

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№ 1 Февраль 2011

Поздравляем!

С праздником 8 марта!

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Дорогие женщины!

От души поздравляю вас с весенним, солнечным праздником – Днем 8 Марта! Вы – украшение любого коллектива, ваш задор и оптимизм делают повседневные будни праздником.

Милые женщины, добрые, верные!
С новой весной вас, с каплями первыми,
Мирного неба вам, солнца лучистого,
Счастья заветного, самого чистого!
Много вам ласки, тепла, доброты,
Пусть исполняются ваши мечты!

От имени всех мужчин-офтальмологов,
Ваш главный редактор

С. Аветисов

Кафедре глазных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова – 150 лет

Кафедра глазных болезней медицинского факультета Московского университета была создана в 1860 г. под названием «кафедра теоретической офтальмологии». До этого времени, начиная с 1805 г., дисциплину преподавали в курсе хирургических болезней: первым лектором был профессор Ф.А. Гильдебрандт, а с 1830 по 1846 гг. преподавание вел декан медицинского факультета профессор А.Е. Эвениус. Должность заведующего кафедрой оставалась вакантной до 1863 г., когда руководство ею принял и осуществлял до 1892 г. профессор Г.И. Браун. 4 ноября 1892 г. при Московском университете была открыта глазная клиника, и кафедра получила собственное помещение в



клиническом городке на Девичьем поле (ныне Большая Пироговская улица). Заведующим кафедрой и глазной клиникой был назначен профессор Алексей Николаевич Маклаков. Клиника помещалась в одном здании с клиникой пропедевтики внутренних болезней, занимающая правую половину двухэтажного дома, и была рассчитана на 34 койки; имелось 2 отделения, операционная, амбулатория. В левом крыле здания находились библиотека, 3 лаборатории (клиническая, бактериологическая и фотографическая), кабинеты профессора и ассистента. Профессор А.Н. Маклаков уделял огромное внимание

благоустройству клиники и вопросам наглядности преподавания, собственноручно написал маслом серию таблиц на холсте и рисунок на стекле с изображением различных заболеваний глаз. В 1884 г. он создал прибор для измерения внутриглазного давления (аппаратный тонометр), который и в наши дни повседневно используют глазные врачи; впервые обратил серьезное внимание на профессиональные болезни глаз, подробно описав клинику электроофтальмии (ожог ультрафиолетовыми лучами), был пионером применения

> стр. 3

10 февраля 2011 г. в НИИ глазных болезней РАМН прошло заседание Московского общества офтальмологов на тему «Сложности диагностики начальных внутриглазных опухолей».

В заседании приняли участие ведущие офтальмоонкологи России.

Заседание открыл председатель Московского научного общества офтальмологов, член-корреспондент РАМН, профессор С.Э. Аветисов. В своем вступительном слове председатель МНОО С.Э. Аветисов обозначил важность проблемы: «Нет такого заболевания в офтальмологии, при котором неправильная диагностика может принести столько проблем, касающихся не только органа зрения, но и здоровью человека вообще».

По традиции профессор С.Э. Аветисов представил аудитории докладчиков заседания: академик А.Ф. Бровкина (Москва), профессор И.Е. Панова (Челябинск), профессор С.В. Саакян (Москва) и профессор Е.Е. Гришина (Москва). Это ведущие и авторитетные в области офтальмоонкологии специалисты в России.

Открывая заседание общества, академик А.Ф. Бровкина от имени всех присутствующих сердечно поздравила Сергея Эдуардовича Аветисова с присуждением звания «Заслуженный деятель науки РФ».

А.Ф. Бровкина поблагодарила главного офтальмолога МЗ Челябинской области, заведующую кафедрой офтальмологии Уральской государственной медицинской академии последилового образования профессора И.Е. Панову за участие в заседании Московского научного общества офтальмологов. «Это первый случай, когда коллега из региона принимает участие в заседании столичного общества, что является действительным доказательством истинного единения науки центра и всех регионов», – сказала академик А.Ф. Бровкина.

Далее участники заседания перешли к рабочей повестке.

Первой с докладом «Возможна ли уточненная диагностика начальных меланом хориоидеи?» выступила академик РАМН А.Ф. Бровкина. В начале доклада были освещены вопросы эпидемиологии меланом хориоидеи. Автор обратила внимание, что в последние годы среди зарубежных коллег наметилась устойчивая тенденция наблюдения за маленькими меланоцитарными опухолями. Связано это с тем, что, по мнению ряда специалистов, единственным тестом дифференциации хориоидальных меланом и невусов является задокументированный рост опухоли. В то же время в литературе

Сложности диагностики начальных внутриглазных опухолей

Заседание Московского научного общества офтальмологов

имеются указания, что увеличивается в размерах в течение 2 лет только 1/5 всех меланом и 30% – в течение 3 лет наблюдения. Докладчик подразделяет меланоцитарные опухоли на стационарные невусы, прогрессирующие невусы и меланомы. Прогрессирующие невусы – это группа риска трансформации невуса в меланому. Иллюстративно были представлены офтальмоскопические признаки этих трех групп. Особое внимание уделено клиническим признакам начальных меланом хориоидеи и вопросам дифференциальной диагностики невусов и начальных меланом хориоидеи.

В своем докладе «Значение визуализирующих методов исследования в диагностике меланоцитарных опухолей» профессор И.Е. Панова (Челябинск) говорила о том, что использование диагностических методов исследования при меланомах хориоидеи следует начинать со стандартных, таких как биомикроскопия, биомикроофтальмоскопия,

офтальмоскопия, диафаноскопия, ультразвуковое исследование. Дорастоящие методы лучевой диагностики следует назначать только в случаях больших опухолей для оценки распространенности процесса в орбиту и параорбитальные области.

Профессор С.В. Саакян представила в докладе сведения о диагностике начальных ретинобластом. Автор особо отметила, что первый офтальмологический осмотр новорожденных должен проводиться в роддоме, т.к. при раннем выявлении опухоли прогноз для жизни ребенка более благоприятный. Также были освещены показания к различным методам лечения данной опухоли. Докладчик подчеркнула, что широко применявшееся ранее облучение орбит в настоящее время нецелесообразно, т.к. в отдаленном периоде (через 20-30 лет) у пациентов могут развиваться вторичные опухоли.

С докладом «Ранняя клиническая диагностика начальных метастазов в хориоидею» выступила

профессор Е.Е. Гришина. Автор показала основные клинические признаки метастазов в хориоидею. Было отмечено, что на прогноз для зрения влияет своевременность выявления и начала лечения метастатического поражения хориоидеи. Е.Е. Гришина обратила внимание на необходимость назначения лучевой терапии больным с метастатической внутриглазной опухолью.

В конце заседания докладчики ответили на большое количество вопросов, касающихся различных методов диагностики внутриглазных новообразований.

Подводя итоги заседания, можно заключить, что для лучшего витального и функционального прогноза необходима своевременная (на ранней стадии заболевания) диагностика и лечение внутриглазных новообразований.

Специально для газеты «Поле зрения» материал подготовила А.С. Стоюхина

Поздравляем!



Научно-исследовательского института глазных болезней РАМН, профессору С.Э. Аветисову присвоено звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации» за заслуги в научной деятельности.

Читатели и редакция газеты «Поле зрения» от души поздравляют главного редактора газеты, директора НИИ глазных болезней РАМН, члена-корреспондента РАМН, профессора С.Э. Аветисова с присвоением почетного звания «Заслуженный деятель науки Российской Федерации».

Уважаемый
Сергей Эдуардович!

Желаем Вам крепкого здоровья, новых научных открытий, счастья, исполнения всех надежд. Пусть Ваша энергия и творческий потенциал позволят и в дальнейшем реализовывать самые смелые и масштабные проекты.

Указом Президента Российской Федерации от 2 января 2011 г. № 8 доктору медицинских наук, члену-корреспонденту Российской академии медицинских наук, директору Учреждения Российской академии медицинских наук

МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ



18-20 февраля 2011 года в Стамбуле прошла XV зимняя конференция ESCRS с участием Отдела хирургии катаракты и нарушений рефракции Турецкого офтальмологического общества

В рамках конференции прошли четыре главных симпозиума по темам «Лечение непредвиденных осложнений», «Хирургия катаракты в пораженном глазу», «ИЮЛ премиум-класса» и «Современные стратегии лечения ретинопатии». Из клиники глазных болезней медицинского факультета Церрахпахса велась прямая трансляция операций.

«Я хочу выразить благодарность членам правления ESCRS, которые проявили настойчивость и желание соединить Восток и Запад во благо помощи всему человечеству», – заявил доктор Bekir Sitti Aslan, руководитель офтальмологической клиники при больнице Университета экономики и технологий TOBB. – Этот форум отвечает потребности каждого офтальмолога – члена общества в научной и социальной сфере, поскольку его цель сформулирована

следующим образом: улучшить взаимодействие между научными кругами и обществом; способствовать обмену информацией между различными объединениями и отдельными офтальмологами, занимающимися разработками в области науки и технологий».

Турция – страна с давними и весьма авторитетными традициями лечения глазных болезней, берущими свое начало с XIX века. Добившись в основном убедительной победы над большинством главных причин слепоты и нарушений зрения, турецкие офтальмологи бросили вызов проблемам и спорным вопросам нового тысячелетия. «Офтальмология уже много десятилетий является передовой специальностью в турецкой медицине», – отметил доктор Bekir Sitti Aslan. – В начале XX столетия в больнице общего профиля должно было быть три специалиста: терапевт, хирург и офтальмолог. Подготовка специалистов в офтальмологии претерпела ряд эволюционных изменений. На заре прошлого века профессора офтальмологии приезжали в нашу страну главным образом из Франции. В 1934 году в науку получил большое развитие германский подход. Это было связано с назначением профессора Джозефа Ингершеймера (Josef Ingersheimer) руководителем кафедры офтальмологии Стамбульского университета». Среди выдающихся фигур офтальмологии первой половины XX века следует назвать таких деятелей, как Сократ Александис, Нури Фехми Айбек, Ниязи Исмет Гочу, Мисакян и Ирфан Башар. Эсат Ишик изобрел световую офтальмоскопию – это была простая, но выдающаяся идея. В 1951 году Нази Бенгису имплантировал первые хрусталики Ridley в глаза трех пациентов.

Справка

Турецкое офтальмологическое общество было основано в 1928 году небольшой группой офтальмологов в Стамбуле. Общество проводило с октября по май научные съезды, на которых рассматривались отдельные клинические случаи и результаты операций. Эта традиция сохранялась и сегодня, выходя в свет ежемесячно.

Турецкое офтальмологическое общество насчитывает в своих рядах 3600 офтальмологов.

www.eurotimesrussian.org

В.В. Путин поручил подготовить проект распоряжения правительства о распределении средств на региональные программы здравоохранения

МОСКВА, 20 декабря. /ИТАР-ТАСС/. Премьер-министр РФ Владимир Путин поручил главе Минздравсоцразвития Татьяне Голиковой подготовить проект распоряжения правительства о распределении средств на региональные программы модернизации здравоохранения, чтобы эта работа смогла начаться как можно быстрее.

В ближайшие два года на эти цели будет выделена беспрецедентная сумма 460 млрд рублей, из которых 190 млрд планирует ассигновать в 2011 году, сообщила министр на встрече с премьером, которая прошла в Ново-Огарево. Она рассказала об итогах межведомственного совещания по этому вопросу, которое по поручению В.В. Путина прошло под руководством вице-премьера Александра Жукова. «Мы пришли к выводу, что, безусловно, основная часть денег из 460 млрд рублей должна быть распределена сразу, и на эти суммы – в самое ближайшее время после их распределения – должны быть сформированы и представлены на утверждение программы с тем, чтобы они могли начать реализовываться с начала следующего года», – сказала Голикова.

По ее словам, был заложен «небольшой резерв» для того, чтобы «стимулировать регионы – по их же просьбе – по результатам исполнения программ». «Само распределение осуществлялось с учетом численности населения, проживающего на территориях соответствующих регионов, уровня стоимости услуг», – пояснила Голикова, напомнив, что «в ряде регионов-доноров, таких как Москва, Санкт-Петербург, стоимость жизни выше, и, естественно, стоимость медицинского обслуживания также выше». «Кроме того», – сказала глава Минздравсоцразвития, – мы учитывали состояние



© «РИА Новости» Алексей Никольский

самого здравоохранения: уровень запущенности, уровень состояния учреждений, требуют они или не требуют капитального ремонта».

В то же время Голикова признала, что «есть определенное беспорядочное: никакая методика не может учесть все факторы, которые существуют». По ее словам, «остается группа регионов, к которым, наверное, нужно было бы применить особый подход». Это – часть регионов Центрального федерального округа, в том числе Курская и Тамбовская области, некоторые регионы Северо-Запада, например, Псковская и Новгородская области, а также Магаданская область.

Всего на эти цели в 2011 году будет направлено 190 млрд рублей, и «небольшая часть пойдет федеральным учреждениям, которые будут участвовать в этих региональных программах», сказала Голикова. «А если все будет успешно с исполнением бюджета и если те 216 млрд, которые мы запланировали на 2011 год в бюджете Федерального

фонда обязательного медицинского страхования, будут полностью выполнены или перевыполнены, то тогда по результатам исполнения мы предложим дораспределить оставшиеся суммы», – сообщила глава Минздравсоцразвития, пояснив, что приходится «немножко страховать на макроэкономике».

Она попросила утвердить эти решения распоряжением правительства РФ, чтобы регионы уже могли представить свои программы. «Договорились», – согласился Путин, предложив «посмотреть на те регионы, которые нуждаются в особой поддержке, имея в виду скромное, мягко говоря, состояние их систем здравоохранения». Премьер попросил представить ему список таких регионов и предложения по определенному коэффициенту, повышающему объем получаемых ими средств. Он согласился, что в их число должна войти «часть регионов Центральной России, Северо-Запада, Севера, может быть, Дальнего Востока».

Д.А. Медведев уверен, что российские фармацевтические компании могут создать лекарственный препарат нового поколения



© «РИА Новости» Дмитрий Астахов

МОСКВА, 14 января. /Корр. ИТАР-ТАСС Ксения Каминская/. «Одним из приоритетов сегодня является развитие фармацевтического кластера», – заявил Президент РФ накануне вечером во время рабочей встречи с министром промышленности и торговли Виктором Христенко. «Необходимо вкладываться в будущее», – отметил он. – Созданные препараты нового поколения, новых препаратных технологий – длительный процесс, очень дорогостоящий, и в год во всем мире их несколько штук всего». «Пока у нас сил на это немного», – заметил Медведев, но «нужно смотреть

в этом направлении, потому что создание такого препарата – это революционное преобразование и возможность выйти на новые рынки».

Христенко напомнил, что «в конце 2010 года правительство одобрило разработанную по поручению Президента Федеральную целевую программу развития фармацевтической медицинской промышленности». «Основная роль программы – помочь сократить разрыв между документальными, поисковыми работами и непосредственно производством и коммерциализацией на рынке», – рассказал министр.

«На ближайшие 10 лет предусмотрено финансирование в размере 188 млрд рублей, из них 122,5 млрд – средства федерального бюджета», – сообщил Христенко.

«По его словам, «154 млрд рублей пойдут в НИОКР, таким образом, это научно-технологический задел – модернизационное и инновационное развитие». Модернизационное направление касается воспроизводства передовых технологий. «Это то, в чем мы отстаем, потому что мы не только новые препараты почти не производим, но и обычные препараты в основном закупаем за границей», – заметил на это Медведев. В свою очередь Христенко высказал уверенность в том, что «инновационное направление позволит России сделать шаг вперед».

«Что касается инноваций, то в отличие от модернизации, где вклад государства и бизнеса равнозначен, здесь государство берет на себя 75% финансирования, а 25% – бизнес», – продолжил министр. Он отметил, что «речь идет о доклинических исследованиях, и риски высоки». «Чтобы сделать новый препарат надо 8-10 лет», – сказал он.

Вместе с тем Христенко сообщил, что, по его расчетам, «к 2015 году 90% стратегических, жизненно важных лекарственных средств будет производиться непосредственно отечественными компаниями».

Кафедре глазных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова – 150 лет

< стр. 1

массажа в офтальмологии, первым в России выполнил фистулизирующую ангилаукномную операцию. После смерти А.Н. Маклакова в 1895 г. руководство кафедрой и клиникой перешло к профессору Адриану Александровичу Крюкову – приват-доценту Московского университета с 1886 г. и сверхштатному профессору с 1892 г. Научные работы А.А. Крюкова были посвящены изучению оптического аппарата, зрительных функций, патоморфологии глаза. Исследования проникновения жидкостей через роговицу, топографической анатомии глаза в норме и при патологии, выполненные им во время стажировки в Германии в 1874-75 гг., стали главными в фундаментальных руководствах и атласах классиков мировой офтальмологии Лебера и Беккера. Составленные им в 1882 г. «Шрифты и таблицы для исследования зрения» выдержали 6 изданий и применялись в практической офтальмологии до середины XX века. В 1882 г. он издал свой учебник «Курс глазных болезней», который затем был переиздан 11 раз (последнее переиздание – в 1930 г.). В 1898 г. профессор А.А. Крюков и его сотрудники профессор Ф.О. Евсхим (заведующий амбулаторией), ассистент С.С. Головин, сверхштатные ассистенты А.Г. Люткевич, А.А. Маклаков, ординаторы К.С. Снегирев и В.П. Филатов основали общество глазных врачей Москвы, которое А.А. Крюков возглавлял до конца жизни. С 1904 г. он редактирует и издает (совместно с профессорами Ф.О. Евсхим и Л.Г. Белярминовым) журнал «Вестник офтальмологии». Активная научная, педагогическая, издательская, организационная работа профессора Крюкова не отвлекала его от забот по расширению и обустройству клиники: в сентябре 1901 г. была открыта пристройка к основному зданию, в которой разместили амбулаторию, рассчитанную на 5-6 рабочих мест для врачей-офтальмологов и 4 оптометристов. Количество амбулаторных больных составляло до



Г.И. Браун



А.Н. Маклаков



А.А. Крюков



В.П. Одинцов



А.Я. Самойлов



В.Н. Архангельский



М.М. Краснов



С.Э. Аветисов

70 пациентов в день. Многие ученики Крюкова и Маклакова, ассистенты и ординаторы университетской глазной клиники, стали впоследствии профессорами, создателями новых направлений в офтальмологии: С.С. Головин, В.П. Филатов, М.И. Авербах, А.Г. Люткевич, А.А. Маклаков, А.И. Покровский, Л.И. Сергиевский. После смерти А.А. Крюкова в 1908 г. в течение года кафедрой заведовал А.Г. Люткевич, а затем с 1909 по 1917 гг. –

профессор А.А. Маклаков. С 1918 по 1938 гг. заведующим кафедрой и директором глазной клиники являлся профессор Виктор Петрович Одинцов – основатель клинко-морфологического направления в отечественной офтальмологии и прекрасный хирург. Большинство его работ было посвящено патогистологии глаза: сидероз глаза, симпатическое воспаление, опухоли радужной оболочки, внутриглазной дистихер, эпителиальные кисты внутри глаза,

патологическая анатомия зрительного нерва, влияние ферментов на глаз. Под руководством В.П. Одинцова на кафедре успешно разрабатывались проблемы этиологии, патогенеза и лечения глаукомы, хирургического лечения отслоек сетчатки. В 1936 г. А.Я. Самойлов, В.Н. Архангельский, Е.А. Хургина.

19 июля 1930 г. медицинский факультет был выведен из состава 1-го МГУ и реорганизован в самостоятельный 1-й Московский

Комплекс iLASIK для рефракционных и кератопластических операций



Фемтосекундный лазер IntraLase iFS

Эксимерлазерная система VISX Star S4 IR

Абберометр WaveScan WaveFront

Abbott
Medical Optics

Stormoff®
group of companies

г. Москва, ул. Расковой 11А
тел.: (495) 780-07-92, 780-76-91
oko@stormoff.com; www.stormoff.com



Сотрудники кафедры, 1995 г. Слева направо: Г.А. Соколовский, В.В. Дземешкевич, Л.В. Шерстнева, Н.Д. Фокина, Е.Э. Луцевич, О.В. Груша, Г.С. Куничева, Н.Н. Подгорная, В.Л. Михеев

медицинский институт, а 12 октября 1955 г. 1-му ММИ было присвоено имя И.М. Сеченова.

С 1939 по 1953 гг. заведующим кафедрой и директором клиники был член-корреспондент АМН СССР Александр Яковлевич Самойлов. В эти годы кафедра разрабатывает проблемы патогенеза и ранней диагностики глаукомы, диагностики и лечения туберкулеза глаза, изменений органа зрения при заболеваниях центральной нервной системы. Учениками профессора Самойлова были видные отечественные офтальмологи, руководители кафедр и научно-исследовательских институтов глазных болезней – профессора Н.Е. Браунштейн (Харьков), Н.С. Азарова и Г.Ф. Тэттина (Симферополь), А.Б. Кацнельсон (Челябинск), А.Н. Добромислов (Ленинград) – всего 15 докторов и более 40 кандидатов наук.

С 1953 по 1971 гг. кафедрой и глазной клиникой им. В.П. Одиноца возглавлял член-корреспондент АМН СССР Виталий Николаевич Архангельский. Работы В.Н. Архангельского и его учеников были посвящены ранней диагностике, медикаментозному и хирургическому лечению глаукомы, принципам массового обследования населения с целью раннего выявления и профилактики слепоты от глаукомы. Большое внимание он уделял морфологии и эмбриологии, аномалиям развития глаза, новообразованиям и дистрофическим болезням органа зрения, вирусным заболеваниям глаза, применению высоких (диатермокоагуляция) и низких (криодеструкция) температур в офтальмохирургии. Им написаны «Учебник глазных болезней для студентов медицинских институтов» (1963, 1969), «Глазные болезни» (1950, 1957, 1963) – пособие для врачей широкого профиля, «Глазные болезни» (1954) – пособие для фельдшеров, «Лабораторная техника микроскопического исследования глаза» (1926, 1957) и фундаментальная монография «Морфологические основы офтальмологической диагностики» (1960), удостоенная премии им. акад. М.И. Авербаха. Под редакцией и при участии В.Н. Архангельского издано многотомное «Руководство по глазным болезням» (1959-1962). Клиническими ординаторами, аспирантами В.Н. Архангельского были профессора А.А. Каспаров, Э.В. Егорова, В.Г. Копалева, А.М. Шамшинова, А.М. Южаков, доценты Г.А. Соколовский и Н.Н. Подгорная.

В 1970-1972 гг. обязанности заведующей кафедрой исполняла доцент Галина Сергеевна Куничева, а

в 1972 г. кафедру и клинику возглавил академик АМН СССР Михаил Михайлович Краснов. В марте 1973 г. на базе кафедры был создан Всесоюзный научно-исследовательский институт глазных болезней (ВНИИ ГБ) МЗ СССР, основателем и первым директором которого стал М.М. Краснов. Вновь образованное учебно-научно-лечебное объединение ВНИИ ГБ МЗ СССР и кафедры глазных болезней с клиникой им. В.П. Одиноца 1-го ММИ им. И.М. Сеченова покинуло историческое помещение на Аллее жизни Девичьего поля и до 1985 г. располагалось на 7-8 этажах корпуса кафедры и клиники пролепедтики внутренних болезней 1-го лечебного факультета на Погодинской улице, 5. В декабре 1985 г. кафедра в составе объединения начала работу в новом здании ВНИИ ГБ на улице Россолимо, 11, обособившись на 6 этаже; клиника глазных болезней 1-го ММИ им. И.М. Сеченова была передана научно-исследовательскому институту.

С именем академика АМН СССР М.М. Краснова связан качественно новый этап развития отечественной и мировой офтальмологии: разработка основ и широкое внедрение микрохирургических методов лечения глаукомы, катаракты, заболеваний роговицы, поврежденной органа зрения, хирургии сетчатки и стекловидного тела, использование низкочастотного ультразвука в хирургии глаза (факозмульсификация катаракты), лазерной микрохирургии глаза, исследования в области патогенеза, диагностики, профилактики, медикаментозного и хирургического лечения офтальмогерпеса, применения ферментов в клинике глазных болезней, разработка новых методов диагностики и лечения в дакриологии. Цикл его научных исследований «Микрохирургия глаукомы и ее патогенетическое обоснование» отмечен Государственной премией СССР (1975). «Новые принципы хирургии глаза» – Ленинской премии (1978), работы в области лечения и профилактики рецидивов офтальмогерпеса – премией Совета Министров СССР. Фундаментальная монография «Микрохирургия глаукомы» (1974) была неоднократно переиздана, вышла в США и Германии, удостоена премии им. В.П. Филатова. Более 30 лет академик М.М. Краснов является редактором журнала «Вестник офтальмологии». Объединение усилий научных сотрудников ВНИИ ГБ (профессора В.А. Каспаров, А.В. Большунов, В.Г. Белоголова, Г.С. Полунин,



Сотрудники кафедры, 2008 г. Слева направо: сидят – Л.В. Шерстнева, Н.Н. Подгорная, С.Э. Аветисов, Е.Э. Луцевич; стоят – И.В. Блинова, В.И. Сиплиный, Н.Д. Фокина, Л.В. Ващенко, Я.О. Груша, Т.И. Каретникова, Г.В. Воронин, А.Э. Асламазова, В.В. Дземешкевич, А.Г. Маркосян

С.Э. Аветисов, В.С. Акопян и др.) и преподавательского состава кафедры оказало весьма эффективное при подготовке студентов, интернов, клинических ординаторов, аспирантов и слушателей факультета повышение квалификации преподавателей медицинских ВУЗов 1-го ММИ (позднее – Московская медицинская академия) им. И.М. Сеченова. Профессора кафедры стали основоположниками новых направлений в отечественной офтальмологии – реконструктивной хирургии век и орбиты (профессор О.В. Груша), внутрикапсулярной имплантации искусственных хрусталиков (член-корреспондент РАМН Б.Н. Алексеев), лечения герпесвирусной болезни глаза (профессор А.А. Каспаров). Клиническими ординаторами, аспирантами кафедры были профессора С.Э. Аветисов, В.Р. Мамиконян, Я.О. Груша, А.А. Карамян, Е.Э. Луцевич, М.Л. Двали (Трузья, Тбилиси), П.И. Мусаев, Ч.Д. Джарулла-Заде, А.А. Ахмедов (Азербайджан, Баку), В.П. Яшинский (Литва, Каунас), С.А. Вахеиди (Афганистан, Кабул).

Основные направления научно-исследовательской работы кафедры в 70-80-е гг. были связаны с диагностикой и лечением глаукомы, изучением гидродинамики глаза

(доценты – Г.С. Куничева, Г.А. Соколовский, Л.В. Шерстнева, асс. Т.И. Каретникова), флюоресцентной ангиографией переднего отрезка глаза (доцент Н.Н. Подгорная).

С 1973 г. на кафедре работал профессор Олег Васильевич Груша. Он возглавил новые научные направления исследовательской работы: им защищена докторская диссертация по применению кератомилеа при высокой миопии, выполненные первые в стране работы по реконструкции орбиты при травматических деформациях. В 1976 г. О.В. Груша был удостоен премии академика В.П. Филатова. О.В. Груша создал свою школу специалистов в диагностике и лечении заболеваний и поврежденной придаточного аппарата глаз, его воспитанниками стали Я.О. Груша, Е.Л. Атькова, Е.Э. Луцевич (Кугоева), Л.П. Чердынченко (Ставрополь), Н.Д. Фокина, А.Э. Асламазова. О.В. Грушей были разработаны новые операции и технологии по восстановлению век и орбиты, разработаны и подготовлены к использованию в широкой клинической практике новые методы диагностики нарушений функций придаточного аппарата глаза. О.В. Груша внес большой вклад в

Эдуардович Аветисов. С приходом С.Э. Аветисова связан новый этап развития кафедры. Пережив трудные годы перестройки, реформирования системы здравоохранения и высшего медицинского образования РАМН и кафедры глазных болезней ММА им. И.М. Сеченова (с 2010 г. – Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова) обрела новое дыхание. Кафедра стала частью Учебного центра объединения НИИ глазных болезней РАМН и кафедры глазных болезней. Новые отремонтированные помещения были оснащены по последнему слову техники мультимедийным оборудованием для современного обучения студентов с использованием качественно нового иллюстративного материала, новых методов многоэтапного тестового контроля знаний студентов. Были созданы программы обучения для студентов новых факультетов ММА – военного, стоматологического, факультета подготовки научно-педагогических кадров; завершён переход на систему модульного обучения студентов в рамках Болонского соглашения. С 2005 г. на кафедре проводится обучение иностранных студентов

журналистами и на самом деле не имеет ничего общего с реальной ситуацией.

– Какими трудностями до сих пор сталкивались наши хирурги? – Так или иначе, приобрести оборудование и научиться технике кератопластики – возможно. Но как уже сказал, трудности в значительной мере заключаются в донорском материале. На сегодняшний

на английском языке. В 2010 г. коллективом кафедры выпущены «Клинические лекции по глазным болезням». Значительно возросло число отечественных и иностранных ординаторов, прошедших обучение на кафедре и составивших основную часть сотрудников кафедры и НИИ глазных болезней РАМН. Активно проводится подготовка аспирантов в рамках индивидуальных программ обучения, за последние 50 лет защищено 85 кандидатских диссертаций с большим патентоохранным потенциалом. Основным направлением научной работы кафедры является совершенствование диагностики и разработка новых методов лечения заболеваний придаточного аппарата глаза (под руководством профессоров Е.Э. Луцевич и Я.О. Груши).

В настоящее время кафедра глазных болезней Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова, объединенная с НИИ глазных болезней РАМН, является современной базой для подготовки научных, педагогических кадров, специалистов широкой офтальмологической практики.

Материал подготовили
Н.Н. Подгорная, Е.Э. Луцевич

Фемтолазерная кератопластика — революционный прорыв в кератопластике



– Вардан Рафаелович, много ли в нашей стране пациентов, нуждающихся в кератопластике?

– Пациентов больше, чем есть возможностей для проведения кератопластики. Прежде всего, я имею в виду количество клиник, оснащенных соответствующим оборудованием и имеющих квалифицированных специалистов. Большие проблемы, на мой взгляд, существуют в масштабе всей России, но к примеру, в нашем институте в год проводится около 150 кератопластик. Количество операций могло бы быть больше, но проблема заключается в донорском материале, то есть мы пока ограничены в возможности его получения.

– С какими трудностями до сих пор сталкивались наши хирурги?

– Так или иначе, приобрести оборудование и научиться технике кератопластики – возможно. Но как уже сказал, трудности в значительной мере заключаются в донорском материале. На сегодняшний

– Чем фемтокератопластика отличается от кератопластики, выполняемой по классической методике?

– Без всякого преувеличения можно сказать, что фемтокератопластика – это в значительной мере революция в кератопластике. Вы понимаете, что никакие инструменты, никакие навыки и квалификация не позволят добиться такой, буквально микронной точности операции. Роговица – это оптическая структура, и если вы ее моделируете, она требует очень высокой точности для прогнозирования результатов. На сегодняшний день – это самый передний край. То есть самое современное, что можно сделать на роговице, можно сделать фемтосекундным лазером. Я не говорю про экзимерлазерную хирургию, потому что она, естественно,

московских институтах есть фемтосекундные лазеры другого производителя. Однако, насколько можно судить по публикациям и устным научным сообщениям, они используются в большей мере в качестве микрокератома при рефракционных операциях или для получения трансплантата при задней послышной кератопластике.

– Чем Вы объясните столь неширокое распространение подобных аппаратов в России? Их дорогостоящий?

– Здесь существует комплекс причин. Однако говорить о широком распространении даже в развитых странах преждевременно. Это единичные клиники, которые имеют в определенной степени исследовательский уклон. Тут, безусловно, имеет значение и достаточно серьезная стоимость. Немногие, конечно, идут на такие затраты, потому что безусловно эти операции выполняются по классическим принципам, но то, что разрабатывается сейчас по кератопластике, приближается к совершенству. Однако утверждать, что сделано большое количество операций, что известны абсолютно все результаты применения фемтосекундного лазера, чтобы давать какие-то оценки, конечно, пока еще рано. Со временем, безусловно, эти технологии получат более широкое распространение. Но пока еще нет необходимого уровня развития и разработок этих операций, пока еще нет всеобщего понимания, что

Я опять же не владею полной информацией или могу ошибиться, но что касается других известных мне лазеров, установленных в России, они не имеют тех возможностей, которые имеет IntraLase™ в аспекте применения в лечебной и лечебно-оптической кератопластике. Наш выбор объясняется тем, что мы выбрали его для предполагаемых экспериментальных и клинических исследований, а возможно, и разработок новых операций именно в области кератопластики.

– Вы являетесь в этом направлении пионерами в России?

– Я бы пока остерегся называть нас пионерами. Чтобы претендовать на статус пионеров, надо знать абсолютно все о том, кто и что делает в этом направлении. Я специальных исследований не проводил, но, судя по доступной мне информации, фемтосекундные лазеры не имеют пока широкого применения где-либо в России, имея в виду их использование в кератопластике.

– То есть возможности лазера не используются полностью?

– Я подозреваю, что даже там, где есть IntraLase™, его возможности пока только изучаются. Все-таки это оборудование еще достаточно новое. Другие же лазеры могут просто использоваться в пределах тех характеристик, которые они имеют.

– Чем Вы объясните столь неширокое распространение подобных аппаратов в России? Их дорогостоящий?

– Здесь существует комплекс причин. Однако говорить о широком распространении даже в развитых странах преждевременно. Это единичные клиники, которые имеют в определенной степени исследовательский уклон. Тут, безусловно, имеет значение и достаточно серьезная стоимость. Немногие, конечно, идут на такие затраты, потому что безусловно эти операции выполняются по классическим принципам, но то, что разрабатывается сейчас по кератопластике, приближается к совершенству. Однако утверждать, что сделано большое количество операций, что известны абсолютно все результаты применения фемтосекундного лазера, чтобы давать какие-то оценки, конечно, пока еще рано. Со временем, безусловно, эти технологии получат более широкое распространение. Но пока еще нет необходимого уровня развития и разработок этих операций, пока еще нет всеобщего понимания, что

Я опять же не владею полной информацией или могу ошибиться, но что касается других известных мне лазеров, установленных в России, они не имеют тех возможностей, которые имеет IntraLase™ в аспекте применения в лечебной и лечебно-оптической кератопластике. Наш выбор объясняется тем, что мы выбрали его для предполагаемых экспериментальных и клинических исследований, а возможно, и разработок новых операций именно в области кератопластики.

– Спасибо Вам большое и успеха!

Беседу вел Сергей Тумар



искусственно раздута некоторыми

«Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2010»

XI Научно-практическая конференция с международным участием

28-30 октября 2010, Москва

Работа конференции проходила по двум традиционным направлениям: современные технологии хирургии катаракты; современные технологии рефракционной хирургии.

Каждое направление включало в себя работу отдельных секций, семинаров, видеосимпозиумов, сателлитных симпозиумов, проведение «живой» хирургии, дискуссий, лекций, презентаций.

Конференция началась с открытия выставки, в которой приняли участие 55 компаний-поставщиков офтальмологического оборудования, приборов, микрохирургических инструментов, в том числе для обеспечения высокотехнологичных хирургических вмешательств.

С приветственным словом к участникам конференции обратилась член Комитета по социальной политике и здравоохранению Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации В.А. Петренко.

Утреннее заседание первого дня конференции было посвящено технике и результатам фактоокулярной хирургии осложненных катаракт. Открыли заседание доктор Roberto Bellucci из Италии, доктор Chul Young Choi из Кореи и доктор Ron

В октябре в ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» прошла ежегодная научно-практическая конференция «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии-2010». В работе конференции приняли участие 1200 участников, которые съехались из разных регионов России, стран СНГ и дальнего зарубежья.

Yeoh из Сингапура. Всего было заслушано 13 докладов, отражающих современные подходы к оптимизации техники фактоокулярной хирургии осложненных катаракт.

Почетную лекцию «Современные достижения в трансплантации роговицы: на переднем рубеже глаза» прочитал доктор из Сингапура Donald Tan.

Хирурги Roberto Bellucci (Италия), Gilles Lesieur (Франция), А.Н. Ульянов (Екатеринбург) и С.Ю. Копаяв (Москва) провели показательные операции, организованные при участии компании «Bausch & Lomb» по удалению катаракты с применением технологии MICS. Хирурги продемонстрировали высокотехнологичную технику хирургии.

Второй день конференции начался с видеосессии индийских офтальмологов по тактике ведения

осложненных случаев в катарактальной и рефракционной хирургии. С докладами выступили Dandapani Ramamurthy, Chitra Ramamurthy, Gaurav Luthra, Kamal V. Kapur.

Лекционная сессия Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов была посвящена эндотелиальной кератопластике. Доктор Nick Mamalis (США) поделился опытом ведения пациентов с синдромом токсического поражения переднего сегмента глаза. Larry Patterson (США) осветил работу по повышению эффективности работы офтальмохирурга. Leejee H. Suh (США) в своей лекции рассказала о показаниях, технике операции, возможных осложнениях и борьбе с ними в послеоперационном периоде.

Показательную операцию во время трансляции «живой» хирургии провел доктор Б.Э. Малюгин,

вопросы методик фактоокулярной хирургии катаракты у пациентов с врожденной патологией связочного аппарата хрусталика с применением различных видов внутрикапсульных колец. Прямая трансляция из Индии вызвала оживление в аудитории. Доктор А. Agarwal продемонстрировал метод фиксации ИОЛ за гаптические элементы к склере с применением биоклея.

Также большой интерес у публики вызвал доклад доктора О.В. Шилова (Екатеринбург) «Назад к ЭЭК? В каких случаях?». Автор отметил, что на сегодняшний день выросло целое поколение молодых хирургов, которые не владеют техникой экстракапсулярной и тоннельной экстракции катаракты. В хирургической практике отечественных хирургов нередко возникают ситуации, когда именно эти техники являются более обоснованными. В определенных ситуациях переход с фактоокулярной на экстракапсулярную или тоннельную экстракцию катаракты снижает степень риска интраоперационных осложнений, уменьшает сроки реабилитации.

В частности, автор предложил вернуться к методике удаления

катарактального хрусталика при помощи ЭЭК в случае с «черной» (бурой) катарактой на миопических глазах, объясняя данный подход тем, что в такой ситуации воздействие ультразвука будет наиболее травматичным.

В течение дня работала секция «Новые аспекты интраокулярной коррекции афакии». О первых результатах имплантации дополнительной псевдофакической ИОЛ Rayner Sulcoflex был сделан доклад М.М. Бикбова с соавт. Авторы показали наглядно несложную технику выполнения имплантации дополнительной ИОЛ, отсутствие необходимости дорогостоящего оборудования, эффективность и безопасность операции. Опыт использования мультифокальной интраокулярной линзы модели MICRO-F производства компании PhysIOL поделился Gilles Lesieur (Франция).

В ряде докладов были освещены проблема и характер послеоперационных осложнений, а также иммунологические сдвиги во внутриглазной жидкости у больных с катарактами. На основании детального исследования данной проблемы установлено, что наиболее тяжелое клиническое течение наблюдалось при катарактах, осложненных глаукомой, сахарным диабетом и травматическими катарактами. Именно у этого контингента больных, несмотря на проведенное щадящее хирургическое лечение (фактоокулярное), возникло такое грозное осложнение, как иридоциклит.

Часть докладов была посвящена клиническим исследованиям имплантации уже известных моделей интраокулярных линз премиум-класса. Доктор Ф.Г. Гринев с соавт. (Екатеринбург) представил вниманию слушателей первый опыт по применению ирис-ретрактора новой конструкции.

Два заседания секции «Торические, мультифокальные и accommodating ИОЛ», посвященные

новым направлениям интраокулярной коррекции, вызвали у слушателей особый интерес. В докладах были рассмотрены как уже ранее изученные и используемые в практике модели ИОЛ, так и целый ряд новых моделей интраокулярных линз. Доктор Vejagano (Колумбия) представил в своем докладе новое поколение пребиопических ИОЛ – «Tecnis One Multifocal». Ron Yeoh (Сингапур) поделился опытом ведения больных с мультифокальными дифракционными ИОЛ. Доктор M. Rau (Германия) предложил свою концепцию мультифокальных ИОЛ – «Lentis M-plus». В выступлениях И.А. Исаева (Новосибирск) и Т.А. Морозовой (Москва) о результатах имплантации отечественных моделей мультифокальных ИОЛ – дифракционной «МИОЛ-Аккорд» и градиентной линзы нового поколения «Градиол-3» – была дана оценка соответствия биноккулярных послеоперационных зрительных функций и конструктивных особенностей линз. Бифокальная дифракционно-рефракционная линза «МИОЛ-Аккорд» в настоящее время единственная отечественная мультифокальная ИОЛ, которая находится на стадии промышленного производства. Клиническая эффективность градиентной линзы нового поколения «Градиол-3» на сегодняшний день была подтверждена мультицентровыми исследованиями на базе филиалов ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза».

Докладчики М.А. Исаев (соавт.: Б.Э. Малюгин, К.Б. Першин, Э.В. Егорова, Москва), а также А.Н. Ульянов (Екатеринбург) рассказали о новой модели accommodating интраокулярной линзы Crystalline HD 500. Анализ первых результатов имплантации в большинстве случаев подтверждает возможность достижения хороших функциональных результатов после фактоокулярной хирургии. Мнение отечественных ученых совпадает с мнением зарубежных коллег: острота зрения вблизи лучше у мультифокальных

ИОЛ в сравнении с accommodating интраокулярной линзой Crystalline HD 500.

В конце заседания участники обменялись мнениями о состоянии рынка отечественных мультифокальных ИОЛ. В ходе дискуссии также обсуждался вопрос о частоте использования мультифокальных линз. Доктор M. Rau (Германия) обратила внимание аудитории на тот факт, что в ее практике более 50% используемых хрусталиков – это мультифокальные ИОЛ. На вопрос голосования: «Какой искусственный хрусталик вы имплантировали бы себе – монофокальный или мультифокальный?» большинство присутствующих и члены президиума ответили: «мультифокальный».

В тренажерном зале «Wet-Lab» прошла презентация мультифокальных ИОЛ Mplus и Mplus Toric Oculentis, организованная компанией «Мед-лаб».

В рамках XI Научно-практической конференции проводилась рефракционная секция. В течение первого рабочего дня прошел семинар под председательством докторов из Великобритании, Швеции и Польши «Командная работа для оптимизации результатов в катарактальной и рефракционной хирургии». Дискуссионный клуб рефракционных хирургов провел заседание «Место рефракционной лазерной хирургии в детской офтальмологии». Д.м.н. И.Л. Куликова (Чебоксары) представила обзорный доклад по результатам многолетних наблюдений за детьми, перенесшими эксимерлазерную коррекцию зрения. В обсуждении приняли участие академики РАМН Е.И. Сидоренко, д.м.н. И.А. Ермилова, д.м.н. А.В. Дога, профессор О.П. Корнюшина. Было принято решение активно проводить эксимерлазерные операции в детском возрасте при наличии строгих показаний в головной организации ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» с учетом опыта работы филиалов.

Во второй день заседаний обсуждались актуальные проблемы лазерной рефракционной хирургии. Были представлены сообщения о различных фемтолазерных установках, обсуждались проблемы экономической абляции, синдрома «сухого глаза». Особый интерес вызвали доклады иностранных гостей конференции Sudhir Patel (Великобритания) и Mathias Maus (Германия). В нескольких докладах была представлена интересная информация о работе эксимерлазерной установки «Микроскан-ЦФП», в том числе для коррекции пресбиопии.

В заключительный день конференции, в рамках проведения секции по диагностике и лечению индуцированных аномалий рефракции, наиболее интересными были обсуждения коррекции вторичных аметропий после радиальной кератотомии. Проблема является одной из наиболее актуальных в связи с увеличением количества декompенсаций после различных видов кератотомии. Были представлены доклады о развитии кератоконуса после выполнения лазерной коррекции при наличии кератотомических рубцов. Коллегами из Хабаровского филиала (доктора: И.В. Дугчин, В.В. Егоров, Е.В. Тургенева) было сделано сообщение о том, что любой случай индуцированного гиперметропического сдвига является признаком вторичной кератэктазии. Однако большинство участников не полностью согласилось с этим утверждением. Современные возможности эксимерлазерной хирургии все-таки позволяют улучшить зрительные функции пациентам после перенесенной кератотомии, но в каждом случае должно быть проведено подробное обследование для исключения как первичного кератоконуса, так и вторичной кератэктазии. Очень жаркой была дискуссия по поводу выбора между механическим кератомом и фемтолазером. Большинство лазерных хирургов

считают, что в настоящее время работать только на фемтолазере, не имея механического кератомы, невозможно. Дискуссия была интересной. В процессе обсуждения докладов хирурги поделились опытом практической работы на различной аппаратуре.

С 2008 г. в рамках Международной ежегодной научно-практической конференции «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии» демонстрируются лучшие видеофильмы – призеры конкурса Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов.

Как и в предыдущие годы, видеофильмы были разделены тематически. После каждого фильма у зрителей была возможность услышать комментарии и участвовать в дискуссии ведущих отечественных и зарубежных специалистов по хирургии катаракты.

Во время конференции прошел сателлитный симпозиум «Новые возможности эксимерного лазера «Schwind Amaris 750 Hz». Перспективы применения наносекундного лазера в рефракционной хирургии» и семинар компании «R-optics» «Ультразвуковые офтальмологические приборы Quantel Medical (Франция)».

Трехдневный марафон из докладов и презентаций слушатели выдержали с достоинством, во многом благодаря отличной организации хозяев конференции, с одной стороны, и по-настоящему интересным выступлениям участников конференции, с другой.

Судя по отзывам, каждый из присутствующих нашел для себя в докладах что-то новое, полезное и интересное. Участники конференции отметили высокий уровень и разнообразие представленных докладов, продуктивность работы, а также хорошую организационную работу оргкомитета конференции.

Оргкомитет конференции



Член Комитета по социальной политике и здравоохранению Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации В.А. Петренко



В президиуме доктора: Б.Э. Малюгин, Dandapani Ramamurthy, Chitra Ramamurthy, K. Kapur



В тренажерном зале «Wet-Lab» прошла презентация, организованная компаний «Мед-лаб»



Во время работы выставки

НОВОСТИ ФИРМ

Первый фемтосекундный лазер VisuMax в России

12-14 января 2011 года в ФГУ «Клиническая больница Управления делами Президента Российской Федерации» (Москва) состоялась инсталляция первого в России фемтосекундного лазера VisuMax™ производства «Carl Zeiss Meditec» (Германия). 14 января были проведены первые операции.

Первый фемтосекундный лазер в России был установлен в 2007 году. На сегодняшний день, несмотря на неоспоримые преимущества технологии фемтосекундного лазера перед традиционными микрокератомами и всевозрастающий интерес к фемтолазерной хирургии роговицы, количество фемтосекундных лазеров в России пока определяется единицами.

Фемтосекундный лазер VisuMax™, установленный в ФГУ «Клиническая больница Управления делами Президента РФ», представляет собой наиболее полную комплектацию, позволяющую формировать Flap-клапан для последующей абляции на эксимерном лазере MEL80™, проводить сквозную кератопластику, DALK, DSAEK. Кроме того, модуль ReLEx лазерного кератома VisuMax™ предоставляет уникальную возможность выполнять полностью фемтосекундную кор-

рекцию миопии -0,50...-10,00 дптр и астигматизма 0...5,0 дптр с экстракцией роговичного лентикла FlEx без необходимости последующей абляции на эксимерном лазере. Применение фемтосекундного лазера VisuMax™ в офтальмохирургии позволит специалистам клиники выйти на принципиально новый уровень технического оснащения отделения, создать максимально

комфортные условия для пациентов и соответствовать мировым стандартам проведения кераторефракционных операций.

После приобретения навыка работы по формированию Flap-клапана состоится второй этап обучения специалистов клиники работе на фемтосекундном лазере по проведению кератопластических операций и операций ReLEx.



Компания ООО «ОПТЭК», являющаяся эксклюзивным представителем «Carl Zeiss Meditec» в России, и поздравляет хирургов офтальмологического отделения ФГУ «Клини-

ческая больница Управления делами Президента РФ» с успешным стартом и желает интересной и плодотворной работы на новом современном оборудовании!

ОПТЭК
Объединяя решения

ООО «ОПТЭК»,
105005, РФ, Москва,
Денисовский пер., 26
Тел.: +7 (495) 933 51 51
Факс: +7 (495) 933 51 55
E-mail: office@optecgroup.com
Телефон горячей линии: 8 800 2000 567

ZEISS

We make it visible.

«Глаукома: теории, тенденции, технологии»

VIII Международная конференция

3 декабря 2010 года, Москва

В первую пятницу декабря 2010 г. в гостеприимном отеле «Holliday Inn» в Сокольниках состоялось VIII заседание Российского глаукомного общества (РГО). Более 800 специалистов-офтальмологов из стран СНГ, Балтии и дальнего зарубежья приняли участие в работе симпозиума, во время которого были заслушаны более 80 докладов и проведена работа 11 секций. На открытии научной программы присутствовали известные офтальмологи России: главный офтальмолог России, профессор В.В. Нероев; президент РГО, профессор Е.А. Егоров; академик РАМН А.Ф. Бровкина, председатель оргкомитета, член-корреспондент РАМН В.Б. Симоненко; вице-президент РГО, главный офтальмолог Санкт-Петербурга, профессор Ю.С. Астахов, главный офтальмолог Министерства обороны РФ, профессор Э.В. Бойко. Мировую офтальмологию представляли Филипп Денис (Ph. Denis, Франция), Антонин Лаббе (A. Labbe, Франция), Волкан Даянир (V. Dayanir, Турция), Стефан Шульц (S. Shutz, Германия) и ряд других.

Организаторы симпозиума как всегда удивили участников конференции. Сюрпризом для всех стало утреннее заседание «Завтрак с президентом», работа которого началась в 7-30 утра. Время заседания было продиктовано исключительно плотной повесткой дня. Столь раннее начало не смущило участников конференции, более того, настроило их на рабочий лад еще до официального открытия мероприятия. Президент РГО, профессор Е.А. Егоров подвел итоги клинического испытания препарата простагландинового ряда без консерванта Тафупрол (Santen, Финляндия), результаты испытания которого внушают исследователям оптимизм. Участники заседания продолжили тему, представив доклады о токсическом действии консервантов на глазную поверхность и возможных путях его снижения. Сотрудники профессора Ю.С. Астахова завершили заседание, продемонстрировав возможности конфокальной микроскопии на примере щелевого сканирующего конфокального томографа «Confoscan 4» и лазерного сканирующего томографа «HRT-RCM» в диагностике и контроле лечения синдрома «сухого глаза», представив собственные данные применения бета-адреноблокаторов, лишенных консервантов.

Организаторы мероприятия: Российское глаукомное общество, Межрегиональная ассоциация врачей-офтальмологов, ФГУ «2-й ЦВКГ им. П.В. Мандрыка». «Верность традициям» – девиз организаторов VIII Международной конференции «Глаукома: теории, тенденции, технологии».



Во время заседания

Бодраящий утренний кофе был наградой участникам, посетившим раннюю секцию. Торжественное открытие заседания началось с приветственной речи президента Российского глаукомного общества, профессора Е.А. Егорова, который подвел итоги 2010 г., определил цели и планы на 2011 г. Заседание продолжили главный офтальмолог России, профессор В.В. Нероев; главный офтальмолог Москвы, академик РАМН Л.К. Мошета; член-корреспондент РАМН В.Б. Симоненко; вице-президент РГО, профессор Ю.С. Астахов. Завершая приветствие участникам конференции, руководителем рабочей группы оргкомитета А.В. Куроедов представил аудитории яркий видеоролик о достижениях РГО. Оригинальный ряд ассоциативных изображений разбавил серьезные статистические материалы.

Главная секция «Глаукома: теории, тенденции, технологии» в зале «Сокольники 1» началась с почетной лекции профессора В.В. Волкова (Санкт-Петербург), лейтмотивом которой была проблема постановки диагноза глаукомы. В очередной раз профессор В.В. Волков представил аудитории серьезную пищу для размышления. Неоднозначности патогенеза глаукомной нейропатии коснулся в своем докладе профессор В.В. Страхов (Ярославль). Вопросам кровообращения в диагностике заболевания было посвящено выступление профессора Ю.С. Астахова (Санкт-Петербург). Свой взгляд на классификацию, основанную на гемодинамических механизмах в патогенезе глаукомы, представила профессор Н.Г. Загорюхина (Украина). Особый интерес вызвал доклад профессора Г.В. Рева (Владивосток), представивший инфекционную

концепцию патогенеза глаукомы. Ее поддержали другие докладчики, обратив внимание на основные аспекты развития заболевания. После кофе-паузы заседание было продолжено. «Что такое комплексный подход в лечении глаукомы?» – так можно объединить вопросы второго заседания. Его открыл профессор В.П. Еричев (Москва), изложив свой взгляд на пути достижения всестороннего подхода к диагностике и лечению заболевания. Следующие два доклада с общей тематикой ранней хирургии глаукомы были представлены А.Ю. Брежневым (Курск) и его оппонентом А.В. Куроедовым, сторонником взвешенных решений. Завершая заседание, профессор Е.А. Егоров в очередной раз напомнил о необходимости индивидуального подхода в лечении заболевания и представил возможные пути ведения больного глаукомой.

Третий симпозиум в зале «Сокольники 1» был посвящен современным хирургическим технологиям в решении вопросов замедления прогрессии глаукомной нейропатии. Участники продемонстрировали свой опыт хирургического подхода к различным формам заболевания, высказали мнение о послеоперационном ведении больных, предложили методы прогнозирования гипотензивной эффективности антиглаукомного вмешательства. В заседании приняли участие иностранные коллеги из Турции, Индии и США, которые представили аудитории мировые тенденции развития хирургического лечения глаукомы.

В зале «Сокольники 2» проходила секция, где участники имели возможность подробно обсудить вопросы классификации глаукомы и пограничных состояний, пути диагностики и тактики ведения начальной глаукомы и основные принципы терапевтического лечения заболевания. Профессор Е.А. Егоров обратил внимание на необходимость пересмотра действующей классификации. Эта тенденция была поддержана в докладе профессора В.П. Еричева, который привел в пример зарубежную классификацию, указав на принципы и аспекты, заложенные в ее основу. Еще одно сообщение профессора Е.А. Егорова было посвящено анализу эффективности комбинированного препарата Комсопт (Merck Sharp & Dohme, США) в сравнении с другими известными фиксированными комбинациями гипотензивных средств. Помимо выраженного гипотензивного действия, препарат обладает способностью улучшать внутриглазное кровообращение, тем самым оказывая дополнительное нейропротекторное действие. Свое мнение о подходе к ведению больных с эссенциальной глаукомой профессор С.Н. Басинский (Орел). О значении молекулярно-генетического анализа в диагностике первичной открытоугольной глаукомы рассказали сотрудники профессора М.М. Бикбова (Уфа), представив данные исследования белков миоцилина и цитохрома P450 больных глаукомой и их родственников. Эти данные позволили сделать вывод о необходимости проведения молекулярных тестов пациентам с отягощенной наследственностью. В последующих докладах авторы предложили свои подходы к ранней

диагностике глаукомы, акцентируя внимание на исследовании микрорелевантного состава тканей, гемодинамики и биомеханических свойств соединительной ткани глаза.

Первая секция в зале «Крымский Вал» началась с «живой» хирургии, трансляция которой проводилась из операционной Центра офтальмологии ФМБА России (руководитель – профессор В.Н. Трубилин). Зрителям были продемонстрированы три операции: трабекулопластика в сочетании с фактоэмulsionификацией (хирург – д.м.н. Д.И. Иванов, Екатеринбург), имплантация клапана Ahmed (хирург – к.м.н. А.Ю. Расческов, Казань) и антиглаукомная операция с применением кератолоскута (хирург – д.м.н. А.М. Бессмертный, Москва). По окончании каждой операции были представлены презентации и комментарии специалистов,

которые отвечали на вопросы участников и были готовы к острой полемике. Очевидно, что именно «живая» хирургия из года в год привлекает все большее внимание участников форума в большей степени из-за непосредственного общения в процессе заседания.

20-летие компании «Хейдельберг Инжиниринг» было отмечено докладами, посвященными возможностям компьютерного ретинотомографа (HRT) и результатам работы с ним. Маркеры глаукомной оптической нейропатии при применении ретинотомографа отметил д-р С. Шульц (Германия). Кроме того, автор представил на суд российской общественности новый подход к диагностике глаукомы, который объединил в себе результаты исследования структуры и функции с помощью HRT и НЕР (Heidelberg

Edge Perimeter) в одном отчете. Особенности перипапиллярной атрофии, оценка которой проводилась с использованием ретинотомографии, у пациентов с различными формами глаукомы были отображены в докладе В.В. Городничего (Москва). Как всегда доказательными выглядели сообщения профессора В.А. Мачехина (Тамбов), доцента Е.Л. Аكوпова (Санкт-Петербург) и к.м.н. А.И. Аюпяна (Москва).

Опыт применения и точки приложения оптической когерентной томографии (ОКТ) были отмечены в третьей секции докладов, которая проходила в зале «Крымский Вал». Авторы поделились мнением на вариативность результатов, диагностические возможности ОКТ переднего и заднего отрезков глаза в оценке развития глаукомного процесса и исходов антиглаукомных

операций, где несомненный интерес представили сообщения профессора А.А. Шпака (Москва), профессора Л.Н. Марченко (Беларусь) и коллег из Польши. В рамках конференции была представлена широкая экспозиция фирм-производителей фармацевтических препаратов и медицинского оборудования. В течение всей работы конференции работала книжная выставка.

Подводя итоги прошедшего форума, следует отметить растущий интерес участников к мероприятию. Несомненный успех конференции объясняется творческим научным подходом организаторов к выбору тем для обсуждения.

Специально для газеты «Поле зрения»
В.Ю. Огородникова, аспирант

Актуальные вопросы нейроофтальмологии

XII научно-практическая конференция

28 января 2011 г. в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко состоялась XII Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция. В ней приняли участие около 300 офтальмологов из Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга, Вологды, Екатеринбурга, Самары, Пензы и других городов России. Украина была представлена работами из Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова (Одесса) и Института нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины (Киев).

Конференцию открыл заместитель директора НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН по научной работе, академик Александр Александрович Потапов. Во вступительном слове он подчеркнул актуальность обсуждаемых проблем, научное и практическое значение проводимых нейроофтальмологических конференций, возрастающий интерес к ним офтальмологов, неврологов, нейрохирургов России и стран СНГ.

Впервые основной тематикой конференции стали глазодвигательные нарушения. В программной лекции проф. Н.К. Серова остановились на глазодвигательных нарушениях, выявляемых в нейрохирургической практике, и причинах, их вызывающих. В докладе подробно рассмотрен сложный многоуровневый характер нейроофтальмологии. Темы докладов отразили вопросы диагностики и лечения оптических нейропатий различной генеза, врожденных аномалий зрительного нерва, опухолей паренхимы шишковидного тела (Н.К. Серова, Е.И. Бутенко, Д.И. Пичхелури), мукоцеле основания черепа (Д.Н. Капитанов, М.А. Лебедева, Н.Н. Григорьева).

Во второй части конференции затрагивались различные вопросы нейроофтальмологии. Темы докладов отразили вопросы диагностики и лечения оптических нейропатий различного генеза, врожденных аномалий зрительного нерва, опухолей паренхимы шишковидного тела (Н.К. Серова, Е.И. Бутенко, Д.И. Пичхелури), мукоцеле основания черепа (Д.Н. Капитанов, М.А. Лебедева, Н.Н. Григорьева).

После окончания секции развилась оживленная дискуссия, в которой приняли участие акад. А.Ф. Бровкина, проф. Н.К. Серова, д.м.н. И.А. Филатова, проф. Я.О. Груша, проф. С.В. Саакян. Не менее содержательной оказалась заключительная часть конференции, на которой были представлены клинически сложные и редкие наблюдения. Рассматривались случаи неправильной диагностики и лечения атрофии зрительного нерва при нераспознанной менингеоме бугорка турецкого седла (О.Ф. Тропинская), а также неадекватной диагностики и лечения ретинобластомы (А.А. Жаруа, О.А. Иванова). Обратили на себя внимание работа д.м.н. И.А. Филатовой с соавт., продемонстрировавшая возможности реконструктивной хирургии при полном отрыве нижнего века, и сообщение проф. Р.А. Гундаровой с соавт. об удалении инородного тела диска зрительного нерва задним доступом.



Профессор Н.К. Серова



Академик А.Ф. Бровкина



Д.м.н. И.А. Филатова



К.м.н. Н.Л. Шеремет



Профессор В.С. Аюпян



Профессор И.Е. Гришина

Сотрудники Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко представили редкие наблюдения остроо



Во время заседания

развития оптической атрофии на фоне проведенного курса интраартериальной химиотерапии с прорывом гематоэнцефалического барьера (Н.К. Серова с соавт.) и множественного эхиноккокского головного мозга (А.А. Потапов с соавт.).

Председатели секции акад. А.Ф. Бровкина и проф. Н.К. Серова дали высокую оценку конференции и выразили надежду, что ежегодные нейроофтальмологические конференции и впредь будут плодотворными и содержательными. ■



Президиум конференции



Председатель оргкомитета, член-корреспондент РАМН В.Б. Симоненко, президент РГО, профессор Е.А. Егоров

Регистрация результатов стандартной автоматизированной периметрии

Регистрация результатов стандартной автоматизированной периметрии осуществляется, как правило, с использованием бело-черной (серой) шкалы. Итоги скрининговых методик фиксируются белыми (видимые точки) или черными (невидимые) метками, соответствующими по расположению исследуемым точкам в поле зрения. При пороговых стратегиях отметки с дифференцированной градацией светлого-серого-черного цвета обозначают участки с соответствующим снижением светочувствительности. Кроме того, во многих периметрах светочувствительность сетчатки указывается в цифровых значениях (дБ) (2).

ПЕРИМЕТРИЯ

Продолжение. Начало читайте в № 1/2010

В.П. Еричев

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН, Москва

Метка слепого пятна располагается в височных половинах поля зрения для правого глаза справа, для левого соответственно с левой стороны графических изображений. На рис. 10 представлен пример одного из возможных видов регистрации результатов стандартной автоматизированной периметрии Humphrey по пороговой стратегии 30-2.

В распечатке указываются данные пациента (1): фамилия, дата рождения и возраст, ширина зрачка, острота зрения, использованная коррекция аметропии для близи; дата проведения исследования и его длительность. Фиксируется программа исследования: выбранная стратегия, название теста (например, 30-2 — центральное поле зрения в пределах 30° от точки фиксации), величина и цвет выбранного стимула, фоновая освещенность, метод контроля фиксации в фoveальной области. Указываются показатели достоверности полученных результатов: число ложноположительных и ложноотрицательных ответов, данные о потере фиксации в ходе исследования (1). Результаты теста представлены в верхнем отделе: на левой схеме — светочувствительность сетчатки в каждой исследованной точке в децибелах (2), на правой — в серошкальном изображении (3).

На нижних схемах в числовом значении приведены данные об отклонении результатов светочувствительности пациента от нормальных возрастных (Total Deviation) (4) и возможных отличий от его индивидуального уровня, прогнозируемого с учетом

особенностей проведения теста (ширины зрачка, наличия аметропической коррекции, прозрачности оптических сред и т.д.) (Pattern Deviation) (5). Чуть ниже — схемы этих же данных в графическом выражении показателей достоверности (6) и шкала для их чтения (7). Самая светлая штриховка соответствует P<5%, самая темная — P<0,5%. Это означает, что, например, при оценке Total Deviation подобные дефекты встречаются менее чем в 0,5% случаев в популяции людей определенного возраста. Или, для Pattern Deviation, менее чем в 0,5% случаев в популяции ровесников с аналогичной шириной зрачка и очковой коррекцией.

Кроме того, на распечатке указываются еще несколько специальных показателей, полученных в результате автоматизированной статистической обработки нарушений светочувствительности сетчатки в каждой исследованной точке (8).

• MD (mean deviation) — среднее отклонение или средний дефект: общая разница между нормальной чувствительностью (с учетом возраста) и чувствительностью сетчатки у данного пациента (вычисляется из результатов оценки всех точек), т.е. оценка разброса средних показателей измерения в пределах полосы нормы. MD увеличивается при непрозрачности сред, диффузных или выраженных локальных поражениях. Значения чувствительности меньше нормальных отмечаются знаком «минус» в периметрах Humphrey (обозначает девиацию) и знаком «плюс» в периметрах Octopus (обозначает наличие нарушений).

• PSD (pattern standard deviation) или LV — стандартное отклонение паттерна или варибельность дефектов. Являются мерой отличия поля зрения пациента

от нормативного возрастного поля зрения с учетом возможного разброса показателей видимости паттерна (метки) в зависимости от возраста, рефракции, прозрачности сред и других факторов на основе определения индекса центрального эталонного уровня. Данные показатели отражают выраженность очаговых поражений поля зрения. Они могут быть нормальными в случаях диффузных поражений и не подходят для наблюдения в динамике в случаях развитой глаукомы.

• SF (short-term fluctuation) — краткосрочные колебания. Оценка кратковременных (в ходе исследования) флюктуаций пороговых тестов отражает изменчивость показателей во время исследования в точках, проведенных дважды, его значение обычно выше в участках с глаукомными изменениями. SF является показателем внимательности пациента в течение исследования.

• CPSP (corrected pattern standard deviation) или CLV — скорректированное паттерновое стандартное отклонение или скорректированная варибельность поражений: отражает выраженность очаговых изменений, учитывая краткосрочные колебания чувствительности.

Можно с высокой вероятностью судить о стабильности зрительных функций, если SF не превышает 2 дБ, а CPSP находится в рамках 4 дБ.

• Глаукомный тест половин поля зрения сравнивает каждую из пяти групп точек одной половины поля зрения с соответствующей группой другой половины поля зрения. Результат расценивается как нормальный, пограничный и ненормальный (9).

В другом варианте распечатки полученных результатов, помимо стандартной паспортной части и изображения по шкале оттенков серого, в цифровом выражении (в децибелах) о порогах светочувствительности в каждой исследованной точке позволяло судить схемы слева внизу и справа внизу (рис. 11). На первой из них представлен уровень дефицита, а на второй — уровень сохранности исследуемой функции. Здесь же указана суммарная светочувствительность в каждом из 4 квадрантов центрального поля зрения.

• Кривая Бетте или кумулятивная кривая дефектов (для периметров Octopus, Peridata, Kowa и др.): точки (от 59 до 76), исследованные с полным диапазоном чувствительности (в специализированных глаукомных программах), выстраиваются в последовательность по чувствительности в порядке убывания с поправкой на возраст. В результате получается кривая, в которой точки с левой стороны отображают зоны поля зрения с хорошими показателями, а точки с правой стороны — зоны с плохими:

– при диффузном снижении чувствительности почти вся кривая лежит вне 5% интервала отклонения от нормальной популяционной кривой (рис. 12);

– при локальном поражении чувствительность снижается только в некоторых точках, оставаясь нормальной в других, поэтому кривая лежит в пределах нормы слева и резко падает вниз справа (рис. 13).

В некоторых совершенных современных периметрах существуют программы, позволяющие оценивать динамические изменения полей зрения с течением времени. Программа Statpac (Humphrey) позволяет вывести на одном листе результаты 10 тестирований, располагая их в хронологическом порядке.

Следует отметить сложность дифференцирования минимальных изменений пороговых колебаний, особенно при краткосрочных наблюдениях, отличающихся значительной варибельностью. Изменения полей зрения считаются значимыми при:

• аномальном результате глаукомного теста половин полей зрения (GHT), подтвержденном при 2 последовательных исследованиях;

• наличии 3 аномальных точек, одна из которых имеет p<1%, подтвержденном при 2 последовательных исследованиях, с вероятностью близости к норме p<5%;

• CPSP p<5%, подтвержденном при 2 последовательных исследованиях, при нормальном по другим показателям поле зрения.

Кроме того, должны быть исключены другие заболевания сетчатки и зрительного нерва, влияющие на поле зрения, а любой дефект или подозрение на дефект подтверждены повторными исследованиями.

Повсеместное распространение стандартной автоматизированной периметрии позволяет задуматься о введении классификации глаукомных изменений, выявляемых этим методом. В то время как в нашей стране стабильность глаукомы определяется на основании данных кинетических исследований поля зрения, европейское глаукомное общество предлагает оценивать прогрессирование заболевания по классификации Hodapp.

Ранние глаукомные изменения:
а) MD < -6 дБ (MD > -2 дБ — норма);
б) снижение светочувствительности до уровня ниже 5% вероятности менее чем в 18 точках, и ниже уровня 1% от нормы — менее 10 точек;
в) отсутствие в пределах центральной области (5° от точки фиксации) точек с чувствительностью менее 15 дБ.

Умеренные глаукомные изменения:
а) MD < -12 дБ;
б) менее чем в 37 точках светочувствительность снижена до уровня ниже 5% вероят-

ности, или менее 20 точек — при p < 1% от нормы;
в) отсутствие в центральной 5° области точек с нулевой светочувствительностью (абсолютных скотом);
г) только в одной половине поля зрения в центральной 5° области снижение светочувствительности < 15 дБ.

Развитые глаукомные изменения:
а) MD > -12 дБ;
б) снижение светочувствительности при вероятности p < 5% более чем в 37 точках, или при p < 1% — более чем в 20 точках;
в) абсолютный дефицит (0 дБ) в пределах 5° от центра;
г) в обеих половинах поля зрения в центральной 5° области чувствительность снижена < 15 дБ.

Поскольку изменения полей зрения как показатель прогрессирования глаукомной оптической нейропатии являются одним из критериев для коррекции терапии глаукомы или перехода к следующему этапу лечения (лазерному, хирургическому), верификация

пороговых изменений должна подтверждаться повторными тестированиями (см. схему алгоритма).

В начальных стадиях глаукомного процесса вновь выявляемые дефекты подтверждены значительной варибельности и при надлежащем лечении прогрессируют медленно. При продвинутых стадиях и выраженных дефектах светочувствительности периодичность проведения пороговой периметрии должна составлять не менее 2 раз в год.

Особое значение статическая пороговая периметрия приобретает при проведении диагностических проб, установлении целевого давления или регистрации эффективности проводимого лечения.

Сравнение данных исходного тестирования с контрольными показателями, как правило, выявляет новые дефекты или углубление выявленных ранее скотом (либо, наоборот, улучшение светочувствительности сетчатки). Следовательно, в подобных ситуациях актуальны критерии оценки полученных результатов.

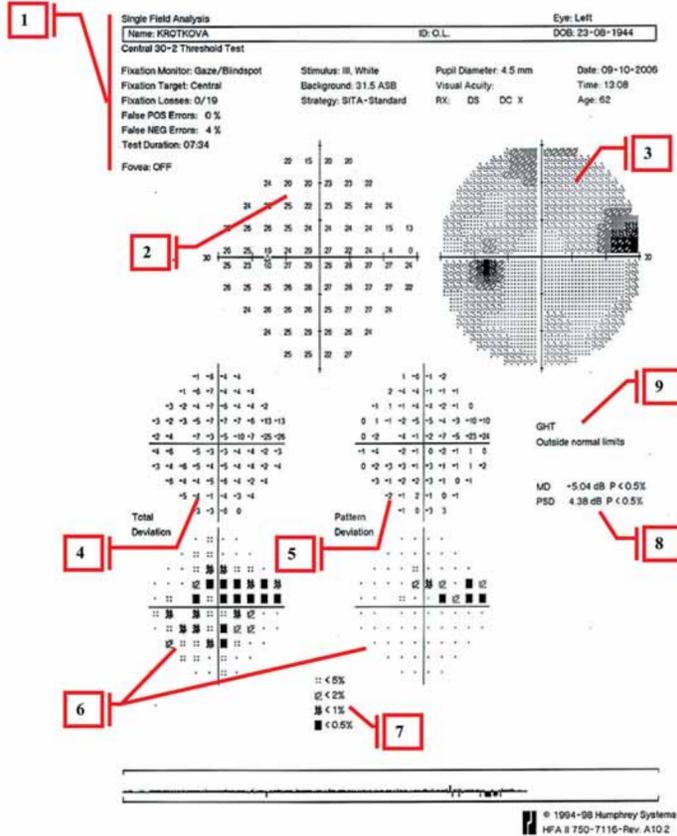


Рис. 10. Вариант распечатки результатов порогового исследования 30-2 (периметр Humphrey), объяснения в тексте (позиции 1-9)

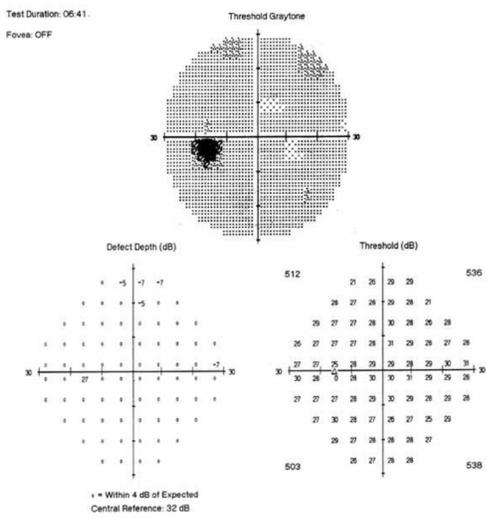


Рис. 11. Вариант распечатки результатов порогового исследования 30-2 (периметр Humphrey)

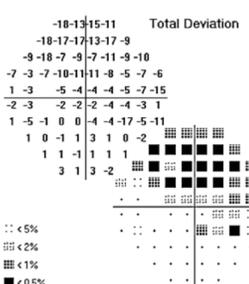
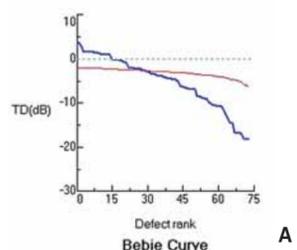
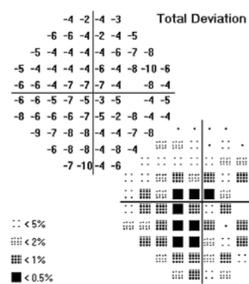
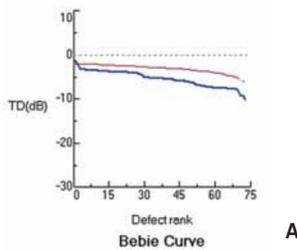


Рис. 12. Диффузное снижение светочувствительности сетчатки: А — кривая Бетте пациента (синяя линия) несколько снижена, но повторяет конфигурацию «нормальной» кривой (красная линия); Б — показатель Total Deviation снижен во множестве точек, однако Pattern Deviation не выявляет значительных отклонений

Рис. 13. Локальные поражения светочувствительности сетчатки: А — конфигурация кривой Бетте пациента (синяя линия) значительно отличается от «нормальной» кривой (красная линия) и резко снижается в правой части, отражая наличие значительного числа точек с выраженным снижением светочувствительности; Б — показатель Total Deviation снижен во множестве точек, Pattern Deviation также указывает на значительные отклонения в обширной зоне

ДУОТРАВ®

травопрост 0,004% + тимолол 0,5%, капли глазные

СИЛА ВАШЕГО УСПЕХА

Перед применением препарата следует внимательно ознакомиться с инструкцией.

Снижение ВГД до 38% или до 12 от исходного¹

83% пациентов, получающих Дуотрав, достигают целевого ВГД (Po ≤ 18 мм рт. ст.)²

Дополнительное снижение ВГД на 5.7 при переводе с монотерапии тимололом³

Хороший профиль безопасности и переносимости^{1,2}

¹ Baxendale AG, Gargano-Sanna G, Flowers SE, Sampao J, Mallick A, Landry TA, Bergmann MW. The safety and efficacy of travoprost 0.004% bimatoprost 0.5% combination solution. Am J Ophthalmol 2005;140:1-7.

² Hughes BA, Bacharach J, Claver ER, Kaban AM, Mallick A, Landry TA, Bergmann MW. A three-month, multi-center, double-masked study of the safety and efficacy of travoprost 0.004% bimatoprost 0.5% combination solution compared to travoprost 0.004% and bimatoprost 0.5% used concomitantly in subjects with open-angle glaucoma or ocular hypertension. J Glaucoma 2005;14:392-399.

³ Pether B, Schwab M, Mahr R, Schwab S, Jank M, Stewart J, Stewart W. Safety and efficacy of changing to travoprost/bimatoprost fixed combination (DuoTrav®) from prior mono- or adjunct therapy. Clinical Ophthalmology 2010;4:409-409.

000 - Алкон Фармацевтика, 109004, Москва, ул. Николоямская, 54. Тел.: +7 (495) 258 52 78; факс: +7 (495) 258 52 79.

Показания и противопоказания к имплантации искусственного хрусталика

И.Э. Иошин

ФГУ «Клиническая больница»
Управления делами Президента
Российской Федерации, Москва

Интраокулярная коррекция афакии не имеет альтернативы, а хирургия катаракты с имплантацией ИОЛ является самой распространенной и социально-ориентированной операцией – так подытожил полувекной период развития данного направления офтальмологии академик С.Н. Федоров (2000).

С тех пор, как английский офтальмолог Н. Ridley в ноябре 1949 г., удалив катаракту, впервые имплантировал искусственный хрусталик, история развития катарактальной хирургии неразрывно связана с интраокулярной коррекцией.

Вместе с тем на ранних этапах развития имплантационной хирургии, при всей прогрессивности для того времени, технология экстракции катаракты была далеко небезопасной. Травматичность хирургических манипуляций была обусловлена низким, с современной точки зрения, качеством инструментария, аппаратуры, самих искусственных хрусталиков.

Несоответствие размеров ИОЛ параметрам глаза, большой удельный вес приводили к механической травматизации структур глаза и дислокации искусственного хрусталика. Химическая агрессивность материала, из которого изготавливалась линза, вызывала ответную воспалительную реакцию глаза. Ирридоциклиты, буллезные кератиты, дислокации ИОЛ, вторичная глаукома, инфекционные и геморагические осложнения представляли ранее значительную проблему, что отражалось на отношении к интраокулярной коррекции.

Появились такие понятия, как «показания» и «противопоказания» к имплантации, которые ограничивали клинические ситуации применения интраокулярной коррекции афакии теми, при которых прогнозировался минимальный риск осложнений. Впрочем, систематизировались те случаи, при которых искусственный хрусталик был противопоказан.

В основном интраокулярную коррекцию проводили у пациентов с односторонней несложившейся афакией. При наличии сочетанной офтальмопатологии имплантация интраокулярной линзы ранее была признана целесообразной.

К наиболее часто встречающимся нозологическим формам, при наличии которых до недавнего времени отмечалось сдержанное отношение к интраокулярной коррекции, были отнесены глаукома, увеиты, сахарный диабет, миопия высокой степени, дистрофические заболевания роговицы, заболевания зрительного нерва и сетчатки, единственный глаз.

По степени выраженности функциональных и структурных изменений, стадии патологического процесса данные сопутствующие заболевания были классифицированы в абсолютные и относительные противопоказания к имплантации искусственного хрусталика.

Классификация абсолютных и относительных противопоказаний к интраокулярной коррекции была разработана С.Н. Федоровым в 1977 г.

Имплантация искусственного хрусталика была **абсолютно противопоказана** при:

- развитой глаукоме;
- рецидивирующем иридоциклите и увеите;
- эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы;
- синдроме Фукса;
- заболеваниях сетчатки, зрительного нерва и стекловидного тела;
- высокой осложненной близорукости;
- тяжелых осложнениях в ходе операции;

Интраокулярная коррекция при данных патологических состояниях была признана нецелесообразной из-за невозможности достижения высоких зрительных функций (выше 0,5) или опасности возникновения осложнений, обусловленных исходным состоянием глаза.

• функциональной неполноценности или отсутствия парного глаза.

В этом случае противопоказанием являлись стремление ограничить объем хирургического вмешательства, и тем самым уменьшить потенциальную возможность возникновения осложнений.

К **относительным противопоказаниям** относились:

- начальная форма открытоугольной глаукомы;
- травматическая катаракта;
- минимально травматичные осложнения в ходе операции.

Основные критерии в суммарной оценке состояния глаза в определении показаний и противопоказаний к одномоментной коррекции афакии интраокулярными линзами заключаются в следующем:

- **целесообразность интраокулярной коррекции;**
- **техническая возможность проведения имплантации;**
- **степень риска операции.**

Целесообразность

При определении целесообразности интраокулярной коррекции должен учитываться осложненный статус, обусловленный в большинстве случаев наличием сопутствующей патологии глаза.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения, является состояние зрительных функций, основные среди которых – острота и поле зрения. Исходно низкие показатели зрительных функций, снижение остроты зрения до неправильной светопроекции и невозможности определить границы периферического зрения нередко служат причиной отказа от имплантации ИОЛ. Однако наиболее объективными данными в оценке качественно-количественного анализа функциональных расстройств и реабилитационного прогноза при нарушении прозрачности хрусталика и невозможности офтальмоскопии считается комплекс электрофизиологических исследований, а степень данные сопутствующие заболевания были классифицированы в абсолютные и относительные противопоказания к имплантации искусственного хрусталика.

Комплексное клинико-функциональное обследование послужило основой для формирования критериев целесообразности и объема оперативного вмешательства, прогноза осложнений и функциональных результатов интраокулярной коррекции афакии. При

этом критерием целесообразности служит возможность достижение остроты зрения 0,3 и выше, при которой есть основа для бинокулярного зрения и реализации всех преимуществ интраокулярной коррекции афакии.

Анализируя литературные данные клинических исследований по электрофизиологии органа зрения, электрофизиологические критерии целесообразности экстракции катаракты с одномоментной интраокулярной коррекцией можно представить следующим образом:

- ЭЧ (мкА) – не выше 100;
- ЭЛ (Гц) – не выше 30;
- ЭРГ в белом свете: «а»-волна (мкВ) – не ниже 20, «в»-волна (мкВ) – не ниже 40, в красном свете: «а»-волна (мкВ) – не ниже 7-8, «в»-волна (мкВ) – не ниже 14;
- ЭОГ К Ардена – 174-200, 1 исх (мкВ/град) – не ниже 15, соотношение КА – не выше 10%.

Иными словами, электрофизиологические критерии целесообразности хирургического вмешательства и имплантации ИОЛ по общепринятому представлению должны соответствовать вышеуказанным параметрам, расцениваемые как нормальные, незначительные и умеренные показатели электрофизиологического обследования.

При значительных изменениях сетчатки и зрительного нерва возможность имплантации ИОЛ представляется сомнительной ввиду отсутствия перспектив существенного улучшения зрения после операции. Тем не менее решение имплантации искусственного хрусталика при значительных выявленных электрофизиологических изменениях его функциональных способностей, учитывая в некоторой степени субъективный характер данных исследований при мутном хрусталике, возрастных и интеллектуальных способностях, требует более углубленного анализа характера сопутствующей патологии и степени риска развития интраоперационных и послеоперационных осложнений. Поэтому сомнения в дооперационных электрофизиологических показателях должны решаться по «адвокатскому» принципу в пользу показаний к имплантации ИОЛ.

Есть определенная особенность в определении целесообразности имплантации ИОЛ у монокулярных пациентов, поскольку достижение бинокулярного зрения невозможно по определению. В этом случае положительное качество артификации по сравнению с афакией, по данным эргономических исследований, проявляются при послеоперационной остроте зрения выше 0,1. Электрофизиологические критерии целесообразности у монокулярных больных до операции достигаются искомой остроты зрения следующие:

- Порог ЭЧ (мкА) – не выше 170 мкА;
- Порог ЭЛ (Гц) – не ниже 20-25 Гц;
- ЭРГ в белом свете: снижение «а»-волны не ниже 18-20 мкВ, «в»-волны – не ниже 35-40 мкВ, в красном свете: снижение «а»-волны не ниже 7 мкВ, «в»-волны – не ниже 14 мкВ.

Вместе с тем понятие целесообразности, помимо функционально-оптического содержания, несет в себе и анатомический (биомеханический) смысл. Экстракция хрусталика формирует определенный

анатомический дефект внутреннего объема глазного яблока, по этому механическое расправление капсульного мешка с помощью имплантации ИОЛ должно способствовать его компенсации. Коллебия внутриглазных структур – «эндофтальмодонез» – при афакии способны вызывать серьезные осложнения, в первую очередь со стороны сетчатки, частота которых уменьшается при имплантации искусственного хрусталика. Исходя из этого современный подход к показаниям к имплантации ИОЛ формируется как обязательный этап хирургической технологии, если определены показания к экстракции катаракты. Данная обязательность рассматривается при условии обеспечения технических условий стабильного положения ИОЛ.

Техническая возможность имплантации

В процессе интенсивного развития интраокулярной коррекции определились основные требования к искусственному хрусталику: легкость конструкции, исключая при этом механическую травму глаза, стабильность положения в глазу, техническая простота имплантации с последующей минимальной травмой наиболее реактивных тканей глаз (Федоров С.Н., Егорова Э.В., 1980).

До всеобщего признания преимуществ внутрикапсульной фиксации ИОЛ и появления современных конструкций искусственного хрусталика, адаптированного к размерам и прочностным свойствам капсульного мешка, определение технической возможности имплантации ИОЛ было актуальной задачей. В первую очередь, это относилось к интракапсулярной экстракции катаракты и внекапсулярной фиксации ИОЛ. В настоящий момент все усилия офтальмохирурга направлены на сохранение капсульного мешка в ходе экстракции катаракты, для чего разрабатываются различные меры профилактики: инструменты для различных модификаций переднего капсулорексиса, внутрикапсульные кольца для поддержки капсульного мешка при его подвывихе, комбинированные вископротекторы.

Благодаря обеспечению внутрикапсулярной фиксации ИОЛ стало возможно расширение показаний к интраокулярной коррекции афакии. Внутрикапсулярная имплантация искусственного хрусталика при экстракапсулярной экстракции катаракты признана на современном этапе как наиболее физиологичная и сохраняющая естественные анатомические соотношения хирургической технологии.

Различные модификации технологии «малых разрезов» (фактомодификация, лазерная экстракция, механическая факофрагментация) обладают одним и тем же преимуществом: минимизация операционного доступа, конфигурация которого не требует наложения швов, обеспечивает высокую скорость репаративных процессов, отсутствие индуцированного астигматизма, быструю и качественную реабилитацию пациентов после операции. Таким образом, современные технологии хирургии, качественный уровень фармакологического и технического обеспечения операции способствуют снижению риска развития операции катаракты с интракапсулярным положением искусственного хрусталика является основной мерой профилактики отслойки

сетчатки на операционном этапе. Внутрикапсулярная позиция ИОЛ вместе с задней капсулой хрусталика выполняет защитную функцию, сдерживая послеоперационный витреодонез и уменьшая вероятность тракционных витреоретинальных синдромов.

По мнению большинства авторов, в случаях неосложненного течения заболевания **сахарным диабетом** без развития диабетической ретинопатии, возможна успешная экстракция катаракты с достижением высоких функциональных результатов при одномоментной интраокулярной коррекции. Наличие диабетической ретинопатии, независимо от стадии процесса, ранее считалось противопоказанием к имплантации ИОЛ и объяснялось высоким риском развития воспалительных осложнений (Бессмертный А.М., 1990). Данный риск был обусловлен прямой корреляционной связью между характерными сосудистыми изменениями и выраженной послеоперационной экссудативной реакцией глаза.

За последние годы приводятся данные об успешной имплантации ИОЛ в рискованных ситуациях, при трансудативной-геморагической и пролиферативной стадиях. Современные способы одномоментного проведения экстракции катаракты, субтотальной витреотомии, панретинальной эндолазеркоагуляции с имплантацией заднекамерной ИОЛ существенно повышают возможность функциональной и медицинской реабилитации данного тяжелого контингента пациентов.

По данным отечественной и зарубежной литературы, доказана эффективность применения модифицированных линз с усиленной рефракцией в случаях **центральной хориоретинальной дистрофии**, телескопического эффекта которых обеспечивает улучшение качества центрального зрения.

При анализе функциональных результатов хирургии катаракты с одномоментной имплантацией ИОЛ у пациентов с **тапето-ретинальной абиотрофией** отмечаются качественные улучшения зрительных функций в ранние и отдаленные сроки наблюдения.

Имплантация ИОЛ у больных с **увейтитами** вызывает сомнения у офтальмологов и в настоящее время. Однако иммунологические исследования пациентов с увейтитами различной степени тяжести до и после хирургического лечения катаракты с имплантацией ИОЛ доказывают принципиальную возможность интраокулярной коррекции у больных с воспалительными заболеваниями глаз на фоне иммунокорректирующего лечения и стабилизации основного процесса.

Интраокулярная коррекция афакии при травматических повреждениях хрусталика как основной элемент реконструктивного вмешательства стала применяться благодаря фундаментальным работам С.Н. Федорова, Э.В. Егоровой (1985). Более того, в работах М.И. Алешаева (1996) обсуждаются возможности применения ИОЛ даже при первичной хирургической обработке травмы. Все же основная проблема имплантации при травмах – обеспечение технических возможностей стабильного положения ИОЛ в условиях повреждения капсулы хрусталика. Она решается путем использования современных моделей с особенностями миопического глаза, экстракция катаракты на фоне близорукости средней и высокой степени связана с повышенным риском послеоперационной отслойки сетчатки. Сохранение задней капсулы катаракты при экстракапсулярной экстракции катаракты с интракапсулярным положением искусственного хрусталика является основной мерой профилактики отслойки

сетчатки на операционном этапе. Внутрикапсулярная позиция ИОЛ вместе с задней капсулой хрусталика выполняет защитную функцию, сдерживая послеоперационный витреодонез и уменьшая вероятность тракционных витреоретинальных синдромов.

По мнению большинства авторов, в случаях неосложненного течения заболевания **сахарным диабетом** без развития диабетической ретинопатии, возможна успешная экстракция катаракты с достижением высоких функциональных результатов при одномоментной интраокулярной коррекции. Наличие диабетической ретинопатии, независимо от стадии процесса, ранее считалось противопоказанием к имплантации ИОЛ и объяснялось высоким риском развития воспалительных осложнений (Бессмертный А.М., 1990). Данный риск был обусловлен прямой корреляционной связью между характерными сосудистыми изменениями и выраженной послеоперационной экссудативной реакцией глаза.

За последние годы приводятся данные об успешной имплантации ИОЛ в рискованных ситуациях, при трансудативной-геморагической и пролиферативной стадиях. Современные способы одномоментного проведения экстракции катаракты, субтотальной витреотомии, панретинальной эндолазеркоагуляции с имплантацией заднекамерной ИОЛ существенно повышают возможность функциональной и медицинской реабилитации данного тяжелого контингента пациентов.

По данным отечественной и зарубежной литературы, доказана эффективность применения модифицированных линз с усиленной рефракцией в случаях **центральной хориоретинальной дистрофии**, телескопического эффекта которых обеспечивает улучшение качества центрального зрения.

При анализе функциональных результатов хирургии катаракты с одномоментной имплантацией ИОЛ у пациентов с **тапето-ретинальной абиотрофией** отмечаются качественные улучшения зрительных функций в ранние и отдаленные сроки наблюдения.

Имплантация ИОЛ у больных с **увейтитами** вызывает сомнения у офтальмологов и в настоящее время. Однако иммунологические исследования пациентов с увейтитами различной степени тяжести до и после хирургического лечения катаракты с имплантацией ИОЛ доказывают принципиальную возможность интраокулярной коррекции у больных с воспалительными заболеваниями глаз на фоне иммунокорректирующего лечения и стабилизации основного процесса.

Интраокулярная коррекция афакии при травматических повреждениях хрусталика как основной элемент реконструктивного вмешательства стала применяться благодаря фундаментальным работам С.Н. Федорова, Э.В. Егоровой (1985). Более того, в работах М.И. Алешаева (1996) обсуждаются возможности применения ИОЛ даже при первичной хирургической обработке травмы. Все же основная проблема имплантации при травмах – обеспечение технических возможностей стабильного положения ИОЛ в условиях повреждения капсулы хрусталика. Она решается путем использования современных моделей с особенностями миопического глаза, экстракция катаракты на фоне близорукости средней и высокой степени связана с повышенным риском послеоперационной отслойки сетчатки. Сохранение задней капсулы катаракты при экстракапсулярной экстракции катаракты с интракапсулярным положением искусственного хрусталика является основной мерой профилактики отслойки

сетчатки на операционном этапе. Внутрикапсулярная позиция ИОЛ вместе с задней капсулой хрусталика выполняет защитную функцию, сдерживая послеоперационный витреодонез и уменьшая вероятность тракционных витреоретинальных синдромов.

По мнению большинства авторов, в случаях неосложненного течения заболевания **сахарным диабетом** без развития диабетической ретинопатии, возможна успешная экстракция катаракты с достижением высоких функциональных результатов при одномоментной интраокулярной коррекции. Наличие диабетической ретинопатии, независимо от стадии процесса, ранее считалось противопоказанием к имплантации ИОЛ и объяснялось высоким риском развития воспалительных осложнений (Бессмертный А.М., 1990). Данный риск был обусловлен прямой корреляционной связью между характерными сосудистыми изменениями и выраженной послеоперационной экссудативной реакцией глаза.

За последние годы приводятся данные об успешной имплантации ИОЛ в рискованных ситуациях, при трансудативной-геморагической и пролиферативной стадиях. Современные способы одномоментного проведения экстракции катаракты, субтотальной витреотомии, панретинальной эндолазеркоагуляции с имплантацией заднекамерной ИОЛ существенно повышают возможность функциональной и медицинской реабилитации данного тяжелого контингента пациентов.

По данным отечественной и зарубежной литературы, доказана эффективность применения модифицированных линз с усиленной рефракцией в случаях **центральной хориоретинальной дистрофии**, телескопического эффекта которых обеспечивает улучшение качества центрального зрения.

При анализе функциональных результатов хирургии катаракты с одномоментной имплантацией ИОЛ у пациентов с **тапето-ретинальной абиотрофией** отмечаются качественные улучшения зрительных функций в ранние и отдаленные сроки наблюдения.

Имплантация ИОЛ у больных с **увейтитами** вызывает сомнения у офтальмологов и в настоящее время. Однако иммунологические исследования пациентов с увейтитами различной степени тяжести до и после хирургического лечения катаракты с имплантацией ИОЛ доказывают принципиальную возможность интраокулярной коррекции у больных с воспалительными заболеваниями глаз на фоне иммунокорректирующего лечения и стабилизации основного процесса.

Интраокулярная коррекция афакии при травматических повреждениях хрусталика как основной элемент реконструктивного вмешательства стала применяться благодаря фундаментальным работам С.Н. Федорова, Э.В. Егоровой (1985). Более того, в работах М.И. Алешаева (1996) обсуждаются возможности применения ИОЛ даже при первичной хирургической обработке травмы. Все же основная проблема имплантации при травмах – обеспечение технических возможностей стабильного положения ИОЛ в условиях повреждения капсулы хрусталика. Она решается путем использования современных моделей с особенностями миопического глаза, экстракция катаракты на фоне близорукости средней и высокой степени связана с повышенным риском послеоперационной отслойки сетчатки. Сохранение задней капсулы катаракты при экстракапсулярной экстракции катаракты с интракапсулярным положением искусственного хрусталика является основной мерой профилактики отслойки



основной процедурой при реконструктивном вмешательстве, на базе которой строятся все остальные манипуляции.

Таким образом, положительное решение проблемы интраокулярной коррекции при различной сопутствующей катаракте патологии предопределило отказ от выделения конкретных нозологических форм, при которых имплантация ИОЛ противопоказана. В монографии С.Н. Федорова, Э.В. Егоровой «Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика» (1992) абсолютные и относительные противопоказания представлены не как детальное перечисление некоторых заболеваний глаза и организма, а систематизированы в общие группы.

Абсолютные противопоказания:

- тяжелые соматические заболевания организма в стадии декомпенсации;
- тяжелые заболевания глаза со стойкой утратой функции сетчатки и зрительного нерва;
- отсутствие или функциональная неполноценность парного глаза;
- неустраненные или травматично устраненные осложнения операции.

Относительные противопоказания:

- соматические заболевания в стадии компенсации;
- заболевания и посттравматические изменения, устраняемые в ходе операции;
- амблиопия;
- осложнения в ходе операции.

Необходимо отметить, что большинство обозначенных ограничений относится не столько к имплантации искусственного хрусталика, сколько к экстракции катаракты в целом.

Современный подход к хирургии катаракты можно с некоторой долей условности представить следующей схемой, где пациент оценивается в комплексе: состояние общего здоровья, парного и оперируемого глаза (схема).

Общесоматические заболевания не вправе рассматривать как специфические противопоказания к имплантации ИОЛ, тем более что современные возможности диагностики, терапии и анестезиологии значительно расширяют возраст и соматический статус оперируемых

больных. Значение общей патологии необходимо учитывать для определения возможности экстракции катаракты вообще. Компенсация соматического статуса определяет показание к экстракции катаракты, декомпенсация – отказ.

Состояние парного глаза, в первую очередь его анатомическая или функциональная несостоятельность, как противопоказание к имплантации ИОЛ также не рассматривается в качестве очевидно-го, особенно если на оперируемом

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Окомистин: чтобы Ваши глаза сияли здоровьем!

Окомистин – новый оригинальный высокоэффективный препарат в офтальмологии, созданный российской компанией «ИНФАМЕД». Окомистин – это глазные капли для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний глаз (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, кератоконъюнктивиты и др.), а также для лечения травм и ожогов глаза и для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в предоперационном и послеоперационном периоде.

В основе антимикробной активности препарата Окомистин лежит прямое взаимодействие молекулы препарата с белково-липидными комплексами мембран микроорганизмов, при этом часть молекул Окомистина погружается в липофильный слой мембраны, разрушает ее и повышает проницаемость для крупномолекулярных веществ. Окомистин изменяет энзиматическую активность микробной клетки, ингибирует ферментные системы, что приводит к угнетению жизнедеятельности микроорганизмов и их разрушению. Окомистин обладает высокой избирательностью действия в отношении микроорганизмов и не повреждает клеточные мембраны тканей человека. Данный эффект связан с различием в структуре клеточных мембран человека и микроорганизмов.

Окомистин обладает широким спектром действия в отношении бактерий, грибов, вирусов и простейших, включая устойчивые госпитальные штаммы. Препарат оказывает противовоспалительное действие (активизирует процессы фибринолиза в тканях конъюнктивы), повышает местный иммунитет, ускоряет процессы регенерации и эпителизации, что делает Окомистин препаратом первого выбора как при монотерапии, так и при комплексном лечении воспалительных заболеваний глаз.

Под действием препарата повышается эффективность антибиотиков в отношении бактерий, грибов и простейших.

глазу сопутствующая патология компенсирована и данные ЭФИ позволяют надеяться на улучшение зрения 0,1 и выше.

Тяжелые сопутствующие заболевания глаз также ограничивают не столько имплантацию ИОЛ, сколько показания к экстракции катаракты. Необходимо уточнить, что эти ограничения касаются показаний к экстракции катаракты при декомпенсации (нестабильное состояние с неуклонным прогрессированием) сопутствующей

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Окомистин: чтобы Ваши глаза сияли здоровьем!

Окомистин – новый оригинальный высокоэффективный препарат в офтальмологии, созданный российской компанией «ИНФАМЕД». Окомистин – это глазные капли для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний глаз (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, кератоконъюнктивиты и др.), а также для лечения травм и ожогов глаза и для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в предоперационном и послеоперационном периоде.

В основе антимикробной активности препарата Окомистин лежит прямое взаимодействие молекулы препарата с белково-липидными комплексами мембран микроорганизмов, при этом часть молекул Окомистина погружается в липофильный слой мембраны, разрушает ее и повышает проницаемость для крупномолекулярных веществ. Окомистин изменяет энзиматическую активность микробной клетки, ингибирует ферментные системы, что приводит к угнетению жизнедеятельности микроорганизмов и их разрушению. Окомистин обладает высокой избирательностью действия в отношении микроорганизмов и не повреждает клеточные мембраны тканей человека. Данный эффект связан с различием в структуре клеточных мембран человека и микроорганизмов.

Окомистин обладает широким спектром действия в отношении бактерий, грибов, вирусов и простейших, включая устойчивые госпитальные штаммы. Препарат оказывает противовоспалительное действие (активизирует процессы фибринолиза в тканях конъюнктивы), повышает местный иммунитет, ускоряет процессы регенерации и эпителизации, что делает Окомистин препаратом первого выбора как при монотерапии, так и при комплексном лечении воспалительных заболеваний глаз.

Под действием препарата повышается эффективность антибиотиков в отношении бактерий, грибов и простейших.



Производитель – российская фармацевтическая компания «ИНФАМЕД».

Тел.: (495) 775-83-21; 775-83-22; 775-83-23.
Адрес для переписки: 123056, Москва а/я 46.
E-mail: infamed@infamed.ru; www.okomistin.ru

катаракте патологии с высоким риском осложнений – рецидивирующей увеит вне ремиссии, сахарный диабет с пролиферативной диабетической ретинопатией, неоваскуляризация радужки и вторичные гемофтальмами, далеко зашедшая неоднократно оперированная глаукома с декомпенсацией ВГД и др.

Если же решение об экстракции катаракты на дооперационном этапе принято, то основным поводом для отказа от имплантации может быть не просто факт осложнений, а его очевидное влияние на зрительные функции после операции, а именно массивные геморагии на фоне интраоперационной гипертонии с обширным выпадением стекловидного тела, отслойкой сосудистой и сетчатой оболочек. Очевидно, что в этих исключительных случаях прогноз послеоперационной остроты зрения пессимистичен. Тем не менее после адекватного послеоперационного течения и восстановления с афакической коррекцией предметного зрения возможна вторичная имплантация ИОЛ с учетом всех особенностей клинического состояния.

За исключением указанных случаев тяжелых интраоперационных осложнений этап имплантации ИОЛ должен быть обязательным в технологической цепочке экстракции катаракты.

Таким образом, уходит в прошлое понятие **абсолютных и относительных противопоказаний в зависимости от сочетанной патологии глаза. Накопленный опыт хирургии катаракты с интраокулярной коррекцией афакии позволил в настоящее время перейти к определению индивидуальных противопоказаний с учетом конкретных клинических факторов.**

Возрастная макулярная дегенерация. Современный взгляд на терапию

М.В. Будзинская

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) является основной причиной потери зрения среди лиц старшей возрастной группы. Общеизвестен тот факт, что во всем мире увеличивается численность людей пожилого возраста, из них, по данным ВОЗ, около 8 миллионов людей в настоящее время страдают возрастной макулярной дегенерацией сетчатки. The Eye Diseases Prevalence Research Group в США в 2004 г. показала, что неоваскулярная форма ВМД, сливные друзы (или) географическая атрофия были зарегистрированы у 1,47% населения старше 40 лет, что составляет 1,75 миллиона человек, а к 2020 г. эта цифра увеличится почти в 2 раза и составит 2,95 миллиона человек.

Предшествует развитию ВМД возрастная макулопатия (ВМ), которая не является заболеванием и не всегда переходит в ВМД. Согласно классификации AREDS (Age-Related Eye Disease Study, исследование связанных с возрастом глазных болезней), ВМ характеризуется изменением пигментации на глазном дне и небольшим количеством друз (<63 микрон в диаметре). В дальнейшем развивается начальная ВМД (категория 2 по AREDS) – комбинация множественных мелких друз, нескольких друз промежуточного размера (от 63 до 124 микрон в диаметре), либо аномалии пигментного эпителия (перераспределение пигмента). При промежуточной ВМД развиваются (категория 3 по AREDS) друзы промежуточного размера с преобладанием крупных (>124 микрон в диаметре), либо географическая атрофия, не захватывающая центр фovea. Развитая ВМД (категория 4 по AREDS) обладает одним или более из следующих признаков:

- а) географическая атрофия пигментного эпителия и хориокапилляров, захватывающая центр фovea;
- б) экссудативная (неоваскулярная) макулопатия в виде одной из форм:
 - хориоидальная неоваскуляризация;
 - серозная и/или геморрагическая отслойка нейросенсорной сетчатки или пигментного эпителия;
 - липидные экссудаты (вторичный феномен в результате хронического просачивания из любого источника);
 - субретинальная (и под пигментным эпителием) фиброваскулярная пролиферация;
 - дисковидный рубец.

В широкой клинической практике ВМД подразделяют на «сухую», которая составляет около 90% и экссудативную, или «влажную» формы. При развитии «сухой» формы ВМД происходит увеличение очагов деструкции пигментного эпителия сетчатки и развивается географическая атрофия. Экссудативная форма ВМД проявляется образованием новообразованных сосудов, прорастающих из хориоиды под сетчатку. Острота зрения при развитии экссудативной формы снижается за короткий промежуток времени и не превышает 0,1, поэтому данная форма ВМД является наиболее частой причиной слепоты и инвалидизации пациентов.

ВМД – мультифакторное заболевание с широким спектром системных и глазных факторов риска, приводящих к функциональным и морфологическим нарушениям на глазном дне. Ультрафиолетовое излучение, курение, сердечно-сосудистые заболевания, избыточный вес, атеросклероз, генетическая предрасположенность – это далеко не все факторы, влияющие на развитие патологического процесса. Медикаментозная терапия ВМД препаратами лютеина (лютеин-комплекс) основана на предположении, что каротиноиды (лютеин и зеаксантин) защищают сетчатку от воздействия свободных радикалов, образующихся в ходе фототоксических реакций, причем зеаксантин обладает более сильным фотопротекторным действием. Ряд авторов рекомендует назначать комплексную витаминотерапию, например, витаминами С и Е, каротином и цинком.

В нашей стране на протяжении последних 20 лет для лечения ВМД используют курсы консервативной терапии, в основе которых лежит применение антиоксидантов, препаратов улучшающих обмен, нейрорепротекторов, стероидов, диуретиков и витаминов. Однако все перечисленные методы хорошо подходят для лечения «сухих» форм заболевания. Прогноз функционального состояния глаз после данного вида лечения у пациентов с «влажной» формой остается неблагоприятным. На основании проведенных экспериментальных работ во многих странах мира успешно стартовали клинические испытания по изучению эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении субретинальной неоваскуляризации. В 1999 г. TAP (Treatment of Age-Related Macular Degeneration With Photodynamic Therapy Study Group) опубликовали результаты проведенных в течение одного года 1 и 2 фазы рандомизированных

клинических испытаний. Для ФДТ использовался фотосенсибилизатор на липосомальной основе – «Визудин» (вертепорфин) в концентрации 500 мВт/см² с экспозицией 83 сек. С целью проведения данного лечения были отобраны пациенты с диаметром субретинальной неоваскулярной мембраны (СНМ) < 5400 мкм и острой зрения 20/40–20/200. В ходе лечения отмечали стабилизацию остроты зрения, прекращение геморрагической активности и запустевание новообразованных сосудов. В 2004 г. Norley с соавт. после анализа большого количества клинического материала о проведении ФДТ сделали вывод, что, несмотря на высокую стоимость, ФДТ является методом выбора лечения «влажной» формы ВМД. Отдаленные результаты ФДТ с «Визудином» были менее оптимистичными и позволили сделать следующие выводы:

- 1) необходимо повторять курсы ФДТ каждые 3-6 месяцев;
- 2) основным осложнением при проведении ФДТ с препаратом «Визудин» является атрофия пигментного эпителия;
- 3) положительным результатом считается стабилизация зрительных функций в пределах 3 строчек;
- 4) в большинстве случаев регистрируется только стабилизация зрительных функций с избирательным повышением зрения в 13% случаев.

В нашей стране для лечения классической СНМ проходит клинические испытания отечественный фотосенсибилизатор «Фотосен».

Второе направление в лечении экссудативной формы ВМД – разработка препаратов анти-VEGF (фактор роста эндотелия сосудов) действия. В последние годы были разработаны три основных препарата для лечения «сухих» форм заболевания.

1. Макуген (Macugen, Pegaptanib) – олигонуклеотид, адаптер с анти VEGF165 активностью. Применяется эндовитреально в дозе 0,3 мг, 1 раз в 6 недель. При проведении клинических испытаний препарата его эффективность практически равна эффективности ФДТ, т.е. острота зрения снижается, но в меньшей степени, чем в контрольной группе (плацебо). Несмотря на клинические исследования, в своих работах доктор Ройдер показал, что «Макуген» не ингибирует VEGF. Он объяснил полученные результаты тем, что VEGF имеет несколько доменов,

т.е. локусов. Есть специальный домен, который связывается с рецептором, и рецептор, который связывается с гепарином. «Авастин» и «Люцентис» блокируют только домен, который связан с рецептором, именно этот домен очень важен для контакта с рецептором. А «Макуген» связывается только с гепариновым доменом. Это объясняет то, почему макуген работает менее эффективно, чем остальные препараты.

2. Авастин™ (Бевацизумаб) – рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело (mAb) – обладает способностью связываться со всеми изоформами человеческого фактора VEGF (VEGF110, VEGF121, VEGF145, VEGF165, VEGF183, VEGF189 и VEGF206) с высокой аффинностью. В доклинических моделях применение нейтрализующих VEGF антител приводило к выраженному подавлению роста опухоли в разнообразных моделях. Препарат разрешен US FDA в феврале 2004 г. только для лечения метастазирующего колоректального рака в комбинации с 5-фторурацилом. В настоящее время разрешения на использование препарата в офтальмологии нет не только в России, но и за рубежом. Многие офтальмологи на основании информированного согласия применяют «Авастин» в лечении экссудативной формы ВМД. В офтальмологической практике препарат применяется эндовитреально в дозе 1,25 мг (0,05 мл).

По данным Spraide, приблизительно в 55% случаев в течение первой недели после эндовитреального введения препарата отмечается улучшение зрения. К 8-12 месяцу у 51 из 81 человека наблюдалось значительное уменьшение интра-ретинального отека, резорбция субретинальной жидкости и снижение активности субретинальной неоваскулярной мембраны.

3. Луцентис (Lucentis, ranibizumab) – 49-кД фрагмент антитела с анти VEGF-A активностью. Применяется эндовитреально в дозе 0,5 мг (0,05 мл). Проведенное международное рандомизированное клиническое испытание «MARINA» показало, что по истечении двух лет у пациентов, принимавших «Луцентис», острота зрения возросла на 6,6 строчки, а у пациентов из контрольной группы (плацебо) – снизилась на 14,9 строчки. Однако это исследование выявило, что площадь СНМ остается неизменной в течение всего срока наблюдения, а при отсутствии терапии (инъекции плацебо) площадь СНМ увеличилась в среднем на 2

диаметра диска. Таким образом, введение «Луцентиса» способствовало уменьшению толщины сетчатки в макулярной области из-за снижения проницаемости новообразованных сосудов, но не влияло на неоваскулярный комплекс. Обычно курс лечения требует проведения неоднократных инъекций и длится много месяцев. Как и при других методах лечения, существует определенный риск возникновения осложнений. Большинство осложнений связано непосредственно с инъекцией и угрозой повреждения глазного яблока или инфицирования.

В связи с этим было предложено комбинировать фотодинамическую и анти-VEGF терапию. Исследование «ANCHOR» изучало эффективность комбинации комбинированной ФДТ («Визудин») и эндовитреального введения препарата «Луцентис». После первого года наблюдений было доказано, что изолированное применение ФДТ приводит к снижению остроты зрения в 67,9% случаев, а комбинированная терапия позволяет улучшить результат лечения в 5-фторурацилом. В настоящее время разрешения на использование препарата в офтальмологии нет не только в России, но и за рубежом. Многие офтальмологи на основании информированного согласия применяют «Авастин» в лечении экссудативной формы ВМД. В офтальмологической практике препарат применяется эндовитреально в дозе 1,25 мг (0,05 мл).

По данным Spraide, приблизительно в 55% случаев в течение первой недели после эндовитреального введения препарата отмечается улучшение зрения. К 8-12 месяцу у 51 из 81 человека наблюдалось значительное уменьшение интра-ретинального отека, резорбция субретинальной жидкости и снижение активности субретинальной неоваскулярной мембраны.

4. Луцентис (Lucentis, ranibizumab) – 49-кД фрагмент антитела с анти VEGF-A активностью. Применяется эндовитреально в дозе 0,5 мг (0,05 мл). Проведенное международное рандомизированное клиническое испытание «MARINA» показало, что по истечении двух лет у пациентов, принимавших «Луцентис», острота зрения возросла на 6,6 строчки, а у пациентов из контрольной группы (плацебо) – снизилась на 14,9 строчки. Однако это исследование выявило, что площадь СНМ остается неизменной в течение всего срока наблюдения, а при отсутствии терапии (инъекции плацебо) площадь СНМ увеличилась в среднем на 2

диаметра диска. Таким образом, введение «Луцентиса» способствовало уменьшению толщины сетчатки в макулярной области из-за снижения проницаемости новообразованных сосудов, но не влияло на неоваскулярный комплекс. Обычно курс лечения требует проведения неоднократных инъекций и длится много месяцев. Как и при других методах лечения, существует определенный риск возникновения осложнений. Большинство осложнений связано непосредственно с инъекцией и угрозой повреждения глазного яблока или инфицирования.

Улица, фонарь, аптека...

Первая аптека в Москве была создана в 1581 году, когда по просьбе Ивана IV Грозного английская королева Елизавета I прислала большое количество лекарств и опытных аптекарей («алхимистов»).

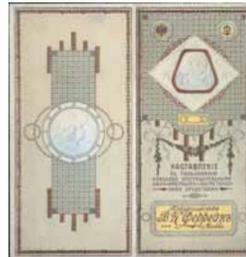
Называлась аптека «Верхней или Царевой» и размещалась в Кремле в одном здании с Аптекарским приказом (не сохранилось).

В первые десятилетия существования эта аптека обслуживала только царскую семью. Жители города могли покупать лекарства в аптеку в одном здании с Аптекарским приказом (не сохранилось). В 1672 году открылась «Новая аптека» на Ильинке в здании Гостиного двора, предназначенная для продажи лекарств «всех чинам людям».

Лекарства привозились в Москву из Англии, Германии, Голландии, а лекарственные травы выращивались в Аптекарском огороде или собирались специальными сборщиками («помясамы»).

Боле 300 лет назад, 22 ноября 1701 года, указом Петра I для предупреждения «мора» от приема «непотребных трав и лекарств» была запрещена их рыночная продажа и было дано разрешение на открытие первых вольных (частных) аптек в Москве.

Таких аптек поначалу было в городе лишь восемь. Первую грамоту получил «вольный» аптекарь Иоганн Готфрид Грегориус, которого лично знал царь. Он основал собственную аптеку в Ново-Немецкой слободе. По его аптеке был назван переулок. Это название сохранилось до сих пор: москвичи знают Аптекарский переулок недалеко от станции метро «Бауманская».



Наставление Феррейн

Вторая льготная грамота от царя частной аптеки в начале Мясницкой улицы была дана Даниилу Гурчину. Эта грамота – единственный документ, дошедший до нашего времени в подлиннике. Аптека Гурчина многие годы спустя перешла в руки фармацевтов Феррейнов.

О происхождении и жизни Даниила Гурчина история дошла до нас скудные сведения. Есть лишь некоторые документы, на основе которых можно предположить, что он был поляком.

После Гурчина аптека поступила во владение Т. Мейера, который потом был уличен в различных злоупотреблениях и лишен права управлять аптекой. От него аптека перешла к Г. Танненбергу. Потом аптекой управлял Д.И. Лють, а с 25 апреля 1773 года – фармацевт Готлиб Гильденрандт, который, став профессором фармакологии Московского университета, передал ее А. Ландграфу.

В фондах Мосгорархива сохранились документы, рассказывающие о последующей продаже

всех чинам людям». Лекарства привозились в Москву из Англии, Германии, Голландии, а лекарственные травы выращивались в Аптекарском огороде или собирались специальными сборщиками («помясамы»).

Боле 300 лет назад, 22 ноября 1701 года, указом Петра I для предупреждения «мора» от приема «непотребных трав и лекарств» была запрещена их рыночная продажа и было дано разрешение на открытие первых вольных (частных) аптек в Москве.

Таких аптек поначалу было в городе лишь восемь. Первую грамоту получил «вольный» аптекарь Иоганн Готфрид Грегориус, которого лично знал царь. Он основал собственную аптеку в Ново-Немецкой слободе. По его аптеке был назван переулок. Это название сохранилось до сих пор: москвичи знают Аптекарский переулок недалеко от станции метро «Бауманская».

Вторая льготная грамота от царя частной аптеки в начале Мясницкой улицы была дана Даниилу Гурчину. Эта грамота – единственный документ, дошедший до нашего времени в подлиннике. Аптека Гурчина многие годы спустя перешла в руки фармацевтов Феррейнов.

Это закрепившееся на долгие годы название аптеки получило, видимо, от монастыря Николы Старого, который находился в начале Никольской улицы.

В марте 1862 года Карл Иванович, к тому времени уже почетный гражданин Москвы, перевел свою аптеку на другую сторону Никольской улицы в дом, приобретенный у купца К.К. Шильбах (на месте этого дома сейчас находится московская аптека № 1).

Немного позже, в 1873 году, уже его сын, Владимир Феррейн, получил от Московского кредитного общества ссуду под залог имущества и собственного дома Феррейнов, арендовал и реконструировал часть соседнего здания, в котором находилась Ремесленная управа.

замечательной башенкой – печной трубой. В башне долгое время находились часы с большим циферблатом, установленные Феррейном специально для нужд города. Новая аптека была задумана как пятиэтажная, но, судя по архивным материалам, архитектору Шапошникову (а не Эрхисону, которому все путеводители по Москве приписывают авторство) пришлось изменить проект и соорудить лишь четыре этажа этого дома. По-видимому, причина была аналогична той, что в 1926 году была отоворена в отказе на заявление жилищно-строительного кооператива товарищества «Коттедж»: «...настройки на старую часть строения четвертого, кирпичного, пятого и шестого этажей... вряд ли будут способствовать украшению города».

Помимо работы в Старо-Никольской аптеке, Феррейны организовали оптовую торговлю при фармацевтической фабрике в московском Кривоколенном переулке, розничную продажу товаров в своих аптекарских магазинах (аптечных, косметических, парфюмерных, фотографических и другими товарами). В Подольском уезде московской губернии (сейчас это городской район Бутово) и в Крыму у них были плантации лекарственных трав, в г. Мологе Ярославской губернии – химическая фабрика, а в деревне Нижние Котлы (ныне район метро «Нагатинская») – крупный фармацевтический завод. Во время Первой мировой войны, когда ощущался острый дефицит лекарственных средств, предприятие выпускало около 300 наименований препаратов. Это было чрезвычайно важно, т.к. основной поставщик лекарств – Германия – стал врагом и прекратил снабжение лекарственных средствами. Скольким русским воинам спасли жизнь лекарственные и перевязочные средства обрусевшего немца Феррейна!

К середине XIX века в Москве насчитывалось 27 аптек, из которых 24 были частными, в том числе аптека Феррейна на Никольской улице; К.И. Феррейн организовал также производство медикаментов и снабжение ими аптек всех больниц города. В 1865 году Общество русских врачей открыло в Москве на Арбате при своей лечебнице аптеку с выдачей бесплатных или дешевых лекарств.



Здание одной из первых аптек в Москве

Магистр фармации с 1869 года, действительный тайный советник, купец первой гильдии В.К. Феррейн работал еще и в городском Обществе попечения немощных и нуждающихся в защите детей, а также в Московском Совете детских приютов. Владимир Карлович был председателем Московского фармацевтического общества и Пенсионно-вспомогательной кассы на пособие инвалидам, вдовам и сиротам фармацевтов.

Москвичи любили аптеку Феррейнов. Со временем она обросла легендами, в которых вымысел тесно переплелся с правдой. Вот что рассказывали старожилы о том медеве, чучело которого стояло при входе на второй этаж. В народе издавна считалось, что лекарство, приготовленное на медвежьем сале, особенно целебное и полезно. В шутку ли, всерьез ли Владимир Карлович завел при своей аптеке живого медведа. Где он его содержал, теперь трудно сказать. Но места, судя по всему, было достаточно, ведь при аптеке и складах были даже конюшни с лошадьми для развоза заказных лекарств. Так вот, делая рекламу своим лекарствам на медвежьем жире, он приказывал водить козлапого каждый день на водопой к фонтану городского водоразбора на Лубянской площади. Церемонию эту сопровождало всеобщее ликование толпы. Открытый показ доступности медвежьих жиров фармацевтам приносила Гигию, кормящую из чаши змею, и

лаборатории завоевали доверие врачей, различных специалистов и всего московского населения. Здесь проводились бактериологические, гистологические, урологические, гастроэнтерологические, гематологические исследования, вскрытия, балъзамирования, проводились анализы почвы, пищевых продуктов, продукции химической промышленности. В лабораториях велась практическая занятая по различным фармацевтическим дисциплинам, готовились новые кадры для фармации. Многие из учеников и работников Феррейнов стали магистрами фармации и в своей дальнейшей деятельности способствовали развитию этой науки.

К концу XIX века аптека и лаборатория стало тесно в старых помещениях. Поэтому здание опять перестроили, и оно приобрело знакомый нам вид с четырьмя статуями на фасаде, изображающими богиню Гигию, кормящую из чаши змею, и

Интерьер аптеки Феррейна на Никольской улице

частной аптеки содержало Ново-Полянской аптеки, располагавшейся в якиманской городской части, на углу Большой Полянской и Ордынки (ее и сейчас можно найти на прежнем месте). Читаем: «Собственная аптека по найму Городской части 1-го квартала близ Старо-Никольских ворот в доме Калаянского подворья продана титулярным советником Андреем Богдановичем Ландграфом аптекарю Карлу Феррейну 23 марта 1832 года».

В июне 1832 года аптека Феррейна переместилась в дом титулярного советника В.П. Давыдова на Никольской улице. В бумагах, датированных 1844 годом, аптека К. Феррейна упоминается как Старо-Никольская.

Постепенно все арендуемые помещения были приспособлены для обслуживания посетителей. При аптеке были организованы склады и специальные лаборатории. Гистолого-бактериологическая, химико-аналитическая и химическая

лаборатории завоевали доверие врачей, различных специалистов и всего московского населения. Здесь проводились бактериологические, гистологические, урологические, гастроэнтерологические, гематологические исследования, вскрытия, балъзамирования, проводились анализы почвы, пищевых продуктов, продукции химической промышленности. В лабораториях велась практическая занятая по различным фармацевтическим дисциплинам, готовились новые кадры для фармации. Многие из учеников и работников Феррейнов стали магистрами фармации и в своей дальнейшей деятельности способствовали развитию этой науки.

К концу XIX века аптека и лаборатория стало тесно в старых помещениях. Поэтому здание опять перестроили, и оно приобрело знакомый нам вид с четырьмя статуями на фасаде, изображающими богиню Гигию, кормящую из чаши змею, и

OPTIMED® МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ для факозмульсификации

ФАКОЗМУЛЬСИФИКАТОР ультразвуковой

НИЗКАЯ СЕБЕСТОИМОСТЬ ОПЕРАЦИИ

- Интраокулярная акриловая линза «Оптимед»
- Инъектор для имплантации ИОЛ
- Картридж инъекторный
- Вискоэластики «Оптимед» гели для замещения жидких сред глаза
- Краситель трилановый синий «Оптимед»
- Скальпели микрохирургические

ЭКОНОМИЧНОЕ РЕШЕНИЕ

ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»
Тел./факс: (347) 223-44-33, 277-61-61, e-mail: market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru

Новинки от фирмы HIENE

Генералов

Бинокулярные лупы HR, HR-C, HRP, C

Ахроматическая оптика
Широкий фокусный диапазон
Высокое разрешение линз
Уникальное крепление i-View

Осветитель HL500

Исключительно яркий свет для ежедневного использования

Зарядный блок HIENE 300

Иновационный, компактный дизайн
Два независимых места для зарядки
Быстрая зарядка
Защита от перезарядки
Индикатор зарядки
Совместимость с BETA L, BETA NT, BETA SLIM (без адаптеров)

Генералов

119590, Москва, ул. Довженко, 8-1-103
Тел./факс: (495) 483-23-67
E-mail: info@generatof.ru
www.generatof.ru

Планета по имени Вен Волков

к 90-летию со дня рождения Волкова Вениамина Васильевича



В.В. Волков родился 20 января 1921 г. в Ташкенте в семье военного летчика. В 1938 г. окончил с золотым аттестатом специальную (артиллерийскую) среднюю школу в Ленинграде и поступил в Военно-медицинскую академию. Во время учебы был Сталинским стипендиатом. В 1941 г. в блокадном Ленинграде вместе с другими слушателями академии выполнял обязанности бойца истребительного батальона. Награжден медалью «За оборону Ленинграда».

По окончании академии в 1942 г. назначен в действующую армию врачом отдельного батальона, а затем старшим врачом полка и командиром медсанбата 34-й гвардейской стрелковой дивизии. Прошел боевой путь от Астрахани до Линца (Австрия). Награжден орденами «Красной Звезды», «Отечественной войны» I и II степеней, медалями «За взятие Будапешта» и «За взятие Вены».

В 1948 г. после окончания лечебно-профилактического факультета назначен старшим ординатором клиники глазных болезней

Почти 60 лет на кафедре офтальмологии Военно-медицинской академии трудится Герой Социалистического Труда, заслуженный деятель науки РСФСР, генерал-майор медицинской службы, профессор, лауреат Государственной премии СССР, Почетный доктор Военно-медицинской академии, лауреат конкурса в номинации «Лучший врач – 2010» Вениамин Васильевич Волков.

академии. С этого момента почти вся его жизнь связана с кафедрой офтальмологии, которой он успешно руководил 22 года.

Профессор В.В. Волков воспитал плеяду учеников и последователей, многие из которых возглавили кафедральные коллективы и офтальмологические учреждения нашей страны, в их числе профессор: И.Б. Максимов (начальник ГВКГ им. Бурденко), Л.И. Балашевич (руководитель СПб филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова), Е.Е. Сомов (главный детский офтальмолог Комитета по здравоохранению при администрации СПб), В.Ф. Даниличев (руководил кафедрой офтальмологии академии с 1989 по 1996 гг., с 1997 г. возглавляет НИЛ при кафедре), Р.Л. Трояновский (заведует кафедрой детской офтальмологии МАПО), М.М. Шишкин (главный офтальмолог ФГУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова МЗ РФ» – заведующий кафедрой глазных болезней), Э.В. Бойко (возглавляет кафедру офтальмологии ВМедА с 2003 г.), В.В. Бржежский (заведующий кафедрой офтальмологии Педиатрической медицинской академии, СПб), В.П. Николаенко (возглавляет курс офтальмологии в СПб университете), а также профессора В.Г. Шиляев, Н.А. Ушаков, М.М. Дронов, М.Ю. Султанов, А.И. Журавлев. Под его руководством подготовлено 13 докторов и 47 кандидатов медицинских наук. В период своего руководства он не только сохранил

лучшие традиции научной школы первой в России кафедры офтальмологии, но существенно развил и углубил их.

Время руководства В.В. Волкова кафедрой офтальмологии (1967-1989) совпало с внедрением микрохирургических технологий в офтальмологическую практику. Существенно изменилась материально-техническая база кафедры, появились операционные микроскопы, лазеры, микрохирургические

изотопы для диагностики и лечения заболеваний органа зрения. Поражению глаз ионизирующей радиацией посвящены также работы О.Н. Нестеренко (1970) и Ю.В. Гайдая (1989).

Кафедра уделяла большое внимание изучению проблемы ожогов органа зрения (Н.А. Ушаков, 1972; В.Ф. Даниличев, 1973; Э.Л. Тер-Андрасов, 1976; Р.Л. Трояновский, 1976). В 1972 г. В.В. Волков разработал классификацию ожогов

широко известны работы профессора В.В. Волкова и его школы, посвященные вопросам физиологии зрения и физиологической оптике. Сотрудниками и учениками В.В. Волкова изучались проблемы миопии и военной службы (Б.Л. Якимов, 1970), аккомодации (Л.Н. Колесникова, 1973; Н.М. Мяло, 1985), цветового и сумеречного зрения (В.И. Сергиенко, В.М. Гайдай, 1974; В.П. Николаенко, 1994), офтальмоэргономики (А.Б. Парпаров, 1976; Грос Андор, 1988), действия на глаз интенсивных световых раздражителей (А.И. Балашевич, 1974; В.И. Товкач, 1980; П.В. Преображенский, 1986; Цв. Марков, 1989), электрофизиологии (В.Ф. Черныш, 1982; В.В. Сосновский, 1990). Совершенствуются методы коррекции астигматизма (Н.А. Кривенкова, 1972; Ю.А. Кириллов, 1976), очковой коррекции в противоголазе



С сотрудниками кафедры, 1970 г.

инструменты, витреофаги. Обновлены учебные программы, улучшено оснащение учебных классов. В 1980 г. для слушателей факультета подготовки врачей профессором В.В. Волковым издан учебник «Общая и военная офтальмология» (в соавторстве с проф. В.Г. Шиляевым). Важнейшей частью учебной работы кафедры оставалась подготовка высококвалифицированных специалистов. Введена войсковая стажировка для преподавательского состава, войсковая госпитальная практика для слушателей факультета руководящего состава. На кафедре создан 3-месячный цикл усовершенствования врачей «Повреждения органа зрения».

Круг научных интересов профессора В.В. Волкова необычайно широк и охватывает практически все разделы офтальмологии.

Основные направления научных исследований кафедры в этот период были связаны с изучением механических, химических, лучевых и комбинированных повреждений органа зрения. Проблеме радиационного поражения глаз посвящены многочисленные личные исследования профессора В.В. Волкова, которые завершились защитой докторской диссертации (1965) и выходом монографии «Бета-лучевые повреждения» (1970). В работах В.В. Волкова и его учеников Э.Ф. Ярославцева (1974) и Н.В. Сухопары (1975) показаны возможности эффективно использования радиоактивных

органа зрения, которая и сегодня является обязательной для всех военных офтальмологов. За внедрение оперативных способов лечения больных с последствиями тяжелых ожогов глаз по представлению В.В. Волкова в 1984 г. сотруднику кафедры профессору Н.А. Ушакову присуждена Государственная премия СССР. Многолетние исследования кафедры по комбинированному поражению глаз были обобщены в монографии В.В. Волкова и В.Г. Шиляева «Комбинированные поражения глаз» (1976), которая в 1979 г. удостоена премии АМН СССР им. академика В.П. Филатова, а в 1983 г. она была также издана на Кубе.

В период с 1979 по 1989 гг. с учетом опыта работы в Афганистане (Б.В. Монахова, М.М. Дронова, В.Ф. Даниличева, Р.Л. Трояновского, А.Ф. Гацу) под руководством В.В. Волкова были разработаны основные принципы современной хирургической обработки тяжелых травм глаза. На всемирных конгрессах по травме глаза в Шопроне (Венгрия, 2003), в Риме (Италия, 2006), Вюрцбурге (Германия, 2008) и на IX Съезде офтальмологов России (Москва, 2010) профессор В.В. Волков и Э.В. Бойко выступили с программными докладами по организации специализированной офтальмологической помощи в локальных военных конфликтах и внесли предложения по совершенствованию международной классификации открытой травмы глаза.

(А.И. Михайлов, О.Н. Нестеренко, В.В. Сосновский, 1979), контактной коррекцией зрения (Н.А. Ушаков, 1989). Многолетние исследования кафедры были обобщены профессором В.В. Волковым совместно с профессорами А.И. Горбанем и О.А. Джалиашивили в двух монографиях: «Клинические исследования глаза с помощью приборов» (1971), которая удостоена премии АМН СССР им. акад. М.И. Авербаха в 1973 г., и «Клиническая визометрия» (1976). В 1988 г. под руководством профессора В.В. Волкова и д.м.н. Ю.Е. Шелепина сотрудниками кафедры и Института физиологии Российской академии наук им. И.П. Павлова создан атлас по визоконтрастопериметрии.

В 1993 г. при участии В.В. Волкова, В.А. Рослякова и В.П. Сергеева сотрудниками Всесоюзного научно-исследовательского института метрологии им. Д.И. Менделеева д.т.н. Е.И. Юстовой и К.А. Алексеевой был разработан и внедрен в практику новый метод исследования цветового зрения с помощью пороговых таблиц. В 1999 г. совместно с профессором А.М. Шамшиновой издана монография «Функциональные методы исследования в офтальмологии», второе издание которой вышло в 2001 г.

Проблемам пересадки склеры и роговицы, новым методам консервации тканей глаза посвящены диссертационные исследования Е.Е. Сомова, 1973; М.М. Дронова,



В президиуме на международной конференции по глаукоме, Польша, 1989 г.

1987; Ф. Касухи, 1977. В монографии «Криоконсервация и трансплантация роговицы» Т.Н. Юрченко, Т.М. Шарлай, В.В. Волкова, М.М. Дронова, О.В. Репко (1986) подытожен цикл работ по кератопластике и созданию банка тканей. За участие в разработке метода длительной криоконсервации роговицы В.В. Волков и М.М. Дронов в 1986 г. удостоены Государственной премии СССР.

Существенный вклад внесена школой профессора В.В. Волкова в решение проблемы глаукомы. Работы посвящены исследованию гониоскопии и тонографии для оценки

гидродинамики глаза (В.С. Красновидова, 1970), лечению острого приступа глаукомы (Е.Н. Индейкин, 1971), циркуляции жидкостей в зрительном нерве (Р.И. Коровенков, 1978), строению диска зрительного нерва и зрительных функций (А.И. Журавлев, 1986), лечению вторичной глаукомы (А.Ф. Юмагулова, 1981). Результаты многолетних исследований обобщены в монографии В.В. Волкова, Л.Б. Сухининой, Е.И. Устиновой «Глаукома, преллаукома, офтальмогипертензия» (1985), удостоенной премии АМН СССР им. акад. М.И. Авербаха в 1989 г. В 2001 г. издана моно-

графия «Глаукома при псевдонормальном давлении», а в 2008 г. – «Глаукома открытоугольная».

Фундаментальные и прикладные исследования учеников В.В. Волкова по различным клиническим проблемам представлены в диссертационных работах: по лечению травматических гифем и гемофтальмов (А.М. Краснов, 1972; А.В. Данилов, 1987), по иммунологии хронических конъюнктивитов белым (Д.Н. Семенов, 1973; Ю.И. Пирогов, 1989), по биохимии глаза (А.Г. Цвелева, 1973), физиологии и патологии слезоотведения (М.Ю. Султанов, 1979; Аль Шихаби, 1975; В.В. Бржежский, 1990), флюоресцентной ангиографии (Н.П. Пурескин, 1977), применении протеолитических ферментов при застойных и поврежденных глазах (В.Ф. Даниличев, 1983) и сочетанной травме глазницы (О.А. Панина, 1986).

Широко известна общественная деятельность Вениамина Васильевича. Он действительный член Лазерной академии наук РФ (1996), Академии медико-технических наук РФ (1997). Почетный академик Российской академии естественных наук (2000). Почетный член офтальмологических обществ России, Болгарии и Кубы. Член международных обществ глаукоматологов, офтальмоонкологов и исследователей глаза. Почетный гражданин городов: Зернограда (Россия, 1993) и Талмазы (Молдавия, 1985). Почетный

член Всероссийского офтальмологического научного медицинского общества, председатель правления СПб научного общества офтальмологов (1972-2009), член редколлегии журнала «Вестник офтальмологии» и редакционных советов «Военно-медицинского журнала» и «Офтальмохирургии».

В 1998 г. Американский биографический институт назвал В.В. Волкова «Человеком года – 98». В 2000 г. решением Комитета по наименованию малых планет Солнечной системы Международного астрономического союза малой планете № 7555 присвоено имя «Вен Волков».

Статья подготовлена: Э.В. Бойко, Ю.А. Кириллов, В.А. Рейтузов, С.А. Коскин. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург.



В.В. Волков во время выступления на конференции

международным признанием стало награждение его серебряной медалью Марию Кюри и бриллиантом Да Винчи.

Талантливый клиницист, искусный офтальмохирург, ученый и педагог профессор Вениамин Васильевич Волков и сегодня продолжает работать на кафедре офтальмологии, щедро делаясь с сотрудниками своим богатейшим научным и лечебным опытом.

Статья подготовлена: Э.В. Бойко, Ю.А. Кириллов, В.А. Рейтузов, С.А. Коскин. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

ИНТЕРВЬЮ

Офтальмолог века



ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В.В. Волкову 20 января 2011 года
Уважаемый Вениамин Васильевич!

В День Вашего 90-летия примите мои поздравления и самые добрые пожелания.

Ветеран Великой Отечественной, Вы трудились в полевых госпиталях, проводя сложнейшие операции и спасая многие жизни, а после войны посвятили себя офтальмологии и добились широкого признания коллег в нашей стране и за рубежом. Вы также немало сделали для подготовки квалифицированных специалистов и развития медицинской службы в Вооруженных Силах. Изобретенные Вами приборы и устройства, методы диагностики и лечения глазных заболеваний много лет применяются на практике.

Доброго Вам здоровья, бодрого настроения и всего наилучшего.

Д. Медведев,
Президент Российской Федерации

Отечественная офтальмологическая наука по праву гордится многими выдающимися учеными, которые внесли значительный вклад в изучение глазных болезней, предложили новые приборы и инструменты, выдвинули смелые теории. Среди них особое место занимает ленинградский ученый, доктор медицинских наук, профессор Вениамин Васильевич Волков. Уже давно современники единогласно назвали В.В. Волкова «гордостью отечественной офтальмологии». В апреле 2010 года В.В. Волков стал лауреатом премии «Лучший врач года».

20 января 2011 года Вениамину Васильевичу исполнилось 90 лет. Накануне юбилея профессор дал интервью газете «Поле зрения».

– Вениамин Васильевич, Вы родились в семье военного летчика, а поступили в Военно-медицинскую академию. А ведь в те годы мальчишки мечтали о небе. Что повлияло на Ваш выбор будущей профессии?

– Вы правы, в советские годы военные профессии были в большом почете: летчик, пограничник, артиллерист. Ведь воистину: «Артиллерия – бог войны». Так и я в 1938 году оказался среди выпускников 6-й специальной школы Ленинграда. Это учебное заведение можно сравнить с нынешними Суворовскими училищами и Кадетскими корпусами. Золотой аттестат давал мне право без экзаменов поступать в любой ВУЗ, но я по профилю своей специальности уже подал документы в 1-е Ленинградское Краснознаменное артиллерийское училище (ЛКАУ).

Но недаром говорят: «Дружба – превыше всего», и после долгих колебаний я уступил уговорам своего лучшего друга (мы сидели за одной партией) и перевел документы в Военно-медицинскую академию, куда хотел поступать мой друг Сергей.

Нужно заметить, что в нашем роду медиков совсем не было, зато теперь их семеро и все офтальмологи. Это – дочери, внучка, а также четверо племянников и племянниц (сразу замечу: к протекционизму отношусь безразлично).

– Вы – фронтовик, прошли от Астрахани до Австрии. Часто вспоминаете войну и тех солдат, которых вернули в строй? Вы лечили раненых и во время афганской войны, и в Чечне. Наверное, невольно приходилось сравнивать солдат Великой Отечественной и сегодняшних солдат...

– Мне действительно довелось врачевать в годы Великой Отечественной войны. Тогда я еще не был офтальмологом. Я служил врачом парашотно-десантного батальона, старшим врачом полка и командиром медсанбата гвардейской стрелковой дивизии. Доверлось лечить военнослужащих и в сравнительно недавнее время – в годы афганских и чеченских локальных войн – уже в качестве главного офтальмолога МО СССР. Сравнение солдат того давнего времени и

современных солдат по сути не может быть достаточно корректным. Одно дело – постоянно находиться среди них, подвергаясь одинаковым лишениям и даже угрозе смерти, а другое – лечить пострадавших, которые прибывают с войны в глубокий тыл страны. И все же на протяжении многих лет в советский период служба в армии была престижной, чего нельзя сказать о военной службе в современной российской армии, куда с большим трудом набирают молодых людей, часто не найдших себе достойного места в мирной жизни. Сейчас общество расколото на две неравные части – баснословно богатых и едва сводящих концы с концами. Кого призвана защищать современная армия? Американские аналитики пишут о нас: «Ваша элита – это наша элита, поскольку их капиталы хранятся в наших банках».

У меня лично накопилось немало причин для недовольства руководством российской армии. Воспитателей из числа политруков заменили на священников, в стране периодически падают вертолеты, тонут подводные лодки, а мы не знаем причин. Наркотики текут



Выступление перед слушателями кружка, 1983 г.



С академиком М.М. Красновым, 1982 г.



Командир медико-санитарного батальона 34 гвардейской стрелковой дивизии, 1945 г.



Начальник МБС В.В. Волков (слева) вместе с боевыми товарищами, Венгрия, 1945 г.



Со своей женой – Верой Васильевной Волковой (Варшавской), 1948 г.

рекой через границу. В ходе войсковых учений танки бьют по собственному командному пункту (к сожалению, точно попадая в цель). Национальные проблемы на Кавказе оказались нерешенными и атакуются по всей стране до сих пор. Наконец, ношение военной формы в неслужебное время перестало быть престижным.

– Во времена СССР научные достижения в области офтальмологии считались едва ли не самыми передовыми в мире (в немалой степени благодаря и Вашему вкладу). Как обстоят дела с наукой сейчас?

– В любой стране серьезные успехи в науке во многом определяются финансовой поддержкой государства. Так, в ранние советские годы благодаря созданию в стране сети противотрахоматозных учреждений удалось ликвидировать трахому как массовое заболевание. Многопрофильные государственные НИИ офтальмологии, созданные в Москве, Ленинграде, Одессе, Харькове, Алма-Ате и других крупных городах страны в свое время способствовали решению многих актуальных офтальмологических проблем (профилактика профессиональных травм и заболеваний, помощь при близорукости и других аномалиях рефракции, нарушениях зрения при системных заболеваниях организма, детская офтальмология и др.). В ходе Великой Отечественной войны был накоплен бесценный опыт лечения боевых повреждений глаз. В 60-70-е годы в Советский Союз потянулись ученые не только из стран социалистического содружества, но из Германии, Франции, США и других капиталистических стран. Первые послевоенные международные конференции в области травматологии, офтальмофизиологии и даже офтальмоонкологии организовывались и проводились при активном участии советских ученых. О приоритетных достижениях нашей отечественной оптики сообщалось в американской литературе (Лазергопиопластика, М.М. Краснов, 1972; Серия отечественных ИК-лазеров, В.В. Волков и др., 1988; Офтальмоэндоскопы на гибком стержне, Волков, Данилов, Васин, Фролов, 1990). Государственный оптический институт имени Вавилова, создававший это и многое другое, сегодня влечит жалкое существование: вся цепочка «наука – производство – практика» разорвалась.

Беспрецедентный рынок в мировой офтальмологии стал возможным благодаря социалистической системе хозяйствования, созданию Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» в период



Вручение номинации «Лучший врач года», 2010 г.

1985-90 гг. благодаря активной деятельности С.Н. Федорова.

Наука не может развиваться без энтузиастов – их у нас и в настоящее время немало, но наука не может обойтись без мощной финансовой поддержки. В противном случае получается то, что произошло в современной России – богатейшие зарубежные фирмы захватили рынок и, мягко говоря, это не способствует развитию отечественного производства медицинской техники и лекарств. Да, у нас почти и не осталось ничего своего, что можно было бы модернизировать. Могут привести один показательный пример: возникла необходимость модернизировать офтальмомодометр, который производился полвека назад, но самого предприятия (завод «Красногвардеец» в Ленинграде) уже давно не существует.

– В одном из интервью в 2006 году Вы сказали, что в Индии проводилось в два раза больше операций по поводу катаракты, чем в России. Объяснялось это нехваткой финансирования. С тех пор положение хоть немного изменилось в лучшую сторону?

– Опираясь на Всемирную программу ликвидации устранимой слепоты, ВОЗ периодически устраивает совещания организаторов здравоохранения и в нашей стране. Действительно, по данным ВОЗ, на период 2003-2006 гг. количество операций по поводу катаракты в Индии из расчета на 1 млн жителей

оказалось в два раза выше, чем в России, при этом не менее 50% всех экстракций катаракты выполняются в ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Представьте себе, где по активности оказалась бы Россия, если бы государством в свое время не была реализована блестящая идея С.Н. Федорова.

Стало ли в последние годы лучше? Это вопрос не ко мне, а к главному офтальмологу РФ, профессору В.В. Нероеву. Нужно заметить, что в системе ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» трудятся катарактальные хирурги высочайшего мирового класса, такие как профессор Б.Э. Малолюгин, Ю.В. Тахтаев и др. Однако, исходя из общей тенденции, руководство страны и Минздравсоцразвития видят дальнейшие перспективы отечественного здравоохранения в поощрении частнопредпринимательского сектора.

– Не секрет, что первые лица многих иностранных государств (Европа, США) предпочитают лечиться в военных госпиталях, чем в России. Объясняется это нехваткой финансирования. С тех пор положение хоть немного изменилось в лучшую сторону?

– Вы правы, в СССР, особенно в тех республиках, где дислоцировались окружные военные

офтальмохирургов – это, видимо, случилось редко. Во-вторых – «Серебряная медаль памяти Марии Кюри» от международного географического института в Кембридже. Я был одним из немногих врачей, кто лично изготавливал радиоактивные источники для изучения их лечебного и повреждающего действия. В 1970 году вышла первая моя монография, посвященная этим вопросам («Бета-лучевые повреждения»).

– Вы признанный и непрерываемый авторитет, умудренный жизненным и профессиональным опытом ученый. Что бы Вы пожелали молодым офтальмологам России?

– Несмотря на то, что сейчас количество офтальмологов в крупных городах России в десятки раз превышает их численность в годы столетней давности, докторов все равно не хватает. Нам должно быть больше. И мы обязаны заниматься своим делом. Так, в Санкт-Петербурге не все штатные должности укомплектованы: недовольные низкой оплатой труда, некоторые уходят в оптику и другие коммерческие структуры, некоторые работают на износ, занимая полторы ставки. В сельских районах до ближайшего специалиста сотни, а то и тысячи километров. Призыв Президента России Д.А. Медведева «к врачам общей практики принимать и ушных, и глазных больных» серьезно опускает уровень специализированной помощи. Полученные знания офтальмологи должны максимально использовать на практике. Больному нужны не только слова утешения, но и своевременное распознавание и максимально эффективное лечение болезни с использованием самых современных возможностей. За стремительным ростом научных знаний и технических новшеств в офтальмологии трудно поспевать, но чтобы не отстать, необходимо постоянно совершенствовать свои знания, не стесняясь обращаться за помощью к более опытному коллеге. Пожелаю молодым чаще радоваться удачам и уметь извлекать уроки из неизбежных в большой работе просчетов.

– Вклад доктора Волкова в отечественную и мировую медицину огромен. Об этом свидетельствуют Ваши многочисленные награды, звания и премии. Какая награда Вам дороже всего?

– Как ни странно, это были сравнительно скромные награды: во-первых – «Большая золотая медаль» – Н.И. Пирогов. Дстойному врачу академии». Не знаю, как часто награждались ею специалисты «большой» хирургии, но среди

Беседа вел профессор В.П. Еричев

Фоторепортаж с юбилея В.В. Волкова

20 января 2011 года, Санкт-Петербург



Зам. начальника Военно-медицинской академии по учебной и научной работе О.Л. Евланов поздравляет В.В. Волкова



Председатель комитета ветеранов – Героев Социалистического Труда В.И. Котова поздравляет проф. В.В. Волкова



Сотрудник Одесского НИИ глазных болезней, к.м.н. А.Р. Король поздравляет юбиляра



Лауреат Государственной премии и Международной премии им. Николая Рериха В.А. Брунцев вручает художественный портрет В.В. Волкова юбиляру



Директор Санкт-Петербургского филиала ФГУ «МНТК Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова проф. Л.И. Балашевич поздравляет юбиляра



Во время празднования юбилея, Санкт-Петербург, 20 января 2011 г.

Всемирный день борьбы с глаукомой в России



С 2 по 17 марта 2011 г. в России вот уже в четвертый раз традиционно пройдет Всемирный день борьбы с глаукомой, в рамках которого по всей стране состоятся научно-практические и образовательные мероприятия для специалистов-офтальмологов и пациентов, а также пресс-конференции. В этом году особое внимание будет уделено вопросам ранней диагностики глаукомы и необходимости широкой информированности населения о проблеме, а также препятствию прогрессирования заболевания. По статистике, глаукомой в мире страдают порядка 70 миллионов людей, причем миллион из них живет в России. Около 50% пациентов с глаукомой даже не подозревают о своем заболевании и впервые проверяют зрение лишь тогда, когда до 40% функций зрительного нерва уже безвозвратно потеряно.

ежегодно проходят различные мероприятия, направленные на решение задач профилактики, диагностики и эффективного лечения заболевания. Инициатива была поддержана ведущими специалистами страны. Вот уже четвертый год проблема актуальности ранней диагностики и своевременного лечения глаукомы звучит с новой силой по всей стране. Формат мероприятия с использованием телемоста позволяет объединить мнения специалистов из самых дальних регионов. Возможность интерактивного голосования с участием более 15 городов позволяет понять масштаб проблемы диагностики и лечения глаукомы по всей стране и из года в год следить за основными тенденциями.

«Широкая распространенность глаукомы, наблюдаемая сегодня и в мире, и в нашей стране, свидетельствует о том, что в отношении этого заболевания принципы профилактической медицины пока не достаточно эффективны. В настоящее время назрела необходимость разработки и проведения глобальных диспансерных, а также просветительских программ, которые повысят информированность населения о проблеме и помогут ее преодолеть. Отсюда, что первые шаги в этом направлении уже делаются в рамках мероприятий, приуроченных к Всемирному дню борьбы с глаукомой», — отметил главный офтальмолог Санкт-Петербурга, профессор Ю.С. Астахов.

Одна из ключевых задач Всемирного дня борьбы с глаукомой — повышение информированности населения о проблеме, потому что, несмотря на распространенность заболевания, лишь небольшая часть россиян знакома с симптоматикой болезни и вовремя обращается за врачебной помощью.

«Сейчас в России на учете в связи с глаукомой состоит около миллиона пациентов. Но в реальности эта цифра значительно выше. Это связано с тем, что заболевание на ранних стадиях протекает бессимптомно и не доставляет людям неудобств. К врачу они обращаются на поздних стадиях,

когда начинают терять зрение. Но это запущенные случаи, когда вернуть его уже невозможно», — отметила доцент кафедры глазных болезней факультета ФПО МГМСУ, научный сотрудник отдела глаукомы НИИ ГБ им. Гельмгольца Дж.Н. Ловпаче.

В связи с этим организация просветительских мероприятий и проведение школ пациентов стала основным направлением деятельности Российского глаукомного общества, вице-президентом которого является Ю.С. Астахов. Выступая на пресс-конференции, он подчеркнул: «Люди, ближайшие родственники которых страдают глаукомой, в 10 раз больше подвержены этому заболеванию. Поэтому они должны проходить регулярное обследование на глаукому (не только измерение внутриглазного давления, но и регулярный осмотр глазного дна), начиная с 35 лет. Остальным необходимо проверять после 40 лет. Ведь единственный способ профилактики слепоты от глаукомы — это ранняя диагностика заболевания».

По случаю Всемирного дня борьбы с глаукомой в 30 крупнейших городах России пройдут конференции и семинары с участием около 3000 врачей. Кроме того, благодаря совместным акциям с медицинскими учреждениями и оптиками, россияне смогут получить бесплатные консультации офтальмолога с проведением тонометрии — измерением внутриглазного давления. Экспресс-диагностика глаукомы и практические рекомендации специалистов позволят пациентам проверить состояние зрения и оценить риск развития этого заболевания.

Всемирный день борьбы с глаукомой организуется в России в четвертый раз при поддержке фармацевтической компании Pfizer, ведущей активную научно-исследовательскую работу в области создания новых методов лечения офтальмологических заболеваний. С 2010 г. к проекту присоединилась российская компания «Герофарм», одним из направлений деятельности которой является выпуск офтальмологических лекарственных средств.

О компании Pfizer: Создавая вместе здоровый мир

Применяя инновации и используя глобальные ресурсы, компания Pfizer работает для улучшения здоровья и самочувствия людей на каждом этапе жизни. Мы стремимся устанавливать высокие стандарты качества и безопасности проводимых исследований, разработки и производства лекарств для людей и животных. Диверсифицированный портфель продуктов компании включает биологические и низкомолекулярные препараты и вакцины, а также продукцию для здорового питания и ряд хорошо известных во всем мире безрецептурных лекарств.

Будучи ведущей биофармацевтической компанией мира, Pfizer сотрудничает со специалистами здравоохранения, государственными органами и местными сообществами с целью обеспечения и расширения доступности надежной, качественной медицинской помощи по всему миру.

Вот уже более 160 лет Pfizer старается улучшить жизнь тех, кто рассчитывает на нас. В России Pfizer работает с 1992 года. Более подробная информация о компании: www.pfizer.com и www.pfizer.ru.



О компании «Герофарм»: «Будь здоровым и активным с рождения до глубокой старости!»

Располагая современными промышленными площадками, ведя самостоятельные научные исследования и ежегодно инвестируя в разработки (R&D) значительные средства, компания «Герофарм» разрабатывает и производит эффективные лекарственные препараты, обеспечивая их высокое качество и доступность. Сегодня «Герофарм» входит в двадцатку ведущих российских фармацевтических компаний. Основанная в 2001 году, компания менее чем за 10 лет добилась весомых результатов благодаря ставке на оригинальные препараты и высококачественное производство. С 2008 года компания является членом «Ассоциации российских фармацевтических производителей».

«Герофарм» производит ряд хорошо известных специалистам рецептурных лекарственных средств, применяемых в области неврологии и офтальмологии. Помимо расширения линейки выпускаемых препаратов, компания реализует проект по созданию нового производства, соответствующего стандартам GMP. Это позволит увеличить объем выпуска высокотехнологичных современных и эффективных ЛС и обеспечить их доступность.

Более подробная информация о компании: www.geropharm.ru



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Визмед – защита, увлажнение, регенерация

Активная разработка препаратов слезозаместительной терапии связана со стремлением воспроизвести свойства натуральной слезы с соблюдением всех правил безопасности для пациента. Наиболее близки к такой цели препараты на основе Гиалуроновой кислоты (Гиалуронат Na) — естественного компонента тканей глаза.

Европейский лидер в области создания препаратов на основе Гиалуроновой кислоты (ГК), компания TRB Chemedica (Швейцария) предлагает линию слезозаместителей Визмед на основе ГК последнего поколения, полученной методом бактериальной ферментации и высокотехнологичной очистки специально для лечения полного спектра синдрома «сухого глаза». Произведенная таким способом ГК биосовместима с тканями глаза и не вызывает инфекционно-аллергических реакций, т.к. не содержит белки и др. биологических примесей.

Все препараты линии Визмед без консервантов, следовательно, не токсичны. Характерный небольшой угол смачивания Визмедов и уникальные свойства самой ГК в их составе: вязкоэластичность, гидрофильность, мукоадгезивность — обеспечивают равномерное, эффективное покрытие поверхности глаза, быстро восстанавливают

преуговичную слезную пленку и качество слезной жидкости. Раствор Гиалуроната Na в Визмедах гипоосмолярный (150 мОсм/л), разработан таким образом, чтобы компенсировать гиперосмолярность при синдроме «сухого глаза» и остановить дальнейшее разрушение роговицы.

Дополнительно в состав Визмедов добавлена запатентованная ионная формула натуральной слезы в одинаковых со слезной жидкостью концентрациях: K, Na, Ca, Mg, Cl. Ионы поддерживают физиологию роговицы и роговичной эпителиальной поверхности и вместе с ГК способствуют эффективному увлажнению и быстрому восстановлению водно-электролитного и водно-солевого баланса эпителия роговицы при синдроме «сухого глаза».

Офтальмологическая линия Визмед включает в себя препараты от более высокой до более низкой концентрации ГК в различных



Тел.: 8 (916) 503 82 88
E-mail: efeja@mail.ru



Увидеть лучше... Увидеть лучше... Увидеть лучше...

QUATRIX aspheric Evulvite pre-loaded IOL

Инжекторная система QUATRIX
Гарантия. Простота. Удобство. Безопасность.
Основной принцип работы QUATRIX — адаптация размера ИОЛ к физиологическим особенностям пациента.

ООО «Корнеал» — 115035, Москва, Садовническая набережная, д. 17, офис 106
Тел.: +7 (495) 664 25 27, факс: +7 (495) 580 39 04
e-mail: info@corneal.ru www.corneal.ru

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛАУКОМЫ

ПРАВЫЙ ГЛАЗ

Верхняя прямая мышца
Наружная прямая мышца
Зрительный нерв
Сетчатка
Хориоидея
Нижняя прямая мышца
Линза
Радужка
Шлеммов канал

НОРМАЛЬНОЕ ПОВЫШЕННОЕ ВЫСОКОЕ

Степень IV* (35-45°) Степень III* (25-35°) Степень II* (20°) Степень I* (10°) Степень 0* (0°)

*Классификация ширины угла передней камеры (система Шаффера)

ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Склера
Цилиарная мышца
Цинновы связки
Хрусталик
Линия Шальве
Трабекулярная сеть
Ухудшение оттока внутриглазной жидкости** (Пигментная глаукома)
Частицы пигмента
Светлые участки радужки
Пигментный эпителий
Ток внутриглазной жидкости (норма)
Радужка

ТОК ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТИ

Роговица
Сетчатка
Собирательный канал
Шлеммов канал
Решетчатый слой
Склеральная шпора
Глазничная артерия
Цилиарная мышца
Конъюнктива

ДИСК ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В НОРМЕ

Решетчатая пластинка Хориоидея
Вена сетчатки
Артерия сетчатки

НЕРВНЫЕ ВОЛОКНА СЕТЧАТКИ В НОРМЕ

Диск зрительного нерва
Артерия сетчатки
Вена сетчатки
Фовеа

ИЗМЕНЕНИЕ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ

Сетчатка
Хориоидея
Склера

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ

Интактные нервные волокна
Поврежденные нервные волокна
Атрофия нервных волокон

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

ЭКСКАВАЦИЯ ДЗН (поперечный разрез)

Решетчатая пластинка
Зрительные волокна
Артерия сетчатки
Вена сетчатки

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ ПРИ ГЛАУКОМЕ

Дугообразная скотома
Глаукомные изменения средней степени тяжести
Островок поля зрения в центре
ГЛАУКОМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

***Статическая пороговая периметрия

Medical Illustration by Keith Kanani in consultation with Bruce L. Newman, M.D., F.R.C.S., Phoenix, Arizona

Всесторонний подход к здоровью глаз – наш девиз

Перед началом операции Косопт, проконсультируйтесь с лечащим врачом.

© 2011 MSD

Ассоциация офтальмологов России, Московская область, Мытищинский район, с/пос. Давыдовское, д. 17, офис 106
Тел.: +7 (495) 941 82 75, факс: +7 (495) 941 82 76
www.msd.ru 01.09.2012 037-04-8324-030-08-421501-19 (04/01/12)

Сила одного решения

Registered Nurse, или Записки американской медсестры



Елена Филатова

Итак, что такое начальство, и как с ним бороться... Для начала разберёмся с начальственной номенклатурой, потому что она сильно отличается от отечественной. Те посты, которые в России традиционно занимают врачи, в Америке злостно захватили медсестры. А также мосты, телефон и телеграф в первую голову! Нет, серьёзно, такого понятия, как, например, заведующий отделением д.м.н. Имярек с серьёзной табличкой на двери, у нас в больнице просто не существует. Самое главное лицо в больнице – так называемый house supervisor – естественно, медсестра или медбрат. Должность эта сменная, и всего их у нас, по-моему, человек двенадцать. Они решают, каких больных куда размещать, какие травмы мы сможем принять, а какие придётся везти в другие больницы, а также разбираются со всеми ситуациями, как то: пожар, наводнение, война миров и так далее. Ступенькой ниже стоит начальник, вернее начальница, над всеми отделениями критической службы: нейрореанимации, кардиореанимации, общей реанимации и моего таинственного отдела прогрессивной терапии, о котором я долго и, надеюсь, не слишком нудно рассказывала в предыдущем номере нашей газеты. И начальница эта – медсестра, и заместитель её – тоже, вернее медбрат.

Спускаемся ещё ниже по номенклатурной лестнице... У каждого отделения есть три начальника, которые делят между собой рабочие сутки на три равные части: дневная смена – с семи часов утра до трёх часов дня, вечерняя – с трёх до одиннадцати вечера и ночная – с одиннадцати до семи утра следующего дня. В основном эти люди выполняют административные функции, но в то же время являются для нас чем-то вроде старейшин нашего беспокойного племени, и если почему-либо «крокодил не ловится, не растёт кокос», мы бежим к ним за советом и поддержкой. Вот и всё! Дальше уже плотным строем стоим мы, рядовые медсестры и медбратья.

У вас, дорогие читатели, наверное, уже давно трепыхается на сердце заветный вопрос: «А что же делают врачи?» Врачи, как им и положено, лечат больных: выписывают назначения, дают рекомендации, назначают процедуры и анализы и делают в картах совершенно нечитабельные записи, которые мы потом всем отделением расшифровываем. Как видно, некоторые специфические особенности медицинской профессии не ограничиваются пределами одной отдельно взятой страны:

Дорогие читатели, сразу хочу покаяться: хоть и просила меня редакция посвятить эту главу моих записок специфике построения отношений между средним медперсоналом и врачами (то есть начальством), хоть и старалась я повернуть свой литературный воз в эту сторону, но он как-то упорно кренится в другую. Вам решать, если кривая всё-таки вывезла, и вы смогли найти для себя хоть что-то интересное в материале, который ниже выносится на ваш суд. «Навозную кучу разгребая, петух нашёл жемчужное зерно»... смею надеяться, что эти слова баснописца Крылова будут применимы в нашей ситуации. А если нет, то примите мои извинения, и шлите ваши критические замечания, пожелания и вопросы на электронный адрес comradelua@yahoo.com. Я обещаю всё прочитать и учесть в будущих заметках. Заранее спасибо за науку!

наверное, во всех мединститутах мира существует тайный спецкурс по доведению неразборчивого почерка врачей до совершенства!

Сильно ощутимая разница с отечественным здравоохранением заключается в том, что американские врачи приходят и уходят, вернее, если говорить совершенно откровенно, прибегают и убегают.

пока он на них не улёгся. Зато случись что – свой пульмонолог всегда под рукой, причём выпавшийся!

Ночью ситуация с врачами меняется коренным образом. Во всей больнице остаются три врача: один в родильном отделении, от присутствия которого нам ни горячо ни холодно, один в приёмном отделении и ещё один, самый несчастный –

совершенно не говорит и только кричит дурным голосом: «Сальвадор! Сальвадор!» Я же по-испански более-менее внятно могу сказать только: «Не абла эспаньол, сой руса», – в общем, «руссо туристо, облик морале». В конце концов мы с ней общими усилиями выяснили, что Сальвадор – это её сын, который потерялся где-то на нижнем этаже, и

В моей практике это первый случай, да и врач несколько растерялся. И тут у нас следует прямо-таки оперное трио в составе врач, я и Сальвадор на тему: «Скажите, а сто рублей не могут спасти гиганта мысли?». Кровь нельзя, а плазму можно? Нет, и плазму нельзя. А альбумин? А вот это попробуйте... И уже не спрашивая Сальвадора, мы с врачом решили, что надо ввести и аранесп², потому что к крови и её продуктам он отношения не имеет. Ввели и то и другое, и три дня спустя больная стабилизировалась и перевелась от нас в общую терапию с гемоглином 7.6. Пустячок, а приятно.

Обычно зовим мы врачей в случаях очевидных: если больной перешёл в нехороший сердечный ритм, жалуется на боль, не снимаемую имеющимися в нашем распоряжении препаратами, или, как здесь говорят, «пошёл на юг», то есть пристраивается помереть. Некоторые дежурные врачи прибегают и смотрят больных по собственной



Наша больница относится к разряду частных и не приписана ни к какому университету, то есть не является «учебной», поэтому у нас нет интернов и ординаторов. Все врачи в моей больнице работают на контрактной основе и, кроме ведения госпитализированных пациентов, занимаются частной практикой, то есть ухитряются втискивать в одни сутки приёмные часы в клиниках, операции и процедуры как плановые, так и срочные. Вот уж точно волка ноги кормят!

Такого понятия как обход, когда больные лежат по струночке, а врачи, ординаторы и медсестры их по очереди принародно осматривают и обсуждают, в больнице Джона Муира не существует. Врач приходит, когда может, и эта непредсказуемость обычно сильно раздражает как больного, так и его родственников. Некоторые, как обожаемый всеми без исключения старенький эндокринолог доктор Розенштайл¹, появляется в нашем отделении ровно в 5:30 утра – по нему можно проверять часы. Другая крайность – пульмонолог доктор Будур, который приходит часов в десять вечера, кокетничает с секретаршей, время от времени кормит нас мороженым и после осмотра своих больных усаживается заполнять карты (а на самом деле спать) в закутке, который мы так и называем – будуар Будура. Через десять минут после его водворения в будуар мы гуманно выключаем ему свет и крадём карты,

дежурный. Всю ночь его будут терзать и тянуть в разные стороны медсестры со всей больницы, и редко кому из врачей удаётся дотянуть до утра в радужном состоянии духа. Мы уже знаем привычки и особенности каждого врача, поэтому, если на чей-то отчаянный вопль: «Кто сегодня дежурит?», следует ответ секретаря «Доктор Росков», в отделении воцаряется траур. Доктор Росков ой как не любит наших ночных звонков и будет вздыхать, пыхтеть и так повернёт дело, что будешь чувствовать себя последним идиотом, что осмелилась потревожить державный покой. Но хартия медсестёр гласит, что мы обязаны стоять на страже интересов больного – и никакими вздохами и пыхтением нас с верного пути не собьёшь. Старожилы рассказывают, что, бывало, врачи покрикивали на медсестёр, но, а после того, как пару-тройку из них за это уволили, вежливость врачей резко повысилась, прямо как лохматость у Шарика из Простоквашина, и дышать нам стало легче.

Давайте я расскажу вам байку из моего недавнего дежурства, а заодно и продемонстрирую, когда и зачем мы беспокоим врачей ночами. Итак, поступает ко мне больная 78-ми лет с диагнозом «острая сердечная недостаточность» и массой сопутствующих болезней. В анамнезе у неё среди всего прочего значится и анемия. Анализы взяли в приёмном отделении, но они ещё не введены в компьютер. Больная по-английски

он-то как раз говорит по-английски. Я послала охранника на поиски Сальвадора, а сама открыла её анализы, и аж заколдобилась, как приснопамятный старик Ромуальды. Гемоглобин 5.3! Вот тут как раз тот случай, когда надо звонить дежурному врачу и просить переливание. Звоню, прошу, получаю назначение на два мешка кровушки, заказываю их в лаборатории и жду, с томленьем упования. Тут появляется Сальвадор, который, как выясняется, заскочил в буфет и подзаправился, чем бог послал. Я радостно прошу его перевести матери, что она должна подписать соглашение на переливание крови, вот тут и тут, где галочка, а он меняется в лице, роняет бутерброд и шепчет: «Мамочка – свидетельница Иеговы! Никакой крови!».

Ну и что тут будешь делать?! Звоню в лабораторию, отменяю заказ на кровь, потом опять звоню дежурному врачу и докладываю ситуацию.

инициативе, некоторых приходится упрашивать по телефону, а некоторые наотрез отказываются, и нам приходится самим кумекать, как дотянуть больного до утра, когда появится его лечащий врач.

В том случае, когда все наши внутренние мозговые ресурсы истощаются, а врач почему-либо недоступен, мы можем вызвать Rapid Response Team (буквально – бригаду «скорой помощи»), в которую входят пара суровых медсестёр из общей реанимации. Они приходят, быстро оценивают ситуацию, принимают решение и достают врача из-под земли. Врачи с нашей «скорой помощью» не спорят и в основном соглашаются со всеми рекомендациями. Это экономит им время и силы, а медсестры в реанимации матери и закалённые в боях, так что врачи им доверяют.

(Продолжение следует)

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету
«ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ»
со 2-го полугодия 2011 года по каталогу
«Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом
отделении связи.

Подписной индекс издания: 15392

¹ Имена изменены.

² <http://dic.academic.ru/dic.nsf/meditem/3192>