

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

СОБЫТИЯ, ОБЗОРЫ, НАУКА, ОБРАЗОВАНИЕ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ №2 Декабрь 2010

С НОВЫМ ГОДОМ!

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Уважаемый читатель!

Приближается очередной Новый Год. 2010 год стремительно промчался, оставив за собой огромное количество разных событий – грандиозных и малозаметных, тех, которые надолго сохранятся в нашей памяти, и мимолетных. Наверное, каждый из нас переживал в уходящем году и свою победу, и поражение, но, смею надеяться, все мы добросовестно трудились на благо нашей офтальмологии.

Пусть 2011 год будет не менее ярким и более позитивным, чем предыдущий. Пусть наше «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ» расширит свои границы, обнимет и сплотит многих и многих единомышленников из всех регионов – больших и малых, близких и далеких.

Желаю всем в наступающем Новом Году модернизации чувств и мира в душе!

Ваш главный редактор

Московскому научно-исследовательскому институту глазных болезней им. Гельмгольца –

110 лет

в прошлой эпохе, такой, кажется, далекой, но такой близкой каждому из нас.

История

Московская глазная больница была открыта 17 ноября 1900 года. Идея и инициатива открытия боль-

ницы принадлежала главному врачу Адельгейму Константину Львовичу. Строительство больницы велось на средства известной московской благотворительницы Варвары Андреевны Алексеевой.

Больница, имевшая первоначально название «Глазная больница им. В.А. и А.А. Алексеевых», пользовалась большой популярностью у населения, была первой муниципальной глазной больницей в Москве, в которой всем нуждающимся оказывалась бесплатная медицинская помощь и также бесплатно выдавались лекарства.

Это было передовое для своего времени учреждение, не имеющее аналогов в России и за рубежом, было построено по специальному проекту с целью создания комфортных условий для пациента и эффективной работы персонала, предупреждения внутрибольничных инфекций. Больница имела просторные и светлые залы. С самого начала круглосуточно принимал больных кабинет неотложной помощи.

В больнице функционировало специальное отделение для детей. Ни в России, ни в Западной Европе специализированных детских отделений не было. Такое отделение появилось позже только в богатейшей глазной больнице имени Ротшильда в Париже.



Современное здание Института (памятник М.И. Авербаху)

Газета «Поле зрения» поздравляет руководство и сотрудников МНИИ ГБ им. Гельмгольца с 110-летием со дня его основания. Каждый из вас вносит свой ежедневный посильный вклад в успешную работу Института. Желаем процветания и успехов в вашей бескорыстной и самоотверженной работе на благо людей. Пусть будущее принесет коллективу успех и удачу во всех начинаниях. Желаем вам здоровья, благополучия и преуспевания!

> стр. 4

Ортокератология: возможности и проблемы Заседание Московского научного общества офтальмологов



12 ноября 2010 года в рамках международного симпозиума «Рефракционные нарушения у детей: диагностика и оптическая коррекция» состоялось заседание Московского научного общества офтальмологов, на котором были обсуждены возможности и проблемы т.н. ортокератологического подхода коррекции рефракционных нарушений. Несмотря на то что указанный метод в последнее время получил некоторое распространение в клинической практике, ряд вопросов, связанных с механизмом изменения рефракции и

возможными осложнениями, требуют детального обсуждения. По уже сложившейся традиции на заседании общества был проведен интерактивный опрос, в рамках которого аудитории было предложено ответить на несколько вопросов, связанных с различными аспектами ортокератологического метода.

Заседание открыл профессор С.Э. Аветисов докладом «Современные методы исследования роговицы» (соавторы – Н.В. Бородина, М.В. Кобзова). Выбор именно этой тематики был продиктован двумя обстоятельствами. Во-первых, существующие методы коррекции рефракционных нарушений независимо от места приложения, как правило, в той или иной степени влияют на состояние роговицы и могут приводить к ее изменениям. Во-вторых, в последние годы существенно расширились возможности исследования роговицы за счет появления современных высокоинформативных методов диагностики и мониторинга.

Направленность исследований напрямую связана с функциональными особенностями роговицы (светопропусканием, светопреломлением и поддержанием формы глазного яблока или особенностями ее биомеханических свойств). Основные тенденции совершенствования диагностических технологий связаны с расширением блока специальных методов исследования. В докладе были подробно изложены принципы, преимущества и недостатки современных методов диагностики состояния роговицы. В заключение было отмечено, что на сегодняшний день протокол оценки эффективности применения средств коррекции рефракционных нарушений должен быть существенно расширен за счет включения современных методов исследования роговицы.

Три последующих доклада были непосредственно посвящены возможностям и проблемам, связанным с применением ортокератологического подхода, который пред-



полагает использование жестких контактных линз специальных конструкций с целью временного изменения формы роговицы для достижения запрограммированного рефракционного эффекта.

В докладе «Ортокератологический метод коррекции миопии: возможное влияние на анатомо-функциональное состояние рого-

вицы» (авторы – Н.В. Бородина, Г.М. Мусаева) были представлены результаты исследования, которые указывали на то, что при применении ортокератологических линз с целью коррекции миопии возможно изменение анатомо-функционального состояния роговицы. В частности,

> стр. 2

Ортокератология: возможности и проблемы

< стр. 1

запрограммированное уплощение в центральной зоне роговицы изменяло топографию не только передней, но и задней ее поверхности, а также увеличивало аберрации высшего порядка. Основываясь на результатах изменения толщины и биомеханических свойств роговицы, авторы предполагают, что механическое воздействие данных линз на роговицу приводит к перераспределению жидкости в ее слоях. В заключительной части доклада рассматривались клинические случаи, наглядно демонстрирующие возможные осложнения ортокератологического метода, которые, с одной стороны, характерны для «рутинной» контактной коррекции, а с другой – связанные с особенностями механизма изменения рефракции роговицы в результате воздействия ортокератологических линз.

В докладе «Эффективность и безопасность ортокератологической коррекции миопии у детей в отдаленном периоде наблюдения» (авторы – Т.Ю. Вержанская, Р.Р. Толорая) были проанализированы результаты биометрических параметров глаза у детей с миопией до и после назначения ортокератологических линз. Авторами выявлено торможение увеличения переднезадней оси при сохраняющемся росте поперечного диаметра, что приводит к изменению формы яблока в сторону скатоного эллипсоида, что, в свою очередь, может быть расценено как элемент направленного воздействия на профилактику прогрессирования близорукости. Кроме того, в ряде случаев также для профилактики прогрессирования миопии необходимо комбинированное воздействие,

сочетающее ортокератологический метод и склероукрепляющие операции.

В докладе «Возможности ортокератологии при лечении прогрессирующей миопии у детей» (авторы – Д.С. Мирсаяфов, А.Р. Хурай) были суммированы результаты отечественных и зарубежных исследований, подтверждающих эффективность ортокератологического метода.

Представленные доклады вызвали интерес у многочисленной аудитории, который проявился как в вопросах докладчикам, так и в дискуссии. Отмечено, что в одном из докладов присутствовала коммерческая составляющая. Результаты обсуждения и интерактивного опроса могут быть суммированы в виде следующих основных положений:

1. Ортокератологический подход может принципиально рассматриваться как метод выбора коррекции миопии слабой и средней степени.

2. Механизм изменения рефракции после назначения ортокератологических контактных линз на сегодняшний день остается не до конца изученным.

3. Применение ортокератологических линз не исключает возможности «роговичных» осложнений.

В заключение заседания профессор С.Э. Аветисов на правах председателя общества предостерег сторонников ортокератологического метода от развития неуправляемого характера его повсеместного применения: «Эта процедура должна проводиться там, где есть реальные условия для того, чтобы проанализировать все возможные механизмы, все «за» и «против».

MSD Офтальмики

1958 г. – Первый антиглаукомный препарат компании MSD – Дарандид (дихлорфенамид).

1961 г. – Альянс с Chibret для научных исследований в офтальмологии. Совместное предприятие, 1961 г.; в 1969 г. – приобретение компании и начало исследований, в результате которых открыт тимолол.

1978 г. – Первый местный бета-блокатор для лечения глаукомы ТИМОПТИК™† (малеат тимолола).

1981 г. – Начало лечения синдрома «сухого глаза» ЛАКРИСЕРТ™† (гидроксипропиловная целлюлозная офтальмологическая вставка).

1982 г. – Первая премия MSD (или премия «Chibret»). Учреждена для стимуляции исследований в важнейших областях офтальмологии (в 2007 г. переименована в «Премии за инновационные исследования в офтальмологии»).

1986 г. – Представление аппликатора для пациентов, удобного в использовании. ТИМОПТИК™† (малеат тимолола) в Окьюдоз™†.

1987 г. – Первый препарат на основе ивермектина для лечения онхоцеркоза человека. Начало программы пожертвований Мексизана по лечению онхоцеркоза. В 2007 г. отмечалось ее 20-летие МЕКТИЗАН™† (ивермектин).

1989 г. – Начало лечения конъюнктивита ЧИБРОКСИН™† (норфлоксацин).

1993 г. – Первый препарат местного применения на основе малеата тимолола пролонгированного действия ТИМОПТИК-ХЕ (гель малеата тимолола для глаз).

1995 г. – Первый из нового класса препаратов для местной терапии глаукомы со времен β-блокаторов ТРУСОПТ™† (дорзоламид гидрохлорид).

1998 г. – Первая комбинация дорзоламида и β-блокатора тимолола КОСОПТ™† (дорзоламид гидрохлорид/малеат тимолола).

2005 г. – Первый препарат КОСОПТ™† (дорзоламид гидрохлорид/малеат тимолола), ТРУСОПТ™† (дорзоламид гидрохлорид) без консервантов.

2006 г. – Лицензионное соглашение с Гарвардским университетом на разработку терапии заболеваний сетчатки.

2007 г. – Лицензионное соглашение с SutroModics, Inc. на технологию применения препарата и его составляющих для лечения заболеваний сетчатки.

2010 г. – Слияние компаний MSD и Schering-Plough. Новый препарат в офтальмологическом портфеле – капли глазные и ушные Гаразон (гентамицин + бетаметазон). Препарат с антибактериальным и противовоспалительным действием для местного применения в офтальмологии и ЛОР-практике.

Искусственное завышение цен на лекарства аморально и преступно, заявил Медведев



ГОРКИ, 25 октября. /ИТАР-ТАСС/. Искусственное завышение цен на лекарства «выглядит просто аморально, если не сказать преступно», заявил Президент РФ Дмитрий Медведев на заседании президиума Госсовета. «Определяющее значение для здоровья пожилых людей, снижение смертности имеет доступность медицинской помощи и лекарств. Здесь крайне важно сохранить стабильные цены на препараты и их ассортимент. В этой связи государственные закупки лекарственных средств должны стать максимально эффективными».

По словам главы государства, в регионах нужно навести порядок с учетом льготников и выделяемых

на них денег. «Нужно расширять аптечную сеть, – продолжал он, – а также практику продажи лекарств в уполномоченных на это фельдшерско-акушерских пунктах, упрощать выдачу пожилым людям рецептов и внедрять удобную для них форму доставки лекарств на дом».

Это крайне важно для тех, кому трудно передвигаться самостоятельно, кто живет в отдаленных



Путин поручил Минздравсоцразвития, Федеральной службе по тарифам и Росздравнадзору контролировать цены на лекарства

МОСКВА, 25 октября. /ИТАР-ТАСС/. Председатель Правительства РФ Владимир Путин поручил Минздравсоцразвития, Федеральной службе по тарифам и Росздравнадзору продолжать следить за ситуацией с ценами на жизненно важные лекарственные средства ЖВЛС/. На заседании президиума Правительства РФ премьер отметил, что «соответствующие службы должны оперативно реагировать на ситуацию, чтобы у нас не было, как в Советском Союзе».

«Хорошо, что по многим субъектам есть положительная понижа-



ющая тенденция», – сказал Путин, имея в виду тенденцию к снижению цен на ЖВЛС. «Но мы понимаем,

населенных пунктах и сельской местности. «Там пенсионеры наиболее беззащитны в силу низкого уровня бытового, социального обслуживания. И у них должна быть возможность получать медико-социальные услуги на месте, в том числе с помощью мобильных бригад, новых социальных технологий и средств телекоммуникаций», – подчеркнул Медведев.

Программа модернизации в системе здравоохранения станет самой масштабной в новейшей истории России

Москва, 9 ноября. /ИТАР-ТАСС/. «Программа модернизации в системе здравоохранения станет самой масштабной в новейшей истории России», – об этом заявил премьер-министр РФ Владимир Путин на совещании по программам модернизации здравоохранения субъектов РФ. «В таком масштабе в сфере здравоохранения государство еще задач не формулировало и не предпринимало таких усилий не только за новейшую историю», – сказал он.

Путин напомнил, что 5 лет назад был запущен нацпроект «Здоровье», который показал свою эффективность и доказал, что государство может добиваться положительных результатов, концентрируя ресурсы на приоритетных направлениях. «Нацпроект подготовил почву для следующего шага – модернизации всей системы здравоохранения», – уверен премьер.

Российские фармпроизводители обсудили риски отрасли при присоединении к ВТО

Москва, 10 ноября. /ИТАР-ТАСС/. Вопрос о рисках фармотрасли, возникающих после вступления России в ВТО, поднял генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей /АРФП/ Виктор Дмитриев в своем выступлении на IV ежегодном форуме Pharma Russia.

«Российские производители принимают выгоду государства от вступления в ВТО, которое, однако, не гарантирует экономического прорыва. Среди участников ВТО 153 страны с различным социальным экономическим положением и уровнем развития фармацевтической и системы здравоохранения

что проблем больше, чем решенных вопросов, и продолжим следить за ситуацией самым пристальным образом», – отметил он.

Как сообщила премьер-глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова, к сентябрю этого года в целом наблюдается снижение цен на жизненно важные лекарственные средства. «В амбулаторном сегменте – на 6,2%, в госпитальном сегменте – на 2,4%», – рассказала она, добавив, что на лекарства до 500 рублей цены снижены на 4,1%, дороже 500 рублей – на 6,8%.

Обратившись к участникам совещания, премьер-министр отметил, что усилия не дадут эффекта, если все уровни власти не будут действовать уже в объеме 446 млрд рублей и добавить на модернизацию здравоохранения еще 460 млрд рублей», – заявил Путин, напомнив, что текущие расходы на содержание медицинских учреждений также обходятся государству примерно в сотню миллиардов рублей.

По его словам, развитие здравоохранения является приоритетом для любой страны. «Проблем еще очень много, и все, что связано с этим комплексом проблем – демографией, высокой смертностью, с низкой продолжительностью жизни, – является угрожающим для страны», – подчеркнул глава правительства. «Задача бережения народа для России является сегодня особенно актуальной», – уверен он.

в целом. Ближайший сосед России – Украина, где фармрынок схож с российским, а фармпромышленность развита достаточно хорошо, после вступления в ВТО столкнется с рядом проблем», – отметил гендиректор АРФП.

Он высказал опасения, что существует вероятность ограничения >

Профессор Нероев: «Залог успеха – полная самоотдача и команда единомышленников»



– Владимир Владимирович, что для Вас является главным итогом 2010 года?

– Заработала в полную силу Профильная комиссия по офтальмологии при Экспертном совете в сфере здравоохранения Минздравсоцразвития РФ, региональные лидеры активно включились в совместную творческую работу, сформировано активное «ядро» офтальмологи. Практически создана команда, способная решать задачи, поставленные перед нами Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Благодаря совместным усилиям подготовлены: Порядок оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях глаза, его проточного аппарата и орбиты, Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, новый перечень видов ВМП. Находится на утверждении около 20 Стандартов оказания медицинской помощи по офтальмологии, введен в действие Приказ об организации оказания специализированной медицинской помощи и др.

Существенно улучшив раннюю диагностику и проводя адекватное лечение, офтальмологи могут повлиять лишь на исход, а не на частоту возникновения заболеваний.

– В России, к сожалению, существует очень неравномерная доступность амбулаторно-поликлинической помощи. В некоторых регионах страны практически отсутствуют офтальмологические службы. Чем Вы объясните подобное положение дел? Как можно оздоровить ситуацию?

– Различная доступность амбулаторной помощи в РФ связана с особенностями нашей страны, неравномерной плотностью населения, большим числом отдаленных регионов, что не позволяет пока обеспечить одинаковое качество помощи всем жителям России. Большие проблемы имеются с кадрами офтальмологов, привыкших работать в хорошо оснащенных кабинетах крупных городов. Подобная ситуация очень характерна для таких регионов, как Якутия, Красноярский край, Чукотка, Тюменская область и др. и вызывает большое беспокойство как у главных офтальмологов регионов, так и у меня как Председателя Профильной комиссии Министерства здравоохранения и социального

– Несмотря на появление новейших технологий в лечении различных глазных заболеваний, количество больных с глазными патологиями не сокращается, а, к сожалению, растет. Это значит, что технологический прогресс не успевает за ростом заболеваемости. В чем основные причины этого явления?

– Технологический процесс и успехи офтальмологов могут влиять на эффективность выявления и

лечения глазной патологии, а не на число больных с офтальмопатологией. Говорить о росте заболеваемости глаз надо очень осторожно. Меняющиеся условия жизни, экологические и социально-экономические факторы, естественно, ведут к росту числа больных глаукомой, сосудистыми заболеваниями, диабетом глаз, миопией.

– Владимир Владимирович, что для Вас является главным итогом 2010 года?

– Заработала в полную силу Профильная комиссия по офтальмологии при Экспертном совете в сфере здравоохранения Минздравсоцразвития РФ, региональные лидеры активно включились в совместную творческую работу, сформировано активное «ядро» офтальмологи. Практически создана команда, способная решать задачи, поставленные перед нами Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Благодаря совместным усилиям подготовлены: Порядок оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях глаза, его проточного аппарата и орбиты, Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, новый перечень видов ВМП. Находится на утверждении около 20 Стандартов оказания медицинской помощи по офтальмологии, введен в действие Приказ об организации оказания специализированной медицинской помощи и др.

Существенно улучшив раннюю диагностику и проводя адекватное лечение, офтальмологи могут повлиять лишь на исход, а не на частоту возникновения заболеваний.

– В России, к сожалению, существует очень неравномерная доступность амбулаторно-поликлинической помощи. В некоторых регионах страны практически отсутствуют офтальмологические службы. Чем Вы объясните подобное положение дел? Как можно оздоровить ситуацию?

– Различная доступность амбулаторной помощи в РФ связана с особенностями нашей страны, неравномерной плотностью населения, большим числом отдаленных регионов, что не позволяет пока обеспечить одинаковое качество помощи всем жителям России. Большие проблемы имеются с кадрами офтальмологов, привыкших работать в хорошо оснащенных кабинетах крупных городов. Подобная ситуация очень характерна для таких регионов, как Якутия, Красноярский край, Чукотка, Тюменская область и др. и вызывает большое беспокойство как у главных офтальмологов регионов, так и у меня как Председателя Профильной комиссии Министерства здравоохранения и социального

– Несмотря на появление новейших технологий в лечении различных глазных заболеваний, количество больных с глазными патологиями не сокращается, а, к сожалению, растет. Это значит, что технологический прогресс не успевает за ростом заболеваемости. В чем основные причины этого явления?

– Технологический процесс и успехи офтальмологов могут влиять на эффективность выявления и

Важно отметить, что симпозиумы, посвященные этой теме, проходили в различных регионах России (Уфа, Самара, Чебоксары, Ярославль, Якутск, Пермь, Тюмень). В рамках проходившего совсем недавно в Москве Российского общенационального офтальмологического форума состоялся очередной Межрегиональный симпозиум «Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ. Ликвидация устранимой слепоты вследствие заболеваний сетчатки и зрительного нерва».

Деятельность Российского национального комитета по предупреждению слепоты получила одобрение Всемирной Ассамблеи ВОЗ, которая проходила в Женеве в мае 2009 года.

– Владимир Владимирович, Вы руководите крупнейшим в России профильным институтом, являетесь главным специалистом-офтальмологом, Вы – координатор Российского национального комитета по предупреждению слепоты, заведуете кафедрой глазных болезней факультета последипломного образования Московского государственного медицинского государственного университета, с 1998 года возглавляете профильную комиссию по офтальмологии при Экспертном совете в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Как Вы все успеваете? По-моему, Вы должны быть довольны жизнью. Это так?

– Залогом успешной работы является понимание важности решения проблем и задач, огромное желание достижения поставленных целей, полная самоотдача и, конечно, наличие работоспособной команды, команды единомышленников и помощников – сотрудников Института, без активной помощи которых реализация всего задуманного была бы очень затруднена.

– Газета «Поле зрения» выйдет накануне Нового года. Что бы Вы могли пожелать офтальмологам России?

– Здоровья, успехов, семейного благополучия, исполнения всех желаний!

– Благодарю Вас.

Беседа велла Лариса Тумар

Тема увеличения пенсионного возраста никак не обсуждается в правительстве

ГОРКИ, 25 октября. /Корр. ИТАР-ТАСС Вероника Романенкова/. Вопрос об увеличении пенсионного возраста «в правительстве никак не обсуждается», заявила министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова. При этом она заметила, что «это – не быстрое решение, оно подлежит публичному обсуждению».

После заседания президиума Госсовета министр в беседе с журналистами подчеркнула, что тема повышения пенсионного возраста не обсуждалась и не должна была обсуждаться на сегодняшнем совещании. «Эта тема связана с программой долгосрочного развития пенсионной

системы», – отметила она. – Ни на уровне президента, ни на уровне правительства эта тема консолидированно не обсуждалась».

По ее мнению, к данному вопросу следует относиться «крайне осторожно и взвешенно». Министр пояснила, что в России значительное число так называемых досрочных пенсионеров. «До тех пор, пока не примем стратегического решения по досрочным пенсионерам, было бы неответственно рассматривать вопрос об увеличении пенсионного возраста в целом», – подчеркнула она.

Она также заверила, что у правительства «нет планов» сделать накопительную часть пенсий необя-



зательной. «Есть поручение президента разработать долгосрочную стратегию развития пенсионной системы, министерство оценивает разные предложения, завтра никто решение принимать не будет», – сказала Голикова.

Московскому научно-исследовательскому институту глазных болезней им. Гельмгольца – 110 лет

< стр. 1

Штат больницы был весьма ограничен – директор (он же главный врач), четыре врача-офтальмолога, один провизор и вспомогательный персонал, состоявший из 28 человек (всего 34 человека). Несмотря на малочисленность персонала, в больнице в течение 1900-1903 гг. было зарегистрировано 150000 амбулаторных посещений, произведено более

Организатор и 1-й директор глазной больницы К.Л. Адельгейм (1900-1903 г.)

3000 амбулаторных и 2000 операций в условиях стационара, пролечено в стационарных отделениях в среднем 2500 больных.



Благотворительница В.А. Алексеева

В Глазной больнице имени Алексеевых начал свою врачебную деятельность выдающийся офтальмолог, академик Михаил Иосифович Авербах, который в 1903 г. и до своей кончины в 1944 г. был бессменным главным врачом – директором Института. Для увековечения памяти М.И. Авербаха, согласно Постановлению СНК СССР, на территории Института установили памятник-бюст работы скульптора С.Д. Меркурова.

Во время Первой мировой войны больница, не сокращая помощи гражданскому населению, оказывала помощь раненым. Даже в самые трудные послереволюционные годы больница полностью обеспечивалась медикаментами, питанием, освещением и отоплением.



Приемная (смотровая) (1900 г.)



Вид глазной больницы с угла Садовой улицы и Фурманного переулка (1900 г.)

К 1925 году территория больницы постепенно расширилась, количество коек увеличилось до 150. Располагая обширным клиническим материалом, больница стала базой для учебных целей. С 1910 по 1919 гг. здесь прошли обучение около 2000 студентов. Из разных городов России в Москву приезжали врачи-окулисты, чтобы совершенствовать свои знания по офтальмологии.

Помимо лечебной и преподавательской деятельности, активно велась и научная работа. Два раза в месяц в больнице проводились научные конференции. К 35-летию глазной больницы им. Гельмгольца был тщательно проанализирован клинический материал, составленный около 50 000 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении. По случаю юбилея больницы был издан сборник научных статей под редакцией М.И. Авербаха. В сборник вошли 30 статей, посвященных актуальным вопросам офтальмологии. С этого момента можно вести отчет становления самостоятельной отечественной научно-практической офтальмологической школы.

В январе 1936 года в соответствии с постановлением СНК РСФСР глазная больница была преобразована в Центральный научно-

исследовательский институт офтальмологии, а в 1948 году институт переименован в Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца (по имени немецкого ученого, основоположника физиологии зрения Генриха Людвиг Фертинанда фон Гельмгольца), получивший статус государственного головного научно-практического центра в области офтальмологии. Все последующие десятилетия Институт непрерывно развивался в соответствии с требованиями практического здравоохранения, что определило специфику формирования основной организационной структуры института.

В разные годы Институт возглавляли известные ученые-офтальмологи – академик М.И. Авербах (1903-1944 гг.), профессор А.А. Коллен (1944-1953 гг.), член-корреспондент АМН СССР В.Н. Архангельский (1953-1954 гг.), кандидат медицинских наук А.В. Рославцев (1954-1965 гг.), кандидат медицинских наук К.В. Трутнева (1966-1986 гг.), профессор Э.В. Егорова (1986-1989 гг.), профессор А.М. Южаков (1989-2004 гг.). С 2004 года Институту руководит профессор В.В. Нероев – главный внештатный специалист-офтальмолог Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Институт сыграл решающую роль в разработке системы мер по ликвидации тяжелого наследия прошлого – трахомы. В 50-е годы совместно со своими филиалами – Чувашским и Башкирским институтами и Институтом полиомиелита и вирусных энцефалитов – велась огромная организационная, научно-исследовательская и профилактическая работа по борьбе с трахомой. Масштабы повсеместной борьбы с трахомой, организованной Институтом, не имеют прецедента. В результате этих мероприятий трахома как массовое заболевание в стране была ликвидирована.

В годы Великой Отечественной войны Институт был основным учреждением Москвы, куда направлялись большинство раненых с повреждениями глаз. В память об этом в вестибюле хирургического корпуса установлена мемориальная доска.

В Институте работали известные офтальмологи: член-корреспондент АН и АМН СССР С.В. Кравков; профессор М.М. Балтин, А.И. Богословский, Э.Ф. Левкова, З.А. Каминская-Павлова, Г.А. Петропавловская, Л.И. Сергиевский, А.С. Саватилов, П.Е. Тихомиров, М.Я. Фрадкин, Ф.Е. Фридман, Л.А. Кацнельсон,



Зал дневного пребывания женщин (1900 г.)

Н.С. Зайцева, Э.С. Аветисов, В.О. Анджелов, Е.С. Вайнштейн, А.А. Яковлев, А.Я. Бунин, Ю.З. Розенблюм, А.М. Шамшинова; доктора медицинских наук Е.М. Белостоцкий, Р.А. Гаркави, В.А. Чечик-Кунина, А.Я. Виленкина, А.А. Малаев и многие другие.

Сегодняшний день

Московский НИИ ГБ им. Гельмгольца, уникальное многопрофильное головное учреждение страны по проблемам офтальмологии в системе Минздрава России, укрепляет и развивает богатые традиции, заложенные его основателями.

Институт координирует научно-исследовательскую работу ведущих кафедр офтальмологии медицинских вузов Российской Федерации. В институте работает более 600 человек. Научный потенциал института: 39 сотрудников имеют степень доктора медицинских наук, из них 17 профессоров, 91 – кандидата медицинских наук, 5 имеют почетное



Немецкий физик, основоположник физиологии зрения Г.Л.Ф. фон Гельмгольц

звание «Заслуженный деятель науки РФ»; 64 врача имеют высшую квалификационную категорию, из них 10 – звание «Заслуженный врач РФ». Организационно Институт состоит из 57 подразделений (научные, клинические и вспомогательные). Имеется отделение экстренной и неотложной помощи, где медицинская помощь пациентам оказывается круглосуточно. Ежегодно в данном подразделении получают помощь свыше 19000 человек. Функционируют взрослое и детское консультативно-поликлинические отделения с ежегодным посещением более 200 тысяч пациентов. Институт имеет 6 стационарных отделений на 300 коек, пациентам оказывается высокотехнологичная медицинская помощь.

На базе отдела травматологии, реконструктивной, пластической хирургии и глазного протезирования функционирует Центр медицины катастроф «Защита» для оказания медицинской помощи пострадавшим в террористических актах, катастрофах, при стихийных бедствиях.

> стр. 6

III Российский общенациональный офтальмологический форум



Торжественная атмосфера праздника ощущалась уже при подходе к Центральному дому предпринимателя.

Более 900 делегатов из 68 субъектов Российской Федерации съехались на юбилейный Форум. Ближнее зарубежье представляли делегаты из Литвы, Белоруссии, Армении, Молдовы, Украины, Казахстана, Узбекистана. Участие в конференции приняли офтальмологи из Италии, Индии, Бангладеш, Венгрии, Англии, Швейцарии, Бельгии, Америки, Японии.

Открыл Форум директор МНИИ ГБ им. Гельмгольца, главный офтальмолог страны, профессор Владимир Владимирович Нероев. В своем вступительном слове он отметил, что вопросы профилактики и устранения слепоты и слабо зрения являются одними из самых важных социально-экономических и этических проблем современности, и Институт как головное учреждение в области офтальмологии видит свою задачу в консолидации усилий офтальмологической общности в решении этих проблем.

От имени Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации с приветственным словом участникам Форума выступила директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Валентина Ивановна Широкова. Она подчеркнула, что Форум проводится в честь 110-летия великодушного учреждения, обратила внимание на важную роль Института в развитии отечественного здравоохранения и отметила, что именно при Алексеевской больнице появилось первое не только в нашей стране, но и во всей Европе детское стационарное офтальмологическое отделение.

Далее с приветственным словом в адрес делегатов и Юбилея выступил: ректор Московского государственного медико-стоматологического университета, заслуженный врач РФ, проф. О.О. Янушевич; ректор Российской медицинской академии последипломного образования, академик РАН, проф. Л.К. Мошета; директор НИИ ГБ РАН, член-корр. РАН, проф. С.Э. Аветисов; директор Уфимского НИИ глазных болезней, проф. М.М. Бикбов; директор Всероссийского центра глазной и пластической хирургии, проф. Э.Р. Мулдашев. Институт поздравил офтальмологи из большинства регионов страны – А.Н. Амиров, проф. Ю.С. Астахов, проф. В.В. Жаров, С.С. Ильенков, проф. А.А. Рябцева,

7-8 октября 2010 года состоялся III Российский общенациональный офтальмологический форум (РООФ), посвященный 110-летию юбилею Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Организаторами Форума были Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Московский НИИ ГБ им. Гельмгольца и кафедры глазных болезней факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета.



Профессор В.В. Нероев, профессор А.В. Золотарев, профессор Ю.Ф. Майчук

проф. Л.П. Чердиченко, Т.Н. Голева, Н.А. Коновалова, Т.Р. Поскачина и многие другие.

С докладом об истории Московского научно-исследовательского института глазных болезней им. Гельмгольца выступила заместитель директора по научной работе, профессор Катярина Людмила Анатольевна. В тридцатиминутном докладе было рассказано об Институте так ярко, глубоко, интересно, что всех сидящих в зале захватила 110-летняя история Института, история роста и развития созданной в 1900 году Городской глазной больницы для самых широких слоев населения до ведущего офтальмологического учреждения страны.

7 октября в рамках Форума состоялся V Российский межрегиональный симпозиум «Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ. Ликвидация устранимой слепоты вследствие заболеваний сетчатки и зрительного нерва».

Симпозиум продолжил славную традицию сотрудничества института со Всемирной организацией здравоохранения еще с 50-х гг. прошлого века.

В докладе координатора Российского национального комитета по предупреждению слепоты профессор В.В. Нероев был сделан анализ и подробный отчет о работе восьми целевых программ по ликвидации устранимой слепоты за 2



последних года. Он также доложил об итогах работы 62-й Всемирной Ассамблеи Здравоохранения, проходившей в Женеве в мае 2009 года, где им была высказана поддержка резолюции Ассамблеи по плану действий на 5 лет от имени российской делегации.

Об итогах 10-летнего развития в мире программы ВОЗ по ликвидации устранимой слепоты «Зрение-2020» рассказал руководитель Сотрудничавшего центра ВОЗ по профилактике слепоты (Москва), профессор Юрий Федорович Майчук. Он же зачитал Послание руководителя программы ВОЗ «Зрение-2020» Ivo Kosic к участникам российского симпозиума.

Символично, что проведение симпозиума совпало и календарно, и тематически с Днем Зрения, ежегодно проводимым во всем мире.

С докладами выступили ведущие специалисты-ретинологи нашей страны и зарубежья – профессора Anita M. Leys (Бельгия), Neil M. Bressler (США), Ю.С. Астахов и Ф.Е. Шадрин, Е.П. Тарутта, М.В. Зуева, В.В. Нероев и М.В. Рябина, М.М. Шинкин и многие другие.

Распространенности слепоты, связанной с патологией сетчатки и зрительного нерва, и путям ликвидации данной патологии в конкретном регионе были посвящены выступления региональных лидеров – участников Форума. С докладами выступили: А.-Г.Д. Алиев, А.Н. Амиров, В.И. Баранов, М.М. Бик-

бов, Т.Н. Голева, В.В. Жаров, А.В. Золотарев, С.С. Ильенков, А.А. Рябцева, Л.П. Чердиченко.

Все доклады вызвали большой интерес у аудитории, состоялась конструктивная и оживленная дискуссия по обсуждаемому вопросу. Очень насыщенным был и второй день конференции, включивший три пленарных заседания. На пленарном заседании по новым технологиям в офтальмотравматологии с программным докладом «История офтальмотравматологии МНИИ ГБ им. Гельмгольца. Традиции и современность» выступила профессор Р.А. Гундорова. В нем она отразила бережное отношение молодого поколения врачей к опыту старших коллег и стремление сотрудников отдела быть в авангарде новейших достижений в области офтальмотравматологии. Большой интерес вызвал доклад Cesare Forlini (Италия) «Современные минимальные методики лечения травмы глаза» и видеопрезентация «Лечение острой экспульсивной геморрагии при операциях типа «открытое небо». Прозвучавшие доклады ведущих специалистов-травматологов из Санкт-Петербурга, Челябинска, Томска, Москвы, Донецка, Одессы (Украина), а также Vishnu Varadhan (Индия) были заслушаны с большим интересом.

На пленарном заседании «Современные подходы к диагностике и лечению глаукомы» прозвучали доклады из Москвы, Самары,

Ярославля, Уфы, Санкт-Петербурга, Омска, Каунаса (Литва). «Глаукома: современные аспекты» – такая тема программного доклада по глаукоме Киселевой О.А., выступившей от коллектива авторов – сотрудников отдела глаукомы.

«Воспалительные заболевания глаз – диагностика, лечение» – тема третьего пленарного заседания. Профессор Ю.Ф. Майчук выступил с программным докладом «Инновационные методы в диагностике и лечении болезней глазной поверхности», в котором был сделан акцент на современные достижения в этой области: введение в практику аденодеструктора, позволяющего проводить экспресс-диагностику аденовирусной инфекции; активное применение в области исследований по «сухому глазу» метода осмолярности слезной жидкости и др. Berta Andras (Венгрия) выступила с докладом «Красный глаз – клинические формы, диагностика». С фундаментальными исследованиями по воспалительным процессам в глазу выступили профессор О.С. Слепова и Н.Б. Чеснокова (Москва). Большой интерес вызвал доклад профессора А.Ю. Слонимского (Москва) «Реконструктивная склеивающая кератопластика при гнойных процессах переднего отрезка глазного яблока».

Параллельно пленарным заседаниям, при переполненных залах, проходили параллельные симпозиумы. Тематика симпозиумов отражала актуальные направления офтальмологии: лечение заболеваний переднего отрезка глаза (АО САНТЭН); фармакотерапия бактериальных конъюнктивитов (Promed Exports Pvt. Ltd); инновационные решения в офтальмологической практике (МД ВИЖН); здоровые глаза от А до Я (Bausch&Lomb); новые направления в диагностике и лечении дистрофических заболеваний сетчатки (Ферросан Интернейшнл А/С, Дания); современные методы диагностики воспалительных заболеваний конъюнктивы и синдрома «сухого глаза» (ЗАО «Трейдомед Инвест»); прогностическая значимость своевременной коррекции терапии глаукомы (ООО «Ромфарма»).

Тридцать докладов приняли участие в постерной сессии. Победители награждены памятными дипломами и подарками. Лучшими признаны работы следующих авторов: Р.Ф. Шакиров, Р.З. Кадыров, Р.Ф. Галияхметов (Уфа); Ю.С. Астахов,

> стр. 6

Минпромторг РФ готовит новую федеральную программу по развитию фармацевтики и медтехники на период до 2020 года

МОСКВА, 20 октября. /АМИ-ТАСС. Минпромторг РФ готовит новую Федеральную целевую программу /ФЦП/ по развитию фармацевтики и медтехники на период до 2020 года. Об этом сообщил министр промышленности и торговли РФ Виктор Христенко, выступая в Госдуме.

По словам министра, программа должна стать ключевым инструментом для решения проблемы доведения результатов фундаментальных медицинских исследований до промышленного производства.

Он пояснил, что в программе предусмотрено создание 10 научно-исследовательских центров по разработке новых препаратов и 7 – по разработке новых образцов медтехники. «За 10 лет объемы производства возрастут в 10 раз. По номиналуре жизненно важных лекарственных средств доля лекарственных препаратов отечественного производства должна достигнуть 90%. Доля медицинской техники отечественного



производства в денежном выражении должна достичь 40%», – сообщил Христенко, говоря о целях программы.

По его словам, передает ПРАЙМ-ТАСС, наработки в рамках ФЦП легли в основу стратегии развития медпрома до 2020 года.

Госдума приняла законопроект, увеличивающий пороги рабочего стажа для установления размеров больничных

МОСКВА, 22 октября. /ИТАР-ТАСС. Госдума приняла в первом чтении правительственный законопроект, увеличивающий пороги рабочего стажа для установления размеров больничных. Между тем ранее депутаты и разработчики документа уже договорились сохранить эти показатели на действующем уровне, однако корректировки будут внесены в текст лишь во втором – основном – чтении.

Речь идет о поправках в закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». Как сообщила журналистам член рабочей группы по доработке законопроекта, зампред думского комитета по бюджету и налогам Галина Карелова («Единая Россия»), 19 октября состоялось заседание рабочей группы во главе с первым вице-спикером Госдумы Олегом Морозовым, в котором приняли участие замминистра социального развития и здравоохранения Юрий Воронин и председатель Фонда социального страхования Сергей Афанасьев. «По итогам заседания его участникам удалось достигнуть согласия по принципиальным моментам документа, касающимся изменения порядка

расчета пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, а также по уходу за ребенком в возрасте до 1,5 лет», – информировала парламентарий. В связи с этим, по ее словам, ко второму чтению предполагается внести поправки, предусматривающие, в том числе, «сохранение (действующих) страховых стажевых порогов по установлению процентных размеров пособия по временной нетрудоспособности от средней заработной платы». Карелова напомнила, что сейчас при страховом стаже до 5 лет пособие выплачивается в размере 60% от среднего заработка, от 5 до 8 лет – 80%, а свыше 8 лет – 100%. Правительственным же законопроектом предлагалось выплачивать застрахованному лицу при страховом стаже до 8 лет пособие в размере 60% от среднедневного заработка, при стаже от 8 до 15 лет – 80% и лишь при стаже свыше 15 лет – 100%.

Кроме того, будет увеличен – до 3 дней – период временной нетрудоспособности, оплачиваемый работодателем (в настоящее время – 2 дня). «Предполагается, что в ходе доработки законопроекта ко второму чтению к нему будет внесена поправка, устанавливающая

временный срок действия этой нормы – в течение одного года с момента вступления закона в силу», – уточнила Карелова. В рамках консультаций «представители правительства согласились с необходимостью учета особенностей исчисления пособий по уходу за ребенком до 1,5 лет при увеличении до 2 календарных лет базового периода для расчета пособий», отметила Карелова. Согласно предлагаемым правительством нормам, пособие по беременности и родам должно рассчитываться исходя из заработка не за предыдущий год как сейчас, а за два года. Ранее думский комитет по делам семьи, женщин и детей в своем заключении на данный законопроект назвал «недопустимым, чтобы изменения, которые вносятся в законодательство, регулирующие вопросы социального страхования, приводили к ослаблению соцзащиты граждан или иному ухудшению их положения». По мнению депутатов, инициатива «в большей степени направлена на защиту интересов Фонда социального страхования РФ, а не интересов граждан».

www.ami-tass.ru



III Российский общенациональный офтальмологический форум

< стр. 5

П.А. Нечипоренко (Санкт-Петербург); Л.А. Сухина, К.Э. Голубов, А.Ф. Смирнова, Г.В. Котлубей (Донецк, Украина); Н.А. Шульгина, Л.П. Догадова, Л.В. Доронина (Владивосток).

На Форуме также можно было ознакомиться с выставкой офтальмологического оборудования и фармпрепаратов крупнейших зарубежных и российских фирм.

В рамках Форума под председательством главного специалиста офтальмолога, профессора В.В. Нероева прошло заседание профильной комиссии по офтальмологии при Экспертном совете в сфере здравоохранения Минздрава России. На заседании рассматривались задачи в области организации оказания офтальмологической помощи, подготовки офтальмологических кадров. В деловой и доброжелательной обстановке главные специалисты

регионов РФ активно обсуждали свои проблемы, обменивались мнениями и опытом работы в области повышения доступности и качества оказания офтальмологической помощи жителям страны, включая ее самые отдаленные районы.

По материалам РООФ-2010 издан сборник, с которым можно ознакомиться на сайте Института – www.igb.ru.

На закрытии Форума директор Института, профессор В.В. Нероев поблагодарил всех участников за плодотворную работу и отметил, что очередная встреча прошла в празднично-приподнятом и деловом настроении и позволила щедро поделиться друг с другом знаниями, клиническим опытом, лечебно-диагностическими навыками и новыми идеями во благо наших пациентов.

Оргкомитет
III Российского общенационального офтальмологического форума

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

МНИИ ГБ им. Гельмгольца – 110 лет



Двор больницы (1900 г.)

< стр. 4

Большое значение в Институте уделяется детской офтальмологии. Многие диагностические исследования и хирургические методики, разработанные в отделе патологии глаз у детей, являются уникальными и представляют большую научно-практическую ценность. Активно развита служба срочной офтальмологической помощи недоношенным детям. Институт является крупнейшим центром по подготовке научных и практических кадров для офтальмологической службы России, стран СНГ и ряда зарубежных стран. На базе Института имеются аспирантура и ординатура, действует Совет по защите докторских и кандидатских диссертаций, проводятся курсы повышения квалификации и сертификации специалистов из различных регионов России и стран СНГ.

С 2006 года на базе МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца функционирует кафедра глазных болезней факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета. В Институте имеется уникальная библиотека, которая ведет свою историю с 1902 года. Инициаторами создания и первым заведующими были сами врачи, впоследствии с ростом фонда библиотека была выделена в самостоятельное подразделение. В ее фонде бережно

хранятся уникальные, а порой и единственные экземпляры изданий: диссертации, монографии, периодические издания по офтальмологии. Так, первая диссертация по глазным болезням датирована 1866 годом.

С 2008 года Московский научно-исследовательский институт им. Гельмгольца возобновил издание журнала «Российский офтальмологический журнал» (премник «Русского офтальмологического журнала»), чтобы продолжить традицию российской офтальмологической школы.

Сформированная в Институте в течение 110 лет самостоятельная офтальмологическая школа является ведущей в России и получила заслуженное признание. Многие сотрудники Института являются действительными членами престижных международных академий и офтальмологических обществ. Научные и практические работы сотрудников Института в разные годы отмечались Государственной премией СССР, премиями Совета министров СССР и Правительства России, премиями имени академика М.И. Авербах и академика В.П. Филатова, многочисленными дипломами и медалями ВДНХ, золотыми, серебряными медалями и дипломами Брюссельской выставки. За большие успехи в развитии науки и практической офтальмологической помощи населению страны Институт был награжден орденом Трудового Красного Знамени. ■

Современные методы диагностики воспалительных заболеваний конъюнктивы и синдрома «сухого глаза»

Сателлитный симпозиум

Организатор мероприятия – Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца (при поддержке фирмы «Трейдомед Инвест»), Москва

8 октября 2010 г. в рамках III Российского общенационального офтальмологического форума состоялся сателлитный симпозиум, посвященный современным методам диагностики воспалительных заболеваний конъюнктивы и синдрома «сухого глаза». Особая медико-социальная значимость данной проблемы определила широкий интерес офтальмологов к данному мероприятию, прошедшему в отсутствие свободных мест в зале и живом обсуждении докладов ведущих специалистов страны.

Открыл симпозиум главный офтальмолог Минздрава России, директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, профессор Владимир Владимирович Нероев. В своем приветственном обращении к участникам симпозиума Владимир Владимирович подчеркнул важность активного внедрения в практику российских офтальмологов новейших мировых технологий диагностики и необходимость совершенствования лечебно-диагностического процесса на всех уровнях. Главный офтальмолог отметил важную роль своевременной и качественной диагностики и лечения воспалительных заболеваний глаз.

Председатель симпозиума – руководитель отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, профессор Юрий Федорович Майчук в своем докладе «Новые медицинские технологии в диагностике и мониторинге заболеваний конъюнктивы» представил обзор существующих диагностических методов, уделив особое внимание современным методам диагностики синдрома «сухого глаза», в частности, исследованию осмолярности слезы с помощью осмометра TearLab. Кроме того, большой интерес вызвала информация о появлении в России RPS Аденодетектора – инновационной тест-системы. Тест позволяет в течение 10 минут проводить качественную экспресс-диагностику, выявляя при этом лопотозную серотипов аденовируса с чувствительностью 88% и специфичностью 91% всего в 10 мкл слезной жидкости.

В докладе заведующей отделом инфекционных и аллергических заболеваний глаз НИИ им. Гельмгольца, врача высшей категории Елены Владимировны Яни «Аденодетектор RPS: Тест-система для экспресс-диагностики аденовирусных конъюнктивитов» было отмечено, что с помощью теста можно быстро и с высокой степенью точности проводить дифференциальную диагностику конъюнктивитов, правильно устанавливая диагноз уже на первичном приеме, что дает возможность назначить пациенту адекватное лечение, избежать необоснованного использования антибиотиков с сопутствующими неблагоприятными побочными эффектами антибиотикотерапии и ростом антибиотикорезистентности.

Последнее время все большую актуальность для клинической практики приобретает синдром «сухого глаза», который выражается симптомами дискомфорта, зрительными нарушениями и воспалением глазной поверхности. По данным разных авторов, рассматриваемое заболевание распространено в среднем у 15-17% всего взрослого населения развитых стран мира, и этот показатель повышается из года в год.

В своем докладе «Современные возможности диагностики синдрома «сухого глаза» заведующий кафедрой офтальмологии СПб ГПМА, член правления Всероссийского общества офтальмологов, доктор медицинских наук, профессор Владимир Всеволодович Бржецкий сказал об особенностях течения заболевания, провел увлекательный экскурс по всем существующим методам диагностики с указанием их достоинств и недостатков, при этом уделив особое внимание значению исследования осмолярности слезы. Повышение осмолярности токсически воздействует на глазную поверхность, приводит к морфологическим и биохимическим изменениям в роговице и эпителии конъюнктивы, происходит активация каскада воспалительных процессов, сопровождающихся апоптозом клеток эпителия роговицы и снижением числа бокаловидных клеток. Именно осмолярность является весьма специфическим и чувствительным биомаркером развития заболеваний глазной поверхности.

В докладе главного врача Самарской КОБ им. Т.И. Ершовского, доктора медицинских наук, профессора, главного офтальмолога Министерства здравоохранения Самарской области Андрея Владимировича Золотарева «Диагностика и мониторинг эффективности терапии при синдроме «сухого глаза» были представлены данные о причинах и значении изменений осмолярности слезы, изложена история разработки методов диагностики осмолярности, начиная с прошлого века. Интересно, что только в 2009 году российским специалистам был представлен удобный компактный анализатор осмолярности слезной жидкости TearLab, позволяющий быстро и с лабораторной точностью определить осмолярность слезы в нанолитровом объеме (50 нл), что важно, поскольку сбор образца в случае синдрома «сухого глаза» затруднен, а при тяжелых формах – практически невозможен. Андрей Владимирович поделился своим опытом применения данного прибора в диагностике и мониторинге эффективности терапии при синдроме «сухого глаза», отметив, что прибор позволяет непосредственно в кабинете офтальмолога поставить точный диагноз с установлением степени тяжести, назначить адекватную терапию и отследить изменение состояния слезной жидкости на фоне лечения.



Профессор Ю.Ф. Майчук

Доктор Е.В. Яни

Профессор В.В. Бржецкий

Профессор А.В. Золотарев

Доклады, представленные врачами-офтальмологами из НИИ ГБ им. Гельмгольца Ксенией Евгеньевной Селиверстовой «Осмометрия слезы в диагностике синдрома «сухого глаза» при атопическом кератоконъюнктивите» и из Чебоксарского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» Ольгой Вячеславовны Шленской «Роль исследований осмолярности слезы и

уровня слезного мениска в постановке диагноза синдрома «сухого глаза», продемонстрировали практическую значимость и важность проведения исследования осмолярности для диагностики и мониторинга синдрома «сухого глаза».

Проведение сателлитного симпозиума «Современные методы диагностики воспалительных заболеваний конъюнктивы и синдрома «сухого глаза» и интерес

специалистов-офтальмологов к данной проблеме дает надежду на то, что в самое ближайшее время в практику широко войдут современные методы диагностики воспалительных заболеваний конъюнктивы и синдрома «сухого глаза», которые позволяют максимально точно и в краткий срок дифференцировать причину заболевания, правильно поставить диагноз и назначить оптимальную схему лечения. ■

TRADOMED INVEST

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ

воспалительных заболеваний конъюнктивы и синдрома «сухого глаза»



RPS Аденодетектор
тест-система для диагностики аденовирусной инфекции

RPS RAPID PATHOGEN SCREENING
Point-of-care diagnostic devices

Экспресс-диагностика аденовирусного поражения глаз на основе качественного анализа аденовирусных антигенов в слезной жидкости
Результат исследования в течение 10 минут

Анализатор осмолярности слезной жидкости
TearLab

Диагностика синдрома «сухого глаза» в кабинете врача-офтальмолога с лабораторной точностью
Предиктивная ценность метода – 87%
Диагностический объем – 50 нл



Эксклюзивный дистрибьютор компании «Rapid Pathogen Screening» (США) и фирмы «TearLab» (США) в России и странах СНГ – фирма «Трейдомед Инвест»

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 34, стр. 9, офис 501. Тел.: (495) 785-88-32. Тел./факс: (495) 662-78-66
E-mail: info@tradomed-invest.ru Http://www.tradomed-invest.ru
01001, Киев, пер. Музейный, д. 4, офис 16. Тел.: +38 (044) 495-84-37. Факс: +38 (044) 459-46-37
E-mail: shakirova@tradomed-invest.ru Http://www.tradomed-invest.com

Опухоли и опухолеподобные заболевания органа зрения

Научно-практическая конференция

1-3 ноября 2010 года в Российской медицинской академии последипломного образования прошла научно-практическая конференция «Опухоли и опухолеподобные заболевания органа зрения»

В конференции приняли участие более 160 офтальмологов из 50 городов России, а также специалисты из Азербайджана, Казахстана, Украины, Узбекистана, Бельгии.

Президиум конференции возглавили академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина и вице-президент межрегиональной ассоциации офтальмологов, главный офтальмолог Санкт-Петербурга, профессор Ю.С. Астахов.

Работа конференции прошла по двум основным научным направлениям: «Клинико-инструментальные методы исследования опухолей и опухолеподобных заболеваний глаза» и «Лечение опухолей и опухолеподобных заболеваний органа зрения, прогноз».

Работа конференции началась с доклада А.Ф. Бровкиной «Классификация увеальной меланомы и ее роль в планировании лечения», в котором автор подчеркнула важность оценки метрических характеристик меланомы хориоидеи при планировании органосохраняющих методов лечения, т.к. размеры опухоли оцениваются в настоящее время как ведущий фактор риска гематогенного метастазирования. В докладах И.Е. Пановой с соавторами (Челябинск) и Л.Н. Величко с соавторами (Одесса, Украина) была показана связь уровня плоидного профиля меланомы и субпопуляционного состава лимфоцитов с размерами опухоли у больных увеальной меланомой. По мере увеличения размеров опухоли резко меняются указанные показатели, а их увеличение коррелируется с частотой гематогенного метастазирования. Возможности органосохраняющего лечения увеальной меланомы (эффективность этих методов лечения, осложнения) были представлены в сообщениях Э.В. Бойко и М.М. Шикина (Санкт-Петербург), И.Е. Пановой с соавторами (Челябинск), Л.С. Терентьевой и В.В. Вита (Одесса, Украина), А.П. Малешко с соавторами (Одесса, Украина). В дискуссии обсуждались вопросы целесообразности локальной резекции меланомы, необходимости тщательного планирования брахитерапии (В.Г. Поляков, А.Ф. Бровкина, В.В. Вальский). Не остались без внимания вопросы энуклеации как метода лечения больших увеальных меланом. Так Е.И. Гюнтер (Челябинск) показала, что в отдаленном периоде после энуклеации по поводу увеальной меланомы



Во время дискуссии (А.Ф. Бровкина и И.А. Филатова)



Ординаторы и аспиранты



Общая фотография участников конференции

качество жизни пациентов достоверно выше, чем у больных, перенесших органосохраняющее лечение. А в докладе А.С. Стоихиной (Москва) представлено обоснование первичного формирования опорно-двигательной культуры с целью улучшения косметического результата после энуклеации по поводу увеальной меланомы.

Интерес аудитории вызвал доклад Э.Р. Мулдашева на тему «Морфобиологические аспекты применения биоматериала Аллоплант в офтальмоонкологии».

Большое количество докладов было посвящено проблемам диагностики и лечения ретинобластомы. Т.В. Янченко с соавторами (Кемерово) представила характеристику

детей с ретинобластомой в Кемеровской области, сложность дифференциальной диагностики этой опухоли и эффективность ее лечения представлены в докладах Т.Л. Ушаковой с соавторами (Москва) и С.В. Саакян с соавторами (Москва). Сложностям реконструктивных операций после энуклеации по поводу ретинобластомы в отдаленном

периоде было посвящено сообщение И.А. Филатовой (Москва).

По докладу С.А. Троиной (Одесса, Украина) на тему «Новый хирургический подход к удалению глиом орбитальной части зрительного нерва» в дискуссии выступили Н.К. Серова, А.Ф. Бровкина, И.Е. Панова.

Поскольку и отечный экзофтальм как клиническая форма эндокринной офтальмопатии, и брахитерапия увеальных меланом нередко сопровождаются формированием синдрома «сухого глаза», эта тема вызвала интерес (доклады И.Е. Пановой с соавторами из Челябинска, Я.О. Груши с соавторами из Москвы). В дискуссии между Д.Ю. Майчук (Москва) и Г.Ш. Аржиматовой (Москва) обсуждались вопросы о целесообразности назначения инстилляций дексаметазона в первой стадии синдрома «сухого глаза».

Среди сообщений, посвященных восстановительным операциям, вызвал интерес доклад Я.О. Груши на тему «Наш опыт коррекции лагофталма различного происхождения», в котором были показаны современные подходы к коррекции неполного смыкания глазной щели при параличе лицевого нерва, болезни Вегенера, эндокринной офтальмопатии и посттравматической орбитальной патологии.

В заключение сопредседатели оргкомитета поблагодарили молодых коллег-аспирантов и клинических ординаторов, которые приняли активное участие в проведении конференции.

Алевтина Стоихина

Если хотите знать...

Древнейшие свидетельства о существовании офтальмологии обнаружены в Египте. Имя первого глазного врача, чье имя сохранила история, было ПЕПИ АНК ИРИ. Первые глазные болезни описаны как «вода в глазу», «жир в глазу», «дождливое небо». Офтальмология была развита в Вавилоне, у древних иудеев, в Древней Индии, Древнем

Китае. В Индии насчитывалось около 76 болезней глаза. В трудах Гипократа и ученых его школы упоминается 20 болезней, в тот период производили 4 операции. Первыми учеными, разработавшими теорию зрения, были ПЛАТОН, АРИСТОТЕЛЬ, ЭВКЛИД, ПТОЛОМЕЙ.

Голландец Ф. ДОНСЕРС (1818-1889) разработал учение об аномалиях рефракции и аккомодации, которое изложил в книге

«Аномалии рефракции и аккомодации глаза», вышедшей в 1864 г. В этой книге впервые были описаны эмметропия и аметропия, разделяющаяся на миопию и гиперметропию, выделена пресбиопия как возрастное изменение аккомодации, описана абсолютная, бинокулярная ширина аккомодации. Интерес представляет глава об очках, в которой было сказано: «Очки лечат вашу головную боль». Им же впервые дано систематическое описание астигматизма.

Рассвет греческой медицины отражают труды КЛАВДИЯ ГАЛЕНА (131-201 гг. н.э.). Гален отводил немало места описанию глаза и его болезни. Он различал в глазу 7 «кругов»: 4 мягких (хрусталик, стекловидная влага, сетчатка, сосудистая оболочка) и 3 плотных (склеротика, сухожильное растяжение глазных мышц и соединительная

оболочка). Органом зрения Гален считал хрусталик. Он описал расстройства зрения, вызванные параличом зрительных нервов, глаукому, катаракту. Терапия Галена многообразна и включала не только средства общего воздействия (облачительные и отвлекающие, но и местное медикаментозное лечение и такие виды хирургического вмешательства как «нидавление катаракты».



Рефракционные нарушения у детей: диагностика и оптическая коррекция

Специализированный международный симпозиум

Организаторы мероприятия: Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН; Московское научное общество офтальмологов; НОЧУ ДПО «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии; Пенсильванский колледж оптометрии Салюсского Университета (США) (Salus University)

12-го ноября 2010 года в НИИ глазных болезней РАМН (Москва) прошел международный симпозиум «Рефракционные нарушения у детей: диагностика и оптическая коррекция». Для института это было первое за многие годы мероприятие, посвященное проблемам рефракции и оптометрии, и интерес специалистов превзошел все ожидания. Вопреки планам, все заседания пришлось проводить в большом зале, и даже здесь в первый день не всем хватило мест. Симпозиум посетили 460 врачей-офтальмологов и оптометристов, в том числе гостей из других городов России, стран СНГ и Балтии.

В первый день состоялась научно-практическая конференция, которую открыл обзорный доклад директора института, члена-корреспондента РАМН, профессора С.Э. Аветисова на тему современных возможностей коррекции рефракционных нарушений, перечислил методы коррекции и дал им оценку на основании ряда критериев.

Второй доклад профессора С.Э. Аветисова был посвящен особенностям оптической коррекции после ранней хирургии врожденных катаракт. Докладчик описал специфические проблемы зрительной коррекции у детей: сложность сбора анамнеза и жалоб, трудность детального обследования, функциональная лабильность зрительного анализатора и нестабильность анатомо-оптических элементов глаза. Как отметил С.Э. Аветисов, необходимо в каждом случае определять стратегические и тактические задачи лечения и в зависимости от них подбирать конкретный метод коррекции.

Затем с докладами выступили специалисты МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Профессор Е.П. Тарутта дала практические рекомендации по стратегии оптической коррекции аметропий у детей, опираясь как на классические труды профессоров Э.С. Аветисова и Ю.З. Розенблома, так и на собственный опыт исследований. Сотрудники МНИИ глазных болезней

им. Гельмгольца к.м.н. Г.А. Маркосян и к.м.н. О.Б. Филинова рассказали о современных методах коррекции и профилактики миопии. Остальные выступления первого дня симпозиума были посвящены исключительно вопросам контактной коррекции зрения. Необходимо отметить интересные и содержательные лекции профессора, д.м.н. А.В. Мягкова о подборе торических МКЛ у детей, к.м.н. М.В. Абрамова – об индивидуальных силикон-гидрогелевых МКЛ Air Optix Individual (CIBA VISION) в педиатрической практике, к.м.н. Н.П. Парфеновой – о тактике подбора средств коррекции при нистагме. В заключение был проведен круглый стол по вопросам ортокератологии.

На второй день состоялся образовательный форум. Первым выступил к.м.н. М.В. Абрамов с докладом о роли периферического гиперметропического дефокуса в прогрессировании миопии, а также о связанных с этой темой новых веяниях в контактной коррекции, позволяющих останавливать прогрессирование миопии.

Затем гость из США профессор Abraham Gonen рассказал о почти столетней истории Пенсильванского колледжа оптометрии, в 2008 году преобразованного в университет Салоса, о международных образовательных программах, о проблемах оптометрического образования в России и возможностях его развития. Уровень работы наших медицинских исследователей гостя оценил весьма скептически. Салюсский университет планирует в 2011 году провести в России пробные небольшие конференции, позволяющие познакомиться оптометристам России с профессорско-преподавательским составом университета, ощутить результат обучения.

Эту задачу в определенной степени выполнил следующий доклад. Преподаватель Салюсского университета доктор Clark Y.H. Chang очень живо, эмоционально и информативно рассказал о принципах диагностики и тактике ведения детей с рефракционными нарушениями в США. Особенно подробно он остановился на проблемах лечения амблиопии. Доклад доктора Чанга



Профессор С.Э. Аветисов



Доктор Sergio Prezzi (Италия)



Доктор Clark Y.H. Chang (США)



вызвал живой интерес аудитории, ему задавали много вопросов, особенно по описанной им тактике атропинизации.

Доктор М.А. Корнилова, медицинский консультант компании Bausch & Lomb, рассказала о методах ухода за КЛ и представила новый многофункциональный раствор Biotique™. Врач О.В. Фокина поделилась опытом применения автоматизированной оптометрической системы HUVITZ в оптическом салоне компании «Окей Вижн».

Следующие выступления были посвящены детской амблиопии, причем особое внимание привлек доклад итальянского оптометриста С. Прецци об оригинальной методике лечения.

Симпозиум завершился презентацией доктора Д.С. Мирасяфова, заведующего клиникой «Доктор Линз», о подборе ортокератологических линз и тактике ведения пациентов. Как и накануне, тема ОК-линз вызвала оживленную дискуссию, но проведенный опрос

показал, что треть специалистов готовы применять в своих кабинетах это средство коррекции.

В заключение профессор А.В. Мягков поздравил всех с успешным проведением мероприятия, отметил актуальность тематики и активность аудитории, а также выразил надежду, что подобные встречи в стенах НИИ ГБ РАМН станут регулярными.

Корреспондент журнала «Глаз» Дмитрий Певко специально для газеты «Поле зрения»



Заседание ведет профессор А.В. Мягков



Во время работы выставки

Нарушения поля зрения при глаукоме

Появление автоматизированных компьютерных программ обусловило качественно новый этап периметрии, а наличие статистических методов обработки результатов тестирования значительно сократило время на его проведение. В современных периметрах предусмотрены тесты для оценки как периферических, так и центральных отделов поля зрения, а также ряд специализированных методик, направленных на исследование проблемных зон при различных заболеваниях. Это возможно при выделении областей, в которых выявление изменений светочувствительности наиболее вероятно при той или иной офтальмопатологии. Поэтому на практике во внимание принимают существующие представления о наиболее ранимых при глаукоме зонах поля зрения и тем самым повышают специфичность результатов исследования.

Локализация наиболее чувствительных участков (фокальных дефектов) при глаукоме обусловлена поражением отдельных пучков нервных волокон на глазном дне. Аксоны ганглиозных клеток сетчатки в зрительном нерве группируются в пучки, каждый из которых выходит из глаза через отдельный канал в решетчатой пластинке склеры. Поражение одного или нескольких таких пучков приводит к образованию скотом в поле зрения. При глаукоме наиболее уязвимы дуговые волокна, идущие к зрительному нерву от парацентральных отделов сетчатки. Они начинаются от горизонтального шва сетчатки в ее височной половине, огибают макулярную зону и формируют группу пучков нервных волокон в верхней и нижневисочных отделах диска зрительного нерва. По форме дуговые волокна напоминают веер, широкая часть которого находится у горизонтального шва сетчатки, а узкая — у диска зрительного нерва (рис. 4).

На уровне головки зрительного нерва 1/3 ее объема занимает папилломакулярный пучок, который смещает дуговые нервные волокна к верхнему и нижнему полюсам диска зрительного нерва (рис. 5). В медиальной (носовой) части диска собираются аксоны от ганглиозных клеток, расположенных в соответствующей, т.е. носовой, части сетчатки, а в латеральной (височной) части — представлены аксоны ганглиозных клеток височной части сетчатки, включая и макулярную область. По вертикали также существует строгое разделение топографии: в верхневисочной части диска зрительного нерва собираются аксоны от ганглиозных клеток, расположенных выше горизонтальной линии (как на периферии, так и в парацентральной зоне глазного дна), а в нижневисочной части — от ганглиозных клеток, находящихся в той же височной половине, но ниже горизонтальной линии.

Участок поля зрения, соответствующий дуговым волокнам сетчатки (10-20° от точки фиксации), получил название «зоны

ПЕРИМЕТРИЯ

Продолжение. Начало читайте в № 1/2010

В.П. Еричев

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН, Москва

Бьеррума». Поражение части этих волокон приводит к формированию скотомы дугообразной формы. Глаукомная нейропатия верхнего или нижнего дуговых пучков образует скотому в форме кометы с широким хвостом, ограниченным горизонтальным меридианом, и узким противоположным концом, сливающимся со слепым пятном. Одновременное поражение верхнего и нижнего пучков приводит к образованию кольцевой скотомы. Существенно и то, что аксоны, идущие от клеток, которые расположены в парацентральной зоне сетчатки (в 10-15°

от центральной ямки), в диске зрительного нерва совершают перекрест и сближаются с аксонами от крайней периферии соответствующей стороны. Таким образом, и те, и другие аксоны проходят через склеральный канал по соседству и вблизи его стенок. Поэтому их повреждение при глаукоме приводит к возникновению дефектов поля зрения одновременно в далеко отстоящих один от другого участках — на крайней носовой периферии и в парацентральной зоне.

Изменения зрительных функций при глаукоме можно разделить на диффузные и

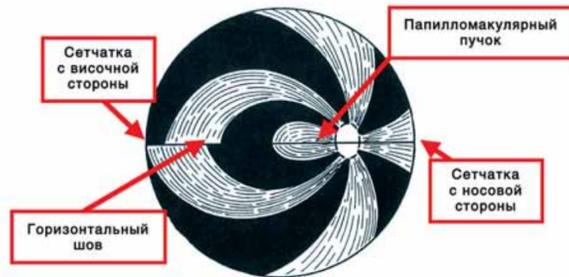


Рис. 4. Ход пучков нервных волокон сетчатки (по Волкову В.В.)

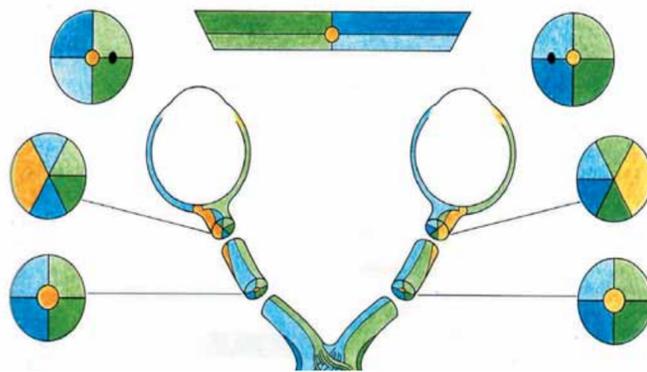


Рис. 5. Топография аксонов ганглиозных клеток (адаптировано из: Visual Fields Examination and Interpretation / Ed. by T.J. Walsh)

фокальные. Диффузные изменения неспецифичны и заключаются в общем снижении дифференциальной световой чувствительности всей или значительной части сетчатки.

Длительное время считалось, что характерным для начинающейся глаукомы является сужение периферических границ поля зрения с носовой стороны, особенно часто в верхнем секторе. В продвинутой стадии прогрессирующее сужение по всем меридианам часто приобретает концентрический характер: у одних больных в течение некоторого времени сохраняется трубчатое центральное зрение, у других островок зрения располагается эксцентрично в височной части поля зрения. Показатели кинетической периметрии до настоящего времени являются критериями, по которым, в соответствии с принятой в нашей стране классификацией, основывается деление глаукомы на стадии.

Однако более тщательное изучение центральных отделов выявило глаукоматозное расширение слепого пятна и возникновение парацентральных дугообразных скотом, впервые описанных А. Graefe (1856) и в последующем детально изученных J. Bjerrum (1880). Не исключалось также одновременное появление нарушений как на периферии, так и в парацентральной зоне, с последующим слиянием дефектов. Наиболее точная характеристика дефектов, возникающих в парацентральной зоне поля зрения при глаукоме, стала возможной после того, как в практику была введена методика статической периметрии. Было установлено, что при глаукоме наличие тесной связи парацентральных скотом со слепым пятном совершенно необязательно. Эта связь появляется по мере прогрессирования заболевания и увеличения формирующихся дефектов по площади и глубине. Так, одним из ранних изменений поля зрения при глаукоме является обнажение слепого пятна, при котором обнаруживаются дефекты поля, идущий от периферии и включающий слепое пятно. Для глаукомы характерно слияние только у полюса (обычно верхнего).

Наиболее часто скотомы располагаются в двух участках зоны Бьеррума. Один из них отстоит от точки фиксации на 15-20° книзу и кнутри, а второй — на 5-10° кверху и кнаружи. Постепенное слияние парацентральных дефектов формирует сверху или снизу дугообразные скотомы, которые, распространяясь в носовую сторону, могут доходить до горизонтального меридиана, но никогда его не пересекают. Такую веерообразную «комету», узкая часть которой связана со слепым пятном, а широкая резко обрывается по горизонтальному шву сетчатки, до настоящего времени трактуют как патогномоничный для глаукомы признак. В тех случаях, когда дугообразные скотомы образуются от верхнего и нижнего полюсов слепого пятна, они соприкасаются в носовой части поля зрения вдоль горизонтального шва, формируя одну кольцевую скотому, которая обычно бывает шире с верхней или, реже, с нижней стороны из-за отсутствия полной симметрии верхней и нижней

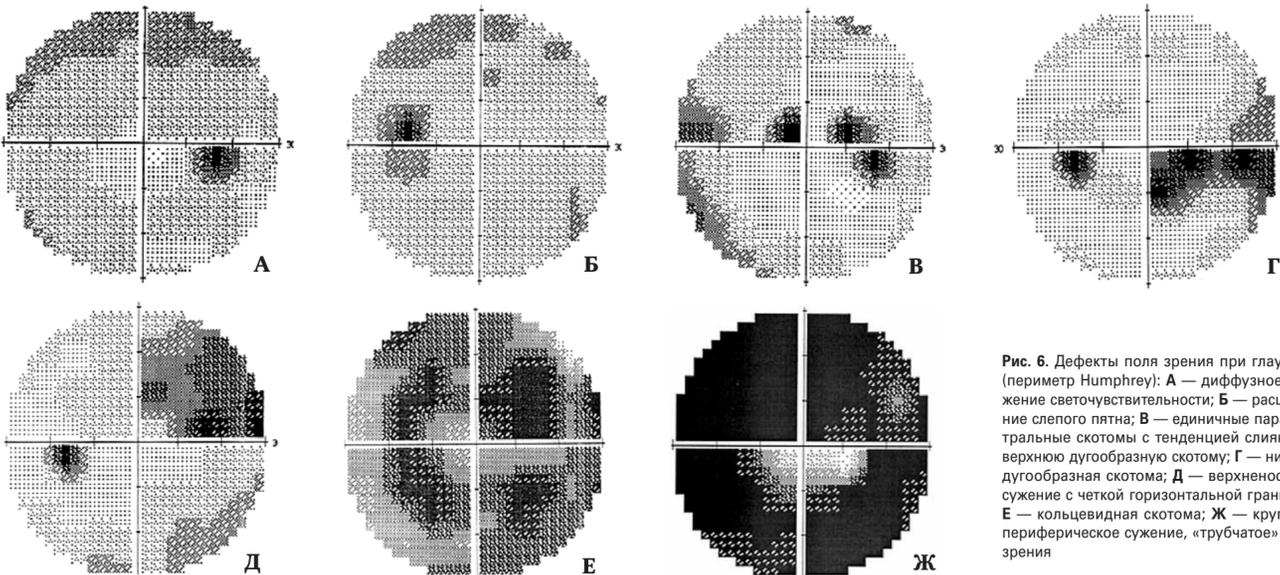


Рис. 6. Дефекты поля зрения при глаукоме (периметр Humphrey): А — диффузное снижение светочувствительности; Б — расширение слепого пятна; В — единичные парацентральные скотомы с тенденцией слияния в верхнюю дугообразную скотому; Г — нижняя дугообразная скотому; Д — верхненосовое сужение с четкой горизонтальной границей; Е — кольцевидная скотому; Ж — круговое периферическое сужение, «трубчатое» поле зрения

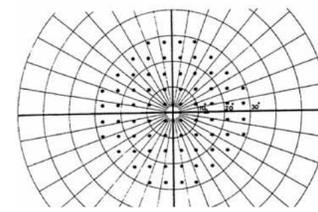


Рис. 7. Тест 30-2

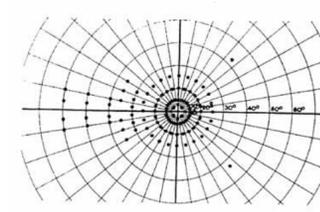


Рис. 8. Тест Армали

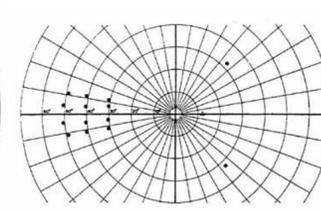


Рис. 9. Тест для выявления «назальной ступеньки»

«комет». Это несовпадение горизонтальных границ очерчивает так называемую «назальную ступеньку». Дугообразные (аркуатные) скотомы и «назальная ступенька» являются специфичными для глаукомы снижениями дифференциальной световой чувствительности центральных отделов сетчатки, обусловленными истончением и атрофией соответствующих пучков нервных волокон. Дугообразная скотому, связанная со слепым пятном, может в дальнейшем слиться с периферическим дефектом поля зрения. Такое состояние называют «прорывом слепого пятна на периферию».

По данным J. Flammer (1992), частота выявления дефектов поля зрения при глаукоме может быть представлена следующим образом (рис. 6):

Диффузное снижение чувствительности	55%
Верхняя дугообразная скотому	45%
Верхняя назальная ступенька	22%
Нижняя дугообразная скотому	12%
Нижняя назальная ступенька (выступ)	12%
Периферические сужения	7%
Расширение слепого пятна	5%
Секторальный височный дефект	4%

Следует учитывать, что периметрические нарушения, выявляемые на различных этапах глаукомы, могут быть относительными и абсолютными. В последнем случае область абсолютного выпадения поля зрения бывает окружена зоной относительного дефекта. По наблюдениям В.В. Волкова (2000), прежде чем разовьется стойкий дефект в парацентральной зоне поля зрения, скотому на протяжении нескольких месяцев или даже лет может то появляться, то исчезать (так называемые долговременные флюктуации поля зрения). Однако часто обнаруженная скотому сразу оказывается стойкой, а со временем медленно «усиливается» и по глубине, и по площади.

Доказано, что первые клинически определяемые изменения поля зрения у больных с глаукомой наблюдаются при потере около 20% нервных волокон в диске зрительного нерва. По данным Н.А. Листопадовой и Т.Б. Романовой (1989), изменения поля зрения и диска зрительного нерва соответствуют друг другу в 84% случаев, при этом чаще поражаются нижние дуговые волокна и верхняя половина поля зрения.

Таким образом, наиболее ранимыми зонами при глаукоме считают:

- зону Бьеррума (парацентральная область в 10-20° от точки фиксации);
- область слепого пятна;
- крайнюю периферию поля зрения с носовой (особенно верхненосовой) стороны.

С учетом этих представлений строят стратегию поиска возможных нарушений, характерных именно для глаукомы.

Особенности статической периметрии при глаукоме

Оптимальной является двухэтапная методика периметрических исследований, включающая скрининговую стратегию для выявления проблемных зон, а затем проведение порогового тестирования для уточнения глубины и локализации дефектов, позволяющего судить о более тонких нарушениях зрительной функции и в последующем осуществлять контроль за прогрессированием заболевания. Чувствительность периметрии определяется плотностью расположения исследуемых точек. Однако чем больше их исследуется, тем длительнее и утомительнее процедура проверки. Поэтому с практической точки зрения целесообразно опираться на существующие представления о наиболее ранимых при глаукоме зонах поля зрения, что позволяет повысить специфичность результатов исследования. Для сокращения времени исследования компьютерные периметры оснащают набором программ, позволяющих осуществлять скрининговые и пороговые исследования локально в значимых для глаукомы отделах: центральной зоне в 20-30° от точки фиксации (включая зону Бьеррума) и носовая область вдоль горизонтального шва (зона «назальной ступеньки»).

«Золотым стандартом» компьютерной автоматизированной периметрии во всем мире признаны исследования на анализаторе поля зрения Humphrey. Наиболее информативными и специфичными при глаукоме являются (рис. 7-9):

- тест 30-2, включающий исследование 76 точек центрального поля зрения,

- расположенных в пределах 30° от точки фиксации с шагом в 4°;
- тест по Армали: предъявление 102 стимулов в зоне 24° от точки фиксации и в узком носовом секторе поля зрения к периферии до 60° (иногда ограничивают зону проверки только центральным полем и к носу до 35°);

- тест для выявления «назальной ступеньки», состоящий из 12 точек, окружающих назальный горизонтальный меридиан в зоне от 30 до 50° и 2 контрольных точек в темпоральной области.

Окончание читайте в следующем номере

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 Baranov AG, Gergely-Nagy S, Foveas SE, Szepes J, Molica 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, Crowl ER, Kaban MD, Molica 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% alone in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension. *J Glaucoma* 2005;14:392-399.
³ Pether S, Schwab M, Mahr H, Schwab S, Jank M, Stewart J, Stewart W. Safety and efficacy of switching to travoprost/bimatoprost fixed combination(DuoTrav®) from prior mono- or adjunct therapy. *Clinical Ophthalmology* 2010;4:439-445.

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

Alcon

«Самое дорогое у человека – это время. С каждым годом я понимаю это все больше и больше», – Борис Николаевич Алексеев



К 85-летию со дня рождения (1925-2004)

«Б.Н. Алексеев: доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, заместитель директора по науке ВНИИ глазных болезней МЗ СССР, а потом ГУ НИИ глазных болезней РАМН, заведующий отделом глаукомы. Известный ученый, офтальмохирург широкого профиля, прекрасный клиницист, автор более 200 научных работ, 45 патентов. Большую часть своей научной деятельности посвятил вопросам имплантации искусственного хрусталика, углубленному изучению патогенеза глаукомы. Б.Н. Алексеев на протяжении многих лет был научным редактором журнала «Вестник офтальмологии», членом его редколлегии, в течение 7 лет возглавлял Московское научное общество офтальмологов. Участник Великой Отечественной войны, награжден многими боевыми наградами.»

Выше представлена информация, взятая в официальных источниках, как будто бы достояние, но при этом очень мало говорящая о Б.Н. Алексееве. Далеко не все представляют тот реальный вклад, который профессор Алексеев внес в офтальмологию, не только российскую, но и мировую. Мало кто знает, что именно он, а не американский офтальмолог Shearing, как это считается во всем мире, является основоположником имплантации интраокулярной линзы (ИОЛ) в хрусталиковую сумку, что он начал делать эти операции на 3 года раньше американца (авторское свидетельство Алексеева Б.Н. датируется 1973 г.). Или то, что он является одним из основоположников непроницающей микрохирургии глаукомы...

Но начнем с начала...

Борис Николаевич родился в селе Александровское Ставропольского края в семье сельского музыканта. Отец зарабатывал на жизнь игрой на скрипке, дед и прадед были «богомазами», писали иконы, участвовали в росписи и оформлении местных церквей. Возможно, поэтому его характер одновременно с крестьянской основательностью и деловитостью впитал и тягу к творчеству и созданию. В первую очередь, это создание собственной жизни, когда главными словами являются слова «Я смогу». Для него это были очень важные слова. Бориса Николаевича Алексеева по праву можно назвать «Человеком, который сделал себя сам».

Учеба в школе прервалась начавшейся войной, а зимой 1943 г. 18-летний Борис Алексеев ушел на фронт рядовым, служил в 320 стрелковой дивизии телефонистом во взводе управления артиллерией. Он налаживал телефонную связь между боевыми подразделениями, наблюдательными пунктами и артиллерийскими батареями. Сегодня, когда мобильная связь стала обыденностью, довольно непросто представить телефониста рядового Алексеева, который с тяжелой катушкой за спиной протягивал телефонный провод в жару и мороз, через грязь и болота. Так он и прошел всю войну, дойдя со своей дивизией до Будапешта. После войны вернулся домой со многими боевыми наградами.

Из всей семьи невредимым возвратился только он. Один его брат вернулся домой без ног, другой – не вернулся вовсе. Члены его семьи говорили про него, что как большинство людей, по настоящему увидевших страшное лицо войны, даже спустя долгие годы, он не любил говорить про войну. Слишком много там было пережито.

После демобилизации Борис Алексеев нашел в себе силы пойти доучиваться в среднюю школу. Переросток, он не стеснялся сидеть за одной партой вместе с ребятами, которые были намного его младше. Школу закончил только в 1947 г. в возрасте 22 лет и в том же году поступил на лечебный факультет 2-го Московского медицинского института.

В Москве парню, приехавшему из Ставрополя без какой-либо поддержки, поначалу было нелегко. Алексеев, как фронтовик, успешный повидать такое, о чем окружающая его молодежь имела весьма смутное представление, уже тогда жизнь свою строил по-другому, по-взрослому. Как вспоминает его сокурсница, профессор Р.А. Гундрова: «По сравнению с нами, пришедшими в институт со школьной скамьи, Борис был значительно старше, имел за плечами войну, фронт, видел боль, страдания и смерть. Была огромная разница между его и нашим отношением к учебе. Он учился серьезно, не позволял себе терять время на пустяки».

Он дорожил каждой минутой, каждым мгновением своей жизни, стремился успеть сделать в жизни как можно больше. Я навсегда запомнил его слова, сказанные в разговоре за несколько месяцев до смерти: «Не теряй времени зря, торопись. Самое дорогое у человека – это время. С каждым годом я понимаю это все больше и больше».

Как врач, Алексеев формировался под влиянием профессора Натальи Александровны Плетневой, выпустившей много ярких специалистов-офтальмологов. После аспирантуры и защиты диссертации Б.Н. Алексеев работал на кафедре глазных болезней 2-го ММИ ассистентом, потом доцентом, затем исполняющим обязанности заведующего кафедрой глазных болезней.

В 1973 г. был создан Всесоюзный научно-исследовательский институт глазных болезней Минздрава СССР, первый директор которого, Михаил Михайлович Краснов, взял Бориса Николаевича Алексеева своим заместителем по науке.

Становление института было непростой, но необычайно интересной задачей. Под руководством М.М. Краснова этим занимались Б.Н. Алексеев, В.С. Аюпова, И.П. Бараченко, О.В. Груша, А.А. Каспаров, В.А. Лазук, И.А. Мустаев и многие другие замечательные люди. Отсюда начали свое продвижение новые технологии: микрохирургия глаза, применение лазера в лечении глазных заболеваний, несколько моделей искусственных хрусталиков и методик их имплантации, неперфорирующая микрохирургия глаукомы и многое другое. Борис Николаевич Алексеев стал надежной опорой и тылом профессора М.М. Краснова, взял в свои руки многие организационные проблемы института и не опуская эту ношу до своего последнего часа.

Проработавшие с ним плечом к плечу много лет И.И. Кузнецова и В.А. Лазук вспоминают, что Михаил Михайлович поручал Б.Н. Алексееву, как заместителю, наиболее сложные организационные вопросы. Борис Николаевич к поставленной задаче всегда подходил взвешенно, брал на себя любые поручения, никогда не пытался отклониться. Главными словами для него продолжали оставаться слова: «Я смогу!».

Б.Н. Алексеев был хирургом от Бога, признанным на всей территории СССР и в некоторых странах за его пределы. Когда М.М. Краснов стал главным офтальмологом «Кремлевки», Алексеев, как сказал один из его коллег-сверстников, стал там «руками Краснова». Руками Алексеева было сохранено и возвращено зрение огромному количеству людей, игравших видную роль в научной, культурной, экономической, политической жизни страны.

Борис Николаевич всегда стремился к новаторству, к постижению нового. Ему было свойственно находить порой очень эффективные и в то же время необычайно простые пути решения сложных проблем, причем в достаточно разных сферах.

В 1961 г. им был предложен зонд для восстановления целостности слезного канала при травмах века, который долгие годы выпускался серийно и пользовался любовью дакриохрургов.

Следующий пример из совсем другой области офтальмологии. Для одного из самых информативных методов исследования в медицине



О.В. Груша, В.С. Беляев, Б.Н. Алексеев



О.А. Джалишвили, М.М. Краснов, Б.Н. Алексеев, И.А. Мустаев

– экзографии, состояние цилиарного тела и внутренних оболочек глаза долгое время оставалось малодоступным из-за существования мертвой зоны, возникающей возле поверхности ультразвукового датчика. Если при исследовании крупных органов мертвая зона не составляла значительной помехи, так как была крайне незначительна по сравнению с размером исследуемого объекта, то при исследовании цилиарного тела она становилась непреодолимой преградой, так как ширина мертвой зоны была сравнима с толщиной цилиарного тела. Уменьшить мертвую зону можно было бы за счет применения иммерсионных сред, но технические особенности исследования глаза в то время не позволяли это сделать. Алексеев принципиально изменил подход к ультразвуковому

исследованию глаза, предложив в 1972 г. метод бесконтактно-капельной экзографии. Как говорят, все гениальное – просто. Рядом с ультразвуковым прибором ставили штатив с бутылкой физраствора, а конечник инфузионной системы прикрепляли особым образом к силиконовой манжете, надетой на ультразвуковой датчик. На рабочей поверхности датчика формируется висящая, постоянно возобновляющаяся капля жидкости, которая и создает иммерсионный слой между датчиком и поверхностью глаза. Это незатейливое приспособление позволило уменьшить толщину мертвой зоны датчика до 0,1 мм и получить рекордно близкую для приборов тех лет зону обзора от поверхности датчика. В результате стало возможным различить утолщение



Б.Н. Алексеев, Н.Н. Пивоваров, О.К. Переверзина, С.И. Варнаков, Э.К. Елисеева

оболочечного комплекса, увидеть плоские цилио-хориоидальные отслойки, которые при узком зрачке другим способом диагностировать крайне сложно. Проведенные совместно с Ю.К. Ширшиковым исследования по использованию бесконтактно-капельной экзографии в условиях операционной позволили по-новому увидеть проблему послеоперационного возникновения цилио-хориоидальных отслоек.

Даже для неспециалиста понятной, насколько простая, эффективная и красивая идея. А таковыми было большинство решений, предлагаемых ученым Алексеевым. Другой его разработкой, простой, эффективной и красивой, позволившей внести его имя золотыми буквами в скрижали офтальмохирургии, стала методика имплантации искусственного хрусталика (ИОЛ) в собственную хрусталиковую сумку.

Во всем мире официальным автором этой методики, которая сегодня признана наиболее оптимальной и физиологичным способом имплантации ИОЛ, считается американский хирург Steven Shearing (1976). Но в реальности Борис Николаевич Алексеев разработал эту методику и поставил искусственный хрусталик собственной модели в хрусталиковую сумку раньше, чем американец, официально в 1973 г. Если бы не «железные занавесы» и ряд других субъективных факторов, Борис Николаевич закончил бы жизнь миллионером, так как, думаю, не ошибусь, если скажу, что имплантация ИОЛ в собственную сумку вошла в пятерку наиболее массовых реконструктивных хирургических операций в мире. Это связано с тем, что предложенный Алексеевым способ фиксации ИОЛ внутри инертной хрусталиковой сумки позволяет изолировать его от других тканей, дает ему надежную фиксацию и одновременно является оптимальным с точки зрения оптики и профилактики анизотропии. Параллельно с методикой фиксации ИОЛ Алексеевым была предложена собственная модель искусственного хрусталика, который делался в оптико-механической лаборатории нашего института.

Опираясь на опыт многих коллег и на свой собственный, я могу сказать, что хрусталик модели Алексеева благодаря сбалансированности формы удобен в работе, легок в имплантации и надежно и устойчиво фиксируется в хрусталиковой сумке. При необходимости ИОЛ Алексеева может фиксироваться в задней камере. Проводились работы по его имплантации даже при посттравматических катарактах, с попытками реконструкции собственной деформированной хрусталиковой сумки.

Работы Б.Н. Алексеева внесли большой вклад в вопросы понимания механизмов нарушения гидродинамических процессов в глазном яблоке при глаукоме, в частности в вопросы, связанные с взаимоотношением заполнения кровью шлеммова канала и его выпускников. Бориса Николаевича можно по праву считать одним из основоположников неперфорирующих антиглаукомных микрохирургических операций, так как он один из первых начал работать на тонких структурах шлеммова канала. Разработанный им интраоперационный

способ определения сохранности проходности интрасклеральных выпускников позволила точно оценить на операционном столе степень сохранности выпускников шлеммова канала и определить уровень ретенции внутриглазной жидкости, а в соответствии с этим – корректировать дальнейшую хирургическую тактику. В предложенной им операции синусокюретаж (1972 г.) он один из первых поднял вопрос о необходимости отслоения юкстаканаликулярного слоя от трабекулы для улучшения ее проницаемости. Эта операция легла в основу современной неперфорирующей антиглаукомной микрохирургии.

Одновременно с этим шла работа в области малотравматичных операций, направленных на изолированное рассечение трабекулы с доступом со стороны передней камеры (трабекулотомия ab interno) в процессе экстракции катаракты при ранних стадиях глаукомы (при сохранности интрасклеральных выпускников шлеммова канала). В настоящее время эта операция стала малоактуальной из-за перехода микрохирургии катаракт на подходы с малыми разрезами.

Все новое когда-либо устаревает, и только со временем специалисты могут оценить красоту бывшей идеи и то, насколько интересны могли быть ее перспективы, если бы не новые технологические возможности и подходы. По этой причине, несмотря на снижение актуальности вопроса, я коротко приведу суть метода. Для трабекулотомии ab interno Алексеевым был разработан специальный операционный гониоскоп-зеркало, предназначенный для обзора угла передней камеры в процессе экстракции катаракты. После этапа экстракапсулярного удаления катаракты и имплантации ИОЛ в хрусталиковую сумку через катарактальный разрез в переднюю камеру глаза вводили металлический гониоскоп-зеркало, который позволял легко и тщательно осмотреть трабекулярную стенку шлеммова канала. Ориентируясь по ретроградному венозному заполнению шлеммова канала, проводимому разнице между давлением крови в интрасклеральном пространстве и давлением шлеммова канала, антиглаукомный компонент операции ограничивали трабекулотомией ab interno, которую проводили под уверенным визуальным контролем с помощью вышеназванного гониоскопа-зеркала. При этом наблюдение за



Б.Н. Алексеев, С.Н. Федоров, А.Ф. Бровкина, В.О. Анжелов



Б.Н. Алексеев, А.П. Ермолаев

рефлексной кровью, заполняющей шлеммов канал, позволяло не только полноценно контрастировать его русло, но и создавало дополнительные возможности визуального контроля за рассечением трабекулярной стенки, благодаря тому что в зонах, где полупрозрачная трабекула уже была рассечена, появлялись микрокапты крови.

Доложить о результатах операции он решился только в 1997 г. в Иерусалиме на II Всемирном съезде глаукоматологов после тщательных исследований, проведенных совместно с автором данной статьи.

Несмотря на свой солидный статус и авторитет признанного мэтра, Борис Николаевич никогда не переставал учиться и познавать новое, и слова «Я смогу» все так же оставались для него путеводной нитью. В возрасте старше 70 лет он освоил фазокомьютеризацию катаракты и попытался туда приложить принцип трабекулотомии ab interno.

При этом в тех вопросах, где он чувствовал лещающую на нем ответственность, он был педантичен. В его хирургическом подходе всегда поражала необычайная скрупулезность, тщательность и кропотливость. Не было такого случая, чтобы на следующий день после того, как он произволил экстракцию катаракты, в переднюю камеру выпадал недосмотренный фрагмент хрусталиковых масс. Могли сказать это с уверенностью, так как в течение долго времени я вел себя, и давлением во вскрытой передней камере, оценивали работоспособность интрасклеральных выпускников шлеммова канала и соответственно объем предстоящего антиглаукомного этапа. В случае удовлетворительного заполнения шлеммова канала, антиглаукомный компонент операции ограничивали трабекулотомией ab interno, которую проводили под уверенным визуальным контролем с помощью вышеназванного гониоскопа-зеркала. При этом наблюдение за

ирригационных манипуляций при экстракции катаракты он всегда делал для себя самостоятельно из инъекционных игл, контролируя под микроскопом безукоризненность их рабочей поверхности.

Борис Николаевич приехал в Москву простым поселковым парнем и без посторонней помощи, опираясь только на свои знания, умения, на свою жизненную силу, на слова «Я смогу», стал специалистом, известным всей стране...

...По стечению обстоятельств, мой учитель, Борис Николаевич Алексеев, похоронен на Троекуровском кладбище рядом с другим человеком, которого я также могу считать одним из своих учителей. Это Теодор Юрьевич Вульфвич, режиссер кинофильма «Последний бой», первой советской кинокартины, снятой по роману «несоветского» писателя Джеймса Олдриджа в 1958 г. По сюжету герою фильма, подростку, приходится самому подняться в небо и вести к дому маленький самолет, в то время как его отец, получивший тяжелые травмы, в полубомбочном состоянии сидел рядом на кресле второго пилота. Мальчику было страшно, задача была выше его сил. Но на его отчаянные слова, обращенные к отцу: «Я не умею, я не могу», отец из последних сил ему отвечает: «Можешь!». И мальчик смог.

Мне кажется, что именно это качество, когда делаешь все возможное тогда, когда казалось бы, сделать ничего нельзя, и является отличительной чертой той категории людей, к которым относился Борис Николаевич Алексеев, к категории настоящих людей, которые сделали себя сами.

*А.П. Ермолаев,
старший научный сотрудник
Учреждение Российской академии
медицинских наук НИИ глазных
болезней РАМН*

Современные методы исследования роговицы*

С.Э. Аветисов

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН, Москва

В качестве введения следует отметить необходимость принципиального деления существующих методов диагностики не только в офтальмологии, но и в медицине вообще. На сегодняшний день эти методы можно условно разделить на две основные группы: базисные и специальные (или уточняющие). Основным критерием деления этих методов является возможность или невозможность их применения в амбулаторных условиях. Как правило, применение базисных методов возможно в амбулаторно-поликлинических условиях, что же касается специальных или уточняющих, то это прерогатива специальных кабинетов, оснащенных современным оборудованием. Если коротко охарактеризовать основные тенденции совершенствования диагностических технологий, то совершенно ясно, что на сегодняшний день их развитие идет за счет расширения блока специальных исследований. Это, с одной стороны, сопровождается усложнением процесса исследования, а с другой – требует наличия специально обученного персонала.

Несколько слов о тех принципах, которые могут быть заложены в методах, применяющихся для исследования роговицы.

Микроскопический принцип предполагает осмотр роговицы при определенном увеличении, например, при биомикроскопии с помощью шелевой лампы.

Оптический принцип базируется на применении в ходе исследования определенных законов физики (например, преломления лучей света при проведении рефрактометрии).

Топографический принцип обеспечивает возможность оценки каких-либо свойств всей роговицы – например, рефракции и толщины.

Ряд тестов включают выраженные в различной степени механическое воздействие на роговицу в ходе исследования. Наиболее показательный пример – методы исследования биомеханических свойств роговицы, которые предполагают обязательное воздействие на роговицу с последующим анализом изменений какого-либо ее параметра.

Достаточно простым является метрический принцип, который предусматривает измерение линейных параметров роговицы (например, толщины или диаметра).

Топографический принцип позволяет постоянно анализировать состояние структуры роговицы. Применение психофизического принципа требует обязательного участия пациента в ходе исследования, в частности ответов на какие-то предъявляемые ему стимулы или тест-объекты. Пример – исследование частотно-контрастных характеристик.

Следует иметь в виду, что чаще всего в каком-то из методов оценки состояния роговицы одновременно используются несколько принципов исследования. Даже в таком достаточно простом методе как биомикроскопия заложены сразу два принципа: микроскопический, (увеличение объекта) и оптический (законы распространения света).

Направленность методов исследования роговицы соответствует ее функциональным особенностям и предполагает оценку таких функций, как светопропускание, светопреломление и поддержание формы глазного яблока (т.е. биомеханические свойства).

Функция светопропускания

Основным диагностическим параметром этой функции является прозрачность. К наиболее распространенному методу оценки прозрачности роговицы следует отнести биомикроскопию. Основная диагностическая задача, решаемая при применении этого метода – анализ состояния различных слоев роговицы. Биомикроскопический метод до сих пор остается самым

распространенным базисным методом исследования роговицы. Он основан на анализе оптических сред и тканей глаза за счет создания контраста между освещенными и неосвещенными участками. Идеальный вариант на сегодняшний день – это биомикроскопия с фоторегистрацией, которая позволяет не только архивировать материал, но и в последующем в динамике сравнивать возможные изменения.

Метод зеркальной микроскопии обеспечивает возможность количественной и качественной оценки заднего эпителия роговицы, состояние которого, в известной степени, обеспечивает ее прозрачность. Простота современных приборов для зеркальной микроскопии позволяет применять данную методику в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перейдем к методам, которые появились сравнительно недавно и, в значительной мере, улучшили наши возможности в плане диагностики состояния структур роговицы, и, в какой-то степени, приблизили их к морфологическим исследованиям. Метод конфокальной микроскопии заключается в полой светометрии сканирования роговицы с высокой разрешающей способностью. При этом можно оценить состояние поверхности и глубоких слоев эпителия, различных слоев стромы и заднего эпителия роговицы. Преимущество метода заключается в том, что мы действительно получаем возможность оценки различных структур роговицы с очень высоким разрешением. Но у этого метода есть и недостаток: зона исследования по своим размерам сопоставима с толщиной роговицы и приблизительно составляет 500-600 микрон. В практическом плане эта особенность диагностической технологии, с одной стороны, ограничивает возможность оценки состояния роговицы в целом, а с другой – в определенной степени затрудняет динамическую оценку одного и того же участка.

Метод оптической когерентной томографии структур переднего отдела глаза позволяет получать изображения роговицы с меньшим разрешением, чем при конфокальной микроскопии, но при этом получать информацию о «топографических» соотношениях ее различных слоев.

Исходя из вышесказанного, по нашему мнению, для получения полноценной информации о состоянии роговицы конфокальную микроскопию и оптическую когерентную томографию необходимо применять комплексно.

Для косвенной оценки изменений прозрачности роговицы возможно применение такого психофизического метода как анализ частотно-контрастных характеристик с помощью специальных таблиц. Основным недостатком данного метода является неспецифичность, т.к. изменения частотно-контрастных характеристик могут наступать и при нарушении функции светопреломления.

Степень прозрачности роговицы во многом зависит от состояния слезной пленки, которую следует рассматривать как один из анатомических слоев роговицы. Исследование слезной пленки имеет достаточно важное значение, особенно при применении контактной коррекции.

К базисным методом исследования следует отнести оценку стабильности слезной пленки (проба Норна, критерий – время разрыва), к специальным – тиаскопию. Последний метод основан на принципе оценки липидного слоя слезной пленки по цветам интерференции.

Функция светопреломления

Основными диагностическими параметрами оценки этой функции являются преломляющая сила (находится в обратной зависимости от радиуса кривизны), сферичность, регулярность, уровень аберраций высшего порядка. В качестве косвенного показателя сферичности роговицы могут быть использованы размеры вертикального и горизонтального диаметров роговицы – при высокой степени роговичного астигматизма характерна существенная разница между этими величинами.

Базисным методом исследования рефракции роговицы является «ручная» или автоматическая кератометрия (или офтальмометрия), которая обеспечивает оценку преломляющей силы, сферичности и регулярности только в центральной (диаметром 2-2,5 мм) зоне роговицы. Приборы для «ручной» кератометрии сейчас серийно не выпускаются, хотя имеют определенные преимущества перед автоматическими рефрактометрами. Так, визуальная оценка изображений тест-марок на роговице при «ручной» кератометрии в ряде случаев (даже при их небольшой дисторсии) позволяет заподозрить начальный кератоконус.

Существенным недостатком кератометрии является ограниченность зоны исследования, размеры которой зависят оптической силы роговицы. В настоящее время и выше ее оптическая сила, тем зона исследования становится меньше и, наоборот, чем роговица «плоче» и меньше ее оптическая сила, тем больше зона исследования. О последнем обстоятельстве хотелось бы сказать особо. Речь идет о том, что этот метод неприемлем для получения параметра оптической силы роговицы при расчете силы интраокулярной линзы у пациентов, которые перенесли радиальную кератотомию. Значительное послоперационное уплощение роговицы у таких пациентов обуславливает существенное увеличение зоны исследования. При этом могут быть получены данные о рефракции роговицы не в центральной зоне (которая реально участвует в преломлении лучей), а в ее парацентральных участках, что может приводить к ошибкам в расчетах.

На сегодняшний день общепризнано, что полноценную информацию о рефракции роговицы можно получить с помощью устройств, в которых заложен топографический принцип анализа, позволяющий оценивать оптическую силу роговицы по всей ее поверхности. Причем такая оценка необходима не только после хирургических вмешательств или травматических изменений роговицы, но и в норме, поскольку роговица не является строго сферической и представляет собой параболоид вращения. В силу последнего обстоятельства оптическая сила роговицы постепенно уменьшается от центра к периферии.

Современные приборы позволяют определять оптическую силу не только передней, но и задней поверхности роговицы. Вопрос информативности и полезности получения последнего параметра до конца пока не совсем ясен. По некоторым данным, при начальном кератоконусе в первую очередь страдают именно задние слои роговицы.

Несколько слов об aberromетрии. Это исследование предполагает анализ аберраций, т.е. погрешностей в формировании изображения, обусловленных отклонениями от идеальной оптической системы. До недавнего времени методы aberromетрии в основном применяли в научных исследованиях. Однако сегодня можно говорить и о клинической

aberromетрии. Это, прежде всего, оценка эффективности методов коррекции рефракционных нарушений и выбор параметров экзимерлазерной коррекции первичных и индуцированных аметропий.

Биомеханические свойства роговицы

Попытки прижизненного изучения биомеханических свойств роговицы предпринимались давно, и на сегодняшний день можно сказать, что мы имеем в своем арсенале несколько методов оценки этих свойств. Клиническое значение биомеханических свойств роговицы связано с их возможным влиянием на показатели тонометрии, адекватной диагностикой и мониторингом экзистических заболеваний роговицы и выбором роговичных хирургических технологий.

В качестве косвенного показателя, характеризующего «биомеханику» роговицы, может быть использована ее толщина. Предполагается, что чем толще роговица, тем лучше ее биомеханические свойства. С этих позиций роговицы условно разделяют на тонкие, средние и толстые (толщина в центральной зоне менее 525, в пределах 526-575 и более 575 мкм соответственно).

Метод эластонометрии был предложен достаточно давно, но долгое время позиционировался для диагностики и мониторинга глаукомы. В настоящее время как метод диагностики глаукомы он не применяется, но выявлено, что величина эластоподъема, то есть разницы между показателями, полученными тонометрами весом 5 и 15 г, может быть использована как параметр, характеризующий биомеханические свойства роговицы. Выявлена четкая корреляция между эластоподъемом и толщиной роговицы: чем толще роговица, тем меньше эластоподъем, независимо от уровня внутриглазного давления (ВГД).

С помощью такого специального исследования как двунаправленная пневмоопланиция роговицы определяют специальные показатели, характеризующие биомеханические свойства роговицы. Фактор резистентности роговицы коррелирует с ее толщиной и характеризует сопротивляемость роговицы внешнему воздействию. Роговичный гистерезис характеризует ее вязкоэластические свойства. И тот, и другой параметр, к сожалению, зависит от уровня ВГД. Мы понимаем, что компонентом «биомеханики» роговицы по всей ее поверхности. Причем такая оценка необходима не только после хирургических вмешательств или травматических изменений роговицы, но и в норме, поскольку роговица не является строго сферической и представляет собой параболоид вращения. В силу последнего обстоятельства оптическая сила роговицы постепенно уменьшается от центра к периферии.

Современные приборы позволяют определять оптическую силу не только передней, но и задней поверхности роговицы. Вопрос информативности и полезности получения последнего параметра до конца пока не совсем ясен. По некоторым данным, при начальном кератоконусе в первую очередь страдают именно задние слои роговицы.

Несколько слов об aberromетрии. Это исследование предполагает анализ аберраций, т.е. погрешностей в формировании изображения, обусловленных отклонениями от идеальной оптической системы. До недавнего времени методы aberromетрии в основном применяли в научных исследованиях. Однако сегодня можно говорить и о клинической

Роль ультразвуковых методов исследования в оценке состояния стекловидного тела

Д.В. Анджелова

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН, Москва

Первые работы, посвященные использованию ультразвука в офтальмологии, выполнены в 50-х годах прошлого столетия. В 1956 г. с помощью метода А-сканирования обнаружили внутриглазную опухоль.

В 1958 г. был разработан метод иммерсионного В-сканирования для определения внутриглазных патологических состояний. В 1972 г. N.R. Bronson и D.J. Coleman разработали и внедрили в офтальмологическую практику первые ультразвуковые приборы с одновременным использованием А- и В-методов сканирования, которые позволили видеть измеряемые структуры глаза. Эти исследования оказались полезными для применения ультразвука в других областях медицины.

Однако довольно длительное время в офтальмологии пренебрегали использованием новых ультразвуковых приборов, несмотря на их стремительное развитие и внедрение. В основном все диагностические исследования в диагностике глазных болезней базировались на применении А-ультразвука.

Комбинированное использование А- и В-режимов сделало ультразвуковое исследование более практичным и доступным для анализа, а также повысило его диагностическую значимость.

Положение резко изменилось с появлением иммерсионных УЗА, обеспечивших в автоматическом режиме задание требуемой геометрии сканирования, накопление в памяти до сотен сечений исследуемого органа и позволивших одновременно работать с ультразвуковыми волнами разной формы и на разных частотах.

В настоящее время широко используемым методом диагностики стекловидного тела в клинической офтальмологии является ультразвуковое сканирование в В-режиме.

Оценка состояния стекловидного тела (СТ) с помощью А- и В-режимов включает определение помутнений, тяжей и мембран. Помутнения в СТ представлены в виде точек и коротких линий при В-сканировании и в виде вертикальных отклонений от базовой линии при использовании А-метода. Они могут возникать из разжиженного СТ (синерезис) или взвеси клеток, включая кристаллические включения (asteroid hyalosis), клетки крови (кровоизлияние) или всасывание (увеит), или инфекционный материал (эндофтальмит).

У молодых людей в норме СТ прозрачное, желеобразное, в большинстве случаев акустически прозрачное (неэхогенное). Однако распыленные помутнения СТ очень низкой эхогенности могут быть обнаружены у пожилых. Дополнительно отмечается подвижная задняя отслойка СТ, которая хорошо визуализируется в виде тонкой нити при В-сканировании и очень низкого пика эхогенная при использовании А-метода. Ультразвуковые симптомы Asteroid Hyalosis обычно совершенно типичны, что позволяет сразу поставить диагноз. При В-сканировании частицы – подвижные, гиперэхогенные, рефлектирующие, локализуясь по всему СТ, с четкими контурами (рис. 1).

Эхография является ценным методом диагностического исследования в определении акустической плотности и локализации кровоизлияния в СТ.

В случае «свежего» слабо выраженного кровоизлияния в В-режиме определяются пятна и короткие линии, а при использовании А-режима – петочка низкоамплитудных пиков. Более плотные геморрагии представляют собой большее число помутнений высокой акустической плотности.

Когда кровоизлияние организуется, то образуются большие участки, проявляющиеся в виде мембранных поверхностей при В-сканировании и характеризующиеся высокими эхопиками в А-режиме. Под силой тяжести кровь опускается в более нижние отделы СТ и проявляется в виде гиперэхогенной мембраны, которая имитирует наличие отслойки сетчатки (ОС) (рис. 2). На основании В-режима разработаны дифференциально-диагностические критерии этих псевдомембран, которые отличаются от ОС более тонкой мембраной, распространяющейся вверх, вновь появляющейся и имеющей окончание внутри СТ. Кроме того, псевдомембрана чаще появляется вместе с кровоизлиянием в СТ.

Огромный интерес в ультразвуковой диагностике патологических состояний СТ представляют задние гифемы (ретровитреальный гемофтальм). Клеточные компоненты крови могут оседать в субвitreальном пространстве, и полагается слой, похожий на гифему в передней камере глаза. В режиме В-сканирования поверхность этого слоя крови выглядит как плотная мембрана с ровной поверхностью. Кровоизлияния могут возникать в ретровитреальном пространстве в сочетании с кровоизлиянием в СТ. Однако ретровитреальное кровоизлияние наблюдается также в случае отсутствия кровоизлияния в СТ. Ретровитреальное кровоизлияние в типичных случаях не является густым, поэтому даже в отдаленном периоде заболевания наблюдается низкая эхогенность и подвижность геморрагий в В-режиме (рис. 3).

Для диагностирования гифемы проведение кинетической пробы, т.е. пробы с изменением положения головы или тела, является очень важным.

Использование данного теста рекомендуют даже в том случае, когда диагноз не вызывает сомнений, поскольку необходимо исключить такие патологические состояния, как утолщение хориоретинального комплекса или плоскую отслойку сетчатки.

До сих пор, начиная с 1980-х годов, ультразвуковая диагностика стекловидного тела имеет решающее значение в обследовании и определении показаний к витреальной хирургии.

Дальнейшее развития хирургических методов, в особенности усовершенствование технологий, позволяют хирургу нуждаться в деталях знаниях состояния СТ. До проведения витректомии эхография помогает определить своевременность оперативного вмешательства и оптимальный набор инструментария, а также прогнозировать визуальный исход. После витректомии исследователю необходимо убедиться в наличии или отсутствии эхографических признаков остатков СТ и геморрагий в авитреальном глазу (рис. 4).

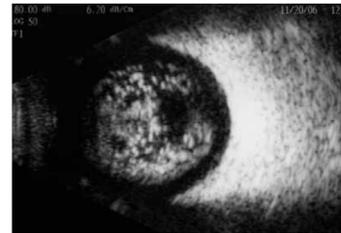


Рис. 1. Деструкция стекловидного тела (астероидный гиалоз)

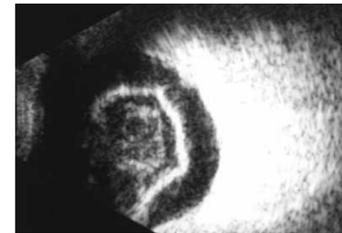


Рис. 2. Частичный гемофтальм. Тотальная уплотненная задняя отслойка гиалоидной мембраны

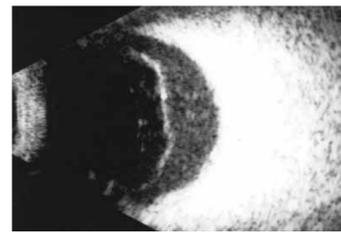


Рис. 3. Ретровитреальный гемофтальм. Тотальная задняя отслойка стекловидного тела

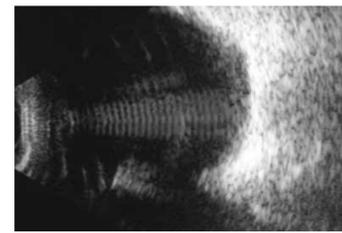


Рис. 4. Авитреальный глаз. «Акустическая дорожка»

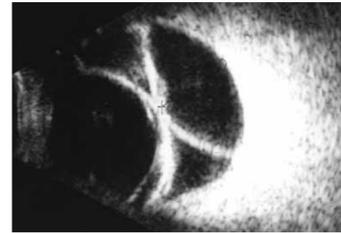


Рис. 5. Экссудативная отслойка сосудистой оболочки (2 пузырья ЦХО: во внутреннем и наружном отделах)

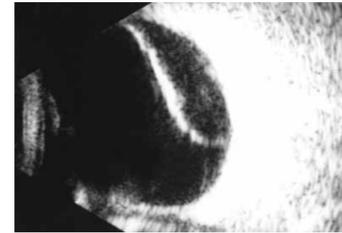


Рис. 6. Частичная отслойка сетчатки

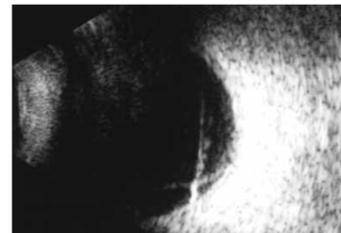


Рис. 7. Тractionная отслойка сетчатки

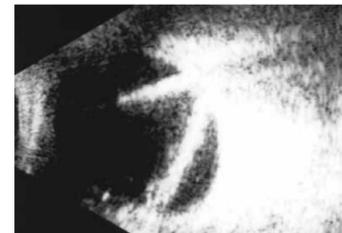


Рис. 8. Тотальная высокая отслойка сетчатки, «воронкообразная»

Также интерес представляют собой отслойки оболочек (цилиохориоидальная отслойка – ЦХО, отслойка сетчатки). Для цилиохориоидальной отслойки сосудистой оболочки характерно наличие мелкой передней камеры, гипотонии глаза.

Отслойка сосудистой оболочки имеет вид ригидных пузырей правильной полусферической формы с прозрачным содержимым (экссудативная отслойка). Чаще обнаруживается два пузыря: во внутреннем и наружном отделах глаза. При очень больших пузырях отслойки один из них достигает области зрительного нерва. В некоторых случаях высокие пузыри отслойки сосудистой оболочки соприкасаются друг с другом (рис. 5).

Отслоенная сетчатка обычно подвижна, это хорошо видно при движении глаз во время сканирования, она плавиво встряхивается и с прекращением движения тут же принимает прежнее положение. Субретинальная жидкость прозрачная. В стекловидном теле визуализируются немногочисленные плавающие

помутнения, в сочетании с отслоенной гиалоидной мембраной.

При частичной отслойке сетчатки виден «отслоенный контур» отслойки сосудистой оболочки характерно наличие мелкой передней камеры, гипотонии глаза. При значительном коллапсе и сморщивании стекловидного тела отслойка сетчатки становится очень высокой, ригидной. Такая отслойка в клинике обозначается как «воронкообразная» (рис. 8).

Благодаря последним достижениям в области медицины и техники в офтальмологии стали применяться новые неинвазивные ультразвуковые технологии в режиме 3D, которые позволили раскрыть диапазон диагностических возможностей УЗ-методов за счет равномерной обработки структуры тканей глаза на всем ее протяжении.

На рубеже XX-XXI веков комбинация цифрового ультразвукового изображения в серой шкале и высокочувствительных цветового и энергетического доплеровских режимов показала возможность одновременного качественного и количественного определения различных параметров кровотока, а также клинического анализа анатомической топографии и структурных характеристик тканей глаза и орбиты, ранее неразличимых при стандартном ультразвуковом исследовании.

Дальнейшие исследования показали, что разработанные ультразвуковые системы могут быть дополнены другими режимами работы с выявлением новых диагностических возможностей при использовании цифровой технологии. В клинику были введены такие понятия, как ультразвуковая биомикроскопия и ультразвуковая томография. Таким образом, благодаря этим методам стало возможным прижизненно изучать структуру глаза. ■

Stormoff®
group of companies

Refraction System

Huvitz

Тел./факс: (495) 780-0792, 780-7691, 956-0557
www.stormoff.com, e-mail: oko@stormoff.com

* Лекция прочитана на заседании Московского общества офтальмологов 12 ноября 2010 г.

Registered Nurse, или Записки американской медсестры

Елена Филатова

Когда моему младшему сыну было лет пять, выяснилось, что он совершенно не выносит страшных моментов, периодически возникающих в детских фильмах вокруг гамлетовских вопросов – догонят или не догонят, съедят или нет. Как только на экране возникала напряжённая ситуация, он начинал весьма артистично поёвывать, потом сползал с дивана и объявлял: «Что-то мне хочется поспать и полежать...», после чего удалялся в другую комнату и не появлялся, пока тревожная музыка не сменялась браурными аккордами, и становилось абсолютно ясно, что не догнали и не съели.

Так вот, когда я после окончания медсестринского колледжа стала подавать заявления на работу в разные места, мне всё время «хотелось поспать и полежать». Сейчас поясню. Выпускной у нас состоялся в самом конце мая, в середине июня я сдала государственный экзамен на лицензию RN¹ и стала неспешно искать, куда бы мне пристроить свой новехонкий диплом и себя, любимую. Слава богу, что всё в наше компьютерное время можно делать в Интернете, так что я электронным способом оповестила потенциальных работодателей о том, какое счастье им может привалить в моём лице, и спокойно села пить чай. Просто как в старом анекдоте эпохи советско-капиталистического конфликта: «сизу фанза, пью чай, ступай», то есть звонят... и началось.



к носу Ивана Кузьмича, да взять сколько-нибудь развязности, какая у Балтазара Балтазарыча, да, пожалуй, прибавить к этому еще дородности Ивана Павловича»².

Сегодня в Калифорнии страшная нехватка медсестёр, потому что в нашем замечательном во всех отношениях штате недавно

Зарплата 20 долларов в час уже давно не соответствует действительности

был принят закон, определяющий соотношение количества больных и медперсонала. В других штатах, насколько я знаю, это соотношение по-прежнему не регламентировано. И так, в больницах Калифорнии максимальное количество пациентов, приходящихся на одну медсестру в обычных терапевтических отделениях, не может превышать пяти человек, в промежуточных (о них позже) – четырёх или трёх, в зависимости от тяжести состояния больных, и в реанимации – двух. В моём родном отделении – а оно как раз относится к разряду промежуточных – 29 коек, и до принятия нового закона их обслуживали четыре медсестры. Ветераны, правда, помнят и такие дни, когда медсестёр бывало всего две, а однажды, когда всех скопил какой-то особенный жуткий грипп – одна.

Очень рада снова приветствовать вас, дорогие читатели, или познакомиться с вами, если мы ещё не встречались на страницах нашей газеты. В любом случае – не пропустите следующий номер, в котором речь пойдёт о том, как строятся отношения между членами медицинской «команды» в одной отдельно взятой американской больнице. В первом номере речь шла о тонкостях обучения среднего медперсонала в США, а сегодня я собираюсь рассказать вам о том, как и куда я устраивалась на работу. Во всяком случае, такая у меня сверхзадача, а уж там посмотрим, куда меня занесёт... Начну, если позволите, издалека.

говаривала одна моя провинциальная знакомая, и снова бредёт несчастная медсестра в свою родную больницу.

А больниц в Калифорнии много, хороших и разных. Будучи студентом, мы проходили клиническую практику в среднем в пяти-шести разных лечебницах и, естественно, присматривались к ним, как к возможным местам будущей работы. Спрашивали штатных медсестёр, как им работается, отвечали, как строится отношения среднего медперсонала с врачами, и даже принимали во внимание, чем и почему кормят в столовой. У каждой больницы есть свой неуловимый дух (это я в самом переносном смысле). Например, в государственном региональном центре, где бесплатно лечат малоимущих, персонал в основном идейный: так прямо и говорят, что пришли сюда работать, чтобы помогать людям. В больнице Кайзер Перманенте царит Его Величество Профсоюз: никто особенно не надраывает, перерывы на обед и просто «перекуры» соблюдаются с религиозной тщательностью, и зарплата там самая высокая.

Но, на мой взгляд, по всем параметрам выигрывает медицинский центр имени Джона Муира (John Muir Medical Center) – был в Калифорнии в конце девятнадцатого века такой писатель,

натуралист и основатель природоохранного движения. Он даже изображён на калифорнийской юбилейной монете в 25 центов. Так вот, у меня с Джоном Муиром получилась любовь с первого взгляда, как в своё время – с МНТК «Микрохирургия глаза».

Как только я вступила под сень, я не боюсь этого слова, их сводов, так я тут же поняла, что буду работать именно здесь. Кстати, местное русскоязычное население ласково именуется моёю больницей МУРом.

Работать в Центре Джона Муира считается очень престижным. Центр находится в живописном городке Walnut Creek, где проживают немало «богатеньких Бурагин». «Муровцы» гордятся своим центром, его историей и дорожат своей доселе незапятнанной репутацией: три стилизованные листочки, вписанные в треугольник – эмблема центра – являются чем-то вроде местного знака качества.



Больница не очень большая, на 324 койки, зато является травматологическим центром для двух крупных административных округов. Это означает, что одно днём и ночью принимает тяжёлых больных из автомобильных аварий, а также стреляные и колотые раны. Прямо перед больницей вертолётная площадка: вот она слева на фотографии, похожая на спиленную на корню Эйфелеву башню.

Порядок устройства на работу в Центр Джона Муира следующий: после того, как твоё заявление рассмотрели в отделе кадров, тебе звонят и приглашают на предварительное интервью. На начальном этапе это чистая профпрова, весьма поверхностная, грубо говоря, проверка на вышивку. Для начала дают тебе математический тест на уровне второго класса, чтобы выяснить, можешь ли ты в уме решить, например, такую сложную задачу: «Врач прописал больному 650 миллиграмм Тайленола. Сколько таблеток вы дадите больному, если в каждой таблетке содержится 325 миллиграмм?»⁴. Потом следует краткая беседа один на один с работником отдела кадров, в течение которой тебе задают вопросы типа: «Считаете ли вы, что на работу нужно приходить вовремя?» Не знаю, как некоторым соискателям удаётся заспать на этом этапе... это же особый талант нужен, но некоторые действительно отсеиваются. Должно быть, честно отвечают, что на работу приходить вообще не стоит или злостно перекармливают больных Тайленолом. Для всех остальных назначается день так называемого панельного собеседования, что на практике означает примерно «вас много, а я одна».

В этот день ты приходишь на собеседование при полном параде, и с тобой беседуют руководители всех отделений, в которых есть вакансии. В моём случае их было пятнадцать. Каждый из присутствующих по очереди задаёт тебе вопросы, в то время как все остальные сводят с тебя глаз и время от времени что-то многозначительно записывают. Обстановка, надо признаться, довольно нервная, но где наша не пропадала, правда?

Вот вопросы, которые мне задавали – ведь помню все до единого:

- Что привлекает Вас в нашей организации?
- Почему Вы выбрали профессию медсестры?
- Какие сложности Вы предвидите для себя в течение первого года работы?
- Каковы Ваши сильные и слабые стороны?
- Какие качества особенно раздражают Вас в людях?
- Где Вы видите себя через пять лет в плане карьеры?
- Какими тремя качествами, по Вашему, должна обладать медсестра?
- Большой вышел из себя, кричит и оскорбляет Вас. Ваши действия?
- Вы ошибочно дали больному лекарство, прознаначаевшее для его соседа по палате. Ваши действия?
- Вы неоднократно замечали, что Ваш коллега приходит на работу в состоянии опьянения или под действием наркотиков. Что Вы предпримете?
- До Вас дошли сведения о том, что один из Ваших коллег нелицеприятно отзывался о Вас за Вашей спиной. Как Вы отреагируете?
- Вы заняты выше головы, а Ваша коллега просит помочь ей с одним её больным. Что Вы будете делать?
- Врач сделал назначение, которое, по Вашему мнению, может повредить больному. Ваши действия?
- Вы собираетесь ввести коматозному больному предписанный препарат. Дочь больного находится в палате и категорически запрещает Вам это делать. Как Вы отреагируете?
- Объясните нам, почему мы должны взять Вас на работу?

Пока идёт этот перекрёстный допрос (аналог с залом суда, увы, не случайный), интервьюирующие преследуют две основные цели: во-первых, убедиться в том, что соискатель проникся духом и буквой правил «на наврели», и скорее всего, не даст никому повода подать на себя в суд, и, во-вторых, что он душа-человек, легко сработается с коллективом и, следовательно,

сам ни на кого не подаст в суд. Американское здравоохранение настолько пронизано духом сутяжничества, что именно эти два пункта первоначально перевешивают чашу весов в ту или другую сторону.

По завершении собеседования стороны обмениваются уверениями в искренней преданности, и соискатель отправляется домой дожидаться звонка или – вероятнее всего – спешит на интервью в другую больницу. Примерно через неделю или присылают письмо с вежливым отказом, или звонят и делают тебе официальное предложение, после чего ты уже в гораздо более расслабленной обстановке снова встречаешься с начальником отделения, где тебе предстоит работать, а он представляет тебя коллективу и ведёт на экскурсию по отделу.

На следующем этапе происходит узаконивание отношений с избранным местом работы, и заключается традиционный контракт. В моём случае Центр Джон Муир обязался возместить мне расходы в размере пяти сот долларов на подготовку к сдаче лицензионного экзамена и получение самой лицензии, а также обеспечить мне полностью оплачиваемую стажировку на рабочем месте в течение пяти с половиной месяцев. Это неслыханный рокош – обычно больницы отводят на это только шесть недель. Я, со своей стороны, давала обязательство проработать в центре как минимум два года, чтобы оправдать расходы на моё обучение. Если я по какой-то причине решила бы поменять место работы до истечения этого срока, то Центр Джон Муир ставил за собой право взыскать с меня стоимость обучения в размере до пятнадцати тысяч долларов. И так меня эта сумма напугала, что вот уже пятый год пошёл, а я всё работаю и работаю!

Смены в моей больнице обычно по 12 часов, от семи до семи: три дня в неделю работаешь, четыре – отдыхаешь. Я, как и большинство новичков, работаю ночами, и это неудобство нам щедро компенсируется. Вот вам пример из области занимательной математики, как начисляется наша зарплата: с семи утра до трёх часов дня идёт базовая почасовая ставка, с трёх до одиннадцати вечера – вечерняя надбавка, и с одиннадцати вечера до семи утра – ночной тариф. В праздничные дни всё это возрастает в полтора раза и в день зарплаты отбрасывает приятные очертания лишних трёхсот-четырёхсот долларов. А если изначально попросишь остаться после смены ещё на четыре часа (максимум сверхурочного времени, разрешённого законом штата), то они рассчитываются уже в двойном размере. Как говорится, пустячок, а приятно! А есть ещё специальный тариф для так называемых «уикендеров», которые работают каждые выходные. Так вот, работают они только два дня, а платят им, как за три, представляют? Этот режим, по вполне понятным причинам, пользуется особой популярностью у родителей с детьми школьного возраста – с бабушками, как и с медсестрами, в Америке напряжёнка.

В день начала стажировки всех новых медсестёр собирают на банкет, где сначала высокое начальство произносит напутственно-зажигательные речи, а потом все садится закусить, чем бог послал, знакомятся друг с другом, радуются, «что все мы здесь сегодня собрались», и расходятся с сумками, набитыми фирменными сувенирами. В нашем случае нас собралось 23 человека, и следующие пять с половиной месяцев нашей жизни были расписаны примерно так: каждый понедельник для нас организовывались лекции и практические занятия. В основном нам преподавали всякую ерунду для общего



развития, которую мы – буквально только что со школьной скамьи – и так насладились вдоволь, но случались и очень интересные дни, когда в качестве лекторов приглашались врачи-интенивисты, кардио- и нейрохирурги, пульмонологи, и мы слушали их, раскрыв рты. Дальше рот уже не закрывался по другой причине: за сидение на лекциях нам начисляли нашу ночную ставку, хотя занятия проходили, естественно, днём. «Если ночной сторож умер днём, будут ли ему платить пенсию?»⁵. Насчёт сторожа не скажу, а нам исправно платили...

В остальные дни мы проходили стажировку в своих отделениях под началом опытных медсестёр, причём все эти пять с половиной месяцев мы оставались как бы невидимками и в штатном расписании не числились. Каждый наш шаг проверялся и перепроверялся, потому что в положении невидимок мы и ответственности никакой не несли – за нас ручались своими профессиональными лицензиями наши

¹ RN (Registered Nurse) – официальное название профессии медсестры в США.
² Н.В. Гоголь. «Женитьба».
³ Н.В. Гоголь. «Женитьба».
⁴ Ответ в следующем номере газеты (шутка).
⁵ Хома из далёкого детства.

наставники. За время стажировки мы сдали бесчисленное количество самых разнообразных тестов и экзаменов, теоретических и практических, и, наконец, наступил тот страшный день, когда я вышла на работу на подгибающихся ногах, впервые осознав себя самостоятельной медсестрой. Мне – как говорится, на новеньких – сразу же дали больного на вентиляторе, который уже порядком надел всеу отделению – и мы с ним оба с трудом, но дожили до утра.

Я работаю в ICU или Progressive Care Unit – одним из блоков, составляющих большой комплекс отделений интенсивной терапии. Почему моё место работы называется отделением прогрессивной терапии, сказать трудно, но я всё же попопытки и в штатном расписании не числились. Каждый наш шаг проверялся и перепроверялся, потому что в положении невидимок мы и ответственности никакой не несли – за нас ручались своими профессиональными лицензиями наши

наставники. За время стажировки мы сдали бесчисленное количество самых разнообразных тестов и экзаменов, теоретических и практических, и, наконец, наступил тот страшный день, когда я вышла на работу на подгибающихся ногах, впервые осознав себя самостоятельной медсестрой. Мне – как говорится, на новеньких – сразу же дали больного на вентиляторе, который уже порядком надел всеу отделению – и мы с ним оба с трудом, но дожили до утра.

Я работаю в ICU или Progressive Care Unit – одним из блоков, составляющих большой комплекс отделений интенсивной терапии. Почему моё место работы называется отделением прогрессивной терапии, сказать трудно, но я всё же попопытки и в штатном расписании не числились. Каждый наш шаг проверялся и перепроверялся, потому что в положении невидимок мы и ответственности никакой не несли – за нас ручались своими профессиональными лицензиями наши

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Опыт применения средства Вита-ПОС в лечении заболеваний роговицы

Средство смазывающее офтальмологическое Вита-ПОС – это стерильное маслообразное средство, предназначенное для лечения и профилактики синдрома «сухого глаза». Средство рекомендуется для закладывания в конъюнктивальный мешок. Благодаря своей консистенции Вита-ПОС равномерно распределяется по поверхности роговицы, обеспечивая тем самым достаточное и длительное насыщение тканей роговицы витамином А и способствуя ее защите от пересыхания. Длительное воздействие Вита-ПОС позволяет применять его достаточно редко, 1-3 раза в день, что удобно для пациента и выгодно экономически. Средство хорошо переносится пациентами. Использование средства Вита-ПОС оправдано при необходимости ускорить процесс эпителизации роговицы, а также для улучшения «качества» новообразованного роговичного эпителия.

Наша практика применения средства Вита-ПОС насчитывает 20 пациентов с различными заболеваниями и повреждениями роговицы, среди них:

- состояния после проникновения и непроникающих ранений глазного яблока с повреждением роговицы, в т.ч. эрозии роговицы;
- состояния после операций, выполненных через роговичный доступ (в частности, экстракапсулярная экстракция катаракты);
- ряд воспалительных и дистрофических заболеваний роговицы.

Средство Вита-ПОС использовалось нами в комбинации с другими необходимыми глазными лекарственными средствами 2-3 раза в день; 0,5-1,0 см средства Вита-ПОС закладывали в конъюнктивальную полость через 20-30 минут после закапывания глазных капель.

Использование Вита-ПОС при эрозиях роговицы (травматических или рецидивирующих) обеспечивало улучшение субъективного состояния пациентов, ускорение эпителизации роговичных дефектов, повышение остроты зрения.

Буллезная кератопатия, которая является исходом некоторых травматических внутриглазных вмешательств (удаление катаракты, антиглаукоматозные операции, витректомию), рецидивирующих воспалительных процессов и т.д., остается крайне трудным для лечения состоянием. Применение ряда кератопластических средств, в частности, средства Вита-ПОС, позволяет добиться субъективного улучшения состояния, а иногда и уменьшения отека роговицы, повышения остроты зрения.



Таким образом, мы считаем, что средство смазывающее офтальмологическое Вита-ПОС является удобным для применения, доступным по цене, хорошо переносимым. При использовании его для устранения симптомов поражения роговицы при вышеуказанной патологии он дает обнадеживающие результаты: способствует уменьшению субъективных симптомов, стимулирует и качественно улучшает роговичную эпителизацию.

С.В. Ворожечин,
В.А. Меркулов
Новосибирская Городская
клинической б-ца № 1

Считаем интересным применение средства Вита-ПОС при помутнении роговицы у пациентов

17 лет с исходом древовидного герпетического кератита (давность процесса около 3 месяцев). В комбинации с стероидными противовоспалительными средствами удалось добиться значительной резорбции центрального субэпителиального помутнения с повышением остроты зрения от 0,1 до 0,7.

Хотите – верьте, хотите – нет, но у меня до сих пор сердце замирает, когда я еду на работу: и страшно, и интересно, потому что «ничего не знаешь, какая начинка тебе попадет», выражаясь словами Форрестера Барре, рассенный склероз, туберкулез, а прошлой зимой были случаи «птичьего гриппа».

Мы можем многому научиться друг у друга (отрывки из интервью)



В декабре 2010 г. **Wagih Aclimandos**, Член Королевского колледжа хирургов, консультант-хирург в King's College Hospital, Лондон, официально вступил в должность президента Европейского совета офтальмологов (ЕСО).

— Когда началась Ваша работа с ЕСО?

— Это случилось несколько лет назад. Королевскому колледжу офтальмологов нужен был человек, который бы хорошо говорил на нескольких иностранных языках, чтобы представлять их на ЕСО экзаменах. А так как я хорошо говорю и по-французски, то они пригласили меня. С того момента я все более и более активно принимал участие в их деятельности.

— В чем состоит важность работы ЕСО?

— Наша задача состоит в том, чтобы улучшить качество преподавания офтальмологии в Европе. Необходимо сделать так, чтобы в каждом уголке Европы уровень предоставляемых услуг был одинаково высоким. Знаете, я думаю, сегодня все стремятся к более тесному сотрудничеству в Европе. Когда я пересекаю Ла-Манш, я не чувствую разницы между Лондоном и Парижем. В этих двух городах мне одинаково уютно. И это здорово. Чем больше мы путешествуем, тем яснее понимаем, что наш мир на самом деле очень мал, а у людей, в нем живущих, очень много общего. Я думаю, что если люди будут терпимее относиться друг к другу и забудут такие слова, как «расизм», «фанатизм» и другие на «изм», то будет намного проще работать вместе, добиваясь высоких результатов. На этом строится и философия ЕСО: мы верим, что все люди совершенно разные, но мы можем многому научиться друг у друга, и что наши усилия более плодотворны, когда мы работаем вместе. Представьте, например, что после какого-нибудь конгресса вы отправились на фуршет. И там разговорились с десятью офтальмологами из десяти разных стран. За бокалом вина вы общаетесь друг с другом, обсуждая состояние офтальмологии в их странах, методы преподавания и так далее. И эта беседа наводит вас на новые мысли,

дает новые идеи. Конечно, не всегда легко изменить что-либо, но нужно обязательно пытаться улучшить то, что уже есть.

— Изменились ли отношения к ЕСО в последние годы?

— Все зависит от конкретной страны. Очень тяжело добиться признания везде, но в последние годы мы во многом преуспели. Например, во Франции, где не было национального экзамена по офтальмологии. Введение экзаменов, результаты которых признаются повсюду, является мощным толчком к развитию науки. Наши экзамены также были приняты в Швейцарии, Бельгии, Австрии и многих других странах.

Одна из целей деятельности ЕСО — одинаково высокие стандарты предоставляемых услуг во всей Европе.

— Что Вы собираетесь предпринять в ближайшее время?

— Проблема состоит в том, что в разных странах приняты разные стандарты. Мы же должны добиться того, чтобы во всех государствах-членах ЕСО был достигнут некий баланс. Для этого мы разрабатываем протоколы и директивы, которые должны быть приняты во внимание. Наша цель — повысить уровень работы, а не создавать конкуренцию.

— Что Вы хотите добиться за время Вашего президентства?

— Я хочу сделать акцент на непрерывности нашей деятельности. В последнее время мы многого добились, и нам нужно поддерживать то, что уже есть. Кроме того, я надеюсь, что ЕСО будет принимать более активное участие в аккредитации высших учебных заведений по различным специальностям, так как сейчас отмечается рост интереса к фурушет. И там разговорились с десятью офтальмологами из десяти разных стран. За бокалом вина вы общаетесь друг с другом, обсуждая состояние офтальмологии в их странах, методы преподавания и так далее. И эта беседа наводит вас на новые мысли,

Dermont McGraith
www.esocrs.org

Новости ESCRS

Д-р Малюгин получил 1-е место на фестивале видеофильмов ESCRS

«Микрохирургическая техника удаления сублоксированных хрусталиков с использованием модифицированного капсульного кольца» — так назывался фильм, за который д-р Борис Малюгин из России получил первый приз в категории «Специальные случаи» на ежегодном видеосеминаре, проходившем в рамках XXVIII Конгресса ESCRS в Париже.

Д-р Малюгин предложил новую модель капсульного кольца, которая



в отличие от имеющихся в настоящее время на рынке вариантов, может быть использована для имплантации через микроразрез, поскольку фиксирующий элемент, предназначенный для крепления к склере, смещен к оконечной части данного устройства. В капсульном мешке два конца кольца перекрещиваются один над другим с тем, чтобы обеспечить дополнительную опору экваториальной зоны капсульного свода

Изобретены очки, способные фокусироваться и на дальних, и на близких предметах

Израильский ученый из университета Бар-Илан создал новый вид очков, способных фокусироваться и на дальних, и на близких предметах. При этом речь не идет о давно известных окулистами бифокальных очках, в которых применяются две линзы с разными фокусными расстояниями.

В бифокальных очках, чтобы разглядеть близкий или, наоборот, далекий предмет, человеку нужно переводить взгляд на определенную область очков или изменять положение головы. Это не всегда удобно, к тому же существенно уменьшается поле эффективного зрения. Израильские же новинки не требуют таких усилий, поскольку позволяют в одной и той же

области достаточно четко видеть предметы, находящиеся на разных расстояниях.

Как поясняет автор разработки Зев Залевски, он создал специальную линзу, фокусирующую на сетчатке глаза не луч, а целый поток света. Она состоит из стандартной заготовки, на которой нанесены 25 концентрических колец, составленных из 2-мм оптических структур глубиной в один микрон. Более подробное описание этой технологии опубликовано на сайте NewScientist.

Изобретение уже опробовано на 12-ти добровольцах и показало свою эффективность. Оно позволяет четко видеть на расстоянии от 33 см до пределов прямой



видимости. Правда, размеры и форму насечек нужно подбирать с учетом размера и формы базовой линзы, кроме того, на некоторое время снижается яркость видимой «картинки».

Для совершенствования новой технологии Залевски открыл собственную фирму.

www.ami-tass.ru

Бета-каротин и острота зрения

Бета-каротин, содержащийся в моркови и многих других овощах и фруктах, улучшает зрение и в результате доводит до полной потери зрения.

Конкретный вид питательного компонента бета-каротина под названием 9-cis оказался эффективным против одного типа куриной слепоты, поэтому окулисты решили проверить его эффекты у больных с ретиномом. После испытаний у трети участников обследования зафиксировано улучшение зрительных функций при принятии предписанной дозы в течение 90 дней. В будущем офтальмологи намерены проверить антиоксидантное действие

ночная или куриная слепота), затем прогрессирует в потерю периферийного или бокового зрения и в результате доводит до полной потери зрения.

Конкретный вид питательного компонента бета-каротина под названием 9-cis оказался эффективным против одного типа куриной слепоты, поэтому окулисты решили проверить его эффекты у больных с ретиномом. После испытаний у трети участников обследования зафиксировано улучшение зрительных функций при принятии предписанной дозы в течение 90 дней. В будущем офтальмологи намерены проверить антиоксидантное действие



вещества у людей с генетическими глазами болезнями. Бета-каротин найден не только в моркови, но и в дыне, грейпфрутах, брокколи, тыкве, персиках и других натуральных продуктах.

www.ami-tass.ru

Как улучшить результаты кератотопографии?

Исследование топографии роговицы дает возможность прецизионного измерения астигматизма, индуцированного нерегулярностью поверхности роговицы до и после различных рефракционных и катарактальных операций. В комбинации с исследованиями общего астигматизма глаза, полученного при помощи aberrometry и изучением показателей рефракции, данная методика позволяет определить, какие структуры глаза ответственны за индукцию астигматизма.

«Эти количественные показатели весьма ценны для офтальмологов», — сказал д-р Ноэл Альпинс из г. Мельбурн, Австралия. — Однако если врач обращает внимание исключительно на данные топографии, он не использует весь потенциал этого метода».

Векторный анализ достаточно давно известен ученым, изучающим комплексные взаимоотношения

сложных структур. Но именно д-ру Альпинсу в середине 1990-х годов пришла мысль применить этот вид анализа для расчетов коррекции астигматизма. Инновационный подход д-ра Альпинса заключался в выделении из множества сложных математических функций нескольких определяющих показателей, которые могут использоваться хирургами для оценки результатов лечения или планировании операций.

Д-р Альпинс разработал несколько видов программного обеспечения, в которые инкорпорирован алгоритм, известный как «метод векторного анализа астигматизма д-ра Альпинса». Последняя разработка — это программное обеспечение iAssort, которое может быть установлено в большинство моделей топографов и aberrometers, включая модели Pentacam (Oculus) и Scout (Opticon).

В отличие от обычных показателей кератотопограммы, векторные

значения хорошо коррелируют с процессами, происходящими при хирургических вмешательствах. Они могут быть количественно проанализированы с тем, чтобы уточнить хирургическую технику, подчеркнул д-р Альпинс. Анализировать исходную и послеоперационную кератотопограммы, программа iAssort автоматически вычисляет степень гипо- или гиперкоррекции, также как величину и угол отклонения от планируемой коррекции. Программа вычисляет и то, насколько улучшилось зрение пациента и сравнивает эти данные с целевыми показателями.

Результаты могут быть представлены в численном виде или графически на векторной диаграмме.

До операции программа iAssort вычисляет остаточный астигматизм глаза (OAG), т.е. величину астигматизма, имеющего внеочередную этиологию. Программа также вычисляет то, какая степень

астигматизма может быть потенциально скорректирована путем моделирования поверхности роговицы, а также силу и ось, по которой надо выполнить хирургическую коррекцию для достижения максимально возможного результата.

Эта информация может быть использована с целью представления пациенту объективной информации относительно перспектив лечения.

После операции программа iAssort сравнивает данные послеоперационной топографии с исходными данными и целевыми показателями. Это дает возможность оценить значения хирургически индуцированного астигматизма и значение дифференциального вектора. Последняя отражает, насколько величина индуцированного астигматизма отклоняется от целевых значений. Оценка соотношения этих показателей показывает эффективность хирургического вмешательства вне зависимости от того, выполнено оно с использованием надрезов роговицы или лазерной абляции.

www.eurotimesrussian.org

Бизнес и медицина

Открыть свою клинику? Это возможно.

В 2007 году доктор Laurent Morin собрал вместе пять хирургов-офтальмологов Франции и открыл в Страсбурге новую клинику лазерной рефракционно-катарактальной хирургии. Новое медицинское учреждение получило название Expert Vision Centre. Сегодня клиника является прибыльным учреждением, где ежегодно проводится около 1200 хирургических вмешательств. Оснащена клиника самой современной техникой, позволяющей проводить все виды лечения. Администрация Expert Vision Centre активно укрепляет сотрудничество с другими офтальмологическими центрами, а к концу 2010 года планирует открыть еще две клиники.

«Наша идея заключается в том, чтобы создать единую систему направления пациентов на лечение во Франции», — говорит доктор Laurent Morin. Когда Laurent Morin задумал открыть новый центр, он знал, что в условиях постоянно растущей конкуренции это будет чрезвычайно сложно. В связи с этим были разработаны уникальная бизнес-модель, рассчитанная на уменьшение рисков на начальном этапе работы компании.

Самые большие опасения доктора Laurent Morin были связаны с финансовой составляющей задуманного проекта. Однако было решено, что новые технологии лечения и отличное качество предоставляемых услуг с течением времени смогут обеспечить стабильный рост числа пациентов клиники. Чтобы начать работу, доктор Laurent Morin и его партнеры вложили 1 млн евро в приобретение современного оборудования и удобного помещения для работы, разработку рекламной кампании и создание фонда заработной платы. Главная идея бизнес-проекта заключалась в разделении финансовых рисков между всеми партнерами. Каждый из инвесторов должен был ежемесячно



вкладывать определенную сумму в бюджет компании.

Сегодня хирурги клиники получают гонорары за каждую проведенную операцию, но при этом все доходы инвестируются в развитие компании. Такая система позволила специалистам, у которых различные цели и интересы, объединить ресурсы одной фирмы. «Работать становится намного легче, когда рискует не один человек, а пять», — признается доктор Laurent Morin.

Кроме того, в центре могут работать и внештатные хирурги, что повышает качество предоставляемых больным услуг. За отдельную плату администрация клиники консультирует специалистов, которые желают повысить свой профессиональный уровень.

На начальном этапе работы большие средства вкладывались в маркетинг. Был открыт интернет-сайт с подробным описанием всех услуг и оборудования клиники. Интерактивный, обновляющийся портал, раздаточный информационный материал о работе центра помогли повысить популярность клиники. Специалисты тщательно анализировали работу маркетинговой кампании, что со временем увеличило ее эффективность.

Говард Ларкин
www.esocrs.org

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Утраченные иллюзии

Никогда не обещайте того, чего вы не можете гарантировать. Это, пожалуй, самый мудрый совет, который слышит офтальмолог перед разговором с пациентом.

А вот еще несколько рекомендаций, которых следует придерживаться, когда речь идет о предстоящей операции.

Поставьте себя на место офтальмолога, который собирается делать операцию Ласик пациенту средних лет. Вы постоянно слышите, как он жалуется медсестре на свои очки и просит поскорей избавиться от них. Вы и ваша медсестра не реагируете на его слова.

А теперь представьте, что операция прошла успешно. Но уже через две недели вам звонит недовольный клиент. Он жалуется на то, что никто не предупредил его, что и после хирургического вмешательства ему придется походить в очках. И что вы можете сказать в ответ? Практически ничего.

Этого бы не случилось, если бы заранее сказали пациенту, что в будущем ему, возможно, понадобится носить очки. Вы и ваша медсестра не приходите изучать законодательные акты в этой области и поэтому, имеете ли вы право на дальнейшие действия. Никогда не начинайте операцию до тех пор, пока пациент в здравом уме и твердой памяти не даст свое согласие.

Как можно более подробно расскажите обо всем, что связано с операцией и ответьте на все вопросы



или подать в суд. Лучше всего тщательно записывать то, что вы рассказываете пациенту. Если он все-таки решит подать иск, у вас будет неплохая защита.

Когда вы общаетесь с пациентом по поводу будущей операции, убедитесь, что он согласен на нее. Бывают случаи, когда физическое или психическое состояние клиента не позволяет ему самостоятельно принять решение. В этом случае вам придется изучить законодательные акты в этой области и понаблюдать за действиями пациента в здравом уме и твердой памяти не даст свое согласие.

Как можно более подробно расскажите обо всем, что связано с операцией и ответьте на все вопросы

Paul McGinn
www.esocrs.org

Биологический кератопротез. Автор изобретения описывает уникальные свойства данного устройства

При некоторых заболеваниях роговицы имплантация кератопротеза остается во многих случаях единственным шансом к восстановлению зрения пациента. Однако на глазах с развитой и далеко зашедшей стадией заболевания имеющийся в нашем распоряжении устройства либо не показаны, либо дают возможность получить относительно невысокие результаты.

«Эти свойства позволяют обеспечить стабильность кератопротезного комплекса, а отсутствие васкуляризированной ткани, находящейся в контакте с роговицей, позволяет лимитировать вероятность развития ретропролиферативных мембран», — д-р Джанкарло Фальчинелли в почетной лекции, представленной им на I Конгрессе общества EuCornea, описал преимущества остео-одонто кератопротеза (ООК), который был разработан д-ром Стрампелли и позднее модифицирован самим автором доклада. Данная модель кератопротеза позволила получить великолепные анатомические и функциональные результаты при оперативном лечении пациентов со слепотой, развившейся вследствие патологии роговицы и не поддающейся никаким другим методам лечения.

Д-р Фальчинелли, бывший руководитель отделения офтальмологии госпиталя Сан Камилло в Риме, а в настоящее время — председатель Фонда остео-одонто кератопротезирования и заведующий отделением клиники имени папы Пия XI в Риме. Докладчик изложил свой опыт использования модифицированной операции

ООК на протяжении более чем 36 лет, выполненной на 282 глазах 230 пациентов. Несмотря на то что автор в ходе операции и в послеоперационном периоде встречался с определенными осложнениями, тем не менее, все пациенты были пролечены успешно с достижением хороших функциональных результатов.

Анализ функциональных показателей продемонстрировал, что 90% из 282 глаз получили хорошее зрение с коррекцией (0,7 и выше). Менее чем в 3% повышении зрения не было достигнуто. В отдаленные сроки наблюдения острота зрения, полученная непосредственно после операции, сохранялась на прежнем уровне. Данный факт констатирует в 80% пациентов в ходе последнего визита, подчеркнул д-р Фальчинелли.

«Мы можем с уверенностью заявить, что биологические свойства ООК по Стрампелли, в сочетании с техническими инновациями, которые были внесены нами, и при условии корректного проведения операции, дают возможность пациентам после ООК получить высокое зрение и великолепные отдаленные результаты. И все это — при использовании такой сложной категории пациентов, у которых имелись рубцовые поражения глазной поверхности, придаточного аппарата глаза, включая веки, слезные железы, а также у пациентов с терминальными стадиями синдрома «сухого глаза», — сказал он.

www.eurotimesrussian.org

Новый офтальмологический сайт

В честь двадцатилетия проведения первой операции Ласик и Европейского года Ласик ESCRS приняло решение об открытии интернет-сайта, посвященного этой методике операции.

С помощью интернет-сайта www.lasiksafeinourhands.com пациенты смогут получить всю необходимую информацию о Ласике и найти ответы на интересующие их вопросы. Новый сайт является основным проектом программы, направленной на информирование пациентов о технике Ласик.

Поддающееся большинство европейских пациентов, уже перенесших подобные операции, сходится во мне, что Ласик — действительно безопасный способ лечения. По результатам международного опроса «Opinion Health poll», 98% пациентов рекомендуют Ласик своим знакомым.

69% — считают, что лазерная хирургия — безопасная процедура; 82% — сомневаются в Ласике. Из них 30% — недостаточно информированы, 24% — считают подобную операцию слишком дорогой, 17% — опасаются побочных эффектов, 11% — против такой операции.

Что пациенты думают об очках: 71% — неудобно заниматься спортом в очках;

73% — считают, что очки мешают при определенных погодных условиях;

84% — замена очков является дорогостоящей процедурой;

33% — думают, что лазерная хирургия станет более дешевой через 10 лет.*

www.esocrs.org

Всемирный День зрения: 14 октября 2010 года

Всемирный День зрения отмечается ежегодно во второй четверг октября с 1998 года по решению Всемирной организации здравоохранения в рамках реализации Глобальной программы по борьбе со слепотой «Зрение-2020: Право на зрение». Однако, к огромному сожалению, из-за недостаточной информированности населения Всемирный День зрения пока не входит в список самых известных дат, отмечаемых в России. Справедливо ли это?

В России от различных заболеваний глаз страдают 15,5 млн россиян. Кроме того, почти каждый второй житель РФ имеет проблемы со зрением. Одной из наиболее

распространенных причин плохого зрения, особенно в молодом возрасте, являются нарушения рефракции: миопия (близорукость), астигматизм и другие. По данным ряда исследований и статистических отчетов, нарушения рефракции часто являются причинами детской инвалидности по зрению. Дегенеративная миопия занимает третье место в структуре инвалидности взрослого населения по стране.

В 2010 году Всемирный День зрения отмечается 14 октября. Это очень хороший повод для того, чтобы каждый врач-офтальмолог смог рассказать своим пациентам о важности ежегодной проверки зрения.

13 ноября – Международный день слепых

13 ноября (АМИ-ТАСС). Сегодня исполняется 265 лет со дня рождения Валентина Гаюи (1745-1822), французского педагога, создателя методов обучения слепых. По решению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с 1984 года этот день отмечается как Международный день слепых.

Валентин Гаюи разработал рельефно-линейный шрифт «унциал». Этот шрифт получил название от латинского слова, означающего «равный по длине одной унции». Это были крупные ровные буквы, выдавленные рельефом на плотной бумаге. По книгам Валентина Гаюи незрячие обучались вплоть до изобретения в 1829 году Луи Брайлем системы рельефно-точечного шрифта, нашедшего распространение во всех странах мира.

В 1784 году в Париже без поддержки правительства и благотворительных обществ, на свои личные средства в собственном доме, Валентин Гаюи открыл первую в мире школу для слепых детей под названием «Мастерская трудящихся слепых». Его ученики обучались по книгам, которые Гаюи напечатал своим рельефно-линейным шрифтом.

В 1803 году Валентин Гаюи получил предложение от российского императора Александра I открыть в Санкт-Петербурге учебно-воспитательное заведение для слепых. Эта коррекционная школа, ставшая первой в России школой для слепых, основана в начале XIX века и работает по сей день.

По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире более 161 миллиона человек страдает нарушениями зрения; из них 124 миллиона имеют пониженное зрение, а 37 миллионов – полностью слепы. Еще 153 миллиона человек страдают нарушениями зрения, связанными с неисправленными аномалиями рефракции глаза (такими, как близорукость, дальнозоркость или астигматизм). По оценкам ВОЗ, 1,4 миллиона детей в возрасте до 15 лет являются слепыми. Каждую секунду в мире по разным причинам слепнет один ребенок, а каждые пять секунд – взрослый, причем женщины теряют зрение чаще мужчин. Специалисты ВОЗ полагают, что если не будут приняты срочные меры, то к 2020 году число незрячих людей в мире удвоится.

Между тем до 75% всех случаев слепоты у взрослых людей можно предотвратить с помощью профилактики и лечения. Исследования показали, что основные причины слепоты в мире – это катаракта (20 млн человек), трахома (5,6 млн), глаукома (5,2 млн), которые составляют 70% всех причин слепоты. Остальные 30% приходится на дефицит витамина А (350 тыс. чел.), онхоцеркоз (300 тыс.) и проказу (100 тыс.).

По данным Минздравсоцразвития, в России уровень полной слепоты составляет 7,1 на 10 тысяч населения, а уровень слабовидения – 8,1 на 10 тысяч. Неблагополучная ситуация с заболеваемостью у детей: более 33 тысяч детей страдают



различными нарушениями зрения, в том числе у 6 тысяч 173 детей – полная потеря зрения.

В жизни слепым людям приходится сталкиваться со многими трудностями. Так, важной проблемой для слепых является трудоустройство. Хотя практикой доказано разнообразие трудовых возможностей инвалидов по зрению во всем мире, 92% работодателей считают, что нанимать на работу слепых людей проблематично.

С 1925 года и по сей день в России работает Всероссийское общество слепых (ВОС), которое помогает в трудоустройстве инвалидам по зрению. На сегодня ВОС объединяет 213 тысяч инвалидов по зрению. Между тем, по неофициальным данным, в нашей стране около миллиона незрячих и слабовидящих граждан.

www.ami-tass.ru

Коллектив компании «Трейдомед Инвест» желает Вам счастья и мира, здоровья и удачи в Новом Году! Пусть предстоящий год станет для Вас годом новых горизонтов, новых возможностей и новых достижений! Мы всегда рады сотрудничать с Вами!

Дорогие ОФТАЛЬМОЛОГИ!
Поздравляем вас с наступающим 2011 Новым годом! Пусть он станет годом осуществления светлых надежд, замыслов и планов. Пусть вас никогда не покидает творческое любопытство и искренность. Доброго здоровья и счастья вам в Новом 2011 году!

URSAPHARM
Arzneimittel GmbH
Представительство компании «УРСАФАРМ Арцнайmittel ГмбХ», Германия

С Новым Годом!

Поздравляем Вас с Новым годом и Рождеством!
Желаем Вам крепкого здоровья, семейного благополучия и дальнейших успехов в Вашей работе. Надеемся, что наступающий 2011 год будет содержательным и интересным в Вашей профессиональной деятельности и в личной жизни.

Искренне Ваш «ОПТЭК»

ZEISS
We make it visible.

Уважаемые офтальмологи!
От души поздравляем вас с Новым годом и наступающим Рождеством!
Желаем вам делать все возможное для того, чтобы как можно больше людей могли наслаждаться таким бесценным даром как зрение всю жизнь!
Желаем быть собой, не останавливаться перед трудностями, преодолевать все препятствия и достигать своей цели.

Издательство «Апрель»

С Новым Годом!

Поздравляем с наступающим 2011 годом! Пусть Новый год будет годом успеха и процветания! Пусть в работе будет творческий подъём, в коллективе – единство, а в достижениях – исполнение самой заветной мечты!

Желаем, чтобы 2011 год стал годом исполнения желаний, реализации всех планов и достижения всех поставленных целей!

С уважением, генеральный директор компании ГЕНЕРАЛОФ

Генералов
офтальмологическое оборудование

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей. Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Уважаемые читатели! Редакция «Поле зрения» приносит извинения за допущенную ошибку в материале «Если бы я могла еще раз прожить жизнь, я бы пожелала: «Только так», стр. 6, Газета «Поле зрения» №1.2010. Читать Ершовский Т.И. вместо Ярошевский Т.И.

Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 11 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Номер подписан в печать 13.12.2010. Газета изготовлена в издательстве «Апрель». © «Поле зрения», 2010. © «Издательство «Апрель». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д.11А, корп.1