

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ISSN 1814-7151

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

№3

ҚАЗАҚСТАН

2018

ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫҚ

ЖУРНАЛЫ

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ КАЗАХСТАНА



ТИЗОПТАН

(глазные капли, 3 мл)

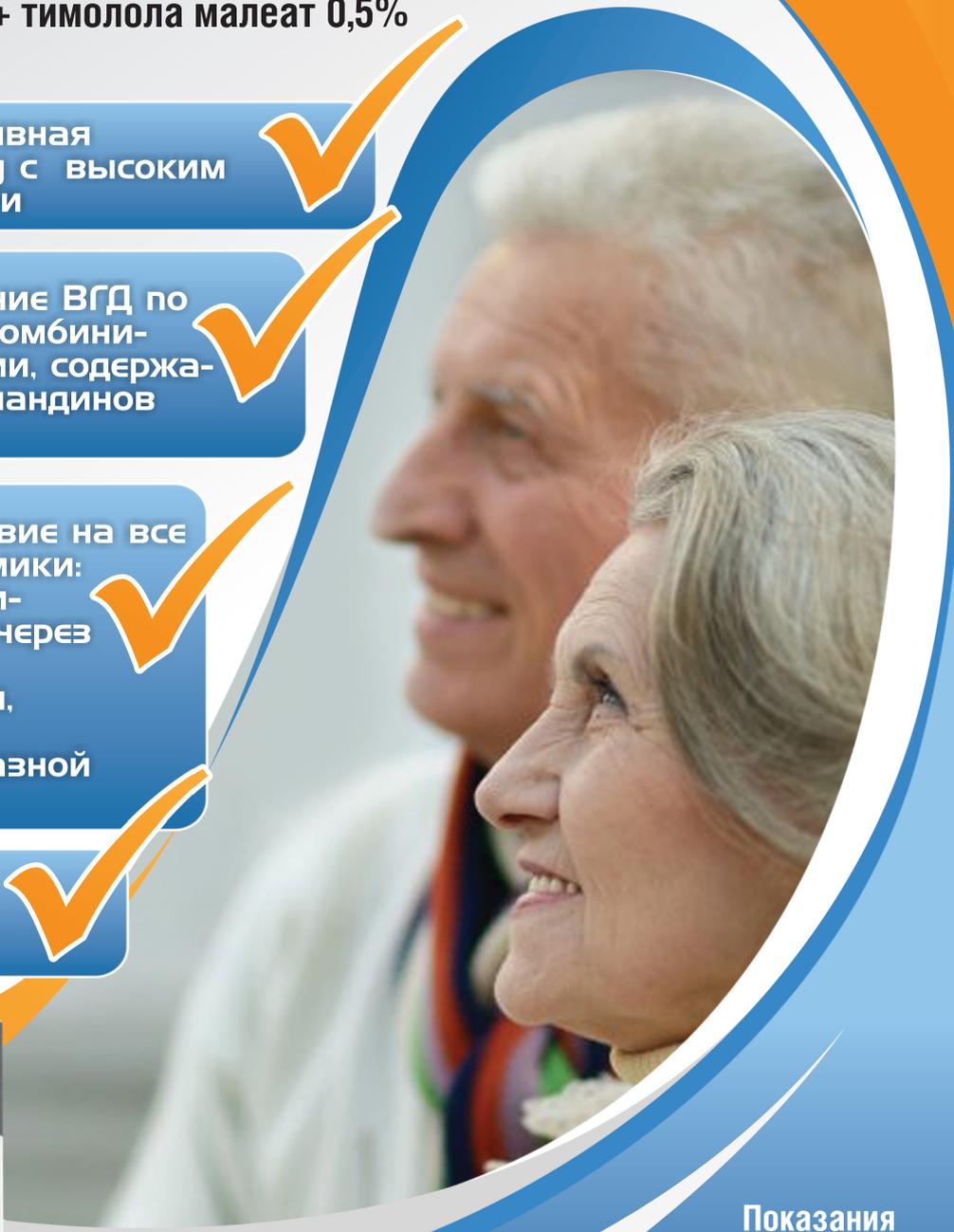
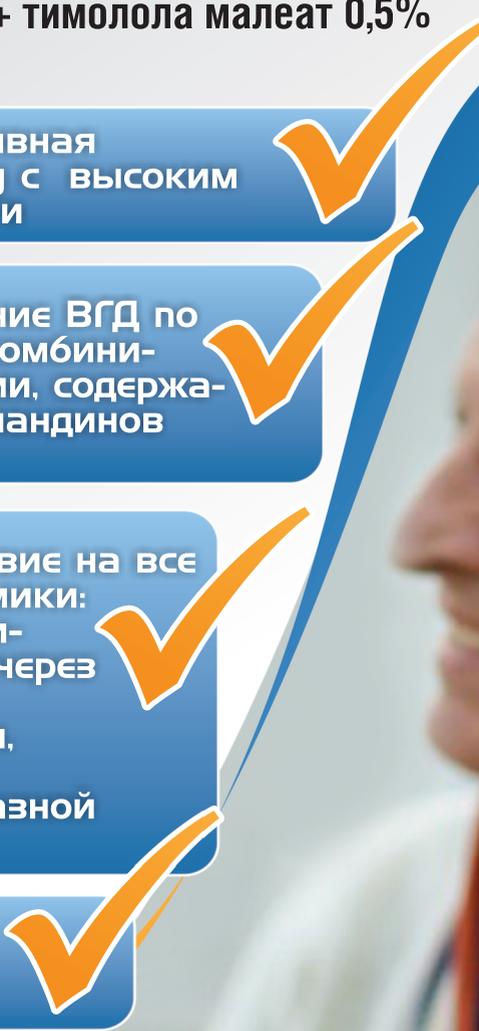
биматопрост 0,03% + тимолола малеат 0,5%

Доказанная гипотензивная эффективность наряду с высоким профилем безопасности

Дополнительное снижение ВГД по сравнению с другими комбинированными препаратами, содержащими аналоги простагландинов

Эффективное воздействие на все механизмы гидродинамики: усиление оттока внутриглазной жидкости как через трабекулы, так и по увеосклеральному пути, а также уменьшение образования внутриглазной жидкости

Удобный режим применения - 1 раз в сутки утром



Показания к применению:
снижение внутриглазного давления у больных с открытоугольной глаукомой и внутриглазной гипертензией при недостаточной эффективности местного применения препаратов группы бета-адреноблокаторов и аналогов простагландина

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

**Қазақстан офтальмологиялық журналы, № 3 (54) 2018
Офтальмологический журнал Казахстана № 3 (54) 2018**

Ғылыми-практикалық журнал,
жылына 4 рет шығады
Научно-практический журнал,
выходит 4 раза в год
Токсан сайын шығады
с 2002 года

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

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

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

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

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

**Бас редактордын орынбасары
Заместитель главного редактора
Н.А. Алдашева**

**Жауапты хатшы
Ответственный секретарь
А.С. Асылбекова**

**Редакция кеңесі
Редакционный совет**

С.Э. Аветисов (Москва) - академик РАН,
доктор медицинских наук, профессор
Ш.А. Амансахатов (Ашгабад) - доктор медицин-
ских наук, профессор
Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург) - доктор меди-
цинских наук, профессор
Л.И. Балашевич (Санкт-Петербург) - академик
РАН, действительный член Лазерной академии на-
ук РФ, академик международной Академии наук
по экологии, безопасности человека и природы,
доктор медицинских наук, профессор
Ф.А. Бахритдинова (Ташкент) - действительный
член Ассоциации офтальмологов стран СНГ и обще-
ства офтальмологов тюркских народов, Почетный
профессор ФГБНУ «Научно-исследовательский ин-
ститут глазных болезней», Член-корреспондент
Академии наук Республики Башкортостан, Заслу-
женный врач Республики Башкортостан
М.М. Бикбов (Уфа) доктор медицинских наук, про-
фессор, Заслуженный врач Российской Федерации,
Почетный профессор ФГБНУ «Научно-исследова-
тельский институт глазных болезней»
Е.А. Егоров (Москва) - профессор, президент Рос-
сийского глаукомного общества, академик РАЕН,
РАМТН, РАЭН, член Американской академии оф-
тальмологии, Европейского глаукомного общества,
член Американской академии офтальмологии, Ев-
ропейского глаукомного общества, почетный член
Болгарского научного общества офтальмологов
В.П. Еричев (Москва) - д.м.н., профессор, Заслу-
женный врач РФ, член президиума Российского
общества офтальмологов

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

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

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

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

Редакция алқасы

Редакционная коллегия

Редакция алқасы

Редакционная коллегия

Н.А. Алдашева – д.м.н.

А.Ж. Аубакирова – д.м.н., профессор

А.С. Аубакирова – к.м.н.

Б.С. Бейсенбаева – д.м.н., почетный профессор

З.А. Джуматаева - д.м.н.

И.А. Долматова - д.м.н., профессор

М.Б. Имантаева - д.м.н., профессор

Э.Г. Канафьянова - д.м.н.

К.С. Кенжебаева – д.м.н.

Ю.С. Краморенко - д.м.н., профессор

И.С. Степанова - д.м.н., почетный профессор

М.С. Сулейменов - д.м.н.

Т.С. Телеуова - д.м.н., профессор

СОДЕРЖАНИЕ

Н.А. Алдашева, Ж.О. Сангилбаева, Р.М. Ботабеков Эффективность применения фиксированной комбинации Тизоптан в лечении первичной открытоугольной глаукомы.....	4
И.С. Степанова, А.Т. Торебаева Качество жизни пациентов с диабетической ретинопатией.....	7
Н.А. Алдашева, И.С. Степанова, А.К. Канатбекова Синдром Гренблада-Страндберга. Клинический случай	10
Э.Г. Канафьянова, М.С. Аль-Асталь, М.С. Асаинова, Л.А. Муравьева, М.М. Байхадамов Клинический случай внутриглазного офтальмомиаза	16
А.У. Шарипова, Л.Н. Оразбеков, Р.Б. Бахытбек, С.А. Смагулова, М.Е. Ерболулы Перспективы развития перинатальной офтальмологии	18
Б.И. Исергепова, Р.Б. Бахытбек, М.Е. Ерболулы, С.Е. Умбеталиева Алгоритмы ведения детей с заболеваниями глазной поверхности. В помощь практическому врачу	28
Д.С. Искакбаева, Р.Б. Бахытбек, М.Е. Ерболулы Профилактика возникновения и прогрессирования миопии у школьников (литературный обзор).....	32
Ж.С. Жайлаубек, Г.Б. Нуртазина, С.Е. Абдыхаров Лечение послеоперационного отека роговицы в хирургии осложненных катаракт	36
Г.К. Омаргалиева, Г.А. Сыздыкова, Д.А. Раздыкова Новые возможности лечения глаукомы фиксированной комбинацией бринзоламид/бримонидинатартрат + простагландин	39
Д.Е. Жолдыбаева, З.Г. Рахметова, Г.А. Назарбаева, Г.Т. Сарбаева, Л.Д. Марданова Опыт применения Афлиберцепта в терапии макулярного отека.....	40
Н.О. Исаева, Г. Карпова Анализ особенностей медсестринского ухода за пациентами с витреоретинальной патологией	42
Международное сотрудничество. Стратегическое партнерство. Lions Eye Institute for Transplant and Research, USA. Мастер-класс «Современные аспекты трансплантации роговицы глаза»	44
Международное сотрудничество. Стратегическое партнерство. Кардифф университет	46
Памяти коллег	48

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ТИЗОПТАН В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Н.А. Алдашева, Ж.О. Сангилбаева, Р.М. Ботабеков

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

Ключевые слова: глаукома, местная гипотензивная терапия, фиксированные комбинации.

Несмотря на многочисленные исследования и создание новых методов терапии глаукома на сегодняшний день остается одной из ведущих причин инвалидности по зрению и слепоте в мире. Ухудшение зрения при этом заболевании является следствием недостаточного контроля внутриглазного давления (ВГД). Согласно результатам рандомизированных контролируемых исследований, по данным AGIS (The Advanced Glaucoma Intervention Study), достаточное снижение уровня ВГД, поддержание нормального уровня ВГД у пациентов (менее 18 мм рт.ст.) в течение 8 лет позволяет избежать прогрессирования глаукомы и сохранить зрительные функции [1].

Лечение глаукомы начинается с местной медикаментозной терапии, направленной на снижение ВГД путем уменьшения продукции водянистой влаги либо улучшения ее оттока. Одними из препаратов первого выбора, рекомендованными международными руководствами по глаукоме, являются аналоги простагландинов. Однако монотерапия не всегда оказывается эффективной, и у части пациентов не удается достичь целевого уровня ВГД. В таких случаях целесообразно усилить терапию путем назначения дополнительных препаратов. Согласно проведенным исследованиям уже через 5 лет после диагностики первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) большинство больных получают лечение 2-мя и более препаратами [2]. Комбинация двух препаратов, с одной стороны, позволяет достичь достаточного снижения ВГД, с другой стороны, может привести к накоплению нежелательных эффектов консервантов. Развивающийся при этом синдром сухого глаза, а также необходимость закапывания нескольких видов капель в течение дня может снизить приверженность пациентов лечению, то есть привести к снижению комплаенса. Поэтому все большую актуальность в лечении глаукомы приобретают гипотензивные препараты с фиксированными комбинациями. Использование фиксированных комбинаций позволяет уменьшить общее количество консерванта и уменьшает проявление нежелательных явлений, т.е. улучшает переносимость. Более того, препараты с фиксированной комбинацией обеспечивают уменьшение зависимости от времени закапывания капель, а также

могут иметь более высокую эффективность вследствие исключения эффекта вымывания [3]. При этом не исключено, что при применении препаратов с фиксированными комбинациями возможно развитие нежелательных явлений, связанных с обоими компонентами лекарственного средства, и порой требуется более тщательный отбор больных [4]. К наиболее распространенным видам фиксированных комбинаций относятся: бета-блокаторы + аналоги простагландинов; бета-блокаторы + холиномиметики; бета-блокаторы + ингибиторы карбоангидразы.

На современном фармацевтическом рынке ежегодно появляется большое количество указанных комбинированных препаратов, изучение эффективности и безопасности которых представляется актуальным на сегодняшний день.

Цель работы - оценить эффективность применения комбинированного препарата Тизоптан, содержащего биматопрост 0,03% и тимолола малеат 0,5%, в терапии первичной открытоугольной глаукомы.

Материал и методы. В исследование было включено 15 пациентов (30 глаз) с диагнозом открытоугольная глаукома. Из них мужчин – 7, женщин – 8. Средний возраст исследуемых составлял $69,6 \pm 9,1$ года (от 51 до 87 лет).

Критериями включения в исследование были наличие диагноза первичной открытоугольной глаукомы (различных стадий), некомпенсированное ВГД на фоне местной гипотензивной терапии (МГТ) бета-блокаторами. Критериями исключения были ранее проведенные лазерные и/или хирургические гипотензивные вмешательства, нарушение аккомодации более ± 6 дптр, сопутству-

ющая ретикулярная патология и заболевания зрительного нерва, не связанные с глаукомой.

При неэффективности монотерапии бета-блокаторами пациентам была отменена предыдущая терапия и назначен препарат Тизоптан (Сентисс Фарма Пвт. Лтд, Индия), содержащий фиксированную комбинацию биматопрост 0,03% + тимолола малеат 0,5%, ежедневно однократно утром.

Пациентам также проводились следующие исследования: бесконтактная тонометрия, компьютерная периметрия, оптическая когерентная томография диска зрительного нерва и области макулы, пахиметрия.

Данные ВГД у пациентов фиксировались до смены вида гипотензивной терапии, на следующий день, через 7 дней и через 1 месяц после начала закапывания капель Тизоптан.

Результаты

На фоне монотерапии бета-блокаторами исходный уровень ВГД у всех пациентов оставался выше нормы, в среднем, на 38%, составляя $27,6 \pm 2,3$ мм рт.ст. При переводе на местную гипотензивную терапию препаратом Тизоптан у одного пациента наблюдалась индивидуальная непереносимость препарата в виде слезотечения, покраснения, дискомфорта. Капли были отменены, пациент был исключен из исследования.

На рисунке 1 представлены средние показатели уровня ВГД у пациентов с ПОУГ на фоне монотерапии бета-блокаторами (исходный показатель ВГД) и после назначения капель Тизоптан.

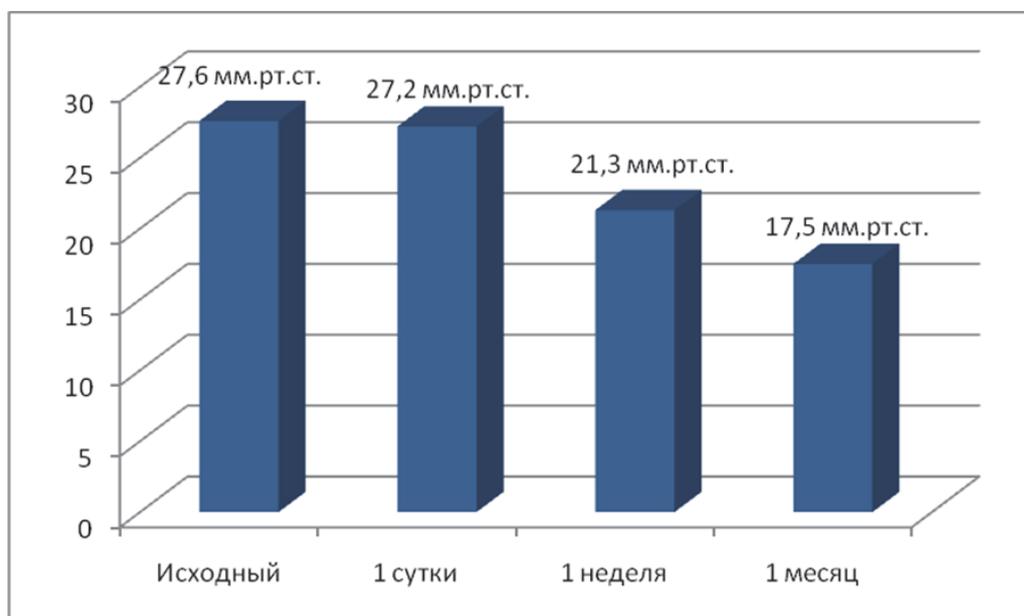


Рисунок 1. Динамика показателей ВГД на фоне применения препарата Тизоптан

Из данных, представленных на рисунке 1, видно, что в первые сутки после смены режима инстилляций отмечена незначительная тенденция к снижению ВГД. На 7 сутки после начала применения препарата Тизоптан показатели ВГД оставались пограничными, составляя, в среднем, $21,3 \pm 2,1$ мм рт.ст. Через 1 месяц после смены режима инстилляций средние показатели ВГД были в пределах нормы и составили 17,5 мм рт.ст. Уровень снижения ВГД составил 36,5% от исходного. Нормальные показатели ВГД были отмечены у 12 пациентов (24 глаза). У 2 пациентов (4 глаза) не удалось достичь целевого уровня ВГД, в связи с чем терапия была усилена назначением дополнительных капель. Таким образом,

эффективность применения препарата Тизоптан составила 85,7%.

При назначении препарата Тизоптан также учитывалась степень выраженности нежелательных эффектов, так как этот фактор мог повлиять на комплаентность и, как следствие, на результаты лечения. Незначительная гиперемия глаз у некоторых пациентов не являлась достаточным аргументом для отмены препарата.

Для оценки морфологических и функциональных изменений зрительного нерва необходим более длительный период наблюдения. Дальнейшие результаты исследования будут опубликованы позднее.

Выводы

Комбинированный препарат Тизоптан в 85,7% обладает выраженным гипотензивным эффектом у пациентов с разными стадиями ПОУГ, снижает ВГД более чем на 36,5%. Капли Тизоптан отличаются хорошей переносимостью и удобным режимом дозирования: 1 раз в сутки утром.

ЛИТЕРАТУРА

1. The Agis Investigators: The Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS) // Am.J.Ophthalmol.-2000. – V.130, i4. – P.429-440.
2. Kass M.A., Heuer D.K., Higginbotham E.J. et al. The Ocular Hypertension Treatment Study: a randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma // Arch Ophthalmol. 2002. Vol. 120. P. 701–713.
3. Tsai J.C. Medication adherence in glaucoma: approaches for optimizing patient compliance. Curr Opin Ophthalmol 2006;17:190-5.
4. Olthoff CMG, Schouten JSAG, van de Borne B.W., Webers C.A. Noncompliance with ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma or ocular hypertension. Ophthalmology 2005;112:953-61.

РЕЗЮМЕ

Эффективность применения комбинированного препарата
Тизоптан в лечении первичной открытоугольной глаукомы
Алдашева Н.А., Сангилбаева Ж.О., Ботабеков Р.М.

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

В статье представлены результаты оценки эффективности применения комбинированного препарата Тизоптан в гипотензивной терапии глаукомы. В исследование было включено 15 пациентов (30 глаз) с диагнозом первичная открытоугольная глаукома. Установлено, что капли Тизоптан в 85,7% обладают выраженным гипотензивным эффектом, снижают ВГД более чем на 36,5% у пациентов с разными стадиями ПОУГ. Препарат отличается хорошей переносимостью и удобным режимом дозирования: 1 раз в сутки утром.

ТҰЖЫРЫМ

Тизоптан белгіленген комбинацияның біріншілік ашық бұрышты глаукоманы
емдеуге қолданудың тиімділігі

Алдашева Н.А., Сангилбаева Ж.О., Ботабеков Р.М.

Қазақ көз аурулары ғылыми-зерттеу институты АҚ, Алматы қ.

Мақалада Тизоптан белгіленген комбинацияның глаукоманың гипотензивті емдеуінде қолданудың тиімділігі зерттелген. Зерттеуге 15 біріншілік ашық бұрышты глаукомасы бар адам (30көз) қатысқан. Нәтижесінде Тизоптан белгіленген комбинациясы біріншілік ашық бұрышты глаукоманың түрлі кезеңдерінде 85,7% жағдайда тиімді екені және көз қысымын 36,5%-ға түсіретіні анықталды. Науқастардың тамшыларды төзе алушылығы жақсы және тамызу тәртібі ыңғайлы болды.

SUMMARY

The effectiveness of fixed combination Tizoptan in treatment of primary open-angle glaucoma

Aldasheva N.A., Sangilbayeva Zh.O., Botabekov R.M.

JSC Kazakh scientific-research institute of eye diseases, Almaty

The results of evaluation of fixed combination Tizoptan effectiveness in hypotensive treatment of glaucoma patients was described in the article. We included 15 patients (30 eyes) with primary open-angle glaucoma into the study. As a result it was found that fixed combination Tizoptan has significant hypotensive effect in 85,7%, lowering IOP for more than 36,5% in patients with various stages of POAG. The drug was well tolerated and had comfortable dosing regimen, once a day, in the morning.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

И.С. Степанова, А.Т. Торебаева

Актуальность

По определению Всемирной организации здравоохранения (1999), качество жизни (КЖ) - это восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [1].

Качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), получает все большее признание как важный социально-психологический исход хронических болезней [2].

Достижения современной медицины позволили добиться увеличения средней продолжительности жизни, а также разработать алгоритмы успешной профилактики, диагностики и лечения многих хронических заболеваний. В связи с чем особый интерес приобретает изучение влияния течения заболевания на повседневную жизнь больного, а также взаимосвязи между тяжестью симптомов болезни и КЖСЗ [3].

В литературе имеются указания на исследование по изучению качества жизни у больных с офтальмопатологией [4]. Е.В. Козина (2004), изучая качество жизни больных глаукомой, установила, что помимо различных жалоб, касающихся снижения зрения, больные предъявляют жалобы, согласующиеся с понятием «качества жизни». Потенцирующим моментом этого состояния является сниженный уровень социально-психологической адаптации [5].

Оценка качества жизни пациентов в зависимости от тяжести проявления офтальмопатологии проводилась и в республике Казахстан. Так, И.А. Долматова (2004) в своей работе провела оценку качества жизни у больных с новообразованиями орбиты, а К.Т. Сарсембекова (2007) - у пациентов с отечным экзофтальмом [6, 7].

Диабетическая ретинопатия (ДР) была и остается наиболее тяжелым осложнением сахарного диабета (СД),

занимая одно из первых мест среди причин слепоты у лиц трудоспособного возраста [8, 9]. Согласно эпидемиологическим и клиническим исследованиям среди больных, обращающихся к эндокринологам и врачам общего профиля, растет количество лиц с депрессивными состояниями, что можно объяснить изменившимися социально-психологическими условиями жизни общества и изменением патоморфоза как соматических, так и психических заболеваний [10, 11]. При этом депрессия – это одна из наиболее часто встречающихся форм психической патологии, составляющая 32,5% среди больных сахарным диабетом, характеризующаяся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой самого себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего [12]. 28,6% больных ДР страдают депрессивными расстройствами, тяжесть которых не зависит от тяжести общесоматического заболевания, но приводит к снижению уровня мотивации строгого соблюдения диеты и своевременного приема сахароснижающих препаратов, что может быть объяснено дезадаптацией больных ДР на фоне снижения зрения [13].

Одной из основных задач современной эндокринологии является разработка эффективных программ профилактики, лечения и реабилитации больных СД и ДР, направленных как на улучшение соматического состояния больных, предотвращение развития тяжелых осложнений, так и на повышение качества жизни, то есть обеспечение субъективного физического, эмоционального и социального благополучия.

Целью нашей работы явилось изучение качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с диабетической ретинопатией.

Материал и методы

Исследование проведено в АО «Казахский НИИ глазных болезней». Обследован 21 пациент с диагностированной диабетической ретинопатией в возрасте от 42 до 77 лет. Женщин было 15 (71%), мужчин - 6 (29%). СД I был у 4 пациентов, II – у 17. Непролиферативная стадия диабетической ретинопатии (НПДР) установлена у 2 пациентов, препролиферативная (ППДР) – у 17, пролиферативная (ПДР) - у 1 пациента. ДМО, требующее интравитреального введения ингибиторов ангиогенеза, имело место у 1 пациента.

В качестве метода исследования было взято анкетирование с помощью модифицированного нами (русифицированного) опросника VFQ-25 Национального Глазного Института США (National Eye Institute). Visual Function [5]. Оценка качества жизни проводилась на основании ответов на 23 вопроса, разделенных на 12

категорий: общее состояние здоровья (General Health), общее зрение (General Vision), глазной болевой синдром (Ocular Pain), зрение вблизи (Near Activities), зрение вдаль (Distant Activities), социальное здоровье (Social Functioning), психическое здоровье (Mental Health), трудности во взаимоотношениях (Role Difficulties), зависимости (Dependency), вождение (Driving), цветное зрение (Color Vision), периферическое зрение (Peripheral Vision). Дополнительно по показателям шкалы рассчитывался

общий показатель VFQ-25 Composite. Рейтинг вопросов варьировал от 0 до 100 баллов. Данные, полученные в результате анализа анкетирования, были оценены по шкале вышеуказанных 12 критериев [14].

Результаты и обсуждение

Результаты анкетирования представлены в таблице 1.

Таблица 1- Показатели качества жизни больных диабетической ретинопатией (по категориям)

№	Sub-Scale	Категория	Средний показатель ответов, в %
1	General Health	Общее состояние здоровья	33,3
2	General Vision	Общее зрение	61,42
3	Ocular Pain	Глазной болевой синдром	54,69
4	Near Activities	Зрение вблизи	53,54
5	Distant Activities	Зрение вдали	60,3
6	Social Functioning	Социальное здоровье	84,8
7	Mental Health	Психическое здоровье	45,25
8	Role Difficulties	Трудности во взаимоотношениях	44,61
9	Dependency	Зависимости	53,15
10	Driving	Вождение	64,96
11	Color Vision	Цветовое зрение	78,57
12	Peripheral Vision	Периферическое зрение	66,6

Как следует из представленных в таблице данных, общее состояние здоровья у опрошенных было снижено до 33,3% (колебания показателей ответов по данной категории составило max - 50%, min - 0%), что обусловлено тяжестью течения СД и наличием сосудистых осложнений (нефропатии, ангиопатии нижних конечностей) сердечно-сосудистых заболеваний.

Более половины пациентов (71,4%) предъявляли жалобы на дискомфорт, жжение, зуд век или ноющую боль в области глаз. Средний показатель ответов по категории глазной болевой синдром составил 54,69% (диапазон колебаний - от 88% до 25%).

Показатель оценки остроты зрения составил: низкое зрение вблизи -53,54% (max - 91,6% min - 16,6%), вдаль - 60,3% (max - 91%, min - 33,3%). Наименьшие изменения отмечены больными ДР со стороны периферического (66,6%; max - 100%, min - 25%) и цветового зрения (78,57%; max - 100%, min - 25%).

Пятеро из обследованных на момент проведения анкетирования управляли собственным транспортом и оценили свое состояние по данной категории в 64,96%.

Значительное снижение психического здоровья (в среднем, 45,25%) и трудности во взаимоотношениях с окружающими (44,61%) отмечены, практически, у половины опрошенных. Особенно часто имелись ограничения в их повседневной деятельности из-за нарушения зрения

(невозможность самостоятельных прогулок, посещения поликлиник, магазинов, а также ограничения в посещении театров, возможности общения с друзьями). Последнее доказывает пониженный уровень социально-психического состояния здоровья больных диабетической ретинопатией и подтверждает данные, полученные ранее в КазНИИ глазных болезней о наличии депрессивных состояний у пациентов с диабетической ретинопатией [13].

Более детальный анализ данных анкетирования показал, что у пациентов с НПДР показатели качества жизни были в 1,2-1,5 раза выше, чем больных с ППДР.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующий **вывод:** у пациентов с диабетической ретинопатией отмечается снижение социального и психо-эмоционального компонентов здоровья;

- степень снижения качества жизни зависит от степени снижения остроты зрения и необходимости получения посторонней помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Prevalence of Diabetic Retinopathy in Various Ethnic Groups: A Worldwide Perspective. Sivaprasad, Sobha et al. Survey of Ophthalmology, Volume 57, Issue 4, 347-370.
2. Quality of Life in Youth with Type 1 Diabetes. Grey, Margaret. The Journal of Pediatrics, Volume 161, Issue 2, 180-181.
3. Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia. Łukasz Cichocki et al. Comprehensive Psychiatry, Volume 56, January 2015, 133-140.
4. Либман Е.С., Гальперин М.Р., Гришин Е.Е., Сенкевич Н.Ю. Подходы к оценке качества жизни офтальмологических больных //Русский медицинский журнал.-2002.- № 3.-С.57-62.
5. Козина Е.В. К вопросу о качестве жизни больных первичной открытоугольной глаукомой // Вестник офтальмологии.-2004.-№ 5.-С.31-33.
6. Долматова И.А. Обоснование подхода к дифференциальной диагностике и лечению больных новообразованиями орбиты: автореф. ... докт. мед. наук. - Красноярск, 2004.- 40 с.
7. Сарсембекова К.Т. Гемолимфоциркуляторные нарушения при отечном экзофтальме, пути их коррекции: автореф. ... канд. мед. наук. -Алматы, 2007.-24 с.
8. Kohner E.M., Stratton I.M., Aldington S.J., Holman R.R. et.al. Relationship between the severity of retinopathy and progression to photocoagulation in patients with Type 2 diabetes mellitus in the UKPDS (UKPDS 52) // Diabetic Med.-2001.-Vol.1, № 1.-P.10-11.
9. Либман Е.С., Скоробогатова Е.С. Эпидемиологические аспекты инвалидности вследствие офтальмодиабета // Тез. докл. науч.-практ. конф. – Самара, 1997. – С.172-174.
10. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders // Bull. WHO. - 2000. - Vol. 78, № 4. - P. 413-426.
11. Вдовин Р.Я., Аксенова Л.И., Кюне Г.Е. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) //Фармакотерапевтические основы реабилитации психических больных. - М.: Медицина, 1989.-С. 151-181.
12. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы общей тревоги в общей медицинской практике // Русский медицинский журнал.- 2004.-№ 22.-С. 1277-1283.
13. Степанова И.С. Эпидемиология, клинико-патогенетические аспекты и лечение диабетической ретинопатии: дисс... докт. мед наук., Алматы, 2009.- 169 с.
14. PRM131 - Psychometric performance of the nei VFQ-25: recommendations for a modified version of the 25-item national eye institute questionnaire (NEI VFQ-25) based on rasch analysis using clinical trials data across four retinal diseases. E. Lamoureux, P. Lee et al. Value in Health, Volume 16, Issue 3, May 2013, A36

РЕЗЮМЕ

Качество жизни пациентов с диабетической ретинопатией
И.С.Степанова, А.Т. Торебаева

С помощью опросника VFQ-25NationalEyeInstitute. проведено исследование качества жизни больных диабетической ретинопатией. Выявлено снижение психо-эмоционального и социального компонента качества жизни у больных ДР. Степень снижения качества жизни зависит от степени снижения остроты зрения и необходимости получения посторонней помощи.

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, качество жизни, NEI-VFQ-25.

ТҰЖЫРЫМ

Диабеттік ретинопатиясы бар науқастардың өмір сапасы
И.С. Степанова, А.Т. Торебаева

Диабеттік ретинопатиясы бар науқастардың өмір сапасын, сонымен қатар әлеуметтік және психологиялық денсаулығын анықтау мақсатында VFQ-25NationalEyeInstitute анкетасы қолданылды. Көз көру қабілетінің бұзылыстарына байланысты диабеттік ретинопатиясы бар науқастардың психо-эмоцианолды және адаптациялық қабілетінің төмендегені анықталды. Өмір сүру сапасының төмендеуі көру жітілігі мен өзге адамдардан көмек алуына байланысты өзгереді.

Кілт сөздер: Диабет ретинопатиясы, қант диабеті, өмір сапасы, NEI-VFQ-25

SUMMARY

И.С. Степанова, А.Т. Torebayeva
Quality of life of patients with diabetic retinopathy

A quality of life study was conducted, as well as a social and psychological health component of patients suffering from diabetic retinopathy using the VFQ-25 National Eye Institute questionnaire. A decrease in the psycho-emotional and adaptive health component in patients with diabetic retinopathy due to impaired visual function was revealed. The degree of decline in quality of life depends on the degree of reduction in visual acuity and the need for external assistance.

Key words: Diabetic retinopathy, diabetes mellitus, quality of life, NEI-VFQ-25

ГРНТИ 76.29.32:76.29

СИНДРОМ ГРЕНБЛАДА-СТРАНДБЕРГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Н.А. Алдашева, И.С. Степанова, А.К. Канатбекова

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

Ключевые слова: синдром Гренблада-Страндберга, ангиоидные полосы, субретинальная неоваскулярная мембрана, ингибиторы ангиогенеза/

Синдром Гренблада-Страндберга – наследственное заболевание, характеризующееся поражением эластических волокон кожи, кровеносных сосудов и глаз. Тип наследования – аутосомно-рецессивный. Женщины страдают почти вдвое чаще, чем мужчины. Встречается в популяции с частотой от 1: 40 000 до 1: 100 000 [1].

В 1884 г. F. Balzer впервые описал кожные проявления данного заболевания и назвал их «эластическая ксантома», а в 1896 г. после гистологического анализа кожных изменений, проведенных J. Darier, данное заболевание получило название «псевдоксантома эластическая». В 1929 г. шведский офтальмолог E. Groenblad и норвежский дерматолог J. Strandberg сообщили о случаях сочетания псевдоксантомы с ангиоидными полосами сетчатки. Впоследствии такое сочетание стали называть синдромом Гренблада-Страндберга.

По данным ряда авторов, в основе заболевания лежит мутация гена AVCC6, кодирующего АТФ-зависимый белок-переносчик MR36. Этот мембранный белок отвечает за активное выделение из клеток низкомолекулярных метаболитов, конъюгированных с глутатионом, что и приводит к обизвествлению эластических волокон [2, 3, 4].

Изменения на коже при синдроме Гренблада-Страндберга представлены плоскими округлыми или овальными ксантоматозными узелками желтоватого цвета, размером от проса до чечевицы, располагающимися линейно или сливающимися в ограниченные и диффузные бляшки. Тесно расположенные элементы создают впечатление сетчатого

рисунка и чаще всего локализируются на шее, крупных кожных складках (подмышечные впадины, локтевые сгибы), реже – другие участки туловища. Пораженная кожа – лимонно-желтого цвета, несколько утолщена и одновременно с этим – дряблая, легко собирается в складки. Узелковые высыпания могут наблюдаться и на слизистых, поверхность языка может иметь вид географической карты. Субъективные явления отсутствуют. Гистологически изменения кожи выявляются преимущественно в средней и нижней частях дермы, где эластические волокна неравномерно распределены, утолщены, фрагментированы в виде комков, глыбок, своеобразно закручивающихся пучков или зернистых структур [3, 4].

Течение процесса на глазном дне подразделяют на 3 стадии по Vivaldi [2, 5]. В первой стадии формируются ангиоидные полосы, расходящиеся от диска зрительного нерва и представляющие собой линейные разрывы мембраны Бруха вследствие разрушения её эластического слоя. Цвет полос – от сероватого до коричнево-красного. Полосы локализируются перипапиллярно, радиально к диску зрительного нерва (ДЗН), в центральной зоне и на средней периферии глазного дна. Во

второй стадии в субфовеолярной области образуется субретинальная неоваскулярная мембрана (СНМ), что сопровождается снижением зрения. Третья стадия характеризуется рубцовыми изменениями, с развитием скотомы и необратимой потерей зрения. Заболевание - билатеральное, имеет хроническое прогрессирующее течение. Может развиваться в течение десятков лет [3, 5].

Больной с синдромом Гренблада-Страндберга должен находиться на диспансерном учете у врача общей практики (или терапевта) и офтальмолога. Учитывая, что заболевание характеризуется нарушением образования эластических волокон, в том числе, и сердечно-сосудистой системы, в ряде случаев необходимо наблюдение кардиолога. Обследование (офтальмолога, дерматолога) и медико-генетическую консультацию необходимо провести всем членам семьи.

Офтальмологическое лечение пациентов с синдромом Гренблада-Страндберга проводится в зависимости от стадии заболевания. При наличии изменений на глазном дне, соответствующих первой стадии, возможно, назначение антиоксидантов и ангиопротекторов эффективно [6]. Ангиоидные полосы могут возникать вследствие минимального травматизма глазного яблока, поэтому рекомендуется избегать травм и ношение защитных очков во время работы и занятий спортом.

При наличии субретинальной неоваскулярной мембраны у пациентов со второй стадией заболевания применяется комбинированная терапия, включающая интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза и фокальную лазеркоагуляцию СНМ или только лазеркоагуляцию ангиоидных полос (однако эффективность ЛК не доказана). При третьей стадии заболевания лечение не проводится, так как

это неэффективно [2, 5, 6].

В качестве иллюстрации вышесказанного приводим клинический случай из практики.

Больная Ш., 62 года, впервые обратилась к офтальмологу с жалобами на снижение зрения в июне 2016 года. На момент обращения острота зрения правого глаза - 0,9 н/к, левого - 0,5 н/к. После проведенного обследования был выставлен диагноз: возрастная макулярная дегенерация, сухая форма - на правом глазу, возрастная макулярная дегенерация, влажная форма - на левом. Рекомендовано интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (ИВ-ВИА). Выполнены 4 интравитреальные инъекции (препарат Эйлеа) с интервалом в 1 месяц на левом глазу. 29.01.2017 года пациентка проконсультирована в одной из клиник ОАЭ, где (со слов пациентки) проведена однократная интравитреальная инъекция препарата Авастин в левый глаз.

В КазНИИ ГБ обратилась в мае 2017 г. с жалобами на значительное снижение зрения левого глаза. При обследовании: острота зрения правого глаза - 0,9 н/кор., левого - 0,005 н/кор. Внутриглазное давление (Р_о) на правом глазу - 15 мм рт.ст., на левом - 17 ммрт.ст. При биомикроскопии на обоих глазах: конъюнктивa - розовая, блестящая. Роговица - прозрачная, сферичная, блестящая. Передняя камера - средней глубины, влага - прозрачная. Рельеф радужки сохранен. Зрачок - круглый, в центре, реакция на свет - живая. Неинтенсивные помутнения в кортикальных слоях хрусталика. Умеренно выраженная зернистая деструкция стекловидного тела.

При офтальмоскопии правого глаза: ДЗН - бледно-розовый, контуры - четкие, артерии и вены склерозированы, перипапиллярно, радиально к ДЗН, полосы сероватого цвета, в центральной зоне - множественные мелкие и средние беловато-желтые очаги с четкими контурами. При офтальмоскопии левого глаза: ДЗН - монотонный, контуры - четкие, артерии и вены склерозированы. В макулярной зоне (субретинально) - очаг беловато-сероватого цвета, с четкими контурами, округлой формы, размером 1РД. Перипапиллярно, концентрично ДЗН, определялись полосы сероватого цвета, расходящиеся радиально в сторону экватора. С височной стороны очага - зона фиброза, вытянутая по вертикали. Вокруг очага - кровоизлияние в виде полукольца. От верхней сосудистой аркады, расширяясь в виде веера, к нижней сосудистой аркаде через парамакулярную зону располагается кровоизлияние (рисунок 1).

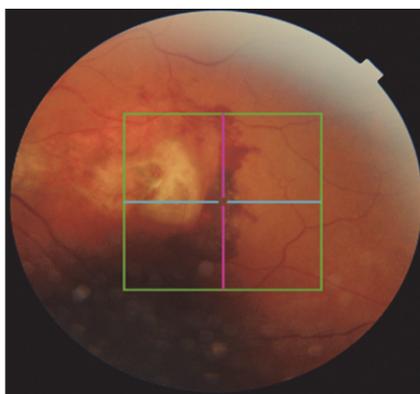


Рисунок 1. Фотография глазного дна левого глаза

По данным периметрии: на правом глазу PD 2,50dB; AD-8,12dB; на левом глазу PD9,45 dB; AD - 23 57 dB, что свидетельствует о значительном снижении функций сетчатки на левом глазу.

По данным ультразвуковых исследований (УЗИ): пра-

вый глаз: ПЗР -23,33 мм ПК - 3,09 мм, ХР - 4,28 мм, сетчатка прилежит; левый глаз: ПЗР -23,39 мм ПК - 3,06 мм ХР - 4,36 мм, сетчатка прилежит, пристеночно очаг (рисунок 2).

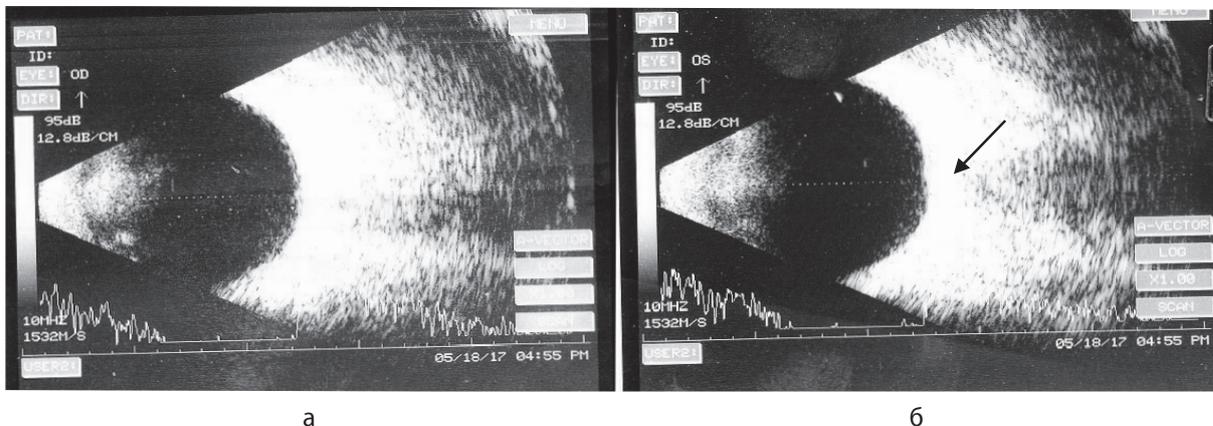


Рисунок 2. Данные ультразвукового исследования (а – правый глаз, в – левый глаз)

Проведенные электрофизиологические исследования показали, что максимальная ЭРГ на белый стимул функция фоторецепторов и внутренних слоев сетчатки нерезко снижена на оба глаза, больше - слева. Ответ колбочкового аппарата (ЭРГ на 30 Гц) снижен на левом глазу на 30-35%. ЗВП на вспышку: выделяются сглаженные корковые ответы с уменьшенными амплитудами, про-

ведение информации в кору ухудшено с обеих сторон, больше - слева.

Результаты оптической когерентной томографии (ОСТ) свидетельствуют о наличии отека (631 микрон) в центральной зоне сетчатки на левом глазу (рисунок 3).

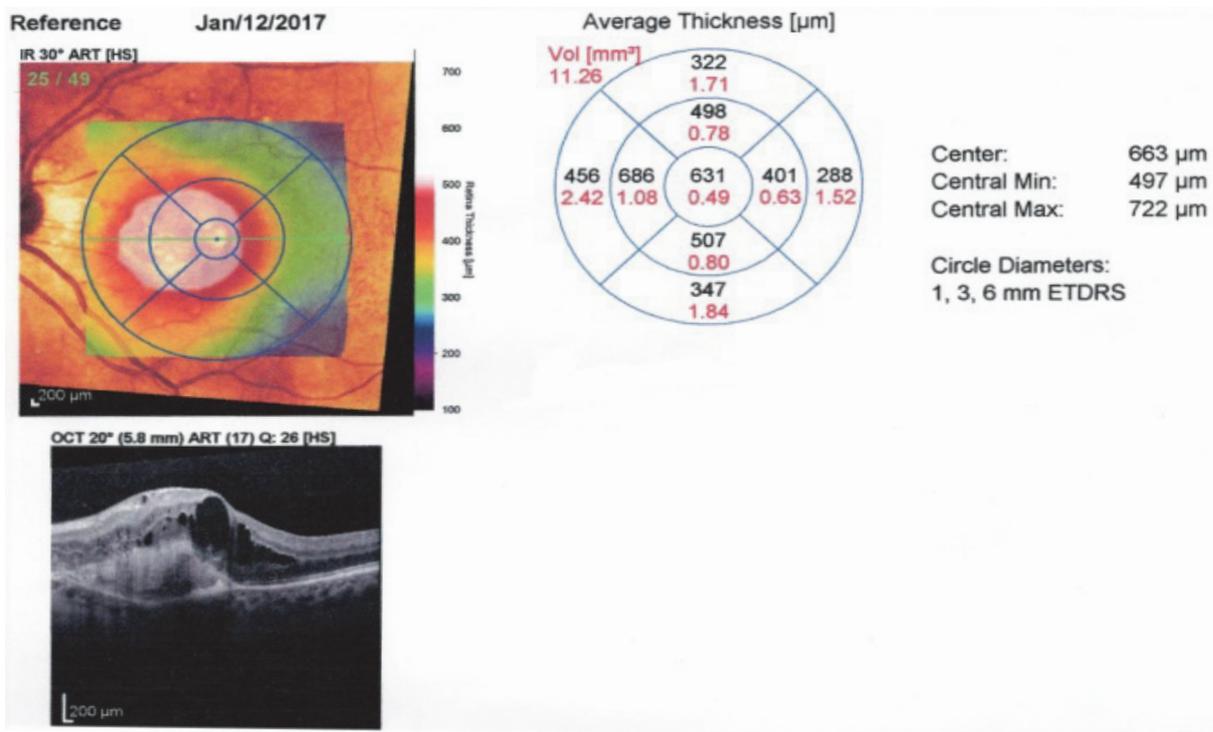


Рисунок 3. Оптическая когерентная томография левого глаза

На основании клинико-инструментальных исследований было предположено наличие у пациентки синдрома Гренблада-Страндберга.

При подробном сборе анамнеза установлено, что у больной изменения на кожных покровах шеи, живота, подмышечной области появились после первых родов. Изменения прогресси-

ровали, пациентка неоднократно обращалась к дерматологу, однако диагноз установлен не был.

При дополнительном осмотре кожных покровов в области шеи, живота, подмышечных впадин – множественные ксантоматозные узелки желтоватого цвета, располагающиеся линейно, а также сливающиеся в диффузные бляшки. Пораженная кожа – желтого и бурого цвета, утолщенная, дряблая, легко собирается в складки (рисунок 4).



Рисунок 4. Поражение кожи у больной Ш. Синдром Гренблада-Страндберга (а, б – зона шеи, в – зона подмышечной области)

Учитывая анамнез, изменения кожных покровов и картину глазного дна с целью подтверждения диа-

гноза, рекомендовано проведение флюоресцентной ангиографии (ФАГ), результаты которой представлены на рисунке 5.

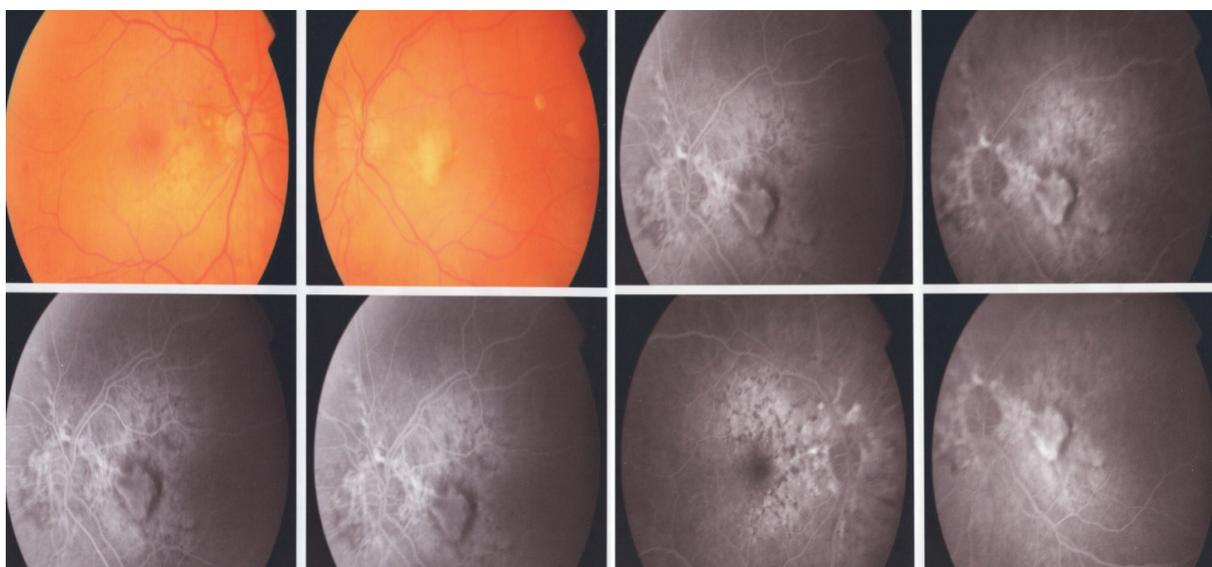


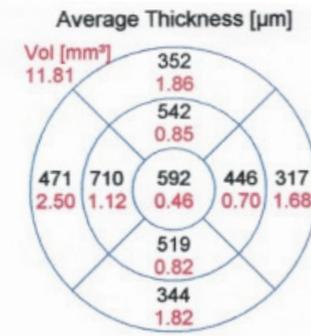
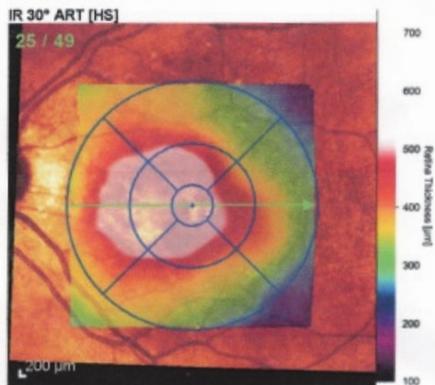
Рисунок 5. Фотография и флюоресцентная ангиограмма

На флюоресцентной ангиограмме обоих глаз отмечается гиперфлюоресценция в виде перипапиллярных линий, появляющаяся в раннюю артериальную фазу, достигающего максимума в артерио-венозную фазу с последующим угасанием флюоресценции. На левом глазу в центральной зоне выявляется очаг гиперфлюоресценции округлой фор-

мы, диаметром в 1РД, располагающийся под сетчаткой (субретинальная неоваскулярная мембрана).

На основании полученных данных выставлен диагноз: Синдром Гренблада-Страндберга. Учитывая наличие на левом глазу субретинальной неоваскулярной мембраны и отека в фовеолярной зоне 631 микрон, рекомендовано ИВВИА - препарата Луцентис. Данные ОСТ после применения препарата Луцентис представлены на рисунке 6.

Follow-Up #4 May/18/2017



Center: 570 μm
 Central Min: 509 μm
 Central Max: 695 μm

Circle Diameters:
 1, 3, 6 mm ETDRS

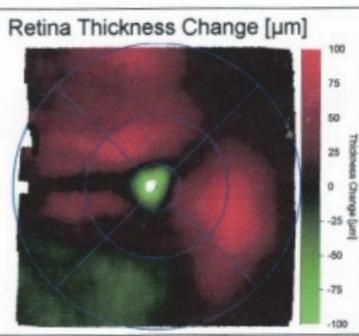
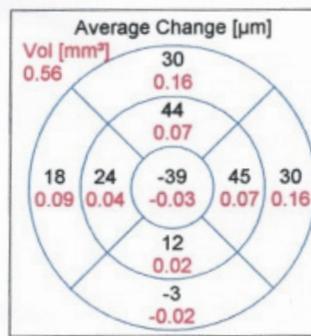
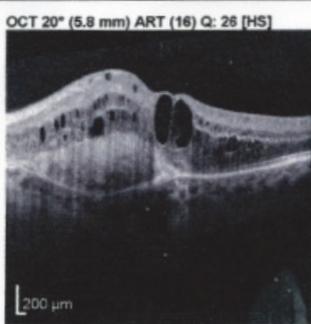


Рисунок 6. Показатели оптической когерентной томографии левого глаза больной Ш. после одной интравитреальной инъекции препарата Люцентис

Как видно из рисунка, отмечается уменьшение отека сетчатки во всех сегментах на 12-45 микрон, а в фовеолярной зоне - на 39 микрон.

Всего пациентка получила 4 инъекции препарата Люцентис с интервалом в 1 месяц.

На момент последнего осмотра (август 2018 года)

острота зрения правого глаза - 0,9 н/кор., левого - 0,05 н/кор. ВГД на правом глазу - 14 мм рт. ст., на левом - 16 мм рт. ст. На рисунке 7 представлены данные OCT-ангиографии после четырех интравитреальных введений препарата Люцентис.

OCT Angiography Report

Trilon

Print Date: 07/09/2018 13:58:45

TOPCON

OS(L)

Image Quality: 48 Analysis mode: Fine (2.0.7)
 Capture Date: 22/08/2018

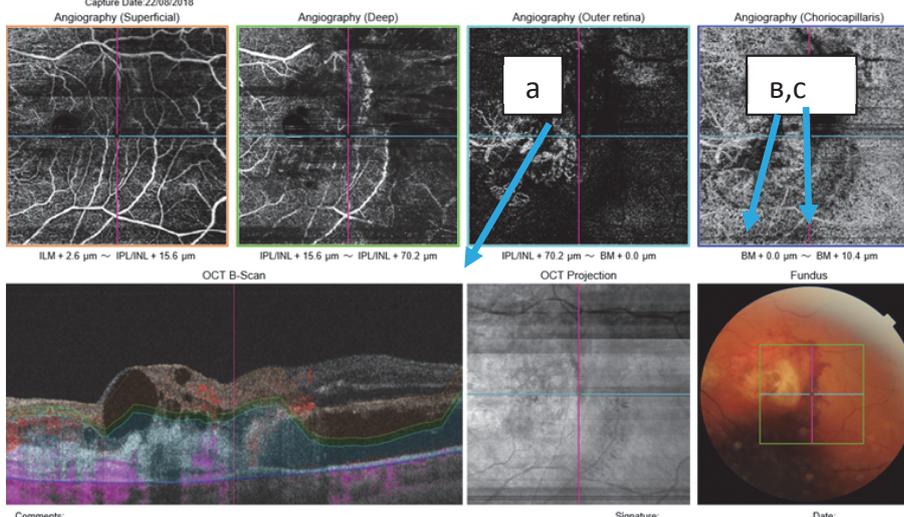


Рисунок 7. Показатели OCT-ангиографии левого глаза больной Ш. после 4 интравитреальных инъекций препарата Люцентис

По данным OCT-ангиографии на левом глазу в фовеа визуализируются новообразованные сосуды (а – субретинальная неоваскулярная мембрана), имеются зоны ишемии в фовеа и парафовеа (в, с).

Таким образом, представленный случай свидетельствует о том, что да-

же классическое течение заболевания с наличием всех клинических признаков не было своевременно диагностировано в связи с недостаточной настороженностью офтальмологов в отношении редко встречающейся офтальмопатологии.

Уменьшение отека сетчатки после применения ингибиторов ангиогенеза подтверждает их эффективность в лечении синдрома Гренблада-Страндберга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Elouarradi H., Abdelouahed K. Angioid streaks. *Pan Afr. Med. J.*, 2014; 17:13.
2. Тимохов В.Л., Русановская А.В. Синдром Гренблада-Страндберга. //Офтальмологические ведомости.-2014.- Том 7, № 4.-С.69-72.
3. Кряжева С.С., Снарская Е.С., Карташова М.Г., Филатова И.В. Синдром Гренблада-Страндберга// Российский журнал кожных и венерических болезней.-2011.-№ 5.- С.5.
4. Fukumoto T, Iwanaga A, Fukunaga A, Wataya-Kaneda M, Koike Y, Nishigori C, Utani A. First genetic analysis of atypical phenotype of pseudoxanthomaelasticum with ocular manifestations in the absence of characteristic skin lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*-2017.- Oct 12.doi: 10.1111/jdv.14637.
5. Дж. Кански, Станислав А. Мидлевски, Бертил Э. Дамато, Воган Тэннер. Заболевания глазного дна: М., Медпресс-информ. -2009.- 144 с.
6. Бирич Т.А., Мапченко Л.Н., Чекина А.Ю. Офтальмология: Минск: «Вышэйшая школа».-2007.-555 с.

РЕЗЮМЕ

Синдром Гренблада-Страндберга. Клинический случай
Алдашева Н.А., Степанова И.С., Канатбекова А.К.
КазНИИ глазных болезней, Алматы

Представленный клинический случай свидетельствует о том, что даже классическое течение заболевания с наличием всех клинических признаков не было своевременно диагностировано в связи с недостаточной настороженностью офтальмологов в отношении редко встречающейся офтальмопатологии.

Уменьшение отека сетчатки после применения ингибиторов ангиогенеза подтверждает их эффективность в лечении синдрома Гренблада-Страндберга.

ТҰЖЫРЫМ

Синдром Гренблада-Страндберга. Клинический случай
Алдашева Н.А., Степанова И.С., Канатбекова А.К.
КазНИИ глазных болезней, Алматы

Ұсынылған клиникалық жағдай, аурудың барлық классикалық көрінісі бола тұра, кездейсоқ кездесетін офтальмопатология болуғандықтан көз дәрігерлерінің толық тексермей диагноз уақытылы дұрыс емес анықталған. Ангиогенез ингибиторларын қолданудан соң, торлы қабықта ісінудің төмендеуі олардың Гренблад- Страндберг синдромы емінде көмегін көрсетті.

SUMMARY

Синдром Гренблада-Страндберга. Клинический случай
Алдашева Н.А., Степанова И.С., Канатбекова А.К.
КазНИИ глазных болезней, Алматы

The presented clinical case shows that even the classical course of the disease with the presence of all clinical signs was not timely diagnosed, due to the lack of vigilance of ophthalmologists in relation to rarely encountered ophthalmopathy.

Reduction of retinal edema after the use of inhibitors of angiogenesis confirms their effectiveness in the treatment of Grenblad-Strandberg syndrome.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ОФТАЛЬМОМИАЗА

Э.Г. Канафьянова, М.С. Аль-Асталь, М.С. Асаинова, Л.А. Муравьева,
М.М. Байхадамов

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

Ключевые слова: токсический увеонейроретинит, офтальмомиаз, гельминт в стекловидном теле, клинический случай.

Актуальность. Внутриглазной задний офтальмомиаз - достаточно редкое паразитарное заболевание глаза, возникающее при проникновении в полость стекловидного тела личинок мух и оводов. Клинические проявления разнообразны: от случайного обнаружения при бессимптомном течении до внезапной потери зрения в связи с тяжелым увеитом и отслойкой сетчатки. В полости глаза личинка может вырасти от первоначального размера 1 мм, в среднем, до 3-8 мм. По всей вероятности, кислород, содержащийся в стекловидном теле, может в течение некоторого времени поддерживать жизнеспособность личинки. Место внедрения личинки обнаружить не удается, личинка проникает снаружи, вызывая небольшое субконъюнктивальное кровоизлияние (1, 2, 3, 4).

Учитывая редкость патологии, сложность диагностики и неоднозначность тактики лечения в таких случаях, нам представилось интересным описать клинический случай офтальмомиаза. Пациент Н. 32 лет, житель Алматинской области, обратился с жалобами на отсутствие зрения на правом глазу. Со слов больного, заметил отсутствие зрения на правом глазу утром. Потерю зрения ни с чем не связывает. Из анамнеза: 3 месяца назад на даче укусил овод в область правого колена. Пациент первично осмотрен окулистом по месту жительства, выставлен диагноз: ОД - острая непроходимость центральной артерии сетчатки, направлен в КазНИИ глазных болезней г. Алматы. При обследовании пациента в консультативной поликлинике КазНИИ был выявлен внутриглазной гельминт, свободно плавающий в стекловидном теле. Выставлен клинический диагноз: ОД -

Токсический увеонейроретинит; полная вторичная атрофия зрительного нерва; офтальмомиаз; помутнение стекловидного тела. Было рекомендовано первым этапом - консультация паразитолога с курсом противопаразитарного лечения и вторым этапом - оперативное лечение на правом глазу - витрэктомия с удалением внутриглазного гельминта. Согласно консультации инфекциониста больной получил курс противопаразитарного лечения (Альбендозол) в течение 1 месяца. Пациент поступил в стационар КазНИИ ГБ спустя 2 месяца после выявления внутриглазного гельминта. Объективные данные при поступлении: Visus: OD = 0 (ноль), подвижность глазного яблока - в полном объеме. Легкая смешанная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная, сферическая, зеркальная. Передняя камера - средняя, влага - прозрачная. Радужка - структурная, зрачок - в центре, округлой формы, диаметр - 2,5 мм, реакция на свет сохранена. Хрусталик прозрачный. Плавающие помутнения стекловидного тела. В средних отделах в стекловидном теле - гельминт малоподвижный. На глазном дне: ДЗН белый, границы четкие. В макуле рефлексы ступеваны. Артерии сужены, вены полнокровные, ход извитой. Сетчатка бледная, ишемичная. По периферии без очаговой патологии (рисунок 1).

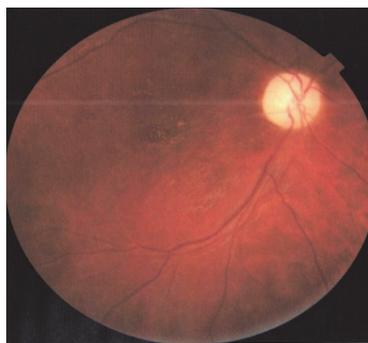


Рисунок 1. Глазное дно

По данным УЗИ (В- скан): OD - Помутнение стекловидного тела, низкой плотности, В средних отделах визуализируется тень средней плотности размером 1,2x2,8 мм. OU - сетчатка прилежит. Данные Гейдельбергской томографии зрительного нерва (HRT): OD - атрофия зрительного нерва, OS - параметры ДЗН

- в пределах нормы. Результаты оптической когерентной томографии сетчатки (ОКТ): OD - рельеф макулы сглажен, слои сетчатки не дифференцируются, отслойка нейрорепителлия (рисунок 2). В общем анализе крови патологических изменений не выявлено. Пациенту проведена операция: закрытая субтотальная витрэктомия с трансквитреальным удалением внутриглазного гельминта. (хирург Аль-Асталь М.С) (рисунок 2, 3).



Рисунок 2.

Этап трансквитреального удаления гельминта

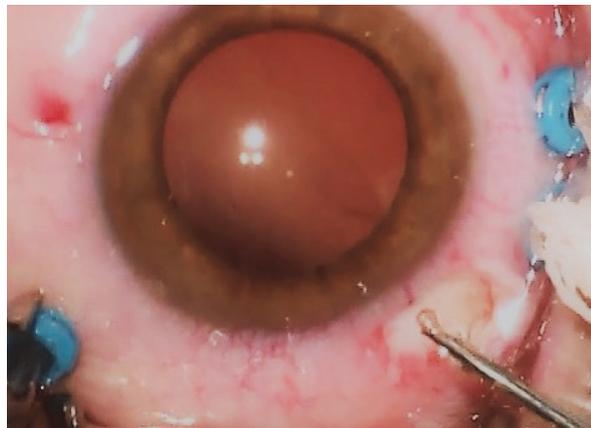


Рисунок 3.

Этап трансквитреального удаления гельминта

Послеоперационный период протекал без осложнений. Для более точной верификации гельминт был направлен на исследование в городскую санитарно-эпидемиологическую лабораторию, где был идентифицирован как куколка полостного овода (*Oestrusovis L.*). Пациент выписан из

стационара в удовлетворительном состоянии, рекомендовано наблюдение у окулиста по месту жительства.

Таким образом, при атипичной симптоматике патологии заднего отрезка глаза следует принимать во внимание эндемичность региона проживания и иметь настороженность в отношении паразитарных поражений органа зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Уманец Н.Н. Случай хирургического лечения заднего внутриглазного офтальмомиаза.// Современные технологии лечения витреоретинальной патологии. IX науч.-практ. конф. с межд. Участием.- Москва.- 10-11 марта 2011 г. С.
2. И.А. Долматова, Г.О. Огай, Д.Ж. Махамбетов, И.Р. Расулов. Клинический случай дирофиляриоза орбиты.//Қазақстан Офтальмологиялық журналы.- 2013.- № 2-3 (43) 2013. С.82.
3. Паразитарные болезни человека (протозозы и гельминтозы) //СПб, Фолиант. – 2008. – С.422-428.
4. Авдюхина Т.И.// Лысенко А.Я., Владимировна М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология//Под ред. А.Я. Лысенко.-Женева, 2002.- С.119.

РЕЗЮМЕ

Клинический случай внутриглазного офтальмомиаза

Канафьянова Э.Г., Аль-Асталь М.С., Байхадамов М.М. Султангереева Г.И. Асаинова М.С.
АО. Казахский ордена «Знак почета» научно-исследовательский институт глазных болезней,
Алматы, Казахстан

Ключевые слова: токсический увеонейроретинит, офтальмиаз, гельминт в стекловидном теле, клинический случай.

В статье описан случай диагностики и хирургического лечения внутриглазного офтальмомиаза.

ТҰЖЫРЫМ

Көз ішілік офтальмомиазынын клиникалық оқиғасы.

Канафьянова Э.Г., Аль-Асталь М.С., Байхадамов М.М. Султангереева Г.И. Асаинова М.С.
Қазақ «Құрмет белгісі» орденді көз аурулары ғылыми зерттеу институты. Алматы, Қазақстан

Түйінді сөздер: Токсикалық увеонейроретинит, офтальмиаз, шыны тәрізді денедеші гельминт, клиникалық оқиға.

Мақалада көз ішілік офтальмомиазынын диагностикасы және хирургиялық емдеудің оқиғасы көрсетілген.

SUMMARY

Clinical case of intraocular ophthalmomyiasis.

Kanafyanova E.G., Al - Astal M.S., Baikhadamov M.M. Sultangereeva G.I. Asainova M.S.
Kazakh « Badge of Honor « Scientific Research Institute of Eye Diseases». Almaty, Kazakhstan

Key words: toxic uveoneuroretinitis, ophthalmomiasis, helminth in vitreous, clinical case.
The article describes the case of observation and surgical treatment of intraocular dirofilariosis.

ГРНТИ 76.29.47:76.29.56:76.03.53

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

А.У. Шарипова, Л.Н. Оразбеков, Р.Б. Бахытбек, С.А. Смагулова,
М.Е. Ерболулы

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

Ключевые слова: новорожденные, ретинопатия недоношенных, офтальмопатология/

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире насчитывается 37 млн. слепых и 124 млн. слабовидящих, из них каждый четвертый утратил зрение в детстве. Детская слепота, по мнению экспертов ВОЗ, в 40% случаев может быть предотвращена. Профилактика слепоты и слабовидения вследствие зрительных расстройств является важной медико-социальной проблемой государства.

В большинстве случаев тяжелые зрительные расстройства в детском возрасте являются следствием врожденно-наследственной патологии, чаще всего обусловленной осложнениями перинатального периода, внутриутробными нарушениями и/или наследственными факторами [1].

Широко используемый в литературе термин «перинатальная патология» подразумевает нарушения в состоянии здоровья новорожденных детей, развивающиеся в перинатальный период развития ребенка [1]. В это время возникает большая часть расстройств, являющихся основой

заболеваемости и инвалидности с раннего детства. Среди проблем перинатальной и неонатальной медицины особое внимание уделяется нарушениям состояния сенсорных органов, в особенности - патологизации органа зрения [1, 2, 3, 4].

Современные исследования в области неонатальной офтальмологии в большей степени затрагивают проблему ретинопатии недоношенных (РН). Ретинопатия недоношенных является тяжелым вазопролиферативным заболеванием, поражающим сетчатку глаз недоношенных, в особенности - глубоконедоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела и малым гестационным сроком. Среди глазной патологии РН до сих пор считается одной из основных причин детской слепоты и слабовидения. [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. И только единичные работы

посвящены изучению нозологической структуры и частоты развития офтальмопатологии у новорожденных высокого перинатального риска [1, 12, 13].

Благодаря последним исследованиям накоплены значительные знания по перинатальной офтальмопатологии. Во всем мире офтальмологи пришли к единодушному мнению о важной роли патологии беременности, родов и послеродового периода в возникновении врожденной патологии органа зрения [13].

Важное значение имеет изучение патологии глаз у детей с гипоксическими ишемическими поражениями мозга, инфицированными потенциально офтальмотропными инфекциями, рожденных недоношенными, зачатых с помощью программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [13, 14, 15].

Принимая во внимание тот факт, что развитие зрительного анализатора происходит наиболее интенсивно в первые шесть месяцев постнатальной жизни ребенка, раннее выявление детей из групп риска по офтальмопатологии и своевременное оказание им помощи позволит предупредить развитие слепоты, слабо зрения и снизит количество инвалидов с детства [16, 17, 18].

В связи с вышесказанным большое значение приобретает введение в родовспомогательных учреждениях третьего уровня перинатального скрининга по офтальмопатологии.

Цель исследования – провести анализ офтальмологической патологии у новорожденных детей, получивших ранние реабилитационные мероприятия в отделении патологии новорожденных в перинатальных центрах третьего уровня г. Алматы

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в двух Перинатальных центрах третьего уровня г. Алматы, где оказывают специализированную медицинскую помощь беременным женщинам с высоким риском реализации перинатальной патологии, осложненными родами, преждевременными родами при сроке гестации менее 32 недель, а также новорожденные, нуждающиеся в специализированной высокотехнологической помощи.

Под наблюдением находилось 1300 новорожденных детей, из которых недоношенные новорожденные составили 69,6 % (905 детей), доношенные – 30,4% (395 детей).

В группе недоношенных новорожденных масса тела при рождении составила 740-2500 граммов и гестационный возраст – 26-36 недель.

Среди общей сопутствующей патологии недоношенных новорожденных отмечались гипоксическо-ишемическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) – 90%, асфиксия – 52%, внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) – 78%, перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ) – 33%, патология бронхо-легочной системы – 40%, пороки развития сердечно-сосудистой системы – 11%, внутриутробная инфекция – 54%.

В группе доношенных новорожденных масса тела при рождении составляла от 1800 до 4500 граммов, гестационный возраст – от 38 до 42 недель гестации. Среди общей сопутствующей патологии доношенных новорожденных отмечались: гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС – 57,5%; гипоксическо-геморрагическое поражение ЦНС (ВЖК 1-3 степени) – 37,4%; травматические поражения нервной системы – 23,4%; нарушения деятельности ЦНС вследствие системных метаболических и токсических причин – 18,9 %; патология бронхо-легочной системы – 18,5%; патология сердечно-сосудистой системы – 24,3%, внутриутробная инфекция – 57,3%; синдром Дауна – 1,5% (6 детей); синдром Эдвардса – 0,2% (1 ребенок). В некоторых случаях отмечалось сочетание нескольких патологий.

Первичное офтальмологическое обследование новорожденных осуществляли в первые недели жизни ребенка непосредственно в отделении реанимации и интенсивной терапии и в отделении патологии новорожденных.

Офтальмологическое обследование включало: наружный осмотр глаз, биомикроскопию на портативной ручной щелевой лампе, прямую офтальмоскопию, обратную бинокулярную офтальмоскопию с помощью налбного офтальмоскопа с использованием асферических линз 20 или 28 дптр и с использованием мягких блефаростатов. Бинокулярная офтальмоскопия проводилась по общепринятой методике в условиях максимального медикаментозного мидриаза.

Мониторинг осуществляли регулярно в зависимости от результатов выявленной патологии на первичном осмотре с помощью широкопольной цифровой ретиальной камеры «RetCam-Shattle», которая является «золотым» стандартом диагностики патологии сетчатки и зрительного нерва у новорожденных детей.

Лазерное хирургическое лечение детей с РН проводили с использованием диодного офтальмокоагулятора 532 и 810 НМ, через налбный бинокулярный офтальмоскоп в неонатальной операционной под севофлюрановым наркозом. Показания к лазеркоагуляции сетчатки (ЛКС) определяли в соответствии с международными рекомендациями, разработанными Early Treatment for Retinopathy of Prematurity Cooperative Group (ETROP) [19].

Всем детям проводилось нейросонографическое исследование с цветовым доплеровским картированием сосудов головного мозга датчиком 7 МГц через большой родничок в стандартных проекциях и через височную кость.

В единичных случаях для уточнения структурных внутричерепных изменений и прогнозирования перспектив развития ребенка проводились компьютерная томография на базе 2 ДГКБ г. Алматы.

Результаты. В ходе проводимого исследования установлено, что офтальмопатология у доношенных новорожденных составила 76,8%, у недоношенных новорожденных – 86,5%.

В группе недоношенных новорожденных на первом месте - инфекционно-воспалительные заболевания глаз и слезоотводящих путей, которые составили - 41,8% (378 детей).

Ретинопатия недоношенных различных стадий (рисунок 1-4) составила 34,2% (310 детей), из них в 19,7% (61 ребенок) проводилось лазерное хирургическое лечение. Эффективность ЛКС составила 98,3% (рисунок 5), в одном случае на обоих глазах отмечался переход в 4B стадию.

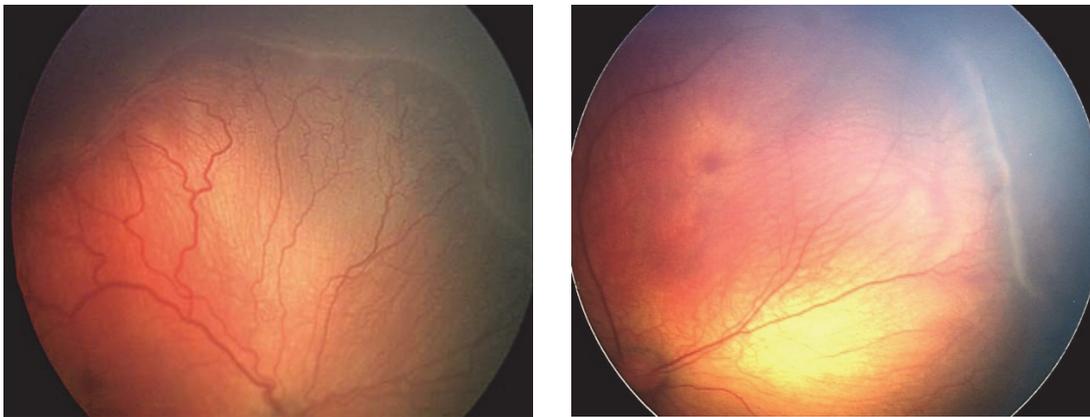


Рисунок 1. РН II стадия (формирование демаркационного вала и проминирование его в полость стекловидного тела)

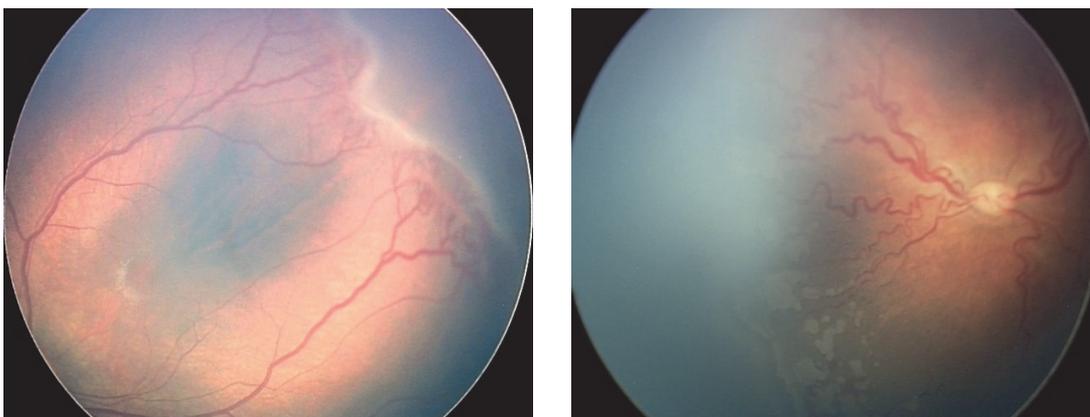
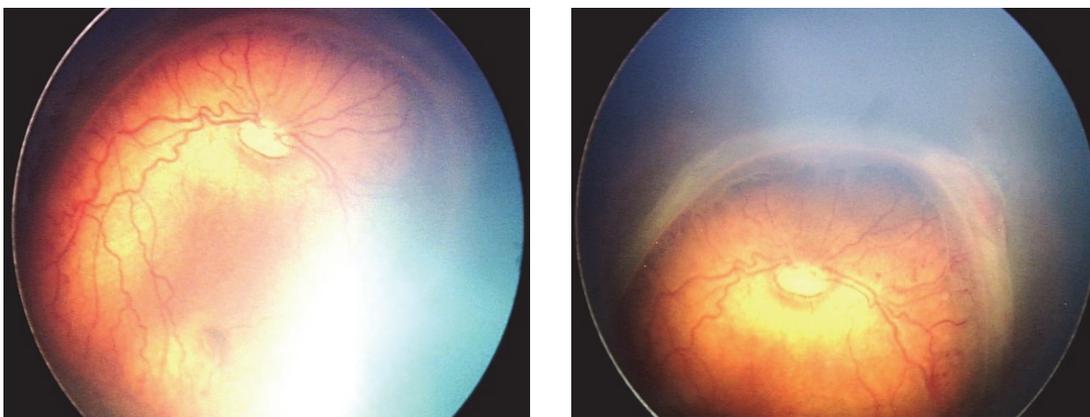


Рисунок 2. РН III стадия (формирование гребня с выраженной экстраретинальной пролиферацией с массивными артериовенозными шунтами)



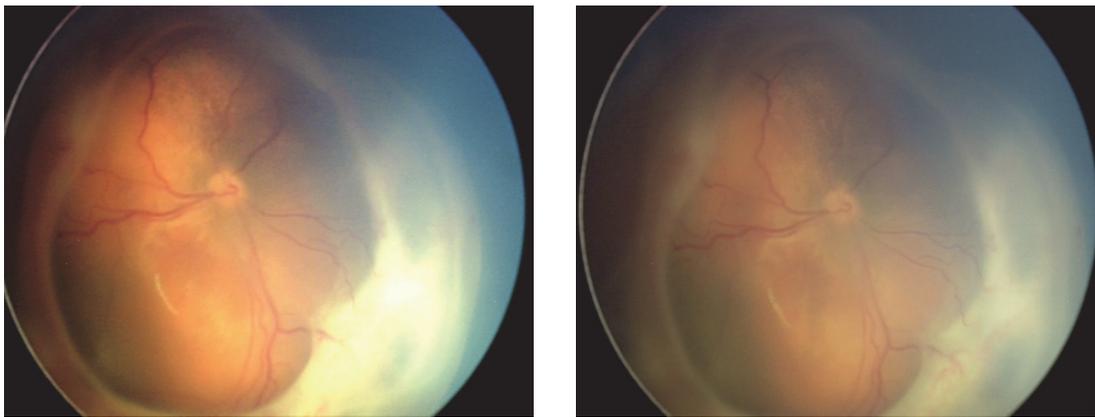


Рисунок 3,4. Ретинопатия недоношенных IV A (экстрафовеальная отслойка сетчатки) и IV B стадии (отслойка сетчатки с захватом макулярной зоны)

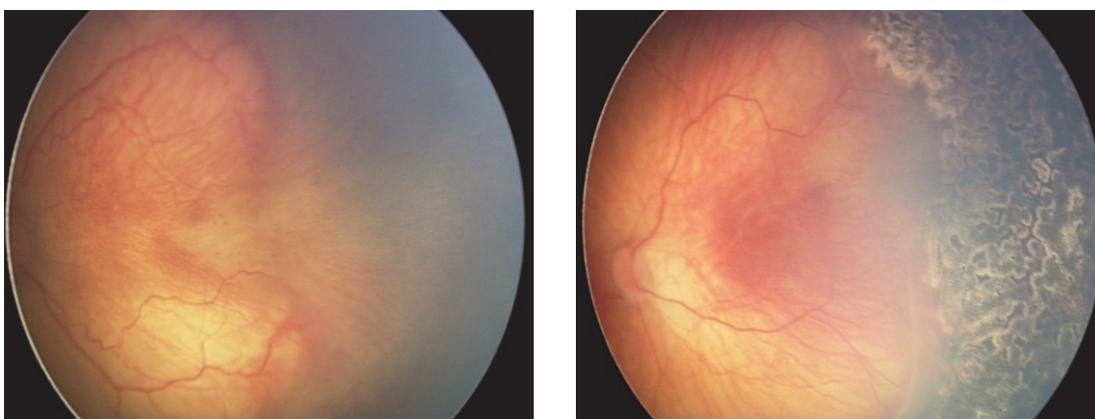


Рисунок 5. Ретинопатия недоношенных III стадия Зона 1 «плюс» болезнь до и через 2 месяца после ЛКС

В ходе проводимого исследования были отмечены некоторые особенности развития глаза у недоношенных новорожденных. Авакулярные зоны, имеющие временной характер с дальнейшим проращением сосудов в аваскулярные зоны или проявления РН, отмечались в 100% случаев у недоношенных новорожденных.

Артериоспазм сетчатки отмечался у детей, рожденных до 34 недель гестационного возраста, и напрямую зависел от срока гестации на момент рождения. У детей, родившихся на сроке гестации 32–34 недели, при осмотре артериоспазм выявлялся в 30% случаев. При сроке гестации на момент рождения 25–27 недель артериоспазм определен в 74% случаев. У данной группы детей гипоксически-ишемические и геморрагические нарушения в ЦНС в 80% случаев сочетались с артериоспазмом сетчатки. По данным доплерографии в передней мозговой артерии индекс резистентности у детей с выраженным артериоспазмом составил, в среднем, $0,78 \pm 0,09$.

Фетальная сосудистая сеть на передней капсуле хрусталика (*tunica vasculosa lentis*) отмечалась только у детей с глубокой морфофункциональной незрелостью, которая впоследствии регрессировала в 100% случаев, сроки рассасывания составили 6–8 недель в постнатальном периоде.

Атрофия зрительного нерва и другие нарушения зрительных функций центрального генеза (церебральные зрительные поражения), основными причинами которых явились гипоксически-ишемические и геморрагические поражения ЦНС, окклюзионная гидроцефалия и нейротрофическая инфекция, выявлены в 10,3% (94 ребенка).

Интересной находкой для нас был случай выявленного ретинита Коатса – 0,1% (1 ребенок) на правом глазу (рисунок 6–7).

Врожденная патология сетчатки и зрительного нерва отмечалась у 14 детей, из которых:

- колобома ДЗН и сосудистой оболочки глаза составила 0,8% (7 детей) (рисунок 8–9);
- врожденная гипоплазия ЗН – 0,6% - 5 детей (рисунок 10);
- синдром расширенной экскавации ДЗН – 0,2% - 2 ребенка (рисунок 11).

Дистрофические очаги на периферии сетчатки выявлены в 3,1% (28 детей).

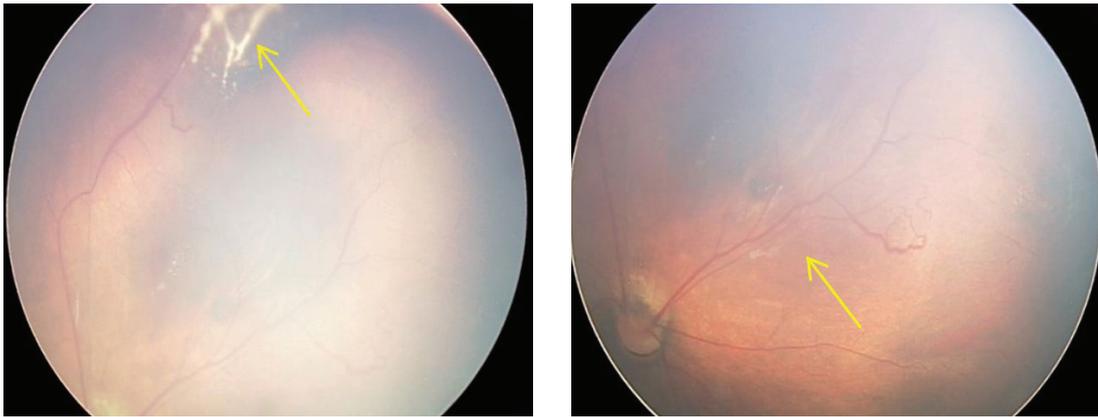


Рисунок 6-7. Ретинит Коатса начальная стадия А-В у ребенка, рожденного с гестационным возрастом 32 недели и массой тела 1870 граммов (отмечаются сосудистые мальформации: телеангиоэктазии, приводящие сосуды и отложение твердого экссудата на периферии)

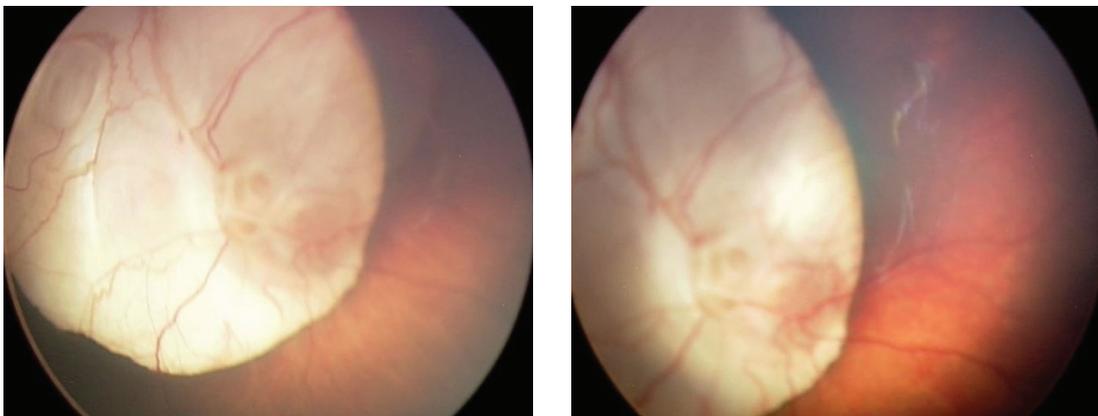


Рисунок 8. Обширная колобома ДЗН и хориоидеи с захватом макулярной зоны у ребенка, рожденного в гестационном возрасте 34 недель с массой тела 2200,0 граммов

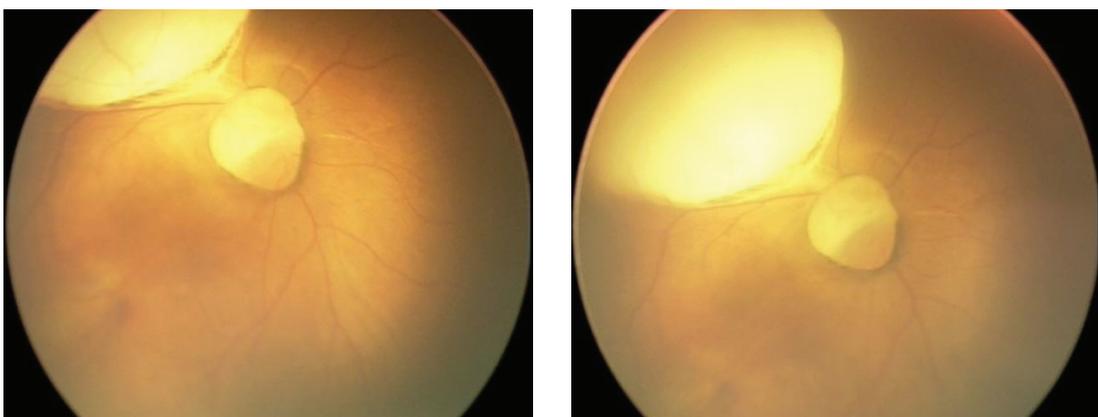


Рисунок 9. Колобома ДЗН и хориоидеи у одного ребенка из двойни, индуцированного по программе ЭКО, рожденного в гестационном возрасте 35 недель с массой тела 2340,0 граммов

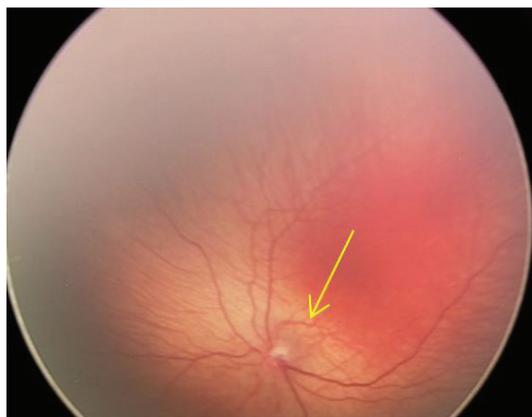


Рисунок 10. Врожденная аномалия (гипоплазия) ДЗН, имеющего розовый цвет, окруженного отграниченным кольцом ослабленной пигментации «симптом двойного кольца» у ребенка, рожденного в 31 неделю с массой тела 1560,0 граммов

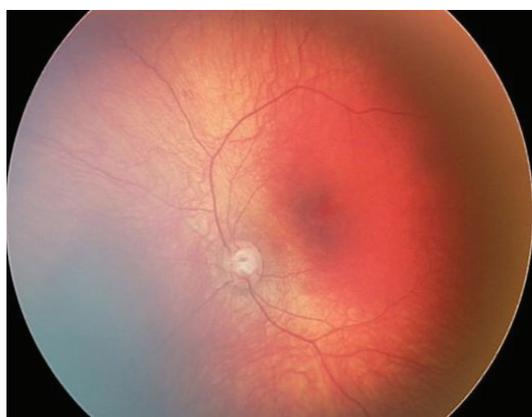


Рисунок 11. Синдром расширенной экскавации ДЗН, выраженное расширение экскавации диска зрительного нерва у ребенка с перивентрикулярной лейкомаляцией, рожденного в гестационном возрасте 36 недель с массой тела 2150 граммов

В группе доношенных новорожденных из 76,2% (301 новорожденный) выявленных изменений офтальмологической патологии в 5,3% (16 детей) патология органа зрения имела стойкий характер (таб. 1).

Таблица 1 - Спектр офтальмологических изменений у доношенных новорожденных в возрасте от 1 до 28 суток жизни

Офтальмопатология	Число детей (n – 395)	
	Абс. число	%
Придаточный аппарат глаза		
Конъюнктивиты	81	20,5%
Кровоизлияния в кожу век	54	13,7%
Нарушение проходимости носослезных путей	9	2,3%
Поражения наружной и средней оболочек глаза		
Конъюнктивальные кровоизлияния	78	19,7%
Врожденное бельмо роговой оболочки	1	0,25%
Помутнение хрусталика	1	0,25%
Врожденная глаукома	1	0,25%
Поражение внутренней оболочки (сетчатки) глаза		

Ангиопатия сетчатки	125	31,6%
Ретинальные кровоизлияния	108	27,3%
Shaken baby syndrom	1	0,25%
Аваскулярные зоны сетчатки	1	0,25%
Колобома диска зрительного нерва	2	0,5%
Гипоплазия ДЗН	3	0,8%
Синдром расширенной экскавации ДЗН	2	0,5%
Аномалия ДЗН типа «утреннего сияния»	1	0,25%

По результатам исследования заслуживает внимания тот факт, что у большинства новорожденных отмечалось сочетание изменений на глазном дне. Например, ангиопатия сетчатки, выражающаяся в резком сужении артерий и расширении вен сетчатки (рисунок 12), сочеталась с ретинальными кровоизлияниями в 75,2% (рисунок 13-14), так же как и конъюнктивальные кровоизлияния, в 59% сочетались с кровоизлияниями в кожу век. Новорожденные дети, имеющие геморрагические изменения органа зрения, в 80% случаев имели

перинатальное поражение ЦНС.

Врожденная патология сетчатки и зрительного нерва установлена в 2% случаев на 2-3 неделе жизни новорожденных детей (рисунок 15). Далее этим детям проводилось дополнительное обследование у невролога и рекомендовано дальнейшее реабилитационное лечение, которое проводилось практически на третьем месяце жизни.

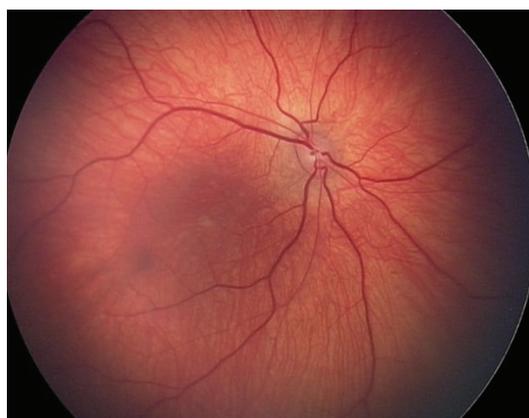


Рисунок 12. Ангиопатия сетчатки

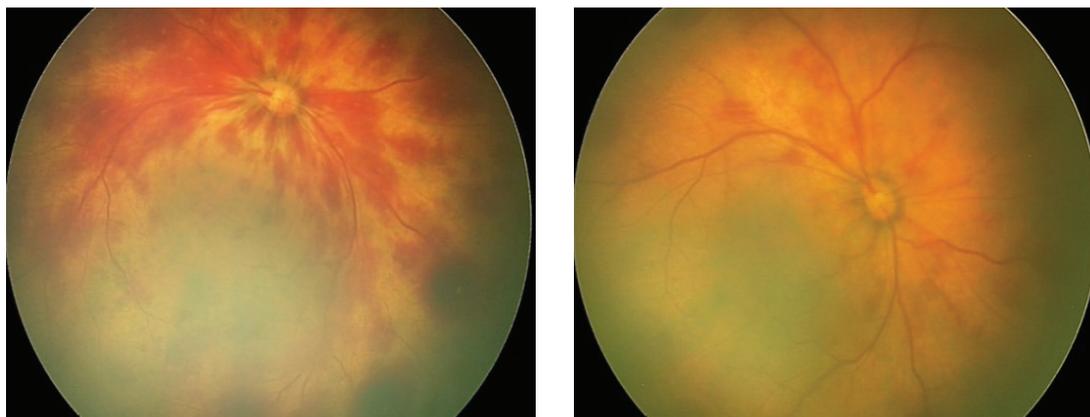


А



Б

Рисунок 13. Ретинальные кровоизлияния у доношенного ребенка с кефалогематомой. А – до лечения. Б – на 14 сутки после комплексного лечения



А

Б

Рисунок 14. Массивные ретинальные кровоизлияния у доношенного ребенка, рожденного путем наложения акушерских щипцов.

А – до лечения. Б - на 10 сутки после комплексного лечения, включающего антиагрегантную, антиоксидантную и сосудодукрепляющую терапию

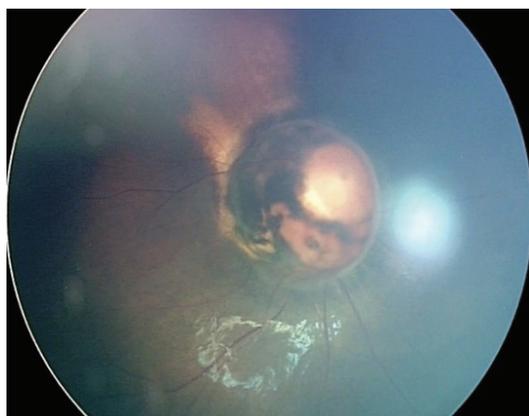


Рисунок 15. Синдром «вьюнка»: увеличенный ДЗН располагается в воронкообразном углублении, в центре воронки немного периферичнее - белая глиальная ткань. Сосуды ДЗН выходят по краям воронки и имеют прямой ход. Данная картина выявлена у доношенного ребенка при первом офтальмологическом осмотре на 4-ой неделе жизни

Выводы:

1. Высокая частота воспалительных изменений придаточного аппарата глаза в раннем неонатальном периоде свидетельствует о неэффективной первичной профилактике глазных инфекций у новорожденных в перинатальных центрах третьего уровня.

2. Высокий процент геморрагических изменений органа зрения у новорожденных детей свидетельствует о наличии выраженных гипоксическо-ишемических и геморрагических поражениях центральной нервной системы.

3. Офтальмологический скрининг недоношенных новорожденных, своевременная диагностика и лазерное

хирургическое лечение привело к повышению эффективности лечения и предотвращению слепоты в 98,3% случаев.

4. Офтальмологическая помощь новорожденным детям на сегодняшний день является главным звеном неонатальной помощи. Учитывая переход на международные стандарты живорождения ВОЗ (выхаживание новорожденных с массой тела при рождении от 500 г и сроком гестации от 22 недель), можно прогнозировать увеличение не только ретинопатии недоношенных, но и другой офтальмопатологии, связанной с перинатальными повреждениями новорожденных.

5. Перинатальная офтальмология, как ветвь детской офтальмологии имеет большие перспективы в планировании организационных мероприятий по ранней диагностике и повышению эффективности оказания офтальмологической помощи новорожденным детям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сайдашева Э.И. Совершенствование офтальмологической помощи новорожденным детям в условиях мегаполиса: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - СПб., 2010. – 37 с.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. М.: Династия, 2003. - 512 с.
3. Володин Н.Н., Медведев М.И., Горбунов А.В. Компьютерная томография в комплексной диагностике при гипоксически-ишемических поражениях головного мозга // Рос. Вестн. Перинатол. и педиатр. 2003. - № 1. - С. 19 - 25.
4. Либман Е.С. Инвалидность вследствие патологии органа зрения В кн. «Офтальмология. Национальное руководство» // под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 19-26.
5. Фомина Н.В. Ранняя диагностика и лечение активной фазы ретинопатии недоношенных: автореф. дисс. канд. мед. наук.- СПб., 1999. - 19 с.
6. Коголева Л.В. Активная ретинопатия недоношенных, клинические особенности и исходы: автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 2000. – 20 с.
7. Gilbert C. // Final Program and Abstract Book «World ROP Meeting». – Vilnius, 2006. – P.45-46.
8. Асташева И.Б. Диагностика и прогнозирование активной и рубцовой ретинопатии недоношенных: автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 2002. – 24 с.
9. Катаргина Л.А. Задачи и проблемы организации раннего выявления и лечения ретинопатии недоношенных // Вопросы практической педиатрии. - 2007. – Т.2, № 1. - С.22-26.
10. Терещенко А.В. Современная система диагностики, лечения и организации высокотехнологичной офтальмологической помощи детям с активными стадиями ретинопатии недоношенных: дисс...докт. мед.наук - М., 2014. – 304 с.
11. Holmstrom G., Azazi M., Jacobson L. Epidemiology of Retinopathy of Prematurity in the Stocgolm area Sweden // Acta Ophthalmol Suppl. – 1993.- Vol. – 210, № 4. – P. 44-47.
12. Парамей О.В. Заболевания глаз у детей с патологией перинатального периода: Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1999. - 47 с.
13. Молчанова Е.В. Селективный скрининг по выявлению офтальмопатологии у доношенных новорожденных: автореф. дисс...канд.мед.наук. М., 2008. – 42 с.
14. Парамей О.В. Вспомогательные репродуктивные технологии и состояние органа зрения у потомства // Невские горизонты: Мат. Научно-практической конференции.- СПб., 2010. – С. 35-40.
15. Пономарева Л.П., Парамей О.В., Молчанова Е.В. Неонатальный офтальмологический скрининг. Пособие для врачей неонатологов, педиатров, акушер-гинекологов, офтальмологов. – М., 2008. – 19 с.
16. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001. - 640 с.
17. Безматерных Т.В. Кефалогематома, как натальная травма плода// Перинатальная неврология: Мат. 2-го съезда РАСПМ.-М.,1997. -С.64-65.
18. Летнева И.А. Поражения зрительной системы у детей с перивентрикулярной лейкомаляцией: Автореф. дисс. канд.мед.наук. -М., 2004.- С.25.
19. Early treatment for retinopathy of prematurity cooperative group. Revised indications for the treatment of retinopathy of prematurity: results of the early treatment for retinopathy of prematurity randomized trial. Arch. Ophthalmol.2003; 121 (12): 1684–94.9

РЕЗЮМЕ

Перспективы развития перинатальной офтальмологии
А.У. Шарипова, Л.Н. Оразбеков, Р.Б. Бахытбек, С.А. Смагулова, М.Е. Ерболулы

В статье представлены результаты офтальмологической патологии у новорожденных, находившихся на выхаживании в перинатальном центре третьего уровня г. Алматы. Под наблюдением находилось 1300 новорожденных детей, из которых недоношенные новорожденные составили 905 детей (69,6%), доношенные – 395 детей (30,4%). В ходе проводимого исследования установлено, что офтальмопатология у доношенных новорожденных составила 76,2%, из которых в 5,3% случаев имела стойкий и необратимый характер. Высокий процент геморрагических изменений органа зрения у доношенных новорожденных свидетельствует о наличии выраженных гипоксически-ишемических и геморрагических поражениях центральной нервной системы.

У недоношенных новорожденных офтальмопатология составила 86,5%, из которых на первом месте - инфекционно-воспалительные заболевания глаз и слезоотводящих путей, они составили 41,8%. Ретинопатия недоношенных различных стадий составила 34,2%, из них в 19,7 % проводилось лазерное хирургическое лечение. Эффективность ЛКС составила 98,3%, в одном случае на обоих глазах отмечался переход в 4B стадию.

ТҰЖЫРЫМ

Периналатьді офтальмологияның даму болашағы
А.У. Шарипова, Л.Н. Оразбеков, Р.Б. Бахытбек, С.А. Смагулова, М.Е. Ерболулы
Қазақ көз аурулары ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ., Қазақстан

Кілттік сөздер: жаңа туылған балалар, шала туылған балалардағы ретинопатия, офтальмопатология.

Мақалада Алматы қаласындағы үшінші деңгейлік перинатальды орталықта күтім алған жаңа туылған нәрестелердегі офтальмологиялық патологиялардың нәтижелері ұсынылады. Бақылауға жалпы 1300 жаңа туылған нәресте алынды, оның ішінде шала туылған балалар – 905 (69,6%), мерзімінде туылған балалар 395 (30,4%). Зерттеу барысында офтальмопатология мерзіміне жетіп туылған балалар арасында 76,2% құрады, оның ішінде 5,3% жағдайда офтальмопатология тұрақты және қайтымсыз сипат алды. Көру ағзасының жоғары пайызда геморрагиялық өзгерістердің орын алуы орталық жүйке жүйесінде айқын гипоксиялық- ишемиялық және геморрагиялық өзгерістердің болғандығын дәлелдейді.

Шала туылған балаларда офтальмопатия 86,5% көрсетті, бірінші орында (41,8%) көз және жас алып кетуші жолдардың инфекциялық- қабынулық аурулары орын алды. Әр түрлі сатыдағы шала туылған балалар ретинопатиясы 34,2% құрады, 19,7% лазерлі хирургиялық ем алды. Торлы қабаттың лазеркоагуляция эффективтілігі 98,3% құрады, бір жағдайда ғана екі көзде де 4B сатысына өтті.

SUMMARY

Prospects of development perinatal ophthalmology
A.U. Sharipova, L.N. Orazbekov, R.B. Bakhytbek, S.A. Smagulova, M. E. Yerboluly
Kazakh Scientific Research Institute of Eye Diseases
Almaty, Kazakhstan

Key words: newborns, retinopathy of premature newborns, ophthalmopathology

The article presents the results of ophthalmologic pathology in newborns who were on nursing care in the perinatal center of the third level in Almaty. Under observation were 1300 newborns, of which premature newborns were 905 children (69,6%), full-term newborns were 395 children (30,4%). In the course of the study, it was established that ophthalmopathology in full-term newborns was 76,2%, of which 5,3 % were persistent and irreversible. A high percentage of eye organ's hemorrhagic alterations in full-term newborns indicate presence of pronounced hypoxic- ischemic and hemorrhagic lesions of the central nervous system.

In premature newborns ophthalmopathology was 86,5%, of which infection and inflammatory diseases of eye and lacrimal pathway were first and accounted for 41,8%. Retinopathy of prematurity of various stages was 34,2%, of which 19,7% were treated by laser surgical treatment. The effectiveness of retinal laser coagulation was 98,3%, in one case both eyes showed transition to 4B stage.

АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Б.И. Исергеева, Р.Б. Бахытбек, М.Е. Ерболулы, С.Е. Умбеталиева

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

Ключевые слова. Конъюнктивиты, блефариты, кератиты, инфекции, веки, дети.

Конъюнктивиты, по данным ряда авторов, составляют от 40 до 70% среди всех воспалительных заболеваний глаз у детей. Помимо анатомического строения глазного яблока к такой частоте располагают особенности детского организма: несовершенство иммунной системы, очаги хронической инфекции, несоблюдение гигиены и неосознанная привычка «тереть глаза руками». Учитывая огромный арсенал лекарственных препаратов, адекватная медикаментозная этиотропная терапия позволяет быстро и эффективно купировать воспаление слизистой глаза [1].

Необходимо помнить, что антибиотики аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин) обладают большей сенсibilизационной активностью по сравнению с фторхинолонами и меньшим спектром антибактериальной активности, вследствие чего последние по-прежнему входят в «золотой стандарт» лечения бактериальных инфекций глазной поверхности [2].

Известно, что любые воспалительные процессы конъюнктивы приводят к транзиторному синдрому сухого глаза, с целью коррекции которого в алгоритм лечения конъюнктивитов обязательно должна входить слезозаместительная терапия сроком не менее месяца после клинического выздоровления. В противном случае, дети, реагируя на любой дискомфорт в глазах «чесанием», механически самоинфицируются, что приводит к рецидивированию процесса и возникновению осложнений [3].

Аналогичная ситуация возникает и при лечении блефароconjunctivитов. Однако, воспалительные процессы век, часто имеющие токсико-аллергический характер, как известно, нередко связаны с глистной инвазией, лямблиозом, проблемами желчных путей, запорами и т.д. Поэтому детям с рецидивирующими блефаритами в обязательном порядке необходима консультация гастроэнтеролога, коррекция диеты с исключением жирной,

жареной пищи, фаст-фуда, популярных экзотических блюд типа суши, сладких газированных напитков.

Противопаразитарная терапия по согласованию с педиатром, паразитологом, желательна даже при отрицательном результате лабораторного обследования у детей с привычкой сосать палец, грызть ногти и т.д., особенно при токсико-аллергическом компоненте воспаления, а так же общем неблагоприятном аллергическом фоне, эозинофилии. Наличие у ребенка таких вредных привычек обуславливает повторное заражение после проведенного эффективного лечения, о чем необходимо информировать родителей, особенно в случаях их недовольства рецидивирующим характером болезни. Необходимо проводить разъяснительные беседы с родителями ребенка о системном комплексном подходе к лечению совместно с педиатром, гастроэнтерологом, паразитологом, инфекционистом, а так же отказе от вредных привычек, в том числе пищевых [4].

Зачастую хронические рецидивирующие блефароconjunctivиты приводят к поражению роговой оболочки глаза, развитию кератитов с последующим стойким снижением зрения вследствие помутнений, васкуляризации роговицы. При осмотре таких детей необходимо обратить внимание на состояние век, ресничного края – наличие рубцовых изменений в исходе вскрывшихся самостоятельно либо хирургическим путем, ячменей (рис.1).

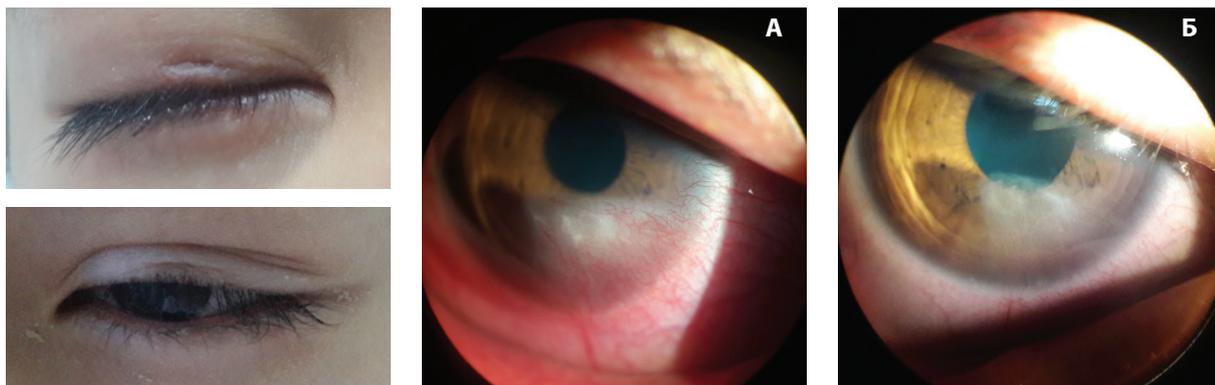


Рисунок 1. Пациент 9 лет с рубцовыми изменениями век, обострением хронического блефароконъюнктивита, кератитом с обширным глубоким инфильтратом с васкуляризацией: а – до лечения, б – 10 день лечения

Нельзя забывать и об одонтогенных воспалительных процессах, особенно у детей с воспалительными процессами глаз с так называемой «невъясненной этиологией». В представленном ниже

клиническом примере (рис. 2) пациента 7 лет с упорными хроническими кератоконъюнктивитами, глубокими инфильтратами с васкуляризацией, обследованного по месту жительства на вирусные инфекции, зоонозы и т.д., все результаты были отрицательными.



Рисунок 2. Кариозно измененные зубы у пациента с рецидивирующим блефаро-кератоконъюнктивитом

При осмотре офтальмологом ротовой полости обнаружено крайне неудовлетворительное состояние зубов – кариозно измененные, частично разрушенные, с практически отсутствующей полноценной жевательной поверхностью. Все это в данном случае явилось не только одонтогенным очагом инфекции, но и не позволяло ребенку нормально пережевывать пищу, что в свою очередь приводило к алиментарному дефициту белка, микроэлементов и т.д., снижая в конечном итоге иммунитет пациента. С родителями проведена разъяснительная беседа, в течение года после санации ротовой полости отмечалась стойкая ремиссия, но сформировавшиеся ранее

помутнения вызвали значительное снижение зрения.

Таким образом, местная симптоматическая терапия при кератитах без выявления этиологии процесса является одной из причин длительного затяжного течения процесса, с развитием помутнения роговицы и снижением зрительных функций.

Отдельного внимания заслуживает процедура массажа век при хронических блефаритах. Традиционный массаж с использованием стеклянной палочки у детей до 5-7 лет является недопустимо болезненной манипуляцией, технически выполним, в основном, путем связывания ребенка. Курс таких физических и психологических воздействий вызывает в большинстве случаев психотравму, страх перед любым посещением мед.учреждения и делает обычный осмотр офтальмолога невыполнимым без принудительной фиксации ребенка и применения векоподъемников (рис. 3).



Рисунок 3. Осмотр ребенка 3 лет с язвой роговицы на фоне хронического блефароконъюнктивита

Помимо неприемлемого психо-физического воздействия, в таких случаях использование инструментов дополнительно травмирует ткани глаза, требует анестезии и превращает обычную биомикроскопию в контактную процедуру с соответствующим увеличением рисков дополнительного инфицирования. Сопровождающие такой осмотр крики ребенка, его сопротивление, закатывание глаз и т.д. значительно снижает качество биомикроскопии в сравнении с обычным осмотром.

Не всегда офтальмологическое обследование зависит напрямую от возраста ребенка, необходимо учи-

тывать множество факторов: психо-соматическое состояние, сопутствующий гипертензионный синдром, настроение и характер ребенка и т.д. Умение родителей и врача настроить ребенка на спокойный осмотр без принудительной фиксации требует большой работы с каждой стороны, в результате чего возможно проведение качественной биомикроскопии даже у совсем маленьких детей (рис. 4).



Рисунок 4. Осмотр ребенка 1 год 8 мес. с язвой роговицы

Несомненно, каждый случай индивидуален, подобный добровольный осмотр ребенка – большая редкость и удача для офтальмолога, но необходимо стремиться к минимализации насилия, прилагая максимум усилий, изобретательности, хотя это и требует больше времени и внимания врача.

Так же актуальна проблема применения периокулярных инъекций у детей. Зарубежные коллеги отказались от подобной практики еще в 90-е годы, в Казахстане однако, такие процедуры – неотъемлемая часть лечения большинства стационаров. В случае тяжелых травм, увеитов, эндофтальмитов инъекции могут

быть необходимы, причем при последних речь идет об интравитреальном введении препаратов. Совершенно неоправданным является назначение периокулярных инъекций детям с кератитами, для эффективного лечения которых существует огромный современный арсенал инстилляционных препаратов с высокой эффективностью. Применение таких препаратов как Полудан, Интерферон для периокулярных инъекций при вирусных кератитах,

Тауфон, Эмоксипин в качестве трофической терапии при миопии и другой офтальмопатологии – является грубым нарушением Протоколов диагностики и лечения, регламентированными в соответствии с законодательством РК.

Таким образом, алгоритм диагностики и лечения хронических блефароконъюнктивитов у детей включает:

1. Общий анализ крови, с акцентом на количество эозинофилов.

По показаниям – сахар крови.

2. Обследование на гельминты, лямблии.

3. При необходимости – системное лечение совместно с инфекционистом, противопаразитарная терапия.

4. Выявление и санация хронических очагов инфекции. Гигиена.

5. Коррекция диеты, стол №5.

6. Коррекция работы кишечника.

Профилактика запоров: нормализация водно-питьевой нагрузки, кисло-молочные продукты (без сахара) с целью нормализации микрофлоры.

7. При необходимости – консультация гастроэнтеролога, УЗИ желчных путей, печени.

8. Медикаментозная терапия, включающая инстилляции антибиотиков фторхинолонового ряда и мазевые формы, комбинированные с кортикостероидами. При нарушении целостности эпителия роговицы, кератитах – мазевые формы с кортикостероидами – только на кожу век, наружно!

9. Слезозаместительная терапия в течение 1 месяца после купирования признаков блефароконъюнктивита, кератита.

10. Коррекция рефракционных нарушений (привычка щуриться приводит к застою в мейбомиевых железах, фактор развития хронических блефаритов).

11. Вне обострения, при необходимости массажа век, применять самомассаж. Мама 1-2 минуты теплыми пальцами массирует поверхность век ребенка по направлению от периферии век к глазной щели.

12. Общеукрепляющие мероприятия, повышающие иммунитет: полноценное питание, физическая активность, свежий воздух, профилактика ОРВИ.

13. Периокулярные инъекции не требуются. При отсутствии других очагов инфекции (носоглотка, пазухи, стрептодермия, фурункулез, т.д.) – системная антибактериальная терапия не показана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронцова Т.Н. Прозорная Л.П. Особенности терапии бактериальных конъюнктивитов у детей / Офтальмология. – 2014. – Т. 11. - №4. – С. 87-92

2. Куликов А.Ю, Серпик В.Г. Фармакоэкономическое исследование лечения бактериального конъюнктивита антибактериальными лекарственными средствами фторхинолонов / Фармакоэкономика. – 2011. - №4. – С. 69-74.

3. Полуниин Г.С., Сафонова Т.Н., Федоров А.А., Полунина Е.Г., Пимениди М.К., Забегайло А.О. Роль хронических блефароконъюнктивитов в развитии синдрома сухого глаза / Бюллетень СО РАМН. – 2009. - № 4. – С. 123-126.

4. Чилингарян Л.Б., Майчук Д.Ю., Пронкин И.А., Григорян А.Р. Влияние глистной инвазии кишечника на рецидивирование токсико-аллергического кератита у детей / Офтальмохирургия. - 2012. - №1. - С. 89-91.

5. Roth-Isigkeit A., Thyen U., Stöven H., Schwarzenberger J., Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors / Pediatrics. – 2005. – Vol.115. - P.1118.

РЕЗЮМЕ

Алгоритмы ведения детей с заболеваниями глазной поверхности.

В помощь практическому врачу.

Исергепова Б.И., Бахытбек Р.Б., Ерболулы М.Е., Умбеталиева С.Е.

Казахский НИИ глазных болезней

Ключевые слова. Конъюнктивиты, блефариты, кератиты, инфекции, веки, дети. В статье приведены оптимальные схемы диагностики, лечения детей с хроническими воспалительными заболеваниями глазной поверхности. Указаны типичные ошибки детских офтальмологов, причины рецидивирования и низкой эффективности лечения. Представлены четкие последовательные этапы диагностики и лечения блефаритов, кератоконъюнктивитов, на фоне которых нередко развиваются кератиты, приводящие к необратимому снижению зрения у детей.

ТҰЖЫРЫМ

Балалардағы көздің беткі қабатының ауруларын жүргізу алгоритмі.
Жалпы тәжірбие дәрігеріне көмек.
Исергепова Б.И., Бахытбек Р.Б., Ерболулы М.Е., Умбеталиева С.Е.
Қазақ Көз аурулары Ғылыми - Зерттеу институты

Кілттік сөздер. Конъюнктивит, блефарит, кератит, инфекция, қабақ, балалар. Мақалада балалардағы көз беткейіндегі созылмалы қабыну ауруларының оңтайлы диагностикалау және емдеу жоспары көрсетілген. Сонымен қатар рецидивке және емнің төмен эффективтілігіне алып келетін балалар офтальмологтарының жиі кездесетін қателіктері көрсетілген. Балаларда көру қабілетінің қайта қалпына келмейтін кератиттің дамуына алып келетін блефариттің, кератоconjunctivиттің диагностикалау және емдеу жоспарының реттілігі көрсетілген.

SUMMARY

Algorithms for managing children with diseases of the eye surface.
To assist a practical doctor.
Isergepova B.I., Bakhytbek R.B., Erboluly M.E., Umbetalieva S.E.
Kazakh Research Institute of Eye Diseases

Keywords. Conjunctivitis, blepharitis, keratitis, infections, eyelids, children. The article presents optimal patterns of diagnosis, treatment of children with chronic inflammatory diseases of the eye surface. In this article are reflected mistakes of children's ophthalmologists, the causes of recurrence and low effectiveness of treatment. Also represented diagnostic phase and treatment of blepharitis, keratoconjunctivitis, that form the background keratitis often developed, causing to an irreversible decrease the eyesight of children.

ГРНТИ 76.29.56

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ У ШКОЛЬНИКОВ (литературный обзор)

Д.С. Искакбаева, Р.Б. Бахытбек, М.Е. Ерболулы

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

Ключевые слова: миопия, школьники, профилактика.
Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший индикатор благополучия общества и государства. Охрана зрения детей – одна из актуальных проблем офтальмологии, педиатрии и школьной гигиены [1, 2]. Одним из самых значимых периодов развития нарушений зрения у детей признан период школьного обучения. За эти годы количество детей с нарушениями зрения увеличивается в 2,5-3 раза, причем в инновационных и специализированных школах потеря зрения более существенна, чем в традиционных. Сниженное

зрение – это постоянный дискомфорт, который способствует психологической и социальной дезадаптации детей. Аномалии рефракции остаются лидирующей причиной слабовидения у детей и подростков. Близорукость составляет 20-25% в структуре всех глазных болезней, а ее осложненная форма занимает первое место среди причин инвалидности по зрению у детей. Увеличению распространенности миопии у школь-

ников способствует интенсификация информационного обеспечения образовательного процесса, сопровождающегося дополнительными зрительными нагрузками.

Приоритетным направлением считается разработка мер по сохранению и укреплению здоровья школьников. Основное место в данной системе мер занимает профилактика «школьных болезней», в том числе профилактика снижения остроты зрения [3, 4, 5, 6, 7]. Авторами изучалась роль медико-биологических, социально-гигиенических, поведенческих и других факторов на формирование миопии.

Значимость школьного скринингового обследования зрения является бесспорной, поскольку своевременное выявление, в частности, функциональных расстройств, их профилактика и устранение является основным этапом снижения уровня заболеваемости [8, 9, 10].

Важным является раннее выявление так называемых «групп риска» – учащихся с предмиопией и спазмом аккомодации. КазНИИ глазных болезней совместно с Центром формирования здорового образа жизни в 2004 году имели опыт проведения такого мероприятия – декадника по профилактике близорукости [11]. Было осмотрено 681655 детей. Результаты декадника свидетельствовали о том, что охват школьников декретированного возраста (12 лет) практически составил, в среднем, 82,5% от численности целевой группы. Было установлено, что каждый 10-й школьник страны имеет патологию органа зрения. Все это указывало на крайнюю необходимость усиления мер по охране зрения детей и подростков и профилактике заболеваний органа зрения.

В настоящее время проводится внедрение программы дистантного скрининг-обследования, разработанной и апробированной на практике рабочей группой Новосибирского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» с целью раннего выявления школьников со сниженным зрением. Внедрение данной методики дало возможность повысить эффективность скринингового обследования зрения школьников в 3,5-5 раз. Эти возможности дистантного скрининга для охвата как можно большего числа учеников очень значимы, учитывая тот факт, что при этом нет необходимости

привлечения медицинских работников [12, 13].

Снижение возраста поступления в школу ставит перед медицинской наукой и практикой ряд проблем, направленных на охрану здоровья подрастающего поколения. Различия в состоянии здоровья в начальный период при обучении детей с шестилетнего возраста по экспериментальным программам выявлены на втором году обучения. Они выразились в меньших темпах роста и несколько большей общей заболеваемости детей экспериментальных классов по сравнению с поступившими в школу в 7 лет [14, 15].

Повсеместное открытие школ, предусматривающих повышенную зрительную нагрузку (гимназии, лицеи, инновационные школы), привело к увеличению числа детей с миопией [16]. Шиллер С.И. в своей работе на основе комплексного медико-социального исследования распространенности миопии среди школьников, обучающихся по инновационным программам, провела анализ факторов, формирующих миопию, а также разработала программу совершенствования профилактики миопии среди детей школьного возраста [17].

При оценке силы суммарных влияний факторов на развитие миопии у школьников-гимназистов было выявлено, что факторы зрительной нагрузки имеют наибольшее влияние: у мальчиков они составляют 52,8%, у девочек – 51,7%. На втором месте – поведенческие, соответственно 39,00% и 41,61%, на третьем – питания – 36,46% и 41,38%, четвертом – медико-биологические – 24,80% и 29,09%, пятом месте – социально-гигиенические – 20,69% и 27,74%.

Выявление роли наиболее значимых медико-биологических, социальных, гигиенических, поведенческих факторов позволяет через персонифицированную прогностическую матрицу вероятности риска формирования миопии среди школьников-гимназистов проводить своевременную скрининг-диагностику и профилактическую работу на индивидуальном и групповом уровнях. Разработанная программа профилактики включает требования по возможному снижению всего спектра факторов риска в условиях образовательного учреждения и в домашних условиях, а также максимальное использование факторов оздоровления на индивидуальном и групповом уровнях.

Немаловажным фактором в возникновении и прогрессировании близорукости у детей являются сопутствующие общие заболевания. В результате проведенных комплексных клиничко-функциональных обследований учащихся с близорукостью выявлены различные патологические состояния, своевременная терапия которых приводит к стабилизации миопического процесса и уменьшению риска развития миопии [18, 19, 20, 21, 22]. Определена роль офтальмолога, гастроэнтеролога, кардиолога и других специалистов в обследовании детей с близорукостью, сочетающейся с экстраокулярной патологией.

В профилактике развития и прогрессирования близорукости важную роль играют физические упражнения [23, 24]. Однако в методике их применения скрыты еще значительные резервы. Так, Героева И.В. и ряд авторов

считают перспективным совершенствование методики упражнений для развития силовой статической выносливости мышц туловища, способствующей сохранению нормальной рабочей позы у детей с миопией и предмиопией [25]. Была установлена зависимость между снижением запаса относительной аккомодации при миопии и предмиопии и недостаточностью силовой статической выносливости мышц туловища у младших школьников. Разработана методика развития статической силовой выносливости мышц туловища и адаптированы спортивные игры для тренировки аппарата аккомодации, наружных мышц глаза и периферического зрения. Разработана программа подготовки будущих учителей физической культуры к работе по профилактике близорукости у школьников средствами физического воспитания.

Большое влияние на развитие методических подходов к профилактике близорукости оказали аккомодационные гипотезы ее происхождения, согласно которым в основе развития близорукости лежит длительное напряжение аккомодации под влиянием зрительной работы на близком расстоянии [26, 27]. Впоследствии

были предложены различные методы воздействия на аппарат аккомодации с целью его расслабления и тренировки.

Наряду с медикаментозными средствами к функциональным методам лечения близорукости относятся аппаратные методы лечения, связанные с воздействием на аккомодацию глаза [28, 29, 30, 31, 32]. Основной целью аппаратных и медикаментозных методов лечения является нормализация работы цилиарной мышцы глаза [33, 34].

Учитывая негативную тенденцию к увеличению числа школьников с миопией и предмиопическими состояниями, в последнее десятилетие остается актуальным дальнейшее изучение и разработка эффективных мероприятий по профилактике возникновения и прогрессирования миопии у школьников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки.- М., 2006.- 505 с.
2. Баранов А.А. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности//А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева// Руководство для врачей: М.,2006.-С.349.
3. Беляева М.Ю. Состояние зрительных функций у учащихся школ-гимназий в современных условиях // Сб. тезис. 7-й научно-практич. конф. «Актуальные проблемы офтальмологии». М., 2004. -С.7-10.
4. Ватченко А.А. Аспекты патогенеза, лечения и профилактики близорукости у детей // В сб. «Актуальные проблемы теоретической и практической медицины».- Киев, 1991.-С.249- 250.
5. Аветисов Э.С., Розенблюм Ю.З., Тарутта Е.П. Профилактика близорукости // Вестн. офтальм.- 1989.- № 6. - С. 3-6.
6. Аветисов Э.С. Патогенез близорукости, профилактика ее прогрессирования и осложнений / Э.А. Аветисов.- М., 1990. – 312 с.
7. Аспекты патогенеза, лечения и профилактики близорукости у детей / А.А. Ватченко и др. // Актуальные проблемы теоретической и практической медицины: сб. науч. ст.- Киев, 1991. - С. 244-249.
8. Асташева И.Б. Гусева М.Р., Е.Ю. Маркова, Сидоренко Е.И. «Скрининговые методы диагностики зрительных функций у детей»// Методические рекомендации.- М., 2002.- 31 с.
9. Yawn V.P., Lydick E.G., Epstein R. et al. Is school vision screening effective? // J. Sch. Health. – 1996. – Vol. 66. – P. 171-175.
10. Kvarnstrom G., Jakobsson P., Lennerstrand G. Visual screening of Swedish children: an ophthalmological evaluation // ActaOphthalmol. Scand. – 2001. – Vol. 79. – P. 240-244.
11. Аубакирова А.Ж., Кульжанов М.К., Токсанбаева Г.К., Джанабаев Ч.Д. Причины снижения зрения у детей 12 лет по данным республиканского декадника // Материалы 5-ой междунар. конференции «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения» - Алматы.- 2006. – С.19-22.
12. Черных В.В., Плисов И.Л., Чернышевский А.Л. Дистантное скрининговое обследование зрения школьников как метод диспансеризации // Офтальмохирургия. - № 3. - 2015. – С.75-77.
13. Алдашева Н.А., Искамбаева Д.С., Бахытбек Р.Б., Ерболулы М.Е., Токсанбаев Б.К. Результаты дистантного скринингового обследования школьников // Офтальмологический журнал Казахстана. - № 1-2. - 2018. – С.92-95.
14. Давыдок А.М. Гигиенические принципы организации учебного процесса в общеобразовательной школе при начале обучения с шестилетнего возраста // Диссертация на соискание ученой степени канд. биол.наук.- Минск, 1985. - 166 с.

15. Жукова Е.А. Острота зрения, зрительное восприятие и факторы, влияющие на них, у младших школьников: Дисс... канд. биол. наук: Киров, 2004. - 266 с.
16. Искакбаева Д.С. Изучение частоты близорукости у школьников и разработка методов ее лечения // Диссертация на соискание ученой степени канд.мед.наук.- Алматы. - 2004. - 93 с.
17. Шиллер С.И. Медико-социальные аспекты профилактики миопии среди школьников, обучающихся по инновационным программам // Диссертация на соискание ученой степени канд.мед.наук.- Казань. - 2012. - 166 с.
18. Смирнова Т.С. О связи близорукости с общим состоянием организма и некоторых особенностях ее развития у школьников: Автореф. дисс... канд. мед. наук-М., 1980.- Bishop A. M. Vision screening of children / A. M. Bishop // Ophthalmic Physiol. Opt. 1991,-Vol. 11, N1. - P. 3-9.
19. Гусева М.Р. Изменения органа зрения у детей при общих заболеваниях // Клиническая офтальмология.- 2001.- т. 2, С. 135-141.
20. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании //Вестник РАМН.- 2009.- № 5.- С. 6-11.
21. Кожанова М.И. Анализ взаимосвязи патологии органа зрения с психосоматическим состоянием и профилактика прогрессирования близорукости у подростков: Автореф. дисс...канд. мед. наук.- М., 2002.-23 с.
22. Виденина И.В. Роль вегетативно-нервной системы в развитии отдельных форм миопии у детей дошкольного и школьного возраста / И.В. Виденина // Офтальмологический журнал.- 1992. - № 5-6. - С. 262-264.
23. Аветисов Э.С., Ливадо Е.С., Курпан Ю.И. Занятие физической культурой при близорукости. Москва, «Физкультура и спорт».-1983.-С.18-23.
24. Шалгинова В.И. Профилактика нарушений зрения у младших школьников средствами физкультурно-оздоровительной деятельности // дисс. канд. пед. наук. – Омск.- 2000. - 168 с.
25. Героева И.В. Методика профилактики близорукости у младших школьников средствами физического воспитания // Диссертация на соискание ученой степени канд.пед.наук.- Москва. - 1996. - 166 с.
26. Дашевский А.И. Ложная близорукость.- М., 1973.- 192 с.
27. Катаргина Л.А. с соавт. Аккомодация. Руководство для врачей. -2009.- С.-112.
28. Ватченко А.А. Аспекты патогенеза, лечения и профилактики близорукости у детей // В сб. «Актуальные проблемы теоретической и практической медицины» Киев, 1991.-С.249- 250.
29. Репин А.Л. Современные технологии профилактики миопии в процессе общего образования сельских школьников (на примере Алтайского края) // Дисс... канд. мед. наук: Новокузнецк, 2010.- 120 с.
30. Волков В.В. О вероятных механизмах миопизации глаза в школьные годы / В.В. Волков // Офтальмологический журнал.- 1998. - № 3. - С. 129132.
31. Волкова Л.П. // О профилактике близорукости у детей. - Вестн. офтальмол.-2006.- № 2.- С.24.
32. Ермолаев А.В. Социологическое обоснование комплекса мероприятий по профилактике глазной патологии у детей: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Астрахань, 2004. - 23 с.
33. Голованова Т.П. Система профилактики и лечения спазма аккомодации и аномалий рефракции в условиях школьного обучения: Автореф. дисс. канд. мед. наук.- М., 2006.- 23 с.
34. Казачкова Н.Ф. Сохранение и развитие зрения у школьников через профилактику // Материалы VIII Съезда офтальмологов России, 1-4 июня 2005 г., Москва.- М., Издательство Центр МНТК «Микрохирургия глаза».- 2005.- С.353-354.

РЕЗЮМЕ

Профилактика возникновения и прогрессирования миопии у школьников
(литературный обзор)

Искакбаева Д.С., Бахытбек Р.Б., Ерболулы М.Е.
Казахский НИИ глазных болезней

В статье представлен литературный обзор по вопросам профилактики возникновения и прогрессирования миопии у детей школьного возраста.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада мектеп жасындағы балаларда миопияның пайда болуы және ары қарай дамуының алдын алуы бойынша әдебиет тізімінде көрсетілген.

SUMMARY

The article presents a literature review on the prevention of the onset and progression of myopia in school-age children.

ГРНТИ 76.29.56:76.29.29

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОТЕКА РОГОВИЦЫ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННЫХ КАТАРАКТ

Ж.С. Жайлаубеков, Г.Б. Нуртазина, С.Е. Абдыхаров

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

Актуальность. В послеоперационном периоде отек роговицы – одна из проблем, возникающая в реабилитации пациентов, прооперированных по поводу осложненной катаракты с плотностью ядра 4-5 степени по Бурато. Факторы, влияющие на увеличение продолжительности хирургического вмешательства: высокая плотность ядра хрусталика, сублюксация хрусталика, псевдоэксфолиативный синдром, мелкая передняя камера, передние и задние синехии, дегенерации роговицы, ригидный зрачок и т.д. [1]. Одним из методов лечения отека роговицы является применение гипертонических растворов. Натрий хлорид обеспечивает необходимый уровень осмолярности раствора и редукцию отека.

Цель - оценить эффективность применения эденорм 5% в лечении отека роговицы после факоэмульсификации катаракты [2, 3, 4]. Эденорм 5% – офтальмологический гипертонический лубрикант.

Материал и методы. Под наблюдением находились 24 пациента (24 глаза) с диагнозом - катаракта осложненная полная. Возраст пациентов варьировал от 56 до 85 лет. Из них - 11 женщин и 13 мужчин. Факторами, влияющими на осложнение хирургии катаракты, являлись: высокая плотность ядра хрусталика, сублюксация хрусталика (5), псевдоэксфолиативный синдром (5), мелкая передняя камера (4), дегенерации роговицы (2), перезревшая катаракта (8). Всем пациентам была проведена ультразвуковая факоэмульсификация катаракты с

имплантацией ИОЛ по стандартной методике, но более высокой мощностью ультразвука при фрагментации ядра хрусталика (от 80 до 100%). Пациенты были разделены на 2 группы.

I группа (основная) включала в себя 12 пациентов, из них - 6 женщин и 6 мужчин. Всем пациентам I группы в послеоперационном периоде на фоне стандартной медикаментозной терапии проводили 4-кратные инстиллязии эденорма 5% в течение 1 месяца.

II группа (контрольная): в данную группу вошли 12 пациентов, в том числе 5 женщин (41,6%) и 7 мужчин (58,4%), послеоперационная терапия в ней проводилась по стандартной схеме.

Все пациенты наблюдались на базе дневного стационара КазНИИ глазных болезней в течение 1 месяца после операции. Всем пациентам проводилась биомикроскопия, визометрия, пахиметрия. Данные обследования были проведены через 1 неделю, через 1 месяц после операции.

Результаты. Сразу после операции при биомикроскопии у пациентов

Patient: M
Patient ID: —
Diagnosis: —

DOB: May/8/1952

Sex: M

OS



Рисунок 4

Острота зрения у пациентов основной группы через 1 неделю составила $0,5 \pm 0,1$.

Острота зрения у пациентов контрольной группы через 1 неделю составила $0,3 \pm 0,05$.

У пациентов контрольной группы в первые сутки после назначения терапии сохранялся выраженный отек стромы и эпителия роговицы, складчатость десцеметовой мембраны. По результатам пахиметрии в первые сутки после назначения терапии отек снизился на 7%, спустя 1 неделю - на 50% и спустя 1 месяц - на 80%. Через 2 месяца у всех пациентов

контрольной группы отек купировался полностью [4, 5, 6].

Выводы. Проведенные исследования подтверждают данные литературы о том, что применение препарата эденорм 5% в послеоперационном периоде хирургии осложненных форм катаракты с высокой плотностью ядра хрусталика эффективно снижает отек роговицы уже в первую неделю после операции [1, 3, 4, 7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Knezovic et al tri Therapeutic efficacy of 5% NaCl hypertonic solution in patients with bullous keratopathy. Coll Antropol 2006 Jun; 30(2): 405-8.
2. Luxenberg et al tri Reduction of corneal edema with topical hypertonic agents. AM J Ophthalmol 1971 Apr; 71(4): 847-53.
3. Marisi A et al tri Hypertonic saline solution in corneal edema. Ann Ophthalmol 1975 Feb; 7(2): 229-33.
4. A. Palma Modoni, et al tri Valutazione dell'efficacia di un collirio a base di Cloruro di Sodio 5% nel trattamento dell'edema corneale dopo intervento di cataratta Superficie Oculare Anno V-n. 1/2011.
5. Mansour, A.M., W. Zein, R. Haddad, J. Khoury, Acta Ophthalmol. Scand., 82 (2004) 312.
6. Siennicka, A., H. Pecold-Stepenjewska, M. Czajka, Klin. Oczna., 105 (2003) 41.
7. Whitson, J.T., C. Liang, D. G. Godfrey, W. M. Petroll, H.D. Cavanagh, D. Patel, R. L. Fellman, R. J. Starita, Eye Contact Lens, 31 (2005) 221.

РЕЗЮМЕ

В статье представлен клинический опыт применения препарата Эденорм 5% в лечении послеоперационного отека роговицы в хирургии осложненных катаракт.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада күрделі катаракта хирургиясында операциядан кейінгі қасаң қабықтың ісінуін емдеуде, Эденорм 5% пайдаланудың клиникалық тәжірибесі берілген.

SUMMARY

The clinical experience of using Edenorm 5% in the treatment of postoperative corneal edema in the surgery of complicated cataracts is presented in the article.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ БРИНЗОЛАМИД/БРИМОНИДИНА ТАРТРАТ + ПРОСТАГЛАНДИН

Г.К. Омаргалиева, Г.А. Сыздыкова, Д.А. Раздыкова

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

Актуальность. На 2017 год количество пациентов с глаукомой в возрастной категории 40-80 лет составило 64,3 миллиона пациентов по всему миру. К 2020 году предполагается рост пациентов до 18,3% по всему миру, что составляет в абсолютных цифрах 76,0 миллионов.

К 2040 году возможный рост пациентов с глаукомой увеличится до 111,8 миллионов.

В настоящее время более чем 50% пациентов с глаукомой по всему миру считаются не диагностированными [1].

Глаукома является ведущей причиной развития необратимой слепоты [3, 4]. В долгосрочной перспективе необходимость в применении 2-х и более препаратов для достижения целевого ВГД может быть неизбежно.

Процент пациентов, нуждающихся в ≥ 2 агентах, снижающих ВГД, по данным различных исследований, колеблется от 40% до 75%, по истечении 2-5 лет [5, 6, 7].

Ориентирами для выбора целевого давления у конкретного пациента могут быть следующие ориентировочные цифры для снижения тонометрического ВГД от исходного в зависимости от стадии глаукомы:

I стадия - снижение ВГД на 20% (21-23 мм рт.ст.)

I, II, III стадии – снижение ВГД на 30% (17-20 мм рт.ст.)

II, III стадии - снижение ВГД на 35-40% (16 мм рт.ст.) [8].

Цель работы - исследование эффективности фиксированной комбинации бринзоламид/бримонидин тартрат + простагландин у пациентов с ОУГ.

Материал и методы. Исследования проведены у 17 больных (31 глаз) с ОУГ в возрасте 45–78 лет. Мужчин

было 11, женщин - 6. У данных пациентов имелись сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и бронхолегочной патологии. Всем проводилось полное офтальмологическое обследование: визометрия, авторефрактометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, компьютерная периметрия, гониоскопия, ОКТ, НРТ, ЦТР, ЭФИ.

С гипотензивной целью все больные до назначения комбинации бринзоламид/бримонидин тартрат получали местно различные препараты (ИКА, Бримонидин, в-блокаторы, простагландины). Из-за некомпенсации ВГД была назначена фиксированная комбинация бринзоламид/бримонидин тартрат 2 раза в день + простагландин 1 раз в день.

Результаты. Исследования показали, что через 6-7 месяцев у всех пациентов на фоне использования фиксированной комбинации бринзоламид/бримонидин тартрат 2 раза в день + простагландин 1 раз в день было отмечено понижение ВГД, в среднем, до уровня от 17,4 мм рт. ст. до 9,5 мм рт. ст. (35,4%) от исходного (27,1 \pm 2,3 мм рт. ст.). Степень понижения ВГД варьировала от 5 до 14 мм рт. ст., в т. ч. после ранее использованной гипотензивной терапии - от 5 до 8 мм рт. ст. При использовании фиксированной комбинации бринзоламид/бримонидин тартрат 2 раза в день + простагландин 1 раз в день уровень офтальмотонуса, измеренный пневмотонометром, ниже 18 мм рт. ст. был отмечен у 14 пациентов из 27 глаз. В ходе лечения у 3-х пациентов с ОУГ давление цели не было достигнуто, они были направлены на гипотензивную операцию.

Что же касается морфологических данных, характеризующих состояние зрительного нерва и сетчатки, то параметры ОСТ и компьютерной периметрии оставались стабильными в течение всего времени исследования (6-7 мес.). По всей видимости, стабилизация показателя C/DratioV, а также толщины RNFL и GCC у глаукомных пациентов была обусловлена непрямым нейропротекторным действием гипотензивных препаратов. Функциональным результатом нейропротекторного действия была достоверная положительная динамика периметрических индексов MD и PSD на фоне терапии. При применении фиксированной комбинации бринзоламид/бримонидина

тарtrat+ простагландин в редких случаях побочными действиями оказались: раздражение глаз, сухость во рту, изменение вкусовых ощущений и аллергические проявления в области глаз, в основном, слабой степени. Серьезных сердечно-сосудистых и легочных осложнений не отмечено. Опрос пациентов показал регулярность применения препарата на всем протяжении исследования.

Выводы. Предварительные исследования показали высокую гипотензивную эффективность фиксированной

комбинация бринзоламид/бримонидин тарtrat+простагландин, удобство в применении, хорошую переносимость и приверженность пациентов к лечению. При переводе больных на фиксированную комбинацию бринзоламид/бримонидин тарtrat+простагландин удалось добиться снижения ВГД, в среднем, на 9,5 мм рт. ст. (35,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Tham YC et al. Ophthalmology. 2014; 121(11):2081-2090.
2. Topouzis F et al. US Ophthalmic Review. 2007; 2:12-13.
3. Adatia FA et al. Can Fam Physician. 2005; 51:1229-1237.
4. World Health Organization. Global data on visual impairments 2010. 2012:1-14.
5. Kass MA et al. Arch Ophthalmol. 2002; 120 (6):701-713.
6. Lichter PR et al. Ophthalmology. 2001; 108 (11):1943-1953.
7. Cantor LB. TherClin Risk Manag. 2006; 2 (4):337-346.
8. Егоров Е.А. с соавтор., 2004 г.; Еричев В.П. с соавтор., 2004 г. РМЖ.

ГРНТИ 76.31.00:76.29.29:76.29.56

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АФЛИБЕРЦЕПТА В ТЕРАПИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Д.Е. Жолдыбаева, З.Г. Рахметова, Г.А. Назарбаева, Г.Т. Сарбаева, Л.Д. Марданова

ТОО Клиника Коз Жарыгы, г. Актобе

Актуальность. В последние годы в офтальмологическую практику активно внедряются инновационные методы лечения, блокирующие эндотелиальный фактор роста сосудов (vascular endothelial growth factor или VEGF), который считается ключевым звеном в процессе неоваскуляризации, а также сосудистой гиперфльтрации сетчатки.

Одним из представителей данной группы является препарат Афлиберцепт «Эйлеа». Он действует как растворимый рецептор-ловушка, который связывает VEGF-A и PlGF, может ингибировать связывание и активацию VEGF-рецепторов и таким образом смягчать патологические последствия продукции VEGF [1].

По данным литературы [2-3] и по нашим наблюдениям, в Актюбинской области причиной значительного снижения зрения являются экссудативная форма ВМД (возрастной макулодегенерации) и ОЦВС (окклюзии центральной вены сетчатки). Интравитреальное введение Афлиберцепта направлено именно на это звено патогенеза заболеваний сетчатки (макулярный отек, неоваскуляризация). Этим и объясняется эффективность применения

анти-VEGF терапии при макулярном отеке сетчатки.

Цель исследования - оценить эффективность применения Афлиберцепта в комбинированной терапии у пациентов с экссудативной формой ВМД и ОЦВС.

Материал и методы. Исследование проводили на базе глазного отделения МЦ ЗКГМУ им. М. Оспанова, в котором участвовало 26 пациентов. Пациенты были разделены на 2 группы: в первой группе было 17 пациентов (17 глаз) с влажной формой ВМД, из них 10 женщин (58,8%) и 7 мужчин (41,7 %) в возрасте от 58 до 80 лет. Максимальная скорректированная острота зрения до инъекций составляла от 0,02 до 0,3 (в среднем, 0,16±0,01). Толщина сетчатки в центре по данным ОКТ - от 672 до 869 нм (в среднем, 771±51 нм).

Во второй группе было 9 пациентов (9 глаз) с ОЦВС, из них 6 женщин (66,7%) и 3 мужчин (33,3%) в возрасте от 47 до 72 лет. Максимальная корригированная острота зрения до инъекций составляла от 0,03 до 0,1 (в среднем, $0,065 \pm 0,02$). Толщина сетчатки в центре по данным ОКТ - от 556 до 855 нм (в среднем, 706 ± 58 нм).

В условиях операционной по стандартной методике интравитреально вводили (ИВИ) препарат Эйлеа в дозе 0.3 мл 3-кратно с интервалом 1 месяц. Эффективность лечения оценивали по

данным ОКТ, офтальмоскопии и визометрии через 1 месяц после ИВИ.

Результаты и обсуждение: после 3-х загрузочных инъекций у 26 пациентов максимальная корригированная острота зрения повысилась и составила, в среднем, $0,3 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Толщина сетчатки в центре по данным ОКТ снизилась у всех пациентов, составив, в среднем 282 ± 32 нм ($p < 0,05$). По данным офтальмоскопии у всех пациентов отек в центральной зоне уменьшился в динамике.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об эффективности применения интравитреальных инъекций «Эйлеа» в лечении макулярного отека вследствие ОЦВС и эксудативной форме ВМД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Laouri M., Chen E., Looman M. и др. The burden of disease of retinal vein occlusion: review of the literature. Eye (Lond). 2011 Aug;25(8):981-8.
2. Batioglu F., Demirel S., Özmert E. и др. Short-term outcomes of switching anti-VEGF agents in eyes with treatment-resistant wet AMD. BMC Ophthalmol. 2015 Apr 11;15:40.
3. Ботабекова Т.К., Жургумбаева Г.К., Алдашева Н.А., Муравьева Л.А. Аfliберцепт в лечении окклюзий центральной вены сетчатки //VII Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии.- Витреоретинальная патология.- 2015.

SUMMARY

In recent years, anti-VEGF therapy has been actively introduced into ophthalmic practice. One of the representatives of this group is Aflibercept Eilea, which acts as a soluble receptor-trap and binds VEGF-A and PlGF. In recent years, the cause of a significant decrease in vision in patients are the exudative form of AMD and ICVC. The intravitreal administration of Aflibercept is directed specifically at the links of pathogenesis (macular edema, neovascularization) of these retinal diseases. In this study, 26 patients were divided into 2 groups: 17 patients with AMD and 9 patients with ICVs. All patients in the operating room under the standard method were injected intravenously with Eilea in a dose of 0.3 ml 3 times at intervals of 1 month. The efficacy of the treatment was assessed by OCT, ophthalmoscopy and visometric data at 1 month after IVI. The obtained data of the work testify to the effectiveness of the use of intravitreal injections of «Eilea» in the treatment of macular edema due to ICPV and the exudative form of AMD.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДСЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н.О. Исаева, Г. Карпова

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

Актуальность

На планете около 62 млн. слепых, к 2020 году эта цифра может удвоиться. В Казахстане около миллиона человек в той или иной степени страдают патологией органа зрения, из них, по данным статистики, около 15 тысяч инвалидов по зрению, более 7000 из них – дети.

Своевременно оказанная квалифицированная помощь позволяет избежать осложнений и сохранить зрение. В Казахском НИИ глазных болезней, ведущем свою историю с 1933 года, в разные годы разрабатывались различные способы хирургического лечения отслойки сетчатки. С 2003 года в КазНИИ глазных болезней внедрена витреоретинальная хирургия – высокотехнологичное направление мирового уровня для лечения заболеваний сетчатки и стекловидного тела. В настоящее время более 2000 пациентов с отслойкой сетчатки в год получают хирургическое лечение в КАЗНИИГБ.

Цель работы - анализ особенностей медсестринского ухода за пациентами с витреоретинальной патологией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 836 пациентов Отделения травм и реконструктивной хирургии Казахского НИИ глазных болезней. Все пациенты получали хирургическое лечение, средний койко-день составил 8 дней. Все операции проводились в плановом порядке, предоперационная подготовка составляла, в среднем, 1-2 дня.

Результаты и обсуждение. Учитывая причины отслойки сетчатки: травмы глаз, головы, сахарный диабет, болезни крови и соединительной ткани, системные и возрастные заболевания, большинство пациентов офтальмологического отделения имеют сопутствующую соматическую патологию и нуждаются в ежедневном мониторинге артериального давления, общего состояния.

Предоперационная подготовка – неотъемлемая часть успеха хирургического вмешательства, во многом зависит от среднего медперсонала. Наш опыт показал, что даже максимальная медикаментозная гипотензивная терапия малоэффективна в случае нервозности и волнения больного и наоборот. Беседа с пациентом накануне операции улучшает его психоэмоциональное состояние, создает положительный настрой на предстоящую операцию, соответственно, происходит стабилизация артериального давления

(АД), гемодинамических показателей.

Контроль артериального давления проводят в стационаре ежедневно утром и вечером, дополнительно перед и после премедикации и каждые 1-3 часа после операции – по мере необходимости. Очень важно соблюдение алгоритма и техники измерения артериального давления. В случае погрешности медсестры и подачи пациента с высоким АД в операционную на операционном столе могут возникнуть грозные осложнения: от кровотечений и кровоизлияний до экспульсивной геморрагии, приводящей к полной слепоте. Также важно послеоперационное наблюдение за пациентом, т.к. повышение АД может вызвать в оперированном глазу кровоизлияния и тем самым ухудшить прогноз на зрение.

Зачастую внутриглазные кровоизлияния случаются также у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом на фоне резких колебаний глюкозы крови. Поэтому важен контроль гликемии, который проводит постовая медицинская сестра, обученная работе с глюкометром.

В зависимости от планируемого хирургического вмешательства пациентам перед операцией проводят медикаментозное расширение зрачка. Средний медперсонал офтальмологического отделения должен знать противопоказания для расширения зрачка. Если пациенту с закрытоугольной глаукомой закапать мидриатик, можно спровоцировать острый приступ глаукомы с тяжелыми последствиями и потерей зрения. Поэтому очень важно при проведении инстилляций соблюдать неукоснительно и точно рекомендации лечащего врача.

Кроме того, перед каждой манипуляцией, связанной с поступлением ле-

карственных веществ в организм (любые инъекции, инстилляциии капель и мазей), необходимо обязательно уточнить аллергоанамнез. Каждая медсестра обязана знать алгоритм оказания помощи в случае анафилактического шока, а в обязанности процедурных медсестер входит контроль за наличием, содержанием и актуализацией противошокового бикса.

В первые дни после внутриглазной операции назначается строгий постельный режим, иногда - с вынужденным положением головы в определенную сторону в зависимости от локализации разрыва или лицом вниз; придают голове больного желаемое положение при помощи специальных подушек. Это вынужденное положение необходимо сохранять от нескольких часов до нескольких дней в зависимости от назначений хирурга, важен контроль со стороны медперсонала за соблюдением пациентом рекомендаций, лечебно-охранительного режима с исключением физических нагрузок, активности – от этого во многом зависит успех и дальнейшие перспективы больного в отношении зрения.

Большое значение в офтальмологическом отделении имеет, в первую очередь, выполнение техники инстилляций глазных капель. Необходимо строго со-

блюдать условия хранения и использования офтальмологических препаратов, температурный режим. Очень важно не касаться кончиком флакона глазной поверхности, а для предотвращения системного воздействия некоторых капельных препаратов после закапывания пальцем придают проекцию слезных канальцев в области переносицы. Промежуток между инстилляциями разных лекарств должен быть не менее 5 минут.

С 2014 года в Казахском НИИ глазных болезней внедрена Интегрированная система менеджмента качества (ISO) в соответствии с международными стандартами оказания медицинской помощи. Так, на каждую лечебную, диагностическую манипуляцию – от внутримышечной инъекции до промывания слезных путей – разработана стандартная операционная процедура (СОП) с подробным указанием алгоритма проведения и последовательности выполнения. Всего разработано около 100 протоколов СОП для среднего и до 30 – для младшего медперсонала, регламентирующих технику выполнения любой манипуляции, проводимой в клинике. Контроль за качеством выполнения этих алгоритмов осуществляется старшей медсестрой отделения, медсестрой инфекционного контроля и главной медсестрой клиники.

Заключение

Повышение качества оказания специализированной офтальмологической помощи и, как следствие, высокое зрение пациентов возможно в тесном взаимодействии офтальмохирургов и слаженной работе квалифицированного медперсонала, постоянно совершенствующего свой профессиональный уровень путем освоения новых технологий, оборудования, участия в обучающих семинарах, лекциях, тренингах.

SUMMARY

Improvement of the quality of specialized ophthalmologic care and, as a consequence, high vision of patients. It is possible in close cooperation between ophthalmic surgeons and well-coordinated work of qualified medical personnel.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО



Lions Eye Institute
FOR TRANSPLANT & RESEARCH
The science of sight. The gift of vision.™



«Wetlab in Descemet's stripped automated endothelial keratoplasty (DESAEK) and descemet's membrane endothelial keratoplasty (DMEK) in DSAEK/DMEK master class», Almaty, Republic of Kazakhstan, August 20-24, 2018

Б.И. Иссергеева

20-24 августа 2018 года в Казахском НИИ глазных болезней был проведен мастер-класс «Современные аспекты трансплантации роговицы глаза». Ведущими американскими специалистами Lions Eye Institute for Transplant and Research, Тампа, Флорида, США – Бенджамин К. Лам-

брайт и Эриком Э. Абдуллаевым были проведены консультации пациентов с буллезной кератопатией, которым выполнены операции по методике DMEK и DSAEK.



Кроме того, доктором Бенджамином К. Ламбрайт проведено 2 сквозных кератопластики: ребенку с исходом химического ожога и пациенту с иридокорнеальным синдромом Чендлера на единственном в функциональном отношении глазу. Все операции прошли успешно, видео-трансляция в онлайн-режиме позво-

лила наблюдать за ходом уникальных операций молодым специалистам - офтальмохирургам КазНИИ ГБ. В результате проведенного мастер-класса 10 ведущих офтальмологов Алматы и Астаны освоили высокотехнологичные методики эндотелиальной кератопластики, также прошел обучение специалист по подготовке донорских тканей с возможностью формирования различных лоскутов для различных модификаций послойной кератопластики.



Последние десятилетия в мире наблюдается тенденция к уменьшению количества сквозных кератопластик с преобладанием различных модификаций задней послойной пересадки роговицы: DSEK (Descemet-stripping endothelial keratoplasty) – эндотелиальная кератопластика с десцеметорексисом, DMEK (Descemet membrane endothelial keratoplasty) – трансплантация десцеметовой мембраны с эндотелием. Применение методики DMEK/DSEK – замены внутреннего слоя роговицы является менее травматичной процедурой, не требующей полной «разгерметизации» глазного яблока, наложения швов, сводя к минимуму риск развития интра- и послеоперационных осложнений, и обеспечивает значительное улучшение функциональных исходов операций.

Трансплантация роговицы успешно проводится в Казахстане с 1937 года, до 2015 года ежегодно около 100 пациентам проводились сквозные и послойные кератопластики с использованием т.н. «свежей» донорской роговицы.

В 2017 году в рамках договора Казахского НИИ глазных болезней и Исследовательского глазного института трансплантологии США начата совместная работа по улучшению высокоспециализированной помощи пациентам с инвалидизирующей патологией роговицы. Благодаря взаимодействию с Американским банком роговицы (Lions Eye Institute for Transplant and Research, Тампа, Флорида, США) стало возможным выполнение кератопластики с использованием консервированного донорского материала.

Бенджамин К. Ламбрайт MD - преподаватель в Malcom Randall VA, Университет Флориды, Гейнсвилл, член Американского Совета офтальмологии, Доцент офтальмологии Университета Флориды, Тампа, США. Он активно занимается исследованиями методов трансплантации роговицы, синдрома сухого глаза и лечения глаукомы, а также проводит международные курсы обучения по DSAEK и DMEK.

Эрик Э. Абдуллаев MD, MBA - руководитель клинического развития и инноваций, Lions Eye Institute for Transplant and Research, Тампа, Флорида, США, автор монографии "Science of Comprehensive Eye Banking", являющейся по настоящее время практическим руководством для специалистов глазных банков. Доктор Абдуллаев активно выступает с лекциями на международных конгрессах, а также проводит международные курсы обучения по DSAEK и DMEK.



Сегодня результаты научной и практической деятельности Казахского НИИ глазных болезней служат основой для совершенствования лечебно-диагностических мероприятий, соответствующих мировым стандартам, и направлены на обеспечение высокого качества оказания офтальмологической помощи населению, а предстоящий совместный мастер-класс преследует цель не только стать диалоговой площадкой для обмена информацией, но и «показать, научить и распространить» передовой опыт в сфере офтальмологии, развить международное сотруд-

ничество и найти решение ключевых проблем офтальмологической науки и практики.

Казахский НИИ глазных болезней выражает благодарность руководителю АО «TESM Company» Сламкулову Мухтару Алымкуловичу за поддержку в организации мероприятия, включая логистику трансплантационного материала.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО



М. Кулмаганбетов

Правительствами Казахстана и Великобритании инициирована совместная партнерская программа «Ньютон – Аль-Фараби», координаторами которой являются АО «Фонд науки» (РК) и Британский Совет (British Council, UK). В рамках программы Британского Совета «Научно-исследовательские связи» в 2016 году был проведен Казахстанско-британский семинар «Достижения в области исследования глаз: профилактика потери зре-

ния» (Advances in Eye Research towards the Prevention of Visual Loss). Это событие заложило основы подписания Меморандума о взаимовыгодном сотрудничестве между КазНИИ глазных болезней и Кардифф университетом, выступившим в качестве стратегического партнера.

Кардифф университет основан в 1883 году и находится в столице Уэльса – городе Кардифф, Великобритания. С момента основания и до 1999 года университет но-

сил название Университетский колледж Южного Уэльса и Монмутшира, затем был переименован в Cardiff University. Университет является самым старым в Уэльсе и ведущим учебным заведением в данном регионе.



Главный корпус Кардифф университета

Вуз состоит из трёх колледжей, каждый из которых состоит из отдельных факультетов: Колледж искусства, гуманитарных и социальных наук; Колледж физических наук и инженерии; Колледж биомедицинских и биологических наук, куда входит школа медицины и здравоохранения. В университете учатся более 31 тыс. студентов на программах бакалавриата, магистратуры и докторантуры, что делает его одним из крупнейших университетов в Уэльсе. Университет подготовил ряд известных выпускников, включая Президента Европейской Комиссии Роя Дженкинса,

премьер-министра Иордании Фейсала аль-Файез и двух лауреатов Нобелевской премии сэра Мартин Эванса и Робер Хубера.

Кардифф университет является членом Russell Group – группы ведущих британских исследовательских университетов и занимает 143-е место в рейтинге лучших университетов мира по версии CQS World University Rankings. Университет имеет самый высокий рейтинг удовлетворенности студентов по данным за 2013 год Национального опроса студентов в Уэльсе.

Университет является амбициозным и инновационным вузом со смелым и стратегическим видением, расположенный в красивой и процветающей столице. Ведущие мировые исследования заняли 5-е место среди университетов Великобритании в 2014 году.

ПАМЯТИ КОЛЛЕГИ



Попова Раиса Константиновна

В августе 2018 года ушла из жизни патентовед КазНИИ глазных болезней, кандидат медицинских наук Попова Раиса Константиновна. В разные годы Раиса Константиновна работала в Центральном институте повышения квалификации руководящих работников и специ-

алистов народного хозяйства в области патентной работы, Институте хирургии МЗ КазССР, была старшим научным сотрудником Института онкологии и радиологии, консультантом отдела научной организации труда и патентования.

С 2002 года Раиса Константиновна была ведущим научным сотрудником отдела научной организации офтальмологической службы КазНИИ глазных болезней. За период работы в КазНИИГБ под ее руководством оформлено более 50 охранных документов, включая международные патенты на изобретения.

Раиса Константиновна была неравнодушным эмоциональным человеком, профессионалом своего дела – педантичной, принципиальной, требовательной в работе, пользовалась заслуженным уважением коллег. Неоднократно была награждена похвальными грамотами за отличную работу, была соавтором многих научных работ.

Людей теряют только раз,
И след, теряя, не находят,
А человек гостит у вас,
Прощается и в ночь уходит.
А если он уходит днем,
Он все равно от вас уходит...

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

ПАМЯТИ КОЛЛЕГИ

Заманова Елена Валерьевна родилась 19.11.1975 года в г. Новосибирске. В 2000 году закончила Семипалатинскую Государственную Медицинскую Академию по специальности хирургия. С 2001 года работала врачом-офтальмологом в офтальмологическом отделении Восточно-Казахстанской Областной больницы. В 2011 году ей была присвоена высшая квалификационная категория. С 2012 года являлась заведующей офтальмологическим отделением Восточно-Казахстанской Областной больницы.

В условиях стремительного реформирования и развития медицины благодаря организаторским способностям Елены Валерьевны был налажен четкий ритм работы офтальмологического отделения. Елена Валерьевна постоянно повышала свой профессиональный уровень. Участвовала в международных конференциях, посещала тематические мероприятия, тренинги и семинары, читала специализированную литературу, ответственно и серьезно относилась к выполнению должностных обязанностей. Вела образовательную работу, являясь ассистентом кафедры офтальмологии ГМУ г. Семей.

Она первая в отделении освоила и внедрила в практику методику фактоэмульсификации катаракты, приблизив офтальмохирургию области к мировым стандартам. Ежегодно ею производилось свыше 500 сложнейших микрохирургических операций. Свой богатый практический опыт она с удовольствием передавала молодым врачам, подготовила поколение микрохирургов, владеющих методом фактоэмульсификации.

Елена Валерьевна посвятила офтальмологической службе 18 лет. Прошла этапы работы от врача-ординатора до заведующего офтальмологическим



Заманова Елена Валерьевна

19.11.1975 г.-15.08.2018 г.

отделением Областной больницы. Она была прекрасным специалистом, хирургом и учителем, умным, талантливым, справедливым и честным человеком, пользовалась большим уважением среди коллег, авторитетом у пациентов, любовью близких и друзей. Своим жизнелюбием, позитивом и неиссякаемой энергией заряжала весь коллектив отделения.

Коллектив Офтальмологического отделения Восточно-Казахстанской Областной больницы глубоко скорбит в связи с кончиной Елены Валерьевны и выражает искренние соболезнования ее семье.

Память о Елене Валерьевне навсегда останется в наших сердцах.....

*Подписано в печать 10.07.2018 г. Печать офсет.
Формат изд. 60x84/8.
Бумага офсет. Объем 6,25 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.*

