

День зрения – 2016

Выставочно-образовательный проект

Мы продолжаем публиковать материалы, связанные с проектом «День зрения – 2016».

Предлагаем вашему вниманию интервью с его участниками — д.м.н. Д.И. Ивановым (Екатеринбург) и к.м.н. И.Ю. Мазуниным (Нижний Новгород).



Д.И. Иванов: «Мне очень импонирует атмосфера проекта»

Интервью с заведующим II хирургическим отделением Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», доктором медицинских наук **Д.И. Ивановым**

диагностики и лечения глаукомы Вы могли бы выделить? Существуют методики, которыми владеют наши зарубежные партнеры, но по каким-то причинам не владеем мы?

— Таких методик не много, но все новые технологии особенно диагностические приходят к нам с Запада, так или иначе зарубежные коллеги — законодатели мод. Дело в том, что ситуация в стране довольно сложная: существует читанное количество предприятий, способных выпускать аппаратуру, сравнимую с западными аналогами. Если когда-то лазеры придумали мы, то сейчас ни одного более-менее приличного отечественного лазера на рынке нет. Еще раз повторю, что практически вся техника и технологии идут с Запада, а мы подхватываем, но, к счастью, делаем это вовремя. Например, идеология нашей клиники направлена на максимально быстрое внедрение новинок в клиническую практику, если, разумеется, видим в этом смысл. Конечно, существуют проблемы, связанные с сертификацией по приборам, лекарствам, технологиям и т.д., что значительно замедляет возможность их внедрения. Понимаете, все лекарственные препараты, приборы проходят сертификацию в Америке, в Европе, прежде чем попадают к нам, а у нас даже нет таких лабораторий. Так что, по моему мнению, сертификация в России больше «завязана» на предпочтениях одного или другого чиновника, чем на действительно глубоком, серьезном анализе состояния вопроса. Что касается непосредственно хирургии глаукомы, то в настоящий момент я не вижу существенной технологической разницы. Более того, техническое исполнение большинства антиглаукомных операций у нас лучше, аккуратнее, атравматичнее.

— Дмитрий Иванович, представьте, пожалуйста, читателям газеты доклад, с которым Вы выступили здесь, на проекте «День зрения».

— Методика трабекулотомии ab interno как способ лечения глаукомы был предложен более 35 лет назад профессором Борисом Николаевичем Алексеевым. Но дело в том, что в тот период методы оптической визуализации не позволяли выполнять операции с той тщательностью и безопасностью, которые обеспечиваются современными технологиями. Трабекулотомия ab interno в ее нынешней модификации дает возможность добиваться хорошего функционального

эффекта экономичным путем. Доктора довольно быстро осваивают методику, но некие «подводные камни» начинаются на послеоперационном этапе — речь идет о проблемах геморрагического характера. На сегодняшний день мы сделали более 11 тысяч операций, а 9 лет назад, когда мы только начинали у себя развивать эту технологию, у нас были определенные сомнения: процент геморрагических осложнений был достаточно высоким, и когда после операции пациент видел хуже, чем до операции, конечно, у него возникало недоумение. Сейчас осложнения встречаются крайне редко.

Ближайший аналог нашего вмешательства — трабекутомия с использованием прибора Trabectom — достаточно дорогая операция для восстановления естественного пути оттока внутриглазной жидкости. Одноразовый наконечник стоит 800 долларов, сам прибор 60-70 тыс. Если человек платит сам, то стоимость операции для большинства просто неподъемная. В лекции я показывал ирригационный трабекулотом, в основе которого инъекционная игла от инсулинового шприца. Инструмент получился простым, эффективным, его стоимость исчисляется в центах, а результат мы получаем аналогичный. Так что мы идем в ногу со временем: претворяем в жизнь идею импортозамещения.

— Вы говорили о том, что на начальном этапе применения новой модификации методики вы сталкивались с большим количеством осложнений...

— В течение этих лет мы самым тщательным образом искали ответ на вопрос, откуда появляется кровь в передней камере, и поняли, что причина — градиент давления, в соответствии с законом гидродинамики. Понятно, что ни одна молекула крови не попадет в переднюю камеру, если давление там будет выше, чем в системе полых вен. Ретроградный ток появляется только со снижением давления в передней камере. Раньше было как? Все сделано идеально, но на следующий день у пациента наблюдалось резкое снижение остроты зрения, буквально до сотых долей. И причина заключалась в нарушении герметичности разрезов. Если при обычном катарактальном вмешательстве мы можем гидратировать разрез, то в нашем случае отек роговицы падает, и в какой-то момент давление может опуститься ниже уровня давления в венозной системе, что ведет к появлению крови в передней камере. Теперь,

когда мы стали очень тщательно и внимательно выполнять разрезы, количество осложнений снизилось на порядок.

— Есть сторонники вашего метода в других клиниках страны?

— Есть. Но особенность методики заключается в том, что лучше всего ее передавать «из рук в руки». Существуют нюансы, на которые необходимо обращать внимание коллег непосредственно в операционной, и, прежде всего, это касается герметичности разрезов; существует также вероятность прямого повреждения ткани, что можно легко избежать, если человеку объяснить, как правильно проводить манипуляции. И доктора, которые в свое время были в нашей клинике и перенимали опыт непосредственно в операционной, сейчас успешно оперируют. С другой стороны, я знаю случаи, когда хирурги на свой страх и риск, без предварительных консультаций с нами, пытались применить нашу методику, но сталкивались ровно с теми последствиями, которые преследовали когда-то нас. Поэтому мы всегда стараемся предупредить коллег о том, что научиться избегать неприятностей можно у нас в клинике.

— В какие города вы «экспортировали» методику?

— Наша методика применяется в клиниках Казани, Санкт-Петербурга, в Иркутске (но пока в незначительном объеме), в Челябинске, в Уфе, в Москве, в Мюнстере (Германия). В Америке два года назад (в 2014 году) на конгрессе ASCRS мы увидели нашу технологию, которую представляли американцы, и получили гран-при. Выдали как свое, хотя мы ее показывали там же в 2010 и 2011 годах. Это вопрос этики.

— Если лечение катаракты на сегодняшний день достигло определенного совершенства, в лечении глаукомы говорить об этом еще рано. В каких направлениях, как Вам кажется, могут возникнуть прорывы в хирургическом лечении глаукомы?

— Если иметь в виду технологии фильтрующего типа, существующие сегодня, настоящим прорывом может стать успешная борьба с рубцеванием. Формируя новые пути оттока, мы хотим обмануть природу, но по своей сути — это раневой канал, и организм, включая регенерацию, сводит эффект операции на нет. Существуют препараты, уменьшающие рубцевания: например, митомицин С,

который далеко не безопасен, так как сильно меняет структуру тканей оболочек глаза. Ткани истончаются, что может привести к серьезным осложнениям вплоть до слепоты. Если удастся создать эффективное и безопасное лекарство против регенерации тканей в зоне антиглаукомной операции — это будет серьезным прорывом. Другое направление, по которому мы идем, — восстановление естественных путей оттока. Сегодня технологии, связанные с малоинвазивной хирургией, находят все более широкое применение в мире. Раньше считалось, что чем более развитая стадия, тем больше рубцовых, дегенеративных и дистрофических процессов происходит в трабекуле, шлеммовом канале и склере. Однако наш опыт показывает, что главной причиной развития глаукомы является функциональный блок шлеммова канала. Своевременное устранение блокады позволяет восстановить отток жидкости по естественным путям и избежать прогрессирования глаукомы. Вопрос заключается только в том, чтобы это сделать вовремя. Шлеммов канал по своей сути — замкнутое кольцо, и при повышении ВГД внешняя стенка прижимается к внутренней, что приводит к его блокаде. По законам гидродинамики достаточно отверстие, через которое проходит несколько молекул воды, чтобы разблокировать шлеммов канал и он начал нормально функционировать. Только, к сожалению, далеко не все офтальмологи понимают значимость функционального блока шлеммова канала. Думаю, что и лазерная хирургия в этом случае могла бы сказать свое веское слово. Есть методики перфорации трабекулы с помощью лазера, но пока эффект такого вмешательства нас не устраивает. Направление по уменьшению продукции внутриглазной жидкости также активно развивается, однако прогноз результата и количества осложнений остаются открытыми.

— Собираетесь ли участвовать в следующем проекте «День зрения» в 2017 году?

— Загадывать пока рано, но я с удовольствием принял бы участие в будущем году. Мне очень импонирует атмосфера проекта, возможность свободного общения, обмена мнениями.

— Спасибо большое, Дмитрий Иванович, за то, что уделите нам время.

Интервью подготовил
Сергей Тумар

— Дмитрий Иванович, Вы впервые участвуете в работе проекта «День зрения». Ваши впечатления?

— Проект очень интересный, полезный, доклады неплохо скомпонованы и рассчитаны на практических докторов. На мастер-классах участники знакомятся с самыми современными диагностическими приборами, что, несомненно, является большим плюсом проекта.

— Среди представленной на проекте аппаратуры есть приборы, на которых Вам еще не приходилось работать?

— К счастью, приборы, представленные здесь, есть в нашей клинике, и я лишний раз убедился в правильности сделанного нами в свое время выбора. Например, в диагностике глаукомы без линейки оборудования, которую предлагает компания Stormoff, чрезвычайно сложно выявлять ранние нарушения, оценивать динамику заболевания.

— На Ваш взгляд, клиники Свердловской области в достаточной степени оснащены современными приборами, стала ли высокотехнологичная офтальмология за последнее время более доступна гражданам?

— Нет, конечно. Чтобы оснастить клиники в той мере, насколько это необходимо, надо приобретать не один прибор, а целый комплекс. На современном этапе в диагностике глаукомы необходимо иметь приборы: для оценки функции, структуры и приборы для точного измерения ВГД, в том числе роговично-компенсированного давления. На мой взгляд, это более корректный метод, на который необходимо ориентироваться доктору. Обращаю на это внимание, так как часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда роговично-компенсированное давление одно, а тонометрия по Гольдману, которая до недавнего времени считалась «золотым стандартом» в мире, показывала значительно более высокие цифры. Такие расхождения могут привести к тактическим ошибкам, так как не оценивается биомеханика фиброзной оболочки глаза.

— Вы посещаете отечественные и зарубежные научные конференции. Какие тенденции в развитии