация.

Актуальность. По данным ВОЗ количество слепых в мире составило 45 млн. человек (из них 1,5 млн. детей), 269 млн. человек имеют низкое зрение. По прогнозам ученых к 2020 г. количество слепых увеличится до 76 млн. человек, из них 2 млн. детей [1]. Наиболее острой проблемой является детская слепота [2, 3]. По определению ВОЗ, это группа заболеваний и состояний, которые возникают в детском или подростковом возрасте и приводят к развитию слепоты сразу или в дальнейшей взрослой жизни [4, 5].

Основными причинами детской слепоты являются врожденные аномалии глаза, ретинопатия недоношенных, врожденные катаракта и глаукома, наследственные заболевания сетчатки, аномалии рефракции высокой степени [6, 7].

Проблема детской слепоты является актуальной вследствие:

- сложности выхаживания и обучения слабовидящих и слепых детей;
- потребности создания специ-

альных условий для их жизни и работы; повышения риска ранней смерти таких детей от заболеваний и травм;

- дополнительных значительных финансовых затрат на лечение, реабилитацию и социальную адаптацию слепых и слабовидящих детей [8, 9, 10].

Большинство детей с нарушением зрения нуждаются в различных видах сложного и длительного восстановительного лечения, которое может значительно уменьшить возможность инвалидности. Им необходимы специальные условия для обучения и социальной адаптации, получения образования и профессии [11].

В специализированной школе-интернате № 4 для слепых и слабовидящих детей имени Н. Островского г. Алматы проводится комплексная медицинская, психолого-педагогическая, физическая, профессиональная, трудовая, физкультурно-спортивная, бытовая и социальная реабилитация детей с нарушением зрения, а также детей с сочетанием патологии органа зрения и умственной отсталости, задержки психического развития или патологии центральной нервной системы.

Цель - изучить нозологическую структуру и особенности обучения специализированной школы-интерната № 4 для слепых и слабовидящих детей имени Н. Островского г. Алматы.

Материал и методы. В рамках международного дня «белой трости» сотрудниками Казахского НИИ глазных болезней было проведено офтальмологическое обследование 210 учащихся специализированной школы-интерната для слепых и слабовидящих детей им. Н. Островского в возрасте от 7 до 18 лет: 121 мальчика, 89 девочек. Всем школьникам проводилась визометрия, определение угла косоглазия по Гиршбергу, прямая офтальмоскопия, биомикроскопия, скиаскопия.

Результаты. К категории слепых (острота зрения от 0 до 0,03) отнесены 58 учеников, к категории слабовидящих (острота зрения от 0,04 до 0,4) - 152 ученика. Выявлены наиболее распространенные патологии среди школьников: аномалии рефракции, различного вида косоглазие, сопутствующая амблиопия смешанного типа - 91 пациент (182 глаза - 43,36%), на втором месте врожденная патология органа зрения, в том числе ретинопатия недоношенных, на долю которой приходится 17 учащихся (34 глаза - 8,1%); атрофия зрительного нерва - 37 учащихся (74 глаза - 17,6%), патология хрусталика - 36 учащихся (72 глаза - 17,1%). Реже встречаются другие заболевания глаз - 17 учащихся (34 глаз - 8,1%) и врожденные аномалии развития глаза - 12 детей (24 глаза - 5,71%).

Таблица 1 - Структура заболеваемости учащихся школы-интерната № 4

Нозология	Количество детей	Удельный вес, %
Атрофия зрительного нерва (полная, неполная)	37	17,6
Ретинопатия недоношенных	17	8,1
Глаукома (врожденная, вторичная)	4	1,9
Патология хрусталика (в т.ч. артефакция, синдромальная патология)	36	17,1
Анофтальм - (ретинобластома, травмы)	4	1,9
Увеиты (внутриутробный, вялотекущий)	6	2,9
Врожденные аномалии развития глазного яблока	12	5,71
Абиатрофия сетчатки	3	1,43
Аномалии рефракции, косоглазие, амблиопия	91	43,36
Итого:	210	100

Анализ нозологической и функциональной структуры слепоты и слабовидения позволил выявить, что 30% учени-

ков нуждаются в подборе оптической коррекции, 25% - в хирургическом лечении, в систематическом проведении курсов лечения - 40% учеников.

У большинства всех детей выявлена врожденная или приобретенная патология других органов и систем организма (центральной нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой, пищеварительной систем, позвоночника). У слепых и слабовидящих детей помимо дефекта органа зрения имеются вторичные отклонения в психическом, физическом и общесоматическом развитии, отмечается выраженное снижение двигательной активности, что приводит к развитию хронической гиподинамии, нарушению обменных процессов, снижению реакции, быстрой утомляемости, понижению работоспособности во время занятий и трудности обучения. Для слабовидящих и слепых детей основным средством восприятия учебного материала является слабое и остаточное зрение соответственно [10, 11].

Поэтому для облегчения зрительной работы детям с нарушением зрения необходимы:

- особые гигиенические условия
- повышение уровня освещенности рабочего места
- рациональная зрительная нагрузка
- специальные методы и средства обучения
- специальные наглядные пособия, учебники, тетради
- специальные компьютерные программы
- вспомогательные специальные средства оптической коррекции.

В преодолении слабовидения и слепоты имеет место также работа тифлопедагога, учителя-логопеда и психолога. Занятия направлены на развитие зрительного восприятия, формирование навыков пространственного ориентирования. Используется наглядность высокой степени контрастности с выделением контуров, трафареты для осязания. Сюда относятся рисование, обведение букв, написание букв сначала вместе с учителем, а затем самостоятельное написание. 30% учащихся обучаются по выпуклому шрифту Брайля, остальные - по учебникам с плоскими шрифтами, но с увеличенным угловым размером букв.

По уровню компьютеризации учебного процесса школа-интернат № 4 не уступает общеобразовательной школе. С 2000 года введена английская программа «JAWS», которая предназначена для продуктивной и полноценной работы незрячих и слабовидящих детей на компьютере. По данной программе чтение происходит путём предоставления пользователю информации, отображаемой на экране, через озвучивание текста на экране и с помощью шрифта Брайля, позволяющего без ограничений пользоваться клавиатурой. В 2005 году введены новые программы и устройства немецкой фирмы «BAUM RetecAG», которые позволяют слепым

и слабовидящим справляться на компьютере с теми же заданиями, что и зрячие. Это открыло слепым совершенно новые профессиональные перспективы.

Как известно, слепые и слабовидящие дети часто отличаются хорошо развитым чувством ритма и слухом. Поэтому особое внимание уделяется музыкальному образованию детей: в школе имеется музыкальное отделение, где дети обучаются игре на домбре, фортепиано, баяне, скрипке, поют в хоре. Они достаточно быстро осваивают нотную грамоту, при обучении игре на фортепиано ученики запоминают расположение нот на клавишах. Предусмотрена также специальная учебная дисциплина – сольфеджио, предназначенная для развития музыкального слуха и музыкальной памяти. После окончания уроков в школе дети проходят дополнительные занятия в музыкальных классах. Ежегодно дети имеют возможность принять участие в различных фестивалях в странах ближнего зарубежья.

Кроме того, большое значение имеют физическая культура (утренняя гигиеническая гимнастика, паузы и физические упражнения во время уроков, занятия физкультурой и спортом, лечебная физкультура, активный отдых на переменах, прогулки, экскурсии, ритмика) и трудовое, и профессиональное обучение как важные средства компенсации и коррекции зрительных функций и вторичных отклонений. Их роль также заключается в укреплении общего состояния здоровья и развитии координации движений учащихся.

Выводы. Дети, имеющие заболевания, связанные с нарушениями работы зрительного анализатора, должны находиться под постоянным контролем врачей, психологов, педагогов. Только комплексный подход к лечению офтальмологических заболеваний может обеспечить успешность этого лечения, дать возможность полноценного развития ребенка с патологией органа зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринов Ю.В. Слепота вследствие ретинопатии недоношенных – анализ ситуации в мире и пути решения проблемы в Украине // Тезисы и лекции IV науч.-практ. конф. детских офтальмологов Украины с международным участием «Врожденная и генетически обусловленная слепота и слабовидение. Проблемы диагностики, обследования и комплексное лечение» – Партенит, Алушта, АР Крым, Украина, 2009. – С. 226-232.
2. Ковалевский Е.И. Профилактика слабовидения и слепоты у детей. – М.: Медицина, 2001. – 256 с.
3. Ковалевский Е.И. Проблема слабовидения. – М.: Медицина, 2002. – 145 с.

4. Крыжановская Т.В. Врожденная, наследственная и рано приобретенная патология глаз в Украине // Тезисы и лекции I конф. дет. офтальмол. Украины. – Киев, 2000. – С. 168-177.
5. Пасечникова Н.В., Рыков С.А. Изучение и предупреждение врожденных и наследственных заболеваний органа зрения – залог успешной профилактики слепоты и инвалидности // Тезисы и лекции IV науч.-практ. конф. Детских офтальмологов Украины с международным участием «Врожденная и генетически обусловленная слепота и слабовидение. Проблемы диагностики, обследования и комплексное лечение». – Партеит, Алушта, АР Крым, Украина, 2009. – С. 307-316.
6. Пасечникова Н.В., Рыков С.А., Науменко Л.Ю., Крыжановская Т.В. Врожденная, наследственная и рано приобретенная патология глаз в формировании слепоты и слабовидения в Украине // Тезисы и лекции IV науч.-практ. конф. детских офтальмологов Украины с международным участием «Врожденная и генетически обусловленная слепота и слабовидение. Проблемы диагностики, обследования и комплексное лечение». – Партеит, Алушта, АР Крым, Украина, 2009. – С. 316-323.
7. Рыков С.А., Варивончик Д.В. Организация работы по профилактике офтальмологической патологии у детей.–К.: Логос, 2005.–48 с.
8. Рыков С.А., Варивончик Д.В. Профилактика детской слепоты. – К.: Логос, 2005. – 32 с.
9. Рыков С.А., Варивончик Д.В. Детская слепота и слабовидение в Украине: ситуационный анализ. – К.: Логос, 2005. – 50 с.
10. Рыков С.А., Варивончик Д.В., Пименов А.А. Скрининг и профилактика офтальмологической патологии у детей.–К.: Логос, 2005.–32 с.
11. Eleanor E. Faye. Clinical low vision. – New York, 1984. – 529 p.

РЕЗЮМЕ

Результаты осмотра учащихся специализированной школы-интерната № 4 г. Алматы
 М.Е. Ерболулы, С.А. Смагулова, Ж.Е. Утжанова, Ф.М. Жуманова,
 Д.А. Абдуллина, М.М. Байхадамов, О.П. Малярова
 АО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней»,
 г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: школа, интернат, дети-инвалиды, слепота, слабовидение, амблиопия, социальная реабилитация.

В статье приведены результаты офтальмологического обследования сотрудниками Казахского НИИ глазных болезней 210 учащихся специализированной школы-интерната для слепых и слабовидящих детей им. Н. Островского в рамках международного дня «белой трости». Всем школьникам проводилась визометрия, определение угла косоглазия по Гиршбергу, прямая офтальмоскопия, биомикроскопия, скиаскопия.

Анализ нозологической и функциональной структуры слепоты и слабовидения позволило выявить, что 30% учеников нуждаются в подборе оптической коррекции, 25% – в хирургическом лечении, в систематическом проведении курсов лечения – 40% учеников.

Применяемая единая технология, реализованная в оказании офтальмологической помощи, четкий сочетанный лечебно-учебный режим позволяют максимально полно оказать помощь слабовидящим детям, как с лечебной, так и с профилактической целью.

ТҰЖЫРЫМ

Алматы қаласы, №4 Арнайыланған мектеп – интернатта жасалған қарау нәтижесі
 М.Е.Ерболулы, С.А.Смагулова, Ж.Е.Утжанова, Ф.М.Жуманова,
 Д.А.Абдуллина, М.М.Байхадамов, О.П.Малярова
 АҚ«Қазақ көз ауруларының ғылыми-зерттеу институты»
 Алматы, Қазақстан

Кілт сөздері: мектеп, интернат, мүгедек балалар, соқырлық, көру қабілетінің төмен болуы, амблиопия, әлеуметтік оңалту.

Мақалада Көз ауруларының Қазақ Ғылыми Зерттеу Институтының мамандарымен Островский атындағы мектеп- интернаттындағы көру қабілеті төмен және соқыр балаларға халықаралық «ақ таяқ» күні шеңберінде жүргізілген зерттеу жұмысының нәтижелері көрсетілген. Барлық оқушыларға

визометрияға, Гишберг бойынша қылилық бұрышын анықтау, тікелей офтальмоскопия, биомикоскопия, скиаскопия жүргізілді.

Соқырлық пен көру қабілетінің төмендеуінің нозологиялық және функционалдық құрылымын талдау нәтижесінде оқушылардың 30% оптикалық түзету, 25% хирургиялық ем және 40% жүйелі емдеу курстары қажет ететіндігі анықталды.

Офтальмикалық күтімді қамтамасыз етуде қолданылатын бірыңғай технология, емдік және білім беру режимдерінің үйлесімділігі көзі нашар көретін балаларға емдік және профилактикалық шараларды толық көрсетуге мүмкіндік береді.

SUMMARY

Results of survey pupils from specialized boarding school №4, Almaty
M.E. Erboluly, S.A. Smagulova, J.E. Utzhanova, F.M. Zhumanova,
D.A. Abdullina, M.M. Bayhadamov, O.P. Malyarova
Corporation «Kazakh Scientific Research Institute of Eye Diseases»
Almaty, Kazakhstan

Key words: school, boarding school, children with disabilities, blindness, weakness, amblyopia, social rehabilitation.

The results of ophthalmological observation were presented in this article, which was done by workers of Kazakh National Scientific Research Institute of Eye Diseases at 210 learners from specialized boarding school for blind and visually impaired children named at Ostrovsky within the framework of the International Day "white cane". Such exams like visometry, determination of angle of strabismus by Hirschberg, straight ophthalmoscopy, skiascopy were conducted at all learners.

Analysis of nosological and functional structure of blind and visually impaired patients reveals that 30% of learners need in optical correction, 25% - in surgical treatment, 40% - in drug therapy systematically.

Utilizing unified technique, which realized in providing ophthalmological care, clearly combined educational-treatment regime allows completely render help to visually impaired patients not only for treatment goal also for preventive aim.

ИНФОРМАЦИЯ



17TH EURETINA CONGRESS В БАРСЕЛОНЕ

Г.К. Жургумбаева, Ж.О. Салгинбаева

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

Алматы, Казахстан

С 7 по 10 сентября 2017 года в Барселоне (Испания) прошел 17 Конгресс Евроретина, собравший делегатов со всех 5 континентов Земли. Конгресс прошел в Международном конференц-центре Барселоны (CCIB).

На церемонии открытия President of EURETINA Jan van Meurs (Netherlands) пожелал всем присутствующим плодотворной работы и новых открытий.

На конгрессе в рамках основных сессий было заслушано большое количество докладов, разделенных по тематикам: витреоретинальная хирургия, возрастная макулярная дегенерация, окклюзии вен сетчатки, диабетическая ретинопатия, инновации и технологии, увеиты, сосудистые заболевания, заболевания витреоретинального интерфейса, увеальная меланома, дегенерации сетчатки, новое лекарственное лечение и технологии, интраоперационная спектральная оптическая томография в витреальной хирургии и т.д.

Был проведен 41 обучающий курс по различным тематикам витреоретинальной патологии, на котором слушателям был представлен полный цикл лекций от клинических проявлений заболевания до современных методик диагностики и лечения.

Для начинающих витреоретинальных хирургов было организовано 4 тренировочных курса - Surgical skills training courses:

1. First Approach to Vitreoretinal Surgery (Course 01) – на котором обучали первым шагам витрэктомии с 20G

и 23G технологиям.

2. Combined Surgery with Intraocular Tamponade (Course 02) – на котором обучали комбинированным с катарактальной хирургией операциям, имплантации ИОЛ, 23G витрэктомии и введение/выведение тампонирующих жидкостей, газа.

3. Vitrectomy for Complicated Cataract Surgery (Course 03) – на котором обучали хирургическим техникам удаления люксированного хрусталика или дислоцированной ИОЛ из стекловидного тела.

4. Intravitreal Injection (Course 04) – на котором обучали технике интравитреальных инъекций.

Демонстрация и практика проводилась на pigs' eyes.

В рамках конгресса 19 витреоретинальных обществ провели свои International Society Symposia.

На конгрессе в разделе Poster Presentations было представлено более 1000 постерных докладов. От Казахстана было представлено 4, все исходили из КазНИИ ГБ. Это:

1. I. Stepanova, N. Aldasheva, Z. Sangilbayeva, M. Aznabakiyeva, M. Kulmaganbetov «The use of lycopene-containing retinoprotector in the treatment of early stage of age-related macular degeneration».

2. G. Zhurgumbayeva, T. Botabekova, Z. Dzhailaubekov, L. Tashtitova «3 years experience in using aflibercept in treatment of macular oedema of different aetiology».

3. G. Zhurgumbayeva, A. Assylbekova «Abolishing of vitreomacular traction syndrome at patients with primary pigmentary degeneration of retina».

4. G. Zhurgumbayeva «Abolishing of epiretinal fibrous proliferation at patients with primary pigmentary degeneration of retina».

Также прозвучал доклад от Казахстана сотрудников КазНИИ ГБ А. Tuletova, D. Sarculova, A. Beisebayeva, D. Dauletbekov «Retinopathy of prematurity screening results in Kazakhstan».

Было представлено более 100 video Euretina Video Competition, в которых хирурги из разных стран дели-

лись своими оригинальными методиками оперативной техники при различной витреоретинальной патологии.

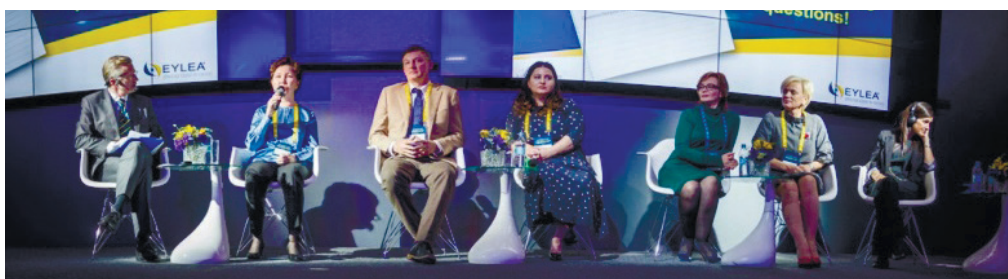
В рамках конгресса проходила выставка, на которой были представлены последние достижения в сфере диагно-

стического и хирургического оборудования, новые лекарственные средства и т.д.

17 Конгресс Евроретина прошел в дружественной обстановке.

3-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СИМПОЗИУМ «ОПТИМИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ОТЕКА МАКУЛЫ»

Г.К. Жургумбаева



28 октября 2017 года в Киеве (Украина) прошел 3-й международный междисциплинарный симпозиум «Оптимизация помощи пациентам с нарушениями зрения вследствие диабетического отека макулы», организованный компанией Bayer. Участниками симпозиума стали 350 экспертов: офтальмологов и эндокринологов из 6 стран (Украины, Казахстана, Грузии, Германии, США, Словакии). Научное мероприятие организовано с целью предоставления платформы для обмена опытом и мнениями, касающимися лечения заболеваний сетчатки, признания важности совместной работы для достижения результатов в улучшении зрения для пациентов с диабетическим макулярным отеком.

С приветственным словом к собравшимся обратился Медицинский директор региона EMA Bayer Pharmaceuticals DR. Jens Reinhold (Berlin, Germany), пожелавший участникам поделиться своим опытом и наладить новое сотрудничество с другими специалистами в области заболеваний сетчатки, чтобы улучшить здоровье пациентов.

Программа симпозиума включала в себя 3 сессии.

На 1 сессии, посвященной Междисциплинарным проблемам и сотрудничеству (обмен опытом), выступили Michelle Sylvanowicz (USA) Global Advocacy Director, Ophthalmology, Bayer «Исследование «Барометр диабетической ретинопатии» Ключевые моменты», Сергиенко А.Н., д.м.н., (Украина) «Междисциплинарное взаимодействие офтальмологов и эндокринологов в Винницкой области, Украина», Гаприндашвили Н. (Грузия) «Междисциплинарное сотрудничество в лечении диабетической

макулопатии. Опыт Грузии», Жургумбаева Г.К., к.м.н. (Казахстан) «Менеджмент пациентов с диабетическим макулярным отеком в Республике Казахстан».

2 сессия проходила параллельно: в одном зале «Эндокринологическая сессия: диабет и зрение. В фокусе пациент», посвященная проблемам зрительных нарушений у пациентов с сахарным диабетом, на которой выступили Соколова Л.К., д.м.н. (Украина) «Диагностика и ведение пациентов с СД»; Кравчун Н.О., д.м.н. (Украина) «Роль просвещения и профилактики осложнений СД»; Перцева Н.О., д.м.н. (Украина) «Последствия потери зрения у пациентов с СД».

В другом зале - «Офтальмологическая сессия: практические аспекты лечения заболеваний сетчатки», посвященная клиническим случаям: применению результатов клинических испытаний в реальной клинической практике, на которой выступили DR. Igor Kozak (Slovakia) «Случай диабетического макулярного отека (ДМО), резистентного к интравитреальной терапии анти-VEGF-препарата»; Король А.Р., д.м.н. (Украина) «Случай лечения пациента с диабетическим отеком макулы единственного

зрячего глаза»; Венедиктова О.А., к.м.н. (Украина) «Иллюстрированные случаи лечения диабетического макулярно-го отека»; Чичур Д.А., к.м.н. (Украина) «Клинические случаи лечения диабетического макулярно-го отека».

Каждая сессия заканчивалась сессией вопросов и ответов, когда все моде-

раторы поднимались на сцену и отвечали на вопросы из зала, присылаемые в письменном виде. Надо отметить, что на 1 сессии вопросы задавались на английском языке.

На 3 (общей) сессии были подведены итоги параллельных сессий, оценка научного мероприятия, объявление победителя конкурса Постеров клинических случаев.

Симпозиум прошел в дружественной атмосфере, на высоком

НОВЫЙ ЭТАП ТРАНСПЛАНТАЦИИ РОГОВИЦЫ В КАЗАХСТАНЕ

Б.И. Исергепова

Трансплантация роговицы проводится в Казахстане с 1936 года, с 1955 года Казахстан занимал 3-е место по количеству таких операций после Украины и России. Ежегодно свыше 100 наших пациентов получали данный вид высокоспециализированной медицинской помощи в рамках гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с клиническим протоколом 11.64 «другие виды сквозной кератопластики» и 11.62 «другие виды послойной кератопластики».

До настоящего времени в РК продолжает действовать так называемая «Презумпция согласия» в соответствии с пунктом 10 статьи 169 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» № 193-IV от 18.09.2009 г.

Данная модель донорства является основой офтальмотрансплантологии в ряде стран мира, в том числе, в Австрии, Великобритании, Чехии, России и Казахстане. Однако только в Казахстане разноречивая интерпретация данной юридической нормы различными ведомствами привела к коллапсу отлаженной системы трансплантации роговицы, бесперебойно работавшей более 80 лет.

С 2015 года Центры экспертизы и патологоанатомические бюро медицинских организаций запретили допуск специалистов по забору донорского материала из КазНИИ глазных болезней для изъятия глазного яблока у трупов, ссылаясь на приказ № 573 МЗ РК от 03.10.2013 «О внесении изменений в приказ МЗ РК № 623 «Об утверждении Правил изъятия, консервации, проведения трансплантации тканей и (или) органов (части органов) от человека к человеку и от животных к человеку».

Таким образом, трансплантация роговицы на территории РК стала возможной только в рамках взаимодействия с Республиканским Координационным центром по трансплантации, что не покрывало необходимой потребности в трансплантации: за 2014 г. получены 2 донорские роговицы, за 2015 г. – 3 роговицы, в 2016 г. – 3, в 2017 году произведено всего 12 трансплантаций роговицы. На сегодняшний день на листе ожидания операции трансплантации роговицы находится более 700 пациентов, из которых 10% – пациенты с единственным в функциональном отношении глазом и 8% – дети.

В сложившейся ситуации Казахским НИИ глазных болезней были изучены альтернативные пути решения возникшей проблемы, одним из которых было взаимодействие с зарубежными банками роговицы. В результате большой работы был заключен договор с Американским банком роговицы на поставку консервированного донорского материала для трансплантации роговицы.





В ноябре 2017 г. в КазНИИ ГБ проведено 24 трансплантации консервированной роговицы в рамках гарантированного объема медицинской помощи. Большинство составили пациенты с единственным в функциональном отношении глазом, дети и экстренные состояния (угроза перфорации роговицы, острый кератоконус и т.д.) Самому младшему пациенту с перфоративной язвой роговицы был 1 год 8 месяцев. Все операции прошли успешно, ранний послеоперационный период – без осложнений.

Пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии по месту жительства.

В 2018 году запланирована поставка более 100 консервированных донорских роговиц в рамках совместного договора с Американским банком роговицы таким образом, чтобы около 10 пациентов ежемесячно смогли получить высокоспециализированную медицинскую помощь.

ОСМОТР ДЕТЕЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА № 4 ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ ИМ. ОСТРОВСКОГО Г. АЛМАТЫ В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОГО ДНЯ БЕЛОЙ ТРОСТИ

У. Байсенгирова

В рамках «Международного дня белой трости» 13 и 20 октября 2017 года сотрудники КазНИИ глазных болезней провели офтальмологический осмотр детей

специализированной школы-интерната № 4 для слабовидящих им. Островского г. Алматы. .



Офтальмологами детского отделения КазНИИ ГБ и резидентами-офтальмологами было осмотрено 200 детей в возрасте от 7 до 17 лет. В результате большой работы, проведенной в течение нескольких недель, впервые была составлена электронная база

с учетом возраста детей, диагнозом, историей проведенных оперативных вмешательств, сопутствующей патологии и рекомендациями по дальнейшему наблюдению. Было выявлено 120 случаев, нуждающихся в детальном обследовании в условиях КазНИИ ГБ, с целью коррекции рефракционных нарушений, лазерного и хирургического лечения.



Школа была открыта в 1932 году решением Народного комиссариата г. Алма-Ата, с 1957 года школа для незрячих и слабовидящих детей стала носить имя Николая Островского. В 1971 году школа переехала в новое здание и расположена в нем по сей день, являясь единственной

в городе специализированной школой для детей со слабым зрением и с полным отсутствием такового. Все годы в школе помимо среднего мед.персонала работал врач-офтальмолог. В течение последних нескольких лет ставка офтальмолога была сокращена под предлогом возможности наблюдения по месту жительства, и эти «особые» дети фактически остались без должного профессионального наблюдения.



В школе обучается 221 учащийся, 32 класса комплекта, 11 из которых обучение осуществляют на казахском языке. В школе функционирует 15 кабинетов, 2 компьютерных класса, оснащённых современной техникой, установлены интерактивные доски, 3 мастерские, спортивный зал, библиотека, читальный зал, игровая комната.

Международный день белой трости

был учрежден 15 октября 1970 года по инициативе Международной федерации слепых. Белая трость – символ незрячего человека – это своеобразный знак беды, напоминающий обществу о том, что рядом есть люди с ограниченными физическими возможностями, и им нужна помощь.

История белой трости начинается с 1921 года. Именно тогда потерявший зрение англичанин Джеймс Бигс покрасил свою трость в белый цвет, чтобы отличаться от обычных прохожих с тросточками. Поступать

также он советовал и другим незрячим. Лишь спустя 10 лет английских слепых стали обеспечивать белыми тростями. Затем белая трость появилась во Франции, в остальных странах и к настоящему времени стала символом слепого человека во всем мире.

Таким образом, День белой трости, еще один шанс привлечь внимание общества к детям, лишенным радости видеть этот мир, помочь им тем, что в наших

силах, дать им почувствовать заботу, укрепить веру в будущее и надежду на лучшее. Это призыв ко всем, кому повезло больше: кто каждое утро может увидеть рассвет и восхититься закатом, помочь тем, кто лишен этого счастья. Эти дети нуждаются в нашей заботе и внимании.

ОТЧЕТ О РАБОТЕ СЕМИНАРА ПО ANTI-VEGF ТЕРАПИИ ПРОШЕДШЕМ В УНИВЕРСИТЕТЕ Г. БОРДО, ФРАНЦИЯ

Г.К. Жургумбаева

Казахский НИИ глазных болезней принял участие в работе Международного курса по Anti-VEGF терапии Global Ophthalmology Preceptorship, проходившего 4–5 декабря 2017 года в Университете города Бордо, Франция, организованного компанией Bayer.

Своими достижениями и наработками делились ведущие офтальмологи Франции, в том числе профессор Ж.Ф. Корабельник.

В ходе лекции участники ознакомились с современными схемами лечения различных патологий глазного дна. В работе курса участвовали офтальмологи из Казахстана, Украины, Австралии, Аргентины, Египта, Тайваня и Словении.



XXXV Congress of the ESCRS 7-11 OCTOBER 2017 Lisbon, Portugal

Р.А. Жакыбеков



LISBON2017
7-11 OCTOBER

XXXV CONGRESS of the ESCRS

FIL - Feira Internacional de Lisboa, Portugal



С 7 по 11 октября 2017 года в Лиссабоне, столице Португалии, прошел 35 Конгресс Европейского съезда Катарактальных и Рефракционных хирургов – ESCRS, на котором собрались около 10 000 участников.

На Конгрессе широко освещались практически все разделы современной мировой офтальмологии. Представлены были последние новые технологии лечения различных глазных болезней. Конгресс проходил в формате пленарных заседаний, спутниковых симпозиумов, видеохирургии.

Казахский НИИ глазных болезней был представлен докладами:

1. Сулейменов М.С., Исергеева Б.И., Есенжан Г.А., Сабырбаев Н.Б., Кулмагамбетов М.

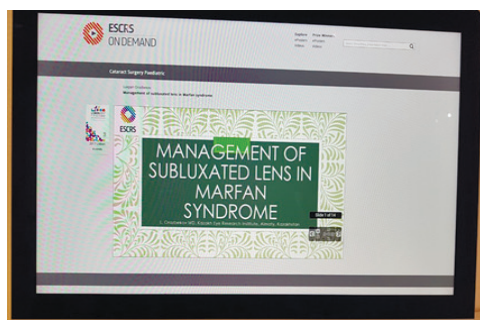
«Problems of treatment of corneal ulcers on the background of autoimmune processes»

2. Ботабекова Т.К., Алдашева Н.А., Булгакова А.А., Кулмагамбетов М.

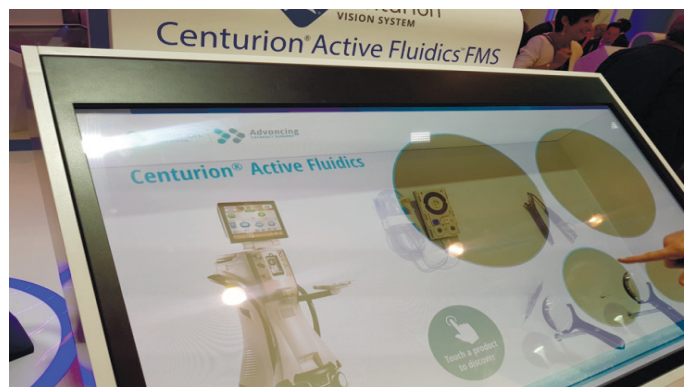
«Features of the results of Ultrasound Biomicroscopy in Pseudoexfoliation Glaucoma in combination with Cataracts»

3. Оразбеков Л.Н., Ботабеков Р.М.

«Management of subluxated lens in Marfan syndrome»



На Конгрессе была развернута большая выставка современного офтальмологического оборудования, инструментария и препаратов, в которой участвовало более 300 фирм. В некоторых павильонах выставки был организован WETLAB по фемтохирургии роговицы, хрусталика и витреоретинальной хирургии («Centurion, LuxOR, LenSx, Verion, ORA», «Alcon», США) и («Centurion, LuxOR, Ngenuity», «Alcon», США), («Femto LDV Z8», «Ziemer», Швейцария), («VisuMax femtosecond system from ZEISS, ReLEx SMILE»).



Также участники выставки могли пройти обучающий хирургический курс по имплантации роговичных имплантов - колец Феррара ручным способом, а также имплантации факичных ИОЛ Артизан, кератопластики DSEK and DMEK.



7 ВСЕМИРНЫЙ ГЛАУКОМНЫЙ КОНГРЕСС

Ж.О. Сангилбаева



С 28 июня по 1 июля 2017 года в Хельсинки (Финляндия), в конгресс-центре Messukeskus-Expo Centre Helsinki проходил 7th World Glaucoma Congress (WGC-2017). В этом событии приняли участие более 3,5 тысячи глаукоматологов и представителей компаний-партнеров со всего мира.

Многочисленные сессии конгресса позволили офтальмологам узнать о новейших диагностических и хирургических технологиях, современных подходах к тактике ведения пациентов с глаукомой. Первый день конгресса был посвящен заседаниям региональных обществ глаукоматологов различных стран и их объединений. Впервые в рамках конгресса проводился симпозиум Содружества независимых государств (СНГ) под председательством профессоров Т.К. Ботабековой (Казахстан), Е.А. Егорова (Россия), З.Ф. Веселовской (Украина), который вызвал немалый интерес со стороны офтальмологов из разных стран. В рамках симпозиума профессором Т.К. Ботабековой

был представлен доклад об особенностях хирургического лечения псевдоэкссудативной глаукомы. Серия докладов была посвящена ранним и отдаленным результатам хирургического лечения глаукомы в реальной клинической практике (проф. А.В. Куроедов), проблеме прогрессирования глаукомы (к.м.н. А.Ю. Брежнев), особенностям хирургического лечения декомпенсированной неоваскулярной глаукомы (проф. З.Ф. Веселовская), а также экстремально осложненных форм глаукомы (проф. Т.А. Имшенецкая). Симпозиум завершил доклад профессора А.Е. Егорова об опыте 16-летнего применения с нейропротекторной целью модифицированной лазерной циклокоагуляции у пациентов с глаукомой.



На заседании сессии «Прогрессирование глаукомы» доктора и ученые из разных стран предлагали методы количественной и качественной оценки прогрессирования глаукомы. Согласно работе доктора David Garway-Heath (Великобритания) необходимо не менее 5 полей зрения в течение первых двух лет после диагностирования глаукомы для оценки прогрессирования глаукомы, уменьшение MD на 2 и более dB/год является показателем значимой потери зрения. Доктор Ahmed Akman (Турция) разделил на факторы риска «поддающиеся изменению» (ВГД), «потенциально поддающиеся изменению» (системное давление, давление цереброспинальной жидкости (ВЧД), проблемы несоблюдения режима лечения) и «не поддающиеся изменению» (возраст, эксфолиативный синдром, низкое значение параметра ЦТР, геморрагии на ДЗН, присутствие бета-зоны и папиллярной атрофии, потеря полей зрения). Доктор Ahmed Akman обратил внимание на то, что до сих пор глаукоматологи зависят от значений ВГД и стараются влиять только на уровень офтальмотонуса. В свою очередь, доктор Gabor Hollo (Венгрия) отметил, что оценку прогрессирования глаукомного процесса необходимо проводить по

данным периметрии совместно с ОКТ-обследованием.

Большой интерес вызвали доклады, посвященные теории и практике хирургического лечения глаукомы, так как вопросы своевременного и правильного оперативного лечения являются важнейшими как для хирургов, так и для лечащих врачей. В связи с тем, что трабекулэктомия во многих случаях сопровождается послеоперационными осложнениями и поэтому зачастую неэффективна, проводится постоянное изучение и усовершенствование методов непроникающей хирургии глаукомы. В своем докладе профессор Gordana Sunaric-Megevand (Швейцария) рассказала о роли непроникающих методов хирургического лечения, сравнила эффективность глубокой склерэктомии и вискоканалостомии.

В других докладах были освещены все этапы трабекулэктомии с точки зрения обоснования или критики того или иного технического подхода к заготовке конъюнктивального лоскута, форме и размеру поверхност-



ного склерального лоскута, наложения неснимаемых и снимаемых швов, использования антиметаболитов и anti-VEGF-факторов и комбинации синсутрабекулэктомии с факоэмульсификацией.

Большое внимание в развитых странах уделяется качеству жизни пациентов с глаукомой. В рамках конгресса был проведен симпозиум, ориентированный на пациента. Доктор Pradeep Ramulu (США) осветил проблемы, с которыми сталкивается пациент, страдающий глаукомой, в повседневной жизни, рассказал о том, как меняется его мобильность, восприятие информации, эмоциональное состояние. Профессор August Colenbrander (США) в своем докладе уделил огромное внимание психическому состоянию пациента, влиянию болезни на образ жизни и сделал акцент на необходимости его психологической реабилитации для улучшения качества жизни.

Вместе с тем проводилась сессия дебатов по вопросам глаукомы, в ходе которой обсуждались такие спорные вопросы, как сложность диагностирования и лечения глаукомы у пациентов с миопией, выбор перспективных методов местной гипотензивной терапии (экстраокулярные, интракамерные либо интравитреальные системы медленного высвобождения медикаментов), эффективность микроинвазивной хирургии глаукомы, трабекулэктомии, а также необходимость экстракции прозрачного хрусталика у глаукомных пациентов.

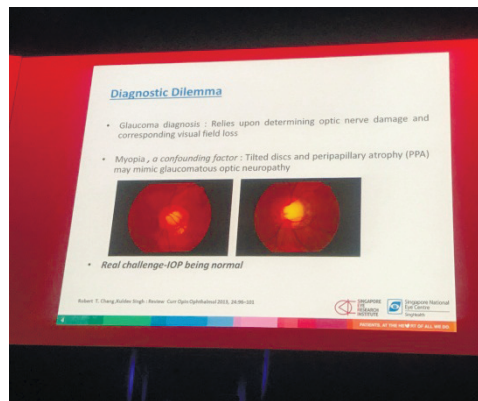
Много внимания привлекла выставка «фотопортреты» глаукомы – серия снимков высокого разрешения

глаз с различными формами глаукомы из личной коллекции практикующих офтальмологов.

На постерном симпозиуме было представлено 388 постерных докладов в нескольких сессиях: эпидемиология, качество жизни и экономика здравоохранения; генетика, геномика и биомаркеры; медицинское лечение и неоперационная хирургия; структурное и функциональное тестирование; физиология и патофизиология ВГД; лабораторные науки; хирургия глаукомы. К.м.н. Жургумбаева Г.К., Джаппарханова А.У., Таштитова Л.Б. представили постерный доклад на тему: «Анти-VEGF терапия в комбинации с дренажной хирургией у пациентов с неоваскулярной глаукомой».

На специальном заседании, которое прошло в кулуарах конгресса при участии Президента Tin Aung и исполнительного директора Всемирной глаукомной ассоциации, глаукомное сообщество стран СНГ было принято в действительные члены ассоциации.

8-й Всемирный глаукомный конгресс состоится в 2019 году в Мельбурне (Австралия).



XV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС РГО

Л.Б. Таштитова

1,2 декабря 2017 года в городе Москва прошел XV юбилейный международный конгресс «Глаукома: теории, тенденции, технологии. HRT/Spectralis Клуб Россия». Конгресс привлекает внимание офтальмологов различных стран СНГ, Грузии, Балтии и Восточной Европы. Программа включала доклады о современных проблемах глаукомы и путях их решения.

Научную часть заседания открыл приветственной речью президент Российского глаукомного общества профессор Е.А. Егоров (Москва), который представил итоги работы общества.

Открытие продолжилось вручением ежегодной награды РГО -серебряной ме-

дали им. академика А.П. Нестерова группе молодых ученых Российского глаукомного общества «Научный авангард».

В рамках конгресса была проведена выставка офтальмологического оборудования и фармпрепаратов крупнейших производителей.

После торжественного открытия заседания участники разделились по разным симпозиумам, проходившим параллельно в разных залах. Каждый симпозиум объединил несколько докладов с общей тематикой. Доклады были прочитаны в следующих залах: Сокольники, Крымский Вал, Охотный ряд, Арбат, Красные Ворота, Остоженка, Чистые пруды в отеле Холидей Инн Сокольники. Были представлены следующие секции: фундаментальные исследования в области глаукомы, новые возможности диагностики и лечения глаукомы, особое внимание уделялось вопросам современной хирургии глаукомы, современным подходам лечения синдрома

сухого глаза, юридические аспекты офтальмологической практики, объективные методы исследования зрительных функций при глаукоме, лазерное лечение глаукомы, точка зрения на дренажную хирургию глаукомы. Отдельно следует упомянуть секции хирургического профиля, где были представлены доклады не только из стран СНГ, но и Западной, и Восточной Европы, Великобритании.

Помимо этого, в рамках конгресса состоялось XXVII заседание Экспертного совета Российского глаукомного общества, IX заседание Межнационального экспертного совета по проблемам глаукомы стран СНГ, Грузии и Балтии. Первое (открытое) заседание клуба глаукоматологов-единомышленников стран Восточной Европы и заседание группы «Научный авангард», объединившей молодых ученых стран СНГ.

Всем участникам были выданы сертификаты, удостоверяющие участие в форуме. После каждого заседания проходило обсуждение освещенных проблем, что вылилось в бурные дискуссии не только в зале, но и в кулуарах. По общему мнению участников, форум в очередной раз успешно состоялся. Дебаты и прения закончились, но только для того, чтобы с новыми силами начать подготовку к следующему офтальмологическому мероприятию.



TOD 51. ULUSAL KONGRESİ - Türk Oftalmoloji Derneği

М. Ерболулы

С 24 по 29 октября 2017 года в г. Анталия в Турции прошел 51-Ежегодный Национальный Конгресс Турецкого Общества Офтальмологов. На конгрессе присутствовали представители разных стран: Турции, Азербайджана, России, Италии, Словении, Боснии, Казахстана, Узбекистана, Кыргызстана, Болгарии, Германии и других стран (количество участников -

более 2500). Официальный язык мероприятия – английский и турецкий (с синхронным переводом на английский язык).

Заседания научных сессий проходили одновременно в 14 залах по различной тематике (роговица и рефракционная хирургия, глаукома, витреоретинальная хирургия, окулупластика, детская офтальмология и др.).

На заседании сессии «Детская офтальмопатология» был представлен доклад стамбульского детского офтальмоонколога Bilge Batu на тему: «Сверхселективная

внутриартериальная химиотерапия (ССВАХТ) в лечении ретинобластомы». В докладе говорилось о проведении суперселективной внутриартериальной химиотерапии мелфоланом в основной группе (21 глаз у 21 ребенка). В контрольной группе (10 глаз у 9 детей) проводилась системная химиотерапия. В результате в основной группе, где дети получали ССВАХТ мелфоланом, у 18 глаз (71,4%) наблюдается регресс злокачественного процесса в течение 1,5 года наблюдения, 2 глаза подверглись энуклеации, у 1 глаза развилась субатрофия. В контрольной группе, где дети получали системную химиотерапию, 5 глазных яблок (50%) были энуклеированы. В заключении доклада говорилось, что сверхселективная внутриартериальная химиотерапия – эффективное лечение сохранения глазного яблока у детей с далеко зашедшей стадией ретинобластомы. При ССВАХТ

возможно избежать побочных эффектов, которые могут быть вызваны системной химиотерапией. Внутриартериальная химиотерапия не выявила вторичных злокачественных новообразований и метастатического риска.

Особого внимания заслуживают научные симпозиумы и круглые столы в составе молодых офтальмологов. В ходе заседаний обсуждались современные методы обследования различной офтальмопатологии и их лечение. Также молодые ученые разных стран подготовили доклады о системе обучения офтальмологов в своих университетах.

Казахский НИИ глазных болезней был представлен тремя докладами:

1. Orazbekov L. Ophthalmology Training in Kazakhstan



2. Erboluly M. The case of lens subluxation with Marfan syndrome



3. Orazbekov L. Surgical treatment of V stage of retinopathy of prematurity



Параллельно проводились постерные доклады. В рамках Конгресса прошла выставка офтальмологического оборудования и продукции крупнейших офтальмопроизводителей.

На торжественной церемонии закрытия Президент Турецкой офтальмологической ассоциации

Prof. Dr. Reha Ersöz наградил Почетными грамотами всех докладчиков. После благодарственной речи прошел гала-концерт с участием Большого Хора Турецких офтальмологов.

СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ...



В августе 2017 года безвременно ушла из жизни врач отделения офтальмодиагностики КазНИИ глазных болезней Алсатова Фарзанаш Мухамеровна. Фарзанаш Мухамеровна родилась 12 января 1965 года. В 1985 году окончила Алматинское медицинское училище. Работу начала в 1985 году медицинской сестрой второго отделения Казахского НИИ глазных болезней. В 1997 году закончила химико-биологический факультет КазНУ имени Аль-Фараби, по специальности медико-биологическое дело. С 1997 года по 2017 год работала в отделении функциональной диагностики врачом кабинета ЭФИ. Фарзанаш Мухамеровна была профессионалом своего дела, великолепным врачом и замечательным человеком, пользовалась уважением среди коллег и пациентов. Она принимала активное участие в общественной и научной жизни института. Неоднократно была награждена похвальными грамотами за отличную работу, была соавтором многих научных работ.

Светлая память о ней сохранится в сердцах коллег и друзей КазНИИ глазных болезней.

Ушла из жизни очень рано,
И не найти больше покой,
А сердцу больно, сердце - в ранах
От расставания с тобой.
Мы верим в то, что ты на небе,
Мы верим в то, что ты - в раю,
Нашла покой, а где-то в сердце,
Сама себя не узнаю.
Ты приходи, мы будем рады,
Во сне явись, поговорим,
Не забывай о нас, не надо,
Мы любим... помним и скорбим!

*Подписано в печать 09.02.2018 г. Печать офсет.
Формат изд. 60x84/8.
Бумага офсет. Объем 13,3 усл. печ. л. Тираж 500 экз.
ИП Волкова Е.В., г. Алматы, ул. Райымбека, 212/1.
Тел. 8(727)330-03-12, 330-03-13.*