ИЗДАНИЕ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГОВ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ №5(19) СЕНТЯБРЬ-ОКТЯБРЬ 2013 ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

40 лет — прекрасный повод обратиться к ярким страницам истории института

20 сентября 2013 года состоялась юбилейная конференция, посвященная 40-летию со дня образования ФГБУ «НИИГБ» РАМН

На праздник съехались гости со всех уголков страны. Праздник получился ярким. Гостей еще у дверей института встречала молодежь и... красная дорожка. Струнный квартет, исполняющий известные джазовые композиции, создал настроение праздничного общения. Архивные фото на стене перед конференц-залом напомнили слова одной песни: «Портрет, висящий на стене, напоминает много мне! Не даст забыть он никогда любви

прошедшие года». Ветераны института, проходя мимо галереи портретов, вспоминали былое с ностальгией и теплотой.

Торжественное заседание по случаю 40-летия образования ФГБУ «НИИГБ» РАМН открыл директор института, академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов. Он поблагодарил всех присутствующих за участие в юбилейных мероприятиях.

> стр. 15

VI Российский общенациональный офтальмологический форум

1-3 октября 2013 года, Москва

1-3 октября в Москве состоялся VI Российский общенациональный офтальмологический форум.

В обращении к участникам конференции главный офтальмолог Минздрава РФ, директор ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца», профессор В.В. Нероев сказал: «РООФ прочно вошел в нашу профессиональную жизнь, и мы ждем эту ежегодную встречу, чтобы обсудить накопившиеся вопросы, обменяться информацией о наиболее

интересных научных достижениях и о новом опыте решения клинических проблем, связанных с заболеваниями глаз».

Со словами приветствия к участникам форума обратился И.Г. Никитин, директор Департамента специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации Минздрава РФ: «Российской офтальмологии есть чем гордиться. Разработано много новых интересных операционных технологий, которые внедрены и признаны во всем мире».

> стр. 10

Фундаментальные научные исследования и практический опыт врачей-офтальмологов

Юбилейная конференция «Современные технологии диагностики и лечения при поражениях органа зрения», посвященная 195-летнему юбилею первой в России кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и 30-летнему юбилею научно-исследовательской лаборатории «Микрохирургии глаза и контактной коррекции зрения»

Первая в России кафедра офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова перешагнула свой 195-летний рубеж. «Лучшего формата праздника, чем научно-практическая конференция, мы себе представить не могли», — сказал начальник кафедры офтальмологии главный офтальмолог МО РФ, д.м.н., профессор, полковник медицинской службы Э.В. Бойко. Из 616 участников конференции 376 человек представляли медицинские учреждения Санкт-Петербурга, а 240 делегатов были иногородними. На конференцию приехали делегации из 47 городов России, в научной программе принимали участие 71 доктора медицинских наук, в том числе 54 профессора, а также 92 кандидата медицинских наук. Организационный комитет возглавлял начальник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова д.м.н., профессор, полковник медицинской службы А.Н. Бельских.

В числе организаторов конференции: Министерство обороны РФ и его Главное военно-медицинское управление, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга и фирма ООО «Ком-Форум». В оргкомитет вошли ведущие российские ученые-офтальмологи: д.м.н., профессора Ю.С. Астахов, Л.И. Балашевич, Э.В. Бойко,

> стр. 30

Актовая лекция С.Э. Аветисова по случаю 40-летнего юбилея ФГБУ «НИИГБ» РАМН > стр. 18

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

«Главное — не быть равнодушным!» Интервью с профессором И.Э. Иошиным > стр. 4

Клиническая больница Управления делами Президента РФ > стр. 7

КОНФЕРЕНЦИИ

«Глаукома на рубеже веков» Всероссийский конгресс с международным участием > стр. 24

«Из первых рук» Интервью с профессором Н.И. Курышевой > стр. 36

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА

«Души прекрасные порывы» М.М. Краснов в воспоминаниях > стр. 22

К 100-летию профессора М.Б. Вургафта > стр. 28

Также в номере:

Научная статья > стр. 40

Лекции > стр. 42

В помощь практикующему врачу > стр. 45, 48

Оптометрия > стр. 49

К незримому солнцу > стр. 50

Минздрав дополнительно выделил 10 млрд рублей на закупку лекарств по программе «7 нозологий»

Об этом сообщила на встрече с журналистами директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава РФ Елена Максимкина. Круглый стол на тему «Фармацевтический рынок России: Актуальные проблемы» прошел 9 октября в Белом зале Союза журналистов Москвы.

Говоря о проблеме лекарственного обеспечения, глава департамента Минздрава отметила, что эта тема является животрепещущей, однако в последнее время в СМИ она освещается со знаком минус.

«Потребности в лекарствах все более растут, однако возможности не такие большие. Несмотря на то что каждый год количество средств, которые выделяются на обеспечение население лекарственными препаратами, растет, потребность в них становится еще больше», — отметила Елена Анатольевна.

Минздрав делает немало для того, чтобы гарантировать россиянам получение бесплатных лекарств. Департамент лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий курирует закупку лекарственных средств в рамках программы «7 нозологий». По словам Е. Максимкиной, это наиболее затратные статьи расходов, однако несмотря на «колоссальные» расходы, в следующем году они будут увеличены еще на 10 млрд рублей.

Чтобы застраховаться от возможных перебоев с получением льготных лекарств в российских регионах, было принято решение оставить закупку в рамках программы «7 нозологий» на федеральном уровне. В целом же, как

и было намечено, в ближайшее время состоится передача полномочий по закупке лекарственных средств регионам.

«У нас в значительной степени под контролем вопрос регулирования цен на лекарственные препараты. Это необходимость. Но в этом вопросе должен быть баланс, — заявила представитель Минздрава. — То есть надо стремиться к большей доступности лекарственных препаратов, но это регулирование не должно приводить к закрытию аптек, тем более тех, которые уже долгое время представлены на рынке».

«Регулировать цены на все лекарства невозможно», — считает Е. Максимкина. По ее мнению, регулировать цены необходимо только на те лекарственные препараты, которые являются жизненно необходимыми и важнейшими.

В ходе встречи также были затронуты такие вопросы, как фальсификаты и пути борьбы с ними, завышение цен на лекарства, имидж фармацевтов и другие.

Рамиль Валеев,
Российское агентство медико-социальной информации АМИ

В университете имени Пирогова студенты смогут получить европейский диплом

В Российском национальном исследовательском медицинском университете имени Н.И. Пирогова открылся Международный факультет. Окончившие его студенты получат диплом о высшем медицинском образовании как Российской Федерации, так и Европейского Союза.

В торжественном открытии факультета участвовали ректор университета Андрей Камкин, заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой, представители Миланского университета — ректор, профессор Джанлука Ваго, проректор Кьяра Тонелли, декан Международного факультета Изабелла Барежон. Также в церемонии участвовал советник Апостольской Нунциатуры Святого Престола посольства Ватикана в Москве его Высокопреподобие монсеньор Анджей Юзвович.

Церемония началась с двух презентаций. Сначала декан нового факультета, профессор Дмитрий Кузнецов рассказал об университете имени Пирогова, после чего ректор Ваго провел виртуальную экскурсию по Миланскому университету. Затем ректоры двух высших учебных заведений подписали соглашение о международном сотрудничестве, подчеркнув, что это будет очень важный, беспрецедентный проект, первый пример такого обучения в сфере медицины.

Работа над этим проектом была начата уже давно. Еще весной Андрей Камкин говорил в интервью о грядущем открытии Международного факультета, назвав это «серьезным достижением для всего университета». А 11 апреля нынешнего года в РНИМУ приезжал официальный представитель Международной медицинской школы Италии, профессор Умберто Солимене, который вручил руководству вуза верительную грамоту на право ведения им переговоров об открытии в РНИМУ им. Н.И. Пирогова европейского отделения (Италия) Международного факультета от ректора Миланского университета Джанлука Ваго. В итоге был подписан документ, регламентирующий создание в РНИМУ европейского отделения Международного факультета. И вот теперь факультет официально открыт. Впрочем, студентов он пока не принял — учеба на Международном факультете должна начаться 1 сентября 2014 года. Курсовые экзамены для студентов будут проводиться в двух университетах. Успешное прохождение обеих программ даст возможность сдавать экзамены для получения российского и европейского диплома.

Заместитель министра здравоохранения Сергей Краевой отметил, что открытие Международного факультета — это «грандиозное событие, которое высоко оценивается во всем научном сообществе в России». «Я уверен, что это сотрудничество позволит подготовить специалистов мирового класса и укрепит престиж российско-итальянских отношений в лице мирового сообщества», — подчеркнул Сергей Краевой.

Лидия Громеко,
Российское агентство медико-социальной информации АМИ

В сентябре импорт фармпродукции в Россию составил более 1,1 млрд долл.

По предварительным данным таможенной статистики, в январе-сентябре 2013 года импорт товаров из стран дальнего зарубежья в стоимостном выражении составил 201 333,3 млн долл. США и по сравнению с аналогичным периодом 2012 года увеличился на 2,5%. Такая информация приводится в отчете ФТС России.

В сентябре 2013 года стоимостной объем импорта товаров из стран дальнего зарубежья составил 23 240,4 млн долл. США и по сравнению с августом 2013 года практически не изменился.

При этом закупки фармацевтической продукции в сентябре увеличились по сравнению с сентябрем 2012 года на 13,1%. Стоимостной объем импорта фармпродукции в сентябре составил 1141,7 млн долл. В августе 2013 г. это показатель составлял 1009,2 млн долл. Темп роста по отношению к сентябрю 2012 г. составил 4,6%.

Российское агентство медико-социальной информации АМИ

Вероника Скворцова: в РФ дефицит медицинских сестер

На заседании в рамках съезда партии «Единая Россия» министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила о нехватке среднего медперсонала. По ее мнению, ситуация ухудшается с каждым годом. На данный момент дефицит медицинских сестер составляет порядка 270 тысяч.

Как сообщает агентство «РИА Новости», для решения этой проблемы при министерстве создан межведомственный координационный совет, который занимается пересмотром нормирования труда среднего медперсонала и врачей. В сентябре была завершена разработка методики, она согласована Минтрудом, профсоюзами и медсообществом. В октябре первый пилотный проект по введению новых правил нормирования труда стартует в 10 регионах РФ.

Фото Дмитрия Астахова, РИА Новости

В целом В. Скворцова оценивает положение как катастрофическое. Из-за нехватки среднего медперсонала многие врачи вынуждены брать на себя дополнительные обязанности. «Это катастрофа, потому что мы таким образом заставляем врачей выполнять несвойственные им функции, функции медсестры. В результате на его функции остается мало времени. Возникает охлаждение интереса, психологический надлом и огромное количество проблем», — заявила министр.

Zdrav.ru

К 2015 году планируется отменить квоты на высокотехнологичное лечение

Президент Владимир Путин поручил российскому правительству проконтролировать, как и в каком объеме предоставляются услуги бесплатной медицинской помощи населению страны.

В частности, президент предложил уточнить условия, при которых предусмотренная помощь будет оказана бесплатно и в полном объеме. Речь идет об анализах, диагностических исследованиях и лечебных процедурах, за которые клиники нередко берут дополнительную плату.

Правительству также рекомендовано принять меры по повышению доступности медицинской помощи в удаленных территориях. В госпрограмму развития здравоохранения входит развитие санитарной авиации, использование мобильных медицинских бригад, а также широкое применение телемедицины.

Планируется также, что с 2015 года высокотехнологичная медпомощь войдет в программу ОМС, и лечение будет оплачиваться из ФОМС. На данный момент медклиники, работающие по программе высоких технологий, получают финансирование из федерального бюджета, а пациенты направляются на лечение по квотам.

Штрафы, которые страховые организации взимают с медклиник, будут направляться на организационную помощь медицинским учреждением с тем, чтобы исправить имевшие место нарушения.

Будет рассмотрен и вопрос о включении медицинских специальностей в перечень специальностей, по которым при приеме на обучение в вузы могут проводиться дополнительные вступительные испытания, в том числе дополнительное тестирование.

Второй блок поручений президента относится и к федеральному правительству, и к органам исполнительной власти регионов.

Власти должны представить предложения по эффективному использованию медорганизаций для лечения населения близлежащих регионов. В данный момент страховой полис действует на всей территории России, однако система взаиморасчетов региональных ФОМС за пациентов, проходивших лечение вне региона своего проживания, еще не отлажена.

Федеральное правительство и региональные власти обязаны также разработать процедуру согласования территориальных программ госгарантий бесплатной медицинской помощи с Минздравом и ФОМС, а также с министерством финансов.

И, наконец, власти обязали обеспечить развитие системы информирования населения о порядке и условиях бесплатного оказания медицинской помощи.

Третий пакет поручений касается глав регионов, которым поручено организовать обсуждение с населением вопросов оптимизации медучреждений. Помимо этого, губернаторов обязали активнее развивать паллиативную медпомощь, неотложную помощь, дневные стационары, а также медицинскую реабилитацию.

Prozdor.ru

Медизделия могут резко подорожать

В настоящий момент, по мнению представителей Ассоциации международных производителей медицинских изделий IMEDA, может произойти удорожание импортируемых жизненно важных медизделий.

Официальная позиция Ассоциации международных производителей медицинских изделий IMEDA по вопросу закупок жизненно важных медицинских изделий.

С 1 января 2013 года в России вступили в силу новые правила государственной регистрации медицинских изделий, закрепленные в Постановлении Правительства РФ №1416 от 27.12.2012. Одним из ключевых пунктов данного Постановления является требование ко всем производителям медицинских изделий заменить бланки ранее выданных бессрочных регистрационных удостоверений на бланки нового образца (переходный период для замены, согласно официальной информации Минздрава, будет продлен до 2017 года). Это требование возникло в связи с необходимостью унифицировать терминологию: в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» взамен терминов «медицинская техника», «изделия медицинского назначения» и т.п. был закреплен единый термин «медицинские изделия», — соответственно, во все документы, регулирующие работу отрасли, должны быть внесены терминологические изменения.

Ассоциация международных производителей медицинских изделий IMEDA поддерживает действия регуляторов по гармонизации терминологии и работы отрасли в целом, однако опасения Ассоциации вызывает тот факт, что при получении нового бланка регистрационного удостоверения на медицинское изделие производителем может быть потеряна установленная законом и закрепленная в Налоговом Кодексе РФ льготная ставка НДС 0% или 10% на импортируемые медицинские изделия в связи с тем, что Налоговый кодекс подтверждает данные льготные ставки НДС только для «медицинской техники» и «изделий медицинского назначения», тогда как в новом бланке регистрационного удостоверения будет написано «медицинское изделие». Риск заключается в том, что Федеральная таможенная служба, руководствуясь Налоговым кодексом, будет иметь право отказать в применении льготной ставки НДС при ввозе медицинского изделия на территорию России из-за несовпадения терминов.

Данное несоответствие в терминологии, по мнению Ассоциации IMEDA, может привести к удорожанию продукции, импортируемой из зарубежных стран, на 18% и 8% соответственно. Опасения Ассоциации IMEDA вызывает тот факт, что, поскольку основными потребителями медицинских изделий являются государственные медицинские организации, дополнительная финансовая нагрузка ляжет именно на них. Согласно расчетам Ассоциации IMEDA, сделанным на основании аналитических данных ГК Бюро (прогноз объема государственных затрат на медицинские изделия на ближайшие годы), потери бюджета здравоохранения на переплату НДС в течение ближайших трех лет, пока будет производиться замена бланков регистрационных удостоверений, могут составить порядка 31 млрд рублей.

В этой связи Ассоциация IMEDA направила официальные письма в Правительство РФ, Министерство здравоохранения РФ, Федеральную таможенную службу и Министерство финансов РФ с конкретными предложениями, которые позволят медицинским организациям избежать излишних затрат. По мнению IMEDA, необходимо единовременно внести изменения по гармонизации терминологии в три ключевых документа, регулирующих применение льготной ставки НДС:

– в Налоговый кодекс РФ (законопроект, изменяющий терминологию в НК, весной прошел первое чтение в Государственной Думе РФ);

– Постановления Правительства №19 от 17.01.2002 и №688 15.09.2008, которыми утверждены перечни медицинских изделий, подлежащих льготному налогообложению при ввозе на территорию РФ.

Ассоциация IMEDA выражает уверенность, что данная проблема найдет отклик у регуляторов отрасли медицинских изделий, а также проявляет готовность к диалогу с ключевыми заинтересованными сторонами для обсуждения наиболее эффективных способов разрешения сложившейся ситуации.

Российское агентство медико-социальной информации АМИ

Заведующий офтальмологическим отделением ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, профессор **И.Э. Иошин:**

«Главное — не быть равнодушным!»

Заведующий офтальмологическим отделением ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, д.м.н., профессор И.Э. Иошин является давним другом и постоянным автором нашей газеты. Несмотря на авторитет в офтальмологическом мире и многолетний опыт работы, Игорь Эдуардович не любит общаться с прессой, не склонен привлекать внимание к своей персоне. Вот и на это интервью он согласился не сразу…

«Для меня важно, в первую очередь, говорить о своих пациентах и коллегах: врачах, медсестрах, санитарках. Благодаря их усилиям, их каждодневному труду, отделение успешно работает с 2008 года. Нам доверяют пациенты. У нас хотят лечиться. Надеюсь, что публикация в газете «Поле зрения» станет памятным подарком для всех сотрудников и взрослого, и детского офтальмологического отделения к пятилетию начала работы», — поделился своими мыслями руководитель коллектива в начале беседы.

* * *

— Игорь Эдуардович, перед тем как начать говорить об офтальмологическом отделении Клинической больницы, попросил бы Вас рассказать об основных вехах Вашего пути в науке. Ваше имя знакомо, вероятно, значительной части наших читателей. Но хотелось бы познакомиться с Вами поподробнее…

— Я родился в Московской области в 1961 году. В семье медиков не было. Сейчас даже не могу сказать, почему решил выбрать эту специальность… Просто медицина меня заинтересовала. Я закончил Московский медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко. Кафедрой глазных болезней в этом вузе заведовал академик С.Н. Федоров. Как и многих студентов-медиков, меня заинтересовала его деятельность. После окончания вуза я стал работать у Святослава Николаевича в МНТК «Микрохирургия глаза». С этой организацией связан значительный этап моей жизни: с 1985 года по 2008 год.

— Как складывалась Ваша карьера в МНТК?

— Я работал на разных должностях: старшим научным сотрудником, ведущим научным сотрудником, заведующим операционным блоком, руководителем отдела разработки и внедрения новых технологий. Последняя должность была наиболее интересной, т.к. МНТК и создавался для разработки и внедрения новых технологий в медицине.

— Какие темы интересовали Вас в медицинской науке?

— В 1990 году я защитил кандидатскую диссертацию на тему «Интраокулярная коррекция афакии у пациентов с тапеторетинальной абиотрофией». В 1998 году защитил докторскую диссертацию на тему «Внекапсульная фиксация ИОЛ в осложненных ситуациях». В 2006 году присвоено звание профессора по специальности «офтальмология». В настоящее время являюсь профессором Российской государственной медицинской академии последипломного образования. Был руководителем 11 кандидатских диссертаций. Опубликовал более 300 печатных работ, 3 монографии, имею более 40 авторских свидетельств на изобретения.

Так сложилось, что мои первые профессиональные шаги были сделаны в отделе хирургии и аллопластики хрусталика под руководством профессора Э.В. Егоровой. С тех пор имплантология (раздел офтальмологии, занимающийся искусственным хрусталиком глаза) интересует больше всего. Этот интерес подогревался тем, что мне довелось руководить некоторыми перспективными проектами.

В частности, речь идет о разработке и выпуске на базе экспериментального производства МНТК искусственной диафрагмы глаза (внутриглазного имплантата, состоящего из искусственного хрусталика и искусственной радужки). Изделие пошло в серию и помогло многим сотням пациентам с аниридией.

Успешной была также работа по созданию и внедрению внутрикапсульного кольца для хирургии катаракты на фоне подвывиха хрусталика. Сейчас эта технология очень популярна и уже никого не удивляет, но начата она была в 1993 году параллельно и независимо от зарубежного опыта, чему имеются подтверждения в виде патентов и публикаций, правда, отечественных.

Кстати, все сотрудники в то время патентовали свои разработки в институте, не думая о собственном зарубежном приоритете и не заботясь о последующих выплатах. Сейчас есть возможность патентоваться и за рубежом.

Может быть, мой самый главный итог работы в МНТК — участие в создании серии искусственных хрусталиков для фиксации в отсутствии задней капсулы. Самый популярный из них — коллагеновая иридовитреальная интраокулярная линза «гриб» (названа по внешнему сходству). Эта модель используется уже в течение 15 лет в нескольких десятках клиник РФ и СНГ. Всего имплантировано более 20 тысяч искусственных хрусталиков. И это при том, что используется она по строго определенным показаниям в отсутствии задней капсулы.

Хочу подчеркнуть, что перечисленное — результат не только моей деятельности, а коллектива из врачей и инженеров-технологов МНТК, как воплощение идей академика С.Н. Федорова.

— Почему Вы решили перейти из МНТК в Клиническую больницу Управления делами Президента РФ?

— В Клинической больнице Управления делами Президента РФ не было офтальмологического отделения. В 2006 году по инициативе тогдашнего главного врача больницы В.Н. Филько при поддержке Главного медицинского и Финансово-экономического управления УДП РФ началась работа по созданию этой структуры. Меня пригласили в качестве консультанта. Пришлось участвовать в проектировании строительных работ, организации будущего лечебного процесса… Днем продолжал работать на старом месте, а вечером — на стройку решать текущие вопросы и контролировать ход ремонта.

Валерий Николаевич Филько предложил мне стать заведующим. Я согласился. Хотелось попробовать себя в новом деле. Кроме того, далеко не все меня устраивало в политике прежнего руководства МНТК.

— Не только Вы пришли из МНТК, но и практически все врачи и медсестры отделения…

— Да, это относится и к взрослому, и к детскому офтальмологическому отделению, открытие которого состоялось в июне 2012 года. Конечно, это вопрос деликатный… Я очень благодарен МНТК за годы и десятилетия плодотворной работы. У меня и сейчас сохраняются рабочие и товарищеские взаимоотношения с сотрудниками и руководителями этого медицинского центра.

Но надо признать, что в последние годы, при прежнем генеральном директоре МНТК, у части коллектива стало накапливаться недовольство условиями работы. Люди стали искать для себя новых работодателей. Поэтому мои коллеги с радостью приняли предложение о работе в Клинической больнице Управления делами Президента РФ.

Мне бы хотелось сердечно поблагодарить всех врачей, медицинских сестер, санитарок, технических работников, которые пять лет назад пришли работать в офтальмологическое отделение. У нас дружный коллектив. Коллеги, которые пришли сюда работать в 2008 году, продолжают трудиться по сей день.

— Почему возникла необходимость в создании офтальмологического отделения?

— Думаю потому, что количество обращений пациентов различного терапевтического и хирургического профиля, проходивших лечение в больнице с офтальмологическими проблемами, превысило критическую массу. Создание нашего отделения позволило увеличить хирургическую активность больницы и, надеюсь, повысить ее привлекательность для пациентов.

— Не могли бы Вы немного рассказать о больнице, в которой мы находимся, и о медицинской службе Управления делами Президента РФ?

— Клиническая больница является многопрофильным медицинским учреждением для взрослых и детей, представляющим высокотехнологичную и специализированную медицинскую помощь лицам, обслуживание которых возложено на Управление делами Президента Российской Федерации.

Когда люди слышат об «Управлении делами Президента», то многие представляют себе какую-то закрытую и даже секретную организацию… На самом деле деятельность Управления делами полностью открыта. Достаточно познакомиться с официальным сайтом в Интернете www.udprf.ru. Там можно получить всю необходимую информацию.

В составе Управления делами шесть стационаров, восемь поликлиник, одиннадцать санаториев, а также научные, образовательные и другие учреждения в сфере здравоохранения. Главная задача Управления делами состоит в материально-техническом, социально-бытовом и медико-санаторном обслуживании органов государственной власти: Президента и Правительства РФ, палат Федерального Собрания, высших органов судебной власти.

В разговорной речи мы, врачи, говорим о «прикрепленном контингенте». Так обозначаются государственные служащие и члены их семей, которые могут бесплатно пользоваться услугами медицинских учреждений Управления делами Президента РФ, в том числе и лечиться в нашей больнице.

Значительную часть наших пациентов составляют люди, которые не относятся к «прикрепленному контингенту». Эти пациенты оплачивают услуги по лечению и обслуживанию в стационаре по утвержденным тарифам. Кто-то платит сам, за кого-то расходы компенсируют страховые компании или спонсоры… Кстати, эти тарифы вполне доступны для широких слоев населения.

Все пациенты — вне зависимости от того, проходят ли они лечение на платной или бесплатной основе — получают одинаковое по качеству лечение и одинаковое обслуживание.

— В советское время существовало 4-е Главное управление Минздрава СССР (так называемая «Кремлевка»). Попасть лечиться туда было очень сложно, если человек не относился к «прикрепленному контингенту».

— Наша больница была создана в 1974 году. И сейчас по сравнению с советскими временами произошли разительные перемены: теперь никуда не нужно «попадать». Достаточно просто позвонить и записаться на прием. Все услуги, разумеется, доступны и для иностранных граждан. Политика «открытости» принесла свои плоды: во «взрослом» офтальмологическом отделении платные пациенты составляют более половины, в детском отделении — более двух третей.

— Платные пациенты позволяют заполнить имеющиеся мощности?

— Разумеется. Больница обладает значительными ресурсами. В ней развернуто 500 коек. Размещение только одноместное или двухместное. Все палаты оборудованы санузлом с ванной или душем. Здесь работают высококвалифицированные врачи и медицинские сестры практически по всем отраслям медицины. Разумеется, этот потенциал не должен простаивать.

— Наиболее известным медицинским учреждением в системе Управления делами, наверное, можно назвать Центральную клиническую больницу (ЦКБ). А ее самый именитый пациент — первый Президент России Борис Николаевич Ельцин…

— Когда в ноябре 1996 года в ЦКБ Президенту России проводилась операция аорто-коронарного шунтирования, все новостные программы основных телевизионных каналов начинались с репортажей из Центральной клинической больницы. Там лечился, конечно, не только Б.Н. Ельцин. Эта клиника — любимое место для ВИП-персон из всех сфер нашей жизни: политиков, артистов, бизнесменов…

Во многих отношениях ЦКБ является флагманом медицинской службы Управления делами. Однако и оснащение и квалификация персонала в Клинической больнице также находится на самом высоком уровне.

У Клинической больницы — уникальная территория, расположенная не просто среди зелени, а на территории национального парка «Лосиный остров». На территории растут более 120 видов деревьев, имеется даже японская сакура.

— Попросил бы Вас более подробно представить офтальмологическое отделение, которым Вы руководите…

— У нас работают 9 врачей и 19 медицинских сестер и санитарок. Среди врачей: 4 доктора медицинских наук и 4 кандидата медицинских наук. В год мы проводим около 2000 операций, из них около 1000 операций по поводу катаракты, 300 операций в сфере рефракционной хирургии, 400 лазерных операций. Консультативный прием оказываем более 6000 пациентов.

Отделение оснащено современной аппаратурой ведущих фирм. Новейшее диагностическое оборудование имеется для всех структур глаза. Главная гордость отделения — собственный операционный блок. Хочется похвастаться, что отделение в 2010 году получило первый в России фемтосекундный лазер «Visumax» фирмы Carl Zeiss, на котором проводятся все возможные операции на роговице — от коррекции близорукости до лечения кератоконуса и трансплантации роговицы. Сейчас таких лазеров в России уже шесть.

— Какие задачи Вы ставите перед собой и своими сотрудниками как руководитель отделения?

— Главное — не быть равнодушными!

— Что именно Вы имеете в виду?

— Каждый медицинский работник тоже время от времени становится пациентом. У кого-то это происходит чаще, у кого-то реже… В любом случае у нас у всех — врачей, медицинских сестер, санитарок — есть собственные представления о том, какое медицинское обслуживание и какой уход мы хотим получить при обращении в медицинское учреждение. У меня есть одно пожелание для всех сотрудников: обращаться с пациентами так, как они хотят, чтобы обращались с ними в случае болезни.

— Простое, но мудрое правило…

— Очень важно, чтобы пациенты чувствовали себя комфортно в этих стенах. И все наши сотрудники прилагают большие усилия, чтобы это было действительно так.

— В одной из наших предыдущих бесед Вы упомянули, что считаете одним из главных своих достижений создание детского отделения, которое начало работать в июне 2012 года. Почему это событие является для Вас таким важным?

— В 2010 году по инициативе нынешнего главного врача больницы Е.Р. Яшиной при поддержке Главного медицинского и Финансово-экономического управления УДП РФ начался ремонт и организация работы детского офтальмологического отделения.

Итог — создание детского отделения — это, в первую очередь, заслуга его сотрудников во главе с опытным детским офтальмологом, моим коллегой по работе в МНТК А.С. Гаврилюком. Я много лет знаю Андрея Степановича и очень рад, что он возглавил это подразделение.

Успешная работа детского отделения — это не мое личное достижение. Но мне приятно, что в его становлении мне довелось принять участие. Мы тесно и плодотворно сотрудничаем с коллегами. Фактически коллективы детского и взрослого офтальмологического отделения остаются одной командой.

Детское отделение очень востребовано. А при визитах в детское отделение первое, что бросается в глаза — радостные лица детей, ощущение их неиссякаемого оптимизма, несмотря на все медицинские проблемы.

Конечно же, пребывание в больнице, даже самой лучшей — это всегда стресс для ребенка. Но в Клинической больнице действительно созданы прекрасные условия... Маленькие пациенты доверяют врачам и медсестрам. А медики в свою очередь делают все возможное, чтобы оправдать это доверие!

— Игорь Эдуардович, я бы хотел поговорить с Вами о современном развитии российской медицинской науки. Эта тема из номера в номер поднимается в газете «Поле зрения». Хотелось бы, чтобы Вы тоже высказали свою позицию.

— Мы лечим пациентов, используя, в первую очередь, зарубежное оборудование. Мы используем лекарственные препараты, разработанные за пределами нашей страны…

Рекомендуется для применения в медицинских центрах
Ретинальная камера TRC-NW8F PLUS
NEW

- Самая современная модель, в которой имеются удобные автоматические 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, флюоресцентную ангиографию, цветное фотографирование.
- На приборе устанавливается съемный цифровой фотоаппарат NIKON D7000.

TOPCON
Московское представительство фирмы
«Тайрику Трейдинг Ко., Лтд.»
Тел: (499)-237-19-26, 237-18-82, (495)-931-99-48
Факс: (495)-931-99-47, www.tairiku.info avini@co.ru

Теагель
— ГЕЛЬ —

ГЕЛЬ
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

Реклама
Косметологический препарат. Не является лекарственным средством

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

Рег. уд.: RU.77.01.34.001.E.020085.12.11 от 06.12.2011 г.

Мир прекрасен.
Дайте шанс пациенту увидеть больше.

Рекомендуйте пациентам AcrySof® ReSTOR® IQ +3.0 для максимально широкого диапазона зрения[1].

Пациентам с катарактой, желающим уменьшить зависимость от очков на всех расстояниях, AcrySof® ReStor® IQ +3.0 обеспечивает:

- Качественное зрение на всех расстояниях[2,3]
- Надежность проверенной платформы AcrySof® IQ
- 93% удовлетворенных пациентов после имплантации[4]
- Также имеется торическая версия для пациентов с катарактой и астигматизмом AcrySof® ReStor® IQ

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Alcon
A Novartis Company

Линзы интраокулярные AcrySof, моноблочные модели: SND1T2-T5 AcrySof Restor Toric, регистрационное удостоверение № ФСЗ 2011/08989 от 27 января 2011 г.
Линзы интраокулярные AcrySof, моноблочные модели: SN6AD1 AcrySof Restor IQ, регистрационное удостоверение № ФСЗ 2011/08988 от 27 января 2011 г.

Рассмотрим такую сферу медицины, как катарактальная хирургия. Какой процент занимают искусственные хрусталики, произведенные в России, на рынке искусственных хрусталиков? Это риторический вопрос. Мы все знаем, что эта доля весьма незначительная — всего лишь несколько процентов.

Мне думается, что говорить о поступательном развитии медицинской науки в любой стране мира можно только в том случае, если в этой стране разрабатывается и производится новая медицинская техника, разрабатываются и производятся новые медицинские изделия и препараты.

Недостаточно обладать современными медицинскими технологиями, недостаточно их использовать. Надо быть их автором.

— То есть нашу страну Вы сейчас не рассматриваете как одну из ведущих медицинских держав мира?

— У нас еще есть «островки» медицинской науки и технологии. Есть крупные ученые, которые заслужили международное признание. Но в целом современный вклад России и других бывших республик СССР в мировую медицинскую науку — достаточно скромный.

С другой стороны, в нашей стране вполне можно получить квалифицированную медицинскую помощь, в том числе и офтальмологическую. То есть мы чаще всего выступаем не в роли творцов, а в роли потребителей, пользователей чужих технологий.

— Почему сложилась такая ситуация?

— Давайте вспомним об идеях Святослава Николаевича Федорова! МНТК задумывался как союз врача, инженера и технолога. И многие годы на базе МНТК действительно выпускались искусственные хрусталики, производилось другое оборудование… Был мировой приоритет в лазерных технологиях, разработке новых материалов для офтальмологии….

Но на определенном этапе инициативные сотрудники потеряли интерес заниматься разработками, потому как их просто недооценивали. Как материально, так и морально… Отсутствовали стимулы к внедрению собственных идей, а поощрение изобретательской деятельности шло просто формально, по количеству полученных патентов и при условии лояльности к руководству (я имею в виду включение в авторский коллектив).

За стратегическим направлением — имплантология — просто перестали следить, тем более появились зарубежные конкуренты отличного качества. И дело даже не в том, что мы имплантируем импортные искусственные хрусталики. При современной глобализации и распределении производства это нормально. Гораздо важнее, что мы не участвуем в их разработке и апробации, то есть не встроены в общемировой процесс.

Да, сегодня ряд российских клиник по своему оснащению находятся на уровне самых высоких мировых стандартов. Но с точки зрения разработки и производства медицинской техники, с точки зрения развития медицинской науки позиции во многом утрачены.

— Но, может быть, ситуация не такая печальная… В конце концов обычному пациенту, наверное, все равно, кто разработал и произвел лекарства и медицинское оборудование, которые применяются при его лечении. Главное, чтобы лечение оказалось эффективным!

— Это некорректная постановка вопроса. Пациент и не должен думать о развитии медицинской науки. Но для государства и для профессионального медицинского сообщества — это важный вопрос. К сожалению, на сегодняшний день российская медицинская наука может похвастаться только сравнительно небольшим количеством оригинальных разработок.

Нередко руководители научных учреждений и подразделений в качестве доказательства успешности своей работы говорят о количестве опубликованных научных статей, защищенных диссертаций, о научных конференциях. Я тоже в начале интервью привел статистику своей деятельности. Внешне все благополучно… Но необходимо спрашивать себя: а в чем ценность этих диссертаций и публикаций, что нового они сказали миру?

— Вы ставите под сомнение научную ценность значительного числа диссертаций по офтальмологии, которые защищаются в последние годы?

— Я бы не хотел ставить под сомнение ценность диссертаций… Для самого диссертанта и его научного руководителя это важная веха в их профессиональном развитии. Но обращу внимание на такой аспект: появляется все больше работ, авторы которых анализируют особенности применения тех или иных зарубежных технологий и препаратов. Все это важно и нужно. Но необходимо не только изучать чужой опыт, но и предлагать что-то свое…

Возможно, причина кроется в том, что мы увлеклись количественными оценками эффективности работы институтов, кафедр, а также их сотрудников. Все время анализируется, сколько диссертаций и сколько публикаций было за отчетный период. Причем качественная оценка практически не проводится.

Ситуация похожа на медицинские отчеты больниц, где основной показатель — занятость койки или количество проведенных койко-дней в стационаре. В то время как основная тенденция в современном лечении — сокращение койко-дня. Однако движение есть. Я знаю, что в ряде научно-исследовательских учреждений начал внедряться индекс цитирования и другие общемировые стандарты.

— Вам не хватает новизны, оригинальности в работах многих коллег?

— Предвижу обиду, но именно так и есть. Существует тонкая грань между наукой и имитацией науки.

— Ваши рассуждения во многом схожи с позицией министра образования и науки Дмитрия Ливанова, который инициировал реформу Академии наук и Академии медицинских наук. Как Вы думаете, будет ли эта реформа успешной?

— Сложно сейчас судить об успехе реформы. Можно только пожелать успехов всему научному, в том числе и медицинскому сообществу. В любом случае государству необходимо не только финансировать научные организации, но и вычленять перспективные, приоритетные направления и контролировать разумное использование выделяемых финансовых средств. Это комплексная, уже больше экономическая проблема с привлечением специалистов по маркетингу и инвестициям.

Мне думается, что для эффективного развития прикладной медицинской науки необходимо создавать временные научные коллективы и ставить перед ними конкретные задачи. Причем финансирование должно зависеть от успехов в решении этих задач.

— Игорь Эдуардович, большое спасибо за интересную и откровенную беседу!

Беседу вел ***Илья Бруштейн***

Залог успешной работы — в сплоченном коллективе

Мы знаем друг друга больше двух десятилетий

«Мне думается, что залог успешной работы нашего отделения — в дружном, сплоченном коллективе», — с этих слов началась наша беседа со старшей медицинской сестрой офтальмологического отделения Клинической больницы Управления делами Президента РФ И.П. Сидякиной.

Ирина Петровна родилась и выросла на Украине, в Харьковской области. Работала санитаркой в больнице, воспитательницей в детском саду. В середине восьмидесятых годов после замужества переехала в Москву. Четыре года проработала медсестрой в одной из московских городских детских поликлиник.

Старшая медицинская сестра офтальмологического отделения И.П. Сидякина

Операционная сестра Н.А. Малиева

Врач-офтальмолог, д.м.н. А.И. Толчинская проводит осмотр пациентки на щелевой лампе

Врач-офтальмолог С.А. Дубровская проводит оптическую когерентную томографию сетчатки

Администратор офтальмологического отделения И.Ю. Ушакова и медицинский регистратор С.Ю. Гринь

Медицинская сестра Н.М. Гуськова проводит оптометрические исследования

В МНТК «Микрохирургия глаза» И.П. Сидякина трудилась с 1991 года по 2008 год. Потом стала старшей медицинской сестрой офтальмологического отделения Клинической больницы. «Из 19 наших медицинских сестер и санитарок большинство работало ранее в МНТК «Микрохирургия глаза». Причем они пришли в федоровский центр в начале девяностых годов. Мы знаем друг друга более двух десятилетий. Это очень помогает в работе», — рассказывает Ирина Петровна.

В чем старшая медицинская сестра видит свою главную задачу? «Значительная часть рабочего дня проходит в служебном кабинете. Я занимаюсь заказом медикаментов и расходных материалов, оформлением различных документов… Вместе с тем стремлюсь каждый день общаться с больными, контролировать работу медсестер и санитарок, оказывать им помощь в трудных ситуациях».

В чем состоит мастерство медицинской сестры? «Хорошая медицинская сестра должна обладать профессиональной интуицией, чувствовать настроение и адекватно оценивать психические состояние каждого пациента, — отмечает И.П. Сидякина. — Некоторые пациенты в силу психических особенностей не способны выполнять указания медицинского персонала и могут навредить себе. Например, после операции их просят лежать какое-то время только на спине, а они обязательно хотят лечь на живот… В этой ситуации медсестра должна проявить максимум чуткости, настойчивости и терпения, чтобы, несмотря на сопротивление больного, выполнить необходимые предписания по уходу».

Разговор о работе среднего медицинского персонала продолжился с операционной сестрой Н.А. Малиевой. «Самое главное в нашей работе операционной сестры — это четкое взаимодействие с офтальмохирургом. Для этого операционная сестра должна хорошо знать анатомию органа зрения и понимать ход проводимого хирургического вмешательства. Если предстоит сложная операция, то врач обычно проводит дополнительный инструктаж для операционных сестер. Мы обсуждаем действия при всех возможных ситуациях… Операционная сестра должна всегда сохранять спокойствие и хладнокровие», — поделилась своими мыслями о сути профессии Надежда Александровна.

Я вижу!

Чтобы почувствовать атмосферу, которая царит в стенах офтальмологического отделения, полезно почитать книгу отзывов. Одна пожилая пациентка, прооперированная по поводу катаракты, оставила такую запись: «Я вижу! Эти строки пишу сама. В моей палате № 4 на стене висел серый прямоугольник. Теперь я вижу, что это картина в белом паспарту. Вы — волшебники! Дали мне надежду бороться и с другими недугами».

А вот другая запись, адресованная врачам отделения: «Дорогие доктора! Огромное спасибо Вам за бесценный подарок нам, пациентам с заболеванием глаз. Этот подарок — зрение!»

Еще одна запись, обращенная ко всем сотрудникам отделения: «Спасибо Вам за профессиональную заботу, за доброту и внимание! Спасибо коллективу, который создает обстановку в больнице, который готов помочь во всем…»

Офтальмологическое отделение стало неотъемлемой частью Клинической больницы

«За эти пять лет офтальмологическое отделение стало неотъемлемой частью Клинической больницы Управления делами Президента РФ», — уверена врач-офтальмолог, д.м.н. А.И. Толчинская. Анна Ивановна по праву считается одним из наиболее опытных и авторитетных сотрудников отделения.

Она много лет проработала на Дальнем Востоке. Начинала свой путь в медицине с должности разъездного фельдшера в поселке Хунгари Комсомольского района Хабаровского края. После окончания медицинского института работала в офтальмологическом отделении городской больницы города Комсомольск-на-Амуре.

С 1979 года А.И. Толчинская живет и работает в Москве. «Сразу же после приезда в Москву я познакомилась со Святославом Николаевичем Федоровым и стала сотрудником Московской научно-исследовательской лаборатории экспериментальной и клинической хирургии глаза (МНИЛЭКХГ), которую он возглавлял. В 1980 году МНИЛЭКХГ была преобразована в Московский научно-исследовательский институт микрохирургии глаза. В 1986 году было создано МНТК «Микрохирургии глаза», успешно работающее по сей день. До трагической гибели академика С.Н. Федорова в 2000 году я работала вместе с ним и считаю его своим учителем».

В 1987 году А.И. Толчинская защитила кандидатскую диссертацию на тему «Профилактика роговичных осложнений при артифакии». В 2002 году она стала доктором медицинских наук, представив работу «Интраокулярная коррекция афакии в осложненных ситуациях».

Анна Ивановна принимала активное участие в создании офтальмологического отделения. «На сегодняшний день сотрудники нашего отделения занимаются практически всеми видами глазных патологий, кроме офтальмоонкологии. У нас накоплен большой опыт по помощи больным с катарактой и глаукомой, проблемами роговицы и рефракции, патологией сетчатки и т.д.»

Наша собеседница обратила внимание, что, помимо работы в отделении, многие врачи-офтальмологи ведут прием амбулаторных пациентов в поликлиниках, входящих в медицинскую службу Управления делами Президента РФ. «Например, я провожу консультации в поликлинике № 4. Это очень важная часть нашей работы, так как создает преемственность в лечении пациентов как в стационаре, так и амбулаторно».

Анна Ивановна подчеркивает, что в условиях многопрофильного медицинского центра, каким является Клиническая больница, пациентам может быть оказана наиболее эффективная офтальмологическая помощь. «При различной глазной патологии, скажем, при возрастной макулярной дегенерации сетчатки, глазных проявлениях сахарного диабета, целом ряде сосудистой патологии и т.д., требуется консультация не только офтальмологов, но и других специалистов. В нашей больнице предоставляется комплексная медицинская помощь. При необходимости можно собрать врачебный консилиум».

Многие офтальмологические пациенты — люди пожилые с целым букетом соматической патологии: инфаркты, инсульты, гипертоническая болезнь и т.д. Именно поэтому в изолированной глазной клинике, по мнению А.И. Толчинской, не всегда возможно положительно решить вопрос об операции, учитывая высокий риск декомпенсации в первую очередь сердечно-сосудистой системы.

В Клинической больнице Управления делами Президента РФ решением проблем каждого пациента совместно занимаются врачи различных профилей. Это позволяет выбрать индивидуальный план лечения и помочь каждому. Нередки случаи предварительной госпитализации в профильные отделения для компенсации общего состояния и последующей офтальмологической операции. Здесь воплощен в жизнь принцип: видеть не болезнь, а человека!

Илья Бруштейн

Фотографии автора и из личного архива Е.А. Молчановой

ИЗДАТЕЛЬСТВО Апрель
www.aprilpublish.ru

В стране детских улыбок

Детское офтальмологическое отделение Клинической больницы Управления делами Президента РФ

Заведующий детским офтальмологическим отделением А.С. Гаврилюк

Феникс, возрожденный из пепла

«Наше отделение, как и весь педиатрический корпус, можно сравнить с мифологической птицей феникс, возрожденной из пепла, — рассказывает заведующий детским офтальмологическим отделением, врач-офтальмолог высшей категории А.С. Гаврилюк. — Помещение отделения, в котором мы находимся, не использовалось около 15 лет. Совместно с главным врачом больницы Е.Р. Яшиной было принято решение провести здесь капитальный ремонт и создать современное офтальмологическое отделение. Открытию отделения предшествовал длительный подготовительный период, во время которого, в частности, был отремонтирован этаж в детском корпусе, закуплены мебель и специальное медицинское оборудование, предназначенное для обследования и лечения детей».

Открытию детского отделения способствовали многочисленные запросы взрослых пациентов офтальмологического отделения Клинической больницы Управления делами Президента РФ, которые хотят обследовать и лечить своих детей на столь же высоком уровне, какой оказывает офтальмологическое отделение для взрослых под руководством заведующего отделением, д.м.н., профессора И.Э. Иошина.

Официальное открытие отделения состоялось в середине июня 2012 года. Но Андрей Степанович, также как и большинство его сотрудников, пришли работать в Клиническую больницу еще в феврале 2010 года. «Уже в начале 2010 года мы стали принимать детей на стационарное лечение. Так как офтальмологическое отделение еще не было открыто, дети размещались на базе других отделений педиатрического корпуса», — делится своими воспоминаниями А.С. Гаврилюк.

Каждый год операционная активность детских офтальмологов возрастала. И этот процесс продолжается по сей день. В 2010 году было проведено 240 офтальмологических операций у детей и подростков. В 2011 году — 450 операций. В 2012 году — 740 операций. В 2013 году ожидается уже более тысячи офтальмохирургических вмешательств.

Справимся с любыми недугами!

«Мы можем оказать помощь практически при всех глазных болезнях, встречающихся у детей и подростков. Спектр предоставляемых услуг очень широкий — от консультаций специалистов и обследования с использованием всего диагностического комплекса офтальмологического отделения до оперативных вмешательств при самой различной патологии», — с гордостью подчеркивает А.С. Гаврилюк.

Для лечения катаракты применяется современный бесшовный метод — факоаспирация. Проводится имплантация искусственного хрусталика при травматической и врожденной катаракте. При врожденной катаракте операции осуществляются уже в первые месяцы жизни малыша.

В Клинической больнице готовы провести операцию по удалению врожденной катаракты, в том числе и в сложных случаях (при заднем лентиконусе). Также проводится вторичная имплантация при афакии с дефектом или отсутствием задней капсулы, подвывихе хрусталика и т.д.

При врожденной и вторичной глаукоме маленьким пациентам назначается консервативное лечение, а также хирургическое лечение с помощью операций непроникающего и проникающего типа с использованием современных дренажей и клапанов. Проводится послеоперационное восстановительное лечение глаукоматозной атрофии зрительного нерва: курс ирригационной нейротрофической терапии.

Врачи-офтальмологи занимаются и патологией роговицы. Может быть осуществлена пересадка роговицы при помутнениях любой этиологии: врожденной дистрофии, центральных травматических рубцах, кератоконусе. При сочетанной патологии роговицы и хрусталика выполняется комбинированная операция: пересадка роговицы, удаление катаракты с имплантацией искусственного хрусталика. На начальной стадии кератоконуса пациентам назначаются современные эффективные методы лечения: кросслинкинг, имплантация роговичных сегментов.

При атрофии зрительного нерва и дистрофии сетчатки в отделении применяют метод ирригационной нейротрофической терапии: с использованием катетеризации ретробульбарного пространства с последующим многократным введением препаратов. Также осуществляется курс плеопто-ортоптического лечения.

Пациентам с патологией стекловидного тела и отслойкой сетчатки проводятся витреоретинальные операции. При прогрессирующей близорукости осуществляются склероукрепляющие операции. При косоглазии пациентам не только подбирают корригирующие очки и проводят аппаратное лечение, но и осуществляют хирургическую коррекцию с последующей послеоперационной реабилитацией.

В отделении работают 4 врача и 14 медицинских сестер и санитарок. Развернуто 16 коек.

Созданы прекрасные условия для маленьких пациентов и их родителей. При желании родители могут постоянно находиться в палате вместе с ребенком. Просторные светлые двухместные палаты, консультативные и диагностические кабинеты, современное оборудование и интерьер отделения — все это создает условия для максимально комфортного пребывания пациентов в лечебном учреждении.

Вовремя провести хирургическое вмешательство!

Одна из самых запомнившихся встреч в детском отделении — с врачом-офтальмологом, д.м.н. Л.Н. Зубаревой. Будучи доктором медицинских наук, Людмила Николаевна является научным куратором отделения.

Я попросил опытного врача рассказать о каких-то запомнившихся случаях. «Наверное, мой ответ не будет оригинальным… Обычно запоминаются самые тяжелые, даже драматичные случаи. Например, в последние годы у меня было много пациентов с врожденной глаукомой. И это были разные виды глаукомы… При таких диагнозах приходится поволноваться и родителям детей, и самим детям. Врачу необходимо проявить высокий профессионализм и терпение».

Людмила Николаевна рассказала об операции, которую она проводила совсем недавно: маленькому мальчику, у которого была врожденная киста радужки глаза, была проведена хирургическая операция по устранению кисты. «По своей сути — это очень простая операция. Киста образуется из-за расслоения слоев радужки. Чтобы устранить эту проблему, в полость кисты вводится этиловый спирт. Благодаря ему слои радужки «разглаживаются» и соединяются друг с другом, то есть киста исчезает».

«Подавляющее большинство детей составляют представители различных регионов России и близлежащих стран», — рассказывает заведующий отделением А.С. Гаврилюк. Некоторые мамы и папы проделали со своими детьми путь в несколько тысяч километров, чтобы получить квалифицированную помощь в больнице Управления делами Президента РФ.

Врач-офтальмолог, д.м.н. Л.Н. Зубарева проводит осмотр пациента

Заведующий детским офтальмологическим отделением А.С. Гаврилюк с маленькими пациентами

Врачи-офтальмологи детского отделения А.В. Артамонова и Е.А. Молчанова

Пациенты детского офтальмологического отделения

Врач-офтальмолог Е.А. Молчанова проводит осмотр воспитанников детского дома

Врач-офтальмолог Е.А. Молчанова во время посещения детского дома в городе Коломна Московской области

Часть пациентов, проходящих лечение в стационаре — это дети государственных служащих, имеющих право на бесплатное медицинское обслуживание в клиниках Управления делами Президента РФ. Остальные пациенты обслуживаются по ДМС. За последний год значительно увеличилось количество пациентов, которых направляют страховые компании.

«Уровень подготовки персонала и технического оснащения офтальмологических центров регионов России в настоящее время достаточно высокий… Вместе с тем мы не можем давать советы родителям, где им лучше лечить своих детей. Во все времена клиники Москвы вызывали у пациентов особое доверие. Если они приезжают к нам на лечение — добро пожаловать!», — отмечает Л.Н. Зубарева.

Дружба с детскими домами

Детское офтальмологическое отделение Клинической больницы со времени своего официального открытия в июне 2012 года реализует совместный благотворительный проект с фондом «Волонтеры в помощь детям-сиротам». «В рамках этого проекта наши сотрудники, врачи-офтальмологи, в свое свободное время ведут осмотр детей в детских домах. Мы постоянно сотрудничаем с пятью-шестью учреждениями, расположенными в городе Москве, Московской области, а также в Тверской и Липецкой областях», — рассказал А.С. Гаврилюк.

Цель осмотров — выявить детей, которым требуется стационарная офтальмологическая помощь: проведение операций или лечения, оказываемого только в условиях стационара. Фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам» не только полностью оплачивает необходимое лечение, но и выделяет своих сотрудников-сиделок, постоянно находящихся в стационаре вместе с маленькими пациентами.

С июня 2012 года по настоящее время уже была успешно оказана высокотехнологичная офтальмологическая помощь около сотни детей из различных детских домов и школ-интернатов. «Сиделки, чья деятельность финансируется из средств фонда, выполняют для детей-сирот роль мам. Так же как и родители других наших пациентов, они вместе с нашими медсестрами и санитарками обеспечивают наилучший уход за детьми и подростками, — дает пояснения А.С. Гаврилюк. — Следует учитывать, что практически все дети обладают целым «букетом» различных патологий, поэтому в данном случае индивидуальная сиделка в больнице — это не роскошь, а необходимость».

Врач-офтальмолог Е.А. Молчанова в июне 2013 года на два дня выезжала в город Коломну Московской области, где она проводила офтальмологический осмотр детей Коломенского детского дома-интерната для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

«Сотрудники детского дома принимали меня очень тепло и доброжелательно. Также как и в других подобных учреждениях… Мне бы хотелось поблагодарить всех сотрудников детских домов, а также фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам» за нашу плодотворную, важную и нужную совместную работу».

Все ли дети могут получить помощь, которая им необходима? «Как говорится, не оскудеет рука дающего… Пока мы — Клиническая больница и благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам» — никому не отказывали в лечении из-за недостатка финансовых средств. Это относится и к моей работе в Коломне. Всем маленьким пациентам, которым необходимы операции, они будут проведены в самое ближайшее время».

«Разумеется, у каждого детского дома существует своя специфика, — продолжает свой рассказ Елена Александровна. — Некоторые детские дома опекают относительно здоровых детей, которых можно и нужно подготовить к взрослой, самостоятельной жизни. В Коломне — другая ситуация… Там живут дети-инвалиды, которым, к огромному сожалению, пожизненно будет требоваться уход и опека. А некоторым из них уход необходим 24 часа в сутки! Эти дети обделены судьбой и несут свой тяжкий крест… Но и таким детям можно облегчить жизнь и оказывать квалифицированную медицинскую, в том числе и офтальмологическую помощь».

Должен ли врач-офтальмолог быть готов к каким-то неожиданностям, работая с «необычными» пациентами? «Конечно, требуется полная концентрация внимания и индивидуальный подход к каждому пациенту», — рассказывает Е.А. Молчанова.

Наш разговор с молодым врачом-офтальмологом завершился на оптимистичной, жизнеутверждающей ноте: «Я уверена в том, что даже если человек в силу особенностей развития не способен к внятной речи, не способен себя обслуживать… — он все равно радуется хорошему зрению. Такой пациент не сможет сказать врачу «спасибо». Но самое главное, что его жизнь станет после операции немного легче… Я очень рада, что мы способны помочь всем детям, в том числе детям-инвалидам, от надвигающейся слепоты».

«На самом деле никакая помощь, никакие деньги не будут иметь значения, если нет сильного коллектива, который хочет и умеет работать», — поделился своими мыслями А.С. Гаврилюк. Руководитель отделения сослался на слова великого полководца Александра Васильевича Суворова: «Раз везение, два везение, но когда-нибудь и умение».

Специалисты отделения готовы предоставить своим клиентам целый комплекс услуг, включающий новейшие технологии, проверенные методики, а также лекарственные препараты от надежных производителей и поставщиков. Доброжелательное отношение медперсонала, возможность родителям постоянно находиться в палате с ребенком — все это позволяет врачам и пациентам избежать многих проблем, которые порой сопровождают ребенка в больнице.

Илья Бруштейн

Фотографии автора и из личного архива Е.А. Молчановой

VI Российский общенациональный офтальмологический форум

1-3 октября 2013 года, Москва

Организаторы форума:

Министерство здравоохранения РФ; ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца»;
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»;
Кафедра глазных болезней факультета последипломного образования.

< стр. 1

Профессор Ю.С. Астахов, главный офтальмолог Санкт-Петербурга, отметил, что за последние годы окрепли связи между офтальмологами страны, России и зарубежья. «Всегда приятно видеть, сколько новых имен появляется среди докладчиков на международных съездах и конференциях. Приятно осознавать, что наша специальность имеет очень большой вес в обществе и очень большие перспективы». Он также отметил, что Межрегиональная ассоциация врачей-офтальмологов со временем превратится в мощную силу, которая совместно с руководством Министерства здравоохранения РФ будет защищать интересы больных, врачей и служить общему делу.

Профессор О.О. Янушевич, ректор Московского медико-стоматологического университета им. Евдокимова, отметил, что на форуме присутствует большое количество студентов, курсантов, ординаторов, так как тематика конференции очень важна для подрастающего поколения офтальмологов и выразил надежду, что РООФ-2013 станет полезным и важным событием для всех его участников.

Основные направления работы форума:

- **Новые технологии в диагностике и лечении патологии сетчатки и зрительного нерва**
- **Инновационные технологии в реконструктивной хирургии**
- **Глаукома: технологии и инновации. Медико-социальные аспекты глаукомы**
- **Новое в патогенезе и лечении рефракционной и глазодвигательной патологии**
- **Современные аспекты биомеханики глаза**
- **Фундаментально-прикладные исследования в офтальмологии**
- **Современные тенденции в диагностике, медикаментозном и хирургическом лечении воспалительных заболеваний глаз**

С докладом «Анализ современного состояния офтальмологической службы Российской Федерации» выступил главный офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, профессор В.В. Нероев.

Профессор В.В. Нероев отметил, что в течение последних лет в законодательной базе отечественного здравоохранения изменились условия финансирования, практически сформированы новые законодательные основы оказания медицинской помощи гражданам страны, продолжается формирование нормативно-правовых документов. Новый Федеральный закон РФ «Об охране здоровья граждан РФ» определил права и обязанности медицинских организаций, медицинских работников, формы и порядки оказания медицинской помощи на основе стандартов. Соответствующим постановлением Правительства РФ определены критерии объемов, доступности и качества медицинской помощи. Специальные распоряжения Правительства РФ обозначили новый перечень показателей эффективности деятельности медицинского персонала и механизмы оплаты труда, а также стратегию развития медицинской науки.

Нормативно-правовые акты в области офтальмологии определяют порядок оказания медицинской помощи гражданам России. Данные документы содержат основные положения об организации работы всех звеньев офтальмологической службы, стандарты материально-технического оснащения и рекомендуемые штатные нормативы учреждений всех уровней.

Профессор В.В. Нероев констатировал, что в целом по России на сегодняшний день ресурсы офтальмологической службы, согласно расчетам по Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, достаточны. Работа службы была признана удовлетворительной, однако, подчеркнул докладчик, в отдельных регионах ситуация по разным показателям вызывает беспокойство, вскрылись неутешительные тенденции.

В то же время анализ данных федеральной статистики показал, что основные сложности связаны, с одной стороны, с неравномерностью распределения ресурсов как по регионам, так и внутри региона, с другой — с нерациональным их использованием. Было отмечено, что наибольшее количество проблем по-прежнему сосредоточено в первичном амбулаторном звене.

Так, по словам В.В. Нероева, неравномерность расстановки врачебных кадров между первичным и стационарным звеном здравоохранения складывается не в пользу первичного звена. Дефицит врачебных кадров ведет к повышенной нагрузке врача на приеме (в ряде регионов до 40-50 человек в день), что негативно сказывается на уровне качества лечения.

Рост числа штатных должностей офтальмологов (в соответствии со штатными нормативами, утвержденными в «Порядке оказания медицинской помощи больным с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты») не сопровождается должным ростом количества врачей-офтальмологов из-за их отсутствия. Вследствие этого в большинстве регионов продолжает расти коэффициент совместительства, что и приводит к повышенной нагрузке врача.

Одновременно профессор В.В. Нероев подчеркнул, что при высокой доле профилактических посещений офтальмологов (до 35%) не обеспечивается надлежащее качество профилактической работы: выявляемость заболеваний снижается. Так, до 2011 года показатель первичной заболеваемости снижался на 1-3%, и только к 2012 году он начал расти, но в основном за счет тех регионов, где процент профилактических посещений особенно высок. Таким образом, как сказал В.В. Нероев, «не приходится говорить о прямой зависимости между большим количеством профилактических посещений и ранним выявлением заболеваний, а ведь выявление заболеваний на ранних стадиях позволит предупреждать тяжелые последствия и не допустить потери зрения и возникновения инвалидности». В связи с этим докладчик указал на необходимость более ответственного подхода к качеству профилактической работы.

Главным офтальмологом Минздрава РФ была отмечена положительная тенденция в деятельности коечного фонда стационаров. При сокращении численности коек возросла занятость койки до 323 дней в году. Улучшению деятельности коечного фонда способствовало и внедрение современных технологий, позволивших лечить в более короткие сроки, увеличив тем самым оборот койки.

В то же время В.В. Нероев обратил внимание участников форума на значительную неравномерность в обеспеченности койками по субъектам РФ: так в одних регионах число коек избыточно, в других — недостаточно, а где-то отмечается необоснованность госпитализации. Это касается и детских офтальмологических коек.

В 2012 году продолжился рост оперативных вмешательств, хотя и здесь было указано на серьезные недостатки: зачастую наблюдается низкая хирургическая активность при глаукоме, а в ряде регионов — и при катаракте. В 29 регионах страны вообще не проводятся операции на органе зрения в рамках высокотехнологичной медицинской помощи.

В заключение В.В. Нероев остановился на приоритетных направлениях повышения эффективности, доступности и качества офтальмологической помощи в Российской Федерации. Прежде всего, это привлечение кадров в амбулаторно-поликлиническое звено, что позволит укомплектовать штат, снизить ежедневную нагрузку на врача и повысить эффективность его работы; повышение качества подготовки врачей-офтальмологов, стимулирование последипломного образования; повышение качества

В президиуме — главный офтальмолог Минздрава РФ, профессор В.В. Нероев и главный офтальмолог Санкт-Петербурга, профессор Ю.С. Астахов

И.Г. Никитин, директор Департамента специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации Минздрава РФ

Профессор О.О. Янушевич, ректор Московского медико-стоматологического университета им. Евдокимова

Профессор М.М. Шишкин, руководитель Клиники офтальмологии ГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗ РФ»

Профессор Э.Р. Мулдашев, директор «Всероссийского центра глазной и пластической хирургии Минздрава РФ» (Уфа)

Председатель Совета молодых ученых ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» П.А. Бычков

профилактической работы, улучшение преемственности работы врача первичного звена и лечебных учреждений по месту прикрепления пациента, а также оптимизация стационарного ресурса и развитие стационарзамещающих технологий. Профессор В.В. Нероев подчеркнул, что эти мероприятия не требуют дополнительных финансовых вложений и могут быть решены организационными методами (полностью доклад опубликован на сайте Межрегиональной общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов» www.avo-portal.ru).

Пленарное заседание первого дня «Новые технологии в диагностике и лечении патологии сетчатки и зрительного нерва» открыл профессор Vilser Walthard из Германии, он представил доклад «Аналитическая диагностика сосудов сетчатки». Профессор М.М. Шишкин (Москва) рассказал об эволюции лечения слепоты при ВМД, ДМО и ОВС. Большинство глазных заболеваний связано с возрастом, а заболевания, составляющие предмет доклада, напрямую связаны с людьми пожилого возраста. При населении России в 132 млн человек, около 32 млн граждан — пенсионного возраста. На сегодняшний день, по словам профессора Шишкина, надежной преградой развитию далеко зашедших форм возрастной макулярной дегенерации, диабетического макулярного отека является применение препаратов анти-VEGF терапии.

С докладом «Травматические повреждения макулы» выступил профессор Г.Е. Столяренко (Москва). Травматические повреждения макулы он разделил на фототермическое поражение макулы и постконтузионное поражение макулы. По мнению профессора Столяренко, основной задачей экстренных лечебных мероприятий является дислокация субретинальной крови из макулярной зоны и стимуляция рассасывания сгустка крови для сохранения максимальных зрительных функций.

Я.В. Байбородов (Санкт-Петербург) представил новый патогенетический способ хирургического лечения осложненных ямок диска зрительного нерва, который приводит к полной функциональной реабилитации пациентов. Т.Н. Киселева (Москва) подробно остановилась на ультразвуковых допплеровских методах в диагностике сосудистой патологии сетчатки и зрительного нерва. Преимущества метода заключаются в неинвазивности, безопасности, возможности многократного его применения; метод позволяет исследовать кровоток при непрозрачных оптических средах; не требует введения контрастных веществ и исключает лучевую нагрузку; позволяет оценить анатомические особенности расположения сосуда, обнаружить его деформации, патологические включения, нарушающие проходимость сосуда. Метод также позволяет получить качественную и количественную оценку состояния кровотока в ретробульбарных сосудах малого калибра.

Современный взгляд на использование ОКТ в комплексной диагностике и мониторинге витреоретинальной патологии представил Д. Дорошенко (Москва). От группы авторов с докладом «ОКТ-признаки в диагностике атипичных форм неоваскуляризации возрастной макулярной дистрофии» выступил Т.Б. Шаимов (Челябинск). По данным авторов, атипичные формы ХНВ занимают 26% в структуре васкулярной формы ВМД, имеют характерные клинические особенности. Знание ОКТ-характеристик позволяет диагностировать атипичные формы неоваскулярной ВМД при отсутствии индоцианин-грин ангиографии.

На различные психофизиологические аспекты зрения обратил внимание участников форума профессор Э.Р. Мулдашев (Уфа). «Для достижения зрения нужна воля. Сам человек, сам пациент должен брызгать данной ему Богом энергией. Только волевые люди могут преодолеть слепоту и добиться порой поразительных результатов», — подчеркнул докладчик.

«Новый подход к лазерной коагуляции кист сетчатки» — тема доклада, с которым от группы авторов выступила Г.Ю. Захарова (Москва). Основным методом лечения кист сетчатки является лазерная коагуляция, однако большая площадь поражения вызывает необходимость большого объема коагуляции, что может привести к развитию ряда осложнений, самым опасным из которых является непрямое поражение макулы. Авторами был разработан максимально щадящий способ проведения лазерной коагуляции кисты сетчатки для предотвращения развития грубого рубцевания и снижения риска непрямого повреждения макулы.

Е.В. Ядыкина (Челябинск) остановилась на клинических особенностях дебюта увеита при ювенильном идиопатическом артрите. Предрасполагающими факторами риска развития увеита могут быть женский пол, дошкольный возраст и склонность к развитию частых респираторных инфекций, свидетельствующая о нарушении в иммунном статусе ребенка. Залогом успешного лечения, по словам докладчика, является своевременная диагностика, которая возможна при тесном сотрудничестве офтальмологов, ревматологов и педиатров.

О применении интравитреального импланта (озурдекс) в терапии посттромботического макулярного отека рассказала Е.С. Филимонова (Москва). Макулярный отек (МО) — основная причина снижения остроты зрения, встречается у 60-100% больных ОВС. В большинстве случаев МО переходит в хроническую форму. В настоящее время терапии МО включает транспуциллярную фотокоагуляцию сетчатки, интравитреальные инъекции кортикостероида триамцинолона ацетата, а также интравитреальные инъекции анти-VEGF препарата ранибизумаба. 23.11.2012 г. в России был зарегистрирован итравитреальный имплант дексаметазона — озурдекс. Это — одноразовая, готовая к использованию система доставки лекарственного средства, разработанная специально для введения в стекловидное тело импланта, содержащего дексаметазон. Длительность терапевтического эффекта системы — до 6 месяцев.

В кулуарах конференции: профессор Л.А. Катаргина (заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца»), профессор В.В. Страхов (Ярославль), профессор И.Б. Алексеев (Москва)

Профессор В.В. Нероев встречает гостей конференции. Д.О. Колесников *(слева)*, В.Д. Антонюк *(справа)*

Как отметила докладчик, озурдекс обеспечивает улучшение остроты зрения и уменьшение толщины сетчатки в центральной зоне, по данным ОСТ, уже с первых дней после инъекции.

Доктор Мерета Патрисия Удаондо (Испания) продолжила тему и поделилась опытом клинического применения препарата озурдекс.

И.Ю. Мазунин (Нижний Новгород) представил результаты субпорогового микроимпульсного красного лазерного воздействия широким пятном при лечении микрокистозных макулярных отеков (ММО). По мнению докладчика, обычные лазерные методики при лечении ММО неприемлемы, а введение ингибиторов ангиогенеза и кортикостероидов интравитреально — достаточно инвазивно и малодопустимо с финансовой точки зрения. Для увеличения терапевтической эффективности и уменьшения инвазивности операций автор рекомендует применение офтальмологических лазеров с различным спектром длин волн и различными режимами работы. Субпороговое микроимпульсное красное лазерное воздействие широким пятном рекомендуется применять при лечении нетракционного фокального микрокистозного макулярного отека (высотой до 400 мкм) различной этиологии, а также в качестве дополнения или альтернативы внутривитреальному введению ингибиторов ангиогенеза и кортикостероидов.

Профессор В.У. Галимова (Уфа) в своем докладе затронула тему использования биоматериала «Аллоплант» при лечении сухой и влажной формы ВМД. В результате применения «Аллопланта», с точки зрения автора доклада, происходит активация обменных процессов в хориоретинальном комплексе, что в свою очередь стимулирует восстановление морфофункциональной связи между фоторецепторами и пигментным эпителием сетчатки, в результате чего происходит стабилизация зрительных функций.

Работа секции «Инновационные технологии в реконструктивной хирургии» началась с сеанса «живой хирургии» в исполнении д.м.н. О.Г. Оганесяна. Тончайшее мастерство при выполнении вмешательства и блестящий комментарий стали настоящим украшением форума.

Д.м.н. Ю.Ю. Калинников (Москва) в своем докладе продемонстрировал возможности использования фемтосекундного лазера при кератопластике: один донор — два реципиента.

Цель исследования, о котором рассказал В.Е. Карпов (Москва) заключалась в оценке эффективности передней радиальной ИАГ-лазерной капсулотомии в лечении «стертых» форм синдрома сокращения передней капсулы хрусталика артифакичного глаза. В результате авторы пришли к выводу о том, что этот вид вмешательства является патогенетически ориентированным, эффективным, малоинвазивным методом хирургии, при котором уже на первые сутки при минимальной воспалительной реакции наблюдается повышение остроты зрения, снижение ВГД, а в динамике — стойкий клинический эффект.

А.В. Ракова (Москва) от группы авторов выступила с докладом «Структурные изменения роговицы после фемтолазерной передней послойной кератопластики». По данным, полученным при проведении конфокальной микроскопии, воздействие фемтолазера на морфологию роговой оболочки является минимальным, а потеря эндотелиальных клеток после операции соответствует физиологической норме.

П.А. Илюхин (Москва) представил доклад «Хирургическое лечение острого некроза сетчатки». Функциональные исходы и прогноз ОНС неблагоприятные: примерно 2/3 пациентов с этим заболеванием теряют зрение вследствие быстрого развития патологического процесса с высокой вероятностью отслойки сетчатки, макулярного некроза и оптического неврита. На сегодняшний день остается нерешенным вопрос о единой тактике хирургического лечения ОНС, и, по данным авторов, проведение раннего хирургического лечения даже при возникновении тотальной отслойки сетчатки у пациентов с ОНС позволяют обеспечить более высокие зрительные функции, а также длительную ремиссию процесса.

Выступление П.А. Бычкова (Москва) касалось динамики ретинальной активности после хирургического лечения идиопатических макулярных разрывов (ИМР). По мнению авторов доклада, при хирургическом закрытии ИМР отмечается достоверное повышение остроты зрения и центральной светочувствительности сетчатки через 1 месяц после операции с дальнейшей тенденцией к увеличению данных показателей. При ИМР III и IV стадий, согласно данным стандартной ЭРГ, отмечается общее угнетение функций фоторецепторов с тенденцией к восстановлению после хирургического закрытия разрыва. После витрэктомии с пилингом ВМП без использования красителей, при полном закрытии разрыва происходит улучшение функции ганглиозных клеток сетчатки, что может влиять на повышение светочувствительности сетчатки и способствовать восстановлению ее функциональной целостности.

А.В. Артамонова (Москва) представила анализ клинико-функциональных результатов операций Relex и FemtoLasik в коррекции миопии. По мнению авторов доклада, технология Relex в коррекции миопии сравнима по эффективности и безопасности с технологией FemtoLasik, а по предсказуемости и стабильности ее превосходит. Использование одного лазера максимально сокращает время проведения процедуры и создает больший комфорт как для хирурга, так и для пациента.

В.А. Власова (Москва) от группы авторов выступила с докладом «Одномоментная кератопластика и кератопротезирование с реконструкцией переднего отрезка глаза у пациентов с сосудистыми ожоговыми бельмами 4-5 категории». Авторы пришли к выводу, что одномоментное комбинированное лечение избавило пациентов от повторных хирургических вмешательств, при этом во всех случаях получено предметное зрение от 0,01 до 1,0, нормализация ВГД и стабильное положение кератопротеза в глазу при сроке наблюдения до 2 лет. Отторжение кератопротеза наблюдалось в 1 случае (2,2%), что, по данным литературы, значительно ниже, чем при выполнении классических методов кератопротезирования.

Доклад на тему «Возможности хирургической реабилитации пациентов при посттравматической субатрофии глазного яблока» сделал профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург). Посттравматическая субатрофия — это осложнение посттравматического периода, которое при отсутствии лечения приводит сначала к функциональной, а затем анатомической гибели глаза. Докладчик представил органосохранную операцию, разработанную в Военно-медицинской академии, которая заключалась в реконструкции зоны цилиарного тела, максимальном освобождении цилиарного тела от патологических сращений, в устранении транскулярных тракций — круговой ретинотомии. Эта технология в сочетании с ретинотомией и тампонадой стекловидной камеры силиконовым маслом позволяет в большинстве случаев сохранить не только анатомическую целостность поврежденного глазного яблока, но и остаточные зрительные функции, а также предотвращает развитие и прогрессирование посттравматической субатрофии у пациентов в исходе тяжелой травмы глаза.

Д.м.н. И.А. Лоскутов (Москва) в своем докладе представил варианты реконструкции угла передней камеры.

В кулуарах конференции. Вторая слева — О.Г. Гусаревич (главный офтальмолог Новосибирской области)

Профессор Walthard Vilser (Германия), профессор Konstatin Kotlyar (Германия), д.б.н. Е.Н. Иомдина (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца»)

Второй день конференции начался с пленарного заседания, посвященного медико-социальным аспектам глаукомы.

В докладе «Глаукома: технологии и инновации» д.м.н. О.А. Киселева (Москва) представила разработанные и утвержденные пять основных положений Федеральной программы по глаукоме: введение единой системы учета больных; введение единых стандартов обследования и лечения больных глаукомой на различных этапах; пересмотр действующих положений о диспансеризации больных глаукомой; государственные субсидии на дорогостоящее лекарственное обеспечение; государственная поддержка и финансирование социальных программ для слабовидящих и слепых.

Профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург) рассказал об организации специализированной помощи больным глаукомой в Санкт-Петербурге. По программе модернизации полностью оснащены современным оборудованием 80 кабинетов в районных поликлиниках для взрослого населения, 14 специализированных кабинетов для больных глаукомой, 4 специализированных кабинета для лечения глазных осложнений сахарного диабета. Для работы на современном оборудовании обучено за счет средств медицинских страховых компаний: 116 врачей-офтальмологов, 52 медсестры офтальмологических кабинетов. Профессор Ю.С. Астахов перечислил этапы оказания офтальмологической помощи больным глаукомой: 0 этап (центры здоровья, оптики) — выявление подозрений на глаукому и неотложных состояний; 1 этап (кабинеты районной поликлиники, офисы семейного врача) — выявление пациентов с подозрениями на глаукому, ежеквартальная диспансеризация; 2 этап (районные, межрайонные глаукомные кабинеты, глаукомные отделения ГДЦ) — уточнение диагноза с использованием высокотехнологичных исследований, ежегодный углубленный осмотр с контролем динамики, лазерное лечение, определение показаний к хирургическому лечению; 3 этап — офтальмологические стационары муниципального и федерального подчинения — хирургическое лечение.

О медико-экономических аспектах фармакологии глаукомы доложил профессор Е.А. Егоров (Москва). Вниманию слушателей была представлена в таблицах ориентировочная стоимость болезни (СОI), а для сравнения (не без иронии) таблица стоимости пачки сигарет и «цены курения» по отношению к уровню стоимости глазных капель и «цены лечения». В заключение докладчик привел рекомендации РГО по гипотензивной терапии — использование эффективных и безопасных гипотензивных средств, дополнительно обладающих нейропротекторным действием. 1. Начальная стадия — бримонидин, бетаксолол. 2. Развитые стадии и ГНД — простагландины (латанопрост, травопрост). 3. При недостаточной гипотензивной эффективности — фиксированные комбинации (латанопрост+тимолол, травопрост+тимолол, дорзоламид+тимолол и т.д.). 4. Как дополнительная гипотензивная терапия — бримонидин, бринзоламид, дорзоламид.

Исследование молекулярных механизмов регуляции апоптоза применительно к ПОУГ позволило д.м.н. Т.Г. Каменских с соавторами (Саратов) расширить представление о патогенезе данного заболевания. У больных ПОУГ при стабилизации процесса фиксируется повышение в содержании сыворотки крови нейротрофических факторов, при отсутствии стабилизации регистрируется угнетение их продукции. Активация продукции нейротрофических факторов, по мнению авторов, является компенсаторной реакцией, противостоящей ускорению апоптоза ганглиозных клеток сетчатки. Повышение концентрации белка S-100 и антител к ОБМ на поздних стадиях глаукомы является показателем общего процесса нейродегенерации в ЦНС, сопутствующего дегенерации зрительных нервных волокон и ганглиозных клеток сетчатки у больных глаукомой.

Первый опыт регенеративного лечения нейродегенеративных заболеваний сетчатки и зрительного нерва представил профессор В.В. Страхов (Ярославль). Исследователями была использована медицинская технология, которая представляет собой амбулаторную манипуляцию — введение препарата мезенхимальных клеток плаценты человека (МКПЧ) в теноново пространство. За время наблюдения у выбранной группы пациентов (9 пациентов с нейродегенеративными заболеваниями сетчатки и зрительного нерва с двусторонним патологическим процессом и низкими зрительными функциями; 3 — с макулярной дегенерацией; 3 — с ПОУГ; 3 — с пигментной дегенерацией сетчатки) не отмечено ни одного случая осложнений или побочных эффектов от предложенного лечения.

Проблемы и перспективы современной хирургии глаукомы стали темой доклада, которыми профессор А.В. Золотарев (Самара) поделился с участниками конференции.

Профессор В.Н. Трубилин (Москва) представил доклад «Мифы и реальность». Предметом исследования стала факоэмульсификация как метод хирургического лечения глаукомы.

О проблемах диспансеризации и факторах успешного лечения пациентов с первичной глаукомой, о социально-экономических аспектах хирургии первичной глаукомы, а также об информационных технологиях в работе глаукомного центра в Воронеже поделились д.м.н. Л.Ш. Рамазанова (Астрахань), профессор О.И. Лебедев (Омск), к.м.н. Р.В. Авдеев (Воронеж).

Участники форума во время пленарного заседания «Новое в патогенезе и лечении рефракционной и глазодвигательной патологии» получили информацию о новых результатах изучения патогенеза и возможностях лечения данной патологии. Отдельная секция была посвящена современным аспектам изучения теоретических и практических вопросов биомеханики глаза.

Профессор Е.П. Тарутта (Москва) рассказала о разработанной методике определения периферической рефракции глаза в фиксированных точках, расположенных в 15° и 30° от центра фовеа в назальной и темпоральной зонах. Она сообщила, что у детей и подростков во всех рефракционных группах встречались все 4 типа относительной периферической рефракции. У детей с миопией средней и слабой степени в зоне 30° от центра преобладает гиперметропический дефокус. По мере усиления клинической рефракции снижается число глаз с относительной периферической миопией и увеличивается число глаз со смешанной периферической рефракцией. Индуцированный миопический периферический дефокус способен оказывать влияние на рефрактогенез.

Об особенностях расчета оптической силы ИОЛ у пациентов с радиальной кератотомией в анамнезе сообщил академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов. Ошибки в расчете оптической силы ИОЛ после РК в силу общности происхождения могут быть объеденены в одну группу. Основная причина — значительные послеоперационные изменения топографии роговицы в центральной зоне и, как следствие, невозможность с помощью традиционной кератометрии достоверной оценки рефракции в точке, имеющей определяющее значение в преломлении лучей света. Топографические варианты изменения кривизны роговицы после РК можно представить следующим образом: условно иррегулярная роговица и условно регулярная роговица. При «регулярной» роговице возможно использование кератометрических данных непосредственно в центральной зоне диаметром 1,0-2,0 мм. При «иррегулярной» роговице окончательный выбор осуществляется на основе анализа кератометрически превалирующей по площади и центрации зоны, ориентируясь на цветовое картирование.

Нарушения функции экстраокулярных и интраокулярных мышц являются симптомами многих общих заболеваний, а также локальных поражений головного мозга, орбиты и придаточных пазух различной этиологии. Профессор С.Г. Чернышева (Москва) считает, что нарушение функций ЭОМ нередко бывают первыми ранними, а иногда и единственными, симптомами общих заболеваний, заболеваний ЦНС, с которыми пациент обращается к офтальмологу. Нарушение функции ЭОМ могут быть проявлением невропатии глазодвигательных нервов вследствие сахарного диабета или быть вариантом полирадикулоневрита. От офтальмолога зависит ранняя диагностика нарушений функций ЭОМ при общих заболеваниях, направление больных к специалисту соответствующего профиля и назначение адекватного этиопатогенетического лечения. Лечение глазодвигательных нарушений включает: лечение основного заболевания, упражнения по развитию подвижности и расширению поля одиночного видения, компенсацию диплопии с помощью призм. При стационарной форме заболевания возможно хирургическое лечение косоглазия. При наличии птоза используются специальные очки или контактные линзы. Иногда возможно хирургическое лечение.

Доклад «Оценка динамики показателей кривизны задней поверхности роговицы после кераторефракционных вмешательств с помощью Шеймпфлюг анализатора Galilei – G2» представила А.Т. Ханджян с соавторами (Москва). По мнению авторов, толщина роговицы и кривизна задней поверхности роговицы у пациентов с эмметропией и миопией одинаковы; толщина роговицы и кривизна передней поверхности роговицы после эксимерлазерной коррекции миопии по методу ЛАСИК и ФЕМТОЛАСИК уменьшаются; кривизна задней поверхности роговицы после эксимерлазерной коррекции миопии по методу ЛАСИК и ФЕМТОЛАСИК

не меняется; способ формирования лоскута роговицы и глубина абляции при остаточной толщине стромального ложа 300 мкм и выше не влияют на кривизну задней поверхности роговицы.

О методе дозирования хирургического лечения горизонтального паралитического косоглазия сообщила И.С. Ковалевская (Санкт-Петербург). Для повышения эффективности хирургического лечения паретического косоглазия разработана методика дозированной рецессии гиперфункции контрлатерального синергиста и ипсилатерального антагониста и резекции паретичной мышцы с учетом степени их дисфункции, биометрических параметров глазного яблока и угла косоглазия. Данная методика позволяет проводить хирургическое лечение в один этап с высоким эффектом ортотропии (87,36%) при горизонтальном паретическом косоглазии. Алгоритм дозирования оперативного лечения позволяет получить параллельное положение зрительных осей для реализации устранения диплопии.

Сравнительный анализ морфометрических параметров диска зрительного нерва у больных с разными типами миопии был дан Е.В. Малиевой (Одесса, Украина).

В докладе «40 лет биомеханике глаза в МНИИ ГБ им. Гельмгольца: от теории к практике» рассказала доктор биологических наук Е.Н. Иомдина. В выступлении были представлены основные направления биомеханических исследований в МНИИ ГБ им. Гельмгольца: изучение биомеханических свойств склеральной оболочки глаза при миопии и глаукоме, оценка роли их нарушений в патогенезе данных заболеваний, разработка новых патогенетически ориентированных средств диагностики и лечения; изучение биомеханики механизма аккомодации в норме и при аномалиях рефракции; разработка биомеханической модели глаза, использование этой модели для изучения возрастных и патологических изменений, вызванных офтальмопатологией; разработка эффективного алгоритма оценки динамического состояния дренажных путей и гидродинамических показателей глаза, в первую очередь при глаукоме; изучение влияния биомеханических показателей роговицы на клиническую эффективность кераторефракционных вмешательств; изучение биомеханических свойств комплекса тканей век и периорбитальных тканей при их травматическом повреждении, рубцовых деформациях, птозе и других патологиях для повышения эффективности реконструктивного лечения. Особый акцент был сделан на практической значимости биомеханических исследований (оптимизация алгоритма и тактика реконструктивной хирургии на основе биомеханических критериев).

В докладе «Содружественное изменение прозрачности роговицы как окуло-окулярная реакция» И.А. Новиков (Москва) обозначил разработку прецизионного метода оценки прозрачности стромы роговицы и проверку гипотезы о возможном содружественном изменении прозрачности стромы роговицы как цель исследования, проведенного группой авторов.

Утренняя сессия третьего дня форума была посвящена фундаментально-прикладным исследованиям в офтальмологии. На первом заседании обсуждались вопросы патофизиологии и биохимии. Участникам были представлены доклады, которые раскрывали патогенез многих глазных болезней, были даны обоснования новейших подходов к их диагностике и лечению. Выступили такие известные ученые, как академик РАМН М.А. Островский (Институт биохимической физики им. Н.М. Эмануэля РАН), доктор биологических наук Э.Н. Григорян (Институт биологии развития им. Кольцова РАН), доктор биологических наук В.А. Тронов (Институт химической физики им. Н.Н. Семенова РАН), доктор медицинских наук Н.Б. Чеснокова (МНИИ ГБ им. Гельмгольца), доктор биологических наук К.О. Муранов (Институт биохимической физики им. Н.М. Эмануэля РАН) и другие.

Второе заседание было посвящено вопросам офтальмоиммунологии. С пленарным докладом выступил заведующий кафедрой фармакологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, профессор И.Г. Козлов.

Завершило работу форума пленарное заседание, на котором обсуждались современные тенденции в диагностике, медикаментозном и хирургическом лечении воспалительных заболеваний глаз. С докладами выступили ведущие российские офтальмологи из Перми, Санкт-Петербурга, Челябинска, Рязани, Москвы, а также офтальмологи из Швейцарии и Франции.

Во время проведения VI Российского общенационального офтальмологического форума состоялось заседание профильной комиссии по офтальмологии и детской офтальмологии при Экспертном совете Министерства здравоохранения РФ.

В рамках форума была организована обширная научно-образовательная программа, включающая 23 сателлитных симпозиума, организованных при поддержке компаний-партнеров конференции. Доклады и презентации были представлены ведущими российскими и зарубежными офтальмологами.

Российское общество катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS) провело очередное заседание, посвященное современным технологиям факоэмульсификации.

Впервые в этом году РООФ дал возможность молодым специалистам представить свои доклады на пленарном заседании «Достижения молодых ученых в современной офтальмологии». По итогам заседания были определены лучшие работы, а их авторы награждены дипломами.

Все дни форум сопровождался работой выставки офтальмологического оборудования, инструментария, лекарственных препаратов ведущих отечественных и зарубежных компаний.

По итогам конференции был выпущен сборник научных трудов «VI Российский общенациональный офтальмологический форум» в 2-х томах.

Материал подготовили
Сергей Тумар и Лариса Тумар
Фото предоставлены оргкомитетом конференции

Новинки от издательства «Апрель»

ИЗДАТЕЛЬСТВО Апрель

Дискуссионные вопросы офтальмологии

Сборник стенографических записей выступлений научно-теоретической конференции

Под ред. академика РАМН, профессора С.Э. Аветисова

Тема III Научно-практической конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии-2012»: «Консерванты и вторичный синдром «сухого глаза»: экзотика или проблема?» Организатор конференции – ФБГУ «НИИГБ» РАМН. Стенографические записи выступлений сделаны 21-22 сентября 2012 года. Место проведения – Подмосковный пансионат РЖД, бывшая усадьба графа Шереметева.

Шесть экспертов, известных отечественных офтальмологов, в докладах изложили свою точку зрения по предложенной теме, обозначив проблему и предлагая пути ее решения. Вопросы участников конференции позволили расширить границы обсуждения и коснуться некоторых особенностей синдрома «сухого глаза» в развернувшейся дискуссии, актуальной для всех присутствующих.

ISBN 978-5-905212-29-1

VI Российский общенациональный офтальмологическй форум

Сборник научных трудов. Том 1 и 2

Под ред. профессора В.В. Нероева

В сборнике представлены статьи отечественных и зарубежных ученых и клиницистов, посвященные новым технологиям в диагностике, медикаментозном, лазерном и хирургическом лечении патологии сетчатки и зрительного нерва; инновационным технологиям и достижениям в реконструктивной хирургии; медико-социальным и клиническим аспектам глаукомы; новейшим методикам диагностики, вопросам патогенеза, коррекции, функционального и хирургического лечения рефракционной и глазодвигательной патологии, патогенеза и лечения расстройств аккомодации; новым исследованиям биомеханики глаза; электрофизиологическим, иммунологическим, генетическим, биохимическим, морфологическим исследованиям в офтальмологии.

Сборник представляет большой интерес для врачей-офтальмологов, научных работников и представителей смежных специальностей.

ISBN 978-5-905212-32-1

40 лет — прекрасный повод обратиться к ярким страницам истории института

20 сентября 2013 года состоялась юбилейная конференция, посвященная 40-летию со дня образования ФГБУ «НИИГБ» РАМН

< стр. 1

«Юбилей — это определенный рубеж, — отметил Сергей Эдуардович, — нам есть чем гордиться». Участники конференции минутой молчания почтили светлую память создателя института, академика М.М. Краснова, и всех ушедших из жизни сотрудников. Фильм, подготовленный силами института, добрый, трогательный сделан креативно и нестандартно, без «официоза». Неформальное интервью с директором и сотрудниками института — «мостики» между эпизодами фильма, которые связали воедино день вчерашний и сегодняшний. Фильм дал возможность задуматься о таких важных вещах, как уважение, благодарность. Напомнил зрителям о вечных ценностях — любви и доброте, долге и чести.

После демонстрации фильма о жизни института начались поздравления гостей.

Помощник министра Министерства здравоохранения Российской Федерации Ирина Львовна Андреева назвала нынешний юбилей событием, которое объединяет поколения и соединяет время. «Это праздник для ветеранов, так много сделавших для развития института, и для молодежи, которой доверено будущее ФГБУ «НИИГБ» РАМН, словом для всех, кто считает Институт своим домом». Далее И.Л. Андреева зачитала телеграмму министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой: «Уважаемые коллеги и дорогие друзья! От лица Министерства здравоохранения и от себя лично поздравляю вас и всех, кто связан с деятельностью ФГБУ «НИИГБ» РАМН с сорокалетним юбилеем. За время своего функционирования сотрудниками института была проделана значительная работа как в теоретическом, так и в практическом направлении. Созданный на базе кафедры глазных болезней медицинского факультета Московского университета научно-исследовательский институт глазных болезней фактически стал крупнейшим центром офтальмологии в стране. В институте работают высококлассные специалисты, которые проводят научные и клинические исследования, участвуют в разработке новых методов лечения и профилактики глазных болезней, тем самым внося весомый вклад в развитие офтальмологии

Академик РАН и РАМН, профессор А.А. Баранов

Помощник Министра здравоохранения РФ И.Л. Андреева

Директор ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, профессор В.В. Нероев

Директор Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ, профессор М.М. Бикбов

Профессор А.М. Чухраёв: «Наши основатели завещали нам быть вместе»

^ Профессор Э.Р. Мулдашев: «Рисунок, операционной сестры, которая каждый раз перед операцией говорит: «Дай-то Бог». Дай-то Бог, чтобы сохранялся и шел вперед ваш прекрасный институт»

Главный офтальмолог ОАО «РЖД» Е.С. Леонова (Нижний Новгород) в подарок преподнесла репродукцию картины известного художника-модерниста XX века Густава Климта «Древо жизни». Это древо познания символизирует вечность жизни, бесконечность времени и бессмертие

< Профессор Алиев Абдул-Гамид Давудович: «Расул Гамзатов говорил: «Чтоб дружбу мужскую упрочить сильней / Дарили друг другу клинки и кинжалы / И лучшие бурки, и лучших коней». Передаю кинжал из чистого серебра, как символ дружбы, защиты, чести и достоинства»

Амулет в виде ковра с орнаментом, который принято вешать в домах от сглаза. На сцене *(слева направо)*: Аветисов Сергей Эдуардович, Петров Сергей Юрьевич, Мусаев Паша Гульбинур (Азербайджан), Яшинскас Витас Пятравичус (Литва), Пивоваров Николай Николаевич, Двали Мераб Леонидович (Грузия), Джарулла Заде Чингиз Джаруллаевич (Азербайджан)

Д.м.н. Л.Ш. Рамазанова: «Классическая красота лотоса и классическая прозрачность хрусталя как нельзя лучше символизируют отношение, с которым мы относимся к Институту глазных болезней и к Вам лично»

Академик РАМН, профессор Сергей Эдуардович Аветисов прочел актовую лекцию

Решением Ученого совета института № 8 от 26 ноября 2012 года Почетными профессорами НИИ глазных болезней РАМН избраны Алевтина Федоровна Бровкина, Вениамин Васильевич Волков и Владимир Сергеевич Акопян

в России. Организуемые на базе института международные конференции способствуют поддержанию диалога сотрудничества и обмену информацией и опытом между мировыми специалистами-офтальмологами.

Дорогие коллеги, позвольте поблагодарить вас за самоотверженный труд на благо наших граждан и отечественного здравоохранения. Желаю вам продолжения успешного развития, разработки новых методов лечения, привлечения молодых сотрудников, выбирающих своим призванием оказание помощи больным людям, а также поддержания на высоком уровне авторитета института и качества медицинской помощи. Успехов вам и здоровья. Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова».

Вице-президент РАМН, директор научного центра «Здоровье детей», академик РАН и РАМН, профессор Александр Александрович Баранов обратился к аудитории со следующими словами: «Уважаемый Сергей Эдуардович, уважаемые коллеги! Для меня большая честь сегодня быть здесь, поздравить вас с великолепным праздником. Вы показали уникальный фильм, меня это очень впечатлило еще потому, что через неделю наш научный центр «Здоровье детей» отмечает 250 лет со дня создания. Конечно, 40 лет, может быть, и не очень крупная дата. Но могу констатировать, что создан институт, коллектив мирового уровня. Это говорит о том, что действительно здесь работают талантливые, одаренные, любящие свое дело специалисты. Я вчера очень внимательно посмотрел документы, которые были подготовлены к сегодняшнему дню. Меня, конечно, поразило огромное количество изобретений ученых вашего коллектива. Когда чиновники говорят о том, что наука не имеет инновационного характера, что мало достижений мирового уровня, я думаю, их надо пригласить именно к вам. М.М. Краснов — выдающаяся личность, Герой Социалистического Труда, человек, которому многие из вас обязаны, обязана ему отечественная и мировая офтальмология. В нашей специальности был Сперанский Георгий Несторович, тоже Герой Социалистического Труда, член двух академий, один из учредителей Академии медицинских наук. На таких торжествах мне всегда вспоминается один эпизод. Когда ему было 95 лет, он получал пятый Орден Ленина. Министр здравоохранения СССР М.В. Ковригина, вручая ему этот орден, сказала: «Георгий Несторович, что же Вы учеников-то не подготовили?», а он ответил: «Я подготовил, да все умерли». Сергей Эдуардович, я желаю Вам крепкого здоровья, здоровья Вашим ученикам. Так держать!»

Эстафету поздравлений продолжил проректор по лечебной работе Первого Московского медицинского университета имени И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Владимир Анатольевич Решетников: «За то короткое время, которое я нахожусь в зале, удалось ощутить атмосферу доброты, уюта, душевности, которыми проникнуты стены вашего института. Коллеги, позвольте от лица Первого Московского медицинского университета и ректора нашего университета, члена-корреспондента РАМН Петра Витальевича Глыбочко, поздравить вас с 40-летием образования института. Ваша история тесно связана с историей Первого Московского государственного медицинского университета. В 1892 году на базе кафедры теоретической офтальмологии при Московском университете была создана глазная клиника, расположенная в клиническом городке на Девичьем поле. За время существования кафедры и клиники глазных болезней накоплен огромный научно-клинический педагогический опыт. Это позволило создать в 1973 году Всесоюзный научно-исследовательский институт глазных болезней Минздрава СССР. В настоящее время вы являетесь ведущим профильным учреждением России, у вас проводятся все виды диагностики и лечения глазных заболеваний, а также ведется научная работа по наиболее актуальным проблемам офтальмологии. Что особенно важно, что кафедра глазных болезней, которую возглавляете Вы, Сергей Эдуардович, является современной базой для подготовки научно-педагогических кадров, специалистов широкой офтальмологической практики. Вы проводите обучение по программам и дипломного, и последипломного образования. От лица нашего университета желаю вам долгих лет, плодотворной научной и лечебной деятельности, счастья и процветания».

Директор ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, главный офтальмолог РФ, профессор В.В. Нероев обратился к аудитории со словами: «Уважаемые коллеги, для офтальмологического сообщества это знаменательное событие. Мы сегодня отмечаем юбилей авторитетнейшего офтальмологического учреждения. У наших институтов много общего, нас давно связывает «мост», который невозможно разрушить никакими событиями, которые происходят и могли бы происходить в нашей жизни. Этот «мост» — Эдуард Сергеевич Аветисов, выдающийся ученый, отец Сергея Эдуардовича Аветисова. Эдуарда Сергеевича Аветисова мы с вами хорошо помним. Он олицетворяет дружбу и товарищеские взаимоотношения между нашими учреждениями. Очень правильно, что открывая конференцию, сегодня вспомнили талантливых, ярких людей, которые создавали институт. Нам показали очень хороший фильм: у нас была возможность познакомиться с работой не только института, но и узнать внутренний мир многих сотрудников, начиная с директора, доброго яркого талантливого человека, до рядового врача. Сергей Эдуардович, Вы являетесь парусом большого корабля. Я уверен, что все реформы, которые начинаются в Российской академии наук, пройдут только с пользой для Вашего института. Прежде всего, я желаю Вам и Вашему коллективу крепкого здоровья, удачи, успехов, и чтобы все всегда получалось».

Далее с поздравлениями к аудитории обратился генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраев: «Мы пришли поздравить вас не только с вашим прекрасным праздником, но и порадоваться вашим успехам. Радоваться очень легко, потому что успехи ученых стали инструментом в повседневной работе нашей армии офтальмологов. Радоваться вашим успехам в лечебной работе еще проще, потому что те слова благодарности, которые шлют пациенты — самая высшая награда. Что пожелать после таких ярких слов? Сохраните историю, это прекрасное прошлое. Гордитесь прекрасным настоящим и заботьтесь о будущем. Наши основатели нам завещали быть вместе. Здоровья, счастья вам и вашим близким! С праздником, коллеги!»

Академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина по поручению ректора Российской академии последипломного образования, академика РАМН, профессора Л.К. Мошетовой, вручила адрес, а от себя лично сказала: «Всех с большим праздником, а Вам, Сергей Эдуардович, большое спасибо за уважительное отношение к истории и к своим корням. Видимо, это уважение к корневой системе и позволило Вам создать блестящий дружный коллектив. Там, где нет дружбы, там, где нет уважительного отношения друг к другу, не может быть настоящей фантазийной науки. Спасибо Вам большое».

Профессор М.М. Бикбов (Уфа) в своем выступлении отметил, что преданность офтальмологии и избранному пути, чуткость и компетентность особый подход к людям, профессиональная дипломатия снискали С.Э. Аветисову заслуженный авторитет у коллег. Мухаррам Мухтарамович вручил академику РАМН, профессору С.Э. Аветисову мантию и диплом Почетного профессора Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан.

Было в этот день много цветов, подарков и поздравительных телеграмм со словами признательности коллективу и директору ФГБУ «НИИГБ» РАМН Сергею Эдуардовичу Аветисову. Прекрасные слова были сказаны главным офтальмологом Астраханской области, д.м.н. Л.Ш. Рамазановой. Поздравительный адрес от главного офтальмолога Самарской области, профессора А.В. Золотарева, зачитала главный детский офтальмолог Самарской области О.В. Жукова. Также с теплыми поздравлениями выступили: директор «Всероссийского центра глазной и пластической хирургии Росздрава», профессор Э.Р. Мулдашев, директор Дагестанского центра микрохирургии глаза, профессор Алиев Абдул-Гамид Давудович, представители офтальмологического отделения МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского во главе с профессором Е.Е. Гришиной; от Московской офтальмологической клинической больницы — главный врач Е.А. Корчуганова, а также профессор Е.А. Егоров (Москва), профессор В.Н. Алексеев (Санкт-Петербург), профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург), профессор М.А. Фролов (Москва), профессор В.В. Страхов (Ярославль), д.м.н. В.Д. Кунин (Рязань), д.м.н. А.Д. Чупров (Киров), д.м.н. В.А. Соколов (Рязань), Е.С. Леонова (Нижний Новгород).

После перерыва конференция продолжила работу. Заседание открыл академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов. Он прочел актовую лекцию «Рефракционные нарушения: основные тенденции изучения этиопатогенеза, совершенствование методов диагностики, мониторинга и коррекции». Говоря о значимости проблемы, Сергей Эдуардович процитировал слова великого ученого М.И. Авербаха, который когда-то писал: «Этот отдел офталмологии* оказывает человечеству численно больше услуг, чем вся офталмология. Нет в мире человека, кто хотя бы однажды в жизни не прибег к помощи оптики». Важность этой проблемы еще объясняется тем, что рефракционные нарушения имеют особое значение в плане первичной или дифференциальной диагностики причин зрительных расстройств. В отличие от многих других нозологических форм рефракционные нарушения могут быть излечены, то есть они курабельны практически в 100%» (*текст актовой речи читайте на стр. 18 — прим. ред.*).

* «офталмологии» — так раньше терминологически обозначали специальность *(прим. редакции)*.

После актовой речи состоялось награждение дипломами признания сотрудников института. За заслуги в организации, становлении и развитии НИИ глазных болезней РАМН дипломы были вручены профессору А.А. Каспарову, д.м.н. И.А. Мустаеву, к.м.н. И.И. Кузнецовой, а также другим ветеранам института.

Далее по программе наступило время «священнодействия» — вручение дипломов Почетного профессора, облачение в мантию с ритуалом возложения на голову конфедератки с кисточкой, которая означает единство многогранности жизни и стойкости тех, кто овладел знаниями.

Решением Ученого совета института № 8 от 26 ноября 2012 года Почетными профессорами НИИ глазных болезней РАМН избраны Алевтина Федоровна Бровкина (диплом Почетного профессора за номером 001), Вениамин Васильевич Волков (диплом за номером 002) и бывший сотрудник института Владимир Сергеевич Акопян (диплом за номером 003). Церемония вручения — яркое, волнующее событие. Избранные Почетные профессора поблагодарили Сергея Эдуардовича Аветисова и всех собравшихся за оказанную честь.

После торжественной церемонии вновь избранные Почетные профессора прочитали лекции: академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина «Невусы хориоидеи. Тактика врача»; профессор В.В. Волков — « Об электромагнитных излучениях, вредящих здоровью, но порой полезных больным глазам» (в исследованиях коллектива кафедры офтальмологии ВМА им. Кирова за период второй половины XX века); профессор В.С. Акопян — «ВНИИ глазных болезней МЗ СССР: вопросы истории международного сотрудничества. 1976-1990».

Яркой финальной точкой стало приглашение на сцену бывших сотрудников института, которые продолжают развивать научную школу М.М. Краснова в своих странах. Этот факт подтверждает их приверженность делу и преданность институту. В своих выступлениях «пионеры-первопроходцы» — Мусаев Паша Гульбинур (Азербайджан), Джарулла Заде Чингиз Джаруллаевич (Азербайджан), Двали Мераб Леонидович (Грузия), Яшинскас Витас Пятравичус (Литва), Пивоваров Николай Николаевич — поделились воспоминаниями о Михаиле Михайловиче Краснове, о счастливых днях в стенах Alma mater. Решением Ученого совета института от 25 февраля 2013 года в честь 40-летия ФГБУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН им были вручены почетные дипломы.

Каждому гостю конференции хозяева праздника подарили портфель с книгой памяти «Посвящение. Воспоминание о М.М. Краснове», журналами «Вестник офтальмологии» (№ 5, 2013, том 129) и «Глаукома. Журнал НИИ ГБ РАМН» (№ 3, 2013, часть 1). В данных выпусках опубликованы только работы сотрудников ФГБУ «НИИГБ РАМН», отражающие основные направления НИР института. Сборник «Избранные лекции по офтальмологии ФГБУ «НИИГБ» РАМН» (изд. 2013 г.), сборник «Дискуссионные вопросы офтальмологии» (изд. 2013 г.) и фирменный буклет о современной жизни института получил каждый гость конференции.

В качестве послесловия. Газета «Поле зрения» (№ 4, 2013) на своих страницах опубликовала материал и поздравления сотрудникам ФГБУ «НИИГБ» РАМН по случаю 40-летия образования. Несмотря на это, редакция газеты «Поле зрения» решила воспользоваться случаем и сказать добрые слова в адрес своего главного редактора.

Уважаемый Сергей Эдуардович!

Мы высоко ценим Ваши профессиональные и личностные качества. Отдаем должное той неиссякаемой энергии и по-настоящему творческому, неравнодушному отношению к решению ответственных задач. Преданность избранному делу, неизменное стремление к вершинам мастерства заслуженно снискали Вам уважение коллег. Важно, что Вы бережно храните и приумножаете замечательные традиции своих предшественников. Желаем Вам здоровья, вдохновения на долгие годы, а коллективу института — успехов.

Сотрудники газеты «Поле зрения»

Д.м.н. В.А. Соколов (Рязань), академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов, д.м.н. В.Д. Кунин (Рязань) *(слева направо)*

Профессор В.Н. Трубилин, профессор Н.Н. Пивоваров, профессор Л.А. Деев

«Пионеры-первопроходцы» *(справа налево)* — Двали Мераб Леонидович (Грузия), Джарулла Заде Чингиз Джаруллаевич (Азербайджан), Яшинскас Витас Пятравичус (Литва), Пивоваров Николай Николаевич

Вручение диплома д.м.н. И.А. Мустаеву «За заслуги в организации, становлении и развитии НИИ глазных болезней РАМН»

За заслуги в организации, становлении и развитии НИИГБ РАМН диплом был вручен профессору А.А. Каспарову

Фото на память

В кулуарах конференции *(на переднем плане)* Н.П. Соболев, главный врач ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

Профессор Э.Р. Мулдашев (Уфа), академик РАМН С.Э. Аветисов, д.м.н. В.Д. Кунин (Рязань), профессор В.У. Галимова (Уфа), профессор В.В. Нероев, профессор В.А. Решетников *(слева направо)*

Профессор А.А. Шпак, к.м.н. Н.П. Соболев, профессор В.М. Шелудченко, профессор А.М. Чухраёв, профессор Б.Э. Малюгин, профессор В.И. Баранов, профессор Л.А. Деев

Рефракционные нарушения: основные тенденции изучения этиопатогенеза, совершенствования методов диагностики, мониторинга и коррекции

(Тезисы актовой лекции, 20 сентября 2013 г., 40-летний юбилей ФГБУ «НИИГБ» РАМН)*

С.Э. Аветисов

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

Говоря о значимости обсуждаемой проблемы, прежде всего необходимо иметь в виду распространенность рефракционных нарушений. Еще М.И. Авербах отмечал, что «этот отдел офтальмологии оказывает человечеству численно больше услуг, чем вся офтальмология. Нет в мире человека, кто хотя бы однажды в жизни не прибег к помощи оптики». Кроме того, нельзя забывать об исторической дискутабельности ряда вопросов, связанных с коррекцией рефракционных нарушений, в частности, целесообразности применения интраокулярных линз для коррекции афакии и внедрения в клиническую практику операции радиальной кератотомии. Наконец, именно в этом разделе офтальмологии многие исследования наших соотечественников имели приоритетный характер.

Термин «рефракционные нарушения» — собирательное понятие, объединяющее дефекты оптической системы глаза, которые проявляются выраженной в различной степени дефокусировкой лучей света относительно сетчатки и являются следствием определенного сочетания анатомо-оптических элементов и/или их изменений различного генеза.

В структуре рефракционных нарушений можно выделить четыре основных блока: первичные аметропии (аберрации низшего порядка), вторичные или индуцированные аметропии, нарушения аккомодации и аберрации высшего порядка.

Рис. 1 иллюстрирует наиболее значимые, на наш взгляд, достижения последних лет. При этом существует проблема, которая заключается в том, что появляются работы, в которых декларирование эффективности некоторых технологий коррекции рефракционных нарушений производится без четкой доказательной базы.

На *рис. 2* представлен упрощенный вариант классификации рефракционных нарушений, который имеет практическую направленность и базируется на характеристике клинической ситуации и необходимости решения конкретных задач.

Технологии диагностики, мониторинга и оценки результатов коррекции рефракционных нарушений могут быть условно разделены на 2 группы: способы определения вида и степени клинической рефракции (непосредственно рефрактометрия) и методы оценки анатомо-функционального статуса структур, влияющих на формирование рефракции. Расширение и совершенствование второго блока связано с внедрением в клиническую практику контактной и хирургической коррекции рефракционных нарушений.

Методы непосредственно рефрактометрии в последние годы претерпели существенную эволюцию, которая в основном заключается в радикальном изменении

последовательности применения объективных и субъективных способов, а также в необоснованном уменьшении практического значения последних (*см. газету «Поле зрения» №6, 2011 г. «Эволюция методов диагностики астигматизма»*).

Существенное расширение технологий диагностики и мониторинга рефракционных нарушений можно продемонстрировать на примере эволюции методов, применяемых для оценки эффективности их коррекции (*рис. 3*).

Коротко остановимся на вопросах этиопатогенеза. Естественно, речь идет о первичных аметропиях. Для начала остановимся на энциклопедическом толковании терминов «патогенез» и «этиология». Патогенез — механизмы возникновения и развития болезни и отдельных ее проявлений на различных уровнях организма. Этиология — причины болезни, раздел патологии, изучающий проблему причинности в медицине. Выскажу, возможно, спорное утверждение: механизмы формирования первичных аметропий изучены более чем причины, их вызывающие. Обратимся к так называемому компонентному анализу статической рефракции. Е.Ж. Трон предложил делить аметропии в зависимости от превалирования влияния на рефракцию того или иного анатомо-оптического элемента и выделил 4 возможных варианта аметропий: осевой, рефракционный, смешанный и комбинационный. При этом в своей монографии (1947 г.) он приводит два высказывания, которые носят взаимоисключающий характер. В одном фрагменте он пишет следующее: «Изменения в длине оси отнюдь не являются причиной аметропии», в другом: «Длина оси глаза оказывает существенное влияние на рефракцию». Здесь уместно привести материалы докторской диссертации М.И. Авербаха «К диоптрике глаз различных рефракций» (1900 г.). Автор измерил следующие «главнейшие константы» 86 глаз с различной клинической рефракцией: радиус роговицы, глубина передней камеры, толщина хрусталика, радиус передней и задней поверхности хрусталика — и пришел к заключению, что «константы дают полный разнобой». Так, при миопии (–) 25,5 дптр рефракция роговицы оказалась «слабой» (радиус кривизны — 8,22 мм), а при гиперметропии (+) 16,0 дптр,

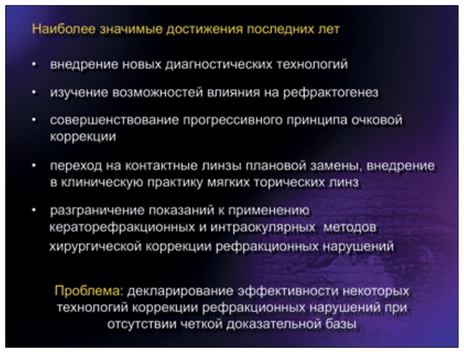


Рис. 1.

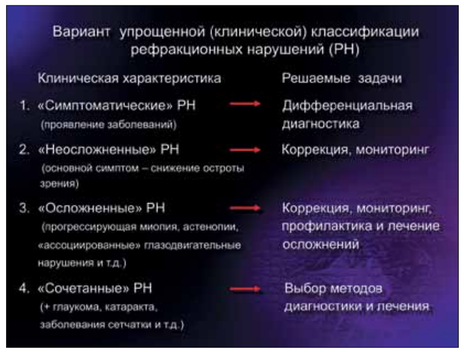


Рис. 2.

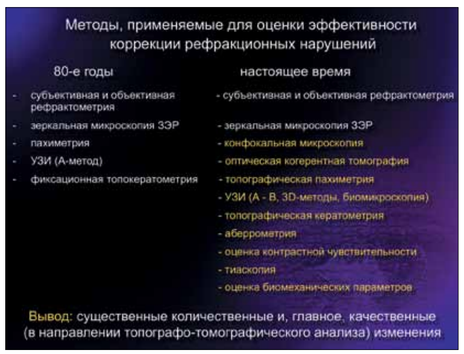


Рис. 3.

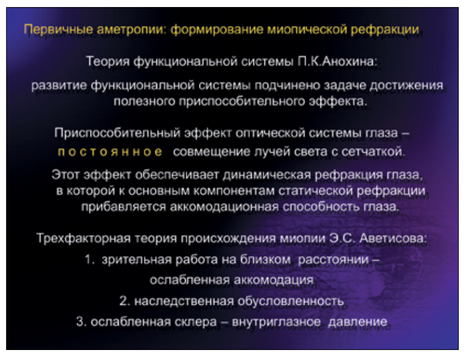


Рис. 4.

*В полном объеме материалы актовой речи будут представлены в ближайшее время отдельным изданием.

наоборот — «сильной» (радиус кривизны — 6,8 мм). Исходя из этого М.И. Авербах сделал верный вывод: «Рефракция зависит, прежде всего (т.е. исключения возможны — *прим. С.Э. Аветисова*), от длины переднезадней оси».

Исследования рефрактогенеза в основном связаны с изучением этиопатогенеза миопии. Наиболее обоснованной с точки зрения доказательной медицины является трехфакторная теория происхождения миопии Э.С. Аветисова (*рис. 4*). Возможность влияния на рефрактогенез объясняется попытками профилактики возникновения и прогрессирования миопической рефракции. Управление рефрактогенезом базируется на теории так называемого «ретинального дефокуса» как механизма, регулирующего рост глазного яблока. Выявлено, что постоянная слабомиопическая дефокусировка может тормозить развитие миопии. При этом увеличение переднезадней оси замедляется, а поперечного диаметра — продолжается. Кроме этого, в последние годы изучают возможность воздействия на рефрактогенез за счет влияния на так называемое периферическое преломление также путем слабомиопического дефокуса.

Очковая и контактная коррекция, рефракционная хирургия являются методами выбора коррекции первичных аметропий (*рис. 5*), а вопрос об их применении следует решать в каждом конкретном случае. Попытки позиционирования одного из указанных методов как наиболее оптимального и безальтернативного вызывает сомнения, поскольку ни один полностью не отвечает критериям оценки методов коррекции РН (*рис. 6*). На *рис. 7-13* представлены данные об основных преимуществах и недостатках различных методов коррекции первичных аметропий, а также основных направлениях их совершенствования.

Следует отметить, что пациентов, использующих контактные линзы, в настоящее время относят к группе риска в плане возможного возникновения такого инфекционно-воспалительного заболевания роговицы, как акантамебный кератит. Возникновению заболевания способствуют наличие цистной формы возбудителя и микротравмы эпителия роговицы в процессе ношения контактных линз.

До сих пор дискутабельным остается вопрос правомерности применения кераторефракционных операций у детей. Долгое время считали, что такие операции можно выполнять пациентам, достигшим восемнадцатилетнего возраста, т.е. условного периода стабилизации рефракции. На наш взгляд, сегодня показания к кераторефракционной хирургии у детей должны быть пересмотрены. Прежде всего, необходимо учитывать, что при выборе метода коррекции аметропий у детей ожидаемый эффект, по предложению Ю.З. Розенблюма, следует разделять на тактический и стратегический. В первом случае коррекция аметропии предполагает только устранение оптического дефокуса и, как следствие, повышение остроты зрения. Если вернуться к предлагаемой упрощенной классификации, этот подход правомерен в случаях неосложненных аметропий, основным симптомом которых является снижение остроты зрения. В случаях

Рис. 5.

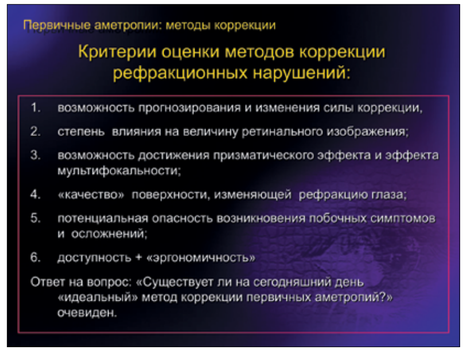


Рис. 6.

осложненных аметропий назначение коррекции преследует цель не только повышение остроты зрения, но и воздействие на ассоциированные с аметропией расстройства (по терминологии Ю.З. Розенблюма, «симптомы дезадаптации к аметропиям»), например, амблиопию и глазодвигательные нарушения. Понятно, что принципиально этапность выбора средства коррекции у детей должна соответствовать известному в медицине подходу «от простого — к сложному: очки, контактные линзы, кераторефракционные операции». Условия перехода от очковой к контактной коррекции и кераторефракционной хирургии индивидуальны, не связаны с возрастными категориями и, в первую очередь, обусловлены необходимостью достижения стратегического эффекта, например, при высокой аметропии, а также при выраженности анизометропического и астигматического компонентов рефракции.

В клинической практике чаще всего приходится сталкиваться с индуцированными аметропиями, связанными с афакией (как правило, это высокая гиперметропия и астигматизм) и эктатическими заболеваниями роговицы (например, кератоконусом, оптически проявляющимся миопией и иррегулярным астигматизмом). Современные технологии микроинвазивных вмешательств и интраокулярной коррекции позволяют практически во всех случаях решать потенциальные оптические проблемы факохирургии.

Несмотря на достаточно большое количество исследований, патогенез кератоконуса остается до конца не изученным. В ФГБУ «НИИГБ» РАМН получены предварительные данные о том, что при возникновении кератоконуса может иметь значение снижение кислотности слезы, что препятствует нормальной миграции меди в роговице и, как следствие, приводит к дезорганизации коллагена роговицы. Выявлено, что в ряде случаев химическим субстратом кольца Флейшера (концентрического образования на периферии роговицы буроватого цвета) являются окисные и закисные соединения именно меди, а не железа.

Возросшая актуальность адекватной диагностики кератоконуса в ранних стадиях во многом объясняется широким применением различных хирургических методов коррекции и лечения рефракционных нарушений. Гиподиагностика кератоконуса и трактовка оптических дефектов как «обычной» (в том числе прогрессирующей) миопии и астигматизма может привести к некорректному выполнению эксимерлазерной абляции или склеропластики. В случаях гипердиагностики в качестве кератоконуса рассматривают случаи сложного миопического астигматизма, и результаты необоснованного лечения трактуют «как успешную профилактику прогрессирования кератоконуса».

Существует ряд признаков, позволяющих еще на этапе поликлинической диагностики предположить наличие кератоконуса: «поздняя» миопизация с элементами астигматизма, снижение максимальной остроты зрения с обычной сфероцилиндрической коррекцией и повышение этого показателя в условиях диафрагмирования, вариабельность данных авторефрактокератометрии. Прямым (патогномоничным) признаком кератоконуса является прогрессирующее изменение рефракционных свойств роговицы — радиуса кривизны и регулярности по данным топографического исследования.

При обсуждении вопросов ранней диагностики кератоконуса часто приходится сталкиваться с проблемой подмены понятий «диагностика» и «мониторинг». Диагностика — это выявление патогномоничных признаков заболевания, в то время как мониторинг — оценка

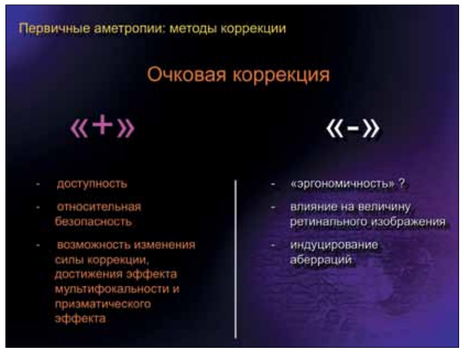


Рис. 7.

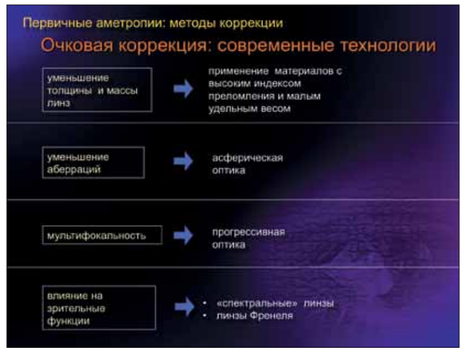


Рис. 8.

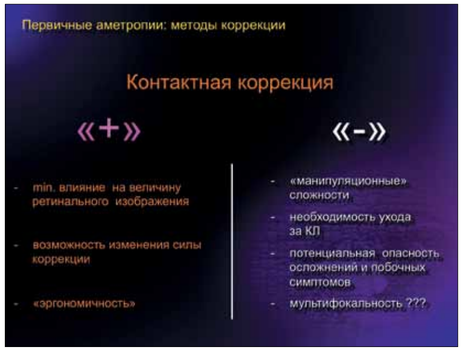


Рис. 9.

Рис. 10.

Рис. 11.

Рис. 12.

Рис. 13.

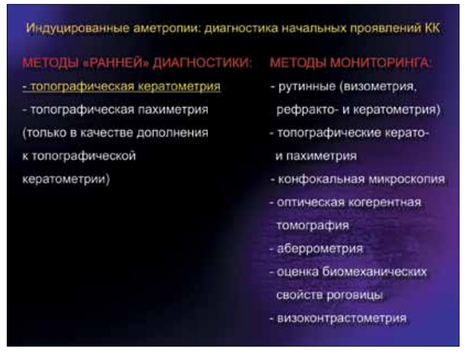


Рис. 14.

динамики патологического процесса, как правило, не только по патогномоничным признакам. Методы, которые необходимо применять для диагностики патогномоничных признаков, приемлемы и для мониторинга, но не все методы мониторинга приемлемы для диагностики. Поэтому блок методов мониторинга кератоконуса значительно шире, чем методов его ранней диагностики *(рис. 14)*.

В клинической практике часто в идентичных ситуациях используют термины «коррекция» и «лечение» кератоконуса, знак равенства между которыми ставить нельзя *(рис. 15)*. Элементы воздействия на патологический процесс при кератоконусе должны предполагать коррекцию рефракционных нарушений, стабилизацию процесса и восстановление нормальной структуры роговицы.

Арсенал корригирующих и лечебных мероприятий, применяемых при кератоконусе, достаточно широк. В начальных стадиях процесса, проявляющихся в основном оптическими проблемами, применяют контактную коррекцию. Этот метод обеспечивает высокий корригирующий эффект и позволяет добиваться существенного повышения остроты зрения. Однако необходимость индивидуального изготовления контактных линз (как правило, жестких) и недостаточная «эргономичность» в ряде случаев ограничивают применение контактной коррекции при кератоконусе.

В последние годы некоторое распространение в клинической практике получила операция имплантации интрастромальных сегментов, которую по направленности следует рассматривать как кераторефракционное вмешательство, обеспечивающее уменьшение рефракции и асферичности роговицы в результате ее «уплощения» в центральной зоне. Принципиальная возможность такого изменения формы роговицы за счет интрастромальной имплантации различных материалов в парацентральных участках роговицы доказана серией исследований Барраккера, Е.Д. Блаватской и В.С. Беляева, а основное преимущество этого вмешательства в плане возможного применения при кератоконусе связано с отсутствием элемента уменьшения объема роговичной ткани и значительного количества глубоких надрезов. Следует отметить, что, несмотря на наличие специальных номограмм, регламентирующих выбор параметров сегментов и зону их имплантации, вмешательство не позволяет полностью корригировать рефракционные нарушения при кератоконусе. Убедительных данных в пользу того, что эта операция стабилизирует процесс кератоконуса, к сожалению, пока нет. Процедура формирования перекрестных сшивок коллагена роговицы при кератоконусе в ряде случаев обеспечивает стабилизацию процесса, однако ее применение может быть лимитировано уменьшенной толщиной роговицы.

Кератопластику потенциально можно считать универсальным методом коррекции и лечения кератоконуса. Классическая методика сквозной кератопластики, к сожалению, не исключает серьезных послеоперационных осложнений и рефракционных ошибок. Современные тенденции совершенствования этой операции связаны

с разработкой так называемых селективных подходов к кератопластике. Одна из таких модификаций — операция полной стромопластики — разработана и широко применяется в ФГБУ «НИИГБ» РАМН. В ходе операции полностью удаляют дистрофически измененные слои стромы роговицы с сохранением ее десцеметовой мембраны.

Несколько слов о попытках коррекции и лечения кератоконуса с помощью предложенной профессором А.А. Каспаровым с сотрудниками эксмерлазерной рефракционно-терапевтической (поверхностной) кератоабляции. На первый взгляд такие понятия, как «абляция роговицы» и «кератоконус», несовместимы. Однако есть предпосылки к применению этой операции на ранних стадиях кератоконуса, когда истончение роговицы практически отсутствует. С одной стороны, морфологическими исследованиями выявлено, что поверхностная кератоабляция активирует процесс фибропластической пролиферации, заключающийся в увеличении количества кератоцитов и в реорганизации фибриллярного комплекса. С другой — методика обеспечивает возможность коррекции умеренно выраженных в начальных стадиях кератоконуса миопии и астигматизма. Главным условием проведения данной методики остается адекватная ранняя диагностика кератоконуса.

Рис. 15.

Рис. 16.

Основное направление совершенствования методов коррекции нарушений аккомодации — возможность достижения эффекта мультифокальности за счет одного средства коррекции *(рис. 16)*. При этом с позиций выбора метода коррекции необходимо разделять нарушения аккомодации, обусловленные отсутствием хрусталика, и так называемые инволюционные или возрастные изменения (т.е. пресбиопию). В первом случае при применении монофокальных ИОЛ возможно два принципиальных подхода к решению проблемы: применение прогрессивных очковых линз или анизокоррекции, при которой оптическая сила ИОЛ для одного глаза обеспечивает установку для дали, а для другого — для близи. По нашему мнению, термин «анизокоррекция» больше соответствует условиям зрительной деятельности обоих глаз, чем употребляемый в англоязычной литературе термин «monovision». На сегодняшний день серьезную альтернативу указанным методам составляют различные модели так называемых мультифокальных ИОЛ.

Наиболее оптимальным средством коррекции пресбиопии с точки зрения функциональной полноценности являются прогрессивные очковые линзы. При применении монофокальных очковых и контактных линз, а также эксимерлазерных кераторефракционных вмешательств, возможно использование принципа анизокоррекции. Попытки формирования мультифокального профиля роговицы с помощью эксимерлазерной кератоабляции можно охарактеризовать как «затянувшиеся первые шаги».

В заключение — об основных направлениях изучения аберраций высшего порядка. Это, прежде всего, анализ аберраций «нормального» глаза, влияние на уровень аберраций различных методов коррекции и попытки уменьшения исходных и индуцированных аберраций. Такую возможность обеспечивают асферические очковые, контактные и интраокулярные линзы, а также «персонализированные» эксимерлазерные технологии. ■

Посвящение. Михаил Михайлович Краснов в воспоминаниях

Под ред. С.Э. Аветисова

С именем академика М.М. Краснова связана целая эпоха становления и развития новых методов диагностики и лечения глазных заболеваний.

Михаил Михайлович Краснов является «знаковой фигурой» для отечественной и мировой офтальмологии XX – начала XXI вв. Благодаря вкладу академика М.М. Краснова, офтальмология выдвинулась в ряд наиболее прогрессивно развивавшихся клинических дисциплин.

Воспоминания в виде отдельных очерков не лишены интереса для широкого круга читателей и могут служить набросками для профессиональных мемуаристов. Надеемся, что жизненный и научный путь выдающегося ученого современности станет предметом серьезного исследования.

Книга подготовлена по инициативе Московского научного общества офтальмологов. Издано при поддержке «Центра восстановления зрения».

ИЗДАТЕЛЬСТВО Апрель

«…Души прекрасные порывы…»

Мое первое знакомство с М.М. Красновым произошло еще в студенческие годы. Человек, который читал нам лекцию в тот день, был чуть выше среднего роста, сухощав, с большой головой, светлыми волосами и крупными чертами лица за тонкими, «прозрачными» очками. Халат и врачебный колпак были белоснежными, а внешний вид соответствовал моим впечатлениям о «глазных болезнях», приобретенным на кафедре. Слушали его внимательно. Он говорил о кругосветных морских путешествиях, во время которых у моряков развивалась странная и непонятная болезнь глаз. Они становились ярко-красными, болели, гноились и отекали до такой степени, что не представлялось возможным их раскрыть. Болезнь пытались лечить самым эффективным на то время способом — оперативным, т.е. локальным кровопусканием с использованием бритвы. Печальная ирония, касающаяся дальнейшей судьбы нашей профессии. Такой неординарный подход к лечению этого непонятного состояния привел к массовой слепоте на парусных кораблях эскадры мореплавателей и гибели людей.

Важность и историческое значение данной медицинской проблемы после подобных доводов были неоспоримы. Форма подачи материала закрепила содержание, которое твердо осело в наших мозгах. Затем лектор изложил современное состояние вопроса, его медицинскую и социальную значимость, а также методы лечения. Позже, когда я уже был клиническим ординатором, я часто вспоминал эту лекцию. Тогда в Москве было отмечено распространение (если не сказать эпидемия) вирусного конъюнктивита. Я думал о наглядности и неординарности подачи учебного материала, но больше о том, каким «театральным» талантом (с элементами массового гипноза) должен обладать преподаватель, чтобы объяснить важность самых тривиальных и «скучных» профессиональных проблем. Убедить слушателей в том, в чем они просто не желали «убеждаться», делая материал простым, интересным и необходимым.

В дальнейшем я не раз слушал его выступления и лекции, но больше никогда не испытывал такого ощущения. Лекция завершилась эффектно, овацией. За все время моей учебы, я впервые наблюдал, как студенты по своей воле встали и так неформально благодарили профессора. Лектор поклонился, что было само по себе непривычно для того времени, а потом попрощался со слушателями в аудитории. При этом он сказал, что покидает институт и переходит в 1 ММИ им. И.М. Сеченова, где возглавит кафедру глазных болезней, так как на ее базе правительством организуется новый специализированный научный центр, и он будет его директором. Еще раз поблагодарил нас за внимание и теплый прием и сказал, что он будет очень рад, если хоть что-нибудь останется в наших головах. Это был Михаил Михайлович Краснов.

Я слышал о нем раньше, но видел его впервые. При прохождении цикла глазных болезней нам рассказали, что кафедру возглавляет профессор, сын известного отечественного офтальмолога М.Л. Краснова, ученика проф. М.И. Авербаха, того самого «…который лечил В.И. Ленина». В это время в отечественной прессе прошел ряд публикаций, часть из которых была переведена и за рубежом. Они были посвящены микрохирургии глаза и использованию лазеров в офтальмологии. Большинство из них были связаны с именем профессора М.М. Краснова. Одна, самая яркая, касалась уникального случая проведения сложной реконструктивной операции, успешно осуществленной им у пациента с тяжелым ожоговым поражением глаз. Для фиксации кератопротеза на функционально сохранном глазу им в качестве лечебного и опорного элемента была использована полусфера заднего отрезка другого, более травмированного, глаза этого же больного. Статья, примерно, так и называлась: «Из двух глаз — один». Кроме того, совместно с лауреатами Нобелевской премии академиками А.М. Прохоровым и И.Г. Басовым он разработал один из первых отечественных офтальмологических лазеров. В 1971 году в результате совместной работы был создан отечественный (первый в мире) лазерный офтальмодеструктор «Ятаган», адаптированный к щелевой лампе. Он работал с использованием коротких, гигантских импульсов, обладающих так называемым механическим, «некоагулирующим» действием на биологическую ткань. С его помощью стало возможным осуществлять некоторые оперативные вмешательства внутри глаза, например такие, как иридэктомия и капсулотомия, а также воздействовать на угол передней камеры нехирургическим путем.

В конце 1973 года я предстал перед М.М. Красновым на втором этаже старого здания кафедры глазных болезней на Девичьем поле.

Переход профессора М.М. Краснова в 1 ММИ им. И.М. Сеченова и организация ВНИИ ГБ МЗ СССР не являлись его личным, карьерным делом, а были, скорее, вынужденными. Инициатива принадлежала в то время министру здравоохранения, академику и выдающемуся хирургу Б.В. Петровскому. Эти события были инициированы практической реализацией большой программы руководства страны, как бы теперь сказали, «модернизации» всей системы здравоохранения. Правительством осуществлялось строительство многофункциональных научно-практических медицинских центров в Москве и ряде городов республик СССР. Формально это было освоение денег, заработанных трудящимися во время проведения коммунистического субботника, прошедшего по всей стране, но фактически являлось огромным капиталовложением государства в медицинскую и биологическую сферу своей «жизнедеятельности». Частично эта работа осуществлялась Государственным комитетом Совета Министров СССР по науке и технике (ГКНТ), который был учрежден в 1966 году и возглавлялся В.А. Кириллиным. Так или почти так были созданы Онкологический научный центр и Кардиологический научный центр, а также расширен и реорганизован Институт клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР и другие медицинские учреждения страны. Создавались проблемные научные советы, посвященные медико-биологическим проблемам, комиссии и экспертные группы с участием крупных ученых и специалистов. Согласно этой концепции, часть создаваемых научно-практических учреждений представляла собой так называемые «объединения», которые состояли из научно-лечебных подразделений той или иной специальности (НИИ или научно-исследовательские лаборатории) и профильных кафедр ведущих медицинских вузов страны. Финансировались и управлялись подразделения этих «объединений» из разных центров, но находились, как правило, под руководством одного человека. Этим человеком и был выбран М.М. Краснов.

Будучи внуком священника и сыном профессора, он никогда не входил ни в какие общественные организации. М.М. Краснов не был членом партии, не выступал на объединенных общественных, коллективных собраниях, отдавая эту «честь» своим заместителям. До конца существования СССР он оставался главным специалистом 4-го Главного управления и приближенным врачом всех советских государственных деятелей того времени и их ближайших родственников. Он не был просто лекарем. К нему прислушивались, ему доверяли. В некотором смысле он был своего рода дипломатом, оказывая профессиональную помощь ряду представителей руководства других государств и их родственникам. Та эпоха дала нескольких врачей, которых можно назвать «кремлевскими». Их отличал высочайший профессионализм и осторожность, основанная на чувстве ответственности. К таким врачам, с которым мне посчастливилось увидеться, относились профессор, хирург В.С. Маят, профессор М.Л. Краснов. К таким врачам относился и сам М.М. Краснов.

Осторожность и «византийские» привычки нашего шефа, позднее проявившиеся в некотором «иезуитском» отношении к подчиненным, мы понимали и принимали. Все воспринималось нами как естественный результат длительного профессионального, «придворного» существования его семьи. Это относится к его взаимоотношению с властью. Лояльность, высочайший профессионализм и полная нейтральность. Это позволяло ему не состоять в партии, чем бы он ни занимался и какие бы посты он ни занимал. Результат — «государственные», «ленинские» и прочие премии. Прочное положение и «постоянная работа». Работа не как гарантия безопасного бытового существования, а постоянная работа как постоянное, почти «двадцатичетырехчасовое» напряжение в ожидании вызова «наверх». Кратковременные и длительные заграничные,

Внук священника…

…сын профессора

служебные командировки для операций или консультаций. Уважение и признание коллег на родине и за рубежом. По некоторым косвенным признакам, наблюдая его со стороны, можно было сделать заключение о его одаренности, неординарности, эгоистичности и противоречивости.

Подобные проявления человеческого характера не часто реализуются во взрослом состоянии, так как сопровождаются крайней ранимостью и «хрупкостью» человеческой психики. Я бы назвал это «аутизмом определенного вида». При общении с окружающими, одновременно с ясностью ума и человеческим обаянием, проявлялась полная «закрытость» на психологическом и чувственном уровнях. Традиционность и рациональная продуманность, свойственная Михаилу Михайловичу во всем, долгое время позволяли ему, с одной стороны, с легкостью держать на безопасном расстоянии своих коллег, а с другой — априорно пользоваться их уважением и почтением. Это касалось всего: от профессиональной подготовки и хирургической деятельности до человеческих привязанностей.

Была одна особенность в его так называемой «придворной деятельности», на которую обратил внимание мой «второй» научный руководитель. Он сказал: «Вот смотри, Борис Васильевич (Петровский) никогда не заставит долго ждать в своей приемной ни одного партийного или советского чиновника среднего или низшего звена. Он понимает, что через год-другой тот пойдет «наверх» и никогда не забудет этого. Не забудет, как к нему, «простому» человеку, отнесся великий врач. А «твой»? Если ты не член Политбюро и если ему от тебя лично чего-либо не требуется, то просидишь у его двери до вечера, а он еще и не примет. Слишком занят…»

Позже я наблюдал, как люди, еще недавно занимавшие «большое положение» и пользовавшиеся у «шефа» бесконечным уважением и вниманием, днями не могли попасть к нему на прием. Наверное, по его мнению, это не было жестокостью, это было реальностью. Он не отказывал им в медицинской помощи (через сотрудников), он отказывал им в «своем» внимании. Так происходило и с некоторыми коллегами, первоначально обладавшими «правом личного общения» из-за своих влиятельных родственников. Хорошее личное и профессиональное отношение в большинстве случаев заканчивалось вместе с «положением». Не было неприязни, было равнодушие. Я не буду приводить примеры. Те, кто испытал подобное отношение на себе, и так не забудут, а кто это наблюдал со стороны, знает, как это действовало на окружающих, и приятного в этом, надо сказать, было мало. Поэтому, а также по ряду других причин, долгое время в институте самым ценным и определяющим было не формальное положение, которое занимал тот или иной сотрудник, а характер его так называемых «личных — профессиональных» отношений с директором. Подобное являлось своеобразной «валютой», имевшей местное хождение и ценившейся больше всего. Основой этого были личные отношения директора с подчиненными, какое бы положение они ни занимали. В таких условиях на некоторые этапы профессиональной жизни иногда больше влияния оказывала не профессиональная целесообразность, а например, неформальное мнение старшей операционной сестры, проработавшей долгое время с директором, или профессионального фотографа, оформлявшего его статьи.

То, что я это так сказал, скорее, является «взглядом издалека», чем характеристикой особенностей нашей профессиональной жизни того времени. Нас это вообще никак не касалось. Шеф долгое время (до «перестройки») был занят большим делом «наверху» и не обращал на пустяки никакого внимания. Мы были им взяты на работу, он формально и неформально за нас отвечал. Надо было работать и, как сказал однажды М.Л. Краснов, не опозорить имя его сына и нашего руководителя. Фраза: «М.М. сказал, что надо сделать то-то и то-то» была паролем, который открывал все двери в институте и на кафедре, а также много дверей в офтальмологических и академических учреждениях г. Москвы. Почти как золотые или серебряные пайдзы (пропуски, наделяющие особыми полномочиями) у Чингисхана.

Я теперь думаю, что дело не в том, что он был каким-то важным или высокомерным, скорее всего, это была своего рода

М.М. Краснов с отцом, М.Л. Красновым, и сестрой, Натальей Михайловной

Лояльность, высочайший профессионализм и полная нейтральность. Это позволяло ему не состоять в партии, чем бы он ни занимался. Результат — «государственные», «ленинские» и прочие премии

психологическая компенсация за периоды длительного приспособления и некоторого унижения, которые человек испытывал, постоянно общаясь с советской и партийной системой. Но его нельзя было напрямую упрекнуть в конформизме во всем. В дальнейшем я часто наблюдал, как, касалось бы, в самых безобидных ситуациях он с удивительным упорством, иногда во вред себе, продолжал настаивать на своих «заблуждениях». Никакие методы давления, ни на каком уровне, не могли изменить его действий и решений.

Впоследствии при так называемой «новой власти» подобный подход к общению с окружающими сыграл с ним злую шутку. Он не смог, при своем громадном опыте взаимодействия с «властью», понять и откорректировать свои действия под «новые» политические и административные реалии. А может быть, те самые люди, на которых он раньше не обращал внимания, сами пришли во власть?

Насколько я помню, он нечасто устраивал так называемые «публичные» разносы. Он нечасто повышал голос или даже высказывал в глаза свое неудовольствие. Если подобное и происходило, то претензии озвучивались скорее формально. Они не имели прямого отношения к происходящему, а были только поводом для обозначения степени и глубины твоего неправильного понимания происходящего. Ты должен был осознать, в чем ты неправ или что тебе следовало сделать не по конкретному указанию, а по ощущению, которое должно было у тебя возникнуть после осознания услышанного или сказанного иногда совсем по другому поводу. Порой это напоминало смесь какого-то средневекового японского или китайского отношения к жизни. «По небу плывут облака на север…», а ты, например, по этой причине, должен уволиться… Вот и понимай, как хочешь.

Иногда это происходило следующим образом. Во время консультации, долго осматривая пациента и не смотря в твою сторону (а ты, например, и был лечащим врачом данного пациента), он обращался к присутствующему в таких случаях на консультациях И.А. Мустаеву: «Ильяс, у нас в институте есть врачи? Кто-нибудь может профессионально делать свою работу? Я могу на кого-нибудь положиться и спокойно делать остальные свои дела? Или мне надо постоянно думать только о том, что кто-нибудь испортит то, что я сделал?» Произнося «кто-нибудь» и «кого-нибудь» он не смотрел на тебя и, вообще, с этого момента ты переставал существовать.

Так или почти так было довольно часто. Ты понимал, что все пропало, и хотя некоторые сложности клинического течения послеоперационного периода у данного пациента завершились благополучно, твоя «карьера» на этом должна бесславно завершиться. Скоро тебя с позором выгонят и «распнут». Ты долго ожидаешь самого худшего, но через неделю (или месяц) тебя вызывают, и далее следует что-то, совсем не относящееся к происшедшему ранее. «Милый, — говорил он одному моему товарищу, — …У тебя нет денег на брюки? Давай я тебе их дам. Иди, купи себе нормальные штаны. Почему ты ходишь «в этом» на работу?» Он указывал на джинсы, которые по тем временам стоили никак не меньше 300 рублей. Он это понимал, но принимать не хотел.

Иногда, но крайне редко, наблюдались редкие ответные «выпады», которые не носили злонамеренный характер и были скорее результатом нормальной жизни. Он никогда никому не помогал материально, он никогда (во всяком случае, мне это неизвестно) ни за кого не просил (прописка, квартира, машина, родственники и т.д. и т.п.), он никогда не ходил на похороны сотрудников. Но при всем при этом была одна особенность, на которую мне указал другой, уже упоминавшийся ранее, мой научный руководитель, когда у меня начались некоторые сложности на работе. Он сказал: «Вот смотри, человек делал свое дело, делал его хорошо. Далее он привлек к своему делу людей. Он думал, что эти люди станут его единомышленниками или, по крайней мере, помощниками, что позволит ему делать это дело лучше. У этих людей возникли «интересы», которые они стали постепенно реализовывать на своей работе. Эти «интересы» стали осуществляться за счет влияния этого человека. В определенный момент эти люди стали считать, что их интересы являются основными. Нормальный человек должен както разрешить этот парадокс. Желательно без крови. Твой директор создал свое дело, если тебе что-то не нравится, иди и создай свое».

В середине 80-х годов все менялось. Изменилась и наша страна, менялись и мы. Страна нищала на глазах. Мы умели делать только то, что умели. Ни государство, ни руководитель, ни его заместители не собирались нас содержать. Люди стали умирать. Люди стали уезжать. Кто-то надолго, а кто-то насовсем…

Подходить ко всему со вчерашними мерками: «делайте все, как вам скажут, и у вас все будет хорошо», было уже нельзя. На этом этапе своей карьеры директор оказался в некотором внешнем административном и человеческом вакууме. Это то, что было очевидным, то, что лежало на поверхности. В это время, когда этого от него никто не ожидал, он совершил еще один неординарный шаг, он стал соучредителем и организатором одного из первых и лучших коммерческих центров микрохирургии глаза. Но большинству сотрудников там не нашлось места. Доподлинно известно, что он не желал руководить большим коллективом и быть директором большого учреждения. Он хотел руководить небольшой научно-исследовательской лабораторией, где большинство сотрудников должны были находиться на расстоянии «вытянутой руки» или, по крайней мере, в соседней комнате на этаже, где можно было играть в шахматы, которые он очень любил. Еще он любил Набокова.

В самом начале работы меня поразила одна его фраза, скорее цитата из классической русской литературы. Выступая на апробации одной из своих аспиранток, пытаясь охарактеризовать несвоевременность некоторых преждевременных заключений, высказанных рецензентами научной работы (положительных и эмоциональных), он в контексте «профессиональных» замечаний сказал: «…души прекрасные порывы». Подобная интерпретация А.С. Пушкина первый раз заставила меня задуматься над тем, под руководством какого человека я буду работать и как, возможно, сложится дальше моя профессиональная судьба. Была у него еще одна фраза, которую он часто употреблял: «хороший человек — это не профессия».

Я думаю, что, несмотря на ряд сложностей, возникших как в стране, так и в нашем коллективе, уход М.М. Краснова из профессии и из жизни был преждевременным и неоправданным, но в этом вопросе от нас вряд ли что зависит. В древнем Риме, когда консула сменял следующий, то уходивший говорил: «Feci quod potui, faciand meliora potentes» («Я сделал все, что мог, пусть те, кто могут, сделают лучше»). Кажется, эти слова мог бы произнести в настоящее время и М.М. Краснов.

Харлап Сергей Иванович
ФГБУ «НИИ ГБ РАМН»

«Я сделал все, что мог, пусть те, кто могут, сделают лучше»

Глаукома на рубеже веков

Всероссийский конгресс с международным участием

5-6 сентября 2013 года, Казань

Организаторы: Общество офтальмологов Республики Татарстан, Российское глаукомное общество, Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ РТ.

5 сентября гостиничный торгово-развлекательный комплекс «Корстон-Казань», воплощение передовых тенденций в современной мировой индустрии гостеприимства, открыл свои двери для участников Всероссийского конгресса «Глаукома на рубеже веков».

На конгресс съехались ведущие офтальмологи из 43 регионов Российской Федерации. В работе приняли участие более 750 офтальмологов.

Со словами приветствия к гостям конференции обратились премьер-министр Республики Татарстан И.Ш. Халиков, первый заместитель министра здравоохранения Республики Татарстан А.Ю. Вафин, профессор Т.К. Ботабекова (АО «Казахский НИИ ГБ», Алматы), профессор В.П. Еричев (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва), профессор Б.Э. Малюгин (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва), д.м.н. О.А. Киселева (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», Москва).

Пленарное заседание открыл главный офтальмолог МЗ РТ, главный врач ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ», заведующий кафедрой офтальмологии КГМА, к.м.н. А.Н. Амиров. Айдар Наилевич рассказал о научной и лечебной деятельности д.м.н. Моисея Бенционовича Вургафта, которому в 2013 году исполнилось бы 100 лет. Вся научная жизнь казанского ученого была посвящена изучению проблемы глаукомы. М.Б. Вургафтом была воспитана плеяда замечательных учеников, которые достойно продолжают традиции казанской офтальмологической школы.

С докладом «Развитие глаукомной службы в России» выступил президент Российского глаукомного общества, профессор Е.А. Егоров (Москва). Сформулировав миссию и цель РГО, докладчик рассказал о ежегодных мероприятиях, проводимых обществом, затронул ключевые вопросы международного сотрудничества. Особое внимание он уделил опыту работы школы глаукомного больного, а также эффективной диспансеризации с участием членов семьи пациента. Профессор Егоров перечислил рекомендации Российского глаукомного общества, представил существующие схемы медикаментозного лечения, осветил некоторые аспекты глаукомной стратегии в связи с проведением гипотензивной терапии, а также раскрыл механизм действия некоторых препаратов. Е.А. Егоров рассмотрел вероятные причины снижения качества жизни больного глаукомой на фоне базовой терапии, дал ответы на вопросы, волнующие практикующих врачей, в частности, рассказал о питании глаукомного больного и образе жизни.

Вице-президент РГО, профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург) представил доклад «Глаукома и внутриглазное давление». Юрий Сергеевич особо подчеркнул, что при определении ВГД необходимо учитывать различные факторы, влияющие на его уровень, например, регистрировать время исследования, правильно выбирать способ тонометрии. ВГД целесообразно измерять в разное время суток (желательно по биоритмологической методике). Целесообразно измерять ВГД по принципам хронобиологического наблюдения: в сложных диагностических ситуациях при открытоугольной глаукоме, при глаукоме «псевдонормального ВГД», при выборе тактики лечения больных глаукомой. Докладчик отметил, что толерантное ВГД индивидуально и часто не соответствует средне-статистической норме. Для определения толерантности диска зрительного нерва к повышению ВГД следует проводить вакуумкомпрессионные пробы. Перфузионное давление для сосудов глаза не должно быть менее 50 мм рт. ст. Наиболее эффективными гипотензивными препаратами являются аналоги простагландинов и их комбинации с другими препаратами. Профессор Ю.С. Астахов затронул вопросы ВГД и давления в ликворной системе. Значимым при исследовании давления СМЖ при глаукоме является связь давления всех трех жидкостей положительными корреляциями (кровяное давление, давление СМЖ и ВГД), однако трансламинарное давление такой корреляции не показало. В докладе особо подчеркивается, что при глаукоме нормального давления определение толщины решетчатой мембраны является важным диагностическим тестом, сравнимым с оценкой толщины слоя нервных волокон в перипапиллярной зоне. Автор считает, что глаукомная нейропатия может быть результатом дисбаланса между ВГД, АД, ВЧД. Другими возможными факторами являются биомеханические свойства диска зрительного нерва, перипапиллярной склеры, изменение состава СМЖ, нарушение ее циркуляции в орбите и т.д.

Профессор В.В. Страхов (Ярославль) в докладе «Глаукома и миопия» сделал акцент на совокупности факторов, способствующих развитию глаукомы, а также на причинах, затрудняющих диагностику глаукомы в миопическом глазу. Профессор Страхов особо подчеркнул, что при подозрении на глаукому миопического глаза необходимо исследовать асимметрию тонометрических и биоретинометрических показателей парных глаз. В рамках доклада была дана оценка факторам, усугубляющим течение глаукомы в миопическом глазу. Важно отметить, что потеря эластичности склеры миопического глаза, ассоциированного с глаукомой, неблагоприятна в плане отрицательной динамики глаукомного процесса даже при нормализации ВГД. Дистрофические изменения переднего и заднего отделов глаза глаукомной и миопической природы взаимоусиливаются. Миопическая макулопатия и глаукомное поражение сетчатки в макулярной и парамакулярной зонах приводят к более раннему и значительному снижению остроты зрения в близоруком глазу с глаукомой. Уменьшение объемного кровотока в миопических глазах с глаукомой через уменьшение перфузионного давления снижают толерантность ДЗН и сетчатки, что утяжеляет прогноз заболевания. Знание упомянутых факторов позволяет прогнозировать успех лечения.

Профессор Т.К. Ботабекова (Алматы, Казахстан) в докладе «Скрининг на глаукому: проблемы и перспективы» представила результаты скрининга на глаукому за 2011-2013 годы и данные эффективности различных видов скрининга, обозначила проблемы и отметила достижения. Главное преимущество скрининга — это социальная инновация: глаукома включена в перечень социально-значимой патологии наряду с онкологическими заболеваниями, открыты и оснащены современным оборудованием глаукомные кабинеты.

Профессор А.В. Куроедов (Москва) представил результаты изучения прогрессирования глаукомы по данным российских мультицентровых исследований. Целью данной работы стало исследование оценки эффективности простагландинов у пациентов с впервые выявленной глаукомой и пациентов, ранее получавших гипотензивную терапию, но не достигших адекватного контроля офтальмотонуса.

Для систематизации информации относительно состояния диагностики и лечения глаукомы в Российской Федерации 7 октября 2011 г. на заседании профильной комиссии по офтальмологии при Экспертном совете в сфере здравоохранения МЗ РФ было принято решение о сборе статистических данных. К.м.н. Р.В. Авдеев (Воронеж) доложил о состоянии глаукомной службы в Приволжском федеральном округе. Авторы работы — профессор В.В. Нероев, д.м.н. О.А. Кисилева, к.м.н. А.М. Бессмертный — привели данные, свидетельствующие о том, что ПФО занимает 4-е место по общей заболеваемости среди регионов РФ, 3-е место — по первичной заболеваемости глаукомой в РФ. По оснащенности специализированной диагностической и лечебной аппаратурой ПФО относится к числу лидеров среди регионов РФ.

Секция «Хирургия глаукомы» прошла под председательством профессора Э.В. Егоровой (Москва), профессора В.П. Еричева (Москва), профессора В.Н. Трубилина (Москва).

Вице-президент РГО, профессор В.П. Еричев рассказал о возможных осложнениях дренажной хирургии. Успех различных путей коррекции базируется на результатах исследования, итогом которого является продуманная тактика лечения, своевременное хирургическое вмешательство, выбор корректного способа хирургического вмешательства, безупречная хирургическая техника, корректное послеоперационное ведение. Только совокупность хорошо продуманных действий обеспечивают сохранность зрительных функций.

Тему дренажной хирургии продолжил профессор В.Н. Трубилин. Владимир Николаевич считает, что для повышения эффективности операции и снижения количества осложнений, имплантацию минишунта Ex-PRESS оптимально проводить на артифакичных глазах с использованием методов вискохирургии и с имплантацией дополнительного дренажа в супрахориоидальное пространство.

Профессор С.А. Кочергин (Москва) привел классификацию посттравматической глаукомы, представил патогенетические аспекты развития посттравматической глаукомы, перечислил виды и методы лечения посттравматической глаукомы. Актуальность данной проблемы подтверждают следующие аргументы: после механической травмы глаза вторичная глаукома в различные сроки развивается в 9,1-61,4% случаев (Гундорова Р.А., 1993; Степанов А.В., 1997); среди всех больных, страдающих вторичной глаукомой, посттравматическая глаукома достигает 67% (Степанов А.В., 1980); инвалидность, обусловленная вторичной посттравматической глаукомой, составляет до 35% случаев (Пучковская Н.А. с соавт., 1973); частота энуклеаций при вторичной декомпенсированной глаукоме достигает 32% (Кольцова В.М., 1972; Мошетова Л.К. с соавт., 2000).

Доцент Я.М. Вургафт (Казань) считает, что одной из причин снижения гипотензивного эффекта после операции является выраженная фибропластическая активность тканей глаза, приводящая к быстрому рубцеванию и облитерации созданных в ходе фильтрующих операций путей оттока водянистой влаги в различные сроки после вмешательства. В докладе «Проблемы хирургического лечения глаукомы» Я.М. Вургафт перечислил факторы, влияющие на эффективность фильтрующих операций, причины риска избыточного рубцевания, послеоперационные факторы, снижающие риск рубцевания. Автор доклада привел некоторые алгоритмы профилактики и лечения рубцовых процессов. Несмотря на наличие определенных совокупных действий, проблема лечения рубцовых процессов остается нерешенной и требует дальнейшего изучения.

Профессор Э.В. Егорова в своем докладе дала оценку влияния лазерной энергии диодного лазера на цилиарное тело у больных с терминальной болящей глаукомой. Цель данной работы — оптимизация технологии лазерного воздействия ТДЦК с учетом анатомо-топографических особенностей иридоцилиарной зоны терминального глаза на основе методов УБМ. Профессор Э.В. Егорова считает, что у больных с терминальной глаукомой выявлены изменения цилиарного тела и его отростков, которые акустически (при исследовании методом УБМ) проявляются уменьшением толщины и отражают различную степень его атрофии. Автором доклада выявлена зависимость уменьшения толщины цилиарного тела от используемой суммарной мощности лазерной энергии. Выбор суммарной мощности лазерной энергии ТДЦК с учетом исходной атрофии ЦТ позволяет устранить болевой синдром и сократить послеоперационные осложнения.

Цель исследования, проведенного профессором Т.В. Гавриловой (Пермь), заключалась в анализе трансскеральной диодной лазерной циклофотокоагуляции у пациентов с глаукомой III-IV стадий за 5 лет. Профессор Т.В. Гаврилова пришла к выводу, что применение диодной циклофотокоагуляции с анальгезирующей и гипотензивной целью является достаточно эффективным способом лечения у пациентов с продвинутыми стадиями глаукомы: устранение болевого синдрома, снижение ВГД до нормы наблюдалось в половине случаев.

Главный врач ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ», заведующий кафедрой офтальмологии КГМА, к.м.н. А.Н. Амиров

Заведующий кафедрой офтальмологии ГБОУ ВПО КГМУ, д.м.н. А.Н. Самойлов, заместитель главного врача по организационно-методической работе ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» В.Н. Саюндукова

Президент Российского глаукомного общества, профессор Е.А. Егоров (Москва)

Профессор Т.К. Ботабекова (АО «Казахский НИИ ГБ», Алматы)

Профессор Б.Э. Малюгин (Москва)

Вице-президент РГО, профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург), вице-президент РГО, профессор В.П. Еричев (Москва)

Во время торжественного заседания академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина (Москва)

Работа Экспертного совета по глаукоме стран СНГ

Продуктивность работы конференции во многом определяется правильной организацией. Устроители конференции

С.Ю. Голубев (Москва), Н.А. Поздеева (Чебоксары), А.Ю. Расческов (Казань), С.А. Кочергин (Москва), В.Н. Саюндукова (Казань), В.Н. Трубилин (Москва), Н.В. Муратова (Москва), А.Ю. Брежнев (Курск), А.В. Куроедов (Москва) *(слева направо)*

Большой интерес участников конференции вызвала работа секции «Диагностика глаукомы» под председательством д.м.н. А.Н. Самойлова (Казань), профессора Э.Н. Эскиной (Москва), д.м.н. Т.Н. Юрьевой (Иркутск) и секции «Медикаментозное лечение глаукомы», председатель — профессор Е.А. Егоров (Москва), сопредседатели — профессор В.У. Галимова (Уфа), д.м.н. О.А. Киселева (Москва), д.м.н. В.В. Жаров (Ижевск), профессор А.А. Рябцева (Москва).

Параллельно в трех залах прошли сателлитные симпозиумы компаний «Промед» (Sentis), Pfizer и Stormoff.

По приглашению компании Stormoff шеф-редактор газеты «Поле зрения» участвовал в работе симпозиума «Новые возможности скрининга и мониторинга ВГД с помощью тонометрической системы IcarePRO+ONE». В рамках мероприятия были рассмотрены 3 вопроса: «Тонометрическая система IcarePRO+ONE», докладчик Jan Prokofjeff (Финляндия). Доклад «Диагностическая ценность ВГД мониторинга у пациентов с закрытоугольной глаукомой» представил А.А. Антонов, (Москва). По его мнению, использование тонометрической системы IcarePRO+ONE позволяет исследовать суточные колебания ВГД как в амбулаторной практике, так и в условиях стационара. Исследование суточной кривой на основании самоизмерения ВГД необходимо проводить в течение нескольких дней с учетом эффекта обучения и отбором результатов по показателю качества измерения. При закрытоугольной глаукоме максимальные цифры ВГД наблюдаются в поздние вечерние, ночные и ранние утренние часы, что затрудняет их выявление. Лазерная иридотомия значительно уменьшает колебания офтальмотонуса. Использование прибора для мониторинга ВГД у пациентов с закрытоугольной глаукомой позволяет уточнить диагноз и выбрать адекватные методы лечения, учитывая максимальный уровень офтальмотонуса. Далее с докладом «ВГД и его колебания ПОУГ» выступила доцент Д.Н. Ловпаче (Москва). Автор доклада перечислила важнейшие факторы прогрессирования глаукомы. Это, прежде всего, выраженные колебания ВГД, невозможность выявления пиков ВГД в дневное время при однократном измерении; пики ВГД могут приходиться на разное время. Д.Н. Ловпаче привела данные колебания ВГД при различных стадиях ПОУГ и обозначила методы коррекции колебаний. По мнению докладчика, необходим и возможен самоконтроль ВГД, необходимо научить пациента самоконтролю. Контроль колебаний ВГД важен, особенно при подозрении на ПОУГ. Джамиля Нурийдиновна считает, что даже с компенсированным ВГД необходим мониторинг колебаний ВГД при ПОУГ.

Во второй день конференции была запланирована работа секций «Сочетанная патология» и «Организационные и правовые аспекты офтальмологической службы» (председатель — профессор И.Е. Панова (Челябинск), сопредседатель — д.м.н. Л.Ш. Рамазанова (Астрахань)).

В рамках конгресса прошло VI заседание Экспертного совета по глаукоме стран СНГ, на котором обсуждались проблемы, волнующие глаукоматологов в странах СНГ, в частности — этапы подготовки нового межнационального руководства по глаукоме.

Работу секции «Сочетанная патология» возглавила академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина (Москва), сопредседатели — профессор А.А. Рябцева (Москва), д.м.н. А.Д. Чупров (Киров).

О современных подходах к фармакотерапии заболеваний глазной поверхности рассказал профессор Е.А. Егоров.

Доклад «Антивазопролиферативная терапия при сочетанной патологии сетчатки» представил профессор В.П. Еричев. При сочетанной патологии ВМД и глаукоме эндовитреальное введение ранибизумаба возможно при стойкой нормализации ВГД. Из гипотензивной терапии целесообразно исключить простагландины. Накануне эндовитреального введения ранибизумаба оправданы дополнительные усилия по снижению уровня офтальмотонуса. При отсутствии нормализации офтальмотонуса первым этапом показано выполнение антиглаукомной операции или комбинированное вмешательство.

Профессор Е.Е. Гришина (Москва) в докладе «Особенности течения открытоугольной глаукомы у онкологических больных» обратила внимание на необходимость взаимодействия офтальмолога и онколога для рационального лечения глаукомы у онкологических больных. После антиглаукоматозной операции в послеоперационном периоде необходимо длительно проводить противовоспалительную терапию, использовать препараты без консерванта, учитывать возможность поздних послеоперационных осложнений, применять гипотензивные препараты без БХ, при химиотерапии обязательно назначать слезозаменители с первого дня лечения.

Об индивидуальном подходе к выбору медикаментозной терапии синдрома «сухого глаза» доложил профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург). В основе профилактики и успешного лечения синдрома «сухого глаза» у больных глаукомой лежит комплексный подход, сочетающий поиск эффективных офтальмогипотензивных средств, оказывающих минимальное воздействие на продукцию и стабильность слезной пленки, инстилляции «искусственных слез», метаболическую и противоаллергическую терапию.

Кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник биологического факультета МГУ им. Ломоносова М.В. Скулачев представил опыт использования препарата визомитин в терапии синдрома «сухого глаза». Визомитин является первым препаратом с митохондриально-адресованным антиоксидантом в качестве основного действующего вещества. По данным исследователей, визомитин показал высокую эффективность в терапии синдрома «сухого глаза», что подтверждено улучшением субъективных ощущений, динамикой остроты зрения, нормализацией клинической картины, улучшением показателей диагностических проб. В заключение выступления были приведены данные наблюдательного исследования, задача которого состоит в сборе информации о применении глазных капель визомитин из максимально большого количества лечебных учреждений.

Д.м.н. А.Д. Чупров (Киров) представил алгоритм хирургического лечения сверхтвердых осложненных катаракт. В течение первых 6-ти месяцев после внедрения определенных последовательных действий, направленных на решение поставленной задачи, процент интраоперационных осложнений хирургии катаракты снизился с 3,8% до 1,2%.

М.П. Югай (Москва) выступила с докладом на тему «Анатомо-топографические и гидродинамические изменения глаза при псевдоэксфолиативной глаукоме после факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ». По мнению автора, достоверно доказано, что после факоэмульсификации увеличивается глубина передней камеры, дистанция «трабекула-радужка», угол передней камеры, угол «склера-радужка» и угол «склера-цилиарные отростки». Выявлена тенденция к уменьшению толщины радужки у корня. Статистически незначительно меняется максимальная глубина задней камеры, расстояние «трабекула-цилиарные отростки» и толщина цилиарного тела. В целом все исследуемые показатели ВГД изменяются аналогично, но несколько различаются количественно. В раннем послеоперационном периоде происходит подъем ВГД, через 1 месяц после операции давление возвращается к исходному уровню, в дальнейшем наблюдается небольшое устойчивое снижение давления.

Опытом ведения пациентов после ФЭК в условиях Ростовской областной клинической больницы поделилась М.В. Бабиева (Ростов-на-Дону).

С.А. Марных (Казань) представил доклад «Клиническая фармакология противовирусных препаратов в офтальмологической практике».

Э.А. Абдулаева (Казань) считает, что при своевременности и доступности анти VEGF терапии, соблюдении «compliance» в наблюдении и лечении пациентов заложены факторы успеха в профилактике окклюзии вен сетчатки.

Вниманию участников конференции д.м.н. С.В. Балалин (Волгоград) представил программное обеспечение для определения толерантного и целевого давления у больных первичной открытоугольной глаукомой. Докладчик привел данные, доказывающие, что для стабилизации глаукомного процесса колебания офтальмотонуса не должны превышать толерантное давление. По значению индекса интолерантности возможно прогнозировать динамику зрительных функций и скорость прогрессирования первичной открытоугольной глаукомы. Программное обеспечение по определению толерантного и целевого давления может быть использовано в условиях работы поликлиник и офтальмологических стационаров.

Доцент С.Ю. Голубев (Москва) завершил работу секции, представив вниманию слушателей доклад о перспективах эффективной профилактики и возможностях терапии сухой формы макулярной дегенерации. Докладчик сформулировал вопросы для обсуждения, четко обрисовал проблемы и представил дифференциально-диагностическую тактику врача для достижения намеченной цели.

В рамках конгресса работала секция молодого ученого, на которой были представлены стендовые электронные доклады. Победителем стал Д.И. Бронский (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Иркутск). Тема доклада: «Оценка эффективности комбинированной криохирургии сетчатки и цилиарного тела у пациента с неоваскулярной глаукомой».

Во время конгресса работала выставка офтальмологического оборудования, инструментов, лекарственных препаратов от крупнейших зарубежных и российских фирм, специализирующихся в области лечения глаукомы.

Вечером после завершения работы конференции состоялся дружеский фуршет. Примечателен один факт. Хозяин мероприятия Айдар Наилевич Амиров в облике Воланда из романа М. Булгакова «Мастер и Маргарита» в окружении свиты, наблюдая за происходящим, со сцены устало произнес: «Ну что же… они — люди как люди. Любят деньги, но ведь это всегда было… Ну, легкомысленны… ну, что ж… и милосердие иногда стучится в их сердца… обыкновенные люди… В общем, напоминают прежних… а глаукому так и не научились лечить…»

А.Н. Амиров предстал в неожиданном образе. У каждого свое представление о том, как должен выглядеть Воланд и каким голосом говорить. Амиров худощав, с тонкими острыми чертами лица в гриме с тростью в руках на балу выглядел превосходно!

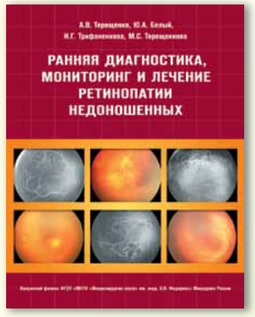
Хотелось бы, чтобы он произнес еще несколько философских истин из романа: «Впрочем, все теории стоят одна другой…»; «…каждому будет дано по его вере. Да сбудется же это!»; «…никогда и ничего не просите! Никогда и ничего, и в особенности у тех, кто сильнее вас. Сами предложат и сами дадут».

Материал подготовила
Лариса Тумар

Члены Экспертного совета по глаукоме стран СНГ

А.Н. Амиров предстал в образе Воланда

Воланд со своей свитой. Фото на память с участниками конференции



Новинки от издательства «Апрель»

ИЗДАТЕЛЬСТВО Апрель

Возрастная макулярная дегенерация

Бикбов М.М., Файзрахманов Р.Р., Ярмухаметова А.Л.

Монография посвящена вопросам патогенеза, диагностики и лечения возрастной макулярной дегенерации. Подробно описана современная концепция развития заболевания, учтены основные факторы риска, собрана последняя информация о методах диагностики, рассмотрены морфофункциональные особенности заболевания, а также представлены различные методы лечения влажной формы возрастной макулярной дегенерации.

В монографии представлены схемы, таблицы, данные офтальмоскопии, оптической когерентной томографии, что позволяет объективно оценить эффективность предложенных диагностических и лечебных мероприятий при возрастной макулярной дегенерации.

Книга предназначена для врачей-офтальмологов.

ISBN 978-5-905212-24-6

Ранняя диагностика, мониторинг и лечение ретинопатии недоношенных (3-е изд., перераб. и доп.)

Терещенко А.В., Белый Ю.А., Трифаненкова И.Г., Терещенкова М.С.

В книге представлены результаты собственных исследований авторов по ранней диагностике, мониторингу и лечению ретинопатии недоношенных. Приведены данные комплексного офтальмологического обследования детей с активными стадиями ретинопатии недоношенных, базирующиеся на использовании современных высокоинформативных методов: цифровой ретиноскопии с морфометрией сетчатки и ее сосудов, ультразвуковой биомикроскопии, флюоресцентной ангиографии. Определена эффективность паттерной лазеркоагуляции сетчатки и ранней витреальной хирургии в лечении ретинопатии недоношенных. Работа насыщена иллюстративным материалом: цифровыми фотографиями глазного дна, УБМ снимками, флюоресцентными ангиограммами, – которые отражают особенности характера течения активных стадий ретинопатии недоношенных, а также результаты лечения.

Книга предназначена для врачей-офтальмологов.

ISBN 978-5-905212-27-7

К 100-летию доктора медицинских наук, профессора М.Б. Вургафта

21 февраля 2013 года исполнилось 100 лет со дня рождения видного ученого, педагога и клинициста Моисея Бенционовича Вургафта.

А.Н. Амиров

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия МЗ РФ»

Родился Моисей Бенционович в городе Гайсин Винницкой области Украины. Из автобиографии известно, что отец Моисея Бенционовича был торговцем, а после революции работал счетоводом, мать была домохозяйкой. Детство и юность Моисея Бенционовича выпали на трудные революционные и годы гражданской войны, что, возможно, и определило выбор профессии.

В 1928 г. после окончания трудовой семилетней школы он поступил в Гайсинский медицинский техникум. И с 1931 по 1934 гг. работал лекпомом на Дальнем Востоке. Именно там, на Дальнем Востоке, Моисей Бенционович получил первый медицинский опыт. Ему приходилось разъезжать по населенным пунктам, просвещать население в вопросах медицины и не только, ставить первые в жизни диагнозы, лечить тяжелых больных.

В 1934 г. М.Б. Вургафт поступил в Одесский медицинский институт, который окончил с отличием; в 1939-1941 гг. обучался в аспирантуре Одесского института глазных болезней им. акад. В.П. Филатова. Но научные планы прервала война.

Всю Великую Отечественную войну, с 1941 по 1945 гг., капитан медицинской службы М.Б. Вургафт служил в рядах действующих 18-й и 46-й армий начальником глазной хирургической группы армейского госпиталя. За военные заслуги Моисей Бенционович в 1944 г. командованием 46-й армии был награжден Орденом Красной Звезды.

После войны М.Б. Вургафт вернулся в Одесский экспериментальный институт глазных болезней им. акад. В.П. Филатова на должность младшего научного сотрудника. Судьба приготовила ему встречу с замечательным советским ученым-экспериментатором, профессором Семеном Федоровичем Кальфой. Под его руководством Моисей Бенционович начал клинико-экспериментальные исследования о влиянии компрессии глазного яблока на офтальмотонус и функции глаза.

Учеными было доказано, что при кратковременном компрессионном повышении ВГД в здоровом глазу наблюдаются глаукомоподобные, но обратимые изменения функций глаза: расширение слепого пятна, понижение темновой адаптации, выпадение носовой части поля зрения. Вскоре эти наблюдения были подтверждены исследованиями иностранных авторов. Через несколько десятилетий М.Б. Вургафт напишет: «Клинические наблюдения подтверждают, что высокое внутриглазное давление при определенной продолжительности его воздействия на глаз неизменно приводит к слепоте вне зависимости от возраста, общего состояния здоровья глаукомного больного, в том числе и у физически абсолютно здоровых лиц».

Доктор медицинских наук, профессор М.Б. Вургафт (1913 – 1994)

В 1950 г. М.Б. Вургафтом была разработана компрессионно-тонометрическая проба — метод исследования гидродинамики глаза. Эта проба впервые позволила количественно в кубических миллиметрах оценить состояние оттока и секреции водянистой влаги в норме и при глаукоме. Данная методика наряду с тонографией по Гранту ознаменовала начало нового этапа клинического изучения гидродинамики глаза.

Дальнейшие исследования Вургафта (1950-1957 гг.) показали, что при открытоугольной глаукоме задолго до повышения ВГД наблюдается значительное понижение показателей оттока водянистой влаги и компенсаторное уменьшение скорости ее секреции. Эти исследования легли в основу кандидатской диссертации на тему «Компрессионно-тонометрические исследования», которую Моисей Бенционович Вургафт успешно защитил в 1957 г.

С 1959 по 1962 гг. М.Б. Вургафт работал старшим научным сотрудником в Уфимском институте глазных болезней. Здесь им была предложена методика определения коэффициента легкости оттока из глаза с помощью эластотонометра Филатова-Кальфы. Клинической практикой подтверждена их ценность для ранней диагностики глаукомы, контроля эффективности проводимого лечения и при изучении патогенеза нарушения регуляции ВГД при глаукоме. Из Уфы ему пришлось уехать из-за нерешенного квартирного вопроса. И с 1962 по 1967 гг. М.Б. Вургафт работал главным офтальмологом Одесско-Кишеневской железной дороги.

В октябре 1966 г. по приглашению ректората Казанского ГИДУВа Моисей Бенционович принял участие в конкурсе на замещение должности заведующего кафедрой офтальмологии.

Прекрасные рекомендации профессоров Надежды Александровны Пучковской и Габдуллы Хабировича Кудоярова имели решающее значение, и в 1967 г. Моисей Бенционович Вургафт вместе с семьей переезжает в Казань. Супруга, Дора Наумовна Спиваковская, работала врачом-офтальмологом в поликлинике № 6 г. Казани, дочь Юлия — талантливая художница, рано ушла из жизни, а сын — Яков Моисеевич, к.м.н, доцент продолжил семейную традицию и стал одним из ведущих казанских офтальмологов.

Возглавив кафедру офтальмологии Казанского института усовершенствования врачей, Моисей Бенционович продолжил дальнейшие исследования аппланационной тонометрии и эластотонометрии. В 1967 г. им защищена докторская диссертация на тему «Аппланационная тонометрия в изучении динамики внутриглазного давления и оттока из глаза».

Под руководством М.Б. Вургафта сформировалось новое направление работы кафедры, посвященное разработке разных видов тонометрии для изучения гидродинамики глаза; новым методам диагностики, консервативного и хирургического лечения глаукомы. Профессором М.Б. Вургафтом были проведены приоритетные исследования роли иридохрусталикового блока в этиологии закрытоугольной глаукомы,

Совместно с сотрудниками кафедры офтальмологии Казанского ГИДУВа — Эммой Калимуловной Чурбановой и Лиюдой Бахтигареевной Галиаскаровой — был предложен глицерино-тонографический тест, который позволил разграничить случаи открытоугольной глаукомы с функциональным блоком от случаев с органическим блоком. Данная проба позволяла правильно выбрать гипотензивные средства, а также тип хирургического вмешательства при лечении ОУГ.

Сотрудниками кафедры офтальмологии и врачами базовой Республиканской офтальмологической больницы были опубликованы 103 научные статьи и защищены 2 кандидатские диссертации.

Природная пытливость ума, творческий подход к делу, высокая требовательность к себе и сотрудникам, развитое чувство ответственности Моисея Бенционовича позволили быстро поднять престиж кафедры среди других учебных заведений страны.

Благодаря хорошим организаторским способностям, творческому подходу к методикам обучения и внедрению новейших достижений науки, Моисей Бенционович сохранил и развил традиции казанской школы офтальмологии.

Тысячи врачей-офтальмологов со всех союзных и автономных республик Советского Союза стремились на учебу именно в Казань: проводились 5-месячные циклы первичной специализации, 4-месячные циклы усовершенствования и месячные тематические циклы (вначале по трахоме, а затем одной из первых кафедр офтальмологии страны — по глаукоме и микрохирургии). Кафедра проводила и выездные циклы.

Врачи-курсанты обучались новейшим методикам диагностики, включая исследование гидродинамики глаза; современным методам терапевтического и хирургического лечения, а также реабилитации больных с патологией органа зрения.

После обучения врачи возвращались хорошо подготовленными специалистами и самостоятельно оперировали больных. Многие из врачей, получивших первичную специализацию по офтальмологии на кафедре Казанского ГИДУВа, стали впоследствии известными научными работниками и руководителями крупных офтальмологических отделений и учреждений. Профессором М.Б. Вургафтом для слушателей циклов усовершенствования Казанского ГИДУВа были подготовлены 6 учебных пособий:

– «Открытоугольная глаукома»;

– «Первичная закрытоугольная глаукома»;

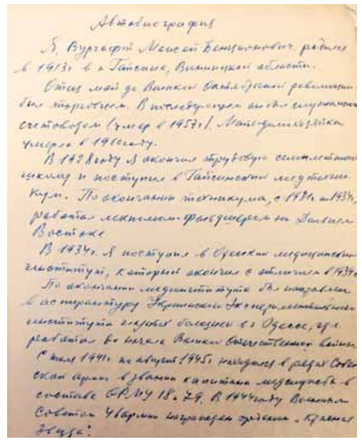
– «Вторичная глаукома»;

– «Гидростатика, гидродинамика глаза»;

– «Диск зрительного нерва и поле зрения при глаукоме»;

– «Тонометрические методы исследования внутриглазного давления и гидродинамика глаза при глаукоме», в которых, помимо литературных данных и материалов собственных исследований, был проведен подробный анализ и оценка основных проблем и путей их решения по проблеме глаукомы.

Моисей Бенционович гармонично сочетал научно-педагогическую деятельность с лечебной работой.



М.Б. Вургафт — участник Великой Отечественной войны, кавалер ордена Красной Звезды

Ученик выдающихся ученых, академика В.П. Филатова и профессора С.Ф. Кальфа, М.Б. Вургафт всю жизнь посвятил изучению глаукомы

М.Б. Вургафт среди сотрудников Одесского института глазных болезней им. акад. В.П. Филатова

Под руководством М.Б. Вургафта сотрудниками кафедры и врачами базовой больницы были выполнены 103 научные работы, защищены 2 кандидатские диссертации

Прекрасный клиницист, офтальмохирург М.Б. Вургафт вернул зрение тысячам больных

Сотрудниками кафедры офтальмологии выполнялась и большая лечебная работа: 25 стационарных коек в базовой больнице были непосредственно прикреплены к кафедре и весь процесс от госпитализации до выписки больных осуществлялся сотрудниками и ординаторами. Это позволяло оперативно разрабатывать и внедрять в практику новые методы диагностики, более эффективные лекарственные препараты, модификации существующих и новые хирургические методики.

Одним из важных направлений работы кафедры всегда была помощь практическому здравоохранению.

Неизменный вначале сопредседатель (вместе с А.П. Нестеровым), а затем председатель Татарского филиала Всесоюзного офтальмологического общества, председатель правления Казанского офтальмологического общества Моисей Бенционович регулярно проводил заседания общества, принимал активное участие в организации республиканских научно-практических конференций врачей-офтальмологов.

Обладая организаторским талантом, профессор М.Б. Вургафт вел большую просветительскую работу среди медицинской общественности и населения по организации борьбы с глаукомой; предложенные им методики доврачебных ориентировочных исследований и самооценки функций глаза у лиц с повышенным риском заболеть глаукомой доступны всем и актуальны по сей день.

Как общественный деятель Моисей Бенционович большое внимание уделял повышению квалификации практических врачей-офтальмологов не только республики, а всего Поволжья. За регулярную консультативную помощь, оказываемую глазным учреждениям Чувашской и Марийской АССР, он был награжден Почетными грамотами Министерств здравоохранения этих республик.

Профессор М.Б. Вургафт был членом комитета «Программа глаукома» отдела офтальмологии АМН СССР, членом правления Всесоюзного и Всероссийского офтальмологических обществ, членом экспертной комиссии Центрального Ордена Ленина института усовершенствования врачей по разработке программ постдипломного обучения по офтальмологии.

Сейчас трудно представить, что новые научные идеи, в том числе вопросы патогенеза развития глаукомы, имплантации интраокулярных линз, вызывали активное неприятие корифеев и ожесточенные, порой нелицеприятные, споры и дискуссии. Моисей Бенционович, выступая на всесоюзных и всероссийских съездах и конференциях, всегда принципиально, невзирая на авторитеты, отстаивал свою точку зрения (о чем свидетельствует служебное письмо, направленное академиком Михаилом Михайловичем Красновым ректору Казанского ГИДУВа о «недостойном поведении и отказе покинуть трибуну заведующего кафедрой М.Б. Вургафта на заседании Ученого Совета по глаукоме 22 декабря 1980 г.»).

В жизни и в неофициальной обстановке Моисей Бенционович всегда был в центре внимания; широко эрудированный и остроумный собеседник, внимательный и доброжелательный, бескорыстный, добрейшей души человек, он, тем не менее, был нетерпим к недисциплинированным и необязательным людям. Про таких в народе говорят: «У него не забалуешь!»

Всегда готовый прийти на помощь, скромный и непривычливый в быту, Моисей Бенционович среди соратников, коллег и друзей пользовался заслуженным авторитетом.

Научное наследие профессора Моисея Бенционовича Вургафта не ограничивается только его опубликованными трудами. Автор 2 изобретений, 6 рационализаторских предложений, более 140 научных статей, 6 учебных пособий, посвященных различным проблемам офтальмологии, Моисей Бенционович был переполнен идеями, требующими дальнейшего изучения и разработки.

Им предложен прибор — аппланационный фотоэлектротонометр и несколько приспособлений, позволяющих исследовать поле зрения в режиме наиболее объективной статической периметрии:

– электропериметр-индикатор поля зрения;

– фотодиодный девятиточечный тестер поля зрения;

– приспособление для кампиметрического исследования поля зрения при пониженной освещенности;

– новые измерительные линейки истинного внутриглазного давления для эластотонометра Филатова-Кальфы.

Предложенный им метод ориентировочной оценки ширины угла передней камеры без использования гониоскопии получил широкое распространение в клинической практике и был отмечен медалью ВДНХ.

Разработанные Моисеем Бенционовичем Вургафтом оригинальные и доступные методы исследования гидродинамики глаза используются в нашей стране и за рубежом. По предложенным им методикам в различных клиниках Советского Союза выполнено 16 кандидатских и 6 докторских диссертаций.

В 1986 г. Моисей Бенционович оставил заведование кафедрой, но все мысли его по-прежнему занимала его любимая глаукома. В последние годы жизни ученый представил характеристику патогенетических периодов, которые прослеживаются в клиническом течении открытоугольной глаукомы, и предложил собственную классификацию болезни. Автор считал неверным противопоставление термина «глазная гипертензия» термину «глаукома» и предлагал заменить их одним понятием — «гипертензионные болезни глаза», и эта тема может стать началом новых исследований.

7 июня 1994 года Моисей Бенционович скоропостижно скончался.

Профессор М.Б. Вургафт, чья научная и лечебная деятельность была связана сразу с несколькими крупными офтальмологическими центрами, воспитал плеяду замечательных учеников, и сегодня уже ученики его учеников достойно продолжают традиции казанской офтальмологической школы. Светлая память о Моисее Бенционовиче осталась навсегда в сердцах его благодарных соратников и учеников, а дело всей его жизни — глаукома — изучается новыми поколениями офтальмологов, которые еще не раз упомянут имя М.Б. Вургафта в своих работах! ■

Фундаментальные научные исследования и практический опыт врачей-офтальмологов

Юбилейная конференция «Современные технологии диагностики и лечения при поражении органа зрения»

12-13 сентября 2013 года, Санкт-Петербург

< стр. 1

В.В. Бржеский, В.В. Волков, А.Н. Гребенюк, В.Ф. Даниличев, С.А. Коскин, И.Б. Максимов, В.Н. Цыган и М.М. Шишкин.

Собравшихся приветствовали вице-губернатор Санкт-Петербурга О.А. Казанская; заместитель председателя Законодательного собрания Санкт-Петербурга С.А. Анденко; начальник Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ, д.м.н., профессор, генерал-майор медицинской службы А.Я. Фисун; начальник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, д.м.н., профессор, полковник медицинской службы А.Н. Бельских; начальник ГВКГ им. Н.Н. Бурденко д.м.н., профессор, генерал-майор медицинской службы И.Б. Максимов и заведующий кафедрой офтальмологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного университета им. акад. И.П. Павлова, главный офтальмолог Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга Ю.С. Астахов.

Коллектив кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. 2013 год

«За два дня работы симпозиума на пленарных и секционных заседаниях было представлено 90 докладов, отражающих глобальные, фундаментальные вопросы современной офтальмологии. Прозвучало немало выступлений, несущих практическую пользу врачам-офтальмологам, помогающим им в каждодневном лечении пациентов. Сочетание научной глубины и практической пользы стало, на мой взгляд, отличительной чертой прошедшего мероприятия», — поделился своими впечатлениями начальник кафедры офтальмологии д.м.н., профессор Э.В. Бойко.

Корреспондент газеты «Поле зрения» в кулуарах конференции побеседовал с руководителями и ведущими научными сотрудниками кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Речь шла не только о состоявшемся научном мероприятии, но и о работе кафедры в последние годы, а также о планах на будущее.

Главный офтальмолог Министерства обороны РФ, начальник кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Председатель Санкт-Петербургского общества офтальмологов, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, полковник медицинской службы Э.В. Бойко:

Юбилейная конференция — это подведение итогов за прошедшую пятилетку

— Эрнест Витальевич, знаю, что эта юбилейная конференция является для Вас далеко не первой...

— Совершенно верно. В работе юбилейных конференций, организуемых нашей кафедрой, мне доводилось принимать участие в самых разных качествах: курсанта и слушателя Академии, адъюнкта, преподавателя, заместителя начальника кафедры… С 2003 года на меня возложены обязанности начальника кафедры. А значит, и за проведение конференции я несу особую ответственность.

— Юбилейные конференции — это далеко не единственные мероприятия, которые проводит Ваша кафедра...

— Тематические научные симпозиумы проходят у нас почти каждый год. И все-таки именно юбилейные конференции имеют для сотрудников кафедры особое значение. С одной стороны, подобные мероприятия — это подведение итогов работы кафедры за прошедшие пять лет и обозначение планов на будущее. С другой стороны, научные симпозиумы предоставляют замечательную возможность встретиться с коллегами, «сверить часы», из первых уст узнать о результатах их работы.

Пользуясь случаем, мне бы хотелось поблагодарить всех ученых-офтальмологов и врачей-практиков, которые откликнулись на наше приглашение и приехали в Санкт-Петербург. Активное участие в научной программе приняли коллеги из Москвы, Калуги, Челябинска, Чебоксар, Грозного, Ростова-на-Дону, Екатеринбурга, Оренбурга, Астрахани, Уфы, Самары, Владивостока, Североморска и многих других городов. Также хотелось бы высказать благодарность оргкомитету, руководителем штаба которого был С.А. Коскин. Он, его ближайшие помощники — Д.В. Шамрей и А.Ф. Соболев — и другие сотрудники очень старались, чтобы юбилейные мероприятия прошли успешно.

В работе конференции приняли участие специалисты из Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко, главные офтальмологи округов и флотов, сотрудники Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, Санкт-Петербургской государственной педиатрической академии, Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Института физиологии им. И.П. Павлова РАН, Московского, Санкт-Петербургского, Чебоксарского, Краснодарского и Калужского филиалов ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», а также сотрудники многих других научных учреждений нашей страны.

— Какие доклады, прозвучавшие на конференции, Вы могли бы особо отметить? Какие выступления наиболее запомнились присутствующим?

— Я хотел бы обратить внимание на высокий уровень всех без исключения докладов. Мы постарались предоставить слово ведущим офтальмологам России и тем молодым ученым, чей вклад в науку, на взгляд оргкомитета, был весом. В этом может убедиться любой коллега, ознакомившийся с вышедшими в свет материалами конференции. Поэтому хочу извиниться перед всеми докладчиками, которые не упомянуты в этом интервью, но которым мы искренне благодарны за их вклад в работу форума.

У нас было два почетных лектора — Герой Социалистического труда, д.м.н., профессор и многолетний начальник кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии, генерал-майор медицинской службы в отставке В.В. Волков и д.м.н., профессор, лауреат премии Правительства РФ, генеральный директор и главный врач клиники ООО «Центр диагностики и хирургии заднего отдела глаза» Г.Е. Столяренко.

Вениамин Васильевич Волков не нуждается в особом представлении читателям газеты «Поле зрения». Он является ученым с мировым именем и по праву считается патриархом отечественной офтальмологии. Почетная лекция В.В. Волкова называлась «Об электромагнитных излучениях, вредящих здоровым, но порой полезных больным глазам (в исследованиях коллектива кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за период второй половины XX века)».

— Тема лекции, вне всякого сомнения, актуальная...

— Думаю, что актуальность темы обуславливается большим количеством больных с соответствующими поражениями глаз, а также с расширением возможности использования электромагнитных излучений в лечебных целях, особенно в офтальмологии.

— При каких обстоятельствах пациенты повреждают орган зрения электромагнитным излучением?

— Обстоятельства могут быть самые разные. Например, кто-то «заработал» ожог сетчатки, попав под воздействие лазерного дальномера или указки. После каждого солнечного затмения в офтальмологические клиники поступает

много пациентов из числа астрономов-любителей. Причем последствия могут быть очень серьезными, вплоть до полной потери центрального зрения. Могут быть и СВЧ, и радиационные поражения.

— Как же тогда профессиональные астрономы наблюдают за солнечным затмением? Они ведь не портят себе глаза...

— Профессиональные астрономы и «продвинутые» любители пользуются астрономическими приборами, оборудованными специальными светофильтрами. С помощью таких приборов можно наблюдать за солнечным затмением совершенно безопасно для глаз. Но если проводить наблюдения невооруженным глазом или используя различные самодельные «стеклышки», то последствия могут быть самые печальные.

Ожоги сетчатки также происходят при посещении солярия, во время различных развлекательных шоу. Например, среди наших пациентов были девушки, выступавшие в качестве манекенщиц на показах мод. Они были буквально ослеплены мощными софитами и испортили себе зрение.

К сожалению, печальные инциденты иногда происходят и в Вооруженных силах, и в Военно-морском флоте. Например, поражения органа зрения могут стать результатом нарушений техники безопасности при работе с дальномерами, прицелами, на радиолокационных станциях.

В своей лекции В.В. Волков отметил, что в настоящее время офтальмологи не только изучают поражающий фактор световых излучений, но и их использование в лечебных целях, например, в лазерных операциях. В частности, Вениамин Васильевич рассказал об использовании лазера в офтальмоонкологии, для лечения больных с меланомами и о многих других лечебных возможностях радиации и лазера.

— Давайте представим вторую почетную лекцию — профессора Г.Е. Столяренко.

— Георгий Евгеньевич Столяренко — крупный ученый-новатор, в течение многих лет с большим успехом изучающий структуру глаза. Его вклад в офтальмотравматологию и другие области офтальмологии признан и российским, и международным медицинским сообществом. Г.Е. Столяренко является одним из российских пионеров эндовитреальной (витреоретинальной) хирургии. Ему принадлежит патент на создание первого отечественного витреотома, а также ультразвукового офтальмофрагментатора (факоэмульсификатора).

Его выступление называлось «Травматические поражения макулы». Большое внимание докладчик уделил травматическим поражениям, к которым приводит легкомысленное отношение к бытовым лазерным приборам. Люди нередко оценивают лазерную указку, особенно генерирующую синий и зеленый цвет, как игрушку, а не как предмет, таящий опасность. Лазерные шоу и указки могут вызвать необратимые поражения сетчатки и существенное снижение остроты зрения. Кстати, именно Георгий Евгеньевич инициировал принятие соответствующей резолюции конференцией.

Еще необходимо отметить, что причиной избрания Георгия Евгеньевича почетным лектором было то, что он, будучи внеакадемическим человеком, очень тесно поддерживает связи с нашей кафедрой и Военно-медицинской академией. Его кандидатская диссертация «Механическая и ультразвуковая витреоэктомия в лечении некоторых осложнений экстракции катаракты», а также докторская диссертация «Хирургическое лечение трансудативных макулопатий» были защищены в нашем диссертационном совете.

— Какие еще выступления на конференции могут быть упомянуты в нашей публикации?

— Директор Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор Л.И. Балашевич выступил с блестящим докладом, в котором был представлен подробный исторический анализ лазерной техники, применяемой в офтальмологии. Особое внимание Леонид Иосифович обратил на отечественные разработки и приоритет петербургских ученых. Д.м.н, профессор М.М. Шишкин, в недавнем прошлом успешно возглавлявший нашу кафедру и внесший значительный вклад в развитие витреоретинальной хирургии, коснулся вопросов эволюции витреоретинальной хирургии, в частности, при лечении пациентов с диабетической пролиферативной витреоретинопатией.

Д.м.н., профессор В.В. Бржеский, начинавший свой путь с кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии, а ныне известный детский офтальмолог, выступил с обзорным докладом, посвященным особенностям повреждений глаз у детей. Д.м.н, профессор М.Г. Катаев, представлявший НИИ ГБ им. Гельмгольца, рассказал о применении комбинированного имплантата в реконструкции орбиты после травм. Начальник офтальмологического отделения МУНКЦ им. П.В. Мандрыка, д.м.н., профессор А.В. Куроедов посвятил свое выступление анализу роли и места синустрабекулэктомии при прогрессировании глаукомы.

Д.м.н. М.В. Гацу на секционном заседании «Инновации в интравитреальной терапии макулярного отека» выступила с докладом «Применение стероидов при отеках макулы сосудистого генеза». В подсекции «Организационные и клинические аспекты при травмах, ожогах и заболеваниях глаз» д.м.н., профессор З.И. Мороз рассказала об опыте кератопротезирования при поражениях органа зрения, а также о современных подходах к лечению ожогов глаз.

На секционном заседании «Сокатаракты в России», в котором подчеркнул высокую социальную значимость катаракты как основной причины устранимой слепоты. Докладчик обосновал целесообразность своевременного направления пациентов на хирургическое лечение при снижении остроты зрения до 0,5 и представил современные технологии, гарантирующие высокие функциональные результаты.

На этом же секционном заседании д.м.н., профессор Ю.В. Тахтаев рассказал о «хирургии подвывихнутого хрусталика». Именно повреждение связочного аппарата хрусталика, часто встречающееся при травматических катарактах, существенно ограничивает зрительную реабилитацию пациентов с повреждениями глаз. Докладчик предложил собственный алгоритм выбора хирургической тактики в зависимости от протяженности повреждения связочного аппарата хрусталика.

— Не могли бы Вы рассказать о своих выступлениях на конференции?

— У меня было несколько докладов, в том числе программное выступление, посвященное 195-летней истории кафедры.

— Хотелось бы, чтобы Вы представили для наших читателей наиболее значимые вехи в истории кафедры.

— Необходимо отметить деятельность Эдуарда Андреевича Юнге (1831-1898), возглавлявшего нашу кафедру с 1860 года по 1882 год. Он является одним из создателей русской школы офтальмологии.

Развитие отечественной офтальмологии невозможно себе представить без Николая Ивановича Пирогова (1810-1881). С 1841 года по 1856 год он преподавал офтальмологию в стенах нашей Академии и собственноручно выполнил большое количество актуальных в то время операций по поводу катаракты и заболеваний органа зрения, а также первый в 1847 году применил наркоз при обработке боевой глазной травмы во время Кавказской войны.

Трудно переоценить вклад в развитие кафедры и борьбу с трахомой в России Леонида Георгиевича Беллярминова (1859-1930). Во главе кафедры он находился с 1893 года по 1924 год. Л.Г. Беллярминов создал самую крупную школу офтальмологов в дореволюционной России, насчитывающую 12 профессоров, многие из которых возглавили кафедры глазных болезней в других городах.

Владимир Николаевич Долганов (1867-1941) возглавлял кафедру с 1925 года по 1941 год. Он является автором учебного пособия «Болезни и травмы глаз военнослужащих» и многих других научных работ, сохранивших свою актуальность долгие годы и десятилетия.

Огромную роль в деятельности нашей кафедры играет связь поколений. Мне очень приятно, что два моих предшественника на посту руководителя кафедры — д.м.н., профессора В.В. Волков и В.Ф. Даниличев — продолжают активно трудиться на благо кафедры, передавая свой богатый опыт молодым поколениям офтальмологов.

Мой непосредственный предшественник на этом посту — д.м.н., профессор М.М. Шишкин — в настоящее время работает в Москве, являясь заведующим кафедрой глазных болезней Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, но его творческое взаимодействие с кафедрой продолжается и по сей день.

Те клинические ординаторы, которым довелось пройти «курс молодого бойца» в первые месяцы обучения у опытнейших доцентов Ю.А. Кириллова, В.Ф. Чернуша, Д.С. Горбачева на всю свою профессиональную жизнь получают «прививку» системных глубоких офтальмологических знаний и умений. Передают свои мудрость и опыт также профессор Н.А. Ушаков и к.м.н. З.А. Кавери-на. Не могу не сказать, что на кафедре сейчас трудится талантливая молодежь, и я не сомневаюсь, что преемственность поколений будет продолжаться.

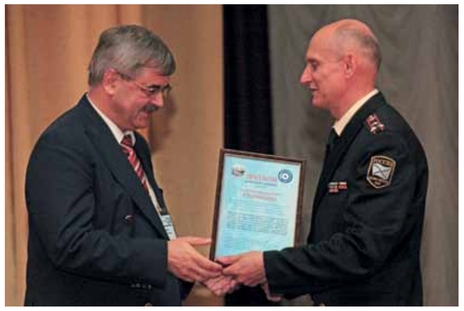
Д.м.н., профессор Э.В. Бойко выступает перед участниками юбилейной конференции

Выступление д.м.н., профессора, генерал-майора медицинской службы А.Я. Фисуна

Выступление д.м.н., профессора Ю.С. Астахова

Выступление д.м.н., профессора В.В. Бржеского

Д.м.н., профессор В.В. Волков и д.м.н., профессор М.Г. Катаев



Д.м.н., профессор Э.В. Бойко вручает диплом почетного лектора юбилейной конференции д.м.н., профессору Г.Е. Столяренко

— Эрнест Витальевич, что Вы считаете наиболее важными событиями в жизни кафедры за последние пять лет?

— Я могу Вам сразу же ответить, что станет одним из наиболее важных событий в ближайшие пять лет. Следующая большая конференция, намеченная на 2018 год, будет посвящена 200-летию кафедры. Это особая дата. И мы уже сейчас начнем к ней готовиться.

Что касается прошедших лет… Безусловно, одно из значительных событий в жизни кафедры, как и всей Военно-медицинской академии — это отмена переезда за пределы кольцевой автодороги. За это решение мы должны быть благодарны новому министру обороны, генералу армии С.К. Шойгу и руководству страны.

Как известно, мы служим в военном учреждении, а поэтому приказы не обсуждаем, а исполняем их. Поэтому мы не имели возможности как-то повлиять на процесс переезда. Но, как известно, общественность Санкт-Петербурга и страны активно протестовала против этого решения, доказывая важность для России сохранить Военно-медицинскую академию в ее родных стенах, сохранив тем самым историческую основу нашего прославленного учреждения. И можно только порадоваться, что планы переезда были отменены новым руководством Министерства обороны. Ведь, как говорят в народе: два переезда равны одному пожару…

С удовлетворением могу сообщить, что востребованность кафедры в прошлые годы оставалась очень высокой. Каждый год у нас обучаются 35-40 клинических ординаторов, аспирантов и адъюнктов (военных аспирантов), которые должны выдержать конкурс, чтобы к нам поступить на учебу. Ежегодно 50-70 военных и гражданских врачей приезжают к нам на курсы повышения квалификации.

— Не могу не спросить Вас об увеличившемся наборе в Военно-медицинскую академию. Вероятно, это событие тоже затронуло деятельность кафедры.

— Как известно, в последние пять лет набор курсантов постоянно сокращался. Он дошел до 30-50 человек при традиционном наборе до 360. А в 2013 году мы набрали 660 новых курсантов. Представляете, какая разница! С 30-50 человек до 660 будущих военных врачей.

Увеличение количества курсантов неминуемо приведет к увеличению нагрузки на профессорско-преподавательский состав. Но мы готовы к такому развитию событий. Я не исключаю и увеличения штатных единиц в ближайшие годы.

— Как Вы оцениваете научный потенциал кафедры?

— Этот потенциал достаточно высокий. В том числе, если мы будем основываться на таких популярных в наше время показателях, как индекс Хирша, т.е. индекс научного цитирования. Кафедра разрабатывает и применяет высокотехнологические методы лечения при травматическом поражении органа зрения и ожогах глаз. Мы развиваем витреоретинальную хирургию, хирургию сетчатки и стекловидного тела, а также лазерную тематику. У нас есть успехи в офтальмоонкологии, ранней диагностике глаукомы, офтальмоэргономике, определении роли инфекций в патологии глаза. На эти и другие научные темы у нас имеются большое число публикаций в серьезных российских и западных научных журналах и десятки патентов.

Во взаимодействии с нашей кафедрой работает научно-исследовательская лаборатория микрохирургии глаза и контактной коррекции зрения. Ее первым руководителем был заслуженный деятель науки РСФСР, д.м.н., профессор, полковник медицинской службы Н.А. Ушаков, возглавлявший это подразделение с 1983 года по 1996 год. Николай Андреевич и по сей день, несмотря на солидный возраст, продолжает оставаться сотрудником лаборатории. С 1997 года во главе лаборатории стоит бывший начальник кафедры д.м.н., профессор Владимир Федорович Даниличев.

Лаборатория внесла и продолжает вносить значительный вклад в развитие офтальмоконтактологии — нового научно-практического направления в офтальмологии. И прошедшая юбилейная конференция была посвящена не только 195-летию кафедры, но и тридцатилетию этой лаборатории.

— Клиническая деятельность Вашей кафедры является не менее значимой, чем научная работа…

— Мы проводим более 3000 операций в год и более 8000 амбулаторных приемов.

— Знаю, что лично Вы тоже много оперируете…

— Каждый год цифры проведенных операций у меня разные. Но в среднем я провожу за год от 300 до 500 операций. Эти цифры не являются рекордными. Многие офтальмохирурги проводят и большее число операций. Но операции у меня, в основном, сложные: витреоретинальная патология, эндорезекция внутриглазной меланомы, лазерные операции. Также провожу операции по поводу катаракты.

Честно говоря, они для меня являются более легкими, и обычно планирую их после сложных витреоретинальных операций. При этом именно операции, связанные с катарактой, часто приносят наибольшее моральное удовлетворение не только больному, но и врачу. Они обычно позволяют сразу же после окончания операции порадоваться удачному результату. Кроме того, современные операции по поводу катаракты проводятся, в основном, амбулаторно и не требуют последующего специального ухода и проведения каких-либо реабилитационных мероприятий. Пациент сразу же может вернуться в повседневную жизнь и наслаждаться существенным увеличением своих зрительных возможностей.

— Сейчас в российском обществе проходит бурная дискуссия о путях развития отечественной науки, о реформировании Российской академии наук и Российской академии медицинских наук. Не могу не спросить о Вашем мнении по этому вопросу.

— Я могу приветствовать тот факт, что подобная дискуссия в российском обществе идет. Это значит, что граждане России не безразличны к вопросам организации научного процесса, в том числе и в медицине.

Проведя немало времени за рубежом, пообщавшись с западными коллегами, послушав всевозможные доклады и лекции иностранцев, все больше проникаешься мыслью, что российская офтальмология является одним из значительных и всемирно признанных «брэндов» России. Это связано, прежде всего, с нашими великими предшественниками и учителями, которые определили это международное признание. В этой связи необходимо упомянуть имена академиков М.М. Краснова, С.Н. Федорова, А.П. Нестерова, профессора В.В. Волкова, которых знает и цитирует весь мир. Современное поколение российских офтальмологов по многим вопросам может быть гордостью мировой офтальмологии. Может быть, мое сравнение как военного человека покажется Вам необычным, но отечественная офтальмология — такой же всемирно признанный «брэнд», как и автомат Калашникова.

— Что Вы думаете о планах слияния Российской академии наук и Российской академии медицинских наук? Как Вы оцениваете новые принципы управления научными институтами, которые прописаны в новом законе, недавно принятом нашим парламентом?

— Давайте подождем какое-то время, пока реформа заработает и начнет приносить свои плоды. Не хотелось бы делать поспешные выводы. Время все расставит по своим местам. Реформа удастся, если ученым будут созданы достойные, комфортные условия для работы. Тогда и результаты появятся! С одной стороны, занятия наукой — это творческий процесс, связанный с раздумьями, с полетом фантазии. Настоящий ученый зреет долго. Но с другой стороны, многое зависит от руководителей и от умения организовать этот процесс продуктивной научной деятельности.

— Но ведь существуют и некие объективные критерии оценки работы ученых…

— Конечно, есть и различные объективные критерии оценки. Но с другой стороны, в научном сообществе постоянно ведутся дискуссии, насколько эти критерии, тот же индекс Хирша, являются объективными.

Один из важнейших аспектов любых процессов реформ — это необходимость избежать соблазна всеобщей коммерциализации научной деятельности. Это относится и к офтальмологии. Мы все в профессиональном сообществе прекрасно знаем, что в офтальмологии существует целый ряд направлений, позволяющих вести коммерческую деятельность и зарабатывать деньги. Но необходимо финансировать и фундаментальные офтальмологические исследования, не сулящие сиюминутной прибыли.

Для становления и развития ученого-офтальмолога необходимо не только достойное финансирование и обеспечение соответствующим оборудованием, но и творческая атмосфера, возможность взаимодействия с коллегами. В том числе с коллегами, работающими в других областях медицины. Как известно, научные открытия часто происходят на стыке наук. Для офтальмологов важно общение и с физиологами, и с микробиологами, и с физиками, и с медиками других специальностей. Как раз в Военно-медицинской академии, многопрофильном учреждении с давними традициями, имеются очень хорошие условия для кооперации многих специалистов и научного поиска.

Начальник лаборатории микрохирургии глаза и контактной коррекции зрения кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, полковник медицинской службы в отставке **В.Ф. Даниличев**:

Наша лаборатория — неотъемлемая часть родной кафедры

— Владимир Федорович, эта конференция стала для Вас особой, ведь она посвящена не только 195-летию кафедры офтальмологии, но и 30-летию Вашей лаборатории.

— Наша лаборатория является важной и неотъемлемой частью родной кафедры. У нас работают 15 штатных сотрудников. Но в «сфере влияния» лаборатории находится гораздо больше ученых. С нами успешно сотрудничают многие сотрудники кафедры, в том числе и ее начальник — д.м.н., профессор Э.В. Бойко. Многие его научные исследования проводятся в тесном взаимодействии с нашей структурой.

Вообще, лаборатория никогда не могла пожаловаться на недостаток внимания со стороны руководства кафедры. Она была создана в 1983 году по инициативе и при активном, деятельном участии тогдашнего начальника кафедры, д.м.н., профессора В.В. Волкова. В 1989 году преемником профессора В.В. Волкова на посту начальника кафедра кафедры и главного офтальмолога Вооруженных сил стал Ваш покорный слуга. По мере своих сил я старался способствовать развитию лаборатории, так же как и других подразделений кафедры.

После ухода с действительной военной службы мне предложили остаться в качестве сотрудника кафедры. Наша работа продолжилась под руководством моего преемника, д.м.н., профессора М.М. Шишкина, а с 2003 года — под руководством моего научного ученика, д.м.н., профессора Э.В. Бойко.

— Чем была обусловлена необходимость создания лаборатории? Какие задачи она решает?

— Хотел бы напомнить, что в 1935 году именно сотрудник нашей кафедры, доцент Б.Л. Поляк (с 1942 года по 1967 год он возглавлял кафедру) доказал целесообразность коррекции аномалий рефракции у военнослужащих рядового состава армии. Был решен вопрос о призыве в армию молодых здоровых людей, ранее признанных негодными к военной службе. Их в массовом порядке снабжали очками в футляре.

Впоследствии на кафедре стали активно проводиться исследования, посвященные коррекции зрения не только с помощью очков, но и контактных линз. Эти исследования проводились в шестидесятые-семидесятые годы и явились предпосылкой к созданию лаборатории.

— Расскажите, пожалуйста, о деятельности лаборатории в прошедшие годы.

— Мы занимались созданием защитно-корригирующих очков для военнослужащих. Проводилась работа по контактной коррекции зрения военнослужащих, в том числе и в экстремальных условиях, с применением средств защиты.

Сотрудники лаборатории также проводили исследования по интраокулярной коррекции при лечении глаз с травматической и возрастной катарактой. Мы работали над решением проблем микро- и витреоретинальной хирургии при тяжелых повреждениях органа зрения. Занимались лазерной хирургией при травмах и заболеваниях глаз. В настоящее время основным направлением научной деятельности лаборатории стали исследования по созданию высоких технологий и материалов для лечебно-корригирующих контактных линз.

Офтальмоконтактология — это наука, в развитии которой в настоящее время принимают участие ученые различных специальностей (офтальмологи, физики, химики, оптики, специалисты по электронике, микробиологи), а также практики различных направлений (оптометристы, контактологи, семейные врачи). Мне очень приятно, что наша лаборатория вносит достойный вклад в развитие этого научного направления. Кстати, сам термин «офтальмоконтактология» тоже родился в наших стенах.

Профессор кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, д.м.н., полковник медицинской службы запаса **С.В. Чурашов**:

Витреоретинальная хирургия востребована и в военной, и в гражданской медицине

— Сергей Викторович, какие доклады, прозвучавшие на юбилейной конференции, Вам наиболее запомнились?

— Все доклады были очень интересными и содержательными. В первую очередь, мне бы хотелось обратить внимание на пятое пленарное заседание «Витреоретинальная хирургия травм глаз, ятрогенных и инфекционных осложнений». В течение многих лет я занимаюсь вопросами применения витреоретинальной хирургии при боевой травме. Поэтому тема этого пленарного заседания вызвала у меня особенный интерес.

Витреоретинальная хирургия востребована и при локальных, и при широкомасштабных военных конфликтах. Разумеется, и в гражданской офтальмологии она занимает важное место. Подобные операции часто необходимы при диабете, отслойках сетчатки и т.д.

— Попросил бы Вас представить прозвучавшие на этом пленарном заседании доклады.

— С первым докладом выступил к.м.н. Я.В. Байбородов из Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Он рассказал о хирургическом лечении оперированных макулярных разрывов. Автор отметил, что современная хирургическая техника 25-27 G позволяет достигать успеха в случаях, ранее считавшихся неоперабельными.

Целая серия докладов была посвящена эндофтальмитам. Об этом шла речь и в моем выступлении «Эндофтальмит. Витрпусэктомия. Всегда ли стоит торопиться?». Доклад представил тактику офтальмохирурга при развитии этого тяжелого осложнения при открытых травмах глаза. Для меня было важно, в частности, подчеркнуть неотложность такой манипуляции, как интравитреальное введение антибиотиков.

Заведующий кафедрой офтальмологии Оренбургской государственной медицинской академии, д.м.н. А.Е. Апрелев в своем выступлении рассмотрел аспекты лечения послеоперационного эндофтальмита, возникающего после плановой хирургии катаракты.

К.м.н. В.Н. Казайкин из Екатеринбургского филиала МНТК выступил с докладом «Хирургическое лечение эндофтальмита», в котором анализировались причины неудач и рецидивов при лечении подобных пациентов.

Заместитель главного врача по медицинской части Московского МНТК, д.м.н. Д.О. Шкворченко посвятил свое выступление актуальной проблеме фиксации ИОЛ при отсутствии капсульного мешка. Ассистент кафедры офтальмологии Института повышения квалификации ФМБА России С.А. Марных рассказал о том, как снизить риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Доцент нашей кафедры, к.м.н. С.В. Сосновский выступил с докладом «Количественное измерение ПВР в интересах витреоретинальной хирургии». Два последних доклада были посвящены глазному травматизму. Главный офтальмолог Ленинградской области, к.м.н. О.А. Синявский проанализировал результаты лечения тяжелейших взрывных двусторонних ранений с наличием немагнитных внутриглазных инородных тел. А затем д.м.н., профессор нашей кафедры Р.Л. Трояновский выступил с докладом, посвященным сквозным ранениям глазного яблока.

Заместитель начальника кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова д.м.н., доцент, секретарь Санкт-Петербургского медицинского научного общества офтальмологов, полковник медицинской службы **С.А. Коскин**:

Объективные методы исследования зрительных функций — новое слово в офтальмологии

— Сергей Алексеевич, хотел бы попросить Вас поделиться своими впечатлениями о прошедшей юбилейной конференции.

— Впечатления самые положительные. При этом на моей памяти в Военно-медицинской академии состоялось уже более десятка крупных научных конференций…

— Вы давно связаны с Военно-медицинской академией?

— Диплом нашей академии я получил в 1988 году. В 1991 году поступил в адъюнктуру. Потом занимал должности преподавателя, старшего преподавателя, доцента. С 2003 года являюсь заместителем начальника кафедры.

— Попрошу Вас представить свое выступление на конференции.

— Мой доклад назывался «Современные объективные методы исследования зрительных функций в практике врачебной экспертизы». Доклад бы подготовлен вместе с двумя сотрудниками кафедры и моими учениками — А.Ф. Соболевым и А.А. Ковальской.

Состояние зрительных функций (остроты и поля зрения) является важным показателем при вынесении экспертных решений в практике работы различных врачебных комиссий. В частности, если военнослужащий хочет досрочно прервать свой контракт с Вооруженными силами, мотивируя это решение ухудшением зрения, то его жалобы должны быть документально подтверждены.

— Если я Вас правильно понял, объективные методы исследования зрительных функций помогают выявить симулянтов?

— Совершенно верно. Такие случаи происходили, например, во время проведения контртеррористической операции в Чечне. Некоторые военнослужащие, не желая проходить службу на территории Чеченской Республики, симулировали офтальмологические заболевания, чтобы разорвать контракт по «уважительной» причине.

Ко всему прочему, выявление офтальмологических симулянтов требует значительных временных и трудовых затрат медицинского персонала. Методы, которые мы разрабатываем, позволяют решить эту задачу гораздо проще и быстрее.

— Существуют не только симулянты, но и люди, которые, наоборот, стремятся скрыть дефекты органов зрения…

— Это явление называется «диссимуляция». Тоже очень опасное явление! К примеру, человек обязательно хочет водить машину, хотя не может этого делать по объективным причинам. Или кто-то стремится продолжать работать штурманом или капитаном корабля, хотя зрение падает… А может быть, завтра из-за подслеповатого штурмана случится кораблекрушение! Поэтому диссимулянты порой более опасны, чем симулянты.

Еще существует такой термин как «аггравация». Этим словом эксперты-медики обозначают сознательное усиление, преувеличение пациентом своих проблем и недугов. К примеру, инвалид по зрению третьей группы любой ценой стремится получить вторую группу, которая ему не положена по объективным показателям. Или инвалид второй группы жаждет первой группы…

— В какой-то степени, такое поведение можно понять. Повышение группы инвалидности означает довольно существенную прибавку к пенсии и возможность пользоваться другими льготами…

— В любом случае, аггравация — это такое же мошенничество, как симуляция и диссимуляция. И мы ее выявляем.

— Не могли бы Вы рассказать, как проходит объективное исследование зрительных функций?

— В ряде случаев проводится функциональная магнитно-резонансная томография или регистрация зрительных вызванных потенциалов.

— То есть, если человек увидел какой-то предмет, то прибор это зафиксирует?

— Именно так и происходит. Например, мы можем дать возможность пациенту смотреть на линии различной толщины. Сначала совсем тонкие, почти незаметные, потом на более толстые линии… В тот момент, когда орган зрения становится способен различать контуры линии, аппарат это фиксирует. Это только один из методов объективной диагностики. Есть и другие.

Мы проводим инфракрасную видеонистагмографию с индукцией или супрессией нистагма. Разработана методика предпочтительного разглядывания с применением видеоокулографии. Также существует метод объективной оценки поля зрения на основе регистрации мультифокальных зрительных вызванных потенциалов. Большинство наших разработок подтверждены патентами, а некоторые не имеют мировых аналогов, являясь уникальными.

Доцент кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, заведующий учебной частью, к.м.н., подполковник медицинской службы запаса **В.А. Рейтузов**:

Без изучения опыта наших предшественников невозможно развитие науки

— Владимир Алексеевич, в профессиональном сообществе Вы известны как человек с широким кругом научных интересов. Одно из направлений Вашей научной работы — история офтальмологии. Не могли бы Вы представить свое выступление на конференции?

— Мой доклад назывался «Вклад Н.И. Пирогова в развитие офтальмологии». Он был подготовлен вместе с начальником нашей кафедры д.м.н., профессором Э.В. Бойко и преподавателем нашей кафедры к.м.н. Д.В. Шамреем.

— Николай Иванович Пирогов, в первую очередь, известен как великий хирург…

— Но о его вкладе в офтальмологию тоже не нужно забывать. В 1836-1841 годах Н.И. Пирогов руководил клиникой хирургии и одновременно клиникой офтальмологии в Дерптском (ныне Тартуском) университете. Николай Иванович проводил хирургическое вмешательство при самых различных офтальмологических патологиях: катаракта, образование искусственного зрачка, стафиломы, амавроз и глаукома роговицы и т.д.

В 1841 году Пирогов приступил к исполнению обязанностей ординарного профессора госпитальной хирургии и прикладной анатомии и назначен ведущим хирургом Военно-сухопутного госпиталя в Санкт-Петербурге. В сборнике его клинических лекций, изданных в 1850 году, можно познакомиться со следующими лекциями «О бленнореях глаз», «О язвах и размягчении роговой оболочки», «О разных способах образования зрачка», «О воспалении райка (iritis)», «О гноеточивом и худосочном воспалении глаз», «О болезнях глазницы».

— Эти лекции интересны для современных офтальмологов?

— Во всяком случае и курсанты, и слушатели, и профессорско-преподавательский состав нашей кафедры проявляют большой интерес к истории медицины. Могу судить об этом как многолетний заведующий учебной частью.

Н.И. Пирогов внес вклад в лечение осложненных катаракт, он исследовал язвы роговой оболочки глаза. Он имел обширную практику: удалял опухоли глазницы, другие новообразования глаза, лечил слезные свищи, устранял косоглазие…

— Николай Иванович проводил офтальмологические операции и в военно-полевых условиях…

— Об этом я тоже рассказал в своем докладе. В 1847 году он выезжал на Кавказ, в 1854 году — в Севастополь. Н.И. Пироговым был внесен значительный вклад в развитие общей и военно-полевой офтальмологии. Им впервые в мире была описана топографическая анатомия глаза и глазницы. Он способствовал активному применению наркоза при глазных операциях в стационаре и в военно-полевых условиях. Наш великий соотечественник разработал принципы военно-полевой офтальмологии и описал тактику хирургического лечения боевых поражений глазного яблока и глазницы.

*Подготовил **Илья Бруштейн***

Фотографии Ильи Бруштейна и из архива кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Оптическая когерентная томография

RS-3000Advance

Исследование переднего и заднего отрезка глаза

- Высокая скорость сканирования (53 000 сканов/сек)
- Функция подавления визуальных шумов
- Режим высокой чувствительности: возможность исследований при катаракте
- Choroidal mode – визуализация хориоидеи
- Автотрекинг
- Уникальные протоколы программного обеспечения, позволяющие проводить тонкую диагностику
- Повторное исследование отсканированного ранее участка с автоматическим поиском
- Широкий угол обзора

NEW!

- Площадь захвата 9 x 12 мм
- Автоматическое выделение > 6 слоев сетчатки с длиной скана 3-12 мм
- Тренд-анализ
- Возможность повторного исследования по протоколам: глаукома, макула, индивидуальному
- Возможность предустановки интенсивности изображения (>10 уровней)
- Наличие системы «Tracing HD», позволяющей автоматически отсеивать снимки плохого качества

Компания «МД ВИЖН» - эксклюзивный дистрибьютор Nidek в России и странах СНГ
117312, г. Москва, ул. Губкина, д.14
Тел.: +7 (495) 989 8056 (многоканальный)
Факс: +7 (495) 988 8056 (доб. 112)
www.nidek.ru
E-mail: info@nidek.ru

MD vision

NIDEK

«Из первых рук»

Цель любого научного мероприятия — обсуждение и решение различных проблем. Конференция предполагает авторитетность источника, получение информации «из первых рук».

II Научно-практическая конференция по глаукоме

24 сентября 2013 года, Москва

24 сентября в отеле «Марриотт Тверская» (Москва) при поддержке компании «Алкон» прошла II Научно-практическая конференция по глаукоме. Инициатор и организатор конференции, д.м.н., профессор Наталия Ивановна Курышева (Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России)) пригласила ведущих экспертов в области нейродегенерации и нейропротекции. Профессор Стефано Гандольфи (Италия) и профессор Франческа Кордейро (Великобритания) выступили с лекциями, блестящими по форме и глубокими по содержанию. Сенсационное выступление академика РАН и РАМН Валерия Александровича Черешнева (Москва) вызвало большой интерес у слушателей. Предлагаем вам интервью с д.м.н., профессором **Н.И. Курышевой** по итогам конференции.

* * *

— Наталия Ивановна! Второй год Вы организуете научно-практическую конференцию по глаукоме. Тема нынешней конференции — «Нейропротекция при глаукоме: реальность и перспективы». Проведение конференций это исключительно Ваша инициатива?

— Я бы сказала, это — инициатива, вызванная необходимостью. Мне очень много приходится общаться с врачами и во время лекций на тематических циклах и циклах усовершенствования, и в регионах. Я вижу живой интерес коллег к проблемам глаукомы и чувствую дефицит информации и новых знаний, которые уже распространены в мире, но не всегда доступны российским офтальмологам. Поэтому конференции, посвященные наиболее сложным проблемам глаукомы, крайне необходимы.

— Ежегодно только в Москве по глаукоме проходит как минимум три конференции, не говоря уже о других городах. Общероссийские конференции обязательно включают в программу секции по глаукоме, фирмы-производители проводят сателлитные симпозиумы. Чем Ваша конференция отличается от других мероприятий на эту тему?

— Как я уже говорила, наши конференции посвящены наиболее сложным проблемам глаукомы. Цель проведения подобных конференций может быть достигнута, если информация будет получена «из первых рук». Вот почему мы стремимся приглашать ведущих экспертов мира. Год назад с большой лекцией по проблеме глаукомы нормального давления (ГНД) выступил известный в нашей стране профессор Дж. Фламмер. Его концепция патогенеза глаукомной оптиконейропатии и теория сосудистой дисрегуляции признаются во всем мире. Российские офтальмологи впервые имели возможность задать вопросы непосредственно автору этой концепции. Была интересная дискуссия, и у меня лично осталось чувство глубокого удовлетворения от этой конференции, что и побудило поднять еще более сложный вопрос в этом году — проблему нейропротекции.

Профессор Н.И. Курышева (Москва)

Профессор С. Гандольфи (Италия)

Профессор Ф. Кордейро (Великобритания)

— Сколько участников было зарегистрировано, какие лечебные учреждения они представляют?

— На конференции присутствовало более 200 докторов из разных лечебных учреждений Москвы и Московской области. Были также офтальмологи из других регионов.

— Вы пригласили приехать и выступить с лекциями признанных специалистов высокого класса, профессора Стефано Гандольфи (Италия) и профессора Франческу Кордейро (Великобритания). Лекции профессоров произвели на слушателей большое впечатление. Как возникла идея проведения нынешней конференции?

— Первоначально идея проведения мероприятия, посвященного нейропротекторному лечению глаукомы в России, возникла у нас с Франческой Кордейро. Профессор Кордейро — не только ведущий эксперт в мире по проблеме нейродегенерации и нейропротекции, но она также возглавляет секцию нейропротекторного лечения глаукомы в Европейском глаукомном обществе (EGS). Мы вместе обсуждали программу и решали, кого пригласить в качестве докладчиков на этот симпозиум. Франческа предложила кандидатуру профессора С. Гандольфи как непосредственного участника многоцентрового исследования мемантина и соавтора Европейского руководства по глаукоме. Идея пригласить с докладом академика В.А. Черешнева была продиктована тем, что проблема аутоиммунного воспаления при глаукоме настолько нова в нашей стране и в ней так много спорных вопросов, что изложить ее практическим офтальмологам в доступной форме под силу только такому одаренному оратору, каким является академик В.А. Черешнев.

— Охарактеризуйте, пожалуйста, доклады приглашенных профессоров.

— В докладе профессора С. Гандольфи был раскрыт тезис о том, что лечение глаукомы — это не только снижение внутриглазного давления. Автор остановился на ряде клинических примеров, в которых глаукома прогрессировала, несмотря на нормализованное ВГД, и подчеркнул, что причин для этого может быть несколько: от неточного измерения ВГД до недооценки других факторов риска прогрессирования. Например, в одном из недавних многоцентровых исследований был сделан вывод о том, что риск прогрессирования ГОН определяется, прежде всего, исходным состоянием полей зрения: чем хуже поле зрения при выявлении глаукомы, тем неблагоприятнее прогноз. Безусловно, ВГД, наличие ПЭС, тонкой роговицы, перипапиллярной атрофии хориоидеи и инсульта в анамнезе (для ГНД) также имеют значение, согласно результатам этого исследования. Однако на первом месте — исходное состояние светочувствительности сетчатки. Что это означает? Вспомним, когда мы обычно начинаем нейропротекторное лечение? Когда видим значительный распад зрительных функций у больного. Очевидно, эффекта от лечения на данной стадии заболевания ожидать не приходится.

Профессор С. Гандольфи подчеркнул также, что само измерение ВГД в том виде, как это делается сейчас, крайне несовершенно. Уровень офтальмотонуса физиологически зависит от очень многих факторов, которые мы не всегда учитываем. Например, ВГД выше в положении лежа, или если пациент перед измерением выпил много жидкости, или он принимает какие-либо препараты, например виагру, или имеет повышенный вес. Любопытно, что в зимнее время ВГД выше, чем летом. Занятия аэробикой снижают ВГД.

Суточное измерение ВГД с помощью швейцарских контактных линз с вмонтированным в них датчиком тонометрии показало, что самый высокий офтальмотонус бывает ночью. У 80% больных при суточной тонометрии выявилось повышенное ВГД, в то время как на приеме у врача оно нормально! Измерение ВГД всего лишь в течение одних суток заставило в результате этого исследования изменить лечение 73% пациентов.

В другом недавнем европейском исследовании была выявлена значительная роль флуктуаций ВГД, особенно когда оно относительно невысокое. Профессор Гандольфи также подчеркнул, что, помимо ВГД, в развитии ГОН играют роль множество других факторов, подобно тому как это имеет место при любой нейродегенеративной патологии. Закономерно возникает вопрос, почему неврологи назначают много препаратов разного действия, а офтальмологи в лечении глаукомы ограничиваются местной гипотензивной терапией? Между тем в экспериментальных исследованиях уже показана эффективность лечения ГОН путем воздействия на окислительный стресс, феномен эксайтотоксичности, митохондриальную дисфункцию, протеинопатию и дефицит нейротрофических факторов *(рис. 1)*. Вопрос заключается в том, возможно ли перенести результаты этих лабораторных исследований в клиническую практику.

Именно на этом был сделан акцент в докладе профессора Ф. Кордейро. Почему клинические исследования нейропротекторного действия препаратов терпят неудачу? Проблема кроется, прежде всего, в несовершенном дизайне исследования, как это произошло с мемантином. В настоящее время ведущим методом оценки прогрессирования ГОН считается автоматизированная периметрия (САП). Сравнивая показатели, характеризующие светочувствительность сетчатки в динамике, судят об ухудшении состояния ганглиозных клеток сетчатки (ГКС) и их аксонов. Однако основной критерий прогрессирования, проверенный годами и принимаемый на сегодня, — динамика периметрического индекса MD, к сожалению, не слишком надежен. Это обусловлено тем, что скорость его изменения при глаукоме в целом низкая. Кроме того, указанный индекс подвержен флуктуациям и не достаточно точно отражает степень изменения ГКС. САП — это субъективный метод исследования, который утомляет пациентов и нередко сопровождается ложноположительными или ложноотрицательными ответами. В начальную стадию глаукомы, равно как и в далеко зашедшую (при потере фиксации), метод малоинформативен.

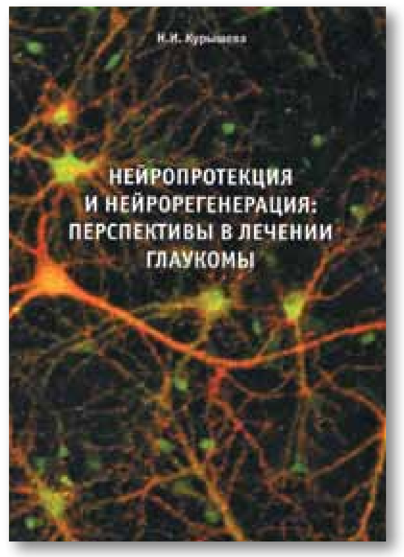
Гибель и утрата ГКС происходят задолго до первых проявлений глаукомных изменений в виде соответствующих дефектов полей зрения (ПЗ). Первые клинически выявляемые изменения ПЗ у больных глаукомой появляются только при потере приблизительно 40% зрительных волокон. По данным L. Kerrigan-Baumrind и H. Quigley (2000), это может отодвинуть выявление глаукомы на 10 лет от момента начала заболевания. Известно, что в норме за год от апоптоза гибнут 0,4% ГКС, в то время как при глаукоме частота апоптоза возрастает в 10 раз. Уже при начальной стадии глаукомы апоптозом охвачены до 14% ГКС.

Профессора В.Н. Трубилин, С. Гандольфи, Ф. Кордейро, Н.И. Курышева, Э.В. Егорова, М.В. Черешнева, академик РАН и РАМН В.А. Черешнев

Академик РАН и РАМН В.А. Черешнев (Москва)

Проф. В.Н. Трубилин, проф. Н.И. Курышева, проф. С. Гандольфи

Академик РАН и РАМ В.А. Черешнев, проф. М.В. Черешнева, проф. Н.И. Курышева



Книга профессора Н.И. Курышевой, издание 2013 г.

В 2004 г. F. Cordeiro с соавторами разработали метод прижизненной оценки апоптоза ГКС, получивший название DARC (detection of apoptosing retinal cells). Этот метод предполагает использование специального красителя аннексина Y с флуоресцирующими частицами, который соединяясь с ГКС, вызывает их свечение при условии, что клетка находится в состоянии апоптоза. Для диагностики необходимы конфокальный сканирующий офтальмоскоп и специальный фотодетектор. В настоящий момент метод апробирован на лабораторных животных *(рис. 2)*. Уже проводится первая стадия клинических испытаний технологии DARC при глаукоме. Перспективы данного метода очевидны. Это — ранняя диагностика глаукомы, определение скорости ее прогрессирования, возможности исследования патогенеза заболевания и новых нейропротекторов.

Особое внимание в докладе Ф. Кордейро было уделено планированию дизайна мультицентровых исследований потенциальных нейропротекторов. В 2012 г. H. Quigley опубликовал статью, в которой автор призывает продолжать эти исследования, несмотря на неудовлетворительный опыт изучения мемантина. В результате анализа большого количества исследований в области нейропротекторного лечения и динамического наблюдения за больными он предложил ограничить наблюдение минимальным сроком, который может составлять всего 3 года. Если уже на ранних этапах лечения замечено, что препарат не улучшает прогноз, то рекомендуется не продолжать его исследование. Вопрос о дозах также очень важен. Целесообразно изучать препарат сразу в нескольких вариантах дозирования, формируя заведомо несколько групп больных. По мнению автора, нейропротекторным действием обладает тот препарат, который позволяет снизить скорость прогрессирования на 30-40% от исходной скорости, которую необходимо установить в каждом индивидуальном случае до начала проведения исследования. Более того, согласно расчетам, проведенным H. Quigley, для получения доказательств того, что исследуемый препарат способен замедлить прогрессирование ГОН, достаточно обследовать 50 больных.

— Наталия Ивановна! Вы регулярно посещаете мировые конгрессы по глаукоме. Как Вы думаете, насколько эффективны поиски новых подходов к лечению глаукомы?

— Я думаю, что с появлением упомянутых мною выше новых технологий оценки апоптоза ГКС и новых методов планирования клинических исследований этот поиск может оказаться вполне эффективным, тем более что на сегодня известно большое количество субстанций, которые уже хорошо зарекомендовали себя в лабораторных исследованиях.

— Могли бы Вы выделить основные тренды в современной терапии глаукомы в Европе?

— Если говорить о местном медикаментозном лечении, то это, безусловно, применение препаратов без консервантов или, по крайней мере, без бензалкония хлорида (BAC-free). Это может существенно повысить комплаентность больных и их приверженность лечению. В лазерном лечении сохраняет свои позиции селективная лазерная трабекулопластика, с которой многие авторы рекомендуют начинать лечение глаукомы. Что касается хирургического лечения, то этот вопрос наиболее сложен, и неудовлетворенность офтальмологов результатами антиглаукомных операций сохраняется. Новые технологии микроинвазивной хирургии глаукомы, снижающие риск избыточного рубцевания путей оттока, безусловно, — наиболее перспективный путь.

— Как Вы думаете, сколько времени пройдет до появления эффективного препарата, который бы обладал прямым нейропротекторным действием на клеточном уровне?

— Боюсь, что этот путь не быстрый. Как уже подчеркивалось, наиболее сложный этап — клинические исследования, которые должны быть обязательно рандомизированными и плацебо-контролируемыми. Подобные исследования уже планируются в США и в Европе. Пока мы не знаем, какой именно препарат будет исследоваться (точно, что не мемантин).

— В кулуарах конференции активно обсуждалось выступление академика РАН и РАМН, председателя Комитета по науке и наукоемким технологиям Государственной Думы РФ Валерия Александровича Черешнева. Какие иммунологические аспекты ГОН затронул в выступлении академик В.А. Черешнев?

— Я бы сказала, что лекция академика В.А. Черешнева была сенсационной для офтальмологов, поскольку заставила серьезно задуматься о совсем иных причинах глаукомного поражения.

Оказывается, глаукоматозный процесс ассоциируется с вялотекущим неспецифическим хроническим воспалением с наличием неярко выраженной иммунной реакции, характеризующейся развитием нейродегенеративных процессов в слое нервных волокон и ганглиозных клетках сетчатки. Все это объединяет глаукому с другими нейродегенеративными заболеваниями: болезнью Паркинсона, хореей Гентингтона, гиперпролактинемией, боковым амиотрофическим склерозом. Причина их до недавнего времени была неизвестна. В 1980 г. сотрудник Калифорнийского университета в Сан-Франциско Стенли Прузинер при изучении нейродегенеративных заболеваний у животных (овец, обезьян), в частности почесухи и других схожих вариантов губчатой энцефалопатии, когда мозг становится похожим на швейцарский сыр, установил возбудителей этих заболеваний. Ими оказались не вирусы, не бактерии, не грибы, а... белки. В сложнейших изящных экспериментах он доказал, что возбудитель этих заболеваний содержит только неправильно свернутый вариант безвредного белка PrP. Для обозначения этой белковой инфекционной частицы Прузинер ввел термин «прион».

Сегодня значение термина «прион» расширилось и включает в себя белки, навязывающие свою форму другим, таким же белкам, но не

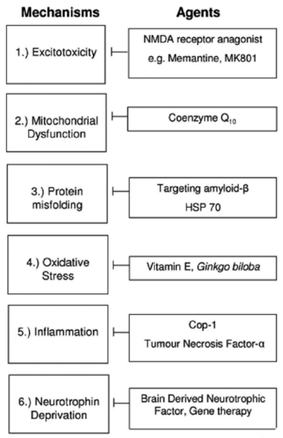
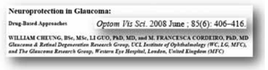


Рис. 1. Основные направления нейропротекторного лечения (F. Cordeiro, 2008)


Neuroprotection in Glaucoma:
Drug-Based Approaches
Optom Vis Sci. 2008 June ; 85(6): 406–416.
WILLIAM CHEUNG, BSc, MSc, LI GUO, PhD, MD, and M. FRANCESCA CORDEIRO, PhD, MD
Glaucoma & Retinal Degenerative Research Group, UCL Institute of Ophthalmology (WC, LG, MFC), and The Glaucoma Research Group, Western Eye Hospital, London, United Kingdom (MFC)

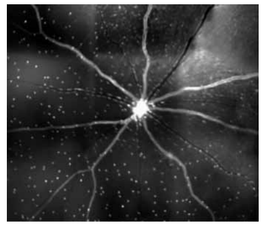


Рис. 2. Ганглиозные клетки в состоянии апоптоза в режиме реального времени. Небольшие белые пятна на фотографии – это ГКС, окрашенные флуоресцирующим аннексином (F. Cordeiro, 2010)

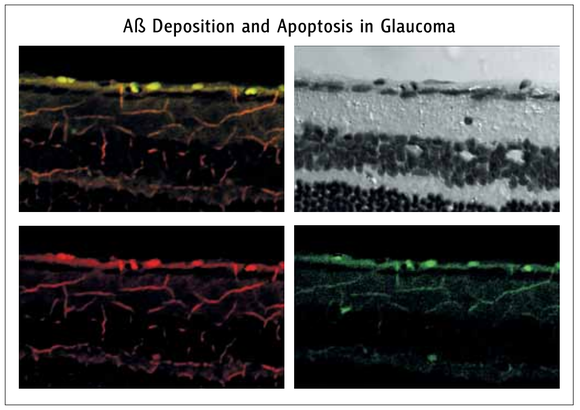


Рис. 3. Отложение амилоида β (Aβ) в ганглиозных клетках сетчатки (F. Cordeiro, 2007)

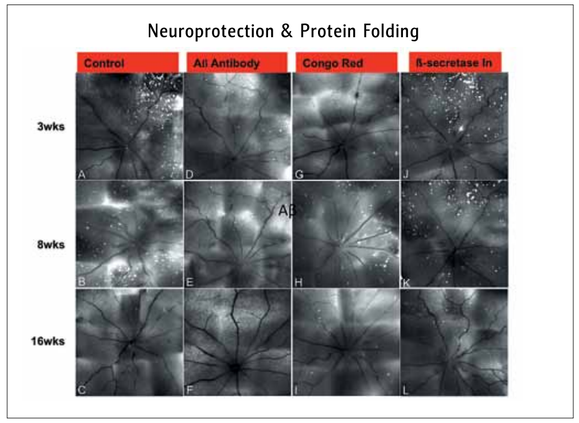


Рис. 4. Показано ослабление апопотоза ГКС под влиянием антител кАβ и усиление в результате воздействия на ГКС β-секретазы (технология DARC) (F. Cordeiro, 2007)

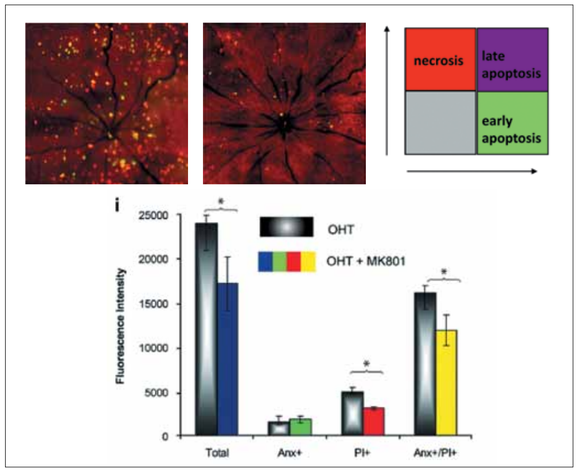


Рис. 5. Показано различное состояние ГКС: от нормы (серый цвет) до раннего апоптоза (зеленый цвет), позднего апоптоза (фиолетовый цвет) и некроза (красный) (F. Cordeiro, 2011)

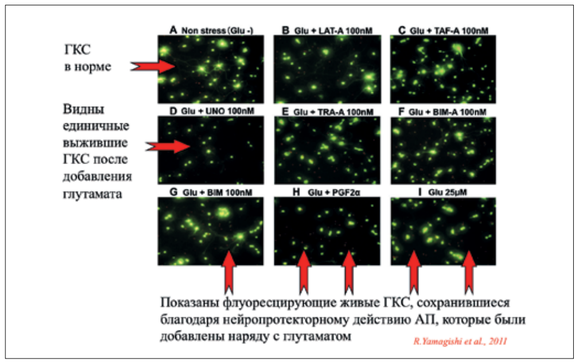


Рис. 6. Влияние аналогов простагландинов на состояние ГКС в условиях эксперимента (при добавлении глутамата)

Рис. 7. Антиоксидантное действие препаратов для местного гипотензивного лечения глаукомы

обязательно вызывающим инфекционные болезни. Идеи Прузинера о том, что такие белки могут служить и переносчиками заболеваний, встретили активное противодействие. Но в 1997 г. его усилия были вознаграждены, и Стенли Прузинер получил Нобелевскую премию. Тщательное исследование болезни Альцгеймера и других нейродегенеративных состояний показало, что, не будучи заразными, они могут возникать и распространяться по мозгу аналогичным образом, за счет процесса, который запускается патогенными белками, то есть возникают те же прионоподобные механизмы. Примечательно, что неправильно скрученные белки вызывают эффект «домино», приводя к такому же неправильному скручиванию соседних молекул, после чего они слипаются друг с другом. Позже белки могут отрываться и вызывать аналогичный процесс уже совсем в другом месте. Небольшие скопления амилоида β (Aβ) застревают в синапсах (местах соединения нейронов) и могут замедлять химическую передачу сигнала между ними. Сенильные бляшки из Aβ, окружающие нервные клетки — типичный признак болезни Альцгеймера. Рост скоплений из Aβ неуклонно продолжается, поражая кору головного мозга и распространяясь в глубокие структуры — ствол и мозжечок. Накопление агрегатов из ненормально свернутых белков (protein misfolding), в частности Aβ, — это характерная черта и других нейродегенеративных заболеваний.

Это сходство означает, что прионная теория в скором времени расширит наши представления о том, как возникают и развиваются различные заболевания.

— Какое это может иметь отношение к глаукоме?

— Недавно было установлено, что амилоид β играет роль в патогенезе глаукомы (Goldblum D., 2007) и ВМД (Shimazawa M., 2008). В своей лекции профессор Кордейро,

кстати, говорила о том же. Так, в 2007 г. с помощью упомянутой выше технологии DARC было обнаружено отложение Aβ в сетчатке лабораторных животных с глаукомой *(рис. 3)*, а применение антител к амилоиду β повышало выживаемость ГКС *(рис. 4)*. Проблемой болезни Альцгеймера, как это не покажется странным, сейчас очень интересуются именно офтальмологи. В ходе многочисленных исследований было замечено, что при болезни Альцгеймера имеется увеличение ЭДЗН, потеря ганглиозного слоя сетчатки, истончение неврального ободка и слоя нервных волокон по сравнению со здоровыми людьми. При болезни Альцгеймера снижен ретинальный кровоток, а в ГКС отмечено отложение амилоида β. Кстати, применение технологии DARC может оказаться актуальным и для ранней диагностики болезни Альцгеймера. Такие исследования уже проводятся группой профессора Кордейро. Интересно, что этой исследовательской группе удалось идентифицировать стадии апоптоза. Таким образом, уже сегодня можно наблюдать ГКС в состоянии раннего апоптоза, который, по мнению авторов, носит обратимый характер *(рис. 5)*.

Интересно, что спустя неделю после нашей конференции разработчик теории приона и прионоподобных заболеваний нобелевский лауреат Стенли Прузинер прилетал в Санкт-Петербург на международный конгресс иммунологов. Академик В.А. Черешнев общался с ним, и они обсуждали глаукому как нейродегенеративное заболевание. Сейчас уже подошли очень близко к лечению прионоподобных заболеваний, эти исследования проводятся в лабораториях. Не исключено, что это будет означать новый виток в нейропротекции, в том числе и при глаукоме.

По мнению академика В.А. Черешнева, важнейшей задачей лечения глаукомы как нейродегенеративного заболевания является разработка преклинической диагностики и превентивного лечения, что, возможно, позволит продлить период бессимптомного развития заболевания до конца биологической жизни потенциального больного.

— В своей лекции Вы затронули вопросы исследования современных антиглаукомных препаратов, а также их способность воздействовать на гемодинамику и окислительный стресс. Представьте свое выступление, пожалуйста.

— Поскольку основным лечением глаукомы в настоящее время является местная гипотензивная терапия, то логично исследовать препараты, используемые для этой цели, на предмет прямого нейропротекторного действия. Такие работы проводились и проводятся очень активно. Для этого применяются современные технологии оценки апоптоза ГКС. С их помощью удалось доказать, что все аналоги простагландинов, которые в настоящее время относятся к препаратам первого выбора при глаукоме, обладают прямым нейропротекторным действием в отношении ГКС, и это действие не связано с их гипотензивными свойствами *(рис. 6)*. Мы в экспериментах in vitro неоднократно обнаруживали антиоксидантные свойства антиглаукомных препаратов, которые особенно выражены у ингибиторов карбоангидразы (ИКА) и фиксированных комбинаций, содержащих ИКА *(рис. 7)*. Следует упомянуть, что препараты именно этой группы способны улучшать глазной кровоток, причем именно в тех сосудах, которые питают зрительный нерв. Наши клинические исследования фиксированной комбинации бримонидин/тимолола подтвердили этот вывод. На конференции много говорилось о нейропротекторных свойствах бримонидина. Все докладчики упомянули многоцентровое рандомизированное исследование, выполненное недавно группой ученых из США. Эта группа занимается изучением ГНД. Так вот им удалось доказать, что бримонидин замедляет прогрессирование глаукомы в три раза по сравнению с тимололом. Это исследование является на сегодня наиболее грамотно организованным с точки зрения дизайна.

— Каким Вам представляется будущее в лечении глаукомы?

— По аналогии с успехами, достигнутыми в лечении ВМД путем интравитреальных инъекций, лечение глаукомы в будущем также может пойти по указанному пути. Введение лекарств длительного действия в стекловидное тело или имплантация устройств, обеспечивающих перманентное высвобождение лекарства, при условии низкого риска воспаления, инфицирования и токсичности, являются наиболее предпочтительными.

Новые перспективы в доставке лекарств к сетчатке и зрительному нерву открывают нанотехнологии. Наночастицы могут быть выполнены из разных материалов: от металлов и полимеров до липидов. Последние обладают векторной активностью, обеспечивая доставку и высвобождение действующего вещества в нужных клетках. Кроме того, наночастицы могут быть «покрыты» дополнительными веществами, усиливающими высвобождение лекарств или снижающими их побочные действия. Покрытие наночастиц специальными молекулами обеспечивает их лучшее проникновение через роговицу. Это позволяет применять лекарство в меньшей концентрации с большей эффективностью. В качестве примера можно привести тимолол, который в комплексе с наночастицами дает большее снижение ВГД, чем обычный тимолол. Более того, продолжительность действия такой инстилляции возрастает до 72 часов, что было продемонстрировано на примере бримонидина в 2011 г. доктором P. Bhagav.

Субконъюнктивальные инъекции микрочастиц, содержащих лекарственные препараты, обеспечивают их действие в течение нескольких месяцев, что имеет большое значение для больных, не соблюдающих режим закапывания.

Введение в стекловидное тело особых сверхмагнитных наночастиц обеспечивает дозированное выделение тепла достаточно близко к внутреннему плексиформному слою. Это влечет за собой образование белков теплового стресса, обеспечивающих нейропротекторный эффект. Другая наночастица — наноцерия, содержащая оксид цезия, выступает в роли перехватчика активных форм кислорода, обеспечивая длительный антиоксидантный эффект, что чрезвычайно важно при глаукоме.

— Как в Вашей профессиональной жизни сочетается наука, лечебная работа, преподавание и административная деятельность?

— Я представляю Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России). Наш Центр офтальмологии не является научно-исследовательским институтом, а потому научная работа не представляется приоритетной. Это несколько затрудняет проведение исследований. Однако мы с руководителем центра, профессором В.Н. Трубилиным стремимся это исправить. У нас много учеников, постоянно проводятся циклы усовершенствования и тематические циклы, обучаются клинические ординаторы и аспиранты, работает диссертационный совет. В консультативно-диагностическом отделении, которым я заведую, ведется большая диспансерная работа: мы наблюдаем больных глаукомой многие годы и реально имеем большую клиническую базу, которая позволяет нам заниматься исследованиями. В основном они проводятся силами молодых докторов (клиническими ординаторами и аспирантами). Но это вполне нормально. Именно так обстоит дело во всем мире.

— Спасибо, Вам, Наталия Ивановна, за содержательное, интересное интервью.

Беседу вел
Сергей Тумар

Технология имплантации торических ИОЛ AcrysofToric у больных с катарактой и роговичным астигматизмом

И.Э. Иошин

ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ

Коррекция роговичного астигматизма при факоэмульсификации с помощью имплантации торических интраокулярных линз (ИОЛ) активно применяется в хирургической практике [1, 4, 5]. Большой диапазон применяемых ИОЛ по сферическому и торическому компоненту позволяет добиваться максимальных зрительных результатов. На фоне высокой эффективности интраокулярной коррекции астигматизма обсуждается вопрос о расширении показаний к имплантации торических ИОЛ, начиная с 1 дптр роговичного астигматизма.

Одно из основных условий высоких зрительных функций при имплантации торических ИОЛ — точная разметка положения торического компонента линзы в соответствии с осью астигматизма. Принципиальным моментом в искомом результате служит определение горизонтальной оси роговицы, которая меняется в связи с работой вестибулярного аппарата при переходе из вертикального в горизонтальное положение тела человека (циклоторсия).

Имеются описания нескольких способов предоперационной и интраоперационной разметки с использованием фоторегистрации, локализации анатомических меток на сосудах лимба и радужке, картографии глаза, различных измерительных оптических приборов или насадок к ним, а также оригинальных отметчиков, в том числе и со встроенным ватерпасом [2, 6]. Данное обстоятельство несколько усложняет пред- и операционную технологию имплантации торических ИОЛ. Одна из последних разработок — система CALLISTO eye, объединяющая оптический биометр IOL Master 500 и операционный микроскоп Lumera 700 (все приборы фирмы Carl Zeiss), решает многие проблемы с расчетом и контролем позиции торической ИОЛ, но требует значительных финансовых инвестиций.

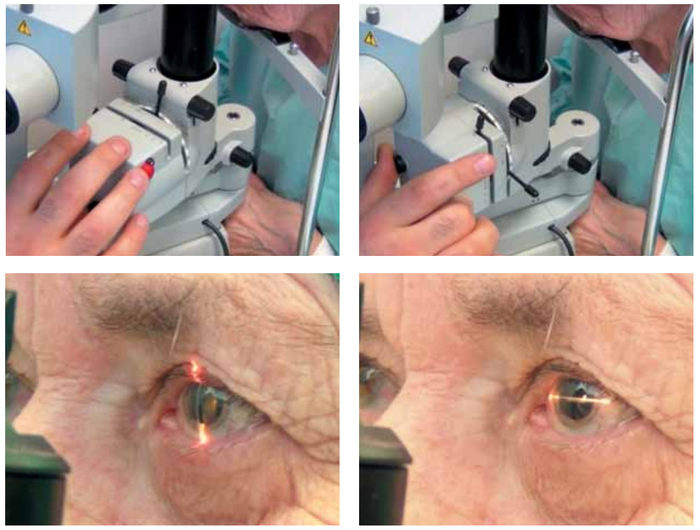


Рис. 1. Вертикальное и горизонтальное положение осветителя

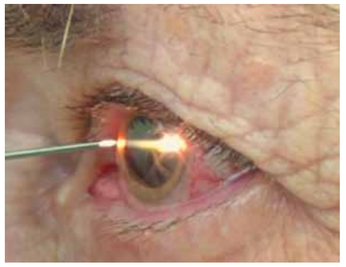


Рис. 2. Отметка горизонтальной оси в положении сидя

Собственный опыт применения торических ИОЛ дал возможность разработать простой алгоритм расчета, разметки и позиционирования ИОЛ и обеспечить высокие функциональные результаты хирургического лечения.

Цель работы — представить собственную модификацию технологии имплантации торических ИОЛ в коррекции пациентов с катарактой и роговичным астигматизмом.

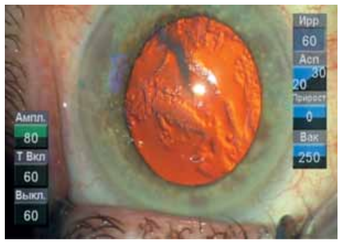


Рис. 3. Дополнительная разметка красителем горизонтальной оси перед операцией

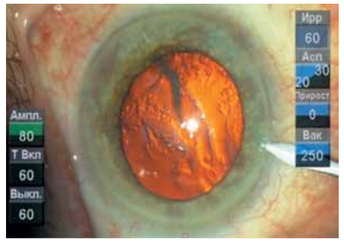


Рис. 4. Проведение парацентезов в зоне разметки

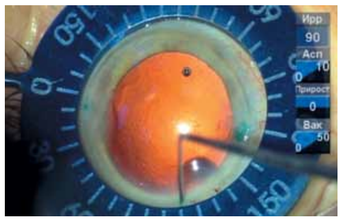


Рис. 5. Разметка оси положения ИОЛ с помощью транспортира и шпателя с краской

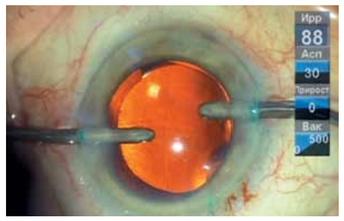


Рис. 6. Положение торической ИОЛ в конце операции

Технология имплантации торических ИОЛ AcrysofToric

Отбор пациентов для имплантации торических ИОЛ учитывал наличие регулярного роговичного астигматизма и возможность стабильной внутрикапсульной фиксации.

Технология имплантации включает в себя несколько моментов, имеющих принципиальное значение для успешной операции:

- расчет оптической силы ИОЛ;
- расчет цилиндрического компонента ИОЛ;
- разметка горизонтальной оси глаза;
- позиционирование ИОЛ в конце операции.

Расчет оптической силы ИОЛ. Согласно множеству публикаций, наиболее значимое в расчете оптической силы ИОЛ считается корректное определение длины оптической оси глаза, дающее погрешность в 1 дптр на каждые 0,3 мм ошибки. При миопии средней и высокой степени при длине глаза более 25 мм разница между анатомической и оптической осями становится достоверно значимой [3]. Поэтому для расчета оптической силы торических ИОЛ рекомендовано использовать оптический биометр. В работе использован IOL-Master фирмы Carl Zeiss, содержащий встроенный кератометр и программное обеспечение с наиболее употребимыми формулами расчета. Для пациентов с миопией использовались формула SRK/T, для эмметропии и гиперметропии — HofferQ. Использование одного прибора позволяет также при наборе достаточного клинического материала определить персонализированную константу для более точного расчета оптической силы торической ИОЛ. При невозможности определить размер оптической оси глаза, как правило, из-за выраженного помутнения оптических сред (чаще всего перезревающая катаракта) с пациентом подробно обсуждался вопрос о целесообразности применения торической ИОЛ в связи с возможной рефракционной ошибкой и снижением реабилитационного эффекта интраокулярной коррекции астигматизма. При достижении понимания сложившейся ситуации и положительного решения об имплантации торической ИОЛ использовалась стандартная ультразвуковая биометрия с трехкратным измерением для определения средней величины передне-задней оси.

Расчет цилиндрического компонента ИОЛ. Встроенный в IOL-Master кератометр позволяет проводить все необходимые дооперационные измерения, включая определение силы и оси сильного и слабого меридиана. Ретроспективный анализ показал высокую точность измерений автоматического кератометра IOL-Master. Кератография использовалась дополнительно для определения симметричности роговичной поверхности. Непосредственно расчет торических ИОЛ производился он-лайн по ссылке www.alcontoricalculator.com. Особенностью расчета было положение основного разреза в косом меридиане по оси 110° и степень индуцированного астигматизма 0,5 дптр, учитывая стандартный размер разреза 2,2 мм. Дискуссия о величине роговичного астигматизма, который целесообразно компенсировать при экстракции катаракты с помощью имплантации торических ИОЛ, претерпела определенные изменения. Учитывая положительный накопленный опыт и высокие функциональные результаты, нижний предел компенсируемого астигматизма варьирует в пределах 1-1,5 дптр. Современная тенденция полной компенсации оптических аметропий направлена на достижение максимального уровня зрения и повышения качества жизни. Собственные предпочтения в показаниях к имплантации торических ИОЛ начинаются от 1,5 дптр при прямом астигматизме (1,25 дптр — при обратном), подтвержденным неоднократным измерением с условием высокой мотивации пациента и требований к качеству послеоперационного зрения.

Разметка горизонтальной оси глаза. Важность точного определения горизонтальной оси глаза определяется ее колебаниями в зависимости от перехода из вертикального в горизонтальное положение пациента за счет работы вестибулярного аппарата (циклоторсия). Предоперационную разметку рекомендовано проводить до начала седативной подготовки пациентов.

Без использования дополнительных методов фоторегистрации и применения сложных разметчиков роговицы применялся простой способ разметки горизонтали по световой щели осветителя биомикроскопа, который переводился из стандартного вертикального положения в горизонтальное на 90° согласно установленному делению на поворотной шкале *(рис. 1)*. Предварительно биомикроскоп юстировался по уровню горизонтальной плоскости.

Далее проводилась отметка карандашом (или скарификация) эпителия в области лимба по горизонтальной световой щели *(рис. 2)*.

Для ориентации по горизонтальной линии во время операции дополнительно краской маркировалась зона отмеченного лимбального эпителия *(рис. 3)*.

Далее в горизонтальной оси напротив друг друга производились два парацентеза, чем достигалась ее стабильная визуализация, независящая от способности краски держаться на поверхности роговицы и конъюнктивы *(рис. 4)*.

Подобное расположение парацентезов незначительно отличалось от стандартного, поэтому дополнительных манипуляционных сложностей не вызывало.

Позиционирование ИОЛ в конце операции. Факоэмульсификация выполнялась по традиционной методике согласно индивидуальной плотности ядра и других особенностей. Перед имплантацией ИОЛ после заполнения передней камеры вискоэластиком осуществлялась разметка расчетной оси положения торической ИОЛ. С этой целью стандартный транспортир-разметчик на ручке с обозначенной шкалой в градусах от 0 до 180 по верхней дуге и такой же шкалой по нижней дуге ориентировался по горизонтали. Нужное положение торического компонента ИОЛ отмечалось красителем по лимбу в двух противоположных точках *(рис. 5)*.

Далее проводились имплантация ИОЛ в капсульный мешок, вымывание вискоэластика и по необходимости поворот линзы по часовой стрелке до совпадения отметок на роговице с направляющими точками на оптике ИОЛ. Рекомендуется до вымывания вискоэластика не доворачивать по часовой стрелке ИОЛ до нужной оси примерно на 10° для предупреждения избыточного поворота линзы при удалении вискоэластика из-под нее. При оставшемся несовпадении осей двумя наконечниками (ирригационный и аспирационный) вращательными движениями осуществляется окончательная доводка линзы *(рис. 6)*.

Результаты и обсуждение

Технология апробирована на 18 пациентах. Были использованы ИОЛ AcrysofToric T4-T9. Клиническое течение послеоперационного периода было без особенностей. Запланированная послеоперационная рефракция получена во всех случаях.

Компенсация роговичного астигматизма зависит, по данным литературы, в первую очередь от смещения оси торической ИОЛ относительно оси астгматизма за счет послеоперационного вращения линзы в капсульном мешке. Каждый 1° ротации снижает на 3,3% оптическую силу цилиндрического компонента, а отклонение на 30° полностью его нейтрализует [1, 5]. В то же время для платформы Acrysof характерно стабильное положение при адекватном расположении в капсульном мешке, что нашло подтверждение в собственном наблюдении. Соответствие истинного положения ИОЛ в капсульном мешке расчетному было проверено через 1-2 недели после имплантации с помощью наложения предоперационного протокола и цифрового фото артифакии. Отклонение от запланированной оси позиция торических ИОЛ не превышало 10°. Пациенты наблюдались в течение более 6 месяцев, положение ИОЛ оставалось стабильным *(рис. 7)*.

В качестве иллюстрации приводятся клинико-функциональные результаты пациентки с двухсторонней имплантацией торической ИОЛ с диагнозом: ОИ — миопия высокой степени, миопический астигматизм, осложненная катаракта *(рис. 8)*.

Заключение

Изложенная методика имплантации торических ИОЛ, начиная от расчета оптической силы, определения горизонтальной оси и позиционирования ИОЛ в конце операции, проста, легко воспроизводима, не требует специального сложного инструментария и позволяет добиться высоких функциональных результатов за счет точного расположения торической ИОЛ согласно предоперационному плану.

Литература

1. *Бачук Н.Ю.* Опыт имплантации торических интраокулярных линз у больных катарактами с роговичным астигматизмом // Международный медицинский журнал.– 2013.– № 1.– С. 63-66.
2. Каталог ASICO vision (каталожные номера: AE-2791 TBL, AE-2793D).
3. *Тагиева Р.Р.* Повышение эффективности расчета интраокулярной коррекции у пациентов с миопией и катарактой: Автореф. дис. … канд. мед. наук.– М., 2013.– 24 с.
4. *Alio J., Agdeppa M., Pongo V. et al.* Microinscisional cataract surgery with toric intraocular lens implantation for correcting moderate and high astigmatism // J. Cataract Refract. Surg.– 2010.– Vol. 36.– P. 44-52.
5. *Grunstein L., Miller K.* Astigmatism management at the time of cataract surgery // Expert. Rev. Ophthalmol.– 2011.– Vol. 6.– No.3.– P. 297-305.
6. *Nguen T., Miller K.* Digital overlay technique for documenting toric intraocular lens axis orientation // J. Cataract Refract. Surg.– 2000.– Vol. 26.– P. 1496-1504.

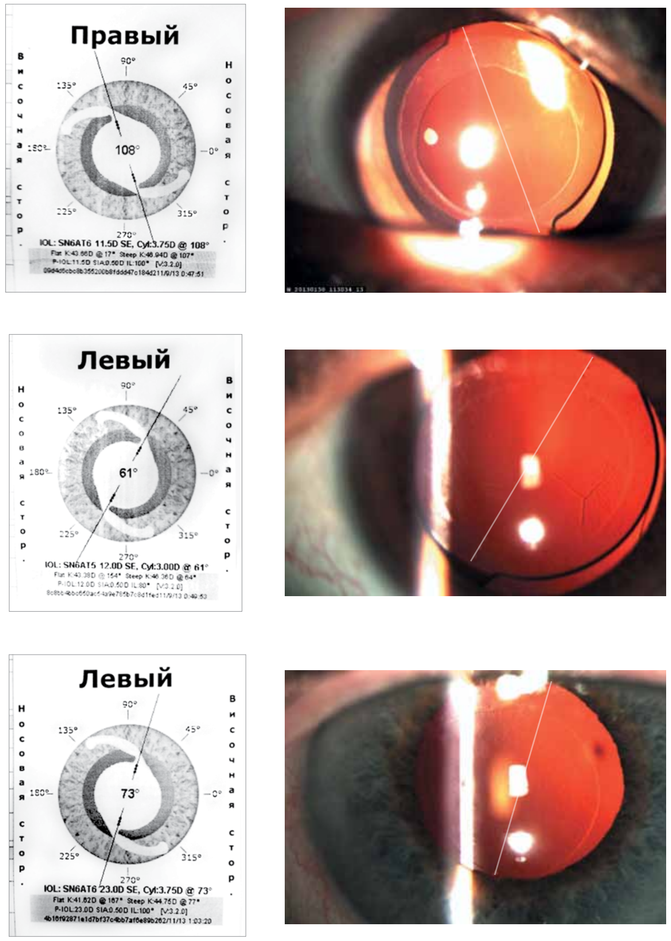


Рис. 7. Соответствие итогового положения торической ИОЛ и расчетного протокола до операции

До операции

Острота зрения
OD 0,02 sph-10,0 cyl-3,5ax20 = 0,5
OS 0,01 sph-13,0 cyl-3,5ax150 = 0,2

Рефрактометрия
OD sph-10,0 cyl-3,75ax17
OS sph-13,0 cyl-3,75ax150

Кератометрия

43,66 – 17	43,38 – 154
46,94 – 107	46,36 – 64
-3,28ax17	-2,98ax154

После операции

Острота зрения
OD 0,9 cyl-1,0ax180 = 1,0
OS 0,8 cyl-1,0ax170 = 1,0

Рефрактометрия
OD sph+0,25 cyl-0,75ax180
OS sph 0,0 cyl-1,0ax167

Кератометрия

43,37 – 16	43,25 – 154
46,37 – 106	47,00 – 64
-2,87ax16	-3,75ax154

Рис. 8. Результаты имплантации торической ИОЛ в оба глаза (клинический пример)

Отдаленные результаты лечения далеко зашедшей глаукомы методом периневральной склеропластики

С.И. Анисимов,
С.Ю. Анисимова,
Л.Л. Арутюнян,
Д.В. Ивонин,
Н.С. Анисимова

Глазной центр «Восток-Прозрение», Москва

В настоящее время изменения корнеосклеральной капсулы рассматриваются как новый фактор патогенеза глаукомы.

Ранее отмечалось, что снижение корнеального гистерезиса или изменение вязко-эластических свойств роговицы и склеры происходит параллельно прогрессированию глаукомы (Арутюнян Л., 2009).

По мере прогрессирования глаукомы происходят структурные и биохимические изменения корнеосклеральной капсулы, количество коллагена в корнеосклеральной оболочке увеличивается с 45,9 до 53,7%, что приводит к механическим и биохимическим изменениям корнеосклеральной капсулы. При этом увеличивается количество коллагена с избыточным формированием поперечных сшивок в его молекулярных структурах. Вследствие указанных процессов меняется ригидность склеры и ее физиологическая роль в гидродинамике глаза. «Запас эластичности» склеры теряется из-за развития деструктивных процессов в склере, механического сдавливания пучков соединительнотканных волокон. Эти изменения часто накладываются на процесс старения. При этом инволютивные изменения склеры, начинаясь в наружных слоях склеры, увеличивают ее общую ригидность по отношению к статистической норме в 3 раза, что приводит к ответному повышению ВГД при обеспечении механизма пульсовой флюктуации склеры. При глаукоме ригидность склеры возрастает еще больше, в 5-7 раз (Светлова О.В. и соавт., 2003, 2005, 2008).

Мы предполагаем, что изменения эластичности и ригидности склеры при глаукоме вторичны. Они вызваны длительным воздействием избыточного ВГД, приводящего к исчерпанию эластической деформации при компенсации действующих растягивающих напряжений.

H. Quigley (2012), исследуя состав соединительной ткани склеры, в частности, вокруг головки зрительного нерва, отмечает, что эта область может играть ключевую роль в патофизиологии глаукомы. Попытка модифицировать биомеханические свойства склеры, по его мнению, может предотвратить болезнь или замедлить ее прогрессирование. Автор предположил, что в будущем основной целью в лечении глаукомы станет склера и лечебный эффект будет достигаться изменением ее эластических свойств, что должно уменьшить фатальную чувствительность волокон зрительного нерва в области ДЗН к повышению и флюктуациям ВГД *(рис. 1)*.

Поиск других информационных источников показал, что геометрические параметры оболочек глаза, в том числе их толщина, напрямую влияют на прогрессирование глаукомы (Joshua W.K., Philip P.Ch., 2004). Это не единственное, но наиболее обоснованное сообщение на эту тему.

Рис. 1. H. Quigly докладывает о роли биомеханических свойств склеры в патогенезе глаукомы на симпозиуме EGS 2012 в Копенгагене

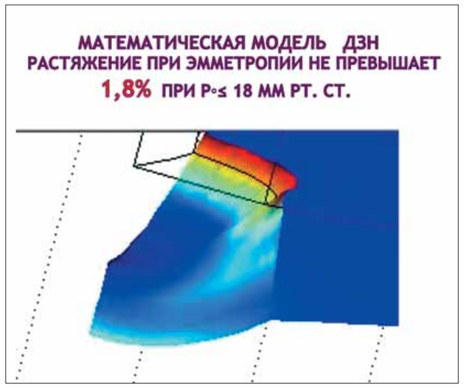


Рис. 2. Математическая модель механических напряжений в области ДЗН в норме

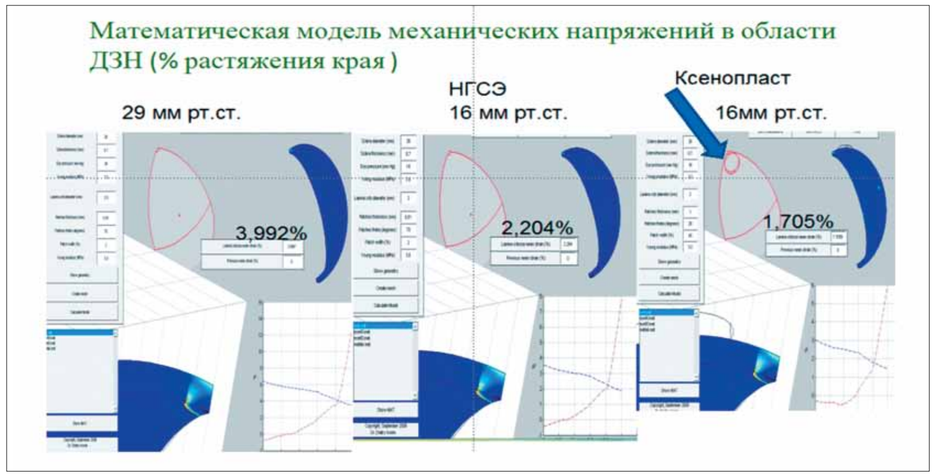


Рис. 3. Результаты расчетов % деформации ДЗН при разных уровнях ВГД при миопии высокой степени

Учитывая эти факты о важной роли биомеханики склеры в патогенезе глаукомы, мы предприняли попытку провести расчеты уровня деформаций, порождаемых ВГД, которые передаются на тканевый блок ДЗН. Расчеты, проведенные на предложенной нами математической модели с введением в нее параметров нормальных глаз, показали, что растяжение ДЗН по отношению к уровню 0 мм рт.ст. составляет не более 1,8% *(рис. 2)*, в то время как изменения склеры, характерные, например для миопии высокой степени, увеличивают этот параметр до 2,2% даже при «нормальном» уровне ВГД в 16 мм рт.ст. *(рис. 3)*. Это полностью согласуется с общеизвестным фактом более тяжелого течения глаукомы у пациентов с миопией высокой степени. Кроме того, эта математическая модель позволила определить пути увеличения устойчивости ДЗН к деформации за счет введения дополнительного материала в периневральную область и дала возможность рассчитать геометрические

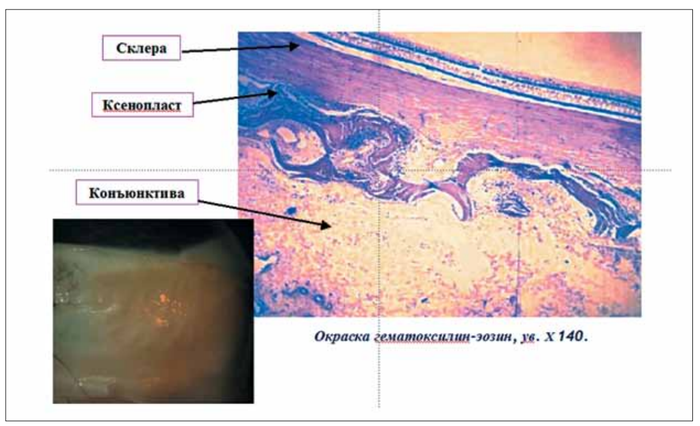


Рис. 4. Интеграция материала «Ксенопласт» в фиброзной оболочке глаза через 2 месяца после имплантации

и механические параметры этого материала для снижения уровня деформации ДЗН до уровня 1,7%, т.е. ниже критического уровня в 1,8% *(см. рис. 3)*.

Нами было получено обоснование того, что существует возможность уменьшить растягивающие нагрузки в области ДЗН с помощью установки в периневральную область склеры специальных устройств, которые были бы способны быстро интегрироваться с наружными слоями фиброзной оболочки глаз. Таким способом предполагалось создать механический барьер, препятствующий растяжению ДЗН под воздействием ВГД, в том числе при пульсовых и других видах его флюктуаций. Гипотетически, таким образом удалось бы вмешаться в механизм развития глаукомной экскавации ДЗН.

Анализ перспективных материалов, пригодных для этой цели, включал синтетические, биологические алло- и ксеноматериалы. Эксперименты in vivo позволили выявить подходящий для наших целей материал в группе ксеноколлагенов — это костный коллаген сельскохозяйственных животных. В процессе доклинических испытаний этот материал, по прочности почти не уступающий склере, интегрировался с фиброзной оболочкой экспериментальных кроликов в течение 2 месяцев *(рис. 4)*. При этом не было выявлено никаких признаков токсического или воспалительного действия, инкапсуляции этого материала или его биодеструкции.

Дальнейшие клинические испытания материала, который получил название «Ксенопласт», закончились успешно в 2008 году, материал был зарегистрирован в Росздравнадзоре, и российской компанией «Дубна-Биофарм» в том же году было начато его серийное производство *(рис. 5)*.

Для лечения пациентов с глаукомой материал трансконъюнктивально имплантируется в периневральную область глазного яблока с помощью шпателя для склеропластики в четырех косых меридианах *(рис. 6)*.

В настоящее время мы располагаем статистически обработанными отдаленными результатами 250 операций. Методы до- и послеоперационного обследования пациентов, кроме общеофтальмологических методик, включали специальные методы *(рис. 7)*.

Рис. 5. Производство материала «Ксенопласт» и его общий вид в стерильной упаковке

Рис. 6. Этапы операции периневральной склеропластики материалом «Ксенопласт» после непроникающей антиглаукоматозной операции

Результаты показали, что в большинстве случаев удавалось стабилизировать морфометрические показатели ДЗН и связанных с ним структур *(рис. 8)*.

При этом морфометрические показатели коррелировали в своей динамике с функциональными показателями, которые также удавалось стабилизировать на весь срок наблюдения *(рис. 9)*.

Регресс экскавации ДЗН был более выражен в группе после одномоментной антиглаукоматозной операции с периневральной склеропластикой *(рис. 10)*.

Анализ отдельных результатов лечения пациентов, у которых не было получено полной стабилизации процесса увеличения экскавации, показал, что у них, тем не менее, отмечалось замедление прогрессирования экскавации: на 50% у пациентов после периневральной склеропластики и почти в 2 раза у пациентов после одномоментной антиглаукоматозной операции с периневральной склеропластикой (П/С) *(рис. 11)*.

Рис. 7. Дополнительные методы исследования пациентов после периневральной склеропластики

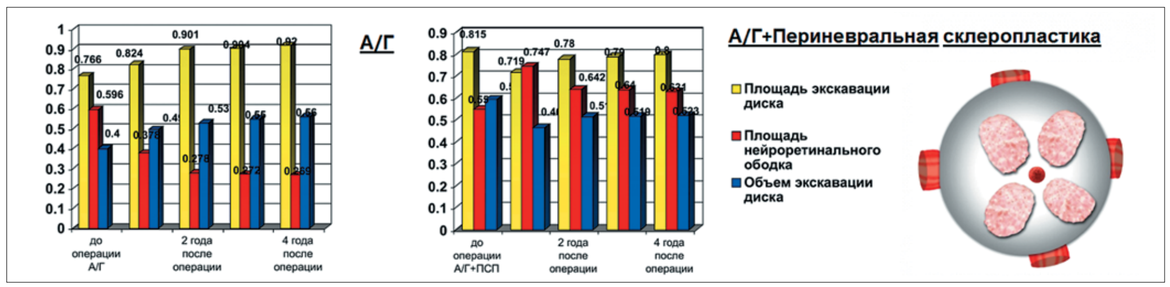


Рис. 8. Динамика морфометрических показателей у больных с далеко зашедшей глаукомой после антиглаукоматозной операции (А/Г) и одномоментной антиглаукоматозной операции с периневральной склеропластикой по данным ОКТ

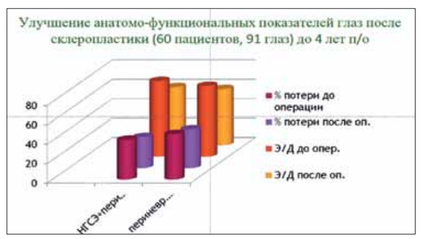


Рис. 9. Результаты анатомо-функциональных показателей у пациентов после периневральной склеропластики и одномоментной антиглаукоматозной операции с периневральной склеропластикой

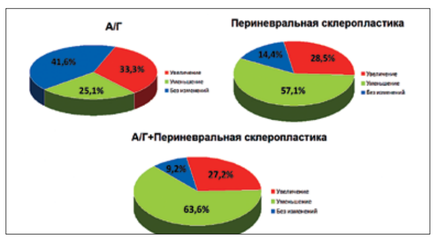


Рис. 10. Распределение пациентов, у которых был получен регресс экскавации или ее стабилизация

Рис. 11. Анализ увеличения объема экскавации через 2 года после периневральной склеропластики

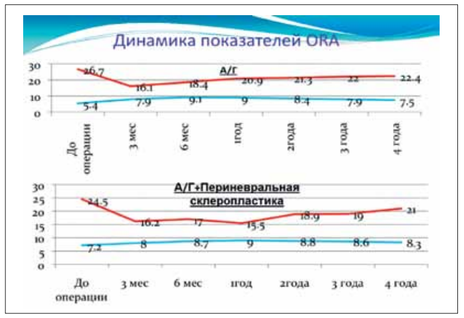


Рис. 12. Динамика корнеального гистерезиса (синяя линия) и корнеально-компенсированного давления (красная линия) по данным ORA у пациентов после периневральной склеропластики

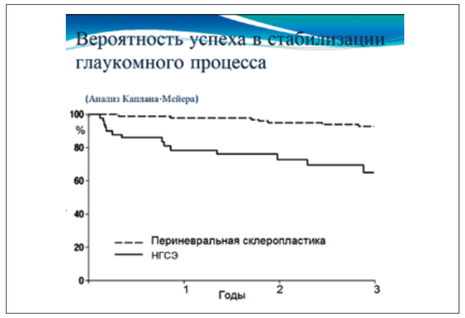


Рис. 13. Анализ Каплана-Мейера «выживаемости» зрительных функций пациентов после периневральной склеропластики в сравнении с антиглаукоматозной операцией НГСЭ

Все описанные положительные сдвиги морфофункциональных показателей в послеоперационном периоде сопровождались увеличением корнеального гистерезиса. Это свидетельствует, на наш взгляд, о некотором увеличении эластичности корнеосклеральной капсулы. Средние цифры корнеально компенсированного давления находились на приемлемом уровне *(рис. 12)* и отражали достаточную степень снижения офтальмотонуса в результате предварительно примененного гипотензивного лечения.

Проведенный анализ Каплана-Мейера по сохранению зрительных функций показал большую вероятность сохранения их у пациентов после перенесенной периневральной склеропластики в сравнении с пациентами после антиглаукоматозной НГСЭ *(рис. 13)*.

В качестве типичного клинического примера представляем данные ОКТ пациента с далеко зашедшей глаукомой, которому было произведена периневральная склеропластика материалом «Ксенопласт». Отмечается длительный регресс величины экскавации ДЗН *(рис. 14)* и увеличение толщины перипапиллярного слоя нервных волокон *(рис. 15)*.

Еще одним подтверждением эффективности лечения с применением периневральной склеропластики является сравнение корреляционных зависимостей основных морфофункциональных показателей глаукомных глаз до и после лечения *(рис. 16, 17)*. После периневральной склеропластики прервались патологические корреляционные связи между анатомическими параметрами глаза (длина глаза, толщина оболочек) и такими параметрами, как объем экскавации ДЗН, толщина периневральных нервных волокон в некоторых секторах, количество относительных и абсолютных скотом.

Таким образом, четырехлетний опыт применения периневральной склеропластики показал, что метод безопасен, достаточно легко осуществим, хорошо переносится пациентами и эффективен. С определенной долей осторожности можно говорить о достижимости с помощью этого метода механической нейропротекции на уровне ДЗН при глаукоме. ■

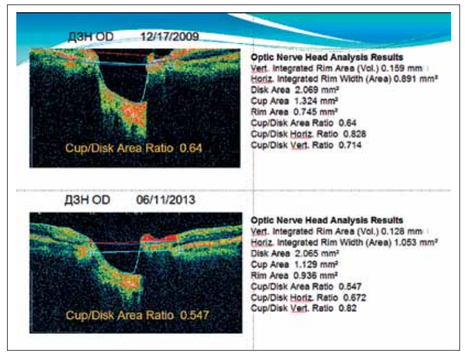
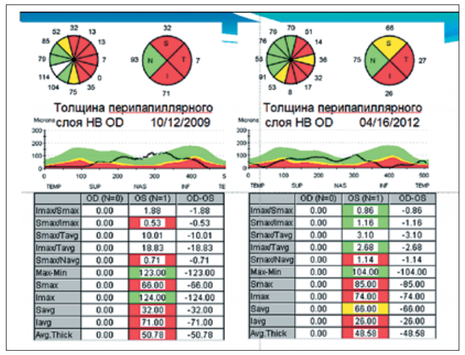


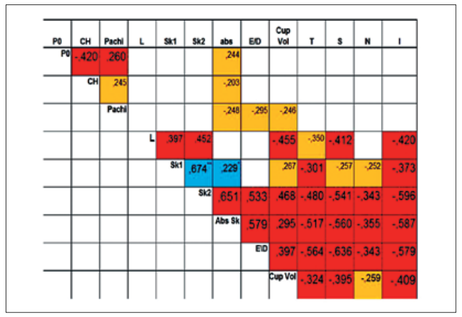
Рис. 14. Положительная динамика экскавации ДЗН после периневральной склеропластики (срок наблюдения — 2,5 года)



	OD (N=0)	OS (N=1)	OD-OS
Imax/Smax	0.00	1.88	-1.88
Smax/Imax	0.00	0.53	-0.53
Smax/Tavg	0.00	10.01	-10.01
Imax/Tavg	0.00	18.83	-18.83
Smax/Navg	0.00	0.71	-0.71
Max-Min	0.00	123.00	-123.00
Smax	0.00	66.00	-66.00
Imax	0.00	124.00	-124.00
Savg	0.00	32.00	-32.00
Iavg	0.00	71.00	-71.00
Avg.Thick	0.00	50.78	-50.78

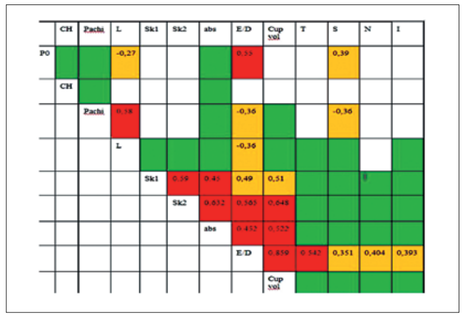
	OD (N=0)	OS (N=1)	OD-OS
Imax/Smax	0.00	0.86	-0.86
Smax/Imax	0.00	1.16	-1.16
Smax/Tavg	0.00	3.10	-3.10
Imax/Tavg	0.00	2.68	-2.68
Smax/Navg	0.00	1.14	-1.14
Max-Min	0.00	104.00	-104.00
Smax	0.00	85.00	-85.00
Imax	0.00	74.00	-74.00
Savg	0.00	66.00	-66.00
Iavg	0.00	26.00	-26.00
Avg.Thick	0.00	49.58	-49.58

Рис. 15. Тот же пациент. Положительная динамика толщины перипапиллярных нервных волокон после периневральной склеропластики



	P0	CH	Pachi	L	Sk1	Sk2	abs	E/D	Cup Vol	T	S	N	I
P0		-.420	.260				.244						
CH			.245				-.200						
Pachi							-.248	-.295	-.246				
L					.397	.452			-.455	-.350	-.412		-.420
Sk1						.674	.229		.267	-.301	-.257	-.252	-.373
Sk2							.651	.533	.468	-.480	-.541	-.343	-.596
Abs Sk								.579	.295	-.517	-.560	-.355	-.587
E/D									.397	-.564	-.636	-.343	-.579
Cup Vol										-.324	-.395	-.259	-.409

Рис. 16. Тридцать пар показателей коррелируют между собой (красные ячейки). Корреляции отражают зависимость функциональных и морфологических показателей ДЗН от анатомических параметров (длина глаза, толщина оболочек влияют на степень поражения ДЗН)



	CH	Pachi	L	Sk1	Sk2	abs	E/D	Cup vol	T	S	N	I
P0			-0,27				0,32			0,39		
CH												
Pachi			0,18				-0,36			-0,36		
L							-0,36					
Sk1					0,58	0,45	0,49	0,51				
Sk2						0,632	0,565	0,648				
abs							0,452	0,522				
E/D								0,859	0,542	0,351	0,404	0,393
Cup vol												

Рис. 17. Через 2-4 года после периневральной склеропластики. Анатомические параметры глаза перестали влиять на изменения морфофункциональных параметров ДЗН (уменьшилось количество красных ячеек)

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов» по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

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

НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЯ

Продолжение. Начало см. в №2/2013

Передняя ишемическая оптическая нейропатия, связанная с артериитом

Передняя ишемическая оптическая нейропатия (ПИОН), связанная с артериитом, является следствием гигантоклеточного артериита (рис. 21.9а, б). Системные проявления ГКА изложены в главе 24.

Диагностика

1. **Проявляется** внезапной значительной монокулярной потерей зрения, что может сопровождаться периокулярной болезненностью. Заболеванию могут предшествовать преходящее затуманивание зрения и появление световых вспышек. В большинстве случаев заболевание возникает через несколько недель после проявления ГКА, но в 20% случаев у пациентов проявления отсутствуют (скрытый ГКА). В анамнезе может быть указание на боль жевательных мышц, недавние головные боли, болезненность мышц головы, потерю массы тела, ревматическую полимиалгию.
2. **Признаки**
   - Болезненность и снижение пульсации одной или обеих височных артерий.
   - Очень бледный («меловой») отечный диск зрительного нерва частично указывает на ГКА (рис. 21.9в).
   - В некоторых случаев ПИОН, связанный с артериитом, сочетается с окклюзией цилиоретинальной артерии (рис. 21.9г).
   - Через 1–2 мес. отек постепенно спадает, а выраженная атрофия зрительного нерва остается.
3. **ФАГ** выявляет значительную гипоперфузию хориоидеи.
4. **СОЭ и С-РБ** обычно повышены, как и уровень тромбоцитов.

Лечение

Лечение направлено на предотвращение развития слепоты парного глаза, однако он вовлекается в 25% случаев через 6 дней после начала лечения даже при проведении адекватной стероидной терапии.

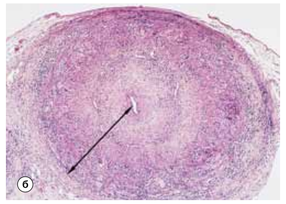
1. **Режим:**
   а) внутривенное введение натрия сукцинат метилпреднизолона в дозе 1 г/сут в течение 3 дней и 80 мг/сут преднизолона внутрь. После 3 дней терапии эту дозу снижают до 60 мг, потом еженедельно 50 мг. Далее ежедневную дозу снижают на 5 мг еженедельно; до достижения дозы 10 мг возможно сохранение головной боли и высокого уровня СОЭ и С-РБ. Идеальная поддерживающая доза — 10 мг/сут, хотя для контроля головных болей можно применять и более высокие дозы;
   б) преднизолон внутрь (80–120 мг/сут) применяют в случаях, когда внутривенная терапия невозможна.
2. **Продолжительность** терапии зависит от сохраняющейся симптоматики и уровня СОЭ и С-РБ. Однако симптоматика может появляться вновь при отсутствии повышения уровня СОЭ и С-РБ, и наоборот. Большинство пациентов получают лечение в течение 1–2 лет, хотя некоторые нуждаются в поддерживающей терапии в течение неопределенного срока. С-РБ играет важную роль при мониторинге заболевания, т.к. его уровень в ответ на лечение падает значительно быстрее, чем уровень СОЭ.

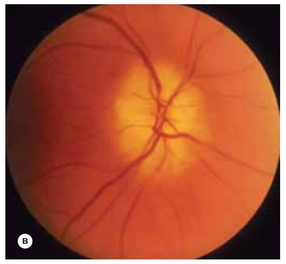
NB Желательно выполнить биопсию височной артерии в течение 7 дней после начала лечения. Гистологическое подтверждение ГКА может служить основанием для длительного применения стероидов. При этом лечение нельзя откладывать до получения результатов биопсии.

NB Неадекватное применение стероидов может принести больше вреда, чем сама болезнь. Из-за осложнений, связанных с применением стероидов, приходится заменять их на препараты второго ряда, например азатиоприн, хотя их эффективность в лечении ГКА не доказана.

Прогноз

Прогноз неблагоприятный, потеря зрения, как правило, необратимая, хотя иногда грамотно проведенная терапия системными стероидами может способствовать частичному его восстановлению.





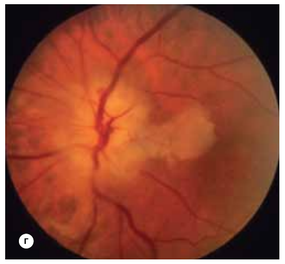


Рис. 21.9 Гигантоклеточный артериит: **(а)** узелковая утолщенная поверхностная височная артерия без пульса; **(б)** гистологический срез артерии: гранулематозное воспаление и значительное сужение просвета; **(в)** ишемическая оптическая нейропатия; **(г)** ишемическая оптическая нейропатия и окклюзия цилиоретинальной артерии (предоставлено J. Harry — рис. б; S.S. Hayreh — рис. в, г)

Задняя ишемическая оптическая нейропатия

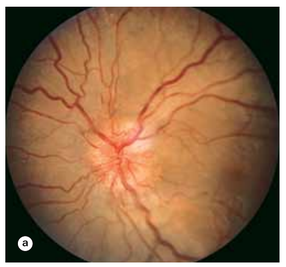
Задняя ишемическая оптическая нейропатия (ЗИОН) встречается реже, чем передняя. Она развивается благодаря ишемии ретроламинарного отдела зрительного нерва, который кровоснабжается окружающим его сплетением, связанным с мягкой мозговой оболочкой. Только небольшая часть капилляров действительно проникает в нерв и по ходу перегородки мягкой оболочки доходит до его центральной части. Диагноз ставят после исключения других причин ретробульбарного неврита, таких как сдавление или воспаление. ЗИОН может развиваться в следующих вариантах.

1. **Послеоперационная** нейропатия развивается после ряда хирургических процедур, которые, как правило, затрагивают спинной мозг. Основными факторами риска являются анемия и гиповолемическая гипотония. Часто возникает двухстороннее поражение. Прогноз неблагоприятный.
2. **Артериальная** нейропатия связана с гигантоклеточным артериитом и также имеет неблагоприятный прогноз.
3. **Неартериальная** нейропатия связана с теми же факторами риска, что и ПИОН, не связанный с артериитом, но для него не характерен маленький диск зрительного нерва. Прогноз по зрению такой же, что и при ПИОН, не связанном с артериитом.

Диабетическая папиллопатия

Диабетическая папиллопатия — редкое состояние, характеризующееся преходящими нарушениями зрительных функций, связанными с отеком диска зрительного нерва, который развивается при диабете I и II типов. Патогенез не ясен, но предполагают, что он связан с поражением мелких сосудов.

Рис. 21.10 Диабетическая папиллопатия (предоставлено S.S. Hayreh)



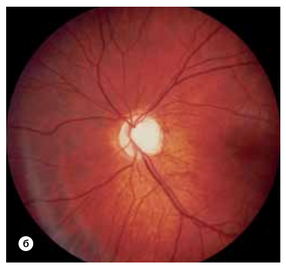


Рис. 21.11 Наследственная оптическая нейропатия Leber: **(а)** острая стадия, телеангиэктатическая микроангиопатия; **(б)** тяжелая атрофия зрительного нерва

ISBN: 9788376090344

1. **Проявляется** обычно умеренной дисфункцией зрительного нерва, прогрессирует медленнее, чем ПИОН, не связанный с артериитом, или оптический неврит.
2. **Признаки**
   - ОЗ обычно составляет 6/12 и выше.
   - Одностороннее или двухстороннее поражение, умеренный отек диска и гиперемия.
   - Часто встречаются телеангиэктазии на поверхности диска (рис. 21.10); в тяжелых случаях при беглом осмотре их можно ошибочно принять за неоваскуляризацию.
3. **Течение** заболевания составляет обычно несколько месяцев, после этого развивается спонтанная ремиссия, но в некоторых случаях происходит снижение зрения от незначительного до умеренного.
4. **Лечение** системными стероидами приносит сомнительную пользу и в большей степени способствует нарушению контроля за диабетом, хотя известен поразительный факт, когда задние субтеноновые инъекции были эффективными.

Наследственная оптическая нейропатия Leber

Наследственная оптическая нейропатия Leber — редкое заболевание, связанное с мутацией материнской митохондриальной ДНК, чаще всего 11778. Заболевание развивается в основном у мужчин в возрасте от 15 до 35 лет, хотя в редких случаях встречается у женщин в любом возрасте (от 10 до 60 лет). В связи с этим заболевание следует предполагать у любого пациента с двухсторонним оптическим невритом. У носителей мутированной ДНК при оптической когерентной томографии отмечают утолщение височных ретинальных волокон.

Диагностика

1. **Проявляется** обычно односторонней острой или подострой значительной безболезненной потерей зрения. Парный глаз обычно поражается таким же образом через несколько недель или месяцев после первого.
2. **Признаки** в течение острой стадии обычно выражены незначительно, поэтому ее легко пропустить; у некоторых пациентов диск вообще не изменяется.
   - В типичных случаях границы ДЗН нечеткие, развивается его гиперемия.
   - На поверхности диска появляются расширенные капилляры, которые могут распространяться на прилежащую сетчатку (телеангиэктатическая микроангиопатия), развивается отек перипапиллярного слоя нервных волокон (псевдоотек) и расширение и извитость сосудов заднего полюса (рис. 21.11а).
   - Впоследствии телеангиэктазии регрессируют, а псевдоотек спадает.
   - Далее развивается тяжелая атрофия зрительного нерва с разрушением слоя нервных волокон преимущественно в макулопапиллярном пучке (рис. 21.11б).

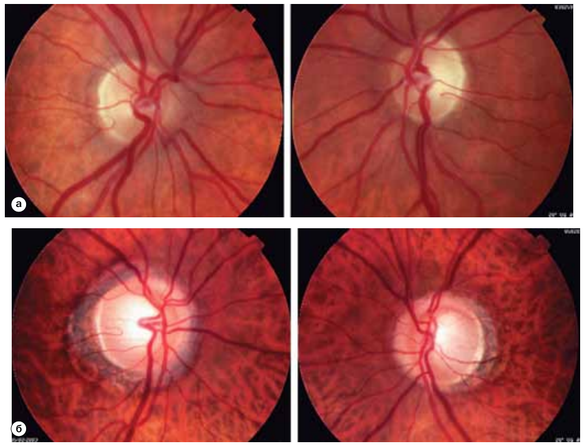


Рис. 21.12 Наследственная атрофия зрительного нерва: **(а)** двухсторонняя бледность височной части диска; **(б)** двухсторонняя диффузная бледность

- Телеангиэктатическая микроангиопатия может быть бессимптомной у родственников женского пола.

NB Удивительно, но реакции зрачков на свет могут оставаться довольно живыми.

3. **ФАГ** показывает отсутствие просачивания контраста.
4. **Дефекты поля зрения** обычно представлены центральными или центроцекальными скотомами.

Лечение

Лечение обычно неэффективно, несмотря на применение многочисленных методов, включающих терапию стероидами, гидроксикобаламином и хирургическое вмешательство. Для снижения потенциальной нагрузки на митохондрии необходимо исключить курение и чрезмерное употребление алкоголя.

Прогноз

Прогноз неблагоприятный, хотя иногда даже через годы может произойти улучшение зрения. У большинства пациентов развивается тяжелое двухстороннее необратимое снижение зрения до 6/60 и ниже. Мутация 11778 несет самый неблагоприятный прогноз.

Наследственная атрофия зрительного нерва

Наследственная атрофия зрительного нерва (нейропатия) — редкая гетерогенная группа заболеваний, которые, в первую очередь, характеризуются двухсторонней атрофией зрительного нерва.

Синдром Kjer

1. **Тип наследования** аутосомно-доминантный.
2. **Проявляется** постепенной потерей зрения в 1 или 2 декаде жизни, но иногда развивается и у взрослых.
3. **Атрофия зрительного нерва** может быть небольшой и локализоваться темпорально (рис. 21.12а) или диффузной и захватывать весь диск (рис. 21.12б).
4. **Прогноз** неоднозначен (финальная ОЗ 6/12–6/60) и варьируется как между семьями, так и в пределах одной семьи. Характерно очень медленное (в течение десятилетий) прогрессирование.
5. **Системные проявления** отсутствуют, хотя иногда может развиться сенсоневральная потеря слуха.

Синдром Behr

1. **Тип наследования** аутосомно-рецессивный.
2. **Проявляется** потерей зрения в 1 декаде жизни, стабилизируется после различного периода прогрессирования.
3. **Атрофия зрительного нерва** диффузная.
4. **Прогноз** неоднозначен, потеря зрения варьирует от умеренной до значительной и может сопровождаться нистагмом.
5. **Системные проявления.** Спастическая походка, атаксия, психические расстройства.

Синдром Wolfram

Синдром Wolfram также обозначают как DIDMOAD: несахарный диабет *(Diabetes Insipidus)*, сахарный диабет *(Diabetes Mellitus)*, атрофия зрительного нерва *(Optic Atrophy)*, глухота *(Deafness)*.

1. **Тип наследования** аутосомно-рецессивный.
2. **Проявляется** в возрасте от 5 лет до 21 года.
3. **Атрофия зрительного нерва** значительная диффузная и может сопровождаться экскавацией диска зрительного нерва.
4. **Прогноз** очень неблагоприятный (финальная острота зрения менее 6/60).
5. **Системные проявления** (кроме DIDMOAD) включают аносмию, атаксию, судороги, психические расстройства, низкий рост, эндокринные нарушения и повышение уровня белка в СМЖ.

Метаболическая оптическая нейропатия

Метаболическая оптическая нейропатия (табачно-алкогольная амблиопия) обычно развивается у сильно пьющих и курящих сигары или трубки людей, которые имеют дефицит протеинов и витаминов группы В. Большинство пациентов пренебрегают сбалансированным питанием и вместо этого получают калории из алкогольной продукции. У некоторых пациентов нарушено всасывание витамина B_{12}, из-за этого может развиться пернициозная анемия.

1. **Проявляется** постепенным прогрессирующим двухсторонним и обычно симметричным нарушением зрительных функций, сопровождаемым дисхроматопсией.
2. **Признаки**. В большинстве случаев диск зрительного нерва сначала не изменен. У некоторых пациентов развивается небольшая бледность диска с височной стороны, штрихообразные кровоизлияния на диске или вокруг него либо незначительный отек.
3. **Дефекты поля зрения** обычно двусторонние, относительно симметричные центроцекальные скотомы. Края дефектов сложно определить с помощью белого объекта, проще — с помощью красного, т.к. при этом площадь скотомы увеличивается.
4. **Лечение**. Еженедельные инъекции 1000 ЕД гидроксокобаламина в течение 10 нед. Пациенту также назначают мультивитамины, рекомендуют придерживаться сбалансированной диеты и отказаться от курения и употребления спиртных напитков.
5. **Прогноз** благоприятный в случаях адекватного лечения в ранние сроки, хотя восстановление зрения происходит медленно. В запущенных и резистентных к терапии случаях развивается стойкое снижение зрения как результат атрофии зрительного нерва.

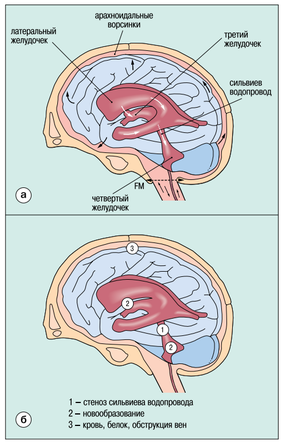


Рис. 21.13 (а) циркуляция спинномозговой жидкости (FM — *foramen magnum*); **(б)** причины повышенного внутричерепного давления

Папиллярный отек

Папиллярный отек — это отек головки зрительного нерва, который развивается в результате повышения внутричерепного давления. Практически всегда отек двусторонний, хотя может быть и асимметричным. Другие причины отека диска относятся собственно к отеку и обычно вызывают нарушение зрения. Всем пациентам необходимо проводить ряд исследований для исключения внутричерепного новообразования. Однако не у всех пациентов с повышенным внутричерепным давлением будет развиваться папиллярный отек. При опухолях полушарий мозга папиллярный отек развивается позднее, чем при новообразованиях задней ямки. У пациентов с повышенным внутричерепным давлением в анамнезе папиллярный отек повторно может и не развиться из-за глиальных рубцов головки зрительного нерва.

Спинномозговая жидкость

1. **Циркуляция** (рис. 21.13а).
   - СМЖ образуется хориоидальным сплетением желудочков мозга.
   - СМЖ покидает боковые желудочки и через отверстие Munro попадает в третий желудочек.
   - Из третьего желудочка СМЖ проходит через сильвиев водопровод и оказывается в четвертом желудочке.
   - Из четвертого желудочка СМЖ проходит через отверстия Lusschka и Magendie и попадает в субарахноидальное пространство; часть СМЖ омывает спинной мозг, другая — полушария головного мозга.
   - Абсорбция происходит в церебральную дренажную систему с помощью арахноидальных ворсинок.
2. **Нормальное давление** СМЖ при люмбальной пункции составляет < 80 мм вод. ст. у новорожденных, < 90 мм вод. ст. у детей, < 210 мм вод. ст. у взрослых.

Причины повышенного внутричерепного давления

Существует множество причин повышения внутричерепного давления (рис. 21.13б).

- Обструкция вентрикулярной системы врожденными или приобретенными поражениями.
- Объемные внутричерепные повреждения, включающие кровоизлияния.
- Нарушение абсорбции СМЖ арахноидальными ворсинками, которые могут быть повреждены в результате перенесенного менингита, субарахноидального кровоизлияния или травмы головного мозга.
- Идиопатическая внутричерепная гипертензия (псевдоопухоль мозга).
- Тромбоз церебрального венозного синуса.
- Диффузный церебральный отек в результате тупой травмы головы.
- Тяжелая системная гипертензия.

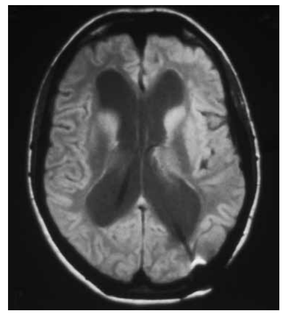


Рис. 21.14 МРТ, аксиальный срез: расширенные желудочки из-за повышения внутричерепного давления

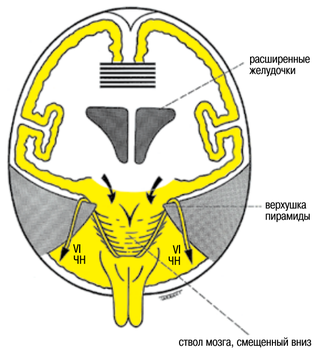


Рис. 21.15 Механизм повреждения VI ЧН из-за повышения внутричерепного давления

- Гиперсекреция СМЖ опухолью хориоидального сплетения, что встречается очень редко.

Гидроцефалия

Гидроцефалия — это расширение желудочков (рис. 21.14). Гидроцефалия может быть двух типов.

1. **Сообщающаяся гидроцефалия**, при которой СМЖ из вентрикулярной системы беспрепятственно попадает в субарахноидальное пространство. Препятствие току жидкости находится на уровне базилярных цистерн или в субарахноидальном пространстве, где может быть нарушено всасывание СМЖ арахноидальными ворсинками.
2. **Несообщающаяся гидроцефалия** развивается в результате обструкции тока СМЖ в вентрикулярной системе или на уровне выходного отверстия четвертого желудочка. Таким образом, доступ СМЖ в субарахноидальное пространство закрыт.

Клинические проявления повышенного внутричерепного давления

1. **Головные боли**, появляющиеся ранним утром и способствующие пробуждению пациента. Они, как правило, прогрессируют и обычно через 6 нед. заставляют пациента обратиться за медицинской помощью. Головные боли могут быть генерализованными или локализованными и обычно усиливаются при движениях головой, наклонах и кашле. Пациенты, страдавшие головными болями ранее, отмечают изменение характера боли. Очень редко головные боли могут отсутствовать.
2. **Неожиданные приступы тошноты и рвоты**, часто сильные, немного облегчают головную боль. Рвота может возникать как самостоятельный признак или предшествовать появлению головных болей за месяц, особенно у пациентов с опухолью четвертого желудочка.
3. **Нарушение сознания** может быть незначительным и сопровождаться сонливостью и дремотой. Значительное нарушение сознания, которое может свидетельствовать о поражении ствола мозга и тенториальном или тонзиллярном вклинении, требует особого внимания.

4. **Зрительные расстройства:**
   а) преходящие помутнения длятся несколько секунд и часто встречаются у пациентов с папиллярным отеком;
   б) горизонтальная диплопия в результате поражения VI ЧН как следствие растяжения одного или обоих нервов над вершиной пирамиды (рис. 21.15). Таким образом, это симптом ложной локализации;
   в) снижение зрения возникает позднее у пациентов с вторичной атрофией ЗН в результате длительного папиллярного отека (см. далее).

Стадии папиллярного отека

1. **Ранняя стадия** (рис. 21.16а).
   - Зрительная симптоматика отсутствует, острота зрения в норме.
   - Диски зрительного нерва гиперемированы, небольшая проминенция.
   - Края диска становятся нечеткими (сначала назальный, потом верхний, нижний и темпоральный).
   - Исчезновение спонтанной венозной пульсации.
   - У 20% людей венозной пульсации нет, поэтому ее отсутствие необязательно свидетельствует о повышенном внутричерепном давлении. Наличие венозной пульсации ставит диагноз папиллярного отека под сомнение.
2. **Развитая стадия** (острая — рис. 21.16б).
   - Преходящее помутнение зрения развивается в одном или обоих глазах, длится несколько секунд, часто возникает при вставании и наклонах вперед.
   - ОЗ в норме или снижена.
   - Диски зрительных нервов сильно гиперемированы, умеренно проминируют, края нечеткие, мелкие поверхностные сосуды исчезают.
   - Венозное полнокровие, перипапиллярные геморрагии в виде «языков пламени», часто появляются ватообразные очаги.
   - При увеличении отека головка ЗН увеличивается, и на височной стороне появляются круговые складки сетчатки.
   - От центра фовеолы радиально идут твердые экссудаты в форме «макулярного веера» — неполная фигура «макулярной звезды» с недостающей височной стороной.
   - Расширение слепого пятна.
3. **Хроническая стадия** (рис. 21.16в).
   - ОЗ может быть различной, поля зрения начинают сужаться.
   - Диски зрительного нерва значительно проминируют (табл. 21.2), напоминая «пробку из-под шампанского».
   - Ватообразные очаги и геморрагии отсутствуют.
   - На поверхности диска развиваются оптоцилиарные шунты и друзоподобные отложения кристаллов (*corpora amylacea*).

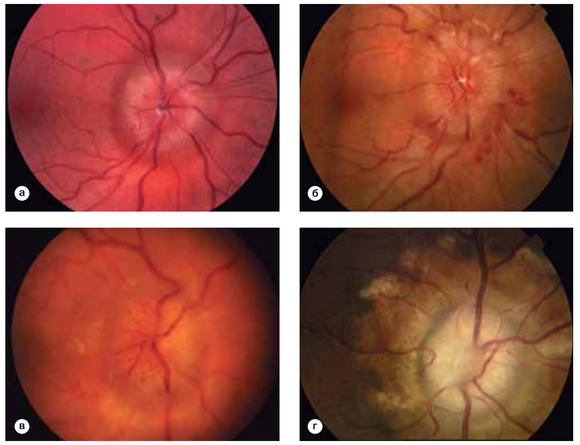


Рис. 21.16 Папиллярный отек: **(а)** ранняя стадия; **(б)** развитая стадия; **(в)** хроническая стадия; **(г)** атрофическая стадия (предоставлено P. Saine — рис. а)

4. **Атрофическая стадия** (вторичная атрофия зрительного нерва) (рис. 21.16г).
   - ОЗ значительно снижена.
   - Диски зрительного нерва грязно-серого цвета, немного проминируют, на поверхности — несколько кровеносных сосудов, края нечеткие.

Идиопатическая внутричерепная гипертензия

Идиопатическая внутричерепная гипертензия (ИВГ) заслуживает особого внимания. ИВГ определяют как повышенное внутричерепное давление при отсутствии объемного образования или расширения желудочков вследствие гидроцефалии с нормальными показателями СМЖ. ИВГ не опасна для жизни, но из-за папиллярного отека возможно развитие стойкого снижения зрения. 90% пациентов — женщины детородного возраста, страдающие ожирением, часто — с аменореей. Внутричерепная гипертензия также может развиваться в результате приема тетрациклина, налидиксовой кислоты и препаратов железа. Кроме того, ИВГ может сопровождаться апноэ во время сна.

Диагностика

1. **Признаки и симптомы** повышенного внутричерепного давления изложены ранее.
2. **Люмбальная пункция** выявляет давление > 250 мм вод. ст., отсутствие клеток воспаления, нормальный уровень глюкозы и белка. Однако давление бывает повышенным у тучных пациентов с нормальным внутричерепным давлением.
3. **Неврологические исследования** показывают желудочки нормального размера и часто — пустое турецкое седло. На МРТ может быть виден зрительный нерв, свободный от оболочки. Следует исключить венозный тромбоз синуса.
4. **Течение.** У большинства пациентов заболевание протекает длительное время со спонтанными рецидивами и ремиссиями, хотя иногда заболевание длится несколько месяцев. Летальные исходы редки, часто встречается значительная потеря зрения

Лечение

Основная цель — уменьшить головную боль и предотвратить снижение зрения.

1. **Прекратить прием препаратов**, вызывающих повышение внутричерепного давления.
2. **Регулярная периметрия** необходима для обнаружения ранних признаков или прогрессирующих изменений поля зрения.
3. **Диуретики** (например, ацетозоламид или тиазиды) являются препаратами выбора при лечении головной боли и изменении поля зрения. Топирамат помогает при особенно сильной головной боли.
4. **Снижение массы тела** у тучных пациентов, даже относительно небольшое, часто способствует разрешению папиллярного отека. Снижение следует осуществлять под контролем диетолога.
5. **Фенестрация зрительного нерва**, заключающаяся в надрезе менингеальных оболочек зрительного нерва, — безопасная и эффективная процедура, помогающая сохранить зрение, если выполнить ее своевременно, однако головные боли уменьшает редко.
6. **Люмбоперитонеальные или вентрикулоперитонеальные шунты** иногда накладывают, но риск их несостоятельности высок, и часто требуется хирургическая ревизия.
7. **Апноэ** во время сна следует лечить.

Таблица 21.2 Причины проминенции ДЗН

1. **Папиллярный отек**
2. **Выраженная гипертензия**
3. **Передняя оптическая нейропатия**
   - ишемическая
   - воспалительная
   - инфильтративная
   - компрессионная
4. **Папиллярный псевдоотек**
   - друзы диска зрительного нерва
   - косой диск зрительного нерва
   - перипапиллярные миелиновые нервные волокна
   - сдавление диска при гиперметропии
5. **Псевдоотек**
   - наследственная оптическая нейропатия Leber
   - отравление метанолом
6. **Интраокулярные заболевания**
   - окклюзия центральной вены сетчатки
   - задний увеит
   - задний склерит
   - гипотония

Продолжение следует

По вопросам приобретения издания «Клиническая офтальмология: систематизированный подход»

ЛОГОСФЕРА
интернет-магазин
(495) 748 51 16
ДЛЯ ОПТОВЫХ КЛИЕНТОВ
тел.: (495) 689 62 64; 771 34 58
e-mail: salesdep@logobook.ru
factor@logobook.ru
www.logobook.ru

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЛОГОСФЕРА»
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ в офтальмологии
СЕРИЯ ИЗ 6 КНИГ + DVD
Научные редакторы перевода
Аветисов С.Э., академик РАМН, заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор
Еричев В.П., доктор медицинских наук, профессор
Выход изданий: 2013/14 год
Телефон издательства (495) 748-50-57

Применение низкочастотной магнитотерапии в комплексном лечении глаукомной оптической нейропатии и послеоперационной кератопатии

Е.В. Голикова, Е.В. Маркова[1]

ОБУЗ «Офтальмологическая клиническая больница — офтальмологический центр»;

[1]ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В настоящее время используется широкий спектр медикаментозных, физиотерапевтических и хирургических методов лечения, направленных на нормализацию утраченных зрительных функций у пациентов с глаукомной оптической нейропатией (ГОН). Однако многие из них являются недостаточно эффективными, технология ряда вмешательств достаточно сложна и сопровождается риском возникновения осложнений и побочных реакций. Вместе с этим, в связи с большим распространением ультразвуковой методики удаления катаракты, в офтальмохирургии все большее внимание уделяется способам наиболее быстрой и эффективной коррекции послеоперационной кератопатии.

С учетом вышесказанного проблема поиска новых действенных способов лечения больных с данными заболеваниями остается чрезвычайно актуальной.

Новые возможности в решении этой задачи появились в связи с быстрым развитием магнитотерапии. Магнитные поля обладают выраженным противовоспалительным, анальгезирующим и противоотечным действием. Магнитотерапия способствует улучшению трофики, ускорению процессов регенерации тканей, эпителизации язвенных поверхностей, улучшению микроциркуляции [1, 2]. При воздействии на сетчатку низкочастотное магнитное поле способно оказывать положительное действие на биоэнергетические процессы в клетках нейроэпителия, стимулировать процессы регенерации нервной ткани, оказывая благоприятное влияние на восстановление возбудимости [3]. Исследования показали также, что магнитное поле (МП) ускоряет заживление ран роговицы, что проявляется в более быстром уменьшении отека и инфильтрации стромы, ускорении регенерации переднего и заднего эпителия [2].

Отсутствие в доступной отечественной и зарубежной литературе работ, посвященных оценке эффективности магнитотерапии в лечении ГОН и послеоперационной кератопатии, обусловило наши исследования по данной проблеме.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности применения магнитотерапевтического аппарата АМТО-01 diathera (производство ОАО «Государственный Рязанский приборный завод») в комплексном лечении глаукомной оптической нейропатии и послеоперационной кератопатии.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 26 больных (40 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ), разделенные в зависимости от стадии глаукомного процесса (17 глаз с развитой стадией ПОУГ, 23 — с далеко зашедшей). Пациенты данной группы наряду с медикаментозной терапией получали физиотерапевтическое лечение низкочастотным пульсирующим магнитным полем от 3 до 5 мТл с частотой 50 Гц прямоугольной формы АМТО-01 diathera. Курс лечения низкочастотной магнитотерапии составлял по 15 минут ежедневно. В зависимости от наблюдающегося объективного улучшения больные получили курс от 7 до 10 сеансов. До начала и после курса магнитотерапии всем больным проводили визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, периметрию (за норму принималось суммарное значение размеров поля зрения по 8 меридианам, равное 530°). Лечение назначалось с 1-го дня пребывания больного в стационаре. Контрольную группу составили 28 пациентов (40 глаз) с глаукомой II и III стадий, получающих стандартную медикаментозную терапию. Обязательным условием для пациентов обеих групп являлся нормализованный офтальмотонус медикаментозно или с помощью антиглаукоматозной операции.

Средний возраст больных в первой группе составил 69,5±7,1 года, в контрольной — 65,2±6,6 года.

С целью изучения влияния магнитного поля на репаративные процессы тканей глазного яблока было обследовано 40 больных (40 глаз) с умеренно выраженной послеоперационной кератопатией, диагностированной на следующий день после операции. У пациентов в данной группе до и после лечения проводилась визометрия и биомикроскопия. Лечение назначалось со вторых суток после операции. Контрольную группу составили 40 пациентов (40 глаз) с умеренно выраженной послеоперационной кератопатией, подобранных в соответствии с полом и возрастом, получающих стандартную медикаментозную терапию.

Таблица 1

Острота зрения у больных с ГОН в зависимости от стадии глаукомы и способа лечения до и после магнитотерапии в отн. ед.

Стадия глаукомы	Острота зрения			
	Способ лечения	До лечения	После лечения	Прирост
II	контроль	0,32±0,1	0,4±0,15	0,08
	магнитотерапия	0,35±0,12	0,46±0,12*	0,11
III	контроль	0,18±0,04	0,25±0,07	0,07
	магнитотерапия	0,16±0,05	0,25±0,04*	0,09

Примечание: * - p<0,05.

Таблица 2

Поле зрения у больных с ГОН в зависимости от стадии ПОУГ до и после лечения в градусах (M±m)

Стадия глаукомы	Поле зрения			
	Способ лечения	До лечения	После лечения	Прирост
III	контроль	210,6±38,3	232,4±38,7	21,8
	магнитотерапия	226,1±31,1	254,4±40,1	28,3
II	контроль	369,2±46,6	394,3±37,3*	25,1
	магнитотерапия	376,7±55,6	411,9±42,8*	35,2

Примечание:* - p<0,05.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов показал клиническую эффективность магнитотерапии в комплексном лечении пациентов с ГОН. В результате проведенной терапии низкочастотным магнитным полем в 67% случаев выявлено повышение остроты зрения, а в 64% — расширение границ поля зрения, уменьшение или исчезновение центральных скотом. В контрольной группе, куда включались пациенты, получавшие курс традиционной фармакотерапии, доля лиц с улучшением зрительных функций была меньше (58,2% и 51,2% соответственно).

Средний прирост остроты зрения при развитой и далеко зашедшей стадиях ПОУГ после курса магнитотерапии составил соответственно 0,11 и 0,09, что было в 1,3 раза больше, чем в контрольной группе *(табл. 1)*. Средние значения прироста поля зрения при II и III стадиях в группе, получавшей лечение низкочастотным магнитным полем, превышал аналогичные показатели контрольной группы в 1,4 и 1,3 раза *(табл. 2)*.

Эффективность применения низкочастотного магнитного поля также была определена в группе пациентов с послеоперационной кератопатией.

Значения остроты зрения после операции и на момент выписки составили соответственно 0,05±0,02 и 0,6±0,08, прирост остроты зрения — 0,55. Средний койко-день пребывания пациентов в стационаре составил 5,4. За тот же период времени в контрольной группе отмечался средний прирост остроты зрения 0,4 (с 0,06±0,02 до 0,46±0,08), что было ниже аналогичного показателя в группе с применением магнитотерапии в 1,4 раза.

Выводы

1. Магнитотерапия является эффективным способом лечения глаукомной оптической нейропатии, позволяющим добиться повышения остроты зрения в 67% случаев и расширения границ поля зрения — в 64%.

2. Показана высокая эффективность использования низкочастотного магнитного поля в терапии послеоперационной кератопатии, приводящей к более быстрому уменьшению инфильтрации, складчатости десцеметовой оболочки и, как следствие, большему приросту остроты зрения у больных с умеренно выраженной кератопатией в сравнении с контрольной группой.

3. Использование импульсного магнитного поля прямоугольной формы существенно повышает эффективность лечения больных с глаукомной оптической нейропатией и послеоперационной кератопатией и может быть рекомендовано для применения в офтальмологической практике.

Литература

1. *Ванштейн Е.С., Зобина Л.В.* Физиотерапия в офтальмологии // Курортология и физиотерапия: руководство в 2-х т. – М.: Медицина, 1985. – С. 566-590.

2. *Черикчи Л. Е.* Физиотерапия в офтальмологии. – Киев: ЗДОРОВ' Я, 1979. – 143 с.

3. *Листопадова Н.А., Шушанто К.Б.* Возможности магнитотерапии в стабилизации зрительных функций у больных глаукомой // Вестн. офтальмол. – 1996. – № 1. – С. 6-8.

Многофункциональные растворы и нативное состояние белков слезной пленки

BAUSCH+LOMB

Д-р Susan E. Burke

старший научный сотрудник, Международный отдел исследований в области офтальмологии компании Bausch + Lomb, Рочестер, Нью-Йорк

Действие белков

Влияние прикрепления белков слезы на поверхность, а также на внутреннюю структуру контактной линзы, изучается на протяжении десятилетий. Белки слезной пленки могут вызывать образование отложений на мягких контактных линзах уже через несколько часов. Клинически это может проявляться снижением остроты зрения, комфорта и смачиваемости, а также увеличением воспалительных осложнений, таких как папиллярный конъюнктивит и острый синдром «красного глаза». Принимая во внимание, что функция белков заключается в защите структур глаза от бактерий (напр., стрептококков и стафилококков), а также то, что белки участвуют в создании поверхностного натяжения слезы, способствующего естественной смачиваемости поверхности глаза, ученые ищут пути сохранения естественных белков на поверхности глаза и удаления только нежелательных «измененных» или «денатурированных» белков, которые прикреплены к контактной линзе.

В слезе содержится более 400 белков

На сегодняшний день в человеческой слезе было идентифицировано более 400 белков. Из них четыре основных белка определяются в значительных концентрациях: лизоцим, липокалин, лактоферрин и секреторный IgA.

Все эти белки образуются слезной железой и смешиваются со слезной пленкой. В исследованиях было продемонстрировано, что бактерии по-разному прикрепляются к контактным линзам, которые до этого надевали, и к новым линзам, при этом на ношенных линзах число жизнеспособных бактерий меньше. Принимая во внимание антимикробные свойства белков, присутствующих в слезной пленке в естественных условиях, можно рассматривать их наличие на поверхности или внутри контактной линзы как желательное. Лизоцим химически воздействует на внешние структуры бактериальных клеток, что приводит к гибели бактерии. Лизоцим является относительно небольшим белком с сильным положительным зарядом, и поэтому он быстрее вызывает образование отложений на некоторых материалах контактных линз, имеющих отрицательный заряд (а именно на ионных материалах, содержащих метакриловую кислоту, известных как материалы IV группы).

Липокалин улучшает свойства лизоцима и участвует в создании поверхностного натяжения слезы. В состав слезы входят жирные кислоты, которые могут инактивировать лизоцим, и липокалин свободно связывается с жирными кислотами, что способствует сохранению антимикробного действия лизоцима.

Бактериям для размножения необходимо железо. Лактоферрин связывается со свободным железом слезной пленки и снижает его доступность для бактерий, в результате чего подавляется их размножение. Сам по себе лактоферрин связывается с клеточными мембранами некоторых видов бактерий, напр., с бактериями рода *Streptococcus*, *Staphylococcus* и *Pseudomonas*, в результате чего ингибируется их размножение, а в присутствии лизоцима у лактоферрина была установлена активность в отношении *Staphylococcus epidermis*, что свидетельствует о синергизме между этими двумя белками.

В то время как синтез лизоцима, липокалина и лактоферрина связан с образованием жидкости в слезной железе, выделение секреторного IgA происходит по другому механизму. По мере уменьшения объема водянистой части слезы в течение ночи, концентрации других белков снижаются, в то время как секреторный IgA продолжает выделяться. Секреторный IgA выполняет защитную функцию, препятствуя прикреплению бактерии к поверхности глаза, а также создавая «оболочку» вокруг болезнетворной бактерии в виде молекул. Эти молекулы привлекают в слезную пленку полиморфноядерные лейкоциты, которые уничтожают бактериальную клетку.

Белки имеют трехмерную структуру

Белки — это длинные цепочки молекул аминокислот, основными элементами которых являются углерод, водород, азот, кислород и сера. Неповторимость белков обусловлена не только последовательностью расположения молекул, но также и тем, как эти цепочки связываются между собой и образуют трехмерную структуру. Такая трехмерная структура определяется окружающей средой, в которой находится белок. В «воде» гидрофобные участки белка устремляются внутрь, а гидрофильные участки — в наружные отделы трехмерной структуры. Когда белки прикрепляются к гидрофобной поверхности контактной линзы, организация белков начинает изменяться, т.е. происходит денатурация. На их естественное состояние также влияют другие факторы, такие как уровень pH, нагревание и наличие солей.

Сохранение естественного состояния слезы

Для естественной биологии слезы характерно образованием трехмерных белков, таких как лизоцим, защищающих глаз от микроорганизмов. Было установлено, что при денатурации лизоцима, в результате которой изменяется его естественная трехмерная конфигурация, происходит снижение его бактерицидного действия. Принимая во внимание то, что на долю лизоцима приходится 20-40% общего содержания белка в слезе, для сохранения его защитного действия представляется желательным предотвращение процессов денатурации. Для поддержания оптимального антибактериального действия необходимо сохранение сложной молекулярной структуры белков.

Представление о взаимодействии компонентов многофункциональных растворов для ухода за линзами (МФР) с компонентами слезной пленки имеет большое значение, так как компоненты МФР контактируют с глазом при надевании контактных линз после очищения, дезинфекции и хранения линз в таком растворе. МФР могут оказывать влияние на компоненты слезной пленки в результате процессов денатурации беков и последующего образования отложений на контактных линзах. В недавно проведенном исследовании in vitro изучалась способность новых исследуемых многофункциональных растворов (МФР) компании B&L и четырех доступных в продаже МФР стабилизировать белок (лизоцим) и предотвращать его денатурацию. Результаты свидетельствовали о значительных отличиях способности МФР сохранять белок слезы лизоцим в нативном состоянии. Очевидно, что состав и физические свойства МФР могут влиять на их взаимодействие с лизоцимом. Исследуемые растворы: изучалось пять МФР (один новый и четыре уже доступных в продаже). МФР А: новый МФР компании B&L: (борат/полоксамин); МФР Б: борат/цитрат/полоксамин; МФР В: борат/цитрат/полоксамин; МФР Г: трометамин/фосфат/полоксамер; МФР Д: фосфат/полоксамер.

Как выводятся белки?

Денатурированные белки на поверхности линзы оказывают неблагоприятное влияние на зрение и комфорт, поэтому желательно их удаление. Тем не менее сегодня рассматриваются возможные способы сохранения благоприятного естественного состояния белков, в котором они обладают антибактериальным действием. Был разработан ряд компонентов, которые позволяют удалять денатурированные белки, поддерживая при этом равновесие с естественными белками на линзе. С химической точки зрения при удалении белков задействованы ионные заряды молекул и силы Ван-дер-Ваальса, которые как небольшой магнит притягивают слабо связанные с поверхностью денатурированные белки.

Влияние на удовлетворенность пациентов, которые носят линзы

За линзами многократного ношения необходимо ухаживать, чтобы увеличить продолжительность их использования и износостойкость линз при ношении в течение рекомендуемого периода до замены линз. Продукция для ухода за контактными линзами предназначена для сохранения «ощущения новой линзы» в течение этого времени. Анализ естественной среды глаза вдохновляет на поиск новых путей ухода за линзами in vivo.

Литература

1. Eones, L. et al. An in vivo comparison of the kinetics of protein and lipid deposition on group II and group IV frequent-replacement contact lenses. Optometry and Vision Science: official publication of the American Academy of Optometry 2000; 77: 503-510.

2. Gellatly KW, Brennan NA, Efron N. Visual decrement with deposit accumulation of HEMA contact lenses Am J Optom Physiol Opt 1988; 65: 937-41.

3. Nilsson SE, Andersson L. Contact lens wear in dry environments. Acta Ophthalmol (Copenh) 1986; 64: 221-5.

4. Pritchard N, Fonn D, Weed K. Ocular and subjective responses to frequent replacement of daily wear soft contact lenses. CLAO J 1996; 22: 53-9.

5. Bleshoy H, Guillon M, Shah D. Influence of contact lens material surface characteristics on replacement frequency. ICLC 1994; 21: 82-93.

6. Grant T, Holden BA, Rechneberger J, Chong MS. Contact lens related papillary conjunctivitis (CLPC): influence of protein accumulation and replacement frequency. Invest Ophthalmol Vis Sci 1989; 30 (suppl.): 166.

7. Porazinski AD, Donshik PC. Giant papillary conjunctivitis in frequent replacement contact lens wearers: a retrospective study. CLAO J 1999; 25: 142-7.

8. Kotow M, Holden BA, Grant T. The value of regular replacement of low water content contact lenses for extended wear. J Am Optom Assoc 1987; 58: 461-4.

9. Tiffany, J. The normal tear film. Developments in Ophthalmology 2008; 41: 1-20.

10. Williams, TJ, Schneider, RP & Willcox, MDP. The effect of protein-coated contact lenses on the adhesion and viability of gram negative bacteria. Curr Eye Res 2003; 27: 227-235.

11. Nagyova, B, Tiffany, JM, Components responsible for the surface tension of human tears. Current Eye Research 1999, Vol. 19, No. 1, Pages 4-11.

12. Gasymov, OK, Abduragimov, AR, Yusifov, TN & Glasgow, BJ. Interaction of tear lipocalin with lysozyme and lactoferrin. Biochemical and Biophysical Research Communications 1999; 265: 322-325.

13. Flanagan, JL & Willcox, MDP. Role of lactoferrin in the tear film. Biochimie 2009; 91: 35-43.

14. Masschalck, B, Van Houdt, R, Van Haver, EG. & Michiels, CW. Inactivation of gram-negative bacteria by lysozyme, denatured lysozyme, and lysozymederived peptides under high hydrostatic pressure. Appl Environ Microbiol 2001; 67: 339-344.

15. Barniak,V., Burke, S., Venkatesh, S., Presented at; Annual Meeting of the American Academy.

Чуткие пальцы вместо зорких глаз

В 1991 году в Санкт-Петербургском медицинском техникуме № 2 открылось Специальное отделение для инвалидов по зрению, дающее возможность получить специальность массажиста незрячим и слабовидящим людям. В советское время овладеть этой профессией люди с ограниченными визуальными возможностями, проживающие на просторах огромной страны, могли только в Кисловодском медицинском училище в Ставропольском крае. Конкурс в это учебное заведение был огромным. Многие способные и трудолюбивые абитуриенты не проходили жёсткий отбор и были вынуждены разочарованными возвращаться в родные края, расставшись с мечтой о заветном дипломе… В начале девяностых годов по примеру Кисловодска специальные отделения для подготовки массажистов стали создавать и в других российских городах, в том числе в Северной столице.

Илья Бруштейн

Востребованная специальность

В техникум корреспондент газеты «Поле зрения» приехал по приглашению заведующей Специальным отделением для инвалидов по зрению Ирины Ивановны Николаевой. Она работает здесь уже двадцать лет. В начале нашей беседы моя собеседница попросила не употреблять в материале выражение «учащийся техникума», встречающееся во многих журналистских статьях.

«В настоящее время в России средние специальные учебные заведения по уровню подготовки приблизились к вузам. Наши питомцы являются СТУДЕНТАМИ, а не учащимися и хотят, чтобы к ним обращались именно так», – подчеркнула И.И. Николаева. В настоящее время обучение в Специальном отделении проходят в общей сложности 90 человек: 33 студента на первом курсе, 20 – на втором, 37 – на третьем. Из них 20 человек являются полностью незрячими, 70 будущих массажистов – слабовидящие.

«Когда обучение незрячих и слабовидящих людей профессии массажиста происходило только в Кисловодске, ситуация была просто катастрофическая… – рассказывает И.И. Николаева. – Во-первых, мест категорически не хватало. Во-вторых, далеко не все незрячие люди из дальних регионов имели возможность приехать на учёбу в Ставропольский край. Тогдашний руководитель Кисловодского медицинского училища Николай Иванович Чаплыгин стал обращаться к своим коллегам-директорам из медицинских учебных заведений, а также в органы государственной власти с предложениями распространить опыт обучения массажу инвалидов по зрению на другие регионы. Его призыв был услышан. Специальные отделения открылись не только в Санкт-Петербурге, но и в Москве, Омске, Владивостоке и других городах».

Директором Санкт-Петербургского медицинского техникума № 2 в то время была Евгения Алексеевна Родина. Именно она стала инициатором создания Специального отделения. Кстати, почти все его преподаватели проходили стажировку в Кисловодском медицинском училище.

Ограничений по возрасту для поступающих в техникум не существует. Здесь учатся и семнадцатилетние выпускники школ, и люди, уже успевшие отметить полувековой юбилей. Все иногородние студенты за символическую плату обеспечиваются общежитием.

«Главной отличительной чертой профессии массажиста я считаю её востребованность, – подчёркивает И.И. Николаева.– Восемьдесят процентов выпускников Специального отделения находят работу по специальности». Тема востребованности приобретённых знаний и навыков, ситуации на рынке труда постоянно звучала в беседах с преподавателями и студентами техникума.

В последние годы значительное число выпускников школ для инвалидов по зрению стало поступать в высшие учебные заведения. Девушки и парни успешно учатся в вузах, приобретают специальности юристов и экономистов, историков и филологов, программистов и бухгалтеров… Но после получения университетского диплома нередко оказывается, что трудиться по любимой специальности человеку с ограниченными возможностями здоровья не суждено.

Проблема трудоустройства, в первую очередь, касается полностью незрячих людей, а также лиц с тяжёлыми формами инвалидности по зрению. Заведующая Специальным отделением рассказывает о многочисленных абитуриентах, решивших стать массажистами, уже имея высшее образование. «Их привлекает возможность работать и зарабатывать, не быть обузой для родственников и близких», – рассказывает Ирина Ивановна.

Особо трудная ситуация складывается у тех, кто потерял зрение уже в зрелом возрасте. Таких студентов здесь немало. Не все из них сразу полюбили профессию массажиста… Для кого-то учёба в техникуме стала «вынужденным решением». И всё же большинство студентов с каждым днём занятий всё больше и больше увлекаются массажем, с удовольствием осваивают новые техники.

«Они приходят сюда по воле обстоятельств, повинуясь превратностям судьбы… А в конце концов находят себя в интереснейшем деле. Я уверена в том, что человек не сможет работать массажистом только из-за денег. Это должен быть выбор не только разума, но и сердца», – отмечает И.И. Николаева.

Заведующая Специальным отделением И.И. Николаева проводит урок массажа

Овладеть искусством нравиться

В процессе учёбы студенты подробно изучают различные виды массажа: оздоровительно-профилактический, точечный, сегментарно-рефлекторный, соединительнотканный. Особое внимание уделяется детскому массажу (включая работу с грудничками), а также применению массажа при конкретных недугах. Очевидно, что больному ревматизмом требуется иной массаж, чем человеку, пережившему инсульт.

Всего за три года обучения студентам предлагается более 1000 часов практических занятий. Не забывают в техникуме и о теоретических дисциплинах. Здесь изучаются анатомия, фармакология, сестринское дело. Студентам преподают основы хирургии и педиатрии, а также инфекционной безопасности.

Обучение студентов Специального отделения практически полностью соответствует программе, предлагаемой их «глазастым» сокурсникам, осваивающим специальность «медицинская сестра / медицинский брат». Правда, курс «сестринского дела» представлен в сокращённом объёме. Из него исключены пункты, которые, по мнению методистов техникума, требуют хороших визуальных способностей. Студентов учат правильно переворачивать больных, ставить им банки, горчичники… Но делать уколы и ставить капельницы им не разрешают.

С другой стороны, некоторые предметы преподаются в расширенном объёме. Например, курс «психологии» включает в себя темы, связанные с психологической реабилитацией инвалидов по зрению, взаимоотношениям относительно здоровых людей и людей с «особыми» потребностями. «Мне представляется, что «психология» является одним из важнейших предметов для будущего массажиста, – подчёркивает И.И. Николаева. – Людям этой профессии необходимо овладеть искусством нравиться, устанавливать психологический контакт с пациентами. Но при этом необходимо сохранять чувство собственного достоинства».

Что означает «искусство нравиться» применительно к незрячим и слабовидящим массажистам? Это способность забыть о собственных проблемах, собственной инвалидности и полностью эмоционально сконцентрироваться на делах и заботах пациента. Большинство людей связывают с массажем позитивные ассоциации. Массаж – это расслабление, спокойствие, чувство гармонии. Соответственно и сам массажист должен выглядеть умиротворённым и счастливым.

Массаж: искусство, ремесло, наука

Каким образом сама Ирина Ивановна Николаева увлеклась массажем? Как пришла к этой профессии?

– В 1974 году я окончила Ленинградское медицинское училище № 8 по специальности «медицинская сестра». До 1985 года работала в городской больнице им. Урицкого. Кстати, в училище массаж нам не преподавали. Мне уже тогда это казалось неправильным. Думается, что этот предмет должен стать неотъемлемой частью и среднего специального, и высшего медицинского образования.

В 1986 году И.И. Николаева поступила на биологический факультет Ленинградского педагогического института им. А.И. Герцена (сейчас – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена). В 1992 году получила диплом преподавателя биологии, химии и анатомии. В том же году стала преподавать анатомию студентам Специального отделения Санкт-Петербургского медицинского техникума № 2. С 1993 года – ведёт занятия по массажу. В 2010 году назначена руководителем отделения.

– Я стала осваивать массаж с 1988 года, будучи студенткой педагогического института. В то время в стране активно шла перестройка, развивалось кооперативное движение, стали возникать различные платные образовательные курсы. Я пошла на платные занятия по массажу. Понравилось! Потом посещала другие курсы, училась у различных массажистов, читала методическую литературу… В общем, к моменту окончания института стала профессиональной массажисткой.

Ещё в студенческие годы у Николаевой появились первые частные клиенты. Она стала специализироваться на детском массаже, на работе с грудничками, родившимися с патологией. Ирина Ивановна и сейчас продолжает заниматься массажной практикой. Она считает, что преподавать массаж может и должен только практикующий массажист, который передаёт собственный опыт, а не просто пересказывает материал учебников и методических пособий.

Студент Матвей Атаманенко проводит массаж студенту Руслану Абдину

«Для меня массаж – это одновременно искусство, ремесло и наука, – поясняет И.И. Николаева. – Например, далеко не каждый массажист способен правильно провести избирательный постинсультный массаж. А ведь от него, во многом, зависит процесс реабилитации! С помощью массажа у больных, перенесших инсульт, восстанавливается правильная работа мышц, а значит – работа конечностей. Кстати, это вид массажа недаром называют «избирательным». Массажисту нужно знать, какие мышцы следует расслаблять, а какие – тонизировать. Главное, ничего не перепутать, чтобы не нанести вред больному!»

Ирина Ивановна подчёркивает, что врачебный принцип «Не навреди!» в полной мере относится и к массажистам. При кривошее, диспозиции тазобедренного сустава у новорожденных и ряде других заболеваний жизненно важно не упустить время. У родителей маленьких пациентов нет возможности оценить профессиональную квалификацию массажиста. Руководители лечебных учреждений тоже не всегда могут и хотят организовывать инспекции и проверки. Поэтому главным критерием оценки работы массажиста становится его собственная совесть.

Без дипломатических способностей не обойтись!

Я попросил Ирину Ивановну поделиться какими-либо случаями из педагогической практики.

– Не секрет, что инвалидность по зрению нередко сочетается с другими сопутствующими заболеваниями. Некоторые из этих заболеваний препятствуют работе массажиста. Или существенно эту работу осложняют. Например, несколько лет назад у нас учился незрячий юноша с поражением центральной нервной системы, вызывающем контрактуру – значительные ограничения движения суставов, отсутствие возможности полностью согнуть или разогнуть руку… Откровенно говоря, с таким диагнозом мы, вообще, не должны были принимать его на учёбу. Но у парня было страстное желание овладеть профессией массажиста, огромное трудолюбие. Он упорно боролся с последствиями своей болезни, старался адаптировать распространённые массажные техники в соответствии со своими возможностями. И у него всё получилось! Теперь его пациенты даже не догадываются о том, что у их массажиста не только отсутствует зрение, но и наличествует дефект суставов.

Заведующая отделением также обратила внимание, что будущим массажистам нужно учиться быть деликатными и дипломатичными.

– Некоторым выпускникам техникума не удаётся «ужиться» на рабочем месте, хотя они являются вполне грамотными и добросовестными специалистами. Но им, к сожалению, не хватает дипломатических способностей. Массажисты должны понимать, что они являются помощниками врачей, но не имеют право комментировать их действия. Ни в коем случае нельзя озвучивать пациенту свои сомнения в правильности назначенного ему лечения! Такие случаи приводят к конфликтам между массажистами и лечебным персоналом.

Урок анатомии проводят заведующая Специальным отделением И.И. Николаева и преподаватель В.В. Кривенкова

Студенты изучают массаж шейно-воротниковой зоны

Заведующая Специальным отделением И.И. Николаева, преподаватель В.В. Кривенкова со студентами

Хотела бы работать в структуре ВОС

Во время посещения техникума мне хотелось побольше пообщаться со студентами. Ольге Васильевне Кононовой 47 лет. Она инвалид второй группы по зрению, больна диабетом. В 1987 году окончила Ленинградский энергетический техникум. В течение десяти лет работала секретарём в офисе энергетической компании. Из-за ухудшения зрения любимую работу пришлось оставить.

Но Ольга Васильевна не упала духом. Сидеть дома она не стала. Бралась за любую работу: трудилась приемщицей в химчистке, менеджером в службе знакомств, распространителем рекламной продукции… «Самое главное для меня – быть среди людей, не сидеть на месте, узнавать что-то новое. В этой и заключается мой рецепт успешной реабилитации», – поделилась своими мыслями О.В. Кононова.

Хочет ли она после окончания техникума работать массажистом? «Честно говоря, нет. Но это совсем не значит, что я учусь спустя рукава и занимаю чьё-то место. Я влюбилась в массаж, считаю его важнейшей частью мировой культуры… С удовольствием провожу сеансы массажа для друзей, родственников, товарищей по местной организации Всероссийского общества слепых… Это для меня хобби, а не будущая профессия!»

Скоро О.В. Кононовой предстоит покинуть стены техникума. Какой опыт она здесь приобрела? Чему научилась? «О своей учёбе я могу сказать только одним словом – ЧУДО. Это чудо – в 45-47 лет снова стать студенткой, учиться вместе с парнями и девушками, которые тебе в дети годятся! Энергия юности заряжает. Я почувствовала себя на двадцать лет моложе! И мой пример отнюдь не является исключением. В техникуме учатся люди самых разных возрастов. Мы прекрасно ладим друг с другом».

Ольга Васильевна отметила, что, помимо навыков массажа, для неё важны и полезны знания по медицинским предметам, основам педиатрии, терапии, хирургии и т.д. «Теперь я гораздо лучше понимаю свой организм, своё состояние здоровья».

Есть ли у Кононовой профессиональные планы? «Мне бы хотелось работать в одной из структур Всероссийского общества слепых. Общественная работа в ВОС занимает меня в течение многих лет. Думаю, что могла бы быть полезна нашему обществу и в качестве штатного сотрудника».

Я знаю, что могу помочь людям!

О.В. Кононова пришла учиться для расширения кругозора, приобретения нового жизненного опыта… У большинства студентов мотивация иная. Они хотят стать профессиональными массажистами, а не просто массажистами-любителями. «Я знаю, что могу помогать людям, быть им полезен – это главный вывод после двух с половиной лет учёбы», – утверждает Руслан Геннадьевич Абдин.

Руслан родился в 1977 году. Окончил торгово-экономический техникум. Работал в различных коммерческих организациях. В 2008 году после автомобильной аварии полностью потерял зрение: произошла отслойка сетчатки.

– Наступившая слепота в одно мгновение изменила мою жизнь. Раньше я жил самостоятельно. После потери зрения переехал к маме, в город Гатчину Ленинградской области. В течение первого года после произошедшей трагедии мне ничего не хотелось делать, находился в глубокой депрессии…

Однажды мама Руслана вспомнила, что её бывшая одноклассница Л.В. Шайнюк является секретарём Гатчинской местной организации Всероссийского общества слепых, и обратилась к ней за помощью. Людмила Васильевна встретилась с Русланом, стала приглашать его на различные мероприятия, проводимые в его родном городе. «Я понял, что незрячие люди тоже могут жить полноценной жизнью, самостоятельно ориентироваться в городской среде, работать по специальности, заниматься спортом, весело проводить время…»

В 2010 году Абдин поступил в Санкт-Петербургский медицинский техникум и стал активно заниматься гиревым спортом. «У меня дома стоят две чугунные гири по 16 килограммов каждая. Тренируюсь ежедневно по два часа. И так радостно и спокойно на сердце становится!»

Руслан научился самостоятельно добираться от родительского дома в Гатчине до техникума. Освоил и много других маршрутов. «Стараюсь прислушиваться к звукам проезжающих машин, к шуму ветра, запоминать ориентиры… В первое время мне было тяжело ходить одному, потому что я постоянно вспоминал свою прошлую жизнь, переживал из-за утраченного зрения… Но теперь я уже привык, и считаю своё нынешнее состояние совершенно нормальным и естественным. В любом случае человек может прожить достойно и благополучно».

Руслан рассказывает о практике, которую он проходил в детском санатории для больных ДЦП, расположенном в посёлке Комарово Курортного района Санкт-Петербурга. «И родители, и дети, и руководство санатория отзывались о моей работе очень доброжелательно. Особенно приятно, что с помощью массажа мне удалось улучшить самочувствие наиболее тяжёлых пациентов, прикованных к инвалидной коляске…»

Молодой человек хотел бы после окончания техникума работать детским массажистом. А ещё он думает об участии в соревнованиях для спортсменов-гиревиков. Надеется скоро начать жить отдельно от мамы: хочет снять отдельную квартиру. В общем, у Руслана много планов. Общаясь с ним, создаётся впечатление, что парень слов на ветер не бросает. Всё у него должно получиться!

Уже в начальной школе решила стать массажистом

«Уже в начальной школе я знала, что стану массажистом. Наверное, это случилось во втором или в третьем классе», – рассказывает Наталья Спиридонова. Она родилась в 1990 году в Великом Новгороде. С 1998 года по 2006 год училась в Санкт-Петербургской школе-интернате для незрячих и слабовидящих детей им. К.К. Грота. С 2006 года по 2010 год продолжила обучение в аналогичном учебном заведении своего родного города.

«На одном из уроков наша учительница начальной школы стала увлечённо рассказывать о Санкт-Петербургском медицинском техникуме, где незрячие и слабовидящие люди получают профессию массажиста. Мне очень понравился этот рассказ, и дома я сообщила всем родственникам, что тоже стану массажисткой. Меня все поддержали. Можно сказать, что выбор профессии был сделан окончательно и бесповоротно».

У Натальи имеется крошечный остаток визуальных возможностей. «Я могу различить основные цвета, отделяю свет от тьмы, могу видеть силуэты крупных предметов… Это большое богатство, которое я очень ценю. Вот, мой муж Максим – тотально незрячий с рождения, для него не существует ни света, ни темноты».

Наталья вышла замуж в двадцать лет. За прошедшие два года она ни разу не пожалела о раннем замужестве. «Я всегда мечтала о том, чтобы полюбить человека один раз – и на всю жизнь. И в лице Максима нашла мужчину своей мечты». Её супруг учится в Санкт-Петербургском Политехническом университете. Молодая пара живёт отдельно от родителей, снимает жильё.

Главное увлечение Наташи – её любимая кошка редкой породы «плюшевый экзот». Как говорит девушка, «это самая красивая, умная и ласковая кошка на свете!» Ещё героиня нашей статьи, как и многие её ровесницы и ровесники, любит проводить время в Интернете и общаться в социальных сетях.

Что самое трудное для Натальи Спиридоновой в работе массажиста? «Мне нелегко массировать полных, грузных людей… Дело в том, что сама я маленькая и худенькая. Но мне хотелось бы стать детским массажистом, и с этой проблемой во время работы сталкиваться не буду».

Будущий детский массажист знает много сказок. И собирается рассказывать их своим маленьким пациентам. А ещё Наталья отмечает, что учёба в медицинском техникуме, изучение сестринского дела обязательно поможет ей в уходе за собственными детьми, когда они у неё появятся. Наталья и Максим, как и большинство молодых пар, мечтают о продолжении рода. Вот только учёбу нужно сначала закончить… ■

Фотографии автора

Surgix
ophthalmic surgical products

HOYA
SURGICAL OPTICS

ПРЕДСТАВЛЯЮТ

ЯПОНСКОЕ КАЧЕСТВО

Устройство для интраокулярной коррекции зрения iSert модель 251

- в инжекторе для имплантации
- идеальная оптика
- самый острый край
- реальный разрез 2,2 мм и менее

www.surgix.ru info@surgix.ru

издательство Апрель

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.aprilpublish.ru

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. E-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: октябрь 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 «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.