



**EACCME ACCREDITED**

**45<sup>th</sup> ECLSO**  
European Contact Lens and Ocular Surface Congress

Swissotel Ephesus Convention Center - IZMIR / TURKEY

16 - 17 October 2015

SAVE THE DATE 



**President**  
René MELY



**General secretary**  
Carina KÖPPEN

## 16-17 октября в Измире прошёл 45 Европейский конгресс контактологии и патологии поверхности глаза (ECLSO).

Компания Парагон входила в группу серебряных спонсоров конгресса.

Тема ортокератологии была представлена в двух секциях, что свидетельствует о несомненном росте интереса к технологии в последнее время.

**Кен Копп** (США) в своём докладе представил исторический аспект технологии и подчеркнул, что компания Парагон остаётся несомненным лидером ортокератологии, выдерживая самые высокие требования к кислородной проницаемости материалов и дизайну линз.

В своём докладе Кен Копп подчеркнул необходимость обучения докторов. Успешная и безопасная ортокератология – это вопрос правильного подбора линз и высоко кислородопроницаемых материалов.

В прениях был затронут вопрос важности соблюдения правил ухода за линзами и в связи с этим к одному из факторов риска сегодня относят и **compliance** (выполнение правил) пациентов.

Теме контроля миопии была посвящена целая секция.

В очередной раз было подтверждено, что наиболее эффективной для стабилизации близорукости является ортокератология, второе место занимают мультифокальные линзы и третье – медикаментозное лечение атропином.

В целом, жёстким контактными линзами было посвящено много докладов.

Жёсткие газопроницаемые линзы приобретают всё большую популярность.

Многие докладчики акцентировали внимание на некоторых неоспоримых преимуществах жёстких линз: лучшем качестве зрения и меньшем количестве воспалительных и инфекционных осложнений. В настоящее время существует несколько дизайнов – асферические, торические (с передней и задней торическими поверхностями, в зависимости от вида астигматизма), реверсные (ортокератология) и мультифокальные.

В последние годы появилась тенденция к увеличению диаметра жёстких линз, разработке и применению жёстких, так называемых мини-склеральных линз (диаметр 14.3-16 мм).

Линзы такого диаметра, проминируя над оптической частью линзы, не вызывают воздействия на поверхность роговицы, прекрасно переносятся. При большем диаметре линзы нет инвазии пыли под линзу. Роговица лучше омывается слезой на протяжении долгих часов ношения линзы и поэтому может использоваться более комфортно у пациентов с синдромом сухого глаза даже при тяжёлых его проявлениях.

Мини-склеральные линзы обеспечивают более высокое и чёткое зрение, чем МКЛ, особенно в случаях астигматизма. Особенно это преимущество проявляется при средних и высоких степенях астигматизма. Поскольку жёсткие линзы не подвержены в процессе ношения дегидратации, они не имеют слишком большой подвижности и не ротируются, а потому и являются оптимальным выбором для пациентов с астигматизмом 4 и более Д.

Проблемой более высоко газопроницаемых материалов и линз является увеличение их изгибаемости пропорционально с увеличением кислородной проницаемости.

В докладе **Willcox M.** (Австралия), посвященному первому выбору для коррекции афакии у детей, автор приводит неоспоримые доводы в пользу жёстких линз: высокая кислородная проницаемость, более интенсивный обмен слезы под линзой, гораздо меньшая контаминация бактериями, отсутствие травмирующего действия линзы на лимбальные стволовые клетки (FSA), более резистентны к накоплению белковых депозитов, что значительно повышает комфорт ношения.

Президент Европейского общества контактологов **Rene Mely** (Франция) сделал доклад по эпидемиологии и дифференциальной диагностике кератитов. Он указал на меньшую частоту зарегистрированных кератитов при пользовании

жѐстных линз – 0.02%, по сравнению с МКЛ. Была приведена диффдиагностика инфекционных и стерильных инфильтратов роговицы.

Инфекционные инфильтраты, как правило, одиночные, располагаются центрально, больших размеров, с неровными краями, сопровождаются роговичным синдромом. Стерильные инфильтраты, как правило, множественные, полупрозрачные, мелкие (меньше 1 мм в диаметре), локализуются по периферии, имеют круглую форму и чѐткий край, нет реакции в передней камере, покраснение склеры бывает локально, сегментарно. Протекают, как правило, асимптоматически.

Были приведены данные по частоте обнаружения флоры при отсутствии клинического воспаления у пользователей линз: на линзах – 20%, на контейнере – 34%, на манипуляторе (!) в 54% случаев, в растворе – 18% случаев. На руках – 14% случаев.

В случаях микробного воспаления роговицы микроорганизмы выссеиваются чаще на линзе, как правило, стафилококки и псевдомона.

Обсуждалась важность своевременной постановки диагноза акантамѐбного кератита, который в начальных стадиях часто проявляет себя и диагностируется как вирусный кератит. Диффдиагностика в ранний период может быть построена (помимо соскоба) на выраженной эпителиопатии при акантамѐбе и специфической форме «веточки дерева» – с многочисленными ответвлениями.

При псевдомоне инфильтративный очаг, как правило, большой и плотный, при стафилококковой инфекции выражена реакция перифокального воспаления вокруг, стрептококковая инфекция рано даёт реакцию в передней камере.

Фунги трудно диагностируются не только потому, что в начале болезни часто не имеют специфической картины (пока не появятся сателлитные очаги), но и потому, что требуют специфической техники взятия материала (соскоб) и исследования.

В связи с этим важным является образование пациентов, необходимость частой смены контейнеров, мытья манипуляторов, использования небольших ёмкостей растворов.

**Carina Koppen** (Бельгия) привела следующую статистику по частоте кератитов:

При пользовании **жѐстных контактных линз** 1.2/10 000

**Силикон гидрогелевые дневные** – 11.9/10 000

**Силикон гидрогелевые пролонгированного ношения** – 25.4/10 000

**Гидрогелевые дневные – 11.0/10 000**

**Гидрогелевые пролонгированного ношения – 19.5/10 000**

В группы рисков пользователей всех вариантов линз и режимом ношения попадают курильщики, люди с низким социальным уровнем, диабетики, страны тёплого климата, мужчины и более молодой контингент.

Отдельная секция была посвящена склеральным линзам.

На этой секции лекции представили докладчики из США (**Lynette Johns**), Канады (**Langin Michaud**) и Украины (**Аверьянова О.С.**).

Склеральные линзы были (как дизайн) сертифицированы FDA в 1994 году и с этого периода их применение всё более расширяется. Были приведены клинические примеры применения склеральных линз не только традиционно при иррегулярной роговице, высоком астигматизме, рубцово изменённых роговицах после травм и сквозной пересадке, но и при лагофтальмах неврологического и травматического генеза, при синдроме сухого глаза, синдроме Стивенс\_Джонса (как лучший выбор), для деэпителизированной роговицы, при помутнениях роговицы с васкуляризацией (отмечен эффект уменьшения васкуляризации и при фотофобии неврологического характера).

Был обсуждён разный алгоритм оптимизации посадки линз и причины неудачных подборов. Самой частой причиной неудачных (по оптическим результатам) подборов является изгиб линзы при моргании, что связано с малой толщиной линзы и высоким уровнем кислородной проницаемости, и призматическая форма слёзной линзы, что связано с слишком большим клиренсом линзы. В то же время, высокая кислородная проницаемость обеспечивает высокую кислородную трансмиссию при адекватной величине клиренса линзы.

Конгресс завершился прекрасным вечером и награждением авторов лучших работ.

Следующий конгресс пройдёт во Франции.

## Фотогалерея события

*(нажмите на фото, чтобы открыть в полную величину)*



Рис.1. Команда Парагон – серебряные спонсоры конгресса



Рис. 2. В зале во время докладов



Рис. 3. В главном зале во время докладов



Рис. 4. Руководитель научно-методического центра компании Парагон в Восточной Европе – к.м.н. Аверьянова О.С. и Председатель Европейского общества контактологов Rene Mely



Рис. 5. Медицинский консультант компании Парагон Кен Корр во время выступления

[Сайт о ночных линзах CRT.club](http://CRT.club)