

Симпозиум стран СНГ в рамках IV World Glaucoma Congress «Глаукома – государство без границ»

С.Ю. Петров

29 июня 2011 г., Париж, Франция



IV Международный глаукомный конгресс в этом году прошел в Париже. Тридцатиградусная жара и высокая влажность в первые дни конгресса неумолимо делали свое дело: глаукоматологи откладывали культурные мероприятия, спасаясь в кондиционированных залах Парижского дворца конгрессов, гостеприимно распахнувшего двери для заседаний.

Торжественное открытие симпозиума было назначено на 15.30, а время с 8 утра и до обеда было отдано под заседания 14 локальных глаукомных обществ: американского, канадского, греческого, индийского и т.д. Отдельным заседанием стал Symposium of CIS Glaucoma Societies «Glaucoma – State without borders» (CIS – СНГ). Нам выделили 1 час 45 минут в зале «Гавана» – втором по величине зале Дворца конгрессов. Официальным партнером мероприятия традиционно выступила фирма Alcon. Членами президиума симпозиума были профессора Е.А. Егоров (Москва), Т.К. Ботабекова (Алматы), Э.М. Касимов (Баку), Г.Д. Жабоедов (Киев) и Л.Н. Марченко (Минск).

Открыл заседание профессор Е.А. Егоров с пленарным докладом «Эпидемиологические характеристики глаукомы в странах СНГ: результаты мультицентрового исследования». Целью представленной работы было изучение отдельных эпидемиологических характеристик глаукомы в странах СНГ и Грузии в сопоставлении с результатами применяемых терапевтических подходов в лечении. Анализировались следующие параметры: возраст и пол пациента, длительность глаукомного анамнеза, стадия глаукомы при постановке диагноза и на настоящий момент, уровень внутриглазного давления (ВГД) на старте лечения и на его фоне, назначенная при постановке диагноза терапия, а также лечение в настоящее время.

Многоцентровое открытое и ретроспективное исследование включило более 1500 анкет из 10 стран. Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) среди прочих форм болезни составила 88%. Средний уровень ВГД (все страны, все стадии) на старте лечения достигал 29 мм рт. ст., на финише – 21 мм рт. ст. (тут и далее все цифры округлены до целых чисел). Установлено статистически значимое повышение уровня ВГД в зависимости от стадии болезни на старте лечения, т.е. на начальной стадии глаукомы уро-

вень офтальмотонуса ниже, чем на развитой, далеко зашедшей и терминальной стадиях. Статистически достоверной разницы уровня офтальмотонуса на финише лечения между стадиями не установлено.

Наиболее распространенным подходом на старте лечения начальной стадии глаукомы является назначение бета-адреноблокаторов (67%), далее следует комбинированная терапия (13%), затем назначение аналогов простагландинов (12%). От стадии к стадии число пациентов, стартовавших на терапии бета-блокаторами, достоверно уменьшается: развитая – 47%, далеко зашедшая – 37%, терминальная – 34%. В то же время число пациентов, которым назначаются аналоги простагландинов на старте лечения, стабильно: развитая – 14%, далеко зашедшая – 12%, терминальная – 13%. Отмечено достоверное увеличение числа пациентов, получавших комбинированную терапию на старте: начальная – 13%, развитая – 16%, далеко зашедшая – 24%, терминальная – 36%. На финише такая тенденция стала еще более очевидной.

Среди хирургических подходов преобладают традиционные операции по отношению к лазерной хирургии (77 и 73%). Офтальмологи предпочитают выполнять лазерные операции на начальной (28%) и развитой стадиях (44%). В то же время традиционные хирургические вмешательства врачи выполняют на развитой (37%) и далеко зашедшей стадиях (37%). С начальной стадией глаукомы по-прежнему оперируется не более 20% больных. При оценке результатов динамического наблюдения установлено, что средняя продолжительность начальной стадии глаукомы составляет 4,3 года, развитой – 3,8 года, далеко зашедшей и терминальной – 3,5 года.



В продолжение первого сообщения профессор Т.К. Ботабекова представила доклад «Эффективность выявления глаукомы при различных формах скрининга». Заболеваемость глаукомой в Казахстане составляет 73,6 человека на 100 тыс. населения (в 1,2 раза выше, чем в 2009 г.), что объясняется активным проведением соответствующего скрининга. Доля инвалидов вследствие заболевания глаукомой возросла в 3,7 раза и поднялась с 5-го на 2-е ранговое место в структуре общей офтальмопатологии.

В марте 2011 г. в Казахстане была проведена масштабная акция – Всемирная неделя глаукомы. В ее рамках прошли школы глаукомы с семинарами, лекциями и консультациями, скрининги по выявлению больных с глаукомой на базе крупнейших офтальмологических центров, а также глаукомных областных центров и лечебно-диагностических поездов «Жәрдем» и «Денсаулық» с активным освещением мероприятий в прессе. Проводится работа и на административном уровне: в государственную программу развития здравоохранения страны «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг. включены скрининги по выявлению больных с глаукомой с соответствующей подготовкой кадров, оснащение современным высокотехнологичным оборудованием глаукомных кабинетов в областных и городских центрах. Разработана медико-организационная модель вышеуказанного скрининга, проведен анализ обеспеченности тонометрами регионов Казахстана. Усилиями врачей и администрации в стране проведена большая работа, но предстоит, пожалуй, сделать еще больше и в плане организации, и в плане улучшения материально-технической базы.

О «Сосудистых механизмах в патогенезе первичной глаукомы» рассказала профессор Н.Г. Завгородняя (Запорожье), сделав акцент на важности состояния кровообращения глаза в патогенезе глаукомы. На X съезде офтальмологов Украины была принята классификация, дополнительно включающая ишемический и неишемический типы глауком.

Ишемический, или гиповолемический, тип первичной глаукомы характеризуется снижением кровотока в глазничной артерии при поражении экстракраниальных отделов внутренней сонной или позвоночных артерий. Это приводит к уменьшению кровенаполнения хориоидеи и цилиарного тела, снижению скорости образования внутриглазной жидкости (ВГЖ), развитию истинного коллапса ШК и, как следствие, к росту ВГД. Параллельно происходят развитие сосудистых нарушений в зрительном нерве, снижение его толерантности и дегенерация нервных волокон.

Неишемический же тип, наоборот, характеризуется повышением кровотока в глазничной артерии при поражении интракраниальных отделов внутренней сонной артерии. Вследствие этого развивается гиперемия сосудистой оболочки с повышением продукции ВГЖ, ростом давления в задней камере, сдвигом иридохрусталиковой диафрагмы вперед и блоком угла передней камеры корнем радужки (на анатомически предрасположенном к этому глазу). Развивающееся повышение давления в венозной системе глаза приводит к нарушению градиента давления в системе оттока (ШК – водяные – вортикозные



вены), затруднению оттока ВГЖ из передней камеры и развитию функциональной и органической блокады ШК.

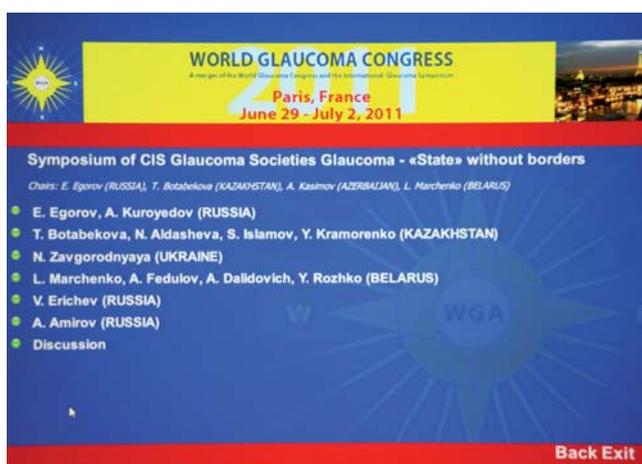
Начинать медикаментозную терапию при обеих формах глаукомы профессор рекомендовала с аналогов простагландинов, и только при неишемическом типе возможно подключение бета-блокаторов, поскольку при сниженном кровотоке применение тимолола может ухудшить трофику глаза. В качестве оптимального выбора был отмечен комбинированный препарат ДуоТрав, способствующий достижению максимального гипотензивного эффекта при минимальном числе инстилляций. Определение гемодинамического фона заболевания наиболее значимо в классификации и диагнозе глаукомного больного, так как механизмы действия практически всех существующих местных гипотензивных препаратов связаны именно с воздействием на внутриглазные сосуды и/или скорость образования ВГЖ.

С докладом о глаукоме как о нейродегенеративном заболевании выступила профессор Л.Н. Марченко, представив парадигму современного представления о патологии, этиологии глаукомного процесса с точки зрения нейрорпатологических процессов.

С докладом «Глаукома: кого, когда и как мы оперируем?» выступил профессор В.П. Еричев (Москва). Начал он с фразы М.И. Авербаха: «...наиболее надежным методом является все же операция, и все неоперированные глаукомные глаза в конечном итоге все же слепнут, а среди оперированных есть немало таких, ... которые не успевают ослепнуть до смерти...». Действительно, многих больных оперировать необходимо, однако при выборе типа вмешательства необходимо учитывать возможность достижения индивидуального уровня ВГД, анализировать предшествующее лечение, оценивать уровень риска и принимать во внимание индивидуальные предпочтения хирурга.

По приведенным профессором данным, на I стадии оперируют 14% больных, на II – 47%, на III – около 15%. В качестве показаний к хирургии были выделены абсолютные (повышение ВГД выше индивидуальной нормы, нестабилизированные зрительные функции) и относительные (непереносимость местной терапии, ограничивающий трудоспособность миоз, отсутствие условий для соблюдения режима, снижение качества жизни, отсутствие мотивации к лечению, невозможность регулярного квалифицированного медицинского контроля, сниженный интеллект и недоступность лекарственных препаратов).

Трабекулэктомия, являющаяся «золотым стандартом» в лечении глаукомы, имеет, однако, аргументы «за» и «против». С одной стороны, это более низкий уровень ВГД, уменьшение необходимости в дополнительной терапии, высокая эффективность в отдаленные сроки. С дру-



гой – частое прогрессирование катаракты и возможность возникновения интра- и послеоперационных осложнений.

Непроникающая хирургия является более безопасной, способствует восстановлению тока жидкости по естественным путям, но более сложна, обладает низкой и кратковременной эффективностью, имеет ограничения по показаниям, отмечается также необходимость активизации при ее применении. Цитостатики и антиметаболиты могут продлевать эффективность вмешательств, но они токсичны и не обладают точно регулируемой системой применения. Таким образом, успех может быть максимально гарантирован при своевременном выполнении операции, правильной тактике и безупречной хирургической технике.

Об «Организации глаукомной службы в Республике Татарстан» рассказал главный офтальмолог республики А.Н. Амиров. Стандарт обследований с целью выявления глаукомы в Татарстане предусматривает ряд этапов: доврачебный – медицинские сестры (тонометрия), затем врачи общей практики (визометрия, тонометрия), врачи оптических салонов, частных кабинетов (визометрия, офтальмоскопия, тонометрия), врачи-офтальмологи поликлиники (визометрия, периметрия, оценка диска зрительного нерва, тонометрия). Ведется активная профессиональная образовательная деятельность, включающая курсы усовершенствования, круглые столы, заседания научно-практических обществ, конференции и съезды офтальмологов. Большое внимание уделяется санитарно-просветительской работе: организации лекций, «школ глаукомного больного», телефона горячей линии по вопросам лечения офтальмологических больных, издательской деятельности, проведению Всемирного дня глаукомного больного в первую пятницу марта. Проводятся мероприятия по гигиеническому образованию населения.

Так, за 3 года работы изготовлено и размещено в поликлиниках и больницах 35 тыс. информационных буклетов о глаукоме, снято более 15 программ для телевидения с 239 трансляциями, 980 раз транслировались передачи о глазных заболеваниях на республиканских радиостанциях, информация о глаукоме была напечатана более чем в 50 газетах и журналах, для обучения населения были организованы 33 глаукомных школы, а круглосуточной горячей линией было принято около 10 тыс. звонков. Возможно, эти мероприятия отчасти и явились причиной того, что доля назначений современных препаратов (простагландины) в Республике Татарстан выше, чем в среднем по стране и в близлежащих областях и республиках, а доля бета-блокаторов в назначениях врачей уменьшается в пользу современных классов препаратов.

За докладами на заседании последовали комментарии, внеплановые выступления, перераставшие в целые дискуссии. И это неудивительно, ведь обсуждалась актуальная проблема – работа с глаукомными больными, общая для офтальмологов всех стран.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Том 12, № 3, 2011
Москва, п/о 105064, а/я 399
телефон: (495) 545-09-80
факс: (495) 267-31-55
Электронная почта:
postmaster@doctormedia.ru
WWW адрес: <http://www.rmj.ru>

Редакционная коллегия:

Главный редактор:

профессор Е.А. Егоров

Члены редколлегии:

профессор В.Н. Алексеев
профессор Ю.С. Астахов
академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина
профессор Н.В. Душин
профессор А.А. Каспаров
профессор В.Г. Копаева
профессор Е.С. Либман
профессор Ю.Ф. Майчук
профессор И.Б. Медведев
академик РАМН, профессор Л.К. Мошетьева
профессор А.Г. Щуко

Редакционный совет:

профессор Т.М. Бирич (*Белоруссия*)
профессор Т.К. Ботабекова (*Казахстан*)
профессор Э.М. Касимов (*Азербайджан*)
доцент А.М. Набиев (*Узбекистан*)
профессор Н.М. Сергиенко (*Украина*)

Ответственный секретарь:

к.м.н. Т.Е. Егорова

Научные редакторы:

Е.В. Фоминенкова
А.Н. Хитров

Координатор проекта:

А.О. Масленников

Редактор-корректор:

Т.В. Дека

Дизайн:

Т.В. Литовченко
В.П. Смирнов

Распространение:

М.В. Казаков
Т.И. Каченовская

Техническая поддержка и версия в Интернет:

К.В. Богомазов

Учредитель ООО «ИД РМЖ»

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ №ФС 77-41718 выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

*За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет*

*Опубликованные статьи не возвращаются
и являются собственностью редакции*

Мнение редакции не всегда совпадает с мнениями авторов

*Полная или частичная перепечатка материалов
без письменного разрешения редакции не допускается*

Бесплатно для медицинских учреждений с условием
обязательного ознакомления с размещенной рекламой