



ПУТЕВЫЕ ЗАМЕТКИ РОССИЙСКОГО ОФТАЛЬМОЛОГА

© С. Ю. Астахов

Кафедра офтальмологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург

С 20 по 23 апреля в г. Сан-Франциско прошёл очередной конгресс Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии (ASCRS) и Американского общества офтальмологических администраторов (ASOA). В рамках конгресса была предусмотрена специальная программа для технического и среднего медицинского персонала. Мероприятие, в котором приняло участие более 12 тысяч человек со всех континентов, проходило в громадном выставочном и конференц-центре имени Moscone. Джордж Москоне был известным американским политиком-демократом и мэром Сан-Франциско. В этой должности он и был застрелен на своём рабочем месте другим политиком-демократом Дэном Уайтом. Произошло это в ноябре 1978 года. Уайт был «типичным американским парнем», ветераном войны во Вьетнаме. Он происходил из многолетней рабочей семьи, был членом наблюдательного совета и бывшим офицером полиции. Будучи консервативным католиком, он не обладал широтой взглядов Джорджа Москоне на свободу нравов, поэтому его имя увековечено лишь на могильной плите.

Программа Конгресса была интересной и весьма насыщенной. Открытие основной сессии состоялось в субботу, 20 апреля, а накануне, в зависимости от интересов, можно было принять участие (за отдельную плату) либо в Дне Глаукомы (Glaucoma Day), либо узнать, что нового в лечении заболеваний роговицы (Cornea Day).

В субботу, в 10 часов утра, при большом стечении народа состоялось открытие конгресса. Покидавший пост президента ASCRS David F. Chang (Los Altos, California) поздравил со вступлением в эту должность Eric'a Donnenfeld'a (East Meadow, N. Y.). Эрик Донненфельд отметил в своей речи, что мир медицины продолжает развиваться, и мы имеем возможность, благодаря, прежде всего, реформаторам от здравоохранения, жить одновременно в лучшее и худшее время. Существенные перемены в системе оказания медицинской помощи ударили по размеренной жизни каждого офтальмолога, но что важнее всего — они отражаются на больных, заботе о которых и посвящена наша работа. Задачей ASCRS была и остаётся защита интересов офтальмологов, которая, в конечном счёте, ведёт к защите интересов пациентов.

Одной из первоочередных задач ASCRS является реализация новых инициатив по улучшению качества подготовки молодых офтальмологов на основе программы обучения врачей-резидентов, составленной под руководством Edvard'a Holland'a (Cincinnati) и Bonnie Henderson (Boston).

Доктор Донненфельд сказал, что ASCRS собирается менять свою интерактивную работу с членами общества и обеспечивать большим количеством образовательных курсов и симпозиумов, посвящённым таким насущным вопросам, как ведение электронной истории болезни, хирургическое лечение глаукомы и патологии роговицы. Вебсайт ASCRS также будет изменён, на нём будет увеличено количество видео-контента, новостей и информации, которая будет доступна каждому члену общества. К самому президенту теперь есть доступ в Твиттере. В заключение Э. Донненфельд поблагодарил своего предшественника за проделанную большую работу.

Большая часть работы D. Chang'a на посту президента ASCRS состояла в том, чтобы противостоять экспансии организованных оптометристов в область хирургии переднего отрезка глаза. В противовес этому ASCRS обеспечила дополнительным нехирургическим образованием оптометристов, работающих вместе с офтальмохирургами, через систему IOMED (Integrated Ophthalmic-Managed Eyecare Delivery). Большим достижением последнего года было участие ASCRS в создании, совместно с Массачусетской глазной и ушной клиникой, компьютерной интерактивной программы-симулятора «Cataract Master» для отработки навыков принятия решений в ходе операции. Доктор D. Chang представил также новый он-лайн учебник по фактоэмульсификации (ASCRS Phaco Fundamentals Classroom), куда вошли лекции, обучающие видеофильмы, научные статьи и главы из книг, отобранные издательским советом, состоящим из наиболее авторитетных специалистов в области обучения фактоэмульсификации.

Традиционная лекция по науке и медицине была посвящена обсуждению механизмов принятия решений врачом и больным. Лекция была представлена двумя известными гарвардскими специалистами докторами J. Groopman и P. Hartzband из Бостона.

Проблемы: лечить или не лечить и лечиться или не лечиться стали достоянием не только профессионалов и их заинтересованных пациентов, но и всего общества. Каждому приходится постоянно сталкиваться с потоком медийной информации, которая обрушивается на нас неконтролируемым потоком с экранов телевизоров и со страниц газет и журналов. Больные становятся всё более осведомлёнными о спорных проблемах в медицине.

Доктор J. Grootman рассказал о возможности использования математических расчётов для принятия решений. В частности, он обратился к формуле вероятности события, предложенной D. Bernoulli в далёком XVIII веке, который, как известно, первым применил математический анализ к задачам теории вероятностей.

Существует три метода, которые теоретически можно было бы применять в анализе медицинского решения. Первый — использование линейной шкалы от 0 до 1. Где «0» означает смерть, а «1» — полное здоровье. Пациент должен осознать своё место на этой шкале при развитии болезни или осложнений от её лечения. Второй метод основан на определении того, сколько лет своей жизни больной готов отдать за то, чтобы не дожить до недержания и импотенции. И, наконец, третий метод напоминает своего рода «русскую рулетку». Пациенту предлагают представить, что у него есть волшебная пилюля, способная полностью избавить от страданий, но в ряде случаев — путём мгновенной смерти. Спрашивается что перевесит — желание полностью излечиться или боязнь того, что попытка может закончиться плохо?

Исследования показали, что все три метода ошибочны, поскольку мы не можем чётко осознать, каков будет результат и каково будет наше отношение к нему. Мы не можем предвидеть того, как поведём себя в ситуации, в которую мы ещё ни разу не попадали. Медицинский статус не является статичной величиной и со временем изменяется, люди способны адаптироваться к изменившимся обстоятельствам — меняется жизнь и наше отношение к ней.

Pamela Hartzband отметила, что чтение учебников не просвещает, а выслушивание пациентов и попытки выяснить механизм принятия ими решений, дают самые противоречивые результаты. Тем не менее, существуют общие черты того, как различные группы людей подходят к решению проблем своего здоровья. Одни — минималисты, другие — максималисты. Одни верят докторам, другие сомневаются. Одни предпочитают лекарства, сделанные на основе натуральных веществ, другие хотят пользоваться последними достижениями фарма-

цевтической промышленности. Свою лепту вносит реклама медицинских препаратов, основанная на манипуляциях цифрами и магии выдуманных историй, что помогает продавать лекарства, которые на самом деле не столь эффективны.

В заключении Jerome Grootman сказал, что принимать решения чрезвычайно трудно, особенно когда мнения специалистов расходятся.

Традиционную Бинкхорстовскую (Binkhorst) лекцию, которая открыла основную научную программу конгресса, представил Nick Mamalis. Тема лекции: «Эволюция интраокулярных линз: какой долгой и удивительной она была». Естественно была подчеркнута роль сэра Гарольда Ридли (Harold Ridley), как первооткрывателя. Естественно был рассказ про несчастных британских лётчиков периода Второй мировой с осколками плексигласа в глазу, не вызывавшими воспаления. Естественно ничего не было сказано о, мягко говоря, не простых взаимоотношениях сэра H. Ridley и сэра W. S. Duke Elder'a в пятнадцатитомном руководстве по офтальмологии которого не нашлось места для упоминания заслуг незаурядного коллеги. Поскольку лекция именная, вспомнили Корнелиуса Бинкхорста (Cornelius Binkhorst), большого любителя ирисклипс линз. Далее был представлен обзор рынка современных моделей интраокулярных линз, создаваемых из новых материалов, по новым технологиям, в новом дизайне, соответствующем требованиям хирургии малых разрезов. Наконец, помечтали о многообещающем будущем и выразили желание вернуться к рассматриваемой теме через 20 лет.

В воскресенье, 21 апреля, отдельный симпозиум был посвящён постепенному переходу к ведению электронных медицинских записей (EMR — *Electronic Medical Record*). Тема звучала так: «Как перестать беспокоиться и полюбить EMR». Директор ASCRS по связям с правительством США Nancey McCall, понимая, что существует неправильное представление о EMR, как о части непопулярной реформы здравоохранения, осуществляемой президентом Б. Обамой, отметила, что инициатива исходит ещё от администрации Буша-младшего. Окончательно она была принята в 2009 году как составная часть Акта об оздоровлении и реинвестировании американской экономики. Цель нововведения, как всегда, благая — улучшить качество медицинских услуг, повысить их безопасность и эффективность, сэкономить на бумажных носителях информации и сохранить лес для будущих поколений. Однако существуют определённые сомнения в отношении конфиденциальности информации, содержащейся в электронной истории болезни и стоимости тех-

нического обеспечения перехода, выгодного для крупных лечебных учреждений и слишком дорогого для небольших офисов частнопрактикующих врачей. Как бы то ни было с 2015 года к тем, кто не перешёл на EMR, будут применяться штрафные санкции. Начнут с -1% и будут ежегодно увеличивать. Так что полюбить всё равно придётся...

Большое внимание на конгрессе было уделено фемтосекундной хирургии катаракты, которую пытаются представить как следующий выдающийся технологический прорыв после внедрения факэмульсификации и новый эталон офтальмохирургии. Однако не все в этом убеждены. Есть и скептики, которые высказывали своё мнение в ходе воскресного обсуждения вопросов этики, возникающих в связи с навязчивым маркетингом фемтосекундной лазерной хирургии катаракты. Так ли сильно отличается эта хирургия от стандартной факэмульсификации по безопасности и конечным результатам, как отличается от неё по стоимости и временным затратам? Специалист по вопросам этики и Университета Эмори (Атланта) John D. Vanja полагает, что фемтосекундный лазер это всего лишь инструмент, способный сделать из заурядного хирурга «суперзвезду» и продукт агрессивной рекламы. Доктор J. Vanja сказал, что его всегда удивлял и зачаровывал тот факт, что офтальмология, как никакая другая область медицины, представляет собой типичную модель рыночных взаимоотношений. «Можете ли Вы представить себе кардиохирурга, предлагающего больным выбор между обычными сердечными клапанами и сердечными клапанами премиум-класса?» — вопрошал он. Участники симпозиума согласились с тем, что когда фемтосекундные лазеры активно предлагают, обещая множество проблем при их отсутствии, невольно возникает желание стать одним из «счастливых» обладателей. К сожалению, сказала модератор симпозиума Rosa M. Braga-Mele (Канада) мы не можем контролировать этичность поведения других людей. Определить, насколько этичны Ваши поступки гораздо проще. J. Vanja предложил в сложных ситуациях задавать себе 3 простых вопроса: 1) Вы чувствуете себя ОК, Вам случайно не стыдно? 2) Вы можете оправдать своё поведение перед Вашей мамой? 3) Как Вы будете себя чувствовать, если Ваш поступок и причина, побудившая его совершить, попадут на первую полосу завтрашних новостей? Если у Вас всё в порядке с ответами на эти вопросы значит, возможно, и с этикой тоже всё ОК.

С утра в понедельник, 22 апреля, обсуждали вопросы кросслинкинга: историю его возникновения и механизм действия, эффективность при эктазиях роговицы, безопасность метода, возможные ослож-

нения и расширение показаний к применению. Одно из основных разночтений в технике выполнения кросслинкинга, сказал John A. Hovanesian (Laguna Hills, Calif.), заключается в отношении к роговично-му эпителию — удалять или не удалять? Несмотря на небольшое количество опубликованной по этому поводу информации общемировая тенденция — эпителий не удалять. Doyle Stulting из Атланты, в своём выступлении коснулся возможных осложнений кросслинкинга. К ним относятся: отёк роговицы, стерильные инфильтраты, инфекционный кератит, формирование рубцовых помутнений стромы и позднее восстановление эпителия. Докладчик отметил, что к счастью осложнения встречаются редко и, как правило, не угрожают ухудшением зрения. Технология эта будет в нашем арсенале ещё долгое время и должна стать основной в лечении эктазий роговицы сразу после установления диагноза. Кстати, в США кросслиндинг не получил широкого распространения, поскольку подпадает под законы, регулирующие оборот лекарственных препаратов, а не устройств для их применения. Для широкого внедрения требуются дальнейшие клинические исследования и деньги в размере от 400 млн. до 1,6 млрд долларов.

Во второй половине дня был проведён симпозиум на тему: «Заккрытие радужно-роговичного угла (РРУ) от А до Я». В первом сообщении, касавшемся эпидемиологии, генетики, гониоскопии и новых возможностей лечения доктор Douglas J. Rhee из Бостона, отметил, что по статистике 45% пациентов гониоскопия не была выполнена ни в течение 12 месяцев до постановки диагноза первичной открытоугольной глаукомы, ни в течение полугода после установления данного диагноза. Он предложил протокол обследования, согласно которому гониоскопия должна выполняться всем пациентам офтальмологических клиник после измерения ВГД и перед расширением зрачка. Докладчики, выступавшие далее, также подчёркивали необходимость проведения гониоскопии для диагностики и правильного ведения больных. Leslie S. Jones, из Вашингтона, в своём сообщении затронул тему целесообразности периферической иридотомии, отметив важность пробы Форбса для прогноза эффективности вмешательства. Он сказал, что использование пилокарпина в качестве подготовки к лазерной процедуре не всегда обязательно, поскольку яркое освещение второго глаза может привести к достаточному сужению зрачка с обеих сторон. Чтобы после иридотомии не страдало качество зрения, отверстия в радужке следует выполнять в местах, прикрытых веками.

Важное место на симпозиуме занимал вопрос о роли экстракции катаракты в лечении больных

глаукомой. По мнению Reay H. Brown (Атланта) при закрытоугольной глаукоме факоэмульсификация предпочтительнее комбинированных вмешательств, которые весьма рискованы. Главное выполнить экстракцию катаракты как можно раньше, до того как возникнет необходимость гипотензивного вмешательства. Ronald L. Fellman из Далласа остановился на случаях, когда одной замены хрусталика явно недостаточно, и приходится прибегать к комбинированным операциям, в частности, к эндоскопической циклофотокоагуляции. Для определения тактики хирургического лечения он предложил акроним PANIC Field. Где P (*Patient*) означает — пациент, его статус, уровень ВГД, используемые гипотензивные препараты; A (*Angle*) — гониоскопическая картина РРУ; N (*Nerve*) — состояние зрительного нерва; I (*Iris*) — состояние радужки, наличие гониосинехий; C (*Cataract*) — наличие и степень зрелости катаракты и, наконец, Field — изменения поля зрения.

Вообще на обсуждение вопроса удаления хрусталика у больных глаукомой в рамках конгресса было потрачено много времени. Это были и отдельные выступления и целый симпозиум, проведённый во второй половине дня, 21 апреля. По оценке Kuldev Singh из Стэнфорда в 3,5 млн. экстракций катаракты, ежегодно проводимых в США, входят 15–20 % больных с первичной открытоугольной глаукомой и офтальмогипертензией. И факоэмульсификация для них вполне оправдана, поскольку она снижает уровень офтальмотонуса и не ухудшает результатов трабекулэктомии, если таковая потребуется в будущем.

Теперь стало модно рассматривать факоэмульсификацию как наиболее часто выполняемую «антиглаукомную» операцию. При этом данные её гипотензивного эффекта, полученные в ходе исследования офтальмогипертензии (Ocular Hypertension Treatment Study) некорректно переносятся на случаи, когда у больных стоит диагноз открытоугольной глаукомы. Gary Foster (Fort Collins) сказал, что существуют разногласия по поводу того, насколько факоэмульсификация может снижать уровень ВГД и насколько продолжителен гипотензивный эффект у больных глаукомой. David F. Chang, Steven D. Vold и Robert J. Noecker представили аргументы в пользу различных комбинированных операций для больных с сочетанием катаракты и глаукомы. Это и факоэмульсификация в сочетании со стентированием Шлеммова канала (iStent, Glaukos, Laguna Hills,

Calif.) и факоэмульсификация с трабекулотомией *ab interno* и факоэмульсификация, дополненная эндоскопической циклофотокоагуляцией. Выступивший после них Stewen Dewey из Колорадо с докладом, провокационно названным: «Вы все неправы! Факоэмульсификация в чистом виде — лучший подход» не смог завоевать симпатий аудитории. В дальнейшем, однако, Reay H. Brown из Атланты, смог реабилитировать идею ограничения вмешательства факоэмульсификацией у больных с далеко зашедшей стадией глаукомы, подчеркнув, что при наличии выраженных изменений, глаза больных становятся чрезвычайно чувствительными к осложнениям, которые столь часто встречаются в хирургии глауком. Поэтому следует придерживаться тактики раннего удаления хрусталика, как важной составляющей в лечении больных глаукомой.

В последний день конгресса, по уже сложившейся традиции, была проведена «русская сессия», на которой докладчики из России и ближнего зарубежья представляли свои доклады на общем для жителей бывшего Союза языке. Свою изящную технику удаления ядра в ходе факоэмульсификации представил Ю. В. Тахтаев (Санкт-Петербург), о приоритете отечественных специалистов в использовании ND-YAG лазера для удаления плотных катаракт напомнила В. Г. Кобаева (Москва), коллеги из Латвии поведали о замечательных отдалённых результатах техники SMILE (Small-Incision Lenticule Extraction) подходящей, пока, только для пациентов с миопией и осуществляемой с помощью фемтосекундного лазера только одного производителя.

В выставочной программе конгресса приняло участие более 230 компаний из Америки, Европы и Азии. Было представлено много новинок, начиная с завоевывающих рынок фемтосекундных лазеров для катарактальной хирургии, новых много-разовых, но разборных и стерилизуемых по частям инструментов для профилактики TASS-синдрома и кончая генными детекторами для экспресс-диагностики дистрофии роговицы Avellino.

Следующая весенняя встреча, с широкими мировыми достижениями в узкой области заболевания переднего отрезка глаза, пройдёт в 2014 году в Бостоне.

Сан-Франциско—Санкт-Петербург, 2013 г.

TRAVEL ESSAYS OF A RUSSIAN OPHTHALMOLOGIST

Astakhov S. Yu.

Сведения об авторах:

Астахов Сергей Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор. Кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8, корпус 16. E-mail: astakhov73@mail.ru.

Astakhov Sergey Yuryevich — doctor of medical science, professor. Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University. 197022, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy St., 6–8, building 16. E-mail: astakhov73@mail.ru.