# E3PEF

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№7(15) ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2013

ISSN 2221-7746

# Поздравляем!

# С праздником Змарта!



### КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

# Роль и место фармакотерапии в современной

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Юбилейная научная конференция, посвященная 25-летию Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения РФ



Открыл конференцию директор Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор Л.И. Балашевич: «Дорогие друзья! Сегодня у нас праздник. Мы его заслужили. 25 лет возвращаем людям зрение, и это великое счастье и для нас, и для наших пациентов. Мне очень приятно видеть вас всех в зале, видеть своих товарищей, людей, которые стали моей второй семьей».

С приветственным словом к участникам конференции обратился генеральный директор «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв: «Санкт-Петербургский филиал МНТК – это наш форпост, который делает то, что должны делать все врачи в своей специальности. Сегодня мы станем свидетелями презентации книги «Прозрение» о Санкт-Петербургском филиале. Его основатели - Святослав Николаевич Федоров и Анатолий Иванович Горбань – создали блестящий



коллектив, который выполняет колоссальную работу. МНТК сегодня - это не просто прекрасный лечебный центр, это – центр науки, это – кузница кадров. Мы должны помнить, что сочетание хирургии и терапевтических методов лечения позволят решить те сложные задачи, которые ставит перед нами общество. Здоровья, счастья и благополучия всему коллективу. И пусть Новый год станет для нас более светлым и приятным, чем предыдущий».

Первое секционное заседание «Гипотензивная терапия в лечении больных, страдающих глаукомой»

провели сопредседатели: профессор Ю.С. Астахов, профессор Л.И. Балашевич, профессор В.В. Волков и профессор В.П. Еричев.

Открыл заседание главный офтальмолог Санкт-Петербурга, профессор Ю.С. Астахов. В своем докладе Юрий Сергеевич изложил современные представления о патогенезе первичной глаукомы. Автор обратил внимание на основное определение открытоугольной глаукомы - на структурные изменения диска зрительного нерва с типичной экскавацией

> стр. 12

# **Дорогие** женщины!

этот день, когда вступает в свои права новая весна, звенит капель и солнце снова радует сердца, я поздравляю вас с замечательным праздником – Женским днем 8 Марта! От всей души желаю каждой из вас быть успешной на работе, благополучной дома и любимой везде. Спасибо вам за ваш неутомимый труд, за вашу теплую улыбку и добрый взгляд.

> Пусть первый подснежник Подарит вам нежность! Весеннее солнце подарит тепло! А мартовский ветер подарит надежду, И счастье, и радость, и только добро!

От имени всех мужчин-офтальмологов,

Ваш главный редактор

С. Аветисов

8 марта 2013 года

### июле 1977 года в Пензе был создан Институт усовершенствования врачей. В настоящее время государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного прорессионального ооразования «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации включает в себя два факультета: хирургический и терапевтический. Функционирует клиническая интернатура по 15 специальностям, клиническая ординатура - по 32 специальностям, аспирантура по 5 специальностям.

Повышение квалификации врачей проходит по 41 специальности, профессиональная переподготовка - по 16 специальностям. На 21 кафедре и 4 курсах трудятся 133 преподавателя. Из них: 23 – доктора медицинских наук и 68 - кандидаты медицинских наук.

Кафедра офтальмологии Института была создана одной из первых. Она начала работать уже в ноябре 1977 года. С 1977 года по 1991 год ее возглавлял профессор, д.м.н. Николай Иванович Панфилов (1927-1996). С 1991 года по 2009 год профессор, д.м.н., заслуженный врач Михаил Иванович Алешаев (1946-2012). В настоящее время руководителем коллектива является доцент, к.м.н. Сергей Леонидович Кузнецов.

В беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» С.Л. Кузнецов представил историю кафедры и рассказал об учебной, лечебной, научной и методической работе, которую она проводит в настоящее время. Темой разговора стала также собственная научная и лечебная деятельность руководителя кафедры, его путь в науке.

> Коллектив кафедры в 1997 году -20 лет кафедре. Слева направо: ассистент П.Ю. Татарченко; ассистент О.В. Страхова; ассистент С.Н. Косарев; профессор М.И. Алешаев; ассистент С.Л. Кузнецов; старший лаборант Е.Е. Бражалович; доцент Н.А. Качан

### ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

# Мы должны быть лучшими, потому что учим врачей!

Павлович Чехов в одном из писем к пензенскому писателю Владимиру Николаевичу Ладыженскому написал «Viva la Penza!» (Слава

приветствие уместно произнести и в связи с 35-летием кафедры офтальмологии Пензенского института усовершенствования врачей.



– Сергей Леонидович, Антон Пензе!). Мне думается, что это От имени издательства «Апрель» и редакции газеты «Поле зрения» сердечно поздравляю Вас со знаменательной датой!

> – Спасибо за поздравления! Мне было очень приятно, что издательство «Апрель» и газета «Поле зрения» не оставили незамеченным наш юбилей.

> - 35 лет можно назвать «возрастом мудрости», когда человек уже обладает значительным жизненным опытом, но еще полон сил и энергии. Думаю, что эта характеристика вполне применима и к Вашей кафедре. За 35 лет Вам удалось завоевать авторитет в офтальмологическом сообществе. И в последние годы, насколько можно судить со стороны, жизнь кафедры была очень динамичной...

# В Минздраве России создан Координационный совет по вопросам обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения

новости

Координационного совета рассмотрели вопрос о внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных нормативного документа разрабо- лагается дополнить терминами верждение перечня наименова- ской Федерации в соответствии тан Минздравом России и вынесен на общественное обсуждение.

В состав Координационного совета, который возглавил заместитель представители подведомственных организаций и учреждений, про-

При разработке законопроекта Координационным советом распоступивших от министерств и ведомств, медицинских и фармацев-Ассоциация организаций по клиническим исследованиям, Ассоциских производителей, Ассоциация международных фармацевтичесообщила директор Департамента государственного регулирования применения; утверждение поряд- ного решения в отношении орфан- ственных препаратов (кроме впер-

лекарственных средств».

Так, изменения касаются поня-«биологические лекарственные средства», «биоаналоговые лекарственные средства», «биоподобные лекарственные средства», «препаемые лекарственные препараты», еще рядом терминов

Минздрав России наделяется дотакими как утверждение перечня взаимозаменяемых лекарственных

ствующего закона «Об обращении нения; утверждение правил поднию лекарственных препаратов для и клинических исследований, выний лекарственных форм; выдача с правилами надлежащей лабораразрешений на ввоз лекарственных

> Елена Максимкина также отмефанные лекарственные препараты» требует внесения дополнений в ряд статей Федерального закосредств», касающихся процедуры

средств в Российскую Федерацию.

«Процедура регистрации орфанного лекарственного препарата сования и ведения; ведение реестра представляет собой поэтапный проинструкции по медицинскому при- цесс, – пояснила Елена Максимкикарственных препаратов; утверж- водиться этическая экспертиза до-

клинической практики».

«Законопроектом предлагается экспертизы орфанных лекарственных средств в ходе государственс предлагаемыми изменениями на «Об обращении лекарственных изведенных лекарственных препаратов, впервые регистрируемых имозаменяемости оригиналов», говорит Елена Максимкина

новлено, что ускоренная процедура экспертизы лекарственных отметила директор Департаменнии биоаналогов и оригинальных в подзаконных нормативных акдение правил рационального вы- кументов лекарственного препа- лекарственных препаратов (кроме тах. Наша задача – найти решеных препаратов для медицинского орфанного. В случае положитель- ратов), воспроизведенных лекар- ников фармацевтического рынка, ка оформления проектов макетов ного лекарственного препарата вые регистрируемых в Российской

👅 T а первом заседании члены 🛚 Елена Максимкина. – Изменения 📉 упаковок на лекарственные пре- 🔻 применяется ускоренная процеду- 🗡 Федерации для взаимозаменяемозатрагивают более 40 статей дей- параты для медицинского приме- ра экспертизы. Для орфанных ле- сти оригинального лекарственноготовки инструкции по примене- ются результаты доклинических зарегистрированных ранее лекарственных препаратов, лекарственванных ранее, но произведенных в других лекарственных формах,

В целях совершенствования государственного регулирования цен сятся изменения в ст. 62 Федеральтировку государственного регулирования цен и разделяют процеду-

«При разработке законопроек-

Rosminzdrav.ru



# Удовлетворенность населения медицинской помощью увеличилась

денные страховыми медив 3537 стационарах и в 6459 учод реализации региональных проощью с 53% в 2011 году до 72% объективными»

Тезависимые опросы, прове- к началу 2013 года. Общее количе-

Председатель Комиссии по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и условиях, показали, что за пери- демографии Николай Дайхес отметил: «Примечательно, что данное исследование проведено неранения значительно увеличи- зависимо от Минздрава России уровень технического оснащения лась удовлетворенность населения и региональных органов власти. оказанной им медицинской по- Это делает его результаты более ность ожидания госпитализации.

Удовлетворенность качеством ство респондентов составило более медицинской помощи оценивалась ность ожидания в регистратуре, на торых врачей-специалистов, удовмедицинских учреждений, длитель-



Уважаемые коллеги! 6-7 июня 2013 г.

в Уфе состоится научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием

### «Восток-Запад - 2013»

### Основные направления работы конференции:

- 1. Организация офтальмологической помощи
- 2. Хирургия роговицы и рефракционная хирургия 3. Диагностика и лечение глаукомы
- 4. Воспалительные заболевания глаз
- 5. Детская офтальмопатология
- 6. Новые технологии факоэмульсификации катаракт
- 7. Витреоретинальные вмешательства
- 8. Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические операции

Материалы конференции будут опубликованы бесплатно. Требования к публикациям на сайте института: www.ufaeyeinstitute.ru

Статьи принимаются до 15 марта 2013 г. в электронном виде: east-west-ufa@yandex.ru

В рамках конференции будут проведены: сессии научных обществ; «живая хирургия»; сателлитные симпозиумы; постерная сессия с проведением конкурса на лучшие стендовые доклады; выставка офтальмологического оборудования и инструментария, научной литературы.

Оргкомитет: тел.: (347) 273-51-08; 272-67-22; факс: (347) 272-08-52;

caŭm: www.ufaeyeinstitute.ru; e-mail: east-west-ufa@yandex.ru, ufaeyenauka@mail.ru

# Рецепты на лекарственные препараты будут выписывать по МНН

сии от 20 декабря 2012 г. **▲** № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» предусмотрено назначение и выписывание лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию (МНН), при его отсутствии - по группировочному наименованию, а в случае по торговому наименованию.

Данная норма вводится с целью няется коррупционный фактор.



препарата

Что касается различий в эфисключения возможности выписки фективности и безопасности препациентам определенных препара- паратов с одинаковым МНН, то такой правовой среды, при кототов только на основании договорен- Министерство системно подхоности врача с фармкомпанией, что дит к решению данной проблепрямо запрещено п.2. ч.1 ст.74 Федемы. В настоящее время Правицированной продукции на фармарального закона «Об основах охра- тельством РФ одобрена Стратегия цевтический рынок. ны здоровья граждан в Российской лекарственного обеспечения на-Федерации», таким образом, устра- селения РФ до 2025 года. Одной В то же время данный документ является ревизия фармацевтиче- вступит в силу с 1 июля 2013 года. не лишает врача права подби- ского рынка. Предстоит пересморать для пациента индивидуальную треть весь спектр лекарственных

средств, оригинальных препаратов и их аналогов, последовательно вывести с рынка те из них, которые были зарегистрированы на исследований, без серьезной доказательной базы их эффективности. По каждому непатентованнодолжна быть выстроена линейка конкретных препаратов (торговых наименований) с аналогичными свойствами. Только в этом случае каждый пациент будет гарантированно обеспечен необходимыотсутствия у препарата МНН или терапию, в том числе в случаях ми эффективными, качественными группировочного наименования - непереносимости лекарственного и безопасными лекарственными средствами.

Деятельность Министерства направлена также на формирование рой исключена возможность попадания контрафактной и фальсифи-

В настоящее время приказ находится на государственной регистраиз важнейших ее составляющих ции в Минюсте России. Документ

Rosminzdrav.ru

# Мы должны быть лучшими, потому что учим врачей!



Доцент, к.м.н. С.Л. Кузнецов

– Авторитет кафедры, которым она обладает в научном мире – это. предшественников: профессоров това в Одессе. и Михаила Ивановича Алешаева.

Необходимо обратить внимание

# коллектив кафедры офтальмо-

страны, они представляли разные ность по 2011 год.

личных школ, широта интересов и тальмопатология, в частности, особенностей, визитной карточкой вновь сформированной кафедры. Первый руководитель кафедры Н.И. Панфилов был учеником вы-

офтальмологические школы. Это

дающегося офтальмолога, професдемии медицинских наук СССР Тихона Ивановича Ерошевского. С именем Т.И. Ерошевского связано создание «самарской, куйбышевской школы» в офтальмологии. Он ков в регионы и способствовал их дальнейшей успешной работе. Назначение Н.И. Панфилова в Пензу тоже прошло при непосредственном участии Тихона Ивановича.

Михаил Иванович Алешаев, ассистент с 1978 года, а впоследствии – доцент и профессор, пришел на кафедру после окончания ординатуры и защиты кандидатской диссертации в Научно-исследовательском институте глазных болезней в первую очередь, заслуга моих и тканевой терапии им. В.П. Фила-

В 1980 году ассистентом кафе-Печально, что этих людей уже нет наук Полина Юрьевна Татарченко, которая является представителем везло работать под руководством новокузнецкой офтальмологичетаких учителей и принять от них ской школы и ученицей профессо-В сферу ее научных интересов вхона примечательный факт: в 1977 дит патология глазного дна и нейроофтальмология. Она успешно дицинского института. В нашем трудится по настоящее время. Польгороде не было традиции высшего зуясь случаем, хотелось бы сердечно поблагодарить Полину Юрьевну зенцам, желающим стать врачами, за ее верность нашему коллективу приходилось учиться в в других и большой вклад в работу кафедры.

ками кафедры являлись ассистенствования врачей создаются в тех ты Владимир Николаевич Долженрегионах, где существуют «крепкие» ко (1977-1982 гг.), Валентина Сермедицинские институты, с давними геевна Золотова (1977-1979 гг.). традициями и заслугами. В этом Старшим лаборантом кафедры с 1977 года по 1985 года была Та-**- Каким образом создавался** В 1996 году на кафедру из Туркменского научно-исследовательского института глазных болезней был – Сотрудники кафедры приеха- переведен доцент Николай Андре-

В сферу научных интересов взаимное обогащение опытом раз- Н.А. Качана входила детская офврожденная глаукома, собственная классификация которой была им предложена в 2004 году. Последователь еще одной офтальмологической школы со своей региональной спецификой, он привнес в работу кафедры новое направление, работу

### - Давайте подробнее представим деятельность первого руководителя кафедры Н.И. Панфилова и работу коллектива в конце восьмидесятых годов...

пензенская офтальмология обогаями самарской школы офтальмологии. Получили распространение нобольных. Благодаря его энтузиазму тот день диагностическое и микрочисле немецкий операционный микроскоп, щелевые лампы, периметр и рефрактометры фирмы Carl Zeiss. Профессор Н.И. Панфилов был вирдры стала кандидат медицинских туозным хирургом, который блестяще выполнял практически весь Он был одним из первых, кто начал активно внедрять в Пензе микрохирургию при глазных операциях.

Научные интересы Н.И. Панфилова включали широкий круг офлечение стойкого слезотечения (тема его кандидатской диссертапластика биоимплантатами при прогрессирующей близорукости (тема докторской диссертации) и отслойки сетчатки, задняя послойная пересадка роговицы, имплантация интраокулярных линз в хирургии катаракты и т.д.

Огромный опыт практической и научной работы позволил Никомара Владимировна Максименко. лаю Ивановичу организовать на высоком уровне и педагогическую работу на кафедре. Его лекции сопровождались комментариями из богатой практики, и одна и та же лекция каждый раз могла звучать совершенно по-новому

- Уже в начале восьмидесятых годов значение кафедры офтальмологии Пензенского института усовершенствования врачей вышло далеко за рамки Поволжского региона. Пенза стала не только образовательным, но и лечебным офтальмологическим

- В восьмидесятые годы в ре-

зультате практической и научной

работы кафедры офтальмологии в Пензенской области ранее, чем ны многие, являвшиеся в то время передовыми и актуальными, мето-– С приходом Н.И. Панфилова логии органа зрения. В этой связи хотел бы упомянуть авторские и послойной кератопластики (проф. Н.И. Панфилов, М.И. Алешаев), задней кератопластики (В.Н. Долженко), хирургии отслойи настойчивости кафедре удалось ки сетчатки (проф. Н.И. Панфитации П.Ю. Татарченко стало лечехирургическое оборудование, в том ние патологии зрительных нервов оптохиазмальных лептоменингитах. Также на кафедре исследовалась имплантация искусственного хрусталика при различных видах

### - Пенза стала одним из тех городов, где активно внедрялись передовые технологии, разработанные академиком Святославом Николаевичем Федоровым и его сподвижниками. Расскажите, пожалуйста, об этой стороне Вашей

Первые имплантации ирис клипс-линз (знаменитая Т-03 «Спутник» С.Н. Федорова) были проведены в Пензе в 1978 году профессором Н.И. Панфиловым и М.И. Алешаевым. С середины няться операция глубокой склерэктомии по С.Н. Федорову при глаукоме. В 1988 году профессор Н.И. Панфилов и Ваш покорный слуга впервые в области освоили и нюю радиальную кератотомию при миопии и астигматизме по С.Н. Федорову, являвшуюся одной из передовых технологий того времени.

Всего нами были слеланы около были освоены первые операции томии при глаукоме по методу Федорова-Козлова, ставшие в настоящее время основными в хирургии этой патологии. В 1990 году мною была произведена первая имплан-Б.Н. Алексеева. Хотелось бы отметить, что кафедра всегда тесно сотрудничала с МНТК «Микрохирургия глаза», эти контакты про-

### Хотелось бы узнать о деятельности Вашего непосредственного предшественника, профессора М.И. Алешаева.

должаются и сейчас.

– М.И. Алешаев возглавлял ка-Ему удалось успешно продолжить и преумножить то, что было заловым. На кафедре сохранился дружный, сплоченный коллектив единомышленников, который под его руководством двигался к новым лостижениям.

В 1983 году в Институте глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова, в Одессе, М.И. Алешаев защитил кандидатскую дис сертацию «Офтальмотонус и гидродинамика в ранние сроки после ниями ожогов глаз М.И. Алешаев продолжал заниматься и в Пензе. В девяностые годы в Пензе стали проводиться различные виды керагопластики, консервативное и хиожогов глаз, устранение симблефарона с пластикой конъюнктивы век слизистой губы и др.

В 1997 году М.И. Алешаев защитил докторскую диссертацию, реконструктивной хирургии при свежих травмах хрусталика на базе данном им научном направлении впервые была доказана безопасимплантации ИОЛ в остром периоде травмы глаза, что в те годы отечественными и зарубежными



### ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ



Профессор, д.м.н. Н.И. Панфилов (1927-1996)

специалистами, а в настоящее время считается стандартом хирургического лечения травматической

катаракты. Данное исследование позволило значительно сократить сроки реабилитации пациентов с травматическими повреждениями хрусталика и поднять на более качественный уровень оказание помощи данному контингенту больных. Обобщением результатов данной работы явилась вышедшая в 2001 году монография М.И. Алешаева «Имплантация искусственного хрусталика при первичной хирургической обработке проникающих ранений и контузий глаза».

### - Вероятно, в девяностые годы изменились и организационные формы работы кафедры.

Экономическая ситуация в стране затрудняла направление врачей на обучение в другие регионы. Идя навстречу потребностям практического здравоохранения регионов, сотрудники кафедры стали проводить выездные циклы повышения квалификации врачей. Подобные циклы проводились от Астрахани до Мурманска, включая Ульяновск, Саранск, Элисту, Владимир, Кострому, Йошкар-Олу, Чебоксары, Тамбов, Саранск и другие города.

Организация выездных циклов потребовала качественной перестройки учебного процесса, внедрения новых форм обучения. Были созданы мультимедийные презентации ко всем лекциям, читаемым преподавателями кафедры, приобретены и разработаны электронные учебные пособия, программы для компьютерного контроля знаний, созданы комплекты тестовых заданий для них. Данный опыт пригодился нам в дальнейшем для разработки циклов дистанционного обучения офтальмологов

### В девяностые годы Ваша кафедра стала активно внедрять е технологии в лечении глазных патологий.

– Одним из первых лазерные операции при глаукоме в Пенгия являлась темой большого кощей близорукости, протекающей довал зависимость течения близорукости от особенностей гидродинамики и строения угла передней камеры глаза у больных с прогрессирующей миопией и разработал бен обеспечить естественное поло- время было проведено более 350 показания к проведению данного жение задней капсулы хрусталика циклов, на которых прошли подго- годаря программе модернизации ходит скорее спонтанно. И я в этом



Одно из первых заседаний кафедры офтальмологии (1978). Сидят слева направо: ассистент П.Ю. Татарченко, профессор Н.И. Панфилов, ассистент М.И. Алешаев, старший лаборант Т.В. Максименко. Стоят: слушатели цикла (третья слева – будущий ассистент кафедры О.В. Страхова)



Состав кафедры в 2012 г. Слева направо: к.м.н., доцент Н.Б. Шурупова; ассистент С.Н. Косарев; заведующий кафедрой, к.м.н., доцент С.Л. Кузнецов; к.м.н., ассистент П.Ю. Татарченко; старший лаборант Е.Е. Бражалович



Д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, член правления Всероссийского общества офтальмологов России М.И. Алешаев (1946-2012)

### - Что представляет собой кафедра офтальмологии в настоящее время? Какие научные направления являются для Вас приоритетными?

– Коллектив у нас небольшой:

сотрудника относятся к профессор- капсульного мешка хрусталика. Изско-преподавательскому составу: заведующий кафедрой, доцент и два личных видах катаракт и парамеассистента. Кроме того, у нас работают два старших лаборанта (с высшим медицинским образованием) и один лаборант (со средним специальным медицинским образованием). В 2011 году на кафедру была ное антиглаукомное вмешательство принята доцент Н.Б. Шурупова. Сферой ее научных интересов является консервативное и хирургическое лечение глаукомы, что являет- тоугольной глаукомой, изучена ется, не выезжая в регионы, а преской диссертации «Лимфотропная ных операций при вторичных гла- дировки только для проведения терапия больных открытоугольной глаукомой с нормализованным внутриглазным давлением».

лений научной работы кафедры кает применение пленчатых дрена- ансы живого общения обучающих- новительное, реконструктивно-пластала разработка современных ле- жей в хирургическом лечении гла- ся с преподавателем. В учебной стическое хирургическое лечение чебно-диагностических и реабили- укомы, а также изучение корнеозенской области стал выполнять тационных мероприятий по про- склеральной ригидности и влияние сийские и зарубежные образова- ках развития) века, слезного аппа-М.И. Алешаев. Лазерная хирур- филактике устранимой слепоты ее на параметры глаза у больных тельные Интернет-ресурсы. у больных с патологией хрустали- с глаукомой и прогрессирующей личества работ сотрудников кафе- ка, внутриглазного давления и ми- близорукостью. В числе приоритетдры в конце девяностых годов. При опией. Мы разработали и внедри- ных направлений находится и изэтом объектом внимания являлась и в практику ряд концептуально учение глазного кровотока при пане только глаукома. Ассистентом новых конструкций заднекамерных тологии брахиоцефальных сосудов федры производится от 600 до 800 о себе. С.Н. Косаревым была начата работа эластичных ИОЛ, реализующих и различных проявлений глазного по изучению эффективности лазер- принцип объемозамещения нативных гипотензивных вмешательств ного хрусталика эластичными гапдля стабилизации прогрессирую- тическими элементами, выполненными с возможностью их скручина фоне относительно повышен- вания (торсионный эффект) в своного офтальмотонуса. Он иссле- дах капсульного мешка хрусталика и растяжения его в переднезаднем направлении

хирургии малых разрезов и спосо- За период с 1977 года по настоящее



Участники конференции «Актуальные вопросы офтальмологии» (1995 г.)

ство две модели новой ИОЛ – из карбонатметакрилата. Кроме того, нами разработаны и успешно применяются в хирургии катаракты и другие имплантаты. Это различные модели внутрикапсульных стабилиучается их эффективность при раз-

трах капсулы хрусталика. За последние пять лет нами был разработан двухэтапный метод реабилитации больных с глаукомой и катарактой, включающий лазери операцию по замене хрусталика. Проведена сравнительная оценка качества жизни больных открыэффективность антиглаукоматозукомах детского возраста, в том практических занятий и экзамечисле с применением коллагено-С 2006 года по настоящее вре- наблюдения.

в настоящее время нас привле-

# об учебной работе, которую Вы

в основном регионы Поволжского водит циклы общего усовершенствования и тематические циклы.

ли обучение 53 клинических ординатора и 40 интернов. В 2005 федра начала принимать участие в реализации национального проекта «Здоровье» в плане подготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная болезни в ОВП» с 2005 года прошло ретинопатии. обучение более 500 врачей общей Сегодня нами проводятся циклы

дистанционного обучения врачей. нов. Данная форма позволяет опи в то же время сохранить все ню-

### Как организована лечебная

– Ежегодно сотрудниками каопераций, что составляет до 20% всех операций, выполняемых в регионе. В настоящее время для ди-- Расскажите, пожалуйста, агностики и лечения пациентов используется самое современное оборудование. Так, в 2010-2012 го- В 1984 году успешно его окончил. – Кафедра офтальмологии еже- дах на кафедре были приобретены годно обучает на бюджетных и современные аппараты для ульхоздоговорных циклах повышения тразвуковой диагностики органа Этот хрусталик применим для квалификации около 200 врачей. зрения, включая ультразвуковую биомикроскопию

Также за последние годы блаи стекловидного тела. На основе товку более 6300 офтальмологов здравоохранения на клинической

научно-практического сотрудни- со всей России. В настоящее время базе кафедры – Областной офтальчества были запущены в производ- география работы кафедры – это мологической больнице – было также приобретено современное сополимера коллагена и из олиго- федерального округа. Кафедра про- лечебно-диагностическое оборудование, благодаря которому стало возможным проводить широкий За время работы также прош- спектр исследований и осуществлять высокотехнологичную медицинскую помощь в регионе. В частвсего семь человек. Из них четыре зирующих колец (ВСК) и эспандер году одной из первых в России ка- ности, проводится комплексное лечение глаукомы с использованием микроинвазивной и лазерной хирургии. У нас есть возможность осуществлять транспупиллярные и эндовитреальные хирургические медицина)». По разделу «Глазные вмешательства при диабетической Мы занимаемся реконструктив-

но-пластическими операциями при травмах глаза и глазницы, термикогда лекционный материал чита- и его придаточного аппарата. Сотрудники кафедры проводят хиотслойке и разрыве сетчатки, комбинированное лечение (хирургическое и лучевое) злокачественного вых дренажей в отдаленные сроки тимизировать процесс обучения, новообразования глаза и его придаснизить затраты на его проведение точного аппарата. Также осущестработе широко используются рос- при врожденных аномалиях (порората, глазницы, переднего и заднего сегментов глаза, хрусталика.

### - Сергей Леонидович, попросил бы Вас рассказать немного

– Я родился в 1960 году в Омске. С 1965 года семья жила в Астрахани. В 1978 году после окончания средней школы поступил в Астраханский медицинский институт.

### - Почему Вы решили стать медиком? Как пришло желание стать офтальмологом?

Выбор профессии в 17 лет у большинства молодых людей проис-

Можно сказать, что в медицинском институте оказался по воле случая. Понравилось! Загорелся этой профессией. Что касается офтальмологии, то где-то с третьего курса стал присматриваться к данной специальности. Привлекала микрохирургия, выбор стоял между хирургией кисти и глаза, победила офтальмология. И это был уже сознательный выбор.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

### – А что повлияло на Ваш выбор?

– Будучи студентом, я услышал о С.Н. Федорове. Уже в то время Святослав Николаевич воспринимался как «звезда», как светило медицины. Такие люди привлекали молодежь, заставляли поверить в собственные силы и наглядно демонстрировали, что если беззаветно служить своему делу, то нет ничего невозможного. Кстати, первой книгой по офтальмологии, которую я сам приобрел на третьем курсе, стала работа С.Н. Федорова и Э.В. Егоровой «Хирургическое лечение травматических катаракт с интраокулярной коррекцией».

### - Как Вы оказались в Пензе?

– По распределению. Впрочем, офтальмологом сразу стать не получилось. Сначала прошел интернатуру по терапии в третьей городской больнице Пензы. Остался там работать в качестве терапевта. В 1986 году прошел специализацию по офтальмологии в Институте усовершенствования врачей. В 1988 году поступил в клиниче- имплантацию объемозамещающескую ординатуру, а в 1990 году потуры был принят ассистентом на тенту. Имплантация с прекрасным

### - Как складывался Ваш путь в науке?

В 2000 году я защитил кандидатскую диссертацию на тему «Превентивная имплантация эластичных интраокулярных линз из сополимера коллагена в хирургическом в 2011 году на конгрессе ESCRS лечении травматических катаракт». в Вене. Это один из основателей профессор, д.м.н. М.И. Алешаев. во всем мире офтальмолог, имею-В 2005 году стал доцентом. В 2006 ций авторские модели ИОЛ. Для ства катарактальных и рефракци- шать одобрение и интерес к своонных хирургов (ESCRS). Данное направление продолжает оставаться ведущим в моей научной

В настоящее время завершается работа над докторской диссертацией «Оптимизация интраокулярной коррекции афакии эластичными линзами с плоскостной гаптикой». Ее защита планируется в 2014 году.

### - Какие вехи, какие события своей профессиональной жизни Вы считаете наиболее важными?

несколько. Во-первых, это встреча и работа на кафедре с Н.И. Панфиловым. Я учился офтальмологии ное лекарство или успешно провепо учебнику Т.И. Ерошевского, где в разделе хирургического лечения близорукости были рисунки операции интраламеллярной склероп стики по Панфилову. И вот я рабо- молога? таю на кафедре у Н.И.Панфилова, выполняю вместе с ним операции и даже учу других!

знакомство с академиком Святославом Николаевичем Федоровым. ся за зрение. В некоторых случаях очень важный аспект нашей ра-Наша встреча состоялась в само- речь идет о борьбе за небольшой лете «Москва-Свердловск» (ныне – Екатеринбург) в ноябре 1988 года. С.Н. Федоров возвращался в Мо- «борьба». Существуют тяжелые бо- занятия как на праздник. Многие скву после участия в торжествен- лезни – глаукома, диабетическая из них работают в районных больной церемонии открытия Сверд- ретинопатия и т.д. – когда слепо- ницах и поликлиниках Пензенской ловского филиала МНТК. Мне, тог- та неумолимо наступает. Кажется, и соседних областей. В повседневда ординатору, тоже доведось уча- что уже нет шансов ее предотвраствовать в этой церемонии вместе тить. Но и в этой ситуации врач не ности интенсивно общаться с колс Н.И. Панфиловым. Они с С.Н. Фе- имеет права опускать руки. Необ- легами. А ведь профессиональное доровым хорошо знали и уважали ходимо в любой ситуации сделать общение очень важно! Часто на

ко оказался в одном самолете со са случаются!

ассистент, к.м.н. П.Ю. Татарченко побудило меня набраться смелости возникающие в нем проблемы и обратиться к нему с интересую- в связи с проблемами, которые воз-

Занятия на симуляционном курсе по офтальмоскопии ведет

щими меня вопросами, касающи-

мися хирургической коррекции

близорукости и астигматизма ме-

тодом передней радиальной дози-

рованной кератотомии. С.Н. Федо-

и экспериментальная работа.

первых рук.

врачом?

# - Какие задачи Вы ставите пе-

– Задачи перед нами ставит учров был одним из создателей этого метода. Разумеется, мне было интересно получить информацию из Еще одной вехой в моей жизни стало 21 марта 2008 года, когда я впервые в клинике провел го искусственного хрусталика, изрезультатом. Приятно сознавать, что делаешь то, что до тебя в мире в сфере здравоохранения».

никто не делал! Этому предшествовала большая подготовительная Важным для меня событием ста- по изменению учебных программ и и реализации государственной поло знакомство с профессором Альбертом Галландом (Albert Galland) Моим научным руководителем был этой организации, известнейший го образования, образовательные году – членом Европейского обще- меня было очень приятно услы- процесса, дистанционным формам ей работе по результатам имплантации собственных моделей ИОЛ. · Какими качествами, по Вашему мнению, должен обладать человек, чтобы стать успешным

# - Существуют какие-то каче-

денная хирургическая операция.

– Я не уверен, что офтальмологу должны быть присущи какие-то исключительные качества, но исходя Важной вехой считаю личное из специфики специальности, мож- это повышению их знаний? но отметить необходимость боротьостаток зрения.

максимум возможного, использо- учебу приезжают главные специ-Мне вдвойне повезло. Я не толь- вать все малейшие шансы... Чуде- алисты, начмеды, и не только мы,

лись очень близко. Такое соседство тальмологу очень важно видеть им опытом.

никают в организме в целом.

### ред собой и своим коллективом на ближайшие годы?

редитель в лице Министерства логической больнице, был присвоздравоохранения России. В ближайшие годы нам предстоит строить свою работу исходя из документов, которые определяют нашу работу, это Государственная программа по развитию здравоохра нения до 2020 года, Закон РФ об сле успешного окончания ордина- готовленного по собственному па- образовании, а также Указ президента № 598 «О совершенствовании государственной политики

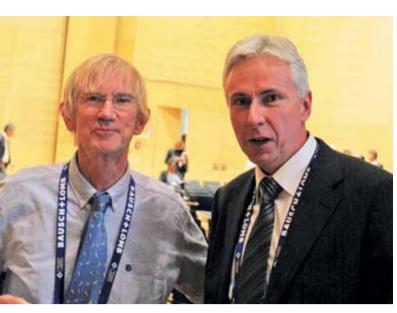
Дело в том, что все эти документа касаются непосредственно нас. Уже сейчас мы активно работаем планов подготовки врачей, интерстандартов их подготовки. Современные аспекты последипломностандарты уделяют большое внимание информатизации учебного образования и самообразования. И здесь у нас накоплен достаточвили к изданию электронное учебное пособие «Интернет-ресурсы в работе врача офтальмолога», в котором анализируются около 1000 сайтов по нашей специальности.

- Понятие «успешный врач» моновое и обновлять учебный мате- боту: выделяется больше средств жет трактоваться по-разному. Но в любом случае одним из важнейших риал, информировать слушателей необходимых качеств является уме- о том, что будет актуальным зав- В клинической больнице легче из нынешних студентов, интерние общаться с пациентами, выслутра как в прикладных, так и фундашать их. В том цейтноте, в котором ментальных областях офтальмолотрудятся врачи, это бывает не про-- Таких событий можно назвать сто. Доброе, душевное слово врача шими сотрудниками. «Мы должны может оказать такой же лечебный быть лучшими, потому что учим эффект, как и правильно подобран- врачей!», – наверное, этой фра- сирование. Клиническая больница зой можно передать суть нашей

### Обучение в Вашем Институте чам других специальностей не только получать новые знания и навыки, но и общаться, встречаться друг с другом. Способствует ли

– Вы обратили внимание на

боты. Большинство наших курсантов (именно так называются врачи, Я не случайно употребил слово проходящие обучение) приходят на преподаватели, проводим обучение Святославом Николаевичем и его И еще, глаз это лишь малень врачей. Они сами тоже учат друг командой. Наши места располага- кая часть целого организма, и оф- друга (а иногда и нас!), делясь сво-



Профессор Альберт Галланд (Бельгия) и доцент, к.м.н. С.Л. Кузнецов

### В нашей беседе мы представили достижения кафедры за последние 35 лет. Но, вероятно, существуют и какие-то нерешенные проблемы, что Вы можете сказать об этом аспекте Вашей работы?

Мечтаем, чтобы нашей базе, Пензенской областной офтальмоен статус «клинической». Есть понимание со стороны руководства базы по данной проблеме, но вопрос пока не решен

### - А чем вызвана необходимость подобной реорганизации?

- Присвоение учреждению статуса «клиническая» булет способствовать развитию научного потенциала специалистов кафедры и больницы, положительно скажется на организации оказания лечебно-профилактической помощи, педагогического процесса литики в сфере развития и внедре-

нов, ординаторов исходя из новых ини инноваций в здравоохранение. На сегодняшний день одним из основных показателей работы лечебного учреждения является выполнение стандартов медицинской помощи. В эти стандарты, к сожавнедрение новых инновационных методов диагностики и лечения. ный опыт работы. Так мы подгото- А нам уже сегодня ставятся задачи нии глаза. Думаю, что в ближайсамим разрабатывать и внедрять инновации в медицине!

В рамках клинической больницы гораздо легче и эффективнее Каждый день узнавать что-то проводить научную и учебную рана приобретение оборудования. практических врачей заниматься жалению, все упирается в финанлолжна получать большие выплаты из областного бюджета.

Во всем мире именно университетские клиники являются ведущими лечебно-диагностическими центрами. И не только из-за оснащения, а в большей степени благодаря мотивированным специалистам, которые проводят большую лечебную, научную, методическую и педагогическую работу.

### В завершение нашей беседы позвольте задать Вам теоретический вопрос: какие открытия, какие новшества ожилают поссийскую и мировую офтальмологию в ближайшие десять лет?

- Трудно выступать в роли предсказателя, но я полагаю, что в ближайшие годы в нашей стране получит более широкое распространение хирургия с использованием фемтосекундных дазеров. И не только в рефракционной хирургии и хирургии хрусталика! Также хотел бы выделить конфокальную биомикроскопию - это та область, благодаря которой могут появиться совершенно новые виды операций

на различных структурах глаза. Эти два направления высокоточной диагностики и хирургии. лению, не всегда «вписывается» на мой взгляд, содержат огромный потенциал и могут находиться на подготовки специалистов, готовых шее десятилетие мы также можем на стыке достижений сосудистой хирургии и микрохирургии глаза в решении проблемы нарушений глазного кровотока.

Надеюсь, что нашу кафедру ожидает кадровое обновление. Кто-то создать условия, стимулирующие нов, клинических ординаторов станаучными исследованиями. Это Нам необходимо молодое пополнетоже очень важный аспект! К со- ние, влюбленное в науку, готовое к напряженному труду ради блага

Беседу вел Илья Бруштейн

### ГИДРОФИЛЬНАЯ ИНТРАОКУЛЯРНАЯ АКРИЛОВАЯ ЛИНЗА Высокая чистота поверхности Имплантация через разрез 2,2 мм Надежная фиксация в капсульном мешке Идеальная биосовместимость Предотвращает возникновение дисфотопсий РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ Вискоэластик Скальпели микрохирургические Система имплантации ИОЛ (инжектор, картридж) Трипановый синий ЗАО "ОПТИМЕДСЕРВИС": ГАРАНТИЯ Гел./факс: (347) 223-44-33, 277-61-61 КАЧЕСТВА market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

ни, гиперметропического астигма-

степени и миопического астиг-

матизма, коррекции смешанно-

проведенных рефракционных опе-

раций с неравномерностью абля-

ции в оптической зоне и наличием

рами, позволили сделать следую-

шие выволы: Ласик – эффективный

гиперметропического, смешанно-

но и проблемы адекватного функ-

ционирования зрительной систе-

нальной реабилитации пациен-

сбиопии не найден. Пресбиласик,

мощью фемтосекундного лазера.

В повестку дня симпозиума «Те-

Его работу открыл заместитель ди-

В.П. Еричев (Москва), представив-

# Актуальные вопросы офтальмологии

Межрегиональная научно-практическая конференция врачей-офтальмологов Нижегородской области с международным участием, посвященная 80-летию кафедры глазных болезней Нижегородской государственной медицинской академии

23 ноября 2012 года, Нижний Новгород

23 ноября 2012 года в конгресс-центре отеля «Ока» собрались более 200 офтальмологов, представляющих Нижний Новгород, Иваново, Казань, Киров, Москву, Санкт-Петербург, Чебоксары, Саранск.

гкрыл конференцию завеболезней, д.м.н. И.Г. Сме-

Директор «Центра диагностики и хирургии заднего отрезка глаза», д.м.н., профессор Г.Е. Столяренко выступил с лекцией памяти профессора Л.В. Коссовского, заведующего кафедрой Нижегородской государственной медицинской академии с 1976 по 2005 годы. Профессор Г.Е. Столяренко отдал дань глубокого уважения своему учителю, выдающемуся российскому офтальмологу, блестящему офтальмохирургу, внесшему огромный вклад в развитие отечественной

О славных страницах 80-летней истории кафедры глазных болезней рассказал ее заведующий, д.м.н. И.Г. Сметанкин. Участники конференции узнали много интересных фактов о деятельности кафедры за прошедшие годы, о людях, составляющих гордость советской и российской офтальмологической науки.

Симпозиум «Патология роговой оболочки глаза» открыл главный врач Кировской городской клинической офтальмологической больницы, д.м.н., профессор на тему «Новые подходы в оценке результатов хирургии катаракты». Цель исследования, о котором рассказал профессор А.Д. Чупров,

дела травматологии, реконструктивной хирургии и глазного протезирования МНИИ ГБ им. Гельмгольца (Москва), д.м.н. О.Г. Оганесян в своем докладе «Эндотелиальная кератопластика. Сложные вопроостановился на методах лечения пациентов с эндотелиальной патологией роговицы, а также затронул важнейший вопрос, касающийся РФ в области трансплантологии к существующим реалиям. Одной из задач государства в области здравоохранения является обеспеуслуг и, в частности, трансплантологии для всех граждан по всей

Продолжил тему трансплантологии роговой оболочки глаза руководитель компании «Айлаб» – глазной банк, д.м.н., профессор А.В. Золоторевский (Москва). Сообщение «Актуальные аспекты трансплантаосновано на оригинальных под- ции фармацевта в аптеке), назначе-А.Д. Чупров. Он представил доклад с кератоконусом и вторичными назначение антибиотика узкого кератоэктазиями роговицы. Наи- спектра действия, позднее обралучшие результаты внутрироговичной имплантации у пациентов с ке- антибиотика слишком коротким

заключалась в том, чтобы отразить были получены на первой и втодующий кафедрой глазных изменения психоэмоционального рой стадиях заболеваний. На бостатуса у больных с катарактой до лее поздних стадиях рассчитывать Старший научный сотрудник от- но. Профессор А.В. Золоторевский также коснулся проблем, связанных поддержки донорства со стороны государства, значительные бюрократические барьеры, препятствусы – простые ответы...» подробно ющие созданию глазного банка, предрассудки, трудности в поставках биоимпланта, отсутствие финансирования операций со стороприведения законодательной базы ны страховых компаний, нехватка расходных материалов.

> Сообщение доцента кафедры глазных болезней НижГМА, к.м.н. Т И Полтановой «Хронизация инфекционных заболеваний глазной поверхности» было посвящено проблеме антибиотикотерапии. По словам автора, участились случаи обрашения пациентов по поводу хронических, длительно протекающих инфекционных процессов или утяжеления этих процессов. Среди возможных причин неэффективности антибиотиков были назвации роговой оболочки глаза» было ны: «самолечение» (по рекомендаратоконусом и кератоэктазиями курсом, проведение неоправданно



Главный детский офтальмолог МЗ Нижегородской обл. А.П. Матюшин, главный офтальмолог МЗ Нижегородской обл. В.М. Куракина., д.м.н. И.Г. Сметанкин, д.м.н., профессор Г.Е. Столяренко, д.м.н., профессор А.Д. Чупров



Заместитель директора по науке ФГБУ «НИИГБ» РАМН, д.м.н., профессор В.П. Еричев

Зав. кафедрой офтальмологии Кировской ГМА, д.м.н., профессор А.Д. Чупров



Зав. кафедрой глазных болезней НижГМА, д.м.н. И.Г. Сметанкин



Старший научный сотрудник ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», д.м.н. О.Г. Оганесян



ческом выборе АМП необходимо среза по всему кругу, травмироваприменять новейшие препараты широкого спектра действия с низким риском развития устойчивости: при комбинированном применении антибиотиков следует исходить из механизма действия препаратов; рациональная антилокализации возбудителя и среды. в оценке клинико-функциональв которой он находится; аксиомой ных результатов фемтосекундной AMT должно быть строгое соблю- сквозной кератопластики, эффекдение временных интервалов; при тивности и безопасности данного отсутствии медицинских показа- метода. По результатам анализа ний длительное применение антибиотиков – нецелесообразно. Л.В. Лебедь (Чебоксарский фи- СКП были сделаны следующие выгия глаза» им. акад. С.Н. Федоро- ратопластика позволяет выполнять ва») поделилась опытом фемтосе- сложные индивидуализированные кундной сквозной кератопластики разрезы с различными профилями

длительной терапии, проблема ре-

зистентности к антибиотикам. Под-

водя итог своему выступлению.

лиал ФГБУ «МНТК «Микрохирурлевания, часто приводящее к ин- ского вмешательства. валидизации, с этим заболеванием связаны сложность лечения и коррекции зрения «Тонус АМАРИС» трудности реабилитации. Несмо- Л.А. Антипенко (Нижний Новготря на достоинства современных род) в докладе «Сложные случаи

ние эндотелия, невозможность поговицы, низкая биомеханическая стабильность послеоперационной вицы и высокая вероятность послеоперационного астигматизма 49 операций по методике Fs-СКП и 51 операции по традиционной воды: фемтосекундная сквозная кепри кератоконусе, которая приме- края, обеспечивая их точную форняется в клинике с 2008 года. На му и размеры; точно сопоставлять сегодняшний день в России 47 000 размеры удаляемого и пересаживабольных нуждаются в сквозных емого роговичных дисков; повышакератопластиках. Актуальность ет биомеханическую стабильность СКП заключается в том, что забо- послеоперационной раны; уменьлеваемость кератоконусом растет, шает степень послеоперационнопри этом заболевании происходит го астигматизма; снижает вероятдвухстороннее поражение органа ность инфекционных осложнений; зрения, прогрессирование забо- повышает безопасность хирургиче-Главный врач Центра лазерной

методик сквозной кератопласти-

ки, у этой технологии есть и се-

рьезные недостатки: трудности

эксимерлазерной коррекции на который утверждал, что единствен- внутриглазного давления имеет процесса раньше всего проявля- поделился опытом хирургическоvcтановке «Schwind AMARIS» оста- ным путем в лечении синдрома «сухого глаза», возникшего вследствие тропии высокой и средней степе- длительной гипотензивной тера- щения внутренних оболочек глаза пии глаукомы, может быть отказ от и внутренней части зрительного консервантов, таких как бензалко-

На современных методах лазерной хирургии глаукомы подробно vчный сотрудник лазерного отдела ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» индуцированного астигматизма. Д.А. Магарамов (Москва). По мнению докладчика, при адекватном выборе лазерного вмешательства и соблюдении соответствующей техники операции достаточно эффективны и могут быть широко го и миопического астигматизма использованы в лечении различных форм глаукомы. Малая травзультатом. При коррекции данных матичность и безопасность вмеаномалий рефракции решаются не шательства позволяют применять лазерные методы хирургии как нии с другими методами лечения С докладом «Физиологичный подход к старту терапии глауко-

тов. Эксимерлазерная коррекция мы» выступила старший научный та роговицы после ранее провесотрудник ФГБУ «НИИГБ» РАМН, денных рефракционных операд.м.н. Н.В. Макашова (Москва). ций – это эффективный, быстрый способ устранения «недостатков». Идеальный способ коррекции препути оттока глазной жидкости, когкак одна из методик, имеет право да трабекулярный путь оттока уже на существование. «Правильный» нарушен. Это приводит к нормализации ВГД и сохранению струкготовка пациента – залог успе- туры глазного яблока. Существуют ха. Наблюдения пациентов после гипотензивные препараты, улучшающие отток внутриглазной жидконость и предсказуемость коррек- сти и препараты, снижающие проции пресбиопии по программе дукцию внутриглазной жидкости. Ірепараты первой группы – более Ю.М. Кудрявцев, заместитель физиологичны, сохраняют струкглавного врача Центра лазерной туры глаза, улучшают питание, коррекции зрения «Тонус АМАРИС» сохраняют ток ВГЖ. К этим препа-(Нижний Новгород), представил ратам относятся простагландины: доклад на тему «Безопасный Lasik. травопрост, латанопрост и пило-Современные критерии диагноскарпин. К препаратам второй группы относятся селективные и несе-Н.А. Бурова, врач-офтальмолог лективные бетаблокаторы, ингибиотделения микрохирургии глаза торы карбоангидразы, снижающие городской больницы № 3 (Нижний продукцию ВГД и, соответствен-Новгород), рассказала участникам но, ухудшающие питание внутриния различных заболеваний с по- Поэтому при выборе препарата, в первую очередь, необходимо нарапия и мониторинг глаукомы» естественные пути оттока. Такие были включены семь докладов. препараты улучшают состояние ректора по научной части ФГБУ лия роговицы. Докладчик также «НИИГБ» РАМН, д.м.н., профессор остановилась на фиксированных препаратах – ксалаком, дуотрав, ший доклад «Вторичный ССГ и дли- содержащих простагландины и бетельная терапия глаукомы». В натаблокаторы, которые также являстоящее время ССГ представляет Препараты, содержащие ингибиторы карбоангидразы (азопт, азарга, трусопт, косопт), обладают до-

собой серьезную проблему с возможными тяжелыми последствиями. Это особенно важно для больных глаукомой, которые в течение статочно серьезными побочными многих месяцев или лет получают эффектами. По мнению Н.В. Макалекарственные препараты, в состав которых входят консерванты. пасности и эффективности среди Более половины пациентов, котопрепаратов простагландинового рым был поставлен диагноз «гларяда является ксалатан К.м.н. Е.А. Карауловская, врачукома», начинают лечение с гипотензивной терапии (что является офтальмолог офтальмологическольным), при этом у 7-12% го центра ОАО «РЖД» (Нижний больных развивается синдром «су- Новгород), представила доклад хого глаза». У более 80% больных, «Нейропротекция в комплексной получающих бета-блокаторы в ка- терапии глаукомной оптической честве средства гипотензивной те- нейропатии различного происхожрапии глаукомы, может развиться дения». Глаукомная оптическая ССГ. Чаще всего ССГ развивается нейропатия – основное звено в пау больных глаукомой с псевдоэк- тогенезе глаукомы, прогрессирусфолиативным синдромом. Про- ющее состояние, морфологически фессор В.П. Еричев рассказал о пре- характеризующееся гибелью ганимуществах автогеля, применение глиозных клеток сетчатки. В оскоторого способствует предотвра- нове глаукомной оптической нейщению прямого воздействия ле- ропатии лежит снижение синтеза карственных средств на эпителий и нарушение транспорта нейророговицы. Докладчик также обратрофинов, что приводит к деструктороговицы. тил внимание на свойства лекро- ции зрительных волокон и гибели лина, который будет полезен при ганглиозных клеток сетчатки. проведении лекарственной тера-В процессе лечения пациента пии по поводу глаукомы, а также, с глаукомой необходимо уделять что очень важно, в лечении син- большое внимание нейропродрома «сухого глаза». В заключе- тективному лечению для макси-

ние В.П. Еричев выразил согласие мального сохранения зрительных с мнением известного специалиста функций у пациента. Нейропров области глаукомы и ССГ немец- тективное лечение включает сникого профессора Плюффельдера, жение ВГД, поскольку снижение

нейропротективное действие, воздействие на улучшение кровообранерва и непосредственно нейропротективную терапию. Наиболее предпочтительны, по мнению сбиопии и коррекции после ранее остановился к.м.н., ведущий на- а также кортексин и ретиноламин. В лечении глаукомы нейропротекция должна присутствовать вне зависимости от стадии заболевания. Это лечение направлено на максифункций и максимально высокого качества жизни

> А.П. Шахалова, заведующая ла-АМАРИС» (Нижний Новгород), в докладе «ОКТ зрительного нерва и сетчатки в ранней диагностике и мониторинге ПОУГ» подсамостоятельно, так и в сочета- логий, позволяющих проводить объективную оценку ДЗН и сетчатки, оптическая когерентная томография занимает особое место. Преимущества этого метода занения при аномалиях рефракции до ±5,0 дптр; при небольших позадача при глаукоме заключается зрачке (до 3 мм); в объективнов активации увеосклерального сти определения края ДЗН, а также в универсальности диагностических возможностей. Проведенные исследования позволили контомографическими признаками глаукомы при диагностике являток сетчатки, а прогрессирование Д.м.н., профессор Г.Е. Столяренко

ется в изменении толщины слоя перипапиллярных нервных волокон. Таким образом, эта методика способствует широкому внедреностики в практику врачей-офтальмологов, в том числе на уровне поликлиники и повышает эффективность выявления и мониторинга

Доцент Ивановской государ-

ственной медицинской академии. к.м.н. А.В. Селезнев в качестве глаукомы» предлагает врачам использовать аналоги простагландинов (траватан). При неэффективнозерным отделением ЦЛКЗ «Тонус сти препарата, когда уровень давления не снижается на 15% и более проводить смену класса препарата, а не менять его внутри класса. При недостаточной эффективности препарата (снижение давления на 15% и более, но его уровень не достиг целевого), возможно использова ние фиксированных комбинаций (дуотрав), при необходимости возможно также усиление фиксиро ванной комбинации блокатором карбоангидразы Выступление врача-офтальмолога городской больницы № 35

> на тему «Максимальная медикаментозная терапия глаукомы» завершило работу симпозиума «Терапия и мониторинг глаукомы». Симпозиум на тему «Лечение и профилактика макулярной па-

тологии» включал пять докладов

А.В. Беловой (Нижний Новгород)

тия ВМЛ после операций по поводу экстракции катаракты» выступила к.м.н. К.А. Миразбекова (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва). Доктор С.С. Барч (офтальмологическая клиника университета Кристиан-Альбрехт, Киль, Германия) в своем докладе подробно осветила результаты исследования безопасности применения инлошианина зеленого, а также рассказала о современных представлениях по использованию красителей в макулярной хирургии. Работа симпозиума завершилось выступлением д.м.н., профессора кафедры глазных болезней Московского государственного медико-стоматологического

го лечения патологии макулы:

А.Н. Самойлов (Казань) предста-

вил современные полхолы к лече-

нию диабетической ретинопатии.

С докладом «Профилактика разви-

Для специалистов в области детской офтальмологии компания «Алкон» провела сателлитный симпозиум, на котором, в частности, были представлены доклады об эффективности использования ке, о диагностике и лечении ретинопатии недоношенных, о травмах глаз у детей и подростков

университета М.Н. Колединцева.

в котором были подробно пред-

ставлены свойства препарата ши-

рокого спектра действия – танакан.

На этом конференция заверши ла свою работу. 🗖

> Материал подготовил Сергей Тумар





# «Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН» — 10 лет

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ



Профессор В.П. Еричев, профессор Е.А. Егоров, профессор В.В. Волков



Академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина, профессор Б.Э. Малюгин



Профессор В.В. Страхов, профессор Н.И. Курышева



лет – это много или мало? Конечно, с позиций многих журналов с мировым именем и не одним десятилетием истории, например, таких как «Journal of Glaucoma», это небольшой срок... Но в далеком 2002 г. выход в свет первого номера жур-

ционного совета журнала. нала «Глаукома» стал знаменательным событием в отечественной офтальмологии. В те годы российские специалисты, занимающиеся проблемой глаукомы, вы- с использованием высокотехно- группе старше 70 лет этот показануждены были пользоваться информацией, почерпнутой из зарубежных национальных (америи т.д.) изданий или отечественной офтальмологической периодики. Появление же специализированного российского журнала, посвященного единственной нозологии, свидетельствовало как нерва. По мнению некоторых ис- глаукомы и постановки на диспаноб актуальности глаукомы – заболевания, из года в год занимаю- нических проявлениях глаукомы шего первое место среди причин имеются нарушения жизнеспо- (даже в начальных стадиях заболенеобратимой слепоты, – так и об ки в мировую исследовательскую к функциональной состоятельно- ние на образ и качество их жизни. деятельность и конкурентоспо- сти при устранении условий, на- При этом 92% оценивали состояние квартально публиковался новый ных мероприятий при малейшем тельных изменений полей зрения в мечают многие исследователи, страницах позволяют поддержиномер журнала глаукомы – это подозрении на развитие глауком- начальных стадиях заболевания. нормализация показателей кро- вать высокий уровень научных и долгий срок, наполненный поис- ной нейропатии с целью не до- При выраженных изменениях зри- воснабжения способствует стабиком наиболее интересных тем, пустить развитие необратимых тельных функций пациенты были лизации глаукомного процесса. но авторы открывают наиболее

созданием новых рубрик, форма- изменений нервной ткани. Пово- вынужденно ограничены в профес- Следовательно, можно выделить актуальные для читателей темы, тов, выявлением «своих» авторов. дом к подозрению на глаукому и сиональной деятельности и на бы-Это сложный путь, пройденный за сигналом к началу терапии могут товом уровне, что приводило к мавоздействия. эти годы коллективом людей, чей быть настораживающие состояния, лоподвижному образу жизни с сущеэнтузиазм способствовал созданию при которых: журнала, не позволил ему затеряться в жизненных перипетиях и вы- ного давления (ВГД), нет харак- певтического обследования та или дивидуальной нормы. вел на тот высокий уровень, который «Глаукома» сегодня занимает изменений, но есть опасность патология была выявлена у 92,0%

глаукомы

изучение глаукомы.

С самого начала журнал задумывался как издание, на страницах которого могут высказать свое прогрессирования (например, при трет больного глаукомой представ- логии регенеративной медицины. мнение, развернуть дискуссию, поделиться успехами, рассказать о наска), но еще нет повышения ВГД обеспеченного мужчину, прежде В.В. Страхов подчеркнул необучных достижениях, дать коллегам и нет характерных для глаукомы занимавшегося физическим тру- ходимость поиска патогенетичепрактические советы не только за- изменений. служенные специалисты, но и мо-

ванном ВГД выявляются начальные ствующих заболевания.

Кто — мощь, кто — зоркость глаз, кто — голос лиры смелой!..»

«...Там каждый отдавал свой труд на пользу дела:

Адам Мицкевич

Профессор В.В. Страхов (Ярос-

лавль) в докладе «Как мы лечим

глаукому?» обозначил наиболее

острую проблему – прогрессирова-

ние глаукомного процесса на фоне

якобы нормализованного (не-

важно, хирургически, с помощью

лазерного вмешательства или ле-

карственной терапии) ВГД. По

его мнению, в подобных случаях

ми отсутствия стабилизации забо-

- недостижение уровня индиви-

- необратимость дистрофиче-

необратимость склеропатии

нимает ведущее место в ряду оф- в качественном мониторинге согальмологических изланий России. ии обзорами, позволяет отстоять свою точку зрения на некоторые проблемы глаукомы, представляиностранных источников, репор- в начальных стадиях заболевания, с большой вероятностью причинатажи о прошедших конференциях поэтому крайне важно не опоздать

8 декабря 2012 г. в рамках ступление Дж.Н. Ловпаче. празднования 10-летнего юбилея дущие специалисты, члены редак-

С докладом «Глаукома. Когда что на современном этапе даже логичных методов исследования тель составляет 17,3 (без гендернохарактерные структурные и функ- го деления). циональные глаукомные изменетельных повреждениях заинте- вышенной тревожности и эмоциоресованных структур – трабеку- нального угнетения, напряжения лярной сети, сосудистого русла и страха слепоты в связи с осознаи в первую очередь – ганглиозных следователей, при начальных клисобности 20-50% нервных клеток. Следовательно, существует острая средственное», даже при наличии

- есть повышение внутриглаз- При анализе результатов тератерных структурных глаукомных иная сопутствующая сосудистая функциональных потерь;

- существует подозрение на заболевание и высокий риск его В.Н. Алексеевым усредненный порналичии у пациента факторов ри- ляет пожилого, одинокого, мало-

Особого внимания заслужива- малоподвижный образ жизни и с тем чтобы получить в распорялодые врачи, только начинающие от ситуации, когда при нормализо- имеющего как минимум два сопут- жение офтальмологов новые точки

больных.

На сегодня журнал по праву за- изменения и нет уверенности стояния больного.

И, безусловно, необходима адекными статьями, практическими ватная как гипотензивная, так и рекомендациями, литературны- нейропротекторная терапия при гноза глаукомы

«Наиболее значительные потет наиболее интересные факты из ри ганглиозных клеток происходят с лечением», - завершила свое вы-

Неожиданные результаты быдуальной нормы ВГД: ли представлены профессором ван «круглый стол», посвященный В.Н. Алексеевым (Санкт-Петербург) ского процесса внутренних оболоактуальным вопросам глаукомы. в докладе «Кого мы лечим?». По чек глаза и дегенерации диска зри-На заседании присутствовали ве- данным исследовательской группы, изучавшей контингент боль- органического поражения внутриных, наблюдающихся в районных глазного сосудистого русла; поликлиниках Санкт-Петербурга, лечить?» выступила Дж.Н. Лов- распространенность глаукомы в виде деформации трабекулярных паче (Москва). Она подчеркнула, у мужчин составляет 6,43, а у женинтраструктур склеры: внутренней щин – 4,36, при этом в возрастной стенки шлеммова канала и решетчатой пластины.

ственным снижением ее качества.

В.В. Страхов продемонстрировал данные собственных наблюде-Психологическое тестирование ний за пациентами (в течение 27 канских, английских, французских ния выявляются уже при значи- в 72% случаев выявило наличие по- и 20 лет), убедительно доказывающие, что эпизоды прогрессирования глаукомной оптической нейропатии связаны с повышением ВГД. нием неизлечимости заболевания. клеток сетчатки и зрительного Многие больные после выявления на поддержанием офтальмотонуса на толерантном уровне. В качестве ный N.T. Choplin, D.C. Lundy (2011) здоровыми полноценными людьми клинический случай регресса первания), что приводит к заниженвичной глаукомы с положительной интеграции отечественной нау- При этом часть из них способна ной самооценке и оказывает влия- периметрической динамикой после на высоком профессиональном хирургической вмешательства при собности практического лечения рушающих жизнедеятельность. своего зрения как «плохое» или «по- в пределах 6-8 мм рт.ст. необходимость в старте лечеб- высокой остроты зрения и незначи- грессировании заоолевания от-

основные направления лечебного делятся своим опытом, поднима-

Тензиозависимые факторы: – действовать в направлении нормализации ВГД до уровня ин- тажи о наиболее значимых событи-

Тензионезависимые факторы: защищать сетчатку и мобилизовать сопротивление нервной Нарисованный профессором ткани;

- возможны клеточные техно-В заключение своего доклада дом, а сейчас ведущего сидячий, ских факторов развития глаукомы, приложения эффективной терапии.

Представленные на «круглом столе» доклады вызвали оживленную дискуссию присутствующих и обмен мнениями, основанными на собственном клиническом

В завершение официальной части празднования юбилея был продемонстрирован шутливый видеоролик по мотивам хорошо известного мультфильма «Фильм, фильм, фильм!», повествующий о том, как готовится к выходу журнал «Глаукома», сколько усилий, времени, эмоций требует подготовка каждого номера, и сколько людей принимает участие в том, чтобы точно в срок читатели получили глянцевый, пахнущий типографской краской свежий номер журнала!

В этот вечер на праздник собрался коллектив единомышленников, в котором каждый внес свой труд и частичку души для того, чтобы сделать журнал актуальным

Немало теплых слов было сказано в адрес главного редактора профессора В.П. Еричева и членов редакции. Это профессионалы, совмещающие практическую деятельность в офтальмологии с работой по созданию журнала. В его редакционный совет входят ведущие отечественные и зарубежные специалисты, что позволяет из номера в номер выбирать для публикации статьи на наиболее актуальные темы, освещающие проблемы глаукомы и представляющие практический интерес для врачей, занимающихся профилактикой, диагностикой и лечением этого заболевания.

Особой благодарности заслуживает коллектив издательства «Апрель», усилиями которого и особым отношением к журналу каждый его номер выходит точно в срок, уровне и в качественном полигра-

И, конечно, самое ценное, что Роль глазного кровотока в про- есть у журнала «Глаукома» – это авторы, раооты которых на его ют новаторские и дискуссионные вопросы, делятся литературными обзорами и подготавливают репорях в офтальмологии.

10 лет – это много или мало? Конечно, мало – ведь журнал находится в самом начале долгого тути! Огромное спасибо всем, кто был рядом все эти годы, огромное спасибо за то, что мы были вместе. и долгих лет интересной насыщенной жизни журналу «Глаукома»!

Материал подготовила Ольга Величко, литературный редактор журнала «Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН»

# II Национальный конгресс «Пластическая хирургия»

12 декабря 2012 года, Москва

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

конгресс «Пластическая хирургия». Особенностью этого мероприятия было то, что в нем приня- (Я.О. Груша, И.В. Бодрова, Н.А. Чуполи участие специалисты различных направлений медицины (челюстно- РАМН и кафедру лучевой диагнолицевые хирурги, онкологи, нейрохирурги, офтальмологи, отоларингологи, урологи, гинекологи ставил данные о применении нои многие другие). Причем по каж- вого метода лучевой диагностидой специальности были организо- ки при травмах орбиты. Впервые ваны симпозиумы, посвященные для этих целей была использована проблемам пластической хирургии так называемая «функциональная» в их области. Разумеется, не стала исключением и офтальмология, и 12 декабря в рамках конгресса времени отследить сократительсостоялся симпозиум «Пластическая хирургия в офтальмологии», ных мышц глаза. Очень большое организатором и идейным вдох- впечатление произвел иллюстрановителем которого выступил тивный материал, представлявдиректор ФГБУ «НИИГБ» РАМН, академик РАМН С.Э. Аветисов. Несмотря на, казалось бы, узкую специализированную направленность был посвящен проблемам космезаседания, оно вызвало очень боль- тической реабилитации пациентов шой интерес у врачей разных специальностей: челюстно-лицевых актуальных проблем в офтальмоплахирургов, пластических хирур- стике. М.Б. Гущина в соавторстве

и нейрохирургов. ром С.Э. Аветисовым, академиком мам офтальмопластики, когда по при увеальной меланоме. любому вопросу, будь то офтальмоники могли получить исчерпываю-

Заседание открыла вступительва, в которой были показаны актуальность и важность современи Сергей Эдуардович выразил нав рамках симпозиума. И дискуссия не замедлила себя ждать..

тальмоонкологии. Лекция была ряду спорных моментов. посвящена возможностям хирургического лечения эндокринной к единому мнению. Адевтина Фетальм. Группа авторов (Т. однако авторам удалось обосновать тат в нашей стране.

12 по 14 декабря 2012 года такой небесспорный подход к лечев Москве в «Крокус Экспо» нию пациентов с тяжелым теченипрошел II Национальный ем эндокринной офтальмопатии.

Большой интерес вызвал доклад С.С. Данилова и группы авторов ва), представлявших ФГБУ «НИИГБ» стики ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Москва), в котором автор предкомпьютерная томография орбит, позволяющая в режиме реального ную способность экстраокулярший собой видеовоспроизведение исследования. Следующий «блок» докладов

после энуклеации, одной из самых с Э.В. Егоровой (ФГБУ «МНТК Президиум симпозиума был С.Н. Федорова», Москва) представипредставлен ведущими специали- ла сообщение о применении отечегии: академиком РАМН, профессо- го имплантата при постэнуклеационной реабилитации. А.С. Стоюхи-РАМН, профессором А.Ф. Бровки- на (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва) ной и профессором Я.О. Грушей. поделилась собственным опытом офтальмологический симпозиум Такой звездный состав обеспечил со слушателями о возможности пларазносторонний подход к пробле- стики опорно-двигательной культи

Вторую часть симпозиума отонкология, травма, нарушение по- крыла интересная лекция професложения век или косоглазие, участ- сора Я.О. Груши, в которой автор очень подробно и наглядно прощую информацию о современных демонстрировал возможности ревозможностях диагностики и лече- конструкции век после удаления новообразований, трудности и потенциальные осложнения этих хиная речь академика С.Э. Аветисо- рургических вмешательств. В докладе были представлены клинические случаи, когда автору удадежду на продуктивную дискуссию ский результат после удаления обширных опухолей век. Сообщение вызвало большой интерес у участ-Программу научных докладов ников симпозиума, автор исчеркина – легенда отечественной оф- и высказал собственное мнение по

посвящены различным подходам офтальмопатии – вопросу, по кото- к лечению такого сложного состорому до сих пор ученые не пришли яния, как паралитический лагофдоровна на основании собственно- никова, Н.К. Серова, В.Н. Шиманго огромного опыта представила ский) из НИИ нейрохирургии им. впечатляющие и очень убедитель- акад. Н.Н. Бурденко РАМН (Москва) ные данные по эффективности представила интересные и оригижировой декомпрессии орбиты, нальные данные о консервативном сторонницей которой профессор лечении этой патологии ботулоявляется уже не одно десятилетие. токсином А, а также эффективно-В противовес этому мнению сле- сти блефарорафии. Как бы логичедующее сообщение челюстно- ским продолжением этого доклада лицевого хирурга М.М. Соловьева явилось сообщение Е.И. Агафонос группой авторов (О.А. Марчен- вой (Москва) от группы авторов ко, В.В. Потемкин) из городской (Я.О. Груша, Н.С. Искусных), в комногопрофильной больницы №2 тором были представлены данные Санкт-Петербурга было посвящено о применении первого зарегистрикостной декомпрессии орбиты у парованного в Российской Федерациентов с эндокринной офтальмо- ции имплантата для коррекции лапатией и значительным снижением гофтальма, разработанного в ФГБУ зрительных функций, связанным «НИИГБ» РАМН. Очень многие спес увеличением экстраокулярных циалисты, находившиеся в аудитомышц. Этот подход вызвал неод- рии, безусловно заинтересовались нозначную реакцию присутство- этим сообщением, поскольку это вавших и много вопросов со сто- единственный официально разрероны академика А.Ф. Бровкиной, шенный для применения имплан-



Президиум офтальмологической секции: академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов, академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина, профессор Я.О. Груша

Завершил научную программу симпозиума доклад С.Ф. Школьника из Чебоксар (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»), в котором автор поделился собственным опытом применения различных инструментов в дакриологической практике «Микрохирургия глаза» им. акад. и их сравнительной характеристикой. Результаты его исследования. наглядно продемонстрированные стами в области глазной хирур- ственного полимерного орбитально- в докладе, произвели положительное впечатление и вызвали нема-

В целом стоит отметить, что у участников была прекрасная возможность высказать собственное мнение по любому вопросу и поинтересоваться опытом коллег. Члены президиума очень тактично мали в ней живое участие и сглаживали «острые углы». Все это позволяет с уверенностью говорить о том, что заседание прошло очень успешно и плодотворно для всех

Кроме офтальмологической секных проблем офтальмопластики, пось восстановить целостность век ции конгресса, хотелось бы сказать рое также вызвало большой инте- со стороны офтальмологов на этом рес. 14 декабря в рамках конгресса заседании был профессор Я.О. Групрошел I Международный симпооткрыла академик РАМН А.Ф. Бров- пывающе ответил на все вопросы Инициаторами проведения этого ной патологии, основанный на симпозиума выступили академик опыте лечения более 300 больных Следующие два доклада были робеев и д.м.н. М.Л. Новиков. Как консультации офтальмолога уже



Участники офтальмологической секции от ФГБУ «НИИГБ» РАМН (слева направо): Е.И. Агафонова, Н.С. Искусных, Д.С. Исмаилова, Я.О. Груша, Э.Ф. Ризопулу и С.С. Данилов

рва не является только проблемой нейрохирургов, поскольку из-за вторичных изменений со стороны век (выворот, лагофтальм) тяжело может поражаться глазное яблоко, что может привести к значительному снижению зрительных функций и даже потере глаза. «Послом» ша, который представил доклад об Н.О. Миланов, профессор А.И. Не- Докладчики отметили важность

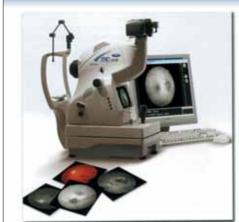
известно, паралич лицевого не- в ранние сроки паралича и тесный контакт с неврологом, нейрохирур-

В целом всем заседаниям конгресса была свойственна свободная обстановка, возможность открытой дискуссии и абсолютная «доступность» ведущих специалипозиум по пластической хирургии век, орбиты и слезных органов, незиум по хирургии лицевого нерва. устранении лагофтальма при дан- ярким событием в этой области за

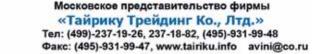
> Д.С. Исмаилова Фото С.С. Данилова

Рекомендуется для применения в медицинских центрах

### Ретинальная камера TRC-NW8F PLUS



- Самая современная модель, в которой имеются удобные втоматические функции: автофокус и автосъемка.
- Имеется 8 встроенных меток для съемки по периферии и 4 метки для съемки центральной области. Есть метка для внешней фиксации. С помощью программы Automosaic можно получить полноразмерное изображение глазного дна и сделать полноценный контроль состояния сетчатки при диабете.
- Позволяет проводить автофлюоресцентную съемку, флюорисцентную ангиографию, цветное фотографирование, съемку в бескрасном свете.
- На приборе устанавливается съемный цифровой фотоаппарат NIKON D7000.





ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

ного объема орбитального жира.

филактическом лечении.

# Инволюционные заболевания глаз. Можно ли остановить время?

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

### Научно-практическая конференция

14 декабря 2012 года, Челябинск

левания глаз. Можно ли остановить время?» – тематика межрегиональной научно-практической конференции, проведенной в г. Челябинске 14 декабря 2012 года, была выбрана не случайно. Одной из важнейших социально-экономических проблем современного общества является старение населения – ежедневно в мире 60-летний рубеж преодолевают 200 человек. Какие офтальмологические заболевания характерны для пожилого и старческого возраста, каковы современные возможности диагностики и лечения разнообразной геронтологической патологии глаз – эти и многие другие вопросы обсуждались в формате «мини»-лекций ведущих специалистов и дискуссиях. Интерес к заявленной программе определил большую аудиторию – на конференции присутствовали более 200 врачей из Челябинской, Свердловской, Томской, Курганской областей,

Первое заседание данной конференции было посвящено вопросам диагностики и лечения глаукомы.

Профессор В.В. Страхов (Ярославль) в своем докладе «Кровообращение глаза и нейропротекция – важнейшие аспекты терапии куссионных моментах современного представления о патогенезе ние на проблему. Обращено внимание на многоликость патогене- и т.д. Выводы сделаны на основе ветствия массы грузика. В докладе ние аналогов простагландинов. тических факторов, способствующих возникновению и развитию глаукомы: нейродегенерация, нарушение гидро- и гемодинамики, склеропатия и т.д. Важнейшей проблемой, по мнению докладчика, является прогрессирование глаукомы после нормализации ВГД. Это связано с тем, что не учитывается такой показатель, как индивидуальное внутриглазное давление. С другой стороны, следует помнить, что существуют тензиозависимые и тензионезависимые факторы. В последнем случае следует больше внимания уделять гемодинамике глаза. В связи с этим очень интересным представляется основной фрагмент доклада, посвященный авторским исследованиям, на основе оптической когерентной то-

К.м.н. А.С. Стоюхина



собственные наблюдения по морфологии радужки, цилиарного тела

и хориоидеи при глаукоме В докладе профессора О.И. Лев ведении больных глаvкомой» обра-

Профессор О.И. Лебедев

ными. Докладчиком представлены лено, что почти в половине случаев контроль ВГД у больных глаукомой осуществляется на основе пневмотонометрии, что недопустимо в связи с большой погрешностью измегочисленные ошибки при проведе- казаны преимущества тонометрии нии диагностических исследований по Маклакову. В то же время до-- тонометрии, периметрии, оценке кладчик обратил внимание на воз-

то: зарисовка или фоторегистрация, поскольку это позволяет оптимизировать наблюдение за развитием глаукомной экскавации. Большой интерес вызвали исследования Омской офтальмологической школы, бедева (Омск) «Топ-лист ошибок рения – докладчиком представлены посвященные увеосклеральному отубедительные тому примеры. На остоку и практическому использова-







Профессор Э.В. Бойко

Профессора А.Б. Слонимский, Э.Н. Эскина и В.У. Галимова



Активная дискуссия участников заседания. Главный офтальмолог Челябинской области, профессор И.Е. Панова, к.м.н. С.Ю. Голубев

Профессор В.У. Галимова (Уфа) осветила возможности нейропротекции при глаукоме. В своем докладе она обсудила патогенетические аспекты нейропротекции при глаукоме, остановилась на механизмах нейропротекторного действия ряда фармакологических препаратов, а также возможностях трименения биоматериала «Аллоплант» при данной патологии.

С обсуждением проблемы лазеркирургического лечения при глаукоме выступил к.м.н. Н.В. Стренев (Екатеринбург), в котором подробно определены показания к различным видам лазерных вмешательств при глаукоме, подробно, на основании собственных наблюдений, показана эффективность лазерной селективной трабекулопластики.

Сообщение к.м.н. О.В. Солянниковой с соавт. (Челябинск) было посвящено изучению результативности применения препаратов производных триоксипиридина и янтарной кислоты в лечении открытоугольной глаукомы. Данные о результативности применения отечественных фармакологических плацебо контролируемого исследования убедительно продемонстрировали клиническую эффективность и определили целесо образность их применения в виде повторных курсов с квартальным

Доклад О.М. Бабайловой с соавт. (Челябинск) по изучению показатеу больных глаукомой различного возраста наглядно продемонстрировал, что, несмотря на инвалидизирующее заболевание, актуальное состояние самочувствия и самоощуцение себя в жизни превышает таковые, чем у их ровесников, не страдающих глаукомой. Данный факт, вероятно, определяется эффектом интенсивной работы компенсаторных механизмов психологической там сохранить душевное здоровье и эмониональный комфорт.

Помимо вопросов глаукомы, на данном заседании в докладе к.м.н. А.С. Стоюхиной (Москва) были представлены результаты пластики культи при энуклеации глаз по поводу меланомы - оригинальная авторская методика позволила обеспечить лучшие функциональные и эстетические результа-

Завершил данную секцию до- вариабельность схемы назначения клал акалемика А.Ф. Бровкиной препарата. В доклале четко прозвучали сфомулированные показаней декомпрессии орбиты как рения к назначению, прекращению достигающих 45-летнего возраста конструктивной операции у боль- и возобновлению антиVEGF тераных с липогенным вариантом от- пии с учетом активности неоваскуечного экзофтальма. В представ- ляризации, обозначены роль и меленной «мини»-лекции Алевтина сто врача-офтальмолога первичного звена в первичной диагностике те различных вариантов отечного и диспансерном наблюдении за панего дня не существует абсолютэкзофтальма, патогенезе, возмож- циентами, предложен алгоритм вености диагностики, различных ва- дения больного. В завершение дориантах хирургического лечения клада С.В. Сосновский представил ных методик, таких как ПресбиЛаданной патологии. Автором пока- вниманию участников конферен- сик, имплантация мультифокальзано, что удаление орбитальной ции офтальмохирургическую такклетчатки трансконъюнктиваль- тику при некоторых неординарных ным доступом позволяет добиться ситуациях, в частности, собствензначительного уменьшения отека и ную оригинальную методику коми хемоза на 5-7-е сутки после опе- бинированного лечения обширных ностей органа зрения и механизрации, уменьшения экзофтальма центральных кровоизлияний в сет-

ческой терапии, пневмодислокации

ки, в завершение доклада акаде- ное зрение в ранее некурабельных мик А.Ф. Бровкина резюмировала случаях поражения центральной новании тщательного обследовацелесообразность выполнения вну- зоны сетчатки. тренней декомпрессии орбиты при Профессор В.Ф. Экгардт в доклаоптимальный метод коррекции липогенном варианте эндокринде «Фенофибрат и некоторый оптимизм в лечении диабетической ного экзофтальма, что позволяет уменьшить экзофтальм, восстанодоклад к.м.н. С.Ю. Голубева (Моретинопатии» обратил внимание в орбите и достичь симметричностоящее время активное лечение диабетической ретинопатии инисти положения глаз. чения нутрицевтиков при возраст-На втором заседании конфеной макулярной дистрофии, в соренции в своем докладе «Окклю- заболевания, однако назрела незии вен сетчатки: современные обходимость проводить патогенеуделено патогенетическому обосно-

Приведенные клинические приме- кровоизлияния из макулярной об-

ры наглядно продемонстрировали ласти и антиангиогенной терапии,

результативность данной методи- что позволяет получить предмет-

тически ориентированное лечение ния» профессор Э.В. Бойко (Санкт- значительно раньше. В этой связи понентов данных препаратов в про-Петербург) представил современ- обращает на себя внимание препарат фенофибрат, поскольку многочения заболевания, делая акцент центровые зарубежные и ряд отена особенностях развития и совре- чественных исследований подтверменных методиках диагностики и дили его эффективность в предутерапии макулярного отека, а так- преждении развития ретинопатии, же методах диагностики. Опира- а также в снижении потребности ясь на результаты многоцентро- в лазерном лечении. Докладчик вых исследований по применению привел данные собственных наантиVEGF терапии в лечении ок- блюдений за пациентами с диабеклюзии ЦВС и ее ветвей, Эрнест тической ретинопатией, получав-Витальевич представил собствен- ших курсы фенофибрата. Автор ный опыт применения ранибизупродемонстрировал уменьшение маба у данной категории больных. Особое внимание в докладе обрапроявлений на фоне длительного щено на частоту введения препа- (4-месячного) приема препарата, рата, которая должна определяться особенностью течения макуляр- и улучшение электрофизиологиченого отека и продолжительностью ских показателей сетчатки, оптизначение имеет динамическое на- и орбиты (особенно в центральной блюдение за пациентом, своевреартерии сетчатки и задних коротменное проведение панретинальной лазерной коагуляции сетчатки, ваясь на результатах предшествуючто в совокупности с эндовитреаль- щих исследований и своих наблюным введением люцентиса может привести к максимальным функци- ду, что данный препарат найдет ональным результатам. В выводах свое место в профилактике и лечепрофессор Э.В. Бойко подчеркнул, нии, особенно ранних стадий, диачто в лечении окклюзии ЦВС в набетической ретинопатии. стоящее время на первое место по В докладе «Кератопластика при эффективности выходит применегнойных процессах роговицы» проние ингибиторов ангиогенеза. Лафессор Ю.Б. Слонимский (Москва) зерная коагуляция сетчатки пока- обобщил многолетний собствензана, в первую очередь, при ише-

ный опыт различных техник перемических формах окклюзии ЦВС садки роговицы. Юрий Борисович в виде панретинальной коагуля- обозначил основные показания ции сетчатки для профилактики к проведению покровной, послойразвития неоваскулярной глауко- ной и сквозной кератопластики при мы. Применение лазера в маку- инфекционных поражениях роговилярной области может служить цы, отдельно подчеркнул важность дополнением к антиангиогенной своевременного направления больного с угрозой или развившейся Доклад «АнтиVEGF терапия воз- перфорацией роговицы в специарастной макулярной дегенера- лизированные офтальмологические ции, посттромботического и диа- центры, занимающиеся пересадкой бетического макулярного отека» роговицы для сохранения удовлетк.м.н. С.В. Сосновского (Санкт- ворительных зрительных функций Петербург) был изложен в виде измости глазного оригинального отчета военного яблока. Особое внимание в докладе офтальмохирурга с представлени- было уделено послеоперационному ем основных противников (точек ведению пациентов с применением приложения) на карте и постанов- высокоэффективных антибактерикой острых вопросов, касающихся альных препаратов группы фторхистратегии применения антиVEGF нолонов и аминогликозидов. Протерапии в лечении патологии ма- фессор Ю.Б. Слонимский подробно кулярной области сетчатки при разобрал ошибки ведения больных «влажной» форме ВМД, диабетиче- на амбулаторном этапе лечения, ском и посттромботическом маку- в частности, указал на раннюю отлярном отеке. Докладчик предста- мену глюкокортикоидных препавил результаты наблюдения за паратов, что приводит к отторжению циентами, получающими интрави- трансплантата, неудовлетворитреальные инъекции ранибизумаба тельным функциональным резульпри неоваскулярной форме ВМД, татам и необходимости повторных обращая внимание аудитории на кератопластик.

Современным возможностям медицинского оборудования и ле- коррекции аметропий. В процессе лечения пресбиопии – состояния, карственных средств ведущих росразвивающегося у всех пациентов, сийских и зарубежных компаний.

В рамках межрегиональной – было посвящено сообщение проконференции 15 декабря 2012 фессора Э.Н. Эскиной (Москва). года был проведен семинар – кру-Проблема коррекции пресбиопии глый стол «Рефракционная хирургия: вопросы и ответы». Высокий волнует умы человечества чрезвычайно давно, однако до сегодняшпрофессионализм лекторов, умело продуманный профессором но идеального способа коррекции Э.Н. Эскиной формат семинара, этого состояния. Любая из известразделенного на отдельные фрагменты, активное участие в дискуссии акалемика РАМН, профессора ных ИОЛ, подбор мультифокальных А.Ф. Бровкиной и готовность аудиконтактных линз и прогрессивных тории воспринимать и обсуждать представляемый материал обеспеочковых линз требует глубокого почили горячую живую дискуссию и нимания индивидуальных особенвызвали большой интерес врачейма достижения мультифокального офтальмологов. В докладе профессора Ю.Б. Слонимского (Москва), эффекта. Специалистами кафедры офтальмологии Государственной посвященного вопросам диагностиакадемии им. Маймонида под руки, клинике и показаниям к хирурководством профессора Э.Н. Эскигическому лечению кератоконуса ной разрабатывается методика с позиции опытного хирурга, более ПРЕСБИКОР $^{\circ}$ , позволяющая на ос-40 лет проводящего операции кератопластики, обоснованно предния пациента рекомендовать ему лагалась выжидательная и неагрессивная тактика хирургического ленения кератоконуса. Его позицию Завершил второе заседание поддержала профессор Э.Н. Эскина, которая сослалась на мировой стрировал целесообразность назна- за пациентами, перенесшими роговичный кросслинкинг, позвообщении большое внимание было и сферизацию роговицы в сроки 2 и более лет после проведенной процедуры. Не меньший интерес аудитории сформировался в процессе представления Эрики На-

обсуждения удалось обсудить преимущества и недостатки ортокератологии, а также различных методов эксимерлазерной коррекции аномалий рефракции, диапазон показаний, возможные осложнения, сроки реабилитации и наиболее актуальные мировые тенденции. Докладчику удалось убедить своих слушателей в том, что поверхностные операции типа фоторефракционной кератэктомии переживают в настоящее время заслуженный зовании метода позволяют с минимальным риском осложнений и минимальной инвазивностью получить максимальный рефракцион-

ный эффект. Конференции, проводимые в Челябинске в рамках «школ-семинаров» для офтальмологов Уральского региона с чтением лекций ведущих специалистов нашей страны, стали уже традиционными. Гостеприимство и теплота Южного Урала, даже в самые морозные дни, не оставляет гостей и участников равнодушными. Заглядывая в будущее, кафедра офтальмологии Челябинской государственной медицинской академии (а ныне - Южноуральского университета) с радостью ждет новых встреч, уже намеченных на 17 мая 2013 года. 🗖

### Оргкомитет конференции

Материал и фото подготовлены специально для газеты «Поле зрения»





МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



но внимание на большой резерв активизации увеосклерального оттока состояния диска зрительного нерва можную погрешность из-за несоот-



К.м.н. С.В. Сосновский

# Роль и место фармакотерапии в современной офтальмологической практике

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Юбилейная научная конференция, посвященная 25-летию Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ

13-14 декабря 2012 года, Санкт-Петербург

### Поздравительная телеграмма от губернатора Санкт-Петербурга Георгия Сергеевича Полтавченко

«Уважаемый Леонид Иосифович, поздравляю Вас и Ваших коллег с 25-летием Санкт-Петербургского филиала центра «Микрохирургия глаза». Создание этой уникальной клиники стало новым шагом в развитии отечественной офтальмологии. Сегодня это крупнейший офтальмологический центр Северо-Запада России, в котором ежегодно проходят обследование, получают высокотехнологичную помощь десятки тысяч петербуржцев и жителей других регионов. Клиника по праву считается аккумулятором передового опыта в медицинской науке. Специалисты центра ведут клинические исследования, разрабатывают новые способы диагностики и лечения заболеваний. Именно в Санкт-Петербургском филиале клиники был создан метод лечения катаракты, не имеющий аналогов в мире. Особого признания заслуживает благотворительная деятельность клиники, а также участие в подготовке врачейофтальмологов для других российских регионов. Уверен, что лечебная и научная работа клиники и впредь будет способствовать развитию петербургского здравоохранения, отечественной и мировой офтальмологии. Желаю всем сотрудникам центра крепкого здоровья, благополучия, оптимизма и новых успехов в вашем благородном труде».



Поздравления от директоров филиалов. С приветственным словом к юбиляру обращается генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв



В чем искали и ищут причину глаукомы? Является ли причиной заболевания угол передней камеры или причина кроется в первичных изменениях в сетчатке, или суще ствует проблема в головке зрительного нерва? Или это все-таки нейродегенеративное заболевание, при котором поражаются различные участки головного мозга? Профессор Ю.С. Астахов остановился лишь на основных моментах патогенеза первичной глаукомы. По мнению автора и ряда других исследователей, Rho-киназы вместе с другими факторами нарушают систему оттока внутриглазной жидкости, делая ее ригидной. Потеря эластичности волокон и изменения матрикса в юкстаканаликулярной части увеличивают сопротивление оттоку водянистой влаги. Колебания внутриглазного давления (ВГД) передаются трабекулярной системе и обеспечивают «насос» необходимой энергией. Повышение ВГД растягивает трабекулярную ткань. Соединения эндотелия шлеммова канавсей трабекулы и суживает просвет шлеммова канала. Снижение ВГД вызывает возвратное движение трабекулярной ткани. Трабекулярс глазным пульсом. Роль пульсации сифона внутренней сонной артерии в кавернозном синусе, которая оттока венозной крови из глаза,

Большое внимание автор доклада уделил эндотелину – веществу, которое влияет на скорость оттока внутриглазной жидкости. Эндотелин-1 наиболее мощный вазоконстрик- сти (ЦСЖ) и ВГД). тор из всех известных сегодня. Он

является перспективной в плане по-

нимания физиологии.

нерва и сетчатки. По мнению про- зрительного нерва. Существует фифессора Ю.С. Астахова, эндотелин, зиологическая взаимосвязь между вероятно, играет важную роль в па- АД, давлением ЦСЖ и ВГД. Боль- ся в различной степени. тогенезе глаукомы (уровень эндоте- ные глаукомой нормального давина в плазме крови при глаукоме – ления имеют

Генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад.

С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв и директор Санкт-Петербургского

филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»,

профессор Л.И. Балашевич

ный аппарат, сосуды зрительного является важным в физиологии судистый), приводящие к ишемии вив с уровнем цереброликворного ние первичной открытоугольной

ВГД положительно коррелировало ВГД, но не с заболеваемостью гла- слинкинг склеры. с давлением СМЖ. ВГД также поло- укомой. Следовательно, биомехажительно коррелировало с уровнем ичческие свойства диска зритель- ва (Военно-медицинская академия АД. Таким образом, давление всех ного нерва (как преламинарной, им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург) трех жидкостей было связано друг так и ламинарной его части) опре- «Современный подход к медикаменс другом положительными корреля- деляют вероятность развития гла- тозному лечению первичной глациями (кровяное давление, давле- укомного процесса. Исследователи укомы» Вениамин Васильевич об-- семейство небольших пептидов, ние в цереброспинальной жидко- предполагают, что механизм апоп- ратил внимание аудитории на не- ставил современные подходы к дотоза ганглиозных клеток сетчатки решенные задачи фармакотерапии Таким образом, давление по запускают факторы, участвующие в глаукомы. «Как бы точно мы не из- больных ПОУГ через 10 лет проис-



Заседание «Гипотензивная терапия в лечении больных, страдающих глаукомой» провели сопредседатели: профессор В.В. Волков, профессор Ingrida Januloviciene (Литва), профессор Л.И. Балашевич, профессор В.П. Еричев

головки зрительного нерва, которые у разных больных проявляют-

ограничивают их движения. Повы- в 3 раза выше нормы), хотя уровень ние СМЖ и АД. Это указывает на ропатии, профессор Ю.С. Аста- шение Минздрава РФ. Нужна более шение ВГД увеличивает растяжение экстравазального эндотелина более значительную роль вазогенного хов уделил особое внимание био- эффективная нейропротекторная важен, чем уровень эндотелина в са- фактора в развитии заболевания. механическим свойствам склеры, Естественно, что низкое АД при в частности, составу ее коллагена. Автор доклада подробно оста- глаукоме с нормальным давлением Соединительнотканный и нейроновился на исследованиях давле- вызывает целый ряд других изме- нальный компоненты теснейшим ная ткань перемещается синхронно ния спинномозговой жидкости нений в ДЗН. Однако давление по образом связаны между собой по- и неблагоприятным реакциям. Оф-(СМЖ) при глаукоме. В результате обе стороны решетчатой мембраны средством реакции астроцитов и была выявлена положительная кор- не имеет корреляций с давлением глиальных клеток. Возможно, в бу- альной нормы необходим для функреляция между давлением СМЖ и крови. Высокое АД действительно дущем одним из способов лечения ционирования всех внутриглазных создает определенные условия для артериальным давлением (АД). связано с более высокими цифрами глаукомы будет своеобразный крос- структур, в том числе в заднем от-

продуцируется клетками эндотелия обе стороны решетчатой мембра- патогенезе глаукомной оптической меряли ВГД – результаты замеров ходит сужение поля зрения. Власосудов, действует на трабекуляр- ны (трансламинарное давление) нейропатии (механический и со- всегда следует оценивать, сопоста- димир Николаевич дал определе-

давления» (Weinreb R., 2011). В связи тил, что для проведения спинномоз-Представив концепцию патоге- говых пункций офтальмологи должны получить офи терапия глаукомы. Следует учитывать, что бесконтрольная и длительная офтальмогипотензивная терапия может приводить к местным тальмотонус в диапазоне индивидуделе глазного яблока для венозного В докладе профессора В.В. Волко- и лимфооттока, а также для поддержания аксоплазматических токов

> Профессор В.Н. Алексеев (кафедра офтальмологии №1 СЗГМУ им. Мечникова, Санкт-Петербург) предстижению давления цели. У 86%



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

С докладом «Нейропротекторная терапия нужна....» выступил профессор В.П. Еричев (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва), который представил убедительный анализ необходимости применения в лечении глаукомы препаратов, обладающих нейропротекторными свойствами. В своем выступлении Валерий Петрович подчеркнул некоторые особенности подобной терапии, например, необхолимость применения в офтальмологии адресной доставки препара тов, влияющих в первую очередь на ганглиозные клетки и прежде всего щее время врачи применяют лекарственные средства, использующие ся в общей практике. Это зачастую приводит к проблемам, поскольку эффективность этих препаратов во ональной сохранности тех структур, на которые они воздействуют.

связанная с ней гипоксия проявляются несколько умеренно или наклетки сетчатки функционируют с практической точки зрения. в условиях определенного дефициют. Но значительно раньше их гибель наступает именно тогда, когда Но возможна ли она при том состоно и приводит к быстрому распаду при развитии глаукомной оптичесенсорной части сетчатки. В этом ской нейропатии, и нашем огранитоз приобретает мощный толчок, эти факторы? В качестве заключеи начинается ускоренный процесс ния хочу привести цитату: «Экскалетается на определенные сегмен- это не только результат механичеты, которые, не будучи нейтральнырам сигналы, побуждающие клетки к суициду, что влечет их массовую сосудистых изменений, нарушения тоз приводит к значительным потерям зрительных функций.

В.П. Еричев отметил перспективность изучения возможности терапевтического влияния на митохон- Здесь есть только одно обстоятельдрии, которые играют значительную ство: это было сказано в 1879 году». роль в обеспечении энергетического – подвел итог своему выступлению обмена, участвуют в метаболических профессор В.П. Еричев.

Поздравление полномочного представителя

Президента РФ в Северо-Западном федеральном

округе Николая Александровича Винниченко

филиала, сердечно поздравляю вас с 25-летием со дня осно-

вания филиала комплекса «Микрохирургия глаза» имени ака-

демика Федорова, одного из крупнейших офтальмохирурги-

ческих центров Северо-Западного федерального округа. На

протяжении 25 лет филиал оказывает все виды офтальмохи-

рургической помощи не только населению Петербурга и Ле-

нинградской области, но и другим субъектам округа. Сегодня

операции по экстракции катаракты остаются крайне востре-

бованными населением Северо-Запада. Катаракта наиболее

часто развивается у лиц пенсионного возраста, а это в сред-

нем 29% населения округа. Филиал по всем видам хирурги-

ческих вмешательств, проводящихся в городе, на протяже-

нии многих лет занимает лидирующее положение. Благодаря

современным технологиям, исключительному профессиона-

лизму врачей, качество медицинской помощи соответствует

мировым стандартам. Желаю всем сотрудникам филиала здо-

ровья, благополучия, счастья и успехов».

«Уважаемый Леонид Иосифович, уважаемые сотрудники

обменах клетки, создавая преграды ресным докладом выступила продля накачки клетки избыточным мнению профессора, митохондрии ва). Докладчик сформулировала чрезвычайно важны, но их роль концепцию и перспективы под-Завершил свое выступление профессор В.П. Еричев следующим: грессирования заболевания угрожает качеству зрительных функций. Идеальное лечение глаукомы подразумевает оптимальный контроль ВГД, максимальное снижение ВГД, максимальные безопасность и удобство, минимальную кратность

> Доцент кафедры офтальмологии териальной терапии у детей. До низкая резистентность микроорі грамотрицательной – 3,6%.

применять антибиотики необходи- чаев, ципрофлоксацину - в 84%, мо таким образом, чтобы продлить гии. В лечении подострых и хро- офтальмологии СЗГМУ им. И.И. Меч- ды у данной категории детей. нических бактериальных конъюн- никова Э.Е. Сайдашева продемонктивитов у детей младшей возраст- стрировала эффективность исной группы левофлоксацин 0,5% пользования фторхинолонов при зарекомендовал себя как препа- лечении бактериальных конъюн- Петербург) рассказала о примерат выбора; высокий уровень ре- ктивитов в детской практике. Эльзистентности большинства микро- вира Ирековна сформулирова- ных линз с антибиотиками. Предорганизмов в ходе исследования ла цель исследования следующим ставленные в докладе данные сви-



С пожеланиями успехов, процветания, благополучия, здоровья сотрудникам Санкт-Петербургского филиала обратились И.Е. Федорова и С.Г. Мигицко



ского воздействия, но и результат

нарушения трофики, который воз-

никает вследствие повышения ВГД,

зонно спросите, что же здесь нового

и оригинального? И вы будете пра-

нового и того, чего бы мы не знали.

На пленарном заседании с интефессор Ingrida Januloviciene (Литходов в снижении ВГД. Скорость прогрессирования - это ключевой фактор при выборе лечения. Дальнеобходимо, если скорость про-

лекарственных препаратов. Второе секционное заседание заболевания глаз и их лечение препаратами местного действия» провели сопредседатели: профессор В.В. Бржеский, профессор В.Ф. Даниличев, д.м.н. Э.И. Сайдашева, профессор Е.Е. Сомов.

Санкт-Петербургского государственго университета Т.Н. Воронцова представила возможности антибаккладчик отметила, что из всех апробированных АБ препаратов самая низмов к фторхинолонам. Наиболее активным в отношении грамотрицательной флоры оказался ципрофлоксацин (0%). Левофлоксацин показал самую высокую активность против кокковой флоры (10,5%) при очень низкой резистентности,

тальмологии Военно-медицинской их использование в офтальмоло-



Российская телевизионная журналистка Б.А. Куркова, режиссер фильма «Восхождение», и профессор Л.И. Балашевич

### Поздравление от исполнительного директора Санкт-Петербургского ФОМС Валерия Михайловича Колабутина

«Дорогие друзья, я хотел бы сказать без протокола несколько абсолютно искренних слов. 25 лет назад образовалась клиника, которая по праву является гордостью России. К сожалению, не часто мы сейчас можем похвастаться тем, что мы можем назвать нашей гордостью. Это было 25 лет назад, когда эту клинику создал гениальный человек С.Н. Федоров и, к счастью, так есть и сейчас. Это стало возможным благодаря вашему самоотверженному труду, вашему таланту, вашему самопожертвованию. Я очень благодарен руководству центра и сотрудникам клиники за то, что вы приняли самое активное участие в подготовке программы развития офтальмологической службы нашего города. За последние два года, я думаю, что многие коллеги со мной согласятся, благодаря нашим общим усилиям городская офтальмологическая служба буквально преобразилась. Самое приятное, что самое слабое звено – поликлиническое звено – действительно получило совершенно новый облик, более ста офтальмологических кабинетов было организовано в наших районных поликлиниках, причем оснащены они были по единому городскому стандарту, в разработке которого принимал участие Леонид Иосифович Балашевич, его коллеги. Была создана диагностическая и лечебная служба ретинопатии недоношенных. Был разработан и внедрен новый стандарт лечения катаракты. В значительной степени был увеличен объем и качество оказываемой помощи. Это действительно серьезнейшие результаты. Но сейчас на первый план выходят задачи организации медицинской помощи. В этих вопросах ваша клиника профессиональна, как никто другой. Позвольте мне еще раз от всей души поздравить вас с юбилеем, поблагодарить за ваш самоотверженный труд, пожелать МНТК «Микрохирургия глаза» процветания, новых ярких проектов и достижений. А всем вам здоровья и благополучия».

офлоксацину – в 78%.

Заведующая кафедрой детской

в 66% случаев, тобрамицину – в 56% конъюнктивальной полости и чув-К.м.н., ассистент кафедры оф- и гентамицину – в 50%; максималь- ствительности к антибактериальная чувствительность патогенных ным препаратам при бактериальакадемии им. С.М. Кирова А.Ю. Руд- микроорганизмов зарегистрирова- ных инфекциях глаз у новорожник (Санкт-Петербург) считает, что на к левофлоксацину в 100% слу- денных детей и младенцев; оценка терапевтической эффективности местного применения моксифлоксацина при ВЗГ бактериальной приро-

К.м.н. Э.В. Муравьева (НИО Экспериментальной медицины) НИЦ ВМедА им. С.М. Кирова (Санктнении лечебных мягких контактзарегистрирован к левомицетину образом: изучение микрофлоры детельствуют о целесообразности

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

### КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

применения гидрогелевых ЛМКЛ, насыщенных фторхинолонами, для проведения периоперационной антибиотикопрофилактики при выполнении внутриглазных операций, профилактики инфекционных осложнений при повреждениях глаз, возможности использования ЛМКЛ на этапах медицинской эвакуации в силовых структурах при травмах гражданского населения.

Дневное заседание «Медикаментозное лечение больных с дистрофическими и сосудистыми заболеваниями глаз» проходило под председательством д.м.н. М.В. Будзинской, к.м.н. А.Г. Заболотнего профессора Ю.В. Тахтаева, профессора М.М. Шишкина.

Профессор М.М. Шишкин (ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова», Москва) представил доклад «Офтальмологическая и системная безопас ность интравитреальных инъекций anti-VEGF и другой терапии» По мнению докладчика, anti-VEGF препараты являются мощным оружием при лечении различной офтальмопатологии. В настоящее время луцентис является наиболее безопасным фармакопрепаратом при лечении пациентов с ВМД и ДМО.

Д.м.н. М.В. Будзинская (ФГБУ «НИИГБ» РАМН) считает, что ранняя диагностика и срочное направление пациентов с «влажной» формой ВМД в специализированные центры снижают риск потери

В докладе к.м.н. А.Г. Заболотнего (Краснодарский филиал ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») был дан медико-экономический анализ медицинских технологий профилактики и лечения ВМД.

14 декабря состоялось заседание «Лекарственное сопровождение хирургических операций», которое провели профессор И.Э. Иошин, профессор Б.Э. Малюгин, профессор Н.С. Ходжаев.

С докладом «Пути выбора оптимального медикаментозного лечения: ключи решения проблемы» выступил профессор Н.С. Ходжаев (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»). Докладчик считает, что приоритетом в выборе лекарственного средства должен быть оригинальный препарат. В условиях стремительного распространения дженериков офтальмологи должны инициировать



В президиуме: д.м.н. Э.И. Сайдашева, профессор Е.Е. Сомов, профессор В.В. Бржеский



Главный офтальмолог Санкт-Петербурга, д.м.н., профессор Ю.С. Астахов



Э.Л. Сапегина, Санкт-Петербургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»



Заседание «Медикаментозное лечение больных с дистрофическими и сосудистыми заболеваниями глаз». В президиуме: д.м.н. М.В. Будзинская, профессор Ю.В. Тахтаев, профессор М.М. Шишкин, к.м.н. А.Г. Заболотний



Профессор Б.Э. Малюгин (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва)



Профессор С.Ю. Астахов (кафедра офтальмологии СПбГМУ им. И.П. Павлова)

специальные исследования с целью При этом в сопоставимой группе для включения их в свою клиническую практику. Вопрос о назначении дженерика должен рассматриваться лишь при наличии сертификата соответствия стандартам GMP.

Доклад «Хирургия катаракты и возрастная макулярная дегенерация. Взаимосвязь и особенности фармакологического обеспечения» ного ведения больных с катарактой представил профессор Б.Э. Малюгин (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»). Ана- им. И.П. Павлова). Катаракта в Рослизируя различные схемы медика- сии находится на первом месте срес ВМД после факоэмульсификации в пожилом и старческом возрасте с имплантацией ИОЛ, автор доклада (58%). Третье место среди заболесчитает, что у пациентов с ранними ваний, приводящих к инвалидноформами ВМД имеется повышенное сти по зрению (12%). Из 10 000 000 содержание белка и клеток во влаге больных катарактой 3 600 000 напередней камеры глаза. Менее вы- значено консервативное лечение и раженная воспалительная реакция, только 400 000 пациентов назначепроявляющаяся более низким коли- на консультация офтальмохирурга. чеством клеток на 1, 2 и 5-е сутки Инфекционные осложнения офтальпосле операции, отмечена у паци- мологических операций встречаютентов с ранними формами ВМД на ся не часто. Их возникновение и тяфоне использования нестероидных жесть течения зависят от путей внепротивовоспалительных средств. дрения микроорганизмов, их виру-Наличие той или иной группы про- лентности и количества, иммунного тивовоспалительных препаратов статуса пациента и своевременной не оказывает влияние на тенден- диагностики. Попадание бактерий цию прироста зрительных функций внутрь глаза во время экстракции и характер изменений в макуляр- катаракты происходит в 29-43% ной зоне. При наблюдении в сро- операций, количество же эндофки до 3-х лет за группой пациентов тальмитов в Европе – 0,12%, в США с ранними формами ВМД, подверг- - 0,072%. Далее докладчик излошихся ФЭ с имплантацией ИОЛ, жил факторы риска развития эндофв 3 случаях из 71 отмечено прогрес- тальмитов после факоэмульсификасирование ВМД в поздние формы. ции, рассказал об антимикробной

обоснованного выбора дженериков пациентов без сопутствующей патологии сетчатки появление ранних форм ВМД отмечено в 1 случае из 53. Тем не менее окончательный вывол о взаимосвязи оперативного лечения катаракты и ВМД может быть сделан только в ходе дальнейших долгосрочных наблюдений.

О тактике до- и послеоперационрассказал профессор С.Ю. Астахов (кафедра офтальмологии СПб ГМУ ознои терапии у пациентов – ди заоолевании, ведущих к слепоте

Профессор В.Н. Трубилин (Центр офтальмологии ФМБА России, Москва), профессор И.Э. Иошин (ФГБУ «Клиническая больница Управления

делами Президента РФ»), профессор Н.П. Паштаев (Чебоксарский филиал

ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»)

онной, о профилактике в ходе опе- устранения ее активности. рации и о пероральном применении антибиотиков. Профессором сателлитный симпозиум компа-С.Ю. Астаховым была предложена нии «Алкон» «Медико-социальные схема ведения хирургических боль- аспекты катаракты и ВМД в Росных с подробным описанием схемы сии». С докладами выступили пролечения острого и хронического энфессор В.Н. Трубилин (Центр офдофтальмита, а также токсического синдрома переднего сегмента глаза. сква) и А.В. Зыкова (ФГБОУ ВПО Переход на хирургию малых разрезов способствовало уменьшению демия им. Маймонида», Москва). послеоперационных осложнений. Однако у части больных функциональные результаты экстракции катаракты остаются низкими или сни- врача, выступила психотерапевт, жаются через определенный период д.м.н., профессор Т.В. Решетова.

Продолжил тему антибактери-«МНТК «Микрохирургия глаза» им. дования заключалась в разработке и ко и Лючио Буратто (Италия). апробации на практике процедуры

к ведению пациентов после факоэмульсификации рассказал профессор И.Э. Иошин (ФГБУ «Клиническая больница Управления делами Президента РФ»). Цель медикаменженной воспалительной реакции. Колоссальный успех антибактериальной профилактики при офтальмохирургии обусловлен проявлеинфекционный компонент послеоперационного воспаления.

Докладчик предложил возможные схемы медикаментозной кори качество жизни с минимальным жизнь служению Человеку. неблагоприятным эффектом с применением в оудущем нестероидно-

пока эти препараты отсутствуют. и русского гостеприимства. К.м.н. Р.Д. Березин (Военно-медицинская академия им. С.М. Ки- ции запомнится экскурсия в Эрмирова, Санкт-Петербург) в своем таж. Гости познакомились с эксподокладе дал ряд рекомендаций в зицией «Золотой и Бриллиантовой лечении посттравматических суб- кладовых», в которых были предмакулярных разрывов хориоидеи, ставлены сокровища различных в частности, он с соавторами пред- эпох: от III тысячелетия до н.э. до ложил введение интравитреальных начала XX столетия, а затем прошфибринолитиков и пневмодислока- ли по парадными залам Эрмитажа, цию для устранения субмакуляр- в которых каждый имел счастье ного кровоизлияния; ежемесячное увидеть картины Леонардо да Виннаблюдение: своевременное ис- чи, Рембранта, Рафаэля, Караваджо, пользование современных мето- скульптуру Микеланджело. дов диагностики (ОКТ, ФАГ), применение anti-VEGF препаратов при

профилактике в условиях операци- обнаружении ХНВ для скорейшего

В рамках конференции прошел тальмологии ФМБА России, Мо-«Государственная классическая ака-

С интересным докладом, посвященным методам общения с тревожным пациентом на приеме у

Рабочая часть конференции закончилась трансляцией «живой альной профилактики послеопе- хирургии» из операционного блорационных осложнений в офталь- ка Санкт-Петербургского филиала мохирургии к.м.н. И.Н. Околов МНТК «Микрохирургия глаза». По-(Санкт-Петербургский филиал ФГБУ казательные операции были проведены хирургами Ю.В. Тахтаевым, акад. С.Н. Федорова»). Цель иссле- Я.В. Байбородовым, А.М. Загоруль-

В ходе заседания и в кулуарах мониторинга истинного количества конференции состоялся обмен мнефторхинолов в содержимом перед- ниями по актуальным проблемам офтальмологии. На выставке, про-О сбалансированном подходе ходившей в рамках конференции, компании продемонстрировали широкий спектр инновационных решений в фармакотерапии.

Подводя итоги конференции, директор Санкт-Петербургского фитозного сопровождения факоэмуль- лиала профессор Л.И. Балашевич сификации – профилактика выра- поблагодарил всех докладчиков и участников, а также членов оргкомитета. Цель, которую ставили организаторы, достигнута: участники конференции получили полезнием фторхинолов II-IV поколения, ную информацию и необходимые которые практически устранили знания, которые так необходимы в повседневной практике

Данью уважения представителям самой гуманной профессии стал показанный гостям документальный рекции: монотерапия стероидами фильм «Восхождение», снятый из-(СПВС), монотерапия нестероида- вестной российской телевизионной ми (НПВС), комбинация СПВС и журналисткой Бэллой Алексеевной НПВС, никакой терапии. Конечная Курковой. Картина повествует об цель лечения, по мнению Игоря истории и сегодняшнем дне кли-Эдуардовича, – восстановить зрение ники, о людях, посвятивших свою

Культурная программа конференции оыла продолжена концер го противоспалительного средства том с участием известных драмас акселератором (Br) Bromfenac (2 тических актеров и оперных исполраза в день) и стероидного проти- нителей театров Санкт-Петербурга, воспалительного средства (ацетат а завершился праздник в нефорвместо фосфата) Loteprednol, кото- мальной обстановке в роскошном рый не дает особых побочных явле- банкетном зале одного из самых ний. Эти два препарата уже появи- романтичных отелей мира «Астолись на рынке за рубежом. В России рия» в атмосфере элегантности

Надолго участникам конферен-

Материал подготовила Лариса Тумар



глазные капли для лечения острых

и хронических воспалительных за-

болеваниях глаз (конъюнктивиты,

блефариты, кератиты, кератоуве-

иты и др.), а так же для лечения

травм и ожогов глаза и для про-

филактики гнойно-воспалитель-

ферментные системы, что приво-

дит к угнетению жизнедеятельно-

не повреждает клеточные мембра-

ны тканей человека. Данный эф-

фект связан с различием в струк-

и микроорганизмов.

туре клеточных мембран человека

периоде.

ных осложнений в предоперационном и послеоперационном Окомистин обладает широким В основе антимикробной акспектром действия в отношении тивности препарата Окомистин лежит прямое взаимодействие стейших, включая устойчивые гомолекулы препарата с белковоспитальные штаммы. Препарат липидными комплексами мембран оказывает противовоспалительное микроорганизмов, при этом часть действие (активизирует процессы молекулы Окомистина, погружафибринолиза в тканях конъюнется в липофильный слой мемктивы), повышает местный иммубраны, разрыхляет ее и повышает нитет, ускоряет процессы регенепроницаемость для крупномолекурации и эпителизации, что делалярных веществ. Окомистин измеет Окомистин препаратом первого выбора как при монотерапии, няет энзиматическую активность микробной клетки, ингибируя так и при комплексном лечении

Под действием препарата пости микроорганизмов и их разрувышается эффективность антишению. Окомистин обладает выбиотиков в отношении бактерий, сокой избирательностью действия грибов и простейших. в отношении микроорганизмов и

Окомистин не всасывается через слизистую оболочку глаз, слезных путей и носа, не оказывает раздражающего действия и не вызывает аллергии.

С лечебной целью закапывают по 1-2 капли 4-6 раз в сутки до клинического выздоровления. С профилактической целью закапывают по 1-2 капли 3 раза в сутки за 2-3 дня до операции, а также после операции до клинического выздоровления.

Окомистин сокращает сроки лечения, уменьшает число рецидивов, вызывает пролонгацию ремисбактерий, грибов, вирусов и про- сий при хронических процессах.

### Окомистин однокомпонентный препарат, не содержащий

Широкий спектр антимикробной активности (грамположительные, грамотрицательные бактерии, грибы, сложные вирусы — герпеса, гриппа и др.), доказанный иммуномодулирующий эффект (стимуляция фагоцитов), отсутствие алвоспалительных заболеваний глаз. лергизирующего и раздражающего действия на кожу и слизистые позволяет рекомендовать Окомистин к широкому применению в офтальмологической практике.

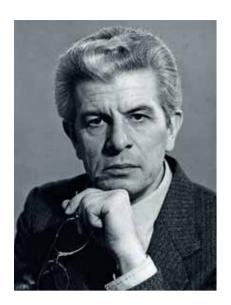


Производитель — российская фармацевтическая компания «ИНФАМЕД». Тел.: (495) 775-83-21. Адрес для переписки: 123056, Москва, а/я 46. *E-mail:* infamed@infamed.ru; www.okomistin.ru





АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



Директор Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова», профессор Л.И. Балашевич:

# Давайте встретимся через 25 лет!

иректор Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова», д.м.н., профессор Л.И. Балашевич не первый раз выступает на страницах газеты «Поле зрения». И каждый раз встречи с Леонидом Иосифовичем вызывают большой интерес у наших читателей. Наша нынешняя беседа была посвящена сразу нескольким событиям: 25-летию Санкт-Петербургского филиала и выходу в свет двух книг: «Прозрение» и «Диабетическая офтальмопатия».

Важное место в интервью занял рассказ о встречах нашего собеседника с основателем МНТК «Микрохирургия глаза», академиком Святославом Николаевичем Фёдоровым, о времени становления Санкт-Петербургского филиала, о комплексных подходах в решении проблем здравоохранения.

Впрочем, предновогоднее и предрождественское время наложило отпечаток на характер беседы. Профессор Балашевич поделился своими мыслями не только о развитии медицинской науки и организации здравоохранения, но и о проведении свободного времени... Леонид Иосифович убеждён: настоящий врач и учёный должен быть разносторонним человеком. Даже при самом жёстком и напряжённом рабочем графике необходимо находить время для отдыха, расслабления, пополне-

### - Леонид Иосифович, в начале нашей беседы позвольте мне от имени издательства «Апрель» и редакции газеты «Поле зрения» сердечно поздравить Вас с 25-летием Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»! Хотелось бы пожелать Вам и всему коллективу филиала новых больших успехов на благо отечественного здравоохранения, осуществления всех Ваших планов и начинаний!

– Большое спасибо за тёплые поздравления! Мне думается, что юбилей – это не только наш праздник, но и праздник всех наших коллег и друзей. К этим друзьям я, разумеется, отношу издательство «Апрель» и газету «Поле зрения». У нас успешно и плодотворно развивается информационное сотрудничество. Мне очень приятно, что представители газеты «Поле зрения» присутствовали на юбилейной конференции «Роль и место фармакотерапии в современнои оф тальмологической практике», посвящённой нашему 25-летию.

### - Юбилей - это всегда повод оглянуться назад. Наверное, нельзя рассказывать об истории МНТК, в том числе и его Санкт-Петербургского филиала, не вспомнив о роли С.Н. Фёдорова... Не могли бы Вы рассказать о Ваших встречах со Святославом Николаевичем, о творческом взаимодействии с ним.

- Я с Вами согласен. Историю МНТК невозможно отделить от биографии Святослава Николаевича. Наша организация – это его детище, воплощение его идей.

Мир врачей-офтальмологов узок. Поэтому совершенно естественно, что о деятельности С.Н. Фёдорова я узнал довольно рано. Первый раз мне довелось лично присутствовать на его докладе в начале семидесятых годов (точную дату я сейчас уже не вспомню) на конференции в Алма-Ате. В дальнейшем мы нередко участвовали в одних и тех же научных мероприятиях, но личное

знакомство состоялось только в 1987 году. В то время я уже работал заместителем директора Санкт-Петербургского филиала МНТК. До 14 декабря 1987 года, когда филиал бы торжественно открыт, оставалось ещё несколько недель.

### - При каких обстоятельствах состоялось Ваше знакомство?

- Мы познакомились в самолёте. Причём, это был не обычный самолёт, а «Борт № 1». Он обслуживал Генерального секретаря ЦК КПСС Михаила Сергеевича Горбачёва (поста Президента тогда ещё не существовало). Самолёт направлялся из Москвы в Чебоксары, где тоже шло строительство одного из будущих филиалов.

Должен был лететь директор Санкт-Петербургского филиала МНТК Анатолий Иванович Горбань. Но он по каким-то причинам не смог принять участие в этой поездке и направил меня. Из Москвы в Чебоксары, разумеется, летел не только С.Н. Фёдоров, а большая группа сотрудников головной организации и региональных филиалов МНТК. Всех интересовал ход строительства Чебоксарского филиала.

### - Почему полёт проходил на правитель-

– Думаю, что это не случайность. В то время Святослав Николаевич действительно пользовался поддержкой руководства страны, в первую очередь, тогдашнего председателя Совета министров СССР Николая Ивановича Рыжкова. И это было счастье для МНТК! Без поддержки высшего политического руководства проект не мог быть

### - Какие впечатления остались у Вас от первой встречи с С.Н. Фёдоровым?

– Решительный, уверенный в себе, хаоизматичный... Вы знаете, у человека или есть харизма или её нет. У Фёдорова харизма была. Он умел притягивать людей, располагать к себе, заряжать своей энергией. А это был человек с неистощимой

Во время нашей первой встречи я обратил внимание на такой факт: С.Н. Фёдоров во время полёта практически не сидел в своём кресле. Он постоянно передвигался по салону, за короткое время полёта успевал переговорить со многими людьми, обсудить с ними целый ряд деловых вопросов.

В дальнейшем у нас было довольно мно-Я общался с ним и в качестве замести- в частности, во время президентской комтеля директора филиала (с 1987 года по 1994 год), и в качестве директора филиала: с 1994 года. Совершенно естественно, что на на пост Президента России. Это было осозпосту директора Санкт-Петербургского филиала общение стало более интенсивным.

### - Леонид Иосифович, как бы Вы охарактеризовали роль академика С.Н. Фёдорова в развитии российского здравоохранения

– Я бы выделил три наиболее ярких достижения Святослава Николаевича. Он является отцом массовой рефракционной хирургии. Он стал основателем современной катарактальной хирургии с имплантацией искусственных хрусталиков. С.Н. Фёдоров вывел катарактальную хирургию на принципиально новый уровень. И третье достижение: Святослав Николаевич стал автором блистательных экономических теорий. Он проявил себя не только как великий врач-офтальмолог, но и как

### - По Вашему мнению, экономические идеи С.Н. Фёдорова сохраняют свою акту-

- Вне всякого сомнения! Мне думается, что главная идея С.Н. Фёдорова состоит в том, что плоды труда работников должны принадлежать не какому-то капиталисту или абстрактному «государству», а им самим. Святослав Николаевич продвигал идею «народных предприятий».

Я Вам скажу больше: он не просто говорил о «народных предприятиях», а фактически воплотил эту идею в жизнь. МНТК и стал таким народным предприятием! Да. со времени ухода из жизни нашего основателя условия хозяйствования несколько изменились. Но, во многом, в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» его наследие удалось сохранить

### - В чём принципиальное отличие «народных предприятий» от других экономических

– Чтобы ответить на Ваш вопрос, давайте рассмотрим принципы функционирова ния медицинских учреждений. Все годы советской власти их финансирование пракгически не зависело от результатов работы. Зарплата врачей, медицинских сестёр, технического персонала, санитарок и т.д. тоже не зависела от эффективности их

### - С этой уравниловкой С.Н. Фёдоров

– Он прекрасно понимал, что здравоохранение и медицинская наука не могут развиваться без принципиально иной экономической модели. Святослав Николаевич считал, что финансирование медицинских учреждений должно быть напрямую связано с качественными и количественными показателя-

Этот же принцип лежал в основе оплаты труда. С.Н. Фёдоров создал исключительно прозрачную систему. Для него было важно, чтобы каждый сотрудник знал, что размер вознаграждения зависит от его квалификации, усердия и вклада в общее дело-

Об экономических теориях С.Н. Фёдорова не хочется говорить в прошедшем времени. Они продолжают оставаться ак-

### - Вы общались на политические, экономические темы?

 Неоднократно. Мне доводилось бывать
 Николаевич Зайков, человек в Ленинграде на многих мероприятиях с его участием, пании 1996 года. Как известно, Святослав Николаевич выдвигал свою кандидатуру нанное, продуманное решение. У него была чёткая программа действий. Существовала Партия самоуправления трудящихся, которую он возглавлял.

Встреч с С.Н. Фёдоровым было много. И всё же я бы отметил его последний приезд в Санкт-Петербург в апреле 2000 года. Это случилось буквально за несколько недель до трагической гибели.

### С.Н. Фёдоров находился тогда в непростой жизненной ситуации...

– У него, вообще, была непростая жизнь. Приходилось преодолевать много препятствий, бороться с непониманием. Моя книга об истории создания и становления Санкт-Петербургского филиала МНТК, вышедшая в 2012 году в петербургском издательстве «Человек», недаром называется

### - О каком прозрении идёт речь?

- Я имел в виду прозрение общества, прозрение государства, прозрение всех нас... Необходимо прозреть, чтобы понять идеи С.Н. Фёдорова.

В апреле 2000 года Фёдорову было трудно. С 1995 года по 1999 год Святослав Николаевич являлся депутатом Государственной Думы РФ второго созыва. В течение этого времени - в соответствии с действующим законодательством - он уже не являлся генеральным директором МНТК. Выборы, состоявшиеся в конце 1999 года, С.Н. Фёдоров

### - Какая сложилась ситуация?

- Если говорить простым языком - а сам Святослав Николаевич всегда просто и чётко выражал свои мысли – Фёдоров оказался безработным. Он уже не являлся депутатом Государственной Думы, но вернуться к непосредственному руководству МНТК, снова стать генеральным директором, он тоже

### - Почему С.Н.Фёдоров после ухода из Государственной Думы не мог снова воз-

- Этот вопрос мы тоже себе тогда задавали... Ситуация складывалась драматическая. У Фёдорова было много завистников и недоброжелателей. После его ухода из Государственной Думы эти недоброжелатели ополчились, чтобы любой ценой не допустить возвращения Фёдорова в МНТК. Начались проводиться многочисленные проверки, собираться

Судьба Фёдорова сходна с судьбой многих великих людей. При жизни им ставят палки в колёса, их пытаются сломать... А после смерти – ставят памятники, называют

### Чем был примечателен последний приезд С.Н. Фёдорова в Санкт-Петербург?

- Этот визит можно назвать «визитом солидарности». Коллеги Святослава Николаевича из Санкт-Петербургского филиала МНТК хотели выразить ему поддержку. Кроме того, у Фёдорова в Питере всегда было много друзей и добрых товарищей.

Именно в этот приезд состоялась награждение Святослава Николаевича высокой общественной наградой – Орденом духовного пробуждения. Награду вручал Лев и Санкт-Петербурге известный и автори тетный. В течение многих лет он возглавлял одно из крупнейших в Ленинграде научно-производственное объединение «Ленинец». В начале восьмидесятых годов являлся первым секретарём Ленинградского обкома КПСС, фактически руководителем нашего города.

Я тоже присутствовал при этом награждении. Было видно, что Фёдорову было приятно получать награду из рук Зайкова.

### - У Святослава Николаевича было много наград...

- Наград хватало... Но награждение Орденом духовного пробуждения было ему особенно дорого потому, что произошло в трудный период его жизни.

Академик С.Н. Фёдоров был сильным, мужественным человеком. Но, как и для каждого из нас, для него была очень важна поддержка друзей, коллег и единомышленников. Поэтому вручение ордена Ордена духовного пробуждения стало важным событием в его жизни.

### Последние недели жизни Святослава Николаевича стали для него триумфаль-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

- Да. Так можно сказать. Он ушёл из жизни победителем. 16-19 мая 2000 года в Москве состоялся Всероссийский съезд офтальмологов. На нём академик С.Н. Фёдоров с большим воодушевлением был избран председателем Офтальмологического общества России. А 26 мая того же года – несмотря на противодействие врагов и завистников! – он вновь был назначен генеральным директором МНТК «Микрохирургия глаза». Это была грандиозная победа!

Приказ о назначении С.Н. Фёдорова подписал тогдашний министр здравоохранения РФ (ныне – презилент Российского нашионального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова), академик РАМН Юрий Леонидович Шевченко. За этот поступок он заслуживает огромной благодарности.

На своей новой-старой должности Святослав Николаевич проработал меньше недели. 2 июня он трагически погиб.

### - В вашем кабинете висит портрет Святослава Николаевича...

- Портрет Святослава Николаевича занимает почётное место рядом с портретом первого директора Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» Анатолия Ивановича Горбаня (увы, тоже ныне покойного)...

У меня осталось много личных воспоминаний, связанных со Святославом Николаевичем. Например, вспоминаю одно из совещаний, проходивших в подмосковной деревне Протасово.

### - Именно там располагается подсобное хозяйство МНТК.

- Это не просто подсобное хозяйство, а образцово-показательное хозяйство! С.Н. Фёдоров вложил в него частичку своей души, своего сердца.

### - Святослав Николаевич интересовался

– Во-первых, он не просто интересовался сельским хозяйством, а глубоко в нём разбирался. Во-вторых, и восьмидесятые, и в девяностые годы вопросы снабжения продовольственными товарами были очень актуальными. В Протасово выращивались экологически чистые продукты, которыми снабжались в первую очередь сотрудники МНТК. Люди могли купить качественную сельскохозяйственную продукцию по низким ценам.

Одно из наших совещаний в Протасово совпало с визитом зарубежных журналистов. Святослав Николаевич лично провёл для них экскурсию по сельскохозяйственному комплексу. Он с гордостью демонстрировал коров, купленных в Голландии, рассказывал о технологии производства шампиньонов...

Святослав Николаевич держал в голове точные цифры надоев, прекрасно владел сельскохозяйственной терминологией... Он был очень многогранным человеком.

### - Говорят, что «талантливый человек та-

- Эти слова вполне можно отнести к С.Н. Фёдорову. Он блистательно проявил себя и в медицине, и в политике, и в экономике. Хотелось бы также напомнить, что Свя-

тослав Николаевич был воцерковлённым человеком. И он по мере своих сил способствовал возрождению церковной жизни, активно занимался благотворительностью.

### нать, как Вы пришли в МНТК?

– Официально я работаю в Санкт-Петербургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» с 1 октября 1987 года. 6 февраля 1987 года мне исполнилось 50 лет. В этом возрасте офицерам в советское время предоставлялось право уволиться в запас из рядов Вооруженных сил. Я решил воспользоваться этим правом и 7 февраля 1987 года подал командованию соответствующий рапорт.

В июле 1987 года моё прошение было удовлетворено, я стал гражданским человеком. И смог приступить к своим новым обязанностям в качестве заместителя директора Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». Впрочем, фактически к работе в МНТК я приступил намного раньше, уже с начала 1987 года.

### - Почему Вы решили уволиться в запас из рядов Вооруженных сил?

– Я стоял перед выбором: можно было оставаться на военной службе ещё в течение нескольких лет или уволиться в запас.

Я выбрал второй вариант. Военная служба была и остаётся важнейшей частью моей жизни. Но хотелось проявить себя и в гражданской жизни, проявить себя в новом деле.

### Вас пригласил в МНТК тогдашний директор Санкт-Петербургского филиала Анатолий Иванович Горбань?

- Анатолий Иванович был одним из моих учителей и коллег по Военно-медицинской академии. В конце 1986 года я обратился к нему, чтобы посоветоваться о дальнейших профессиональных перспективах. Анатолий Иванович любезно пригласил меня к себе домой на обед.

Мы сели за стол. Начался неспешный разговор. А дальше – произошло весьма примечательное событие... Раздался телефонный звонок. Анатолий Иванович вышел в коридор, чтобы взять трубку. Я остался на кухне. И вдруг слышу примечательную фразу: «А мы возьмём Лёню Балашевича!»

Честно говоря, очень удивился, что разговор зашёл обо мне. Когда Анатолий Иванович вернулся на кухню, попросил его дать разъяснения. Он ответил, что звонил Свягослав Николаевич Фёдоров. И они обсудили моё назначение на пост заместителя директора Санкт-Петербургского филиала МНТК. А.И. Горбань предложил мою кандидатуру. С.Н. Фёдоров сразу же согласился.

### Вы тоже сразу же дали своё согласие?

– Я воспринял это предложение как большую честь для себя. Уже в то время я осознавал, что создание МНТК – это новое слово в истории советской и российской медицины.

### - Леонид Иосифович, Вы стояли у истоков создания Санкт-Петербургского филиала МНТК. Не могли бы Вы поделиться своими впечатлениями о первых месяцах работы на новой должности, о начальной фазе проекта?

- Руководство Санкт-Петербургского филиала МНТК состояло в то время из трёх человек, трёх полковников мелицинской службы, выходцев из Военно-медицинской академии. Директором филиала был Анатолий Иванович Горбань. У него было два заместителя: Виталий Гаврилович Шиляев и Ваш покорный слуга. К огромному сожалению, из этой тройки в настоящее время в живых

Торжественное открытие филиала состоялось 14 декабря 1987 года. В течение 1987 года предстояло решить целый ряд задач: определить организационную структуру, закупить необходимое оборудование, набрать

О подборе персонала хотел бы сказать особо. Эта задача была далеко не простой. Необходимо было набрать людей, способных и желающих работать творчески, качественно, эффективно. Это должны были быть люди, способные стать единомышленниками С.Н. Фёдорова.

### - Наверное, хозяйственные вопросы тоже было решать нелегко...

– Это были последние годы советской власти. Плановая экономика уже разваливалась. А рыночная ещё не была создана. Одно из самых популярных слов того времени – «достать». Мы не покупали, а именно «доставали». Трудно было приобрести и столы, и стулья, и кровати. Я уже не говорю о медицинском оборудовании.

Например, чтобы приобрести несколько микроавтобусов, сотрудники Санкт-Петервию, на Рижский автозавод. Велись трудные переговоры. Рижане выделили нам микроавтобусы, а мы безвозмездно оперировали их сотрудников. Такой, вот, советский бартер...

### - Расскажите, пожалуйста, о решении кадровых вопросов.

– Кадровая политика во всех филиалах МНТК была идентична. И таковой она остаётся до сих пор. Изначально у нас в филиале было создано 17 бригад. Существовали 2 хирургические бригады (сейчас их уже 7), бригада долечивания и т.д. Бригада несла полную ответственность за порученный участок. Оплата каждого члена бригалы осуществлялась в соответствии с его трудовым вкладом.

### - Опыт, приобретённый в Военно-медицинской академии, помог Вам в Вашей новой работе?

– Я бы обратил внимание на три аспекта. Первое. Военный врач должен уметь быстро принимать решения и осознавать механизм исполнения этих решений.

Второе. Военная служба вырабатывает привычку к чёткости и дисциплине. Эти качества очень помогают и в гражданской жизни. Например, мои сотрудники знают, что если у нас совещание запланировано на тринадцать часов, то оно обязательно начнётся ровно в тринадцать часов. Никаких задержек и опозданий здесь быть не может. Необходимо ценить своё и чужое время!

Третье. Военные врачи, как правило, являются разносторонними специалистами. Это в полной мере относится и к военным офтальмологам. В качестве военного офтальмолога я разбираюсь и в витреоретинальной хирургии, и в хирургии катаракты, и в лечении онкологических заболеваний глаз, и в лазерной хирургии, и во многих других

### - Руководителю медицинского учреждения необходимо быть универсальным специалистом?

- Конечно. Говоря житейским языком: начальнику надо быть универсалом, чтобы подчинённые не обвели его вокруг пальца, чтобы он мог справедливо и компетентно оценивать их работу.

### Леонид Иосифович, 25-летие Санкт-Петербургского филиала даёт повод для подведения итогов. Что удалось сделать

– Если отвечать на Ваш вопрос одним предложением, то я бы сказал так: прошедшие годы доказали правоту Святослава Ни колаевича Фёдорова. МНТК живёт. МНТК успешно работает. Санкт-Петербургский филиал был и остаётся частью единой структуры. У нас успешно ведётся и лечебная, и научная, и образовательная работа.

Приведу несколько примеров. За четыре дня, предшествующие нашей беседе, в филиале было проведено 297 операций по поводу катаракты. При этом только у одного больного проявилось небольшое осложнение. Т.е. квота осложнений – 0,3%. Это прекрасный показатель, которым могут похвастаться только немногие ведущие зарубежные офтальмологические клиники.

Ещё один пример. За 25 лет работы филиала было выпущено 28 монографий. При этом научную работу наши сотрудники сочетают с интенсивной лечебной деятельностью. У нас нет штатных научных сотрудников, освобождённых от лечебной нагрузки.

В филиале работают 7 докторов и 16 кандидатов наук. Большинство этих учёных «выросли» и сформировались именно здесь. Многих из них я могу назвать своими учениками.

У нас создана творческая атмосфера, способствующая продуктивной работе. Творческую атмосферу невозможно описать в цифрах и фактах. Её надо почувствовать.

И самое главное - МНТК «Микрохирур гия глаза» помогает решать проблему глазной патологии в нашей стране. В 11 филиалах МНТК и в нашем головном институте в Москве проводится около половины всех офтальмологических микрохирургических вмешательств в России.

Цифры по Санкт-Петербургскому филиалу аналогичны. Мы проводим около половины всех офтальмологических микрохирургических вмешательств в Северо-Западном

### - Как складываются взаимоотношения между Санкт-Петербургским филиалом и головным институтом?

- Замечательно. Контакты очень интенсивные и плодотворные. Хотел бы подчеркнуть, что в МНТК активно развиваются не только вертикальные, но и горизонтальные

### - Вы имеете в виду взаимодействие между филиалами?

– Именно так. Сотрудники филиалов общаются между собой, встречаются на конференциях и симпозиумах, перенимают технологии и методы работы, успешно зарекомендовавшие себя в одном из филиалов.

Я очень благодарен генеральному директору ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова», профессору А.М. Чухраёву за помощь и содействие, которые Александр Михайлович оказывает Санкт-Петербургскому филиалу. Профессор А.М. Чухраёв возглавил коллектив в непростое время. Под его руководством успешно продолжаются и развиваются фёдоровские





Джаз на улицах Сан-Франциско. США



Толерантность. Отель «Атлантис», Дубай



Пастух в национальном костюме. Сардиния



На празднике Святого Эфизия. Сардиния



Утро в Халонге. Вьетнам



Мама. Ханой, Вьетнам



Польские паненки на празднике в Гданьске

### АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Сила МНТК в единстве, во взаимодействии между филиалами, в единой лечебной и технологиче-

# трудностях, нерешённых задачах...

– Нерешённые задачи, конечно же, есть. Необходимо расши- формы физической активности мне ряться... Я выражаю свою личную нравятся: гулять на свежем воздуточку зрения, но уверен, что коллеги меня поддержат. В Санкт-Петербурге нужно строить новый корпус для филиала, увеличивать расширение было бы связано с увеличением персонала, с покупкой это сохраняет и укрепляет здоровье. новой техники.

### - Потребность в этом есть?

трёх лет, чтобы была прооперирована катаракта.

### - Наверное, на платной основе операция может быть сделана быстрее?

– Да, частные пациенты оказываются в более «привилегирован ном» положении. Но такую ситуацию нельзя считать правильной. Не все люди могут оплачивать медицинские услуги из своего кармана. МНТК – государственное учреждение. Мы заинтересованы в том, чтобы предоставлять качественную и оперативную офтальмологическую помощь, в том числе и высокотехнологичную, в рамках системы обязательного медицинского страхования. Очевидно, что поддержки государства.

### Вы чувствуете эту поддержку?

- Отвечу дипломатично: поддержка есть, но хотелось бы, чтобы она была более интенсивной.

### - Леонид Иосифович, не могу не спросить Вас о книге «Диабетическая офтальмопатия», вышедшей в 2012 году.

- У книги два редактора: профессор А.С. Измайлов и профессор Л.И. Балашевич. Я являюсь также одним из авторов этой книги.

### проблемами офтальмологических осложнений при диабете...

– Меня интересует эта тема с 1982 года.

### - Не могли бы Вы более подробно представить этот труд читателям газеты «Поле зрения».

– Уверен, что эта публикация вызовет большой интерес в профессиональном сообществе. Это вью к фотографической технике. фундаментальный труд, знакомя-

нения, проявляющиеся на глазном ровал и не собирался этого делать. дне: сетчатке, зрительном нерве и т.д. Книга освещает и консерватив- тянуло к качественным фотоаппаное, и лазерное лечение.

### - Леонид Иосифович, мы встречаемся с Вами в предновогодние дни... Позвольте задать Вам несколько личных вопросов. Общаясь с Вами, всегда обращаешь внимание на отличную финаходитесь. Как Вам удаётся её сохранить?

– Спасибо за комплимент! Наверное, Вы ожидаете, что я начну сказать, что и в Советском Союзе говорить о важности физической культуры и спорта... Да, физиче- техника и достойные объективы. ская активность в разумных преде- В первую очередь, нужно упомялах полезна для здоровья. Но если нуть знаменитый «Зенит». Но на быть откровенным, то я никогда не самом деле, отставание от ведущих был увлечённым спортсменом или западных производителей стало

### Наверное, в период военной службы спортом приходилось

заниматься... - Конечно, занимался. По мере необходимости. Даже получил не-**- В юбилейные дни нередко го-** сколько спортивных разрядов. Теворят не только об успехах, но и о перь, будучи гражданским человеком, от этой обязанности я ос-

Но секрет хорошей физической формы всё-таки не в этом. Самое главное – мне нравится моя рабоплощади. Разумеется, подобное та. Она доставляет радость. А когда человек работает с удовольствием –

вобождён... Впрочем, некоторые

Второй «секрет». У меня замечательная семья: любимая жена Мария Александровна и девятилетний - Судите сами: люди ждут до сын Михаил. Кстати, Мария Александровна – тоже врач-офтальмолог. Родные во всём меня поддерживают. Семья – это надёжный тыл.

Ещё один «секрет»: стараюсь чаще заряжаться положительными эмоциями. Несмотря на большую занятость, выделяю время на отдых.

### Как Вы любите отдыхать?

- Самый лучший отдых для меня рыбалка, общение с природой. Также люблю встречи с друзьями, родственниками. Но только без обильных застолий и выпивки.

### Вы придерживаетесь какойто диеты?

- Не могу сказать, что придерживаюсь какой-то определённой диеты, но в пище себя сознательно подобная работа невозможна без ограничиваю. Не хочется набирать лишний вес. Это вредно для здоровья. Кроме того, я прекрасно понимаю, что рацион питания должен обязательно соотноситься с физическими нагрузками человека. Т.е. людям интеллектуального труда необходимо есть немного. По-другому

### - Вы известны не только как блистательный врач-офтальмолог, но и как успешный фотограф...

– Думаю, что могу назвать себя профессиональным фотографом. У меня много друзей и приятелей в фотографической среде. Участвую **- Вы ведь давно занимаетесь** в коллективных выставках. Были и персональные выставки.

Фотография для меня – эликсир радости, источник вдохновения. Конечно, времени на это дело не хватает... Это для меня не просто увлечение, а такое же дело жизни, как и медицина.

### - Знаю, что увлечение фотографией переплетается у Вас с любо-

– Здесь нужно различать две щий специалистов практически сферы деятельности. В течение со всеми глазными проявлениями многих лет я коллекционирую механические советские фотоаппара-Прочитав книгу, можно узнать ты. Это собрание насчитывает окоо диабетической глаукоме, особен- ло 400 экземпляров. Представлены ностях развития катаракты у боль- аппараты, начиная с двадцатых и ных диабетом, об осложнениях при заканчивая восьмидесятыми годаоперациях по поводу глаукомы и ка- ми. Но этими фотоаппаратами – во всяком случае, большинство Подробно освещаются ослож- из них – я никогда не фотографи-

> С другой стороны, меня всегда ратам и объективам, которые можно и нужно использовать для работы. Для фотографа также важно обладать современной техникой, как для музыканта играть на профессиональном инструменте.

### - В советское время многие зическую форму, в которой Вы фотографы мечтали о зарубежной фототехнике: «Лейке», «Кэно-

– Справедливости ради, надо выпускалась качественная фотопроявляться всё больше и больше.

### АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

стали определять, в первую оче- и особенности каждого объектива. мир было гораздо более скромным.

### - Вы тоже мечтали о «Никоне» или «Кэноне»?

– Я не был исключением. Хотелось приобрести именно «Никон». Я довольно рано стал причислять себя именно к лагерю никонианцев. Но возникли сложности... В советское время эти аппараты было просто не достать. А в первые годы после распада СССР элементарно не хватало денег.

### - Когда Вы приобрели свой первый «Никон»?

– Это интересная история. В 1994 году, находясь в Гданьске, в Польше, в небольшом магазине подержанной фототехники я присмотрел себе отличный фотоаппарат «Nikon FM». Аппарат был не новый, но в отлич- афрагмой, фотограф может опреденом состоянии. Настоящая «рабо- лить глубину резкости своего снимчая лошадка». К сожалению, денег ка. В любом случае чёткими и резна покупку у меня не было, и я стал кими должны быть глаза. А дальше искать выход...

Предложил продавцу произвести обмен. У меня в коллекции имелся уникальный фотоаппарат: настоящая «Лейка» 1924 года выпуска. Эту «Лейку» я и отдал за «Nikon FM». Командировки в Польшу, в Гданьск, в то время у меня были регулярными. Во время следующей поездки бывает и наоборот: портрет проя взял с собой «Лейку», а вернулся сто требует, чтобы каждая морсо своим первым «Никоном» и набором объективов к нему.

### - Всё-таки этот обмен трудно назвать равноценным: уникальная, раритетная «Лейка» в обмен на качественный, но довольно распространённый современный «Никон».

– Может быть, с формальной точки зрения я и продешевил. Зато полу- ния, которая сознательно остаётся чил отличный фотоаппарат, который нерезкой. У хороших объективов впоследствии доставил много радости. Потом жизнь стала легче, зарпла- ми достоинствами. В полной мере ты у врачей понемногу повышались... И в дальнейшем мне уже не приходилось выменивать фотоаппараты. Появилась возможность побаловать себя той фототехникой, к которой лежит душа. В 1999 году приобрёл свой первый цифровой фотоаппарат «Nikon D 100». Сейчас использую «Nikon D 800». Кроме того, имеется фотоаппарат компании «Sony».

### - Одна из отличительных черт фотографов-профессионалов: сумка с набором объективов, которую они не устают носить с собой во всех поездках. Вы тоже придерживаетесь этого правила?

 Например, к «Никону» у меня имеется более десятка объективов. Из них в дорогу с собой всег- лял с фотоаппаратом по Парижу и да беру, как минимум, четыре: уни- подошёл к Собору Парижской Боверсальный объектив с трансфо- гоматери. У этого памятника аркатором (переменным фокусным хитектуры ооратил внимание на расстоянием) для репортёрской молодую девушку, буквально вписъёмки 28-200 мм, портретный вающуюся глазами в фасад здания объектив 80 мм, объектив для ма- и застывшую с открытым ртом от кросъёмки 100 мм и стандартный восторга. Мне показалось, что это объектив 50 мм. Такой, вот, джен- удачный сюжет для снимка. тельменский набор.

### выбор?

– Дело в том, что объективы стве их использования! - всегда обладают худшими оптическими дущие четверть века? характеристиками, чем так назыэто невозможно.

фий необходимо не просто приобре- ным центром. сти набор дискретных объективов,

Начиная с шестидесятых годов не лениться носить их с собой, но и мировой рынок фотоиндустрии – самое главное! – изучить свойства

редь, два производителя фототех- Например, для создания портреники: «Никон» и «Кэнон». Фотогра- тов идеально подходит специальный фы разделились на два лагеря: ни- портретный объектив. Он обладает конианцев и кэнонианцев. «Лейка» большой светосилой, т.е. способен и другие небольшие производите- дать малую глубину резкости. Это ли тоже удерживали свои позиции, значит, что при портретной съёмке но их влияние на фотографический резким оказывается именно то, что хочет фотограф, а фон размывается. Таким образом, ничто не отвлекает зрителя от сути портрета, от изображения человека или животного (животные иногда тоже становятся героями портретной съёмки).

### - Но ведь фон можно «размыть» при последующей компьютерной

- Это не совсем так. Ни одна компьютерная программа обработки изображений не заменит качественного фотоаппарата и достойного объектива. И самое главное - компьютер никогда не сможет устранить ошибок фотографа. Искусство фотографии невозможно свести к компьютерным технологиям.

Используя специальный светосильный объектив и работая с ди-всё зависит от фотографа.

### Наверное, в некоторых случаях лучше не делать фотографию слишком резкой, чтобы не показывать каждую морщинку, каждый дефект кожи...

– Бывают и такие ситуации. Но щинка была чётко «прорисована». Это касается, например, портретов пожилых людей. В их морщинах вся их прожитая жизнь. Их судьба, их характер.

Важной характеристикой портретного объектива является так называемое «боке». Этим термином обозначают ту часть изображебоке обладает явными эстетическивоспроизвести боке при обработке фотографии в графическом редакторе практически невозможно.

### - Знаю, что Вы не одиноки в своём увлечении. Многие врачи-офтальмологи увлекаются фотографией...

- Это связано с тем, что по своей конструкции фотоаппарат очень напоминает человеческий глаз. Кроме того, и офтальмология, и фотография немыслима без зоркоо, осмысленного зрения.

### - Не могли бы Вы рассказать о том, как рождается удачный

- Например, не так давно я гу-

### - Леонид Иосифович, в завер-- Чем объясняется такой шение нашей беседы хотел бы попросить Вас поделиться планами и пожеланиями на будущее. с трансфокатором – при всём удоб- Как будет развиваться Санкт-Петербургский филиал МНТК в сле-

– Давайте встретимся через ваемые «дискретные» объективы 25 лет и поговорим об этом! с определённым, фиксированным Во всяком случае я уверен в том, фокусным расстоянием. Теорети- что и через 25 лет наше медицинчески один объектив с трансфока- ское учреждение будет оставаться тором мог бы заменить все «дис- одной из ведущих офтальмологикретники». Но в реальной жизни ческих клиник Северо-Западного региона России и международно Для создания достойных фотограпризнанным, авторитетным науч-

Беседу вёл **Илья Бруштейн** 



Уличный музыкант. Лиссабон, Португалия



Бездомный на набережной в Сан-Франциско



Любительницы пива. Лас-Вегас, США





Фото на память. Барселона, Испания



Две расы. Халонг, Вьетнам



Экскурсовод. Париж

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

# Мой воспоминания

### Презентация книги

# «Эмилия Федоровна Левкоева. Мои воспоминания»

Заседание Московского научного общества офтальмологов

20 декабря в аудиторном корпусе ФГБУ «НИИГБ» РАМН прошло заключительное в 2012 году заседание Московского научного общества офтальмологов.

аявленная тема заседания презентация книги «Эмилия Федоровна Левкоева. Мои воспоминания». Издание было подготовлено по инициативе и при активном участии Московского научного общества офтальмологов, ООО «Центр восстановления зрения» и издательства «Апрель».

«Эмилия Федоровна Левкоева. Мои воспоминания» - это написанная хорошим литературным языком рукопись большого ученого об основных периодах ее научной и практической деятельности. Как когда-то писал Сергей Капица: «Воспоминания - это всегда, в первую очередь, связь времен, живая связь между людьми и событиями Когда что-то происходит - это кажется единичным эпизодом, но потом, через много лет, это событие может оказаться существенным для понимания важных процессов, которые составляют саму жизнь». И действительно, воспоминания Э.Ф. Левкоевой представляют собой очень ценный исторический документ. Это не только воспоминания незаурядного человека, но, прежде всего, история одного из старейших медицинских учреждений Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца (бывшей глазной больницы им. В.А. и А.А. Алексеевых), где медицинская практика неразрывно связана с наукой.

«Эта рукопись предоставляет уникальную возможность глубже изучить историю офтальмологии. На сегодняшний день это единственное «преданье старины глубокой» МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Других письменных свидетельств о жизни учреждения таевым и к.м.н. Н.А. Поздеевой кализации инородных тел остается ксероза и синдрома «сухого глапока нет», - так написала в предисловии составитель книги и ученица Э.Ф. Левкоевой, профессор Инна Петровна Хорошилова-Маслова.

Один из основных разделов научной деятельности Э.Ф. Левкоевой гических аспектов травматических повреждений глаза. Поэтому не случайно, что в повестку заседания был включен доклад профессо- работы на какое-то время незаслу- графического, ультразвукового, является применение углеродных ра В.П. Быкова (ФГБУ «МНИИ глаз- женно забыт, но подлежит даль- КТ- и МРТ-исследований на схеме имплантатов при анофтальме. «Современные подходы к хирурги- считает профессор В.П. Быков. ческой тактике при травме глаза». который был подготовлен совместно с профессором Р.А. Гундоровой. ском Союзе с помощью специаль- томии с применением озонирован- «Защита», совместно с которым

начал с демонстрации слайдов, ил- с профессором В.В. Волковым сде- и сыворотки крови. люстрирующих различные вариан- лала Роза Александровна Гундо- Для профилактики посттравматы травматических повреждений рова. За короткий период вре- тического роговичного астигматиз- и чрезвычайных ситуациях. глаза. Комментируя слайды, профессор В.П. Быков обратил внимание, что в 12% причиной удаления внедрены в клиническую практику, ние различных методов: комплексглаз явилась некорректная первич- что значительно повысило эффек- ной местной медикаментозной ная хирургическая обработка скле- тивность реабилитации больных терапии (тауфон, солкосерил, ба- лова (ФБГУ «МНИИ глазных болез- Эмилия Федоровна глубоко переральных разрывов. Справедливости с тяжелыми проникающими ране- ларпан, корнерегель, дексамета- ней им. Гельмгольца»). ради надо заметить, что диагности- ниями глаза. В настоящее время зон) и физиотерапии (постоянное ровать разрывы склеры, например, алгоритм хирургического вмеша- магнитное поле). в области заднего полюса глаза тельства при локализации ино- Разработана целая система «реа- офтальмолог, профессор Эмилия чрезвычайно сложно. Только опыт- родного тела в оболочках задне- нимации» глаза при тяжелой травный офтальмотравматолог может го полюса глаза включает витрэк- ме с проведением максимального В XX веке имя профессора Левкоэто состояние определить. Авторы томию, визуализацию инородно- объема хирургического вмешатель- евой отождествляли с успехами доклада выразили озабоченность го тела, проведение эндолазерной ства и медикаментозного лечения, советской офтальмоморфологии. тем, что скоро некому будет лечить коагуляции, введение наконечни- которое включает снятие стрес- Ее монографии «Раневой процесс травму: «Все увлеклись высокотех- ка магнита или пинцета для уда- сового состояния пострадавшего в глазу» (1951), «Опухоли глаза»

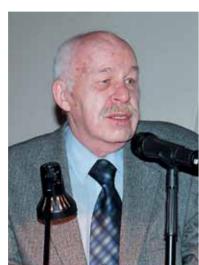


лова (ФБГУ «МНИИ глазных болез- болезней им. Гельмгольца»)

вать, как обрабатывать проникаю- щей интравитреальной тампонарованные глаза. Микроинвазивная хирургия вытесняет «большую» хирургию, а именно, профессио- но разобрал методы диагностики обработке проникающих осколоч- в частности, КТ- и ультразвуковую ных травм глаза». Далее доклад- диагностику, ультразвуковую биочик подробно остановился на новых технологических разработках, нации. В настоящее время широко применяемых в офтальмотравма- используют метод оптической котологической практике и, в частности, на модели иридохрустали- стики повреждений сетчатки при ковой диафрагмы, разработанной локализации инородных тел в обонижегородской фирмой «Репер-НН» лочках заднего полюса глаза, отме-(Чебоксарский филиал ФГБУ «МНТК рентгенография «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»).

глазных болезней им. Гельмгольца дению витрэктомии при удалев ходе поискового исследования и нии инородного тела из оболочек инрование глаза, имеет мировой по изучению возможности пере- заднего полюса глаза, которые приоритет. Также приоритетным садки глазного яблока была разра- включают анализ точной топогра- направлением работы в рекон- отделение, бессменным руковоботана методика сшивания сосудов фической локализации инород- структивной хирургии орбиты и дителем которого она являлась диаметром 0,2 мм. «Результат этой ного тела по данным рентгено- вспомогательного аппарата глаза

ление инородного тела в Совет- фекции (эндофтальмита) – витрэк- ет с центром медицины катастроф Эмилии Федоровне нелегко. Пред-Свой доклад профессор Быков ной фундус-линзы одновременно ного физиологического раствора мени различные виды трансви- ма путем стимуляции репаратив-



Доклад с презентацией книги «Эми- С докладом «Современные подлия Федоровна Левкоева. Мои вос- ходы к хирургической тактике при «МНИИ глазных болезней им. седатель Московского общества поминания» представила д.м.н., травме глаза» выступил профессор профессор И.Н. Хорошилова-Мас- В.П. Быков (ФГБУ «МНИИ глазных Э.Ф. Левкоевой «Раневой процесс профессор С.Э. Аветисов

операциями, врачи начинают забы- и извлечение осколка с последую-

Профессор В.П. Быков подробмикроскопию, метод трансиллюмигерентной томографии для диагно-

Сотрудниками МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца разра-В отделе травматологии МНИИ ботаны рекомендации по прове-

Первое трансвитреальное уда- методах лечения внутриглазной ин- на постоянной основе сотруднича-

нологичными микроинвазивными ления амагнитных инородных тел и болевого синдрома, остановку (1973), главы в «Руководстве по



Профессор Л.Т. Архипова (ФГБУ Итоги заседания подвел пред-Гельмгольца») представила книгу офтальмологов, академик РАМН, в глазу» (1951), которая широко известна в кругу офтальмологов

кровотечения (назначение гипотензивной терапии и кровоостащие ранения и как лечить травми- дой существующими в арсенале навливающих средств, применение гемостатической губки, орошение раны физиологическим раствором,

Новейшие технологии трансплантации десцеметовой мембраны и задней послойной кератопластики при различных видах эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы в настоящее время практике. В МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца разработана и применяется технология инвертсовместно с профессором Н.П. Паш- тив, что основным методом при ло- ной кератопластики для лечения за» при дистрофии роговицы. Формирование опорно-двигательной культи после энуклеации, при орципиально новый метод, микродре-

Далее докладчик остановился на глазных болезней им. Гельмгольца профессора. гехнология оказания первой помо-

Доклад с презентацией книги «Эмилия Федоровна Левкоева. Мои ся критике на очередной сессии воспоминания» представила д.м.н., Института глазных болезней им. профессор И.Н. Хорошилова-Мас-

Автор «Воспоминаний» – из-Федоровна Левкоева (1885-1980).



патологической анатомии глаза» (1963), многие фундаментальные научные статьи были широко известны специалистам.

Эмилия Федоровна Левкоева родилась в 1885 г. в Бессарабии. В 1913 г. окончила Высшие женские курсы, начала работать врачом в Московской глазной больнице им. В.А. и А.А. Алексеевых. Вся ее сознательная жизнь связана с этим учреждением. Увлечение пришло не сразу, а после продолжительной работы в качестве оф-Э.Ф. Левкоева окончательно посвятила себя лаборатории, стрепатологического процесса в глазу. В 1932 г. в Институте глазных боря огромной энергии и инициативе Эмилии Федоровны орга-Эмилия Федоровна организации музея макропрепаратов. В 1940 г.

Научные достижения давались ложенный ею метод первичной разработана новая медицинская хирургической обработки глазных ран – наложение сквозных швов на щи пострадавшим при катастрофах роговицу и склеру – поначалу был встречен медицинской обшественностью неоднозначно и подверг-Гельмгольца (Свердловск, 1942). живала такое отношение, но была настойчива в своих рекомендацивестный советский патогистолог- ях. Вскоре метод наложения швов прочно утвердился в офтальмолобыло забыто.

С гиперпластической теорией трахомы многие клиницисты не соглашались, в своей докторской > стр. 31

# Актуальные вопросы нейроофтальмологии

### XIV Научно-практическая конференция

25 января 2013 года в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН состоялась очередная ежегодная XIV Научно-практическая нейроофтальмологическая конферен ция. В конференции приняли участие более 300 коллег из Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга, Донецка, Киева, Минска, Мурманска, Нижнего Новгорода, Тулы, Тюмени, Хабаровска, Харькова, других городов России и стран СНГ.

ститель директора по научной работе НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, академик РАН и РАМН, профессор Александр Александрович Потапов. В приветственном докринной офтальмопатии. Сергей слове к участникам форума он пожелал успехов предстоящей конференции, подчеркнул актуальность тить потерю зрительных функций и своевременность обсуждаемых при остро развивающейся оптичепроблем, неподдельный интерес ской нейропатии к ним офтальмологов, эндокринологов, неврологов и нейрохирургов России и стран СНГ.

практической нейроофтальмоло- была представлена С.Г. Черныгической конференции стали гла- шевой (МНИИ глазных болезней зодвигательные нарушения при им. Гельмгольца). Диагностичемиастении, эндокринной офтальмопатии, патологии центральной нервной системы (ЦНС). Был был посвящен доклад И.С. Ковалевпредставлен цикл лекций. Про- ской с соавт. из Военно-медицинфессор Christopher Kennard (руко- ской академии им. С.М. Кирова и неврологии Оксфордского университета, президент Европейско- ки и прикладных технологий РАЕН го общества нейроофтальмологов) выступил с лекцией на тему movements in neurological disease» глазодвигательной функции в неврологической практике).

Лекция академика РАМН Алевтины Федоровны Бровкиной (РМАПО) была посвящена изменению экстраокулярных мышц у больных эндокринной офтальмопатией. Алевтина Федоровна остановилась на трудностях, возникающих при хираженных экстраокулярных мышцах при эндокринной миопатии.

Руководитель Московского миастенического центра, профессор кафедры неврологии нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ Александр Георгиевич Санадзе обратил внимание офтальмологов на экстраокулярные нарушения при нервно-мышечных заболеваниях, в частности, миастении и миопатии.

В программной лекции руководитель группы офтальмологических Лебера с помощью оптической коисследований НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, проглазодвигательных нарушениях при ский государственный медицинский поражении среднемозговых струк- университет) и Г.Е. Исаевой с соавт.

В продолжение этой темы было агностику болезни Альцгеймера. сделано сообщение о первых до-М.В. Ломоносова, Москва).

Особый интерес вызвал доклад С.А. Еолчияна (НИИ нейрохирурпинская, Е.Е. Гришина, Н.К. Серова, гии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, Е.Р. Ветлова, Г.Л. Кобяков, М.С. Аро-Москва), в котором был представнов, Л.В. Шишкина) было представлен первый опыт проведения костлено сообщение о первом опыте ной декомпрессии орбиты при энлучевого лечения интраокулярных лимфом, сопровождающих первич-Азнивович полчеркиул, что полобные лимфомы ЦНС. Исследование ная операция позволяет предотврабыло выполнено на базе НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН и Офтальмологической клинической больницы (Москва).

Дифференциальная диагностика нарушений функций экстраокулярных мышц при миостении Основной темой XIV Научно- и эндокринной офтальмопатии пии им. В.П. Филатова НАМН Украфункции глазодвигательных мышц водитель отделения клинической НИЦ эволюции человека Северо-Западного центра биологии, физи-(Санкт-Петербург).

синдроме Эдди.

О.С. Яркина с соавт, представи-«Pathophysiological aspects of eye ла результаты лечения синдрома CIANCIA'S у детей раннего возрас-(Патофизиологические аспекты та (РМАПО, Тушинская детская городская больница, Москва).

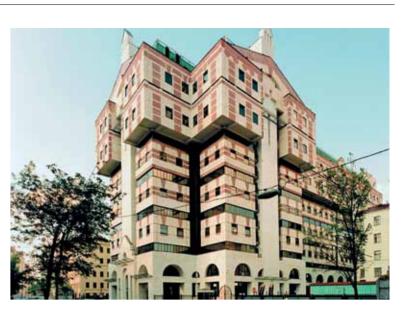
Опыт применения препарата ботулотоксина А на этапе предоперационного ведения пациентов при посттравматическом сочетанном повреждении отводящего и лицевого нервов представила Ф.М. Хуламханова с соавт. (МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца).

Во второй части конференции «Разное» несколько докладов были посвящены диагностическим возможностям оптической когерентной томографии (ОКТ) при различной патологии. Неподдельный интерес и дис-

куссию вызвал доклад Н.Л. Шеремет с соавт. (НИИ глазных болезней РАМН, Медико-генетический научный центр РАМН, Москва), посвященный исследованию наследственной оптической нейропатии герентной томографии (ОКТ). Тему фессор Н.К. Серова остановилась на клады Е.В. Синеок с соавт. (Самар-Доклад заведующего лаборато- С.Н. Кирова, Санкт-Петербург). Аврией молекулярной биологии биологического факультета МГУ им. дования глазного дна с помощью М.В. Ломоносова и НИИ митоинженерии МГУ, кандидата биологиче- щими заболеваниями ЦНС. Доклад ских наук Романа Алексеевича Зи- Л.А. Панюшкиной с соавт. (ФГБУ новкина был посвящен современным «НИИГБ» РАМН, Москва) был поподходам в диагностике и лечении священ вкладу ОКТ-исследования митохондриальных заболеваний. сетчатки и зрительного нерва в ди-

А.С. Тигранов с соавт. (ФФМ стижениях в лечении хронической МГУ им. М.В. Ломоносова, Научпрогрессирующей офтальмоплегии ный центр психического здоровья вследствие мутации в гене POLG РАМН, Москва) доложили предва-М.Е. Ивановой и В.П. Скулачевым рительные результаты исследова-(Научный центр неврологии РАМН, ния нейроархитектоники сетчатки НИИ физико-химической биологии пациентов с синдромом мягкого им. А.Н. Белозерского, МГУ им. когнитивного снижения и болезнью Альцгеймера.

Проблеме глазодвигательных О.Н. Рогулина с соавт. (МНИИ нарушений у больных эндокрин- глазных болезней им. Гельмгольной офтальмопатии был посвя- ца) представили сообщение о этиощен доклад О.Г. Пантелеевой с со- патогенезе болезни Беста и других авт. (МНИИ глазных болезней им. дистрофий, связанных с мутацией гена бестрофина.



От группы авторов (О.Ф. Тро- О.А. Романовской с соавт. (Военномедицинская академия им. С.Н. Кирова, Санкт-Петербург) по динамике электрофизиологических показателей третьего нейрона зрительного анализатора в ранние сроки после витреоретинальной хирургии и П.В. Алексанина с соавт. (Военномедицинская академия им. С.М. Кирова, ФГУП «НИИ ГПЭЧ» ФМБА России, Санкт-Петербург) по изучению изменений зрачковых реакций у па-Хотелось бы отметить доклад циентов после факоэмульсифика-Н.Н. Бушуевой с соавт. (Институт ции катаракты.

глазных болезней и тканевой тера-Результаты исследования глазного кровотока при друзах зрительного нерва от группы авторов из ФГБУ ины, Одесса), посвященный исследованию функционального состоя-«НИИГБ» РАМН (Москва) были предния зрительного анализатора при ставлены Н.С. Галоян. Лва сообшения были посвяще

Интерес, в частности, для офтальны глаукомной оптической ней мохирургов, представляли доклады ропатии. В своем исследовании

Н.А. Листопадова с соавт. (Московский глаукомный центр ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, РНИМУ, поликлиника № 1, группа компаний «MEDCI», Москва) показали роль простагландинов в коррекции интраокулярных факторов прогрессирования глаукомной оптической нейропатии. Возможности нейропротекторной терапии при лечении глаукомы были представлены И.Б. Алексеевым (РМАПО).

В заключительном слове проф Н.К. Серова поблагодарила участников конференции и пожелала всем успехов в профессиональной сфере, а также выказала надежду на не менее интересные встречи в следующем году.

Оргкомитет конференции



# Миопия: болезнь или нарушение рефракции? (Введение в проблему)\*

### С.Э. Аветисов

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

'иопия – болезнь или нарушение рефракции?» Подобная постановка вопроса не нова. Еще в 1870 году известный гигиенист Ф.Ф. Эрисман отмечал, что «прогрессирующая миопия у школьников... является болезнью, приводящей к... потере зрительной функции». Цель настоящего сообщения – в обобщенном виде представить суть данной проблемы, обозначив основные направления проведенных ранее и перспективных исследований. При этом некоторые приводимые в данном сообщении положения могут носить дискуссион-

Начнем с компонентного анализа клинической рефракции (слайд 1). Основными составляющими формирования статической рефракции являются величина переднезадней оси, рефракция роговицы и хрусталика, а также глубина передней камеры. Анализируя влияние последнего параметра на клиническую рефракцию, корректнее говорить не о глубине передней камеры, а о расстоянии от хрусталика до сетчатки, то есть о величине хрусталиковозадней оси. Динамичность рефракции обеспечивает аппарат аккомодации.

Хотя компонентному анализу статической и динамической рефракции посвящено достаточно большое количество исследований, основополагающими являются работы трех наших соотечественников, профессоров М.И. Авербаха, Е.Ж. Трона и А.И. Дашевского, которые были выполнены еще в первой половине прошлого столетия (слайд 2).

Наибольший объем материала был проанализирован профессором Е.Ж. Троном (1947), что дало ему основание выделить

сомпонентный анализ

спинической рефракции

четыре формы аметропии в зависимости от преимущественного влияния на рефракцию той или иной компоненты. В рамках этого, в известной степени, искусственного деления автор выделяет осевые аметропии (превалирование величины переднезадней оси), рефракционные (доминирование рефракционного компонента), смешанные и комбинационные, при которых имеют место определенные соотношения между длиной оси и физической рефракцией глаза. По данным автора, частота осевой, рефракционной, смешанной и комбинационной аметропии составила 30; 3,4; 5,6 и 61% соответственно, на основании чего был сделан вывод о том, что «изменения в длине оси... не являются причиной... аметропии». Для оценки обоснованности этого суждения приводим выдержку из монографии «Близорукость» профессора Э.С. Аветисова: «Приходится удивляться тому, как Е.Ж. Трон... мог прийти к таким ошибочным заключениям, не только не вытекающим из его фактического материала, но и противоречащим ему. Именно поэтому в другом месте монографии автор... вынужден признать, что «длина оси глаза оказывает существенное влияние на рефракцию».

На наш взгляд, основополагающее значение в плане понимания возможного влияния различных факторов на формирование рефракции имеет замечательная работа Михаила Иосифовича Авербаха «К диоптрике глаз различных рефракций» (слайд 3). В этом исследовании автором были измерены следующие «главнейшие константы» 86 глаз с различной клинической рефракцией, к которым М.И. Авербах отнес радиус роговицы, глубину передней камеры, толщину хрусталика, радиус передней и задней поверхностей хрусталика. Главный вывод, сделанный автором: «...константы дают полный разнобой». Для иллюстрации этого вывода он приводит два, по его мнению, наиболее показательных примера.

Первый пример связан с анализом констант при высокой миопии (-) 25,5 дптр. Казалось бы, для формирования такой сильной рефракции преломляющая сила роговицы тоже должна быть значительной, тем не менее роговица очень «плоская», радиус кривизны ее передней поверхности составляет 8,22 мм. Во втором примере автор приводит данные о константах при гиперметропии (+) 16,0 дптр. Гипотетически можно представить, что при такой высокой гиперметропии радиус кривизны роговицы должен быть большим, а роговица – соответственно «плоской». На самом же деле радиус кривизны роговицы составил всего 6,8 мм. Исходя из полученных данных, М.И. Авербах пришел к абсолютно правильному выводу о том, что «...рефракция зависит прежде всего от длины переднезадней оси». Не имея в силу объективных причин возможности прижизненного измерения размеров глаза, в качестве иллюстрации сформулированного вывода М.И. Авербах привел фотографию «...нескольких слепков глаз различных рефракций» (представлены в нижней части

Исходя из представленных выше данных применительно к тематике настоящего сообшения, может быть сделан следующий вывод: основной анатомический субстрат высокой миопии – существенно увеличенные размеры глазного яблока.

Термином «рефрактогенез» объединяют возрастные особенности формирования клинической рефракции (слайд 4). Известно, что врожденная миопия встречается достаточно редко (по различным данным, это всего 1-4% от общего числа миопической рефракции). Иными словами, в клинической практике мы, как правило, имеем дело с миопией, которая формируется именно в результате рефрактогенеза. Как известно, у детей первых лет жизни имеет место гиперметропическая рефракция. В течение первых двух лет происходит бурный рост

Компонентный анализ статической рефракции

Попытки деления аметропий в зависимости от превалирования

1. осевые

2. рефракционные

комбинационные

Вопросы рефрактогенеза

диаметр хрусталика 6,0 → 8,9 мм

диаметр роговицы 8,5 → 10,5 мм

рефракция роговицы 51,0 → 44,0 D

4. В конечном результате возможно формирование как эмметролии,

Главные вопросы в аспекте обсуждаемой проблемы: «Что является

причиной формирования миопической рефракции и почему в ряде

случаев миопия имеет тенденцию к прогрессированию?»

16.8 → 21.0 MM

влияния на рефракцию того или иного анатомо-оптического

Исследования наших соотечественников

элемента глаза (Е.Ж. Трон, 1947)

Частота врожденной миопии: 1,4 - 4,5%.

3. Закономерности естественного роста глаза:

так и аметропий (миопии и гиперметропии)

гиперметропическая рефракция.

. Как правило у детей первых лет жизни имеет место

Е.Ж. Трон (1929, 1930, 1947 г.)

М.И. Авербах ( 1900 г.)

Слайд 2.

глазного яблока, сопровождающийся увеличением диаметров хрусталика и роговицы. В то же время значительно уменьшается преломляющая сила роговицы и сильно увеличиваются размеры передней и задней осей. Клинические наблюдения показывают, что в результате этих процессов, может сформироваться как эмметропическая рефракция, так и один из вариантов аметропии

Главный вопрос в аспекте обсуждаемой проблемы - что является причиной формины основные факторы, которые, по данным литературы, могут быть причиной формирования миопии.

ров глазного яблока.

диагностических задач.

единяет случаи миопической рефракции, не еся следствием усиления рефракции в результате заболеваний или воздействия сторонних факторов. Главной задачей на этапе обследования таких пациентов является дифференциальная диагностика. На слайде 7 представлены основные клинические ситуации, при которых может иметь место усиление рефракции глаза. У детей такое усиление может быть связано со спазмом аккомодации. Уменьшение радиуса кривизны роговицы при так называемых «эктатических» заболеваниях роговицы (например, при кератоконусе) также приводит к сдвигу клинической рефракции в сторону миопии. В ряде случаев на начальном этапе возрастных изменений хрусталика на первое место выходит не ухудшение зре-

\* Материалы лекции были представлены в виде вводного доклада на III симпозиуме «Осенние рефракционные чтения» 19 октября 2012 года.

(миопия или гиперметропия).

рования миопической рефракции и почему в ряде случаев миопия имеет тенденцию к прогрессированию. На слайде 5 перечисле-Наибольшую доказательную базу с точки зрения объема проведенных исследований имеет теория происхождения

миопии Эдуарда Сергеевича Аветисова, в которой автор выделил три основных фактора формирования миопической рефракции: 1) зрительная работа на близком расстоянии – ослабленная аккомодация; 2) наследственная обусловленность; 3) ослабленная склера – внутриглазное давление. Основой для разработки трехфакторной теории явились фундаментальные исследования нашего выдающегося физиолога Петра Кузьмича Анохина, который выделял в человеческом организме определенное количество функциональных систем и за счет целой серии работ выявил, что развитие таких систем подчинено задаче достижения полезного приспособительного эффекта. Основной приспособительный эффект оптической системы глаза связан с постоянной, вне зависимости от расстояния до предмета, фокусировкой лучей света на сетчатке. Этот эффект обеспечен динамической рефракцией глаза, в которой главную роль играет аккомодация. Э.С. Аветисовым было высказано предположение, что при слабости аккомодации, для того чтобы обеспечить фокусировку лучей света на сетчатке, функциональная система начинает давать сигналы, которые приводят к некоторому увеличению разме-

Попытки влияния на рефрактогенез у детей связаны с применением так называемой «слабомиопической дефокусировки». В литературе имеются сообщения о положительном эффекте такой дефокусировки в плане торможения роста глаза и, как следствие, усиления рефракции.

Несколько слов о классификации близорукости. Существует множество классификаций, в которых присутствует различное количество пунктов и рубрик. На слайде 6 представлен упрощенный вариант классификации, максимально приближенной к клиническим потребностям. В основу этой классификации заложены два основных критерия: особенности клинических проявлений миопии и характер решаемых лечебно-

Термин «симптоматическая миопия» объсвязанные с рефрактогенезом, а являющі ния, а сдвиг рефракции в сторону миопии.

Изменения формы хрусталика вследствие слабости связочного аппарата при синдроме Марфана также могут сопровождаться «миопизацией» клинической рефракции. В результате проведения операции циркляжа по поводу отслойки сетчатки глаз может принимать форму, в некоторой степени сравнимую с песочными часами, что Среди хирургических методов коррекции в свою очередь приводит к увеличению переднезадней оси и усилению рефракции в послеоперационном периоде. Наконец, применение некоторых лекарственных препаратов также может приводить

 пилокарпина). Рефракционная миопия – это, как правило, стабильная миопия слабой, реже средней степени, при которой основные задачи связаны с коррекцией оптического дефекта и наблюдением (мониторингом). При прогрессирующей миопии добавляется необходимость в проведении мероприятий по профилактике прогрессирования. Наконец, при «осложненной» миопии (о которой подробнее будет сказано ниже) необходимо применение дополнительных методов диагности-

к миопизации (например, холиномиметика

Независимо от формы миопии первоочередная задача сводится к повышению остроты зрения за счет применения корригирующего элемента, обеспечивающего «ослабление» рефракции и, как следствие, приближение или совмещение заднего главного фокуса оптической системы глаза с сетчаткой. Этап коррекции предполагает необходимость решения двух основных вопросов: выбор оптической силы корригирующего средства и непосредственно метода

Анализ данных литературы и клинического опыта позволяет выделить два основных подхода в выборе оптической силы корригирующего элемента при миопии. Первый из них предполагает так называемую «полную», то есть обеспечивающую максимальную остроту зрения коррекцию, а второй - «неполную», при которой корригированная острота зрения находится в пределах 0,7-0,8. На наш взгляд, в клинической практике незаслуженно мало внимания уделяют так называемому «мультифокальному принципу» оптической коррекции миопии, сочетающему в себе преимущества двух указанных подходов: обеспечение максимальной остроты зрения вдаль и оптимальные условия для работы вблизи при слабости

Важным является вопрос выбора метода коррекции. На сегодняшний день мы имеем достаточно широкий арсенал различных методов коррекции аметропий, и в том числе миопии. Условно эти методы можно разделить на две группы: неинвазивные (традиционные – очковые и контактные линзы) и инвазивные (хирургические – кераторефракционные и интраокулярные).

Слайд 5.

Очковые линзы в силу их доступности и простоты применения остаются наиболее распространенным методом коррекции миопии. На сегодняшний день это единственное средство оптической коррекции, в котором полноценно реализован (принцип?) мультифокальности (так называемые «прогрессивные» линзы). К недостаткам этого вида коррекции следует отнести возможное влияние на величину ретинального изображения (это касается в основном линз высоких рефракций) и неэргономичность.

Контактные линзы практически не влияют на величину ретинального изображения, а соблюдение правил ношения и ухода за ними существенно снижает риск развития характерных для этого вида коррекции осложнений к минимуму.

Несмотря на то что первые упоминания о так называемом «ортокератологическом» методе коррекции миопии относятся к шестидесятым годам прошлого столетия, некоторое распространение в клинической практике этот метод получил сравнительно недавно. По сравнению с другими неинвазивными методами ортокератологическая коррекция существенных преимуществ не имеет. Как это не парадоксально звучит, но основное достоинство ортокератологического метода – это обратимость эффекта, т.е. прекращая процедуру, возможно вернуть ситуацию в исходное русло. К недостаткам следует отнести ограниченность эффекта и возможность изменений роговицы, поскольку сам механизм воздействия на роговицу с помощью жестких контактных линз с так называемой «обратной геометрией» противоречит Слайд 9.

принципам подбора корригирующих контактных линз. Кроме этого, долголетний опыт применения различных кераторефракционных операций свидетельствует о том, что сиюминутное отсутствие изменений в роговице после воздействия на нее не исключает их возникновения в отдаленном

ЛЕКЦИИ

миопии наибольшее распространение получили кераторефракционные операции, обеспечивающие изменение кривизны роговицы за счет увеличения радиуса кривизны и, как следствие, «ослабление» рефракции. В основу упрощенного деления кераторефракционных операций может быть заложено два критерия: локализация вмешательств и изменение толщины роговицы (слайд 8). История развития кераторефракционной хирургии свидетельствует о том, что оптимальные условия в отношении прогнозирования и управляемости эффектом операции имеют место при изменении толщины роговицы в центральной зоне. Именно поэтому эксимерлазерная коррекция – операция, которую при миопии выполняют в центральной зоне и при которой производят абляцию роговицы (т.е. уменьшение ее толщины) - практически вытеснила из клинической практики все остальные кераторефракционные вмешательства

рации (слайд 9) в основном базируются на имплантации различных типов интраоосновных полхола: улаление естественного или нативного хрусталика и сохранение последнего. В первом случае исключается возможность сохранения природного механизма аккомодации, хотя в ряде случаев в качестве альтернативы могут быть использованы различные варианты мультифокальных ИОЛ. Во втором случае применяют так называемые «факичные» ИОЛ. По сравнению с кераторефракционными операциями интраокулярные методики позволяют практически «безлимитно» изменять рефракцию. Кроме того, технологии изготовления ИОЛ обеспечивают очень высокое качество поверхности, изменяющей рефракцию. Получить такую поверхность в результате эксимерной абляции роговицы, естественно, невозможно. К недостаткам интраокулярных вмешательств следует отнести возможность ос-

На слайде 10 перечислены различные методы, которые, по данным литературы, применяют для профилактики прогрессирования миопии. Следует отметить, что ни один из указанных методов не обладает

ложнений, характерных для внутриглазных

Интраокулярные рефракционные опе- стопроцентной эффективностью. Основные направления профилактики миопии связаны с воздействием на «ослабленные» склекулярных линз (ИОЛ) и предполагают два ру (различные варианты склеропластики) и аккомодацию (тренировочное и медикаментозное воздействие).

Несколько слов о так называемых «стимуляционных» методах. В ряде случаев в программы возможных мероприятий по профилактике прогрессирования близорукости вводят методы стимуляции, направленные на повышение разрешающей способности глаза (и это, в принципе, неплохо). В результате таких подходов несколько улучшается острота зрения. Но ошибочно этот метод позиционируют как способ предотвращения прогрессирования или уменьшения степени близорукости.

Следует подчеркнуть, что проведение исследований, связанных с профилактикой прогрессирования миопии с позиций доказательной медицины, связано с рядом объективных трудностей. Незаслуженно забыты методические рекомендации, которые в свое время были разработаны отделом охраны зрения детей Института глазных болезней им. Гельмгольца. В них были четко оговорены условия проведения исследований и формирования групп, было введено понятие градиента прогрессирования, то есть изменения величины близорукости



«Симптоматическая» миопия

Зозможные причины усиления клинической рефракции

изменения хрусталика (факосклероз, синдром Марфана

Методы выбора оптической коррекции миопии

«Инвазивные» (хирургические) методы

(«+» - возможность «безлимитного» изменения

рефракции, высокое качество поверхности,

эктатические заболевания роговиць

2. Интраокулярные вмешательства:

изменяющей рефракцию,

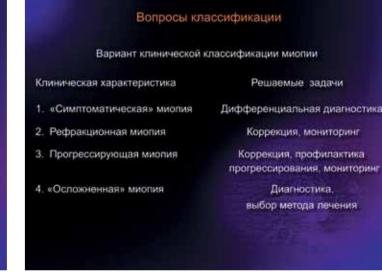
«-» - возможность осложнений)

хрусталика (нарушения аккомодации!)

хрусталика (имплантация факичных ИОЛ)

без сохранения «естественного»

с сохранением «естественного»

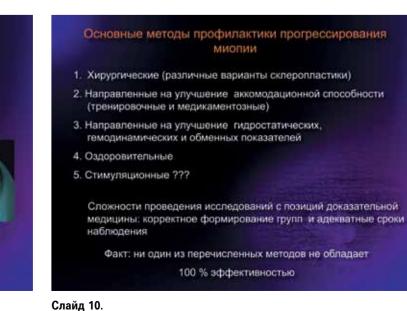


Слайд 6.

операций.



Слайд 8.



М.И. Авербах Диссертация «К диоптрике глаз различных рефракций», 1900 г. Измерены следующие «главнейшие константы» 86-и глаз с различной клинической рефракцией: радиус роговицы, глубина п/камеры, толщина хрусталика, радиус передней и задней поверхности хрусталика. 1. «...константы дают полный разнобой» 2. М (-) 25,5 дптр, радиус роговицы 8,22 мм Нм (+) 16,0 дптр, радиус роговицы 6,80 мм

3. «...рефракция зависит прежде всего от длины переднезадней оси»

Компонентный анализ статической рефракции

-величина

ккомодации

Слайд 4. Слайд 3

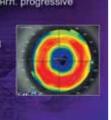
Слайд 11.

Основные формы «осложненной» миопии необходимость расширения понятия

**ЛЕКЦИИ** 

отдаленные проблемы радиальной кератотомии

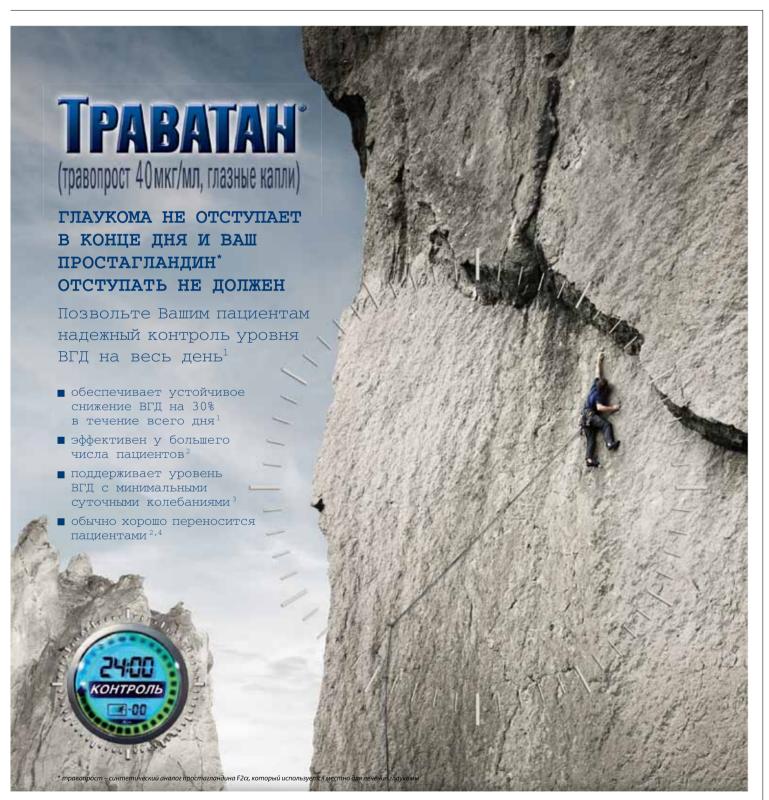
- «повышенная чувствительность» к контузиям глазного яблока
- прогрессивное ослабление рефракции (aнгл. progressive
- сложности расчета оптической силы ИОЛ



за определенный промежуток времени. к ортокератологическому методу, проци- прогрессирования близорукости». А их и тирую фразу одной недавно прочитанной нет, потому что пока еще нет и четких до-Наиболее типичные ошибки при проведестатьи: «на сегодняшний день нет даннии подобных исследований сегодня – это некорректное формирование групп и не- ных, опровергающих возможность при- ский метод тормозит прогрессирование адекватные сроки наблюдения. Возвращаясь менения этого метода для торможения близорукости.

Слайд 12.

казательств того, что ортокератологиче-



### КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ ТРАВАТАН\* (травопрост 40 мкг/млі Регистрационный номер: П N015625/01 от 08.04.2009

Фармакологическое действие. Травопрост – синтетич окоселективным агонистом простагландиновых рецепторов FP и снижает внутриглазно чения оттока водянистой влаги. Основной механизм действия препарат Показания к применению. Снижение повышенного внутриглазного давления при:

– открытоугольной глаукоме; – повышенном внутриглазном давлени

**Противопоказания.** Индивидуальная повышенная чувствительность к компонентам препарата, детский возраст до 18 лет, беременность и период кормления грудью.

Способ применения и дозы. Местно. По 1 капле в конъюнктивный мешок глаза (глаз) 1 раз в сутки, вечером. Более частое применение препарата может приводить к снижению его эффективности Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Траватан\* может применяться в комбинации с другими местными офтальмологическими препаратами для снижения внутриглазного давления. В этом случае интервал между их применением должен составлять не менее 5 мин. Срок годности. 3 года. Не использовать после срока годности, указанного на упаковке. После

вскрытия флакона глазные капли следует использовать в течение 4 недель

Условия хранения. При температуре 2-25 °C, в недоступном для детей месте

Тел.: +7 (495) 961-13-33

### БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕПАРАТЕ СМОТРИТЕ

Clin Ophthalmol. 2012;6:525-531 (Дубинер ХБ, Нокер Р. Устойчивое снижение уровня ВГД на фоне терапии травс 0,004%. Клин. Офтальмология 2012;6:525-531). 2. Netland PA, Landry T, Sullivan EK, et al. Travoprost compared with latan timolol in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension. Am J Ophthalmol. 2001;132:472-484. (Нетланд П. А., Лондри Т. Саливан Е. К. и др. Сравнение использования травопроста с латанопростом и с тимололом у паци ой глаукомой или офтальмогипертензией. Американский офтальмологический журнал 2001: 132:472-484.) **3.** Konstas AGP Mikropoulos D, Kaltsos K, Jenkins J, Stewart WC. 24-hour intraocular pressure control obtained with evening versus точоргом і прітогу ореп-апуle glaucoma. Орінthalmology. 2008;113:446-450. (Констас АПТ, Микропоулос Д. Кялтос К. Дженкин Дж., Стюарт В. С. Суточный контроль внутризлачного даления при вечернем или утреннем закапывании травопроста при первичної отвритоусьтвої агукоме. Офтальмология 2008;113:446-450. В съров Е. А., Оганезова Ж. Г. Травопрост: российский опыт применения. Клиническая офтальмология (Б-ка РМЖ), 2009 № 1,36-39.

### ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ООО «Алкон Фармацевтика»: 109004, Москва, Николоямская ул., 54.

Alcon

a Novartis company

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МИОПИЯ: болезнь или нарушение рефракции?

нарушение соразмерности клинической рефракции основным анатомическим субстратом которого является увеличение размеров переднезадней оси

значительное увеличение этого показателя может быть причиной ряда патологических состояний и/или

Слайд 13.

Действительно есть работы, свидетельствующие, что так называемая «периферическая» рефракция может влиять на рефрактогенез. Однако не следует подменять понятия «рефрактогенез» и «прогрессирование близорукости». В процессе рефрактогенеза идет формирование рефракции, при этом механизмы «ослабленной» склеры еще не запущены. Когда речь идет о прогрессировании близорукости, мы сталкиваемся со значительными изменениями склеры.

И, наконец, о так называемой «осложненной» миопии (слайд 11). На сегодняшний день существуют объективные предпосылки для расширения этого привычного понятия, которое связывает оптический дефект с определенными витреоретинальными проблемами: периферические дистрофии, разрывы и отслойки сетчатки и т.д. На наш субъективный взгляд, в разряд осложненной миопии следует отнести все случаи выполненных ранее рефракционных операций, которые чреваты осложнениями сами по себе и, кроме этого, значительно влияют на «нормальное» анатомо-функциональное состояние глаза.

Данный тезис можно проиллюстрировать на примере радиальной кератотомии. Действительно, после этой операции рефракция может быть близкой к эмметропической, но при этом даже в отдаленном периоде мы наблюдаем целый ряд осложнений, характерных именно для этой операции (слайд 12). В первую очередь, это повышенная чувствительность к контузиям глазного яблока. Кроме этого, в ряде случаев через 15-20 лет после кератотомии происходит динамическое изменение рефракции в сторону ее ослабления и нарушения регулярности роговицы, что, в свою очередь, приводит к «гиперметропизации», появлению астигматизма и значительной потере остроты зрения. Причем часто возникающие нарушения рефракции очень сложно корригировать очковыми линзами. Значительные изменения топографии роговицы вследствие радиальной кератотомии существенно осложняют расчет оптической силы интраокулярной линзы при необходимости проведения хирургического вмешательства по поводу катаракты. Наконец, изменения топографии роговицы и ее биомеханических свойств могут влиять на показатели

К случаям осложненной миопии следует отнести и сочетание миопии с глазолвигательными нарушениями, когда именно нарушения рефракции играют определенную роль в возникновении косоглазия (как правило, расходящегося).

И наконец, возникновение и течение таких глазных заболеваний, как катаракта, глаукома, возрастные дистрофии сетчатки на фоне миопии (особенно высокой степени), могут в значительной степени осложнять как диагностику, так и лечение этих заболеваний.

Так как же можно ответить на вопрос: «Миопия: болезнь или нарушение рефракции?» Один из вариантов ответа можно сформулировать с помощью двух основных положений (слайд 13). Первое: при миопии имеет место нарушение соразмерности клинической рефракции, основным анатомическим субстратом которого являются размеры переднезадней оси. Второе: значительное увеличение этого показателя может быть причиной ряда патологических состояний и/или осложнять диагностику и лечение других заболеваний.

# Линзы премиум-класса

Симпозиум Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов

4 октября 2012 года в рамках V Российского общенационального офтальмологического форума прошел симпозиум Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS), где были заслушаны доклады об ИОЛ премиум-класса, хорошо известных в России и которым еще предстоит выйти на отечественный рынок.



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

Модератор заседания

### В.Н. Трубилин,

д.м.н., профессор, президент Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS), руководитель Центра офтальмологии ФМБА России, заведующий кафедрой офтальмологии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России



Эксперты:

### А.В. Золотарев,

д.м.н., профессор, главный офтальмолог Самарской области, главный врач Самарской клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского



Б.Э. Малюгин,

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»



А.В. Головин,

к.м.н., м.н.с., ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»



Е.И. Беликова,

к.м.н., заведующая отделением офтальмохирургии Центра микрохирургии глаза поликлиники ОАО «Газпром»



И.А. Лоскутов,

д.м.н., профессор, руководитель Центра микрохирургии глаза ДКБ им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД»



А.А. Горбунов,

к.м.н., заместитель директора по лечебной работе, Оренбургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»



О.Л. Фабрикантов,

д.м.н., главный офтальмолог Тамбовской области, директор Тамбовского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

### Профессор В.Н. Трубилин

### Уважаемые коллеги!

Сегодня мы впервые в рамках Российского офтальмологического форума проводим симпозиум Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов. Тема сегодняшнего заседания очень интересная. Мы обратились к ведущим компаниям, присутствующим на отечественном офтальмологическом рынке, с просьбой предоставить информацию об интраокулярных линзах, которые используются в практической работе сегодня и которые планируется выпустить на рынок в ближайшем будущем. Откликнулись самые достойные производители, чья продукция уже на протяжении многих лет хорошо известна не только в России, но и во всех ведущих странах. Кроме того, будет интересно услышать мнения хирургов, использующих те или иные модели ИОЛ, а каждый из вас, уважаемые коллеги, сможет для себя решить, каким линзам отдать предпочтение в практической работе.

Первое сообщение, которое сделает профессор А.В. Золотарев, будет посвящено линзам премиум-класса производства компании Abbott Medical Optics.

### Профессор А.В. Золотарев

# «Платформа Tecnis: ИОЛ премиум-класса – для кого и зачем?»

ние «премиум-ИОЛ». Чтобы для мы воспринимаем эти линзы как себя решить, что это такое, я за- «хрусталики для избранных» или Это был серьезный удар, себестолез в Оксфордский словарь и выяс- ИОЛ, отличающиеся исключитель- имость возросла, а компенсация нил, что в переводе с английского ной потребительской стоимостью слово «премиум» имеет шесть или и, как следствие, высокой ценой семь значений, из которых первое. для потребителя (пациента). чает нечто, имеющее или отражающее наивысшее качество или мет с наивысшей потребительской стоимостью. С другой стороны (и значение), «премиум» – это сум- Почему дополнительные деньги? тов за дополнительные, не предма, которую приходится платить В 1992 году американская просверх обычной цены по различным причинам. Второе значение, хирургу 1800 долларов за провесталиков: асферическую оптику, как выяснилось, в гораздо боль- дение операции по поводу ката- торический компонент, мультифошей степени соответствует действительности, когда речь заходит словам наших американских кол- имплантация премиум-ИОЛ поо премиум-хрусталиках.

По аналогии с такими понятия-

На самом деле термин «прекорни и подразумевает несколько иную трактовку: «премиум-ИОЛ» – это те хрусталики, за операцию с которыми можно получить дополнительные деньги грамма MEDICARE возмещала

сталиках, последнее время ми, как «автомобиль премиум-клас- за проведенную операцию стала мы часто слышим выраже- са» или «премиум-недвижимость», снижаться и в 2012 году составляла 951-964 долларов за операцию. раза, и, существовало опасение, что падение стоимости операции продолжится. Поэтому американмиум-ИОЛ» имеет американские ские хирурги были вынуждены искать способы восстановить доходность операций. Отсюда возникла идея «премиум-ИОЛ», которая давада возможность получить усмотренные государственным ракты. Позже, в 2000-х годах, по кальность и т.д. Однако массовая лег, возникла серьезная проблема, влекла существенные проблемы:



точное качество зрения т.д. Несмотря на то что объективно качеопераций не всегда отвечал ожиданиям пациентов. Это достаточно роко освещается, и в этом направлении наметились определенные

Можно ли провести аналогию с Российской Федерацией? В обрасценки по ОМС, то они в различных регионах варьируют от 4000 до 34000 рублей. Стандарты хирургии катаракты и перспективы полной оплаты операций по ОМС пока достаточно туманны, хотя декларированные подходы к финансированию здравоохранения выглядят софинансирования лечения пациентами в рамках ОМС пока также не вполне разрешен, по крайней мере, содоплаты за те операции, которые мы делаем. Кроме того, еще предстоит определить те потребительские свойства ИОЛ, которые заслуживали бы доплат со речили бы юридическим нормам.

На что следует обращать вни-ИОЛ? Прежде всего, это расчет хрусталика и подбор модели. Особое внимание следует уделить персонализации, достаточному времени беседы с пациентом и обязательной письменной фиксации информированного согласия на операцию. Естественно, огромное значение имеет качество хирургии, оборудование и хирургическая техника, а также медикаментозное соостанавливаться на этих аспектах, но не могу оставить без внимания всех компонентах, если мы говотому, как правило, премиум-ИОЛ рассчитываются по усовершенстводоставляет производитель. Также сионную биометрию или оптическую биометрию. Необходимо тщательное определение и согласование с пациентом целевой

мультифокальность с оптимальным Аббе, что приводит к уменьшению плюс бесцветных ИОЛ: пропускарежимом аддидации. Должна быть хроматических аберраций и обе- ние цвета синей части спектра обеспечена максимальная профи- спечивает на 12% более высокую играет большую роль для суме- ство зрения. Это же отражается на лактика вторичной катаракты. И, контрастную чувствительность речного зрения. Синий свет обеконечно же, материал ИОЛ должен по сравнению с материалом ИОЛ соответствовать всем современным AcrySof.

мы имеем на сегодняшний день? дня не прекращается спор, который остроту зрения. Акрил AMO обе- AcrySof, и в три раза выше, чем Это новая линза компании Abbott уже буквально навяз в зубах, о том, - «Tecnis». Совершенно новая для каким должен быть хрусталик – бенас, на российском рынке она по- лым или желтым. Спор до сих пор явилась в 2012 году. В Соединен- не разрешен, но желтые хрусталики брена ФДА еще в 2009 году, и, на- годов, и их счет идет уже на милконец, мы получили возможность лионы. Хотелось бы видеть рандоловая, гидрофобная, монолитная, хотя бы ретроспективное, но достаасферическая, торическая, мультицветная. Что касается материала, ствующий защитный эффект этих то к гидрофобному акрилу лично хрусталиков. Пока мы такого исслепознакомился конкретно с этими преимущественно теоретический хрусталиками. По сравнению с ги- характер, хотя, конечно, выглядит материалами, преимущество но- в том, что на фоне отсутствия точвого материала очевидно. Он го- ных доказательств защитного эфбиологическом плане. Кроме того, этот акрил имеет меньший коэф- которых случаях полезен. А именне дает известного косметическо- Каким образом происходит регуляго дефекта – блеска в зрачке. К ги- ция биоритмов с участием синего ние и другая проблема – glistening. но, является активным ингибито- в зоне присоединения гаптики от-Это тоже «блеск», вернее «блестки» ром синтеза мелатонина. Мелато- сутствует. Еще одна особенность: на линзе. Пациента этот дефект, сна», правильный синтез которого части, которая касается экватора как правило, не очень беспокоит, необходим для суточных ритмов сталика отражают изменение оптических качеств акрила. По опу- мелатонина. Поэтому при бессондо 26,9% ИОЛ AcrySof имеют уме- ний свет в спальне, выключить все ренный или выраженный «глисте- дисплеи и пульты с синими светофобного акрила удалось справить- зволяет вырабатываться достаточся при помощи специальной техно- ному количеству мелатонина для мальная точность необходима во ИОЛ Теспіз. Еще одной, уникаль- цвет – это наоборот хорошо, реко- первая и единственная ИОЛ, одоной, особенностью материала этих мендовано включать по возможхроматических аберраций. Что та- го» спектра (то есть с синим комкое хроматические аберрации, все понентом). Получается, что для в принципе знают, но на практи- более правильного функционироке мы в основном пока имеем дело вания, для лучшего поддержания с нехроматическими аберраци- суточных ритмов, желательно обенаем постепенно забывать. Есть товой режим. То есть нам нужен такое понятие, как «индекс Аббе», не один хрусталик в течение всего это показатель, который опреде- дня, или желтый или белый, а желяет степень расхождения, сте- лательно иметь вечером освеще- но еще и корригировала некотопень разницы преломления лучей ние близкое к естественному за- рую часть негативной сферичезать о выборе хрусталика. Для обе- оптическом материале. Чем выше к дневному. Если мы имплантируспечения высокого качества зрения индекс, тем меньше расхождение, ем желтый хрусталик, то половину тем меньше аберраций и лучше ка- такой возможности отсекаем. Но собственную негативную сфериригировать аберрации. Хрусталик чество зрения. Так вот, гидрофоб- это тоже пока из области теории, ческую аберрацию -0,27, которая вать все преимущества премиум-

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Теперь еще об одной особенности материла. До сегодняшнего точно большое исследование, которое бы доказало реально сущедования не увидели, все это носит синий цвет не так вреден, и в нено – в плане регуляции биоритмов. сна и бодрствования. Дефицит синего цвета стимулирует выработку нице рекомендуется исключить сиполноценного сна. С утра синий должен обеспечить возможность ный акрил компании АМО имеет хотя нарушение сна при избытке полностью компенсирует среднюю хрусталиков.

спечивает до 35% скотопической светочувствительности. Хрусталики, которые блокируют синий цвет, спечивает улучшение сумеречного зрения на 14-21% по сравнению

Следующей уникальной особенется так называемая трехточечная фиксация (TriFix), достаточно тика и оптика находятся в разных ния операции. Премиум-ИОЛ треплоскостях, что обеспечивает поность в капсульной сумке и более эффективную коррекцию астигтивную профилактику вторичной катаракты.

Говоря о профилактике вторичной катаракты, нужно отметить уникальную особенность линз компании АМО, поскольку у этих линз есть дополнительный барьер в точке сопряжения гаптики и опполностью исключить вторичную эти показатели привели к тому, что катаракту, в отличие от монолиткапсулы хрусталика сглажен, что (вращение) ИОЛ в капсульной сумке (особенно при слабости цинновых связок), говорю это на основе собственного опыта.

Хотел бы также отметить, что оптики обеспечивает полную компенсацию сферических аберрабренная FDA, которая обеспечивахрусталиковых, но и роговичных аберраций, что обеспечивает улучконтрастной чувствительности и сумеречного зрения. Каким обраследнего времени линза AcrySof IQ обеспечивала коррекцию не тольная общая сферическая аберрация порядка 0,1). Линза Tecnis имеет и в большую проблему. Желаю

так называемой функции передачи модуляций (МТF), которая является мерой функционального качества оптики. У линзы Теспіс этот параметр в два раза выше, чем у линз у сферических линз.

Правда, нужно иметь в виду, что особое внимание должно быть уделено тшательной центровке ИОЛ Tecnis. Это важно для профилактики несферических аберраций (комы). Надо внимательно следить буют премиум-хирургии.

чается в том, что линза Tecnis диффракционая мультифокальная, но здесь дифракционные кольца расположены по всей поверхности оптики, что дает улучшение зреосвещенности, в отличие от других линз, у которых дифракционв центре, и разрешение зрачка меняет пропорции оптических зон. 90% пашиентов не нуждаются в очполностью независимы от очков Среди всех известных линз пока

Еще одно удобство, которое сейчас мало кого уливит, это оптимионлайн-калькулятора. Он имеет две версии, регулярную и профессиоводить кастомизацию и обеспечивает более высокую точность

Таким образом, хрусталик Tecnis компании АМО - это действительющая многочисленные уникальные преимущества, что создает хороной удовлетворенности пациентов Достаточно очевидные аспекты поности этой линзы облегчают аргументацию при разговоре доктора преимущества премиум-хирургу.

Однако еще раз хочу обратить лять достаточно времени для получения информированного согласия алистичные ожидания не вырос-





Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку для офтальмологов» по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении

Подписной индекс: 15392



Вы можете оформить подписку на журнал «ГЛАУКОМА. Журнал НИИ глазных болезней РАМН» по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс: 37353

Профессор Б.Э. Малюгин, к.м.н. А.В. Головин (докладчик)

# Первый опыт имплантации интраокулярной линзы enVista (Bausch+Lomb)

с которой многие из хирургов сталкивались в клинической ко при этом их результаты часто не практике. Имеется в виду явление, сопоставимы. Например, по резульстенинг», что переводится с ан- работ степень помутнения и обраглийского как «бликование». Трак- зование «глистенинг» линз Acrysof товка происхождения этого явле- варьирует в пределах 30%, в других ния разная, но все сводится к по- - порядка 60%. Тем не менее вывод блескиванию оптической части во многих случаях один: процесс интраокулярной линзы. Данное имеет прогрессирующий харакявление характеризуется наличием тер, выраженность этого явления заполненных жидкостью микрова- оказывает существенное влияние куолей, образующихся в основном в оптической части ИОЛ при ее на- функций. хождении в водной среде. Вакуоли создают неоднородность преломляюшей силы материала линзы. Это- было сделано заключение, что данму процессу подвержены все типы ное явление характерно для 95линз, но в большей степени, по 98% имплантаций (Малюгин Б.Э., данным зарубежных авторов, лин- Фадеева Т.В., 2008). Интенсивзы из гидрофобного акрила. При- ность «глистенинг» была одинакочин, которые приводят к возникновению явления «глистенинг» Астуsof. При этом, как правило, множество, предприняты неодноровать. Среди самых распространенных совокупностей причин, на этапе производства – это неод- ли со временем. Обращает на себя нородность материала вследствие внимание тот факт, что авторы не ния (метод литья), это изменение ствующей офтальмопатологией состава материала линзы, нару- и степенью «глистенинг». того, к этому может привести из- ключалась в проведении анализа менение равновесного содержания и изучении явления «глистенинг» бания температуры, а также нару- ли линзы enVista (Bausch + Lomb). шения на этапе упаковки линзы. Это новая гидрофобная акрилопроцесс непосредственно во вре- ве лицензированного материала для предотвращения образования мя операции, в частности, при на- Santen/AVS. Линза не подвержена греве линзы либо ее повреждении образованию микровакуолей (глив момент имплантации. Явление стенинг), обладает повышенной «глистенинг» может возникнуть прочностью и очень высоким котому может служить изменение зрачности материала. температуры внутриглазной жидкости в передней камере, гидра- за моноблочная, имеет асфериче-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

анее уже неоднократно зат- заболевания, в частности, глаукорагивалась актуальная тема, ма. Исследований данного фенотатам одной из опубликованных

В России было проведено ана-

наблюдали ухудшение пространтельности на высоких пространственных частотах. В ряде случаев

Несколько слов о дизайне. Линтация линзы. По данным зарубеж- ский безаберрационный дизайн, ных авторов, способствовать это- при этом квадратный край оптики му может избыточная оптическая и S-образные гаптические элеменсила ИОЛ, а также сопутствующие ты обеспечивают полный контакт контролируем.



с капсульной сумкой, что исклюявление фиброза задней капсулы хрусталика в послеоперационном периоде. Линза находится в гидратированнном виде и упакована с применением 0,9% стерильмикровакуолей. Имплантация осутора Medicel Accuject 2.2 (rev. 2) через роговичный разрез величиassisted», стандартная методика предполагает разрез 2,6 мм. Линза хорошо центрируется в картридже, безопасно имплантируется. Процесс расправления в капсульном мешке предсказуем и легко

нием картриджа, благодаря чему ты зрения нами зафиксировано тируется. Медленное расправление позволяет нам уверенно центриро-

В послеоперационном периоде мы получили достаточно хорошие пень индуцированного астигматизма была минимальной. То, что процесс образования микровакуолей, явление «глистенинг» – в течепериода при неоднократных обследованиях пациентов обнаружено не вана складчатость задней капсулы большего периода времени.

в меридиане расположения гап-

Эффект «Глистенинг» существует.

Таким образом, асферичная гидрофобная акриловая линза enVista функциональные результаты как в раннем, так и в отдаленном полинза сохраняет абсолютную прозрачность и исключает образо-«глистенинг») в течение послеопе

зультат требует дальнейшего клинического наблюдения и оценки

### Уважаемые коллеги!

Калужский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» приглашает Вас принять участие в работе

Всероссийской научно-практической конференции

### «Актуальные вопросы детской офтальмологии»,

проводимой под эгидой Общества офтальмологов России

6 сентября 2013 года

### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- ретинопатия недоношенных
- хирургия врожденной катаракты
- хирургия глаукомы у детей
- витреоретинальная хирургия у детей
- видеосекция

Материалы конференции будут изданы в виде сборника тезисов. Срок подачи работ – до 1 июня 2013 г.

Тезисы и заявки на доклады направлять по электронной почте: nauka@mntk.kaluga.ru с пометкой «Конференция-2013».

Оркомитет: Тел.: (4842) 505-767 – научный отдел. Факс: (4842) 505-718 e-mail: nauka@mntk.kaluga.ru www.mntk.kaluga.ru

### Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 25-летию Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

### «Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе»

### 26 сентября 2013 года

Место проведения: г. Хабаровск

По материалам конференции планируется издание сборника научных работ (включен в базу данных РИНЦ).

Материалы для публикации в сборнике принимаются до 31 мая 2013 г. Тезисы следует направлять только по эл. почте nauka@khvmntk.ru

(в теме письма указать «тезисы в сборник 2013»). Дополнительная информация размещена на сайте: www.khvmntk.ru

**Оркомитет:** Тел.: (4212) 72-27-92, 22-40-90, факс: (4212) 22-51-21 e-mail: nauka@khvmntk.ru, nauka2khvmntk@mail.ru

LENTIS M Plus Toric

К.м.н. Е.И. Беликова

# Почему я предпочитаю интраокулярные линзы AcrySof®?

меня никакой сложности, так как ИОЛ AcrySof®. все положительные характеристики данной модели ИОЛ являются лично моим суждением о них жество новых, высококачественных кий сополимер, который обладаи следствием длительной работы и накопленного опыта имплантации. Это не рекламный материал фирмы производителя.

Знакомство с линзами AcrySof® у меня началось достаточно давно, на этапе освоения методики факоэмульсификации. Сначала это были первые гибкие интраокулярные линзы, которые мы имплантировали с помощью пинцетной техники через разрез 3,8 мм, затем появились инжекторы, новые модели линзы, интраоперационные разрезы уменьшались. На сегодняшний день я не могу вспомнить каких- окулярной линзы. Я думаю, что AcrySof® Natural наиболее близок либо сложностей как при расче- хирурги согласятся со мной, что, спектру пропускания нативного те силы интраокулярной линзы, так и при их имплантации и, что интраокулярную линзу, мы всегда ио характеризует эту линзу.

что подготовка этой пре- онном периоде, когда мы наблю- для нас параметрам. ■зентации не составляла для дали за пациентами с артифакией

> логическом рынке появилось мно-ИОЛ, в том числе и премиум-класса, ет фильтрами ультрафиолетового ИОЛ, я отдаю предпочтение именно этой модели искусственного вышает качество зрения в ночное

режде всего, хочу сказать, особенно важно, в послеопераци- оцениваем ее по наиболее важным

Прежде всего, мы обращаем внимание на материал, из которо-Несмотря на то что на офтальмо- го выполнена ИОЛ. Линза AcrySof® – это акрилат-метакрилатный гибоколо 80% имплантаций в моей хи- и синего цветов (первые трехчаструргической практике по-прежнему ные модели линзы AcrySof® имели занимают линзы AcrySof®. Это и мо- только ультрафиолетовый фильтр, нофокальные линзы, и торические, последующие, более современные, и мультифокальные торические получили фильтры синего цвета). линзы. Напрашивается вопрос: «По- По некоторым литературным данчему на протяжении стольких лет, ным, фильтр синего цвета способнесмотря на большой выбор новых ствует уменьшению эффекта «glare» у водителей, что, естественно, повремя и улучшает реакции. Кроме Для меня сложился определен- того, этот фильтр позволяет быстро ный перечень критериев эффек- восстановиться после фотостресса. тивности любой модели интра- Спектр пропускания хромофора выбирая новую технику, новую хрусталика, что также положительМатериал линзы AcrySof® об-

• высоким коэффициентом преломления, что позволяет косметически нейтрализовать в глазу данную модель линзы;

• высоким сродством к фиброк задней капсуле хрусталика и объясняет невысокий процент вторичспокойному послеоперационному периоду, снижая частоту YAGлазерных дисцизий. Надо помнить, что эти вмешательства не так безопасны и безобидны для пациентов в плане возникновения послеоперационных осложнений со сторо-

Таким образом, благодаря оригинальному материалу эта линза обеспечивает очень высокое качество зрения при любой освещенности, естественное цветовое восприятие, особенно при монофокальной оптике AcrySof IQ, а также защиту сетчатки от токсичного

Говоря о дизайне этой линзы, следует отметить, что квадратный край оптики служит профилактикой помутнения задней капсулы за счет препятствия миграции хрусталиковых клеток под задний край линзы. Известно, что в дизайне линзы AcrySof® есть как многокомпонентные, так и моноблочные модели. Современные торические и мультифокальные ИОЛ представ- ет не только монофокальные молены моноблочными моделями. Шестимиллиметровая оптическая зона является очень комфортной для всех пациентов, так как даже фокальные – избавляют пациента при узком зрачке они чувствуют от очковой коррекции на всех рассебя комфортно, а при широком – практически никогда не жалуются на присутствие края линзы, не видят его.

Последние модели линзы AcrySof® обладают асферической оптикой, что, несомненно, вносит дополнительные положительные моменты в качество зрения за счет компенсации возрастных положительных к повышению контрастной чувствительности глаза и, как следствие, улучшению функциональных параметров зрения.

Гаптика StableForce позволяет линзе занимать в капсульном мешке стабильное положение, и в реданным исследований, ротация ние на среднем расстоянии.

ствие сложностей при расчете силы мающегося рефракционной и ката-ИОЛ. Многолетний опыт импланта- рактальной хирургией. На каждом ции этих моделей линз позволяет этапе развития технологии появлянам без особого труда подобрать лись новые модели линз, уменьшалинзу конкретному пациенту, так лись интраоперационные разрезы, как основные платформы этой лин- совершенствовалась техника хизы со стандартными коэффициен- рургии, улучшались послеоператами выпускаются давно. Мульти- ционные результаты, повышалась фокальные и торические модели удовлетворенность пациентов потребуют более точной калькуля- лученным лечением. ции и соответствующей ориента- Благодаря этой линзе мы можем ции по меридианам астигматизма совершенствоваться и двигаться в глазу. Расчеты моделей этих линз вперед.

сопровождаются он-лайн калькуляторами, что существенно облегчает хирургу процесс подготовки и выполнения имплантации.

Следующий важный аспект хирургии – техника имплантации интраокулярных линз. Думаю, это нектину, что повышает адгезию не только мое мнение, с линзами AcrySof® этот процесс проходит без сложностей. В связи с тем, что гапных катаракт и приводит к более тика раскрывается медленно, мы можем контролировать направление и расположение элементов в любом отделе капсулярного мешка, процесс проходит одноэтапно и достаточно быстро. Последние модели линз обладают очень тонкой оптикой и легко имплантируются через малые разрезы.

> выборе интраокулярной линзы является безопасность. Главным подтверждением этого критерия эффективности AcrySof® является то, что данные модели линз мы можем предложить для имплантации нашим маленьким пациентам, т.е. используем их в педиатрической практике. При сравнительном исследовании было отмечено. что в первый день послеоперационного периода линзы из гидрофобного акрила вызывали меньше воспалительных реакций, чем

Не менее важным аспектом при

Как мы знаем, современный спектр линз фирмы «Алкон» на базе платформы AcrySof® включадели. Торические ИОЛ позволяют очень точно корректировать роговичный астигматизм, мультистояниях. Имплантация сложных мультифокальных торических ИОЛ одноэтапно решает три проблемы: лечение катаракты, коррекцию роговичного астигматизма, устранение пресбиопии

Таким образом, применяя весь спектр моделей данной линзы, мы можем реабилитировать пациентов не только с катарактой, но и сферических аберраций, приводит с пресбиопией, и различными нарушениями рефракции, в том числе и с астигматизмом различных

Сегодня готовится к выходу на рынок новая модель линзы -AcrySof® Restor +2,5, которая обеспечивает бо́льший комфорт при зультате этого мы получаем в по- ночном зрении, уменьшает проблеслеоперационном периоде стабиль- мы снижения контрастной чувствиные результаты, что особенно важ- тельности и появления оптических но при имплантации торических феноменов, позволяет корректирои мультифокальных моделей. По вать астигматизм и улучшает эре-

линзы не превышает 2-3° в пери- В заключение хочу отметить, од наблюдения до 6 месяцев после что работа с ИОЛ AcrySof® на проимплантации. Данная модель более тяжении более 15 лет для меня личтонкая и соответствует требовани- но связана не только с лечением ям современной хирургии к микро- пациентов с катарактой и пресбиразрезам (не более 1,8-2,2 мм). опией – это развитие, рост и ста-Очень важно для хирурга отсут- новление меня как хирурга, зани-

Профессор И.А. Лоскутов

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

# Визуальные результаты имплантаций линзы Lentis Mplus

 твое выступление я хотел бы другую оптическую силу +3 дптр. следовании в различных лечебных верхности. Это, пожалуй, единучреждениях. Это Центр микрохи- ственная трудность, которая будет рургии глаза ДКБ им. Н.А. Семаш- сопутствовать хирургу при ее имко ОАО «РЖД», в котором работаю плантации. Выбор данной линзы, я, и обычная городская больница например, в нашем случае диктог. Мытищи. Это говорит о том, что вался, в первую очередь, тем, что линза Lentis Mplus может быть ис- наличие гало-эффекта у мультифопользована в различных центрах. кальных линз делает их неприем-В настоящее время те данные, лемыми для имплантации лицам, которые будут представлены, рас- связанным с движением. Нельзя ее ширяются и дополняются. Допол- ставить машинисту в силу того, что няются, главным образом, за счет того, что исследование включает профессиональной деятельности. еще и частные клиники. Резуль- В данной ситуации использование таты работы будут представлены через несколько месяцев. Преми- или сводит почти к минимуму этот ум-линза Lentis Mplus фактически гало-эффект. может быть эффективно использована как в ведомственных кли- что в дизайне линзы присутствуниках, городских больницах, так от углы, которые четко выражеи в частных офтальмологических

Факоэмульсификация проводилась с помощью стандартных проот 4 до 6 мм и внутрикапсульной имплантацией линзы Lentis Mplus. представлена, имеет весьма неос гидрофобной поверхностью, т.е. катаракты. она имеет все атрибуты, которые няя часть оптической зоны имеет зы способен обеспечить зрение рез 3 дня после операции, 1 месяц чений 0,5 и выше. С наилучшей

начать с материала, который В результате у линзы появляется работа в ночное время – часть его мультифокальной линзы исключает

ны в местах сочленения гаптической и оптической частей. По результатам исследований, которые цедур – через темпоральный разрез дились, это служит средством пре-2.4 мм с диаметром капсулорексиса дотвращения развития вторичной катаракты. Сейчас ни у кого не возникает сомнений в том, что прямо-Моноблочная линза, которая здесь угольный дизайн, сочленение под линза с центром преломления, вать возникновению вторичной

Весьма важно в наших исслеприменяются в премиум-линзах. дованиях было понять, в частно-Линза дополнена тем, что ниж- сти, насколько такой дизайн лин-

med\*lab Хочу обратить внимание на то,

ских зон могла служить серьезным

ты обследования пациентов че-

бычный дизайн. Это асферичная ческой частей может препятство- на среднем расстоянии, посколь- и 3 месяца. Некорригированная коррекцией острота зрения также ку жесткая фиксация двух оптиче- острота зрения, т.е. та острота зрения, которую мы ожидаем у пациентов в чистом виде, через Были представлены результа- 3 месяца после операции практи-

LENTIS M PLUS TORIC - НОВАЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНАЯ ТОРИЧЕСКАЯ ИОЛ С ТОЧНОСТЬЮ 0.01 D

достигла 0.5 и выше также в 100%

Некорригированная острота зрения вблизи, т.е. та функция, ради

### Д.м.н. О.Л. Фабрикантов

# Наш опыт клинического применения ИОЛ «НОҮА»

одну особенность – линзу возмож- липания не происходит. дится сложенная линза.

▲димиру Николаевичу Труби- октябрь 2012 года в нашем филилину за приложенные им усилия по але имплантированы 682 интрахирургов, необходимость в котором то есть это не отобранные группы, кладу о клиническом опыте ис- шей визуализации, действительно, щим. Таким образом, строго детеј

но применять «preloaded», с помо- Линза, как я сказал, упакована муществ: во-первых, гидрофобный щью инжектора, в котором нахо- в инжекторе, инжектор находится в кейсе. На инжекторе нанесены

Линза НОҮА появилась сравни- цифры, в соответствии с которыми разить признательность Вла- тельно недавно, с ноября 2011 по проводятся манипуляции – вводится вискоэластик (в данном случае организации Российского общества окулярные линзы. Возраст паци- щитную крышечку, 3 – постепенно катарактальных и рефракционных ентов различный – от 4 до 87 лет, двигаем плунжер, плунжер упирадавно назрела, и я думаю, что дея- среди больных были и дети с врож- дывание. Только после этого появтельность этого Общества будет раз- денной, с травматической катарак- ляется возможность вынуть линвиваться с большой пользой для на- той, были и пожилые пациенты. По зу из кейса. Если какая-то из этих шей отечественной офтальмологии. мнению производителя, синие конманипуляций не проделана, мы ин-Теперь позвольте перейти к до- чики гаптики необходимы для луч- жектор с линзой из кейса не вытапользования линзы НОҮА. Я не видно лучше, но главное - отсут- минирована последовательность буду останавливаться на ее осо- ствие прилипания гаптических эле- операций. Потом происходит пробенностях. Линза желтая, но у нее ментов оптики во время импланта- двигание линзы по инжектору. есть один момент, который следует ции. Хирурги, которые имеют опыт Несколько слов об опыте первой отметить – синие кончики гаптиче- имплантации линз из гидрофоб- имплантации, я специально заской части, причем это не «окра- ного акрила, в частности AcrySof, остряю на этом внимание, так шивание», это другой материл – знают, что во время имплантации как это была первая имплантация. полиметилметакрилат (ПММА). случается прилипание кончиков Разрез – 2,2 мм, кончик инжекто-Сама линза – гидрофобный акрил. гаптики к оптической части. Ког- ра совершенно спокойно входит По поводу желтых световых филь- да условия операции оптимальны, в разрез 2,2 мм. Линза легко двитров были высказаны различные действительно, никаких проблем жется, но для того чтобы запрамнения. На самом деле желтые не возникает, но когда приходится вить линзу, пришлось сделать нелинзы активно начали импланти- имплантировать линзу в услови- большое усилие. Я связываю это роваться с конца 80-х годов, доста- ях миоза, в условиях слабых свя- с недостатком опыта при первой точно вспомнить линзу «Спектр». зок и ослабленного мешка, разде- имплантации. Однако за все вре-Опыт накоплен значительный, но, ление прилипшей гаптики от оп- мя имплантаций не было разорвакак правильно заметил профессор тики доставляет хирургу несколь- но или ущемлено ни одной линзы, А.В. Золотарев, рандомизированно- ко неприятных моментов. В линзе т.е. конструкция достаточно стаго исследования не проводилось. НОҮА благодаря тому, что кончики бильная и надежная. Я считаю, Хотел бы обратить внимание на сделаны из другого материала, причто на сегодняшний день вариант «preloaded» дает несколько преи-

> стр. 40





К.м.н. **А.А. Горбунов** 

# Интраокулярные линзы HANITA в клинической практике Оренбургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза»

За период с 2003 по 2012 год в Оренбургском филиале имплантировано более 24 000 интраокулярных линз. Это современные качественные линзы. Что привлекло водителей в сумеречное время, что, считана для получения максимальнас в этой линзе? У линзы две базовые платформы (2 или 4 гаптических элемента SeeLens и BunnyLens), ее отличает стабильное положение в капсульном мешке, асферическая оптика, наличие светофильтров и острый край ИОЛ. А также удобная система доставки – одноразовый инжектор и картридж для разреза 1,8 мм, четкая укладка интраокулярной линзы в картридж с контролем правильности положения. Система фиксании картриджа позволяет легко провести реимплантацию ИОЛ, есть возможность работы одной рукой. На наш взгляд, линзы HANITA также отличает оптимальное соотношение цены и качества.

HANITA может предложить полный современный модельный ряд интраокулярных линз: асферические ги- списка. дрофильные, асферические гидрофобные, асферические мультифокальные, асферические торические и асферические ахроматические. На российском рынке пока представлены только асферические гидрофильные линзы, но мы с интересом ждем появления следующих моделей ИОЛ.

Пропускающая способность хрусталика человека и материала, из которого изготовлена интраокулярная линза HANITA, практически совпадает. Это хорошо видно на слайде (рис. 1): синяя кривая – пропускная способность хрусталика человека, а желтая кривая – пропускная способность материала, из которого изготовлена ИОЛ HANITA. На графике (рис. 2) показаны кривые пропускания интраокулярных линз с различными светофильтрами: с ультрафиолетом – голубая кривая, светофильтр интраокулярных линз HANITA - синяя кривая, желтая кривая – светофильтр истинно желтых линз или blue-blocking, который содержится в материалах ИОЛ других производителей. Мы лью оптимизировать качество зречем у материала, из которого произвидим, что практически обрезается ния, т.е. оптимизировать функции водятся линзы фирмы Alcon.

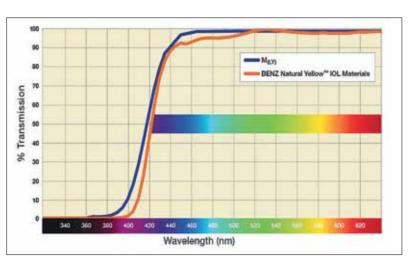
👅 📷 российском рынке фирма 🛘 довольно значительная часть суме- 🗸 передачи контраста (MTF). MTF -HANITA появилась в 2002 году. речной зоны, т.е. этот фильтр ухуд- это основная характеристика любой шает контрастную чувствительность оптической системы, количествени снижает зрение в сумеречное вре- но определяющая ее пространственмя. Вспомним, что в своем докладе ное разрешение. Форма оптической А.В. Золотарев говорил о жалобах части ИОЛ SeeLens AF была расскорее всего, связано именно с этим. ной контрастной чувствительности.

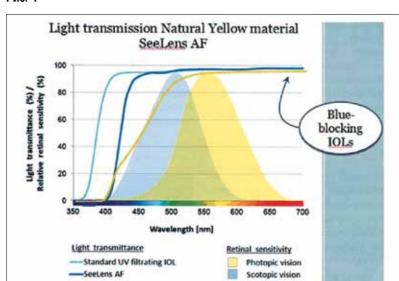
мент появления вторичной катаракмерение площади между реальной ше полученное значение площади, телю интраокулярная линза фир-

сферическими аберрациями. При сравнении этих показателей у интра- зрения. Также было проведено сравокулярных линз разных фирм возни- нение контрастной чувствительнокает вопрос: «Почему существует та- сти пациентов с различными асфе кой большой разброс в значениях?» рическими линзами, и превосходство Например, у линзы AMO Tecnis ac- при больших значениях пространферичность составляет -0,27 мкм, ственного разрешения наблюдалось у линзы AKREOS (Baush+Lomb) – у линз Tecnis AMO и SeeLens HANITA. 0 мкм, а у линзы фирмы HANITA -0,14 мкм, при суммарных сферических аберрациях 0, +0,45 и +0,13 плантируются через картридж 2,2соответственно. При проектирова- 2,4 мм. При их производстве испольнии оптики асферических ИОЛ существует три подхода: линза полно- достичь максимальной гладкости стью компенсирует положительные материала, но общая проблема гисферические аберрации роговицы (-0,27 мкм) как у линзы AMO Tecnis; нинга». Проведенное исследование, линза не имеет аберраций (0,0 мкм) в ходе которого был измерен индекс как у линзы Baush+Lomb; форма оптики линзы оптимизируется для что у материала, из которого изгополучения максимальной остроты тавливаются интраокулярные линзрения как у линзы IQ фирмы Alcon. зы HANITA, индекс концентрации Разработка ИОЛ HANITA имела це- «блесток» более чем в 10 раз меньше,

О высоком качестве обработки В качестве модели при расчетах исматериала линзы можно судить по пользовалась модель глаза Arizona острому краю ступенчатого барье- Eye Model, соответствующая парара. Острота края кромки является метрам глаза 60-летнего человека. существенным фактором, предот- Контрастная чувствительность оптивращающим или отдаляющим мо- мизировалась при дневных и ночных ты. Для количественного определе- передачи контраста. Расчеты провония остроты края использовали из- дились при помощи программного формой края конкретной ИОЛ и зуемого для моделирования оптичеидеальной кромкой 90°. Чем мень- ских процессов. Расчеты показали, что для достижения максимальной тем острее край кромки. Острота контрастной чувствительности после края кромки определялась на реаль- имплантации интраокулярной линных линзах HANITA, SN60AT фирмы зы асферичность (остаточная сфе-Alcon, AKREOS-фирмы Baush+Lomb рическая аберрация) ИОЛ должна На сегодняшний день фирма и C-flex-Rayner. По этому показа- быть -0,14 мкм, а среднее значение суммарных сферических аберраций мы HANITA находится вверху этого глаза должно составлять +0,13 мкм. Это параметры соответствуют интра-Асферические интраокулярные окулярной линзе SeeLens AF. В связи линзы характеризуются показате- с этим при имплантации линзы долями асферичности и суммарными пустима децентрация до 0,8 мм и на-

> Асферические гидрофобные ИОЛ зуется криообработка, позволяющая дрофобных ИОЛ – эффект «глистеконцентрации «блесток», показало,





мультифокальные гидрофильные интраокулярные линзы, которые имплантируются через картридж 1,8 мм. Диаметр дифракционной зоны -4 мм, при этом высота и ширина дифракционных колец уменьшаются от центра к периферии. Это создает эффект аподизации – плавного деления светового потока через центральную зону линзы. Благодаря этому линза обеспечивает пашиенту качественное зрение как в условиях хорошей освещенности, так и плохой. Линза была презентована в 2011 году.

Выпускаются торические гидрофильные интраокулярные линзы, ИОЛ учитывается и индуцированный с узким зрачком лазерные метки мероматической линз видно, что асфеизмерений.

компании Hanita Lenses и Испанско- глубины фокуса на 52%. го офтальмологического института Аликанте.

позволяет убрать как сферические, ней и задней поверхностей, передтак и хроматические аберрации гла- нюю – рефракционную и заднюю за, тем самым обеспечивая пациенту - дифракционную, выполнена из улучшенное качество зрения, в том гидрофильного акрила, имеет ульчисле высокую контрастную чув- трафиолетовый фильтр и хромофорствительность и увеличение глуби- фильтр, имплантируется через разны резкости. При расчете обычных рез в 1,8 мм.

Фирма HANITA также производит асферических линз функция МТF оптимизируется для монохроматического светового потока с длиной волны 546 нм (зеленая часть спектра).

лихроматический световой поток,

при этом коротковолновая часть

кой, а более длинные – за сетчаткой При прохождении света через рогоперсия света, и эту дисперсию можно зафиксировать с помошью полихроматической функции передачи контраста МТГ, которая измеряется для различных длин волн. Значение полихроматической функции MTF на которые также имплантируются че- высоких разрешениях значительно рез картридж 1,8 мм. При расчете ниже значения монохроматической функции MTF вследствие наличия астигматизм, вызванный расположе- хроматических аберраций. На гранием разреза для имплантации. Для фиках функции передачи контраста ооства имплантации пациентам – для сферической, асферической и ах ридиана на поверхности ИОЛ уве- рическая линза дает улучшение по личены. Проведенное исследование сравнению со сферической на 10% по ротационной стабильности ИОЛ при решетке 100 линий на миллипоказало, что среднее значение сме- метр, в то время как ахроматическая щения ИОЛ не превышает 2,5°, что линза дает результат на 40% выше, находится в пределах погрешности чем у асферической линзы. Из графика глубины фокуса (глубины рез-Самые интересные, на мой взгляд, кости) можно убедиться, что сфериахроматические гидрофильные ческая и асферическая линзы имеют интраокулярные линзы, которые фактически одинаковую глубину фоимплантируются через картридж куса (разница примерно 5%). Ахро-1,8 мм. Это совместная разработка матическая линза дает увеличение Линза Akromalens, впервые пред-

ставленная на ESCRS 2011 в Вене, Дизайн ахроматической линзы имеет асферическую форму перед-

# Заседание Московского научного общества офтальмологов

Презентация книги «Эмилия Федоровна Левкоева. Мои воспоминания»

### < ctp. 20

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

диссертации и дальнейших исследованиях профессор Левкоева отстаивала эту точку зрения. В настоящее время ее теория заняла причин сделать это раньше оказа-из оригинальных точек зрения на кописью, составители И.П. Хоропатогенез трахомы в связи с до- шилова-Маслова и кандидат истостижениями в области клеточного

Эмилия Федоровна Левкоева – человек науки, необычайная целеустремленность и последовательность были отличительными чертами ее характера. Поражала ее фотографий. глубокая преданность любимому

Будучи истинным патриотом Института глазных болезней им. Гельмгольца Эмилия Федоровна делился своими детскими воспо-Левкоева смело встала на заши- минаниями об Э.Ф. Левкоевой, так ту его третьего корпуса, которому как семья Аветисовых жила по соугрожала передача в распоряже- седству с Эмилией Федоровной ние Минздрава для организации в одном из корпусов Института здесь районной больницы. Нам се- им. Гельмгольца. Обращаясь к могодня это, возможно, покажется лодому поколению российских офделом простым, но в то время лю- тальмологов, С.Э. Аветисов скабое несогласие с решением Правительства было опасно, тем более наний Э.Ф. Левкоевой озаглавлено приказ был подписан И.В. Стали- «Продолжая традиции Московсконым. Трудно себе представить, что го научного общества офтальмочувствовала Эмилия Федоровна, логов». Но сегодня мы все-таки отправляясь на прием к Ю.А. Жда- вынуждены использовать слово не нову, в ЦК партии, где смогла добиться положительного решения. в том, что многие традиции, к со-Проживая долгие годы на террито- жалению, нами, нашим поколенирии института, Эмилия Федоровна являлась его живой легендой. ги перечислены фамилии участ-Врачи и научные сотрудники ча- ников первого заседания Общесто приходили домой к профессору Левкоевой, где их ждал теплый тогда называлось Общество), коприем и домашняя ела.

Однако было бы неверным думать, что Эмилия Федоровна Лев- милий: М.И. Авербах, С.С. Голокоева была для всех «своим» чело- вин, А.А. Крюков, С.Н. Ложечнивеком. Она обладала весьма слож- ков, А.Г. Люткевич, А.А. Макланым характером, не признавала ав- ков, В.П. Филатов. Представляете, торитетов. Ее многие уважали как какой это был уровень. Но самое ученого, но почти все «побаивались». Эмилия Федоровна едва не но заседания Общества проходили сорвала публикацию монографии совсем по-другому – это был совер-«Глаз и его работа» талантливого шенно иной уровень. Чтобы выстумолодого ученого Сергея Владими- пить с докладом, нужно было больровича Кравкова. Кстати, впослед- ше года «стоять в очереди». Более ствии эта книга была удостоена того, например, в нашем институте Государственной премии, а автор профессор М.М. Краснов ввел праизбран членом-корреспондентом вило: пока не выступишь на Обще-АМН и АН СССР! С.В. Кравков впо- стве, защиты диссертации быть не следствии отзывался об этом слу- может. Мы все виноваты в том, что чае так: «Сердце Эмилии подобно замечательные традиции постепен-

происходила не от «вредности». благодаря им мы получили опре-Чрезвычайно требовательная к се- деленный объем знаний и основу бе, она так же относилась и к лю- для дальнейшего повышения своедям. Не терпела никакой научной го образования». «халтуры», тысячи раз проверяла нию, не сохранились.

Федоровна на протяжении многих ше, М.М. Краснове, А.П. Нестеро-

ющихся и малоизвестных врачей, вас сможет принять участие в этом но никто, к сожалению, не оставил благородном деле, благодаря котосвоих записок. Сколько имен мы рому традиции Московского натак никогда и не узнаем?! Поведа- учного общества офтальмологов ет ли кто о нас последующему по- будут возрождены. колению? Именно «Воспоминания» Э.Ф. Левкоевой являются своеобразным памятником истории.

Рукопись «Воспоминаний» Э Ф Левкоева передала своей ученице профессору Инне Петровне Хорошиловой-Масловой с просьбой сохранить и опубликовать. По ряду рический наук Н.А. Емельянова, ничего не переделали, сохранили авторский стиль, но ввели некоторые уточнения и коррективы. Книга формата А4, объемом 56 полос, содержит свыше сотни уникальных Итоги заседания подвел пред-

профессор. С.Э. Аветисов. Он позал: «Предисловие книги воспоми-«продолжая», а «возрождая». Дело ем, утрачены. В предисловии книства глазных врачей в Москве (так торое состоялось 19 января 1899 года. Я назову лишь несколько фаглавное, еще сравнительно недавно уходят. Необходимо помнить Строгость Эмилии Федоровны тех людей, которые их создавали,

собственные данные, учила этому метил, что президиум Общества других. Она была высокоэрудиро- планирует продолжить публикаванным человеком, романтиком, цию воспоминаний о совсем неписала стихи, которые, к сожале- давно ушедших из жизни наших современниках: Э.С. Аветисове. Писала «Воспоминания» Эмилия Б.Н. Алексееве, В.С. Беляеве, О.В. Грулет, часто сидя возле памятника сво- ве, С.Н. Федорове – ученых, о котоему учителю, академику М.И. Авер- рых наши молодые офтальмологи, баху. Э.Ф. Левкоева отличалась к сожалению, знают не по очным порядочностью, объективностью встречам, а по их работам и восв оценке других людей. Нет ни еди- поминаниям старшего поколения. ной строчки с критикой сотрудни- Дело это не простое. Эмилия Феков, в каждом подмечена индиви- доровна нам облегчила издание книги-воспоминаний. Теперь все Ушло не одно поколение выда- будет зависеть от нас. Каждый из

> Материал подготовлен Ларисой Тумар









# Компания «Промед»: «Превосходное качество, вовремя, всегда»

Логотип «Промед» — «Больше или равно» означает, что компания равна или превосходит лучших международных производителей, представленных на фармацевтическом рынке.

цировано около 800 индийских лекарствен-

Среди представленных на российском

рынке индийских компаний-производите-

лей фармацевтическая компания «Промед

Экспортс» прочно занимает пятую позицию,

а на рынке офтальмологических препара-

тов входит в лидирующую тройку, предла-

гая широкий спектр офтальмологических

препаратов для лечения основных глазных

потребителям лекарственные препараты

высочайшего качества

ных препаратов.





Ежегодно на цели R&D выделяется до 10% дохода

Компания «Промед Экспортс» была оснородукция индийских фармацевтических компаний знакома отечевана в феврале 1990 года. ственным потребителям не один Президент Дипак Бари сформулировал десяток лет. Лекарственные средосновные принципы ПОЛИТИКИ КАЧЕСТВА: • Мы всегда предоставляем услуги мироства и сейчас занимают велушую позицию в структуре российского импорта из Индии. вого стандарта качества, которые должны соответствовать требованиям потребителя В конце 2011 года ее доля составила около 28%. Индия поставляет в Россию антибиотиили превосходить его ожидания; ки, вакцины от гепатитов, лекарства от ки-• Мы всегда придерживаемся установлен-

шечных инфекций, противогрибковые преных стандартов качества, которые регулярно параты, офтальмологические препараты и пересматриваются с целью их повышения; т.п. На сегодняшний день в России сертифи-• Мы – команда обученных, компетент-

ных и энергичных профессионалов, работающих для достижения указанных целей:

• Наш девиз: «Превосходное качество, вовремя, всегда».

Благодаря этой философии компания «Промед Экспортс», однажды заняв одну из лидирующих позиций на офтальмологическом рынке, удерживает ее многие годы.

В 2000 году индийские лекарства появились в Европе, затем – в США. Сегодня Индия производит более 400 видов фармацевтических субстанций и 60 тысяч наименований готовых лекарственных средств, которые поставляются

Используя свой богатый опыт, компания активно расширяет свое присутствие на мировом рынке. На сегодняшний день «Промед Экспортс» работает со странами СНГ, Европы и Азии. С ноября 2011 года начались поставки препаратов в США. В России компания «Промед Экспортс» начала работу в феврале 1990 года, и на сегодняшний день компания имеет 9 региональных подразделений по всех регионах России.

На офтальмологический рынок Индии компания вышла в 2011 году.

Большое внимание компанией уделяется дальнейшему развитию и научно-исследовательским работам. Ежегодно на цели R&D выделяется до 10% дохода.

> В 2006 году в г. Гургаон заработал Исследовательский центр компании «Промед». Он занимает площадь в 2230 м<sup>2</sup> и оснащен самым современным оборудованием, которое позволяет проводить исследования по созданию новых лекарственных препаратов, научно-аналитические работы, микробиологические опыты, а также исследования прочности химических связей. Центр имеет сертификат ISO 9001:2008. К 2011 году научными сотрудниками было подано 27 заявок на патенты. В настоящее время ведутся исследовательские работы по 40 новым лекарственным препаратам. Одной из своих важнейших задач компания «Промед» видит в создании технологического альянса, который объединит в глобальную сеть фармацевтические компании, университеты и исследовательские центры.

### «Промед Экспортс»:

- Предоставлять инновационные продукты посредством постоянных научных
- Стать ведущей фармацевтической компанией-производителем высокотехнологичных препаратов;
- Быть наилучшим партнером для стратегических альянсов;
- Стать компанией выбора для сотрудни-

Благодаря применению передовых технологий, использованию современного оборудования, совершенствованию контроля качества выпускаемой продукции индийская фармацевтическая промышленность вошла в число 15-ти ведущих мировых производителей лекарственных препаратов. По объемам производства лекарств Индия занимает третье место в мире после США и ЕС.

С 2007 года компания «Промед Экспортс» начала коммерческое производство на собственном заводе в г. Налагар, штат Химачал-Прадеш, Индия. Завод оснащен самым современным оборудованием производства США и европейских стран и работает по стандартам надлежащей производственной практики, установленным не только Всемирной организацией здравоохранения, то также и Европейским сообществом и Австралией. А в первом квартале 2013 года завод ожидает комиссию на получение американского FDA сертификата. На трех производственных линиях выпускаются офтальмологические препараты, растворы для лечения дыхательных путей, средства для заживления ран, назальные и ушные капли и т.д., расфасованные как в одноразовые, так и в многоразовые флаконы.

На заводе компании используется передовая технология BFS (Blow-Fill-Seal) для асептического производства стерильных растворов. Данная технология считается одной из лучших форм асептической упаковки фармацевтической продукции. Базовый принцип заключается в том, что контейнер формируется, заполняется и запечатывается в непрерывном процессе без вмешательства чеков в фармацевтическом секторе бизнеса. повека в стерильном закрытом помещении внутри машины. Этот процесс уменьшает











Завод в г. Нагалар

риск загрязнения и является экономичной альтернативой обычной асептической обработке. «Промед Экспортс» – первая индийская компания, внедрившая данную технологию производства глазных капель. Вся продукция для различных стран (Россия, ЕС, США) производится на одном предприятии при соблюдении единых мировых стандартов GMP («Надлежащей производственной практики»). С уверенностью можно сказать, что компания предлагает препараты высомым строгим требованиям к лекарственным препаратам в разных странах.

Более 100 индийских компаний имеют в своем распоряжении одобренные FDA предприятия на территории Индии. 30% всех заявок на рассмотрение новых лекарственных средств, направленных в FDA, составляют заявки индийских производителей. На их долю также приходится большинство разрешений FDA на продажу продукции в самих США.

«Промед Экспортс» сертифицирована по международным стандартам качества ISO 9001:2008, ISO 13485:2003, что свидетельствует о жестком контроле на всех этапах производственного процесса. Это означает, что компания поставляет своим клиентам продукцию только самого высокого качества.

По оценкам McKinsey & Co., на долю индийской фармацевтики приходится 8% мирового производства фармацевтических изделий в натуральном выражении и около 1% - в стоимостном. К 2015 году индийский рынок фармацевтической продукции вырастет до 20 млрд долларов, в т.ч. 8 млрд долларов составит доля патентованной продукции транснациональных фармацевтических корпораций. Такой прогноз сделала компания Ernst & Young.

### Основные вехи

1990 г. Основание компании «Промед» 1990 г. Начало работы в России

2006 г. Создание научно-исследовательского центра «Промед» в г. Гургаон

2007 г. Начало производства препаратов на новом заводе в г. Налагар (Индия) 2008 г. Получен первый СЕ-Mark сертифи-

кат продукции; Получены сертификаты ISO 13485: 2003 и WHO-GMP; Crisil присваивает компании «Про-

мед» рейтинг BBB+ тели в экспортных операциях Получен европейский сертификат GMP

2010 г. Зарегистрирован первый препарат в Европейском Союзе

2011 г. Подано 4 заявки на регистрацию препаратов в FDA: Получено разрешение TGA (Управления по контролю за изделиями медицинского назначения Австралии); Начало работы подразделения Provis на внутреннем рынке Индии; PHARMEXCIL награда «Сертификат благодарности»: Первая поставка в США; Завод в Налагаре сертифицирован по ISO 14001 и OHSAS 18001; Получен «Серебряный сертификат» за выдающиеся заслуги и дости-

> жения в производстве «Economic Times India, Manufacturing Excellence

Awards 2011»

было и у российского представительства. Уже 3 года компания поддерживает Экспертный совет по аккомодации и рефракции (ЭСАР), и результатом работы Совета стал выход в свет руководства для практических врачей «Аккомодация», которое было представлено в октябре 2012 года на V Российском общенациональном офтальмологическом форуме. Авторы постарались в простой и четкой форме описать анатомию, фиисследования, патологические состояния и компенсации. Во избежание путаницы в терминологии в руководство включен глоссарий. Члены Совета далеко не единодушны в трактовке теории. Все члены ЭСАР – энтузиасты своего дела, каждый внес свой вклад в понимание проблемы аккомодации и непосредственно в создание практического руководства. В результате плодотворной совместной работы ЭСАР было получено много интересных данных, которые послужили дальнейшему развитию исследований и выработке практических рекомендаций для врачей-офтальмологов. Работа Совета будет, безусловно, продолжаться, в будущем планируется выпуск новых интересных, по-

За последние годы немало достижений

история бренда

лезных пособий для практикующих врачей. За последние два года компания вывела на рынок несколько новых препаратов: Данцил – для офтальмологии и оториноларингологии, Сигницеф – современный антибиотик для стартовой терапии инфекций переднего отрезка глаза, Комбинил Дуо – первый комбинированный препарат, содержащий фторхинолон и стероид.

### Социальные проекты

В компании «Промед» царит атмосфера доброжелательности, открытости и отзывчивости. Пример этому не только сложившиеся отношения внутри коллектива, но и внешние взаимоотношения. Стремление нести в мир добро, помогать нуждающимся людям – основа социальной работы компании. Трепетное отношение президента «Промед» к социальным проектам и его личная поддержка и участие позволяют компании делать больше добрых дел. Активная работа по улучшению качества жизни ведется и в Индии, и во всех странах, где компания велет свой бизнес. Основные направления CSR (Corporate Social Responsibility) проекта: образование, здравоохранение и окру-2009 г. Награда правительства Индии по жающая среда. В Индии ежемесячно оргапроводит для детишек веселые празднино гуманную миссию.

общее число посетителей достигло более в оздоровительные лагеря и т.д. Здания 1060, выявлено 149 больных с катарактой, проведено 124 операции, 507 малообеспеченным старикам, женщинам и детям были ное оборудование для медицинских кабивыданы очки. Ежегодно проводится озеленение территорий в рамках проекта «Go Green». Ведется образовательная программа, направленная на обучение и развитие девочек, которая помогает им быть более само- и лечению зрения у воспитанников детских стоятельными и уверенными в своих силах.

Под опекой «Промед» в России и Индии находятся несколько детских специальных (коррекционных) домов. Компания

детских домов были частично отремонтированы, закуплено необходимое современнетов, произведена замена мебели. Компания стремится обеспечить детям наилучшие условия для комфортной жизни и учебы. В России ведется программа по проверке домов, к работе привлекаются заслуженные офтальмологи страны. Сотрудники компании активно выступают волонтерами в различных CSR проектах, выполняя трудную,

Материал подготовил Сергей Тумар





Завод оснащен самым современным оборудованием и сертифицирован по стандартам GMP



Синдром «сухого глаза» -



Мидриаз и циклоплегия – Ирифрин, Цикломед, Мидримакс



**Инфекция** – Ципромед (глазные и ушные

капли), Сигницеф, Данцил, Комбинил-Дуо



Глаукома – Ксонеф, Окумед

Анестезия – Инокаин

Помогать детям – основа социальной работы компании

35

# Оптимизация расчета оптической силы ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ, ИМПЛАНТИРУЕМОЙ ПРИ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ

### Л.И. Балашевич, Е.В. Даниленко

Санкт-Петербургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

роблема достижения запланированной рефракции в катарактальной хирургии на сегодняшний день весьма актуальна [4]. Этому способствует улучшение техники факоэмульсификации, минимизация хирургического доступа, появспособов расчета интраокулярных линз (ИОЛ), а также создание ИОЛ разного дизайна [1, 3]. Совершенствование диагностических и хирургических методов снизило долю рефракционных «сюрпризов» до 5-10%, когда разница полученной и желаемой рефракции превышала 2,0 дптр, для исправления возникающих при этом нарушений может потребоваться замена линзы или проведение кераторефракционного вмешательства [7]. Точность расчета силы имплантируемой ИОЛ в основном зависит от трех факторов [5, 8, 9]:

1) точности биометрических данных до операции (измерение аксиальной длины глаза, глубины передней камеры, толщины хрусталика, преломляющей силы

2) точности формул расчета оптической силы ИОЛ:

3) контроля качества и силы ИОЛ производителем.

Современный стандарт попадания в «рефракцию цели» в пределах ±0,5 дптр составляет 80-90% [6], при этом фактическое достижение запланированной рефракции не превышает 70%. В основном отклонение от планированной рефракции имеет место у экстремально длинных и коротких глаз, поэтому создание универсальных методов расчета силы интраокулярных линз представляет повышенный

способа расчета оптической силы интраокулярной линзы, предназначенной для первичной коррекции афакии с желаемым рефракционным результатом. В задачи исследования входидо:

1) определить стабильность достигнутого первоначально рефракционного результата и положения линзы в задней камере глаза на основании осмотров оперированных ранее пациентов в сроки от 1 ме-

2) разработать формулы, позволяющие производить расчет ожидаемой после операции глубины передней камеры псевдофакичноление новых методов биометрии и го глаза с использованием данных

3) разработать универсальный алгоритм расчета силы линзы для достижения «рефракции цели» на основании законов параксиальной оптики и созданных нами формул расчета ожидаемой глубины передней камеры оперируемого глаза;

4) рассчитать поправки к формуле академика С.Н. Федорова для достижения «рефракции цели» при разной длине глаза и преломляю-В исследовании использованы

данные 1354 пациентов, которым была проведена факоэмульсификация с имплантацией гибкой линзы AcrySof (Alcon, США) в Санкт-Петербургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза». Все операбез осложнений как в ходе вмешательства, так и в послеоперационимевшие в отдаленном послеопеотсутствии заболеваний, осложнявсем пациентам выполнялось станводились в случае достаточной про-

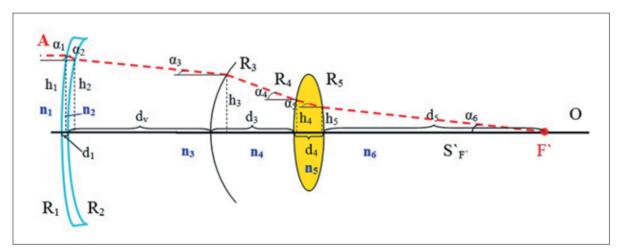


Рис. 1. Оптическая центрированная система (роговица – ИОЛ – стекловидное тело): OO′ - оптическая ось, R₁ - радиус кривизны первой линзы оптической системы, R₂ - радиус кривизны передней поверхности второй линзы.  $R_2$  – радиус кривизны задней поверхности второй линзы, луч AF' пересекает оптическую ось в точке Г' – фокусе оптической системы, S'г – расстояние от последней поверхности раздела с радиусом  $R_3$  до заднего фокуса,  $d_1$  – расстояние между линзами,  $d_2$  – толщина второй линзы,  $n_{1,2,3,4}$  – показатели преломления оптических сред по ходу следования луча АF', h<sub>12.3</sub> - высоты падения луча AF' при прохождении через преломляющие поверхности,  $\alpha_{1,2,3,4}$  – угол падения луча АF' к оптической оси ОО` при прохождении через преломляющие поверхности

ультразвуковая и оптическая биометрия в режиме «Pseudophakic acrvl», томография переднего отрезка глазного яблока. Дополнительные методы исследования выполнялись при необходимости.

При сравнении результатов биометрии, полученной с помощью разных приборов, наблюдалась систематическая разница измерений, ции выполнены через малый разрез которая представлена в табл. 1. Для сравнения величин ПЗО и глубины передней камеры массив данном периоде. Отбирались пациенты, ных разделен на 3 группы по длине глаза, измеренной ультразвукорационном периоде остроту зре- вым методом до операции. Отмения с коррекцией не менее 0,5 при ченные величины статистически ющих трактовку результата опе- сравнении величин ПЗО, измеренрации. На дооперационном этапе ных одним и тем же методом до и дартное обследование с расчетом верные различия в каждой групсилы имплантируемой линзы по пе. Поскольку факоэмульсификаформуле С.Н. Федорова. Биометрия ция не меняет размеров глазного и расчет на приборе «IOLMaster» яблока, по-видимому, это явление (Carl Zeiss Meditec, Германия) про- связано с использованием средних скоростей ультразвука и средних зрачности оптических сред. В отда- показателей преломления в приинтерес. В связи с этим цель на- ленном периоде после факоэмуль- борах. Результаты разных метостоящего исследования состояла сификации проводились визоме- дов измерения ПЗО также показав разработке нового более точного трия, автокераторефрактометрия, ли значимые различия, что можно роговицы по данным автокератометрии

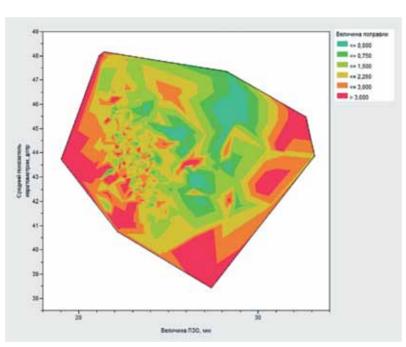


Рис. 2. Альтиметрическая карта распределения величин поправок к формуле С.Н. Федорова для достижения эмметропической рефракции на основании величины ПЗО и среднего показателя кератометрии. Величина поправки в дптр определяется по цвету зоны, соответствующей точке пересечения прямых от величины ПЗО и средней оптической силы

### Сравнение данных разных методов биометрии

Измеряемый параметр	Метод измерения	Сравниваемый параметр	Группа І	Группа II	Группа III
П30	А-скан «Тотеу-3000» (Тотеу, Япония)	Разница измерений	45,38±41,32*	60,26±19,07*	39,05±32,36*
	«IOLMaster» (Carl Zeiss Meditec, Германия)	факичного и псевдофакичного глаза	53,24±9,73*	89,43±4,73*	110,28±9,05*
		Разница измерений до ФЭК+ИОЛ	-211,78±20,57	-211,96±8,92*	-263,32±18,54*
	«Tomey-3000» и «IOLMaster»	Разница измерений после ФЭК+ИОЛ	-285,63±43,51*	-273,83±18,71*	-150,00±37,94*
Глубина передней камеры псевдофакичного глаза	«Visante™OCT» (Carl Zeiss Meditec, Германия)		4,22±0,03*	4,59±0,02*	5,03±0,03*
	«Pentacam HR» (Oculus, Германия)		4,25±0,08*	4,55±0,05*	4,90±0,07*
	«OcuScan™RxP» (Alcon, США)		4,01±0,03*	4,24±0,02*	4,68±0,04*
Сила роговицы	«Righton Speedy-К» (Righton, Япония)	Разница измерений	0,03±0,01		
	«IOLMaster» (Carl Zeiss Meditec, Германия)	до и после ФЭК+ИОЛ	0,02±0,02		

### объяснить разными принципами Поправки к формуле С.Н. Федорова для достижения «рефракции цели» работы приборов и техническими при расчете заднекамерных линз особенностями проведения исследований. Глубина передней камеры псевдофакичного глаза также отли-

ПЗО (мм)	«Рефракция цели» (дптр)	Средний показатель оптической силы роговицы (дптр)	Величина поправки (дптр)	Количество наблюдений
19,02-21,96	эмметропия	41,12 - 43,87	+2,66±0,55	23
		44,00 - 48,38	+1,82±0,18	71
	эмметропия	40,50 - 41,87	+2,16±0,25	49
22,02-24,46		42,00 - 43,87	+1,92±0,11	286
		44,00 - 47,87	+1,70±0,08	270
	эмметропия	37,37 - 41,87	+1,78±0,29	28
		42,00 - 43,87	+1,25±0,21	66
24,51-33,18		44,00 - 47,37	+0,55±0,55	33
	миопия слабой степени	39,37 - 43,87	+3,98±0,47	52
		44,00 - 47,87	+2,98±0,32	58

тированной линзы. Мы определяли стабильность рефракционного результата по данным визометрии через 1, 6, 12 месяцев и более после факоэмульсификации и считали результат стабильным при наличии его изменений, не превышающих 0,5 дптр. При сравнении и учитывает положение главных чий не выявлено. При сравнении ланных через 1 и 12 месяцев выяврического, так и сфероцилиндрического компонентов рефракции. Подсчитано, что рефракционный результат операции менялся бо- диус кривизны хотя бы одной из лее чем на 0,5 дптр в 16,22% слу- ее поверхностей, а также показачаев, изменения имели небольшую -0,16±0,48 дптр. Таким образом, расчета. Использование биометрив сроки около полугода рефракционный результат факоэмульсифика- ских характеристик имплантируции может незначительно меняться Также оценивалась стабиль-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

чалась по результатам измерения 3 методов, что объясняется в основном разными принципами работы приборов. При сравнении средних

показателей кератометрии, полученных с помощью автокератометра и «IOLMaster» до и после факоэмульсификации через малые разрезы, статистических различий не

Таким образом, использование

предложенной разницы данных

биометрии, полученных на разных

приборах, может быть примене-

но для выявления ее ошибок и яв-

ляться основанием для повторения

замеров, а ее несоблюдение мо-

жет рассматриваться как возмож-

ная причина погрешности расчета

Постоянство рефракционного

результата операции позволяет

оценить точность расчета имплан-

ность положения линзы в задней ных формулах. сяцев после операции пациентам выполнялась оптическая когерентная томография переднего отрезка глазного яблока на приборе «Visante™OCT» (Carl Zeiss Meditec, толщину, и определяем положение Германия). Измерялись расстояния от эндотелия до передней поверх- и расстояние между главными плоности ИОЛ, диаметр роговичного скостями. Вносим поправки к велисегмента на уровне корня радужки и толщина роговицы. Выявлено, и ПЗО в соответствии с положечто в указанные сроки они остава- ниями главных плоскостей линзы, данной выборки можно сделать рассчитываем силу уже «толстой» вывод, что в сроки более 1 месяца иннзы. Алгоритм повторяем до тех после неосложненной факоэмульсификации при отсутствии сопут- линзы отличается от рассчитанной ствующей патологии, в частности, на цикл ранее на величину менее связочного аппарата хрусталика, глубина передней камеры остается стабильной.

ния линзы дает основание строить В исследовании также была ререднеи камеры псевдофакичного модели 2 – 24 мкм.

а соответственно, универсальным, результатов (рис. 2).

результатов визометрии через 1 и плоскостей линзы. Псевдофакич- но заключить, что постоянство реф- о готовности полученных результа-6, а также через 6 и 12 месяцев по- ный глаз рассматривается как ракционного результата позволяоптическая система, где преломляющие поверхности с известными интраокулярных линз. Стабиль- а соответственно, повышения часредами с известными показателями преломления (рис. 1). Конфигурация линзы, включающая толщину оптической части по краю, ратель преломления материала линвеличину и составили в среднем зы, играет важную составляющую способ определения силы линзы емой линзы исключает необходимость применения усредненных констант, используемых в извест-Цикл вычислений включает рас-

чет силы «тонкой» линзы, далее мы принимаем линзу найденной силы за «толстую», то есть имеющую ее передней главной плоскости чинам глубины передней камеры танного нами метода составляет 0.17 дптр при использовании дан-Отсутствие изменений положе- ных оптической биометрии.

модели определения глубины пе- шена практическая задача увеличения точности формулы Федоро глаза как важного элемента расче- ва путем внесения в нее поправок та силы ИОЛ. С помощью регрес- для расчета заднекамерных линз, сионного анализа выявлены факто- связанных со смещением линзы ры, значимо влияющие на глубину из плоскости зрачка в капсульный передней камеры в послеопераци- мешок. Для расчетов нами отобраонном периоде. Это - оптическая ны истории болезни пациентов, сила имплантированной ИОЛ, ПЗО, у которых эмметропия или миоглубина передней камеры факич- пия слабой степени после операного глаза, диаметр роговичного ции была достигнута с точностью сегмента на уровне корня радуж- до 0,5 дптр. В полученной выборки, средняя оптическая сила рого- ке определены поправки как разнивицы, а также факт имплантации ца силы рассчитанной по формуле линзы AcrySof® ReSTOR (p<0,05). Федорова и реально установлен-На большом статистическом мате- ной линзы. Группы сформировариале нами построены 2 модели ны по величине ПЗО и силы роопределения искомого параметра говицы, различия поправок в них [2]. Точность модели 1 – 22 мкм, достоверные (табл. 2). Для расчета силы заднекамерной линзы по-Разработанные модели мы при- правку нужно прибавить к силе менили для построения алгоритма линзы, полученной по формуле определения силы ИОЛ по форму- Федорова. Также имеется альтилам параксиальной оптики. Дан- метрическая карта для наглядноный метод является теоретическим, сти и визуализации полученных

Обобщая вышеизложенное, можность положения интраокулярной линзы дает основание строить надежные модели определения глубины передней камеры подлежачении данных моделей в алгоритм. использующий формулы паракс задаваемой точностью и «рефво хорошо «работает» при любых сочетаниях биометрических паратана среднестатистическая разница результатов разных методов ки измерений. Получены удобные для практического использования определенную, не равную нулю для расчета силы заднекамерных линз. Таким образом, обширность

тов к практическому применению стоты достижения запланированной рефракции у оперируемых

- Балашевич Л.И. Хирургическая коррекция аномалий рефракции и аккомодации. - СПб.: Человек, 2009. – 296 c.
- 2. Балашевич Л.И., Даниленко Е.В., Ефимов О.А. К алгоритмам расчета глубины передней камеры псевдофакичного глаза // Катаракт. и рефр. хирургия. – 2011. – Nº 4. – C. 13-18.
- 3. Тахтаев Ю.В. Интраокулярная коррекция аметропий и пресбиопии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2008. – 36 с.
- 4. Connors R., Boseman P., Olson R.J. Accuracy and reproducibility of

biometry using partial coherence interferometry // J. Cataract Refract. Surg. – 2002. – Vol. 28. – P. 235-238. 5. Drexler W., Findl O., Menapace R. et al. Partial coherence interferometry:

a novel approach to biometry in

cataract surgery // Am. J. Ophthal-

- mol. 1998. Vol. 126. P. 524-534. 6. Gale R.P., Saldana M., Johnston R.L. et al. Benchmark standards for refractive outcomes after NHS cataract surgery // Eye. – 2009. –
- 7. Holladay J.T., Prager T.C., Ruiz R.S. et al. Improving the predictability of intraocular lens power calculations // Arch. Ophthalmol. – 1986. – Vol. 104. – P. 539-541

Vol. 23. – P. 149-152.

- 8. Olsen T., Olesen H. IOL power mislabeling // Acta Ophthalmol. – 1993. – Vol. 71. – P. 99-102.
- 9. Preussner P.-R., Wahl J., Lahdo H. et al. Ray tracing for intraocular lens calculation // J. Cataract Refract. Surg. – 2002. – Vol. 28. – P. 1412-1419.



ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГИГИЕНЫ ВЕК

- ◆ РАСТВОРЯЕТ И УДАЛЯЕТ ВЫДЕЛЕНИЯ И ОМЕРТВЕВШИЕ КЛЕТКИ
- ОБЕСПЕЧИВАЕТ ЧУВСТВО СВЕЖЕСТИ
- СОХРАНЯЕТ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ВИД ВЕК
- ЗАБОТИТСЯ О КОЖЕ И ГЛАЗАХ
- УДОБНЫЙ В ПРИМЕНЕНИИ



OOO "БИОКОДЕКС" 119019, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 21 Тел. (495) 783 26 80, факс (495) 783 26 81

# Методы исследования хрусталика

ТВОРЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

### К.С. Аветисов

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

русталик (лат. – lens cristallina) имеет форму, сходную с двояковыпуклой (т.е. собирающей) линзой. Передняя (более плоская) поверхшаровидной форме и имеет радиус кривизны, в среднем равный 10 мм. Задняя поверхность (более выпуклая) имеет форму параболоида с кривизной в области вершины приблизительно 6 мм. В норме толщина хрусталика в центральной части колеблется от 2,9 до 5,1 мм и в среднем составляет 3,8 мм, а его диаметр – от 9 до 10 мм. Поскольку хрусталик не является правильной геометрической фигурой, линейные величины лишь отчасти отражают особенности его формы. Видимо, поэтому Salzmann (1913) отмечал: «Получить правильное представление но только при исследовании свежего материала... Но и свежий хрусталик заметно изменяет свою форму и кривизну поверхностей, как только освобождается от своих связей...»

Основные функции хрусталика сводятся к светопроведению, дродинамики соответственно). фотопротекции и светопреломлению. Кроме этого, хрусталик выполняет роль условного барьера, отделяющего передний отдел глаза от заднего. Функция светопроведения обеспечивается прозрач-

по мнению М.А. Островского, обе- структурами, а при наличии помут- стоянии друг от друга. При этом а также измерение переднезадней спечивает эффект фотопротекции нений – их локализацию, интенсивмакулярной зоны сетчатки.

в формировании астигматизма. счет механизма аккомодации.

емую «иридо-хрусталиковую дианей камеры. Возможные нарушения лены увеличением объема хрусталикоморфические», «факотопические»

Исходя из клинических потребностей (в первую очередь потенци- света осветителя щелевой лампы, срезов хрусталика с последующей альной необходимости «катарак- во втором – за счет отражения дифтальной» хирургии и возможности факогенных нарушений гидродина- от сетчатки (так называемый «эф- нию большинства исследователей, мики), при исследовании хруста- фект ретроиллюминации»). При для получения адекватной инфорлика необходимо оценить его прос возрастом хрусталик выполняет зрачность, рефракцию, размеры, то- зрачность хрусталика, а при налироль естественного светофильтра за пографические взаимоотношения

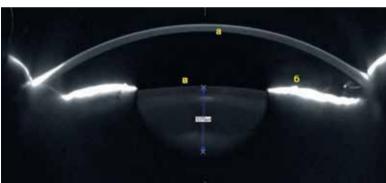


Рис. 1. Оптические срезы структур переднего отдела глаза: а – роговицы; б – радужки; в – передней капсулы хрусталика

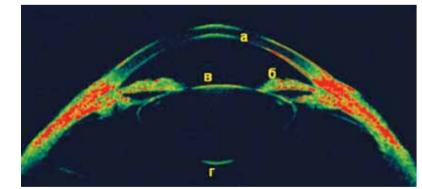


Рис. 2. Эхографическая картина структур переднего отдела глаза, полученная с помощью ультразвуковой биомикроскопии (эхографические срезы: а – роговицы; б – радужки; в, г – передней и задней капсул хрусталика соответственно



Рис. 3. Ультразвуковой срез хрусталика в В-режиме серой шкалы (аксиальная плоскость сканирования): 1 – передняя капсула; 2 – передние корти- (Т. Scheimpflug) и основанном на клинической рефракции глаза ющая способность датчика обеспекальные слои; 3 - ядро; 4 - задние кортикальные слои; 5 - задняя капсула получении изображения объектов, (в частности, ее сферического и чивает возможность визуализации

Если общая физическая рефрак- в «офтальмологической» литерату- глаза получают за счет фоторегиция глаза составляет 60-65 дптр, ре термин «плотность» в основном то на долю хрусталика приходит- характеризует клинические осося приблизительно 20 дптр. При бенности вещества (как правило, этом выраженная в различной сте- в контексте возможного проведепени асферичность хрусталика мо- ния факоэмульсификации) и не со- счет кругового вращения осветите- переднезадней оси и специальные ность хрусталика приближается к жет иметь определенное значение ответствует физическому понятию. ля вокруг глаза и регистрации оп-Наиболее доступным («студен-Именно хрусталик обеспечивает ди- ческим») методом исследования дианах хрусталика. Такой принцип намичность рефракции вследствие хрусталика является осмотр в так успешно реализован в различных

называемом «проходящем свете» Образуя с радужкой так называ- зеркала. Метод, позволяя лишь орифрагму», хрусталик с одной стороны хрусталика и наличие в нем помутвыполняет функцию разделительно- нений, остается незаменимым в пе- «Pentacam»). Кроме этого, в прибого барьера между передними и за- диатрической практике для первичдними отделами глаза, а с другой ной диагностики врожденных ката- деления величины угла и объема ской рефракции в сторону миопии); - может влиять на продукцию и от- ракт у детей первых месяцев жиз- передней камеры, «топографичени. Для ориентировочной оценки из задней камеры в переднюю и че- прозрачности хрусталика при отсут- поверхностей роговицы, ее толщирез дренажную систему угла перед- ствии других причин снижения зре- ны в различных участках. Следует о форме и величине хрусталика мож- гидродинамики могут быть обуслов- го метода визометрии. новным метолом исследования хруго положения и, наконец, лизисом сталика. При этом используют два вицы с целью ранней диагностики

и «факолитические» нарушения ги- ние. В первом случае осмотр хрусталика производят в условиях бокового освещения узкой полоской фузного коаксиального освещения этом субъективно оценивают прочии помутнений – их локализацию

резрелая) и ее плотность. Для характеристики последнего показателя, как правило, оценивают цвет хрусталика, например, с помощью разработанной японскими исследователями си- ней поверхностей хрусталика. С цестемы углубленной цветовой гра- лью некоторого упрощения методидации (The Japanese Cooperative svstem – CCESG). В этой классификации предполагаемая плотность гает получение оптического среза нении цветовых градаций от блед- шим увеличением фотограмм хруно-желтого до коричневого (прокак желтые и желто-коричневые). ней поверхностей, а также толщину в центральной зоне с помощью Интенсивные помутнения перед- в центральной зоне и объем в цекальных слоев хрусталика делают пользовал геометрические построепрактически невозможным деталь- ния, предполагающие шаровидную и клиническом опыте с помощью всем корректным (как известно, за- му) не совсем корректно. биомикроскопии можно оценить дняя поверхность хрусталика имеет ие (ориентируясь на глубину пе неза соответственно).

ний хрусталика используют его ре- няются. Теоретически необходитроиллюминационное изображение мость оценки указанных свойств хрусталика. с последующей цифровой обработ- может возникать в следующих кой. Попытка интегрировать дан- клинических ситуациях: 1) при ные биомикроскопии и визометрии удалении хрусталика для расчета сталика является ультразвуковая осуществлена еще в одной класси- оптической силы интраокулярной биомикроскопия (рис. 2), первые фикации – Wilmer System, в которой линзы; 2) для оценки возможного сообщения о применении котоучитывают три критерия: остроту влияния хрусталика на так назы- рой появились в начале 90-х годов зрения, интенсивность и распространенность помутнений хрусталика (Brown N., Bron A.J., 1996).

Количественные и достаточно сложные методы оценки прозрачности хрусталика основа- косвенные способы оценки опти- «глубине» зоны визуализации струкны на принципе, предложенном ческих свойств хрусталика. Эти тур, которая ограничивается передеще в начале XX века фотогра- способы предполагают опреде- ним, преэкваториальным отделом фом из Германии Шаймпфлюгом ление (или прогнозирование) глаза. При этом высокая разреша-

четкие оптические срезы различность и плотность. Употребляемый ных структур переднего отрезка страции (*puc.* 1).

Дальнейшее усовершенствова-

ние метода заключалось в применении принципа сканирования за тических срезов в различных меривариантах современных приборов с помощью офтальмоскопического в виде регистрации по различным меридианам оптических срезов хруентировочно оценить прозрачность сталика с последующей денситометрией (приборы Nidek EAS-1000 и рах заложена возможность опреской» кривизны передней и задней тике указанные устройства в основ-Биомикроскопия является ос- ном используют для оценки преломляющей силы и толщины рогоего вещества (так называемые «фа- основных приема: оптический срез кератоконуса и решения различных ракционной хирургией.

Возможности методов, предполагающих регистрацию оптических денситометрией, существенно лимитируют размеры зрачка. По мнемашии ширина зрачка должна быть Методы исследования рефрак-

ционных свойств хрусталика можний используют такие критерии, и косвенные. К первым из них можкак степень зрелости катаракты но отнести достаточно сложные (начальная, незрелая, зрелая, пе- и не получившие распространения в клинической практике офтальмометрический метод Гельмгольца и радиусы кривизны передней и задки исследования А.И. Дашевский тальмометрии, который предполасталика позволяет определить ра-

Объективизация исследования хрусталика достаточно сложны, ваемые «индуцированные изменения» клинической рефракции.

пользуют методики, которые мо- чительно повышает разрешающую гут быть условно обозначены как способность исследования в ущерб

счет своего спектра пропускания и, с близлежащими анатомическими расположенных на различном рас- астигматического компонентов).

Оптическую силу интраокулярной линзы рассчитывают по специальным формулам, в которых используют величину предполагаемой клинической рефракции, рефракцию роговицы, величину константы.

называемых «хрусталиковых изменений» клинической рефракции, то для этого возможно применение следующего алгоритма:

- 1) тщательный сбор анамнеза и выявление сопутствующих заболеваний (например, синдрома Марфана, сахарного диабета, при которых может иметь место сдвиг клиниче-
- 2) исключение нарушений аккомодации (спазма или паралича и соответствующего сдвига рефракции в сторону миопии или гипер-
- 3) оценка возможного влияния местной терапии (например, инстилляций пилокарпина, в ряде случаев приводящих к «миопизации»);
- 4) выявление помутнений хрусталика (возможно индуцирующих «миопизацию» и в ряде случаев формирование хрусталикового

При этом оценивают (в том числе в динамике) величину переднезадней оси и рефракцию роговицы (например, для исключения кератоконуса или прогрессирующей миопии), а наличие или отсутствие хрусталикового астигматизма определяют по разнице между величиной общего астигматизма (измеряеморования интенсивности помутне- но условно разделить на прямые го одним из методов исследования клинической рефракции) и рогос помощью офтальмометрии и кератотопографического метода).

Достаточно объемный блок диофтальмофакометрический метод агностических исследований хру-Чернинга, позволяющие измерить сталика основан на применении энергии ультразвука. В клинической практике различные варианты ультразвуковых исследований Cataract Epidemiology Study Group (1953) предложил метод фотооф- структуры и положения хрусталика. Как правило, применяют два основных принципа исследовапомутнений возрастает при изме- хрусталика. Измерение под боль- ния: А-сканирование (одномерное изображение) и В-сканирование (двухмерное изображение). Измежуточные градации оценивают диус кривизны его передней и зад- мерение толщины хрусталика ней капсулы и передних корти- лом. В последнем случае автор ис- ляется основным методом оценки размеров хрусталика. Следует еще раз подчеркнуть, что судить по ный осмотр его ядерных и задних форму передней и задней поверхно- этой линейной величине об объеотделов. При определенном навыке стей хрусталика, что является не соме хрусталика (учитывая его фор-

В работах Г.Д. Малюты (1995), размеры хрусталика и его положеформу параболоида вращения). М.Т. Азнабаева (2001), А.Д. Чупро-Следует еще раз подчеркнуть, ва (2004) показана принципиал редней камеры и наличие иридодо- что описанные выше методы опре- ная возможность применения ульделения рефракционных свойств тразвуковой эхографии для оценки плотностных характеристик ядра возможна за счет фоторегистра- трудоемки и в клинической прак- хрусталика. Именно с этими исции. Так, для регистрации помутнетике в настоящее время не примеследованиями связано появление

Сравнительно новым методом

ультразвукового исследования хрупрошлого столетия. Применение высокочастотного сканирования И в том и в другом случае ис- (в диапазоне от 35 до 100 МГц) зна-



исследования хрусталика (поляризационная биомикроскопия, квантитативный анализ изображений хрусталика с помощью спектрального фильтра, компьютерная томография) носят единичный характер и представляют в основном теоретический интерес.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

Перспективы повышения качества ультразвукового исследования хрусталика связаны с применением метода ультразвуковой пространственной визуализации. Революци онные изменения ультразвуковых исследований в офтальмологии связаны с внедрением в клиническую практику серии приборов нового поколения, отличительные особенности которых выделены И.Ю. Насниковой, С.И. Харлапом и Е.Б. Кругловой, авторами единственной в нашей стране монографии, посвященной пространственной ультразвуковой диагностики заболеваний глаза и орбиты. В обобщенном виде эти особенности могут быть сформулированы следующим образом.

- 1. Внедрение методов компьютерной обработки сигналов, получаемых в процессе ультразвукового сканирования, позволяет получать информацию с различными оттенками серой шкалы как в режиме реального времени, так и в цифровой
- 2. Возможность получения объемного изображения структур (трехмерная ультразвуковая томография - 3D) базируется на сложении и анализе множества сканограмм в различных плоскостях. Анализ трехмерного изображения возможен в режиме реконструкции или в реальном времени.

3. Современные приборы оснащены системой широкополосного цифрового формирования ультразвукового луча. Разрешающая способность при сканировании тканей глаза приближается к 40 мкм, что в сочетании с различными модификациями трехмерного анализа позволяет на уровне, сопоставимом с морфологическими исследованиями, оценивать вариации структурных изменений исследуемых тканей.

Новые подходы к исследованию хрусталика и близлежащих структур переднего отрезка глаза на основе комбинированного (В-сканирования и пространственной визуализации) ультразвукового метода были подробно изучены в серии работ, проведенных в НИИ глазных болезней

В частности, предложен алгоритм комбинированного ультразвукового исследования, обеспечивающий возможность определения ская плотность хрусталика.

следующих 4-х этапов.

ся использовать линейный датчик с частотой 10-16 МГц в двухмерном В-режиме серой шкалы (рис. 3). и его ядра в серой шкале с дальней-Высокое качество эхограмм позво- шим определением его структурной

2. На втором этапе исследования сравнительный денситометрический кулярных плоскостях; анализ ядерных, передних и задних кортикальных слоев хрусталика капсул хрусталика; с определением так называемой «уль-(2D) тканевых гистограмм (рис. 5). ских структур).



Рис. 4. Эхографический срединный срез хрусталика и его ядра правого (1, 2) и левого (3, 4) глаза позволяет определить диаметр (D1), толщину (D2), площадь в плоскости сечения (A), а также длину окружности (С), соответствующую сечению как ядра, так и хрусталика в целом. Результаты измерений представлены в правом нижнем углу рисунка

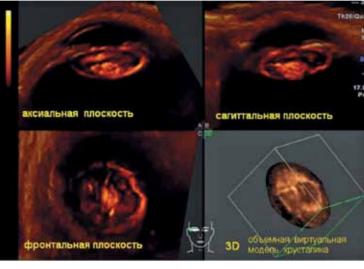


Рис. 6. Пространственные эхограммы в различных плоскостях сканирования: виртуальная модель хрусталика

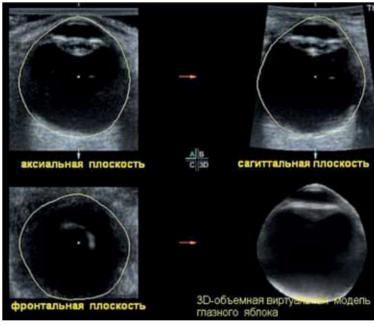


Рис. 8. Пространственные эхограммы с восстановленной объемной виртуальной моделью глазного яблока

3. На третьем этапе исследо- 4. На заключительном этапе таких параметров, как толщина и вания используют объемный дат- анализируют объемные изображевой срез хрусталика в трех ортоголективная и суммарная акустиче- сагиттальной и фронтальной), что лика (рис. 8-10). обеспечивает возможность оценки гает последовательное применение ультразвуковое изображение хру-1. На первом этапе рекомендует- дующие параметры (рис. 6, 7):

- объем хрусталика и его ядра; – рельеф поверхности хрусталика ных (3D-гистограмм) критериев;

– эхографическую структуру хрув В-режиме серой шкалы проволят сталика в трех взаимно перпенди-

- состояние передней и задней

пространственное положение

объем хрусталика, глубина и объ- чик 5-12 МГц. При объемном ска- ния глазного яблока, передней каем передней камеры, ширина угла инровании получают ультразвукомеры и стекловидного тела с целью яблока и стекловидного тела, се- нальных плоскостях (аксиальной, ров указанных структур и хруста-

Таким образом, разработанную Разработанный алгоритм ультра- объема, поверхностной топографии методику пространственного ультразвукового исследования предпола- и структуры объекта. Виртуальное звукового исследования хрусталика можно расценивать как стандартный сталика позволяет оценить его сле- алгоритм, состоящий из нескольких этапов последовательного применения различных ультразвуковы режимов (B- и 3D-режимов серой шкалы). В плане исследования хрусталика данная методика позволяет ляет проводить основные биоме- однородности с использованием как получать численные представления хрусталика и его ядра, а также селективно оценивать акустическую плотность хрусталика.

Доказана эффективность метода оценки селективной и общей плотности «катарактального» хрусталитразвуковой» или «акустической» хрусталика (топографию относи- ка (за исключением так называемых плотности на основе двухмерных тельно близлежащих анатомиче- «бурых» катаракт). Информатив- описанный выше алгоритм ком- ных» ИОЛ с целью коррекции рефность метода подтверждена высокой бинированного ультразвукового ракционных нарушений. 📘



Рис. 5. Денситометрический анализ передних (2) и задних (3) кортикальных слоев, а также ядра хрусталика (1) в В-режиме серой шкалы с использованием функции 2D-гистограмм: А – акустическая плотность в условных единицах; SD - стандартное отклонение. Результаты анализа представлены в нижнем правом углу рисунка

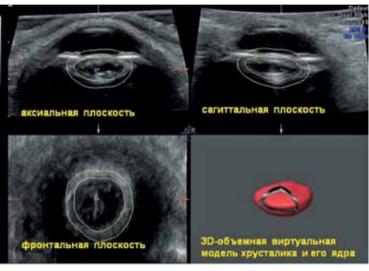


Рис. 7. Пространственные эхограммы в различных плоскостях сканирования: виртуальная модель ядра хрусталика

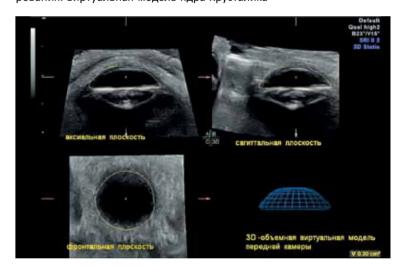


Рис. 9. Пространственные эхограммы с восстановленной объемной виртуальной моделью передней камеры

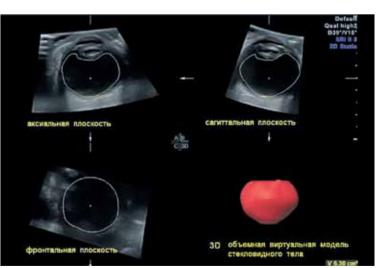


Рис. 10. Пространственные эхограммы с восстановленной объемной виртуальной моделью стекловидного тела

корреляцией суммарной величины исследования хрусталика может ка и кумулятивной энергией ультраных экстракапсулярным методом.

трические измерения, в том числе качественных, так и количествен- о линейных и объемных размерах акустической плотности хрустали- быть рекомендован для дооперационного обследования пациентов звука (англ. – cumulative dissipated с осложненными (например, при energy), затраченной в ходе опера- частичной несостоятельности свяции факоэмульсификации, а также зочно-капсулярного аппарата хрув качестве дооперационного способа результатами механографических сталика) катарактами, диагностиисследований хрусталиков, удален- ки и мониторинга факогенных нарушений гидродинамики, оценки С практической точки зрения условий для имплантации «факич-

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



38

# Корифей

# Лекция памяти профессора Льва Владиславовича Коссовского

С золотой медалью окончен 10-й класс

ШРМ. Лев Коссовский – единственный золо-

той медалист среди выпускников всех вечер-

них школ города, и в 1947 году его как меда-

листа и фронтовика зачисляют на лечебный

факультет медицинского института. Далее –

учеба, красный диплом, три года клиниче-

ской ординатуры по офтальмологии, год ра-

боты в трахоматозном диспансере в далекой

Уразовке, два года самостоятельной рабо-

ты в Арзамасе. В 1959 году взяли ассистен-

том кафедры глазных болезней в г. Горький.

Конференции не проводятся, съезды не со-

бираются. (Напомню, что второй съезд оф-

тальмологов СССР проходил в 1936 году,

а третий – в 1966 году.) Иностранной про-

фессиональной литературы нет. Интерне-

та, кстати, тоже нет. Единственная возмож-

ность выглянуть за привычный горизонт -

в Горьком на рубеже 50-60-х годов? Жемчу-

жина глазной хирургии – экстракция ката-

ракты – выполнялась методом широкого

вскрытия передней камеры ab interno ли-

нейным ножом Грефе. Ядро и кортикаль-

ные массы петлей или массажем выводились

наружу, швов не существовало - наклады-

валась бинокулярная повязка, постельный

режим на 10-12 суток, после чего проводи-

лось воспетое в литературе и кинематогра-

фе снятие повязки, сопровождаемой кри-

ком: «Я вижу, доктор!» Очень актуальным

был вопрос: «Созрела ли катаракта?» Так

как ее незрелость делала операцию крайне

двух картинок, между которыми дистанция

ровно 100 лет (рис. 1, 2). То есть за 100 лет

чал пробовать накладывать швы, сначала

один, потом два, потом три, за что «огреб по

полной» от тогдашнего глазного руководства

(рис. 3). Но осложнений стало меньше, сро-

ки постельного режима - короче, результа-

ты – лучше, и от экспериментатора отстали.

вич предложил выполнять технически край-

не сложную до этого момента интракапсу-

лярную экстракцию катаракты в варианте

криоэкстракции. Это был огромный прогресс, и доктор Коссовский первым в Горь-

ком начал внедрять новую технологию

чения гиперфильтрации при трепанации

по Эллиоту – начал применять биоткани,

что позже легло в основу его докторской

В середине 60-х годов в «Вестнике офталь-

мологии» стало появляться слово «микрохи-

рургия». Еще не имея адекватного инстру-

ментария для проведения микрохирурги-

ческих операций, Лев Владиславович оце-

нил потенциальную микрохирургическую

глубину и приспособил к операционному

столу списанный кольпоскоп. Оперировать

стало неудобно, медленно, болела спина, но он заставил себя перестроить свои мануаль-

...В 1965 году в «Известиях» публику-

диссертации (рис. 5).

В 1961 году польский офтальмолог Крва-

ничего в этой хирургии не изменилось!

Но самое поразительное – это сравнение

Доктор Коссовский первым в городе на-

Что представляла собой глазная хирургия

полуторамесячная поездка в Одессу.

### Профессор Г.Е. Столяренко

ри подготовке этого выступления я, с учетом собственного прожигого, попытался понять, кем был Лев Владиславович\* для меня и для других, кому довелось пройти часть своего жизненного пути рядом с ним. Учителем в профессии? Без сомнения. Но научить держать пинцет, завязывать швы или увидеть макулу через зеркальный офтальмоскоп это только самое малое из учительства. Важнее то, что само нахождение рядом с ним давало шанс понять, где они, истоки того невероятного обаяния, магнетизма личности и профессиональной блистательности, способности увидеть путь, где его никто не ищет, и силы сделать то, что до него никто не лелал.

У него не было учителей, он двигался по жизни, находя в ней, в книгах то, что обогашало и органично сочеталось с его. Богом данной, нравственной основой. Я бы выделил два важнейших, базовых принципа, которые стали для него путеводными и которым он не изменял всю свою дальнейшую жизнь.

Первый принцип был усвоен в студенческие годы, когда в его руки попала книга протоколов Нюрнбергского процесса. В ней он наткнулся на приведенные председателем трибунала Джексоном строки из

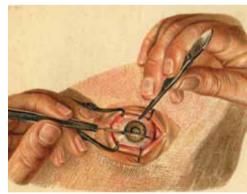






Рис. 5.

Декларации независимости США о том, что все люди сотворены равными, все они наделены Творцом неотъемлемыми правами, к числу которых принадлежат жизнь, свобода и стремление к счастью. Право человека стремиться к счастью, особенно в контрасте с окружающей тиранией, поразило его и сформировало его безусловное уважение права других людей на счастье, стремление бороться за свое право, не ущемляя чужого.

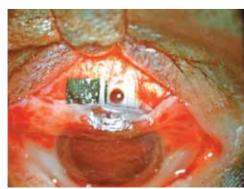
Второй принцип – постулат Декарта: все подвергай сомнению. Бери отовсюду лучшее и думай, как это сделать еще лучше или вообще по-другому.

Это сегодня такой посыл уже ни для кого не удивителен. Давно и широко известно выражение основоположника витреальной хирургии Роберта Махемера о прогрессе: «Прогресс зарождается только там, где нет шаблонов» ("Progress comes from doing the unconventional"). Вся биография Стива Джобса также построена на слогане «Думай иначе». Но мы то говорим о юноше, который начинал свой путь в государстве, где человек – ничто, народ – все, где шаг в сторону – это побег, а инакомыслящий – идеологический враг, которого уничтожают.

Но, как говорится, «отыщи всему начало, и ты многое поймешь». Поэтому несколько слов о начале жизненного пути Льва

...1945 год, 20-летний парень демобилизовался с Северного флота. За плечами восьмилетка - хотя и со всеми пятерками, но путь к высшему образованию закрыт. Доучиваться в школе два года – невозможно: школьникам не давали продовольственных карточек, а семья бедствовала. Поступил в авиационный техникум – студентам техникумов карточки полагались - и одновременно поступил в 9-й класс школы рабочей молодежи. Проучился год. Дальше совмещать 2-й курс техникума и 10-й класс школы было тяжело. Ситуация складывалась безвыходная, но не для него. Оставаясь в 10-м классе, он уходит из авиационного техникума и поступает на 1-й курс радиотехнического техникума и опять – из-за продовольственных карточек.





ется статья журналиста А. Аграновского диславович «заболевает» идеей интраокулярной коррекции афакии. В 1974 году,

ные навыки и, как оказалось, был прав.



Л.В. Коссовский в молодости

одной из конференций, попросил разрешения посмотреть производство хрусталиков, но получил отказ.

С этого момента и началось в полном

смысле слова феерическое десятилетие в жизни Льва Владиславовича и его команды. Без сомнения, яркий пример Федорова был одним из детонаторов последующего мощного творческого взрыва, но не единственным. К середине 70-х годов в г. Горьком сформировался, как сейчас модно говорить, «кластер» высокотехнологического оборонного приборостроения. Был необходим «центр кристаллизации» вокруг гуманистической идеи: «работать для людей, а не для войны». Таким центром и стал Лев Владиславович. Федоров отказал Коссовскому, прекрасно поняв его творческий потенциал и техническую подготовленность, и даже через некоторое время пытался уговорить Льва Владиславовича переехать в Москву. Но тип общения с Федоровым возможен был только один: «жесткая вертикаль власти», а «петь в хоре мальчиков» Лев Владиславович никогда не мечтал даже у великого хормейстера. Теперь отказ получил

«Ну, и ладно, – решил Лев Владиславович. - слелаем сами, но не массовый, постоянно выскакивающий ИРИС «Спутник», а хрусталик, с которым человек может вести реально полноценную жизнь». Начались поиски информации. Иностранными языками Лев Владиславович не владел, библиотечную работу не очень любил, поэто-В хирургии глаукомы были по сути две му студент с «самопальным», но все-таки операции: трепанация склеры по Эллио- английским, был снаряжен в единственную ry и ириденклейзис. Доктор Коссовский в то время в стране медицинскую библи одним из первых в стране - для ограни- теку на Площади Восстания в Москве, куда в единственном экземпляре приходили некоторые западные офтальмологические журналы. Несколько дней перебирания каталожных карточек («медлайна» тогда не было) – и найдена статья о пришивной линзе «Медальон» голландца Ворста. Эта статья и еще сотня других были шпионским образом перефотографированы, и «Медальон» стал отправной точкой в создании хрусталика Коссовского, прозванного в народе «пуговицей» (рис. 6).

На это дело был мобилизован инженероптик из Института прикладной физики АН СССР Всеволод Васильевич Королихин. За год была разработана самая легкая и маленькая в мире внутриглазная линза без опорных элементов, которая пришивалась «Открытие доктора Федорова», и Лев Вла- к радужке швами. К слову, на 70-е годы пришелся бум отечественного «хрусталикостроения»: модели Алексеева, Сергиенко, Ушапознакомившись со С.Н. Федоровым на кова и др. Каждый год появлялось что-то

\*«Вообще-то по паспорту он был Леопольд Владиславович, но так его называли только

в официальных бумагах и речах». Прим. овт.

новое, и было совершенно не очевидно, в каком направлении пойдет развитие производства хрусталиков.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

Итак, линза получилась очень изящной, но не самой простой в имплантации. Возникла необходимость в создании специального инструмента для ее установки, к тому же еще как класс отсутствовали вискоэластики. Первая имплантация новой линзы состоялась в начале 1976 года. В глазу линза смотрелась весьма элегантно, давала прекрасные функциональные результаты и позволяла пациенту вести настолько активный образ жизни, насколько он хотел (рис. 7).

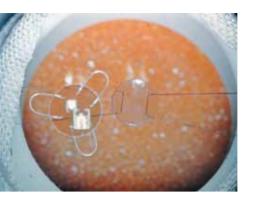
Таких хрусталиков Лев Владиславович установил несколько сотен. С позиций сеголняшнего лня хочу сказать: жаль, что она сейчас недоступна, на мой взгляд, ее можно было с успехом подшивать в заднюю камеру на глазах без капсульной поддержки.

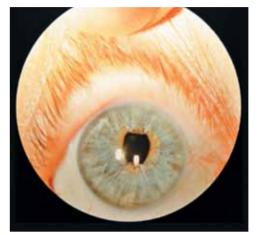
...Весна 1976 года. Доктор Луис Жирард из Хьюстона (США) в Институте им. Гельмгольца прочел лекцию с демонстрацией цветных слайдов и видеофрагментов (или, как сейчас говорят, провел презентацию). Это было потрясающее шоу – ничего подобного Льву Владиславовичу и всем присутствующим до этого видеть не приходилось, такого в стране просто не было. Обычная практика публичных выступлений сводилась к тому, что кто-то взбирался на трибуну и с той или иной степенью экспрессии что-то рассказывал, жестами иллюстрируя свою мысль. Самые продвинутые развешивали рисованные на большом ватмане схемы и таблицы. А тут – форменный «цирк du Soleil» вживую. В Горький, естественно, Лев Владиславович вернулся с мыслью: «Мы сделаем. И не хуже!»

К слову сказать, хирургический ультразвук уже начал свое шествие по миру. Фирма Cavitron выпускала серийный факоэмульсификатор Келмана, но это был агрегат весом в полтонны (рис. 8). К тому времени в институте Краснова (ФГБУ «НИИГБ» РАМН) появился один такой экземпляр, но во фрагменторе Жирарда, переносимого в маленьком чемоданчике, подкупала элегантность и компактность.

Идея ультразвуковой хирургии катаракты увлекла Льва Владиславовича даже сильнее, чем идея искусственного хрусталика. Благо нашелся еще один энтузиаст, инженер Кравчук Юрий Клементьевич из Горьковского научно-исследовательского института приборостроения. Проведенный информационный поиск обнаружил книгу предтечи Келмана, японца Кувахары, где были приведены очень подробные результаты множества исследований по взаимодействию разного вида ультразвуковых волн с биотканями. Ультразвук - вещь капризная, требовала очень высокого качества расчетов, подгонки всех элементов прибора, иначе резонансная волна уходила с кончика иглы. Аппарат пищал, гудел, но катаракту не «ел». Начали, как всегда, с попытки повторить, а получилось, как в свое время с открытием пенициллина, благодаря плохо вымытым чашкам Петри. Токарь торопился и чуть не досверлил канал иглы у самого кончика. Юрий Клементьевич хотел этот брак выбросить, но «любопытства ради» навинтил на рабочую рукоятку и обнаружил... совершенно новый, не известный ранее эффект.

Дело в том, что одной из главных проблем ультразвуковых офтальмологических аппаратов было блокирование канала иглы внутриглазными массами. Аспирационная помпа продолжала работать, вакуум в канале аспирации нарастал, а охлаждающего от трения о склеру разогревалась, обжигала ткани глаза, но главное - следом наступал мгновенный прорыв блока с полным коллапсом передней камеры. Приходилось изобретать сложные, не вполне надежные системы поддержания глубины передней камеры. Игла же Кравчука-Коссовского обладала неизвестным ранее эффектом самоаспирации, то есть включали ультразвук, и возникала сила аспирации прямо пропорциональная мощности. Отпадала надобность в аспирационном и следящем блоках. Исчезла проблема перегрева иглы и коллапса в камере глаза. Прибор получился компактным, вдвое меньшим, чем у Жирарда (рис. 9). Прошло меньше трех лет – и «мы их сделали!» К разработке подключился мощный приборостроительный институт НИИ ТОП (Научно-исследовательский институт технологии и организации производства). Во многом благодаря энергии одного из руководителей предприятия – Зиновия Михайловича Славинского –





в 1977 году аппарат пошел в серию. Позднее на его основе были сделаны приборы для нейрохирургии, сосудистой хирургии, челюстно-лицевой хирургии.

С 1976 года в клинике уже вовсю шли операции трансцилиарной факофрагментации практически всех видов катаракты (слава Богу, творческая медицина в стране тогда еще не была задушена регламентами и стандартами) (рис. 10).

Результаты потрясали воображение. Надо помнить, что на дворе еще царствовала эпоха криоэкстракции катаракты. В клинику зачастили гости отовсюду. Практически каждую неделю кто-нибудь приезжал, существовала очередь на приезд. Прибор был запатентован во всех ведущих странах, фирма Storz даже приобрела лицензию. Оказалось, что аппаратом Коссовского (а именно так его стали называть в СССР) можно удалять и стекловидное тело - и в экстренных случаях, и в плановых. Разумеется, о преретинальной работе речь не шла – ведь на дворе был 1977 год.

Тут же возник вопрос о внутриглазном освещении, и вновь на помощь пришел В.В. Королихин. На базе волоконного источника света был разработан внутриглазной фоконный осветитель с каналом подачи жидкости в глаз. Сейчас молодежи трудно представить, но до начала 1980-х годов в Горьком операции по поводу отслойки сетчатки выполнялись без офтальмоскопического контроля. Хирург с помощью зеркального офтальмоскопа, дугового периметра рассчитывал, в скольких миллиметрах от лимба и по какому меридиану разрыв должен проецироваться на склеру, и на это место ставили пломбу. Силиконовых пломб тоже тогда еще не было, использовались различные биоткани, аутоткани. Точность установки пломб была ужасающей. Вся надежда была на двухнедельный послеоперационный строгий постельный режим с бинокулярной повязкой. Купить известный протока жидкости через иглу не было, игла в то время налобный бинокулярный офтальмоскоп Скепенса было невозможно. Инвалютных рублей на горьковскую медицину практически не выделяли. Поэтому, с помощью того же Королихина, пришлось делать собственный офтальмоскоп. Получился не хуже «буржуйского», и результаты сразу же пошли в гору.

В 1976 году удалось добыть ксерокопию только что вышедшей в США книги первооткрывателя витреальной хирургии профессора Махемера «Витрэктомия: доступ pars plana». Стало понятно, что одним ультразвуком проблему стекловидного тела не решить. Тут возникло третье направление научной мысли Льва Владиславовича – «механическая витрэктомия». Возникла фигура очередного «технического рыцаря», мастера на все руки из НИИ ИС (НИИ измерительных систем) Владимира Адамовича Думенека. Работа эта оказалось даже более сложной, чем проекты по хрусталику и по ультразвуку. Было создано множество макетов, прототипов. Особенно сложные проблемы







возникали с поиском высококачественных микротрубок для наконечника витреотома. Конструктивно витреотом состоял из электромагнитного движителя, гибкого привода, сделанного по типу фотографического тросика, рабочей рукоятки со сменными наконечниками и аспирационного блока с банкой-ресивером (сейчас это называется помпой Вентури) (рис. 11).

Аспиратор мог быть использован и в качестве самостоятельного устройства. Практически все эти конструктивные решения обладали мировой новизной, и в 1980 году было оформлено первое советское авторское свидетельство на витреотом (рис. 12).



# ОФТАЛЬМОФЕРОН КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ • лечение герпетических поражений глаз, аденовирусных ОФТАЛЬМО • лечение синдрома сухого глаза при различных патологиях • лечение и профилактика осложнений после хирургических вмешательств • содержит интерферон альфа-2 и противоаллергические компоненты БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРН М www.firnm.ru

### ВЕЛИКИЕ ИМЕНА

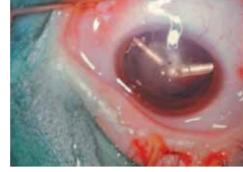


Механическая витрэктомия в той же клинике пошла полным холом, начиная с 1978 года. С каждым годом аппарат Думенека становился все более эргономичным и удобным. Но витрэктомия требовала огромного количества вспомогательных инструментов и расходных материалов, и все это приходилось создавать с нуля. Что-то по образу и подобию зарубежных, а что-то заново. Купить невозможно было ничего. В процессе развития творческой мысли у стационарного витреотома родился «младший брат», педальный витреотом, а потом – ножницы и пинцет с аналоговым Рис. 13. гидравлическим приводом. Инструмент оказался на удивление эффективным, был запатентован в ведущих западных странах. Его серийное производство было начато в Киевском институте сверхтвердых материалов АН УССР (рис. 13). Инструмент становился все более удоб-

ным, разрабатывались различные виды рабочих наконечников, в том числе и так называемые «ретинальные гвозди». Мы первыми в стране начали их применять, первыми от них и отказались. Интересными получились компактные аспираторы. Оказалось, что самым точно дозируемым и быстродействующим способом управления аспирацией внутриглазного содержимого является управление посредством собственного рта. Если периферический кончик трубки соединить с инструментом, а другой взять в рот, вы получаете самый совершенный метод управления аспирацией: вперед, назад, стоп и т.д. А между вами и пациентом размещается либо система гидравлического затвора, очень мобильная, либо механический усилитель аспирации

Витреотом оказался на удивление многофункциональным инструментом. С ним можно было решать большинство витреальных проблем, он оказался эффективен в качестве ленсэктома. Полковник медицинской службы Роман Леонидович Трояновский взял педальную версию витреотома в двухгодичную командировку в Кабул и дал инструменту высокую оценку.







После переезда в Москву в 1985 году я более 10 лет работал исключительно на аппаратах Думенека – как старшей, так и младшей его версиях. Потом у настольного и педального витреотомов появился совсем «маленьких брат» - ручной витреотом

Им можно было убрать выпавшее стекловидное тело, мягкий хрусталик или кортикальные массы, справиться с тяжелой первичной хирургической обработкой. До сих пор любителем этого инструмента, например, является профессор А.А. Каспаров.

Наступивший в конце 1980-х годов период затяжных болезней не позволил Льву Владиславовичу работать в том же стремительном темпе. Я уехал из Горького в самом конце 1984 года – и, благодаря именно Льву Владиславовичу, с багажом аппаратной базы, мануальных навыков, понимания клинических процессов, а главное -

привитой им уверенности, что все преграды человек, прежде всего, воздвигает себе сам и что одной из самых главных свойств личности является способность «сметь». Это позволило мне не потеряться в огромной и чужой Москве и продолжать уже в столице традиции своего учителя.

У Льва Владиславовича были свои «дети» в профессии. В частности, я имею в виду профессора А.Д. Чупрова и себя. Теперь уже и у нас есть свои «дети» в профессии, «внуки» Коссовского, а у них, надеюсь, будут свои. Я хочу, чтобы они знали и помнили о нем, об Учителе и «первоисточнике».

И, кажется, это именно о нем написал Н.А. Некрасов, которого очень любил Лев Владиславович:

«Природа-мать! Когда б таких людей Ты иногда не посылала миру, Заглохла б нива жизни...»

### СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

### Визуальные результаты имплантаций линзы Lentis Mplus

### < стр. 29

которой мультифокальность, на ности для своей повседневной дея- пьютера, телефона, различных мой взгляд, и замышлялась, через 3 дня после операции более чем в фокальность вполне ожидаема, и но на расстоянии вытянутой руки. половине случаев была 0,5 и выше. Если планку опустить и рассматривать 4-ю строчку, то уже почти 90% пациентов на 3-й день после опе-К 3 месяцам после операции практуации острота зрения будет весь в + 1,5 дптр, т.е. если в стандарттически все пациенты имели высом и весьма высокой, достаточной ном варианте разница между оскую остроту зрения для близи – не

**⇔** БИОСОВМЕСТИМОСТЬ

**☆** БЕЗОПАСНОСТЬ

**☆** ЭФФЕКТИВНОСТЬ

острота зрения 0,4-0,5 и выше со- раметры исследования на сред- составит 1,5 дптр. ставляла 93-98%. Позволим себе нем расстоянии были такими же, В заключение хотел бы отметить, предположить ситуацию, когда в как и в предыдущем исследова- что высококачественный акрил, гиракция для дали составила рефракто самое пресловутое среднее расдизайн линзы позволили изначальционный сюрприз, и вы назначае- стояние в настоящее время при- но рассчитывать на то, что послете очки для дали. Если это очки обретает все большую и большую операционное течение будет весьне мультифокальные, а обычные, актуальность. На мой взгляд, это ма адекватным.

насколько пациент вправе ожи- расстояние, на котором вы можедать возможности мультифокаль- те воспринимать данные с комтельности? Оказалось, что мульти- компьютерных устройств примерна нее также можно рассчитывать, Для людей, активно занимающих если пациент носит обычные моно- ся спортом, например, необходимо фокальные очки для дали. Если па- иметь возможность зрения на средциент будет использовать также и нем расстоянии. Для этого данная коррекцию для близи, то в этой си- линза планируется с аддидацией для восприятия вблизи.

В результате коррекции для дали нии на среднем расстоянии. Па- в новой линзе разница возможно нии. Но любопытен тот факт, что дрофобная поверхность, особенных

Несколько слов об исследова- нительной составляет +3 дптр, то

### Наш опыт клинического применения ИОЛ «НОҮА»

### < стр. 29

жектор частично «выталкивается» риск обсемененности.

зошло, инжектор надо вставлять таты операций по разным линзам акрил действительно обеспечива- в разрез точно до «ступеньки», тог- премиум-класса, то качество зрения ет адгезию к задней капсуле, во- да инжектор совершенно спокой- в основном зависит не от качества вторых, линзы из гидрофобного но выходит в центральное положе- линзы, потому что у всех премиумакрила легче могут быть подготов- ние. Здесь не нужна имплантация производителей линзы достаточно лены «preloaded». Своеобразная с прижиманием, когда разрез яв- качественные. Многое зависит от расщелинка на кончике картрид- ляется продолжением картриджа, состояния сетчатки, роговицы, хижа дает возможность при имплан- все происходит достаточно спокой- рургической техники, центрации тации линзы полностью погрузить но. Кроме того, линзу в положении линзы в капсульном мешке и т.д. Покартридж в разрез 2,2 мм. На мой «preloaded» мы не двигаем пинце- этому вопрос успеха – это еще и вопвзгляд, это единственная линза том и не деформируем ее, линза не рос комфортности работы хирурга, с такой особенностью. Как извест- контактирует с внешней средой, когда премиум-линза, гидрофобная но, если картридж вставлен не до стерильный инжектор попадает не- линза благодаря системе «preloaded» конца, во время введения линзы ин- посредственно в глаз, уменьшается спокойно входит в разрез 2,2 мм, что

из разреза. Чтобы этого не прои- Если мы будем сравнивать резульобеспечивает такой комфорт.



### Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе юбилейной Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 25-летию Волгоградского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

### «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ — 2013»

### 13-14 декабря 2013 года

### Основные направления работы конференции:

- рефракционная хирургия
- хирургия катаракты
- хирургия глаукомы
- лазерная хирургия
- витреоретинальная хирургия
- офтальмоонкология
- лечение кератэктазий • синдром «сухого глаза»
- визуализация в офтальмологии
- сложные клинические случаи

Материалы конференции будут изданы в Вестнике Волгоградского государственного медицинского университета (журнал ВАК). Публикация работ бесплатная.

Дополнительная информация размещена на сайте: www.isee.ru

Работы принимаются до 20 мая 2013 года по электронному адресу: mntk@isee.ru

Оргкомитет: 400138, Волгоград, ул. им. Землячки, 80 Волгоградский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. Тел.: 8 (8442) 58-16-44.

# Опыт работы негосударственного медицинского УЧРЕЖДЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №1/2013

астная офтальмологическая клиника «Высокие техв 2006 году в г. Махачкале. Глазная клиника «Высокие технологии» - ники «Высокие технологии». Возэто комплексное лечебно-профиоказывает специализированную оф-чено мне. На вновь образованной тальмологическую помощь на уров- кафедре проходят обучение студенне, как минимум, федеральных кли- ты лечебного и медико-профилака ряд методик диагностики и ле- интерны, ординаторы, аспиранты, полняются исключительно в нашей последипломному образованию. клинике. Медицинские услуги по Это открывает новые перспективы профилю «офтальмология» предоставлялись в ней не только амбу- цесса в частную систему здравоох-

В 2010 году глазная клиника «Высокие технологии» стала соучредителем нового юридического лица местной работе и предоставлении Автономной медицинской неком- производственных помещений дицины высоких технологий» име- условия: 1) для образовательного ни видного общественно-поли- учреждения – отсутствие арендздравоохранения и хирурга-прак- пятственной интеграции кафедтика Исмаилова Исмаила Шейхо- ральных сотрудников в лечебновича. На мой взгляд, это достаточ- диагностический процесс; 2) для но крупное негосударственное ме- лечебного учреждения – бесплатдицинское учреждение не только ные сертификационные циклы для в рамках Северо-Кавказского фе- штатных сотрудников клиники, дерального округа, но и по меркам репутационно-имиджевый компо-Российской Федерации. Центр рас- нент, который, уверен, тоже имеет считан на 150 коек, среди которых 75 – офтальмологического профиля. В Центре функционируют 3 глаз-Республики Дагестан в 2006 году офтальмологическая клиника «Выных отделения, по 25 коек каждое, штатная численность составляет сокие технологии» вошла в систему

200 человек. Мы постарались соз- обязательного медицинского страдать полноценные условия не толь- хования. В связи с этим возникли ко для максимально эффективного договорные отношения со страхолечения пациентов, но и, что нема- выми медицинскими организацияловажно, для их комфортного пре- ми, осуществляющими программу Наверное, многим известна извечная проблема «конкуренции», орой неконструктивной и неколлегиальной, между кафедральными сотрудниками и практически- проблеме. Проблема обусловлена ми врачами. Так вот, на мой взгляд, эта проблема автоматически реша- но как и некоторые другие региоется, когда кафедру и клинику воз- ны страны, является дотационной, главляет одно лицо. Поэтому, очень важным достижением я считаю решение Ученого совета Дагестанской государственной медицинской нологии», которую я воз- академии о создании кафедры глаз- шение внедрить систему так назы-\_ главляю, была образована ных болезней № 2 с курсом усовершенствования врачей на базе клиглавить кафедру, также решением Ученого совета ДГМА, было порунико-диагностических стандартов, тического факультета, клинические нием ответственности сторон, ожиа также врачи-офтальмологи по интеграции образовательного пролаторно, но и в условиях кругло- ранения. Одним из плюсов такого ходных материалов и т.д. Таким совместного сотрудничества образовательного учреждения и частного медицинского учреждения

ОМС на территории республики. Однако реализация муниципального задания, связанного с оказанием медицинских услуг нашей клиникой, привела к определенной тем, что Республика Дагестан, рави средств фонда ОМС на покрытие всех затрат частного лечебного учреждения оказалось явно недостаточно. Поэтому было принято реваемого «софинансирования» или участвует в частичном финансировании медицинской услуги. С каждым пациентом на основе добро вольного информированного согласия строятся абсолютно прозрачные даемых результатов лечения и т.д. часть расходов по обслуживанию высокотехнологичного оборудоваящих препаратов, импортных расобразом, у нас формируются два источника финансирования лечебно-профилактического учреждения: 1) средства ОМС, которые составляют примерно 40% бюджета клиники; 2) средства системы «содоплат». нам решать многие вопросы: значи- ских услуг, третье – сотрудничество тельно улучшить медикаментозное с образовательным учреждением обеспечение, увеличить затраты на в виде предоставления клиничепитание и другие так называемые ской базы для кафедры по профилю



М.И. Исмаилов

Генеральный директор ООО «Глазная клиника «Высокие технологии» и АМНО «Центр медицины высоких технологий» им. И.Ш. Исмаилова, г. Махачкала

ного медицинского страхования, но которых, еще раз повторюсь, крайзадач, которые ставит перед собой

Я выделил несколько ключевых организационных аспектов в работе нашей клиники. Первое – ин теграция частного ЛПУ в систему ОМС, второе – внедрение системы «софинансирования» медицин

нансируются из средств обязатель- лечебному учреждению сегодня невозможно по целому ряду органине недостаточно для реализации тически полностью отсутствуют льготные условия для функциониоования частного ЛПУ. Это особенно ощутимо на начальных этапах работы клиники. Существует также целый ряд психологических и ментальных барьеров: недостаточная готовность населения официально заплатить за медицинскую услугу; явное и скрытое противодействие частной медицине (частная мес больного денег») и т.д.

Как преодолеть существующие проблемы? Прежде всего, необходимо отрегулировать механизмы взаимодействия государственного, муниципального и частного здравоохранения, что должно быть отражено в федеральном законе ном медицинском страховании. Крайне важное значение имеет сотов функционирования частной системы здравоохранения: создание учебно-клинических баз частных ЛПУ для образовательных учреждений, дальнейшая модернизация системы «содоплат» с разработкой перечня абсолютно бесплатных для пациента медицинских услуг (за счет ОМС), очень важно – развити добровольного медицинского страхования. Мы едва ли сдвинемся с «мертвой точки», если не сумеем сломать существующие стереотилечебно-профилактического учреж- пы. Здоровье – это все-таки экономическая категория, и частная медицина - это, прежде всего, медицина, а не предпринимательство. К сожалению, в повседневной У всех структур, независимо от жизни частного лечебного учреж- форм собственности, так или иначе дения существуют определенные работающих в системе, либо имеютрудности. И трудности эти вызва- щих отношение к системе здравоны, во многом, несовершенством охранения (лечебно-профилактинормативно-правовых актов, регу- ческие, контрольно-надзорные, орлирующих систему частного здра- ганизационно-методические или воохранения. Один только пример: образовательные учреждения), цель наша клиника является единствен- одна – оздоровление населения. Мы ным в Республике Дагестан лечеб- все делаем одно общее и очень поным учреждением, которое имеет лезное дело, и делить нам нечего, федеральную лицензию на право а пациент сам решит, где ему будет



ной платы, возможность беспре-

Постановлением Правительства

В клинике созданы полноценные условия для лечения

# Тревожный пациент в офтальмологической клинике: диагностика, лечение, контакт

### Т.В. Решетова

Психотерапевт, д.м.н., профессор кафедры амбулаторной медицины и экспертизы временной нетрудоспособности, кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)

ревога мешает лечению основного заболевания, нарушает комплаенс. Диагсостояния больного надо начинать с общения. Это не только речь, но ванность является серьезным предупреждающим сигналом: верить следует больше невербальной информации, чем речи. Жест не несет никакой смысловой нагрузки, если он существовал еще до беседы. Правильное понимание бессловесного языка общения подска- на две части: какие плюсы сулит а есть такие, где поломки нет, но ку. Руки, скрещенные, сцепленные, спрятанные за спину или в кармазанял оборонительную позицию. гах Д. Карнеги. Мужчины лучше на 50%. Вы согласны на консуль-Жесты, говорящие об агрессии:

яжелая почечная недостаточность (КК меньше 30 мл/мин, Дистрофи-

вотраст для от негова с вызых педростаточном из учестного в эффективного и безопасности) С осторожностью Реакции со стороны сербеч-но-сосудистой и дыхательной системы КОСОПТ может абсорбиро-ваться в системный кровоток. Входящий в состав препарата тимолол является бета-адреноблокатором, таким образом, побочные реакции,

тяжелая почечная недостаточность (кл. меньше зо млимин, дистроци-ческие процессы в роговице, Беременность и период кормления грудью, Повышенная чувствительность к любому компоненту препарата, Детский возраст до 18 лет (в связи с недостаточной изученностью эффективно-

ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1

Тел.: +7 (495) 916-71-00, Факс: +7 (495) 916-70-94, www.merck.com, OPHT-1061817-0008, 12.2012

зуда в глазу, искажение вкуса, эрозии роговицы, инъекции коньюнктивы нечеткость эрения, слезотечение. Известны следующие возможные побочные эффекты компонентов препарата: Дорзоламида гидрох-

лорид: Головная боль, воспаление века, раздражение и шелушение века, астения/усталость Тимолола малеат (местное применение): Со

стороны глаз отмечались конъюнктивит, блефарит, кератит, снижение чувствительности роговицы, сухость В постмаркетинговый период

MSD MSD

кавестные при системном применении бета-адреноблокаторов, могут наблюдения отмечались следующие нежелательные явления: синдром технострение стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз вазосластической стенокардии (стенокардии Принцметала), нарушения

а женский – ускорение, когда за- может только очень волевой челотоды присоединения по дыханию место». Окончательное решение сультацию психотерапевта». иногда достаточно повторить позу нимает сам: тогда и отвечать он пациента, чтобы войти в его эмо- будет сам шения контакта надо выровнять нет ли у пациента сопутствующей уровень глаз (хорошо, если в каби- тревоги или депрессии: если ком-Приемы активного слушания: уме- но; толстая медицинская карточка, ние молчать, поддакивать, по воз- а реальных болезней не очень мноный больной от этого еще больше средства, а они плохо работают. встревожится. Психологические

пусть больной обязательно при-

Когда врачу следует задуматься:

Как отправить больного к псиштампы, которые способствуют хотерапевту? Только с его соглаусилению понимания: «Как Вам до- сия: «Ваша патология – на стысталось», «Сколько Вам пришлось ке медицинских специальностей. пережить». Простейшая техника Есть нарушения сугубо офтальмопринятия решения: лист бумаги – логические, мы с этим работаем, операция и что будет, если продол- есть нарушение регуляции функжать лечиться каплями, которые ций органов. Я свою работу сдеуже не помогают. Техника убеж- лаю, но если психотерапевт не дения пациента изложена в кни- присоединится, эффект и будет поддаются методам типа «слабо́». тацию психотерапевта?» И если

руки на поясе, на бедрах, указую- Например: «После операции Вам согласен, в истории болезни долж- «У нас есть время, у нас есть возщий перст, сжатые кулаки, челю- нужно будет бросить курить, но на быть запись об этом. Еще один сти. Симптомы напряженности если Вы мне скажете, что не смо- вариант убеждения: «Один паци- ется концентрация внимания, сов речи: мужской вариант – паузы, жете, я пойму: бросить курение ент болеет десять лет, и у него хо- бранность, способность принять рошее настроение, а другой уже трагиваются эмоционально зна- век». А женщины лучше поддают- через год тревожится о своей бо- снижается память. Если в это вречимые темы. Если позволяет вре- ся убеждению по методу дефици- лезни. Хотите заодно с лечением мя врач назначает больному, намя, первые 5 минут беседы лучше та: «У нас на это болезненное ис- глаз укрепить свою нервную си- пример, трусопт, следует расскатолько слушать, не перебивая. Ме- следование очередь, но завтра есть стему, можно организовать кон-

В офтальмологических клини-

лые больные. Старость – одна из самых сильных тревог в России. Именно в начальной стадии дисциркуляторной сосудистой энцепротекторы, ноотропные препараты, антиоксиданты. Некоторые из них имеют еще и успокоительное действие: адаптол, анвифен, глицин. Обязательно надо проговорить с пожилым больным назначения, поставить цель, напри- плексным, (косоптом), - компламер: «Открытоугольная глаукома – енс лучше. Косопт снижает ВГД зрительная нейропатия, антиокси- увеличивает приток крови к гладанты окувайт лютеина форте по- зу на 21%, улучшая показатели могут сохранить не только зрение,

Когда больному впервые говорят о его глаукоме, это шоковый лиагноз. т.к. в перспективе мо- достоверно повышает диастоличежет быть слепота. У врача на придлинный разговор с пациентом. в глазной артерии, центральной

ет особого поведения врача: хва- так путешествовать по местам, где лите тревожного пациента за со- он был счастлив когда-то (комнатрудничество, наблюдательность, та его детства, дачный мирок, где оперативность: «Вы обратились ему было хорошо, куда уже не досюда правильно». Сопровождайте ехать), это будет еще и ресурсная свои действия словами: «Сейчас терапия радостями. предстоит периметр, это тяжелый труд. Если широко открыть глаза, дистрофией нередко приходит к будет легче». Следует предупре- врачу со странными жалобами: дить: «Трусопт щиплет, надо по- «видимость, как сквозь дым или терпеть, но он настолько безопа- воду, блики, дрожание изображесен, что показан даже для лечения ния, неровная земля». Если есть глаукомы у детей с 1 недели жиз- динамика изменений – надо исни». Одно из правил психотера- ключить сосудистый фактор. Чем пии – каждый хочет услышать, то, лучше у пациента самоотчет, тем что он хочет услышать. Что хочет больше у него подозрений в своей услышать тревожный пациент? неадекватности. Надо объяснить,

зать, что его надо капать трижды в день, максимальный эффект будет через 2 часа. Вместо листка ках частый контингент – пожи- с рекомендациями, который часто пишут врачи, полезнее оставить

собственной рукой (а врач может

тут же его проконтролировать).

нии открытоугольной, псевдоэкс-

фолиативной глаукомы не всегда

что когда вместо двух лекарств

(например, тимолола и трусопта)

ние нейроретинального ободка.

В составе фиксированной комби-

нации с тимололом дорзоламил

ское перфузионное давление гла-

№1/2013 ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Тревога всегда сопровожданых она выражается активно и зависимость, а у пожилых болься сердцебиением, прерывистым из организма.

При снижении зрения эффек-

Пациент с возрастной макуло-

позицией в борьбе за сохранение перед операцией, но и перед люзрения. Пациент должен пониный комплекс с каротиноидами ственный нутрицевтик с собствен- ющий ГАМК-медиацию: фенибут, ной доказательной базой, реко- анвифен. Но даже безрецептурные мендован Экспертным Советом средства будут полезны: тенотен,

торого вызывает тревогу: накану-

синусовая тахикардия. Вегетонор-

фективности – бензодиазепины.

Но надо помнить: при курсовом

Авторитетность назначения дин. Вегетодистоническая маска бренда (вместо формата «Давай- тревоги – это в основном наруше- го средства из-за его способности те попробуем новое лекарство») ния норадреналиновой медиации: очень полезна для тревожного патремор, подергивания, приливы циента. В дозе 1 таблетка в день жара, холода без всякого климак- возрасте. В медицинской, особенокувайт лютеин форте не толь- са, ознобы, потливость, бледность, тельных функций, но и способ- мализующим действием обладают ные, зависимые от корвалола, паствует снижению риска развития дифенин, грандаксин, тералиджен, возрастной макулярной дегенера- тенотен, адаптол, валемидин. При ции. Окувайт лютеин форте мож- вегетативном кризе (панической честве успокоительных средств, но применять в виде монотерапии атаке по МКБ-10) в легких случа- в середине двадцатого века пояи в комплексном лечении и ВМД, ях скорая помощь - это 20-40 каи для сохранения зрения светло- пель валемидина, при его неэф- и более безопасные, не вызываглазым любителям компьютера.

сном, преждевременной эякуляцией, чувством неполного вдоха, поллакиурия без цистита, котои это пугает пациентов еще боль- рую неплохо лечит афабазол. По нельзя отменять сразу, поэтому ше. Тревога – очень гетерогенна итогам фокус-групп выявлено, что следует постепенно за несколько чаще всех малых транквилизатоства, которые нужны для актив- если речь идет о лечении в ста-ГАМК, эндорфины, энкефалины, что только один медиатор опревога, основной механизм которой корешковый синдром, но, помимо ной медиатор организма, влияет сладенького, либо пишу с источи на когнитивные проявления тре- ником триптофана: бананы, твервоги, и на болевые. Про ГАМКер- дый сыр, творог, арахис, какао, гические препараты надо вспом- баклажаны. нить, когда пациент идет на опе- Постоянная тревога неминуемо рашию. По итогам многочислен- приводит к преждевременному ных фокус-групп было выявлено: старению из-за негативных измебольшинство офтальмологов по- нений липилного спектра и, солагает, что после операции (если ответственно, сосудов. Чаще всеона проведена удачно) тревога го встречается кардиологическая пройдет. На практике получает- маска тревоги. Кардиологи говося иначе: после операции тревож- рят о «синдроме тонометра»: треный больной намного чаще бес- вожные больные измеряют арпокоит доктора по пустякам, тре- териальное давление много раз вога никуда не исчезает. Поэто- в день, а стандартные дозы гиму, если операция – плановая, на потензивных средств вызывают две-три недели следует назначить у них порой падение давления до

что это не психиатрические сим- психофармакологические препа- 90/60 мм рт.ст. Гипотензивные птомы, а признаки ВМД. «Психоте- раты, желательно ноотропного и препараты, примененные в допротивотревожного действия, что- зах, меньше стандартных, у тревание из растерянного тревожно- бы убрать тревогу до операции. вожных больных целесообразно го пациента партнера с активной Премедикация нужна не только сочетать с назначением успокоительного средства, например, вабым болезненным или ответствен- лемидина. Хочется предостеречь мать, что витаминно-минераль- ным исследованием, результат ко- от вредных последствий корвалола (=валокордина, валосердина), окувайт лютеин форте - един- не полезно дать препарат, улучша- потому что в упаковке корвалола содержится дневная доза фенобарбитала для барбитурового наркомана. Во всем мире фенобарбитал РФ для лечения макулодистрофии. глицин, валерианахель, валеме- уже больше тридцати лет не привызывать зависимость и нейротоксичности, особенно в пожилом но в геронтологической практике. циенты. Давным-давно старые вравились бензодиазепины, а потом ющие зависимости ноотропные ет недавно поставленный серьез- лечении бензодиазепинами бо- торы. Сейчас на фармакологиченый диагноз. У людей несдержан- лее 2 недель легко формируется ском рынке есть масса безопасвслух, а у сдержанных тревога не ных они иногда вызывают «спу- ся по старинке корвалолом. Валевидна внешне, но ее вегетатив- танность», которая может длить- мидин включает в себя настойки валерианы, пустырника, боярышника, мяты перечной и для их си-Урологическая маска тревоги: нергизма одну таблетку димедрола на всю упаковку. Барбитураты

МЕДИЦИНА И ПСИХОЛОГИЯ

ность не установлены.

40 капель (если артериальное даввозможности локализовать конление повышено); 20 капель, если фликт; если можно, увести больнельзя применять при гипотонии, пробовать отвлечь, например, на брадикардии < 55 в минуту; безаявление о случившемся: хотя бы еменности, лактации. У детей до часть гнева останется на бумаге. 18 лет эффективность и безопас-У трети врачей v самих высокая

тревожность. Но М.М. Зощенко Астмоподобная маска тревожсказал: «Мастер с испуганной душой – уже не мастер». Это верно, ности (гипервентиляция), сексопатологическая встречаются реже сот.к. тревога часто сопровождаеттрудоголиках, тревожных мамах, мысли в «горячей точке», остальчасто конфликтующих больных. ная жизнь и работа обслуживают-Тревога всегда ведет к повышению раздражительности: человек избавиться от тревоги? Очень пронеосознанно злится на то, что его стая экспресс-релаксация, котоделяют ее клинику. В организме ров офтальмолог назначает афа- на валемидин вплоть до полной циентом следует быстро диагно- ние 2-3 минут на брюшном дыхаесть стрессреализующая система, базол. К сожалению, его эффект замены. Разовая доза валемидина – стировать проблему, причину; по нии разрешить себе позевать. Еще



### Информация из интернета здесь артерии сетчатки и задних цилиного действия: адреналин, нора- ционаре, то целесообразны все те дреналин, допамин; и есть стресс- средства, эффект которых развораше на фоне лечения комбинацией поставлен недавно, все воспринилимитирующая система, кото- чивается сразу (атаракс, фенибут, мается по максимальной степени дорзоламид/тимолол, но не измерая способствует релаксации: это тенотен, адаптол, валемидин). Косопт эндоканнабиноиды, серотонин и с ее влиянием на порог восприячто жизнь благополучная закончебринзоламид/тимолол. Возмож-НЕКОТОРЫЕ ПОВЕРХНОСТИ НУЖДАЮТСЯ В ЗАЩИТЕ но, этим объясняется более вырана, отвращение к еде, бессонница, др. Однако будет ошибкой думать, тия боли. Есть простой тест для женная стабилизация поля зрения дифдиагностики органического мышление: как все будет плохо, (в 71,4% случаев в течение 60 меделяет клинику тревоги: работа- компонента боли (который надо ет целый комплекс биологически лечить или обезболить) и функстрахи всего, «гнев печали» на сяцев в сравнении с 47% случаев активных веществ, но один-два ционального (связанного с перебринзоламид/тимолол). Сравмеханизма в данный момент про- живанием этой боли). Например, комплаенс. У Киплинга есть потря-Сила одного сающе сильная книга «Свет погас», нение комбинаций дорзоламид/ являются выраженнее других. Тре- у пациента боль в левой половине где неутешительный офтальмологрудной клетки, что применить: решения гический диагноз поставили мо- показало значительное снижение определяет серотонин, имеет па- валемидин, который успокоит, лодому художнику, и чем это кон- ВГД по сравнению с исходным тогномоничный симптом: ee «зае- или нитроспринт? Это нитрогличилось. С ухудшением зрения при дают сладеньким», и ее можно ле- церин в спрее. Тест проводится чить адаптолом. Тревога, которая следующим образом: пациент на-ВМД склонность к суициду доказа- что лечение комбинированным тельно становится выше, чем при препаратом дорзоламид/тимолол сопровождается недостаточным ходится в обычной позе, но в терасслаблением мышц, особенно чение минуты сильно напрягает в заднеешейной области, нуждает- кисти пальцев рук. Через минуту хологическая поддержка – мол- влияния на поля зрения: в 70,9% ча быть рядом, но если пациент случаев в течение 48 месяцев ся в препаратах магния, т.к. один следует расслабить кисти. Функзахочет поговорить, то в формав сравнении с 17,9% случаев при из ее ведущух механизмов – это циональная боль либо пройдет, те «все должно быть хорошо». Не использовании комбинации латогипомагниемия потребления. Пле- либо будет ощутима ее динамика; беспокоиться вперед, а продумать нопрост/тимолол. Концентрация чевой зажим в трапециевидных но органический компонент, как вместе с врачом: что можно сдемышцах может провоцировать правило, не изменится. лать, чтобы максимально задер-0,0075%, минимальная среди всех Абдоминальная маска тревоги: жать прогрессирование болезни. противоглаукомных капель. Но его лечения, следует усилить маг- функциональная диарея, «медве-Например, порой при глаукоме ний в диете, по Гиппократу, «пусть жья болезнь», психогенное пере-Глазная поверхность – одна из них. пища станет твоим лекарством». едание, особенно, перехватываопределенную роль играет сосудистая патология не только сет- ем тимолола (косопт нельзя при-В неврологической клинической ние. Так часто проявляются нару-Семейство Систейн включает в себя маске тревоги выделяют неси- шения серотониновой медиации. офтальмологические средства, Дорзоламид, в отличие от многих АВ-2-3-блокадах и брадикардиях). стемное головокружение, такую И это не только синдром раздратревогу лечат допаминергически- женной кишки, но и снижение надругих лекарств, снижает время разработанные специально AVP на 24% в сетчатке, особенно тивно упражнение «Стереоско ми препаратами (сульпирид, адап- строения, агрессивность, хрониче Значительное и устойчивое для облегчения симптомов сухости глаз, у больных с глаукомой псевдонор- пическая прогулка по квартире», тол). Проявление тревоги в мыш- ская боль, т.к. серотонин участвует а также для защиты, сохранения и улучшения мального давления. например: «Вы стоите около сволении (снижение концентрации и в антиноцицепции. Много людей здоровья глазной поверхности14. снижение ВГД1 внимания, памяти на воспроиз- «заедают» не только отрицатель-А уход за сосудами шеи паци- ей входной двери, перечисляйент выполнит под наблюдением те все, что Вы видите по правую ведение, страх, что забуду) – тоже ные эмоции, но и хроническую невропатолога. От тревоги и страруку: шкафчик, дверь и... забыли? проявления допаминового меха- боль. Для того чтобы интенсифиха человек глупеет. Эта временная - дома проверьте». Это тренировнизма тревоги. Гамма-аминомас- цировать синтез серотонина в ороюду. 1998;105 (10):1945-1951. периферического и центрального кровообращения, гипотония. Пациенты с тяжелой патологией сердца в анамнезе и признаками сердечной недостаточности должны находиться под тщательным наблюдением, необходимо следить за пульсом у таких пациентов. Побочные аффекты: Побочные реакции ограничивались уже известными побочными эффектами дорзоламида гидрохлорида и/или тимолола малеата. Около 2,4% пациентов препарат был отменен в связи с местными побочными реакциями, у 1,2% пациентов препарат был отменен из-за местных побочных реакций по тилу гиперчувствительности или аллергии. Среди наиболее частых побочных оффектов имели место: чувство жжения или зуда в глазу, мусяжение вкуса элозим положных цымърким можьоуму тиль у призначи положных цымърким можьоуму тяки в призначи дилежения можьоуму тяки положных цымърким мыхому тиль у призначи дилежения мымърким тыль у призначи дилежения положных дилежения когнитивная дисфункция требу- ка памяти, но если пациент будет ляная кислота – главный тормоз- ганизме, надо съесть либо много





Систейн



Больше, чем просто защита

### МЕДИЦИНА И ПСИХОЛОГИЯ



- Для проведения симптоматической терапии у пациентов:
  - с открытоугольной глаукомой;
  - с повышенным офтальмотонусом.
- Эффект снижения внутриглазного давления путем увеличения внутриглазного оттока.
- Снижение внутриглазного давления начинается через 3-4 ч после введения препарата.
- Максимальный эффект через 8-12 ч.
- Действие продолжается в течение не менее 24 ч.
- Не оказывает достоверного влияния на продукцию водянистой влаги и не влияет на гематоофтальмический барьер.



### ФАРМСИНТЕЗ

(812) 329 8080 ФАКС (812) 329 8089 INFO®PHARMSYNTHEZ.COM WWW.PHARMSYNTHEZ.COM ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ 8 800 200 99 11

ОАО «Фармсинтез» владелец регистрационного удостоверения в РФ, ответственное за фармаконадзор, эффективность и безопасность ЛП Глаумакс®

одна экспресс-методика: пару минут наблюдать медленное движение рыб в аквариуме или соответствующую компьютерную заставку. В компьютере, кстати, можно найти игры без победителя: золотые линии, пасьянсы: доказан их релаксирующий эффект всего после 15 минут использования. Метод медитативного шага: полчаса прогулки в формате равномерного движения. В это время вместе с ритмом шагов выравниваются ритмы сердца, дыхания, мозга. Мотивирующая информация со съезда геронтологов: два километра в день = профилактика деменции. При сдерживаемой агрессии у некоторых, как у Скарлетт, появляется ощущение внутреннего крика: «Я сейчас закричу!». Следует прокричаться хотя бы в течение 3-5 секунд. Бывшие спортсмены помнят, как физкультура помогает «выпустить пар». Чувство мышечной радости - серотониновой природы. Очень важно для тревожного человека правильно воспринимать происходящее: уверенность в выходе, когда проблема – это вызов, гораздо полезнее, чем ощущение неминуемой угрозы. Общеизвестный способ коррекции тревоги - оформление ее словами. Надо написать на «листе тревоги» 20-25 ответов на вопрос: «Что меня тревожит, беспокоит, пугает?» Это уменьшает избыточные эмоции и ситу-

ация начинает восприниматься,

как фронт работ. Как сказал Бонапарт: «Выход всегда есть, от меня зависит только то, как быстро я его найду». Цитата – это хороший способ высказать свои мысли под чужую ответственность. На высоком уровне тревоги не получается долго существовать, тревога – это катехоламиновый процесс и, когда его не корректируют, то с прогнозом депрессии истощения. И если по госпитальной шкале (HADS) по тревоге или по депрессии (они считаются отдельно) человек набрал больше 11 баллов, это свидетельствует о клинически значимых диагнозах.

Помимо психофармакологического лечения, для формирования из тревожного пациента активного партнера в борьбе с его болезнью врачу следует помнить о позитивном мышлении; вместо ценных указаний: «И вот это не забудьте, и это сделайте, а то ослепнете» (больному и так страшно), надо перенести акцент на то, что все должно быть хорошо, и мы вместе с этим уже работаем. Потому что время нашей жизни проходит, независимо от того счастливы мы в это время или нет; и жаль тратить время жизни на тревогу, поскольку терпеть и страдать есть смысл тогда, когда уже ничего не поделаешь, а когда можно чтото сделать, то это сделать обязательно надо. Но тогда, как сказал И. Гете: «Хотеть не достаточно надо действовать».

издательство пресо С нами всегда весна!

здательство – особая компания, для успеха которой крайне важен вклад работающих в ней людей. Главная ценность ООО «Издательство «АПРЕЛЬ» – это опытные сотрудники, о чем свидетельствует высокая репутация компании на рынке издательских услуг. В ООО «Издательство «АПРЕЛЬ» работает сложившийся коллектив профессионалов издательского и полиграфического дела, более 25 лет специализирующихся в офтальмологии. Сотрудники издательства осуществляют полный цикл выпуска книжной и журнальной продукции от приема рукописи до выдачи готового тиража.

Дизайн-студия ООО «Издательство «АПРЕЛЬ» предоставляет своим клиентам разработку идей и концепций, создание фирменного стиля и логотипа, разработку любых оригинал-макетов для полиграфии, верстку любой сложности, фотосъемку и обработку изображений.

000 «Издательство «АПРЕЛЬ» предлагает авторам издать собственную книгу.

Полный комплекс услуг, предоставляемых нашим издательством, включает в себя допечатную подготовку книг: набор, сканирование, корректура, литературное редактирование, дизайн книги, дизайн обложки, обработка иллюстраций, верстка, печать книг (цифровая, офсетная печать). Предлагаем издание книг самых разнообразных форматов, тиражей (больших и малых), переплетов (мягкий и твердый переплет).

Издательство имеет возможность напечатать книгу с любого этапа, будь то рукопись, набранный текст, либо уже сверстанный и готовый к печати макет книги.

У нас многие из авторов и издателей не знают или не хотят знать, что есть в литературном или просто книжном мире законы вежливости, предписанные образованностью и общежительностью: книга, худо напечатанная, есть поступок неучтивый.

Вяземский П.А. «Эстетика и литературная критика»

### Как издать свою книгу

Мы всегда рады новым авторам и их предложениям. Даже если у Вас еще нет законченной книги, а есть только идеи, мы готовы работать над осуществлением этого проекта вместе с вами. Помощь издательства на этапе подготовки рукописи может ускорить процесс и упростить работу автора.

### Что нужно сделать для издания книги

Пишите на электронный адрес: aprilpublish@mail.ru

Приходите к нам, мы расскажем вам обо всех вариантах издания вашей книги, подготовим расчет стоимости издания.

Наш офис расположен по адресу: Москва, ул. Большая Полянка, д. 44/2. Звоните нам по телефонам: +7 (495) 646-24-32, +7 (917) 541-70-73.

### Оформление заявки по электронной почте

Заявку необходимо отправлять в письменном виде по электронной почте издательства.

Заявка должна содержать: оглавление рукописи; аннотацию; объем рукописи в авторских листах, характер и количество единиц иллюстративного материала; ориентировочный срок предоставления рукописи на момент подачи заявки, находящейся на стадии написания/доработки; саму рукопись или ее законченную часть (глава, раздел) в качестве образца; полный авторский коллектив с указанием ФИО, должности, звания и ученой степени; контактную информацию автора или члена авторского коллектива (ФИО, телефон, адрес электронной почты).

### **Что такое монография и нормативные требования к монографиям**

Монографией является научное или научно-популярное издание, содержащее полное и всестороннее исследование одной проблемы или темы, принадлежащее одному или нескольким авторам. В монографии обобщается и анализируется литература по исследуемым темам и выдвигаются, как правило, новые гипотезы, теории, концепции. Монография обычно сопровождается обширными библиографическими списками, примечаниями.

Все статьи в монографию, предоставленные разными авторами, должны быть написаны в едином стиле. Монография же, пусть даже коллективная, это логически законченное описание какой-то темы.

При подготовке к публикации из рукописи следует убрать такие диссертационные рубрики, как «актуальность темы», «цели и задачи работы», «монография выполнена на кафедре ... филиала ...» и прочее... Перед изданием в виде книги монография должна пройти рецензирование специалистов по профилю монографии. Сведения о рецензентах указываются в выходных данных монографии.



Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей. Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Подписной индекс: 15392 www.issuu.com/aprilpublish

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. Е-mail: aprilpublish@mail.ru. Редакция не несет ответственности за содержание рекламых, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: февраль 2013. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 119991, Москва, ГСП-1, ул Б. Полянка, д. 44/2. © «Поле зрения», 2013. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «САРІТАІ PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.