



С ПРАЗДНИКОМ ПОБЕДЫ!

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Дорогие коллеги!

Я хочу поздравить сегодня всех с самым главным праздником – Днем Победы – и обратиться к ветеранам.

Я понимаю, что значит Победа для ветеранов, познавших все беды страшной войны и выживших благодаря надежде, что День Победы неизбежно придет.

Мы про войну знаем из книг и фильмов, и то при просмотре в ужасе, гневе и боли замирают наши сердца. Вы же не в кино, а в бою стояли насмерть, защищая Родину, свой город, свой дом, свою семью – все самое дорогое, что было в сердце любого солдата.

Ветераны ждут не хвалебных речей, а постоянной памяти. Мы помним всех ушедших и ценим всех ныне живущих солдат Великой Отечественной войны. Для нас вы – как мамы, вашим подвигом создан мир на земле.

Мы готовы поздравлять вас с Днем Победы снова и снова, и в праздники, и в будни! Здоровья вам и многих-многих лет!

С праздником!

Главный редактор
С.Э. Аветисов

Московской офтальмологической клинической больнице – 185 лет

Офтальмологическая клиническая больница является старейшей глазной клиникой в мире. Ее история в 2011 году насчитывает 185 лет. 26 января 1826 года генерал-губернатор города Москвы князь Дмитрий Владимирович Голицын поддержал пожелания общественных деятелей о необходимости создания в Москве специализированной глазной больницы. Задумана была больница для оказания амбулаторной и стационарной глазной помощи, прежде всего, нуждающимся, неимущим людям и создана была на пожертвования горожан.

Князь Голицын организовал и возглавил комитет по сбору пожертвований. Цели, которые поставил перед собой комитет, выражены в следующих словах: «В общепользующее сие заведение предложено принимать больного всякого возраста, пола и звания, преимущественно неимущих, безо всякой платы за содержание и пользование».

Глазная больница открылась 11 июля 1826 года в доме Ланге у Никитских ворот и имела в своем составе 20 коек и комнату для приема больных. Пропускная способность амбулатории была 30 больных в день.

Первым главным врачом был Петр Федорович Броссе. Он проработал в этой должности 31 год, оставляя в пользу больницы все свое жалование.

Читатели и редакция газеты «Поле зрения» поздравляют руководство и сотрудников больницы со знаменательным юбилеем – 185-летием со дня основания. Здесь работали известные ученые, врачи, с именем которых связаны успехи нашей страны в офтальмологии. И сегодня ваша больница является одним из крупнейших отечественных научно-лечебных центров в офтальмологии. Вы по праву славитесь богатыми традициями и качеством той помощи, которую ежедневно оказываете пациентам. Желаем вам новых успехов и всего самого доброго!

На пожертвования горожан 8 мая 1830 года у графини Дмитриевой-Мамоновой был куплен каменный дом с мебелью и надворными постройками на углу Тверской улицы и Мамоновского переулка, и 15 ноября 1830 года глазная больница разместилась в этом здании, где и располагается до сих пор.

В 1845 году в здании глазной больницы была устроена домовая церковь Христа Спасителя, которую освятил митрополит Московский Филарет.

Во время Первой мировой войны в здании глазной больницы был открыт лазарет для раненых бойцов.

> стр. 4



Сан-Диего – офтальмологическая столица марта 2011 года



С 25 по 29 марта 2011 года в Сан-Диего, США, прошел симпозиум Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии (ASCRS) и конгресс Американского общества офтальмологических администраторов (ASOA).

Последние научные достижения, технические новинки, тематические лекции – все это и многое другое ожидало офтальмологов со всего мира в уютном бизнес-центре живописной бухты города, в самом сердце делового квартала.

Американское общество катарактальной и рефракционной хирургии и Американское общество офтальмологических администраторов предложили вниманию участников конгресса важнейшие образовательные программы для



хирургов переднего отрезка глаза, а также для специалистов широкого профиля.

Эти программы были разработаны с учетом самых современных техник хирургии и лечения. Они также включают в себя описания

последних технических разработок, методик хирургии, высококачественные клинические и хирургические предложения для технических специалистов и медсестер.

В ходе конгресса в Сан-Диего были проведены дни, посвященные

проблемам глаукомы, заболеваниям роговицы, контактной коррекции зрения. Кроме того, все участники конференции могли побывать на многочисленных дополнительных семинарах и принять участие в работе круглых столов. Во время конгресса работали специализированные выставки оборудования и фотографий на офтальмологическую тематику.

А 28 марта прошла 29-я церемония вручения премии за лучшие фильмы по офтальмологии. Призовые статуэтки были вручены в 10 номинациях, а также один гран-при за лучший офтальмологический фильм года. Фильмы-номинанты были присланы из многих стран мира, что сделало 29-ю церемонию вручения премии поистине международной. Все фильмы можно было посмотреть в специальных киосках комплекса для конференций. Во время церемонии зрителям были показаны отрывки из всех фильмов-номинантов на премию.

Кроме того, во время съезда было организовано празднование 25-го дня рождения Американского общества офтальмологических администраторов и множество мероприятий на русском языке, включая прием в честь гостей из стран СНГ, семинар, посвященный новейшему офтальмологическому оборудованию и технологиям 2011 года, обзор лучших докладов Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии.

> стр. 26



И памятью той душа наша будет больна

Я знаю, никакой моей вины
В том, что другие не пришли с войны,
В том, что они — кто старше, кто моложе —
Остались там, и не о том же речь,
Что я их мог, но не сумел сберечь, —
Речь не о том, но все же, все же, все же...

Александр Твардовский, 1966 г.

– Ну, что ты плачешь, медсестра?
Уже пора забыть комбата...
– Не знаю...
Может и пора...
И улынулась виновато.

Среди веселья и печали
И этих праздничных огней
Сидят в кафе однополчане
В гостях у памяти своей.

Их стол стоит чуть-чуть в сторонке.
И, от всего отрешены,
Они поют в углу негромко
То, что певали в дни войны.

Потом встают, подняв стаканы,
И молча пьют за тех солдат,
Что на Руси
И в разных странах
Под обелисками лежат.

А рядом праздник отмечали
Их дети —
Внуки или сыны,
Среди веселья и печали
Совсем не знавшие войны.

И кто-то молвил глуховато,
Как будто был в чем виноват:
– Вон там в углу сидят солдаты —
Давайте выпьем за солдат...

Все с мест мгновенно повскакали,
К столу затихшему пошли —
И о гвардейские стаканы
Звенела юность от души.

А после в круг входили парами,
Но, возмев над всеми власть,
Гостей поразбросала «барыня».
И тут же пляска началась.

И медсестру какой-то парень
Вприсядку весело повел.
Он лихо по полу ударил,
И загудел в восторге пол.

Вот медсестра уже напротив
Выводит дробный перестук.
И, двадцать пять годочков сбросив,
Она рванулась в тесный круг.

Ей показалось на мгновенье,
Что где-то виделись они:
То ль вместе шли из окруженья
В те злые памятные дни,

То ль, раненного, с поля боя
Его тащила на себе.
Но парень был моложе вдвое,
Пока чужой в ее судьбе.

Смешалось все —
Улыбки, краски.
И молодость, и седина.
Нет ничего прекрасней пляски,
Когда от радости она.

Плясали бывшие солдаты,
Нежданно встретившись в пути
С солдатами семидесятых,
Еще мальчишками почти.

Плясали так они, как будто
Вот-вот закончилась война.
Как будто лишь одну минуту
Стоит над миром тишина.

Андрей Дементьев, 1972 г.



Здравствуй, моя дорогая сестрёнка!

У нас здесь очень напряженно, каждую минуту
поступают раненые солдаты. Сначала было
страшно и жалко смотреть, что делает война
с русскими ребятами. Много боли и страдания
в глазах солдат. Но на это некогда обращать
внимание, мы просто делаем свою работу,
а её здесь много. Каждый раз, после очередной
смерти опускаются руки, и хочется плакать,
но в следующее мгновение ты забываешь об этом
и продолжаешь бороться за жизнь тех, кто час
назад сражался за нашу Родину.

5 августа 1942 г.



Здравствуй, дорогая мамочка!

Пишет тебе дочь, старший сержант медицинской
службы Марина Игонина. В первых строках своего
письма хочу сообщить тебе радостную весть: мы
сломили хребет фашистским гадам и погнали их
поганой метлой с нашей родной земли. Это было
самое страшное сражение в моей жизни.

После боя было очень много работы, мы валились
с ног от усталости. В конце дня кончился эфир,
и пришлось делать операцию без наркоза. Это
молодой летчик, которому ампутировали обе ноги.
Он не проронил ни слова. Настоящий советский
Человек!

Целую тебя нежно, твоя дочь Марина



Здравствуй, дорогая Танечка!

Прости, давно не писала тебе. Времени
свободного у меня почти нет. Только
появится свободная минутка, как тут же
зовут: «Привезли раненых! Разгрузать!». Тяжело здесь.

После второго фашистского наступления
привезли к нам капитана. Звали его Тарас.
Он был ранен в живот и находился при
смерти. Его прооперировали и вроде бы
он пошел на поправку. Но это все оказалось
мнимым и вскоре его состояние резко
ухудшилось. Он чувствовал, что его дни
сочтены. Знаешь, я впервые видела, как
плачет мужчина. Он плакал не от боли и не
от мысли, что ему осталось жить совсем
немного, а от того, что его две маленькие
дочери останутся без отца.

Целую, Галя
23 ноября 1941 г.

«Наша с вами общая цель – оправдать надежды и доверие граждан»

В Москве 12-13 апреля прошел Всероссийский форум медицинских работников, который собрал более 1000 делегатов из всех субъектов Российской Федерации. Среди участников форума были представители практического здравоохранения, ведущих медицинских ВУЗов и общественных организаций. В мероприятии приняли участие заместитель Председателя Правительства РФ Александр Жуков, Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова, руководители региональных министерств здравоохранения.

В первый день работы в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова прошли заседания тематических секций, «круглые столы» по вопросам развития медицинского страхования, совершенствования медицинской помощи взрослому населению, модернизации службы родовспоможения и педиатрии, развития системы высшего и послевузовского медицинского образования.

Особое внимание участники форума уделили вопросу реализации региональных программ модернизации здравоохранения. На финансовое обеспечение этих программ в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011-2012 годы запланировано 460 млрд рублей, включая более 385 млрд рублей на региональные программы модернизации и более 74 млрд – на программы модернизации федеральных государственных учреждений.

13 апреля в Российском кардиологическом научно-производственном комплексе состоялось пленарное заседание форума, на котором выступил Председатель Правительства РФ Владимир Путин.

Он в частности отметил, что «сбережение нации» (выражение А.И. Солженицина) остается важнейшим приоритетом государства. «Мы последовательно увеличиваем инвестиции в социальную сферу, образование, здравоохранение и, начиная с 2006 года, приступили к реализации, как вы знаете, национальных проектов, в каждом из которых есть ярко выраженная демографическая составляющая».

С 2005 года продолжительность жизни в стране выросла почти на четыре года: рождаемость – на 19%, а смертность уменьшилась более чем на 11%. При этом значительно (на треть) снижен уровень младенческой смертности. С 2005 по 2010 год, например, продолжительность жизни в России увеличилась с 65,3 до 68,9 – почти до 69 лет.

«Все меньше наших граждан умирает от туберкулеза и от дорожных травм. Начала снижаться смертность от болезней системы кровообращения и от онкологических заболеваний. Есть определенные снижения и от болезней системы кровообращения. Там цифры гораздо более скромные – 4,5%, но за ними конкретные люди, жизни конкретных людей».

Около 10 тыс. лечебных учреждений получили современную медицинскую технику, а служба скорой помощи – более 13 тыс. автомобилей, новых, хорошо оборудованных. Время ожидания диагностических обследований в поликлиниках сократилось более чем в 3 раза, почти в 2 раза сократилось время приезда к пациентам бригад скорой помощи.

В рамках программы «Родовой сертификат» медицинская помощь оказана около 8 млн женщин и около 4 млн новорожденным.

Зарплата врачей, работающих по системе родового сертификата, в среднем повысилась на 20%. В 2010 году открылось 11 перинатальных центров, оснащенных самым современным оборудованием. До конца текущего года будет открыто еще 12 центров.

За последние пять лет более 1 млн пациентов получили высокотехнологичную медицинскую помощь. На сегодняшний день в стране работают 7 медицинских центров, оборудованных по последнему слову техники – в Пензе, Чебоксарах, Астрахани, Хабаровске, Красноярске, Челябинске, Тюмени. В 2011 году должно быть введено в строй еще 5 таких центров.

Однако, особо подчеркнул В. Путин, продолжительность жизни в стране значительно ниже, чем в соседних странах на 8-10 лет. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний превышает показатели стран Западной Европы в 4-5 раз, младенческая смертность – в 1,5-2 раза выше.

Более 30% российских больниц не имеют горячей воды, свыше 8% –

водопровода, 9% – канализации. Четверть медицинских учреждений нуждается в капитальном ремонте, более 60% рентгеновских аппаратов и почти половина аппаратов УЗИ и электрокардиографов выработали свой ресурс.

Зарботная плата многих медицинских работников едва превышает прожиточный минимум.

В ближайшие два года в региональные программы будет вложено дополнительно 460 млрд рублей. Средства пойдут на приведение в порядок сети медучреждений в российских городах и селах.

Далее в своем выступлении премьер остановился на приоритетных вопросах, на которых необходимо сконцентрировать усилия власти и врачебного сообщества.

Прежде всего, предстоит укрепить первичное звено здравоохранения – районные, городские больницы и поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты и амбулатории на селе.

В ближайшие два года будет отремонтировано более 40% государственных и муниципальных лечебных учреждений, завершено строительство всех начатых объектов. В систему здравоохранения поступит более 100 тыс. единиц современной медицинской техники. На эти цели будет направлено 100 млрд рублей из федерального бюджета, что составляет около половины сегодняшнего годового объема рынка медицинской техники.

В полной мере должен заработать новый закон «О медицинском страховании». Для гражданина это будет означать возможность выбрать врача, страховую компанию, медицинское учреждение, где ему предоставят лучшую медицинскую помощь.

«Мы с вами говорили, какие значительные ресурсы необходимы для модернизации здравоохранения, говорили о поставках современного оборудования и о ремонте помещений,



© «РИА Новости», Алексей Никольский

зданий, сооружений. Но мы никогда не добьемся успеха, если не сможем изменить отношение медицинских работников к себе и своему труду».

Но и сами медицинские работники заслуживают того, чтобы их услышали. «Не секрет, что, получив высшее образование, врачи, придя в больницу или поликлинику, получают ставку 5-7 тыс. рублей в месяц и чтобы прокормить семью вынуждены совмещать по несколько ставок, набирать ночные дежурства, работать порой по две смены подряд».

Абсолютно очевидно, что медицинские работники должны получать достойную заработную плату. Ввод новых стандартов, в которых будет четко прописано, сколько получит за оказание того или иного вида помощи врач, фельдшер, медсестра, – хороший инструмент для решения этой проблемы. При этом тариф оплаты труда медработника будет выше, чем сейчас. В результате за два года фонд заработной платы медработников должен увеличиться на 30-35%.

На 2% повышены взносы в Фонд обязательного медицинского страхования. Начиная с 2013 года, эти отчисления будут целиком направляться на финансирование медицинской помощи, включая оплату труда медработников, что должно привести к дальнейшему заметному росту заработной платы.

Но материальное положение и условия жизни медработников во многом зависят и от региональных властей.

В качестве положительного примера В. Путин привел Пензенскую область, где врачи ряда востребованных специальностей получают ежемесячную региональную надбавку в размере 10 тыс. рублей, операционные сестры – в размере 5 тыс. рублей. В мае в области будет запущена программа привлечения специалистов. Врач, в том числе выпускник вуза, приехавший на работу в Пензенскую область, получит финансовую помощь. «За три года работы размер таких подъемных составит 375 тыс. рублей, в том числе их можно использовать и на погашение ипотечных кредитов для решения жилищных вопросов. 150 тыс. рублей – первые единовременные выплаты, 50 тыс. рублей – по окончании первого года работы, 75 тыс. рублей – по окончании второго года работы и 100 тыс. рублей – по окончании третьего года работы».

В заключение Владимир Путин отметил, что от того, может ли человек получить качественную медицинскую помощь, от того, в каких условиях работают врачи и медсестры, как они выполняют свой долг перед пациентом, зависит судьба конкретных людей, их семей, будущее всего государства. «Цена задуманных нами преобразований очень высока, но еще выше цена надежд и ожиданий миллионов граждан России. И наша с вами общая цель – оправдать эти надежды и это доверие граждан. Думаю, мы вместе с вами эту задачу вполне в состоянии решить».

Комплекс iLASIK для рефракционных и кератопластических операций



Abbott
Medical Optics

- © Фемтосекундный лазер IntraLase iFS
- © Эксимерлазерная система VISX Star S4 IR
- © Абберометр WaveScan WaveFront

Stormoff®
group of companies

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

МОСКОВСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ – 185 ЛЕТ

< стр. 1

Перед Великой Отечественной войны в связи с реконструкцией Тверской улицы здание глазной больницы было передвинуто на свое настоящее место – в Мамонский переулок.

В годы Великой Отечественной войны в стационаре развернулся глазной эвакуационный госпиталь, где прошли лечение более 9 тысяч раненых, из которых 82,4% возвратились в строй, было произведено 10398 операций.

С первых лет существования в Московской глазной больнице велась напряженная работа по оказанию специализированной офтальмологической помощи населению Москвы.

*Ежегодно
в стационаре
проходят лечение
10 000 – 12 000
больных*

В разные годы больницу возглавляли П.Ф. Броссе (1826-1857), В.Ф. Броссе (1857-1864), проф. Г.И. Браун (1864-1897), д.м.н. С.Н. Лансечников (1897-1911), проф. С.С. Головин (1911-1917), Н.Н. Дислер (1917-1930), А.Е. Наджаров (1930-1938), Б.М. Лапук (1938-1944), Е.Б. Рабкин (1944-1946), Эйдельман (1946-1947), проф. М.Л. Краснов (1947-1951), И.А. Любченко (1951-1979), заслуженный врач РФ В.В. Перламутрова (1979-1987), заслуженный врач РФ В.М. Житенев (1987-2009).

В больнице работали известные офтальмологи – профессора В.П. Одинцов, А.Н. Маклаков, В.П. Страхов.

Некоторое время работали в больнице академики В.П. Филатов и М.И. Авербах.

В стенах больницы закончили клиническую ординатуру многие офтальмологи, ставшие впоследствии известными учеными: Р.А. Гундорова, А.Ф. Бровкина, Е.С. Либман, В.И. Морозов, Н.К. Серова, З.И. Мороз и др.

В разные годы заведовали отделениями больницы высококвалифицированные врачи, известные за пределами больницы: Е.М. Боцавер, С.Е. Шварц, Е.М. Иванова, А.Л. Клыкова, С.Я. Золотникова, В.Ф. Железнова, Л.С. Гудкова и др.

По мере развития офтальмологии силами сотрудников больницы были созданы и начали функционировать специализированные и диагностические службы.

Патоморфологическую лабораторию возглавила к.м.н. В.М. Шепкалова. Сотрудники лаборатории В.М. Шепкалова, А.А. Харасанян-Тадэ и О.Н. Дислер создали атлас «Внутриглазные опухоли», ставший академическим изданием.

В послевоенные годы были организованы: кабинет функциональной диагностики (по инициативе проф. Н.А. Вишневого), физиотерапевтическое отделение (Э.И. Шапиро), кабинет сложной рефракции и косоглазия (Аккерман), кабинет глазного протезирования (В.Н. Ванек).

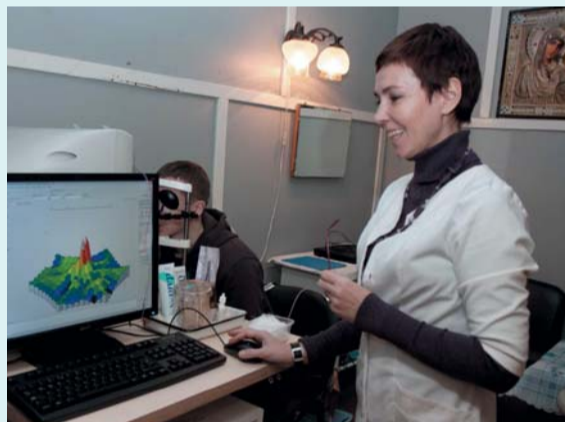
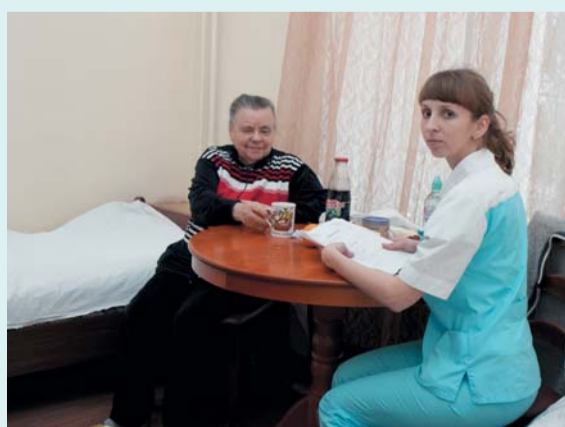
В конце 50-х годов был открыт первый в стране офтальмоонкологический кабинет (Г.Г. Зянгириова)



Академик Алевтина Федоровна Бровкина



Академик Лариса Константиновна Мошетова

Заведующая диагностическим отделением
Алла Николаевна ИвановаЗаведующая 3-м хирургическим отделением
Ирина Васильевна ГудоваОперацию фактоэмulsionификации проводит
доктор А.И. СамойленкоВрач Наталья Евгеньевна Зубарева проводит
мультифокальную ЭРГЗаведующий операционным блоком
Александр Игоревич СамойленкоВрач диагностического отделения
Александр Валерьевич ДобросердовСправа налево: И.В. Гудова, Ч.К. Фазли,
Т.В. Каверзнева, А.Е. Полянская, Е.В. Ширшова,
Т.И. Лагерева

Палата 3-го хирургического отделения

с радиоизотопной лабораторией (Н.Г. Пережогина) и первый специализированный кабинет по диагностике и лечению туберкулеза глаза (Н.С. Гонтуар), первый городской центр контактной коррекции зрения (Л.М. Тюханов).

Одним из первых в стране в глазной больнице был освоен и внедрен в практику метод ксенонной коагуляции (В.В. Перламутрова, Е.С. Либман), на базе разработанных методик был открыт городской центр лазерной хирургии (к.м.н. С.И. Курченко, Л.Г. Эстрин, к.м.н. А.М. Пластилина).

В 1973 году на базе десятилетиями существовавшего кабинета организовано самое крупное в городе отделение глазной неотложной помощи (Г.С. Зайцева, к.м.н. Л.В. Шиф).

С 16 января 1958 года больница утверждена как организационно-методический, лечебно-диагностический и консультативный центр.

Сегодня Офтальмологическая клиническая больница – мощный специализированный центр (главный врач – профессор, доктор медицинских наук Елена Евгеньевна Гришина), в составе

*Нагрузка
консультативной
поликлиники –
250 000
посещений
в год*

которого имеется консультативно-диагностическая поликлиника на 250 тысяч посещений в год, стационар на 240 коек и лаборатория контактной коррекции.

Офтальмологическая клиническая больница всегда являлась не только лечебным учреждением, но и научно-педагогической и лечебной базой Российской медицинской академии последипломного образования (ректор – академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор Л.К. Мошетова). На базе Офтальмологической клинической больницы ежегодно проходят обучение десятки городских и клинических ординаторов, очных и заочных аспирантов.

Постоянное деловое взаимодействие с кафедрами офтальмологии способствовало становлению научного подхода врачей больницы к своей лечебной деятельности, научному обобщению практических результатов работы, изданию значительного количества учебно-методических пособий, защите научных диссертаций.

В настоящее время в больнице трудятся, не считая профессорско-преподавательского состава кафедр, два доктора медицинских наук (Е.Е. Гришина, А.Ю. Слонимский), заслуженный врач РФ (Т.М. Александрова), пятнадцать кандидатов медицинских наук (И.Ф. Борисенко, И.В. Гудова, С.И. Курченко, Н.Г. Овчарова, А.М. Пластилина, М.Ю. Лернер, С.Ю. Нечеснюк, А.В. Самойленко, Н.Е. Вандич, Н.Я. Борисова, И.В. Воробьева, Е.П. Садовская, М.Е. Зыбин, С.А. Игнатьев, Л.А. Василевич), 72 врача имеют высшую квалификационную категорию. ■

«На первом месте у нас больной, и мы готовы сделать все, чтобы ему помочь. Говорю это с гордостью»



Каждому из нас приходится обращаться к докторам. На каждом шагу мы сталкиваемся с проблемами, которые касаются не только здоровья, но и отношения к нам со стороны медицинского персонала, качества оказываемой помощи, чуткости. Не секрет, что сегодняшняя медицина сама переживает трудные времена. Где искать выход из сложившейся непростой ситуации? На эти и другие вопросы газете «Поле зрения» отвечает доктор медицинских наук, профессор Елена Евгеньевна Гришина, главный врач Московской офтальмологической клинической больницы.

Встретились мы с Еленой Евгеньевной задолго до начала рабочего дня. У нее, как у руководителя крупного медицинского учреждения, день расписан по минутам. На протяжении всей нашей беседы я ловил себя на мысли, что такая с виду хрупкая женщина одарена несомненным талантом. Она занимается наукой, оперирует и ведет сложное больничное хозяйство. Не просто руководить предприятием, особенно с богатой историей, которую надо хранить и приумножить.

– Мало кто может похвастаться 185-летней историей. Больница была построена для немущих граждан на народные деньги и деньги меценатов. Представляете, все эти годы она оставалась глазной больницей. Даже в трудные времена Первой мировой и Великой Отечественной войн здесь был глазной госпиталь, то есть больница никогда не меняла свой профиль.

В этих стенах живы традиции, сформированные почти два века тому назад, традиции гуманизма в сочетании с высоким профессионализмом. На первом месте у нас больной, и мы готовы сделать все, чтобы ему помочь. Говорю это с гордостью.

Вопрос «как заработать деньги» стоит на втором плане, хотя эта тема становится для нас все более актуальной. Мы занимаем определенную нишу, наши больные – это москвичи, которые в основном не могут позволить себе лечиться в дорогих частных клиниках. Но к нам может обратиться любой пациент, богатый и бедный.

А помощь мы умеем оказывать, с моей точки зрения, неплохо. Более трети всех офтальмологических больных Москвы (35%) лечатся в этих стенах, 12 тысяч пациентов в год проходят стационарное лечение, и четверть миллиона человек ежегодно обращаются в консультативную поликлинику.

– Судя по этим цифрам, в Москве много людей, нуждающихся в офтальмологической помощи...

– Офтальмологических больных действительно много, в том числе и молодежи. В нашей больнице проводится экспертиза призывников и допризывников, причем мы являемся экспертным учреждением, то есть, когда возникают сложные для диагностики или конфликтные ситуации, мы являемся конечной инстанцией.

– Елена Евгеньевна, едва ли не самая острая проблема российского здравоохранения вообще

и офтальмологии в частности – это различия в состоянии материальной базы и подготовленности кадров в разных регионах страны. Москва в этом отношении считается благополучным городом. Считаете ли Вы благополучным учреждение, которым заведуете?

– Безусловно, не считаю. Здание давно не ремонтировалось, требует ремонта. Последнее вложения были очень незначительными. Достаточно сказать, что в прошлом году мы вынуждены были исхитриться и на копейки подготовиться к зиме.

В плане оснащения у нас есть все для того, чтобы оказывать все виды помощи на самом высоком технологическом уровне. Другое дело, что помощь мы оказываем в рамках Обязательного медицинского страхования, и наши затраты далеко не всегда окупаются средствами ОМС. Тем не менее, мы сознательно идем на это с тем, чтобы хирурги владели самыми передовыми методиками, чтобы мы не отстали от современного уровня оказания офтальмологической помощи. Однако значительная часть оборудования принадлежит не нам. И ради того чтобы иметь это оборудование, мы участвуем в различных городских программах здравоохранения, часть аппаратуры принадлежит кафедре и находится в нашем совместном пользовании, что-то нам дают на апробацию, и мы охотно идем на это, чтобы работать на современной аппаратуре. Каждый год мы обновляем инвентарий, чтобы он был самым последним, потому что от аппаратуры, инструментария хоть и не полностью, но во многом зависит качество оказания офтальмологической помощи.

– С 2011 года начинается программа модернизации здравоохранения. Как программа отразится на МОКБ? Будет ли увеличено финансирование клиники?

Мы возлагаем большие надежды на эту программу, т.к. финансовая поддержка поможет провести необходимые ремонтные работы и оснастить больницу современным оборудованием.

На базе нашей больницы есть офтальмоонкологический центр, и я очень надеюсь, что на содержание этого центра мы получим дополнительное финансирование. Как известно, онкология находится среди приоритетных направлений, а мы – единственный в Москве городской центр, рассчитанный абсолютно на всех москвичей. Более того, в России аналогичных центров только четыре, а патология очень серьезная.

– Как, на Ваш взгляд, может повлиять на клинику реформа ОМС?

– Как известно, с 1 января 2012 года все лечебные учреждения постепенно переходят на одноканальное финансирование. Сейчас финансирование происходит из двух источников. Во-первых, это средства ОМС, то есть то, что мы сами зарабатываем. Эти деньги расходуются по 5 основным статьям: заработная плата, начисления на заработную плату, питание больных, медикаменты и расходные материалы, и так называемый «мягкий инвентарь». Мягкий инвентарь – это простыни, пеленки, операционные костюмы для сотрудников и для пациентов. Из бюджета города мы получаем средства на содержание больницы: охрана, пожарная безопасность, транспорт, поддержание технического состояния здания, текущий ремонт.

Со следующего года деньги мы будем получать только из Фонда ОМС. При этом тарифы, безусловно, будут увеличены с учетом наших расходов на коммунальные нужды. Смысл новой системы финансирования в том, чтобы лечебные учреждения более рационально использовали средства, чтобы стремились зарабатывать больше денег, чтобы более разумными стали штатные расписания. Я не хочу сказать, что впереди нас ждут плохие времена, но то, что они будут трудными, я нисколько не сомневаюсь. Любые перемены – это всегда сложные задачи, требующие неординарных решений, напряжения всего коллектива. На отчетном собрании по итогам прошлого года я прямо сказала, что наше благосостояние теперь во многом будет зависеть от каждого из нас, от того, сумеем ли мы экономно расходовать средства.

– Главный врач – это больше администратор, чем врач. По крайней мере, так принято считать. У вас больше времени уходит на науку или на решение административных вопросов?

– Главный врач – это, прежде всего, администратор. И если распределить мой рабочий день, то часов 6-7 уходят на административные дела. А на лечебную и научную работу – значительно меньше, 2-3 часа в день. Мой рабочий день, как правило, начинается в 7.30 утра с обхода стационара и поликлиники, а заканчивается не раньше 6-7 часов вечера, часто еще позже. То есть, как и любой главный врач, работе я отдаю 10-12 часов в день. Оставлять лечебную работу я не хочу: я считаю, что хорошо только тот

главный врач, кто на себе испытывает все тяготы и трудности лечебного процесса. Мне не нужно объяснять, что необходимо купить именно такой инвентарий, потому что я сама работаю и знаю, что да, действительно, этот инструмент лучше, что с этими кондиционерами в операционной будет комфортнее и больному и персоналу. Я считаю, что это правильный подход, но это, конечно, не просто – работать с такой нагрузкой.

В плане научной работы, я считаю, что вклад нашего учреждения в офтальмологию довольно значительный. Позволю себе одно сравнение. Возьмем научно-исследовательский институт: там есть все условия для разработки новых видов операций, новых методик, создания новых приборов. А в условиях нашего учреждения можно отлаживать методики, делать выводы на очень большом клиническом материале, так как больных очень много. Это немного другое направление, но тоже очень важное. На базе нашей больницы существует кафедра офтальмологии Российской академии последипломного образования. Заведует кафедрой академик РАМН Лариса Константиновна Мошетьева, она же является и ректором Академии. Тесный контакт с сотрудниками кафедры позволяет нашим врачам разрабатывать различные научные направления, внедрять в жизнь самые современные методики, иными словами, принимать самое активное участие в научной работе, что является, безусловно, очень важным. Да, кафедре офтальмологии РМАПО, в прошлом это ЦОЛИУВ* или ЦИУВ**, уже 80 лет. Это серьезная дата. Я считаю, нашей больнице очень повезло, что у нас базируется такая кафедра. Интересный факт: Вы, вероятно, знаете, сегодня в офтальмологии два академика, обе женщины и обе работают на нашей базе.

– Вам, очевидно, приходится общаться с коллегами из разных городов, с главными врачами провинциальных больниц. Сильно ли их заботы и проблемы отличаются от Ваших?

– Ситуация очень неоднозначная. У нас есть очень крупные и успешные клиники во многих регионах. Например, Областная больница в Удмуртии, где главным врачом работает профессор Виктор Владимирович Жаров. Это

очень хорошо оснащенная больница, одна из передовых, очень мощных клиник. Офтальмологический центр в Самаре, которым руководит профессор Андрей Владимирович Золотарев, – тоже прекрасная оснащенная клиника. Далеко не каждый научно-исследовательский институт в Москве располагает таким оборудованием, как фемтосекундный лазер, а в Самаре – есть. Офтальмологи в Самарском центре владеют новыми, современными методиками. Много интересных научных разработок ведется на кафедре в Ярославском медицинском институте под руководством профессора В.В. Страхова. В Ростове-на-Дону работает крупный специалист в области патологии сетчатки – профессор Юрий Иванович Иванишко. То есть нельзя сказать, что в провинции офтальмология слабее. В стране, конечно, много больниц, уровень которых пока ниже, чем в крупных клиниках, однако всегда существует возможность направить больных в крупные межрегиональные центры или в Москву.

– В одном из интервью академик А.Ф. Бровкина, которая закончила в МОКБ ординатуру, сказала, что счастлива вновь здесь работать.

– А.Ф. Бровкина – ученый с мировым именем. Вклад в офтальмоонкологию Алевтины Федоровны не оценим. Я очень рада, что москвичи имеют возможность у нее лечиться. Алевтина Федоровна – высококвалифицированный человек, она будет оказывать помощь любому человеку вне зависимости от его социального положения, от его достатка. Это соответствует тем традициям, которые зародились в больнице давно, еще в позапрошлом веке, и продолжены уже нашим поколением.

– Каков Ваш девиз?

– Не могу сказать, что есть какой-то девиз, я не сторонник пафосных фраз. Считаю, что каждый на своем месте должен добросовестно работать, тогда все получится. Люди у нас талантливые. Мы можем гордиться нашим персоналом. Люди работают в больнице по 30-40 лет, любят свою работу. Человек, который ориентирован только на то, чтобы заработать деньги, здесь не приживается. Может это и хорошо.

– Благодарю Вас!

Вместо послесловия

По всем прогнозам я должен был ослепнуть после травмы, но попал в 4-е хирургическое отделение МОКБ. Милостью Божьей Врачи спасли мне зрение... Большое вам спасибо, всего самого хорошего и доброго.

Александр

Беседу вел Сергей Тумар

*Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей.

**Центральный институт усовершенствования врачей.

«Глаукома: теория и практика»

24-25 февраля 2011 года, Санкт-Петербург

С докладом «Хирургия глаукомы на ранних стадиях: аргументы «за» и аргументы «против» выступил А.В. Куроедов (Москва). С проблемой выбора метода лечения пациентов с глаукомой сталкивается каждый офтальмолог. Первоочередным фактором при определении тактики лечения должен быть показатель прогрессирования заболевания. Принятие решения об оперативном лечении должно основываться

24-25 февраля 2011 года в бизнес-центре отеля «Парк Инн Пулковская» в рамках ежегодной Российской Глаукомной Школы состоялась конференция «Глаукома: теория и практика», организованная кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. Учитывая практическую направленность Школы, доклады были подобраны, исходя из интересов практикующих врачей. С приветственным словом выступил профессор В.Н. Алексеев. Он поздравил участников конференции, пожелав использовать полученные знания в своей ежедневной практике.

Развитие и прогрессирование глаукомы, вероятнее всего, определяется генетическими факторами, которые влияют на интенсивность возрастных изменений и местную реакцию соединительной ткани глаза на возрастные сдвиги.

Интересный доклад о «Создании офтальмологических лекарственных препаратов, адресованных в митохондрии» представил А.А. Замятин. Речь шла о новом препарате «Визомитин, глазные капли»,



В.Н. Алексеев



Е.А. Егоров



А.В. Куроедов



О.А. Малеванная



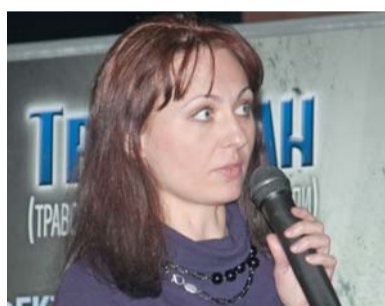
С.Ю. Петров



О.В. Светлова



И.Б. Алексеев



А.Н. Журавлева



Н.В. Панченко



И.А. Лоскутов

на комплексном подходе, включая соотношение теоретических знаний о патогенезе болезни с результатами динамического контроля и установлением характеристик прогрессирования заболевания при сопоставлении возможностей современной рациональной терапии и хирургических возможностей на фоне доверия пациента врачу.

Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург) остановился на особенностях «Синдрома «сухого глаза» у больных глаукомой». Факторами риска развития синдрома докладчик назвал систематическое использование офтальмогипотензивных препаратов, повреждение эпителия роговицы при диагностических манипуляциях и изменение конгруэнтности глазной поверхности и век после операции. Основными направлениями профилактики и лечения синдрома «сухого глаза» профессор считает использование безконсервантных офтальмогипотензивных препаратов, повреждение эпителия роговицы при диагностических манипуляциях и изменение конгруэнтности глазной поверхности и век после операции. Основными направлениями профилактики и лечения синдрома «сухого глаза» профессор считает использование безконсервантных офтальмогипотензивных препаратов, повреждение эпителия роговицы при диагностических манипуляциях и изменение конгруэнтности глазной поверхности и век после операции.

С.Ю. Петров (Москва) рассказал о «Принципах индивидуального подхода в современной диагностике и медикаментозном лечении глаукомы». Докладчик подробно остановился на особенностях современной диагностики, включающей тонометрию с учетом биомеханических свойств роговицы, статическую периметрию и анализ диска зрительного нерва. Согласно европейским рекомендациям, следует осуществлять выбор метода лечения, исходя из анализа уровня прогрессии

глаукомной нейропатии и предположительного срока жизни пациента. Необходимо повышать комплаентность и качество жизни больного, исходя из принципа монотерапии при подборе медикаментозного лечения, а также при возможности использовать фиксированные комбинации. Хирургическое лечение следует рассматривать при отсутствии эффекта препаратов и лазера, невозможности их применения (отсутствие, непереносимость, низкая комплаентность, географический фактор). Профессор Н.В. Панченко (Харьков) остановился на влиянии препарата Нормофтал из группы регуляторных пептидов на состояние диска зрительного нерва и нейронального пояса у больных первичной открытоугольной компенсированной глаукомой. По результатам исследования, после окончания курса лечения отмечено увеличение средней толщины нейронального пояса (по данным ОСТ) в 87,8% глаз. Препарат переносился хорошо, аллергических реакций отмечено не было.

О результатах исследования «Современных аспектов качества жизни больных глаукомой» рассказала доцент О.А. Малеванная (Санкт-Петербург). Для улучшения качества жизни необходимо информировать больных и их родственников о сущности заболевания, так как достоверная информация позволяет им лучше адаптироваться в новых условиях, уменьшает ощущение напряжения и страха, повышает приверженность к лечению и качество жизни больных.

С подробным анализом «Фиксированных комбинаций в гипотензивном лечении первичной глаукомы» выступил доцент М.А. Левко (Санкт-Петербург). Преимуществом фиксированных комбинаций можно считать повышение приверженности к терапии за счет упрощения дозирования, снижения количества рецептов, флаконов и инстилляций в день, улучшение переносимости за счет снижения общей дозы консерванта, уменьшение финансовых затрат, более

высокую гипотензивную эффективность комбинированных форм и отсутствие эффекта вымывания одного препарата другим. Докладчик акцентировал внимание на основных положениях комбинированной терапии согласно европейским рекомендациям.

С интересной лекцией по «Применению современных методов исследования полей зрения в диагностике и лечении глаукомы» выступила Л.А. Запорожец (Санкт-Петербург). Был приведен сравнительный анализ современных статических периметров как отечественного, так и зарубежного производства (Перитест, Осторус, Humphrey, Tomey), включающий принципы, программы исследования и сопоставимость результатов.

О послеоперационном долечивании глаукомных больных в докладе «Состояние зоны фильтрации и способах воздействия» рассказал И.А. Лоскутов (Москва). Идеальная фильтрационная подушка, по мнению докладчика, должна быть асимптоматичной, косметически приемлемой, иметь нечеткие границы перехода в нормальную конъюнктиву и сопровождаться компенсацией ВГД без гипотензивной терапии. Автор подробно остановился на видах патологических подушек и методах их коррекции, включающих ниддинг, применение антиметаболитов, инъекции аутологичной крови, ушивание, лазерную пунктуру, диатермокоагуляцию и иссечение.

Второй день конференции начался с симпозиума по нормотензивной глаукоме при поддержке компании «Alcon». Открыл заседание профессор Е.А. Егоров докладом «Особенности клиники и лечения глаукомы нормального давления». Основными механизмами развития нейропатии при данной патологии считаются снижение толерантности диска к ВГД вследствие наследственных особенностей архитектуры решетчатой пластинки, нарушения гемодинамики в сосудах зрительного нерва, а также клеточный апоптоз

(запрограммированная гибель клеток), обусловленный ишемией и превышением ВГД индивидуальной нормы диска зрительного нерва. В докладе были определены критерии диагноза глаукомы с нормальным давлением. В качестве алгоритма ведения пациентов предложено снижение ВГД на 30% от исходного, назначение монотерапии простагландинами или их фиксированной комбинации с бета-блокаторами, добавление препаратов второго ряда (ингибитора карбоангидразы), при отсутствии эффекта – лазерное или хирургическое лечение. В продолжение темы С.Ю. Петров представил интерактивный клинический случай диагностики и терапии пациентки с глаукомой низкого давления.

Профессор И.Б. Алексеев (Москва) представил сообщение «Мониторинг больных, перенесших антиглаукоматозную операцию», остановившись на особенностях осложнения хирургии в различные сроки послеоперационного периода. Профессор подчеркнул, что, даже успешно миновав возможные осложнения, в отдаленном периоде также необходимо осуществлять динамическое наблюдение с контролем ВГД 1 раз в 3 месяца, а поля зрения и диска – 1 раз в полгода. Не ранее чем через 3 месяца после операции можно подключать комплексное нейропротекторное лечение. В случае необходимости возможно усиление гипотензивного эффекта медикаментозными препаратами различных групп (кроме миотиков).

«Новый взгляд на роль соединительной ткани глаза в патогенезе первичной открытоугольной глаукомы» представила А.Н. Журавлева (Москва). По ее данным, при глаукоме характерные деструктивные изменения соединительной ткани глаза (трабекула, склера) обусловлены накоплением несвойственной соединительной ткани глаза типа коллагена, что, возможно, играет пусковую роль в развитии дистрофических изменений соединительной ткани глаукомных глаз.

известном как «капли Скулачева». В настоящее время уже разработана нормативная документация, проведены исследования по безопасности и фармакокинетике. Проводятся клинические исследования Визомитина по глаукоме, катаракте, подготавливается исследование по возрастной макулярной дистрофии и синдрому «сухого глаза».

Доклад доцента О.В. Светловой (Санкт-Петербург) был посвящен «Ригидности и флуктуации склеры в ранней диагностике глаукомы». Автор отметила, что в ранней диагностике глаукомы необходимо учитывать уровень патологических изменений этих параметров соответственно возрастной группе. Ригидность и флуктуация склеры достоверно определяются на пневмоанализаторе ORA по соответствующим критериям, увеличение ригидности и уменьшение флуктуации отражают патофизиологические процессы, происходящие при прогрессировании глаукомы.

В заключение конференции выступил профессор М.И. Разумовский (Санкт-Петербург) с сообщением о «Динамике первичной инвалидности и критерии ее определения при глаукоме». Вопрос о направлении на медико-социальную экспертизу обычно возникает у больных со 2-й и 3-й стадиями заболевания в связи с нарушениями зрительной функции, когда глаукоматозный процесс двухсторонний, нестабилизированный, а клинико-трудовой прогноз неблагоприятный. Такое состояние может ограничивать способность трудиться или получать профессиональное образование, Эти проблемы обусловили необходимость социальной защиты. При определении сроков переосвидетельствования необходимо учитывать реабилитационный потенциал и прогноз.

В заключение хотелось бы отметить хорошую организацию конференции, которая отличалась насыщенностью программы и ее практической значимостью.

Специально для газеты «Поле зрения» С.Ю. Петров (фото автора)

Всемирный день борьбы с глаукомой



На протяжении многих лет во всем мире глаукома занимает лидирующие позиции среди причин необратимой слепоты. По инициативе Всемирной ассоциации глаукомных обществ (WGA) и Всемирной ассоциации пациентов с глаукомой (WGPA) в 2008 г. впервые проведен Всемирный день борьбы с глаукомой. В рамках этого ежегодного мероприятия 3 марта 2011 г. в Москве при поддержке компаний Pfizer и Герофарм состоялось заседание, формат которого включал проведение телемоста, соединившего Москву и Санкт-Петербург, что позволило узнать мнение ведущих специалистов по вопросам профилактики, диагностики и эффективного лечения глаукомы.

Открывая заседание, главный офтальмолог России, координатор Российского национального комитета по предупреждению слепоты, д.м.н., профессор В.В. Нероев подчеркнул, что, по последним данным ВОЗ, в мире заболеваниями органов зрения страдают 314 млн человек, из них 45 млн – абсолютно слепых. В России глаукома составляет 29% случаев в структуре слепоты и слабозрения и занимает первое место среди инвалидизирующих заболеваний. Несмотря на колоссальные усилия, предпринимаемые в борьбе с глаукомой, появление новых медицинских технологий и современных фармацевтических средств эта проблема остается актуальной. Настораживает тот факт, что более 50% случаев заболевания диагностируются несвоевременно.

С целью оптимизации борьбы с глаукомой в нашей стране оперативно внедряются специальные программы, успешно зарекомендовавшие себя во многих странах Европы. По инициативе Российского глаукомного общества во главе с Е.А. Егоровым в 2009 г. стартовала Программа «Фокус на диагностику», в которой на сегодняшний день участвуют практически все регионы РФ, в этом году заработала программа «Optic Nerve Evolution», которая достаточно активно продвигается. Эти программы направлены на внедрение в широкую офтальмологическую практику четкого алгоритма действий, стандарта оказания медицинской помощи при такой сложной нозологии как глаукома, а также на повышение диагностической эффективности путем внедрения образовательных программ. Кроме того, активную просветительскую работу со страдающими глаукомой – «Школу пациентов» – проводит Российское глаукомное общество, благодаря которому на заседании присутствуют ведущие офтальмологи страны.

Научный сотрудник отдела глаукомы НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Д.Н. Ловпаче в своем

выступлении подвела итоги успешности программы «Фокус на диагностику» и отметила, что важнейшее значение имеет ранняя диагностика глаукомы, которая позволяет выработать четкий алгоритм лечения на последующих этапах. За 2 года работы программы 57 лекторов провели свыше 100 круглых столов в более чем 40 городах РФ. Были расставлены необходимые акценты на тех ключевых методах, которые позволяют врачам быть уверенным в диагностике глаукомы.

Российские тенденции оказались созвучными с Европейским глаукомным обществом в стремлении доказательно подтвердить приоритетную роль изменений диска зрительного нерва и перипапиллярной сетчатки над показателями внутриглазного давления при ранней диагностике глаукомы. В связи с этим и была разработана программа «Optic Nerve Evolution», целью которой стало обучение практикующих офтальмологов методом стереоофтальмоскопии, позволяющим выявлять тончайшие изменения слоя нервных волокон сетчатки и диска зрительного нерва, а также правильно интерпретировать выявленные признаки манифестации глаукомы. Существенным преимуществом этой программы является умение офтальмолога, прошедшего обучение, эффективно диагностировать глаукому с помощью только лишь линзы и щелевой лампы.

С докладом «Типы прогрессирования глаукомы. Тактика их медикаментозного лечения. Факторы, повышающие эффективность лечения и их значение» выступил президент Российского глаукомного общества, профессор Е.А. Егоров. Он напомнил собравшимся, что успешность лечения глаукомы зависит от комплаенса, т. е. строгого соблюдения пациентами всех рекомендаций врача. В то же время, по данным зарубежных и отечественных исследований, все еще работает соотношение 50/50, по которому 50% больных в той или иной мере не соблюдают назначения своего врача, а 50% врачей верят в комплаентность своих пациентов. Следовательно, чем более раннее и эффективное лечение использовано, тем более сохранены будут зрительные функции больного. При выборе моно- или комбинированных лекарственных средств необходимо учитывать множество факторов, начиная от соматического состояния до социально-экономической адаптированности пациента. Для стартовой терапии следует использовать эффективные препараты, обладающие минимумом побочных действий, а при переходе на комбинированные средства необходимо учитывать тахифилаксические явления. Общепризнанными для повышения комплаенса являются фиксированные комбинации лекарственных средств. Нередко изначально более дорогие препараты являются в конечном итоге более выгодными для пациентов, в том числе и из-за более эффективного и контролируемого понижения уровня ВГД.

Проведение интерактивного опроса присутствующих на заседании

после завершения первой части выступлений позволило выявить точку зрения офтальмологов на некоторые вопросы, касающиеся ранней диагностики и лечения глаукомы.

Выступление заведующего кафедрой глазных болезней Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.А. Павлова, главного офтальмолога Санкт-Петербурга, профессора Ю.С. Астахова прошло в режиме «on-line» благодаря телемосту между Москвой и городом на Неве. По мнению профессора, выбор гипотензивной терапии при глаукоме не может быть изолированным, без индивидуального учета состояния гемодинамических параметров глаза. Известно, что ухудшение кровоснабжения сетчатки и зрительного нерва является дестабилизирующим фактором даже при нормализации офтальмотонуса. Снижение перфузии как передних, так и задних структур глаза является пусковым механизмом каскада патологических реакций, приводящих к падению зрительных функций, в связи с чем в комплексной терапии глаукомных больных нельзя ограничиваться исключительно гипотензивным эффектом. Особое внимание Юрий Сергеевич уделил важности применения пациентами оригинальных препаратов, состав которых четко фиксирован, а качество проверено временем.

Профессор кафедры офтальмологии РМАПО И.Б. Алексеев рассказал о некоторых особенностях психоэмоционального состояния больных глаукомой. Угроза фатального снижения зрения является крайне негативным фактором, дестабилизирующим психику, более 20% наблюдаемых пациентов отмечали нервозность, бессонницу, печаль,



Открыл заседание главный офтальмолог России, координатор Российского национального комитета по предупреждению слепоты, доктор медицинских наук, профессор В.В. Нероев

тоску. Применение препаратов, оказывающих благоприятное воздействие как на зрительный нерв, так и на психоэмоциональное состояние пациентов, позволяет не только добиться некоторого улучшения зрительных функций, критической частоты слияния мелькающей, но и снизить уровень тревожности и депрессии.

В заключение профессор А.А. Рябцева, руководитель офтальмологического отделения МОНИКИ, главный офтальмолог Минздрава Московской области рассказала об особенностях организации противо-глаукомной службы Московской области. По статистике, в последние 10 лет глаукома занимает третье место по распространенности, уступая только патологии сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. В настоящее время в Подмосковье работают 41 стационар

и 189 кабинетов, оказывающих помощь больным глаукомой, однако для эффективного выявления заболевания и качественного наблюдения необходимо увеличить число специальных глаукомных кабинетов, оснащенных необходимым оборудованием и укомплектованных квалифицированными кадрами.

Выступления ведущих специалистов на заседании, посвященном Всемирному дню глаукомы, обозначили круг проблем, требующих неотложного решения. Только совместные усилия врачей и ученых, заинтересованных в выявлении и эффективном лечении этого заболевания, позволят сохранить зрение пациентам и снизить уровень заболеваемости глаукомой.

Специально для газеты «Поле зрения» О.М. Величко

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Окомистин: чтобы Ваши глаза сияли здоровьем!

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

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

Окомистин обладает широким спектром действия в отношении бактерий, грибов, вирусов и простейших,



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

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

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

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

Окомистин сокращает сроки лечения, уменьшает число рецидивов, вызывает пролонгацию ремиссий при хронических процессах.

Окомистин – однокомпонентный препарат, не содержащий консервантов.

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



Производитель – российская фармацевтическая компания «ИНФАМЕД».

Тел.: (495) 775-83-21; 775-83-22; 775-83-23.

Адрес для переписки: 123056, Москва, а/я 46.

E-mail: infamed@infamed.ru; www.okomistin.ru

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету

«ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ»

со 2-го полугодия 2011 года по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс издания: 15392

X Юбилейная Всероссийская школа офтальмолога «10 школ и 100 лет»

12 марта 2011 года, Снегири, Московская область

Организаторы мероприятия: Департамент здравоохранения Москвы, Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов», Российское глаукомное общество, Московский городской глаукомный центр, Российский государственный медицинский университет.

В соответствии с планом научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 2011 г. и в целях повышения подготовки врачей-офтальмологов и улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи 11-12 марта 2011 г. в пансионате «Снегири» Управления делами Президента РФ прошла X Юбилейная Всероссийская школа офтальмолога.

Мероприятие собрало участников из различных регионов России.

100 лет исполнилось кафедре глазных болезней лечебного факультета РГМУ, которую 10 лет возглавляет д.м.н., профессор Евгений Алексеевич Егоров. В своем выступлении профессор рассказал о миссии ВШО и принципах, в соответствии с которыми школа офтальмологов осуществляет свою деятельность на протяжении 10 лет. Е.А. Егоров рассказал слушателям школы об истории кафедры и об основных направлениях работы в настоящее время.

В первый день конференции прошли два заседания по проблеме «Глаукома». О роли пресбиопии

II дневное заседание «Глаукома» вели сопредседатели: В.Н. Алексеев, И.Б. Алексеев, Ю.С. Астахов, А.А. Рябцева.

О комплексном подходе к лечению глаукомной оптической нейропатии доложила А.А. Рябцева (МОНКИ им. Владимирского, Москва). Доклад «Амбулаторное ведение больных с нестабильным течением глаукомы» представили И.Б. Алексеев, О.Е. Ломкина (РМАПО, Москва). И.А. Лоскутов (Больница им. Семашко, Москва) привел основные результаты измерения амплитуды глазного пульса у пациентов с ПОУГ на фоне терапии фиксированными комбинациями. С интересом был заслушан доклад Н.И. Курышевой (ИПК ФБА, Москва) «О препаратах для местного лечения глаукомы: только ли гипотензивный эффект?» А.М. Набиев (ТашООБ, Ташкент, Узбекистан) сообщил о малоинвазивных оперативных вмешательствах при закрытоугольной глаукоме. В сообщении



Профессор Е.А. Егоров (Москва)



Академик Л.К. Мошетова (Москва)



Член-корреспондент РАМН, профессор С.Э. Аветисов (Москва)



Профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург)



Участники X Юбилейной Всероссийской школы офтальмолога

Офтальмологи приехали, чтобы обменяться мнением по основным проблемам диагностики и лечения глазных заболеваний, а также послушать лекции ведущих специалистов.

Основные вопросы, обсуждавшиеся на конференции, были следующие: глаукома; педиатрическая офтальмология; заболевания переднего отдела глаза и новые подходы к их лечению; витреоретинальная патология глаза.

С приветственным словом к слушателям школы обратились научный руководитель ВШО, академик РАМН, профессор Л.К. Мошетова, научный руководитель ВШО, председатель оргкомитета, профессор Е.А. Егоров и член-корреспондент РАМН, профессор С.Э. Аветисов.

В первый день конференции состоялось заседание, посвященное вопросам патогенеза, новым методам в диагностике, совершенствованию медикаментозного, лазерного и хирургического лечения глаукомы. Сопредседатели I утреннего заседания: С.Э. Аветисов, Е.А. Егоров, Л.К. Мошетова.

Заседание открыл профессор Е.А. Егоров с программным докладом «10 школ и 100 лет». Аналогия была проведена не случайно. Вот уже как 10 лет проводит свои заседания школа офтальмологов, оказывая научную и методическую помощь практикующим врачам,

в патогенезе первичной открытоугольной глаукомы доложили профессор А.В. Золотарев, Е.В. Карлова (НИИ ГБ СамГМУ, Самара). С докладом «Аккомодативная регуляция офтальмотонуса» выступил В.В. Страхов (ЯрГМА, Ярославль). О роли митохондриальной дисфункции в развитии глаукомной оптической нейропатии сообщили В.Н. Алексеев, И.Р. Газизова (СПБГМА им. Мечникова, Санкт-Петербург). С интересом был заслушан доклад Ю.С. Астахова, Е.Л. Аюпова (СПБГМУ им. Павлова, Санкт-Петербург) о необходимости и возможностях скрининга глаукомы. О рациональных подходах к диагностике и гипотензивной терапии ПОУГ рассказал слушателям Е.А. Егоров (РГМУ, Москва). Фиксированным комбинациям в лечении глаукомы посвятил свое выступление В.П. Еричев (НИИ ГБ РАМН, Москва). «Тактика ведения глаукомных больных» – тема злободневная, выступление В.У. Галимовой (ВЦПХГ, Уфа) было заслушано с большим интересом. Д.Н. Ловпаче (МНИИ ГБ им. Гельмгольца) расставила акценты в диагностике и лечении глаукомы. В.Н. Ермакова (МНИИ ГБ им. Гельмгольца, Москва) привела результаты 10-летнего применения проксифелина при лечении ПОУГ и сообщила о нейропротекторном эффекте аденостимуляторов.

«2-й этап при антиглаукоматозной операции НСТ» А.С. Малышев (СОКБ им. Ерошевского, Самара) поделился своими результатами со слушателями конференции.

В докладе «К вопросу о сроках хирургического лечения начальной стадии глаукомы» сообщил А.В. Куроедов (ГВКГ им. Мандрыка). С.Ю. Петров (НИИ ГБ РАМН, Москва) сделал доклад на тему «Лимфатическая система переднего отдела глаза». О роли автоматической статической периметрии в оценке эффективности медикаментозного лечения больных с заболеваниями зрительного нерва сообщила Н.В. Макашева (НИИ ГБ РАМН, Москва). Завершил первый день конференции доклад на тему: «Комплексная психофизиологическая реабилитация инвалидов по зрению в Челябинской области», авторы – И.Е. Панова, О.М. Байбалова, Ю.С. Клевакина (ЧГМА, Челябинск).

III заседание «Педиатрическая офтальмология» прошло во второй день конференции. Сопредседатели заседания: В.В. Бржежский, Л.А. Катаргина, И.М. Мосин, Е.И. Сидоренко.

С докладом «Организация офтальмологической помощи недоношенным детям» выступила Л.А. Катаргина (МНИИ ГБ им. Гельмгольца, Москва). Большой интерес у слушателей школы вызвал доклад Е.И. Сидоренко, Е.Ю. Маркова,

Н.О. Бондарь (РГМУ, Москва) «Нормализация ВГД у недоношенных детей». Современным возможностям хирургического лечения рецидивирующего дакриоцистита у детей посвятили свое выступление В.В. Бржежский, М.Н. Чистякова, И.В. Калинина (СПБГПА, Санкт-Петербург).

«Новые подходы в лечении бактериальной инфекции заболевания переднего отдела глаза» доложили Ю.Ф. Майчук, В.В. Позднякова (МНИИ ГБ им. Гельмгольца, Москва).

IV заседание «Заболевания переднего отдела глаза и новые подходы к их лечению» вели сопредседатели В.У. Галимова, Г.Б. Егорова, С.А. Кочергин, Д.Ю. Майчук.

Были заслушаны доклады: «Контактные линзы и синдром «сухого глаза». Оценка эффективности применения слезозаместителей», авторы – Г.Б. Егорова, Т.С. Митичкина (НИИ ГБ РАМН, Москва); «Сравнительные характеристики диагностики и терапии синдрома «сухого глаза» и конъюнктивитов неясной этиологии», автор – Д.Ю. Майчук (ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва); «Офтальмологическая симптоматика, диагностика и лечение краниоорбитальных повреждений в остром периоде черепно-мозговой травмы», авторы – Л.К. Мошетова, С.А. Кочергин, Н.Ю. Кутровская, О.Д. Левченко (РМАПО, Москва); «Применение глазных капель «Офтавикс» до и после экстракции возрастной катаракты с имплантацией ИОЛ для профилактики инфекционных осложнений», авторы – И.В. Аладинская, В.М. Оя, Н.Ю. Школяренко (НИИ ГБ РАМН, Москва); «Современные аспекты диагностики, клиники и лечения аденовирусной инфекции глаз», авторы – С.А. Кочергин, Г.М. Чернакова, Е.А. Клещева, М.В. Мезенцева (РМАПО, НИИЭиМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва); «Профилактика инфекционных воспалительных осложнений при факкоэмульсификации осложненных катаракт», авторы – И.Э. Иошин, А.И. Толчинская, Ю.Ю. Калинин,

Г.Т. Хачатрян (ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента, Москва).

V дневное заседание «Витреоретинальная патология глаза. Диагностика. Медикаментозное, лазерное и хирургическое лечение» вели сопредседатели: А.Ф. Бровкина, Е.Е. Гришина, А.В. Золотарев, А.Г. Шуко.

С большим интересом были заслушаны доклады: «Эндокринная миопатия: косоглазие. Когда оперировать?», автор – А.Ф. Бровкина (РМАПО, Москва); «Внутриглазные лимфомы. Что мы о них знаем?», автор – Е.Е. Гришина (МОКБ, РМАПО, Москва); «Диагностика и лечение ВМД», авторы – Ю.С. Астахов, А.Б. Лисочкина (СПБГМУ им. Павлова, Санкт-Петербург); «Системные осложнения антиангиогенной терапии ВМД», авторы – Е.А. Егоров, И.А. Романенко (РГМУ, Москва); «Ингибиторы ангиогенеза в лечении различных видов сосудистой патологии глаза», автор – А.Г. Шуко (Иркутский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Иркутск); «Опыт применения ранибизумаба в СОКБ. Опыт 2008-2011», автор – А.В. Золотарев (Самара) «Опыт комбинированного лечения диабетической ретинопатии с использованием лазерного излучения различного спектра длины волн», автор – И.Ю. Мазунин (ННГМА, Нижний Новгород); «Рациональные подходы к ведению больных с «сухой» формой ВМД», авторы – А.А. Гветадзе, Е.П. Виноградова, Е.А. Егоров (РГМУ, 15 ГКБ им. О.М. Филатова, Москва); «Опыт применениянутрицевтиков в лечении возрастной макулярной дегенерации и миопии», автор – В.А. Соколов (РГМА, Рязань).

После каждого заседания состоялась дискуссия. В конференции приняли участие крупнейшие компании офтальмологического оборудования и фармпрепаратов.

Участники ВШО получили в подарок «Национальное руководство по глаукоме», 2-е издание. ¹⁸

Фото Ю.С. Петрова

«Новые технологии в офтальмологии»

Всероссийская научно-практическая конференция

8 апреля 2011 года, Казань

8 апреля 2011 г. в отеле «Ривьера» прошла Всероссийская научно-практическая конференция «Новые технологии в офтальмологии».

Значимость этого мероприятия возрастает год от года. Это объясняется, прежде всего, стремительным развитием офтальмологии, появлением новых методик в лечении глазных заболеваний, а также обсуждением актуальных тем с привлечением ведущих ученых-офтальмологов России и зарубежья. Главная цель конференции – общими усилиями добиться высоких результатов в борьбе с глазными заболеваниями, приводящими к тяжелым последствиям, вплоть до потери зрения. Как показывают результаты прошлых конференций, специалисты успешно добиваются достижения поставленной цели.

Активно проводятся обучающие семинары по заболеваниям для группы риска, внедряются методики раннего выявления этих заболеваний, появляются новые лекарственные препараты и методы хирургического и лазерного лечения офтальмопатологий. Этот год не стал исключением, и в рамках нынешней конференции был рассмотрен широкий перечень наиболее острых и актуальных офтальмологических тем, были подведены итоги работы и достижений республиканских офтальмологов за прошлый год, а также раскрыты планы и перспективы на 2011 год.

Количество участников с каждым годом увеличивается. В этом году в конференции приняло участие более 500 офтальмологов, как представителей офтальмологической отрасли Республики Татарстан, так и многих регионов России. Каждый участник конференции получил «комплексный набор участника», который включал в себя такие важные для профессиональной деятельности любого офтальмолога книги – сборник тезисов «Новые технологии в офтальмологии» и методическое пособие «В помощь офтальмологу».

В рамках данной конференции выступило множество известных докладчиков из различных регионов России, которые собрали аншлаг в зале пленарного заседания. Докладчики делились своим опытом и достижениями в офтальмологической сфере со своими коллегами из других городов России по темам: современные подходы к диагностике и лечению глаукомы, о возможностях применения эндорезекции меланомы хориоидеи, новая технология эндотелиальной кератопластики, результаты хирургического лечения отслоек сетчатки, современные аспекты коррекции астигматизма в хирургии катаракты, исследование микрофлоры конъюнктивальной полости и ее чувствительность к антибактериальным препаратам и другим самым актуальным темам в офтальмологии, благодаря чему вызвали интерес среди слушателей-офтальмологов.

Кроме того, впервые в Татарстане в рамках офтальмологической конференции прошла «секция молодого ученого» – это конкурс работ молодых офтальмологов, по результатам которого определился победитель – Ирина Александровна Боддырева из г. Пенза с темой «Способ хирургического лечения кистозной фильтрационной подушечки «Аллоплантом для пластики конъюнктивы», которая получила почетный диплом и была



Регистрация участников конференции



Круглый стол по ВДМ. Зал «Лагуна»



Во время работы выставки



Пленарное заседание. Зал «Адмиральский»



Главный офтальмолог МЗ Республики Татарстан Айдар Наилевич Амиров



Профессор Евгений Алексеевич Егоров



Профессор Эрнст Витальевич Бойко



Профессор Владимир Витальевич Страхов



Профессор Мухаррам Мухтаромович Бикбов

награждена денежной премией в 15 тысяч рублей. С научными работами молодых офтальмологов, которые участвовали в конкурсе, мог ознакомиться каждый желающий, поскольку они были представлены на конференции в виде стендовых докладов, размещенных на электронных терминалах на данной конференции.

В рамках конференции также был организован круглый стол по ВДМ (возрастная макулярная дегенерация глаза), на котором были предложены концептуальные пути борьбы с данным заболеванием. Также на конференции проходила секция контактной коррекции зрения, где докладчиками были рассмотрены возможности современной контактной коррекции зрения и продемонстрированы передовые достижения в данной области.

Поскольку прогресс офтальмологической отрасли невозможен без производителей медицинского и диагностического оборудования, лекарственных препаратов, расходных материалов, в связи с этим в рамках конференции прошла выставка офтальмологического оборудования и лекарственных средств крупнейших зарубежных и российских фирм, которая вызвала большой интерес среди участников конференции.

С уверенностью можно сказать, что проведенная конференция вызвала огромный интерес среди участников-представителей офтальмологической службы. Это подтверждает тот факт, что лекционные залы были полны слушателей от начала конференции вплоть до ее завершения. ■

«БЕЛЫЕ НОЧИ»

XVII Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи»

Компания ООО «ОПТЭК», эксклюзивный представитель Carl Zeiss Meditec, имеет честь пригласить офтальмологов и кераторефракционных хирургов принять участие в работе XVII Международного офтальмологического конгресса «Белые ночи».

Конгресс будет проходить с 30 мая по 3 июня 2011 года в Конгресс-центре отеля «Санкт-Петербург» (г. Санкт-Петербург, Пироговская наб., 5/2, метро «Площадь Ленина»).

Основной целью конгресса является представление новейших достижений в области диагностики и лечения офтальмологических заболеваний. В работе конгресса примут участие ведущие отечественные и иностранные специалисты-офтальмологи.

Компанией «ОПТЭК» по сложившейся традиции 30 мая 2011 года будет проведен в рамках конгресса спутниковый симпозиум, на котором будут представлены последние разработки офтальмологического оборудования для диагностики и хирургии производства Carl Zeiss Meditec, Германия.

В программе мероприятия будут рассматриваться вопросы развития новых технологий в эксимер-лазерной и фемтосекундной лазерной кераторефракционной хирургии на примере работы MEL80™



и VisuMax™. В докладах будут представлены результаты клинического применения лазера VisuMax™ в фемтосекундной коррекции зрения в России, будут продемонстрированы возможности лазерной фемтокератопластики, в частности технология формирования тоннелей для имплантации интракорнеальных колец, послонная и сквозная кератопластика.

Более подробно с программой XVII Международного офтальмологического конгресса «Белые ночи» и спутникового симпозиума можно

ознакомиться на сайте www.ocwn.org или у специалистов компании ООО «ОПТЭК» по тел.: (495) 933-51-68.

ZEISS **ОПТЭК**
Объединяя решения

We make it visible.

ООО «ОПТЭК»
Тел.: +7 (495) 933 51 51
Телефон горячей линии:
8 800 2000 567
E-mail: office@optecgroup.com
www.optecgroup.com
www.zeiss.ru

V Международная специализированная выставка «Очковая оптика»

Международная специализированная выставка «Очковая оптика» прошла в выставочном центре «Крокус Экспо» в конце февраля 2011 года.



для заключения договоров между поставщиками и продавцами. Именно здесь на международной специализированной выставке «Очковая оптика» определяется ассортимент очковой оптики на 2011 год.

На выставке «Очковая оптика» был представлен полный ассортимент рынка: диагностическое офтальмологическое и оптометрическое оборудование, станки для обработки линз, технологическое оборудование для оптических мастерских, готовые корректирующие очки, торговое оборудование для магазинов оптики, контактные линзы и средства ухода за ними, программное обеспечение для систем подбора очков, а также специализированные издания. Медицинские технологии постоянно совершенствуются, мода продолжает диктовать новые тенденции – производителям всегда есть, чем удивить своих клиентов. Основными игроками на выставке были крупнейшие дистрибьюторы очковых линз и оправ, солнцезащитных, спортивных очков, футляров и принадлежностей по уходу за очками и линзами, аксессуаров. В выставке приняли участие крупные офтальмологические компании: «МД Вижн», «Оптимедсервис», «Тайрику Трейдинг», «Эр-Оптикс». Компания «Стормовъ» представила трехмерную бесшаблонную систему Excelon XD, производства корейской фирмы «Huvitz»; «Трейдомед

Инвест» – новое программное обеспечение по подбору линз.

Во время работы выставки прошел образовательный форум. В первый день работы форума Xavier Fructuoso, Alex Bouin, специалисты из Центра обучения Indo Lens Group, Indo Lens & Free Form Solutions (организатор – ООО «Виста Оптика») представили доклад «Технологии FreeMAX – прорыв в создании дизайнов прогрессивных линз. Уникальные линзы EyeMAX и Maxima». Врач-офтальмолог, специалист по профессиональной поддержке компании «Bausch & Lomb» М.А. Корнилова, а также О. Долгова, медицинский представитель компании «Bausch & Lomb» представили аудитории доклад «Новые инновационные продукты от «Bausch & Lomb» – уникальное сочетание комфорта и безопасности для ваших пациентов. Профилактика и лечение в практике офтальмолога». Главный редактор журнала «Веко» Д.Б. Рылова рассказала о тенденциях в моде солнцезащитных очков сезона 2011 года.

Компания «Арт Вижн групп» провела семинар по теме «Новые премиум-продукты от концерна «Rodenstock»: суперпокрытия Soliter Crystal и Soliter Protect, фотохромные линзы ColorMatic IQ» и семинар «Gold and Wood» – мастерство и роскошь». Доклад «Современные технологии и обработка очковых

линз: трехмерная бесшаблонная система Excelon XD» представили Д.А. Кузьмин, продакт-менеджер по технологическому оборудованию и Ю. Арефьева, маркетолог направления «Офтальмология» компании «Стормовъ». О последних разработках «Carl Zeiss Vision» в области очковой оптики и автоматических систем центрирования рассказали ведущий специалист «Carl Zeiss Vision» по корпоративному продукту Heinrich Raub и руководитель отдела профессиональной поддержки Mirco Tamm (организатор – компания «Luxury House»). А.В. Балан, руководитель центра рецептурной оптики «BBGR» от компании ООО «ДС Оптик» представил индивидуальные прогрессивные линзы Anateo MIO («золотой» призера SILMO-2010) и рассказал об однофокальных линзах Aspheo от компании «BBGR». Компания «Аввита» провела семинар по спортивным линзам Rodenstock по технологии Free Form. Генеральный директор НПП «Очки для Вас» Д.М. Фейгин и начальник отдела линз ООО «Аввита» предложили слушателям доклад «Новые возможности по изготовлению рецептурных линз Rodenstock с многофункциональными просветляющими покрытиями». Представитель Санкт-Петербургского медицинского колледжа ФМБА России прочитала лекцию на тему «Оптическая коррекция астигматизма».

24 февраля на выставке «Очковая оптика» МВЦ «Крокус Экспо» прошел день ESSILOR. С приветственным словом к аудитории обратилась генеральный директор ООО «Эссилор Оптика» Veronique Lagarde. Программа форума была разбита на 2 основные части: программа для врачей-офтальмологов и оптометристов и программа для владельцев оптик и консультантов. Программу для врачей-офтальмологов и оптометристов открыла к.м.н., медицинский директор ООО «Эссилор Оптика» М.А. Трубилина. В этой части программы были заслушаны доклады профессора из Ирландии Mo Jalie «Революционные технологии при создании новых дизайнов линз от компании «ESSILOR», «Сложные клинические случаи при подборе прогрессивных линз». Владелец сети салонов «Корд» (Казань) М.В. Решетникова, врач-офтальмолог высшей категории, прочитала лекцию на тему «Физиологические аспекты преимуществ коррекции пресбиопии прогрессивными очковыми линзами». День ESSILOR закончился награждением победителей конкурса «Varilux Специалист-2010» и «Прогрессивный взгляд» совместно с компанией «Луис-Оптика». Компания «Катти Сарк-Волга» наградила победителей конкурса за 2010 год по продаже линз ESSILOR. ■

Офтальмологи и оптометристы. Совместная работа

В последнее время, с введением реформ здравоохранения в США, все больше оптометристов приходит к выводу, что их совместная работа с офтальмологами способна качественно повысить уровень оказываемой пациентам помощи.

Мишель Далтон

На сегодняшний день количество офтальмологов уменьшается, а число людей, нуждающихся в их помощи, наоборот, растет. Такая тенденция привела к тому, что многие специалисты начали использовать модель комплексного лечения. Ее суть состоит в том, что офтальмологи, оптометристы и лаборанты вместе работают над оптимальным курсом лечения для пациента.

В результате оптометрист выступает в роли первичного консультанта, который работает с многочисленными жалобами пациентов. В большинстве случаев оптометрист способен выявить и назначить лечение по поводу глаукомы, рефракционных нарушений, болезни переднего отрезка глаза (например, «сухой глаз»), а также прописать внутренние и местные лекарственные препараты.

«С введением новых реформ здравоохранения в США такой метод лечения, возможно, станет популярнее. Как следствие, доктора первичной помощи будут работать с гораздо большим количеством пациентов и прописывать им лечение», – говорит доктор Майкл Фу



из глазной клиники D'Ambrosio Eye Care в Ланкастере, Массачусетс.

По мнению Доминика Майно, специалиста из Illinois Eye Institute в Чикаго, реформы американского здравоохранения будут способствовать развитию клиник с большим количеством докторов, будь то крупные центры оптометрии с работающими там офтальмологами или офтальмологические центры с несколькими оптометристами.

Врач первичной медико-санитарной помощи (обычно оптометрист) знает своего пациента лучше, чем

кто бы то ни было. Такой специалист – полноценный член лечебной команды. Он серьезно облегчает работу офтальмологов и хирургов, так, им не приходится работать с теми, кому не нужна операция. Кроме того, оптометристы, работающие по модели комплексного лечения, могут рассчитывать на то, что их пациенты будут и впредь обращаться к ним, ведь, работая вместе, офтальмологи и оптометристы оказывают вторичную медицинскую помощь очень высокого уровня.



Доктор Фу считает, что модель комплексного лечения работает гораздо эффективнее, чем обычные методики индивидуального консультирования. Так, оптометристы работают со всеми пациентами, а не только с теми, кому не нужно хирургическое вмешательство, тем самым повышая свой профессиональный уровень.

Модель комплексного лечения функционирует эффективно лишь в том случае, если оптометристы и офтальмологи относятся к работе друг друга с должным уважением.

Джимми Джексон, президент клиники Insight Lasik, Колорадо, работает со своими коллегами по модели комплексного лечения, придерживаясь трех основных принципов: внимание ко всем аспектам лечебного процесса, постоянное инвестирование в развитие

технологий и повышение квалификации персонала, а также взаимное уважение всех членов лечебной команды.

«У модели комплексного лечения нет никакого секрета успеха. Нужен лишь правильно составленный бизнес-план и внимание к каждой детали организационного процесса», – говорит он.

Особое место в такой системе лечения занимает работа с персоналом. Когда в клинику приходит новый специалист, прежде всего, нужно рассказать ему о философии и основных принципах работы модели комплексного лечения. Новичок, в свою очередь, должен обязательно разделять эти принципы и правила, в противном случае его работа не будет иметь практического

Мы очень похожи и делаем одно дело

23 марта 2011 года в немецком замке Хойенкаммер (Schloss Hohenkammer) в окрестностях Мюнхена (Бавария, Германия) состоялся Международный конгресс «Лютеин и его польза для сохранения зрения». Спонсорами мероприятия выступили компании DSM Nutritional Products Europe Ltd. и Kemin Health Europe, производитель субстанции «FloraGLO® Lutein» для фармакологических компаний.

В ходе работы конгресса активно обсуждались проблемы возрастной макулярной дегенерации (ВМД), методы ее профилактики, диагностики и лечения, а также роль ретинальных каротиноидов лютеина и зеаксантина в нормальной физиологии сетчатки*.



Хойенкаммер (Германия), 23 марта 2011 г.



Доктор Мина Чунг

С 2009 г. по н.в. – профессор офтальмологии Института глазных болезней Флаум (Университет Рочестера, штат Нью-Йорк).

2002-2009 гг. – assistant professor (американский аналог доцента) Института глазных болезней Флаум (Университет Рочестера, штат Нью-Йорк).

2003-2009 гг. – adjunct assistant professor Центра зрительных исследований (Университет Рочестера, штат Нью-Йорк).

2000-2002 гг. – assistant professor Института глаза Дозни (Университет Южной Калифорнии) на базе детского госпиталя Лос-Анжелеса (Государственный медицинский центр Лос-Анжелеса).

Я встретился с профессором Миной Чунг во время работы Международного конгресса «Лютеин и его польза для сохранения зрения». Несмотря на плотный график, госпожа Чунг любезно согласилась дать интервью для читателей газеты «Поле зрения». Мы постарались обсудить не только вопросы, связанные с патологией заднего отрезка глаза, но и ряд аспектов медицинской деятельности врача-офтальмолога.

– Мина, добрый день, что Вы понимаете под возрастной макулярной дегенерацией?

– Это дегенерация центральной части сетчатки у пациентов, как правило, после 55 лет. Мы выделяем «сухую» форму с атрофией пигментного эпителия и образованием друз-депозитов и «влажную» – с элементами хориоидальной неоваскуляризации. «Влажная» форма встречается реже «сухой» примерно в 10% случаев. Однако она является основной причиной слепоты от ВМД (в 90%).

– Звучит угрожающе, но как выглядит статистика заболеваемости в целом в США?

– Могу сказать, что в течение 20 лет количество пациентов с ВМД увеличилось в 2 раза. Что касается неоваскуляризированной формы, то таких пациентов около 1,2 миллиона. Больных с «сухой» формой значительно больше, но выраженной стадии не так много, к примеру, обширные двухсторонние друзы выявлены у 3,6 миллионов пациентов, а выраженная географическая атрофия – у 970 тысяч. В целом мы считаем, что ВМД – наиболее распространенная причина слепоты у американцев после 55 лет.

– Какие основные симптомы заболевания?

– Их вообще может не быть, все зависит от формы. Возможно появление метаморфосий, ухудшение центрального зрения, появление скотом. Бывает и быстрая потеря зрения. Что касается «сухой» формы с друзами или очагами атрофии, то жалобы могут зависеть, в том числе, от локализации очагов и скорости их прогрессирования. Зрение может не страдать, а может ухудшаться постепенно. С «влажной» формой все иначе. Тут мы имеем дело с явлениями экссудации, гемorragиями, отеком и неоваскуляризацией. Жалобы возможны на резкое снижение зрения, а могут ограничиваться метаморфосиями или незначительной скотомой.

– В России в целях диагностики применяют так называемую «сетку Амслера». Вы ей пользуетесь?

– Конечно, с ее помощью мы и выявляем элементы метаморфосий. А так проводим офтальмоскопию с широким зрачком, при подозрении на неоваскуляризацию рекомендуем флюоресцеинографию сосудов глазного дна.

– Давайте поговорим об этиологии ВМД.

– Это тема непростая, требующая дальнейшего исследования. Сейчас проводится много работ по генетическим исследованиям, доказывающим роль наследственного фактора. Из причин, на возникновение которых может повлиять сам человек, назову ультрафиолетовый спектр солнечного света и, пожалуй, рацион питания. Также мы выделяем группу факторов риска: преклонный возраст, курение, сердечно-сосудистые заболевания.

– Что мы можем рекомендовать таким больным?

– Пациентам с ВМД, а также пациентам, входящим в группу риска, – регулярные профилактические осмотры с контролем зрительных

функций, тестом с сеткой Амслера и офтальмоскопией с целью раннего выявления патологии. Необходимо отказаться от курения, контролировать артериальное давление и соблюдать правильную диету с витаминами и каротиноидами.

– Что должна включать диета?

– Витамины С и Е, цинк и, конечно, препараты лютеина и зеаксантина, которые в большом количестве содержатся в шпинате и брокколи.

– С «влажной» формой, полагаю, все значительно сложнее?

– Увы, да. Методом выбора являются ежемесячные интравитреальные инъекции авастина и люцентиса. И это не панацея, хотя в 1/3 случаев удается получить некоторое улучшение зрения. Однако мы не можем забывать и об осложнениях: кровоизлияния, отслойка сетчатки, возможно и развитие инфекционного процесса.

– К тому же метод не самый дешевый.

– Да, только на люцентис в 2010 году в США было потрачено порядка 1 миллиарда долларов.

– Мина, несколько вопросов о Вашей практической деятельности. Вы работаете в Институте глазных болезней, собственно, как и я. В связи с этим скажите, это научное учреждение или клиническое?

– И то и другое. Мы осуществляем активную клиническую деятельность, смотрим пациентов, оперируем и на этой же базе проводим научные исследования.

– Как строится Ваша рабочая неделя? К примеру, я, как сотрудник научно-исследовательского института глазных болезней, консультирую пациентов в понедельник, среду и пятницу, во вторник оперирую, четверг оставляю для научной работы.

– Знаете, наш распорядок очень похож. В понедельник и среду мы смотрим пациентов, оперировать стараемся, как и Вы, по вторникам, а четверг и пятница – для научной работы.

– Во сколько начинаете работу?

– По-разному, но чаще с 8 утра.

– Каким образом ведете отбор пациентов для консультации и хирургии?

– Последнее время я активно занимаюсь исследованиями в области возрастной макулярной дегенерации, это, отчасти, и определяет подбор пациентов, однако, являясь специалистом в области патологии заднего отдела глаза, мне приходится консультировать больных с различной патологией, в том числе с отслойкой сетчатки и тому подобное.

– Из американских документальных фильмов мы представляем Нью-Йорк как город с повышенным травматизмом, должно быть немало и пациентов с отслойкой...

– Да, хватает, это точно (смеется).

– Ваши услуги оплачиваются страховыми компаниями или чаще приходится принимать платных больных?

– В США 99% работающих пациентов имеют страховку. Редкие пациенты платят напрямую в кассу, однако это больные, не имеющие официальной работы.

– Какова приблизительная стоимость хирургического вмешательства, к примеру, по глаукоме, по катаракте?

– Про глаукому не скажу, а экстракция катаракты в среднем обходится в 1800 долларов.

– Эта сумма включает ИОЛ?

– Конечно, и ИОЛ, и все необходимые расходные материалы, и 90 дней послеоперационного наблюдения.

– 90 дней? Это 3 месяца, какие услуги получает пациент в течение этого срока?

– Стандартное послеоперационное наблюдение и обследование, устранение возможных осложнений и т.д.



– Сколько пациент находится в стационаре после операции?

– Нисколько. Отправляется домой в этот же день.

– Даже после самых сложных операций? Я понимаю, если глаукому и катаракту можно делать амбулаторно, но длительные витреоретинальные вмешательства...

– В ряде случаев мы оставляем пациента под наблюдением в стационаре, но, как правило, не более суток.

– Считаете это правильным? Ведь осложнение может развиться даже вечером после вмешательства.

– В целом да. Система достаточно отработана, пациента предупреждают, в каких случаях следует беспокоиться, в любое время он может связаться с клиникой, где ему окажут помощь или при необходимости вызовут меня.

– Как в целом относитесь к работе? Беспокойная, интересная?

– Непросто, конечно, бывает, но нравится. Пациентов немало, специфика моего направления такова, что их приходится наблюдать долгие годы, порой, до самой смерти. Большинство, конечно, пожилых. С некоторыми устанавливаются практически дружеские взаимоотношения, на Рождество открытки присылают (улыбается).

– Скажите, пожалуйста, несколько слов о человеческих взаимоотношениях в США. Считается, что в России, к примеру, люди дружнее, душевнее. В северной Европе несколько суховаты. Как у вас?

– В основном люди душевные, общительные и открытые. В крупных городах с эмоциональным контентом существенно хуже, население там достаточно закрытое, в небольших населенных пунктах – значительно лучше. Семь лет назад я была в Москве с экскурсионным туром, очень понравилось, в первую очередь, конечно, люди.

Время, отведенное на беседу пролетело незаметно, но ощущение от общения со специалистом, увлеченным своей работой. Действительно, несмотря на существенные различия между нашими странами, мы очень похожи и делаем одно дело.

Беседу вел к.м.н. С.Ю. Петров,
НИИ ГБ РАМН (Москва)

Фото автора

* Полный отчет о мероприятии читайте в журнале «ГЛАУКОМА. Журнал НИИ глазных болезней РАМН», № 2, 2011 г.

ОФТАЛЬМОТОНОМЕТРИЯ

А.А. Антонов

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН, Москва

Введение

Несмотря на прогресс в методах лечения и диагностики глаукомы, эта проблема стала в последние годы главной причиной неизлечимой слепоты в развитых странах. Причинами постоянного внимания к этому заболеванию служат значительная распространенность, серьезный прогноз и трудности ранней диагностики.

Внутриглазное давление – наиболее значимый фактор риска глаукомной оптической нейропатии, снижение которого достоверно уменьшает опасность ее развития и прогрессирования. Снижение и стойкая нормализация ВГД остается одной из основных задач лечения глаукомы. Именно поэтому определение величины внутриглазного давления (ВГД) имеет большое значение в диагностике глаукомы и является первой оценкой эффективности лечения.

Понятие о норме внутриглазного давления

Для интегральной оценки офтальмотонуса нужно различать:

- статистическую норму ВГД;
- понятие толерантного ВГД;
- «давление цели».

Статистическая норма истинного ВГД (P_0) составляет от 10 до 21 мм рт.ст. На основании крупных эпидемиологических исследований установлено, что среднее значение офтальмотонуса приблизительно 16 мм рт.ст., стандартное отклонение – 3 мм рт.ст., следовательно 95% людей должны иметь ВГД в диапазоне от 10 до 22 мм рт.ст. ($m \pm 2\sigma$).

Для тонометрического давления, измеренного тонометром Маклакова массой 10 г, статистическая норма составляет от 15 до

В работе представлены сведения о роли внутриглазного давления в развитии глаукоматозного процесса, способах его измерения с подробной характеристикой наиболее часто используемых с этой целью приборов, устройств, аппаратов.

26 мм рт.ст. Все пространство статистической нормы ВГД можно условно разделить на три зоны:

- высокой нормы – от 23 до 26 мм рт.ст.;
- средней нормы – от 19 до 22 мм рт.ст.;
- низкой нормы – от 18 мм рт.ст. и ниже.

Толерантное ВГД – термин, введенный А.М. Водовозовым в 1975 году. Автор рассматривал толерантное давление как верхнюю границу нормального, присущего данному больному внутриглазного давления, выше которой оно становится патологическим – интолерантным. Толерантное ВГД относится непосредственно к глаукомному процессу и обозначает уровень офтальмотонуса, не оказывающий повреждающего действия на внутренние структуры глазного яблока. Разработаны и предложены для практического применения кампиметрический, периметрический, электроокулографический, тоноскопический и другие методы определения толерантного ВГД.

Целевое внутриглазное давление – верхний уровень тонометрического ВГД, при котором возможно остановить или замедлить повреждение внутренних структур глазного яблока и распад зрительных функций. «**Давление цели**» определяется эмпирически с учетом всех факторов риска, имеющихся у данного пациента, и также, как толерантное, не должно оказывать повреждающего действия на зрительный нерв. Определение «давления цели» является результатом детального обследования конкретного больного (табл. 1). Сутью является достижение такого уровня ВГД, при котором не происходит распада зрительных функций с учетом других факторов риска.

В повседневной практике принято, что «давление цели» достигается снижением начального уровня ВГД не менее чем на 30%.

Следует понимать, что не существует четкой линии между опасным и безопасным уровнем внутриглазного давления. Для каждого пациента эта граница индивидуальна, и если у одного отмечается прогрессирование глаукомы на уровне 18 мм рт.ст., то другой может быть компенсирован при 30 мм рт.ст. Внутриглазное давление следует рассматривать как очень важный фактор риска для развития глаукомной оптической нейропатии. Сочетание его с другими факторами будет приводить к прогрессированию глаукомы, но только внутриглазное давление является фактором риска, который в большинстве случаев может быть устранен в кратчайшие сроки.

Факторы, влияющие на уровень внутриглазного давления

Внутриглазное давление зависит от ряда факторов, включая время суток, работу сердца, дыхание, физические нагрузки, прием жидкости, лекарства как системного, так и местного применения (табл. 2).

Алкоголь приводит к транзиторному снижению офтальмотонуса. По данным большинства исследований, кофеин не влияет на ВГД. Гипотензивное действие марихуаны известно, однако ее медицинское применение в России запрещено.

Внутриглазное давление в положении лежа выше, чем сидя и стоя. У некоторых пациентов отмечается резкий подъем офтальмотонуса при переходе в положение лежа.

Внутриглазное давление обычно повышается с возрастом, это генетически детерминировано.

Суточные колебания внутриглазного давления

Однократные или повторные измерения ВГД в дневные или вечерние часы не всегда выявляют его повышение. Для ранней диагностики глаукомы значительно большее значение имеет исследование суточных колебаний офтальмотонуса.

Русский офтальмолог А.И. Масленников, используя тонометр Маклакова, первым установил, что уровень ВГД и у здоровых лиц, и у больных глаукомой в течение суток меняется: как правило, утром оно выше, чем вечером. Величина колебаний уровня ВГД у больных глаукомой значительно больше, чем у здоровых.

Суточные колебания ВГД у здоровых лиц, как правило, находятся в пределах 2-3 и лишь в редких случаях достигают 4-6 мм рт.ст.

Установлено, что у некоторых людей офтальмотонус может повышаться в разное время суток, а не только в утренние часы. И это повышение ВГД, которое может быть недолгим (например, ночью или рано утром), вполне достаточно для развития и прогрессирования глаукомы.

По характеру суточных кривых можно выделить четыре основных типа колебаний ВГД:

- 1) нормальный (прямой, падающий) – когда ВГД утром выше, а вечером ниже;
- 2) обратный (возрастающий) – утром ВГД ниже, а вечером выше;
- 3) двугорбая кривая – вариант первого и второго типа одновременно – утром давление поднимается, к полудню достигает своего максимума, затем падает и к 15-16 часам достигает своего минимума, после чего снова начинает повышаться с максимумом около 6 вечера и постепенным снижением в течение вечера и ночи;
- 4) плоский тип – когда уровень ВГД в течение всех суток примерно один и тот же.

Индивидуальная кривая ВГД является основанием для правильного назначения медикаментозной терапии.

При больших промежутках между обследованиями рекомендуется проводить измерение ВГД в критические часы индивидуальной кривой данного больного.

При подозрении на глаукому суточную тонометрию проводят без применения антиглаукомных гипотензивных средств. Общее количество измерений, как правило, составляет не менее 3 утренних и 3 вечерних. Их можно проводить дискретно, с перерывом в течение недели или 10 дней.

При проверке эффективности медикаментозного режима у больных с установленным диагнозом глаукомы суточную тонометрию выполняют с соблюдением следующих условий: ВГД измеряют утром и вечером до инстилляций гипотензивных препаратов для определения уровня давления в конце действия капель.

История измерения внутриглазного давления

Тонометрическое измерение ВГД приобрело свою актуальность в клинической офтальмологии по мере того, как стала выясняться роль повышенного офтальмотонуса при глаукоме.

Начало разработки инструментального метода измерения ВГД было положено А. Грефе, предложившим в 1863 году первый тонометр, построенный на принципе вдавления (импрессии) склеры.

Вслед за Грефе было предложено большое количество тонометров, построенных на этом же принципе. Однако ни один из них не получил широкого распространения из-за сложности конструкции и низкой точности. Так, Вебер (1873) определил среднее ВГД равным в норме 30-40 мм рт.ст.; Пфлютер (1877) считал нормальным давление от 60 до 70 мм рт.ст., а его колебания при глаукоме от 60 до 200 мм рт.ст.

В это время в клинической практике главенствовал пальцевой метод Боумена (1826).

Выбор уровня целевого давления в зависимости от исходных факторов

Таблица 1

Уровень целевого давления	Факторы							
	дефекты поля зрения		ожидаемая продолжительность жизни		исходное ВГД		прогрессирование заболевания	
	выраженные	невыраженные	низкая	высокая	низкое	высокое	медленное	быстрое
Высокий		+	+			+	+	
Низкий	+			+	+			+

Факторы влияющие на внутриглазное давление

Таблица 2

Повышающие ВГД	Понижающие ВГД
<p>Повышенное центральное венозное давление:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проба Вальсальвы; • игра на духовых музыкальных инструментах; • тугий воротник одежды; • наклоны; • упор о край стола; • интубация. <p>Давление на глазное яблоко:</p> <ul style="list-style-type: none"> • блефароспазм; • сжатие при плаче (особенно у маленьких детей). <p>Повышенная температура тела (приводит к повышению продукции водянистой влаги).</p> <p>Гормональные влияния — гипертиреоз.</p> <p>Вещества повышающие внутриглазное давление:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЛСД; • кортикостероиды; • антихолинэргические средства (приводят у некоторых пациентов к закрытию угла передней камеры). 	<p>Регулярные физические упражнения.</p> <p>Метаболический или респираторный ацидоз (приводит к снижению продукции водянистой влаги).</p> <p>Гормональные влияния — беременность.</p> <p>Нелекарственные вещества, снижающие внутриглазное давление:</p> <ul style="list-style-type: none"> • алкоголь; • героин; • марихуана.

Действительно объективное, точное клиническое изучение офтальмотонуса начинается с 1884 года, когда А.Н. Маклаковым был предложен собственный тонометр. Данный прибор отличали простота конструкции, воздействие на роговицу, а не склеру, и принцип уплощения – более простой деформации, чем импрессия. Надо сказать, что тонометр Маклакова по сей день остается непревзойденным по соотношению простоты и точности измерения ВГД.

Несмотря на подтвержденную исследованиями того времени точность тонометра Маклакова, он уступил место в клинической практике за рубежом предложенному в 1905 году импрессионному тонометру Шютца. Преимуществом этого прибора является простота манипуляций и быстрое получение результата.

С тех пор развитие методов тонометрии в России и за рубежом происходило разными путями. Совершенствование апланационной тонометрии нашими соотечественниками С.Я. Лившицем (1904) и А.И. Дашевским (1939-1949) привело к созданию приборов, которые производили постоянную деформацию роговицы, определяя силу воздействия на глаз.

Работы С.Ф. Кальфа о тонометрическом давлении как результате сложного взаимодействия истинного ВГД, эластической и сосудистой рефлекторной реакции глаза на прижатие к нему тонометра явились важной предпосылкой для создания и развития метода эластотометрии.

Многолетние исследования под руководством В.П. Филатова способствовали широкому распространению тонометра Маклакова на территории нашей страны.

В 50-х годах XX века Г. Гольдман (Hans Goldmann) предлагает использовать для тонометрии стеклянную пластинку, связанную с чувствительным динамометром, под контролем щелевой лампы добиваясь сплющивания роговицы, равного площадке тонометра. Данный метод получил широкое распространение в мире и считается стандартом тонометрии.

Развитие новых электронных технологий позволило создать прибор для измерения ВГД, который непосредственно не касается оболочек глаза. Воздействие на роговицу кратковременным воздушным импульсом и регистрация ее уплощения оптическим датчиком легли в основу бесконтактной тонометрии (пневмотонометрии), предложенной в 1971 году компанией American Optical.

Пальцевой метод

Пальпация является простейшим методом исследования ВГД. Этот метод применяют только в тех случаях, когда нельзя выполнить тонометрию одним из доступных способов, когда непосредственный инструментальный контакт с глазным яблоком нежелателен или высока вероятность недоверенного результата измерения – при ранениях роговицы, после глазных операций и т. п.

Имеются два варианта этого метода:

- 1) непосредственная пальпация глазного яблока после его анестезии (пользуются чаще всего на операционном столе);
- 2) транспальпебральная пальпация через веки.

Методика пальпаторного измерения ВГД

Больной закрывает глаза и смотрит вниз (рис. 1).

Исследующий кладет указательный палец левой руки на кожу века выше хряща и слегка прижимает его к глазу.

В это же время указательным пальцем правой руки надавливают через кожу на глазное яблоко с противоположной стороны.

Об уровне внутриглазного давления судят по податливости склеры. При нормальном давлении каждый палец ощущает толчки при надавливании с другой стороны.

При высоком давлении требуется большее усилие, чтобы надавить на склеру, а толчка почти не ощущается на противоположной стороне глазного яблока.

Производя это исследование на обоих глазах, устанавливают разницу в давлении.

Для регистрации полученных результатов издавна, еще по предложению Боумена, и принята трехбалльная система оценки офтальмотонуса. Результаты исследования записываются следующим образом:



Рис. 1. Пальпаторное измерение ВГД

T – нормальное давление;

T+1 – уплотнение глаза в сравнении с нормой;

T+2 – значительное увеличение плотности глаза, но такое, при котором пальцами еще производится вдавление фиброзной оболочки и изменение формы глаза;

T+3 – столь сильное увеличение плотности, что даже интенсивное надавливание не производит вдавления глазного яблока, «глаз твердый как камень».

Сомнительное повышение ВГД обозначается T+?

При понижении внутриглазного давления различают три степени гипотензии:

T-1 – глаз мягче нормы;

T-2 – глаз мягкий;

T-3 – глаз очень мягкий, палец почти не встречает сопротивления.

Конечно, метод пальпаторного исследования ВГД очень неточен, приближен, однако он всегда сохраняет свое значение в офтальмологической практике для быстрой оценки офтальмотонуса.

В настоящее время для измерения внутриглазного давления применяют инструментальные методы. Если при пальпации точность измерения зависит только от рук исследователя и его опыта, то при использовании приборов вероятность ошибки возрастает.

Возможные причины ошибок при тонометрии:

- сжатие век;
- задержка дыхания или симптом Вальсальвы;
- давление на глазное яблоко;
- действие экстраокулярных мышц;
- тугой воротничок или галстук;
- ожирение или стремление дотянуться при тонометрии сидя;
- нарушение калибровки тонометра;
- высокий роговичный астигматизм;
- слишком тонкая роговица (в том числе после кераторефракционных операций);
- чрезвычайно толстая роговица;
- патология или отек роговицы;
- рубцы роговицы (в том числе после радиальной кератотомии);
- технические ошибки.

Рассмотрим существующие методы измерения внутриглазного давления.

Продолжение 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 мм рт.ст. от исходного¹

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

Дополнительное снижение ВГД на 5,7 мм рт.ст. при переводе с монотерапии тимололом³

Хороший профиль безопасности и переносимости^{1,2}

Регистрационное удостоверение № ЛСР-007704/09

1. Barnebey HS, Orengo-Nania S, Flowers BE, Samples J, Mallick S, Landry TA, Bergamini MVW. The safety and efficacy of travoprost 0.004% / timolol 0.5% ophthalmic solution. Am J Ophthalmol 2005;140:1-7.

2. Hughes BA, Bacharach J, Craven ER, Kaback MB, Mallick S, Landry TA, Bergamini MVW. A three-month, multi-center, double-masked study of the safety and efficacy of travoprost 0.004% / timolol 0.5% ophthalmic solution compared to travoprost 0.004% and timolol 0.5% dosed concomitantly in subjects with open-angle glaucoma or ocular hypertension. J Glaucoma. 2005;14:392-399.

3. Pfeiffer N, Scharazat ML, Maier H, Scholtze S, Jasek M, Stewart J, Stewart W. Safety and efficacy of changing to travoprost/timolol maleate fixed combination (DuoTrav®) from prior mono- or adjunct therapy. Clinical Ophthalmology 2010;4:459-466.

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

Сэр Гарольд Ридли – рыцарь операционного стола

По материалам статьи

«Гарольд Ридли и изобретение интраокулярной линзы»



Сэр Николас Гарольд Ллойд Ридли, член Королевского научного общества, кавалер Медалей Галлстрэнда и Гонена (Gullstrand and Gonin Medals). Медаль Гонена, одна из высочайших наград, была вручена хирургу в мае 1994 года в Лазанье (Швейцария). В феврале 2000 года Ридли произведен в рыцари Королевой Елизаветой II. 25 мая 2001 года великий офтальмолог скончался в возрасте 95 лет.

Статья написана в 1994 году на основании литературных источников, общения с коллегами и современниками Ридли, а также многочисленных за последнее десятилетие личных бесед между Гарольдом и Дэвидом Дж. Эпплом.

29 ноября 1949 года английский офтальмолог Гарольд Ридли провел первую операцию по имплантации интраокулярной линзы (ИОЛ). Изобретение Ридли позволило пациентам с катарактой вернуть зрение превосходного качества. Хотел того Гарольд Ридли или нет, изобретение ИОЛ стало тем фактором, который серьезно изменил офтальмологическую практику. Де-факто имплантация искусственного хрусталика на сегодняшний день является наиболее распространенным и одним из наиболее успешных видов операций на глазах. Изобретение Гарольда Ридли привело к созданию целого медико-промышленного комплекса. С точки зрения бизнеса имплантация ИОЛ в сочетании с рефракционной хирургией стали «продуктами», имеющими широчайший спрос на рынке. В Соединенных Штатах экономический эффект этих операций изменил все существующие стандарты медицинской практики.

«Бог дал мне двух великолепных наставников»

Сэр Николас Гарольд Ллойд Ридли (Nicholas Harold Lloyd Ridley) родился в Кибворте, графство Лейчестершир, 10 июля 1906 года. Его мать, Маргарет Паркер, происходила из известной в Чешире семьи фермеров. Отец, Николас Чарльз Ридли, был консультантом-офтальмохирургом в Лестерском Королевском лазарете.

История фамилии Ридли уходит на много веков в прошлое. В 1555 году один из предков Ридли, тоже Николас, епископ Лондона, глава Пемброк-колледжа в Кембридже, был замучен в Оксфорде, преследуемый по религиозным мотивам.

Отец Гарольда был призван на службу в Королевский флот. В 1889 году недалеко от побережья Китая из-за гемофилии он перенес три тяжелых инсульта. В 1892 году Николас Ридли был уволен из военно-морского флота по состоянию здоровья. После выписки его здоровье было слишком слабым для карьеры в общей хирургии,



которую он планировал. Тогда он решил заняться офтальмологией, которая требовала меньше физических нагрузок. До получения назначения в Лестерскую больницу в 1896 году он занимал несколько должностей в Королевской Лондонской офтальмологической больнице (Moorfields). Артрит, вызванный гемофилией, был настолько серьезным, что на протяжении многих лет Николас был вынужден выполнять свою работу, в том числе операции на глазах, стоя на костылях и часто испытывая сильные боли. Несмотря на проблемы со здоровьем, Николас Ридли жил и успешно практиковал офтальмологию в Оадби, деревне недалеко от Лестера, в течение многих лет. Он умер у себя дома от кровоизлияния в мозг в 1937 году.

Его сын, Николас Гарольд Ллойд Ридли, провел свое детство в Оадби. С 1920 по 1924 гг. Гарольд учился в Чартерхаусе, известной школе-интернате. С 1924 по 1927 гг. он обучался в Пемброке, колледже

в Кембридже, делая упор на естественные науки (это был эквивалент начального медицинского образования). После успешного завершения учебы в Кембридже в 1927 году Ридли продолжил медицинское образование в клинике Святого Томаса (St. Thomas', Лондон) и в 1930 году завершил свое базовое медицинское образование.

Получив степень M.D. (Кембридж), он шесть месяцев проработал на скорой помощи, затем в отделении общей хирургии клиники Св. Томаса. В течение полугода Гарольд Ридли работал в глазном отделении под руководством А. Сирила Хадсона. В июле 1932 года в возрасте 25 лет он получил сертификат FRCS (Королевского хирургического колледжа). Выбор в пользу офтальмологии Гарольд сделал под влиянием отца. Уже в 1930 году молодой врач принял участие в Оксфордском

офтальмологическом конгрессе в качестве гостя своего отца. Немалое значение в выборе Ридли имела также и совместная работа с А. Сирилом Хадсоном.

За год своей работы в общей хирургии Ридли сделал 140 неоптальмологических операций. Для надомных хирургов первых лет практики существовал запрет на проведение операций на глазах. Но опыт в хирургии накапливался, Ридли

Из Европы – в Африку, Индию и обратно

Окончив обучение, Ридли временно работал надомным хирургом и анестезиологом в Королевском Лазарете г. Дерби, но желая посмотреть мир, искал возможности получить должность корабельного хирурга. В течение 1933-1934 гг. он успел несколько месяцев отслужить на Балтике и четыре месяца – на Японском море, повторив путь отца, который служил там же в 1884-1885 гг. После этих «приключений» Гарольд по рекомендации Дойна получил полугодовую стажировку в ординатуре офтальмологии Мурфилдса в 1934-1935 гг. За 12 месяцев хирургической практики Ридли провел 109 экстракций катаракты. В это время среднее число пациентов, которых он вел, составляло от 30 до 40. На технику его операций в то время повлияла Венская школа офтальмологии. Завершив стажировку, в 1935 г. Гарольд около месяца путешествовал по Вене, Мюнхену и Будапешту. Единственной техникой, которую использовал Ридли все эти 12 месяцев, была интракапсулярная экстракция катаракты (ICSE). Несмотря на то что ему не было разрешено использовать экстракапсулярную экстракцию (ECSE) до тех пор, пока он не стал консультантом, уже в ту раннюю пору Ридли признавал ее преимуществами и безопасностью.

По воле случая ECSE оказалась наиболее подходящей техникой для имплантации будущего изобретения Ридли – интраокулярной линзы (ИОЛ).

В первые годы Второй мировой войны Гарольд Ридли служил в Гилфорде в Управлении скорой медицинской помощи, где ему пришлось лечить раненых и покалеченных.

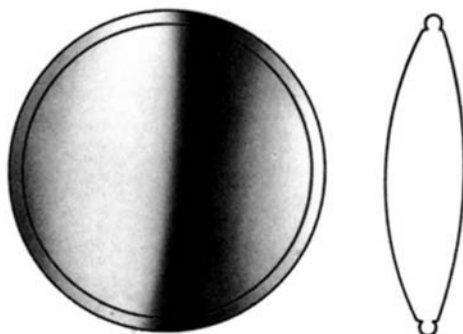
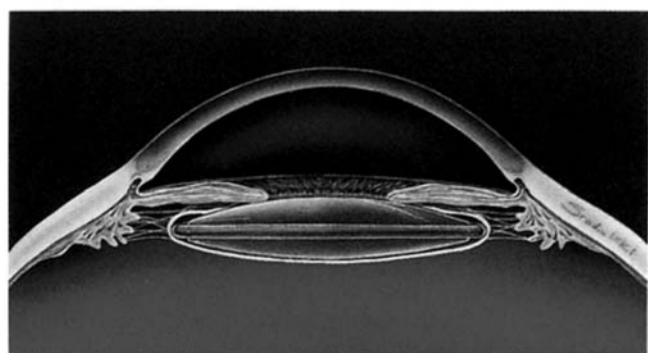
В мае 1941 года Ридли получил звание майора медицинской службы Королевских Вооруженных сил и был направлен в Гану. Поначалу это назначение вызвало недоумение Гарольда, так как «Западная Африка находилась очень далеко от эпицентра военных действий, и большой нужды в опытных хирургах там не было». Полтора года, проведенные в Гане, Ридли посвятил изучению тропических заболеваний глаз, в частности, онхоцеркозу. Из Африки Гарольд был направлен в Индию, где и завершил свою военную службу в 1945 году в звании майора.

Ридли вернулся в Лондон, где был необходим его опыт лечения тропических заболеваний. Это был



считал Хадсона своим лучшим учителем. «Именно он научил меня проводить экстракапсулярную экстракцию, а он был лучший в Мурфилдсе», – говорил Ридли.

Другим хирургом, оказавшим большое влияние на Ридли во время его работы в глазном отделении больницы Св. Томаса, был Джеффри Дойн. С самого начала своей медицинской карьеры Ридли работал с лучшими глазными хирургами Лондона, набираясь знаний и опыта у каждого из них. Дойн для Ридли стал вторым отцом, помогая и советом и поощрением. Ридли говорил о роли Дойна в своей жизни: «Я хорошо понимаю, как многим я обязан этому человеку, у которого во всем мире не было ни единого врага. Мое будущее могло быть совсем другим без него и без его мудрого руководства. Он был хорошим офтальмологом, достойно выполнявшим свою работу в Мурфилдсе. Хоть он и не стал свидетелем признания моих работ, я искренне надеюсь, что он с удовольствием помогал мне делать первые шаги в офтальмологии. Бог был настолько благосклонен, что дал мне двух великолепных наставников: один, Хадди, был великолепным учителем, но я считаю, что Джеффри Дойн больше помогал и направлял меня».



Первая презентация нового метода лечения катаракты прошла на Оксфордской офтальмологической конференции в июле 1951 года

период массового возвращения военнопленных и беженцев, многие из которых страдали слепотой из-за нехватки витамина А.

Среди важнейших достижений в офтальмохирургии XX века – внедрение ИОЛ, операционный микроскоп в сочетании с самыми современными микрохирургическими технологиями, витреоретинальные методики, лазерные технологии и рефракционные методики. Большая часть этих достижений явилась результатом исследовательской работы многих ученых, которые пришли к одинаковым научным выводам и оспаривают авторство на эти важнейшие изобретения. Между тем Гарольд Ридли является единственным изобретателем интраокулярной линзы и первым хирургом, имплантировавшим ИОЛ.

На протяжении веков катаракту лечили с помощью различных форм интра- и экстракапсулярной экстракции. Осложнения и достижение качественной послеоперационной зрительной реабилитации оставались практически неразрешимой проблемой. Классические методы коррекции послеоперационной афакии с помощью очков с толстыми линзами не давали сколько-нибудь удовлетворительного результата, так как очень сильные линзы приводили к визуальным искажениям и, как следствие, в некоторых случаях – к умственным отклонениям. В отличие от контактных линз, которые были изобретены уже в XX веке, способы коррекции афакии претерпевали лишь незначительные изменения на протяжении нескольких веков. Безусловно, офтальмологи уже давно поняли, какие огромные преимущества мог бы иметь метод имплантации искусственного хрусталика внутрь глаза. Однако первым, кто смог применить этот метод, стал Гарольд Ридли.

«Как жаль, что Вы не можете заменить мутный хрусталик прозрачной линзой»

Ридли вспоминает о некоторых событиях, которые привели к первой операции по имплантации ИОЛ в 1949 году. В 1930-е годы, «когда я еще работал хирургом-надомником, я занимался исследованиями для А.С. Хадсона и для моего отца. Работа касалась пациента, который лишился хрусталика на одном глазу. Это было практически равносильно потере глаза. Мысли об интраокулярном протезе не покидали меня, но прежде чем заняться исследованиями в этом направлении, я должен был получить статус врача-консультанта. В тот период (пока я работал врачом-надомником) я не слишком много внимания уделял афакии, но было совершенно очевидно, что возникла необходимость усовершенствовать методику лечения катаракты, разработанную Жаком Давиэлем еще в 1748 году. Вскоре я со всей остротой осознал, что операция по удалению катаракты без замены хрусталика считается завершенной лишь наполовину. Однажды, кажется, это произошло в 1947 году, ближе к концу дня, когда все намеченные операции были уже сделаны, один студент, который до этого никогда не видел операции катаракты, заметил: «Как жаль, что Вы не можете заменить мутный хрусталик прозрачной линзой». Помню, я ответил тому студенту, что многие врачи, в том числе и я, предлагали такую методику, но никто пока не решился ее воплотить». Имя этого студента так и осталось бы забытым или неизвестным, если бы не Джимми Филиппотс, бывший регистратор, который сообщил Ридли, что имя студента Стив Пэрри.



Майор Королевских Вооруженных сил Гарольд Ридли. Гана, 1941 год

Пэрри в будущем стал известным на севере Англии практикующим хирургом. Действительно, на сегодняшний день нет подлинных свидетельств того, что еще кто-то, кроме Ридли, занимался подобными исследованиями. Ридли вспоминает: «Прежде чем приступить собственно к работе по подготовке первой имплантации, необходимо было принять серьезные меры предосторожности. Особое внимание мы уделяли соблюдению секретности. Насколько я знаю, некоторые влиятельные коллеги враждебно отнеслись к идее поместить в человеческий глаз чужеродное тело. Большинство хирургов были удовлетворены простым удалением хрусталика. Для них афакия была необходимой и достаточной платой за частичное восстановление зрения. После нескольких месяцев размышлений я позвонил своему другу Джону Пайку, он работал в компании Rayners of London. С ним мы недавно закончили работу по электронной офтальмоскопии. Я предложил ему встретиться в моей машине вечером того же дня после дежурства. Джон ждал меня на площади Кавендиш. Не выходя из машины, Джон и я обсудили все основные детали будущей операции. Мы пришли к выводу, что новая операция может помочь лишь незначительному количеству больных катарактой, так как многие хирурги имели в своем распоряжении инструментарий и медикаменты XIX века. Мы также решили, что место, куда будет имплантирована ИОЛ, определено самой природой.

Подробно обсудив возможность имплантации в переднюю камеру, нам пришлось отказаться от этого варианта. Мы решили использовать методику экстракапсулярной экстракции. В качестве материала для новой линзы мы рассматривали стекло, полиметилметакрилат, плексиглас, акрил и кварц. Стекло и полиметилметакрилат были относительно дешевы, легко обрабатывались и имели хорошие оптические свойства».

Еще будучи военным хирургом, Ридли пришел к убеждению, что при определенных условиях стекло и акриловая смола не отторгнутся тканями человеческого тела. Во время Второй мировой войны он обследовал пилотов, получивших ранения глаз. Ридли обратил внимание на то, что осколки пластика, из которого изготавливался фонарь кабины самолета, попав в глаз пилота, не дают практически никаких побочных реакций.

Это наблюдение стало одним из важнейших принципов, который нашел в настоящее время всеобщее применение в дизайне линз и их имплантации.

«Однако главной проблемой была стерилизация. В то время способ стерилизации с помощью газа и гамма-лучей еще не был изобретен. Стерилизация в автоклаве

приводила к деформации полиметилметакрилата. Таким образом, единственным возможным вариантом оставалась химическая стерилизация. Главный фармацевт клиники Мурфилдс посоветовал использовать цетримид. Позже обнаружилось, что полиметилметакрилат впитывает небольшое количество цетримидов. Действительно, некоторые терапевты полагали, что цетримид вызывал послеоперационное воспаление.

После того как были определены место имплантации и материал искусственного хрусталика, мы должны были решить для себя важнейший вопрос: «Какой оптический эффект мы должны получить в результате операции?». Своим авторитетное мнение по этому поводу высказал Джон Пайк, который предостерег нас от использования обычного полиметилметакрилата. По его мнению, химическая чистота этого материала была недостаточной для имплантации внутрь глаза. С помощью катализаторов был синтезирован пригодный для использования пластик, сначала названный Transpex I, позже – Perspex C.Q. (Clinical Quality). Этот материал полностью соответствовал требованиям и до сих пор успешно применяется во всем мире. В решении вопроса об оптических свойствах линзы мы обратились к научным работам шведского офтальмолога, Нобелевского лауреата Алвара Гунстранда».

Чтобы избежать кривотолков среди коллег о коммерческом характере проекта, три изобретателя (Ридли, Пайк и Холт) отказались от мысли о каком-либо возна-



Осколки фонаря кабины боевых самолетов, попав в глаза пилотам, не давали побочных реакций



Члены Международного клуба интраокулярной имплантации (International Intraocular-Implant Club). В первом ряду в центре – Гарольд Ридли. Июль, 1966 год

граждению и пришли к соглашению, что проект должен иметь чисто научный характер. Никто на этом не заработал хоть сколько-нибудь денег. Компании Rayners и I.C.I. несли серьезные убытки. «Rayners продавала линзы по себестоимости, они мне обходились меньше одного фунта. Позже многие компании очень даже неплохо заработали на нашей идее. Я всегда очень боялся принимать поспешные решения, чтобы не надеяться на ошибку. Причиной того, что реализация нашего проекта сдвинулась на один год, послужили два основных фактора: 1) тщательный просчет возможных проблем и 2) практическое отсутствие добровольцев, желающих пойти на риск с неизвестными последствиями и к тому же имеющих один абсолютно здоровый глаз».

«Джентльмены, я абсолютно четко вижу ваши лица!»

Первая операция по имплантации искусственного хрусталика была сделана Гарольдом Ридли 45-летней женщине 29 ноября 1949 года в клинике Св. Томаса в Лондоне. Пораженный катарактой хрусталик был удален методом экстракапсулярной экстракции, и была имплантирована двояковыпуклая интраокулярная линза. ИОЛ была расположена позади радужки, к передней поверхности задней капсулы. Первую операцию по имплантации ИОЛ Ридли выполнил в два этапа: первый этап – экстракапсулярная экстракция, второй этап – имплантация ИОЛ – был выполнен через три месяца. Это было



Пациенты и медсестры клиники Св. Томаса. 1960-е годы



В 1983 году во время планового осмотра офтальмолог с удивлением обнаружил у 72-летней женщины интраокулярную линзу Ридли, которая была имплантирована в 1953 году после удаления травматической катаракты. Ее предупредили, что новое изобретение может восстановить ее зрение, но если ИОЛ будет отторгнута, большая окончательно потеряет способность видеть. В течение 30 лет показатели зрения у пациентки были 20/25

сделано для того, чтобы хирург смог убедиться, что экстракция не привела к осложнениям. Кроме того, Ридли должен был быть уверен в том, что если после имплантации искусственного хрусталика возникнут осложнения, они не будут вызваны последствиями экстракции, а причина кроется собственно в линзе.

Так как расчеты переднезадних размеров линзы Ридли были основаны на размерах человеческого хрусталика, и при этом не учитывалась разница между коэффициентом преломления белка человеческого хрусталика и пластика, первая ИОЛ получилась чрезмерно толстой. В результате первой операции была достигнута коррекция

зрения на 14 диоптрий. Острота зрения в центре по Шнеллену достигла показателя 20/60.

Вдохновленный успехом первой операции Ридли провел вторую имплантацию в клинике Мурфилдс в 1950 году. Перед имплантацией были проведены необходимые изменения оптической силы линзы, которая в результате удовлетворила как пациента, так и хирурга. Эта линза стала стандартной и в течение некоторого времени применялась во всех случаях.

В течение следующих нескольких лет Ридли имплантировал около тысячи ИОЛ. У многих пациентов, прооперированных Ридли и его коллегами, произошло успешное восстановление зрения. Ридли описывает один из самых драматичных эпизодов своей жизни, когда его пациент сразу после операции, еще лежа на операционном столе, воскликнул: «Джентльмены, я абсолютно четко вижу ваши лица!»

Тем не менее осложнения случались достаточно часто. В 12 случаях произошло смещение имплантированных ИОЛ. Несколько линз были заменены. Однажды произошло смещение линзы у пациента, у которого в течение 12 лет и 5 месяцев было зрение 20/15. После этого случая Ридли сказал: «Я не знаю другой хирургической катастрофы, которая бы вызывала столько боли, кроме неожиданного смещения удачно имплантированной линзы». Такие случаи происходили из-за чрезмерной массы импланта.

Свою первую презентацию нового метода лечения катаракты Гарольд Ридли провел на Оксфордской

офтальмологической конференции 9 июля 1951 года. К этому времени прошло 20 месяцев с момента первой имплантации ИОЛ. Несмотря на опасность того, что кто-то может незаконно воспользоваться его методиками и присвоит себе их авторство, Ридли отложил доклад на столь долгий срок. Гарольд понимал, что отсрочка доклада, прежде всего, необходима для безопасности самих больных, чтобы оградить их от недобросовестных хирургов, которые могли провести плохо подготовленную, поспешную операцию.

Первая статья, написанная Ридли по ИОЛ, была напечатана в 1951 году в «Протоколах офтальмологических обществ Соединенного Королевства». Подобно докладу Рентгена об открытых им лучах, сделанному в 1890 году, статья об основных принципах операции была весьма исчерпывающей и подробной. Описание целей новой методики, импланта, хирургических приемов на каждом этапе операции свидетельствовали об огромной проницательности английского офтальмолога, многие принципы открытой Ридли методики остаются актуальными до сегодняшнего дня. По его собственному признанию, единственный серьезный недостаток статьи заключался в отсутствии решения по обеспечению стабильной фиксации импланта. Действительно, на решение этой проблемы потребовалось 40 лет.

Несмотря на то что у Гарольда Ридли было много сторонников во всем мире, среди них Питер Чойс и Эдвард Эпштейн (он сделал первую имплантацию в ноябре 1951 года), у Ридли было и довольно много недоброжелателей. В Англии, даже в клиниках Св. Томаса и Мурфилдс, где Ридли проводил свои первые операции, важность его работы была признана далеко не сразу. Одним из самых неистовых противников Ридли был сэр Стюарт Дьюк-Элдер. Стивен Ширинг отмечал, что «начальный энтузиазм по поводу интраокулярных линз сменился пренебрежением и открытым игнорированием. Доводом хирургов стал высокий процент осложнений. Некоторые хирурги даже сделали карьеру на попытках отправки интраокулярных линз в мусорную корзину офтальмологии».

Первую лекцию в США, посвященную изобретению, Ридли прочел в марте 1952 года на ежегодном совещании Чикагского офтальмологического общества. Доклад был встречен «с огромным



Клиника Св. Томаса, Лондон

энтузиазмом». «Я привез с собой 6 линз. На следующее утро Уоррен Ривз на своем собственном самолете вылетел в Филадельфию и провел эту операцию в Глазной клинике Уилс. Таким образом, Уоррен Ривз стал первым американским хирургом, имплантировавшим ИОЛ».

Ридли сильно переживал по поводу того, что в 50-60-е годы известные хирурги по обе стороны океана, представляющие академический эстеблишмент, с презрением относились к его методу.

Остракизм, которому Гарольд Ридли был подвергнут со стороны большинства офтальмохирургов, заставил его отказаться от идеи имплантации в заднюю камеру, в основном из-за опасения судебных разбирательств против него и его соратников. Таким образом, работа над методикой имплантации в заднюю камеру, которая доказала свое преимущество и сегодня применяется в повседневной хирургической практике, была отложена более чем на 10 лет.

Некоторые хирурги называли интраокулярные линзы «бомбой замедленного действия». Национальный глазной институт (The National Eye Institute) не проявил интереса к изобретению и ни разу не выделил средства на исследования, проводимые американскими учеными по проекту интраокулярных линз. В течение первых двух десятилетий после первой имплантации ИОЛ противники открыто выступали против Ридли и его изобретения. Однако к 70-80-м годам успех метода Ридли уже практически ни у кого не вызывал сомнения.



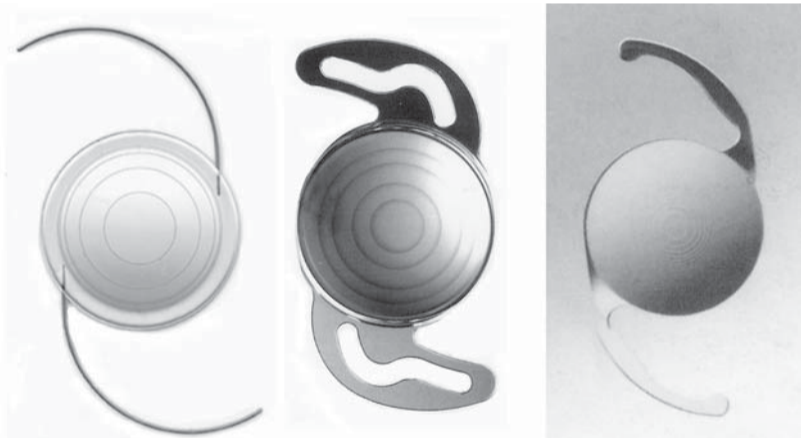
Супружеская чета Ридли в своем загородном доме. 1987 год

Если бы в те далекие годы в распоряжении Гарольда Ридли были суперсовременные инструменты и технологии, история интраокулярных линз могла бы сложиться совсем по-другому...

Сегодня для молодых хирургов операции по имплантации ИОЛ стали делом совершенно привычным. Они и не подозревают о том, с чем пришлось столкнуться английскому офтальмологу Гарольду Ридли и его соратникам на пути продвижения этой поистине революционной технологии.

David J. Apple, MD, John Sims, MD.
Harold Ridley and the Invention of the IOL // Survey of Ophthalmology. – January-February 1996. – Vol. 40. – No. 4.

Перевод Сергея Тумара



Мультифокальные ИОЛ. Их отличие от первых линз Ридли заключается в наличии концентрических кругов, нанесенных на поверхность, которые позволяют пациенту хорошо видеть как вблизи, так и вдаль. Современные линзы также имеют опорные элементы. Материалы, из которых изготавливаются ИОЛ, позволяют имплантировать протез через небольшие разрезы

Российская академия медицинских наук • Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова • НОЧУ «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии»



1921-2001

Официальный сайт симпозиума:
www.eyecool.ru

Интернет-ресурсы:
www.optometrycool.ru,
www.weboptica.ru

ОСЕННИЕ РЕФРАКЦИОННЫЕ ЧТЕНИЯ, посвященные 90-летию со дня рождения профессора Э.С. Аветисова

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе II Международного симпозиума «Осенние рефракционные чтения», посвященного 90-летию профессора Э.С. Аветисова.

Основная тема симпозиума:

«Астигматизм: проблемы диагностики и коррекции».

Дата проведения: 21-22 октября 2011 года.

Место проведения: Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11 А, НИИ глазных болезней РАМН.

Цель симпозиума: обсуждение научно-практических вопросов, связанных с первичной и индуцированной аметропиями.

Формат симпозиума:

- эволюция методов диагностики и коррекции астигматизма;
- кератоконус — инновационные подходы к изучению патогенеза, коррекции и лечению;
- образовательно-информационные семинары.

В рамках симпозиума планируется выставка современного диагностического оборудования, средств оптической коррекции и инновационных технологий.

В работе симпозиума предполагается участие компаний, специализирующихся на производстве средств коррекции, офтальмологического оборудования и фармпрепаратов.

Информационная поддержка:

журналы «Вестник офтальмологии», «Глаз», «Вестник оптометрии», «Оправы и линзы», «Веко», специализированная газета «Поле зрения».

С юбилеем, Вардан Рафаелович!

Редакция и читатели газеты «Поле зрения» поздравляют доктора медицинских наук, профессора Вардана Рафаеловича Мамиконяна с днем рождения!
От души желаем здоровья, творческих успехов, вдохновения, светлых дней и долгих лет.
Живите без печалей. Пусть сбываются все мечты и надежды!



ШТРИХИ К ПОРТРЕТУ

Доктор медицинских наук, профессор Вардан Рафаелович Мамиконян родился в 1951 г. в Ереване. В 1968 г. поступил в Ереванский государственный медицинский институт, который успешно окончил в 1974 г. С 1974 по 1981 гг. работал врачом-окулистом, а позже – старшим лаборантом на кафедре глазных болезней Ереванского института усовершенствования врачей. В 1978 г. поступил в очную аспирантуру Первого Московского государственного медицинского института им. И.М. Сеченова на кафедру глазных болезней. В 1981 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клинико-экспериментальное изучение операции передней «компрессионной» кератотомии (ортокератотомии) при миопии». В 1982 г. поступил на работу во Всесоюзный НИИ глазных болезней МЗ СССР, где работает по настоящее время*. В 1991 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Кераторефракционные операции для коррекции высоких аметропий». С 2003 г. является заместителем директора по научной работе в НИИ глазных болезней РАМН. Под руководством профессора В.Р. Мамиконяна защищено 5 кандидатских диссертаций, в настоящее время готовятся 4 докторские и 2 кандидатские диссертации. В.Р. Мамиконян – автор более 200 печатных работ, опубликованных в отечественной и зарубежной литературе, более 25 авторских свидетельств и патентов на изобретения. Вардан Рафаелович Мамиконян – автор монографии «Кераторефракционная хирургия». Участник российских и зарубежных симпозиумов и конференций. Профессор В.Р. Мамиконян осуществляет широкую консультативную и хирургическую деятельность. Основная специализация – кератопластика, катаракта, глаукома, рефракционная хирургия. В настоящее время под руководством профессора Мамиконяна внедряются в практику самые современные методы кератопластики и разрабатываются новые операции с применением фемтосекундного лазера.

*Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН.

7. Исторические персонажи, которых Вы презираете?

Естественно, всех деспотов и тиранов. К слабостям остальных отношусь достаточно снисходительно.

8. Ваши любимые герои в реальной жизни?

К героям своей жизни могу отнести весь женский состав моей семьи: супругу и двух дочерей, и, конечно, близких друзей. Все любимы, иногда за каждого приходится переживать, все как с настоящими героями.

9. Ваш любимый писатель?

Их несколько: Булгаков, Зощенко, Ремарк, Цвейг, О'Генри, если кого-то еще не забыл.

10. Реформа, которую Вы цените особенно высоко?

Известно, что никакие реформы не могут быть объективно оценены современниками. Поэтому могу выразить свое полное удовлетворение только отменой крепостного права и, скажем, отменой «сухого закона» в США.

11. Ваш любимый поэт?

Откровенно говоря, поэзией никогда не увлекался. Скорее всего, наибольшие мои познания в этой области связаны с именем А.С. Пушкина. Когда-то мне даже пришлось перефразировать сказку Александра Сергеевича о рыбаке и рыбке в формат стихотворной басни. И жюри признало мой опус лучшим.

12. Любимый композитор?

Я всегда вспоминаю, каких мучений мне стоила в детстве учеба в музыкальной школе. Несмотря на наличие абсолютного слуха, образование мое осталось исключительно начальным и совершенно неоконченным. Хотя сейчас мне действительно нравится многое из классической музыки. Однако я не уверен, что всегда правильно назову композитора, услышав произведение.

13. Любимый художник?

Знатком живописи я, конечно, тоже не являюсь. Но, наверное, из чувства патриотизма назову Айвазовского и Сарьяна. К тому же многие работы и одного и другого мне действительно нравятся.

14. Любимое занятие?

Это созерцание чего-либо красивого, но обязательно живого: красивой природы, женщины, игры, работы. И чтобы при этом ничего не мешало и не заботило.

15. Ваша мечта о счастье?

Как мне кажется, наиболее емкое выражение на этот счет: «счастье мимолетно». Смысл его заключается в том, что счастливые мгновения человек переживает в связи с самыми обычными жизненными ситуациями. Это и близость общения с родным и любимым человеком, и ощущение здоровья после болезни, и победа в спорте, и достижение в работе, в общем что угодно. Поэтому я никогда не обременял голову мечтами о наступлении всеобъемлющего и окончательного счастья.

16. Ваше любимое изречение?

Офтальмологическое (собственное): «Если хочется кому-то открыть глаза, для начала убедитесь, что он/она хочет прозреть».

Вместо эпилога

Успешные люди знают свои возможности и ставят перед собой высокие цели. Те, кто добивается поставленных задач, поистине счастливые люди. По словам Вардана Рафаеловича, «счастье мимолетно», поэтому он умеет ценить каждое мгновение. И может, поэтому его любимое занятие – созерцание.

Талантливый человек талантлив во всем: у В.Р. Мамиконяна прекрасная семья, которая поддерживает его во всех делах и начинаниях, верные друзья, интересная работа и много-много счастливых пациентов, которым он вернул счастье видеть.

В качестве предисловия

«Врачевание сродни искусству. Чтобы стать врачом, нужно потратить много сил на образование и непрерывно учиться с момента поступления в медицинский вуз и до конца врачебной карьеры. Останавливаться нельзя. В этой профессии мало быть специалистом, нужно обладать определенными качествами. Врач должен быть добрым... Нужно уметь жертвовать собой ради других. Врач должен сопереживать пациенту. В самых трудных ситуациях, сочувствуя, нужно уметь сохранять профессиональный и трезвый подход. Чтобы стать врачом, изначально нужен определенный склад ума, нужна хорошая память и работоспособность. Врачи могут покорить любую профессию. Ну, разве что в космос не каждый полетит... Иными словами, профессия врача – это не профессия, это призвание»*.

Редакция газеты «Поле зрения» отказалась от традиционной хвалебной статьи в честь юбиляра, а предложила Вардану Рафаеловичу Мамиконяну ответить на вопросы общечеловеческого характера, помогающие составить представление о собеседнике. Мы надеемся, что уважаемый профессор вполне искренне ответит на вопросы из «Анкеты Марселя Пруста»** и встанет в один ряд с такими известными людьми, как Карл Маркс, Жерар Филипп, Андрей Тарковский, Джон Апдайк, чьи ответы на «Анкету Пруста» навсегда остались в истории.

Мы просили Вардана Рафаеловича отвечать на вопросы быстро, не задумываясь. Что вышло из нашей затеи, судить вам, дорогие читатели.

1. Качества, которые Вы больше всего цените в коллегах, друзьях?

Скорее всего, этот набор положительных качеств известен всем. Однако, известно и то, что в каждом человеке в разных пропорциях всегда уживаются и позитивное и негативное. Поэтому и коллег, и друзей, на мой взгляд, следует принимать такими, какие они есть. Тем более что в реальности мы сами во многом определяем, какие свои качества они проявляют в отношении нас.

2. К каким порокам Вы чувствуете наибольшее снисхождение?

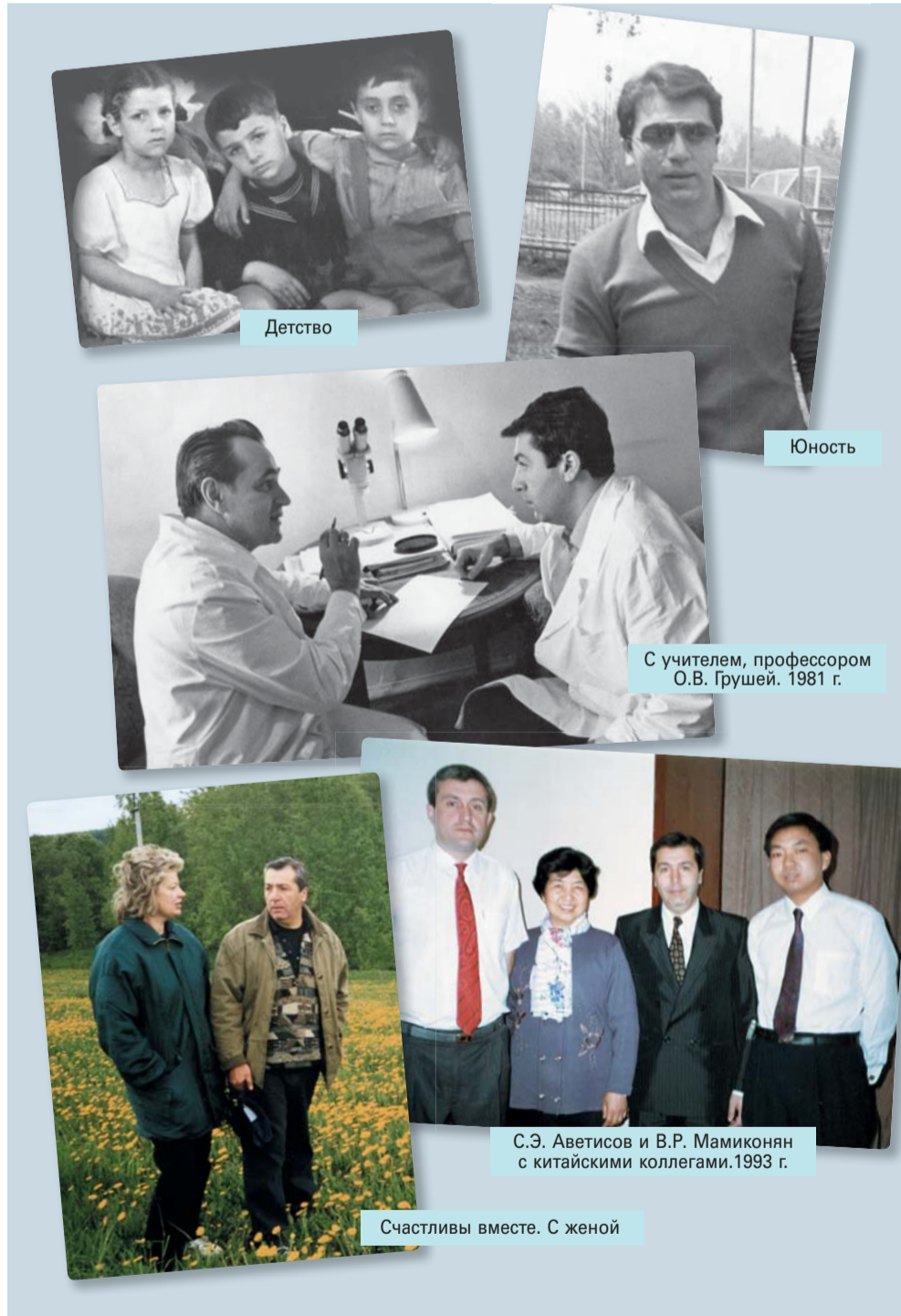
К любопытству. И «свинством» его тоже не считаю.

* Г.П. Корженкова, врач-рентгенолог Российского онкологического центра.

** В конце XIX века, когда французский писатель и философ Марсель Пруст был еще подростком, он заполнил анкету, называвшуюся «Альбом для записи мыслей, чувств и т.д.», которая принадлежала его подруге Антуанетте, дочери будущего французского Президента Феликса Форы.

Пруст заполнял анкету несколько раз в своей жизни и всегда с энтузиазмом. В 1924 году была найдена рукопись с его ответами, датированная 1890 годом.

Сам Марсель Пруст не составлял вопросник, анкеты появились еще до его рождения, однако именно его ответы были признаны наиболее оригинальными, и эта анкета вошла в историю именно под именем Пруста.



Детство

Юность

С учителем, профессором О.В. Грушей. 1981 г.

С.Э. Аветисов и В.Р. Мамиконян с китайскими коллегами. 1993 г.

Счастливы вместе. С женой

3. К чему Вы испытываете отвращение?

К нарцисстическим, самовлюбленным натурам.

4. Что является Вашим главным достоинством?

Человеку свойственно переоценивать свои достоинства, в том числе и их количество. Я исключением не являюсь. Поэтому, избавляя себя от перебаривания многочисленных своих достоинств, я от ответа на этот вопрос воздержусь.

5. Что является Вашим главным недостатком?

Наверное, правильнее поинтересоваться у тех, кто испытывал мои недостатки на себе.

6. Каковы Ваши любимые литературные персонажи?

Ну конечно, это сильные, бесстрашные и сообразительные персонажи, которые нравятся всем.

Внутрикапсульное кольцо в хирургии катаракты при подвывихе хрусталика (опыт 15 лет имплантации)

И.Э. Иошин

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

Возможности внутрикапсульной фиксации ИОЛ при подвывихе хрусталика обеспечиваются заметным в последние годы развитием хирургической технологии. Общие рекомендации сводятся к снижению травматичности манипуляций с капсульным мешком, для чего уменьшается поток жидкости при ирригации-аспирации-факоэмульсификации. Существенное расширение возможностей катарактальной хирургии при подвывихе принесло применение вискоэластиков. Механически более стабильная вискоэластичная среда ограничивает манипуляционные тракции при эндокапсулярной хирургии.

Все же основную роль в создании условий для неосложненной факоэмульсификации катаракты при подвывихе хрусталика играют различные хирургические устройства и приемы, стабилизирующие капсульный мешок в отсутствие адекватной связочной поддержки (глайды, фиксация в ране лоскута передней капсулы, временное связывание ИОЛ, внутрикапсульные кольца). Последние используются наиболее часто. С момента своего появления внутрикапсульное кольцо (ВК) стало одним из основных вспомогательных устройств в факоэмульсификации катаракты при подвывихе хрусталика. Многие фирмы-производители интраокулярных линз (ИОЛ) предлагают ВК (в англоязычной литературе

«capsular tension ring») для имплантации в капсульный мешок при подвывихе хрусталика.

В 1993 г. на III Американском Международном Конгрессе по катаракте и рефракционной хирургии авторами U. Legler, B.M. Witschel et al. был впервые представлен фильм об использовании разомкнутого ВК в хирургии осложненной катаракты.

Применение кольца в хирургии катаракты при подвывихе стало для многих хирургов привычной процедурой, в то же время имеется скептическое мнение об эффективности данной технологии. Связано это с тем, что при накоплении клинического опыта успешная факоэмульсификация на фоне незначительного подвывиха хрусталика стала возможной и без специальных устройств, наряду с положительными свойствами хирургии с ВК выделены и технические сложности проведения операции после имплантации ВК, в частности, затруднение аспирации периферических хрусталиковых масс. Отмечались также редкие случаи разрыва капсулы в момент имплантации, разрыв капсулы при факоэмульсификации после имплантации ВК, смещение всего комплекса ВК+ИОЛ после операции и др.

Материалы и методы

Собственный опыт применения ВК насчитывает более 15 лет, когда после ряда авторских экспериментальных исследований с различными материалами (сополимер коллагена, полипропилен, полиуретанметакрилат, полиметилметакрилат) на базе НЭП и ЭТП МНТК «Микрохирургия глаза» было налажено производство колец сначала одного типоразмера, затем нескольких

типоразмеров с учетом особенностей глазного яблока.

С использованием ВК автором прооперировано более 1000 больных с катарактой и подвывихом хрусталика различной степени. Современный имплантат представляет собой разомкнутое кольцо из полиметилметакрилата с закругленными концами. На обоих концах предусмотрены манипуляционные отверстия. Имеется несколько типоразмеров в зависимости от особенностей строения глазного яблока (рис. 1).

Первоначальные рекомендации по имплантации ВК носили общий характер и включали слабость волокон цинновой связки хрусталика и подвывих хрусталика. ВК предназначалось для профилактики разрыва капсулы хрусталика и обеспечения внутрикапсульной фиксации ИОЛ во время экстракапсулярной экстракции катаракты или факоэмульсификации.

Методика имплантации. Для профилактики осложнений внутрикапсульное кольцо может вводиться на различных этапах проведения операции: до удаления ядра, перед эвакуацией хрусталиковых масс или до имплантации ИОЛ. Это должно сохранять капсульный мешок на всех этапах операции, а в послеоперационном периоде добиться центрального стабильного положения ИОЛ. Имплантация кольца может осуществляться несколькими способами.

С помощью инжектора (рис. 2). Устройство инжектора включает внутреннюю пружину, соединенную со стальным стержнем с крючком на конце. За счет действия пружины кольцо с помощью крючка за манипуляционное отверстие втягивается в инжектор. Нажатием на поршень кольцо плавно выводится из инжектора. В переднюю камеру через разрез вводится инжектор с запрограммированным в него кольцом. Поддачей поршня вперед кольцо вводится через капсулорексис в капсульную сумку. Продвигаясь в кортикальных массах по экватору хрусталика, кольцо занимает весь внутренний периметр капсульной сумки. При появлении из инжектора крючка с фиксированным кольцом необходимо сместиться ниже верхнего края капсулорексиса. При легком движении инжектора во фронтальной плоскости происходит освобождение кольца и самостоятельное его запрограммирование в капсульный мешок.

Без инжектора (рис. 3). При этом особенность методики заключается в первоначальном расположении кольца перед имплантацией. Оно располагается разомкнутой частью вниз к 6 часам. Кольцо фиксируется двумя пинцетами для имплантации и через операционный разрез вводится в капсульный мешок одним (левым) концом. Затем, осуществляя вращательные движения по часовой стрелке, перехватывая пинцетами, кольцо плавно вводится в капсульный мешок. При подходе к операционному разрезу второго свободного конца внутрикапсульного кольца техника имплантации меняется. С помощью микрокрючка, введенного в манипуляционное отверстие, на свободном конце происходит сгибание

кольца ниже верхнего края капсулорексиса и плавная имплантация его в капсульный мешок. В случаях миоза для улучшения визуального контроля используется микроманипулятор радужки.

Обсуждение

Имплантация ВК зарекомендовала себя как наиболее эффективный способ профилактики интраоперационных осложнений у больных с несостоятельностью связочного аппарата хрусталика при проведении экстракции катаракты. Хирургические особенности профилактики осложнений при факоэмульсификации катаракты на фоне слабости цинновой связки заключаются в необходимости:

- расправления капсульного мешка для профилактики повреждения нестабильной капсулы при эмульсификации ядра и аспирации хрусталиковых масс;

- восстановления круговой симметрии капсульного мешка для адекватного положения интраокулярной линзы;

- профилактики дальнейшего разрушения связки и смещения хрусталика при манипуляциях с ним.

Механизм действия внутрикапсульных колец, заключающийся в создании каркаса для спаившейся капсульной сумки, адекватно справляется с первыми двумя обозначенными обстоятельствами. С другой стороны, ВК, хотя и в меньшей степени, способствует удержанию всего капсульного мешка в естественной горизонтальной плоскости. Однако возможности кольца при этом ограничены, и при отсутствии связки на большом протяжении хрусталик при внедрении факонконечника на фоне подачи жидкости начинает наклоняться в этой зоне в полость стекловидного тела. При выраженной деструкции стекловидного тела опора для хрусталика отсутствует, потому смещение может быть значительным и резко осложняет проведение факоэмульсификации.

Смещение всего комплекса «капсульный мешок + ИОЛ + ВК» в послеоперационном периоде, очевидно, обусловлено естественным прогрессированием дегенеративного процесса волокон цинновой связки. Наличие ВК не должно усугублять этот процесс за счет малого веса, более того, в отсутствие операции по замене хрусталика большой вес естественного хрусталика в сравнении с искусственным мог потенциально раньше привести к его дислокации. Кольцо же, прижимая капсульный свод к цилиарной борозде, несет в себе механизм фиксации всего хрусталика. Вместе с тем необходимо отметить, что наличие кольца и в случае повторных репозиций ИОЛ может быть полезным в качестве дополнительного элемента для шовной фиксации, особенно в случае смещения эластичных гидрофильных ИОЛ, чьи опорные элементы не приспособлены для подшивания.

Также описаны случаи разрыва капсулы в момент введения кольца и последующим отказом от внутрикапсульной фиксации ИОЛ. Кольцо при этом не смещалось в стекловидное тело, а оставалось

фиксированным в остатках капсульного мешка и, возможно, цилиарной борозде. В данных случаях очевиден другой механизм повреждения: несоответствие упругих свойств кольца механической прочности дистрофически измененной капсулы хрусталика.

Разрыв капсульного мешка в ходе эмульсификации ядра при наличии ВК объясняется чрезмерно активными манипуляциями вблизи натянутой задней капсулы. Иными словами, повреждение капсульного мешка с ВК зависит в большей степени от технологических ошибок во время имплантации и последующей фрагментации ядра.

Для случаев с выраженной слабостью волокон цинновой связки и значительным смещением хрусталика были разработаны кольца с дополнительными фиксационными элементами, выведенными в параллельную плоскость. Такой элемент перегибается через край капсулорексиса и может быть подшит к цилиарной борозде без деформации зрачка и капсульного мешка. Однако имплантация кольца с дополнительной шовной фиксацией к склере достаточно трудоемкая процедура, а дополнительная шовная фиксация проводится не до, а после удаления катаракты. Иными словами, данные модификации кольца ориентированы на профилактику после-, а не интраоперационных осложнений, в то время как именно интраоперационные проблемы представляют в этих случаях особую трудность.

Идея шовной фиксации капсульного мешка (как правило, в одной точке) получила свое дальнейшее развитие при создании устройств в виде сегментов различной формы с дополнительными изгибами в различных плоскостях. Механизм их действия, подобный якорю, наиболее эффективен в случаях врожденных эктопий хрусталика с локальной слабостью волокон цинновой связки. Для них характерна асимметричная положения хрусталика за счет особенностей строения цинновой связки, при котором в одной зоне экватора хрусталика ее волокна разрежены вплоть до полного отсутствия, а в другом, чаще противоположном, сохранены и даже гипертрофированы. При инволюционной слабости цинновой связки применение подобных устройств менее очевидно, так как волокна разрушены равномерно и фиксация в одной точке не позволяет адекватно провести хирургическое вмешательство.

Применение ВК на первых этапах освоения технологии чаще всего было ограничено случаями незначительного повреждения волокон цинновой связки – подвывих хрусталика 1-2-й степеней по классификации Н.П. Паштаева. При более выраженных подвывихах дополнительно с кольцом предложено временно (на момент операции) фиксировать полимерными ретракторами за края капсулорексиса для последующей адекватной факоэмульсификации катаракты в нескольких точках через парацентезы. Количество точек фиксации зависит от протяженности дефекта: от 1-2-х – в зоне локального дефекта цинновой связки, до 4-х – равномерно при круговой слабости

POLIST GROUP

Одноразовые системы и картриджи для имплантации ИОЛ

Легкие в использовании и безопасные, одноразовые системы для имплантации гидрофильных и гидрофобных монолитных интраокулярных линз

Размер разреза:
1,8 мм
2,2 мм
2,4 мм
2,8 мм
3,0 мм

производитель:
RET Inc

ООО «ПОЛИСТ лайн»
г. Москва, 127549, ул. Бибиревская, 17Б, офис 6, тел./факс: [499] 901-44-49
г. Новосибирск, 630007, ул. Октябрьская, 34, тел.: [383] 218-33-15
Email: polist@polist.ru Web: www.polist.ru

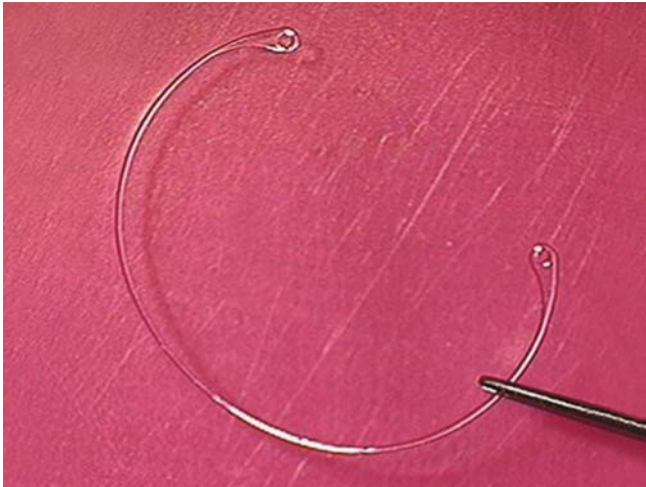


Рис. 1. Общий вид кольца

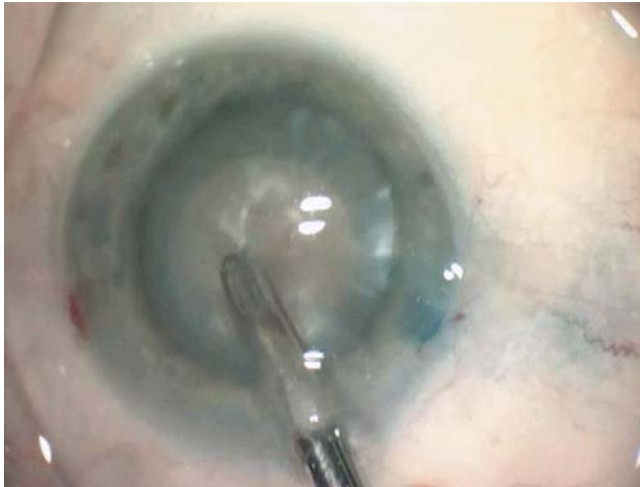


Рис. 2. Имплантация кольца инжектором



Рис. 3. Имплантация кольца пинцетами

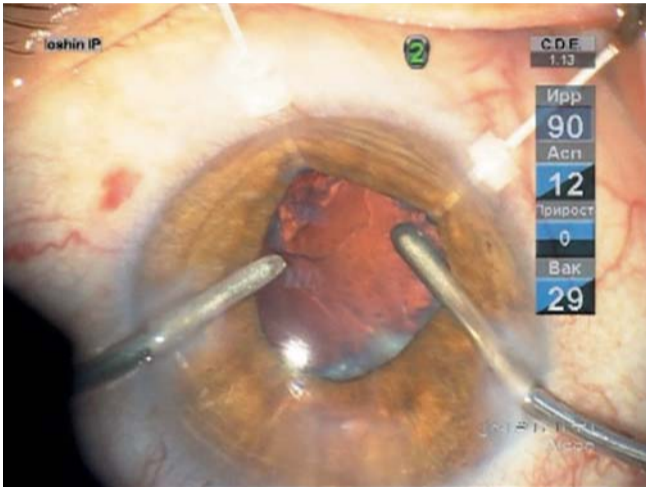
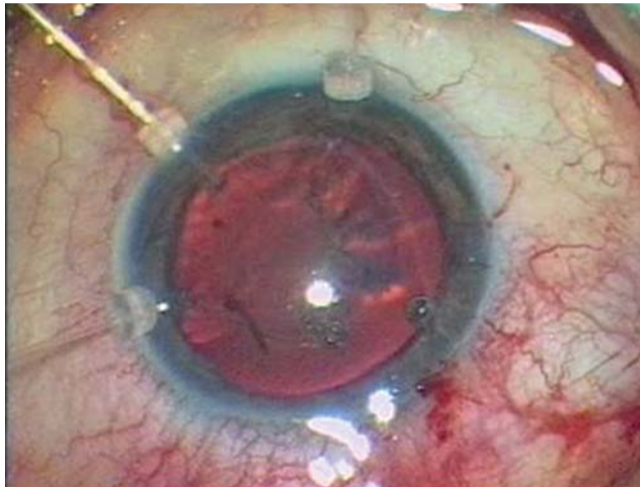


Рис. 4. Этапы операций с 2-, 3-, и 4-мя ретракторами



волокон (рис. 4). Непосредственно введение ретракторов не вызывало трудностей, особенно 2-го, 3-го и при необходимости 4-го. Для заведения же за край капсулорексиса 1-го ретрактора при значительной асимметрии положения хрусталика рекомендуется дополнительно использовать шпатель, который через противоположный парацентез вводится под капсулорексис и поддерживает хрусталик в момент заведения.

Впоследствии ретракторы для удобства и более надежной фиксации были модифицированы в Т-образные. Выполнение капсулорексиса как необходимого условия адекватной факоэмульсификации при подвывихе хрусталика приобретает особое значение. В то же время опасения того, что край капсулорексиса будет недостаточно прочным для фиксации ретракторами, оказались несостоятельными. Капсулорексис при соблюдении его симметрии и размере 5,0-5,5 мм, как правило, остается стабильным в течение всей операции. В нескольких случаях все же был отмечен надрыв капсулорексиса. Дальнейшее развитие событий происходило по разным сценариям: при изолированном применении ретракторов надрыв края капсулы не стремился к распространению на периферию, и операцию, как правило, удавалось закончить по плану с внутрикапсулярной фиксацией ИОЛ; при комбинированном применении кольца и ретракторов за счет внутрикапсулярного натяжения мешка чаще происходило дальнейшее распространение надрыва к периферии вплоть до капсульного свода. Возможность продолжения факоэмульсификации была неоднозначной, поэтому в случаях полного радиального надрыва капсулы переходили на механическое удаление фрагментов ядра и ручную аспирацию хрусталиковых масс.

Помимо перечисленных осложнений, отмечаются и специфические технические сложности проведения операции после имплантации ВК, а именно, затруднение аспирации периферических хрусталиковых масс за счет прижимного действия кольца. Для профилактики этой особенности рекомендована тщательная гидроделинеация и

вискоделинеация хрусталика перед введением ВК. Несмотря на определенные трудности удаления самых периферических хрусталиковых масс, стабилизация капсульного мешка с кольцом, практическая значимость целостности капсульного мешка очевидно выше. Для повышения эффективности аспирации рекомендуется изменить направление аспирации с радиального на циркулярное. При этом массы лучше соскальзывают с ВК и уменьшается эффект «наматывания» или «обертывания» кольца.

Сокращение показаний к имплантации ВК зависит и от продолжения существования метода факоэмульсификации. Уменьшение разреза с 3,2 мм до 1,8 мм, переход практически к разрушению ядра *in situ* по технологии «факочоп», значительное повышение эффективности использования ультразвука при различных режимах уменьшили механическую травму хрусталика и его связочного аппарата. В связи с этим расширились возможности неосложненного выполнения операции при незначительном подвывихе и без использования кольца. В то же время при выраженном подвывихе актуальность имплантации ВК, особенно в сочетании с капсулоретракторами, сохраняется.

Таким образом, произошла следующая эволюция показаний к имплантации ВК: от рекомендаций использования при любом подвывихе к индивидуальным с учетом особенностей пациента. Иными словами, определение показаний к имплантации ВК происходит не только на дооперационном этапе при диагностике клинических проявлений подвывиха, но и в момент операции в зависимости от реакции связочного аппарата хрусталика на хирургические манипуляции. Особенность самой факоэмульсификации при подвывихе заключается в использовании минимальных режимов – «low phase» – ирригации-аспирации для снижения гидродинамического удара на хрусталик (ирригация – менее 60 мм, аспирация – менее 300). Мощность же ультразвука должна быть максимально возможной с учетом плотности ядра для формирования адекватного разлома.

Рекомендации

Применение кольца в комбинации и без капсулоретракторов, другими устройствами, а также отказ от факоэмульсификации в пользу мануальных технологий экстракции катаракты определяется этиологией подвывиха, индивидуальной степенью выраженности слабости цинновой связки на каждом основном этапе операции: факофрагментация, аспирация хрусталиковых масс, имплантация ИОЛ.

В случаях врожденных эктопий хрусталика с ограниченной слабостью цинновой связки рекомендовано применение кольца в комбинации с капсулоретракторами в зоне максимального дефекта связки. Имплантация дополнительных сегментов с последующей шовной фиксацией определяется положением интраокулярной линзы в конце операции, точнее степенью ее децентрации.

В случаях инволюционной дистрофии цинновой связки при незначительном подвывихе хрусталика (до операции отсутствует иридофакодонез, во время операции без затруднений выполнен первый капсулорексис, адекватная гидродиссекция и ротация ядра, отсутствие смещения хрусталика при ирригации и внедрении в ядро факонконечника) имплантация ВК до эмульсификации ядра обязательна. Рекомендован режим факоэмульсификации с ограничением уровня ирригации. При стабильном капсульном мешке после удаления ядра на этапе аспирации и имплантации ИОЛ имплантация ВК также не показана.

Если же после удаления ядра на этапе аспирации хрусталиковых масс отмечается значительное смещение свода капсульного мешка при увеличении вакуума или появление выраженной складчатости задней капсулы, то имплантация ВК рекомендована. Для повышения эффективности процедуры эвакуации хрусталиковых масс рекомендуется изменить «радиальное» направление аспирации на «спиральное».

Введение ВК при незначительном подвывихе до имплантации современных эластичных ИОЛ, как правило, не требуется. При использовании жестких ИОЛ для

стабилизации капсульного мешка до их имплантации предпочтительнее ввести кольцо.

При значительном подвывихе хрусталика (иридофакодонез, нестабильное положение хрусталика в сагитальной плоскости или сморщивание капсулы при переднем капсулорексисе, смещение края или всего хрусталика в полость стекловидного тела при ирригации) имплантация ВК показана до этапа факофрагментации. При продолжающейся нестабильности комплекса «хрусталик-кольцо» во время его вращения и фрагментации рекомендуется дополнительная фиксация с помощью полимерных ретракторов за края капсулорексиса в нескольких точках в зависимости от локализации поврежденных волокон цинновой связки.

При адекватном проведении всех последующих этапов (эмульсификация ядра, аспирация хрусталиковых масс, имплантация ИОЛ) ретракторы удаляются до вымывания вископротектора. В случае разрыва края капсулорексиса и тем более задней капсулы хрусталика рекомендован переход на механические способы удаления фрагментов ядра и остаточных масс.

При выраженном подвывихе хрусталика – состоянии, пограничное с вывихом – (стойкое смещение хрусталика в пределах задней камеры, часто с волокнами стекловидного тела в передней камере, крайние выраженные признаки дистрофии радужки) предпочтение отдается интракапсулярным способам экстракции катаракты с внекапсулярной фиксацией ИОЛ. ■



QUATRIX ASPHERIC EVOLUTIVE PRE-LOADED

Увидеть лучше... Увидеть лучше... **УВИДЕТЬ**
лучше... Увидеть лучше... Увидеть
лучше... **Увидеть лучше...**... Увидеть
лучше... Увидеть лучше... Увидеть
лучше... Увидеть лучше... Увидеть лучше...

Инжекторная система Quatrix
Гарантия. Простота.
Удобство. Безопасность.

Универсальность Quatrix –
адаптация размера ИОЛ к физиологическим особенностям пациента



ООО «Корнеаль», 109004, г. Москва, Пестовский пер. 16 корп. 2
тел.: +7 495 664 25 24, факс: +7 495 664 25 29, e-mail: info@corneal.ru / www.corneal.ru

Ретинобластома: проблемы и решения

С.В. Саакян

ФГУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца
Минздрава России»

Первое десятилетие нового тысячелетия ознаменовалось новыми прорывами в развитии высоких диагностических и лечебных технологий в медицине и, в частности, офтальмологии. К ним относится внедрение в практику современных визуализирующих систем, таких как УЗИ, УБМ, ОКТ сетчатки и переднего отрезка глаза, ретинальная педиатрическая камера, суперсовременные мультиспиральные томографы и ПЭТ-системы, позволяющие выявить патологию на самых ранних стадиях заболевания. Разработка лечебных технологий была направлена, в первую очередь, на минимизацию операционной травмы, развитие витреоретинальных операций и интравитреальное введение препаратов различного действия. Это позволило значительно повысить качество оказываемых услуг и снизить инвалидизацию больных.

Офтальмоонкология как особое направление офтальмологии, развиваясь на стыке двух дисциплин, безусловно, не остается в стороне от общего прогресса и активно внедряет в практику Российского здравоохранения технологии, позволяющие своевременно диагностировать опухоль и расширить показания к органосохраняющим видам лечения. Это в полной мере относится к решению такой проблемы, как ретинобластома (РБ). И, казалось бы, имея в наличии мощный арсенал всех необходимых для подтверждения диагноза инструментов, можно было бы в целом ожидать резкого скачка в диагностике ранних форм заболевания, однако, к сожалению, офтальмонологи констатируют, что этого не произошло. Анализируя возможные причины увеличения количества детей с запущенными формами РБ, обращающихся в специализированные центры, можно выделить следующие. Во-первых, это отсутствие онкологической настороженности у основной части офтальмопедиатров. Во-вторых, отсутствие налаженной системы диспансерных осмотров у детей до года или формальный осмотр детей – без расширения зрачка. В третьих, это недостаточная квалификация врачей, это подтверждается тем, что даже при наличии специфических жалоб, больной не направляется на углубленное обследование. Конечно, необходимо принимать во внимание огромную загруженность врачей первичного звена, отсутствие необходимых приборов и бюрократизм административного управления, но все это не освобождает врача от ответственности не только за сохранение глаза и его функций, но и за здоровье и жизнь ребенка. В комплекс мероприятий, направленных на улучшение сложившейся ситуации должны быть включены разработка и внедрение специальных законодательных актов, обязательное непрерывное последипломное образование с обучением на курсах повышения квалификации в специализированных центрах. Большое будущее за внедрением телекоммуникационных систем интерактивного обучения. И здесь огромная роль принадлежит главным врачам поликлиник и больниц, которые должны обеспечить командировку врача на выездные циклы в федеральный центр и необходимое техническое оборудование на местах. Но самое главное – это человеческий фактор: никакие современные технологии не

помогут, если не будет соучастия врача, его равнодушия к той трагедии, которая развивается в семье больного ребенка.

Итак, что же такое ретинобластома? Ретинобластома – это злокачественная опухоль оптической части сетчатки нейроэктодермального происхождения, поражающая детей в возрасте от 0 до 9 лет.

Первому случаю РБ, упомянутому в литературе, более 400 лет. Petrus Pawins в 1597 году описал случай генерализованной ретинобластомы у ребенка 3-х лет. В 1767 году был зафиксирован случай бинокулярной ретинобластомы у 15-месячного ребенка. Veer в 1817 г. вводит понятие «амавротический (слепой) кошачий глаз», которое превращается в патогномичный признак заболевания. Название ретинобластомы было предложено в 1926 году Верльгофом, так как опухоль развивается из наиболее недифференцированных клеток оптической части сетчатки – ретинобластов.

Ее удельный вес в структуре врожденных заболеваний глаз составляет примерно 0,7%, а среди всех злокачественных опухолей детского возраста – от 1,1 до 3,8% (Аветисов Э.С., 1987). Среди всех внутриглазных опухолей у детей частота ретинобластомы достигает 31,7-35%, а среди злокачественных внутриглазных опухолей – 90-95% (Бровкина А.Ф., 2002; Поляков В.Г., 2004; Саакян С.В., 2005; Avramson D., 2010; Shields C.L., 2001-2007). В последние годы отмечен рост заболеваемости. Если в 80-е годы опухоль диагностировали у 1 из 34000 новорожденных, то в настоящее время ретинобластома выявляется от 1:15000 – 20000 живых новорожденных.

Именно потому, что процент заболевших РБ среди детей невелик, а клиническая картина, особенно в развитых стадиях, полиморфна, обычный врач-педиатр, редко сталкивающийся в своей практике с опухолями глаз, допускает ошибки в диагностике, следствием чего является позднее установление диагноза опухоли и высокая смертность. В то же время при своевременной диагностике и правильном лечении примерно 95% детей в настоящее время выздоравливают. Этому способствует выделение офтальмоонкологической службы в отдельные центры, что связано со специфичностью офтальмоонкологии, первичной обращаемостью больных к офтальмологам, применением специальных диагностических методик для выявления патологии органа зрения. Приоритет создания такой службы у нас в стране безусловно принадлежит академику РАМН, профессору А.Ф. Бровкину.

Ретинобластома – тяжелейшее наследственное заболевание, имеющее две формы течения – наследственную и спорадическую. Интерес к ретинобластома как к генетическому заболеванию возник в результате обнаружения у больного с РБ хромосомной патологии. Современные представления о возникновении ретинобластомы, основанные на двухударной модели канцерогенеза, представленной Knudson в 1971 году, были блестяще подтверждены при выделении, клонировании и характеристике непосредственно гена ретинобластомы – гена RB1. Ген RB1 открыт в 1986-1989 гг. Friend и Mc Gee и относится к классу генов – супрессоров опухолевого роста. Инактивация гена в клетке приводит к ее злокачественной трансформации. Наследственный тип ретинобластомы обусловлен наличием герминальной мутации в одном из аллелей гена RB1, передающейся потомству по аутосомно-доминантному типу наследования.

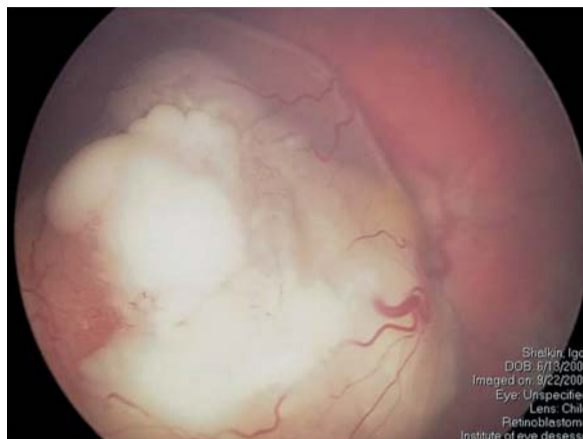


Рис. 1. Ретинобластома до лечения

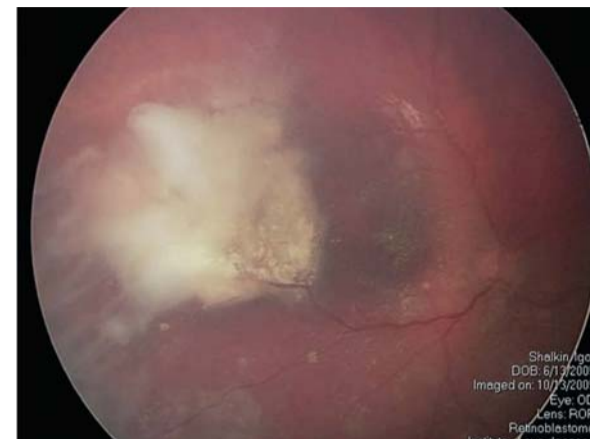


Рис. 2. Ретинобластома на фоне полихимиотерапии



Рис. 3. Мультицентричная ретинобластома на фоне ТТТ

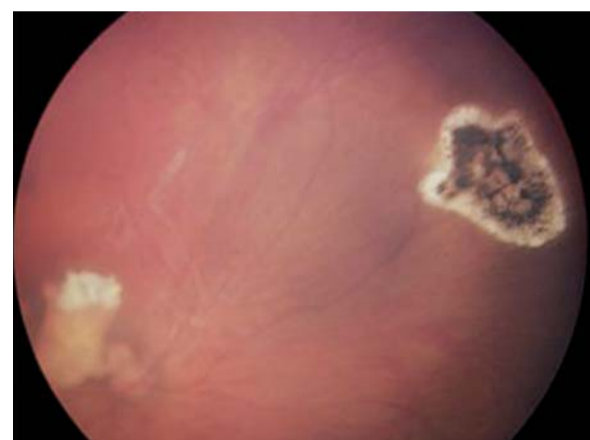


Рис. 4. Хориоретинальный рубец после ТТТ

Как правило, наследственный тип представлен билатеральной формой заболевания (60-70%) с мультицентричным характером роста. Спорадическая форма ретинобластомы проявляется в основном как односторонняя монофокальная опухоль, диагностируется в 60% случаев, возникает в первые три года жизни ребенка. Крайне важной проблемой является выделение группы риска у детей со спорадическими формами заболевания, в семьях которых возможна герминальная мутация. Отдел офтальмоонкологии МНИИ им. Гельмгольца совместно с Медико-генетическим научным центром (Д.В. Залетаев) в 2000 г. был разработан клинический и молекулярно-генетический протокол с целью выявления герминальной мутации и предотвращения рождения больного ребенка. Это тем более важно, так как в настоящее время разработаны и внедрены в практику технологии пренатальной диагностики РБ на разных сроках беременности, позволяющие выявить заболевание до рождения ребенка и принять осознанное решение по сохранению или прерыванию беременности. При семейной форме РБ возможно использование процедуры ЭКО для рождения здорового ребенка.

Группы риска герминальной мутации:

- ▶ спорадические случаи бинокулярной ретинобластомы;
- ▶ монолатеральная РБ с мультицентричным ростом опухоли;
- ▶ монокулярные формы с распространением опухоли в передний отдел;
- ▶ монокулярные формы со смешанным характером роста;
- ▶ спорадические формы у детей с врожденными пороками.

Наиболее распространенной жалобой, встречающейся у 70% больных, является **свечение зрачка, лейкокория или симптом «кошачьего глаза»**, что свидетельствует о поздней стадии заболевания. Свечение возникает в результате отражения света от поверхности белых опухолевых масс, достигающих передних отделов глаза. *Косоглазие*, которое офтальмопедиатры, как правило, не связывают с РБ, может быть ранним симптомом опухоли,

локализуемой в центральной зоне, и часто встречается у новорожденных. *Покраснение и боль в глазу*, симптом псевдогипопиона, рубец радужки, паралитический мидриаз возникают при далеко зашедшем процессе, повышении ВГД. *Экзофтальм* – при экстрабульбарном росте опухоли.

В алгоритм обследования больного с подозрением на ретинобластома входит обязательное обследование **обоих глаз** в условиях медикаментозного сна с **максимальным мидриазом**. Обследование начинают с использования неинвазивных методов, имеющих преимущественное значение при опухолевых поражениях. Помимо офтальмоскопии, в протокол обязательного обследования включены стандартное УЗИ, УЗИ и УБМ. Эти исследования позволяют даже при непрозрачных средах выявить опухоль, определить ее параметры, локализацию, просканировать структуру образования и подтвердить наличие таких осложнений, как гемофтальм, вторичная отслойка сетчатки, а также наличие или отсутствие кровотока в самой опухоли. В последнее время в практику офтальмоонколога прочно вошел метод осмотра глазного дна с помощью детской ретинальной камеры, большим преимуществом которой является возможность выявления начальных очагов опухоли на крайней периферии опухоли, точная топометрия опухоли и ее документированный мониторинг на фоне лечения, возможность обсуждения диагноза и тактики лечения в режиме консилиума. В арсенал обязательных методов инструментальной диагностики включена КТ орбит и головного мозга, которая проводится с целью выявления экстрабульбарного роста и распространения опухоли в головной мозг. В крайне сложных дифференциально-диагностических случаях возможно применение тонкоигольной аспирационной биопсии, позволяющей в 80% случаев подтвердить или исключить диагноз опухоли. Помимо этого, дети проходят полное клиническое и инструментальное (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, термография регионарных лимфоузлов)

обследование у педиатра, невропатолога и онколога. Задачей специалиста является установление формы заболевания, ее стадийности, характера роста опухоли и выявление имеющихся осложнений и определение тактики лечения.

Существуют две основные формы ретинобластомы: монокулярная и бинокулярная. Монокулярная форма, по данным большинства исследователей, встречается в 60% случаев. Средний возраст больных при одностороннем поражении – 32 месяца, при этом, как правило, выявляется солитарный очаг опухоли, в 92% случаев относящийся по классификации TNM к III стадии опухоли, т.е. проминенция ее не меньше 6 мм, локализация ее в 59% постэкваториальная. Следует подчеркнуть, что билатеральная форма ретинобластомы совершенно естественно привлекает гораздо большее внимание исследователей. Это и понятно, так как именно эта форма является наиболее опасной как по тяжести течения, так и по прогнозу для жизни.

По характеру роста опухоли подразделяются на экзофитные, эндофитные, диффузные и смешанные.

Экзофитный характер роста. Опухоль возникает и растет между наружными слоями сетчатки и пигментным эпителием. По мере роста РБ отслаивает сетчатку, и под ней просматривается бело-серого цвета очаг неравномерной структуры. Дальнейший рост приводит к развитию высокой субтотальной отслойки сетчатки, доходящей до хрусталика, при этом под ее куполом выявляется резко проминирующий узел опухоли, нередко с очагами белой плотной ткани – кальцификатами. При гистологическом исследовании характерным признаком является инвазия опухоли в подлежащую хориоидею (62,5%) и выход опухоли за пределы глаза (89%). **Эндофитная опухоль** распространяется на внутреннюю поверхность сетчатки и проминирует в стекловидное тело. Поверхность опухоли бугристая, структура дольчатая, пронизана собственными новообразованными сосудами. При наличии кальцификатов окраска беловато-серая или розоватая, сосуды как бы исчезают в опухолевой ткани, которая быстро прорастает в стекловидное тело, образуя

множество округлых разнокалиберных отсеков, которые плавают в стекловидном теле в виде «стеариновых капель». Основным отличительным признаком эндофитного роста является наличие отсеков в стекловидном теле. При **смешанной форме** опухоли наблюдается сочетание признаков первых двух форм. **Диффузная форма РБ (2%)** инфильтрирует все слои сетчатки, не формируя крупных узлов и кальцификатов, прорастая в передние отделы глаза, симулируя воспалительные изменения и формируя псевдогипопион. Для витального прогноза наиболее опасен экзофитный характер, а для прогноза по глазу – эндофитный.

Особое значение имеет диагностика РБ у детей **старшего возраста** (старше 5 лет) и **подростков**, так как именно в этой возрастной группе наблюдается **наибольшее количество врачебных ошибок**, что приводит к проведению неадекватной терапии, включая полостные вмешательства. Это сопряжено с трудностью дифференциальной диагностики РБ с другими внутриглазными процессами у больных старшего возраста, так как существует большое количество заболеваний опухолевой и неопухоловой природы, требующих дифференциальной диагностики. Как показывают многие исследования, процесс протекает атипично, маскируется под разными внутриглазными процессами, такими как увеит, ретинит Коатса, вторичная отслойка сетчатки и гемифтальм разной степени. При этом клиническая картина в связи с наличием псевдопреципитатов на эндотелии роговицы расценивается как увеит, и больные подвергаются активному противовоспалительному лечению, которое, однако, не дает эффекта. Особенно трудна диагностика в развитой стадии заболевания, при полупрозрачных средах,

тотальной отслойке сетчатки и наличии кальцификатов, которые, являясь патогномичными для РБ, встречаются и при ретините Коатса. Помимо ретинита Коатса и увеита, дифференциальный диагноз проводится с такими заболеваниями, как врожденная катаракта, ретинопатия недоношенных, персистирующее стекловидное тело, фиброплазия стекловидного тела, астроцитомы, миелоидные волокна, токсокароз.

Лечение ретинобластомы

На фоне отсутствия практики планового обследования новорожденного офтальмологом, как педиатры, так и окулисты не обращают, а то и просто пренебрегают жалобами со стороны родителей на косоглазие и даже свечение зрачка у детей первых месяцев жизни. В результате потери времени больные попадают в специализированные клиники в далеко зашедших стадиях (80% – 3 стадия), что резко ограничивает возможности выбора метода лечения. В настоящее время основным направлением терапии больных с ретинобластомой является органосохраняющее лечение. Однако необходимо помнить и знать, что своевременное удаление полностью пораженного опухолью глаза спасает жизнь ребенку, в то время как промедление, особенно при наличии отягчающих факторов, катастрофически опасно, так как приводит к гибели ребенка.

Целью лечения детей с ретинобластомой является:

- сохранение жизни ребенка;
- сохранение глаза и его функций;
- профилактика рецидивов и метастазирования.

Динамическое обследование больного проводится каждые 3 месяца с целью контроля течения заболевания в течение года после энуклеации

при монокулярной форме и в течение 2 лет при органосохраняющем лечении и бинокулярной форме. Далее – по показаниям.

Лечение РБ комбинированное. Протокол лечения включает обязательное проведение ПХТ. Адьювантная ПХТ направлена на профилактику метастазирования и рецидивов опухоли. Используется международный протокол с введением цитостатиков. Неoadьювантная ПХТ была разработана и внедрена в практику в конце 90-х годов (Shields С., 1996; Kingston, 1996). Она направлена на разрушение первичной опухоли в глазу и используется как I этап при планировании органосохраняющего лечения. Основным действующим звеном модифицированного нами протокола является карбоплатин – цитостатик платинового ряда, механизм действия которого основан на воздействии на ДНК опухолевой клетки, что приводит к разрушению первичной опухоли. Таким образом, достигается основная цель – уменьшение параметров опухоли и создается предпосылка для проведения второго этапа лечения – органосохраняющего. Необходимо отметить, что дети, получающие ПХТ, должны находиться под постоянным контролем педиатров, гематологов и онкологов с целью своевременной коррекции возникающих осложнений.

Хирургическое лечение РБ может быть ликвидационным и органосохраняющим. К ликвидационным методам относят энуклеацию и поднадкостничную экзентерацию орбиты. **Энуклеация** является методом выбора при далеко зашедших РБ и наличии вторичных осложнений.

Базовым методом разрушения солитарного узла РБ является **брахитерапия** – локальное облучение опухоли с помощью подшивания к склере радиоактивного

офтальмоапликатора (стронций-96, рутений-106). Условием успешной брахитерапии является правильный расчет дозы облучения, которая должна составлять 80-100 Гр на вершину опухоли.

Наружное облучение глаза и орбиты (дистанционная гамматерапия ДГТ, телегамматерапия ТГТ) в свое время совершило переворот в лечении ретинобластомы, позволив резко сократить смертность от этого опасного заболевания. В последние годы этот метод применяется все реже. Связано это с осложнениями, которые он вызывает. К ним относятся деформация костей орбиты и лицевого скелета, вторичная катаракта, симблефарон, атрофия и субатрофия глазного яблока. Однако наиболее грозным осложнением является развитие вторичных опухолей в зоне облучения. Показанием к наружному облучению орбиты является продолженный рост опухоли по зрительному нерву и рецидив опухоли в орбиту. В последние годы широко внедрение в практику получил метод транспупиллярной термотерапии, который с особым успехом применяется при мультифокальном характере роста опухоли. Метод позволяет разрушать очаги с проминенцией до 3 мм, расположенные в контралатеральных областях сетчатки, тем самым позволяя не только сохранять глаза, которые ранее подлежали удалению, но и его функции. Перспективы дальнейшего лечения ретинобластомы во всем мире связывают с внедрением в клинику модифицированной технологии интраартериального суперселективного введения цитостатиков непосредственно в глазничную артерию. Анализ результатов лечения, по данным мировой литературы, и первый собственный опыт использования этого метода при больших, запущенных

и резистентных ретинобластомах, особенно на единственных глазах, очень обнадеживают.

Особой проблемой является лечение РБ с экстрабульбарным ростом, прорастанием опухоли по зрительному нерву в головной мозг или генерализации заболевания. Лечение таких детей должно проводиться в онкологических центрах с использованием высокодозной полихимиотерапии и введением собственных стволовых клеток в комбинации с дистанционной гамматерапией.

При отсутствии лечения опухоли – летальный исход. Смерть наступает в результате прорастания в головной мозг с разрушением его структур, а также гематогенного метастазирования в другие органы. Органами-мишенями ретинобластомы являются головной мозг, легкие, кости, органы брюшной полости. По данным нашего отдела, при адекватном лечении с применением многофакторного комбинированного лечения выживаемость при монокулярной форме РБ составляет 95%, а при бинокулярной форме – 85-90% (Саакян С.В., 2008).

Таким образом, можно констатировать, что ретинобластома более не является incurable заболеванием. Залогом успеха лечения этого грозного заболевания являются ранняя диагностика опухоли и многофакторное комбинированное локальное и системное и суперселективное воздействие на опухолевые очаги. Это позволяет сохранить не только жизнь ребенка, но и орган зрения. В свою очередь сохранение зрения позволяет гарантировать нормальное психофизиологическое развитие маленького человека, избежать развития у него комплекса неполноценности, адаптироваться к окружающей среде и стать полноценным гражданином своей Родины. ■

У Офтальмиков MSD – инновации на уровне ДНК

MSD Офтальмики – Наследие. Приверженность. Видение

1958 Первый антиглаукомный препарат от MSD!
ДАРНИД™ (дихлорфенамид)

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

1978 Первый местный бета-блокатор для лечения глаукомы
ТИМОПТИК™ (тимолола малеат)

1981 Начало лечения синдрома сухого глаза
ЛАКРИСЕРТ™ (офтальмологическая гидроксипропилцеллюлоза)

1982 Первая премия MSD (премия «Chibret»)
Учреждена для поощрения исследований в важнейших областях офтальмологии
(в 2007 году переименована в премию «За инновационные исследования в офтальмологии»)

1986 Представление аппликатора для пациентов, удобного в использовании
ТИМОПТИК™ (тимолола малеат) в Окуметр™

1987 Первый препарат на основе ивермектина для лечения речной слепоты. Начало программы пожертвований Мектизана для лечения речной слепоты. На сегодняшний день это одна из крупнейших продолжающихся социальных программ в истории медицины. В 2007 году отмечалось ее 20-летие
МЕКТИЗАН™ (ивермектин)

1989 Начало лечения конъюнктивита
ЧИБРОКСИН™ (норфлуксацин)

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

1995 Первый из нового класса препаратов для местной терапии глаукомы, после бета-блокаторов!
ТРУСОПТ™ (дорзоламида гидрохлорид)

1998 Первая комбинация дорзоламида и бета-блокатора тимолола
КОСОПТ (дорзоламида гидрохлорид/тимолола малеат)

2005 Впервые представлены препараты КОСОПТ™ и ТРУСОПТ™ без консервантов
КОСОПТ™ (дорзоламида гидрохлорид/ тимолола малеат), ТРУСОПТ™ (дорзоламида гидрохлорид)

2006 Лицензионное соглашение с Гарвардским университетом на разработку терапии заболеваний сетчатки

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

2008 Цели на будущее: продолжение исследований в области глаукомы и заболеваний сетчатки

Перед назначением любого из указанных препаратов, пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с инструкцией по его применению.

REFERENCES:
1. Data on file, MSD
2. Merck Public Affairs: Merck Sharp & Dohme: A brief history.
3. Label and approval history for ТИМОПТИК in Canada www.msd.gov
4. Label and approval history for ТИМОПТИК-ХЕ www.fda.gov
5. Label and approval history for КОСОПТ www.fda.gov

1. Существующие или бывшие торговые марки компании Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, Нью-Джерси, США, или ее дочерних предприятий.
Авторские права © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, Нью-Джерси, США. Все права защищены.
Адрес: ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия, 119049, г. Москва, Шаболовка, д. 10, корп. 2, Тел: +7 495 916 71 00, Факс: +7 495 916 70 94, www.merck.com
03-2016-CST-03-2011-RUS-010-CC

ТРУСОПТ™ – зарегистрированная торговая марка Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Уайтхаус - Стрейшен, Нью-Джерси, США
КОСОПТ – торговая марка Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA

MSD OPHTHALMICS

Оптические результаты имплантации мультифокальной линзы Lentis Mplus

Е.Н. Митяева, И.А. Лоскутов¹

МБУЗ «Мытищинская городская клиническая больница»,
офтальмологическое отделение

¹Центр микрохирургии глаза НУЗ «Дорожная клиническая больница
им. Н.А. Семашко», Москва

Требования к результатам катарактальной хирургии постоянно повышаются. Задача хирурга – заменить хрусталик такой интраокулярной линзой, которая максимально приблизит пациента к естественному зрению. Имплантация монофокальных линз при высоком зрении вдаль нуждается в коррекции очками для чтения. Мультифокальные линзы имеют дополнительные оптические зоны для близи, что создает условие для псевдоаккомодации и снижает зависимость от очков при работе на близком расстоянии. Но у данных линз существуют ограничения для имплантации, связанные с гало-эффектом, особенно при работе в темное время суток. С тех пор, как было уточнено, что цилиарная мышца увеличивается в размере при аккомодационном усилии и давление со стороны стекловидного тела усиливается, появились основания для создания так называемых «аккомодирующих» ИОЛ, оптическая поверхность которых может смещаться относительно заднего полюса глаза. При исследовании псевдоаккомодации подобных моделей ИОЛ по-прежнему возникают трудности в объективном доказательстве значительного смещения оптической части линзы в отдаленном периоде.

Нами были исследованы оптические результаты после имплантации новой модели линзы Lentis Mplus. Возраст пациентов был 50-75 лет. Для имплантации были доступны

ИОЛ Lentis Mplus, оптической силы от +5,0 до +33,0 диоптрий. Критериями исключения из исследования были сопутствующая глаукома, патологические изменения в макуле и переднем отрезке глаза, ранее проведенные операции

на глазу. Пациентам проводилось дооперационное обследование с определением остроты зрения для дали и для близи с коррекцией и без. Прооперировано 26 пациентов на 28 глазах. Факоэмульсификация была проведена через темпоральный разрез 2,4 мм с диаметром капсулорексиса от 4 до 6 мм и внутрикапсульной имплантацией линзы Lentis Mplus.

Мультифокальная линза Lentis Mplus сделана из сополимера HydroSmart, состоящего из акрилатов с гидрофобной поверхностью и

УФ-фильтром. Показатель преломления – 1,46; А-константа – 118,0. Линза имеет рефракционный дизайн, комбинацию асферичной асимметричной зоны для зрения вдаль и сектора для зрения вблизи. Линза имеет квадратную кромку в оптической и гаптической частях. Lentis Mplus выпускается в двух вариантах: S-образная и прямоугольная (рис. 1).

Во всех случаях при установке линзы в картридж строго учитывались правила определения передней поверхности линзы и



Рис. 1. Линза Lentis Mplus – прямоугольный вариант

Зрительные функции до и после операции с имплантацией Lentis Mplus

Исследование	До операции (30 глаз)	Через 3 дня после операции (30 глаз)	Через 1 мес. после операции (30 глаз)	Через 3 мес. после операции (30 глаз)
Некорригированная острота зрения вдаль 0,5 и выше	1 (3 %)	23 (82%)	26 (92%)	28 (100%)
Острота зрения вдаль с наилучшей коррекцией 0,5 и выше	2 (7 %)	26 (92%)	28 (100%)	28 (100%)
Некорригированная острота зрения вблизи 0,5 и выше	–	21 (75%)	24 (85%)	26 (92%)
Некорригированная острота зрения вблизи 0,4 и выше	2 (7%)	26 (92%)	27 (96%)	28 (100%)
Острота зрения вблизи с наилучшей коррекцией для дали 0,5 и выше	–	21 (75%)	24 (85%)	27 (96%)
Острота зрения вблизи с наилучшей коррекцией для дали 0,4 и выше	–	23 (82%)	26 (92%)	27 (96%)
Острота зрения вблизи с наилучшей коррекцией для близи 0,5 и выше	2 (7%)	23 (82%)	28 (100%)	28 (100%)
Острота зрения вблизи с наилучшей коррекцией для близи 0,4 и выше	3 (10 %)	26 (92%)	28 (100%)	28 (100%)
Острота зрения на средней дистанции для дали 0,5 и выше	–	10 (35%)	12 (42%)	15 (53%)
Острота зрения на средней дистанции для дали 0,4 и выше	–	15 (53%)	24 (85%)	28 (100%)

после операции с наилучшей коррекцией у 92% больных зрение вдаль было выше 0,5, а вблизи такое же зрение было у 75% больных. Через 3 месяца у всех пациентов зрение вдаль без коррекции было не менее 0,7. Одной трети больных понадобилась коррекция вдаль (-) 0,5 D – (-) 0,75 D, при этом зрение повысилось до 0,9-1,0. Две трети пациентов без коррекции видели 0,8-1,0. Вблизи через 3 месяца наблюдений все больные читали текст № 7 в таблице для близи (Vis=0,4), а 92% больных видели 0,5 и более. В линзах для дали зрение на ближнем расстоянии изменилось незначительно, только у 3-4% пациентов – снизилось на 0,1.

Коррекция для близи была в пределах (+) 0,5 D – (+) 0,75 D у трети больных, а через 3 месяца наблюдений была выше 0,5 у всех обследуемых. На расстоянии 70 см 10 пациентов на 3-й день после операции смогли прочесть текст № 6 в таблице для близи (что соответствует зрению 0,5). Через 3 месяца более половины (53%) смогли прочитать такой текст. Зрение 0,4 на среднем расстоянии через 3 месяца было у 100% больных.

В настоящем исследовании оценивались зрительные функции пациентов после имплантации нового типа линз. Оказалось, что столь нежелательный гало-эффект был отмечен у трех пациентов, которые жаловались на оптические эффекты. Двое больных – на двоение, утроение габаритных огней в нижней половине поля зрения от встречного транспорта в ночное время, один – при резком взгляде снизу вверх появлялось искажение объектов на периферии зрения. За 3 месяца наблюдений у двух пациентов гало исчезло, а у одного – значительно уменьшилось.

Следует заметить, что за небольшой период наблюдений невозможно оценить развитие помутнений задней капсулы. Среди выбранных пациентов не было ни одного случая проведения планового заднего капсулорексиса, поэтому при сроке наблюдения более года не исключено некоторое снижение зрительных функций именно по причине развития вторичной катаракты.

Имплантация мультифокальной линзы Lentis Mplus способна обеспечить высокую остроту зрения для дали, работу на ближнем и среднем расстоянии без коррекции с исключением побочных световых эффектов. ■

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Визмед Гель – стремление к идеалу!

Визмед® Гель – новый оригинальный высокоэффективный слезозаместитель, созданный швейцарским производителем «Chemedica». Применяется для лечения синдрома «сухого глаза» и кератоконъюнктивитов различной этиологии, дистрофических заболеваний роговицы, а также эрозий роговицы, в том числе рецидивирующих, ожогов и травм глаза. Показан также при хирургических вмешательствах на роговице до и после операции.

Визмед® Гель создан на основе естественного полимера – Гиалуроната натрия (Гиалуроновой кислоты – ГК), высокой концентрации – 0,3%, полученного методом бактериальной ферментации. Раствор гиалуроната натрия в Визмед® Геле гипоосмолярный, 150 мОсм/л, с ионной формулой натуральной слезы.

Эффективность Визмед® Геля объясняется доказанной многочисленными исследованиями дозозависимой антиоксидантной, противовоспалительной и ранозаживляющей активностью ГК. Так, низкая 0,1% концентрация гиалуроната натрия стимулирует заживление эпителиальных ран роговицы путем миграции клеток к месту повреждения и стимуляции пролиферации. Более высокая же 1% и 2% концентрация ГК способствует статистически достоверной реэпителизации роговицы.



Раствор ГК – вязкоэластичный. Это означает, что во время моргания ГК имеет низкую вязкость и, напротив, между морганиями вязкость увеличивается, обеспечивая полное покрытие передней поверхности глаза. Низкий угол смачивания Визмед® Геля в результате оптимального соотношения молекулярной массы и концентрации гиалуроната натрия усиливает эффективность покрытия роговицы.

ГК сходна по действию с муциновым слоем прероговичной слезной пленки. Обладает таким же мукоадгезивным и выраженным гидрофильным свойством. Как результат, максимальное увлажнение роговицы и увеличение продолжительности присутствия слезной пленки на поверхности глаза. Высокая концентрация ГК и сбалансированность раствора обеспечивают дополнительно пролонгированные свойства Визмед® Геля.

Эссенциальная ионная формула (K, Na, Ca, Mg, Cl) в составе Визмед® Геля, в одинаковых со слезной пленкой

концентрациях, позволяет быстро восстановить водно-электролитный и водно-солевой баланс клеток и напрямую участвует в обменных процессах эпителия роговицы.

Раствор Визмед® Геля гипоосмолярный, что позволяет компенсировать гиперосмолярность измененной слезной жидкости при синдроме «сухого глаза» и остановить ее дальнейшее проникновение в трещины, ограничивая повреждение роговицы.

Визмед® Гель можно применять длительно, он не вызывает аллергии и токсических реакций, т.к. не содержит белковых примесей и консервантов.

Учитывая длительное присутствие препарата на поверхности глаза, часто закапывания не требуется. Достаточно по 1-2 капли от 2-4 раз в день в зависимости от тяжести синдрома. Рекомендуется закапывать на ночь и с контактными линзами. Линзы при этом не снимаются и зрение не мутнеет.

Визмед Гель прост и удобен в применении. Раствор размещен в тубикапельницах или монодозах по 0,45 мл (9-10 капель) с перекрывающейся крышечкой. Тубик-капельницу удобно носить с собой. Таких монодоз в упаковке – 20.



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

направление метки на нижней части ИОЛ в сторону имплантации. В капсульной сумке линза поворачивалась до тех пор, пока метка не оказывалась внизу, а две маркировки – на оптической части горизонтально.

В послеоперационном периоде исследования зрительных функций касались определения корригированной и некорригированной остроты зрения вдаль и вблизи, а также зрение на среднем расстоянии. Острота зрения вблизи исследовалась с расстояния 33 см в условиях освещенности не ниже 70 Кд/м². Острота зрения на среднем расстоянии исследовалась с помощью чтения таблицы для близи на расстоянии 70 см. Первое исследование проводилось через 3 дня, повторные исследования через 1 и 3 месяца после операций. Осложнений в послеоперационном периоде выявлено не было, случаев рефракционной замены ИОЛ также не отмечалось. Послеоперационное течение во всех анализируемых случаях было спокойным. Колебания ВГД до и после проведения операции не превышали нормальных значений. Во всех анализируемых случаях ИОЛ оказалась точно центрирована, ни в одном из этих случаев не было выпадения фибрина, не отмечалось оптически значимых изменений задней капсулы. За время наблюдения смещения, ротации ИОЛ не наблюдалось.

Результаты исследований зрительных функций приведены в таблице.

До операции практически у всех больных было низкое зрение как вдаль, так и вблизи. На 3-й день

«Если бы я только знал тогда то, что знаю сейчас...»

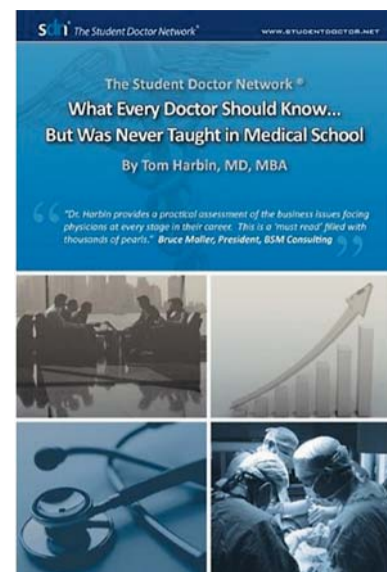
За три года самостоятельной работы Thomas S. Harbin Jr. (младший), доктор медицины, магистр делового администрирования, уже создал успешную региональную клинику лечения глаукомы, в которую направляются больные из прилегающих населенных пунктов в радиусе свыше 100 километров. И вдруг в 1978 году на рынке появились и приобрели необычайную популярность глазные капли тимолола. «Число направляемых ко мне пациентов буквально за ночь упало на 75 процентов, – вспоминает доктор Harbin, работавший в клинике «Eye Consultants of Atlanta» (штата Джорджия, США). – Сразу же после того, как появились эти капли, многие врачи посчитали, что могут теперь лечить пациентов с глаукомой самостоятельно, и им больше не нужно направлять их к узкому специалисту». Естественно, что уже вскоре стало понятно, что далеко не у каждого пациента повышенное внутриглазное давление можно снижать тимололом, и врачи снова стали направлять больных к специалисту. Таким образом, не прошло и года, как количество направлений пациентов к доктору Harbin восстановилось до прежней цифры. «Это, без сомнения, было наглядным уроком», – говорит доктор Harbin, автор книги «Что должен знать каждый врач... но чему его никогда не учили в медицинском колледже» (What Every Doctor Should Know ... But Was Never Taught in Medical School) (издательство F.E.P. International, 2010). В ответ на падение количества направлений пациентов доктор Harbin выделил часть своей практики под общую офтальмологию таким образом, чтобы у него были свои пациенты, на которых можно будет рассчитывать в случае

повторения истории. Пока что этого не произошло. Однако быстрые темпы совершенствования технологий создают постоянную угрозу. Доктор Harbin отмечает, что в других специальностях подобных примеров хоть отбавляй. Происходит переход от хирургии сердца к интервенционной кардиологии при инфаркте миокарда и уменьшение объемов эндоскопии верхних отделов ЖКТ, на смену которой приходят альтернативные радиологические процедуры. И офтальмология от этого тоже не застрахована. «Если бы появилось средство лечения диабета, снижающее диабетическую ретинопатию, то многие врачи, занимающиеся сетчаткой, остались бы без работы», – отмечает доктор Harbin. Аналогично этому, появление лекарственного препарата, предотвращающего развитие катаракты, могло бы положить конец хирургии этого заболевания. Возможно даже, что широкое внедрение фемтосекундной лазерной абляции при катаракте сделало бы такую операцию недопустимо дорогостоящей для небольших медицинских учреждений. «Если ваша практика в основном полагается на хирургию, может появиться новая технология, которая вытеснит вашу практику или сместит ее в область другой специальности», – говорит доктор Harbin. – Вы должны быть к этому готовы».

Есть еще постоянно растущий надзор со стороны контролирующих органов, вынужденная необходимость повышать эффективность, стараясь соответствовать растущим ожиданиям пациентов, и – конкуренция. Чтобы справиться с этими задачами, по словам доктора Harbin, врачам нужны определенные знания и умения. В их числе – совершенствование бизнес-

процессов, финансовое планирование, управление кадрами, маркетинг, бизнес-коммуникация, планирование рабочего времени и навыки личного общения. Эти знания и умения абсолютно необходимы для создания успешной частной практики. Однако они в равной степени полезны в научных и государственных учреждениях, в которых хирурги вынуждены работать в условиях неуклонно растущего внимания к издержкам со стороны чиновников, чтобы достичь профессиональных и личных целей. К сожалению, эти темы практически не затрагиваются в большинстве учебных планов медицинских вузов. Доктор Harbin постигал их, применяя на практике на протяжении пятнадцати лет знания магистра делового администрирования, после того, как осознал свою руководящую функцию в рамках своего коллектива, численность которого выросла с 5 врачей на момент его прихода до 24 – на сегодняшний день. Двухгодичный курс подготовки менеджеров, пройденный им в Университете штата Джорджия, раскрыл автору глаза на многие аспекты, ранее ускользавшие от его понимания. «Практически в каждом учебном цикле имелся теоретический вопрос, имевший непосредственное отношение к проблеме, с которой мы уже сталкивались. Мы тогда всего лишь неуклюже барахтались, и я беспрестанно повторял себе: «Вот бы знать мне об этом лет 10 назад», – говорит доктор Harbin. «Но не каждый врач может позволить себе посвятить два года изучению предпринимательства. Да и не должен», – замечает автор. Его цель – тщательно отобрать самые необходимые идеи и изложить их в удобной форме. Автор сотрудничает с Сообществом студентов-медиков

(Student Doctor Network) – образовательной организацией, помогающей новоспеченным врачам сделать первые шаги в самостоятельной практической работе, а также оказывающей содействие врачам в определении целей на всех этапах карьеры и разрабатывающей им в помощь стратегии организации практической деятельности. «Я написал эту книгу с целью помочь врачам избежать в ходе их профессиональной деятельности многих ошибок». Где вы хотите оказаться через 10 лет? В своей книге доктор Harbin проводит анализ и дает практическую оценку проблем, касающихся профессиональных аспектов, практической работы и бизнеса, с которыми сталкиваются врачи на каждом этапе своей карьеры. Он постоянно подчеркивает важность предвидения и прогнозирования. Например, автор советует врачам, только начинающим работать, думать не столько о зарплате, сколько о том, даст ли им новая работа то, что им нужно. В краткосрочной перспективе трудоустройство или вхождение в долю в медицинском учреждении, дающем вам шанс обогатить свои знания и умения или со временем создать бизнес, может обойтись дороже, однако начало работы в учреждении, славящемся большой текучкой среди молодых врачей, может принести вам больше вреда, чем пользы (особенно, если эта репутация дополняется славой учреждения, применяющего сомнительные методы работы). Автор обращает особое внимание на важность всесторонней и тщательной проверки учреждения, в котором молодой врач планирует работать, прежде чем принять окончательное решение. С другой стороны, в середине своей карьеры хирурги часто сталкиваются с тем, что не способны решать вопросы управленческого характера, в том числе касающиеся приема на работу врачей и других сотрудников, повышения эффективности регулирования потока больных, привлечения пациентов, направляемых другими врачами,



и обеспечения морального благополучия больных. А в вашем учреждении все хорошо? Если нет, корректируете ли вы курс? Важными умениями становятся понимание организационного поведения и того, как поступать с «трудными» коллегами. Доктор Harbin также дает рекомендации в отношении конкретных деловых навыков, которые понадобятся врачам в их будущей работе. К ним относятся взаимодействие, управление операциями и финансовое планирование. «Зачастую врачи совершенно не знают свой экономический потенциал или как вкладывать деньги в частную практику, которая будет соответствовать их потенциалу». Автор, вместе с тем, подчеркивает, что врачу нужно будет приложить определенные усилия, чтобы развить знания и умения для достижения карьерных целей. За вас этого никто не сделает. «Врачи иногда думают, что к ним должны приспосабливаться и «возиться» с ними больше, чем окружающие этого хотят на самом деле», – отмечает доктор Harbin. – Но такова жизнь. Вам придется самому делать что-то для себя, и избежать этого невозможно». ■

www.eurotimesrussian.org

HRT & HEP – идеальная пара для надежной диагностики глаукомы!

HRT & HEP
Структура и функция вместе

Ретинотомограф HRT от Heidelberg Engineering – золотой стандарт получения структурных изображений диска зрительного нерва, позволяющий классифицировать сектор диска зрительного нерва с помощью регрессионного анализа Moorfield (MRA), основанного на соотношении площади нейроретинального пояса и размера диска. Теперь HRT стал еще более совершенным благодаря возможности дополнительного функционального анализа поля зрения.

Анализ поля зрения поднялся на новую высоту с периметром HEP (Heidelberg Edge Perimeter). HEP имеет два типа периметрии:

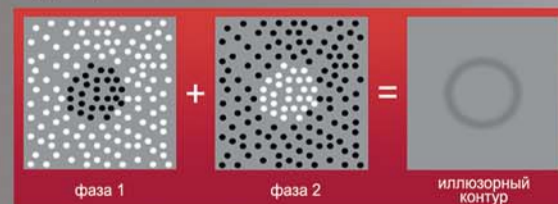
- уникальная периметрия Flicker-Defined-Form (FDF), стимулом является иллюзорный объект, образованный миганием изображения, для выявления глаукомы на самых ранних стадиях;
- стандартная автоматическая периметрия «белая на белом» для контроля течения заболевания у пациентов с глаукомой.

С помощью единой базы данных Heidelberg Eye Explorer (HEYEX) оба прибора выводят на дисплей как структурные, так и функциональные результаты исследований. Совокупность структурных данных HRT и функциональных результатов HEP распечатывается на единой структурно-функциональной карте, ускоряя анализ проведенного обследования и постановку диагноза.

HEIDELBERG ENGINEERING



HEP превосходит традиционную автоматическую периметрию, предлагая новый уникальный тип стимула под названием Flicker-defined-form (FDF) – иллюзорный контур, образованный миганием.



FDF-периметрия разработана для раннего выявления глаукомы у пациентов группы риска и пациентов с оккулярной гипертензией. FDF-стимул пациент воспринимает как иллюзорный контур, созданный миганием в противофазе черных и белых точек на сером фоне. Эта технология позволяет тестировать магноцеллюлярную систему церебрального зрительного пути, в первую очередь поражаемую глаукомой.

ASKIN & CO
техника для зрения

Без страха перед белой тростью!

С 1982 года в Санкт-Петербурге работает Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению. Он создан для людей, потерявших способность видеть мир во взрослом возрасте, и призван подготовить их к новой жизни. Здесь обучают письму рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом. Можно пообщаться с психологом, пройти курс домоводства и приготовления пищи, заняться лечебной физкультурой. Нашему автору в течение нескольких дней разрешили поучиться жить «в полной тьме», почувствовать себя слепым.

Илья Бруштейн

Начинается новая жизнь

В переулке Джамбула, вблизи реки Фонтанки и знаменитого Большого драматического театра им. Г.А. Товстоногова, для сотен петербуржцев начинается новая жизнь. Хочется надеяться, что эта жизнь будет достойной и по возможности приносит радость. О новой жизни люди, пришедшие в переулок Джамбула, вернее те, кого привели сюда, знают еще очень мало. Новый жизненный этап вызывает страх, заполняет сердце болью, тоской и недоверием. И главное желание – вернуть все назад, вернуться в прошлое, жить снова так, как жилось раньше.



Читать руками

Курс реабилитации в Центре длится два с половиной месяца. В это время желающие могут жить в общежитии или каждый день приезжать сюда на занятия. Жителям Санкт-Петербурга и Ленинградской области все услуги предоставляют бесплатно. Пациентов здесь называют «реабилитанты».

Важнейшим предметом в медико-реабилитационном Центре является «Пространственное ориентирование». «Самое главное для меня, чтобы у недавно ослепших людей, проходящих курс реабилитации в нашем Центре, пропал страх перед белой тростью, чтобы они поняли, что без зрения человек может практически свободно ориентироваться в Санкт-Петербурге, пользоваться метро и всеми другими видами общественного транспорта, самостоятельно переходить через дорогу, посещать различные учреждения и организации, театры и музеи», – рассказывает преподаватель курса Нина Александровна Кулакова.

Занятия по «пространственному ориентированию» проходят и в учебных классах Центра, и на улицах города. Сама Нина Александровна потеряла зрение уже в сознательном возрасте и на личном опыте знает, в каком трудном положении находятся ее реабилитанты: «Я прекрасно помню тот день, когда я первый раз решилась самостоятельно выйти из дома с белой тростью и пройти несколько кварталов до дома своей подруги. Признаться, у меня ничего не получилось. Я вышла на улицу, встала посередине тротуара и не могла идти ни вперед, ни назад... Меня просто охватил ужас, ужас не только перед предстоящей дорогой, но и перед всей дальнейшей незрячей жизнью... Я стояла и плакала. Белую трость в тот момент я просто ненавидела, она стала для

меня символом ненавистной слепоты, врагом номер один, символом беды, которая на меня обрушилась. Я не знаю, сколько я так простояла и проплакала посередине дороги. Наконец я услышала учтивый мужской голос: «Вам помочь? Я мог бы довести Вас до нужного места». «Да! Да! Помогите, пожалуйста», – произнесла я сквозь слезы».

Дабы наше общение не приняло слишком теоретические формы, Нина Александровна предложила мне закрыть глаза и принять участие в занятии по ориентированию с тростью. Кстати, трости для слепых бывают очень разные: стеклопластиковые, стекловолоконные, из сплавов титана... Они обладают разными свойствами и качествами. Нина Александровна рассказывает об этом с таким энтузиазмом, что ее занятия имеют не только практическое, но и важное психологическое значение, являются своеобразными сеансами психотерапии. Слушая Кулакову, даже зрячий человек приходит к мысли, что ориентирование вслепую с тростью –



Прибор для письма по Брайлю

радостное, увлекательное и приятное занятие. Каждый урок ориентирования проходит в игровой форме, недавно ослепшие люди чувствуют себя детьми, познающими мир.

На занятиях можно научиться с помощью трости дифференцировать, различать звуки в пространстве, опознавать возможные опасности, такие, например, как открытые канализационные люки, наледи на асфальте и другие препятствия. Уверенное владение тростью требует хорошей координации движений, концентрации и самодисциплины. «Здесь важна каждая мелочь», – объясняет Нина Александровна. – Имеет большое значение, как слепой держит трость, правильная ли у него постановка руки. Научить недавно ослепшего правильно держать трость бывает также трудно, как научить пятилетнего будущего скрипача правильно держать смычок... Нога и трость должны двигаться синхронно. Каждое движение важно отработать до автоматизма, чтобы трость просто сливалась с рукой и всем человеческим телом».

Нина Александровна учит своих воспитанников не только ориентироваться с тростью. Ее занятия – это уроки жизни и выживания в мире зрячих. «Слепые часто сталкиваются с грубостью и бестактностью. Однажды на улице молодая женщина предложила помочь мне перейти через дорогу, а в конце пути жалостливым голосом сказала: «Чем так жить, лучше совсем не жить!». Другая дама вдруг стала рассказывать о своей семье: «У меня отец был слепой, с фронта

слепым вернулся. Лучше б ему там ноги оторвало, так и жил, бедный, всю жизнь слепым...». «Тошно и оскорбительно слушать такие вещи! Я хотела бы, чтобы мои ученики, несмотря на все, сохраняли оптимизм и, главное, крепкие нервы», – задумчиво произносит моя собеседница.

Она рассказывает о случаях, когда на просьбу помочь, зрячие люди брезгливо брали двумя пальчиками слепых за локоть, будто бы боясь заразиться от них слепотой... Во многих государственных организациях и учреждениях чиновники отказываются общаться с незрячими посетителями, давать им документы на подпись. «Очень часто не только в официальных инстанциях, но и в частных фирмах, в банках незрячим говорят: «Приходите со своим опекуном!» Меня такие высказывания глубоко возмущают. У незрячих нет никаких опекунов, мы не являемся недееспособными или умственно отсталыми. Пора бы это уяснить всем чиновникам и прочим зрячим господам. Мы – равноправные и полноценные граждане России, жители Санкт-Петербурга».

Много времени с попавшими в беду людьми проводит психолог реабилитационного Центра Юлия Михайловна Ломакина. С согласия своих пациентов она пригласила меня посетить одно из групповых занятий. «Наши групповые занятия называются «Психологическая коррекция», – поясняет Юлия Михайловна. – Людям, потерявшим зрение, важно скорректировать, изменить свой образ жизни, свои привычки... Все меняется в жизни человека. Даже отношения с родными, близкими людьми не могут оставаться прежними. Эти вынужденные перемены происходят очень болезненно. Задача психолога – выслушать, понять, обсудить дальнейшие жизненные шаги».

Александр Петровне Дмитриевой пятьдесят восемь лет. Много лет она проработала бухгалтером, а два года назад в связи с общим ухудшением здоровья ушла на пенсию. Всю жизнь Александра Петровна увлекалась живописью, проводя за мольбертом все свободное время: «Уйдя на пенсию, я так радовалась тому, что мое многолетнее хобби станет, наконец, главным делом жизни, что ничто не будет отвлекать меня от создания новых картин...». Радостная творческая жизнь после ухода на пенсию длилась у Александры Петровны всего несколько месяцев. Практически полная потеря зрения навсегда оторвала ее от красок, кисти и мольберта.

Юлия Михайловна Ломакина внимательно слушает, расспрашивает о других увлечениях Александры Петровны, которые могли бы заполнить образовавшуюся жизненную пустоту, просит поделиться своими мыслями присутствующих. Пожилая дама чувствует, что ее проблемы волнуют всех, что ей хотя бы помочь... «Взять! Взять крючком и спицами! Этим я могла бы и сейчас заниматься, это я с детства умею», – грустно, медленно и как бы через силу произносит



Преподаватель компьютерных курсов В.Н. Довыденков. Читающая машина SARA фирмы Freedom Scientific

Александра Петровна, не вполне уверенная в том, что вязание сможет стать достойной заменой живописи...

Почему это случилось со мной?

«Почему это случилось со мной?», – этот вопрос задают себе почти все «клиенты» Центра. Владимиру 19 лет. Он очень хочет стать массажистом. Это вполне разумное, а главное, осуществимое желание для незрячего юноши. Медицинский и косметологический массаж – один из немногих видов деятельности, где незрячие специалисты востребованы и сравнительно легко могут найти работу.

Санкт-Петербургское медицинское училище № 2 – единственное учебное заведение в Северо-Западном регионе России, которое целенаправленно проводит набор инвалидов по зрению, обучает их и оказывает содействие в трудоустройстве. После прохождения курса реабилитации Володя намерен поступать именно туда. Молодой человек очень волнуется. Получится ли? Примут ли?.. «А что будет, если желающих окажется больше чем мест?», – спрашивает он неуверенным голосом у директора Центра Т.М. Великановой.

Еще полтора года назад возможностей для выбора специальности у Володи было несоизмеримо больше, перед ним были открыты все пути. Но, как назло, именно тогда герою нашей статьи заниматься ничем не хотелось. Он родился и вырос в благополучной и вполне состоятельной питерской семье. Без особых успехов окончил среднюю школу. А потом – ни учебы, ни работы... Володю просто ничего не интересовало. Он жил одним днем, отмахивался от наставлений родителей. Встречался с друзьями, развлекался, часто выпивал...

Одно из дружеских застолий закончилось трагически. Володя вспоминает, что в этот день все было как обычно. Собрались несколько друзей. Выпили. «Я не думаю, что пил тогда много. Все как всегда. Не больше других», – спокойным голосом рассказывает юноша. Когда наутро он проснулся, перед глазами стоял туман. Он не видел ничего.

«Некачественная водка. Полная и безвозвратная потеря зрения», – скажут потом врачи. Случай не такой уж редкий.

«Как же так? Почему?», – недоумевал в то время Володя. Ведь все пили эту водку. И ни с кем ничего не случилось. Ну, голова поболит после бурной ночи. И все нормально! Никаких последствий. С Володей тоже раньше все было нормально. Но в один день произошло именно то, что произошло.

Сейчас Володя может говорить об этом спокойно. Но для того, чтобы прийти в себя и осознать произошедшее, парню понадобилось около года. Офтальмологи ему уже не смогли помочь. На помощь пришли психологи и психиатры. Несколько месяцев юноша провел в психиатрической больнице. Теперь он дома. Каждый день вместе с сопровождающим приезжает на занятия в реабилитационный Центр. Надеется, что скоро научится передвигаться по городу самостоятельно. Зрение к Володе не вернулось, но его разум прояснился.

Есть в русском языке такое выражение: «хранить как зеницу ока». Теперь, по прошествии полутора лет, Володя понимает, что в той, прошлой жизни, он не хранил, не оберегал свое зрение «как зеницу ока». И всей своей жизнью распорядился легкомысленно и бездарно. Юноша стал посещать церковь. Батюшка говорит ему, что все произошедшее необходимо воспринимать и принимать как «волю Господа».

Волю Господа? Володя признает, что во многом, он сам виноват в произошедшем с ним. Но не слишком ли строгим, несоизмеренным преступлению оказалось «высшее наказание»? Почему «воля Господа» столь избирательна? Ведь в момент «ослепления» ему было всего 17 лет?..

Если бы судьба Володи стала сюжетом фильма для телеканала «Домашний», то эта история, вероятно, имела бы хэппи-энд: после потери зрения герой переродился, осознал свои прошлые ошибки, нашел свой путь к Богу, и в конце фильма – в результате чудодейственной операции или каким-либо иным способом – зрение возвращается... Но так бы произошло в сценарии

фильма или в «женском» романе. А в реальной жизни Володе придется мириться со своей слепотой и надеяться на получение профессии массажиста. «Во всяком случае, алкоголизм мне не грозит. После всего, что произошло, я не пью ничего крепче кваса и кефира», – с грустной улыбкой говорит юноша.

Ей место – только в доме престарелых?

По сравнению с историей Вики, Володину судьбу можно считать относительно благополучной: у него есть родные и близкие, готовые поддержать и прийти на помощь. Вика родилась незрячей. Ее отец неизвестен. А мать была лишена родительских прав уже в первые месяцы ее жизни. Сейчас Вике восемнадцать лет. Всю жизнь она провела в детском доме для слепых детей, училась в специализированной школе. За все долгие годы никто из родственников ни разу не навещал Вика в детском доме.

После окончания школы Вика надеялась вернуться домой (если можно назвать «домом» ту квартиру в пригороде Питера, где живут люди, предавшие девушку много лет назад). По российским законам все должно было происходить именно так. Государство предоставляет жилье только тем выпускникам детских домов, у которых «своей» жилплощади не имеется. А Вика прописана (зарегистрирована) вместе со своей матерью, братом и членами его семьи.

«Любящие» родственники сделали все от них зависящее, чтобы девушка не смогла вернуться в «родные пенаты». На порог дома ее просто не пускали. Мнение руководства детского дома удивительным образом совпало с позицией семьи. Психолого-медико-педагогическая комиссия этого учебного заведения признала девушку «недееспособной» и рекомендовала направить ее в один из городских домов-интернатов для престарелых и инвалидов.

Мечты Вики о самостоятельной жизни, о своем жилье, о получении профессии оказались разрушенными... Ее убедили в том, что единственное место, где она может жить – это тот самый дом инвалидов и престарелых. «С формальной точки зрения, права Виктории не были ущемлены, ведь она добровольно согласилась на переезд в дом престарелых, насильно ее туда не перевозили, – объясняет директор Центра медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению Тамара Михайловна Великанова. – Но фактически все произошедшее –



Педагог системы Брайля В.Н. Воробьева и реабилитант В.В. Лесников

это издевательство над девушкой. Судьба и так нанесла ей два тяжелых удара: рождение незрячей и жизнь в детском доме. И вот теперь третий удар: девушку поместили в дом престарелых, где у нее нет ни малейших возможностей для душевного развития, познания мира, получения специальности, общения с ровесниками. Восемнадцатилетнюю девочку обрекли на растительное существование до конца жизни».

Великанова узнала о судьбе Вики и стала действовать. Сейчас девушка живет в общежитии Центра и проходит курс реабилитации. Тамара Михайловна считает, что девушке не следует возвращаться в дом престарелых. Сейчас директор ведет переговоры с городскими социальными службами по вопросу предоставления Вике жилья. «К сожалению, незрячим выпускникам детских домов часто не хватает социальной компетентности, они не умеют отстаивать свои права», – поясняет Великанова.

Ситуацию, сложившуюся с Викой, нельзя назвать уникальной. Довольно часто члены семьи пытаются всеми силами «сбагрить» ослепших родственников в дома престарелых и инвалидов, специализированные детские дома и прочие «богоугодные» заведения. Таким образом избавляются от маленьких детей и подростков, от жен и мужей, от матерей и отцов... В любой местной организации Общества слепых можно услышать десятки подобных историй.



Танцевально-двигательная терапия. Педагог Н.В. Головина

Танцы, массаж и GPS-навигаторы

Учебно-реабилитационная программа Центра постоянно обновляется. Например, с недавнего времени стали проводиться занятия по танцевально-двигательной терапии. Незрячие и слабовидящие люди всех возрастов с удовольствием осваивают балльные, народные и современные танцы.

Совершенствуется компьютерная база. Предмет «Основы персонального компьютера» является частью базового курса реабилитации. Кроме того, с недавнего времени Центр предлагает двухмесячные компьютерные курсы для продвинутых пользователей. В 2010 году базовый курс реабилитации прошли 96 человек (четыре потока по 24 человека), компьютерные курсы окончили 30 человек (пять потоков по 6 человек).

Но скромные цифры не отражают истинного значения этого учреждения для «незрячего Петербурга». Тамара Великанова действительно сделала его центром притяжения «слепецкой тусовки». Ежедневно сюда приезжают десятки бывших выпускников. У них есть возможность принимать участие в танцевальных занятиях, уроках массажа и переплетного дела. Выпускники Центра организовали музыкальный и литературный клубы. Вместе с нынешними реабилитантами они ездят на экскурсии, принимают участие в праздниках и т.д.

В начале 2011 года в Центре был организован кабинет тифлотехнических средств (специальных приспособлений, облегчающих жизнь инвалидов). Здесь реабилитанты имеют возможность познакомиться с работой самых различных устройств: тонометров, глюкометров, весов, различных плееров и магнитофонов, мобильных телефонов и коммуникаторов, определителей уровня жидкости и определителей цвета. Все эти хитроумные приборы объединяет одно: они оснащены системой звукового сопровождения, а значит, могут успешно использоваться незрячими пользователями.

К осени 2011 года оснащение кабинета должно быть полностью завершено, а в программе Центра появится новый учебный предмет – «Тифлотехнические средства». Вести новый курс станет преподаватель и создатель компьютерных курсов Владимир Довыденков. «Очень важно, чтобы на наших занятиях слушатели познакомились со всей панорамой современных тифлотехнических средств, с их возможностями и особенностями эксплуатации. Тогда каждому человеку будет легче сделать выбор лично для себя», – поясняет Владимир.

Среди всех технических новинок повышенный интерес посетителей кабинета вызывают GPS-навигаторы, оснащенные специальными программами для незрячих пользователей. Поэтому в рамках будущего курса именно работе с на-

вигаторами будет уделено особое внимание. «GPS-навигатор дает возможность незрячему человеку в любой момент точно определить свое местонахождение. Идя по какому-либо маршруту, можно быть уверенным, что не заблудишься, не отклонишься от заданной цели», – говорит Владимир, демонстрируя мне действие хитроумного технического устройства.

Владимиру 32 года. Родился и вырос в Новосибирске. Потерял зрение в десятилетнем возрасте. В 2003 году окончил факультет математики и информатики Новосибирского государственного университета. В том же году переехал в Санкт-Петербург. С 2007 года ведет занятия в реабилитационном Центре. Какой опыт извлек он из этой работы? Чему научился сам?

«Для меня наиболее ярким впечатлением стало близкое общение с людьми, недавно потерявшими зрение. Они лишены возможности видеть мир во взрослом возрасте, а не как я, десятилетним пацаном... Это совсем другая ситуация, и совсем другой жизненный опыт», – рассказывает Довыденков. Владимир считает, что во время такого жизненного перелома проявляется «ядро» человека, его сущность, суть его характера. Кто-то теряет волю, начинает себя жалеть, а кто-то сжимает кулаки и продолжает бороться за свое место под «незримым солнцем».

Фотографии автора

ПРИКОСНОВЕНИЕ: скульптура по Брайлю

Арт-терапия. Программы для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Специальная экспозиция скульптуры, доступной для тактильного восприятия, адресована в первую очередь инвалидам по зрению. Выставка дает возможность не только посмотреть произведения, но и прикоснуться к ним, исследовать объемную форму на ощупь так, как это привычно для незрячих людей и скульпторов.

Темы выставки – скульптура как искусство обработки твердых материалов, метафоричность камня, дерева и бронзы.

На экспозиции можно потрогать отполированные вручную диалогические базы и граниты Олега Ковригина, напоминающие о Древнем Египте, «археологические» бронзы Бориса

Черствого, посидеть в деревянном кресле из фрагментов «диогеновской» бочки, сооруженном Сергеем Антоновым.

«Прикосновение» – первый партнерский проект Третьяковской галереи и Общества московских скульпторов.

Работу экспозиции будет сопровождать специальная образовательная программа, посвященная искусству скульптуры, для учащихся специализированных школ и для взрослых людей, имеющих серьезные проблемы со зрением.

Программа включает тактильное знакомство с произведениями, прослушивание аудиозаписи интервью со скульпторами,



а также небольшое практическое занятие в помещении Творческой Мастерской.

Цель программы «Музей, открытый для всех» – сделать музей доступным для людей с различными проблемами здоровья и особыми образовательными нуждами.



Программа включает праздники, выставки художественного творчества людей с ограниченными возможностями здоровья, разработку специальных «экскурсионных модулей» (программ пребывания) для людей с нарушениями слуха, зрения, интеллектуальной сферы, для слепых и слабовидящих.

Организаторы: Министерство культуры РФ, Государственная Третьяковская галерея.

Экспозиция открыта с 24 марта по 9 мая 2011 г. Крымский Вал, 10, антресоль 1 этажа.

www.tretyakovgallery.ru

ДВА ОБЩЕСТВА: ВМЕСТЕ К ОДНОЙ ЦЕЛИ

< стр. 1

Американское общество офтальмологических администраторов (ASOA) было основано в 1986 г., когда Люси Сантьяго и Линдсей Макдоналд решили организовать однодневный семинар для руководителей офтальмологических учреждений. Неожиданно для всех он собрал очень много специалистов, каждый из которых хотел поделиться своим мнением или задать вопрос коллегам. С тех пор общество выросло во много раз и теперь является постоянно действующим институтом для руководителей офтальмоклиник.

Сегодня оно регулярно устраивает специализированные встречи и собрания, презентации, интернет-конференции, занимается публикацией всевозможных научных материалов.

Изначально общество создавалось как подразделение Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии. Его директором была назначена Люси Сантьяго. В течение первого месяца работы в него вступило 300 офтальмологов-администраторов. Через некоторое время его состав насчитывал уже 400, а затем и 600 членов.

Чем больше становилась организация, тем тяжелее было справляться со всеми задачами. В связи с этим спустя пару лет после основания было решено создать хартию, регламент и совет директоров, которые должны были поделить обязанности между участниками и сделать работу более скоординированной.

Поначалу, правда, совет директоров функционировал лишь как моральная поддержка главного директора, но уже к концу 1990-х его роль существенно возросла.

Вскоре были сформулированы и основные принципы работы общества. Они включают в себя три



главных направления: по достоинству ценить каждого члена общества, привлекать новых докторов, активно использовать информационные технологии для достижения поставленных целей организации.

Совет директоров также разработал стратегический план работы на 2010-2013 годы, он выбрал в себя вышестоящие направления, а также пополнился такими задачами, как увеличение активности членов общества и установление новых контактов.

Статистические данные организации свидетельствуют о том, что она является быстро растущей. Так, например, в феврале 2009 г. ее состав насчитывал 1965 участников, спустя год их стало уже 2199. В апреле этого года вновь ожидается увеличение общества вплоть до 2249 участников. Особый оптимизм вселяет тот факт, что подобный рост был зафиксирован в период серьезного спада экономического развития всего государства.

Особое значение руководство общества придает проведению ежегодных конгрессов. Они позволяют досконально обсудить накопившиеся вопросы и донести необходимую информацию до каждого участника. Последние, в свою очередь, с удовольствием делятся своим опытом с коллегами, помогая друг другу избежать ошибок.

Плодотворной работе способствуют уже ставшие традицией круглые

столы на различные темы, мероприятия по налаживанию новых деловых контактов, а также всеми любимая вечеринка в честь открытия ежегодного конгресса.

Круглый стол Американского общества офтальмологических администраторов несколько отличается от подобного мероприятия в нашем понимании. Его суть заключается в следующем. В зале для мероприятия размещается множество столов, за каждым из которых сидит специалист по тому или иному вопросу. В течение мероприятия слушатели и участники конгресса подсаживаются к различным специалистам и задают интересующие их вопросы. Опытные офтальмологи с удовольствием делятся с коллегами своими знаниями и наблюдениями. Такой круглый стол пользуется огромной популярностью. В течение одного подобного мероприятия в зале одновременно может находиться более тысячи участников.

Общество также стремится донести до участников, что офтальмологический администратор – это не только работа, но и настоящая профессия. Еще 25 лет назад руководителями становились практически случайно. Как правило, это были люди, дольше всего проработавшие в учреждении. Их роль в то время была не столь значимой, как сегодня, а реальная власть сохранялась в руках практикующих врачей. Со временем роль администратора была переосмыслена.

Американское общество катарактальной и рефракционной хирургии (ASCRS) было основано в августе 1974 г. в Санта Монике как Американское общество интраокулярной коррекции.

В 1985 г. научный консультативный совет проголосовал за создание внутри общества отделения рефракционной хирургии, целью которого явилось обеспечение членов организации новейшей информацией в области рефракционной хирургии.

В настоящее время ASCRS является независимой некоммерческой организацией, которая занимается вопросами хирургического лечения заболеваний переднего отрезка глаза.

Усилиями членов общества хирургия переднего отрезка глаза была превращена в серьезное направление в офтальмохирургии.

Члены общества возглавили многие важные офтальмологические исследования, на их счету немало открытий в области офтальмохирургии.

Сегодня, благодаря своим обучающим программам, ASCRS дает возможность хирургам получать новейшую информацию по современным разработкам и исследованиям, проведенным в мире в данной области.

<http://www.eyeworld.org>
Перевод Марии Тумар

В 1992 г. общество начало выпускать специализированный журнал для своих участников. На его страницах размещалась информация, полезная для всех членов организации. За свое существование журнал претерпел множество изменений, сегодня он выходит под названием «Административный уход за зрением».

Помимо журнала, организация занимается выпуском специализированной офтальмологической литературы. Одним из самых успешных проектов является «Маленькая зеленая книга офтальмологии», написанная Джоном Пинто и впервые вышедшая в свет в 1997 г. В настоящее время готовится к печати новая книга, которая расскажет о том, чему научился автор за время своей работы консультантом. По мнению самого Пинто, это издание окажет большую помощь начинающим специалистам.

Для решения повседневных вопросов, например: можно ли звонить своим подчиненным на личные мобильные телефоны – организация создала так называемое «пятничное» совещание. Каждую неделю

в 10 часов утра один или несколько вопросов организационного характера рассылаются всем членам ассоциации. И уже через пять минут приходит около трехсот различных ответов. Всего же около 600 человек отвечают на подобные повседневные вопросы. Многие из них предлагают свои темы для обсуждения.

По мнению участников организации, общество помогает не только решать различные проблемы и задачи, оно также учит ценить дружбу, важность налаживания деловых контактов и опыт, приобретаемый с годами.

Что ожидает Американское общество офтальмологических администраторов в будущем? Пока никто не может ответить на этот вопрос, ведь сейчас очень трудно предсказать, как будет выглядеть сама система здравоохранения через несколько лет. Существует очень много нерешенных проблем. Но именно этот факт дает основание надеяться на то, что и впредь Американское общество офтальмологических администраторов будет работать так же эффективно, как сегодня. ■

Офтальмологи и оптометристы. Совместная работа

< стр. 10

значения. «Наша клиника состоит из трех главных учреждений и нескольких менее крупных филиалов, и все специалисты, работающие там, разделяют и придерживаются философии нашей компании», – говорит Джордж Рикард, Laurel Eye Clinic, Пенсильвания.

Доктор Фу и все специалисты его клиники работают по принципу «оказать офтальмологическую помощь настолько хорошо, как это возможно». По его мнению, все офтальмологические центры должны иметь подобный принцип как ориентир для всех сотрудников. «Мы все время мотивируем и тренируем наших врачей. Для этого один раз в месяц мы закрываем клинику и устраиваем общие тренинги, чтобы обсудить цели нашей работы со всеми специалистами», – добавляет доктор Фу.

Помимо этого, нужно непрерывно следить за последними научными открытиями и вводить их в практику по мере возможности.

Итак, каковы же достоинства модели комплексного лечения?

Во-первых, каждый пациент получает первичную консультацию у своего оптометриста, и ему не нужно ехать в незнакомые центры за советом врача, которого он видит в первый раз. Во-вторых, для самих оптометристов такая работа является прекрасной возможностью пополнить свой багаж

знаний. Ведь им приходится иметь дело с совершенно разными жалобами. Если же оптометрист решит направить своего клиента к офтальмологу, то в этом случае не возникает никаких проводов с документами, историей болезни пациента. Иными словами, больному не нужно ждать пока оптометрист направит все необходимые бумаги и письма офтальмологу. Кроме того, модель комплексного лечения позволяет легче осуществлять контроль качества предоставленных услуг, ведь все специалисты работают бок о бок.

Если хирурги хотят как можно больше времени посвящать непосредственно хирургии, то модель комплексного лечения как раз то, что им нужно. Ведь в этом случае им нужно работать только с теми пациентами, которым действительно необходимо операционное вмешательство.

Опросы оптометристов и офтальмологов по поводу модели комплексного лечения не выявили никаких значительных недостатков этой системы.

Кого же считать лидером команды? Оптометриста или офтальмолога? В большинстве штатов США оптометристам не разрешается проводить лазерные или интраокулярные операции. Несмотря на это, именно они чаще всего считают себя лидерами лечебной команды.

По словам доктора Майно, офтальмологическая помощь должна осуществляться под руководством



оптометристов, то есть специалистов первичной врачебной помощи. «В большинстве штатов страны оптометристы производят офтальмологическое лечение на высочайшем уровне. Диагностируют и лечат глаукому и болезни переднего отрезка глаза. Если заболевание пациента не входит в компетенцию оптометриста, то он ставит предварительный диагноз, а затем направляет пациента на лечение к офтальмологу. При таком положении дел выигрывают и оптометристы, и офтальмологи. Офтальмологи получают возможность больше заниматься хирургией, то есть своим основным занятием. Чем больше они проводят операций,

тем выше их профессиональный уровень и тем больше пациентов выздоравливают. Соответственно и оптометрист, оказывая помощь большому количеству пациентов, совершенствует свои навыки».

В Массачусетсе оптометристы могут совершать окклюзию слезного канала. Однако прописывать внутривенные лекарственные препараты им не разрешается. «Мы можем назначать наружные лекарства, но не внутривенные, – говорит доктор Фу. – По этому поводу в Массачусетсе уже давно идет спор. Но до сих пор это единственный штат, где оптометристы не могут назначать лекарства для лечения глаукомы. На территории всех остальных штатов оптометристы уже доказали свою способность диагностировать и лечить глаукому».

Доктор Джексон, в свою очередь, объясняет эту проблему тем, что до сих пор в стране нет единого, общего для всех штатов, документа, содержащего перечень того, что может и что не может делать оптометрист. «Мне довелось жить и работать в разных штатах страны. И абсолютно везде я сталкивался с одной и той же проблемой: «Какое лечение может назначать оптометрист, а какое нет?» – добавляет Джексон.

Несмотря на это, большинство оптометристов не считают себя ограниченными в возможностях и вполне довольствуются теми обязанностями, которые входят в их компетенцию.

Многие специалисты уверены, что модель комплексного лечения будет все шире применяться с течением времени. Возможно, благодаря тому, что оптометристы, работая бок о бок с офтальмологами, смогут многому

у них научиться. Ведь офтальмологи помогают научиться оптометристам лучше диагностировать те или иные заболевания.

По мнению доктора Майно, модель комплексного лечения – единственный способ предоставить пациентам высокий уровень офтальмологической помощи. «Если оптометристы и офтальмологи не будут работать сообща, то страховые компании просто съедят нас. Ведь в этом случае они сами будут диктовать условия лечения, которые более выгодны им, а не пациентам. То есть выбирать те методы лечения, которые будут обходиться им дешевле всего», – добавляет Майно.

Доктор Джексон полностью разделяет эту точку зрения: «Самое главное – это стать партнерами с офтальмологами».

Выводы

- Модель комплексного лечения позволяет офтальмологам и оптометристам концентрировать усилия только «на свои» обязанности: хирургию или оказание первой помощи.

- По-прежнему система, когда работает практикующий врач самостоятельно, – жизнеспособная.

- Реформы здравоохранения, возможно, приведут к тому, что комплексное лечение при участии нескольких специалистов станет более популярной формой оказания офтальмологической помощи.

- Успешная работа модели комплексного лечения возможна лишь в том случае, когда оптометристы и офтальмологи относятся друг к другу с должным уважением. ■

www.eyeworld.org
Перевод Марии Тумар

Registered Nurse, или Записки американской медсестры



В больнице имени Джона Муира 1-го апреля – хотите верить, хотите нет – открылся новый корпус, который мы строили, строили и, наконец, построили. Мы сейчас в состоянии переезда, так что подробности как-нибудь после, ладно? Для затравки сообщу вам такую пикантную деталь: мы теперь оснащены кроватями, говорящими на двадцати трёх языках, так что не пропустите описание

этого и других чудес техники в одном из ближайших номеров. А сегодня речь у нас пойдёт о том, из каких больших и малых деталей собирается такая мощная структура, как американская больница.

Елена Филатова

Окончание. Начало см. в № 1, 2011 г.

Кроме основных составляющих среднестатистического больничного уравнения – пациентов, врачей и среднего медперсонала – в нашей больнице кого только нет... Как и театр Станиславского, она начинается с вешалки, то есть с милого охранника в ослепительно белой рубашке, который приветствует «всяк сюда входящих», интересуется, куда они держат путь, рассказывает, как проще всего туда добраться, раздаёт планы больницы любителям ориентирования на местности, а детям – леденцы (с позволения родителей, разумеется) – в общем, как в своё время коммунистическая партия, является руководящей и направляющей силой. Есть у него и другие, не менее ответственные функции, которые законопослушной публике обычно не демонстрируются, входящие в сакраментальную категорию «тащить и не пущать». В случае вызова бригады «скорой помощи», о которой я говорила чуть выше, пока мы всем кагалом галдим вокруг больного, охранник стоит в сторонке и всё записывает: когда поступил вызов, кто присутствовал, в чём причина вызова. На всякий пожарный.

Радикально новым структурным элементом больницы Джона Муира (и одновременно предметом чёрной зависти других больниц) является Lift Team, или дословно «Подъёмная Команда». Решение организовать такую службу созрело у руководства, наверняка, в один из тех дней, когда врата рая были открыты, и молбы тысяч медсестёр были, наконец, услышаны. У нас так много лежачих больных, которых обязательно надо переворачивать с боку на бок каждые два часа, чтобы не образовывались пролежни, что медсестры постоянно срывают спины и отлёживаются на больничном. Хотя и учат нас правильной методике подъёма тяжёлых больных, но, как говорится, нет-нет да и да. Вот руководство и решило поберечь наши руки, спины и шеи и подарило нам группу молодых накачанных красавцев. Надо нам перевернуть пациента – звоним ребятам, а дальше стоим в сторонке и любимся, как они играют вертят ступодовых дядек. Если больной из тех, кого нужно переворачивать каждые два часа, его ребята поставят в план и придут сами, даже звонить им не надо.

Любимцы публики – это respiratory therapists, то есть специалисты, основной задачей которых является

обеспечение оптимального дыхательного режима для больного. Кислород мы даём больным сами, сами же и определяем (в основном методом тыка), на сколько литров в минуту настраивать аппарат. И больных на вентиляторах тоже обслуживаем сами. «Дыхальщиков» мы зовём, когда встаём в тупик: или больной никак не прокашляется, или необъяснимо падает уровень кислорода в крови, или вентилятор, будь он не ладен, орёт дурным голосом, когда всё вроде бы в порядке. В задачи «дыхальщиков» входит также – несколько неожиданно – электрокардиограммы и забор артериальной крови для анализа газов в крови.

Все остальные анализы крови делаются работниками лаборатории, или флеботомистами. Без них нам тоже никуда – они вкачивают в отделение свои тележки, как мороженницы из чёрно-белых фильмов пятидесятых годов, и обслуживают всех больных, кому на сегодня назначены анализы. Это плановая процедура, а если есть срочное назначение – прикатят немедленно. Есть анализы, которые врачи назначают каждые два или четыре часа (в основном в случае инфаркта, на уровень ферментов повреждённой сердечной мышцы), и в этом случае флеботомисты будут упорно приходить и колоть больного каждые два или четыре часа, пока не поступит отмена распоряжения. Можно их даже не контролировать, но мы всё равно посматриваем на всякий случай.

Элитное подразделение команды Джона Муира – это Lines Team. В него входят медсестры, которые весь день обходят больницу и ставят больным центральные венозные катетеры, которые моя русская подруга-врач называет «подключичками». Ну, кому «подключичку» на грудь, кому «базилечку» в руку. Процедура сугубо стерильная, но делается прямо в палате – раз и готово. Больной теперь может выписываться и получать курс внутривенных антибиотиков или химиотерапии амбулаторно.

Ещё одна составная часть нашей больницы – команда медсестёр со смешным названием S.W.A.T. Это расшифровывается как Skin and Wound Assessment Team, но для поддержания статуса зондер-команды её члены обязательно имеют при себе что-то в цветах маскхалата: ручку, стетоскоп, или шапочку. Они осматривают все раны, пролежни и прочие кожные неприятности, с которыми поступает больной, и назначают лечение и режим перевязок.

Самая трогательная служба в больнице – это volunteers. Как это переводить, совершенно непонятно: «добровольцы» вызывают в памяти ассоциативный ряд времён гражданской войны, куда входят «адмирал Колчак» и какие-то «золотопогонники». «Волонтёры» у меня упорно связаны с великолепным Фанфаном-Тюльпаном. В общем, не мудрствуя лукаво, это пенсионеры, которые вместо того, чтобы спокойно коптить небо на заслуженном отдыхе, совершенно бесплатно работают на благо общества. Что они делают: работают в больничном магазине, разносят газеты и книги для желающих, приходят поиграть в карты или просто поболтать с одинокими больными, доставляют в палаты цветы, присланные сердобольными родственниками, водят экскурсии по больнице для новых работников, а также специальные экскурсии по родильному отделению для будущих мам и пап.

Ещё у нас есть социальные работники, которые определяют, может ли пациент после выписки отправиться прямо домой, или ему требуется предварительный курс реабилитации в специальном центре... они же всё это устраивают и утрясают – от получения согласия больного и родственников до вопросов транспортировки. В Америке в процесс лечения включают не только пациента, но и всю его семью. Часто подключаются и служба психологической помощи, и пасторская служба, которая может срочно доставить к постели больного представителя практически любой религиозной конфессии.

Группа физической реабилитации занимается зачастую самым сложным: заново учит больного вставать, ходить, садиться, одеваться и есть. У нас даже есть «игровая» кухня, где пациенты заново осваивают премудрости газовой плиты и микроволновки.

Нельзя не упомянуть наших многострадальных фармацевтов, которые обрабатывают все назначения врачей, а также безропотно принимают в день до сотни звонков от задёрнутых медсестёр – «Где метопролол для мистера Болячко из комнаты 265?! Я уже второй раз посылаю запрос через компьютер! У него давление за 200!» – и успокаивают нас, находят пропавший метопролол и забрасывают его к нам по пневматической почте, а то и посылают курьера с восьмого этажа на второй, если очень срочно надо.

Больные принимаются в основном через отделение скорой помощи, где каждому приписывается лечащий врач и столько консуль-



тантов-специалистов, сколько требуется. Вот привозят миссис Ли, милую старушку 80-ти лет, которая не совладала с управлением своего «Бьюика» и врезалась в разделительный барьер на шоссе. У миссис Ли, до этого пребывавшей в полном здравии и из лекарств принимавшей только витамины, похоже, сломана нога, а также контузия грудной клетки и сотрясение мозга. Ей мгновенно делают рентген ноги, ЭКГ и компьютерную томографию головы и грудной клетки. После чего на неё тут же слетается команда из хирурга-ортопеда, кардиолога и нейрохирурга: «вжик-вжик – уноси готовенького!». Бабушке крупно повезло, она, что называется, отделалась лёгким испугом, и ничего у неё не сломано. Но лечащий врач решает всё-таки понаблюдать её день-другой.

На следующий день у миссис Ли поднимается температура, уровень белых кровяных клеток и креатинин. Лечащий врач начинает срочно искать источник заразы и находит её в моче – у бабушки инфекция мочевыводящих путей с высевом Э.коли. Дзынь! – это появляется на сцене врач-инфекционист, прописывает лечение антибиотиками и кладёт миссис Ли в изолированную палату. Наступает вечер, садится солнышко, и у миссис Ли начинается то, что называется sundowner syndrome или синдром «захода солнца». До сих пор совершенно милая и благообразная дама превращается в исчадие ада: плюётся, кусается, вырывает из себя мочевой катетер, крутит им над головой на манер нунчаков и требует, чтобы её выпустили из летающей тарелки и прекратили эксперименты. Худо-бедно всем отделом миссис Ли успокаивают и уговаривают, вводят новый катетер и только под утро укладывают, наконец, спать. Утром у неё кровь в моче, что само по себе не удивительно, это приводит на арену событий нефролога, который подтверждает назначение инфекциониста. После ночной эскапады бабушку, снова ставшую, как по мановению

волшебной палочки, «белой и пушистой», обследует психиатр и назначает успокоительное, «если не возражает невролог». Снова консультация невролога и последующий MRI головы и шеи – ура, «таможня даёт добро», и при необходимости у нас есть чем успокоить миссис Ли, если она снова решит продемонстрировать нам ночью ремейк «Экзорциста».

На прощание вот вам один занимательный факт из нашей жизни. Моё отделение из разряда «закрытых». Это значит, что после 8-ми вечера двери в коридор закрываются, и общение с внешним миром прекращается. Это правило распространяется на весь второй этаж, где расположены службы реанимации. Ещё одна интересная деталь – на моём удостоверении значится только моё имя, без фамилии. В обычных отделениях эта предосторожность считается излишней, а на нашем этаже, куда, бывает, одновременно привозят стреляных и колотых гангстеров из двух враждебных группировок, перефразируя народную мудрость, чем меньше они знают, тем лучше мы спим. В особенно «горячих» случаях, когда вокруг больницы кружат возбуждённые представители противоположных школ философской мысли, нас после окончания смены строем ведут на стоянку под охраной. Так, на всякий случай. В нашем идиллическом городке это всё-таки большая редкость, а вот в Окленде – городе контрастов – где я проходила клиническую практику, в больницу не пройти иначе как через металлоискатель.

Ну что, на сегодня, наверное, достаточно? Если не возражаете, в следующем номере я хотела бы вам рассказать о кровной связи этики и экономики американского здравоохранения. Это тема сложная и довольно болезненная, потому что всё в конце концов сводится к гамлетовскому вопросу «Быть или не быть?», или, если говорить без экивоков, «Жить или не жить?». Но и вы, дорогие читатели, не робейте и предлагайте темы для обсуждения.

До встречи в следующем номере!



12 мая – Международный день медицинских сестер

Ежегодно 12 мая отмечается Международный день медицинских сестер (International Nurses Day). В этот день необходимо поздравить и поблагодарить представительниц одной из самых гуманных профессий.

Профессиональный праздник медицинских сестер отмечается в день рождения одной из знаменитых англичанок, Флоренс Найтингейл (Florence Nightingale), которая во время Крымской войны (1853-1856) организовала первую в мире службу сестер милосердия.

Известно, что среди сестер милосердия, отправившихся на фронт Крымской войны, были и русские монахини из московской

Никольской обители. Впоследствии в госпиталях работали многие русские женщины-аристократки, в том числе супруга и дочери императора Николая II.

Именно в военные годы сформировался устойчивый стереотип: медсестра – это санитарка, которая выносит с поля боя раненых или стоит у операционного стола.

Хотя фактически празднику уже более ста пятидесяти лет, только в январе 1974 года было принято официальное решение отмечать этот день 12 мая. День медицинской сестры отмечается с момента объединения сестер милосердия из 141 страны в профессиональную общественную организацию –



Международный совет медицинских сестер (International Council of Nurses).

В России праздник отмечается с 1993 года.

www.calend.ru

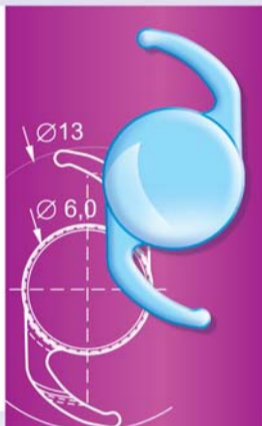
ГИДРОФИЛЬНАЯ ИНТРАОКУЛЯРНАЯ АКРИЛОВАЯ ЛИНЗА

OPTIMED®

- Высокая чистота поверхности
- Имплантация через разрез 2,2 мм
- Надежная фиксация в капсульном мешке
- Идеальная биосовместимость
- Предотвращает возникновение дисфотопсий
- Препятствует развитию вторичной катаракты

Материал: гибкий акрилат с содержанием воды 25% и УФ фильтром
Угол наклона элементов гаптки: 5°
Диаметр оптической части: 6,0 мм
Диоптрийность: +8,0 D до +28,0 D с шагом 1,0
A-константа: 118,2

ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»:
Тел./факс: (347) 223-44-33, 277-61-61, 277-62-62
E-mail: market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru



990 РУБ.

Флоренс Найтингейл, сестра милосердия и общественный деятель Великобритании (12 мая 1820 г. – 13 августа 1910 г.)

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 года во Флоренции. После посещения в 1849 году института диаконовис в немецком городе Кайзерверте Флоренс решила стать сестрой милосердия.

В 1853 году она возглавила маленькую больницу в Лондоне. Участвовала в Крымской кампании 1854 года, работая в полевых госпиталях сестрой милосердия. В 1856 году на собственные средства установила в Крыму на горе над Балаклавой крест из белого мрамора в память о погибших в Крымской войне. Она приняла большое участие в реорганизации военной медицинской службы в Англии.

В 1858 году вышла ее книга «Заметки о факторах, влияющих на здоровье, эффективность и управление госпиталями британской армии», а в 1860 году – «Как нужно ухаживать за больными». В 1883 году Найтингейл удостоена Королевского Красного креста, а в 1907 году – ордена «За заслуги».

В 1912 году Международная Федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца учредила медаль ее имени «За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающие восхищение всего человечества». Эта награда является наиболее почетной для сестер милосердия в любой точке земного шара. 12 мая в день рождения Флоренс



весь мир празднует Международный день медицинской сестры.

Скончалась великая гуманистка 13 августа 1910 года в Лондоне в возрасте 90 лет.



Непрямые бинокулярные офтальмоскопы от фирмы HEINE

HEINE OMEGA 500

- OMEGA 500, был оптимизирован на основе лидера оптического рынка OMEGA 180, для еще лучшего представления глазного дна. Новая система освещения с мультипокрытием и новая ксенон-галогеновая лампа XHL, устраняют корнеальный рефлекс, гарантируют яркое изображение глазного дна с высоким разрешением и увеличение освещения на 100%.
- Усовершенствованная функция малого зрачка, что позволяет точно произвести наблюдение и освещение для зрачка любого размера. Оптимизация для лучшего наблюдения при зрачке до 1 мм.

Новый уровень комфорта, исполнения и гибкости



HEINE OMEGA 500 UNPLUGGED

Офтальмоскоп OMEGA 500 с зарядным блоком mPack UNPLUGGED обеспечивает уникальную мобильность при отсутствии ограничений и помех, связанных с использованием кабелей, проводов и других подобных соединений. Кроме того, OMEGA 500 с mPack UNPLUGGED – самый маленький и легкий непрямой офтальмоскоп на рынке!

С зарядным блоком mPack UNPLUGGED на шлеме



100%-ная свобода движения - никаких кабельных соединений!
Патент «Синхронизация регулировки конвергенции и параллакса»
Индикатор заряда аккумулятора

Генераловф

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



Компания «Трейдомед Инвест» в рамках XVII Международного офтальмологического конгресса «Белые ночи»

(г. Санкт-Петербург) проводит для пользователей оптического когерентного томографа RTVue-100 фирмы «Optovue» (США) сателлитный симпозиум
«ОКТ RTVue-100 в офтальмологической диагностике».

Симпозиум будет проходить **31 мая 2011 года в 11.00 ч.** по адресу:
г. Санкт-Петербург, Пироговская набережная, д. 5/2, отель «Санкт-Петербург», конгресс-центр, зал «Белый».

Количество мест ограничено, поэтому просим Вас зарегистрироваться на мероприятие **до 20 мая** по электронной почте fomin@tradomed-invest.ru или по тел. (495) 662-78-66, +7 (916) 613-71-45 (Фомин Алексей Валентинович).

TRADOMED INVEST

Уважаемые коллеги!

Офтальмологический портал «Орган зрения» www.organum-visus.com рад приветствовать вас на страницах новой газеты «Поле зрения». Мы надеемся на плодотворное сотрудничество с газетой «Поле зрения» и стараемся оказывать ей вестороннюю поддержку.

Портал «Орган зрения» www.organum-visus.com – это первый в России мультимедийный офтальмологический портал и журнал, созданный как для специалистов-офтальмологов, так и для пациентов. Это первый в России 3D персонаж Доктор Глаз, знающий о глазах все и готовый поделиться своими знаниями.

Для удобства Пользователей в продвижении информации мы используем самые современные медийные технологии. Наряду с предоставлением образовательных программ для специалистов и пациентов одна из главных целей портала – формирование потребности в офтальмологических услугах.

Нам важно и дорого ваше мнение, уважаемые Пользователи. Мы гордимся тем, что среди вас – и начинающие врачи, и маститые академики. Сохранить внимание к нашему portalу – важнейшая задача его создателей. Свежие идеи и неожиданные решения – визитная карточка www.organum-visus.com. Мы существуем благодаря вам и работаем для вас. Давайте работать вместе.

С уважением,
Руководитель портала «Орган зрения»

Голубев Сергей Юрьевич www.organum-visus.com



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».

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ПРОГНОЗ НА ЗАВТРА



20/20

ЯСНО

Температура	36,6° C
Внутриглазное давление	в норме
Видимость	четкая
Туман	отсутствует
Магнитное поле	постоянное
Восход/заход солнца	своевременный
Направление ветра	попутное