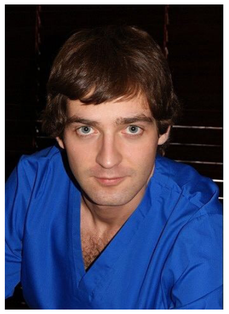

Лечение пациента — это искусство, творение добра

Интервью с руководителем Клиники офтальмологии и микрохирургии глаза «К+31», кандидатом медицинских наук **Сергеем Игоревичем Абрамовым**

— Сергей Игоревич, расскажите, пожалуйста, о Вашей клинике: какие виды лечения можно получить в клинике «К+31»? В чем состоит ее главная особенность?

— Клиника офтальмологии и микрохирургии глаза «К+31» начала свою работу в 2012 году в составе многопрофильного медицинского центра премиум-класса. С первого дня существования клиники в ее организационную основу была заложена основная идея — постоянное развитие и увеличение клинического потенциала.

Коллектив клиники достаточно молодой, и в этом наше преимущество. Молодые люди, как правило, обладают большим жизненным потенциалом, энтузиазмом, легко и быстро обучаемы. Прекрасные условия работы, атмосфера добра и взаимопонимания, умноженные на возможности самой современной техники, позволили добиться прекрасных результатов — наши врачи обладают глубокими знаниями и умениями как в диагностике, так и в лечении пациентов. Все диагностические мероприятия, включая авторефрактометрию, проверку остроты зрения, измерение ВГД, выполняет именно врач! Для нас это исключительно важный вопрос, так как я считаю, что на этапе проверки зрения можно много узнать о пациенте, вникнуть в суть его жалоб и проблем с глазами.

— Обычно диагностические процедуры выполняются медицинскими сестрами?

— Еще со времен Святослава Николаевича Федорова было заведено, что проверка зрения и первичные обследования проводятся либо оптометристами, либо медицинскими сестрами. Это в значительной мере снижает нагрузку врача, но, как я уже сказал, чтобы вникнуть в суть проблемы, врач должен заниматься пациентом с самого начала.

— Перечислите, пожалуйста, направления, по которым работает клиника.

— Основные направления клиники — рефракционная хирургия (лазерная коррекция зрения, имплантация факичных линз), лазерная хирургия, хирургия катаракты, глаукомы и витреоретинальная хирургия.

В клинике огромное внимание уделено самому современному диагностическому и операционному оборудованию. Мы используем практически все новейшие технологии, существующие сегодня в мире.

Немаловажным фактором является то, что клиника «К+31» является многопрофильным лечебным учреждением, и мы имеем возможность применять междисциплинарные методы лечения; своя лаборатория и смежные специалисты позволяют за несколько часов подготовить пациента к самой сложной операции.

Клиника оснащена самым современным оборудованием

Особенностью клиники «К+31» является то, что все операции, включая LASIK, мы можем проводить не только под местной анестезией, но и под седацией, и под общим наркозом. Для соматически тяжелых больных из других городов или маломобильных пациентов есть большой стационар с одно-, двухместными палатами и палатами класса «люкс».

— Что нового произошло в лазерной хирургии за последние годы? Какие новые технологии вошли в медицинскую практику? Как вообще появляются новые лазерные технологии?

— Для начала давайте вспомним, где и какие лазеры применяются в офтальмологии. Существуют лазеры для рефракционной хирургии роговицы и ее пластики, лазеры для сопровождения катаракты, для лечения патологии сетчатки, глаукомы, вторичной катаракты и стекловидного тела. За последние годы стремительное развитие получили рефракционные лазерные технологии для коррекции зрения. На сегодняшний день существуют три принципиально различных способа коррекции зрения: фоторефракционная кератэктомия (ФРК), LASIK и Relex SMILE. LASIK и ФРК ,которые зарекомендовали себя как наиболее безопасные, стабильные малоинвазивные методики. В этом году технологии LASIK исполняется 30 лет: первая операция была сделана американским офтальмологом Голаном Пейманом в 1989 году.

Как известно, стоит только какой-либо методике появиться на свет, ученые и практики приступают к поискам путей ее совершенствования: развиваются методы и алгоритмы абляции, растет скорость и точность следящих за глазом «ай-трекеров», увеличивается частота лазера, обновляется программное обеспечение и диагностическое оборудование. Все это приводит к повышению точности, прогнозируемости, безопасности операций и к устранению ошибок, связанных с влиянием «человеческого фактора».

Относительно мировых тенденций в лазерной хирургии дать четкий и ясный ответ на Ваш вопрос я не могу. Постараюсь объяснить, почему. По неизвестным мне причинам, аппарат SCHWIND Amaris не поставляется в США, соответственно в распоряжении американских коллег нет этого лазера, однако у них есть свои машины. Я общаюсь со многими американскими офтальмологами и знаю, что большинство из них являются приверженцами методики ФРК, нежели LASIK. Что касается SMILE, я не уверен, что ее там нет, но эту методику офтальмологи даже не обсуждают. Однако они занимаются генетическими исследованиями на предмет вероятности возникновения кератэктазии у пациентов, готовящихся к операции LASIK. Прогнозы обладают высокой точностью. Но в России таких методик нет. Конечно, самое неприятное, что может случиться при рефракционных операциях, — кератэктазия и прогрессирование кератоконуса, но благодаря существующим у нас технологиям такая вероятность сведена к минимуму.

— Сергей Игоревич, я обратил внимание на прекрасное оснащение Вашей клиники. Чем Вы руководствуетесь, когда выбираете оборудование? Чем оно отличается от оборудования Ваших конкурентов?

— Для меня важнейшими критериями отбора оборудования являются, в первую очередь, надежность, точность, возможность быстрой технической и инженерной поддержки, регулярное и добросовестное проведение технического обслуживания. Чем сложнее и точнее становятся приборы, тем более внимательного и бережного отношения к себе они требуют. Поэтому каждую неделю я лично проверяю калибровки всех приборов, кроме того, каждый доктор обязан следить за состоянием оборудования. Это дает нам уверенность в измерениях при проведении обследования, что сказывается на точности результатов.

Хотел бы немного остановиться на нашем недавнем приобретении — лазере Schwind Amaris 1050RS Limited Edition. Прежде чем принять решение о его покупке, я провел довольно глубокий анализ имеющихся на рынке машин и пришел к выводу, что все современные лазеры очень хороши. Они обладают прекрасными диагностическими базами и позволяют получить замечательные рефракционные результаты. Однако для меня большое значение имеет то, что во время операции, работая на машине Schwind Amaris 1050RS, я не прибегаю к услугам инженера и все манипуляции (ввод данных, переключение режимов и т.д.) провожу самостоятельно. Понимаете, я привык все держать под своим личным контролем. Второе: безопасность, точность, надежность — этим требованиям машина полностью соответствует. В третьих, мы все хотели нечто уникальное и самое передовое на сегодняшний день. Поэтому наш выбор пал именно на SCHWIND Amaris 1050RS в комплектации Limited Edition, что подразумевает особое программное оснащение.

— В России есть уже такие машины?

— Это первый лазер данного типа в России, обладающий огромными возможностями и уникальными технологиями. Кроме LASIK, ФРК, ПТК, персонализированной абляции, корригирующей аберрации высокого порядка, и PresbiLASIK, наш лазер обладает технологией SmartSurfACE, позволяющей проводить коррекцию зрения без прикосновения инструментами. Эта технология, прежде всего, подходит пациентам, занимающимся контактными видами спорта, военным, пилотам некоторых авиакомпаний, в которых существует запрет на проведение операций по технологии LASIK, а также тем пациентам, кто боится прикосновения инструментов к глазному яблоку. Однако у такой технологии есть и свой недостаток: восстановление зрения происходит в течение 4-5 дней, в отличие от LASIK, после которого зрение приходит в норму уже через несколько часов.

Еще одна новая технология в арсенале лазера Schwind Amaris 1050RS — кератопластика, но о ней я пока говорить не могу.

Конгресс ESCRS. Лиссабон, 2017 г.

С профессором В.В. Куренковым

С А.Г. Югаем и О.В. Унгурьяновым

— Вы упомянули о том, что сами занимаетесь калибровкой лазера. Речь идет о характерной особенности этого лазера или это Ваша инициатива? Вы выполняете ту работу, которую обычно выполняет инженер.

— Дело все в том, что я несу огромную ответственность перед пациентами, и всю калибровку, настройки перед операцией я должен посмотреть сам. Если вдруг что-то пойдет не так, вся ответственность ложится на меня. Особенность лазера заключается в том, что его рабочий интерфейс полностью развернут на хирурга — это позволяет видеть все этапы операции, захват «ай-трекинга» и т.д. Для меня это очень удобно, так как я не завишу от действий инженера.

— По самому приблизительному расчету, сколько лет Вам может прослужить эта машина?

— Интересный вопрос! Думаю, что лет 10. Безусловно, развитие идет постоянно, техника обновляется, становится совершеннее. Почему мы остановили свой выбор именно на самой последней модели? У нее огромный запас «апгрейда». Я знаю случаи, когда клиники приобретают аппаратуру с практически исчерпанным ресурсом модернизации. Что мы имеем в нашем случае: частота — максимальная; айтрекинг 7D — предел: система не только отслеживает движение глаза во всех направлениях, но и умеет предвосхитить его последующее движение. Единственное, что будет дорабатываться, — программное обеспечение, но это — не проблема.

— По каким критериям Вы выбирали новый лазер я понял. А как выбор пал на компанию-поставщика?

— Я уже упоминал о том, какие требования в выборе аппаратуры для меня являются основными, это — надежность, точность, возможность быстрой технической и инженерной поддержки. Ровно этим критериям соответствует компания «Трейдомед Инвест».

— Ваши взаимоотношения с компанией «Трейдомед Инвест» не ограничиваются приобретением лазера Schwind Amaris? Была ли предыстория?

— Я знаю эту компанию, наверное, лет 15. Наши отношения начинались с покупки офтальмологических газов для витреоретинальной хирургии. Несколько лет назад я искал лучший микрокератом, который можно было бы применять, в том числе и для LASIK. Таким оказался Moria Evolution 3, который нам поставила компания «Трейдомед Инвест». Многие специалисты, в том числе и я, считают, что на сегодняшний день Moria — один из лучших микрокератомов.

— Сергей Игоревич, офтальмология в России находится на высоком уровне, требования пациентов к клинике и к врачу очень высоки, плюс существует большая конкуренция среди учреждений, предоставляющих офтальмологические услуги. Что выделяет «К+31» от остальных частных клиник?

— Конечно, офтальмологических клиник в Москве и ближайших регионах достаточно много, открываются новые лечебные учреждения. В Вашем вопросе прозвучало слово «конкуренция», но оно мне не нравится, я считаю, что конкуренция неприменима в медицине. Мы же не торговая организация. Лечение пациента — это искусство, творение добра. Пациент всегда находит и свою клинику, и своего врача. Что касается отношений между клиниками, здесь более уместно слово «дружба». Мы практикуем совместные консилиумы, советуемся при лечении особых, редких случаев.

Особое внимание мы уделяем бережному, внимательному и, самое главное, индивидуальному отношению к пациенту. Время на прием уходит ровно столько, чтобы не только тщательно обследовать пациента, поставить правильный диагноз и назначить лечение, но и рассказать ему о ходе предстоящего лечения, ответить на все вопросы.

— На работе мы проводим бóльшую часть своего времени. Приятно, когда тебя окружает комфортная обстановка, радуют своим профессионализмом коллеги.

— У нас царит атмосфера здоровой демократии и единства. Мы постоянно делимся полученными знаниями, советуемся, информируем друг друга о ходе лечения пациентов. Кроме того, прекрасно налаженные логистические нюансы добавляют в нашу работу четкость и порядок. Врачам импонирует спокойная, вдумчивая работа с каждым пациентом, что приводит к хорошим результатам и не позволяет страдать от профессионального выгорания.

— Сергей Игоревич, какие методы руководства используете Вы?

— Безусловно, демократические. Причем я всегда прислушиваюсь к коллегам, руководствуюсь принципом, что не я здесь самый умный. Считаю, что мои врачи должны быть в чем-то умнее меня. Развиваясь, они подтягивают до своего уровня коллег, в том числе и меня. Молодые доктора схватывают больше информации и делают это быстрее. Разница примерно в 10 лет, которая существует между мной и коллегами, очень правильная: заставляет быть в тонусе.

— Как, на Ваш взгляд, изменились подходы в обучении молодых докторов?

— Подходы, безусловно, меняются, как и все в мире. Наши родители учили нас одному, мы своих детей — уже другому. Конечно, основополагающие понятия, такие как доброта, порядочность, человечность, остаются.

Что касается нашей специальности, я считаю, что для каждого последующего поколения врачей должна быть более высокая стартовая площадка. Мы знаем, что одним из первых вмешательств по поводу катаракты была реклинация, однако 50 лет назад ее уже не делали, наступила эпоха интракапсулярной хирургии; затем — экстракапсулярные операции и, наконец, факоэмульсификация. На мой взгляд, доктора не должны заниматься теми видами вмешательств, которые ушли в прошлое. Задача молодых врачей — сразу осваивать новейшие технологии, но при этом они должны знать и предыдущие методики.

— Должен ли хирург одинаково хорошо выполнять все виды вмешательств?

— Я являюсь противником монохирургии. Человек, умеющий оперировать только правый глаз, это — не хирург. Я считаю, что специалист должен знать и уметь все, при этом глубоко и досконально развиваться в своем узком направлении. С другой стороны, если я делаю катаракту, то должен уметь оперировать глаукому, т.к. часто возникает необходимость в сочетанной хирургии, кроме того, я должен разбираться в рефракции, чтобы оценить вероятный исход вмешательства. Нельзя рассматривать глаз как отдельные его части.

В государственных клиниках существует такое понятие, как поток. Доктору просто не хватает времени узнать, кто перед ним. В частных клиниках подход иной: у врачей достаточно возможности ближе познакомится с пациентом, понять его жалобы, ожидания от лечения, чтобы в результате оказать человеку максимально возможную помощь и улучшить качество его жизни.

Возвращаясь к Вашему вопросу, повторю, что я освоил многие хирургические методики и направления, и орган зрения для меня не существует в отрыве от человека. Именно такой подход к профессии офтальмохирурга я стараюсь привить своим ученикам. Многие врачи, с кем мы вместе работаем — мои бывшие ординаторы. Когда встал вопрос о комплектовании клиники «К+31», прежде всего я привлек своих учеников, так как в них в значительной степени заложена моя школа. Хотя «моя школа» звучит несколько напыщенно. Я ни в коей мере не претендую на звание мэтра, я не в том возрасте и не в том статусе. Однако, насколько могу судить, мне удалось консолидировать несколько направлений:

Моя вторая семья

от Аркадия Павловича Нестерова мы получили серьезные основы знаний по глаукоме, Александр Герасимович Югай передал мне свои знания по витрэктомии, Елена Олимпиевна Саксонова — по витреоретинальной патологии, Вячеслав Владимирович Куренков — по рефракционной хирургии…

— Что Вы больше всего цените в людях, в коллегах, друзьях?

— Преданность, честность, открытость, порядочность, стремление к саморазвитию. Вы знаете, мы постоянно что-то придумываем, изучаем, улучшаем. Коллеги, видя нашу неуемность, в хорошем смысле слова, заражаются этим вирусом и начинают также себя вести. Думаю, очень важно, когда все вокруг находятся на одной волне.

— Сотрудники, с кем Вы работаете, кто они для Вас: коллеги или друзья?

— Я считаю, что люди, с кем я работаю, это — вторая семья.

— Дома Вы забываете о работе?

— Моя жена, Светлана Сергеевна Абрамова, — прекрасный лазерный хирург, диагност. Много лет она мне помогает буквально во всем. Мы с ней находимся на одной волне и подчас за ужином, в спокойной обстановке, обсуждаем какие-то рабочие моменты и порой приходим к долгожданному решению. То есть в нашем случае врач — это не профессия, это — призвание, образ жизни.

— Сергей Игоревич, как Вы пришли в профессию врача и почему Ваш выбор пал именно на офтальмологию?

— Практически все свое детство я провел в больнице, у папы на работе. Мой отец — замечательный сосудистый хирург, доктор медицинских наук, профессор. В молодом возрасте он возглавил отделение и стал заместителем главного врача по хирургии в московской городской клинической больнице № 15. Конечно, я хотел стать хирургом, как папа. Я не носился с ребятами во дворе, зато носился по больничным палатам, санитарил, а в качестве вознаграждения мне иногда разрешали присутствовать на операциях. Естественно, после такой подготовки мне не оставалось иного выбора, кроме медицинского института. После поступления во 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова в свободное от учебы время работал в больнице, прошел путь от санитара, медбрата до врача. Работал в отделении хирургии и общей реанимации, в качестве медбрата участвовал в операциях общехирургического направления. Мне очень нравилась сосудистая хирургия, многочасовые операции, сшивание мельчайших сосудов, и к последнему курсу института выбор медицинской специальности был практически сделан. Но случилось так, что заведующим витреоретинальным отделом офтальмологического отделения больницы был назначен Александр Герасимович Югай. Было закуплено новейшее оборудование, выделена отдельная операционная. Познакомившись с Александром Герасимовичем, я стал часто появляться в операционной и буквально влюбился в офтальмологию, в совершенную аппаратуру; мне безоговорочно нравились чистые, красивые операции, спасавшие людям зрение, восторженная реакция прозревших пациентов. А когда А.Г. Югай предложил мне стать его учеником, сомнений по поводу дальнейшей специализации у меня не осталось: после института я пошел в ординатуру по офтальмологии, в отдел к Александру Герасимовичу Югаю. Заведующей офтальмологическим отделением была Алла Ивановна Олейник, главным консультантом по витреоретинальной патологии — Елена Олимпиевна Саксонова. Не могу не вспомнить Надежду Валентиновну Гурьеву, с которой мы впервые в России стали применять дренажи Ahmed в лечении глаукомы. Эти глубокоуважаемые люди стали моими главными учителями в офтальмологии.

Иногда меняю кератом на смычок и медиатор

Чтобы приучить свои руки к работе с микроскопом, мы с товарищем, тоже ординатором, ездили на рынок, за небольшие деньги нам разрешали покупать свиные глаза, и по ночам, когда операционные были свободны, развивали хирургическую технику.

Достаточно рано, учитывая мое рвение и энтузиазм, Алла Ивановна Олейник стала назначать меня ответственным офтальмологом по больнице во время дежурств. Мне приходилось заниматься травмами, пациентами по скорой помощи и т.д.

Еще до моей учебы в ординатуре в нашем отделении проводилась большая работа, имеющая целью доказать, что беременным женщинам с высокой миопией и дистрофиями на периферии сетчатки можно проводить родоразрешение естественным путем. Раньше считалось, что в таких случаях единственно возможным методом было кесарево сечение. Мы показали, что профилактическая лазеркоагуляция сетчатки у пациенток с дистрофией обеспечивала возможность женщинам рожать естественным путем. Проводилась большая работа по внедрению и применению anti-VEGF препаратов. Одни из первых проводили оптическую когерентную томографию сетчатки. Одни из первых стали применять торические и мультифокальные интраокулярные линзы.

— Насколько я понимаю, Вы начинали с витреоретинальной хирургии?

— Как ни странно, свой путь в офтальмологии я начал с сетчатки, затем перешел на катарактальную хирургию, глаукому и рефракционные операции. Рефракционная хирургия в государственных клиниках была явлением редким, а в городской клинической больнице № 15, где я работал, ее не было вовсе, но я некоторое время подрабатывал в оптике, занимался подбором очков и контактных линз. Тогда же начинал осваивать рефракцию.

Через несколько лет после окончания ординатуры я познакомился с Вячеславом Владимировичем Куренковым, стоявшим у истоков эксимерлазерной хирургии, и он предложил мне работу в его клинике. Так состоялось мое первое знакомство с частной медициной, а Вячеслав Владимирович стал моим наставником в эксимерлазерном направлении. Несмотря на солидную разницу в возрасте, мы стали хорошими друзьями и единомышленниками, прекрасно сотрудничаем.

— В каком году Вы пришли на работу в клинику «К+31»?

— В 2011 году. В то время здание представляло собой голые, серые стены. Потребовался год на то, чтобы сделать ремонт, провести коммуникации, завести оборудование и принять, наконец, первого пациента. Здесь мне удалось воплотить свою главную концепцию: разделение диагностического и хирургического блоков и оснащение их самой передовой техникой. Сочетание технологических возможностей многопрофильного лечебного учреждения с прекрасным оборудованием нашей офтальмологической клиники дает прекрасные результаты в диагностике и лечении.

— Не могли бы Вы сказать несколько слов о тех людях, благодаря которым стало возможным создание клиники «К+31»?

— «К+31» входит в медицинский холдинг «МедИнвестГруп». Нашему инвестору мы обязаны приобретением новейшего диагностического и хирургического оборудования для клиники и, в частности, лазера Schwind Amaris.

Не могу не упомянуть главного врача клиники «К+31» Бориса Тамазовича Чурадзе. Он был первым человеком, с кем я познакомился, когда устраивался на работу. Борис Тамазович поинтересовался, как мне представляется работа офтальмологического центра, и наши взгляды полностью совпали. Главный врач поверил в меня и оказывал всяческое содействие при создании клиники. И сегодня он идет навстречу в решении любых вопросов, связанных с работой офтальмологической клиники.

Еще в 2010 году с группой врачей я был в Швейцарии, где мы перенимали опыт организации и функционирования частного лечебного учреждения. По результатам поездки я подготовил подробный отчет, который и лег в основу создания нового офтальмологического центра.

— Сергей Игоревич, в офтальмологическом мире Вы известны как опытный хирург. Многие коллеги знают, что Вы прекрасно поете. Чем, помимо офтальмологии, Вы еще увлекаетесь?

— С пяти лет родители отправили меня в музыкальную школу по классу скрипки, при этом я занимался с удовольствием, без малейшего нажима со стороны папы или мамы. Играл в детском симфоническом оркестре имени Д.Д. Шостаковича, «доигрался» до 1-й скрипки. В переходном возрасте увлекся гитарой, тем более после скрипки освоить любой струнный инструмент не представляло особой сложности. Я записался в «Роклицей», облачился в кожу, отрастил волосы ниже плеч, стал настоящим рокером.

— Что Вы играли?

— Рок, конечно. Led Zeppelin, AC/DC, Deep Purple, Aerosmith — мои кумиры, и мы исполняли многие их вещи. В школе у нас был свой ансамбль, играли на вечерах, затем меня пригласили в профессиональную группу. Но на 2-м курсе института нужно было выбирать: либо продолжаю играть, ездить с гастролями, либо занимаюсь медициной. Я выбрал второй вариант в немалой степени благодаря другу семьи, музыканту Александру Маршалу. Для меня он — дядя Саша. И дядя Саша сказал: «Не занимайся ерундой, музыка — это нестабильно и непостоянно. Пусть музыка будет твоим увлечением, но твой путь — медицина». Однако музыкой я продолжаю заниматься: у меня дома стоят барабаны, бас-гитары и электрогитары, и время от времени я вспоминаю любимые мелодии и при любом удобном случае для друзей или на конференциях могу сыграть и спеть что-то в свое удовольствие.

Меня часто спрашивают, как я все успевал? Успевал как-то. Наверное, потому что мало спал и совсем не лоботрясничал. Я был все время чем-то увлечен. Очевидно, сказывается воспитание моих родителей и позже влияние прекрасных учителей.

— Музыкальные пальцы помогают в хирургических манипуляциях?

— Да, абсолютно точно помогают. Хорошая микромоторика в значительной степени является следствием владения музыкальными инструментами.

— Вы думаете о докторской диссертации?

— Конечно, думаю. Тем очень много, но я установил для себя высокую научную планку и должен найти действительно стоящее направление исследований.

— О чем была Ваша кандидатская диссертация?

— В своей диссертационной работе я доказал, что даже совсем незначительный миопический астигматизм влияет на реакцию людей, занятых «зрительно-напряженным» трудом: авиадиспетчеры, водители, машинисты — т.е. специалистов, которые в силу своей профессии должны быстро реагировать на меняющуюся ситуацию. Мы доказали, что скорость реакции человека даже с небольшим, физиологическим, астигматизмом, -0,75, -1,0, ниже, чем у полностью здоровых людей, и таким людям можно делать лазерную коррекцию зрения, после чего скорость принятия решения повышается.

— Какими Вы видите перспективы развития клиники?

— Естественно, мы не можем останавливаться. Мои врачи и я постоянно принимаем участие во всех крупных научно-практических конференциях как в стране, так и за рубежом, выступаем с докладами, берем на вооружение самые новейшие технологии.

— Благодарю Вас за интересную беседу!

Интервью подготовил
Сергей Тумар

Фото из личного архива С.И. Абрамова

Офтальмологическая симптоматика, диагностика и дифференциальная диагностика при менингиомах оболочек зрительного нерва

Н.К. Серова, Н.А. Сергеева, М.В. Галкин

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко», Москва

Менингиома оболочек зрительного нерва — медленно растущая доброкачественная опухоль, исходящая из выростов арахноэндотелия. Опухоль чаще возникает у людей среднего возраста от 35 до 60 лет, преимущественно женщин. В детском возрасте менингиомы встречаются крайне редко, как правило, у пациентов с нейрофиброматозом. Поражение зрительного нерва преимущественно бывает односторонним. С двух сторон опухоль встречается примерно в 5% случаев. Менингиома оболочек зрительного нерва поражает зрительный нерв в его орбитальной части, внутриканальцевой, может распространяться в полость черепа. Опухоль по типу роста бывает инфильтративно-растущая и узловая *(рис. 1)*.

Основная симптоматика менингиом оболочек зрительного нерва офтальмологическая. Она представлена ранним нарушением зрительных функций, которые в начале заболевания могут быть интермиттирующими, в виде затуманивания зрения и неправильного концентрического сужения границ поля зрения в сочетании с периферическими и парацентральными скотомами. Постепенно симптоматика усугубляется. В течение многих месяцев и даже лет можно наблюдать снижение остроты зрения и усугубление дефектов в поле зрения пораженного глаза. На глазном дне появляются признаки первичной атрофии зрительного нерва: побледнение и отек диска зрительного нерва, в 1/3 случаев на диске зрительного нерва формируются опто-цилиарные шунты *(рис. 2)*.

В силу медленного прогрессирования зрительных нарушений на одном глазу пациенты не всегда обращают внимание на зрительный дефицит. Для менингиом оболочек зрительного нерва характерно длительное наличие симптоматики до постановки диагноза. Порой у части пациентов менингиомы могут быть случайной находкой, обнаруженной при проведении компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии (МРТ) по поводу других заболеваний (травма, сосудистые заболевания головного мозга и др.). В этой ситуации у пациентов может не быть ни жалоб, ни симптомов, связанных с опухолью.

Следует сказать, что диагностика и дифференциальная диагностика порой бывает сложной, в особенности в период ранних клинических проявлений, когда острота зрения остается высокой и выявляется минимальный дефект в поле зрения.

Офтальмоскопическая картина: побледнение диска зрительного нерва, пастозность и небольшой неравномерный его отек, делает объяснимым тот факт, что предполагаемым диагнозом, чаще всего, становится неврит зрительного нерва или передняя ишемическая оптическая нейропатия *(рис. 3)*.

Этим объясняется, что такие пациенты нередко наблюдаются длительное время у офтальмологов и для лечения в наш институт обращаются в далеко зашедшей стадии заболевания.

Однако первичные менингиомы оболочек зрительного нерва имеют отличительные черты — это стойкое постепенное снижение остроты зрения и нарастание дефектов в поле зрения, а также изменения на глазном дне, присущие только менингиомам зрительного нерва — наличие опто-цилиарных шунтов, являющихся результатом нарушения венозного оттока и не встречающихся при невритах и передней ишемической оптической нейропатии.

В случае дальнейшего роста опухоли, как правило, через 2-4 года, после проявления зрительных расстройств, появляется экзофтальм и негрубые глазодвигательные нарушения, в результате компрессии опухолью экстраокулярных мышц, что объясняет симптоматику.

Диагноз, как правило, ставится на основании клинико-рентгенологических данных.

Нейровизуализационные методы исследования (МРТ, КТ, КТ-перфузия) позволяют на более ранних этапах развития заболевания диагностировать менингиому оболочек зрительного нерва *(рис. 4)*. В последнее время большую значимость приобрели перфузионные исследования (КТ и МРТ). Эти исследования позволяют дифференцировать менингиому от других процессов в зрительном нерве, а также определить степень злокачественности менингиомы. Сочетание клиники с рентгеносемиотикой, хорошо изученной в настоящее время, позволяет установить диагноз без гистологической верификации, что отвечает современному приоритету не подвергать пациента хирургии и инвазивным процедурам. Эксплоративная биопсия опухоли, как правило, чревата появлением глазодвигательных нарушений и снижением зрительных функций.

Среди новых технологий особое место занимает оптическая когерентная томография (ОКТ). Использование метода ОКТ диска зрительного нерва и сетчатки, включая оценку комплекса ганглиозных клеток сетчатки (КГКС) и перипапиллярного слоя нервных волокон (ПСНВ), позволяет выявить в ранней диагностике менингиом оболочек зрительного нерва истончение комплекса ГКС и ПСНВ *(рис. 4)*.

В настоящее время основной стратегией в лечении менингиом оболочек зрительного нерва являются наблюдение или лучевая терапия. Наблюдение остается приемлемой консервативной мерой в тех случаях, когда зрительные функции сохраняются стабильными, в пределах 0,8 или выше.

При снижении зрительных функций модальностью выбора стала стереотаксическая фракционированная радиотерапия (СФРТ). Она обеспечивает контроль роста опухоли, стабилизирует или улучшает зрительные функции.

При более низких зрительных функциях (практическая слепота и слепота) с целью контроля роста опухоли возможно применение радиохирургического лечения.

В настоящее время к хирургическому лечению прибегают в случае выраженного экзофтальма, грубых глазодвигательных нарушений, в сочетании со слепотой или практической слепотой на стороне поражения.

Рис. 1

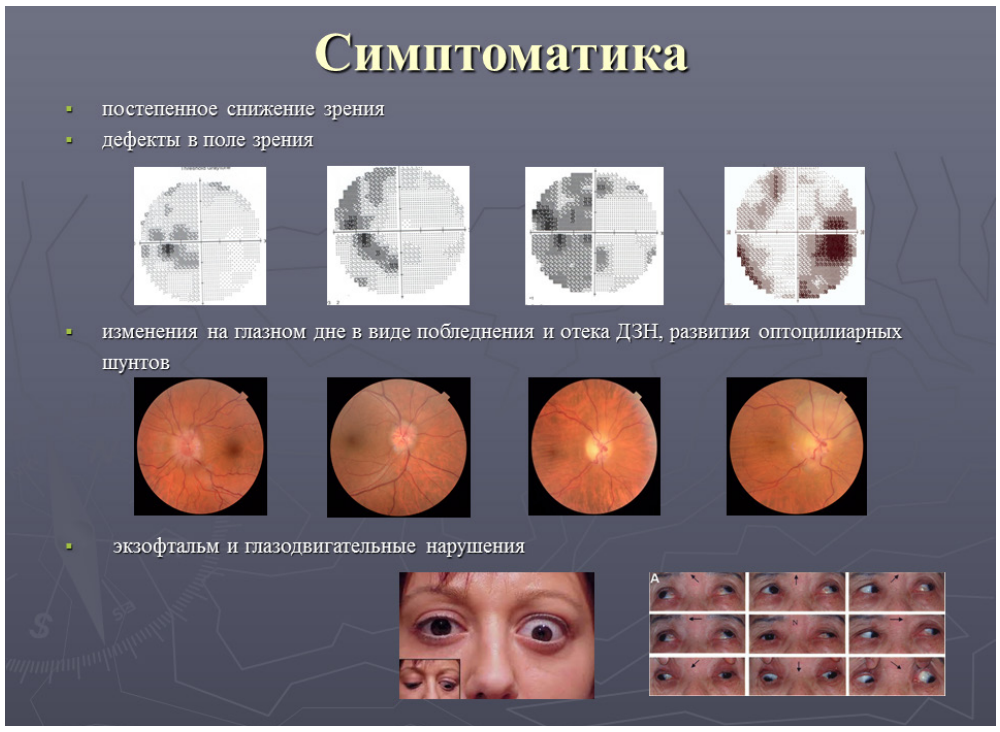

Рис. 2

Рис. 3

Рис. 4