

## ВОСЬМОЙ КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО ГЛАУКОМНОГО ОБЩЕСТВА

Очередной форум Европейского общества глаукоматологов прошел в Берлине с 1 по 6 июня этого года. В работе конгресса приняли участие свыше 2500 человек.

Открыл конгресс доклад E. Greve о консенсусе, достигнутом между Всемирной ассоциацией глаукоматологов и Европейским глаукомным обществом по пяти принципиально важным вопросам — анализу морфологических и функциональных изменений в оценке течения глаукомы, хирургическому лечению первичной открытоугольной глаукомы, особенностям закрытоугольной глаукомы, роли внутриглазного давления в патогенезе глаукомного процесса, скринингу первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы. Плоды многомесячного напряженного труда 100 ведущих мировых экспертов в области глаукомы доступны на сайте [www.worldglaucoma.org](http://www.worldglaucoma.org) (таблица WGA Consensus).

Следующая сессия была посвящена фундаментальным исследованиям механизмов нейрональной гибели при глаукоме. Заседание началось с доклада E. Tamt (Германия) о влиянии некоторых факторов роста на состояние экстрацеллюлярного матрикса юкстаканаликулярной части трабекулярной сети (создающего основные препятствия в нарушении оттока внутриглазной жидкости). Как оказалось, в водянистой влаге пациентов с глаукомой существенно повышен уровень трансформирующего фактора роста  $\beta 2$  (TGF- $\beta 2$ ). В свою очередь, его активность усиливается под влиянием тромбоспондина-1 и фактора роста соединительной ткани. Костный морфогенетический белок-7 (BMP-7), напротив, обладает сильным антагонистическим влиянием на TGF- $\beta 2$ .

Интересный доклад прочитал J. Morgan из университета г. Кардифф (Великобритания). Начав с постулата о том, что основным звеном патогенеза глаукомы является гибель ганглиозных клеток сетчатки, автор наглядно продемонстрировал, что клеточной смерти предшествует достаточно длительный период «болезни» ганглиозных клеток, сопровождающийся обратимым (!) нарушением их структуры (уменьшение объема тела клетки и сморщивание дендритов) и функции. Исследования других нейрональных систем подтверждают, что на этом этапе возможно обратное развитие болезни.

Логическим продолжением этого доклада явилось сообщение еще одного исследователя из Великобритании — F. Cordeiro — о прижизненной визуализации апоптоза ганглиозных клеток экспериментальных животных. Методика DARC (Detection of Apoptosing Retinal Cells) базируется на конфокальной сканирующей лазерной офтальмоскопии.

K. Martin из Кембриджа осветил перспективы трансплантации клеток для лечения глаукомы. Сверхзадачей является пересадка ганглиозных клеток, но сроки ее решения пока не поддаются прогнозированию. Более реальной является разработка методов пересадки стволовых клеток с последующей их трансформацией и включением в нейрональные сети.

Доклад N. Gupta (Торонто, Канада) подтверждает, что глаукома действительно является нейроофтальмологическим заболеванием. На моделях приматов было продемонстрировано, что дегенерация ганглиозных клеток сетчатки и их аксонов приводит к аналогичным изменениям нейронов наружного колленчатого тела. Повреждения зафиксированы во всех трех (магно-, парво- и кониоцекальных) зрительных каналах.

Второе заседание было посвящено экономическим аспектам диагностики и лечения глаукомы, которые, по мнению его модератора A. Tuulonen, должны быть не только эффективными, но и экономически целесообразными.

Третье пленарное заседание было посвящено важнейшей проблеме — диагностике глаукомы с помощью офтальмоскопии и периметрии. Открыл сессию доклад французского офтальмолога Y. Lachkar о том, как диагностировать глаукому на основании офтальмоскопической картины головки зрительного нерва. В число основных критериев автор включил экскавацию зрительного нерва, перипапиллярную атрофию и геморрагии на диске — основной признак прогрессирования глаукомы.

Следующая, на наш взгляд, еще более информативная часть доклада была посвящена описанию многочисленных вариантов нормы диска зрительного нерва. Не существует двух идентичных дисков, как не существует двух идентичных картин глазного дна. Учитывая большую вариабельность нормальной офтальмоскопической картины диска зрительного нерва, нельзя возводить в абсолют диагностическую ценность соотношения экскавации к диску ( $\varepsilon/d$ ). Принципиально важен анализ  $\varepsilon/d$  в купе с диаметром диска. Соотношение  $\varepsilon/d=0,3$  при маленьком диске может быть патологическим, в то время как при большом диске  $\varepsilon/d=0,8$  может быть вариантом нормы.

Сообщение A. Azuaga-Blanco было посвящено описанию «золотого стандарта» определения глаукоматозных дефектов поля зрения — периметрии с предъявлением белого тест-объекта на белом фоне. В последние годы все большее внимание клиницистов привлекают ускоренные методики периметрии — SITA, TOP — заложенные в программное обеспечение всех современных моделей компьютерных периметров.



Рис. 1. Открытие 8-го конгресса Европейского глаукомного общества

Завершил сессию доклад бельгийского исследователя Т. Zeuен, о том, что глаукома является основной устранимой причиной необратимой слепоты в цивилизованном мире. В то же время лишь половина пациентов с глаукомой знают о наличии у них этого грозного заболевания. В этом аспекте возникает вопрос о скрининговом методе исследования на глаукому. К сожалению, на сегодняшний день не существует идеального метода или группы методов скрининга на глаукому. Естественно, развитая и далеко зашедшая стадии глаукомы требуют меньше расходов на диагностику, в то время как обнаружение глаукомы на ранней стадии требует высокочувствительных и дорогостоящих методик и является серьезной финансовой проблемой даже для экономически развитых стран.

Хирургическому лечению глаукомы был посвящен один день работы конгресса. Крайне важной, по мнению Т. Shaagawу, является выработка показаний к операции, единых критериев успеха, неудачи и осложнений хирургического лечения.

По утверждению К. Barton, несмотря на создание новых гипотензивных препаратов, прогресс непроникающей хирургии глаукомы, возрождение интереса к глаукомным имплантатам, «золотым стандартом» в хирургическом лечении глаукомы до сих пор остается синустрабекулэктомия. Проникающая хирургия глаукомы сопровождается большим числом осложнений, чем непроникающая, однако она более эффективно снижает внутриглазное давление. Таким образом, основные тенденции в хирургии глаукомы — это повышение эффективности непроникающих операций и безопасности проникающих.

Т. Zeuен перечислил приемы, повышающие безопасность и эффективность синустрабекулэктомии. Среди них — корректное использование антимета-

болитов, использование регулируемых склеральных швов, поддержание в ходе операции нормальной глубины передней камеры, герметичное ушивание разреза конъюнктивы, а также эффективная борьба с утратой фильтрации в послеоперационном периоде не путем привычных массажа, needling, а с помощью модуляции процессов заживления раны.

В свете решения последней задачи внимание исследователей вновь привлек фактор роста TGF- $\beta$  как один из основных факторов рубцевания фильтрационной подушки.

Известный американский хирург D. Minckler представил результаты 1000 операций по оригинальной методике. Суть ее сводится к трабекулэктомии *ab interno* на протяжении 90–120° под гониоскопическим контролем с помощью специального трабектома (напоминающего витреотом), введенного в камеру через прокол височного лимба.

T. S. Dietlein доложил о технике интраканального микрошунтирования с помощью I-stent и Euerpass. Изогнутый титановый стент I-stent вводится через роговичный прокол в переднюю камеру и под гониоскопическим контролем вводится в просвет склерального синуса (то есть *ab interno*), способствуя улучшению оттока водянистой влаги из передней камеры в синус. Шестимиллиметровая силиконовая трубочка Euerpass вводится в склеральный синус *ab externo* с целью улучшения оттока жидкости из просвета шлеммова канала.

M. Solx в своем докладе обратил внимание аудитории на то, что основная задача трабекулэктомии заключается в создании резервуара для оттока внутриглазной жидкости в субконъюнктивальное пространство. Именно с фильтрационной подушкой связаны основные осложнения синустрабекулэктомии — утрата фильтрации из-за рубцевания, разрыв кистозно измененной фильтрационной подушки, блебит и эндофтальмит. Автор предложил обеспечить отток водянистой влаги в супрахориоидальное пространство (фактически возродив хорошо известный циклодиализ), а для сохранения функционирующего щелевидного пространства имплантировать золотой микрошунт Solx, край которого выступает в переднюю камеру, а тело находится в супрахориоидальном пространстве.

Вот далеко не полный перечень докладов, прозвучавших с трибуны конгресса, и заслуживших самое пристальное внимание аудитории. Редакция журнала и впредь будет стараться максимально подробно освещать все значимые офтальмологические форумы.

Д. м. н, заведующий офтальмологическим отделением городской многопрофильной больницы № 2, Санкт-Петербурге  
В. П. Николаенко