

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№2 (10) МАРТ-АПРЕЛЬ 2012

ISSN 2221-7746



С Днем Победы!

Дорогие коллеги!

Все дальше от нас уходит этот праздник со слезами на глазах – День Победы, все меньше остается ветеранов – участников той страшной войны.

Хочу всех поздравить с этим великим праздником словами неизвестного автора:

*Чествуем погибших и живых,
Тех, кто пал, Отчизну защищая,
Имена навек запоемим их,
Жизнь они свою за нас отдали.
С каждым годом все короче ряд
Очевидцев тех боев кровавых,*

*Пусть же взрывы больше не гремят,
Не тревожат застарелой раны.
Ваш героический подвиг не забыть,
Пусть года бегут неумолимо,
Но сирени бархатная кисть
В вашу честь цветет неопалима!*

С праздником!

Главный редактор

С. Аветисов

ИНТЕРВЬЮ

ВСЕМ СМЕРТЯМ НАЗЛО

Профессора, доктора медицинских наук, генерал-майора медицинской службы Вениамина Васильевича Волкова по праву называют патриархом отечественной офтальмологии. Он прошёл грозными дорогами войны, награждён тремя орденами Красной Звезды, Отечественной войны I и II степеней и многими другими боевыми наградами. Наша газета придёт к читателям в дни празднования очередной годовщины Великой Победы. Поэтому совершенно естественно, что главное место в беседе было уделено именно фронтовым годам...

Общаясь с Вениамином Васильевичем, чувствуешь живую, неразрывную связь с историей. События далёких десятилетий предстают образными и живыми, будто произошли они только вчера. Боевой путь Волкова вместил в себя учёбу в Военно-медицинской академии в блокадном Ленинграде, службу рядовым истребительного отряда противовоздушной обороны, врачом парашютно-десантного батальона, старшим врачом полка и командиром медсанбата

гвардейской стрелковой дивизии. Война для него началась в степях Калмыкии и завершилась в освобождённой Австрии.

Радостно осознавать, что профессор Волков и сейчас остаётся в строю: ведёт приём пациентов, читает лекции в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, принимает активное участие в работе Санкт-Петербургского научного общества офтальмологов.

> стр. 3



Полуденный выстрел из пушки Петропавловской крепости Санкт-Петербурга в день 90-летия В.В. Волкова

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

Уфимскому научно-исследовательскому институту глазных болезней – 85 лет

Институт ведёт начало с 1926 г., в котором в связи с массовым заболеванием трахомой населения Башкирии на базе 50-коечной областной больницы был создан Башкирский трахоматозный научно-исследовательский институт. Первым научным руководителем и организатором стал ведущий ученый-офтальмолог, профессор 1-го Московского медицинского института Виктор Петрович Одинцов. Большая заслуга в организации института принадлежит первому Наркому здравоохранения Башкирской АССР Г.Г. Куватову, усилиями которого институт был оснащен офтальмологическим оборудованием и медицинским инструментарием, закупленным в Германии.



Государственному бюджетному учреждению «Уфимский НИИ глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан» в 2011 г. исполнилось 85 лет. Это достаточно большой временной пласт, в котором нашла отражение деятельность нескольких поколений ученых, исследователей и офтальмологов. Усилиями многих сотен ученых и специалистов институт имеет устойчивую репутацию одного из ведущих офтальмологических учреждений Российской Федерации и Республики Башкортостан.

Направление деятельности института в то время было подсказано самой жизнью: после Гражданской войны в районах республики была широко распространена трахома. Задачи института

в эти годы — изучение этиологии и эпидемиологии, диагностики, клиники, профилактики, разработка консервативного и хирургического лечения трахомы и ее осложнений, подготовка кадров

> стр. 8

КОНФЕРЕНЦИИ



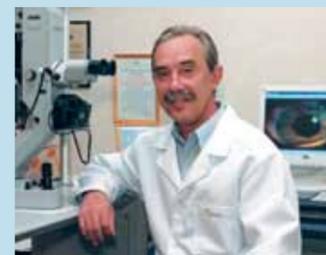
Витреоретинальная хирургия сегодня: минимум повреждений при максимальной остроте зрения

Интервью > стр. 12
с Д.О. Шкворченко



Мировой офтальмологический конгресс в Абу-Даби > стр. 14

ЖИЗНЬ РЕГИОНОВ



Профессор В.В. Страхов: «Нужно делать, что должно, и будь что будет» > стр. 15

ЛЕКЦИИ

И.Э. Иошин

Медикаментозная профилактика воспалительных осложнений при фактоэмульсификации катаракты > стр. 11

Г.С. Полунин, Е.Г. Полунина
Болезни слезной пленки — наиболее частая причина обращения пациентов к офтальмологу > стр. 25

Ю.С. Астахов
Новое в лечении глаукомы > стр. 29

ИСТОРИЯ БРЕНДА

Мориа > стр. 18

Лаборатория Thea > стр. 38

Социальная сфера — индикатор дееспособности государства

16 марта 2012 года состоялось расширенное заседание коллегии Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в работе которого принял участие Председатель Правительства РФ В.В. Путин.

Открывая заседание, В.В. Путин отметил, что социальная сфера — это индикатор состоятельности, дееспособности государства, его ответственности перед обществом и конкретным человеком. Главным успехом активной политики социального развития премьер-министр назвал позитивные тенденции в демографии. «С 2000 года естественная убыль населения сократилась в 7,3 раза. Продолжительность жизни в России возросла почти на пять лет за достаточно короткий срок — это хороший показатель, — превысила 70-летний рубеж (70,3 года). Почти на 45% увеличилась рождаемость, снизились показатели младенческой смертности», — подчеркнул В.В. Путин.

Эти результаты достигнуты благодаря существенному увеличению инвестиций в здравоохранение, в поддержку семьи, материнства и детства. За последние 12 лет расходы федерального бюджета на здравоохранение возросли в 30 раз — до 0,5 трлн рублей в прошлом году.

Однако, по словам главы правительства, необходимо решить «гораздо более амбициозную задачу: обеспечить качество и содержание социальных услуг на уровне стандартов экономически развитых стран, сформировать в России в полном смысле комфортную среду для жизни, для самореализации человека, для создания большой семьи, воспитания детей».

Особое внимание в своем выступлении В.В. Путин уделил кардинальному улучшению системы здравоохранения, которое должно включать модернизацию медицинских учреждений с внедрением современных информационных технологий, совершенствование механизма лекарственного обеспечения, достойный уровень оплаты труда специалистов. Зарплаты врачей к 2018 году должны в 2 раза превысить среднюю зарплату по экономике в соответствующем регионе Российской Федерации, при этом фонд стимулирующих надбавок и доплат должен расти более высокими темпами, чем базовый размер оклада.

«Ключевые задачи на предстоящие годы — это сокращение бедности и расширение среднего класса. И здесь ключевое значение имеет, прежде всего, новое качество занятости и справедливая оценка труда», — отметил глава российского правительства, что в полной мере касается и людей с ограниченными возможностями по здоровью.

Важнейшим направлением работы В.В. Путин назвал пенсионное обеспечение и создание условий для высокого качества жизни пожилых людей, для чего необходимо разработать достойную эффективную стратегию.

Председатель Правительства РФ обозначил важнейшие направления преобразований в социальной сфере. Прежде всего, это создание режима наибольшего благоприятствования для работы в социальной сфере для некоммерческих и общественных организаций. Все



Фото Алексей Дружинин / РИА Новости

ключевые решения в социальной сфере должны проходить общественную экспертизу. «У нас накоплен очень хороший опыт, когда предпринимательские объединения дают оценку регулирующего воздействия правовых актов на деловой климат в экономике. Тем более логично применять подобный общественный аудит и в социальной сфере».

В заключение В.В. Путин подчеркнул: «От того, насколько быстро и качественно мы будем добиваться поставленных целей, люди будут судить об ответственности и эффективности власти в целом... о нашей способности выполнять миссию социального государства».

С докладом об основных направлениях социального развития страны выступила министр здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голикова.

По демографическим показателям страна показала лучшие за последние 20 лет результаты. В стране родились почти 1800 тыс. детей. Продолжительность жизни населения превысила 70 лет. Впервые за многие годы обеспечен рост численности россиян — число жителей России превысило 143 млн человек.

В 2011 году был получен самый лучший за последние 19 лет результат по снижению смертности населения — на 5,2% меньше чем в 2010 году. Смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 6,2%, от туберкулеза — на 7,4%, от ДТП — на 5,6%, от новообразований — на 1%.

Особое внимание в своем выступлении министр уделила программе по совершенствованию медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, в которую в 2011 году включились дополнительно 14 территорий. Во всех 33 регионах, участвующих в этом направлении, создается система оказания онкологической помощи населению, ориентированная на раннее выявление заболеваний и оказание комбинированного противоопухолевого лечения. Эти меры привели к тому, что в 2010 году впервые наметилась тенденция к снижению смертности от онкологических заболеваний. Снижение продолжилось и в 2011 году, в целом оно составило 2,1% (около 3 тыс. сохраненных жизней).

Министр отметила также и существенное снижение смертности от туберкулеза. Остановившись на вопросах здравоохранения, докладчик проинформировала, что за 4 года расходы федерального бюджета на эти нужды увеличились в два раза — с 202,8 до 413 млрд рублей.

Выросли по сравнению с 2010 годом на 11% расходы на финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования с 525,2 до 581,9 млрд рублей, что позволило сократить дефицит базовой программы обязательного медицинского страхования более чем в 1,5 раза — с 175,2 до 112,3 млрд рублей.

Зарботная плата врачей, работающих по программам модернизации здравоохранения, в 2011 году выросла на 16,5%, среднего медицинского персонала — на 14,8%. Сейчас среднемесячная зарплата этих врачей в целом по РФ составляет более 28 тыс. рублей, что на 20% выше средней заработной платы в экономике страны.

Благодаря новым правилам ОМС в 2011 году число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным гражданам, выросло с 8162 до 8543, в том числе за счет коммерческих клиник — их число увеличилось с 618 до 739.

Министр обратила внимание на необходимость информирования граждан об их правах на бесплатную медицинскую помощь. Граждане должны иметь возможность знакомиться с программами госгарантий, всеми нормативными актами. В открытом доступе должны быть размещены сведения о страховых медицинских организациях и медицинских организациях — участниках системы бесплатного оказания медицинской помощи.

Принятый в прошлом году федеральный закон об охране здоровья граждан впервые закрепил приоритет профилактических мероприятий в здравоохранении, определил в качестве ключевого элемента — формирование здорового образа жизни у населения.

В качестве приоритетного направления остается улучшение организации медицинской помощи матерям и детям. Показатель младенческой смертности в 2011 году составил 7,3 на 1000 родившихся, что на 2,7% ниже чем в 2010 году. В 23 регионах младенческая смертность сопоставима с уровнем экономически развитых стран. Самые низкие показатели в Чувашской Республике, Санкт-Петербурге, Республиках Коми и Татарстан, Белгородской, Калининградской, Тамбовской областях. Стабильно высокими эти показатели остаются в Чеченской Республике, республиках Дагестан и Тыва, Еврейской автономной области.

В 2011 году впервые в России проведена углубленная диспансеризация подростков. Охват диспансеризацией составил более 96%.



Фото Алексей Дружинин / РИА Новости

Регионы с учетом результатов диспансеризации должны принять меры по наиболее полному охвату детей лечебно-оздоровительными мероприятиями.

Модернизация здравоохранения должна в конечном итоге решить проблему укомплектованности медицинскими кадрами. «Нам надо устранить диспропорции в обеспеченности медицинскими кадрами между отдельными территориями, городом и селом, врачами и средним медицинским персоналом, амбулаторно-поликлиническим звеном и стационарами».

В первую очередь, подчеркнула Голикова, необходимо ликвидировать дефицит по таким специальностям, как врачи скорой медицинской помощи, врачи клинической лабораторной диагностики, фтизиатры, анестезиологи-реаниматологи, неонатологи, психиатры. В каждом субъекте должны работать программы, направленные на укрепление кадрового потенциала здравоохранения региона.

В ряде регионов выявлено полное отсутствие либо неудовлетворительная организация ведения персонализированного учета льготных категорий граждан по группам и категориям заболеваний, а также снижено финансирование лекарственного обеспечения по региональным льготникам. В ходе анализа состояния регионального финансирования, был выявлен ряд регионов с отрицательной динамикой объема денежных средств на закупку лекарственных средств по региональной льготе.

В целях предотвращения роста социальной напряженности субъектам Российской Федерации настоятельно рекомендовано не снижать показатели финансирования регионального лекарственного обеспечения по сравнению с предыдущими годами.

Т.А. Голикова подробно остановилась на положении в медицинской науке. В 2011 году началось ее масштабное реформирование. Был проведен детальный анализ компетенций лабораторий научных учреждений министерства, РАМН, Роспотребнадзора, ФМБА. Была издана публикационная активность, импакт-факторы журналов, в которых публиковались российские ученые, а также импакт-факторы журналов, в которых цитируются опубликованные работы, индекс Хирша отечественных авторов как в России, так и за рубежом.

Результаты оказались неутешительными. Цитируемость, то есть актуальность и востребованность отечественных работ как внутри страны, так и за рубежом, крайне

низка. В рейтинговых журналах были опубликованы и процитированы работы только 199 из 5424 научных лабораторий. Есть институты, работы которых за последние три года ни разу не цитировались за рубежом.

С целью изменить сложившуюся ситуацию в 2011 году министерством совместно с ведущими учеными РАМН и РАН была инициирована разработка научных платформ, предполагающих концентрацию усилий на таких приоритетных направлениях, как молекулярная генетика, протеомика, молекулярная физиология, биоинженерия, клеточные и тканевые технологии, биоинформатика. Именно эти направления составляют базовую биомедицинскую платформу, результаты которой должны сгенерировать инновационные знания и продукты.

В 2011 году стартовали четыре платформы (онкология, микробиология, сердечно-сосудистые заболевания, экология человека), в рамках которых научные учреждения приступили к разработке принципиально новых биотехнологических продуктов, таких как тест-системы для ранней диагностики злокачественных опухолей, гепатитов, ВИЧ, микрочипы для диагностики генетической предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям, кандидатные вакцины против гепатита С и многих других.

В работах по первым четырем платформам принимают участие 22 научных учреждения различной ведомственной подчиненности. Для реализации запланированных на 2012 год мероприятий выделен 1 млрд рублей. Началась закупка сложного современного оборудования: секвенаторов ДНК, проточных цитофлуориметров, масс-спектрометров.

В 2012 году будут завершены 8 новых научных платформ, которые позволят выйти на новую программно-целевую модель развития медицинской науки. Предстоит разработать и утвердить совместно с ведущими учеными, в первую очередь с РАМН, стратегию развития медицинской науки в Российской Федерации.

В своем докладе министр здравоохранения и социального развития РФ затронула также такие важнейшие вопросы, как трудовые отношения, занятость, реабилитация инвалидов, социальная защита граждан.

В заключение Т.А. Голикова подчеркнула, что выполнение социальных обязательств перед гражданами останется безусловным приоритетом государства. 



Всем смертям назло

Интервью с профессором В.В. Волковым по случаю Дня Победы



< стр. 1

Наша беседа началась с детских и юношеских воспоминаний.

— Я родился в Ташкенте 20 января 1921 года, где отец, Василий Фирсович, был военным лётчиком. Себя он называл «красным военным лётчиком». Слово «красный» было в те годы символом преданности Советской власти, Коммунистической партии.

Также как и многие семьи военных, мы кочевали по военным гарнизонам. Все эти гарнизоны располагались в непосредственной близости от Ленинграда: в Гатчине, Пушкине. Так что уже в возрасте двух-трёх лет я оказался в Ленинградской области. А потом переехали и в сам Ленинград. Кстати, корни моей семьи и по отцовской, и по материнской линии из этих мест. Родители — из крестьян Петербургской губернии.

Из-за переездов мне довелось сменить несколько ленинградских школ. В 1935 году отец вышел в отставку, и наша семья из четырёх человек получила квартиру на Васильевском острове (даже люди, которым не довелось бывать в Санкт-Петербурге, наверное, знают об этом историческом, одном из самых красивых районов города). Здесь я учился в специальной артиллерийской средней школе. Это учебное заведение можно сравнить с сегодняшними суворовскими и нахимовскими училищами. Мы не только получали среднее образование, но и готовились к службе в армии.

— Наверное, Вы хотели стать артиллеристом?

— Да, именно так и было, ведь «артиллерия — бог войны». Окончил школу с золотой медалью и готовился поступать в артиллерийское училище... Но потом передумал, забрал документы и отнёс их в Военно-медицинскую академию. Туда поступал один из моих лучших друзей, вот я и решил с ним «за компанию» стать военным врачом. Поэтому выбор специальности оказался, в общем-то, случайным. Но я благодарен судьбе за то, что всё получилось именно так. Уже в первые месяцы учёбы в Военно-медицинской академии осознал, что медицина мне нравится и это дело моей жизни.

— Курсанты-медики в то время находились в казарменном положении?

— Только во время обучения на первом курсе. Со второго курса ленинградские курсанты могли ночевать у себя дома, а иногородние жили в общежитии. Чтобы быть точным скажу, что «курсантами» нас называли только на первом и втором курсе. А уже с третьего курса после присвоения звания военфельдшера будущие врачи становились «слушателями» Военно-медицинской академии.

— Вениамин Васильевич, расскажите, пожалуйста, о первых днях и месяцах войны.

— Также как и, наверное, у всех людей военного поколения, дата «22 июня 1941 года» навсегда врезалась в мою память. Даже сейчас, по прошествии многих десятилетий, об этих событиях трудно рассказывать. Они будто бы стоят перед глазами...

— Как изменился Ленинград после сообщения о начале войны?

— Все переменялось буквально за несколько дней. Ещё не начались бомбёжки, но город уже стал жить по фронтовым законам... В то время я заканчивал четвёртый курс Академии, сдавал экзамены, готовился к каникулам.

Разумеется, все отпуска и каникулы тут же отменили. Курсантов и слушателей сразу же перевели в казарменное положение. Из числа преподавателей и слушателей был создан истребительный батальон противовоздушной обороны. Что это означало? Днём мы учились, а практически каждую ночь по сигналу воздушной тревоги выбегали на дежурства, которые проходили на крышах наших клиник. Необходимо было сбрасывать на землю зажигательные бомбы, а потом обезвреживать их, т.е. засыпать землёй. Конечно, оказывали помощь пострадавшим, разбирали завалы. Бывало и так: мы, дежурившие на крыше — невредимы, а полдома от попадания в него фугасной бомбы — как не бывало!

— Ритм учёбы тоже изменился с началом войны?

— Учиться стало гораздо сложнее из-за изматывающих тревог, бессонных ночей, скудного блокадного пайка. Не все мои однокурсники смогли закончить учёбу. В Академии оставили только наиболее успевающих (и меня в том числе). Некоторых сразу направляли в действующую армию в качестве военных фельдшеров. Кто-то из них после окончания войны вернулся в Академию и всё-таки доучился и получил врачебный диплом. А кто-то не вернулся с поля боя...

— В настоящее время Вам удаётся поддерживать контакты с кем-то из сокурсников?

— Подавляющее большинство, конечно, уже ушло из жизни. Мне ведь 91 год. И всем остальным сокурсникам тоже не меньше. До недавнего времени я думал, что в живых из товарищей по учёбе остался только Леша Курбатов. Он живёт в Санкт-Петербурге. По возможности стараюсь его навещать. Это счастье, что можно встретить кого-то из сокурсников, когда прошло уже больше 70 лет после окончания учёбы!

Несколько месяцев назад меня разыскал Витя Моисеев (он увидел меня по телевидению). Оказывается, он живёт в Минске. Кстати, Витя в молодости был первоклассным спортсменом-гимнастом... Наверное, нам уже не суждено лично встретиться, но мы общаемся по телефону.

Преодолев девяностолетний рубеж, оказываешься в окружении гораздо более молодых людей. Но иногда хочется пообщаться и с ровесниками. Вот совсем недавно выпала неожиданная радость: во время одной из московских медицинских конференций вдруг ко мне подходит еще один однокашник — Миша Павлов. Встреча была неожиданной и оставила чувство щемящей радости и грусти.

— Пожалуйста, расскажите подробнее о жизни блокадного Ленинграда.

— Бомбёжки города начались вскоре после начала войны, уже с июля 1941 года... Прекрасно помню солнечный день 8 сентября 1941 года. Этот день считается началом блокады. К бомбёжкам прибавились артиллерийские обстрелы с Пулковских высот. Именно с этого дня ведётся отсчёт девяти-сот блокадных дней и ночей.

— А почему именно 8 сентября Вам так запомнилось?

— Усилились бомбёжки. Замкнулось кольцо блокады и резко ухудшилось продовольственное снабжение, поскольку фашисты разбомбили Бадаевские склады... Вообще, когда вспоминаешь блокаду, невозможно не говорить о продовольственном рациионе. Если Вы спросите меня о блокадном пайке, я даже не смогу Вам точно ответить... Время, к сожалению, нередко стирает из памяти конкретные детали. Но помню чувство голода. Мы, курсанты, вроде и не голодали... Но сытыми мы тоже в блокадном городе никогда не были.

Всего не хватало, а именно хлеба, не говоря уже о сахаре, жирах, овощах. Мяса мы вообще не видели. Говорю об этом так подробно, чтобы подчеркнуть: нам, военным, еды не хватало. А что уже говорить о мирных жителях, обычных ленинградцах. У гражданских лиц паёк был скуднее. Это суровые реалии блокадного времени.

— Как эти условия переносили простые ленинградцы?

— Спокойно. Стойко и мужественно. Дисциплинированно. Без дисциплины на фронте и в тылу войну бы мы не выиграли. Но была не только дисциплина. Люди проявили себя как искренние патриоты. Напал враг. И все в меру сил рвали на защиту Отечества: старики, женщины, подростки, даже дети.

Из окон общежития Военно-медицинской академии мы видели нескончаемые потоки ленинградских ополченцев, идущих по набережной Невы. Они шли строем защищать свой родной город. Среди ополченцев было немало людей пожилых, с явно ослабленным здоровьем. Они вряд ли подлежали бы призыву в армию, но тоже хотели сражаться с врагом.

— Как сложилась судьба Вашей семьи?

— В то время отец работал инженером на авиационном заводе. Уже в первые недели войны это предприятие вместе со всеми сотрудниками было эвакуировано на Урал, в город Нижний Тагил. Вместе с ним в эвакуацию отправились моя мама и младшая сестра. После войны семья воссоединилась в Ленинграде.

— Как долго Вы провели в блокадном Ленинграде?

— Вроде бы, не так уж долго... До середины декабря 1941 года. Потом было принято решение об эвакуации Военно-медицинской академии в Узбекистан, в город Самарканд. Нужно заметить, что жизнь

29 мая 2012 года с 8.30 до 10.30

В рамках XVIII международного офтальмологического конгресса «Белые ночи» состоится

СЕМИНАР ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ ЗРЕНИЯ

с демонстрацией современного ЭФИ оборудования и разбором клинических случаев

Спонсорская поддержка Stormoff group of companies и Roland Consult, Германия

Место проведения: конгресс-центр отеля «Санкт-Петербург», Синий зал,

Адрес: Санкт-Петербург, Пироговская наб., 5/2, м. «Площадь Ленина»

Зарегистрироваться и получить более подробную информацию можно по адресу: oko@stormoff.com и по телефону (495) 780 07 92





В возрасте 3 лет с родителями Василием Фирсовичем и Марией Семеновной в Пушкине под Ленинградом. 1924 г.

в блокадном городе была не менее, а в чём-то и более трудной, чем дальнейшие фронтовые годы.

Приведу такой пример: даже на фронте были спокойные дни и часы. Солдатам предоставлялась возможность расслабиться. А был ли отдых в блокадном городе? Может ли «отдохнуть» человек, который постоянно испытывает чувства голода и холода?

В первую очередь, ленинградцы думали о долге, о стране, верили в Победу. Но каждому человеку свойственно думать и о собственном выживании. Это тоже совершенно нормальная реакция. Ведь случались ситуации быть буквально «на волоске от смерти».

Блокадники теперь неохотно вспоминают, как случались разговоры: «нельзя ли получить паёк по хлебным карточкам умершего родственника». Бывало и так: человек ещё не умер, а его паёк уже кто-то пытается распределить... Но не

эти явления определяли атмосферу города. Дух был боевой, сильный и добрый. Старались помочь друг другу, поддержать. По радио транслировали не только фронтовые сводки, но и отрывки из очередной симфонии Дмитрия Шостаковича или стихи акына Казахстана Джамбула: «Ленинградцы, дети мои; Ленинградцы — гордость моя...»

Современные петербуржцы и все россияне должны помнить об этих героических и трагических страницах истории нашего города.

— Как прошла эвакуация Академии?

— Мы шли пешим маршем через весь город до аэропорта, располагавшегося в районе Старой деревни. За плечами у всех слушателей были тяжёлые рюкзаки с книгами из академической библиотеки и самые необходимые вещи. В основном рюкзаки были загружены именно учебниками.

Самолёты доставили нас в Новую Ладугу. И вот там мы по-настоящему поняли, что выбрались из блокадного кольца. Нас впервые за несколько месяцев накормили вволю нормальной едой.

— Что это была за еда?

— Сейчас точно даже не вспомню. Обычная еда из мирного времени. Кажется, мы там впервые поели мяса с картошкой... Я никогда в жизни не был гурманом и относился к пище сугубо функционально. Но после пребывания в блокадном городе «хлеб насущный» уже начинаешь воспринимать по-другому.

Из Новой Ладуги требовалось самостоятельно на попутных машинах добираться до Вологды. А уже в Вологде формировался железнодорожный состав до Самарканда. Но сразу отправиться в путь мы не смогли. Практически у всех нас началось сильное расстройство желудка. После блокадной «затирухи» — этим словечком мы обозначали нашу пищу — с обычной едой организму было справиться непросто.

— В Самарканде Вы провели всего полгода?

— Даже меньше. До мая 1942 года. После успешной сдачи госэкзаменов я стал военным врачом третьего ранга и направился в действующую армию. Современные воинские звания — лейтенантов, майоров, полковников — были введены только в 1943 году. Но если перевести в современные понятия, то «военный врач третьего ранга» соответствовал «капитану». В то время выпускники высших военных учебных заведений сразу получали звание «капитана», а не «лейтенанта».

Кстати, в капитанском звании я прошёл всю войну, хотя должности повышались: от врача пара-

шютно-десантного батальона, старшего врача полка до командира медсанбата.

— Что Вам больше всего запомнилось в Узбекистане?

— Воспоминаний много. Например, празднование Нового года, ночь с 31 декабря 1941 года на 1 января 1942 года. Мы сидели на двухэтажных казарменных нарах, у нас были узбекские лепёшки, фрукты и несколько бутылок узбекского вина «Алеатико».

При общении с больными в Республиканской больнице пришлось выучить довольно много слов на узбекском языке. Большинство пациентов не говорили по-русски. По мере необходимости курсанты-медики проходили экспресс-курс узбекского языка.

Бывало, ходили по домам, выявляя инфекционных больных (сыпным тифом), чтобы не допустить эпидемии.

Хотел бы ещё сказать о нашей библиотеке. Очень помогло в учёбе то, что значительная часть учебных и научных книг была привезена нами из Ленинграда.

— Как складывались в то время межнациональные отношения?

— И в Самарканде, и в последующем мы никогда не воспринимали себя как людей разных национальностей. Все считали себя советскими людьми, частью единого советского народа. Так было и в блокадном Ленинграде, и в Узбекистане, и затем — на фронте.

— После успешного завершения учёбы Вы сразу попали на фронт?

— Меня распределили в воздушно-десантные войска. Сначала поехал в Москву, в штаб ВДВ. Именно там проходило окончательное распределение по воинским частям.

Меня назначили врачом 1-го батальона 15-й парашютно-десантной бригады 7-го воздушно-десантного корпуса.

Перед отправкой на фронт предстояло пройти десантную подготовку на базе Академии им. Жуковского, в её лагерях, расположенных в г. Люберцы Московской области. Именно там мне довелось совершить целых три самостоятельных прыжка с парашютом. Каждый последующий психологически был не легче, а даже труднее предыдущих.

А собственно фронтовая жизнь началась в сентябре 1942 года, когда 7-й воздушно-десантный корпус преобразовали в 34-ю Гвардейскую стрелковую дивизию и перебросили эшелоном в Астрахань и затем в Калмыкию. Нас выдвинули в калмыцкие степи, примерно в 100 километрах от Астрахани, для отражения танковых атак дивизии «Мертвая голова», рвавшейся к Кавказа на помощь окружённой под Сталинградом группировке маршала Паулюса.

В калмыцких степях мы начали гнать врага с родной земли. Боевой путь 34-й Гвардейской стрелковой дивизии можно представить так: Калмыкия — Ростовская область — Украина — Молдавия — Румыния — Болгария — Югославия — Венгрия — Австрия. Это и мой боевой путь.

— Вениамин Васильевич, какими воспоминаниями военных лет Вы хотели бы поделиться? Что врезалось Вам в память?

— Вспоминаю, например, такую печальную историю, случившуюся в ноябре 1942 года. Солдаты окапывались в степи, ожидая приказа к наступлению. Я тоже отрыл себе окопчик и, завернувшись в плащ-палатку, устроился на ночлег. Жилья вокруг на многие километры не было... А утром ко мне как к врачу подбежали несколько солдат и кричат: «Парень замёрз в окопе!»

— Тогда было очень холодно?

— Да, очень холодно. Заморозки на почве. Был жуткий холод и противный, пронизывающий ветер.

— И много людей тогда замёрзло в степи?

— У нас это был единственный случай. Всё-таки у всех имелось соответствующее обмундирование. И мы были десантники, готовые к любым трудностям!

Почему я сейчас вспоминаю этот эпизод? Во время войны смерть не становится рутинной. В этом принципиальное отличие реальной войны от военно-исторических фильмов, романов и т.д. На киноэкране могут показывать сотни и тысячи трупов. И никому не страшно. Потому что все знают, что кровь не настоящая, и смерть



Гвардии капитан медицинской службы В.В. Волков, командир 39 (500) медсанбата. Июнь 1945 г.



В.В. Волков (крайний справа) вместе с врачами медсанбата и гостем из штаба дивизии. 9 мая 1945 г.



Врач отдельного батальона 34-й гвардейской стрелковой дивизии. 1943 г.



И на войне было место доброй шутке. Группа врачей медсанбата рядом с указателем «МСБ Волкова»



Старший врач 103-го гв. стрелкового полка 34-й гв. стрелковой дивизии В.В. Волков вместе с младшим врачом того же полка старшим лейтенантом Е.М. Романовым. 1944 г. Они же 40 лет спустя



«понарошку». А на фронте каждая болезнь, каждая смерть солдата или офицера — на поле боя или при любых других обстоятельствах — это хотя, к сожалению, нередкое, но чрезвычайное событие для военного врача.

— **Военный врач отвечает за жизнь людей не только на поле боя, но и 24 часа в сутки...**

— Совершенно верно. В этом и состоит суть нашей профессии, суть военной медицины. Оказание помощи раненым на поле боя — это только часть ратной службы. Мы занимались и другой работой. Следили за питанием военнослужащих. Например, руководили подготовкой специальных отваров из хвои, дающих организму необходимые витамины. Да и обычных болезней никто не отменял. Их лечением и профилактикой мы тоже занимались. В частности, чтобы избежать завшивленности и сыпного тифа, нижнее белье периодически пропаривали в порожних бочках из-под бензина.

Конечно, десантников обычно отличает крепкое здоровье. Но ведь люди не железные. Поэтому я всегда настоятельно рекомендовал



Слева - момент интересной операции (В.В. Волков в темном халате), справа — осмотр больной после операции

— **Они заметили приближающийся отряд?**

— Именно так и произошло. Несмотря на непроглядную тьму, с помощью периодически пускаемых осветительных ракет они нас «засекли». Это означало провал... Начался тяжёлый бой, в котором шансов выйти победителями у нас уже

Остальные вражеские танки медленно отходили. Находившиеся позади нас родные пушки через наши головы продолжали прицельно стрелять по ним.

Смеркалось, бой стихал. Настал черед медиков собирать раненых, оказывать им неотложную помощь и отправлять повозками и попутными машинами в медсанбат. Мы поднялись среди горящих танков. Все это требовало необыкновенной стремительности, чтобы не отставать от наших бойцов, получивших приказ преследовать отступающего противника. Это случилось в местечке «Красный скотовод».

— **Вениамин Васильевич, новогоднюю ночь 1941-1942 года Вы встречали в мирном Самарканде, а следующий Новый год уже на фронте...**

— Все новогодние ночи военной поры мне очень запомнились. И обо всех хотелось бы рассказать в нашей беседе. Но давайте не отступать от хронологии событий... Новый 1943 год празднично встретить мне не удалось. 31 декабря 1942 года наш батальон вошёл в Элисту. Впервые за несколько месяцев мы оказались в жилом доме, а не в окопах. Блаженством казалась возможность посидеть 20-30 минут на пристеночной скамье внутри дома! Приказано было, однако, не давать опомниться убегающим фашистам. И все мы форсированным пешим марш-броском двинулись на запад, в Сальские степи. Если бы Вы могли представить, какими сладкими были моменты передышки, когда прямо в придорожной грязи, укутавшись плащ-палаткой, можно было прикорнуть на 15-20 минут! Такой оказалась и эта новогодняя ночь.

не было. Нас обстреливали из укрепрайона, а укрыться в степи было негде.

На фронте об этом не принято говорить, но в тот момент я подумал, что из этой мясорубки нам уже не выбраться. В этом бою на моих глазах погиб замполит батальона, находившийся в передовых рядах бойцов. Немецкие танкисты пытались взять его в плен. Он отстреливался. А последнюю пулю пустил себе в висок...

Я тоже в то время был готов к смерти. И я бы тоже не сдался в плен врагу. Но судьба убергла. Рассветало. Командир понял, что немцев нам не одолеть, и во избежание больших потерь дал приказ к отступлению.

— **Отступление на поле боя возможно только по приказу командира?**

— Конечно. Это армия. Это война. Только трусы и предатели могут кинуться с поля боя в бегство. Слово командира для всех бойцов являлось законом. Дав приказ к отступлению, он сохранил жизни нам и себе, избежал напрасных жертв.

Мы потеряли убитыми 8 человек и 15 были ранены. Всех раненых мы смогли забрать с собой. Увы, десантные операции, в частности разведка боем, бывают и неудачными. Но мы установили, что в этом опорном пункте есть танки и без артиллерии их не одолеть.

Спустя несколько дней в составе полного батальона с миномётной и пулемётной ротами, при поддержке дивизиона противотанковых орудий, мы вновь атаковали этот пункт. Он был подавлен.

Зрелище было потрясающим. Впереди прямо перед нами, лежащими в укрытиях, горело несколько подбитых фашистских танков.

В.В. Волков неохотно рассказывает о своём боевом пути, о ратных заслугах, отмеченных высокими наградами. И в этом он похож на тысячи и миллионы других фронтовиков, которые не любят говорить о своих личных заслугах. Эти люди сами не считают себя героями. Но именно они принесли нам Великую Победу.



своим солдатам и офицерам не стесняться и обращаться с любыми проблемами, касающимися здоровья. Тот парень ко мне ни с какими жалобами не обращался... Подозреваю, что именно это и способствовало его смерти. Дело ведь не только в морозе, а в ослабленном, видимо, больном организме.

— **Хотел бы попросить Вас рассказать непосредственно о боевых эпизодах.**

— Ну, я не писатель-баталист и не военный историк. Поэтому вряд ли читатели газеты «Поле зрения» могут ожидать от меня подробного рассказа о ходе боёв. Война — это действительно страшно. И многие подробности — часто очень печальные и трагические — уже стёрлись из памяти.

Расскажу об одной небольшой боевой операции. Она тоже состоялась в ноябре 1942 года. Эта операция запомнилась именно тем, что оказалась неудачной.

Обычно фронтовикам приятнее говорить об успешных операциях, когда всё получается, враг разбит, победа следует за победой... Но война состоит не только из одних побед. Случались и ошибки, и неудачи. Как и на этот раз...

Предстояло разведать и захватить боем немецкий укрепленный пункт. Был сформирован отряд из 150 десантников. Я тоже был в их числе. В общем, обычная, рядовая задача для десанта. Сложность состояла только в том, что решающее значение в успехе или неудаче десантных операций имеет фактор внезапности, неожиданности для противника. Если б фашисты нас не обнаружили раньше срока, у нас было достаточно сил, чтобы их разгромить... Но всё получилось по-другому.



С женой Верой Васильевной и дочерью Марией. 1949 г.

— **В январе-феврале 1943 года Вам пришлось участвовать в тяжёлых боях. Пожалуйста, расскажите об этом этапе войны.**

— Да, бои были тяжёлые. Но хотел бы подчеркнуть, что это были бои наступательные. Мы освободили свою землю, а потом и Европу. Вообще, начиная с 1942 года, советские войска почти всё время находились в наступлении. Стратегическая инициатива была за нами.

Это очень важно с точки зрения военного дела, в том числе и организации медицинской службы. Несмотря на все горести и тяготы войны, наступать естественно предпочтительнее, чем отступать. Нас это вдохновляло, хотя, как известно, при хорошей организации обороны противника наступление тоже сопряжено с немалыми потерями.

Любой военный врач подтвердит мои слова, что оказывать помощь раненым, обеспечивать их успешное лечение и возвращение

в строй легче осуществлять именно наступающей армии. По этой причине советская военно-медицинская служба во время Великой Отечественной войны действовала существенно эффективнее, чем немецкая.

Высокий профессиональный уровень немецких медиков не вызывал сомнения. По некоторым показателям, например, обеспеченности антибиотиками, они нас опережали. Но их армия постоянно отступала. А мы шли вперёд. Мы тоже несли потери, также как и немцы. Но мы знали и чувствовали, что Победа близка.

— **Какие бои Вам особенно запомнились?**

— Не могу не рассказать об эпизоде, случившемся в середине января 1943 года при штурме станции Злодейская (сейчас она называется Кировская) Ростовской области. Сопровождавшая комбата группа офицеров, и я в том числе, буквально



С группой ветеранов в городе г. Талмазы (Молдова), чествующих В.В. Волкова как почетного гражданина города



Ветераны и школьники у братской могилы в Калмыкии



Рапорт начальника почетного караула у Вечного огня в г. Элисте



В.В. Волков перед лекцией на военном факультете Томского университета. Встреча с руководством факультета



Сборы главных военных офтальмологов в г. Львове. Май 1989 г.

— Приходилось ли Вам оказывать помощь таким тяжело раненым, которые дальнейшей транспортировки могли и не выдержать? Не могли бы Вы рассказать о каких-либо примечательных случаях с медицинской точки зрения?

— Никаких медицинских чудес в оказании помощи на поле боя в нашем исполнении не происходило. Оказывали первую медицинскую помощь. Специализированной помощью занимались уже потом в медсанбатах, в тыловых госпиталях... Но расскажу об одном случае, когда необходимо было действовать без промедления, прямо в полковом медпункте, не имея необходимого оснащения.

К нам привезли бойца с перебитой осколком трахеей. Он задыхался. В таком случае необходимо немедленно вставить и закрепить в горле трахеотомическую трубку, иначе пациент задохнется. Но у нас в наличии подобных трубок не оказалось. Тогда пришлось в голову неожиданное решение. Мы использовали обычную перьевую довоенную «вставочку» (ручку), полюю внутри. Её простерилизовали, с трудом согнули. И приличная трахеотомическая трубка была готова.

Мы закрепили эту трубку в трахее, наложили необходимые крепёжные швы. Убедились, что дыхание у пациента наладилось. Теперь можно было и эвакуировать раненого в медсанбат.

— Вы рассказали о событиях 1943 года. Теперь вновь наступило время для новогоднего вопроса. Как Вы встречали новый, 1944 год?

— Это был единственный за всю войну фронтальной Новый год, который довелось отметить по-настоящему: с украшенной ёлкой, хотя и скромным, но праздничным столом, с украинской горилкой.

— И шампанское тоже было?

— Нет. Шампанского не было, но горилка вполне его заменила. Дело в том, что как раз в предновогоднее время дивизия была на несколько дней отведена на отдых. Нас отправили в тыловой район в окрестностях Мелитополя. Этот кратковременный отдых оказался очень кстати: бойцы получили передышку. А уже с началом 1944 года предстояло участвовать в новом наступлении. Нам требовалось завершить освобождение Украины и Молдавии и вступить на территорию соседних зарубежных стран: Румынии, Болгарии, Югославии.

— Что Вы расскажете о событиях 1944 года?

— Больше всего запомнилась очень тёплая встреча в Югославии, а именно в Сербии, особенно в городе Петровграде. Когда мы вошли в этот город, немцев в нем уже не оставалось. Город был в руках наших боевых товарищей — югославских партизан. В Петровграде нас буквально закидали цветами. Чувствовалась огромная радость и у партизан, и у местных жителей.

Думаю, что такая встреча стала не случайной. Среди всех европейских стран именно в Югославии, в Сербии, немецко-фашистским захватчикам было оказано наибольшее сопротивление. Сербия бурно радовалась освобождению своей страны. Это была совместная победа местного ополчения и Красной Армии.

— Как отметили наступление 1945 года?

— В этот раз отметить Новый год не удалось. Мы находились в Северной Венгрии, в шахтёрском районе Татабанья. Вечером, 31 декабря, поступил приказ срочно передислоцировать медсанбат: немцы предприняли контрнаступление и захватили ряд наших госпиталей, требовалось переместиться в более безопасное место. Эта передислокация продолжалась в течение всей новогодней ночи.

Из событий 1945 года хотел бы упомянуть о своём участии в освобождении концентрационного лагеря Маутхаузен на берегу Дуная, в Австрии. Именно в этом лагере принял героическую смерть советский генерал Дмитрий Михайлович Карбышев.

— Как Вы встретили День Победы 1945 года?

— Мы находились в то время в окрестностях Вены. Среди трофеев в руках военных оказались склады с австрийским шампанским. Когда объявили о Победе, все, разумеется, были очень счастливы. И шампанское оказалось кстати...

Тогда со мной произошёл курьёзный случай, ставший уроком на всю последующую жизнь. 9 мая мы праздновали День Победы, а на 10 мая была назначена свадьба начальника службы связи нашей дивизии и одной из связисток. Я как командир медсанбата был среди приглашённых.

Но 9 мая шампанского оказалось выпито так много, что на следующий день на свадьбу мне уже попасть не удалось... Такой случай произошёл со мной в первый и последний раз в жизни. Алкоголь я употреблял и употребляю редко

и только в символических дозах. Но 9 мая 1945 года был особенный день.

— После окончания войны Вам сразу удалось вернуться в Ленинград?

— Нет, военная служба в Центральной группе советских войск в Австрии продолжалась у меня до августа 1946 года. То есть с матерью, отцом и сестрой я не виделся целых пять лет.

После окончания войны Австрия, также как и Германия, была разделена на четыре зоны оккупации: советскую, американскую, английскую и французскую. В первые послевоенные месяцы холодная война ещё не началась. И мы воспринимали американцев, англичан и французов как союзников по общей Победе.

Летом 1945 года в районе города Линца произошёл такой случай. Я с несколькими сослуживцами находился на берегу Дуная. Мы увидели, что в нашем направлении по реке плывёт лодка и кто-то нам машет. Оказалось, что это американские солдаты. Они подплыли к нам. Общего языка у нас не было: они не говорили по-русски, мы — по-английски. Но мы тепло друг друга поприветствовали, обнялись.

И вот неожиданно для всех нас один из американских солдат снимает с руки наручные часы и протягивает их мне. Я тогда тоже снял свои часы и отдал ему. Так мы обменялись часами. На долгую память. Эти американские часы я потом привёз в подарок отцу.

— В настоящее время российские медики часто жалуются на недостаточную обеспеченность лекарственными средствами, оборудованием и т.д. А как обстояли дела в военные годы?

— У нас в основном хватало и медикаментов, и оборудования. По стандартам того времени советские военные медики были обеспечены всем необходимым. Говорю об этом и по своему опыту, и на основании общения с коллегами.

Бойцы армии и флота могли быть уверены, что в случае ранения или болезни им будет оказана вся необходимая помощь, которая только возможна по тем временам. Таким образом, военные медики внесли свой весомый вклад в общую Победу.

Конечно, боевые условия не всегда позволяли избежать различных осложнений. В Венгрии, уже к концу войны, в весеннее распутье мы столкнулись со вспышкой раневой газовой инфекции. На поле боя раны сильно загрязнялись.

ворвалась в первый же дом и застала следы спешного бегства противника. В том числе, среди «трофеев» оказался не успевший очухаться пьяный немецкий офицер.

Запомнилось затем, как после нашего стремительного штурма был взят город Зерноград Ростовской области. Случилось это 30 января 1943 года. Впрочем, сейчас мне сложно рассказать что-то конкретное об этих боях. Фашисты спешно отступали. О деталях тех событий написано во многих исторических книгах. В 1993 году мне присвоили звание почётного гражданина Зернограда.

Конечно же, мне памятна трагическая гибель командира нашей дивизии генерал-майора Иосифа Ивановича Губаревича. В степи на подступах к Батайску 4 февраля 1943 года его автомашину обстрелял мессершмитт, и генерал Губаревич был смертельно ранен. Скончался он 22 февраля 1943 года в госпитале города Сальска. Похоронен в Ростове-на-Дону.

— 13 февраля 1943 года советскими войсками был освобождён город Ростов-на-Дону. За участие в этих боях Вы были награждены орденом Красной Звезды.

— Освобождение Ростова-на-Дону, южной столицы России, имело принципиальное значение для всего хода Великой Отечественной войны. Эти бои были очень тяжёлыми из-за жёсткого, упорного сопротивления фашистских войск. Отступая, они закрепились на правом (высоком) берегу Дона, покрытого льдом. Чтобы форсировать Дон, было выбрано ночное время, хотя регулярно пускаемые осветительные ракеты освещали заснеженную равнину реки. Мой батальон тоже участвовал в форсировании Дона.

Как я понимаю, меня наградили за грамотную, эффективную работу медиков батальона по сбору раненых, оказании им неотложной медицинской помощи и организации их эвакуации в медсанбат. Транспортную перевозку раненых осуществляли попутными машинами, возвращавшимися после доставки боеприпасов и питания.

Конечно, военные награды для меня очень дороги, особенно этот первый орден Красной Звезды. Но самая большая награда — это наша Победа и то, что меня самого во время войны ни разу не ранило, хотя приходилось участвовать в жарких боях.

В медсанбате все чаще требовалось прибегать к широкому рассечению мягких тканей, а иногда даже к ампутации конечностей ради спасения жизни раненого.

— Вы сталкивались на войне с работой офтальмологов?

— К сожалению, нет. На поле боя специализированная офтальмологическая помощь, естественно, не оказывалась. Это делалось в тыловых госпиталях, где офтальмологи, конечно, были. Но в то время я специально офтальмологией не интересовался и не знал, что стану офтальмологом.

— Вы продолжаете общаться с кем-то из сослуживцев военных лет?

— Из врачей, с которыми я вместе служил, сейчас осталось в живых только два человека. И оба они живут за рубежом: Клавдия Сухина (Реднякова) — в Харькове, на Украине, Ефим Романов — в Хайфе, в Израиле. Оба они были моими подчинёнными по медсанбату. Также как и мне, им уже больше 90 лет. Мы переписываемся и перезваниваемся иногда... К сожалению, и Клава, и Фима уже не выходят из дома. У них серьёзные проблемы со здоровьем. У Клавдии Дмитриевны 5 правнуков. Она в прошлом хирург-гинеколог. Очень любит свою большую семью, и ей отвечают взаимностью.

— Вы вернулись к учёбе в Военно-медицинской академии в сентябре 1946 года?

— Да, в августе 1946 года вернулся домой, в нашу квартиру на Васильевском острове. А уже 1 сентября приступил к учёбе на лечебно-профилактическом факультете Военно-медицинской академии по циклу офтальмологии. В то время в Академии существовало два факультета для усовершенствования врачей: командный (он был ориентирован на подготовку руководящего состава медицинской службы) и лечебно-профилактический (он занимался усовершенствованием врачей в области клинической медицины).

Изначально меня как командира медсанбата рекомендовали для обучения на командном факультете, но мне удалось убедить приемную комиссию дать мне возможность учиться на лечебно-профилактическом факультете. Я заверил, что не подведу, сославшись на то, что в годы учебы в Академии на факультете подготовки врачей был Сталинским стипендиатом. Мне предоставили возможность специализироваться в области офтальмологии.

Всю оставшуюся жизнь я бесконечно благодарен за поддержку тогдашнему руководителю кафедры офтальмологии, профессору, доктору медицинских наук, генерал-майору медицинской службы Борису Львовичу Поляку. После окончания мною лечебно-профилактического факультета в 1948 году он оставил меня на кафедре ординатором, а в дальнейшем — научным сотрудником. В 1956 году под его научным руководством я защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Отечественные миотические препараты для лечения глаукомы». Тема была очень актуальной в те годы, когда пилокарпин покупали за границей на золото.

В то время при моем участии проводились испытания и налаживалось производство первых отечественных препаратов для лечения глаукомы. В 1965 году защитил докторскую диссертацию «Действие на глаз бета-излучения и возможности его использования в офтальмологии с целью диагностики и лечения», стал профессором. В 1967 году мой учитель профессор Б.Л. Поляк ушёл на пенсию, а я стал его преемником на посту руководителя кафедры. Как



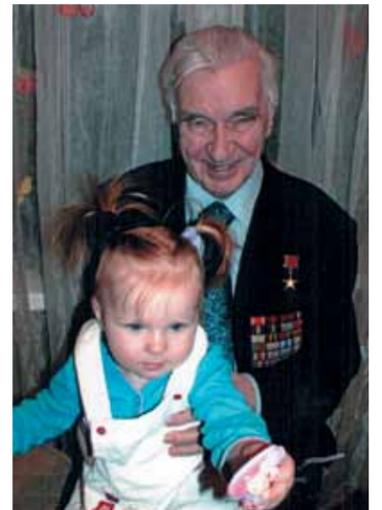
В аэропорту г. Софии с Тодором Живковым после проведения консультации его отца



В президиуме международной конференции в Германии (слева - профессор Заксенвегер, справа - профессор Блоди (США))



После вручения диплома почетного доктора Военно-медицинской академии с действующим начальником кафедры профессором Э.В. Бойко и членами семьи В.В. Волкова



Профессор В.В. Волков с правнучкой Полиной. Девочка родилась 9 декабря 2010 года. Именно 9 декабря в нашей стране отмечают День Героев — государственный праздник, посвященный Героям Советского Союза, Героям России и Героям Социалистического труда

и моему предшественнику, мне также было присвоено воинское звание генерал-майора.

— Одновременно с руководством кафедры Вы являлись Главным офтальмологом Министерства обороны СССР. Хотелось бы услышать Ваш рассказ и об этой работе.

— Можно сказать, что должность Главного офтальмолога Министерства обороны СССР я также «унаследовал» от профессора Поляка, как и руководство кафедрой. Эта должность предполагала большую организационную нагрузку, многочисленные командировки по нашей стране и за рубеж. Я побывал во всех военных округах, на всех флотах.

— В 1982 году Вы стали Героем Социалистического труда. В советское время это звание было высшей наградой мирного времени...

— Да, за военные подвиги высшей наградой было звание Героя Советского Союза, а за достижения в мирной жизни — звание Героя Социалистического труда. В настоящее время аналогом звания «Герой Советского Союза» является «Герой России». А высшей трудовой награды в стране до сих пор нет...

— С чем Вы связываете признание Вам этого звания?

— Звезду Героя мне вручал в Кремле Маршал Советского Союза Дмитрий Фёдорович Устинов. Эта награда явилась признанием проделанной работы в течение всей предшествующей жизни. Думаю, в тот период, в первую очередь, руководство страны оценило успешную работу офтальмологов по оказанию помощи бойцам, раненым во время боевых действий в Афганистане.

— В 1989 году Вы ушли с поста руководителя кафедры и Главного офтальмолога Министерства обороны СССР. Почему Вы оставили эти должности достаточно рано, учитывая Вашу огромную энергию и огромный опыт?

— Я ушёл без малейшего сожаления и с открытым сердцем. Думаю, что 22 года на посту руководителя кафедры — это достаточный срок, чтобы подготовить смену. Нужно было дать дорогу следующему поколению, да и мне хотелось попробовать себя в новой работе.

После ухода с поста руководителя, я мог бы остаться на кафедре профессором, но решил покинуть Академию. Мне казалось правильным дать возможность новому руководителю кафедры взять бразды правления в свои руки, не мелькая лампасами у него перед глазами... Подчеркну, что это было добровольным и самостоятельным решением, никто меня к уходу не «подталкивал».

— Чем Вы стали заниматься после ухода из Академии?

— Сразу же после увольнения и в течение последующих девяти лет я был руководителем «Межотраслевой лаборатории клинических испытаний оптических офтальмологических приборов» при Министерстве здравоохранения СССР и потом России. Кроме того, занимался консультированием глазных пациентов в различных петербургских клиниках. А в 1998 году вновь стал профессором родной кафедры Военно-медицинской академии. Хотя и говорят, что в одну реку нельзя зайти дважды. Но из всех правил бывают исключения.

— Всё-таки Вас тянуло в родные стены?

— Да, конечно, считаю, что всё сложилось для меня благоприятно. Уход на новое место работы

в 1989 году позволил приобрести дополнительный опыт. Это был интересный проект. К сожалению, в настоящее время лаборатории уже не существует, как и многого другого, рождённого в годы т.н. перестройки. Её финансирование прекратилось. А ведь дело нужное! Нам необходимы именно отечественные офтальмологические приборы.

— Наш разговор близится к завершению. Хотел бы попросить Вас поделиться своими мыслями о будущем отечественного здравоохранения.

— У российского здравоохранения, в том числе у отечественной офтальмологии, есть успехи, которыми можно по праву гордиться. Наука движется вперёд. И эти достижения идут на благо нашим пациентам.

Но я бы хотел сказать о другом. Существует ли в настоящее время в нашей стране гарантированное Конституцией бесплатное и доступное здравоохранение? Определённо, нет. Особенно плохо с этим в сфере высокотехнологичной медицинской помощи.

Вроде бы многие обследования и операции теоретически могут выполняться бесплатно. Но получение бесплатных услуг часто связано с искусственно создаваемыми очередями. Потому немало пациентов не хотят мучиться в ожидании бесплатных услуг и предпочитают платить из своего кармана. Но давайте не забывать о малообеспеченных слоях населения! Да и для представителей среднего достатка тяжёлые болезни членов семьи часто связаны с большими, порой неподъёмными расходами.

— Не могу не спросить о Вашей семье. Вы ведь являетесь основателем целой династии врачей-офтальмологов...

— Да, это действительно так. У меня большая и дружная семья. К сожалению, супруга Вера Васильевна умерла 15 лет назад от инфаркта миокарда... Обе дочери, Мария и Ирина, а также внучка Катя — врачи-офтальмологи. Офтальмологами являются и два моих племянника, Владимир и Дмитрий, а также дочь Володы, Тоня, и мама Димы, Таисия Ивановна. Первые 5 стали кандидатами медицинских наук. Так что при наших встречах можно проводить заседание семейного офтальмологического ученого совета, если, конечно, не станут возражать другие внуки — Вениамин, Андрей, Михаил с женой Наташей и доченькой Полиной (моей правнучкой).

— Уважаемый Вениамин Васильевич! Спасибо за интересный рассказ и за внимание к нашей газете. Сердечно поздравляю Вас с днём Победы!

— Мне тоже очень приятно поздравить Вас и в Вашем лице редакцию и читателей газеты «Поле зрения» с праздником Победы советского народа в Великой Отечественной войне. Особые поздравления передаю своим товарищам-ветеранам. Но и для молодого, и среднего поколения этот праздник тоже является «своим». Всем смертям назло, мы отстояли свою страну, внесли решающий вклад в освобождение Европы от фашистской чумы. Память об этих событиях дорога каждому патриоту России. Хотел бы также сказать, что опыт военных медиков, в том числе и опыт Великой Отечественной войны, продолжает быть востребованным и в мирной жизни.

Беседу вел
Илья Бруштейн



Уфимскому научно-исследовательскому институту глазных болезней — 85 лет



Директор Уфимского НИИ глазных болезней, доктор медицинских наук, профессор Бикбов Мухаррам Мухтарович

< стр. 1

хирургическое лечение. Открытие на базе института в 1936 г. кафедры глазных болезней Башкирского государственного медицинского института расширило возможности проведения научных исследований по изучению распространенности и клиники трахомы, осуществлению мер борьбы с ней. Первым заведующим кафедрой был Владимир Иосифович Спасский (1936-1955 гг.). Благодаря своей творческой, целеустремленной натуре, он успешно занимался научно-педагогической, лечебной и общественной деятельностью, направленной на оздоровление населения от трахомы и лечение ее осложнений. Им опубликованы научные труды по диагностике и хирургическому лечению трахомы. За огромный вклад в здравоохранение В.И. Спасский был награжден орденами Трудового Красного знамени и «Знак Почета».

В годы Великой Отечественной войны на базе института размещался госпиталь для лечения раненых.

В послевоенный период (1945-1965) институт вновь становится научным и организационно-методическим центром профилактики и лечения трахомы и ее последствий. Ряд прикладных работ того периода легли в основу проводившихся фундаментальных исследований в области этиологии и патогенеза заболевания. Значительный вклад в борьбу с трахомой внес заслуженный врач Башкирской АССР и РСФСР, заслуженный деятель науки РСФСР Габдулла Хабирович Кудояров. Им достигнуты высокие результаты в области бактериологических, вирусологических и морфологических исследований трахомы, аденовирусных конъюнктивитов и весеннего катаракта. Профессор Г.Х. Кудояров за заслуги в развитии медицинской науки, многолетний плодотворный труд был награжден орденами Ленина и Трудового Красного Знамени. В результате массового организованного

Читатели и редакция газеты «Поле зрения» поздравляют руководство и сотрудников Государственного бюджетного учреждения «Уфимский НИИ глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан» со знаменательным юбилеем — 85-летием со дня основания. Ваши профессиональные достижения и активная гражданская позиция — это яркий пример для врачей и пациентов в нашей стране. За годы существования ваше учреждение заслужило репутацию авторитетного научно-исследовательского центра страны. В нем работали выдающиеся ученые, были подготовлены несколько поколений высококвалифицированных специалистов, внесших значимый вклад в развитие отечественной офтальмологической науки. И сегодня перед коллективом Уфимского НИИ глазных болезней стоит задача сохранить и преумножить славу знаменитого учреждения. Желаем руководству института, его дружному коллективу новых успехов, вдохновения и всего самого доброго. Пусть история вашего учреждения продолжается новыми яркими именами и громкими открытиями.



Коллектив Уфимского НИИ глазных болезней

наступления медицинских работников и общественности к середине 60-х годов трахома была ликвидирована. Большой вклад в дело организации офтальмологической помощи республики внесли научные сотрудники и врачи И.А. Агарев, Ф.Ш. Кузьяметова, Н.Х. Мещерова, А.В. Чубуков, Г.А. Валеева, В.А. Гизатуллин, Л.П. Невзорова, Ф.Ш. Курбанаева, Р.Г. Кудояров, Р.Ф. Войшвилло и многие другие.

В 1965 г. Башкирский трахоматозный НИИ глазных болезней был передан в ведение Минздрава РСФСР и реорганизован в Уфимский НИИ глазных болезней. Основные научные направления этого периода — изучение влияния продуктов нефтехимии на орган зрения. Были раскрыты механизмы поражения глаз некоторыми продуктами нефти, разработаны рекомендации по выявлению, лечению и профилактике функциональных изменений глаз у работников нефтехимической промышленности (К.Р. Беленький, А.Х. Гиниатулина). Одновременно исследовали проблемы вирусных заболеваний глаз, профилактики и лечения глазного травматизма, организационные вопросы улучшения офтальмологической службы в республике.

Большая роль в привлечении талантливых исследователей и создании трудоспособного коллектива института принадлежит руководителям, которые возглавляли институт в различное время: профессор В.П. Одинцов (1926-1934), профессор В.И. Спасский (1934-1944), профессор Г.Х. Кудояров (1945-1954), врач высшей категории М.С. Танатарова (1955-1958), к.м.н. С.Х. Халитова (1959-1965), к.м.н. М.А. Кальметьева (1965-1980), профессор М.Т. Азнабаев (1980-2005). С 2006 г. директор института — профессор М.М. Бикбов.

В 80-е годы институт становится межобластным центром микрохирургии и лазерных методов лечения (директор — профессор М.Т. Азнабаев). Наряду с подготовкой кадров по микрохирургии и лазеротерапии, созданы новые лаборатории, приобретены современные операционные микроскопы, криоэкстракторы, факоэмульсификаторы, биометры, кератометры, фундус-камера, лазерные установки, станки по производству контактных линз и искусственных хрусталиков и др.

Научный профиль института — разработка проблем детской офтальмологии, комплексного лечения, медико-социальной реабилитации

больных с поражением органа зрения. Коллектив института пополнился молодыми кадрами.

Приоритетными являлись исследования в области хирургии врожденных катаракт. Предложена новая концепция, в основу которой положена идея хирургического лечения врожденных катаракт у детей в грудном возрасте с тем, чтобы обеспечить раннее включение в работу зрительного анализатора и предупредить его функциональное недоразвитие (М.Т. Азнабаев). Обоснована возможность использования малых хирургических разрезов, разработаны приборы, инструменты, искусственные хрусталики и обоснованы малоинвазивные хирургические доступы. Новые подходы и дополнения в хирургии врожденной катаракты, ретролентальной фиброплазии позволили существенно улучшить результаты оперативного лечения детей. Создана школа детских офтальмологов, и разработаны новые направления по детской врожденной офтальмопатологии. За цикл работ «Хирургические методы реабилитации врожденных заболеваний хрусталика» коллектив научных сотрудников детского отделения награжден Республиканской премией творческой молодежи (1987).

Предложен способ эпикератопластики для коррекции анизометрии высоких степеней у детей (М.М. Бикбов). Определены закономерности изменений преломляющей силы роговицы при подшивании положительных и отрицательных биолинз. Разрабатывались кераторефракционные операции, способ имплантации ИОЛ через тоннельный разрез, реконструктивные операции высокой сложности у детей (Р.А. Азнабаев, М.В. Ширшов), внедрена методика флюоресцентной ангиографии глазного дна у детей (Р.Х. Искандаров). Внесено дополнение в патогенез ретинопатии недоношенных (Э.И. Сайдашева).

В отделении инфекционных заболеваний глаз — одном из старейших в России — разработаны методы профилактики, диагностики, патогенетически ориентированного лечения вирусных, хламидийных и инфекционно-аллергических заболеваний глаз (В.Б. Мальханов, Е.Н. Семенова), установлено важное значение вирусемии (И.А. Грипась). Определены клинические особенности, разработаны меры диагностики и лечения эпидемического кератоконъюнктивита, осложненных форм аденовирусных конъюнктивитов (А.Г. Казакбаев).

Приоритетными направлениями отделения реабилитации лиц с травмами органа зрения являлись изучение патогенеза раневого процесса при травмах глаз и их последствиях, разработка способов кератопластики (В.К. Суркова, Р.М. Гимранов), хирургического лечения отслойки сетчатки (Н.М. Карпенко, К.Н. Ахтямов), новых лекарственных препаратов ранозаживляющего, рассасывающего и противовоспалительного действия (З.А. Даутова). Проводились закрытая витректомика, удаление пристеночных инородных тел, эндолазеркоагуляция, витреоретинальные и склероукрепляющие операции при отслойке сетчатки (В.К. Суркова, И.Н. Серезин). Постоянно совершенствовались хирургическая техника гигантских разрывов сетчатки, травм глаз, посттравматической и диабетической ретинопатии. Разрабатывались способы пластической хирургии при рубцовых изменениях придатков глаз и анофтальме (Э.Р. Мулдашев), что позволило впоследствии продолжить это направление во Всероссийском Центре глазной и пластической хирургии.

В настоящее время Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней — центр высоких офтальмологических технологий, в т.ч. хирургии катаракты, патологии сетчатки и стекловидного тела, рефракционной хирургии. Институт — крупное многопрофильное учреждение, осуществляющее научную, лечебно-консультационную, производственную и образовательную деятельность.

С 2006 г. произошли глубокие изменения в области научных исследований и офтальмологической практики. В структуре института

функционируют научно-исследовательский и научно-производственный отделы. В составе научно-исследовательского отдела 4 научных отделения: хирургии роговицы и хрусталика; восстановительной хирургии глаз у детей; витреоретинальной и лазерной хирургии; инфекционных заболеваний глаз. Научно-производственный отдел включает лаборатории по производству изделий медицинского назначения и интраокулярных и контактных линз, отделение международных связей и маркетинга.

Основные направления работы:

- патогенез, принципы лечения дегенеративных и воспалительных заболеваний роговицы;
- патогенез, диагностика врожденной патологии глаз у детей;
- патогенетические механизмы, лечение витреоретинальной пролиферации при диабетической ретинопатии и возрастной макулярной дегенерации;
- патогенез, диагностика, профилактика и современные методы лечения воспалительных заболеваний глаз;
- кераторефракционные и эндокюлярные методы коррекции аметропий высокой степени;
- разработка и производство изделий медицинского назначения в рамках инновационных проектов.

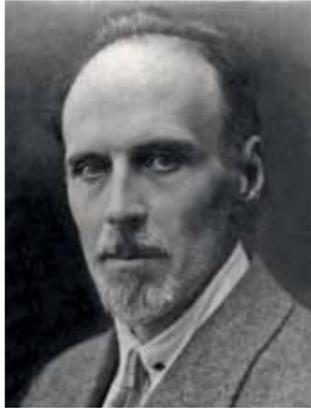
Акцент в сегодняшней научной деятельности смещен в сторону создания конкурентоспособной продукции. С 2007 г. институт планирует и выполняет инновационные проекты, разрабатывая аппараты, лекарственные средства, технологии хирургии заболеваний глаз. Организована инфраструктурная среда для эффективной реализации инновационных проектов, рассчитанная на долгосрочные перспективы. Этому предшествовали поиск, отбор и вовлечение в работу способных специалистов, умеющих создавать новое и реализовать его. В подборе кадров незаменимую помощь оказывает учебно-образовательное отделение.

В процессе выполнения фундаментальных и прикладных исследований по проблемам кератэктазий создано отделение хирургии роговицы и хрусталика. Основные направления деятельности — разработка методов диагностики, технологии хирургических и терапевтических методов лечения заболеваний роговицы и хрусталика, хирургическая коррекция аметропий, создание изделий медицинского назначения (М.М. Бикбов, А.Р. Халимов, Г.М. Бикбова, З.Р. Марванова).

Проблема ранней диагностики и лечения кератоконуса и кератэктазий является чрезвычайно важной и серьезной в связи с ростом их числа. Многолетний труд сотрудников отделения привел к созданию офтальмологического устройства «УФалинк» для УФ-кросслинкинга, лечебное действие которого основано на исправлении биомеханики патологически измененной оптической структуры глаза — роговицы. Метод способствует биомеханической стабилизации роговицы при прогрессирующей и ятрогенной кератэктазиях. Устройство «УФалинк» сертифицировано и зарегистрировано в Реестре медицинских изделий РФ. Научно-технический уровень аппарата соответствует стандартам иностранных аналогов.

Исследования на молекулярном уровне способствовали разработке нового офтальмологического средства — корнеопротектора «Декстралинк», участвующего в процессе кросслинкинга роговичного коллагена. С 2009 г. аппарат и корнеопротектор выпускаются серийно, неоднократно были отмечены дипломами и медалями выставок, в т.ч. и международных.

В отделении витреоретинальной и лазерной хирургии, которое было создано в 2007 г., широко



Первый директор института — профессор
Одинцов Владимир Петрович

применяются эндовитреальные операции при глазных осложнениях сахарного диабета, гемофтальме различной этиологии, в т.ч. с использованием хирургии 25 калибра (Р.Р. Файзрахманов). Интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза является высокоэффективным методом лечения возрастной макулярной дегенерации (М.М. Бикбов).

В институте методика 25G применяется в хирургии врожденных катаракт у детей, что позволяет получать хорошие анатомические и функциональные результаты, снизить риск развития осложнений (И.С. Зайдуллин). Сотрудники отделения восстановительной хирургии глаза у детей занимаются проблемами ранней диагностики и реабилитации детей с ретинопатией недоношенных и ретинобластомами.

Основное направление деятельности отделения по изучению инфекционных заболеваний глаз направлено на выработку клинико-иммуногенетических критериев диагностики, прогноза и лечения воспалительных заболеваний роговицы и увеального тракта, определение значения вторичной иммунной и гормональной недостаточности в патогенезе воспалительных заболеваний глаз (В.Б. Мальханов, Г.Х. Зайнутдинова, Н.Е. Шевчук).

По-прежнему актуальны вопросы патогенеза, диагностики и лечения рефрактерных форм глаукомы (А.Э. Бабушкин). Изучаются клинико-функциональные результаты современной технологии катарактальной хирургии (М.Ш. Абсалямов), метода полиартифакии в коррекции остаточной аметропии у детей и подростков (А.А. Бикбулатова).

Использование высоких технологий предполагает подготовку кадров. Постоянно привлекается молодежь к научным исследованиям. Неоднократно молодые исследователи выигрывали республиканские гранты. Участие сотрудников института в работе Всероссийского Молодежного Образовательного форума «Селигер — 2011», Молодежном Инновационном форуме РБ «ИННОВА-2011» дало возможность представить свой проект представителям бизнеса и власти,



В.П. Одинцов и коллектив института. 1926 г.



Первое областное совещание по борьбе с трахомой. 1929 г.

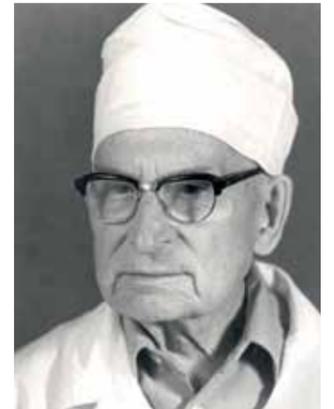
прослушать уникальные образовательные программы, привлечь инвесторов. В 2011 г. группа молодых ученых института (к.м.н. Г.М. Бикбова, Н.Э. Баймухаметов, А.Ф. Хабибуллин) победила в конкурсе инновационных разработок и награждена Государственной республиканской молодежной премией в области науки и техники. За создание «Атласа глазной патологии» сотрудникам института (проф. М.Т. Азнабаев, проф. В.Б. Мальханов, к.м.н. Н.А. Никитин) присуждена Государственная премия Республики Башкортостан в области науки и техники.

Институт тесно сотрудничает с научными офтальмологическими школами России и дальнего зарубежья: Германии, Австрии, Японии, Индии и др. Идет постоянный обмен опытом в области освоения и внедрения новых технологий хирургии социально значимых заболеваний органа зрения. Ежегодно проводятся научно-практические конференции с участием ведущих ученых. Трансляция «живой хирургии», организация телемостов с учеными городов России и зарубежья способствуют профессиональному росту специалистов института, подготовке молодых кадров. Результаты работы научных школ публикуются в ведущих медицинских журналах, монографиях, методических рекомендациях,

освещаются в средствах массовой информации.

Клиника института представлена 5 микрохирургическими отделениями, взрослой и детской консультативной поликлиникой; отделением функциональной диагностики; межобластным лазерным офтальмологическим центром, отделениями стационар-замещающих технологий и лазерной коррекции зрения.

Оказание медицинской помощи в Уфимском НИИ глазных болезней в рамках программы обязательного медицинского страхования обеспечивает полную доступность к самым современным офтальмологическим технологиям всем жителям республики и близлежащих регионов Российской Федерации. Широкое применение в клинике нашли высокотехнологичные операции: малоинвазивная хирургия 25G при патологии сетчатки и стекловидного тела, эндотелиальная кератопластика, интравитреальное введение антивазопролиферативных препаратов, транзитреальное лечение тяжелых отслоек сетчатки с гигантскими разрывами и удаление вколоченных в сетчатку инородных тел, эндовитреальная техника закрытия разрывов сетчатки, лазерная хирургия, дренажная хирургия глаукомы, имплантация современных моделей ИОЛ, в т.ч. добавочных линз при аметропиях.



Профессор
Кудояров Габдулла Хабилович

Несмотря на наличие большого числа частных офтальмологических клиник, попасть на лечение в институт стремится большое количество пациентов, что говорит о доверии к государственному учреждению. За последние 5 лет в институте более чем в 3 раза увеличилось количество проводимых в год операций (в 2011 г. проведено более 28 тысяч операций, в т.ч. около 2 тыс. — детям), а по таким социально значимым заболеваниям как, катаракта — в 11 раз, заболевания сетчатки — в 6 раз. Открыто отделение стационар-замещающих технологий.

В последние годы проведена реконструкция и оснащение оборудования корпусов института. Расширяется диапазон современных диагностических ультразвуковых, иммунологических, вирусологических, биохимических и электрофизиологических методов исследования.

Решающими факторами успешного развития института сегодня является стабильность и высокая потребность общества в оказываемых услугах, возможность профессионального совершенствования специалистов не только в стране, но и за рубежом, хороший микроклимат. Значимость теоретических и прикладных исследований подтверждается многочисленными публикациями, в т.ч. монографиями, изобретениями, методическими рекомендациями и пособиями для врачей. Результатом научных исследований и практической работы в течение многих десятилетий является сохранение в республике положительных тенденций снижения темпов роста глазной заболеваемости, уменьшение числа слепых и слабовидящих.

Передовые традиции отечественной офтальмологии, заложенные нашими предшественниками, продолжают и приумножаются в Уфимском НИИ глазных болезней в настоящее время на качественно новом уровне.

М.М. Бикбов
Директор Уфимского НИИ
глазных болезней



Исследования глаза щелевой лампой в 1 отделении
Трахоматозного института. 1953 г.



Оперирует профессор Г.Х. Кудояров. 1954 г.

Актуальные вопросы глаукомы и нарушения гидродинамики глаза

Межрегиональная научно-практическая конференция врачей-офтальмологов Нижегородской области совместно с выездным заседанием Московского научного общества офтальмологов

16 февраля 2012 года, Нижний Новгород

16 февраля 2012 года в конгресс-центре гостиницы «Ока» состоялась научно-практическая конференция врачей-офтальмологов Нижегородской области на тему «Актуальные вопросы глаукомы и нарушения гидродинамики глаза». Конференция проводилась совместно с выездным заседанием Московского научного общества офтальмологов. На конференции присутствовали 148 специалистов из Нижнего Новгорода, Москвы, Кирова, Казани.

Открыл конференцию заведующий кафедрой глазных болезней НижГМА, д.м.н. И.Г. Сметанкин. Он сказал, что, несмотря на широкое освещение наиболее востребованных тем в литературе, вопрос лечения и диагностики, например, таких заболеваний, как глаукома и катаракта, остается весьма актуальным. В приветственном слове проректор по научной работе Нижегородской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор И.Г. Терентьев с удовлетворением отметил, что в зале много молодых офтальмологов, которые заинтересованы в успешном овладении своей специальностью. Директор ФГБУ «НИИГБ» РАМН, академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов подчеркнул, что необходимо чаще проводить выездные конференции с тем, чтобы результаты научных исследований были доступны всем практикующим офтальмологам.

Большой интерес участников конференции вызвал доклад академика С.Э. Аветисова на тему «Заболевание хрусталика и нарушение гидродинамики глаза. Существуют ли общепринятые подходы к решению проблемы?»

Актуальность проблемы, по словам С.Э. Аветисова, вызвана двумя обстоятельствами: высокой частотой возможного сочетания нарушения гидродинамики и изменений хрусталика (по некоторым данным, частота составляет 75-80%) и достаточно тесной топографической близостью хрусталика, его связочно-капсулярного аппарата и структур, ответственных за продукцию и отток внутриглазной жидкости. В вопросе лечения заболевания хрусталика, а речь фактически идет о катаракте, существуют стандарты, по которым работают хирурги, известны методы коррекции нарушений гидродинамики. Однако, как отметил докладчик, при сочетании катаракты и нарушения гидродинамики «мы получаем проблему, которая до сих пор не решена, поскольку нет четкой доказательной базы в пользу какого-либо из подходов». Возможное объяснение этого явления заключается в трудности стандартизации исследования и выбора метода проведения сравнительного исследования. В ходе доклада С.Э. Аветисов привел мнения по рассматриваемой проблеме ведущих офтальмологов, представляющих различные научно-исследовательские школы. Они придерживаются примерно той же точки зрения, что на сегодняшний день такая распространенная проблема, как сочетание катаракты и нарушения гидродинамики, не может быть «уложена» в стандарт.



Открытие конференции



Академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов (Москва)



Профессор В.П. Еричев (Москва)



К.м.н. А.Р. Амбарцумян (Москва)



К.м.н. Г.С. Богданов (Нижний Новгород)



Д.м.н. И.Г. Сметанкин (Нижний Новгород)



Профессор И.Г. Терентьев (Нижний Новгород)



Участники конференции

С большим вниманием аудитория выслушала доклад заместителя директора по научной работе ФГБУ «НИИГБ» РАМН, д.м.н., профессора В.П. Еричева на тему «Дренажная хирургия глаукомы». Эта тема актуальна потому, что дренажи и импланты используют в лечении так

называемой «рефрактерной» глаукомы, «когда все известные, хорошо апробированные способы лечения и подходы не так успешны». В.П. Еричев привел рекомендацию Европейского глаукомного общества, которая гласит, что дренажная хирургия позволительна

только после безуспешно проведенной трабекулэктомии как «золотого» стандарта среди всех операций фистулизирующего типа.

Профессор В.П. Еричев рассказал о тех дренажах и дренажных устройствах, которые имеют сертификацию и могут быть

использованы в хирургии глаукомы. Это — ксенопласт, биодистрибуирующийся дренаж IGEN, дренажные устройства Мальгена и Ахмеда, Ex-press мини-шунт. Докладчик подробно остановился на конструкции, гипотензивном эффекте каждого устройства, обратил внимание аудитории на особенности, которые необходимо учитывать при их имплантации.

С интересным, с практической точки зрения, докладом на тему «Возможности ультразвуковой биомикроскопии при эндотелиальном иридокорнеальном синдроме» выступила старший научный сотрудник ФГБУ «НИИГБ» РАМН, к.м.н. А.Р. Амбарцумян. На основании клинических случаев А.Р. Амбарцумян дала высокую оценку возможности ультразвуковой биомикроскопии, которая в диагностике и мониторинге различных типов иридокорнеального эндотелиального синдрома обеспечивает объективную, достоверную визуализацию патологически измененного переднего отрезка глаза. Благодаря возможности визуализации метод позволяет не только оценить степень патологических изменений, индуцированных иридокорнеальным эндотелиальным синдромом, но и дифференцировать его с другими патологическими состояниями. Для недопущения диагностических ошибок, объективизации динамического наблюдения докладчик рекомендовала включить ультразвуковую биомикроскопию в алгоритм обследования пациентов.

Врач Кировской клинической офтальмологической больницы И.А. Гаврилова представила доклад «Морфологические изменения тканей глаза при имплантации дренажей в хирургии глаукомы». Целью исследования явилось изучение в эксперименте морфологических изменений в тканях глаза кроликов при имплантации различных дренажей. По словам И.А. Гавриловой, полученные результаты не были так обнадеживающими. По данным морфологического исследования, через 6 месяцев после экспериментальной имплантации в слоях склеры формировалась инкапсулированная интрасклеральная полость с четкими границами, не имеющая сообщения с субконъюнктивальным пространством. На основании этого был сделан вывод о том, что причиной снижения эффективности дренажей в отдаленном послеоперационном периоде является фиброзирование на интрасклеральном, субконъюнктивальном уровне.

Доклад «Оптическая когерентная томография в комплексной оценке цилиарного тела и структур угла передней камеры» представил к.м.н. Г.С. Богданов, ассистент кафедры глазных болезней НижГМА. Исследователи поставили перед собой цель определить возможности, место и роль метода оптической когерентной томографии в прижизненной оценке состояния цилиарного тела и структур угла передней камеры в норме и при патологии. Для работы использован томограф, разработанный Институтом прикладной физики РАН. В результате было получено обоснование

использования контактной оптической когерентной томографии при различной патологии переднего отрезка глаза: тупые травмы глаза, глаукома, воспалительные заболевания глазного яблока, опухоли цилиарного тела. По мнению Г.С. Богданова, контактная ОКТ может быть рекомендована в качестве дополнительного метода ранней диагностики степени тяжести тупой травмы, в оценке дренажной системы угла передней камеры на ультраструктурном уровне, однако требует более детального, более глубокого анализа с большим числом пациентов. Экспериментальные результаты исследования показали возможности визуализации угла передней камеры и цилиарного тела, что является обоснованием проведения дальнейшего изучения возможности применения этого метода при других патологических изменениях переднего отрезка глаза.

Заведующий кафедрой глазных болезней НижГМА, д.м.н. И.Г. Сметанкин выступил с докладом на тему «Профилактика реактивной гипертензии у больных псевдоэкзофтальмическим синдромом и первичной открытоугольной глаукомой после факоэмульсификации катаракты». Автором было изучено влияние комбинированного препарата азарга на состояние офтальмотонуса у больных, страдающих псевдоэкзофтальмическим синдромом и первичной открытоугольной глаукомой, которые перенесли ультразвуковую факоэмульсификацию. Как показали исследования, у всех больных зарегистрировано повышение офтальмотонуса в первые часы и первые сутки после операции, при этом наиболее выражен он был у пациентов контрольной группы, которые не получали азаргу.

«Профилактика послеоперационных септических осложнений хирургии глаукомы» — так назывался доклад к.м.н. Л.А. Бессоновой, ассистента кафедры глазных болезней НижГМА. Из 1287 операций было зарегистрировано 11 случаев послеоперационного увеита различной степени тяжести, что составило 0,85%. В качестве причин развития такого тяжелого осложнения были названы экзогенное инфицирование, эндогенные факторы, в том числе остатки кортикальных масс, токсическая реакция на ИОЛ, вископротекторы, на препараты для тампонады витреальной полости. При глаукоме — на дренажные системы, а также послеоперационные травмы. Факторами риска Л.А. Бессонова назвала преклонный возраст больных, сахарный диабет, сопутствующие заболевания век и слезоотводящего аппарата, различные хронические заболевания и инфекции в анамнезе, септические реакции, эндофтальмит, ранее перенесенный на парном глазу.

Для профилактики послеоперационных септических осложнений, по мнению докладчика, необходим тщательный выбор антибактериального препарата для назначения с целью предоперационной подготовки. Препарат должен обладать широким спектром активности против большого количества микроорганизмов, низким уровнем резистентности, хорошо проникать в переднюю камеру и создавать там достаточную для бактериостатического и бактериоцидного действия концентрацию.

К.м.н. Е.А. Карауловская, врач-офтальмолог Дорожного реабилитационного центра микрохирургии глаза ОАО «РЖД», представила участникам конференции доклад на тему «Комплексное лечение неоваскулярной глаукомы у пациентов с сахарным диабетом». Одной из основных причин слепоты среди лиц трудоспособного возраста как в России, так и за рубежом остается диабетическая ретинопатия. Среди

пациентов с глазными осложнениями сахарного диабета слепота от неоваскулярной глаукомы занимает второе место. К основным причинам, вызывающим неоваскулярную глаукому, Е.А. Карауловская отнесла сахарный диабет, окклюзию центральной вены сетчатки, при других заболеваниях сетчатки, которые сопровождаются выраженной гипоксией, терминальную стадию первичной глаукомы, внутриглазные опухоли, длительно существующие и многократно оперированные (в том числе неудачно оперированные) отслойки сетчатки, болезнь Коатса, болезнь Илса и др.

Кроме интраокулярных заболеваний, неоваскулярную глаукому могут вызывать и экстраокулярные заболевания, отметила докладчик. Это такая группа сосудистых заболеваний, которая также сопровождается синдромом макулярной гипоксии. К ним относят обструктивные поражения каротидных артерий, каротидно-кавернозные соустья, гигантоклеточный артериит.

Е.А. Карауловская подробно представила факторы, способствующие возникновению неоваскулярной глаукомы, методы лечения неоваскулярной глаукомы в зависимости от стадии развития заболевания, при этом особое внимание присутствующих было обращено на то, что в случае неоваскулярной глаукомы категорически нельзя применять аналоги простагландинов, так как они запускают те же каскады реакций, что и простагландины и, соответственно, поддерживают воспалительный, геморрагический и неоваскулярный синдромы.

С докладом на тему «Антибиотикорезистентность и пути решения этой проблемы» выступила доцент кафедры глазных болезней НижГМА, к.м.н. Т.И. Полтанова.

Новые антибиотики появляются на рынке довольно редко, примерно 1 антибиотик в 10 лет, а резистентность к ним вырабатывается значительно быстрее. Любой бактериальный фактор способен выработать резистентность практически к любому антибиотику.

Отвечая на вопрос: «Что может человечество противопоставить антибиотикорезистентности?» — Т.И. Полтанова отметила, что проводить антибактериальную терапию необходимо в максимальных дозах до полного преодоления болезни, периодически заменять широко применяемые препараты недавно созданными или редко используемыми, то есть резервными. По мнению автора доклада, теоретически оправдано комбинированное использование ряда препаратов. Не следует заменять один антибактериальный препарат на другой, к которому уже существует перекрестная устойчивость. По возможности необходимо свести к минимуму местное применение антибактериальных препаратов и не использовать те, которые предназначены для системного применения. В качестве способа снижения резистентности микроорганизмам Т.И. Полтанова рекомендовала применение препаратов с узким спектром действия.

В заключение представитель компании «Аллерган» М.А. Зайцева рассказала о новом комбинированном препарате — ганфорте, пополнившим арсенал антиглаукомных средств.

Закрывая конференцию, главный врач Кировской клинической офтальмологической больницы, профессор А.Д. Чупров отметил высокий уровень и ценность конференции для практических врачей, что явилось достойным продолжением славных традиций Нижегородской школы офтальмологии. ■

Материал подготовил
Сергей Тумар

Терапия воспалительных заболеваний глазной поверхности на фоне местной или системной аллергической реакции

Воспалительные заболевания глаз остаются актуальной проблемой современной офтальмологии, поэтому правильный выбор противомикробного препарата является залогом успешного лечения. В последние годы отмечается рост числа резистентных возбудителей глазных инфекций. Несмотря на то что возбудители достаточно хорошо изучены, лабораторное исследование занимает много времени. Для таких случаев целесообразно назначать препарат широкого спектра действия. Вместе с тем антибиотики часто могут приводить к возникновению аллергической реакции на лекарственное средство или на консервант глазных капель. По сравнению с антибиотиками более широкий спектр активности имеют антисептики. В последнее время в офтальмологическую практику вошел новый антисептический препарат — Окомистин®, глазные капли. Это современный препарат для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний глаз. Действующее вещество Окомистина — бензилдиметил(миристоиламино)-пропил аммоний хлорид моногидрат — антисептик широкого спектра действия с иммуномодулирующими свойствами.



В основе антимикробной активности препарата лежит прямое взаимодействие молекулы препарата с белково-липидными комплексами мембран микроорганизмов. Окомистин обладает выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибов, вирусов и простейших.

Эффективность Окомистина подтверждена клиническими исследованиями. В частности, проф. Ю.Ф. Майчук и соавторы (ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца»), изучили эффективность Окомистина в лечении

пациентов с блефароконъюнктивитами и поверхностными кератитами, сопровождающихся местной или системной аллергической реакцией. Окомистин закапывали 3-5 раз в день с учетом тяжести заболевания. Дополнительно назначалась противоаллергическая, противовоспалительная и слезозаместительная терапия.

Клинические исследования показали высокую терапевтическую эффективность и хорошую переносимость глазных капель Окомистин; положительный терапевтический эффект отмечен в целом в 96% случаев. Применение глазных капель Окомистин улучшало субъективные ощущения пациентов быстрее, чем данные объективно осмотра позволяли констатировать факт купирования воспалительных явлений. Окомистин не содержит консерванта, что обеспечивает хорошую субъективную и объективную переносимость препарата в терапии бактериальной инфекции глазной поверхности, в том числе у пациентов с местной или системной аллергической реакцией.



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

Сила одного решения

Кософт™

(дорзоламида гидрохлорид+тимолола малаат, глазные капли, MSD)

- КОСОПТ обеспечивает мощное снижение ВГД при переключении с другого препарата или применении в качестве дополнительной терапии^{1,2}
- КОСОПТ обеспечивает эффективное снижение ВГД в течение 15 месяцев³
- КОСОПТ обеспечивает лучший статистически достоверный круглосуточный контроль ВГД, чем латанопрол⁴
- КОСОПТ обладает хорошей переносимостью⁵
- КОСОПТ улучшает внутриглазную кровоток⁶

1. Lesk MR, Kouli S, Sampaio F, et al. Effectiveness and safety of dorzolamide-timolol alone or combined with latanoprost in open-angle glaucoma or ocular hypertension. Ann Pharmacother. 2008;42(4):498-504. 2. Feldman RM, Stewart RH, Stewart WC, et al. 24-hour control of intraocular pressure with 2% dorzolamide/0.5% timolol fixed-combination ophthalmic solution in open-angle glaucoma. Curr Med Res Opin. 2008;24(8):2403-2412. 3. Data on file, MSD. 4. Quaranta L, Miglior S, Floriani I, et al. Effects of the timolol-dorzolamide fixed combination and latanoprost on circadian diastolic ocular perfusion pressure in glaucoma. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2008;49(11):4226-4231. 5. Worldwide Product Circular for COSOPT, MSD, 2009. 6. Martinez A, Sanchez-Salorio M. A comparison of the long-term effects of dorzolamide 2% and brinzolamide 1%, each added to timolol 0.5%, on retinal blood flow and intraocular pressure in open-angle glaucoma patients. J Ocul Pharmacol Ther. 2009;25(3):239-24.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА
Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 115093, г. Москва, ул. Павловская, д. 7, корп. 1,
Тел: +7 495 916 71 00, Факс: +7 495 916 70 94
www.merck.com

Авторские права © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp.,
подразделение Merck & Co., Inc., Whitehouse Station,
Нью-Джерси, США.
Все права защищены.



ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ: МИНИМУМ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ МАКСИМАЛЬНОЙ ОСТРОТЕ ЗРЕНИЯ

Интервью с к.м.н. Д.О. Шкворченко по итогам X Научно-практической конференции «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии — 2012»

22 -23 марта 2012 года в Москве состоялась X Научно-практическая конференция «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии — 2012». Конференция проводилась в рамках комплекса мероприятий по празднованию 85-летия со дня рождения академика Святослава Николаевича Федорова.

Открывая конференцию, генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор А.М. Чухраев сказал: «Наша конференция посвящена сравнительно молодой отрасли офтальмологии, которая начала бурно развиваться с введением в клиническую практику лазера. Важность направления, которое вы сегодня будете рассматривать, трудно переоценить, поскольку это относится к лечению заболеваний, приводящих в случае отсутствия своевременной и адекватной помощи к необратимой потере зрения... Мы в МНТК с гордостью можем отметить, что основоположниками этого направления в России были и наши ученые, среди них присутствующий здесь Валерий Дмитриевич Захаров и Ярослав Иосифович Глинчук, которого с нами уже нет. Именно они в 70-е годы начинали этот тяжелый раздел офтальмохирургии, который перевернул устои того времени...»

С приветственным словом выступил главный специалист офтальмолог Минздравсоцразвития РФ, председатель Профильной ко-

миссии по офтальмологии Экспертного совета Минздравсоцразвития РФ, директор МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, д.м.н., профессор В.В. Нероев. Поздравив коллектив МНТК с новым назначением, Владимир Владимирович сказал: «Присутствие в этом зале ведущих специалистов говорит о значимости и серьезности мероприятия. Витреоретинальная патология — важная и серьезная тема, которая является одной из первоочередных причин инвалидизации наших пациентов. Это и диабет глаза, и отслойки сетчатки, и сосудистая патология, и воспалительные заболевания глаза, сюда можно отнести и множество нозологий, которые приводят к витреоретинальной патологии, борьба с которой чрезвычайно важна. Каждый день, каждый месяц в этом направлении офтальмологии что-то меняется, и ежегодные симпозиумы, которые проводит МНТК, очень полезны для нашей с вами практики. Конечно, эти темы рассматриваются и на других российских конференциях, но эта — наиболее значимая и знаменательная, которая принесет нам очень много пользы».

Теплые слова в адрес участников конференции были сказаны ректором РМАПО, академиком РАМН, д.м.н., профессором Л.К. Мошето-вой: «...Мне представляется, что сейчас начинается новый этап в жизни учреждения, созданного мудрым Святославом Николаевичем Федоровым. И чем дальше уходит время, тем больше мы понимаем,

что все, что он сделал, он сделал для себя самого. Он мог руководить этим огромным коллективом, и нам, офтальмологам, которые не работают здесь, очень хочется, чтобы все это сохранилось, и сохранилось не только ради памяти Святослава Николаевича, а для дела. Хочу Вам, Александр Михайлович, пожелать сил, чтобы Вы смогли продолжить эту серьезную работу, так необходимую пациентам, а коллективу — успехов и дружной жизни. Все, что мы делаем, мы должны делать по любви. Хочется, чтобы дух добра был везде, чтобы ваш коллектив консолидировался. Храните память о Святославе Николаевиче. Наверное, это нужно всем нам, и пациентам, и врачам, и тем, кто будет работать в этом учреждении, и в российской офтальмологии».

В ходе работы конференции были рассмотрены вопросы системы организации высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с инвалидизирующей патологией сетчатки и стекловидного тела; вопросы эндовитреальной и эписклеральной хирургии, лазерные методы лечения, а также терапевтические аспекты лечения витреоретинальной патологии. В рамках конференции был проведен сеанс «живой хирургии».

Сочетание научного, теоретического и практического опыта докладчиков, разностороннее рассмотрение проблем, выдвижение предложений по совершенствованию внедрения новых технологий, качество организации конференции, проведение выставки позволили конференции стать платформой для диалога и обмена опытом между специалистами.

Своими впечатлениями о прошедшей конференции с читателями газеты «Поле зрения» поделился один из ее организаторов, заместитель главного врача по медицинской части, к.м.н. Дмитрий Олегович Шкворченко.

— Дмитрий Олегович, в 2011 году во время проведения IX Научно-практической конференции «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии» в некоторых СМИ была растиражирована информация о том, что конференция была посвящена прорыву в лечении витреоретинальной патологии и впервые в России были представлены уникальные технологии лазерных микрохирургических операций. В связи с этим, у меня к Вам два вопроса: о каких прорывных технологиях шла речь на прошлой конференции? Можете ли Вы назвать инновационные достижения, которые были продемонстрированы в ходе нынешней конференции?

— Конференция по витреоретинальной патологии проводится уже в десятый раз, и каждый год организаторы и участники демонстрируют новейшие разработки и передовые методики лечения. Офтальмология, как ни одна другая отрасль медицины, развивается с космической скоростью. Основным достижением витреоретинальной



Профессор А.М. Чухраев



Профессор В.В. Нероев



К.м.н. Д.О. Шкворченко, профессор В.Д. Захаров, к.м.н. И.М. Горшков

хирургии последних лет является внедрение микроинвазивных технологий. Если совсем недавно стандартом для нас был калибр 23G, 25G, то сейчас впервые нашими учеными были представлены технологии 27G. Самое главное, на мой взгляд, заключается в том, что новейшие методики довольно быстро развиваются как в количественном, так и в качественном отношении. Речь идет о распространении самых современных технологий в клиниках страны и о применении этих методик в лечении все более серьезных патологий. На прошлогодней конференции были представлены результаты первых операций с использованием калибра 27G при несложных патологиях, то есть при незначительных помутнениях, небольших повреждениях при сахарном диабете. Буквально за год эта технология сделала значительный шаг вперед. В этом году были представлены доклады, в которых авторы сделали глубокий анализ применения методики 27G уже при таких серьезных патологиях, как тяжелая отслойка сетчатки, тяжелое повреждение при сахарном диабете, макулярных разрывах, фиброзах и так далее. Что касается лазерной технологии, особое внимание было уделено субпороговой микроимпульсной методике. Сейчас в этом направлении активно работают отечественные ученые и их зарубежные коллеги. Главная задача, которую пытаются решить врачи, — это безопасность и минимальные повреждения при лечении патологии центрального отдела глаза.

— Проблема лечения отслойки сетчатки является одной из наиболее актуальных тем в современной офтальмологии. Тактика лечения так называемых «свежих» отслоек сетчатки со слабо выраженными клинически значимыми проявлениями пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) всегда широко обсуждается специалистами. Какие существуют основные способы блокирования разрыва сетчатки? Преимущества и недостатки этих методов?

— Как известно, в случае тяжелой, запущенной отслойки сетчатки применяется массивная витреоретинальная хирургия, то есть хирургия «изнутри». Перед врачом стоит задача удалить проявления пролиферативной ретинопатии в виде ткани, рубцующей сетчатку. Лечение свежих отслоек сетчатки на сегодняшний день — очень актуальная тема. Здесь, как мне кажется, главный вопрос заключается не только в том, чтобы сетчатку приложить и заблокировать разрыв, но и добиться максимальной остроты зрения в послеоперационный период. Другими словами, мы не должны просто наложить круговую пломбу, сдавить глаз и успокоиться, что сетчатка прилегла. А как быть с тем, что это может привести к резкой потере зрения? Я рад, что через газету «Поле зрения» могу высказать мысль о том, что в эписклеральном пломбировании пора отходить от существующей практики кругового давления склеры, так как это оказывает повреждающее действие, даже несмотря на то что сетчатка

Обновленный. Универсальный.
Особенный.



Комбинированные технологии. Бесшовная хирургия.
Stellaris PC.

www.bauschretina.com

BAUSCH + LOMB

Stellaris PC
Vision Enhancement System



Во время работы конференции

Академик РАМН, профессор
Л.К. Мошетова

К.м.н. П.В. Лыскин

Профессор А.М. Чухраев
и профессор В.Н. Канюков

прилегла. Необходимо перейти к технике локального пломбирования, заблокировать разрывы минимальными пломбами, достигая такого же прилегания, но уже без повреждения сетчатки. При лечении отслойки сетчатки самым главным является умение доктора точно определить, в каких случаях необходимо делать витректомию, а в каких — пломбировать. А пломбировать именно тогда, когда можно маленькой, локальной пломбой или пневморетинопексией заблокировать разрыв свежей отслойки и добиться ее прилегания. В чем преимущества и недостатки этих методов? Они находятся в контексте общей тактики, о чем я сказал выше.

— Во время конференции был представлен новый метод хирургии регматогенной отслойки сетчатки, который является малотравматичным и эффективным. В выступлении было отмечено, что основной целью, помимо достижения анатомического эффекта, являлась минимизация хирургического вмешательства (однопортовая техника витреоретинальной хирургии). Какие способы тампонады витреальной полости были предложены?

— Одна из технологий, которая была предложена нашим институтом, это однопортовая техника витректоми. Попробую коротко о ней рассказать. Технология 25-27G позволяет делать локальную, условно говоря, «сухую» витректомию в области больших тракций при больших разрывах, но свежих отслойках сетчатки. Здесь мы обходимся без силиконовых тампонад, без большой хирургии, при этом вылечиваем отслойку, которую невозможно запломбировать локальной пломбой. В этом и заключается смысл нашей технологии, которая позволяет достичь максимальной остроты зрения после операции. Еще раз подчеркиваю, в этом главная задача. Технология продолжает развиваться, ее уже применяют в других клиниках, что, согласитесь, очень отраднано.

— В настоящее время существует много методов хирургического лечения отслойки сетчатки, но вопрос о развитии малоинвазивных технологий является наиболее важным. Преимущества технологии 27G при лечении витреоретинальной патологии были наглядно продемонстрированы в ряде докладов участников конференции. Что дает уменьшение диаметра витреотома? Какие новые методы предложены специалистами с появлением витреотома 27G и 29G?

— Технология 27G дает возможность решать проблемы, возникающие при использовании калибров 23-25G. Использование инструментов 27G позволяет свести к минимуму операционную травму, снизить риск развития послеоперационных осложнений. Кроме того, уменьшение калибра инструмента, в частности витреотома,

позволяет проводить наиболее щадящее и безопасное вмешательство в преретинальных слоях. Сейчас витреоретинальная хирургия, это не витректомию как таковая, не просто удаление измененного стекловидного тела, это фактически преретинальная хирургия. Термин «преретинальная хирургия» пока еще не принят, но он, на мой взгляд, отражает суть современной витреоретинальной хирургии. Это хирургия в области, которая прилежит к сетчатке, то есть в преретинальных слоях, так как именно там происходят все патологические процессы: явление ПВР, фиброза, повреждения при травмах. Уменьшение калибра инструментов обеспечивает более щадящие и более качественные операции. Хотел бы обратить внимание и на совершенствование дополнительного освещения, что дает возможность хирургам работать двумя руками. Для нашей страны это важный аспект развития, потому что в мире бимануальная техника, при которой одна рука не занята световодом, используется более широко. Дополнительное освещение существовало и раньше, но это были довольно громоздкие системы. Сейчас уже появились осветители калибром 29G, которые минимально травмируют орган зрения.

— На конференции прозвучало выступление к.м.н. П.В. Лыскина, предложившего теорию ПВР в аспекте современных исследований морфофункционального витреоретинального интерфейса. Результаты его работы подвергают сомнению теорию ПВР Роберта Махемера, ставшую аксиомой. По мнению доктора Лыскина, необходимо переосмыслить теорию патологического мембранообразования, по-новому взглянуть на патогенез развития витреоретинальной патологии и, возможно, изменить тактику хирургических подходов. Расскажите, пожалуйста, об исследованиях П.В. Лыскина.

— П.В. Лыскин уже довольно давно проводит исследование преретинальных слоев сетчатки при различных повреждениях, доказывает нам возможность наличия клеток стекловидного тела, которые при определенных условиях вызывают развитие пролиферативной витреоретинопатии. В этом и заключается (скажем акkuratно) отличие его теории от классической теории Махемера, являющейся на сегодняшний день аксиомой, которая подразумевает, что клетки пигментного эпителия мигрируют через разрывы, перерождаются и вызывают ПВР. Как и все новое, работа П.В. Лыскина вызывает несомненный интерес, и, возможно, со временем это приведет к переосмыслению патологического процесса мембранообразования и, соответственно, к изменению тактик лечения и послеоперационного ведения больных. Пожелаем доктору Лыскину удачи и будем с нетерпением ждать развития событий.

— Во время сессии «Лазерное лечение патологии макулярной области с применением излучения с длиной волны 577 нм и паттерн-технологий» по итогам двух докладов разгорелась жаркая дискуссия между витреоретинальными хирургами и лазерщиками. Суть спора заключалась в следующем: эпимакулярное лазерное воздействие возможно только в случае удаления хирургическим путем эпимакулярной мембраны. «Сегодня методики настолько прецизионны и безопасны, что из представленного клинического случая при остроте зрения в 0,3 после удаления мембраны получается практически 100% визуальный результат. Поэтому, глубокоуважаемые лазерщики, руки прочь от эпимакулярных мембран», — сказал доктор Таракодин (Тверь). Иное мнение на этот счет высказал д.м.н., профессор

Ю.А. Иванишко (Ростов-на-Дону): «Лазерное воздействие в большинстве случаев приводило к стабилизации процесса и зрительных функций еще лет за 15 до появления витреоретинальной хирургии». Какова Ваша точка зрения по этому вопросу?

— Действительно, это новая тема, и я бы хотел высказать свою точку зрения. Лазерное пороговое воздействие на сегодняшний день — это классический метод лечения, однако в результате возникает ожог пигментного эпителия. Более того, применяя этот метод, мы получаем эффект только на первых порах, потом нередко видим расплозание атрофии пигментного эпителия, которая со временем (поскольку это рядом с фовеа) сводит на нет наши усилия и, к сожалению, приводит к неизлечимым последствиям. В своих выступлениях

я советую не делать лазер по роговой и центральной аркад, поскольку, к сожалению, регулярно наблюдаю больших с повреждениями, вызванными лазерным вмешательством. Здесь, очевидно, стоит говорить о методе субпорогового микроимпульсного лазерного излучения на центральную зону сетчатки, что при определенных патологиях может оказывать безопасное воздействие. Что касается спора, возникшего во время сессии, с моей точки зрения (и не потому что я хирург, а не лазерный доктор), современные технологии позволяют удалять преретинальные мембраны из центра настолько малотравматично, что в данной ситуации я являюсь сторонником хирургического подхода, и лазерное вмешательство может быть применено как вспомогательный метод после удаления



МЕНЯ ПРАВИЛА ИГРЫ

В 1968, Дик Фосбери произвел революцию в прыжках в высоту, разработав новую технику, которая привела его к олимпийскому золоту, подняв планку для атлетов по всему миру.

Настало время переписать правила витреоретинальной хирургии.

- Испытайте витреотом ULTRAVIT - 5000 рез/мин с рабочим циклом, полностью контролируемым хирургом, чтобы уменьшить вероятность ятрогенных разрывов и послеоперационных осложнений¹
- Доверьтесь встроенной системе стабильного поддержания ВГД²
- Улучшите послеоперационные результаты и уменьшите период зрительной реабилитации с использованием технологии МИВХ* Alcon³
- Повышает эффективность удаления катаракты с помощью торсионного ультразвука OZil⁴
- Сократите время работы в операционной на 39%** благодаря использованию повышающих эффективность компонентов V-LOCITY⁵

Alcon

1. Rizzo S, et al. Comparative Study of the Standard 25-gauge Vitrectomy System vs the New Ultra-high-speed Vitrectomy System. Retina Today, September Insert, 2010. (1). С. Ривидо и соавт. Сравнительное исследование стандартной 25-гauge и ультравысокоскоростной витреотомической системы. «Сетчатка сегодня», сентябрьское приложение, 2010. 2. Data on file, Alcon Research 954-000-001. 3. Данные исследования № 954-000-001. Исследовательского департамента «Алкона». 3. Nagpal M, Wankar S, Nagpal K. Comparison of clinical outcomes and wound dynamics of sclerotomy ports of 20, 25, and 23 gauge vitrectomy. Retina, 2009;29(2):225-231. 4. М. Нагпал, С. Ваткар, К. Нагпал. Сравнение клинических результатов и динамики раневых процессов при использовании склеротомических портов 20, 25 и 23 Gа. «Сетчатка» 2009, 29 (2): 225 — 231. 5. Data on file, Alcon Research 954-000-004. Best Video of Category, ICS (To be submitted). 6. Дж. Эванс. Оставить фильм ICS 2010: лучшая работа в категории 5. Alcon data on file 954-000-004. 15. Данные исследования № 954-000-004. Исследовательского департамента «Алкона».

* Технология МИВХ — инновационная витреоретинальная хирургия 23, 25 G.
** По сравнению с офтальмологической хирургической комбинационной системой ACCURIS

AlconRetina.com

Информация предназначена только для медицинских работников



constellation
VISION SYSTEM

Система офтальмологическая хирургическая Constellation® Vision System
регистрационное удостоверение № ФСЗ 2009/04025 от 18.03.2009

Добро пожаловать к новым победам!

мембраны. Лазер, возможно, снимет отек, но мембраны при этом не исчезнут.

На конференции прозвучало интересное сообщение профессора Г.Е. Столяренко, который показал, что не стоит дожидаться, пока у больного вырастут огромные мембраны, а удалять их следует на более высокой остроте зрения. Мы поддерживаем эту точку зрения, хотя часто больному на это решиться сложно. Конечно, можно удалять мембраны, когда больной уже ослеп, но что нам это даст, а тем более — больному? Поэтому, по моему глубокому убеждению, оперировать необходимо на ранней стадии, особенно, если при небольшом сроке наблюдения мы видим отрицательную динамику.

— Компания «Novartis» провела спутниковый симпозиум «Ведение пациентов с макулярными отеками», на котором выступили ведущие специалисты из Санкт-Петербурга. Они дали высокую оценку эффективности интравитреального введения люценти-са в лечении «влажной» ВМД на разных стадиях патологического процесса. Считаете ли Вы монотерапию идеальным методом

лечения или анти-VEGF терапия должна играть важную, но вспомогательную роль в комбинации с очень качественно проведенным прецизионным лазерным вмешательством? Есть ли на современном этапе место для фотодинамической терапии для лечения ВМД?

— Ингибиторы ангиогенеза совершили, наверное, самый большой прорыв в лечении заболеваний сетчатки за последние 10 лет. Это — реальная помощь больным, которых мы не знали как лечить. Консервативный метод не давал нужного результата, лазер мог лишь притормозить процесс, но не лечил, попытки удалить мембраны также успеха не имели. Появление ингибиторов — это, действительно, прорыв и, возможно, при лечении отеков «влажной» формы на сегодняшний день это основная монотерапия. Однако есть сообщения о том, что анти-VEGF терапия в сочетании с мягким воздействием лазера также имеет право на существование, не ушла со сцены и фотодинамическая терапия, появляются работы, описывающие сочетание того и другого метода. В медицине часто бывает так: появляется что-то новое, прежние методы

снимаются с повестки дня, но со временем врачи приходят к выводу о том, что можно использовать старые методики в разумной комбинации с новыми.

— Спутниковый симпозиум компании «Alcon» продемонстрировал интересные случаи из практики в лечении сахарного диабета, отслойки сетчатки и пролиферативной диабетической ретинопатии с использованием витреомашин Constellation. Данная система полностью превосходит технологию прибора предыдущего поколения Accurus. Можете ли Вы назвать принципиальные отличия новой системы?

— Как доктор, имеющий практику работы на всех существующих машинах, могу сказать, что сегодня Constellation, пожалуй, один из самых современных приборов. Системе нет равных как по частоте резов, так и по мощности своих «мозгов». Машина представляет новое поколение, очень серьезно оснащена, обладает широчайшими возможностями. Конечно, она отличается от Accurus, но Accurus — отличный прибор, который еще поработает. У Constellation более широкие возможности в системе

управления, в выборе режимов, комбинации режимов, в возможностях «подстраивания» под каждый конкретный случай. Хотя, конечно, многие врачи поймут, что хорошая острая игла на хорошей частоте — это и есть основа любого витреотома.

— В работе секции «Макулярная хирургия и новые технологии» было сделано 9 докладов, из них 4 доклада представили хирурги из Италии, которые предложили аудитории оптимальную технику хирургии. Оцените эффективность хирургического лечения заболеваний центрального отдела сетчатки, которые продемонстрировали на секции ведущие специалисты.

— Зарубежные доктора — это наши друзья и не в первый раз участвуют в работе конференции. Прорывных технологий гости нам не продемонстрировали. Просто они показали свое видение лечения заболеваний центральной области сетчатки, что само по себе вызывает большой интерес. В каждом случае могут быть свои нюансы, и опытные врачи всегда найдут что-то новое для себя.

— На заседании «Современные методы диагностики заболеваний глазного дна» наибольшее внимание привлек доклад Н.С. Семенов о влиянии генетических факторов на развитие возрастной макулодистрофии. Сообщение П.С. Дадацкой о двух редких случаях псевдоудвоения зрительного нерва вызвало активное обсуждение. Чем полезны эти работы для практикующих врачей?

— При подготовке конференции мы планируем доклады не только с хирургическим и практическим «уклоном», мы стараемся уделить время вопросам теории. В этот раз были представлены доклады по генетическим факторам. Выступления традиционно вызывают интерес, расширяют кругозор слушателей. Авторы стараются дать ответ на вопрос: отчего происходят те явления, которые мы потом лечим? Мы будем стараться и в дальнейшем поддерживать эту секцию и призываем коллег активно участвовать в ее работе.

— Благодарю Вас, Дмитрий Олегович, за интересное интервью.

Беседа велась
Лариса ТУМАР

Мировой офтальмологический конгресс в Абу-Даби 16-20 февраля 2012 года

Еще пятьдесят лет назад на этом месте была пустыня, которую изредка пересекали караваны. Сегодня это бурно развивающийся город с головокружительными небоскребами, нарядными мечетями, роскошными отелями, который как магнит привлекает туристов и успешных бизнесменов со всего мира.

Именно Абу-Даби стал столицей Мирового офтальмологического конгресса — 2012. По масштабам проведения этот конгресс можно по праву назвать одним из самых грандиозных офтальмологических событий года.

Здесь всего за пять дней (с 16 по 20 февраля) объединились сразу несколько важных мероприятий. Так, под эгидой форума был проведен 33-й Международный офтальмологический конгресс, 12-й Международный конгресс офтальмологического совета Middle East Africa, 4-й Мировой форум по предупреждению слепоты (Программа «Зрение — 2020»), 3-й Мировой образовательный офтальмологический коллоквиум и 2-й Мировой форум редакторов журналов.

Гостей форума ждала действительно захватывающая научная программа, которая включала в себя более 500 научных сессий, различных симпозиумов, интерактивных лекций, обсуждений случаев из практики, видеопрезентаций, сеансов «живой хирургии». В конгрессе приняли участие 2000 приглашенных специалистов со всего мира.

«Мы подготовили всестороннюю, инновационную, отвечающую современной науке конференцию, которая, без сомнения, заинтересует каждого участника», — говорит Peter Wiedemann, председатель научного комитета Мирового офтальмологического конгресса — 2012.

Научный комитет офтальмологического конгресса состоял из восьми специалистов из Германии,

Китая, Японии, Египта, Мексики, Нидерландов и ОАЭ.

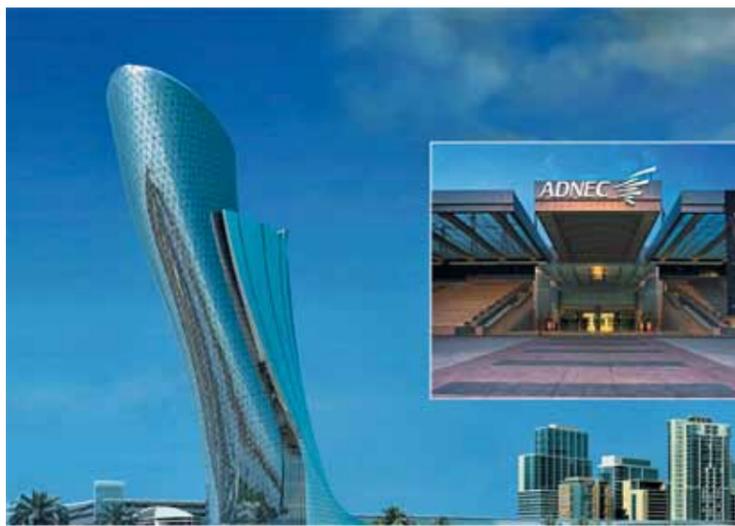
16 февраля стал тематическим днем. Гостям конгресса было предложено поучаствовать в обсуждении таких проблематик, как катарактальная и рефракционная хирургия, глаукома, сетчатка, детская офтальмология, окулопластика.

Секция изучения проблем глаукомы началась с темы «Внутриглазное давление в клинической практике». Во время сессии было прочитано семь докладов, каждый из которых касался той или иной стороны поставленной тематики. Слушатели получили возможность прослушать и обсудить следующие вопросы: «Медицинская терапия и круглосуточное внутриглазное давление», «Когда и как стоит начинать медицинскую терапию?», «Лазерная трабекулопластика и внутриглазное давление: чего ожидать?», «Толстая роговица: что это означает?»

Помимо сессии по глаукоме, в течение дня было проведено еще три, каждая из которых привлекла большое количество слушателей. В конце каждого заседания участники конгресса задавали свои вопросы.

Делегаты конгресса также имели возможность принять участие в работе секции рефракционной хирургии. Утренняя часть заседания прошла под общим названием «Различные техники рефракционной хирургии — искусство хирурга». За полтора часа работы утреннего заседания были подняты следующие вопросы: «Оценка и выбор пациента для проведения рефракционной хирургии роговицы», «Поверхностная абляция», «Метод ЛАСИК», «Факические ИОЛ» и др.

В повестку дня этой секции были включены и проблемы коррекции пресбиопии, кератоконуса. Большим интересом у участников конгресса пользовались и доклады, затрагивающие проблемы детской офтальмологии. «Хирургическое



решение в отслоении сетчатки», «Очки, которые улучшают зрение», «Хирургические техники, применяемые в Африке, и их результаты» — вот лишь некоторые темы, затронутые приглашенными специалистами Конгресса — 2012.

16 февраля проводилась и специализированная секция, посвященная вопросам лечения катаракты. Доклады и лекции секции поднимали такие проблемы, как лазерная рефракционная хирургия катаракты, особенности использования фемтосекундного лазера при катарактальной хирургии, последние разработки в области факических ИОЛ.

Офтальмологи, работающие в области изучения сетчатки, также провели отдельную секцию. Среди

тем докладов были: полипидная хориоидальная васкулопатия, последние разработки в области диабетической ретинопатии, лечение инфекционного ретинита, методики микропериметрии при ретиальной патологии.

Специалисты по эстетической хирургии рассказали о различных методах хирургии и реконструкции глазных век, травмах глаза и подвижных тканей вокруг него.

Однако обсуждение вышеперечисленных проблем не ограничилось лишь первым тематическим днем. До самого конца работы форума участники могли прослушать десятки лекций, принять участие в работе круглых столов, посвященных этим направлениям офтальмологической науки.

В основную программу форума также вошли такие значимые проблемы, как лечение косоглазия, борьба с глазами опухолями, методы и проблемы контактной коррекции зрения, лечение воспалений сосудистой оболочки глаза.

Отдельный курс лекций был посвящен новейшим технологиям в области офтальмологии. В этом разделе специалисты говорили о роли нанотехнологий в медицине, эффективности терапии с применением стволовых клеток, круглосуточном измерении внутриглазного давления.

Большое внимание организаторы мероприятия уделили не только лечебному аспекту, но и истории офтальмологии как науки. Сообщения по историческим аспектам различных научных направлений привлекли внимание не только молодых специалистов, которые только начинают свою работу, но и опытных хирургов, желающих открыть для себя что-то новое.

По окончании научных лекций и докладов гости форума могли поближе познакомиться с достопримечательностями Абу-Даби. Город насчитывает более ста великолепных фонтанов. Часть из них можно увидеть, прогуливаясь по набережной Corniche Road, длина которой более 10 км. Любопытно посмотреть и на Старый Форт с белоснежными стенами. Это одно из самых старых зданий города, ему больше 30 лет! А любители рыбы могли оценить местные деликатесы на вкус, посетив рыбный рынок в северной части города.

Насыщенная и интересная научная программа, яркое солнце и доброжелательность организаторов сделали свое дело: Мировой офтальмологический конгресс — 2012 прошел на «отлично!»

Материал подготовила
Мария Тумар

Профессор В.В. Страхов: «Нужно делать, что должно, и будь что будет»

Мне не раз доводилось слышать выступления профессора Страхова на различных офтальмологических конференциях. По моим наблюдениям, появление на трибуне Владимира Витальевича всегда вызывает оживление в зале. Слушатели ждут его доклады, предвкушая истинное удовольствие. Его лекции или комментарии к выступлениям коллег отличаются научной глубиной и одновременно доходчивостью, оригинальным изложением и живым языком. В них отражается яркая научная индивидуальность ученого.

Познакомиться с В.В. Страховым мне посчастливилось в Иркутске на «Байкальских чтениях». Профессор без церемоний согласился на интервью.

— Что Вас больше всего беспокоит как главного офтальмолога Ярославской области?

— Больше всего меня беспокоит то, что нашу специальность (это не только мое мнение, но и моих коллег из других регионов) переместили на вторые роли. Сейчас в отечественном здравоохранении появились приоритетные направления с организационной и финансовой точки зрения. А мы, офтальмологи, в этом отношении ощущаем дефицит внимания. Это и беспокоит меня больше всего.

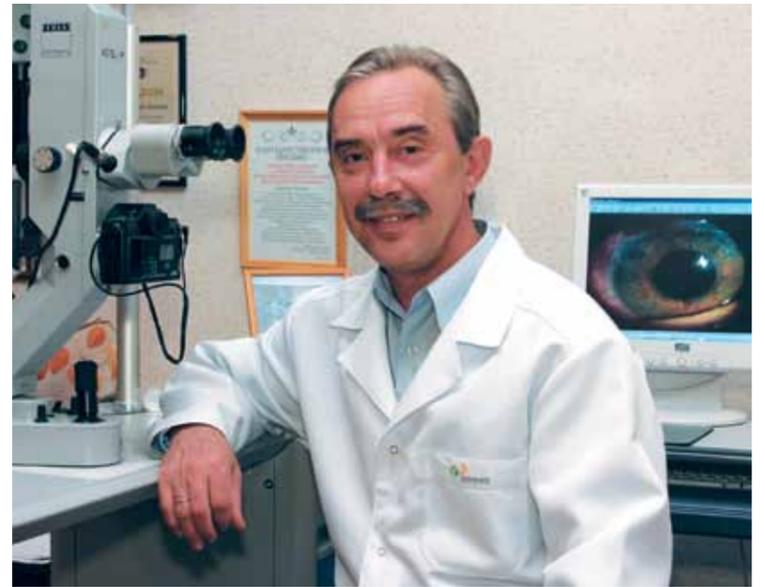
— Во времена СССР офтальмология была в приоритете?

— Безусловно. И огромную роль в этом сыграл Святослав Николаевич Федоров. Благодаря ему мы все сели за микроскопы. Я принадлежу тому поколению хирургов, молодость которых и становление на крыло пришлось на период массового перехода офтальмологии на микрохирургический уровень. Это происходило везде, в клиниках появлялось новое оборудование, мы чувствовали подъем, ощущали внимание. Вы не представляете, как было здорово! Врачи других

специальностей смотрели на нас с завистью. Мы тогда вдруг, в одночасье, оказались практически на уровне Европы.

— На протяжении многих лет во всем мире глаукома занимает лидирующие позиции среди причин необратимой слепоты. В интервью Газете «Поле зрения» профессор В.В. Нероев говорил о необходимости разработки государственной программы по глаукоме, в которой должна быть предусмотрена обязательная скрининговая диагностика лиц, входящих в группы риска, а также решен вопрос государственного обеспечения дорогостоящими препаратами. В качестве примера реализации подобной программы профессор В.В. Нероев привел Самарскую область и региональный опыт Республики Татарстан, где раннее выявление заболевания и наблюдение за больными позволило значительно уменьшить число пациентов с терминальными стадиями и снизить выход на инвалидность по глаукоме с 4,6 до 3,8%. Как обстоят дела в Ярославской области?

— Глаукома действительно вышла за рамки просто болезни. Она превратилась в социальную проблему, в решении которой должен участвовать весь социум. Так в свое время страна встала на борьбу с трахомой, когда подворные обходы совершали врачи всех специальностей, и благодаря этому мы забыли об этой болезни. Но трахома — проще, была ясна первопричина заболевания. Глаукома многократно сложнее, потому как на сегодняшний день первопричина заболевания неизвестна, а следовательно, никакого профилактического и патогенетического лечения быть не может. В результате — мы имеем то, что имеем. Действительно, за всю историю глаукомы во всем мире нет ни одного вылеченного больного. Но мы знаем, что чем раньше начинаем лечение, хотя бы симптоматическое, тем выше вероятность получить не столь ужасный прогноз. Мы действительно можем рассчитывать на то, что благодаря нашим лечебным мероприятиям больной не достигнет слепоты от глаукомы до момента естественного окончания жизни. Вот о чем идет речь. Сейчас



Страхов Владимир Витальевич

Выпускник Ярославского медицинского института 1974 г. С 1975 по 1979 гг. работал врачом-окулистом Большесельской ЦРБ Ярославской области. После обучения в аспирантуре на кафедре глазных болезней ЯМИ в 1982 году продолжил работу на кафедре в должности ассистента. В 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию. В 1990 г. присвоено ученое звание доцента, с 1992 г. — заведующий кафедрой Ярославского медицинского института (с 1994 г. — Ярославской государственной медицинской академии). С 1997 г. — доктор медицинских наук. В 1998 г. утвержден в ученом звании профессора.

Автор более 150 научных работ и 3 изобретений, посвященных изучению патогенеза и разработке методов диагностики и хирургического лечения глаукомы. Под его руководством защищено 6 кандидатских диссертаций.

Заслуженный врач РФ. Член президиума и член правления Общества офтальмологов России, главный офтальмолог Ярославской области.

вопрос ставится так: «Как определить характер клинического течения болезни — агрессивное, слабоагрессивное, относительно доброкачественное?» И в соответствии с особенностями течения заболевания корректировать ход лечения. Это понимаем мы, это понимают и наши западные коллеги. Стандарты здесь, к сожалению, не подойдут.

Что касается положения дел в Ярославской области, то глаукома, безусловно, была и остается в центре нашего внимания. Благодаря моему учителю, профессору М.С. Ремизову, генеральное направление наших научных изысканий — это глаукома и гипертонзия глаза. Немало сделано хороших и ярких находок в плане ранней диагностики глаукомы, организации профосмотров, когда не требуется дорогостоящего оборудования. Однако, конечно, прав профессор В.В. Нероев в том, что клиники должны получать современное, высокотехнологичное оборудование, пациентам необходимы дорогостоящие эффективные медикаменты, потому что проблема эта действительно очень серьезная.

— Владимир Витальевич, во время конференции «Осенние рефракционные чтения» в ФГБУ «НИИГБ» РАМН состоялась презентация новой отечественной лазерной установки «Олимп-2000/213». Технология этого уникального в своем роде аппарата была разработана в Ярославской межрегиональной клинике микрохирургии глаза

Александра Тихова. По словам офтальмологов, новый лазерный аппарат уже вызвал большой интерес у практикующих хирургов.

— Установка «Олимп-2000/213» — это твердотельный эксимерный лазер, источником энергии которого является не газ, а твердое тело. Как известно, лазеру с газовым источником энергии требуются дорогостоящие расходные материалы, а твердотельному лазеру такие расходники не нужны. Предполагается, что новый лазерный прибор должен обеспечить хороший технический результат рефракционной операции, вплоть до прорывных медицинских технологий. Честно говоря, здесь, прежде всего, должно быть правильное понимание вопроса. Я бы сравнил эту лазерную ситуацию с автомобилем. Если автомобиль с бензиновым двигателем перевести на газ, сделать гибридным или полностью электрическим, он не перестанет быть автомобилем и не превратится в вертолет. Поэтому создание новой версии эксимерного лазера с длиной волны 213 нм — это есть техническое усовершенствование известной медицинской технологии эксимерлазерной рефракционной хирургии. Не менее, но и не более. Сейчас перед офтальмологами открываются новые горизонты — фемтосекундные лазеры, которые действительно превращают автомобиль в вертолет. Новейшие лазерные методики предполагают совершенно иные возможности, которые просто не



diathera®
Измерение ВГД через веко

ОПЫТ · ДОВЕРИЕ · НАДЕЖНОСТЬ

- Более 30 клинических испытаний в РФ и странах СНГ
- Около 40 научных публикаций
- Более 10 наград на международных и отечественных выставках
- Экспортный вариант прибора:
 - успешные клинические испытания более чем в 15 странах мира (США, Финляндия, Испания, Германия, Индия и др.)
 - международные сертификаты CE 0535 (Евросоюз), FDA (США) и др.

Безопасное и быстрое измерение ВГД?
Транспальпебральная тонометрия!

Оптимальный прибор для скрининга?
Индикатор ИГД-02 diatheral

Уникальной методике 16 лет!



Альтернативы нет!

Государственный Рязанский приборный завод
WWW.GRPZ.RU

390000, Россия,
г. Рязань, ул. Семиларская, 32
тел.: (4912) 29-84-53 (многоканальный)
факс: (4912) 29-85-16
e-mail: info@grpz.ru



шаги по усовершенствованию организации офтальмологической помощи. Но, как выяснилось, приказ носит рекомендательный, а не обязательный характер, финансирование не федеральное, главных офтальмологов не включили в комиссию по модернизации здравоохранения (справедливости ради, не только офтальмологов, но и других узких специалистов) и... мы почувствовали себя за бортом. Конечно, прав главный офтальмолог РФ профессор В.В. Нероев, когда говорит о том, что главным специалистам необходимо занимать более активную позицию, что от личности зависит многое. Однако не все. Пока ситуация такова, что если главный офтальмолог настойчив, то для развития своей специальности он может рассчитывать лишь на сэкономленные департаментом средства.

— Иными словами, офтальмология финансируется по остаточному принципу?

— Именно так, по остаточному принципу из сэкономленных средств. Знаете, подобная ситуация не заслуживает слов благодарности. Да, от наших заболеваний не умирают, но люди страдающие, незрячие, очень остро чувствуют всю глубину своей потери. Мы, практически все главные офтальмологи в России, испытываем глубокое разочарование по поводу происходящих событий.

— На одной конференции, посвященной новым технологиям в офтальмологии, Вы сказали:

«Информационные технологии оптимизируют область здравоохранения, помогут внедрить медицинские стандарты и контролировать их исполнение». Есть ли движение?

— Процесс идет, но, к сожалению недостаточно интенсивно. У нас ведь какая беда в отечественной офтальмологии и в здравоохранении в целом? Принято считать, что у российских врачей широкий кругозор, они используют индивидуальный подход в лечении больных, прислушиваясь к своему собственному опыту. Это все правильно. Однако, с другой стороны, нередко при разборе какой-нибудь клинической ситуации приходится слышать от врача: «А я считаю, что это обследование делать не надо, мне нравится вот эта операция, так будет лучше». Видите ли, он считает и все тут. Хорошо, если обосновано, а если нет? И его не переубедишь. У себя на кухне — пожалуйста, можешь сколько угодно говорить «вкусно, не вкусно». А в медицине? Я считаю, что стандарты нужны, может быть не такие узкие, не такие жесткие, как, например, в Америке, но чтобы врач в России был более свободен в принятии того или иного решения. Но, с другой стороны, необходимо требовать от врачей безусловного выполнения стандартов. Это очень важно. У нас случается много ошибок, много недоразумений просто из-за невыполнения элементарных вещей.

— В 2011 году в Ярославле прошла X Межрегиональная конференция «Актуальные вопросы офтальмологии». Лучшие врачи из Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Орла и других городов России съехались, чтобы обсудить новейшие методики лечения болезней глаз. Какими знаниями поделились известные ученые со своими практикующими коллегами?

— Это традиционная конференция, посвященная памяти профессора М.С. Ремизова. Конференция имеет четкую практическую направленность. Я знаю, что очень многие коллеги хотели бы приехать в Ярославль, и не только потому, что это один из лучших городов в России, но и из традиционного интереса к ярославской офтальмологии. Однако мы не стремимся к широкому афишированию конференции, стараемся отчасти сдерживать наплыв участников, поддерживаем камерный характер мероприятия. Что касается последней конференции, то следует отметить сильное впечатление от выступления академика С.Э. Аветисова с очень подробным и, главное, доходчивым докладом о рефракционных проблемах после ранней хирургии врожденных катаракт. С сообщением о новых способах диагностики и лечения тяжелых патологий глазного дна выступил профессор Г.Е. Столяренко. Для меня, например, было важно знать, что происходит при тракционном синдроме, каким образом разрывается мембрана, что происходит в слоях сетчатки при этом? И докладчик представил такие наглядные слайды, что многие вопросы, наконец-то, прояснились. Вот уж, действительно, лучше один раз увидеть... Прозвучал прекрасный доклад по послеоперационным воспалительным осложнениям в исполнении профессора С.Н. Басинского, традиционно на хорошем уровне была освещена глаукома. Основным итогом конференции я бы назвал возможность непосредственного приобретения практического офтальмологического знания о конкретном разделе его специальности. И очень важно, чтобы знание это давалось на очень высоком уровне. Подчеркиваю, именно знание, под которым я понимаю

систематизированную информацию. Кроме того, хорошо, когда рядовые врачи могут не только услышать известного ученого-офтальмолога с высокой трибуны, но и просто с ним пообщаться, обсудить интересующие вопросы. А подобная ситуация не требует суеты, не требует масштабности.

— Владимир Витальевич, Вы — выпускник Ярославского медицинского института. Четыре года проработали врачом-окулистом Большесельской ЦРБ Ярославской области, я хочу сказать, что Вы на собственном опыте знаете, с какими ежедневными проблемами сталкивается врач. Как Вам кажется, что можно изменить прямо сейчас, не прибегая к финансовым затратам, а только лишь приняв соответствующее решение?

— Пожалуй, это самый непростой вопрос. Отвечу так. Если будет выполнен 115-й приказ Минздрава, то многие проблемы решатся сами собой. Как я уже говорил, в нем самым подробным образом прописана структура, штаты, нагрузка врача, среднего медицинского персонала, обеспечение расходными материалами, офтальмологическим оборудованием. Приоритеты здравоохранения у нас в стране определены очень серьезно. Может быть, в итоге найдутся средства и на реализацию нашей, офтальмологической программы. Что еще можно было бы сделать сейчас? Знаете, что традиционно волнует всех офтальмологов? Бесконечная реорганизация нашего здравоохранения. Если когда-нибудь меня вдруг попросят написать мемуары, я уже знаю, как их назвать: «Моя жизнь в эксперименте». От интернатуры до профессорства, до главного специалиста — бесконечные модернизации, реорганизации, инновации... Мы, честно говоря, просто устали. Я не раз беседовал с западными коллегами, там такого нет. В Европе, в Америке происходит постепенное, эволюционное развитие принципов, которые были понятны и сорок, и сто сорок лет назад.

— В заключение три совсем маленьких вопроса: «Какими качествами нужно обладать, чтобы добиться успеха?»

— Нужно делать, что должно, и будь что будет.

«Что Вы вкладываете в понятие «добра» и «зла»?

— Прежде всего, философскую категорию. Как добро — неотъемлемая часть жизни, так и зло — совершенно неотъемлемая часть жизни. Это как свет-тьма. Так устроена жизнь, это ее суть. Необходимо понимать и принимать и добро, и зло. Понимать, что зло есть и стараться сопротивляться ему, понимая, в конечном счете, что добро — продуктивно.

«В чем Вы видите смысл жизни?»

— Отвечая на этот вопрос, трудно не скатиться на банальности. В чем смысл жизни... Наверное, в том, чтобы прожить эту жизнь достойно.

— Благодарю Вас за беседу.

...Мой небогатый опыт общения с офтальмологами подсказывает, что они, как правило, люди одаренные не только в медицине. Одни на профессиональном уровне занимаются фотографией, другие — сочиняют музыку и любят погонять на Harley Davidson. Владимир Витальевич играет на гитаре и поет. Кто не слышал, тот много потерял...

Интервью подготовил Сергей Тумар

под силу эксимерному лазеру. Вот это — настоящий прорыв, огромный шаг вперед! Конечно, достоинство «Олимпа» в том, что это российский лазер, но будет ли он конкурентоспособен на пресыщенном и чрезвычайно динамичном рынке?

— Сейчас много внимания руководством страны уделяется техническому переоснащению всей системы здравоохранения. Вы удовлетворены тем, как идет процесс в вашем регионе?

— Я не удовлетворен тем, как обстоят дела с оснащением клиник новым оборудованием. В связи с этим хочу обратить Ваше

внимание на одно обстоятельство. Есть приказ Минздрава, который регламентирует порядок оказания медицинской помощи при заболеваниях глаз (Приказ Минздрава-соцразвития России № 115н от 27 февраля 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты»). Приказ просто чудесный, когда мы его читали, сердце радовалось. Там все подробнейшим образом прописано: штатное расписание, рекомендованное оборудование на всех уровнях: от офтальмологического кабинета до крупных клиник. Определены



ТЕПЕРЬ ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗ
МОЖНО ЗАМЕДЛИТЬ

Виталюкс Плюс
(Vitalux Plus) для защиты ВАШИХ ГЛАЗ

- **Предотвращение** оксидативного стресса благодаря антиоксидантам...
- **Защита** сетчатки благодаря Лютеину...
- **Замедление** возрастных изменений глаз благодаря Омега-3 жирным кислотам...



Alcon a Novartis company

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Источники: 1. Batty S, Koh R, Pol R, et al. The role of oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 2. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 3. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 4. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 5. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 6. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 7. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 8. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 9. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 10. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 11. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 12. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 13. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 14. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 15. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 16. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 17. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 18. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 19. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 20. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 21. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 22. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 23. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 24. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 25. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 26. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 27. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 28. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 29. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 30. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 31. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 32. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 33. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 34. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 35. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 36. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 37. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 38. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 39. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 40. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 41. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 42. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 43. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 44. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 45. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 46. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 47. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 48. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 49. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 50. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 51. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 52. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 53. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 54. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 55. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 56. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 57. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 58. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 59. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 60. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 61. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 62. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 63. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 64. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 65. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 66. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 67. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 68. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 69. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 70. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 71. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 72. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 73. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 74. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 75. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 76. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 77. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 78. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 79. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 80. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 81. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 82. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 83. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 84. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 85. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 86. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 87. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 88. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 89. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 90. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 91. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 92. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 93. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 94. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 95. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 96. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 97. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 98. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 99. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 100. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 101. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 102. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 103. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 104. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 105. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 106. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 107. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 108. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 109. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 110. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 111. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 112. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 113. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 114. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 115. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 116. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 117. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 118. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 119. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 120. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 121. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 122. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 123. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 124. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 125. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 126. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 127. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 128. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 129. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 130. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 131. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 132. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 133. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 134. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 135. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 136. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 137. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 138. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 139. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 140. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 141. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 142. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 143. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 144. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 145. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 146. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 147. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 148. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 149. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 150. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 151. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 152. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 153. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 154. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 155. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 156. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 157. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 158. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 159. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 160. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 161. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 162. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 163. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 164. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 165. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 166. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;49:110-124. 167. Batty S, Koh R, et al. Oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. Surv Ophthalmol. 2004;

Но именно сейчас, когда жизнь и бизнес изменили привычный ход, когда сложно просто выстоять и тем более быть успешным, необходимо вспомнить откровения, которые продолжают возвращать нас, преодолевая время и пространство, к простым, но истинным человеческим ценностям.

На мой взгляд, перед человеком стоит выбор пути развития. А выбор не очень большой: либо продолжать беспощадно тратить ресурсы и губить окружающую среду и твердыми шагами идти навстречу собственной гибели, либо оглянуться, сделать выводы, начать меняться и способствовать рождению нового мира с иными моральными устоями и приоритетами.

Мой опыт и ощущения показывают, что причина всех неудач и в жизни, и в бизнесе заключается в том, что основополагающей и движущей силой являются деньги. И ради денег мы готовы жертвовать порядочностью, справедливостью, честностью и, как следствие, благом других людей, а порой и целого общества. Иными словами, когда перед нами (организацией) встает выбор — заработать деньги, поступив при этом непорядочно по отношению к другим, или отказаться от возможной прибыли, сохраняя моральные устои, — чаша весов с деньгами в большинстве случаев перевешивает. Поэтому сегодня мы видим столь неутешительную картину: генномодифицированные продукты, ядовитые детские игрушки и экология на грани катастрофы.

Часто у нас не складываются в одну мозаику успешный бизнес и чистая совесть. Далее приведу цитату из книги «Джек. Мои годы в GE», где на этот вопрос отвечает сам Джек Уэлч, один из выдающихся менеджеров мира, двадцать лет успешно управлявший компанией General Electric, обладатель титула «Менеджер столетия», присвоенного ему журналом Fortune: «Недавно первокурсник школы бизнеса университета Ферфилда задал мне вопрос: «Разве можно быть добропорядочным католиком и бизнесменом одновременно?» Я уверенно ответил: «Можно, и я тому пример». Как этого добиться? Просто: сохранять честность».

Почему-то у нас бытует мнение, что в жизни человек может быть честным, добрым, отзывчивым, а в бизнесе... совсем наоборот, несмотря на то что источник наших действий один и тот же. И потому принципы духовности и бизнеса воспринимаются как параллельные направления жизни. Но не надо забывать, что один и тот же источник одновременно не может быть сладким и горьким. На мой взгляд, бизнес (как основная часть жизни бизнесмена) должен и может опираться на самые важные законы бытия. Хочу процитировать мудрые слова основателя компании Matsushita Electric, известной миру таким брендами, как Panasonic, National, Technics, великого бизнесмена XX века Коносукэ Мацисута: «Относитесь к людям, с которыми Вы занимаетесь бизнесом, так, как если бы они были членами Вашей семьи. Процветание Вашего бизнеса зависит от того, встречаете ли Вы понимание в людях являющихся вашими партнерами, сотрудниками, заказчиками...»

Должна быть некая философия организации, которая определяет важнейшие положения:

1) **отношение компании к обществу в стране, где развивает свою деятельность:** преследует ли компания одну-единственную цель — получение прибыли любой ценой, или компания готова дать что-то обществу для его развития?



Гоар Давтян, MBA

Руководитель Департамента Биомедицинских технологий, компания Оптэк, эксклюзивный представитель Carl Zeiss в России и странах СНГ

2) **отношение компании к своим заказчикам:** насколько компания способна разобраться в требованиях заказчика и максимально их удовлетворить, или, преследуя цель — получение прибыли, компания готова нанести ущерб заказчику?

3) **отношение компании к своим сотрудникам:** понимает ли их ценность, заботится о них или, «выжав» из сотрудников максимум, меняет на новых?

В жизни каждой компании часто возникает вопрос приоритета, основополагающего мотива и движущей силы организации.

Никто не отменяет правила, что в бизнесе конечной целью является получение прибыли, но речь идет о приоритетах в самом процессе. Равно как и каждый человек может быть поставлен судьбой перед выбором: заработать деньги, но при этом поступиться моральными ценностями, войти в противоречие с общечеловеческими принципами и, может быть, самим собой, также и любая организация может быть поставлена перед выбором: получить прибыль путем обмана и несправедливого отношения к партнерам, своим заказчикам, сотрудникам и даже нанесению вреда обществу и экологии или быть выше соблазна зарабатывать нечестные деньги.

Заработать деньги любым путем — это короткий и губительный путь как для индивидуума, так и для организации. Как ни странно, но очень часто нечестный путь развития приводит через некоторое время к краху, к не только моральной, но и финансовой деструкции организации.

Как построить свою формулу успеха? Что должно стать главным постулатом в философии успешного бизнеса?

Для наглядности приведу пример. Вы управляете клиникой, которую создавали, чтобы заработать профит, но какова должна быть философия вашей организации?

Может быть так: мы помогаем людям приобрести здоровье. Мы к нашим пациентам относимся так, как мы хотели бы, чтобы обращались с нами и с нашими близкими, и готовы получать за это заслуженное вознаграждение.

А может быть и так: все подчинено одной цели — получить прибыль. Мы должны максимум получить от пациента независимо от его проблем.

К сожалению, негласным уставом большинства клиник является второй вариант, и этим объясняется гипердиагностика пациентов, многочисленные исследования, которые назначаются пациенту без особых показаний, с одной лишь целью — выкачать как можно больше денег.

ФИЛОСОФИЯ УСПЕХА

Кризис. За последнее время это слово так прочно вошло в понятие бизнеса, что воспринимается как неотъемлемая его часть. Но, на мой взгляд, кризис не ограничивается только спадом в экономике, в бизнесе он распространился намного глубже, проникнув в самые различные сферы жизни: политическую, экологическую, духовную. Причиной этих бедствий является то, что мы все давно благополучно забыли о существовании общечеловеческих ценностей.



Однажды один мой знакомый, который хотел открыть клинику, спросил у меня, какая клиника может быть успешной в условиях жесткой конкуренции. Мой ответ был вполне очевиден: **люди, которые приходят в клинику, переступив порог должны чувствовать, что о них здесь будут заботиться, что персонал с любовью и трепетом относится к своей работе и, самое важное, что на самом первом месте стоит вопрос здоровья пациентов и только потом — коммерческая выгода. Сотрудники клиники должны внушить это потенциальному клиенту органично, руководствуясь чувством искреннего человеколюбия. Всякая фальшь, давление, запугивание должны быть полностью исключены. Тогда успех будет гарантирован.**

Не задумывались ли вы, почему миссия компании должна заключаться в том, чтобы работать во благо общества? Почему ни одна организация не объявляет своей миссией получение прибыли, что

в большей степени отражало бы суть коммерческих организаций?

Считаю необходимым заметить, что многие руководители, определяя миссию своей компании и написав красивые, громкие слова, скорее всего, отгораживаются своей деятельностью от общества красивой маской, нежели верят в то, что они написали.

Любая организация, используя общественные ресурсы: землю, деньги, оборудование, человеческий труд и талант, несет ответственность перед обществом за то, что делает. В этом смысле организация есть общественное явление. Именно поэтому миссия компании должна быть во благо общества. Миссия компании должна быть направлена на благо процветания общества и, что очень важно, она не должна быть стандартной отпиской или яркой маской, а быть сутью содержания компании, которая закрепляется поведением, строго соответствующим не только цели, но и способам ее достижения.

«Бизнес — это нечто такое, что одни люди делают для счастья других» — именно в этом видел свою миссию Коносукэ Мацисута. Это слова человека, который не имел профессионального образования и превратил свой семейный бизнес в корпорацию № 1 в Японии и во всем мире с оборотом в 49,5 млрд долларов (в 1994 г.). При этом интересы общества он ставил выше всего, понимая, что тем самым помогает своему народу в трудные времена обрести уверенность и выжить и обеспечивает обществу реальные возможности для дальнейшего развития. Опираясь на высококоморальные цели в бизнесе, Коносукэ Мацисута достиг вершин в бизнесе, став при этом не только богатым и знаменитым, но и создав условия, в которых сотни тысяч людей могли быть счастливыми и уверенными в своем будущем.

Я верю, что только те предприниматели, которые во главу угла своего бизнеса ставят подобную философию и опираются на фундамент моральных ценностей, станут успешными.

Хотелось бы верить, что наша эра нанотехнологий не превратится в эпоху холодных человеческих отношений и безразличия, а озлобленность в борьбе и гонка за деньгами не станут стандартами нашей жизни, и мы окончательно не потеряем самые главные **основополагающие принципы вечной жизни — принципы духовности.**

Те потрясения, которые претерпевает планета за последнее время: экономические, природные, моральные, экологические — явно показывают, что так не может продолжаться вечно и мир должен измениться и пересмотреть свои приоритеты для того, чтобы выжить. ■

**МОДЕРНИЗАЦИЯ
ОБОРУДОВАНИЯ**

**OPTIMED®
2012**

Инсталлируйте доступные функции:

- ✓ Замена жидкость/газ
- ✓ Подача силиконового масла
- ✓ АНГЛИЙСКИЙ или РУССКИЙ интерфейс пользователя
- ✓ Гиперпульс и другие современные режимы УЗ
- ✓ Установка коагулятора
- ✓ Управление двухкоординатной педалью
- ✓ Увеличение частоты реза до 2500 рез./мин
- ✓ Обновление программного обеспечения 2012
- ✓ Повышения быстродействия систем

(347) 223-44-33, 277-61-61, 277-62-62 market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru



Ален Дюпра: «Рынок фирмы Мориа — это весь мир»

МИРОВОЙ ЛИДЕР ПО ПРОИЗВОДСТВУ ИНСТРУМЕНТОВ И МИКРОКЕРАТОМОВ ДЛЯ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ



Moria
moria-surgical.com

Миссия Компании

«Мориа» — одна из самых известных и уважаемых компаний в мире по производству различных медицинских инструментов и оборудования для рефрактивной хирургии и операций по пересадке роговицы.

Основной задачей «Мориа» является постоянное совершенствование медицинских технологий и улучшение способов борьбы с офтальмологическими заболеваниями.

Стратегия «Мориа» — создание и поставка на мировой рынок высокотехнологичного медицинского оборудования, обеспечивающего самые высокие клинические результаты.

«Мориа» — компания, которая непрерывно работает над достижением максимальной надежности и высочайшего качества продукции. основополагающие принципы компании — честность, прямота, доверительные отношения с клиентами.

На протяжении двух столетий «Мориа» лидирует на рынке офтальмологического оборудования благодаря постоянному контакту представителей фирмы с практикующими офтальмологами.

Инновации

«Мориа» всегда принимала активное участие в разработке продукции на главных этапах развития офтальмологической науки: микрохирургии глаза, рефрактивной хирургии, трансплантации роговицы. «Мориа» разрабатывает и создает оборудование, полностью соответствующее требованиям той или иной страны.

Около 80% продукции фирмы идет на экспорт. Свою деятельность «Мориа» осуществляет в 80 странах мира, дочерние компании работают в США, Японии и Китае.

В течение многих десятилетий отменное качество товаров «Мориа» признается ведущими офтальмологами во всем мире.

«Рынок нашей фирмы — это весь мир. Мы работаем только на таком уровне», — говорит генеральный директор «Мориа» Ален Дюпра. «Мориа» — компания, занимающаяся разработкой и производством техники для офтальмохирургии, а также контейнеров для ортопедических операций.

Легендарная история «Мориа» берет начало в далеком 1820 году. Именно тогда, 192 года назад, двое парижских ремесленников по имени Капрон и Гобинар с бульвара Сен Жермен открыли производство инструментов для хирургических операций. Их мастерская находилась рядом с Медицинским факультетом, основанном еще в XII веке. С тех самых пор тесное сотрудничество специалистов фирмы и

практикующих хирургов осуществляется непрерывно. Ален Дюпра поясняет: «Инновационная идея может возникнуть где угодно, поэтому мы никогда не ограничиваемся какими-либо географическими рамками, а работаем со специалистами повсюду, где бы они ни находились».

В 1901 году Поль Мориа и его жена выкупили парижскую мастерскую и назвали ее своим именем. Уже тогда основным направлением ее работы стало производство инструментов для нужд глазных врачей.

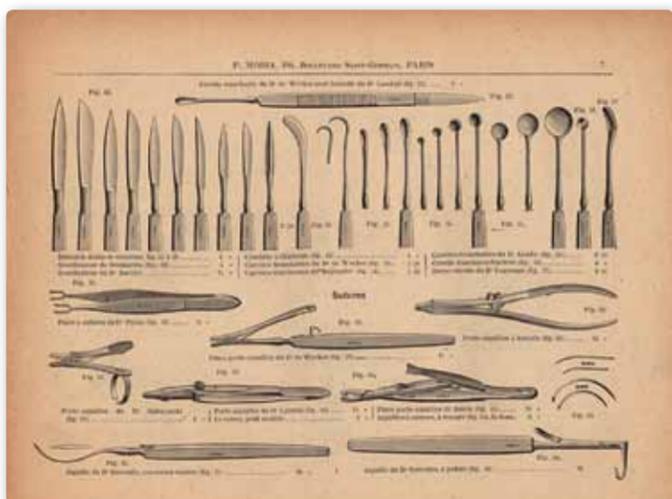
Поль Мориа, хозяин предприятия, еще в начале XX века прекрасно понимал важность работы с иностранными партнерами, и уже через некоторое время парижская



По Договору о продаже торговых активов и выделении залогового имущества, заключенному между мадам Гобинар и мадам и мсье Мориа, мастерская Капрон и Гобинар перешла во владение семьи Мориа. Сделка оформлена нотариусом г. Парижа мсье Полем Риго 29 декабря 1900 г.



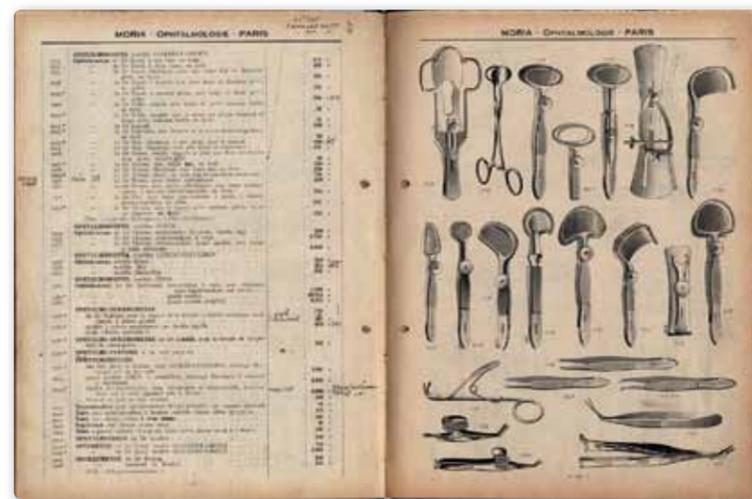
Сотрудники компании «Мориа». Начало XX века.



Фрагмент каталога хирургических инструментов фирмы «Мориа». 1901 г.



Обложка каталога хирургических инструментов производства фирмы «Мориа». 1928 г.



Фрагмент раздела «Офтальмология» каталога хирургических инструментов фирмы «Мориа». 1928 г.



Три совета Алена Дюпра

1. Хорошо изучите рынок, на котором собираетесь работать: каковы культурные и политические традиции этой страны? Как функционирует рыночная структура? Как осуществляются поставки товаров на рынок и кто ваши главные конкуренты?

2. Убедитесь, что ваш товар адаптирован под локальный рынок. Изучите рыночные особенности и предложите ту продукцию, которая более всего будет отвечать местным запросам.

3. Внимательно выбирайте партнеров. Делайте это только после того, как изучили особенности рынка.

компания начала успешное сотрудничество с испанскими поставщиками. Через 30 лет офтальмология становится единственным направлением работы компании.

В конце 60-х годов прошлого века фирма «Мория» одной из первых в мире замечает тенденцию перехода офтальмохирургии к микрохирургии и приступает к разработке инструментов и оборудования именно для этого направления. «Настоящий взлет наша компания пережила именно после того, как мы выпустили на рынок микрохирургические инструменты. Появление новой техники оказало значительное влияние на развитие французской офтальмологии в целом и на укрепление ее позиций в мире, особенно в Европе и странах Латинской Америки. Дело в том, что во время сеансов живой хирургии за границей французские офтальмологи пользовались продукцией «Мория» и старались продемонстрировать всем ее лучшие качества», — вспоминает мсье Дюпра.

Таким образом, фирма «Мория» стала одной из шести компаний в мире по производству новейшего оборудования для микрохирургии глаза. В 1974 году в самом центре Франции, кантоне Бурбон-л'Аршамбо региона Овернь, появляется производственная площадка «Мория».

В компании считают, что в середине 70-х годов XX века началось становление бренда, который сегодня узнаваем практически во всех странах мира. Благодаря постоянному сотрудничеству специалистов «Мория» и практикующих хирургов, рынок офтальмологического оборудования очень быстро пополняется новейшими техническими разработками.

Подобные тенденции сохраняются в течение последних десятилетий: разработчики «Мория» не упускают ни одного важного достижения в науке, поставляя на рынок адаптированные приборы и инструменты. Компания является мировым лидером по оборудованию для аблиации и пересадки роговицы и второй в мире по производству техники для рефракционной хирургии.

Лидирующие позиции занимает «Мория» и в сегменте аппаратуры для ламеллярной хирургии. В течение шести лет эта фирма была единственной компанией, производящей подобную технику.

В 1989 году фирма «Мория» покупает компанию «Medical container», специализирующуюся на медицинских контейнерах. С тех пор список продукции «Мория» пополнился высококачественными металлическими контейнерами для хранения инструментов, используемых в ортопедических операциях. «Для этого нам пришлось переоборудовать производственные мощности. Ортопедия очень нуждается в хороших контейнерах», — рассказывает Ален Дюпра. Еще через 15 лет «Мория» приобрела компанию «Мас», также специализирующуюся на производстве медицинских контейнеров. В результате была образована фирма «Пиксидис», так называемое ортопедическое подразделение «Мория». Сегодня «Пиксидис» — европейский лидер в производстве контейнеров для операций. Ее продукция широко представлена во всех странах мира: объем экспорта «Пиксидис» достигает 90%.

Первый успех

Безусловным достижением фирмы «Мория» является выход на рынок США в 1999 году. В 2000 году «Мория» открывает свой первый зарубежный филиал. Это произошло после приобретения американской фирмы «Microtech», в результате чего была создана компания «Moria Inc». «Нам было очень трудно закрепиться на этом рынке. Однако мы вовремя заметили начавшийся подъем рефракционной хирургии, и, в конце концов, нам удалось удовлетворить спрос на рынке и обойти своих главных конкурентов. Кроме того, наши инструменты могли быть адаптированы под определенную форму глаза людей разной расовой принадлежности. Этот фактор очень помог нам укрепить свои позиции именно в США», — объясняет Ален Дюпра.

Первое поражение

Генеральный директор «Мория» Ален Дюпра очень сожалеет о том, что компании не удалось полностью раскрыть свой потенциал в Германии даже в тех областях, где продукция фирмы имеет очевидное технологическое превосходство, например, в пересадке роговицы. «Мы недооценили промышленные возможности Германии и предпочтения местных практикующих хирургов», — говорит Ален Дюпра. Несмотря на это, компания показывает гораздо лучшие результаты в странах, которые традиционно считаются более трудными для ведения подобного рода деятельности.

6 секретов успеха фирмы «Мория»

- Отличаться от конкурентов, занимая наименее «загруженные» ниши рынка.
- Постоянно поддерживать контакты с практикующими хирургами и новаторами по всему миру.
- Не бояться работы на «трудных» рынках. К примеру, очень многие западные предприятия боятся разворачивать свою деятельность в Японии, а фирма «Мория» достаточно быстро смогла закрепиться в этой стране, изучив особенности и сложности японской системы ведения бизнеса.
- Отвечать запросам рынка. Недавно фирме «Мория» удалось наладить производство инструментов для проведения оптической хирургии по ценам, позволяющим с легкостью выбрасывать их после однократного использования.
- Информировать специалистов о новых техниках офтальмохирургии, например, в области пересадки роговицы.



• Участвовать в неконкурентных рынках. Так, рынок контейнеров для инструментов и имплантов для ортопедической хирургии считается менее конкурентным, чем рынок контейнеров для офтальмохирургии.

Так работает «Мория», или Основные козыри компании

Специалисты фирмы «Мория» внимательно отслеживают все изменения и усовершенствования техники офтальмохирургии. Кроме того, представители «Мория» регулярно участвуют в международных конгрессах и форумах, где представляют свою продукцию и отслеживают последние веяния в офтальмохирургии, что позволяет компании создавать новейшие инструменты и аппаратуру для практикующих хирургов. «Быть первым на рынке — залог успеха для малых и средних предприятий, таких как наше», — поясняет генеральный директор. Работая в различных странах мира, «Мория» должна учитывать запросы рынка, формируемые нормативами для хирургических инструментов, существующими в каждом государстве.

Прежде чем приступить к разработке нового прибора или инструмента, администрация «Мория» создает рабочую группу. «В нашей компании нет постоянных консультантов. Когда мы хотим создать что-то новое, то приглашаем всех желающих принять в этом участие. Прежде всего, это люди, разбирающиеся в данной проблематике, энергичные, способные нестандартно мыслить и доводить начатое до конца», — делится Ален Дюпра. В рабочие группы по разработке нового оборудования также входят технические специалисты



(промышленники), помогающие в разработке техники и приспособлений для офтальмохирургии.

«Мория» также славится особым отношением к своему персоналу. Говорит Ален Дюпра: «Представьте, хирургу пришла идея усовершенствовать какую-либо технику операции, и он идет к нам. Уже очень скоро мы вместе работаем над созданием нового инструмента, без которого хирургу просто не обойтись». Приведем несколько примеров. В начале 90-х годов «Мория» активно способствовала переходу от экстракапсулярной хирургии катаракты к факосмульсификации катаракты. Еще через несколько лет фирма активно продвигала новейшие технологии рефракционной хирургии. К числу последних достижений компании можно отнести неоспоримый технический прогресс в области пересадки роговицы.

В 1993 году «Мория» разрабатывает кератом Hanna Arcuate. В том же году разрабатывается первый французский факосмульсификатор Conquest. Спустя 4 года «Мория» начинает деятельность на рынке ЛАСИК и выпускает микрокератом LSK One. Следующий, 1998 год, ознаменовался появлением микрокератома CB. Еще через год «Мория» запускает производство первого одноразового микрокератома One Use, что стало важнейшим этапом в истории компании.

В 2000 году на рынок выходит микрокератом M2.

В 2004 году заканчивается работа над усовершенствованием одноразового микрокератома, теперь у офтальмологов появляется возможность проводить операции с помощью одноразового автоматического микрокератома One Use-Plus.

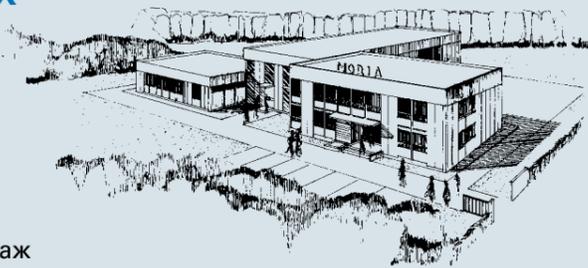
В 2005 году специалисты фирмы «Мория» ведут исследования сразу по двум направлениям: в рефракционной хирургии для проведения операций Epi-Lasik, методики лазерной коррекции зрения, позволяющей проводить необходимые процедуры при тонкой роговице. В области пересадки роговицы специалисты «Мория» разрабатывают линейку продуктов для DSAEK.

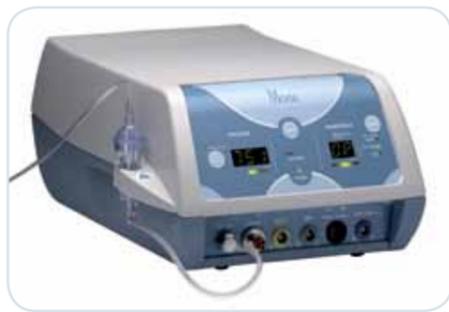
Ален Дюпра — человек, изменивший «Мория»

Генеральный директор «Мория» в течение последних двух десятилетий, Ален Дюпра, человек очень сдержанный и скромный. Готовый часами рассказывать о проектах и достижениях компании, о себе мсье Дюпра говорит крайне неохотно. «В мир офтальмологии я попал совсем молодым мальчиком», — рассказывает Дюпра. Получив образование, свой карьерный рост молодой специалист начал с контактных линз. В 1980 году он возглавил французский филиал «Alcon». Затем перешел в «Ciba

ФИРМА «МОРИА» В ЦИФРАХ

- Юридический адрес — округ Антони в О-де-Сен.
- Консолидированный оборот — 44,5 млн евро в 2009 году.
- Чистая прибыль — 5,4 млн евро.
- Работа за рубежом — офисы продаж в США, Японии, Китае. В 77 странах продажи осуществляются посредством местного эксклюзивного дистрибьютора. В России это компания «Трейдомед Инвест».
- Главные рынки — США, Япония, Китай.
- Штат сотрудников — 257 специалистов, 30 из которых работают за рубежом.
- Производственные мощности — офтальмология: Бурбон-л'Аршамбо в Алье и Антони; ортопедия: Сен-Супле в Сен-э-Марни и Марсель в Буш-дю-Рон.
- Руководитель — Ален Дюпра, генеральный директор.





Консоль микрокератома Evolution 3 E



Мотор M2 ротационного типа действия



Мотор One Use-Plus SBK продольного типа действия



Мотор EPI-K для проведения операции Эпи-ЛАСИК



Микрокератом ALTK CBm для автоматизированной ламеллярной кератопластики с головками различного калибра



Vision», подразделение «Novartis». В 1990-х новые акционеры «Мориа» предлагают Алену Дюпра взять на себя управление этой компанией, тогда еще не такой крупной и известной.

«Мне больше нравится управлять малыми и средними предприятиями. Дело в том, что я люблю

именно создавать, это стиль моей жизни. Работая в малых и средних предприятиях, испытываешь совершенно иные чувства. Ведь на тебе лежит ответственность за развитие компании. Каждый новый проект или рынок, который нужно завоевать — своего рода вызов нашей фирме. Если мы достойно

справляемся с поставленными задачами, то все сотрудники испытывают огромное удовлетворение», — говорит Ален Дюпра.

Так, в 1992 году фирма «Мориа» переживает важнейший этап своего развития. В это время специалисты компании выпускают первый французский фактоэмульсификатор

— прибор, используемый в хирургии катаракты. Параллельно с этим «Мориа» продолжает успешно завоевывать новые зарубежные рынки.

Ален Дюпра всегда испытывает неподдельный интерес к дальним странам. Это помогает ему и в работе: личные воспоминания о Китае подсказали Дюпра верное направление деятельности компании в этой стране. Таким направлением оказалось лечение миопии. Мсье Дюпра вспоминает: «Я знал, что в Китае ношение очков зачастую воспринимается окружающими как физический недостаток человека. Людям в очках тяжелее найти хорошую работу или, допустим, спутника жизни». В 1999 году фирма «Мориа» открывает в Китае свое торговое представительство, а в 2007 году оно становится филиалом компании, «Мориа Китай». «На сегодняшний день Китай занимает первое место в мире по коррекции миопии, а наша фирма — несомненный лидер в этой области», — с удовлетворением замечает Ален Дюпра, сумевший добиться значительных успехов и в Восточной Европе после падения железного занавеса.

Не будем забывать и о новом направлении работы компании — производстве медицинских контейнеров для ортопедических операций. Если суммировать все достижения фирмы за последние 20 лет, то можно сделать вывод, что под руководством Алена Дюпра «Мориа» пережила целую череду преобразований. Главное же заключается в том, что «Мориа» стала крупной международной компанией, сохранив при этом гибкость среднего предприятия.

Партнерство с «Oséo»

Вспоминает Ален Дюпра: «В начале 1990-х годов компания «Anvar» (сегодня «Oséo») оказала нам неоценимую помощь в разработке прибора для хирургии катаракты. С тех пор мы совместно работали над инновациями в области рефракционной хирургии, а также пересадки роговицы. Последние общие разработки касаются производства одноразовых инструментов». В 2006 году за непрерывную работу и важнейшие научные исследования «Anvar» присвоила «Мориа» звание «инновационного предприятия».

Андре Бернар из компании «Oséo»: «Мориа» — прекрасная иллюстрация того, как инновации способствуют экспорту».

Партнерство с «Трейдомед Инвест»

С 1997 года «Трейдомед Инвест» — официальный дистрибьютор компании «Мориа» в России и странах СНГ.

Сегодня «Трейдомед Инвест» представляет на офтальмологическом рынке разнообразный спектр качественных микрокератомов компании «Мориа».

Микрокератом Evolution 3E. Одним из главных преимуществ микрокератома является его универсальность — возможность работы на четырех типах рукояток от одной консоли. Микрокератом позволяет проводить операции ЛАСИК, ЭПИ-ЛАСИК, а также автоматизированную ламеллярную кератопластику.

Микрокератом One Use-Plus SBK демонстрирует отличные клинические результаты. Продольный микрокератом One Use-Plus SBK позволяет получать ультратонкие лоскуты (100±10 мкм) с равномерным профилем, что дает возможность проводить операции ЛАСИК у пациентов с тонкой роговицей и максимально снизить риск эктазии. Последние исследования, проводимые доктором Ahmed El-Massry (Alexadria, Египет), показали, что толщина лоскута, получаемого с помощью микрокератома One Use-Plus SBK, сопоставима с толщиной и качеством лоскута, полученного с помощью фемтосекундного лазера (на примере IntraLase FS 60 кГц и VisuMax 500 кГц). Операции с использованием микрокератома One Use-Plus SBK проводятся врачами ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» и его филиалов в Краснодаре, Волгограде и в ряде частных центров России.

Микрокератом ALTK/CBm разработан для автоматизированной послойной пересадки роговицы. Из новинок в этом направлении можно отметить появление одноразовой искусственной камеры и одноразовых режущих головок различного калибра. Камера состоит из основания и направляющего кольца, поворачивая которое, можно получать срезы во взаимно противоположных направлениях, что дает возможность формировать плоские ультратонкие трансплантаты. Такая техника получила название ультратонкой DSAEK и применяется для лечения дистрофии Фукса и других эндотелиальных заболеваний роговицы. Главными преимуществами такого типа кератопластики можно считать высокий процент достижения остроты зрения 20/20, лучшую приживляемость трансплантата, а также невысокий процент потерь эндотелиальных клеток благодаря использованию специально разработанных инструментов для имплантации трансплантата. Микрокератом ALTK/CBm успешно используется в работе врачами Екатеринбургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Фирма «Трейдомед Инвест» оказывает сервисную поддержку по монтажу, вводу в эксплуатацию и обслуживанию микрокератомов.

В наши дни, когда медицинские технологии постоянно обновляются и совершенствуются, компания «Трейдомед Инвест» видит свою главную задачу в том, чтобы обеспечить врачей оборудованием последнего поколения.

Отличительной чертой «Трейдомед Инвест» было и остается неизменно высокое качество предлагаемой продукции и строгое соответствие европейским и мировым стандартам. ■

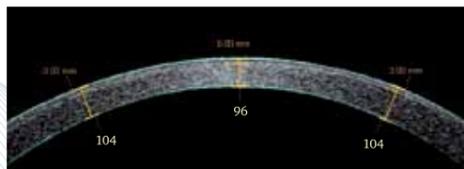
Материал подготовила Мария Тумар

TRADOMED INVEST

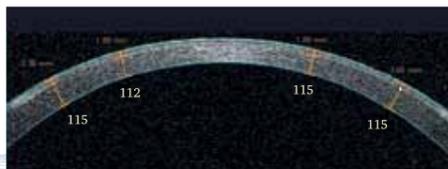


Микрокератом One Use-Plus SBK

Новый микрокератом One Use-Plus SBK (Moria, Франция) позволяет формировать ультратонкие лоскуты с равномерным профилем и высоким качеством края, а также идеально гладкое стромальное ложе. Точность и предсказуемость результатов сравнима с результатами, полученными с помощью фемтосекундного лазера.



Профиль лоскута, полученного с помощью One Use-Plus SBK
Снимок предоставлен James.S.Lewis, MD, Elkins Park, PA, USA



Профиль лоскута, полученного с помощью фемтосекундного лазера 60 кГц
Снимок предоставлен James.S.Lewis, MD, Elkins Park, PA, USA

Преимущества суббоуменого кератомилеза (SBK) по сравнению с традиционным ЛАСИК:

- Более высокая биомеханическая стабильность роговицы, сниженный риск эктазии
- Короткий период зрительной реабилитации
- Меньше аббераций высокого порядка
- Лучшая контрастная чувствительность
- Меньше риск возникновения синдрома «сухого глаза»
- Возможность проведения операций у пациентов с тонкими роговицами и более высокой степенью миопии
- Меньше риск появления глэр- и гало-эффектов

	Показатели толщины лоскута, полученного с помощью One Use-Plus SBK	Показатели толщины лоскута, полученного с помощью фемтосекундного лазера 60 кГц
Хирург	Richard Duffey, MD (Mobile, AL, USA)	Guy Kerizian, MD (Paradise Valley, AZ, USA)
Целевая толщина лоскута	100 мкм	100 мкм
Среднее значение толщины лоскута	103 мкм	109 мкм
Стандартное отклонение толщины	9 мкм	10 мкм
Минимальная толщина	83 мкм	N/A
Максимальная толщина	123 мкм	131 мкм

Эксклюзивный дистрибьютор компании «MORIA» (Франция) в России и странах СНГ — фирма «Трейдомед Инвест»

109147 Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412
Тел./факс: (495) 662-78-66. E-mail: info@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru
01001, Киев, пер. Музейный, д.4, офис 16. Тел: +38 (044) 495-84-37. Факс: +38 (044) 459-46-37
E-mail: shakirova@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.com

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ

Совершенствование технологии вывело факоэмульсификацию на уровень «бесстрессовой» хирургии. Тактика лечения воспалительных послеоперационных осложнений постепенно преобразуется в их медикаментозную профилактику. Исходя из современных особенностей хирургической технологии, в работе изложены основные принципы послеоперационного ведения больных при факоэмульсификации катаракты.

И.Э. Иошин

ФГБУ «Клиническая больница»

Стандартный период после факоэмульсификации «обычной» катаракты протекает спокойно, без заметных негативных субъективных ощущений пациента и при отсутствии жалоб. В первые часы иногда отмечается чувство инородного тела или легкого жжения, визуальные эффекты могут выражаться в виде различных оттенков (розоватого, голубоватого) или легкой размытости. Объективно определяется прозрачная роговица с остаточным незначительным отеком в области разреза и оводненных парацентезов. Влага передней камеры прозрачная, возможен минимально выраженный феномен Тиндаля (единичные плавающие клеточные элементы). Также в первые часы часто отмечается остаточное расширение зрачка.

Как правило, к первым суткам после операции пациент избавляется от непосредственных ощущений оперативного вмешательства. Роговица и влага передней камеры прозрачные, сохраняется реакция зрачка на свет (рис. 1). По собственным и литературным данным, неосложненное течение послеоперационного периода отмечается у 96-98% пациентов с «обычной» катарактой. Осмотры пациентов после факоэмульсификации желательнее проводить в день операции и обязательно на первые сутки, через неделю и один месяц.

Гладкое течение послеоперационного периода достигается, в первую очередь, современной технологией факоэмульсификации: щадящие параметры операции при правильно выбранных показателях, использование качественных расходных материалов (ирригационные растворы, вискоэластики, медикаменты, красители и др.) и интраокулярных линз.

Во-вторых, принципиальное значение имеет медикаментозное сопровождение послеоперационного периода, в стандартную схему которого включено местное применение антибиотиков, стероидных и нестероидных противовоспалительных средств.

В-третьих, важное условие — адекватная оценка исходного состояния глаза с учетом данных общего и офтальмологического обследования. Так, в группу риска воспалительных осложнений входит ряд заболеваний:

- глаукома;
- хронические заболевания поверхности глаза;
- увеит;
- посттромботическая ретинопатия;
- «влажная» форма ВМД и эпиретинальный фиброз;
- пигментный ретинит;
- сахарный диабет;
- коллагенозы;
- артриты;
- заболевания бронхолегочной системы.

Перечисленные состояния в связи с исходными особенностями, в том числе с нарушением общего и местного иммунитета и микроциркуляции, даже при соблюдении всех технологических этапов факоэмульсификации могут способствовать развитию воспалительных осложнений переднего и заднего отрезков глаз. Так, для факоэмульсификации на фоне глаукомы принципиальным является стабильная гидродинамика глаза на момент операции, так как в противном случае есть риск реактивной гипертензии с выраженным воспалительным компонентом. Для увеальной катаракты крайне важно отсутствие обострений за 2-3 месяца до операции и выработка оптимального дооперационного режима иммуносупрессивной терапии. Для сопутствующей макулярной патологии на первый план выступает профилактика макулярного отека, выражающаяся в более длительном режиме применения местных противовоспалительных средств.

Антибактериальная профилактика при факоэмульсификации

Развитие послеоперационного воспаления может вызвать и бактериальная контаминация внутриглазных структур во время операции, поэтому правила асептики и антисептики с адекватной подготовкой операционного поля имеют принципиальное значение: однократное белье, обработка рук хирурга, обработка операционного поля больного 5-10% раствором повидон-йод (бетедином) и 0,05% раствором хлоргексидина, конъюнктивальной полости — 0,05% раствором антисептика витабакта, ограничение операционного поля специальными стерильными салфетками с изоляцией ресниц значительно снижает риск развития воспалительных осложнений (Сметанкин И.Г., Мазунин И.Ю., 2009; Caldwell D. et al., 1984; Schiff F., 1990).

Важную роль в профилактике инфицирования внутриглазных структур играет сама технология факоэмульсификации. При проведении операции поддержание тонуса глазного яблока и глубины передней камеры на фоне постоянной ирригации жидкости, самогерметизирующийся разрез и его гидратация на заключительных этапах операции с сохранением повышенного внутриглазного давления позволяют избежать всасывания содержимого конъюнктивальной полости внутрь глаза. В то же время особенности факоэмульсификации — использование большого количества жидкости, неоднократное проникновение в переднюю камеру, введение внутрикамерных анестетиков, вискоэластиков, ИОЛ. Соответственно, бактериальная контаминация влаги передней камеры может возникать на различных ее этапах.

Это важно, потому что наиболее частой причиной развития инфекционных осложнений являются

экзогенные факторы — микрофлора век и конъюнктивы. По данным различных авторов, при отсутствии профилактической санации конъюнктивального мешка до операции потенциальные возбудители инфекции, преимущественно грамположительные кокки, обнаруживаются более чем в 50%, а на коже век — в 100% случаев (Гурченко П.А., 2009; Околов И.М., 2008; Сергиенко Н.М. с соавт., 2006; Ariyasu R. et al., 1993; Han D. et al., 1996; Speaker M. et al., 1991 и др.).

Поскольку наиболее частой причиной послеоперационных эндофтальмитов являются экзогенные факторы, то одним из направлений профилактики инфекции является сокращение бактериальной микрофлоры на поверхности глазного яблока.

Исторически методы антибактериальной профилактики инфекционных осложнений с течением времени претерпели изменения. Так, одним из методов профилактики инфекционного воспаления длительное время являлось промывание слезных путей перед экстракцией катаракты (Федоров Л.А. с соавт., 1999; Шмелева В.В., 1981 и др.). Однако возможная травматизация слизистой во время процедуры, обсеменение конъюнктивального мешка имеющейся микрофлорой слезных путей и продолжительная антибактериальная терапия после этого привели к отказу от данного метода при хирургическом лечении катаракты.

Изучение бактериального состава конъюнктивальной полости до операции с последующей ее санацией длительное время относили к одним из эффективных мер профилактики инфекционных осложнений. Однако было выявлено, что после применения современных антибактериальных средств широкого спектра действия перекрывается весь возможный состав вероятных возбудителей глазных инфекций, что привело к отказу от метода предварительного бактериологического посева перед экстракцией катаракты.

Большее распространение до настоящего времени имеют конъюнктивальные инъекции антибиотиков (чаще всего аминогликозидов) в конце операции. Однако, очевидно, что однократное использование препарата в конце операции малоэффективно в связи с отсутствием терапевтической концентрации его во влаге передней камеры. Кроме того, аминогликозиды резервируются в основном для грамотрицательной микрофлоры, не обладают высокой эффективностью против стафилококков, которые, как известно, более чем в 90% случаев являются причиной развития инфекционных осложнений в хирургии катаракты (Вохмяков В.А. с соавт., 2007; Сергиенко Н.М. с соавт., 2006; Стречинский Л.С. с соавт., 2007; Han D. et al., 1996; Speaker M. et al., 1991 и др.). Более того, позиционирование факоэмульсификации как безопасной, безболезненной,

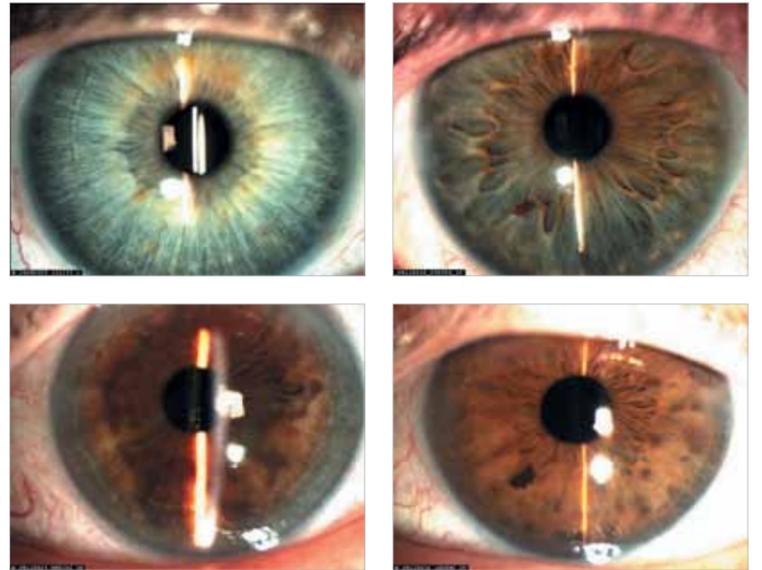


Рис. 1. Спокойное течение послеоперационного периода

безынъекционной процедуры идет вразрез с выраженным дискомфортом от подконъюнктивальной инъекции антибиотика в конце операции.

Альтернативой инъекции для антибактериальной профилактики до недавнего времени было использование мазевых форм антибиотиков в конце операции. И от него тоже практически отказались по причине малой эффективности однократного применения антибиотика и, кроме этого, ухудшения зрения в первые часы после операции за счет мазевой пленки, а также риска попадания данной субстанции в переднюю камеру и развития дополнительных осложнений, вплоть до изменения прозрачности ИОЛ.

Использование готовых форм комбинированных лекарственных средств, которые включают комбинацию антибактериального и стероидного противовоспалительного препарата, нашли широкое применение при поверхностных инфекционных заболеваниях органа зрения (Майчук Ю.Ф., 2005). Вместе с тем различные сроки обоснованного применения в послеоперационном периоде антибиотиков (до 1 недели) и глюкокортикостероидов (до 3-4 недель) с формированием при постепенной отмене возможной резистентности к возбудителям инфекции обусловило переход на раздельное использование антибиотиков и стероидных противовоспалительных препаратов после факоэмульсификации катаракты (Малюгин Б.Э. с соавт., 2009; Пароконный Д.А., 2010).

Таким образом, вышеперечисленные методы антибактериальной профилактики инфекционных осложнений при факоэмульсификации катаракты в силу своих перечисленных особенностей нуждаются в коррекции и пересмотре, а длительное использование некоторых антибиотиков не могли не изменить степень чувствительности к ним микроорганизмов. Появление в 80-х годах прошлого века антибактериальных препаратов фторхинолонового ряда (2-е поколение) по праву считается революцией в профилактике и терапии бактериальных воспалительных заболеваний не только глаза, но и организма в целом (M. de Kaspar H. et al., 2004-2005; Liesegang E. et al., 2001). Основными аргументами для активного использования современных фторхинолонов (3-е поколение) с целью профилактики послеоперационных осложнений в

офтальмологии являются их активность в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных бактерий, более оптимизированная фармакокинетика, а также их высокая проникающая способность во влагу передней камеры (Collin J. et al., 2003; Graves A. et al., 2001; Healy D. et al., 2003; Yavada M. et al., 2003; Sundelin et al., 2008). В 2011 г. в России зарегистрированы фторхинолоны 4-го поколения, разработчики которых считали, что накопление определенной резистентности к 3-му поколению в общей практике может стать причиной неэффективного лечения после офтальмологических операций.

Данные, полученные в рамках многоцентрового исследования, проведенного в 2003-2006 годах с участием около 16000 пациентов, послужили основанием для рекомендаций Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов о включении фторхинолонов в схему применения для профилактики инфекционных осложнений у пациентов, перенесших факоэмульсификацию катаракты (Bary P. et al., 2006). Капли назначаются за 2 дня до операции 4 раза в день, непосредственно перед операцией за 60 и 30 минут, в конце ее и в течение 7 дней после нее, что позволяет достичь уровня концентрации антибиотика в роговице и влаге передней камеры, превосходящую минимальную ингибирующую концентрацию MIC 90 для наиболее частых возбудителей послеоперационного эндофтальмита.

Противовоспалительная профилактика при факоэмульсификации

Послеоперационное воспаление считается одним из основных осложнений хирургии катаракты, которое удлиняет срок реабилитации пациента и снижает функциональный результат лечения. Частота его после факоэмульсификации составляет 2-5%. С общепризнанной точки зрения воспалительная реакция — защитная реакция организма на внедрение инородного (в данном случае хирургического) агента. В процессе воспаления ограничивается очаг поражения, формируется барьер для распространения повреждения далее в окружающие ткани, создаются условия для удаления погибших клеток и активируется процесс репарации поврежденных структур. Однако при чрезмерно выраженной

воспалительной реакции сопутствующие ей компенсаторные процессы могут привести к большим повреждениям, чем сам травмирующий агент. Именно в условиях такого «забарьерного» органа, как глазное яблоко, послеоперационное воспаление в замкнутом объеме способно привести к серьезным патологическим изменениям в тканях.

Основной действующей силой, приводящей к биологическим реакциям воспаления, являются так называемые «медиаторы воспаления». Образуются они из фосфолипидов, входящих в состав мембран, погибших в результате повреждающего действия клеток. Под действием фосфолипазы фосфолипиды расщепляются до арахидоновой кислоты, которая в свою очередь подвергается действию циклоксиогеназы (в итоге получаются простагландины) и липоксигеназы (с образованием лейкотриенов). Так схематично выглядит запуск синтеза воспалительных медиаторов, основными из которых по праву считают простагландины (рис. 2).

Простагландины вызывают локальное расширение сосудов, отек, экссудацию, миграцию лейкоцитов и другие эффекты. При глазном воспалении все патофизиологические действия простагландинов можно суммировать следующим образом (рис. 3):

- миоз (стимуляция сфинктера зрачка);
- вазодилатация (кровеоизлияния и покраснение глаза);
- повышение проницаемости сосудов (отек);
- боль (стимуляция нервных окончаний);
- повреждение гематофтальмического барьера (эффект Тиндаля во влаге передней камеры и кистозный макулярный отек);
- повышение продукции внутриглазной жидкости цилиарным телом (повышение ВГД).

В норме влага передней камеры на 99% состоит из воды, содержит глюкозу и ионы, не содержит белка и клеточных элементов и легко выводится через дренажную систему. Препятствует попаданию во влагу белка и клеток гематофтальмический барьер на уровне эпителия цилиарного тела (барьер «кровь-влага»). В интактной сетчатке барьерную функцию выполняет пигментный эпителий (барьер «кровь-сетчатка»). Повреждение мембран эпителиальных клеток на фоне нарушения микроциркуляции и отека срывает защитный барьер, и во влаге передней камеры и в макулярной области сетчатки происходит накопление экссудата. Исходя из патогенного действия простагландинов, очевидными становятся рекомендации отменять гипотензивные средства на основе аналогов простагландинов у больных с катарактой на фоне глаукомы за несколько дней до операции.

В соответствии с патофизиологией воспалительной реакции основным приложением медикаментозной профилактики и лечения должно быть блокирование синтеза медиаторов воспаления. Первыми препаратами, которые активно стали применяться с этой целью, стали стероидные гормоны (глюкокортикоиды).

Стероидные препараты

В офтальмологической практике применяется 0,1% раствор дексаметазона (самый эффективный по сравнению с преднизолоном и кортизоном).

Исторически стероидные препараты были первыми средствами противовоспалительной направленности в офтальмохирургии. Согласно теории Г. Селье, «стресс — это неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование». При исследовании стрессовой реакции (в том числе и на хирургическую травму)

отмечена некоторая эндокринная перестройка организма с увеличением коры надпочечников и увеличением уровня глюкокортикоидов.

Основные эффекты стероидов — иммуносупрессивный, антиэкссудативный, антипролиферативный — реализуются через мощную ингибицию синтеза всех медиаторов воспаления (рис. 4).

В результате блока фермента фосфолипазы A₂ и, следовательно, всей цепочки синтеза медиаторов воспаления происходят:

- стабилизация капилляров и уменьшение отека;
- стабилизация нейтрофилов и тучных клеток;
- уменьшение пролиферации фибробластов;
- уменьшение миграции лейкоцитов и макрофагов;
- уменьшение хемотаксиса лейкоцитов;
- дезактивация системы комплимента;
- вазоконстрикция.

Учитывая механизм действия, глюкокортикоиды считаются препаратом № 1 в подавлении воспалительной реакции на механическое повреждение с обширной травмой глазных тканей, что нашло свое выражение в схемах послеоперационного ведения в эру механической экстракции катаракты и больших разрезов. Типичная схема применения глюкокортикоидов в виде субконъюнктивальных инъекций после операции экстракции катаракты с имплантацией зрачковой линзы:

- 1-я неделя — инъекция каждый день;
- 2-я неделя — инъекция через день;
- 3-я неделя — инъекция через два дня;
- 4-я неделя — инъекция через три дня.

Редки были случаи и общего применения глюкокортикоидов в виде кратковременных ударных доз (3-4 дня) или переход на

схему применения «per os» до 1 месяца после операции (Егорова Э.В., 1985). Такая мощная противовоспалительная терапия отражала высокий риск осложнений при данном уровне технологии (внекапсульный тип фиксации ИОЛ, качество самих ИОЛ и расходных материалов, применяемых во время операции). Однако накопленный опыт активного местного и системного использования глюкокортикоидов до сих пор используется при тяжелых увеитах и хирургической реабилитации пациентов с увеальной катарактой (Дроздова Е.А., Тарасова Л.Н., 2011).

В настоящее время основная форма применения стероидных препаратов — инстилляцией глазных капель (0,1% дексаметазон), которые начинаются с первого дня после операции до 4-6 раз в день и продолжают далее по различным схемам. Наиболее эффективны стероиды в профилактике и лечении послеоперационного ирита, иридоциклита, в профилактике макулярного отека их применение сдерживается риском повышения ВГД при длительном применении. Современная тенденция — сокращение времени инстилляций от традиционных 6 недель (по убывающей — с 6 до 1 раза по неделе) до 2 недель (по убывающей — с 4 до 1 раза по три дня). Длительность приема препарата зависит от риска развития побочных эффектов и исходного состояния гидродинамики глаза, степени хирургической травмы и наличия сопутствующей патологии роговицы (перенесенные кератиты, рубцы).

Побочные эффекты глюкокортикоидов:

- повышение внутриглазного давления (до 20% пациентов при инстилляциях в течение недели). Данное обстоятельство диктует пересмотр длительных схем стероидной терапии после факоэмульсификации на фоне глаукомы или отказ от них в пользу нестероидных капель;

– снижение репаративных процессов. Необходимо учитывать при одновременной факоэмульсификации и кераторефракционных операциях, а также «arcus senilis» и посттравматических рубцах;

– проинфекционный эффект за счет иммуносупрессии. Превышение в несколько раз длительности применения стероидов по сравнению с антибиотиками создает потенциально опасную ситуацию.

Современная факоэмульсификация — операция практически без хирургического стресса, поэтому обоснованность активного и продолжительного применения стероидов становится все менее очевидной, тем более при наличии эффективной альтернативы — нестероидных противовоспалительных средств.

Нестероидные противовоспалительные средства

В офтальмологической практике применяются препараты: индометацин (действующее вещество — индометацин), наклоф (действующее вещество — диклофенак), в зарубежной практике — окулар (действующее вещество — кетаролак). Главным и общим элементом механизма действия НПВС является угнетение синтеза простагландинов (ПГ) из арахидоновой кислоты путем ингибирования фермента циклоксиогеназы (ПГ-синтетазы) (рис. 5).

Эти препараты обратимо ингибируют циклоксиогеназу и таким образом снижают биосинтез простагландинов и тромбоксана. В последние годы установлено, что существует по крайней мере две разновидности циклоксиогеназы — I-го и II-го типа. Циклоксиогеназа-I образуется в обычных условиях и регулирует в организме образование простагландинов, обеспечивающих гастропротективное действие, способность тромбоцитов к агрегации в системе свертывания крови и контролирующих просвет сосудов и кровотоков в почках. Циклоксиогеназа-II является главным фактором, индуцирующим процесс воспаления. Большинство НПВС ингибируют обе циклоксиогеназы. Противовоспалительный эффект этих препаратов обусловлен угнетением циклоксиогеназы-II. Одновременное угнетение циклоксиогеназы-I приводит к развитию побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, вызывая образование язв, кровотечения, и, кроме того, нарушению функции почек и агрегации тромбоцитов. Выявленной селективностью по отношению к циклоксиогеназе-I обладает индометацин, умеренной — диклофенак (Drugs Therapy Perspectives, 2000).

НПВС подавляют преимущественно фазу экссудации. Наиболее мощные препараты — индометацин, диклофенак — воздействуют также на фазу пролиферации (уменьшая синтез коллагена и связанное с этим склерозирование тканей), но слабее чем на экссудативную фазу. На фазу альтерации НПВС практически не влияют. По противовоспалительной активности все НПВС уступают глюкокортикоидам, которые, ингибируя фермент фосфолипазу A₂, тормозят метаболизм фосфолипидов и нарушают образование как простагландинов, так и лейкотриенов, также являющихся важнейшими медиаторами воспаления.

НПВС эффективны в профилактике и лечении воспалительных осложнений в переднем (ириты, иридоциклиты) и заднем (макулярный отек) отрезках глаза.

Местные побочные эффекты от применения НПВС проявляются в поверхностной мелкоточечной эпителиопатии роговицы, которая уменьшается при снижении дозы и назначении протекторов роговицы. Возможны аллергические реакции,



Рис. 2. Механизм образования медиаторов воспаления



Рис. 3. Схема эффектов простагландинов



Рис. 4. Механизм действия стероидов



Рис. 5. Механизм действия НПВС

**Схема инстилляций п/воспалительных средств
при факоэмульсификации
с высоким риском воспаления**

До операции (за 2 дня)	НПВС, антибиотики
В день операции	НПВС, антибиотики
После операции	стероиды (2 недели) антибиотики (1 неделя) НПВС (4-6 недель)

НПВС — Индоколлин, Антибиотики — фторхинолоны 3.4 поколения

Рис. 6. Схема закапывания

вместе с тем системных осложнений, характерных для НПВС (желудочно-кишечные кровотечения, нарушение свертываемости крови), при инстилляциях НПВС не отмечаются.

Наибольший интерес представляет индоколлин, который обладает некоторыми очевидными преимуществами (исследования Assouline, Arnaud, Guidera, Yavas, Alpar):

- ✓ более эффективен в поддержании мидриаза;
- ✓ более синергичен со стероидами;
- ✓ лучше переносится при инстилляциях;
- ✓ меньший риск роговичных осложнений;
- ✓ более выраженный анальгетический эффект.

Возможные схемы комбинации стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов в послеоперационном периоде при факоэмульсификации

Монотерапия НПВС

Современная факоэмульсификация может считаться операцией с минимальным хирургическим стрессом, поэтому в случаях «чистой» (virgin) катаракты возможна терапия с использованием только НПВС. Как правило, она назначается (4 раза в день) за два дня до операции, в день операции и после операции в течение 4-6 недель. Обязательно проведение антибактериальной профилактики по описанной выше схеме (до, во время и после операции). За рубежом по схеме дважды в день начал применяться препарат Bromfenac, лекарственная форма которого содержит акселератор, ускоряющий проникновение активного вещества — индометацина — во влагу передней камеры.

Монотерапия стероидами

Несмотря на большую противовоспалительную активность, изолированное использование стероидных препаратов не может обеспечить полную профилактику воспалительных осложнений (особенно макулярного отека). Связано это с тем, что побочные эффекты стероидной терапии (в первую очередь, развитие вторичной гипертензии) ограничивают по времени безопасную длительность их применения — не более 4 недель. А в случаях с сопутствующей глаукомой длительность применения стероидов должна быть ограничена максимальным сроком до 2 недель.

Комбинация стероидов и НПВС

Наилучший вариант терапии стандартного послеоперационного периода. Суммация противовоспалительного эффекта, возможность ограничить до минимума срок применения стероидов и продлить по

необходимости применение НПВС позволяет обеспечить адекватную терапию больного после факоэмульсификации, а в сочетании с антибактериальной профилактикой инфекционного воспаления — максимально обеспечить неосложненное послеоперационное течение. Итоговая схема инстилляций при стандартном течении послеоперационного периода выглядит следующим образом: до операции — 4 раза в день НПВС за 2 дня, в день операции — 4 раза в день НПВС, после операции — 4 раза в день НПВС в течение 4-6 недель, стероиды по убывающей — каждые три дня с 4 до 1 раза в день (рис. 6). Постепенное уменьшение кратности инстилляций стероидов направлено не на профилактику синдрома «отмены», описанному при системном применении глюкокортикоидов, а на уменьшение их местных побочных эффектов.

Воспалительные осложнения послеоперационного периода

Послеоперационные воспалительные осложнения при факоэмульсификации можно условно разделить на воспаление переднего отрезка (ирит-иридоциклит-эндофталмит) и заднего отрезка (макулярный отек) глаза. В их патогенезе есть как общее (повышенная проницаемость увеального тракта и нарушение гематофтальмического барьера), так и отличия: значительная роль инфекционного агента в патогенезе первых и, как следствие, развитие воспалительной реакции в первые часы-дни после операции. Макулярный отек формируется постепенно, спустя недели после операции, как реакция на степень хирургической травмы.

К наиболее тяжелому осложнению в хирургии катаракты относится развитие воспалительной реакции в раннем послеоперационном периоде, основной формой которого является экзогенный и/или эндогенный (метастатический) эндофталмит, который по международной классификации с учетом тяжести заболевания может быть умеренно выраженной, тяжелой или крайне тяжелой формы. Есть определенная разница в оценке воспалительной послеоперационной реакции в отечественной литературе, в которой по мере тяжести процесса различают: ирит, иридоциклит, острый и хронический эндофталмит. Следует подчеркнуть, что в отечественной офтальмологической практике, в отличие от зарубежной, умеренно выраженный воспалительный процесс трактуется как послеоперационный иридоциклит (Вохмяков А.В. с соавт., 2007; Гусев Ю.А., 1995; Захарова Э.И., 1979; Сергиенко Н.М. с соавт., 2006; Хакимов А.М., 2008; Buratto L., 1997; Kaspar A., 2000; Lightman S., 2002).

Стабильная частота эндофталмита — 1,77% (по международной классификации) — при факоэмульсификации связана, по-видимому, с широкими показаниями к операции и имплантации ИОЛ в случаях осложненной катаракты при наличии тяжелой сочетанной патологии, увеличением общего количества операций, накоплением резистентности, улучшением статистики и другими факторами (Астахов С.Ю. с соавт., 2008; Гринина О.В. с соавт., 2009; Kahn R. et al., 2005).

Клиническая картина послеоперационного иридоциклита (умеренно выраженного эндофталмита по международной классификации) характеризуется появлением в первые сутки перикорнеальной или смешанной инъекции глаза, возможен отек роговицы (особенно при сопутствующей гипертензии), «густой» феномен Тиндаля вплоть до образования уровня (гипопиона) на дне передней камеры, возможны нити фибрина по зрачковому краю, на ИОЛ или фиксированные к операционным разрезам, рефлекс глазного дна сохраняется до тех пор пока воспалительный процесс локализован в переднем отрезке глаза. Пациенты могут жаловаться на болезненные ощущения и отмечают низкую остроту зрения, несоответствующую их дооперационным ожиданиям (рис. 7).

Лечение заключается в более интенсивном использовании антибиотиков и противовоспалительных средств:

- инстилляций фторхинолонов — до 8 раз в день;

- инстилляций 0,1% дексаметазона — до 6-8 раз в день. Возможен переход на форсированную схему инстилляций дексаметазона: каждые 15 минут в течение часа, затем каждый час в течение дня. По достижении эффекта (как правило, 1-3 дня) переходят на 6-8-разовое закапывание в день, постепенно отменяя препарат в течение 4-6 недель. Заменой форсированной схемы инстилляций могут быть субконъюнктивальные инъекции 0,5 мл дексаметазона до 2 раз в день до стихания процесса. Необходимо помнить о риске негативных последствий от инъекций (субъективных, гематомы и перфорации);

- учитывая напряженный режим применения стероидных препаратов, рекомендуется обеспечить профилактику вторичной гипертензии, для чего используются инстилляций β-блокаторов и ингибиторов карбоангидразы или их комбинация;

- инстилляций НПВС продолжают в обычном режиме, учитывая их синергетический эффект от комбинации со стероидами и меньшую противовоспалительную активность;

- инстилляций мидриатических и циклоплегических препаратов короткого действия для устранения спазма цилиарной мышцы и болевого синдрома, а также профилактики синехий (цикломед, тропикамид). Использование атропина нежелательно в связи с риском развития паралитического мидриаза на фоне послеоперационной воспалительной гипертензии.

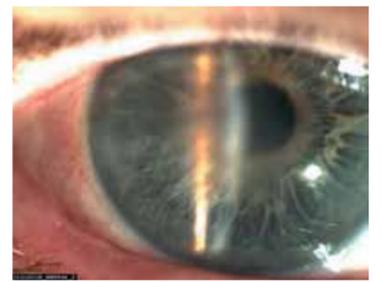


Рис. 7. Послеоперационный иридоциклит



Рис. 8. Послеоперационный эндофталмит

Чем раньше начато интенсивное лечение иридоциклита, тем больше шансов на быстрый и успешный результат, а также меньше риска дальнейшего прогрессирования процесса в эндофталмит. Именно поэтому еще раз обращается внимание на необходимость осмотра пациентов в первые часы и на первые сутки после операции, когда уже можно диагностировать некоторые отклонения от стандартного течения послеоперационного периода.

**Окувайт®
Лютеин форте**

Защита здорового зрения на долгие годы

С возрастом зачастую ухудшается зрение, становится труднее читать.

Это может быть признаком болезни — возрастной макулярной дегенерации (ВМД), которая, постепенно прогрессируя, часто приводит к утрате зрения у людей старше 50 лет. Этот процесс усугубляется из-за разрушительного воздействия ультрафиолета, курения или неправильного питания.

Рацион питания человека старшего возраста обычно далек от нормы, но даже сбалансированное меню с трудом может обеспечить потребность организма в веществах, важных для здоровья глаз.

В Ваших силах изменить ситуацию.

Клинические испытания доказали, что прием каротиноидов снижает риск развития ВМД, поэтому целесообразно их профилактическое назначение.*

Окувайт® Лютеин форте — это новый нутрицевтик, в одной таблетке которого содержится такое количество каротиноидов, витаминов и минералов, которое обеспечивает суточную потребность организма человека.

Теперь — всего одна таблетка в день, если больше не предписано офтальмологом.

Окувайт® Лютеин форте — еще и удобство применения!

*Возрастная макулярная дегенерация. Приложение к журналу «Офтальмологические ведомости». Издательство Н-Л, С.-Петербург, 2010.

BAUSCH+LOMB

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

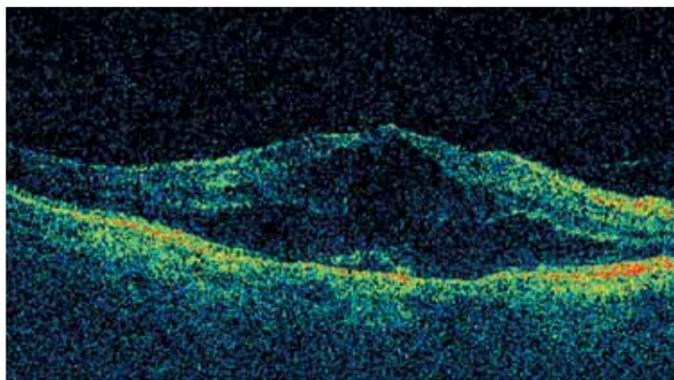


Рис. 9. Макулярный отек на оптической когерентной томограмме

Острый послеоперационный эндофтальмит характеризуется более тяжелым течением с вовлечением в процесс как переднего, так и заднего отрезков. Сроки его манифестации варьируют от 2 до 7 дней (описаны случаи развития и в первый день после операции)

в зависимости от вирулентности инфекционного агента, проводимой антибактериальной терапии и возможной резистентности к ней (рис. 8). Этот факт еще раз подчеркивает необходимость применения антибактериальной профилактики с использованием последних

поколений антибиотиков широкого действия (фторхинолоны 3-го и 4-го поколений), которая должна начинаться до операции и продолжаться во время ее и после — до 7 дней.

При сохранении предметного зрения рекомендована интенсивная антибактериальная терапия (субконъюнктивальные, внутривенные, интравитреальные инъекции) препаратов широкого спектра действия (ванкомицин, амикацин). В случае остаточного зрения (светощущение) при отсутствии эффекта от интенсивной антибактериальной терапии в течение нескольких (до 4-6) часов показано хирургическое вмешательство — витрэктомия.

Макулярный отек (более раннее название — «синдром Ирвина-Гаска») был описан после интракапсулярной экстракции катаракты с потерей стекловидного тела как тракционный синдром, приводящий к формированию кистовидного макулярного отека. Переход

на факоэмульсификацию (малый разрез с внутрикапсулярной фиксацией ИОЛ) привел к значительному сокращению его частоты (клинически значимое проявление — не более 4%).

Появление оптической когерентной томографии (ОКТ) позволило выявлять отечный процесс в макуле по увеличению толщины сетчатки. Таким образом, стала возможной доклиническая диагностика макулярного отека после факоэмульсификации, а также контроль за эффективностью и длительностью профилактики и лечения (рис. 9). Данные ОКТ доказали высокую эффективность НПВС (индоколлир) именно в профилактике данного осложнения, что учитывается в схеме назначения: от 2 дней до 1 недели в предоперационном периоде и от 6 до 8 недель после факоэмульсификации при высоком риске развития макулярного отека на фоне сахарного диабета, «влажной» формы ВМД и др. В случае неэффективной

медикаментозной профилактики и лечения макулярного отека следующим этапом может быть лазерное и эндовитреальное вмешательство с устранением преретинального тракционного синдрома.

Заключение

Современная технология факоэмульсификации при соблюдении всех технологических приемов — основа качественной реабилитации пациентов с катарактой. Медикаментозный аккомпанемент хирургического лечения играет значительную роль в профилактике избыточной воспалительной реакции на операционную травму. Предложенный подход и схемы профилактики и лечения воспалительных осложнений в хирургии катаракты позволили обеспечить благоприятное течение послеоперационного периода в собственной практике и, надеюсь, будут полезны уважаемым коллегам! ■

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

«Выпускной вечер» в Школе офтальмолога

15-16 марта 2012 года в Снегирях (Московская область, Россия) состоялась XI Всероссийская Школа офтальмолога-2012

11 лет подряд ранней весной в живописном месте Подмосковья открывает свои двери Школа офтальмологов для ведущих специалистов из разных регионов России от Владивостока до Калининграда. Эта конференция славится уникальным сочетанием глубокой научной программы и неформальным общением участников.

С каждым годом состав участников расширяется. Школа оправдывает свое название, так как опытные специалисты, корифеи российской офтальмологии, делятся своим научным и клиническим опытом с молодыми врачами, обмениваются с коллегами новыми научными данными. В этом году в работе Школы приняли участие более 350 человек.

В работе президиума в этом году приняли участие руководители большинства крупнейших офтальмологических учреждений: директор ФГБУ «НИИГБ» РАМН, доктор медицинских наук, академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов; заведующий кафедрой глазных болезней РГМУ, доктор медицинских наук, профессор Е.А. Егоров; научный руководитель ВШО, доктор медицинских наук, академик РАМН, профессор Л.К. Мошетьова; главный детский офтальмолог России, заместитель директора по научной работе МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, руководитель отдела патологии глаз у детей, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Л.А. Катаргина.

Компания «Промед Экспортс» ежегодно принимает участие в данном мероприятии. В этом году компания выступила в качестве генерального спонсора, что включало в себя не только участие в выставке и спонсорство ужина во второй день конференции, но и участие в работе Школы 23 врачей из 5 регионов России. Участие в конференции — это уникальная возможность представить компанию ведущим региональным специалистам.



Для компании «Промед Экспортс» Школа офтальмолога является знаковой конференцией. Прошел ровно год с лонча препарата Сигницеф (левофлоксацин 0,5%) и, подводя итоги, мы можем сказать, что на сегодняшний день данный препарат занял достойное место (6% доли рынка) в стартовой терапии в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний глаз. Оптимальные химические свойства препарата: широкий спектр действия препарата, низкие показатели резистентности к нему, высокая проникающая способность в ткани глаза, отсутствие токсичности на клетки — позволяют глазным каплям Сигницеф быть в числе препаратов выбора в лечении инфекционных заболеваний, что и подтвердили врачи из разных регионов России.

Первый день конференции по традиции был отведен глаукоме, по словам профессора Е.А. Егорова, «многообразному и коварному заболеванию». В докладах были затронуты вопросы патогенеза, освещены новые методы диагностики, медикаментозного, лазерного и хирургического лечения этого социально-значимого заболевания. В том числе большое внимание было уделено негласному спору среди специалистов: «Что лучше и эффективнее: бренды или дженерики?» По данным нескольких представленных исследований,

в настоящее время как бренды, так и дженерики имеют право на существование, и различия между ними скорее ощущают сами компании (с финансовой точки зрения), чем врачи, которые их назначают.

Второй день по традиции был полностью посвящен остальным заболеваниям переднего и заднего отделов глаза.

В рамках секции по офтальмологии переднего отдела глаза была актуализирована тема инфекционно-воспалительных заболеваний глаз. Неподдельный интерес вызвали два доклада. В первом докладе «Исследование микрофлоры конъюнктивальной полости и ее чувствительность к антибактериальным препаратам» его автором, Т.Н. Воронцовой (СПбГПА, Санкт-Петербург), были акцентированы вопросы по возрастному ограничению антибиотиков, по их рациональному использованию в лечении и профилактике инфекционно-воспалительных заболеваний. Были озвучены последние данные по резистентности. По данным исследования Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии, резистентность к левофлоксацину на сегодняшний день — одна из самых низких (около 10%), тогда как к тобрамицину и офлоксацину резистентность достигает 30%, т.е. практически треть пациентов могут быть не



На фото слева: заведующий кафедрой офтальмологии СПбГПМА, профессор В.В. Бржеский; заведующая детским отделением Самарской клинической офтальмологической больницы, главный детский офтальмолог Самарской области, к.м.н. О.В. Жукова; заместитель главы представительства «Промед Экспортс» в России О.А. Петров

На фото справа: главный врач МОКБ, профессор Е.Е. Гришина

Как отметила главный офтальмолог г. Москвы, академик РАМН, профессор Л.К. Мошетьова, прошло уже одиннадцать Школ, а это значит, что 2012 год стал своеобразным «выпускным вечером» для участников и для самой Школы! В развитие этой идеи компания «Промед Экспортс» подготовила ностальгическое слайд-шоу из фотографий, сделанных во время работы Школы офтальмолога в разные годы. Оно было показано на заключительном гала-ужине. Все участники, находившиеся в зале, имели возможность еще раз пережить события этих одиннадцати лет. И не было в этот вечер больше ни торжественных тостов, ни пафосных речей, все просто отдыхалось после насыщенной программы конференции.

Завершила свою работу XI Всероссийская Школа офтальмолога-2012... Закончены дискуссии, расставлены акценты и поставлены точки во многих вопросах. Врачи возвращаются домой, чтобы применить полученные знания в своих клиниках. Хотелось бы пожелать всем нам реализации намеченных планов.

Татьяна Потапова
Продакт-менеджер

Мария Русина
Руководитель
отдела маркетинга

В выступлении профессора В.В. Бржеского из Санкт-Петербурга была поднята проблема синдрома «сухого глаза».

Болезни слезной пленки — наиболее частая причина обращения пациентов к офтальмологу

Болезни слезной пленки или Болезнь «сухого глаза»?

Г.С. Полунин, Е.Г. Полунина

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

Рези, боли, чувство инородного тела, песка в глазах, а также неустойчивое (флюктуирующее) зрение — это типичные жалобы пациента с болезнью «сухого глаза» (БСГ) при неполноценной слезной пленке. Ощущения пациента часто бывают очень изнурительными, а назначаемое лечение при этом неэффективно, что заставляет его обращаться к врачу многократно. Офтальмологи порой недооценивают эти жалобы пациента и связывают их с личностными особенностями больного и часто направляют его на консультацию к невропатологу или даже к психиатру. Однако своевременная диагностика болезни «сухого глаза» и назначение адекватной терапии, включающей терапевтическую гигиену век с теплыми компрессами и самомассажем век, соблюдение зрительного режима — увеличение числа морганий, регулярные перерывы в процессе зрительной работы, слезозаместительная терапия, назначение противовоспалительной терапии при наличии показаний позволяют купировать жалобы пациентов и значительно улучшить качество их жизни.

В последние годы пациенты все чаще обращаются к офтальмологам с жалобами на дискомфортные ощущения в глазах и/или слезотечение. После осмотра и обследования, врач ставит диагноз «сухой глаз». У пациента возникает закономерный вопрос — почему «сухой глаз», ведь слезы же «текут ручьем»?

Впервые термин «сухой глаз» или «сухой кератоконъюнктивит» был предложен шведским офтальмологом Sjogren в 1933 году как один из триады признаков (ревматоидный артрит, ксеростомия, сухой кератоконъюнктивит) описанного им заболевания, названного впоследствии его именем. Sjogren установил закономерность сочетания сухости глаз и полости рта с полиартритом, и подчеркнул значение сухого кератоконъюнктивита как местного признака системного заболевания. Именно эти исследования стали началом углубленного изучения этого патологического состояния.

Работы Холли и Лемпа (1977) легли в основу концепции о трехслойной структуре слезной пленки и патогенеза развития синдрома «сухого глаза» (рис. 1).

Первоначально предполагалось, что развитие синдрома «сухого глаза» (ССГ) связано только с уменьшением объема продукции слезной жидкости, и именно поэтому термин «сухой глаз» отражал суть процесса и соответствовал клинической картине. В последующих многочисленных исследованиях различных авторов было показано многообразие этиологических факторов возникновения ССГ. Это, в первую очередь, блефариты и блефароконъюнктивиты, при которых объем водного компонента слезной пленки не уменьшается, а нестабильность слезной пленки может быть обусловлена нехваткой липидов или муцина.

Многие годы большая часть исследований была посвящена изучению сухости глаза при тяжелой иммунной патологии — синдроме Сьегрена. И только десятилетия спустя, выяснилось, что пациентов с уменьшением объема слезной жидкости, являющегося следствием аутоиммунного процесса, гораздо меньше (2-5%), чем пациентов, у которых изменение слезопродукции развивается на фоне нарушения секреции муцина и липидов (84-92%), связанных с изменением условий окружающей среды, повышенной зрительной нагрузкой, изменением питания.

Следует отметить, что у пациентов с нарушением секреции муцина (который продуцируется бокаловидными клетками конъюнктивы и роговицы, криптами Генле и клетками Бехера и Манца) и особенно липидов (продуцирующихся в основном мейбомиевыми железами, расположенными в толще века) далеко не всегда снижен объем слезопродукции. Однако ввиду разбалансированности состава слезной жидкости нет условий для формирования стабильной слезной пленки, которая может выполнять защитную, оптическую и трофическую функции.

Слезная пленка является первым барьером на пути агрессивных внешних факторов. Она играет **защитную роль** посредством бактерицидных и очищающих свойств, препятствует развитию инфекций и удаляет пылевые частицы, предупреждает от повреждения мелкими инородными телами роговицы.

Слезная пленка выполняет **оптическую функцию**. Для нормального функционирования роговицы как оптической линзы, ее поверхность должна быть идеально гладкой, сферичной, прозрачной. Это возможно только при том условии, если поверхность эпителия будет увлажнена, поскольку даже локальное высыхание эпителиальной выстилки в пределах 0,3 мкм² по площади и 0,5 мкм в глубину способно нарушить зрительное восприятие. Влажность и гладкость поверхности роговицы обеспечивается пререкорнеальной слезной пленкой при ее равномерном перераспределении по всей поверхности роговицы за счет мигательных движений век.

Слезная жидкость выполняет **трофическую функцию**: поверхность конъюнктивы и роговицы покрыта многослойным неороговевающим эпителием, который при нормальных условиях увлажняется слезной жидкостью. Это особенно важно для осуществления питания и оксигенации без сосудистой роговой оболочки.

В результате нарушений качества слезной пленки развиваются патологические процессы, сокращается время ее разрыва. В норме слезная пленка сохраняет сферичность при открытых веках не менее 10 секунд. При разрыве слезной пленки роговица «оголяется» и срабатывает рефлекторная дуга — роговичный рефлекс. Основная слезная железа впрыскивает в конъюнктивальную полость небольшой объем слезы, а моргания век ее равномерно распределяют по поверхности глаза, формируя на

следующий короткий период слезную пленку. При недостатке слезы пациенты отмечают «сухость» глаза, а при поступлении ее из слезной железы в достаточном объеме глаз становится влажным и может отмечаться слезотечение. Учитывая возникающее несоответствие жалоб пациентов и клинической картины (ведущей жалобой является слезотечение), с одной стороны, и названием заболевания — болезнью «сухого глаза», с другой стороны, нам кажется логичным заменить название «болезнь «сухого глаза» на термин «болезни слезной пленки», который более объективно отражает суть патологического процесса — нарушение качества слезной пленки, сокращение времени ее разрыва (менее 10 секунд).

Болезни слезной пленки (БСП) — это многофакторные заболевания слезной пленки и поверхности глаза, которые вызываются негативным воздействием внешних и внутренних факторов на поверхность глаза и, в первую очередь, на слезообразующие железы, вследствие чего нарушаются стабильность слезной пленки и ее функции — защитная, трофическая и оптическая. Болезни слезной пленки сопровождаются дискомфортными ощущениями в глазах и потенциальной возможностью снижения зрения.

Классификация болезней слезной пленки

На сегодняшний день существует множество классификаций болезни «сухого глаза». Все они основаны на разных признаках: этиологическом (системноорганная, блефароконъюнктивальная, роговичная, экзогенная формы (Г.С. Полунин с соавт., 2003)), признаку, определяющему объем слезопродукции (гипо-, нормо- и гиперсекреторные (Г.С. Полунин с соавт., 2003)). В соответствии с системой

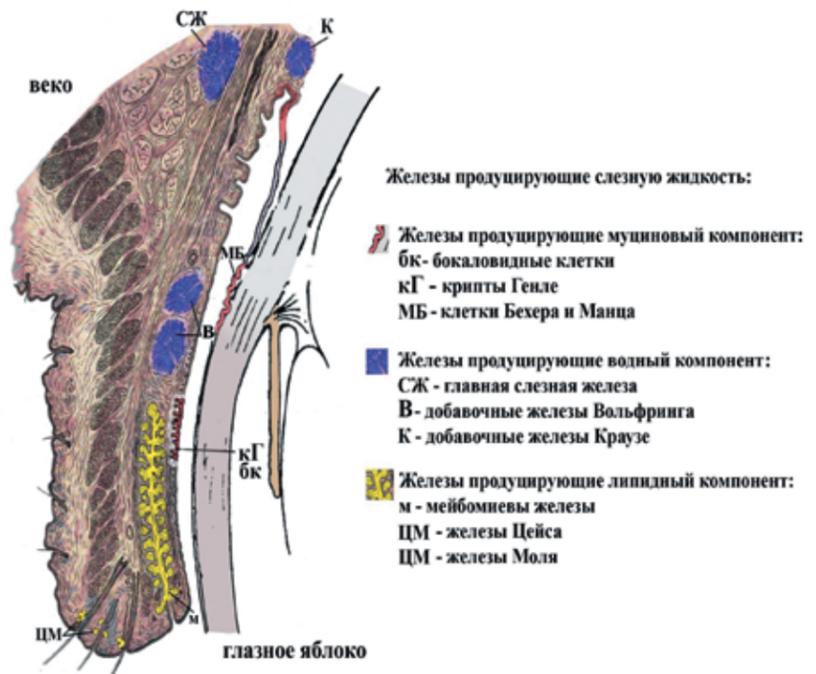


Рис. 1. Железы и железистые структуры, участвующие в образовании слезной жидкости (Г.С. Полунин, Е.Г. Полунина, 2007)

DEWS синдром «сухого глаза» классифицируется по 4 степеням тяжести. Первая степень — наименее выраженная симптоматика в отсутствие характерных признаков. Вторая степень — незначительный дискомфорт, возможны жалобы на зрительные симптомы, слабое покрасивание конъюнктивы и роговицы, включения в слезную пленку. Третья степень — выраженный дискомфорт, постоянные жалобы со стороны глаз, покрасивание роговицы в центральной зоне, возможно снижение остроты зрения. Четвертая степень — болезнь приобретает тяжелое течение, появляется нитчатый кератит, язвы и рубцы роговицы.

Особое место занимает классификация, основанная на патогенетическом признаке, утвержденная на международном конгрессе,

посвященном ССГ, так как именно она отражает механизм развития болезни. Согласно этой рабочей классификации, выделяют две основные формы болезни «сухого глаза». Первая — водodefицитная форма, и вторая — эвапоративная (испарительная), эвапорация — испарение (DEWS Report: A.Mission Completed. Ocul Surf. 2007).

Водodefицитная форма включает болезни слезной пленки, ассоциированные с синдромом Сьегрена и другими видами иммунной патологии. При этих формах нарушения функций слезной пленки происходят из-за воспалительных повреждений основной слезной железы и добавочных слезных желез. При этом резко уменьшается секреция водного компонента слезной пленки. Слезная пленка становится очень тонкой

ХИЛОМАКС-КОМОД®

раствор увлажняющий офтальмологический для лечения хронического и тяжелого течения ССГ (синдрома «сухого глаза»), для ускорения регенерации тканей в послеоперационном периоде



Максимальное увлажнение для Ваших глаз!

- Повышенная концентрация гиалуроновой кислоты 0,2%
- Значительное увеличение вязкости раствора Хиломакс-Комод для более интенсивного и длительного увлажнения
- Многоразовое использование, отсутствие консервантов (система «Комод»)



URSAPHARM
Arzneimittel GmbH

УРСАФАРМ Арцнайmittel GmbH
107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4.
Для корреспонденции: 129110, Москва, а/я 5.
Тел./факс: (495) 684-34-43. www.ursapharm.ru
E-mail: ursapharm@ursapharm.ru



Рис. 2. Биомикроскопические признаки болезни слезной пленки

и не способна равномерно покрывать поверхность глаза, следовательно не может выполнять свои функции. В итоге это приводит к возникновению дискомфортных ощущений у пациента, снижается зрение и развиваются дефекты в роговице.

Эвапоративная форма болезни «сухого глаза», согласно международной рабочей классификации, связана с повышенной испаряемостью слезы с поверхности глаза, обусловленной неполноценностью поверхностного липидного слоя слезной пленки. Чаще всего это бывает связано с дисфункцией мейбомиевых желез. К этой форме отнесены также случаи, связанные с пониженной влажностью воздуха в окружающей среде, с повышенной зрительной работой, например, работой на компьютере, и вследствие чего сокращается число морганий век в минуту. Это связано с тем, что акт моргания участвует в таких процессах, как выброс компонентов базальной секреции слезы, поддержание постоянства температуры глаза, формирование слезной пленки, обеспечивает нормальный отток слезы и очищает поверхность глаза.

К эвапоративной форме международная комиссия отнесла и случаи, в которых причиной нарушения слезопродукции является

применение глазных капель с консервантами, включая бензалконий хлорид, который разрушает муциновый слой слезной пленки, обеспечивающий ее сцепление с эпителием роговицы. Повреждение муцин-секретирующих клеток (бокаловидных клеток конъюнктивы и эпителия роговицы) происходит и в процессе ношения контактных линз, о чем свидетельствует их витальное окрашивание. На наш взгляд, это самостоятельная форма болезни слезной пленки — муцинодефицитная, связанная с деструкцией одного из слоев слезной пленки — муцинового.

Таким образом, мы выделяем третью форму БСП — муцинодефицитную, связанную с поражением муцинового слоя слезной пленки. Эвапоративную (испарительную) форму БСП, связанную с поражением липидного слоя, исходя из структуры слезной пленки логично назвать липодефицитной формой, тем самым связывая название с объектом патологических изменений в слоях слезной пленки.

Итак, при болезни слезной пленки мы выделяем три основные ее формы:

– **липодефицитная форма**, при которой нарушена структура поверхностного липидного слоя. Эта форма наблюдается при дисфункции мейбомиевых желез, при

болезнях век — мейбомитах, блефаритах различной этиологии, включая аллергические, инфекционные и демодекозные;

– **вододефицитная форма**, при которой отмечается дефицит внутреннего водного слоя слезной пленки, который обусловлен поражением основных слезных желез, чаще всего это иммуноопосредованные заболевания, включая синдром Шегрена;

– **муцинодефицитная форма**, при которой нарушена структура муцинового слоя слезной пленки и она не может обеспечить ее сцепление с поверхностью глаза и, в частности, с роговицей. Эта форма развивается при поражении бокаловидных клеток конъюнктивы и эпителиальных клеток роговицы и конъюнктивы, которые часто развиваются при ношении контактных линз, при инстилляциях глазных капель с токсическими консервантами и при приеме пациентами некоторых медикаментов.

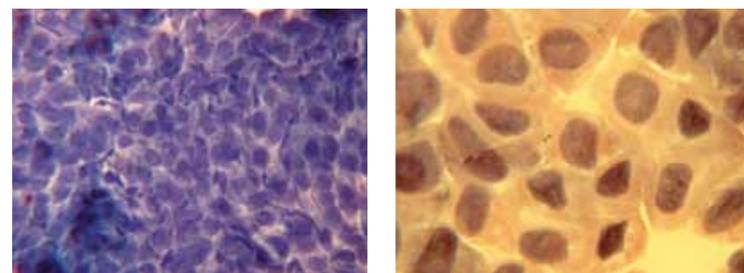
Конечно, клинические проявления болезней слезной пленки более сложны, а диагностические тесты на сегодняшний день пока не достаточно совершенны для точной дифференцировки каждой из этих форм, особенно муцинодефицитной. Нарушение структуры одного из слоев может провоцировать развитие нарушений в других слоях пленки, и поэтому они часто встречаются в комбинации. Тем не менее они существуют, и актуальной задачей является определение их диагностических критериев. Изменения продукции слезы неразрывно связаны с воспалительными процессами поверхности глаза — «красный глаз», поэтому диагностика этих заболеваний должна проводиться комплексно и включать анализ всех аспектов, связанных с изменением слезной пленки.

Диагностика болезни слезной пленки

В современных условиях проблема сухости глаза стоит особенно остро, это связано с резким ухудшением экологии окружающей среды и чрезвычайно возрастанием зрительной нагрузки, обусловленной стремительным техническим



Рис. 3. Тесты для обследования пациентов с нарушениями качества слезной пленки



- **Выраженная дистрофия с клеточным полиморфизмом**
- **Уменьшение количества или полное исчезновение бокаловидных клеток**
- **Повышенная десквамация поверхностного слоя клеток**
- **Кератинизация эпителия с локальной лейкоцитарной инфильтрацией**
- **Участки заместительной гиперплазии**

Рис. 4. Импрессионная цитология

прогрессом, сопряженным с необходимостью пользования компьютерной техникой, контактной коррекцией зрения и широким распространением кераторефракционных операций.

Диагностика болезни слезной пленки начинается с выяснения жалоб пациента и сбора анамнеза, который зачастую в постановке диагноза «синдром «сухого глаза» играет ключевую роль.

Жалобы пациентов:

- чувство жжения в глазах;
- ощущение «сухости» в глазах;
- покраснение глаз;
- зуд в области глаз;
- чувство инородного тела в глазах;
- ощущение утомления глаз, особенно при работе за компьютером;
- отек и покраснение в области век;
- неустойчивое «флюктуирующее» зрение (за счет нарушения слезной пленки, и, как следствие, потери гладкой рефракционной поверхности);
- слезотечение;
- светобоязнь;
- повышенная чувствительность к табачному дыму.

При сборе анамнеза очень важно обращать внимание на условия, в которых появляются или усиливаются вышеперечисленные жалобы, а также на наличие факторов риска.

Факторы риска развития синдрома «сухого глаза»:

- работа в офисных помещениях и длительные поездки в автомобиле (кондиционированный воздух, мониторное излучение);
- возраст пациентов старше 45 лет;
- наличие в анамнезе системных заболеваний (ревматоидные

заболевания, заболевания щитовидной железы, герпес, мононуклеоз, операции на тройничном нерве и др.);

• наличие в анамнезе травм, ожогов, глазных операций и воспалительных заболеваний глаз (блефариты, конъюнктивиты, кератиты и др.);

• применение лекарственных средств (бета-блокаторы, анальгетики, антихолинэргические препараты, антидепрессанты, пероральные контрацептивы, эстрогены, антимигренозные препараты и др.);

- ношение контактных линз;
- работа в условиях повышенного воздействия вредных факторов внешней среды (сухого воздуха, теплового излучения, пыли, газов или паров растворителей);
- воздействие табачного дыма, плавание в хлорированной воде.

Таким образом, все факторы риска можно условно подразделить на внешние и внутренние.

После сбора и анализа данных анамнеза необходимо проведение биомикроскопического обследования, в ходе которого особое внимание стоит обратить на наличие признаков синдрома «болезни слезной пленки»:

Биомикроскопические признаки БСП:

- состояние век (телангиоэктазии, эритема на коже век, дисфункция мейбомиевых желез, твердые пробки в их протоках, пенистые выделения, отек, гиперемия и деформация краев век (рис. 2); В норме слезная пленка способна при открытых веках сохранять сферичность в течение 10-15 секунд, после чего происходит ее разрыв. Восстановление сферичности слезной пленки происходит при моргании. Число морганий при нормальной слезной пленке не должно быть меньше

Глаумакс® — является аналогом простагландина F2α и селективным агонистом FP рецепторов.

Оказывает противоглаукомное действие.

- Для проведения симптоматической терапии у пациентов:
 - с открытоугольной глаукомой;
 - с повышенным офтальмотонусом.
- Эффект снижения внутриглазного давления путем увеличения внутриглазного оттока.
- Снижение внутриглазного давления начинается через 3-4 ч после введения препарата.
- Максимальный эффект - через 8-12 ч.
- Действие продолжается в течение не менее 24 ч.
- Не оказывает достоверного влияния на продукцию водянистой влаги и не влияет на гематоофтальмический барьер.



ФАРМСИНТЕЗ

ПРОИЗВОДСТВО АДС И ОРИГИНАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
(812) 329 8080 ФАКС: (812) 329 8089
INFO@PHARMSYNTEZ.COM WWW.PHARMSYNTEZ.COM
ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ: 8 800 200 99 11
(звонки по России бесплатны)

ОАО «Фармсинтез» владелец регистрационного удостоверения в РФ, ответственное за фармаконадзор, эффективность и безопасность ЛП Глаумакс®

ГЛАУМАКС®

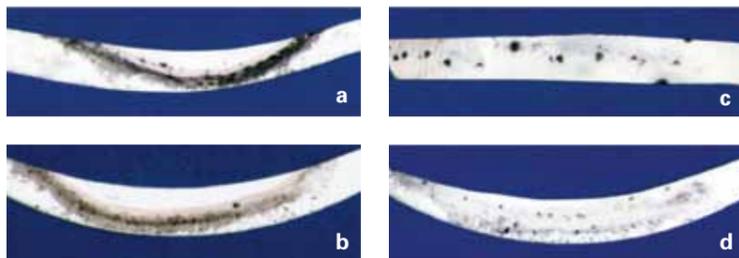
Безоблачный взгляд



Латанопрол
0,005 %



Рис. 5. Осмиевый тест



1. Полоски миллипорного фильтра прикладывают в проекции устьев выводных протоков мейбомиевых желез с легким надавливанием.
2. Затем полоску помещают в герметичный сосуд и экспонируют стандартное время в парах раствора осмиевой кислоты, являющейся маркером липидов.

Устья мейбомиевых желез открыты (a, b).
Устья мейбомиевых желез закупорены (c, d).

10-15 в минуту. При изменении ее качества, за счет нарушения в отдельных слоях, время сохранения сферичности может сокращаться до 1-2 секунд, и для восстановления ее целостности требуется не менее 60 морганий в минуту. При современном ритме жизни и зрительной нагрузке — это невозможно. В современных условиях, при очень высокой зрительной нагрузке, число морганий в минуту резко сокращается. И очень часто происходит дисбаланс между разрывом прероговичной слезной оболочки и восстановлением ее сферичности. Роговица «оголяется», ее поверхностные нервы очень чувствительны и после этого реагируют даже на соприкосновение с воздухом, который в свою очередь усиливает испарение и вызывает болезненные ощущения в глазу и окружающих областях. Более того, из-за нарушения сферичности при разрыве слезной оболочки пациенты отмечают нарушение зрения, которое становится флюктуирующим. На короткие промежутки времени оно становится ясным, но вдруг снова все предметы видятся как через «неровные круги воды». Это пугает пациентов. Они в тревоге обращаются к офтальмологам, а те часто не могут разобраться в чем причина, направляют этих пациентов к невропатологам или даже психиатрам. Хотя причина таких нарушений — чисто офтальмологическая. В слезе обнаружены липиды практически всех основных типов, в подавляющем большинстве это триглицериды, эфиры холестерина, и в меньшем количестве диглицериды, моноглицериды, свободные жирные кислоты, холестерол и фосфолипиды. При этом холестерол содержится в количестве 200 мг%, так же как и в крови, и поступает в кровь в составе α - и β -липопротеинов. При нормальной температуре тела все фракции липидов, секретруемых мейбомиевыми железами, находятся в жидком состоянии и легко эвакуируются на маргинальные края век. Однако некоторые фракции липидов становятся твердыми при температуре 35,8° по Цельсию. Температура краев век в норме не превышает 36,0°, а при открытых веках, при снижении числа морганий в минуту, температура краев век может снижаться до 34,4° и ниже. Снижение температуры краев век приводит к образованию пробок в устьях и протоках мейбомиевых желез и нарушению эвакуации секрета наружу. Застой циркуляции секрета является благоприятным условием для развития клещей и инфекций. Для устранения условий, способствующих образованию пробок в мейбомиевых железах, необходимо соблюдать определенные гигиенические меры:

1) соблюдать зрительный режим работы и не ограничивать число морганий в минуту;

2) очищать края век с помощью специальных средств (блефарошампуня, блефарогелей, блефаролосьона и блефаросалфеток);

3) делать согревающие компрессы на веки для разжижения секрета в протоках мейбомиевых желез;

4) проводить массаж век для эвакуации секрета.

Основной функцией липидного слоя является поддержка стабильности слезной пленки за счет задержки ее испарения. Наблюдается прямая зависимость состояния водянистого слоя от количества и плотности (сбалансированности) липидного слоя, так при уменьшении стабильности липидного слоя скорость испарения влаги увеличивается. При дисфункции мейбомиевых желез липидный слой слезной пленки становится неполноценным, из-за чего страдает качество слезной оболочки, сокращается время ее разрыва. Дисфункция мейбомиевых желез и, как следствие, повышенная испаряемость слезы и разрушение слезной оболочки приводят к развитию воспаления поверхности глаза;

- состояние конъюнктивы (конъюнктивальная инъекция; образование конъюнктивальных складок, параллельных краю века — патогномоничный признак БСП — чаще всего видны в нижнем наружном квадранте);

- состояние эпителия роговицы (наличие участков «сухости» эпителиального покрова, эпителиопатия в виде шероховатости эпителия, дистрофические очаги, неоваскуляризация, рубцы роговицы);

- состояние слезной пленки (равномерность покрытия роговицы слезной пленкой после моргания, наличие включений в виде мелких комочков, образование пены, нитей).

Данные литературы свидетельствуют о том, что при водodefицитной форме БСП пациенты отмечают усиление неприятных ощущений в течение дня, так как из-за хронической нехватки водного компонента слезы возникает нарастающее ощущение инородного тела. При липодефицитной форме пик неприятных ощущений приходится на утро вследствие образования аномальных липидов, которые в течение ночи накапливаются и вызывают у пациента чувство жжения. Часто при липодефицитной форме у пациентов определяются аспе vulgaris или rosacea.

Особое место в диагностике болезни слезной пленки занимают тесты, оценивающие слезопродукционную систему. В настоящее время общепринятым стандартом обследования пациента с нарушениями качества слезной пленки являются следующие тесты:

- тест Ширмера — дает представление о количестве базальной секреции слезы;

- высота слезного мениска — также характеризует базальную секрецию;

- время разрыва слезной пленки (проба по Норну) — качественный показатель ее состояния;

- витальное окрашивание роговицы и конъюнктивы — характеризует качество, степень и стадию болезни слезной пленки (рис. 3);

- компрессионная проба — оценивает уровень секреции и качество секрета мейбомиевых желез;

- импрессионная цитология — характеризует наличие воспаления в конъюнктиве (рис. 4);

- конфокальная микроскопия — позволяет определить ранние патологические изменения в роговице (повышенная десквамация поверхностных клеток эпителия, уменьшение ядерно-цитоплазматического отношения, гиперрефлексивные включения, повышенный полиморфизм эпителиальных клеток, ступенчатость межпластинчатых структур, отдельные бесклеточные зоны).



Номограмма толщин слезной пленки по цветам интерференции для коэффициента преломления $n=1,46$

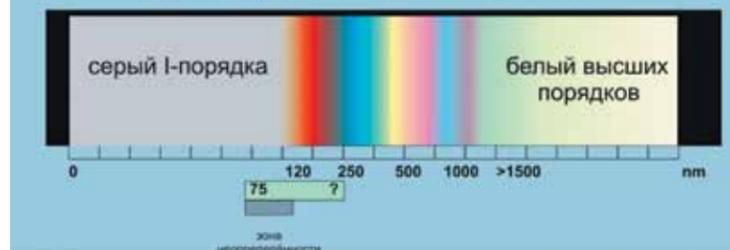


Рис. 6. Тиаскопия — интерференционная картина липидного слоя слезной пленки

ческого отношения, гиперрефлексивные включения, повышенный полиморфизм эпителиальных клеток, ступенчатость межпластинчатых структур, отдельные бесклеточные зоны).

К новым и пока еще не получившим широкого распространения относятся методы:

- осмолярметрия — характеризует осмотическое качество слезы (измеряется осмолярометром);

- осмиевый тест — характеризует состояние устьев и выводных протоков мейбомиевых желез, количество липидного секрета

на реберных краях век (рис. 5). Осмиевый тест разработан в ФГБУ «НИИГБ» РАМН (авторы — акад. РАМН, проф. С.Э. Аветисов, проф. Г.С. Полунина, А.А. Федоров, Е.Г. Полунина, М.К. Пимениди);

- тиаскопия — качественные характеристики слезной пленки, особенно липидного слоя (рис. 6). Тиаскопия имеет оригинальную конструкцию, разработанную в ФГБУ «НИИГБ» РАМН (авторы — д.м.н. Г.Б. Егорова и в.н.с. И.А. Новиков).

Продолжение следует

Систейн® Ультра

Верните комфорт и качество зрения Вашим пациентам

Систейн® Ультра

достоверно улучшает качество зрения и обеспечивает длительный комфорт в течение дня^{1,2}

ООО «Алкон Фармацевтика»
109004 Москва, Россия, ул. Николоямская, 54
Тел.: +7 (495) 258 52 78 Факс: +7 (495) 258 52 79

1. Gail TurkKilbom "The effects of lubricant eye drops on visual function as measured by the inter-blink interval Visual Acuity Decay test" Clinical ophthalmology 2009;3:501-506 (Сайт Томского «Визуальные рекомендации» Глазные капли на критической функции, изменяют по уменьшению остроты зрения в интервале времени между морганиями». Клиническая офтальмология, 2009;3:501-506).
2. V.L. Pevco, MD "Systein Ultra: designed to deliver the ultimate in comfort and protection" 2008 (Вектор Певко МД «Систейн Ультра: созданы для максимальной защиты и комфорта». 2008).

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

АСФЕРИЧЕСКАЯ ОПТИКА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ПОВЫШЕНИЮ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

Герри Кейрнс /Gerry Cairns/

Когда пациенты с нарушениями рефракции обращаются к офтальмологу для подбора средств коррекции зрения, в преобладающем большинстве случаев им выписывают очки. Возможно, это связано с тем, что очки являются наиболее простым и быстрым методом коррекции зрения, так как особого обучения их использованию не требуется (Cochrane GM, du Toit R, Le Mesurier RT. Management of refractive errors. *BMJ*. 2010;340:1711). Кроме того, специалисты могут считать, что очки, по сравнению с мягкими контактными линзами, в большинстве случаев позволяют достичь максимальной остроты зрения. В пользу этого свидетельствуют клинические исследования, в которых была упомянута возможность снижения остроты зрения и контрастной чувствительности при ношении мягких контактных линз (Cox I, Holden BA. Soft contact lens-induced longitudinal spherical aberration and its effect on contrast sensitivity. *Optom Vis Sci*. Sep 1990;67(9):679-683; Wachler BS, Phillips CL, Schanzlin DJ, Krueger RR. Comparison of contrast sensitivity in different soft contact lenses and spectacles. *CLAO J*. Jan 1999;25(1):48-51); однако такое отношение к контактным линзам с современным усовершенствованным дизайном часто не обосновано.

Острота зрения: сравнение очков и мягких контактных линз

В исследовании, в котором участвовали пациенты с миопией (с остротой зрения -0,25 до -6,00 дптр; астигматизм от Plano до -0,75 дптр) без опыта ношения контактных линз, проводилась сравнительная оценка контактных линз PureVision² High Definition (PV2HD) и иной наилучшей сфероцилиндрической коррекции (с которой достигается наивысшая острота зрения). В исследовании участвовали испытуемые от 12 лет с астигматизмом менее 1,00 дптр, давшие информированное согласие на участие в исследовании (или разрешение, если это применимо). Исследование было одобрено Юго-западной организацией независимого экспертного совета. Все испытуемые проходили оценку остроты зрения по шкале logMAR в наилучших сфероцилиндрических очках. Во время трех заданных визитов (на момент раздачи, а также через одну неделю и один месяц) острота зрения также оценивалась в контактных линзах PV2HD. Оценки по шкале logMAR конвертировались в эквивалент по Снеллену, после чего проводился анализ доли испытуемых, достигших результатов выше 20/20 (стандартная оценка), между изучаемыми методами коррекции зрения.

У 229 завершивших исследование испытуемых в целом была определена отличная острота зрения, у 90% она составляла 20/20 или выше как при ношении наилучших очков, так и при ношении контактных линз PV2HD. Согласно результатам сравнения остроты зрения всех пациентов из исследования, статистически значимых различий доли испытуемых с остротой зрения выше 20/20 между контактными линзами PV2HD и наиболее подходящими очками во время всех визитов определено не было (р-значение > 0,113 для каждого из визитов). Однако после разделения испытуемых на подгруппы без астигматизма (от Plano до -0,25 дптр; n = 312) и с легким астигматизмом (от -0,50 до -0,75 дптр; n = 146) стала намечаться интересная тенденция. В группе с цилиндрической коррекцией от нуля до -0,25 дптр во время визитов через одну и четыре недели значительно большая часть пациентов с остротой зрения выше 20/20 склонялась в пользу контактных линз PV2 HD (р-значение < 0,05 в обоих случаях; рис. 1).

При назначении пациентам различных средств коррекции зрения мы должны стремиться к пониманию их нужд. Рекомендации по различным методам коррекции зрения должны выноситься с учетом потребностей наших пациентов. Недавно было завершено международное исследование с участием 3 800 потребителей средств коррекции зрения, в котором выяснялось их отношение к различным методам коррекции. Пациентам было предложено дать оценку 40 возможным характеристикам средств коррекции зрения, включая остроту зрения, комфорт и удобство ношения. Лидирующими в этом перечне оказались параметры остроты зрения и связанные с этим характеристики (первые 6 из 7 лидирующих позиций) (Needs, Symptoms, Incidence, Global eye Health Trends (NSIGHT) Study. Market Probe Europe. December 2009). При этом пациенты с разными типами нарушений рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм или пресбиопия) давали похожие ответы.



Рис. 1. Процентная доля испытуемых с астигматизмом от 0 до -0,25 дптр, у которых была измерена острота зрения выше 20/20 в наилучших очках во время исходной оценки и линзах PV2HD во время оценки при раздаче, через 1 и 4 недели



Рис. 2. Среднее значение сферических aberrаций в популяции и выраженность сферических aberrаций, индуцированных контактными линзами со сферической поверхностью различной оптической силы

Для пациентов с более выраженным астигматизмом (0,50 или 0,75 дптр) метод сфероцилиндрической коррекции давал более высокие результаты, однако различие было значимым только во время визита через одну неделю (р-значение < 0,05).

Асферические контактные линзы

Высокой остроты зрения при ношении контактных линз PV2HD, которая была определена в упомянутом исследовании, может способствовать дизайн линз PureVision², основанный на асферических оптических элементах. Асферические линзы используются в плановом порядке для коррекции сферических aberrаций в оптических системах

высокого разрешения, таких как микроскопы и телескопы. Асферическая поверхность контактных линз корректирует сферические aberrации глаза (средний уровень + 0,15 мкм в популяции) (Porter J, Guirao A, Cox IG, Williams DR. Monochromatic aberrations of the human eye in a large population. *J Opt Soc Am A Opt Image Sci Vis*. Aug 2001; 18(8):1793-1803; Thibos LN, Hong X, Bradley A, Cheng X. Statistical variation of aberration structure and image quality in a normal population of healthy eyes. *J Opt Soc Am A*. Dec 2002;19(12):2329-2334); однако важно понимать, что обычные сферические контактные линзы сами зачастую формируют сферические aberrации. Выраженность сферических aberrаций при использовании стандартных сферических линз зависит от их оптической силы (рис. 2) (Cairns G.

Enhancing contact lens design for complete performance. *Optician*. 2007(February):14-16). В идеале контактные линзы с асферической поверхностью должны корригировать собственные сферические aberrации глаза, а также aberrации, индуцированные контактными линзами, независимо от их оптической силы. Это касается также линз, предназначенных для коррекции астигматизма.

Сравнение контактных линз с асферической и сферической поверхностями

Для сравнительной оценки остроты зрения по высококонтрастной шкале и выраженности сферических aberrаций при использовании сферических и асферических мягких контактных линз была проведена серия из четырех исследований двух контактных линз из силикон-гидрогеля (balafilcon A с асферической поверхностью и senofilcon A с сферической поверхностью). В отдельных исследованиях изучались линзы одной оптической силы (+3,00 дптр, -1,00 дптр, -5,00 дптр и -9,00 дптр). Исходно оценивалась выраженность сферических aberrаций: сначала после расширения зрачка до 6 мм с помощью абберометра ZywaveTM, а затем в контактных линзах. Также по высококонтрастной шкале logMAR с диафрагмой 6 мм проводилась оценка остроты зрения в контактных линзах.

Во всех четырех исследованиях было определено статистически значимое различие картины снижения выраженности сферических aberrаций для разных типов линз. Линзы из материала balafilcon A с асферической поверхностью снижали среднее значение сферических aberrаций на 0,136 мкм, тогда как линзы из материала senofilcon A со сферической поверхностью снижали этот показатель только на 0,054 мкм.

Как следствие этого, для линз из материала balafilcon A и материала senofilcon A было определено статистическое значимое различие остроты зрения, измеренной по высококонтрастной шкале в условиях высокой освещенности (р-значение < 0,001). В среднем острота зрения в линзах из материала balafilcon A с асферической поверхностью, по сравнению с линзами из материала senofilcon A со сферической поверхностью, была выше (на 3,5 знака по шкале logMAR). Аналогично, при отдельном рассмотрении линз с оптической силой -9,00 дптр, -5,00 дптр и +3,00 дптр было показано, что в линзах из материала balafilcon A удавалось достичь значительно более высокой остроты зрения (на 4,5 знака, 3,5 знака и 6,5 знаков, соответственно; р-значение < 0,5 в каждом случае).

Асферическая оптика может способствовать повышению остроты зрения

Снижение выраженности сферических aberrаций может способствовать повышению остроты зрения (Piers PA, Manzanera S, Prieto PM, Gorceix N, Artal P. Use of adaptive optics to determine the optimal ocular spherical aberration. *J Cataract Refract Surg*. Oct 2007; 33(10):1721-1726). В упомянутой серии исследований было показано, что асферическая поверхность контактных линз значительно уменьшает выраженность сферических aberrаций оптической системы глаза, по сравнению с традиционной сферической оптикой. Кроме того, продемонстрирована более высокая острота зрения в линзах из материала balafilcon A с асферической поверхностью, по сравнению с очками и мягкими контактными линзами с традиционной сферической поверхностью. В популяции с легким астигматизмом или без него доля пациентов с остротой зрения более 20/20 на 10% выше при ношении контактных линз PV2HD, по сравнению с наилучшими очками. Учитывая важность показателя остроты зрения как критерия выбора средств его коррекции, в случаях, когда это целесообразно, пациентам следует рекомендовать ношение контактных линз с асферической поверхностью. ■

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ*

Ю.С. Астахов

Заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова

Тема, которая досталась мне, довольно сложна, потому что изучение глаукомы, как и изучение любой другой проблемы, идет скачкообразно: на определенном этапе случаются прорывы, затем исследования на некоторое время затихают, происходит осмысление, детализация. Потом процесс повторяется. Сегодняшнее выступление я подготовил на основе материалов конференций, симпозиумов, в которых мне довелось принять участие за последние год-полтора.

Попробуем оценить положение дел, существующее сегодня в лечении глаукомы.

Во-первых, с точки зрения финансов.

В 2010 году в РФ было потрачено 1 млрд 665 млн рублей или 1558 рублей на лечение пациента. Это совсем немного, если учесть, что лечение этого заболевания только простагландинами требует от 26 до 32 тыс. рублей в год. При этом, несмотря на, казалось бы, значительные расходы, по данным Всероссийского общества слепых, на каждого вновь ослепшего человека в год требуется 1 млн 10 тыс. рублей. Так что перед нами стоит очень непростая задача — правильно распорядиться имеющимися средствами.

Что касается значимости проблемы глаукомы в нашей стране.

Практически по всем регионам России глаукома занимает первое место среди причин слепоты и инвалидности по зрению. С 1997 по 2005 годы первичная инвалидность выросла с 14 до 29%, а в Северо-Западном регионе она составляет 30-37% от всей инвалидности по зрению.

Можно ли что-то предпринять в этой ситуации? Прежде всего, мы должны помнить, что до 75% случаев слепоты вследствие глаукомы можно было предотвратить при правильном диспансерном наблюдении и эффективном лечении.

Местная консервативная терапия занимает ведущее место в комплексе лечебных мероприятий.

Что же нового мы имеем в лечении этого заболевания? Моя лекция будет состоять из нескольких частей. Первое, на чем бы я хотел остановиться, это новые консерванты, которые должны заменить бензалкония хлорид, используемый в настоящее время в большинстве препаратов. Затем я расскажу о препаратах без консервантов, о новых способах введения препаратов. Здесь я подробнее остановлюсь на лиофилизатах, на достаточно известной системе «КОМОД», расскажу о новой системе «АБАК», также речь пойдет и о различных имплантах.

Разумеется, я расскажу и о новых препаратах, появившихся на нашем рынке. В первую очередь, это α_2 -селективный блокатор в виде Бримонидина, комбинированные препараты: Дуотрав, Азарга, Ганфорт, различные дженерики.

Как известно, в мире идут постоянные научные исследования по глаукоме, которые приводят к появлению принципиально новых лекарственных препаратов.

В составе 9-ти центров по всей России мы принимали участие в испытаниях теперь уже хорошо известного препарата — Тафлупроста фирмы «Сантен». Появились простагландины нового поколения, в частности, Бутапрост, который воздействует уже не на рецепторы $F_{2\alpha}$, а на рецепторы к простагландинам группы E, и, наконец, появился новый класс препаратов, их еще называют лекарствами XXI века, это ингибиторы Рокиназы, или так называемые Рок-ингибиторы. Это препараты будущего. Теперь давайте рассмотрим все эти проблемы последовательно.

Консерванты

Мы знаем, что функция консервантов заключается в повышении проницаемости эпителиальных клеток конъюнктивы и роговицы, то есть они способствуют проникновению вещества внутрь глаза, причем иногда очень значительно. Кроме того, консерванты обеспечивают антибактериальную защиту препарата и его сохранность в течение длительного времени. Основные виды консервантов — это металлоорганические соединения ртути, которые сейчас не используются, органические соединения, сложные эфиры «парабены», которые применяются в ряде препаратов. Чаще всего в качестве консервантов используются соли четвертичных аммониевых соединений, это бензалкония хлорид, а также новый консервант, «поликвад», который значительно менее токсичен, чем бензалкония хлорид. Существует также и целый ряд других, менее известных нам консервантов. Если говорить о консервантах, которые пришли к нам на рынок, следует упомянуть стабилизированный оксихлороксом, так называемый «пурит», который в эксперименте не проявил цитотоксичности; эффективен он в очень низких концентрациях, на свету разлагается на кислород и воду. Именно этот консервант применяется в новых препаратах, поступивших на наш рынок от фирмы «Аллерган». Еще один новый консервант, который, к сожалению, не соответствует требованиям Российской Федерации, но из-за границы иногда привозят препараты фирмы «Алкон», в которых используется этот консервант. Называется он Sofzia, в частности, на этом консерванте сделаны некоторые виды Траватана. Если говорить о «поликваде», это также производное четвертичного аммония, он показал значительно меньшую цитотоксичность по сравнению с бензалкония хлоридом, о чем говорят результаты многих экспериментальных и клинических исследований. «Поликвад» уменьшает потерю бокаловидных клеток конъюнктивы и не вызывает значительного снижения продукции слезы. При использовании этого консерванта роговица не окрашивается флуоресцеином, что происходит при некоторых концентрациях бензалкония хлорида.

Гипотензивные капли без консервантов

По данным европейского интернет-опроса, 97% офтальмологов согласны с тем, что гипотензивные капли без консервантов улучшают соблюдение режима больными глаукомой. Основной причиной этого, естественно, является фактор

комфорта со стороны органа зрения. Глазные капли без консервантов уже появились на отечественном рынке. Кому и когда назначаются глазные капли без консерванта? В первую очередь, пациентам с уже имеющимися проявлениями синдрома «сухого глаза» или аллергии; при плохой переносимости обычных гипотензивных препаратов, а также «кандидатам» на оперативное лечение, поскольку именно консерванты повышают готовность конъюнктивы к рубцеванию и, в значительной степени, способствуют тому, что вы сводите на «нет» эффект гипотензивной операции. Ну и, наконец, больным, получающим комбинированную терапию, когда они должны закапывать несколько препаратов из разных бутылочек и тем самым повышать общую дозу консервантов.

Новые способы введения препаратов

Вы, очевидно, знаете систему под названием «КОМОД» (Continuous Mono Dose), которая дает возможность использовать капли Тимолола. Тимолол-ПОС был исследован, в частности, и в нашей клинике. При этом использовались различные методы определения состояния конъюнктивы: Конфоскан и Ростовский конъюнктивальный

модуль к НРТ. В результате было показано, что препарат хорошо переносится больными и вызывает значительно меньшие изменения конъюнктивы, чем Тимолол с консервантом.

Система «АБАК» (свободная от бензалкония хлорида) также является дозатором для длительного применения. Равно как и «КОМОД», система способна в течение 6-ти недель давать стерильный препарат, капля всегда получается одинакового объема. Существует мнение, что «АБАК» более удобен в употреблении больными. В некоторых странах уже продаются аналоги простагландинов, не содержащие консервантов или не содержащие бензалкония хлорида, в частности, Тафлупрост в виде одноразовых монодоз (я думаю, что скоро мы получим такой же препарат у нас) и не содержащий бензалкония хлорида Травопрост во флаконах-капельницах с консервантом Sofzia.

Семь центров проводили двойное слепое сравнительное исследование препарата Тафлупрост с содержащим консервант препаратом Латанопрост. Исследования были проведены достаточно тщательно, и мне приятно, что зарубежные коллеги дали очень высокую оценку работе наших экспертов. В результате было показано, что

практически все неблагоприятные проявления, побочные эффекты со стороны Латанопроста на консерванте значительно уменьшались, если применялся Тафлотан, то есть препарат Тафлупроста, не содержащий консервант. Значительно менее выражены были и глазные симптомы: слезотечение, жжение, «сухой глаз» и т.д.

Однако глазные капли не всегда нас устраивают. Во-первых, из-за короткого контакта с поверхностью глаза количество абсорбированного лекарственного препарата составляет меньше 1%. Это ведет к необходимости повышения концентрации препарата и увеличения числа закапываний или использования каких-либо добавок, которые пролонгируют контакт препарата с роговой оболочкой. Недостатки обычных глазных капель сводятся также к аллергии, к местным и системным побочным эффектам, к возможности травмирования глаза капельницей, ее загрязнения, недостаточной биодоступностью и стабильностью действующего вещества. К недостаткам также относится отсутствие точного дозирования препарата, а ведь мы с вами прекрасно знаем, что конъюнктивальный мешок может вместить только 7 микролитров, в то время как в любой капле содержится не менее 25-30 микролитров.

ALLERGAN
ophthalmology

Ганфорт **Альфаган® P**

Ваша цель: Контроль глаукомы и предотвращение прогрессирования заболевания¹

Наши возможности: Инновационный спектр эффективных препаратов для контроля глаукомы^{2,3}

Рисунок № ЛСР-007278/10

Рисунок № ЛСР-008990/10

Сообщения о нежелательных явлениях следует отправлять в адрес компании ООО «Аллерган СНГ САРЛ» Россия по телефону +7 (495) 778-98-25 или по электронной почте: MW-MedInfo@Allergan.com Телефонный центр: 8-800-250-98-25 (бесплатно по России)

Ганфорт® (биматопрост 0,3 мг/мл + тимолол 5 мг/мл), капли глазные – ЛСР-007278/10, Аллерган Фармасьютикалз Айрлэнд, Ирландия
Альфаган® P (бримонидин, 0,15%), капли глазные – ЛСР-008990/10, «Аллерган, Инк», США
Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению
ООО «Аллерган СНГ САРЛ»: Российская Федерация, 109004, г. Москва, ул. Станиславского, дом 21, строение 2, тел.: +7 (495) 974 03 53, www.allergan.com

1. EGS Guidelines. III Edition, 2008
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Альфаган® P ЛСР – 008990/10
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Ганфорт® ЛСР – 007278/10

RU/0030/2012

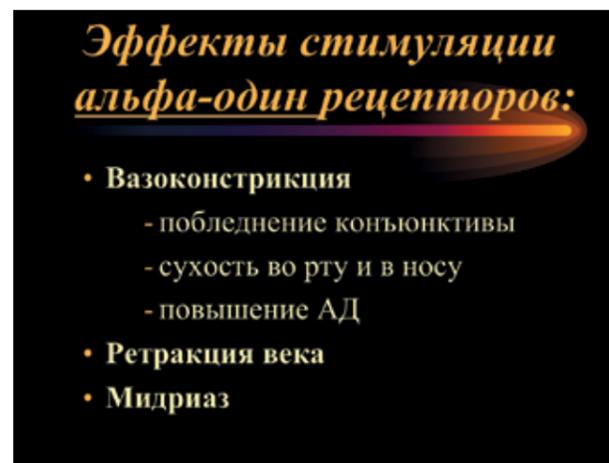
* Стенографическая запись, сделанная во время проведения конференции «Глаукома: теория и практика». 24 февраля 2012 г., Санкт-Петербург.



Слайд 1.



Слайд 2.



Слайд 3.

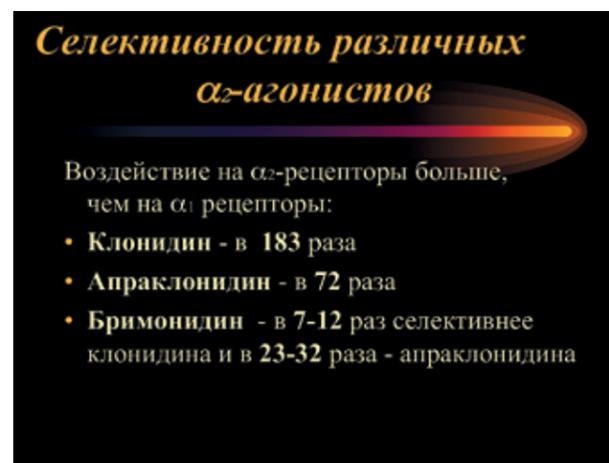


Слайд 4.

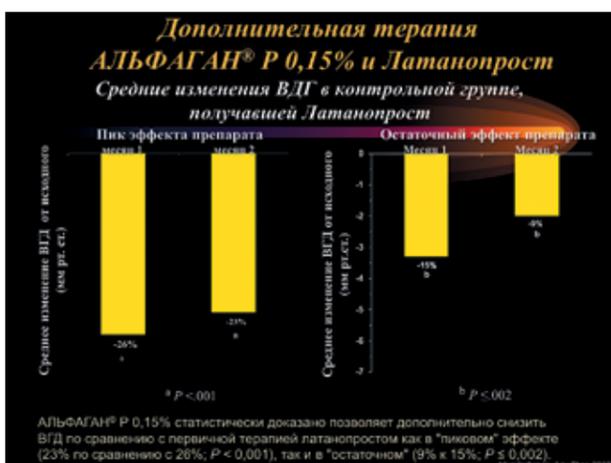
Симпатомиметические препараты (адренергические агонисты)

Действующее вещество	Концентрация	Действительность (по шкале)	Снижение продукции ВГЖ	Усиление оттока ВГЖ	Действие на ресничную мускулатуру	Действие на цилиарную мускулатуру
Неселективные α- и β-адренергические агонисты						
Эпинефрин (адреналин)						
- адреналин	0,1% - 2%	12	+	++	мидриаз	-
- дипивефрин	0,1%	12	+	++	мидриаз	-
α-селективные адренергические агонисты						
Альфа-2 - адренергические агонисты						
- клонидин (клофелин)	0,125% 0,25% 0,5%	8	+	-	мидриаз	-
- апраклонидин	0,5%-1%	7-12	+++	-	-	-
- бримонидин	0,2%	6-8	++	++	-	-

Слайд 5.



Слайд 6.



Слайд 7.



Слайд 8.

У некоторых больных, особенно перенесших нарушения мозгового кровообращения, возникают трудности в обращении с капельницами при закапывании капель. Среди недостатков — и низкая pH ряда препаратов, и неблагоприятное воздействие консервантов на поверхность глаза. Поэтому сейчас разработано средство, подобное глазным лекарственным пленкам, которые в России довольно широко применяются. Речь идет о лиофилизированном, обезвоженном, стерильном препарате без консерванта, с нейтральной pH, однократные дозы которого мы можем получать из специального политетрафторэтиленового контейнера и закладывать их в конъюнктивальный мешок (слайд 1). Это позволяет веществу довольно длительно находиться в конъюнктивальном мешке и хорошо воздействовать на ткани глаза. Преимущества лиофилизатов: однократная доза, стерильное использование, отсутствие консервантов, отсутствие необходимости изменять pH среды, уменьшение побочных эффектов, постепенное высвобождение лекарственного препарата в течение длительного времени, долговременная стабильность при хранении, лучшая биодоступность, то есть контакт лекарственного вещества с поверхностью глаза достигает 6 часов, и удобство применения. Я думаю, что лиофилизаты скоро появятся и на нашем рынке, в ряде стран они уже имеются. Насколько мне известно, в виде лиофилизатов будут выпускаться, в первую очередь, все три препарата простагландинового ряда: Биматопрост, Травопрост и Латанопрост.

Еще один хитроумный способ длительного использования препарата с постепенной отдачей вещества в конъюнктивальный мешок — это размещение специального контейнера в слезном канальце. Такие разработки есть, и я думаю, что некоторые препараты в таком виде у нас появятся (слайд 2). Резервуар с препаратом для размещения под конъюнктивой — тоже достаточно остроумная разработка. После разреза конъюнктивы специальный резервуар размещается под конъюнктиву, из него через прокол идет трубочка, соединенная с передней камерой. Через инъекцию с помощью одноразовой тонкой иглы резервуар постоянно восполняется, и таким образом лекарственный препарат постоянно и постепенно поступает во влагу передней камеры и оказывает необходимое действие. Сейчас идут клинические испытания этих капсул, этих имплантов, и я думаю, что-то в этом плане появится и в клинической практике.

Новые препараты, зарегистрированные в Российской Федерации

В первую очередь назову Дуотрав фирмы «Алкон» — сочетание Тимолола малеата и Травопроста с флаконом-капельницей. В некоторых регионах его хорошо знают, а в других его знают еще недостаточно. Надо сказать, что Дуотрав хорошо себя зарекомендовал, поскольку снижает внутриглазное давление эффективнее, чем монотерапия бетаблокаторами или простагландинами, обеспечивает снижение ВГД на

12 и более мм рт.ст. (38% от исходного). Помимо этого, не было выявлено статистически значимой разницы в гипотензивной терапии Дуотравом и нефиксированной комбинацией Травопроста с Тимололом, хотя явные преимущества комбинированного препарата фиксированной смеси в одном флаконе имеются. По данным нескольких исследований, у 83% пациентов, получающих Дуотрав, уровень ВГД составил менее 18 мм рт.ст. Препарат хорошо переносится пациентами. Причем интересно, что практически все комбинированные препараты простагландинов с другими веществами дают значительно меньше побочных эффектов, чем сами простагландиновые препараты в отдельности. Дать объяснение подобному феномену мы пока не можем, однако такое явление существует. Преимущества комбинированных препаратов — это и комплексное воздействие на пути оттока и на продукцию, более высокое содержание простагландинов во влаге передней камеры, так как Тимолол снижает выработку внутриглазной жидкости и тем самым замедляет ее обмен внутри глаза. Комбинированные препараты более безопасны, чем сочетание простагландина и Тимолола в отдельности, так как происходит меньшее воздействие бензалкония хлорида, который имеется в этих препаратах.

Азарга — второй препарат, зарегистрированный у нас. Фиксированная комбинация бринзоламида или азопта с Тимололом, то есть сочетание местного ингибитора карбоангидразы и бетаблокатора. Показания к применению этого препарата — снижение ВГД у больных с ОУГ или

офтальмогипертензией, у которых монотерапия недостаточно обеспечивает снижение ВГД. При этом средний гипотензивный эффект суспензии Азарга составлял 7-8 мм рт.ст. Закапывается два раза в день, а нейтральный уровень pH препарата обеспечивает состояние комфорта у больных. Препарат не требует специальных условий хранения.

На следующем препарате я немного подробнее остановлюсь, так как это препарат из единственной группы лекарственных веществ, которые у нас широко не применялись. Это Альфаган Р — адренергический α₂-агонист — Бримонидин. Второй препарат, зарегистрированный в России, это Ганфорт, сочетание простагландина, а точнее простамида, с Тимололом. Эти два препарата требуют несколько большего внимания.

Симпатомиметические препараты или адренергические агонисты

Вы знаете, что существуют различные адренергические рецепторы: α₁, α₂, β₁, β₂, некоторые выявляют и β₃-рецепторы. Мы должны с вами помнить, к чему приводит стимуляция этих рецепторов. При стимуляции α₁-рецепторов вызывается вазоконстрикция, повышается артериальное давление, возникает сухость во рту и в носу, побледнение конъюнктивы, происходит ретракция века и наступает мидриаз (слайд 3). Вы можете сказать, что этот эффект вам хорошо известен при закапывании того же адреналина. Эффекты стимуляции α₂-рецепторов: депрессия центральной нервной системы, седативное действие, спутанность сознания, высвобождение гормона роста, снижение артериального давления, усиление всасывания электролитов в кишечнике, миоз, снижение продукции внутриглазной жидкости, увеличение ее оттока и целый ряд других изменений (слайд 4). Эффекты стимуляции β-рецепторов: вазодилатация, тахикардия, бронходилатация, липолиз, увеличение продукции внутриглазной жидкости и гликогенолиз. Адренергические препараты, используемые в офтальмологии, в той или иной степени воздействуют на различные типы рецепторов, и уровень специфичности воздействия на тот или иной вид рецепторов (нас интересуют в основном α₂-рецепторы) определяет клинические характеристики препарата (слайд 5). Адреналин относится к адренергическим агонистам, в эту группу входит и дипивефрин, которого, к сожалению, у нас сейчас нет, но сейчас речь пойдет о селективных α₂-адренергических

агонистах. Что мы о них знаем? У нас был единственный препарат из этой группы, клофелин, который, как вы знаете, сейчас практически не применяется, за исключением, может быть, сочетания с проксодололом (проксодолон) — препарата, который используется в нашей практике. В свое время в России был зарегистрирован Апраклонидин, под названием Айопидин фирмы «Алкон», однако препарат не нашел широкого применения в нашей стране. Причиной явилась тахифилаксия, то есть быстро развивается привыкание, кроме того, в большом количестве случаев он дает аллергические реакции. Впрочем, в отдельных странах он применяется в основном как хорошее гипотензивное средство для кратковременного лечения, после лазерных вмешательств для лечения вторичной гипертензии, возникающей после этих вмешательств.

Препарат, о котором сегодня пойдет речь, Бримонидин. Он действует 6-8 часов, дает выраженное снижение и продукции внутриглазной жидкости, и увеличение ее оттока. Бримонидин практически не влияет на зрачок и на цилиарную мышцу. Надо сказать, что селективность различных α_2 -агонистов различная (слайд 6). Бримонидин в 7-12 раз селективнее Клонидина и в 23-32 раза — Апраклонидина, то есть речь идет о, действительно, очень хорошем препарате, который является именно α_2 -агонистом. Как известно, способность адренергических препаратов проникать через роговицу во многом зависит от их липофильности. Еще одна важная деталь: липофильные свойства также помогают этим препаратам преодолевать барьер «кровь — головной мозг», а стимуляция α_2 -рецепторов центральной нервной системы приводит к седативному действию и к снижению артериального давления, поэтому здесь всегда приходится балансировать между различными эффектами α_2 -агонистов на центральную нервную систему и на глаз, в частности, на внутриглазное давление. Что хорошо? Хорошо то, что α -агонисты действуют круглосуточно. Итак, Бримонидин или Альфаган. По эффективности он сравним с Тимололом и значительно уступает простагландинам. Дает некоторые побочные эффекты: чувство усталости, сухость во рту, небольшое снижение систолического артериального давления и примерно в 10% случаев — аллергические реакции. Препарат выпускается в двух формах. Одна форма — Альфаган 0,2% с консервантом в виде бензалкония хлорида. Вторая форма, именно она зарегистрирована в РФ, Альфаган Р, имеет концентрацию 0,15% с консервантом «Пурит», который разлагается на соль и воду. Препарат также содержит карбоксиметилцеллюлозу, которая обеспечивает ему пролонгацию действия и дает значительно меньше местных побочных эффектов, чем Альфаган 0,2% с бензалкония хлоридом. Альфаган метаболизируется в печени, выводится с мочой, пик его концентрации в плазме крови достигается через 30 минут и сохраняется до 25 часов после закапывания. Период полувыведения составляет приблизительно 2 часа, максимальное снижение ВГД наступает примерно через два часа после закапывания, режим дозирования — 3 раза в день. Действие, как я уже говорил, заключается в увеличении увеосклерального оттока, препарат снижает продукцию внутриглазной жидкости, и это дает ему возможность хорошо сочетаться с простагландинами. То есть этот препарат можно хорошо сочетать в клинике и с простагландинами, и с Тимололом. Механизм действия заключается в снижении продукции водянистой влаги примерно на 20%, увеличении увеосклерального оттока и снижении ВГД при монотерапии в течение года (это было проверено) примерно на 26%. Интересно отметить, что препарат вызывает снижение ВГД и на парном глазу. О чем это говорит?

По всей вероятности, препарат всасывается в кровяное русло, достигает парного глаза и вызывает эффект со стороны парного глаза. Преимущество: небольшая тахифилаксия, небольшое количество аллергических реакций, по данным экспериментов, обладает свойствами нейропротектора, (это очень важно отметить, таких работ в литературе существует немало), не имеет противопоказаний при заболеваниях легких, может назначаться для монотерапии и в комбинации с другими препаратами. Недостатки: частота закапывания — 2-3 раза в день, сухость во рту, может вызывать чувство утомления, разбитости, в первую очередь, из-за снижения артериального давления и седативного действия, а также аллергические реакции со

стороны глаз — до 10%. Гипотензивный эффект препарата, естественно, меньше, чем у аналогов простагландинов. Благодаря консерванту «пурит» фактически обеспечивается нейтральная среда, и благодаря этому мы не имеем жалоб со стороны больных на жжение при закапывании препаратов, в отличие от предыдущей формы Альфагана.

Дополнительная терапия: Альфаган в добавление к Латанопросту. Обеспечивает очень хорошее действие при добавлении к простагландинам, что доказано статистически (слайд 7). Хочу отметить, что это вполне безопасный, хороший препарат, обладающий двойным механизмом действия, и он может быть использован в различных комбинациях.

Еще один препарат, зарегистрированный недавно в России и только что поступивший на наш рынок, Ганфорт, фиксированная комбинация Биматопроста (Люмигана) и Тимолола 0,5%. Поскольку в нашей стране Биматопрост никогда не применялся в отдельности, я хотел бы несколько слов сказать о самом препарате. Что такое Биматопрост? Мы часто с вами говорим «аналоги

простагландинов». Биматопрост структурно схож с простагландинами, но относится к простамидам. Его биосинтез идет по иному пути, чем биосинтез простагландинов. Биматопрост не связывается с протанойдными рецепторами, то есть он не действует на те же рецепторы, что и простагландины, и не является «пролекарством». Вы помните, что и Траватан, и Ксалатан являются «пролекарствами», то есть они начинают воздействовать на структуры глаза только после того, как проходят сквозь роговую оболочку и превращаются в кислоту Латанопроста или Травопроста. Биматопрост действует непосредственно, поэтому и не является «пролекарством». Он в четыре раза лучше проникает через склеру, чем через роговую оболочку. Поэтому не исключено, что он может непосредственно воздействовать на цилиарную мышцу и на увеосклеральный отток. Известно, что простамиды относятся к амидам жирных кислот, в отличие от простагландинов, которые являются жирными кислотами. Биматопрост — это синтетический простамаид, он имитирует эффект простамидов, в первую очередь, снижая ВГД,

и воздействует на неизвестные до сих пор простамаид-чувствительные рецепторы. На слайде 8 показано, что происходит при синтезе простагландинов: фосфолипаза — арахидоновая кислота — циклооксигеназа-1 — простагландины, при синтезе простамидов: фосфолипаза — анандомид — циклооксигеназа-2 — простамиды. В нормальных физиологических условиях простамиды и простагландины различаются по своему строению и путям биосинтеза, а Биматопрост, как было отмечено, является синтетическим препаратом. Он обладает уникальным двойным механизмом действия, то есть увеличивает и трабекулярный отток, и увеосклеральный отток, то есть он воздействует на оба пути оттока сразу. Хотя надо сказать, что и некоторые простагландины могут также изменять трабекулярный отток, как например, Травопрост и Латанопрост.

Биматопрост, как я уже сказал, действует на неустановленные рецепторы, но они отличаются от тех рецепторов, на которые воздействуют простагландины и их аналоги. В нашей стране Биматопрост не применяется как гипотензивный препарат.

ТРАВАТАН®
(травопрост 40 мкг/мл, глазные капли)

**ГЛАУКОМА НЕ ОТСТУПАЕТ
В КОНЦЕ ДНЯ И ВАШ
ПРОСТАГЛАНДИН*
ОТСТУПАТЬ НЕ ДОЛЖЕН**

Более эффективное
снижение уровня
ВГД в течение
суток и далее^{1,2}

**24:00
КОНТРОЛЬ**

травопрост — синтетический аналог простагландина F2 α , который используется местно для лечения глаукомы

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ ТРАВАТАН® (травопрост 40 мкг/мл)
Регистрационный номер: П N015625/01 от 08.04.2009

Фармакологическое действие. Травопрост — синтетический аналог простагландина F2 α , является высокоселективным агонистом простагландиновых рецепторов FP и снижает внутриглазное давление путем увеличения оттока водянистой влаги. Основной механизм действия препарата связан с увеличением увеосклерального оттока. Внутриглазное давление снижается приблизительно через 2 часа после применения, а максимальный эффект достигается через 12 часов.

Показания к применению. Снижение повышенного внутриглазного давления при:

- открытоугольной глаукоме;

- повышенном внутриглазном давлении.

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

С осторожностью. При афакии, псевдофакии с разрывом капсулы хрусталика передней или задней камеры, у пациентов с риском развития кистозного макулярного отека.

Способ применения и дозы. Местно. По 1 капле в конъюнктивный мешок глаза (глаз) 1 раз в сутки, вечером. Более частое применение препарата может приводить к снижению его эффективности.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Траватан® может применяться в комбинации с другими местными офтальмологическими препаратами для снижения внутриглазного давления. В этом случае интервал между их применением должен составлять не менее 5 мин.

Срок годности. 3 года. Не использовать после срока годности, указанного на упаковке. После вскрытия флакона глазные капли следует использовать в течение 4 недель.

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

**БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕПАРАТЕ СМОТРИТЕ
В ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА**

1. Yan B, Battista RA. Comparison of morning versus evening dosing and 24 h post-dose efficacy of travoprost compared with latanoprost in patients with open-angle glaucoma. *Curr Med Res Opin.* 2008; Vol 24 № 11 :3023-3027. (Ян Б. и авторы. Сравнение эффективности травопроста и латанопроста при утреннем и вечернем применении и через 24 часа после последней инстилляций у пациентов с открытоугольной глаукомой. Современные медицинские исследования и мнения, 2008, Том 24, №11, 3023-3027).

2. Garcia-Feijoo J, Martinez-de-la-Casa JM, Castillo A, Mendez C, Fernandez-Vidal A, Garcia-Sanchez J. Circadian IOP-lowering efficacy of travoprost 0.004% ophthalmic solution compared to latanoprost 0.005%. *Curr Med Res Opin.* 2006;22(9):1689-1697. (Гарсия-Фейжо и авторы. Циркадианная гипотензивная эффективность офтальмологического раствора травопроста 0,004% по сравнению с латанопростом 0,005%. Современные медицинские исследования и мнения, 2006, Том 22, №9, 1689-1697).

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ООО «Алкон Фармацевтика»:
109004, Москва, Николоямская ул., 54.
Тел.: +7 (495) 961-13-33

Октябрь, 2011

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

В.Д. Кунин, А.А. Редид

ГУЗ «Рязанская клиническая больница им. Н.А. Семашко»,
ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития

Последние десятилетия характеризуются фундаментальными и клиническими исследованиями по изучению этиопатогенеза развития ПОУГ. Многими авторами течение глаукомного процесса изучается с клиничко-патогенетических позиций. В основном акцент делается на исследование причин нарастания клинической симптоматики и прогрессирующего ухудшения зрительных функций у больных ПОУГ (Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. – М., 2001. – 350 с.; Еричев В.П. Ранняя диагностика глаукомы: не существует простых и надежных решений // Всерос. научно-практ. конф. «Глаукома: проблемы и решения»: Сб. науч. ст. – М., 2004. – С. 43-46; Нестеров А.П. Глаукома. – М.: Медицина, 2008. – 357 с.; Нестеров А.П. Глаукома — дискуссионные проблемы // Клин. офтальмология. – 2004. – Т. 5. – № 2. – С. 49-51).

Имеются также работы, авторы которых важное значение в изучении динамики глаукомного процесса придают диспансерному наблюдению (Егоров Е.А. Глаукома — классификация, стандарты диагностики, лечения и диспансерного наблюдения: Метод. рекомендац. – М., 2002. – 42 с.; Илларионова А.Р., Фридман Н.В. Диспансерное наблюдение больных глаукомой в условиях поликлиники // Клин. офтальмология. – 2001. – Т. 2. – № 3. – С. 118-121).

В отечественной литературе появляются публикации, касающиеся вопросов динамического наблюдения за больными первичной глаукомой (Алексеев В.Н., Малеванная О.А. О качестве диспансерного наблюдения при первичной открытоугольной глаукоме // Клин. офтальмология. – 2003. – Т. 4. – № 3. – С. 119-122.; Алексеев В.Н., Малеванная О.А. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с первичной открытоугольной глаукомой // Всерос. научно-практ. конф. «Глаукома: проблемы и решения»: Сб. науч. ст. – М., 2004. – С. 393-396).

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики глаукомного процесса больных ПОУГ, находящихся на длительном диспансерном наблюдении у офтальмологов поликлиник, в зависимости от возраста пациентов и длительности заболевания.

Проведено сплошное ретроспективное исследование амбулаторных историй болезни 226 больных (452 глаза) ПОУГ, взятых на диспансерное наблюдение в 1997 г. и наблюдавшихся у офтальмологов территориальных поликлиник г. Рязани на протяжении 13 лет. Углубленное клиническое обследование и регулярное динамическое наблюдение дало возможность подтвердить диагноз ПОУГ у 216 больных (432 глаза), у 10 больных (20 глаз) диагноз ПОУГ не подтвердился и был снят. Проведен анализ эффективности 13-летней диспансеризации у 216 (432 глаз) больных ПОУГ.

При проведении общего анализа состояния всех 216 больных ПОУГ (432 глаза) на протяжении

13-летнего диспансерного наблюдения (табл. 1) видно, что количество глаз с начальной глаукомой при постановке больного на диспансерный учет составило 38%, а к окончанию наблюдения их количество уменьшилось до 0,2%. Незначительно возросла доля развитой стадии (с 54,1 до 62,3%), зато значительно увеличился удельный вес далеко зашедшей (с 7,4 до 28,7%) и терминальной (с 0,5 до 8,8%) стадий. Изменения за период наблюдения произошли значительные. Количество глаз с начальной стадией ПОУГ к окончанию диспансерного наблюдения практически не осталось (0,2%). Существенно возросла доля далеко зашедшей и терминальной стадий (с 7,9 до 37,5%), что составило более трети больных, находившихся на диспансерном наблюдении.

При изучении влияния возраста пациента на тяжесть течения начальной стадии ПОУГ выявлено, что в возрастной группе 40-49 лет у всех больных этой стадии глаукомный процесс был нестабилизированным и болезнь прогрессировала в развитую стадию в 100% случаев (табл. 2). В возрастной группе 50-59 лет к окончанию наблюдения начальная стадия осталась всего лишь в 1,7% случаев, в остальных случаях болезнь прогрессировала в развитую (90%) и далеко зашедшую (8,3%) стадии. Такое же прогрессирование начальной стадии глаукомы произошло в возрастных группах 60-69 лет и 70-79 лет. Необходимо только отметить, что в возрастной группе 70-79 лет в 15% случаев глаукома прогрессировала из начальной стадии в далеко зашедшую, то есть каждый шестой глаз (табл. 2).

Прогрессирование развитой стадии ПОУГ в далеко зашедшую и терминальную также не выявило какой-либо явной зависимости от возраста, за исключением возрастных групп 40-49 лет и 70-79 лет (табл. 3). К окончанию диспансерного наблюдения у больных в возрасте 40-49 лет глаукома из развитой стадии прогрессировала в далеко зашедшую в 86,7% случаев. В возрастных группах 50-59 и 60-69 лет глаукомный процесс протекал благополучнее, и в более 50% случаев удалось стабилизировать течение глаукомы. Однако и в этих возрастных группах к окончанию динамического наблюдения в 40% случаев болезнь прогрессировала в далеко зашедшую и терминальную стадии. А у больных в возрасте 70-79 лет в 45% случаев глаукома прогрессировала в далеко зашедшую стадию и в 30% — в терминальную. Почти каждый больной этой возрастной группы к окончанию 13-летнего наблюдения из развитой стадии глаукомы перешел в терминальную. Это неудовлетворительный показатель, говорящий об очень низкой эффективности диспансерного наблюдения больных ПОУГ в условиях первичного поликлинического звена.

Прогрессирование далеко зашедшей стадии ПОУГ с учетом возраста выявило наибольшее ухудшение зрительных функций и нестабилизированное течение глаукомы у больных в возрастных группах 40-49 лет и 70-79 лет (табл. 4). У этой категории больных к окончанию диспансерного наблюдения болезнь перешла в терминальную стадию в 80% и 75% случаев соответственно. Это также, как и в ранее рассмотренных показателях начальной и развитой стадий,

Динамика глаукомного процесса за 13-летний период диспансеризации больных в условиях поликлиники (по числу глазу)

Таблица 1

Сроки наблюдения	Стадии глаукомы								Всего	
	I	%	II	%	III	%	IV	%	абс.ч.	%
Начало	164	38,0	234	54,1	32	7,4	2	0,5	432	100,0
ч/з 1 год	163	37,7	235	54,4	32	7,4	2	0,5	432	100,0
ч/з 2-3 года	136	31,5	250	57,8	43	10,0	3	0,7	432	100,0
ч/з 4-5 лет	81	18,8	293	67,8	52	12,0	6	1,4	432	100,0
ч/з 6-7 лет	21	4,9	319	73,8	80	18,5	12	2,8	432	100,0
ч/з 8-10 лет	4	1,0	296	68,5	109	25,2	23	5,3	432	100,0
ч/з 11-13 лет	1	0,2	269	62,3	124	28,7	38	8,8	432	100,0

Прогрессирование I стадии ПОУГ во II-III и IV стадии в зависимости от возраста (по числу глаз)

Таблица 2

Возраст	Начало наблюдения		Окончание наблюдения							
	I стад.		I стад.		II стад.		III стад.		IV стад.	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
40-49	12	—	—	—	12	100,0	—	—	—	—
50-59	60	—	1	1,7	54	90,0	5	8,3	—	—
60-69	72	—	—	—	67	93,0	5	7,0	—	—
70-79	20	—	—	—	17	85,0	3	15,0	—	—
Всего	164	100,0	1	0,6	150	91,5	13	7,9	—	—

Прогрессирование II стадии ПОУГ в III и IV стадии в зависимости от возраста (по числу глаз)

Таблица 3

Возраст	Начало наблюдения		Окончание наблюдения							
	II стад.		II стад.		III стад.		IV стад.			
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%		
40-49	15	—	2	13,3	13	86,7	—	—	—	—
50-59	64	—	37	57,8	21	32,8	6	9,4	—	—
60-69	135	—	76	56,3	51	37,8	8	5,9	—	—
70-79	20	—	5	25,0	9	45,0	6	30,0	—	—
Всего	234	100,0	120	51,3	94	40,2	20	8,5	—	—

Прогрессирование III стадии ПОУГ в IV стадию в зависимости от возраста (по числу глаз)

Таблица 4

Возраст	Начало наблюдения		Окончание наблюдения			
	III стад.		III стад.		IV стад.	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
40-49	5	—	1	20,0	4	80,0
50-59	13	—	9	69,2	4	30,8
60-69	10	—	5	50,0	5	50,0
70-79	4	—	1	25,0	3	75,0
Всего	32	100,0	16	50,0	16	50,0

очень плохие показатели, говорящие о низкой эффективности диспансеризации больных ПОУГ офтальмологами территориальных поликлиник.

Вторым важным фактором, влияющим на течение глаукомного процесса, является давность заболевания. Нам было интересно выявить, каково влияние длительности болезни на течение ПОУГ, в

какой именно временной период диспансерного наблюдения происходит прогрессирование глаукомного процесса и зависит ли это от стадии глаукомы.

При изучении влияния давности болезни на прогрессирование начальной стадии ПОУГ в последующие показало, что уже на 2-3 годы диспансерного наблюдения в 17,1% случаев происходит

переход начальной стадии в развитую (табл. 5). Наиболее выраженное прогрессирование начальной стадии ПОУГ происходит на 4-5 и 6-7 годы наблюдения, когда глаукомный процесс перешел в развитую стадию в 50,6% и 85,4% случаев соответственно. Однако прогрессирование начальной стадии ПОУГ в развитую и даже в далеко зашедшую стадию происходит

Таблица 5

Прогрессирование начальной стадии ПОУГ во II-III и IV стадии в зависимости от давности болезни (по числу глаз)

Время наблюдения	I стад.		II стад.		III стад.		IV стад.	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Начало наблюдения	164	100,0	—	—	—	—	—	—
ч/з 1 год	163	99,4	1	0,6	—	—	—	—
ч/з 2-3 года	136	82,9	28	17,1	—	—	—	—
ч/з 4-5 лет	81	49,4	83	50,6	—	—	—	—
ч/з 6-7 лет	21	12,8	140	85,4	3	1,8	—	—
ч/з 8-10 лет	4	2,4	15,5	94,5	5	3,1	—	—
ч/з 11-13 лет	1	0,6	150	91,5	13	7,9	—	—

Таблица 6

Прогрессирование развитой стадии в III и IV стадии ПОУГ в зависимости от давности болезни (по числу глаз)

Время наблюдения	II стад.		III стад.		IV стад.	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Начало наблюдения	234	100,0	—	—	—	—
ч/з 1 год	234	100,0	—	—	—	—
ч/з 2-3 года	222	94,9	12	5,1	—	—
ч/з 4-5 лет	210	89,7	24	10,3	—	—
ч/з 6-7 лет	179	76,5	53	22,6	2	0,9
ч/з 8-10 лет	141	60,2	87	37,2	6	2,6
ч/з 11-13 лет	120	51,3	94	40,2	20	8,5

Таблица 7
Прогрессирование далеко зашедшей стадии ПОУГ в IV стадию в зависимости от давности болезни (по числу глаз)

Время наблюдения	III стад.		IV стад.	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Начало наблюдения	32	100,0	—	—
ч/з 1 год	32	100,0	—	—
ч/з 2-3 года	31	96,9	1	3,1
ч/з 4-5 лет	28	87,5	4	12,5
ч/з 6-7 лет	24	75,0	8	25,0
ч/з 8-10 лет	17	53,1	15	46,9
ч/з 11-13 лет	16	50,0	16	50,0

и в последующие годы наблюдения: на 8-10 и 11-13 годы. К окончанию наблюдения глаукома из начальной стадии в 91,5% случаев перешла в развитую и в 7,9% — в далеко зашедшую стадию. Последний показатель (7,9% случаев) свидетельствует о быстром прогрессировании болезни и показывает, что каждый 12-й больной за время 13-летней диспансеризации из начальной стадии переходит в далеко зашедшую стадию глаукомы. Стабилизация глаукомного процесса в начальной стадии ПОУГ к окончанию наблюдения сохранилась всего лишь в 0,6% случаев.

Прогрессирование развитой стадии ПОУГ в далеко зашедшую и терминальную стадию в зависимости от давности глаукомы, в отличие от начальной стадии, происходит менее выраженными темпами. Начинается со 2-3 годов диспансерного наблюдения и равномерно распределяется на все последующие периоды наблюдения (табл. 6). Наиболее неблагоприятные периоды диспансерного наблюдения у больных развитой стадии ПОУГ являются 6-7 и 8-10 годы, когда прогрессирование в далеко зашедшую и терминальную стадию произошло в 23,5% и 39,8% случаев соответственно. К окончанию 13-летнего наблюдения стабилизация глаукомного процесса достигнута в 51,3%, не-стабилизированное течение ПОУГ было в 48,7% случаев (табл. 6). Прогрессирование развитой стадии в далеко зашедшую наблюдалось в 40,2% случаев и в терминальную — в 8,5%. Каждый 12-й больной к окончанию диспансерного наблюдения из развитой стадии переходит в терминальную. Показатели неудовлетворительные и еще раз говорят о низкой эффективности диспансерного наблюдения больных ПОУГ в условиях первичного поликлинического звена.

Прогрессирование далеко зашедшей стадии ПОУГ в терминальную в зависимости от давности болезни начиналось на 4-5 годах, значительно увеличивалось на 6-7 и особенно на 8-10 годах наблюдения (табл. 7). В конце диспансерного наблюдения далеко зашедшая стадия сохранилась в 50% случаев, в терминальную стадию перешло 50%.

Анализ наших данных свидетельствует о том, что прогрессирование глаукомного процесса определенным образом зависит от длительности болезни. Однако эта зависимость неодинаковая при разных стадиях ПОУГ. В начальной стадии ухудшение зрительных функций начиналось на 2-3 годы диспансерного наблюдения, достигало максимума на 4-5, 6-7 годах и продолжалось на 8-10, 11-13 годы. В развитой стадии глаукомы прогрессирование глаукомного процесса также начиналось на 2-3 годы наблюдения, достигая максимума на 6-7 и 8-10 годы. В далеко зашедшей стадии, в отличие от начальной и развитой стадий,

прогрессирование начиналось на 4-5 годах, достигая максимума на 6-7 и 8-10 годы наблюдения.

Кроме этого, наше исследование показало, что значительный процент (91,5% случаев) перехода начальной стадии ПОУГ в развитую, по-видимому, объясняется несоответствием постановки клинического диагноза глаукомы и ее стадии записям в амбулаторной истории болезни, отражающим клиническую картину и параметры глаукомного процесса. В итоге по диспансерному наблюдению в поликлинике больной числится в начальной стадии глаукомы, а по записям в амбулаторной карте (состояние периферического зрения, описание диска зрительного нерва) у него развитая стадия болезни. Офтальмологи поликлиники при постановке больного на диспансерное наблюдение недооценивают параметры глаза, его клиническое состояние, зрительные функции и ставят больного впервые на диспансерный учет не с развитой стадией, а с начальной.

Таким образом, настоящее исследование результатов длительного диспансерного наблюдения за течением глаукомного процесса в условиях первичного поликлинического звена показало его низкую эффективность. Об этом свидетельствует и тот факт, что каждый двенадцатый больной к окончанию 13-летнего наблюдения полностью теряет зрение. Прогрессирование глаукомного процесса начиналось с 40-49 летнего возраста и имело место во всех возрастных группах. Однако наибольшее прогрессирование болезни отмечалось в возрастных группах 40-49 и 70-79 лет (табл. 2-4) как в начальной, развитой, так и в далеко зашедшей стадиях. Ухудшение зрительных функций у больных с начальной и развитой стадиями начиналось на 2-3 годы и продолжалось на всем протяжении диспансерного наблюдения. У больных с далеко зашедшей стадией переход в терминальную стадию начинался на 4-5 годах, достигая максимума на 6-7, 8-10 годы наблюдения.

Таким образом:

Прогрессирование ПОУГ при длительном диспансерном наблюдении происходит во всех возрастных группах. Наиболее заметное ухудшение зрительных функций наблюдается в возрасте 40-49 и 70-79 лет.

Нестабилизированное течение глаукомного процесса начинается со 2-3 годов диспансерного наблюдения, достигает максимума на 4-5, 6-7 годах и продолжается во все последующие периоды наблюдения: 8-10 и 11-13 годы.

Правильное, адекватное и высококвалифицированное динамическое наблюдение и лечение больных ПОУГ необходимо проводить сразу при выявлении глаукомы и разумно продолжать на протяжении всего периода диспансерного контроля с учетом возрастных особенностей. ■

ОФТАКВИКС

Левифлоксацин 0,5%

Современные антибактериальные глазные капли

- Высокая концентрация
- Короткий курс лечения
- Широкий спектр действия
- Высокая проникающая способность

Схема применения препаратов компании Сантэн в пред- и послеоперационном периоде:

РЕКОМЕНДАЦИИ ESCRS, АВГУСТ 2007

ОПЕРАЦИЯ

7/14 дней ОФТАКВИКС

1-2 дня ОФТАКВИКС

1 месяц ОФТАН® ДЕКСАМЕТАЗОН

от 1 месяца до 1 года ОФАГЕЛЬ®

Московское представительство "АО Сантэн"
119049, Россия, Москва
Мытная улица, дом 1, офис 13
Тел. +7 499 230 0288, Факс +7 499 230 1075
www.santen.ru

Интраокулярные линзы LENTIS Mplus и LENTIS Mplus Toric

Новая технология создания мультифокальных линз для лечения пресбиопии, астигматизма и катаракты

Модераторы

Detlev R.H. Breyer, MD,

глава частной клиники Breyer Eye Surgery и старший консультант госпиталя Marien, Дюссельдорф, Германия. Доктор Breyer подтверждает, что не имеет никаких финансовых интересов, связанных с продуктами компании. Контакты: +49 211 5867 5726, e-mail: d.breyer@breyer-aurenschirurgie.de

Erik L. Mertens, MD, FEBOphth,

медицинский директор клиники Medipolis, Антверпен, Бельгия. Доктор Mertens является консультантом компании Торсон. Контакты: +32 3 828 29 49, e-mail: e.mertens@medipolis.be

Участники

Jaime Aramberri, MD,

хирург в офтальмологической клинике Vegitek, Сан-Себастьян, Испания и в офтальмологической клинике Okular, Витория, Испания. Доктор Aramberri подтверждает, что не имеет никаких финансовых интересов, связанных с продуктами компании. Контакты: e-mail: jaimearamberri@telefonica.net

Gerd U. Auffarth, MD, FEBOphth,

председатель департамента офтальмологии университета Гейдельберг, Германия. Профессор Auffarth подтверждает, что проводил исследование по заказу компании Oculentis. Контакты: e-mail: ga@uni-hd.de

Edmondo Borasio, MedCBQ Ophth, FEBO,

консультант по катарактальной, рефракционной и роговичной хирургии в госпитале Moorfields Eye, Дубай, ОАЭ. Доктор Borasio подтверждает, что является оплачиваемым консультантом компании Oculentis и совладельцем компании EB EYE Ltd., которая производит Eye Pro и BESSt калькулятор силы ИОЛ. Контакты: +971 4 4297888, факс +971 4 363 5339, e-mail: dr@edmondoborasio.com

Claudio Carbonara, MD,

работает в офтальмологическом центре Carbonara, имеет хирургическую практику в глазном центре Primavista, Рим, Италия. Доктор Carbonara подтверждает, что не имеет никаких финансовых интересов, связанных с продуктами компании. Контакты: e-mail: carbo-eye@iol.it

Anders Granberg, MD,

медицинский директор. Доктор Granberg подтверждает, что не имеет никаких финансовых интересов, связанных с продуктами компании. Контакты: e-mail: anders.granberg@memira.se

Johny Moore, MD, PhD,

медицинский директор глазной клиники Cathedral и консультант отдела катарактальной и рефракционной хирургии в королевском госпитале Виктория Белфаст, Великобритания. Доктор Moore подтверждает, что является консультантом компании Торсон. Контакты: e-mail: johnymoorebal@goglegmail.com

Dominique Pietrini, MD,

работает в офтальмологической клинике, Париж, Франция. Доктор Pietrini подтверждает, что не имеет никаких финансовых интересов, связанных с продуктами компании. Контакты: +33 1 58 05 2000, факс: +33 1 58 05 2001, e-mail: dpietrini@club.fr

Jan A. Venter, MD,

медицинский директор экспресс-оптики. Доктор Venter подтверждает, что не имеет никаких финансовых интересов, связанных с продуктами компании. Контакты: e-mail: drjanventer@googlemail.com

Компания Oculentis GmbH пригласила известных хирургов для обсуждения интраокулярных линз LENTIS Mplus и торических LENTIS Mplus Toric. Обе эти мультифокальные линзы с рефракционным дизайном предназначены для коррекции пресбиопии. В то же время они представляют инновационный подход к технологии мультифокальности из-за своей уникальной геометрии (выделенный сектор для зрения вблизи (рис. 1)). Новая форма линзы создает высокий уровень контрастной чувствительности, полностью исключает возможность прыжков изображения и обеспечивает идеальную остроту зрения как вблизи, так и вдаль.

№ 1: Имплантация ИОЛ для коррекции пресбиопии

Breyer: Причина, по которой мы все сегодня здесь собрались — это то, что нам всем очень нравятся новые продукты компании Oculentis — линзы LENTIS Mplus и LENTIS Mplus Toric. Мы все имплантировали эти линзы нашим пациентам (некоторые из нас имплантировали сотни линз, другие находятся на начальных этапах апробации и все еще изучают возможности данных ИОЛ). Главное то, что у нас всех обширный диапазон знаний по данному вопросу, что позволит нам быстро наладить живое общение за круглым столом. Я абсолютно уверен, что каждый сможет почерпнуть что-то новое в процессе дискуссии.

Я хотел бы начать наш разговор с лечения пресбиопии и астигматизма. Сколько вы сделали имплантаций ИОЛ для коррекции пресбиопии, и сколько из них было линз Mplus?

Aramberri: Я в основном занимаюсь рефракционной хирургией, и я начал имплантировать Mplus в рефракционных целях с 2009 года. Также я проводил замену хрусталика в рефракционных целях, но коррекцию пресбиопии осуществлял таким способом только для достижения эмметропии. Обычно я не провожу подобную хирургию у

пациентов с изначальной эмметропией, а отбираю людей с нарушениями рефракции. В данную группу вошли пациенты с гиперметропией и небольшое число пациентов с миопией. Возраст всех пациентов колебался от 50 до 55 лет. Я провел несколько операций эмметропам старше 60 лет и во всех случаях имплантировал ИОЛ Mplus.

Breyer: У меня были случаи, когда после операции у пациентов с гиперметропией сохранялась небольшая положительная рефракция. По этой причине в качестве результата я намечал слабую миопию. Позвольте объяснить: если вы имплантируете Mplus Toric пациенту с гиперметропией, то послеоперационная рефракция будет колебаться в пределах 0,25D. Для компенсации этого в качестве целевой я намечал рефракцию -0,25 — -0,5D (вместо эмметропии). Кто-нибудь отмечал подобный факт?

Aramberri: Это зависит от того, как вы проводите подсчеты. Я использую трассировку луча, используя мою собственную модель, и сначала сравниваю полученный результат с результатами по другим формулам. У меня нет данных о радиусе кривизны или толщине данной линзы, поэтому я рассчитываю силу ИОЛ, используя данные другой современной линзы, при этом заменяя А-константу. Кажется, что это работает, так как мы получили прекрасные результаты по рефракции при имплантации ИОЛ Mplus. Я могу утверждать это сейчас, потому что мне пришлось проводить дополнительное лечение после имплантации Mplus менее чем в 5% случаев. Так как мы достигли нашей цели более чем в 95% случаев, то это наводит на мысль, что мы все делали правильно.

Мы должны всегда помнить, что у данной группы пациентов мы должны стремиться к получению эмметропии после операции. При любом результате, отличающемся более чем на 0,5D, мы обязаны будем провести дополнительное лазерное лечение.

Granberg: Я — медицинский директор сети клиник в Швеции. У нас 24 клиники по всей стране,



Рис. 1. ИОЛ Mplus Toric. Секмент для зрения вблизи улучшает контрастную чувствительность

и мы в основном проводим лазерную коррекцию рефракционных нарушений и имплантацию ИОЛ в рефракционных целях. Для коррекции пресбиопии большинству наших пациентов мы имплантировали ИОЛ. Мы оперировали нескольких пациентов с эмметропией, но в целом мы проводим очень тщательный отбор пациентов для данного типа операций.

Мы начали имплантировать Mplus в октябре 2010 года. С тех пор мы провели более 2000 операций. Линзу Mplus Toric мы начали имплантировать с февраля 2011 года и на данный момент установили около 350 штук. Основным выводом по нашей работе является то, что ИОЛ Mplus и Mplus Toric — действительно очень хорошие линзы. У нас практически не возникло никаких проблем при работе с ними; достаточно сказать, что не возникало никаких побочных эффектов, которые мы наблюдали при имплантации аналогов. Нам приходилось соединять и производить подгонку линзы AcrySof ReStor с другими линзами, чтобы получить подходящий результат. Сейчас, используя Mplus, мы намного больше уверены в наших результатах.



РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО КАТАРАКТАЛЬНЫХ И РЕФРАКЦИОННЫХ ХИРУРГОВ

27 мая 2012 года

Санкт-Петербург

www.eyeworld.ru

Конференция

Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов



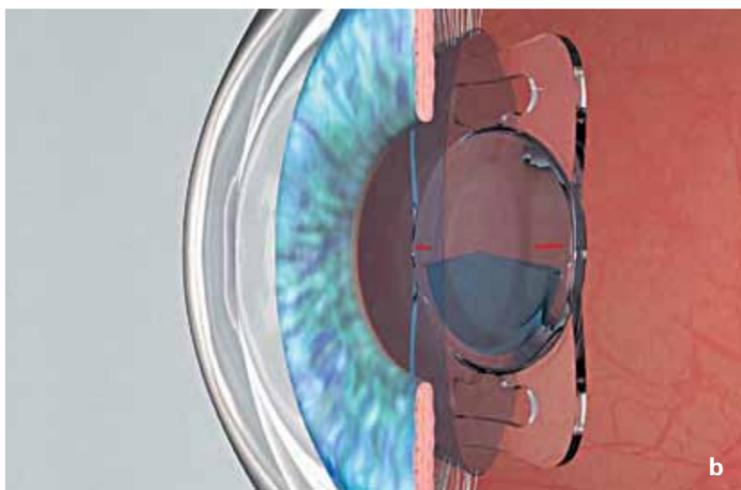
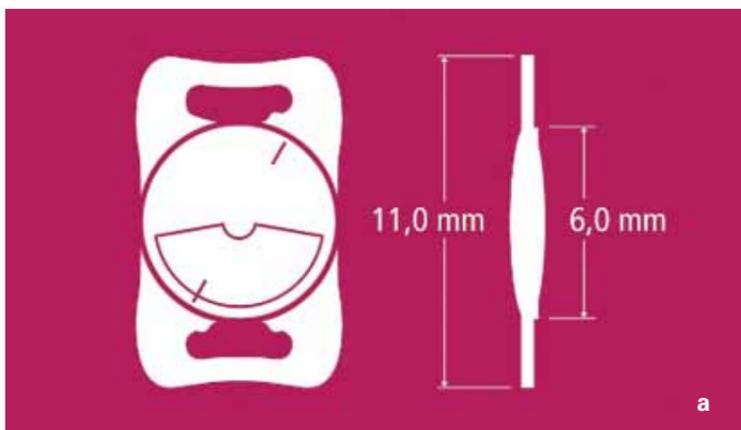


Рис. 2. (а) Оптическая часть Mplus — 6 мм, общий диаметр — 11 мм. (б) Линза Mplus стабильна в капсульном мешке

Breyer: Звучит так, как будто вы полностью перешли от ReStor к Mplus. Остались ли для вас какие-нибудь показания для имплантации ReStor?

Granberg: Нет. Мы не были удовлетворены результатами с ReStor, так как нужно было постоянно использовать смещение и подгонку. В то же время это была наилучшая опция до тех пор, пока на рынке не появилась линза Mplus.

Breyer: Когда пациенту после операции требуется хорошее зрение вблизи, моим выбором являлись ИОЛ AT.LISA (Carl Zeiss) или Tecnis Multifocal (Abbott Medical), но ситуация начала меняться с появлением Mplus. Как вы думаете, эти интраокулярные линзы могут соперничать с ИОЛ Mplus?

Granberg: Нет, и именно поэтому мы полностью перешли на Mplus. Эта линза не зависит от диаметра зрачка, и, следовательно, у пациента не будет проблем со зрением в вечерних условиях и ночью. Конечно, остаются пациенты, которые жалуются на подобные проблемы, но большинство полностью удовлетворены результатами.

Carbonara: У меня собственная практика в частном глазном центре в Риме. Обычно я предпочитаю не ставить ИОЛ в рефракционных целях, однако, когда ошибка рефракции очень высокая, я все-таки провожу имплантацию. В своей каждодневной работе я перешел от AcrySof ReStor к Mplus (или Mplus Toric по необходимости). Я был впечатлен обеими линзами, а мои пациенты имели высокий уровень удовлетворенности качеством зрения, так как у них была высокая острота зрения вблизи и вдаль уже через сутки после операции. По этой причине я прекратил имплантацию всех других марок мультифокальных ИОЛ.

Borasio: Я работаю в офтальмологическом госпитале Moorfields в Дубае. Надо сказать я никогда не поддерживал технологию

мультифокальных линз, потому что они всегда снижали контрастную чувствительность и ухудшали качество изображения. Когда я услышал положительные отзывы от коллег по поводу Mplus, мне стало интересно и захотелось посмотреть, как эта технология работает. Теперь, после имплантации Mplus, у меня появилось много очень довольных пациентов. Они всегда возвращаются с широкими улыбками и хорошим настроением. По этой причине я начал проводить подобные операции значительно чаще и расширил показания к имплантации Mplus.

Мы предлагаем замену хрусталика в рефракционных целях в соответствии с ошибкой рефракции пациента. Мы имплантируем Mplus пациентам, у которых, кроме проблем с рефракцией, существует помутнение хрусталика (при этом мы не удаляем прозрачный хрусталик у пациентов с эмметропией).

Breyer: Проводите ли подобные операции у пациентов с миопией высокой степени? По моему опыту, у людей, живущих в Дубае, часто встречаются очень длинные глаза.

Borasio: Мы провели несколько подобных операций и получили прекрасные результаты. Основная проблема в лечении пациентов с высокой миопией — это их «высокие» ожидания от исхода операций.

Venter: У нас порядка 40 клиник Optical Express по всей Великобритании, и в каждой клинике в рефракционных целях проводятся как лазерные операции, так и имплантации ИОЛ. Использовали множество различных ИОЛ (Tecnis, AcrySof ReStor, AT.LISA) и при этом провели около 10000 имплантаций Mplus и 5000 Mplus Toric. На первичной консультации, которую у нас проводит оптометрист, всем пациентам мы советуем ИОЛ Mplus. 95% пролеченных пациентов были имплантированы ИОЛ Mplus или Mplus Toric. Мы не имплантировали линзу только по серьезным противопоказаниям (например, макулодистрофия или

амблиопия высокой степени). Мы настолько были уверены в линзе Mplus, что хирург первый раз видел пациента практически на операционном столе.

Мы начали работу с линзой в декабре 2009 года. Были имплантированы около 10000 линз, у нас есть статистика по 8000 имплантаций. В 90% случаев линзы были поставлены пациентам с прозрачным хрусталиком и миопией или гиперметропией, при этом мы не проводили замену прозрачного хрусталика эмметропам.

В соответствии с нашими результатами, у 80% пациентов отмечалась некорригированная острота зрения 20/20, а у 91% — 20/40 и выше, в дополнение у 70% пациентов результат был в пределах $\pm 0,5D$ от эмметропии, и только 6% пациентов жаловались на проблемы, возникающие при вождении автомобиля в темноте.

Pietrini: Я работаю в частной клинике в Риме и занимаюсь рефракционной хирургией. Мой подход немного отличается от подхода моих уважаемых собеседников, так как пресбиопию я предпочитаю корректировать эксимерным лазером. С моей точки зрения, замену хрусталика для коррекции пресбиопии следует осуществлять пациентам 55-60 лет, которым не показана рефракционная хирургия.

В прошлом я использовал другие дифракционные мультифокальные линзы для коррекции астигматизма и получал хорошие результаты, но при этом пациенты теряли хорошую остроту зрения на средние расстояния. Когда я начал использовать линзу Mplus, то обнаружил положительную динамику по увеличению остроты зрения на средние расстояния. В то же время прекратили поступать жалобы на плохое ночное зрение, которые были после имплантации других мультифокальных ИОЛ. Вследствие данных фактов я полностью перестроил свою тактику лечения и теперь для коррекции пресбиопии и астигматизма имплантирую только ИОЛ Mplus Toric.

Moore: Я работаю как в университетской, так и в частной клиниках в Белфасте и имплантировал около 700 ИОЛ Mplus. Большинство пациентов были пресбиопами с миопией, гиперметропией или астигматизмом. В отличие от доктора Venter я использую данные ИОЛ у пресбиопов с эмметропией: в данных случаях я имплантирую линзу в невевдущий глаз. Я нашел такой подход очень полезным, пациенты не были так чувствительны к глэр-эффектам в отличие от тех, кому провели операцию на обоих глазах. Каждый пациент после операции заполнял опросник по качеству зрения для того, чтобы мы поняли и точно определили уровень удовлетворенности ИОЛ и получили субъективную оценку возникших дисфотопсий. Также этот метод мы использовали для сравнения различных ИОЛ.

Я не провожу лазерное лечение пресбиопии, кроме тех случаев, когда пациенты отказываются от интраокулярной хирургии. Я использовал эксимерный лазер Schwind для проведения микроинвазивной хирургии по коррекции астигматизма и аберраций высокого порядка.

Auffarth: Я должен сказать, что среди всех торических интраокулярных линз с Mplus Toric у нас были наилучшие результаты. Потеря светового потока у данной линзы была наименьшая, а точность создания линзы — высочайшая. Еще одним преимуществом является то, что Mplus имплантируется в одну и ту же позицию, ее не нужно поворачивать относительно

оси астигматизма. Вы имплантируете линзу в положение на 12 часов (90°), и она точно устанавливается в глазу. Я ни разу не видел случаев децентрации ИОЛ Mplus, что, несомненно, свидетельствует о ее преимуществе над другими линзами.

Мы использовали различные методы коррекции пресбиопии и все-таки склоняемся к технологии Intracor или Supracor для пациентов с эмметропией. Я ни разу не имел проблем при имплантации Mplus.

№ 2: Сегмент для зрения вблизи

Breyer: Наш круглый стол переходит к следующему вопросу. Многие из присутствующих являются опытными хирургами, которые перешли на Mplus с других ИОЛ. Мы все понимаем, что ИОЛ Mplus основана на новой концепции (рис. 2а), которая заключается в асимметричной оптической ротации и плавном переходе между сегментом для зрения вблизи и остальной частью для зрения вдаль. По вашему мнению, это — преимущество или недостаток? Основан ли ваш расчет ИОЛ на размере зрачка и возможной децентрации?

Aramberri: Хирурги обычно рассуждают о неком эмпирическом результате, а на самом деле линза работает или нет. Впервые я услышал о Mplus в начале 2009 года, когда ее впервые начали применять. Тогда я не мог еще сказать, как будет работать линза, но я беспокоился о том, что она может вызывать аберрации и влиять на качество зрения. В то время некоторые мои коллеги уже использовали Mplus и были удовлетворены результатами.

С момента первой имплантации я понял, что ИОЛ Mplus не влияет на контрастную чувствительность и улучшает качество зрения. С тех пор я имплантировал тысячи линз с разным дизайном и быстро понял, что острота зрения не зависит от типа дизайна. Пациенты имели остроту зрения 20/20 в первый день после операции, и единственное что различалось, это фокусировка вблизи. Именно этот показатель зависел от формы и дизайна линзы.

Breyer: Отмечали ли вы какие-нибудь недостатки данного дизайна?

Aramberri: Линза Mplus не зависит от размера зрачка (и это преимущество), но сегмент для зрения вблизи асимметричен и поэтому требует идеальную центрацию зрачка. Если линза децентрируется, то это повлияет на результат операции, в то же время линзы с дифракционной оптикой менее чувствительны к подобным изменениям.

Moore: Ранние симптомы дисфотопсий у некоторых пациентов побудили меня имплантировать линзу с верхним положением сегмента для зрения вблизи. Сначала это показалось хорошим методом для исключения дисфотопсий, однако в отдаленные сроки метод потерял эффективность. У некоторых пациентов в дальнейшем сегмент для ближнего зрения был перевернут в нижнюю позицию, что не привело к серьезным изменениям в зрении.

Breyer: Jamie, а вы что-то меняли в предоперационном периоде для учета положения и размера зрачка?

Aramberri: Да, но не из-за того, о чем я сказал ранее. Я не могу предсказать положение ИОЛ в капсульном мешке относительно положения и размера зрачка, я могу

лишь сказать, что я правильно имплантировал линзу. У пациентов с узким зрачком происходит перекрытие нижнего сегмента, что приводит к уменьшению площади зрения вблизи. Основываясь на этом, мы имплантировали Mplus пациентам со зрачком 3,5 мм и более. Таким образом, диаметр зрачка более важен для данной линзы чем для других.

Venter: Большинству наших пациентов было от 40 до 60 лет, все они ожидали очень высоких результатов от смены хрусталика в рефракционных целях. Вследствие этого мы уделяли внимание диаметру зрачка, поэтому и давали всем пациентам специальный вопросник, на который они отвечали через 1, 3 и 12 месяцев после хирургии. Мы выяснили, что зрачок диаметром более 7 мм вызывает больший уровень глэр-эффектов. Вследствие данного факта мы использовали линзы 1,5 add (а не 3,0 add) при зрачке более 7 мм, что, по нашему мнению, помогло нашим пациентам.

Granberg: Я не придаю такого внимания диаметру зрачка. Мы начали использовать линзу сразу после того, как услышали о ней на ESRCs 2010, и не нашли никаких недостатков. Я скептически относился к дизайну линзы, однако она работала! В то же время у некоторых пациентов неожиданно возникли глэр- и гало-эффекты.

Aramberri: Обычно это — результат децентрации.

Granberg: Мы это и подозревали, при этом не были уверены в диаметре зрачка. Мы имплантировали линзу при зрачке 2,5 мм и больше.

Aramberri: Такие феномены были более частыми при использовании предыдущей платформы (312). Новая платформа 313 надедена улучшенной стабильностью и центровкой, что выяснено при подсчете отдаленных результатов. У меня не было ни одного случая децентрации при обследовании через 1 год.

Moore: Я согласен, что новая платформа улучшает результат как в смысле стабильности, так и по поводу быстрого восстановления зрения. С другой стороны, быстрое восстановление зрения, я уверен, напрямую зависит от стабильности линзы.

Carbonara: Обычно я вставляю интраокулярное кольцо во время операции, поэтому редко видел смещение ИОЛ Mplus в капсульной сумке. (Не могу уверенно утверждать это, так как имплантировал намного меньше ИОЛ Mplus, чем мои коллеги). С моей точки зрения, отсутствие децентрации не является самым важным моментом — это помутнение задней капсулы хрусталика, которое практически не возникает при использовании Mplus (особенно в сравнении с AcrySof ReStor). Отсутствие такого помутнения — одна из основных причин моей удовлетворенности ИОЛ Mplus. Я прооперировал двух молодых женщин с миопией высокой степени и катарактой, которые для коррекции носили контактные линзы. Я сомневался в том, что они получат высокую остроту зрения вблизи (мы все знаем, как «хорошо» миопы видят на близкие расстояния). К моему удивлению, пациентки были полностью удовлетворены результатами, спокойно работали как с ноутбуками на близком расстоянии от глаз, так и с персональными компьютерами. Несмотря на то что предметы

немного расплывались на расстоянии в 1 м, пациентки были счастливы после операции и не обращали на это внимания. В дополнение я предпочитаю не имплантировать ИОЛ при узком зрачке (менее 2,5 мм).

Breyer: Я также считаю необходимым контролировать диаметр зрачка и записывать данные перед операцией для точного определения зрительной оси. Идеальным для этого является aberrometer KR-1W производства Topcon. В то же время, если после операции возникают какие-то незначительные проблемы, то сохраненные данные помогут в дальнейшем их решить.

Auffarth: Пациенты, которым мы обычно имплантировали Mplus, чаще всего хотели корректировать пресбиопию. Именно поэтому мы обычно относим их к «рефракционным» пациентам. Мы всегда проводим пупиллометрию перед любым типом рефракционных операций (для пациента с катарактой я подобное исследование не провожу). Средний диаметр зрачка для 60-, 70- и 80-летних пациентов — 3,5 мм, что более чем достаточно для линзы Mplus. У более молодых пациентов зрачок обычно шире.

Я также хотел высказаться по проблеме центрации, которая является общей для всех типов мультифокальных линз. При смещении на 1-2 мм у пациента будут проблемы даже с линзами Tecnis и ReStor (особенно у торических версий). По этой причине я бы не переоценивал пользу пупиллометрии. Если у пациента глаукома и зрачок не более 1,5 мм, то с ним всегда будут проблемы. Именно поэтому такие заболевания являются прямым противопоказанием для имплантации Mplus. «Рефракционный» пациент требует полного обследования, включающего пупиллометрию, однако я бы не ставил ее во главу угла.

№ 3: Имплантация, положение линзы

Borasio: Мне кажется, мы до сих пор не до конца понимаем оптические характеристики асимметричной линзы. Было бы интересно выяснить, нужен ли такой большой сектор для зрения вблизи. Если бы он был меньше, то мы могли бы, например, еще больше снизить глэр-эффект. Также мне интересно — обязательно ли сегмент должен располагаться внизу? Кто-нибудь пытался изменить его положение? Я знаю несколько отчетов, где описывается снижение глэр- и гало-эффектов из-за темпорального расположения сегмента для близи. Когда свет проходит через височную сторону, он не повреждает ее, а когда проходит через носовую — повреждает меньше (из-за собственного носа). Было бы интересно услышать сравнительные исследования с различной оценкой положения сектора для близи.

Venter: Мы имплантировали линзу плоской гаптической частью вверх дном и отметили значительное улучшение. Мы также имплантировали и горизонтальный вариант с хорошими результатами. Оба варианта минимизировали гало и глэр-эффекты.

Borasio: Вы всегда имплантируете линзу вверх дном?

Venter: Нет, но если у пациента появятся отрицательные глэр-эффекты, то мы переворачиваем ее вверх дном.

Borasio: Почему всегда не имплантировать ее вверх дном сразу?

Venter: Без проблем. Чтение будет таким же.

Borasio: А темпорально? Вы пробовали такой вариант?

Venter: Да. И у этих пациентов зрение вблизи также было прекрасное. В то же время у нас был один случай потери зрения вблизи при имплантации C-loop дизайна (мы думаем, что это произошло из-за децентрации). Важно отметить, что мы не использовали внутри-капсульные кольца.

Moore: У меня было мало пациентов с плохим зрением вблизи или его отсутствием при верхнем положении сегмента; в то же время результат не ухудшался при ротации сегмента вниз. Во всех случаях у пациентов был узкий зрачок (менее 3 мм) и выраженный назальный сдвиг с синкинезией вблизи.

Aramberri: Децентрация ИОЛ с технологией C-loop может быть причиной снижения или потери зрения. Во многих случаях при центрации линзы неважно, насколько она наклонена: зрение не снижается. С другой стороны, асимметричный дизайн линзы компенсирует предоперационные аберрации (кома). При кератоконусе средней степени мы имплантируем линзу вверх дном для компенсации комы, в этих случаях мы корректируем не пресбиопию, а зрительную функцию.

Breyer: Очень интересная точка зрения. (После круглого стола доктор Breyer решил имплантировать линзу вверх дном. — прим. ред.).

Pientrini: Форма адидации несколько странная, но у нас хорошие результаты. Одна из интересных вещей состоит в том, что у данной линзы нет оптических искажений. Вследствие этого она более предпочтительна для пациентов, чем другие ИОЛ. Мой опыт основывается на имплантации только линз с гаптической C-loop (хотя это монолитная линза). Я не люблю этот термин, потому что наш опыт с данными ИОЛ диктует тот факт, что линзы крутятся в капсульном мешке,

вызывая разные осложнения. Линзе Mplus больше подходит понятие линзы с 4 гаптическими элементами, что обуславливает уникальную стабильность в капсульном мешке (рис. 2b) и отсутствие крупных осложнений. В то же время линзу трудно перемещать в глазу, особенно после удаления вискоэластика.

В одном случае линза не встала на правильную ось. В том же случае было травматическое повреждение зонулярных волокон и смещение ИОЛ. В результате у пациента снизилась острота зрения. Без учета данного случая я поражен качеством зрения и отсутствием комы после имплантации Mplus. Также не отмечалось никаких колебаний ИОЛ в капсульном мешке.

Auffarth: Некоторые жалобы пациентов сразу после операции не относятся к самой линзе. Большинство жалоб относятся к транзитному синдрому «сухого глаза». Очень часто пациенты описывают

симптомы «сухого глаза», которые могут быть вызваны линзой, так как им сопутствует снижение зрения вблизи. Однако все проблемы исчезают при правильном подборе медикаментозной терапии.

Это очень важно, так как некоторые хирурги, которые пробуют новый для них тип линзы, не могут правильно распознать симптомы, возникающие после имплантации ИОЛ. Если пациент описывает проблемы, связанные с синдромом «сухого глаза», то хирург должен назначить соответствующее лечение.

Breyer: Это недооцененная позиция. После имплантации ИОЛ мы обычно используем препараты искусственной слезы наряду с антибиотиками и стероидами.

Suppl. to *Cataract & Refractive Surgery Today Europe*. January 2012

Окончание следует

АМБЛИОТРОН
аппарат для восстановления зрительных функций

Уникальная нейроофтальмологическая технология

Основа технологии - мотивационная биологическая обратная связь, используемая для эффективной перестройки и оптимизации зрительной системы.

Назначение

- лечение амблиопии и связанных с ней косоглазия и нистагма;
- восстановление зрительных функций при органических заболеваниях, послеоперационная реабилитация;
- восстановление остроты зрения при близорукости, дальнозоркости, астигматизме и пресбиопии.

Этот уникальный аппарат позволяет

- преодолевать хронические офтальмологические заболевания;
- восстанавливать зрение при глаукоме, атрофии зрительного нерва, дистрофии сетчатки, включая диабетическую форму;
- останавливать прогрессирование возрастной зрительной инволюции.

Регистрационное удостоверение № ФСЗ 2010/06517
Декларация о соответствии № РОСС US ИМ35 Д00083

ООО Фирма ОЛМС. 190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр. д. 9/2, офис 29
тел/факс (812) 713-0995, тел. 251-6265, http://olis.ws, e-mail: olis@olis.ws

Новинки от издательства «Апрель»

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

Дискуссионные вопросы офтальмологии

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

В марте 2012 года издательство «Апрель» выпустило в свет книгу «Дискуссионные вопросы офтальмологии» под редакцией академика РАМН, профессора С.Э. Аветисова. Издание представляет собой сборник стенографических записей докладов, сделанных во время проведения научно-теоретической конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии», которая состоялась 9-10 сентября 2011 года в Подмоскowie. Участникам конференции были предложены две темы для обсуждения: «Хирургия глаукомы и катаракты: Есть ли простое решение?» и «Антиангиогенная терапия сегодня. А завтра?»

По первой теме выступили шесть экспертов, по второй — четыре. В ходе заседаний все желающие могли высказать свою точку зрения или задать вопросы экспертам.

Выступления приводятся в полном объеме и в минимальной редакции.

Сборник предназначен для практикующих хирургов, офтальмологов, студентов медицинских вузов.

Фемтоласик

Пожарицкий М.Д., Трубилин В.Н.

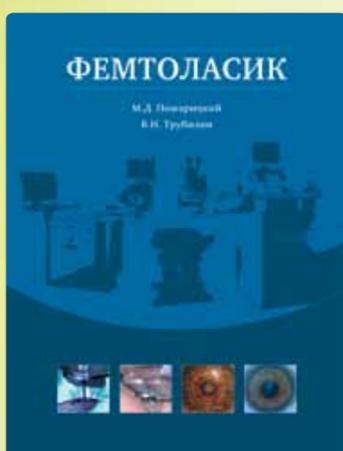
В марте 2012 года издательство «Апрель» выпустило в свет монографию «Фемтоласик».

Ее авторы, профессор М.Д. Пожарицкий и профессор В.Н. Трубилин, впервые в отечественной медицинской литературе рассмотрели различные аспекты современной лазерной коррекции аметропий. В работе приведены сведения об эволюции методов лазерной рефракционной хирургии, основных биофизических свойствах фемтосекундного лазерного излучения, подробно изложены технические характеристики и клинические аспекты использования всех существующих моделей фемтосекундных лазерных установок. Детально рассматриваются показания и противопоказания к выполнению коррекции аномалий рефракции по технологии фемтоласик, методики, результаты и возможные осложнения вмешательства. Анализируются результаты собственных клинических исследований. Представлены перспективные направления по применению фемтолазерных технологий при различных оперативных вмешательствах.

Монография предназначена для практикующих рефракционных хирургов, офтальмологов, студентов медицинских вузов.

По вопросам приобретения обращаться в компанию Stormoff Group of Companies.

Контактное лицо: Лемехова Елена 8 495 780 07 92, Щербакова Ирина 8 495 956 05 57.





Лаборатория Théa: генеалогия одного семейства, которым может гордиться Франция

В 1883 году Поль Шибре основал Французское офтальмологическое общество и вместе со своим племянником Анри начал разработку новых видов лечения. За 140 лет пять поколений французов по фамилии Шибре внесли неоценимый вклад в развитие офтальмологии и новых офтальмологических продуктов, а история Лаборатории Théa неразрывно связана с этой семьей.

Paul CHIBRET (1844-1911)
Офтальмолог, основатель Французского офтальмологического общества

Династия офтальмологов Шибре началась с Поля Шибре, армейского медика, который в августе 1871 года неожиданно заболел двухсторонним хориоретинитом. Болезнь и подтолкнула Поля сделать выбор в пользу офтальмологии.

Во время военной кампании в Алжире Шибре заинтересовался трахомой — патологией, которая «очаровала» молодого военврача на всю жизнь. Вернувшись в Париж, Поль устроился на работу в крупнейшую офтальмологическую клинику, где у него была возможность проводить исследования в области лечения трахомы. Его научными руководителями были профессор Galezowsky и профессор De Wecker. В 1875 году Поль открыл офтальмологическую консультацию в городе

Клермон-Ферран. Количество пациентов росло очень быстро, но работа, к счастью, не превращалась в рутину. Доктор Шибре в полной мере проявил себя как врач, ученый, исследователь и изобретатель.

Создание Французского офтальмологического общества (SFO)

В 1879 году на конгрессе в Амстердаме доктор Шибре и доктор Martin предприняли попытку создать научное общество. Инициатива успеха не имела, но проект создания офтальмологического общества пригодился буквально через несколько лет.

В сентябре 1882 года Поль опубликовал этот проект в «Юго-Западном глазном журнале». А буквально через четыре месяца, 29 января 1883 года, в Париже было официально объявлено о создании Французского офтальмологического общества (SFO).

Первым председателем нового общества стал сам Поль Шибре. В соответствии с принятым Уставом (он действует и сегодня) председатель SFO не мог быть парижанином, в то время как генеральный директор должен быть жителем французской столицы. Устав также предписывал, что на ежегодном съезде SFO с докладом мог выступить представитель любой национальности без ограничений (в 1906 году с докладом выступил доктор Axenfeld из Германии).

Внутри SFO Поль Шибре взял на себя роль мирового судьи: ему удалось уладить разногласия между столичными и провинциальными офтальмологами. Первый председатель настоял на том, чтобы двери Французского офтальмологического общества были открыты для всех, в частности, для немецких врачей. По предложению Шибре ежегодный съезд Общества проводился в мае, что давало возможность немецким врачам приезжать в Париж, а французским офтальмологам — приезжать летом в Гейдельберг. В память о франко-германском союзе офтальмологов один раз в два года вручается медаль SFO имени Поля Шибре, а на следующий год — медаль Немецкого офтальмологического общества (DOG).

Научный вклад

Значительным был и научный вклад Поля Шибре в медицину, который касался различных направлений развития офтальмологии. Он изобрел хроматофотооптометр, использующий поляризованный свет. Этот простой, недорогой и компактный (20 см) инструмент позволял получить 2700 оттенков цвета, что давало возможность врачам диагностировать цветовую слепоту. Шибре также продвигал свой собственный метод измерения близорукости, который он назвал скиаскопией.

В списке его изобретений был и всасывающий шприц для откачивания кортикальных масс в задней камере после операций по поводу катаракты.

Всю жизнь Поль Шибре был озабочен проблемами борьбы с инфекционными заболеваниями. В 1891 году он представил доклад по теме бактериальных инфекций конъюнктивы, а в 1896 году выступил с докладом по трахоме. Им были сформулированы до- и послеоперационные меры предосторожности для снижения риска эндофтальмита.

Несмотря на то что Поль Шибре всю жизнь прожил в Клермон-Ферране, он много ездил по Европе. Французский офтальмолог оперировал в России, Польше, о чем регулярно писал своим коллегам. Творческий, оригинальный в мышлении, независимый в суждениях,



Henri Chibret, основатель и президент Transphyto и Théa Holding, и Jean-Frédéric Chibret, президент Лаборатории Théa

истинный европеец по духу Поль Шибре вдохновил следующие поколения следовать его примеру.

Henry CHIBRET (1876-1943)
Фармацевт, основатель Лаборатории Chibret

Племянник Поля Шибре, Анри, работал фармацевтом в одной из аптек в Клермон-Ферране. Под влиянием своего дяди он занялся разработкой различных офтальмологических препаратов. Анри Шибре отдавал предпочтение мазям, так как жидкие растворы вызывали побочные действия, связанные с нарушениями молекулярной связности, и воспаления. В 1902 году Анри основал Лабораторию Chibret, чье развитие, в отличие от французских и иностранных конкурентов, шло довольно медленно. В фармакопею начала XX века вошло очень незначительное число активных препаратов, в основе которых в большинстве случаев были минеральные соли и алкалоиды. Бурное развитие фармацевтической промышленности приобрела лишь после Второй мировой войны.

Анри Шибре был знаком со многими офтальмологами, особо дружеские отношения связывали Анри с Альбертом Броннером (Albert Bronner), преподавателем офтальмологии Университета Страсбурга. На время войны медицинский факультет университета временно переехал в Клермон-Ферран. Альберт Броннер в 1944 году был арестован

гестапо, в 1945 году освобожден. В том же году Броннер получил должность профессора офтальмологии Университета Страсбурга.

Jean CHIBRET (1915-1989)
Фармацевт, президент Лаборатории Chibret

После окончания курсов фармацевтики в Клермон-Ферране и Тулузе Жан Шибре вместе со своей будущей женой, Маргаритой Делшер (Marquerite Delcher), превратили Лабораторию Chibret в крупнейшее фармацевтическое предприятие, получившее широкую известность во Франции и за ее пределами. После Второй мировой войны Лаборатория не имела себе равных в Европе, на Среднем Востоке и в Африке. Дальновидный и талантливый предприниматель, Жан (вместе со своим братом Рене) раскрыл в себе талант промышленника-новатора, который в течение двух послевоенных десятилетий разработал и внедрил в производство широкую гамму глазных мазей и растворов.

Лаборатория Chibret стала лидером в большинстве терапевтических направлений в офтальмологии, особенно по антибиотикам и кортикостероидам. Исследовательские лаборатории, входившие в состав Chibret, сотрудничали с университетами, в частности, с Университетом Клермон-Ферран, и по уровню развития науки соответствовали самым высоким международным стандартам.

Лаборатория Théa — это ведущая независимая европейская группа производителей, созданная в 1994 году и специализирующаяся на разработке и продвижении только офтальмологических препаратов.

Сейчас Лаборатория Théa занимает 8-е место в мире и 6-е в Европе среди подобных офтальмологических компаний.

Théa реализует свои продукты в 65 странах, главным образом в Европе, в Африке, Северной и Южной Америке, а также на Дальнем Востоке: в Японии и Корее.

10% от общего товарооборота в компании используются для интенсивной научно-исследовательской деятельности, результатом которой стали многочисленные открытия в наиболее важных терапевтических областях.

Théa является пионером в области питания для глаз и ухода за веками не только во Франции, но и во многих других странах.

В настоящее время Théa — лидер европейского рынка в таких терапевтических областях, как питание для глаз и синдром «сухого глаза». Кроме того, компания может предложить новый ассортимент продукции, предназначенной для ежедневной работы офтальмологов.

Сегодня в России представлены следующие препараты компании Théa:

Витабакт® — антисептик широкого спектра действия без консервантов. Приобретен у компании «Новартис» в 2009 году;

Нутроф Тотал — наиболее полный и сбалансированный комплекс веществ, необходимых пациентам с ВМД;

Хилабак — гиалуронат натрия 0,15% для лечения синдрома «сухого глаза» в системе АБАК, не содержащей консервантов;

Теагель — очищающий гель для век и ресниц. Благодаря своему составу Теагель делает растворимыми и удаляет эпителиальные остатки, секрет сальных и мейбомиевых желез и корки.

Интересы Лаборатории Théa в России с 2009 г. представляет компания «Биокодекс».



В 1946 году Жан Шибре отправился в США, где познакомился с научными разработками компании Merck Laboratories. В результате поездки между двумя компаниями были установлены тесные научные контакты. Шибре получил лицензию на производство стрептомицина и кортикостероида на основе стрептомицина. Вскоре началось производство гидрокортизона и дексаметазона — растворов, которые стали поистине революционным прорывом в лечении глазных воспалений.

Помимо научных исследований «на молекулярном уровне», Жан Шибре был всерьез заинтересован вопросом усовершенствования упаковки. Его изыскания не пропали даром: Лаборатория Chibret одной из первых в мире перешла к использованию пластиковых пузырьков и сублимированных лекарственных форм. Не давали покоя Жану и серьезные проблемы, вызванные воспалениями, и он первым начал использовать консерванты в лекарственных растворах. Ему же принадлежит и идея указывать на упаковках срок реализации. Эти два на первый взгляд простых решения были тут же официально утверждены руководством высших органов здравоохранения Франции.

Еще одной важной темой, на которую Жан Шибре обращал самое серьезное внимание, была научная информация. Он первым понял значение аудиовизуальной коммуникации и начал использовать этот метод при подготовке врачей-офтальмологов. Шибре подготовил более 200 учебных фильмов с участием лучших офтальмологов.

Он открыл крупнейший в мире центр научной документации (Институт Chibret), услугами которого пользовались несколько поколений молодых офтальмологов. Он издавал журнал Chibret Review, который рассылался 15 000 офтальмологов по всему миру. Ежегодно в Клермон-Ферране Шибре проводил офтальмологические конференции, на которые приглашались интерны и опытные врачи. Имя Шибре стало синонимом профессиональной строгости, этики и качества.

Следуя семейным традициям, Жан Шибре проявил большой интерес к лечению трахомы и финансировал издание международного журнала, пишущего на эту тему, различные исследовательские группы, а также выступил спонсором премии к Золотой медали, которой награждали наиболее отличившихся в борьбе с этим заболеванием врачей.

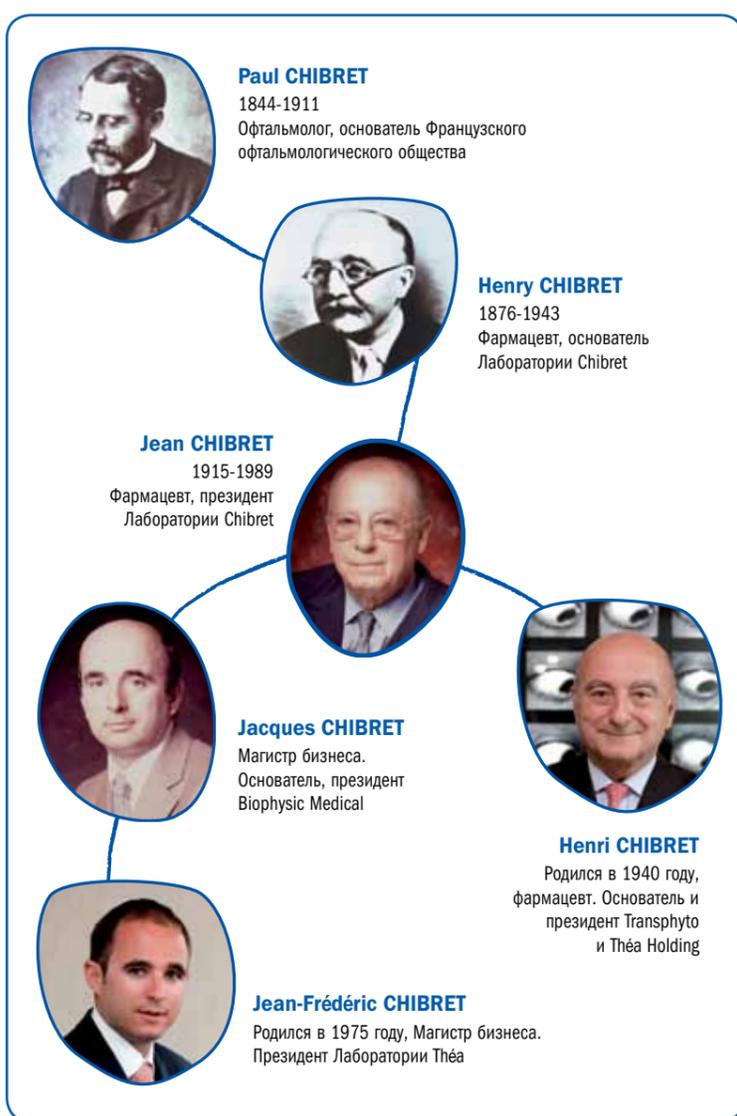
На протяжении многих лет всемерную поддержку Жану Шибре оказывала его жена, Гит, которая играла активную роль в жизни компании.

В 1969 году Жан Шибре принял решение о присоединении к американской компании Merck (MSD). Группа Chibret-MSD заняла лидирующие в мире позиции по выпуску офтальмологических лекарственных препаратов, в частности, глазной мази Timoptol. Нарастивали производство новые фармацевтические заводы в Клермон-Ферране, Риоме и Ле-Пюи. И сегодня, спустя более 40 лет, альянс Chibret-MSD служит примером успешной экономической модели в фармацевтическом бизнесе.

Jacques CHIBRET

Магистр бизнеса. Основатель, президент Biophysic Medical

Свои качества предпринимателя и новатора Жан Шибре передал своим двум сыновьям, Анри и Жаку. Компания Biophysic Medical была основана в 1974 году, свою деятельность она начала с продвижения автоматического электрофизиологического устройства «Пантопс». Научные исследования по этому проекту проходили совместно с Офтальмологической службой



клиники Университета Клермон-Ферран. В работе приняли участие профессора Rouher, Solé и Alfieri.

Профессор Jean Haut и доктор Pujol оказали помощь компании Biophysic Medical в развитии перспективной технологии графического представления звуковых колебаний органов (сонограмма). Jean Haut и Florence Pinon сыграли решающую роль в работе над первым европейским офтальмологическим аргонным лазером для лечения ретинопатий. Совместно с профессором Aron Rosa в 1983 году Жак Шибре разработал первый YAG-лазер, использующийся для лечения вторичной катаракты.

Вместе с профессором Bruhat (Клермон-Ферран) он построил и первый карбон-диоксидный лазер для проведения кольпоскопических хирургических вмешательств. Под руководством Жака Шибре компания Biophysic Medical превратилась в мирового лидера в области производства офтальмологического оборудования на основе сонограммной технологии. По производству офтальмологических лазеров компания прочно обосновалась во втором месте в мире.

В планах Biophysic Medical в начале 80-х годов было завоевание рынка США, на долю которого приходилось 70% глобального рынка. С этой целью Biophysic Medical объединилась с французской группой Synthelabo Biomedical, основным акционером которой выступала компания l'Oréal. Таким образом, в 1984 году была образована компания Biophysic Medical USA, которую ждал скорый коммерческий успех.

Жак Шибре верил в потенциальные возможности использования эксимерных лазеров в хирургии роговицы. Он совместно с доктором Philippe Crozafon и при поддержке Университета Ниццы разработал прототип этого лазера. Однако проект был внезапно прерван из-за трагической кончины Жака Шибре в Африке. В 1989 году во время сафари в Камеруне Жак был смертельно ранен. А за несколько недель до трагедии скончался его отец, Жан Шибре. 1989-й навсегда остался «черным годом» в памяти этого семейства.

В 1978 году Анри Шибре создает Лабораторию Transphyto, которая благодаря инновационной стратегии, проводимой Анри, стала ведущей во Франции научно-производственной компанией. Основной доход Transphyto складывался за счет продаж патентованных сырьевых материалов. Успех компании был предопределен еще и тем, что большая часть исследовательских работ проводилась предприятиями-подрядчиками, а также ведущими медицинскими научно-исследовательскими институтами.

Особую ценность для Анри имела совместная работа с Philippe Laralus, профессором медицинского факультета Университета Ниццы и с Pierre-Paul Elena. Научные исследования касались таких направлений, как токсикология и глазная фармакология.

Основными партнерами Transphyto были Allergan, Ciba-Vision, MSD. Подобная стратегия была продуктивной с точки зрения развития НИОКР, однако не обеспечивала компании признания среди офтальмологов. Transphyto также сильно зависела от ее лицензиатов. В 1994 году создается Лаборатория Théa, основной задачей которой была реализация продукции Transphyto сначала во Франции, а затем по всей Европе...

Основной задачей Лаборатории Théa (равно как Chibret Laboratories и Biophysic Medical) служат инновации, прежде всего, в таких направлениях, как «сухой глаз», глазной герпес, аллергия, глаукома, инфекция и т.д. Самая последняя разработка — глазные капли Азитер на основе азитромицина для лечения гнойного инфекционного конъюнктивита и трахомы.

В 2004 году Théa приобретает у компании Merck несколько хорошо известных лекарственных препаратов (Chibro-Cadron, Rifamycin Chibret, Chibroxine, Mydriaticum), которые дополнили продуктовую линейку Théa на французском и зарубежном рынках.

Следуя семейной традиции, Анри Шибре много внимания уделял инновационным технологиям упаковки продукции. В 1996 году он выпустил первую упаковку типа АВАК — флакон, в котором лекарство, не содержащее консервант, в открытом виде могло сохраняться до двух месяцев. Это стало возможным благодаря использованию специальной фильтрующей мембраны. Было, наконец, покончено с нежелательными побочными эффектами, возникавшими в результате использования консервантов. Таким образом, по иронии судьбы Анри



поставил точку на консерванте, который за 50 лет до этого разработал и внедрил его отец. А системе АВАК ждал абсолютный успех: ежегодно в мире продается более 10 миллионов упаковок.

К 2008 году среди офтальмологических компаний Лаборатория Théa занимала 8-е место в мире и 7-е в Европе. В компании трудилось 460 человек, а ее годовой оборот составлял 155 миллионов евро.

Jean-Frédéric CHIBRET

Родился в 1975 году, Магистр бизнеса. Президент Лаборатории Théa

Сын Жака Шибре, Жан-Фредерик, после двух лет обучения в Ирландии занялся расширением зарубежной сети Théa. Всего за 8 лет в 10 странах Европы были организованы дочерние компании. Он приобрел ценный опыт в решении самых разнообразных проблем, что позволило ему в 2008 году возглавить Группу компаний Théa.

Анри Шибре управляет Холдингом Théa, который отвечает за коммерческую, научную и финансовую стратегию Группы.

В настоящее время Лаборатория Théa предлагает самые современные лекарственные средства в 14 терапевтических классах. Во главе с Жаном-Фредериком компания успешно решает свою главную задачу — стать мировым лидером в производстве офтальмологических препаратов.

... Жан-Фредерик женился на девушке из Ирландии по имени Норман, у них родились два сына, Джек (в 2005 году) и Макс (в 2008 году), но говорить о том, что они продолжат династию офтальмологов, пока еще рано...

Материал подготовил Сергей Тумар

ХИЛАБАК

гиалуроновая кислота 0,15%

Высокоэффективный препарат гиалуроновой кислоты без консерванта для лечения пациентов с синдромом «сухого глаза» различной этиологии

- Высокая эффективность в лечении синдрома «сухого глаза»^{1, 2, 3, 4}
- Быстрое устранение субъективного дискомфорта у пациентов^{1, 2}
- Возможность применения у пациентов, носящих контактные линзы
- Отсутствие токсического воздействия на эпителий роговицы⁵

Théa

ООО «Биокодекс» 119019, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 21 (Бизнес-центр «Обновление Арбата», 11 этаж), тел.: (495) 783 2680; факс: (495) 783 2681; www.biocodex.ru

БИОКОДЕКС

1. Нагорский П.Г., Белина В.В., Нестерова Л.Ю. Влияние слезозаместительной терапии на выраженность синдрома сухого глаза у больных контактными линзами у детей и подростков / Новосибирский филиал МНТК // РМЖ, № 2, 2011.
2. Григорьев Н.И., Степанова Е.Н., Шадринцев Ф.Е. Применение препарата «ХИЛАБАК» в лечении синдрома «сухого глаза» у больных сахарным диабетом / Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр.
3. Гагарина Т.В., Половинкина О.Н. ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия». Пермь // «Офтальмология», т. 8, № 1, 2011, с. 58-60.
4. Павлова И.Е., Гейнгер Е.И., Патленко О.А., Павленко А.П. Клинико-функциональные изменения глазной поверхности при вторичном синдроме «сухого глаза» и их коррекция // ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава», кафедра офтальмологии // «Катарактальная и рефракционная хирургия», № 1, 2011.
5. Maria Mekou, Aude Pinsky, Barbara De Seni, Beatrice Le Varlet, Christophe Baudouin. Occludin gene expression as an early in vitro sign for mild eye irritation assessment. Toxicology in Vitro, vol. 24, Issue 1, pp 276-285, 2010.

Registered Nurse, или Записки американской медсестры

Не сотвори себе стереотипа

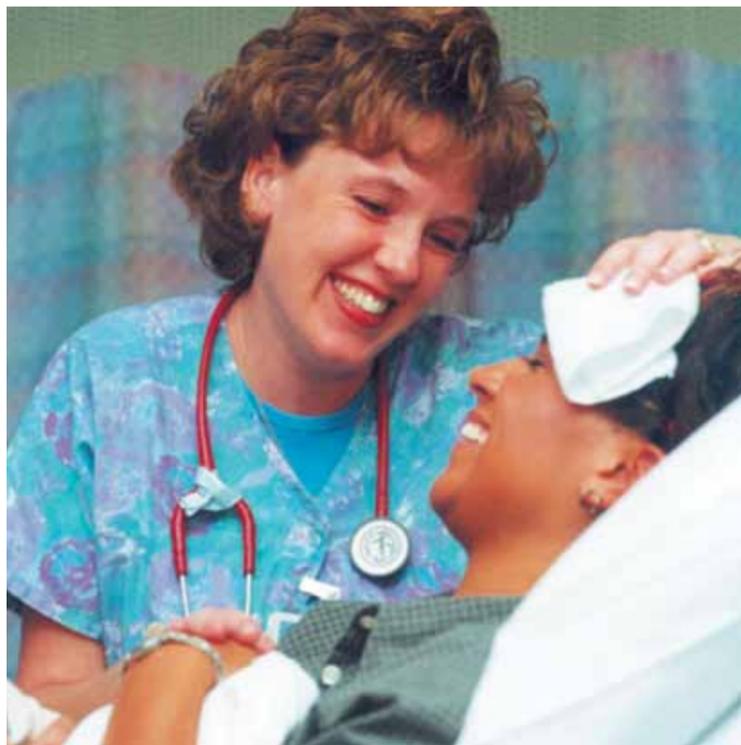
Елена Филатова

Окончание. Начало читайте
в «Поле зрения» №1, 2012

Сегодня давайте закончим начатый в прошлом номере разговор о том, как в многоязычной эмигрантской Америке решается «национальный вопрос», как всегда — в условиях одной отдельно взятой больницы.

Итак, продолжаем про выходцев из Азии. Не знаю почему, но из России я приехала с твёрдым убеждением, что для азиатских женщин характерны покорность и кроткий нрав, но в Калифорнии меня быстро в этом разубедили. Вот уж точно практика — критерий познания... Оказалось, что при внешней хрупкой фарфоровости наши азиатские сёстры несут в себе миниатюрные ядерные реакторы, неутомимо вырабатывающие энергию, упрямство и стремление к цели во что бы то ни стало. И что особенно интересно — дети у них буквально ходят строем: никаких капризов, не плачут даже в младенческом возрасте и отлично учатся.

По моим наблюдениям, из всех азиатов особенной дисциплинированностью отличаются китайцы, поэтому из них получаются отличные больные. Сказано лежать и не вставать — будут лежать без всяких капризов. Впитанное ими с молоком матери уважение к старшим распространяется также и на



старших по положению, и мы — медсёстры — неожиданно для самих себя оказываемся уважаемыми людьми. Наши просьбы исполняются с армейской точностью, к нашим советам прислушиваются. Просто невольно хочется выпятить грудь, подобрать живот и расправить плечи!

Семья для китайцев — огромная ценность. С бабушкой или бабушкой, которые обычно не говорят ни слова по-английски, всё время остаётся кто-то из молодёжи.

В наших палатах особенно не разгуляешься, но китайцы непритворливы и не привередничают: сооружают себе окопчик на полу из одеял и подушек, обкладываются всякой электроникой и дежурят при своих стариках. А утром их сменяют свежие силы. И всё с улыбкой, никто не ворчит, что не выспались, что палата маленькая, пол жёсткий... не знаю, завещал ли это Конфуций, но похоже, что китайцы инстинктивно не тратят душевные силы на то, что нельзя изменить. И молодцы.

Корейцы в нашей практике встречаются реже, но, на мой взгляд, они являются истинными стойками среди народов Азии: никаких эмоций на публике, будь то горе или радость, всё очень сдержанно.

Мексика

Наши непосредственные соседи с юга давно чувствуют себя в Калифорнии, как дома, да и вообще, если начать разбираться, неизбежно придёшь к бесплодной дискуссии о том, что было раньше, курица или яйцо: является ли моя новая родина исконно испанской, мексиканской или индейской территорией. Поэтому в эти политико-социальные дебри мы забираться не будем, а то я и от лица России могу предъявить территориальные требования, благо Форт Росс — вот он, родимый, до сих пор существует в часе езды от меня.

Мексиканцы обычно к врачам не ходят и не лечатся по той простой причине, что у них, как правило, нет медицинской страховки. Хотя есть и бесплатные клиники и такие, где медицинскую помощь можно получить за номинальную плату, но туда они не идут уже по причине того, что они изо всех сил стараются быть «мачо» до последнего. И очень жаль, потому что в целом эта нация подвержена гипертонии и диабету, которые можно было бы

выявить при диспансерных обследованиях и контролировать на первых порах если не лекарствами, то хотя бы диетой. Но какой же уважающий себя мексиканец откажется от солёного и острого, заливаемого текилой и пивом? Нет таких.

Поэтому в основном они хорошо и много работают и так же хорошо и много отдыхают, пока в один прекрасный день их не хватит инсульта, который, увы, почти неизбежен при вышеописанном образе жизни.

Инопланетяне

Эти люди родились и выросли в Америке, но ни по их внешнему виду, ни по языку этого не скажешь. А уж о нравах и обычаях я лучше промолчу. Это я об особой породе: местных гангстерах, главное времяпрепровождение которых заключается, похоже, в отстреливании себе подобных. Причём стреляют они из рук вон плохо, и через месяц подлеченная нами жертва уже снова бродит по улицам



И привозят нам такого бедолагу, живого, но парализованного и не могущего сказать «ни бэ ни мэ». Обычно результатом его привычки много и хорошо отдыхать является большая семья, в которой, как говорится, семеро по лавкам, во главе с перепуганной женой, которая часто не имеет никакого источника дохода, кроме единственного кормильца, который теперь лежит на больничной койке и тихо пускает слюни.

Жуткая история, причём на моих глазах она разыгрывалась не один раз и как по нотам, с минимальными отклонениями от партитуры. Такое впечатление, что большинство мексиканцев живут одним днём и надеются, что их минёт чаша сия. А она никого ни минует, и всё новые инвалиды исправно поступают на иждивение государства. А наш славный штат и так банкрот. Поэтому если оказывается, что больной находился в США нелегально — депортируют беднягу обратно в Мексику, как только его состояние стабилизируется.

Опять нельзя не сказать о семье — у мексиканцев семейные связи очень сильны и включают не только ближайших родственников, но также двоюродных и троюродных братьев и сестёр и всех тех, для которых я просто не знаю другого названия, кроме «сдьмая вода на киселе». А для них это всё равно семья, а значит источник помощи едой, одеждой, кровом над головой, деньгами и так далее. Никто ничего не считает, и все многочисленные дети бегают, играют и кормятся вместе, и никто не обделён лаской. И не захочешь, а зауважаешь такой щедрый народ.

славного города Ричмонда в поисках своего обидчика, таким образом обеспечивая постоянство круговорота крови в природе.

После того как Центр Джона Муира заключил договор с округом и стал официальным травмцентром, к нам повезли такое, чего мы прежде не видывали. Например, больных в кандалах, у двери в палату которых постоянно дежурит полицейский. Для несколько ошарашенного персонала была прочитана лекция на тему, что такое гангстеры и как с ними бороться, суть которой сводилась к следующему: делай своё дело и уходи. Оказывается, они нас за людей не считают — и не по злобе, а просто нам не хватает места в их сложной социальной иерархии. Поэтому с нашей стороны не должно быть никакого братания: даёшь лекарства, проводишь необходимые процедуры, вежливо, но профессионально-холодно осведомляешься о самочувствии и удаляешься. Как аппендикс.

Вполне естественно, что культурному и религиозному многообразию населения, с которым мы работаем, в суровых условиях больницы часто сопутствует невероятно запутанный клубок верований, суеверий, предрассудков, иногда благотворных, часто бесполезных, а подчас и вредных. Главное, чем мы руководствуемся в своей практике — если это не вредит больному, то разрешается. В Америке «каждый имеет право быть Карлсоном»¹.

Была у нас больная-персиянка после тяжёлого инсульта, с массой сопутствующих заболеваний, на вентилляторе, с питательной трубкой — живой труп, в общем. Но

¹ Астрид Линдгрен. «Малыш и Карлсон».

DORC

ФОКУС
Материалы для микрохирургии

В ФОКУСЕ ТОЧНОСТЬ
В ФОКУСЕ ИННОВАЦИИ
В ФОКУСЕ КАЧЕСТВО



В ФОКУСЕ ВСЁ НОВОЕ

www.focus-m.ru

info@focus-m.ru



её семья, состоящая из четырёх очень бурных дочерей, была уверена, что если маме-джан давать мятный чай, то мама-джан не сегодня-завтра встанет. Ну и прекрасно — они дома заваривали мятный чай, а мы его закачивали ей через трубку. Но однажды мы застужали дочерей, когда они пытались залить чай маме-джан в глотку, видимо считая, что так от него будет больше пользы. Что тут началось! Мы вызвали охрану, дочерей вывели из отделения, лишили права свидания, потом снова разрешили, но только в присутствии представителя больницы. Вот тебе и безвредный мятный чай... ведь угробили бы хорошую из наилучших побуждений!

Вот теперь вопрос на засыпку: как мы со всем нашим Вавилоном объясняемся? Если к нам в отделение ночью поступает больной, совершенно не говорящий по-английски, то обычно его сопровождает член семьи, который может служить переводчиком. Это в самом лучшем случае. Ещё бывает, что по счастливому стечению обстоятельств в моё дежурство к нам кладут русскую бабушку — тогда, даже если её ко мне официально не приписали в качестве пациентки, я её буду в течение ночи проверять и спрашивать, как дела. Так что если она меня не замучает разговорами о Филиппе Киркорове (была однажды у меня страстная поклонница его дарования), у нас обеих есть шанс дожить до утра. Или положат нам, например, японца, а мы вытащим на свет божий заветный замусоленный список, где перечислены все сотрудники, говорящие на иностранных языках, и — о радость! — найдём медбрата в ортопедическом отделении, который для общего развития изучает японский. Он к нам прибежит, с нашим больным поговорит, успокоит его, научит нас паре полезных фраз по-японски и снова бегом к себе на шестой этаж. И мы так же — если надо, сбегает, переведём. Но это всё очень неофициально, так сказать, на общественных началах.

Есть определённые моменты, определяемые законом штата, когда больному, не владеющему английским, положен официальный переводчик. Например, когда пациенту разъясняют суть предстоящей операции или инвазивной процедуры, после чего он должен дать своё согласие или отказаться и в любом случае поставить свою подпись в нужном месте. Попутно разъясняется и риск, сопряжённый с процедурой, а это обычно вызывает вполне понятную эмоциональную реакцию у слушателей. Так как разговор ведётся на довольно сложном уровне, членам семьи такие переводы не доверяют, да и несправедливо было бы требовать от них холодного профессионализма, когда речь идёт о жизни и здоровье их близких. Для всей семьи гораздо лучше встречать плохие новости единым фронтом, плечо к плечу, а не отвлекаться на поиски нужного слова в критический момент.

Как такая возможность обеспечивается в больнице Джона Муира? У нас в штате существуют сертифицированные переводчики с нескольких языков. Основную зарплату они получают за работу в другой ипостаси: они медсёстры, санитары, уборщики, инженеры, повара, садовники и так далее, но небольшая почасовая надбавка даётся им за то, что в случае необходимости их могут призвать на помощь в качестве переводчиков. Для получения сертификата некоторые из переводчиков должны были заканчивать краткий курс медицинской терминологии, потому что перевод требуется сугубо медицинский, а не типа «Вер из зе вей ту Москву?». Здесь у нас никому зря деньги не платят.

Если в штате нет работников, сертифицированных в определённом языке, то на этот счёт у нас есть чудо-телефон о двух головах. Он подключается к телефону в палате больного, потом мы звоним в круглосуточное агентство, с которым у больницы договор, и говорим, что нам, например, нужен язык фарси. Агенты выходят в астрал, я так понимаю, и выуживают оттуда переводчика, после чего я говорю в телефон по-английски, а мой больной слышит всё это уже на фарси. И в обратном порядке. Чудеса...

А вот мой самый любимый язык, который понимают все: собачий, в прямом и переносном смысле. Раз в два в месяц у нас в отделении появляется маленький лохматый рыжий пёс Бадди (Дружок, то есть) со своим хозяином. Они оба сотрудники нашего центра, и у собаки на ошейнике даже есть удостоверение с фотографией — всё чин-чином. Хозяин — пенсионер, работающий исключительно на общественных началах, а Дружок был им взят из приюта и обучен на специальных курсах. Оба они маленькие, чистенькие, уютные, спокойные... И вот эта парочка ходит по палатам, навещает больных. Дружок запрыгивает на кровати, причём никто из медперсонала не орёт дурным голосом про гигиену, и больные его гладят, теребят его шёлковые ушки, воркуют. Насколько я знаю, это уже доказанный научный факт: погладишь собаку, и давление снижается, стресс уходит. Кроме того, когда больные после инсульта залегают в пакетик с кормом, достают лакомство, подают собаке — это всё тренировка сложных моторных функций, которая выполняется как бы играючи.

С чувством глубокого удовлетворения хочется отметить успешную экспансию родного языка. У нас сейчас в отделении четыре русские медсестры: три штатных и одна путешественница, причём все работают ночью. Неудивительно, что количество великого и могучего в конце концов перешло в качество. Наша секретарша отвечает по телефону «Да!», периодически начинает говорить с русским акцентом, и выбрала себе имя Оксана (на самом деле она Трэйси). Один из санитаров-филиппинцев смешит русских пациентов, когда говорит «Бозе мой!», а санитарка индуска выучила «Заколебали!» и применяет это выражение весьма к месту, сопровождая его закатыванием глаз и потрясанием рук. Все наперебой требуют, чтобы им присвоили русские имена: у нас уже есть Наташка, Ольчик, Борис, Маруся, Мишаня, Костик и Катюша, все самых разных цветов и размеров.

В апреле я перехожу работать в дневную смену и нагло продолжу свою подрывную деятельность уже при свете дня. Продолжение, как ему и полагается, следует! ■

Российская академия медицинских наук
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
НОЧУ ДПО «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии»

Уважаемые коллеги!
Приглашаем вас принять участие
в III Международном симпозиуме
«Осенние рефракционные чтения»
Тема симпозиума
«Миопия: болезнь или только аметропия?»

Дата проведения: 19-20 октября 2012 г.
Место проведения: Москва, ул. Россолимо, 11, ФГБУ «НИИГБ» РАМН

ЦЕЛЬ СИМПОЗИУМА: обсуждение вопросов, связанных с возникновением и прогрессированием миопии, современными подходами к лечению и коррекции, проявлениями т.н. осложненной миопии, особенностями сочетания с другими глазными заболеваниями.

Формат симпозиума включает научно-практическую и образовательно-информационную программы. В рамках симпозиума планируется выставка современного диагностического оборудования, средств оптической коррекции и инновационных технологий.

В работе симпозиума предполагается участие более 500 офтальмологов и оптометристов, а также представителей компаний, специализирующихся на производстве средств коррекции, офтальмологического оборудования и фармпрепаратов.

Информационная поддержка: журналы «Вестник офтальмологии», «Глаз», «Вестник оптометрии», «Оправы и линзы», «Веко», «Современная оптометрия», специализированная газета «Поле зрения».

Официальный сайт симпозиума: www.eyeconfr.ru
Интернет-ресурсы: www.optometryschool.ru, www.niigb.ru

Участие в конференции не требует регистрационных взносов

ГЛУБИНА И БЕСКОМПРОМИССНОСТЬ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА

Благодаря хорошей проникающей способности Вигамокс® действует там, где необходимо¹, эффективен в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов^{2,3}

Ссылки: 1. Wagner RS, Avelar M, et al. Evaluation of moxifloxacin, ciprofloxacin, gatifloxacin, ofloxacin, and levofloxacin concentrations in human conjunctival tissue. *Arch Ophthalmol*. Sept. 2005; 123:1282-1283. (ДанерРС, Авелар М, и др. Определение концентрации моксифлоксацина, ципрофлоксацина, гатифлоксацина, офлоксацина и левофлоксацина в конъюнктивальном веществе). *Архив офтальмологии*. Сентябрь, 2005; 123:1282-1283.) 2. Kowalski, et al. In vitro antibiogram yields to understanding antibiotic susceptibility and minimum inhibitory concentration data. *Ophthalmology*. 2005;112:1987-1991. (Ковальски и др. База для офтальмолога для понимания чувствительности и минимальной ингибирующей концентрации. *Офтальмология*. 2005;112:1987-1991.) 3. Stepan DW et al. In vivo and in vitro potency of moxifloxacin and levofloxacin ophthalmic solution 0.5%, a new topical fluoroquinolone. *Survey of ophthalmology*. November 2002; 50 (suppl):17-20. (Степан Д.В. и др. Эффективность моксифлоксацина в офтальмологическом растворе моксифлоксацина 0.5% (новый топический фторхинолон) в пробирке и в организме. *Обзор офтальмологии*. Ноябрь, 2002; 50 (прил.1):17-20.)

Регистрационное удостоверение № ЛСР-003706/10 от 04.05.2010

Alcon® ООО «Алкон Фармацевтика»
109004 Москва, Россия, ул. Николоямская, 54
a Novartis company Тел: +7 (495) 961 13 33 Факс: +7 (495) 258 52 79

Вигамокс®
(моксифлоксацин 0,5%, глазные капли)

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



«Уменье жить» сумеем сдать на «5»

В пятом и шестом номерах нашей газеты был опубликован репортаж о гимназии для инвалидов по зрению имени Карла Штреля в немецком городе Марбурге. После выхода в свет этого материала читатели стали обращаться в редакцию с вопросами: «Чем отличаются и в чём похожи российские и немецкие специализированные школы? Зачем, вообще, нужны «особые» учебные заведения? Может быть, мальчишкам и девчонкам «с особыми потребностями» будет лучше в обычных школах по месту жительства?» Тема требовала продолжения. Ведущий рубрики «К незримому солнцу» отправился в посёлок Мга Кировского района Ленинградской области, где располагается специальная (коррекционная) школа-интернат III и IV вида (для слепых и слабовидящих детей).

Илья Бруштейн

Почему Ваша школа во Мге?

«Почему Ваша школа находится во Мге?», — этот вопрос директору школы-интерната В.А. Климахину задают почти все посетители. Виктор Анатольевич устало улыбается и неохотно отвечает: «Да, расположение неудобное... А что теперь можно сделать?..»

Проблема местонахождения школы совсем не такая незначительная, как это может показаться на первый взгляд. Мгинское учебное заведение — единственное подобное учреждение в Ленинградской области. Предполагается, что все незрячие и слабовидящие дети области будут здесь учиться. А вот добраться до школы совсем не просто, если не иметь собственного автомобильного транспорта.

Необходимо сначала доехать до железнодорожной станции Мга, расположенной на линии Санкт-Петербург — Вологда. А дальше — от железнодорожной станции до школы — предстоит почти четырёхкилометровый пеший марш. Общественный транспорт этот маршрут не обслуживает. Таксисты станцию Мга тоже как-то не облюбовали. Да и поймать попутную машину здесь проблематично. Вроде бы всего 50 километров к востоку от Санкт-Петербурга, а совсем другой мир, другая жизнь... Вот и остаётся, как во времена Некрасова и Гоголя, идти по просёлочной дороге с котомкой за плечами.

Хочу напомнить, что речь идёт не о местонахождении какого-нибудь склада или оптовой базы, а учебного заведения для детей-инвалидов. Отнюдь не все дети с серьёзными нарушениями зрения способны безболезненно и безропотно переносить долгие пешеходные марши. Как добраться до школы сельским жителям Лодейнопольского, Подпорожского, Тихвинского и других отдалённых районов Ленинградской области?

Вопрос риторический. Беглый взгляд на географическую карту даёт понять, что за один день из многих уголков области до школы добраться просто нереально. А ведь идёт не о том, чтобы «забросить» своё чадо в интернат и забыть на целый год о его существовании... Детей необходимо регулярно навещать. Учителя и воспитатели Мгинской школы рекомендуют брать детей домой не только на каникулы, но и на выходные дни, праздники. Трудновыполнимая рекомендация...

«Специализированные школы для незрячих и слабовидящих детей успешно работают в большинстве регионов России», — рассказывает главный редактор журнала «Школьный вестник» Юрий Иванович Кочетков, единственного в России издания для слепых детей, издающегося рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом. — И почти во всех субъектах Федерации они располагаются в областных или краевых центрах. Месторасположение Мгинской школы — это действительно серьёзная проблема для инвалидов по зрению. Похожая ситуация, кстати, сложилась и в Калужской области. Областной интернат для детей-инвалидов почему-то разместили не в самой Калуге, а в крошечном районном центре Мещовске».



Виктор Климахин, директор школы-интерната

Родители выходят из положения по-разному. В Санкт-Петербурге работают сразу две школы-интерната для детей, «живущих во мгле». Проблема заключается только в том, что предназначаются они для счастливых обладателей питерской прописки или хотя бы временной регистрации. Очень сложно определить ребёнка на учёбу в интернат, расположенный в другом субъекте Российской Федерации.

К сожалению, многие семьи из отдалённых районов просто отказываются от обучения в специализированном учебном заведении. Посещение школы по месту жительства также, как правило, оказывается невозможным. Остаётся домашнее обучение. Ох уж это «домашнее обучение»!.. Гармоничному развитию ребёнка оно в любом случае не способствует.

Крепкие семьи — в меньшинстве

Отдалённое расположение — не единственная, и, как уверяли меня учителя и воспитатели, не главная проблема школы-интерната. Больше всего сотрудники обеспокоены распространением социального сиротства. Количество воспитанников, оставшихся без попечения родителей или живущих в «неблагополучных» семьях, постоянно увеличивается.

«Когда я пришла сюда работать в 1981 году, у нас было 170 учащихся, из них только один — сирота, — рассказывает заместитель директора по учебно-воспитательной работе Елена Владимировна Черкасова. — Сейчас в школе-интернате учатся и живут 102 ребёнка. 29 из них — сироты. В соответствии с российским законодательством опекуном в этом случае обычно становится директор учебного заведения».

Впрочем, официальные цифры статистики не могут передать полных масштабов социального сиротства. Большинство воспитанников всё-таки имеют семьи, хотя и неполные. Во всяком случае их матери не лишены родительских прав и регулярно получают детские пособия. Но когда сотрудники говорят о том, в каких условиях порой живут их питомцы, они не могут скрыть своего возмущения.

«Часто дети приезжают с каникул исхудавшими, измождёнными, в каком-то грязном тряпье. Горе-родителям не приходит в голову не только купить сыну или дочке какую-нибудь обновку или игрушку (хотя бы

самую дешёвую!), но даже просто постирать их вещи», — рассказывает врач-педиатр школы-интерната Мария Владимировна Комиссарова.

Разумеется, не все родители поддаются под это описание. Но хорошие, крепкие семьи — пусть и неполные! — к огромному сожалению, составляют явное меньшинство. Сочетание слепоты или слабовидения и сиротства — это опасный, можно даже сказать, взрывоопасный «коктейль». Судьба в самом начале жизненного пути нанесла маленькому человечку целых два болезненных удара, отняв способность адекватно воспринимать окружающий мир и лишив близких, родных по крови людей.

Слепой велосипедист

В детские и подростковые годы многие читатели газеты «Поле зрения», наверное, зачитывались этюдом Владимира Галактионовича Короленко «Слепой музыкант» и сопереживали главному герою этого произведения Петру Попельскому. Он родился на свет слепым... Слепым, но в благополучной, обеспеченной, любящей семье!

Личность и судьба незрячего сироты пока ещё не стала сюжетом значимого литературного произведения. Героем повествования мог бы стать, например, восемнадцатилетний десятиклассник Мгинской школы-интерната Александр Арнацкий. Так же, как и Пётр Попельский из «Слепого музыканта», Саша пришёл в этот мир тотально слепым. Как и герой этюда В.Г. Короленко, он только из чужих рассказов знает, что небо, море и васильки на лугу — голубые, летняя трава — зелёная, а солнце зрячие дети изображают на рисунках жёлтым или золотым.

Первые годы жизни Александр провёл в одной из деревень Тосненского района Ленинградской области. В возрасте семи лет он оказался в Мгинской школе-интернате как несовершеннолетний, оставшийся без попечения родителей. Если бы Александр Арнацкий стал героем литературного произведения, то «новый Короленко» мог бы найти в его биографии немало примечательного. Саша — человек религиозный. К вере он пришёл во время паломнической поездки на остров Валаам, в которой участвовали и другие учащиеся Мгинской школы.

«На Валааме я понял, что слепота — это милость Божья. Лишив зрения, Господь оградил меня от

мирских соблазнов и мирской суеты, — поделился своими мыслями Александр. — Незрячего человека ничего не отвлекает от поста и молитвы. Самое главное, я всё равно вижу — образ Спасителя в сердце».

Саше — восемнадцать лет. Но ему предстоит учиться в школе ещё два года. Обучение в специальных (коррекционных) школах для детей-инвалидов продолжается не одиннадцать, а двенадцать лет. То есть привлекательная программа здесь «растянута» на дополнительный год. Также, как и в аналогичных зарубежных школах, некоторые ученики старше своих одноклассников, так как им пришлось пропустить один-два школьных года из-за болезни.

Религиозность не мешает, а помогает Саше быть современным молодым человеком, со многими увлечениями. Он — очень спортивный. Посещает секцию гольфа и торбола, работающую в школе. Гольбол и торбол — две разновидности мини-футбола для незрячих и слабовидящих людей. Все игроки выступают в чёрных повязках на глазах, чтобы у спортсменов с остатками зрения не было преимуществ перед тотально незрячими. Мяч, используемый для игры, заполнен звонкими колокольчиками. Его местонахождение можно легко определить на слух. Покрытие спортивного зала, где проходят игры и тренировки, снабжено тактильной разметкой, чтобы игрокам было легче ориентироваться.

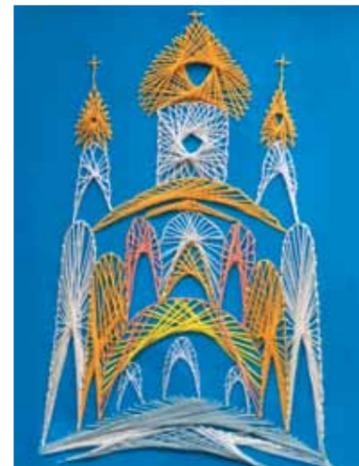
А ещё Арнацкий увлечён компьютерами. Он мечтает стать программистом. Религия, спорт, современная техника... Общась с Александром Арнацким, можно только удивляться, насколько наполненной может быть жизнь человека, пришедшего в этот мир с закрытыми глазами.

Об одном из главных достижений Арнацкого мне рассказала завуч Елена Владимировна Черкасова: «Он ведь у нас велосипед освоил, самый обыкновенный, двухколёсный. Катается вместе с приятелями и на довольно большие расстояния! Во всём мире слепые ездят на велосипедах-тандемах. А у нас тотально незрячий парень сел на велосипед и поехал. Как говорится, а вам слабо с завязанными глазами прокатиться!»

Всё-таки жаль, что автор этих строк не является профессиональным литератором. Этому сюжету просто необходимо придать литературную форму. И название у рассказа или повести было бы подходящее — «Слепой велосипедист».



Александр Арнацкий с одноклассниками



Картина нитками «Храм». Работа ученицы Мгинской школы-интерната Екатерины Сартиковой

Учитель и Собака

Г.И. Сыщенко работает в Мгинской школе преподавателем иностранного ориентирования и социально-бытовых навыков. Геннадий Иванович — сам инвалид по зрению. Он родился в 1967 году. С 1974 по 1987 год учился в Мгинской школе-интернате. Впоследствии окончил медицинское училище. Работал фельдшером «скорой помощи». В безденежные девятые годы перепробовал множество занятий: торговал на рынке, работал продавцом в магазине, занимался сборкой и наладкой компьютеров.

«С детства у меня было плохое зрение, но инвалидность практически не мешала жить: я мог без проблем ориентироваться, осваивал почти все виды работ. Это была обычная, нормальная жизнь», — рассказывает Геннадий Сыщенко. Трагический перелом наступил в 2000 году, когда в результате отслойки сетчатки зрение было полностью и безвозвратно утрачено.

«В отличие от незрячих с рождения, позднослепшие люди обычно не могут воспринимать своё теперешнее состояние, как нормальное и естественное. Потеря зрения провоцирует чувство боли, обиды, отчаяния и безысходности. У многих инвалидов по зрению развивается тяжёлая депрессия. Так вначале было и со мной», — рассказал Г.И. Сыщенко.

Почти два года понадобилось Геннадию, чтобы освоиться в новой ситуации. В течение нескольких месяцев он посещал занятия в Санкт-Петербургском Центре медико-социальной реабилитации для инвалидов по зрению. Это учреждение создано специально для людей, потерявших способность видеть мир во взрослом возрасте. Летом 2002 года Сыщенко предложили стать учителем в родной школе.

Я очень благодарен судьбе и руководству школы за то, что мне удалось найти работу, и работу любимую. Для инвалидов по зрению вопрос трудоустройства, как известно, стоит очень остро. Мне кажется, что незрячие и слабовидящие педагоги в специализированных школах нужны. Мы не только даём детям необходимые знания и навыки, но и можем поделиться собственным опытом, опытом успешного преодоления тяжёлого недуга.

Геннадий Иванович проводит занятия с незрячими детьми. Обучение проходит индивидуально или в небольших группах. Школьников учат без визуального контроля ухаживать за своей одеждой: стирать, гладить, пришивать пуговицы и т.д. Учитель также даёт своим подопечным навыки уборки жилища, поведения за столом, приготовления пищи. Он также обращает внимание на психологические аспекты отношений со зрячими людьми: учит правильно попросить о помощи на улицах города, самостоятельно посещать различные государственные и

медики. Эта профессия требует не только овладения практическими навыками, но и солидных медицинских знаний».

Любовь Алексеевна Стёпкина работает в школе с 1990 года. Человек она увлечённый. О массаже может рассказывать бесконечно. Стёпкина уверена в том, что главная врачебная заповедь «Не навреди!» в полной мере относится и к массажисту: «Принято считать, что массаж — это приятная процедура, которая в любом случае идёт человеку на пользу. Но в лечебных и санаторных учреждениях массажисту приходится

Мыльные, приятные, доброжелательные люди. Они выглядят именно так, как мы представляем типичных итальянцев: подтянутые, загорелые, улыбочивые, будто бы обветренные морскими ветрами, по-южному разговорчивые и темпераментные. Русским языком не владеют. Наше общение проходило через переводчика.

В Мгинскую школу-интернат зарубежные гости приехали не случайно. Они были направлены российскими органами опеки для знакомства с... будущей дочерью. Виоле 11 лет. Уже через одну-две недели она переедет жить в солнечную Италию.

В любой момент могут «одуматься», восстановиться в родительских правах и забрать ребёнка из приёмной семьи. Это абсурдная ситуация! Под таким «дамокловым мечом» жить невозможно. Из-за странностей нашего законодательства итальянские усыновители ищут детей за рубежом, в том числе и в России.

Супруги Массимо решили не удочерение из-за невозможности иметь собственных детей. В течение многих лет они бились за своё родительское счастье. Но все усилия медиков оказались тщетными. «Мы уверены в том, что Виоле будет хорошо

Но Фёдор не обижается. У него была мечта: стать членом паралимпийской сборной России и поехать на Паралимпийские игры в Пекин. Мечта исполнилась. Правда, медаль в 2008 году завоевать не удалось: Триколич финишировал пятым. Сейчас он интенсивно готовится к Паралимпиаде 2012 года в Лондоне. Твёрдо рассчитывает на призовое место.

Фёдор — студент Санкт-Петербургского Университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта. Он хочет стать тренером и работать с детьми-инвалидами. Каждый приезд спортсмена в



Картина нитками «Жар-птица». Работа ученицы Мгинской школы-интерната Екатерины Осиповой



Урок массажа



Владимир Репецкий



Геннадий Сыщенко с собакой

коммерческие организации, отстаивать свои права.

Важнейшая часть обучения — пространственное ориентирование. Сначала ребята учат ориентироваться в родной школе, потом — на пришкольной территории (а она довольно большая, включает в себя десять гектаров). А дальше — учитель и ученики, вооружившись белыми тростями, выходят в большой мир. Четвероногий «ассистент» Геннадия Ивановича — чёрный лабрадор. Пёс не просто присутствует на всех занятиях, но и помогает слепым детям в постижении навыков ориентирования.

«Кличка моей собаки «Собака». Очень легко запомнить! Я не люблю, когда её называют «собакой-поводырь». И, вообще, не люблю слово «поводырь». Гораздо лучше говорить о собаке-спутнике и собаке-учителе. Собака хоть и зарплату в школе не получает, но приносит нашему учебному заведению большую пользу, можно сказать, «несёт боевую службу».

Лабрадор по кличке «Собака» стал одним из символов Мгинской школы. А ещё Сыщенко заслужил похвалу коллег и надзорных инстанций, научив своих подопечных печь вкусные пирожки и ватрушки.

Массаж — профессия для незрячих

Репортаж из Мгинской школы был бы неполным, если не рассказать об уроках массажа. Этот необычный предмет здесь преподаётся два года: в одиннадцатом и двенадцатом классах (соответствует десятому и одиннадцатому классам средней школы). Три урока массажа в неделю. Ещё три урока еженедельно отводятся на предмет «Основы медицинских знаний». Кроме того, усиленно изучается курс анатомии. Мальчишек и девочек серьёзно готовят к получению профессии массажиста.

«У нас в школе с 1975 года ведётся допрофессиональная подготовка по медицинскому массажу, — рассказывает преподаватель этого предмета Любовь Алексеевна Стёпкина. — В обыденной жизни люди часто путают оздоровительный и медицинский массаж. На самом деле, массаж в больнице и, например, в бане — это принципиально разные вещи. Мы хотим показать учащимся, что массажист — это, в первую очередь,

иметь дело с людьми, ослабленными болезнями, часто очень тяжёлыми. Если, например, массажист по ошибке вместо расслабляющего сделает тонизирующий массаж, то при целом ряде заболеваний это может иметь для больного самые негативные последствия».

Более половины всех выпускников школы действительно выбирает профессию массажиста. Такая ситуация совершенно естественна. Выбор специальностей для незрячих и слабовидящих людей не столь велик. Во всяком случае, специальностей с гарантированным трудоустройством.

Принято считать, что незрячие и слабовидящие люди являются «особенными» массажистами, что у них «особые» руки. Это действительно правда? Или красивая легенда? «Нельзя отрицать, что многие инвалиды по зрению являются «прирождёнными» массажистами. Они способны не просто провести профессиональный сеанс массажа, но и удивительно точно оценить состояние здоровья, имеющиеся и только зарождающиеся заболевания», — поясняет Л.А. Стёпкина.

Впрочем, дело не только в чувствительности рук незрячих людей. Многие слепые обладают способностью быстро устанавливать контакт с незнакомцами, расположить к себе, создать доверительную атмосферу. Они будто бы «видят» собеседника каким-то своим, «другим» зрением.

Ученик выпускного класса Артём Танаев тоже решил выбрать профессию массажиста: «У меня есть остаток зрения. Например, в таблице проверки зрения я вижу самую верхнюю строчку. И самое главное — вижу, где на стене висит эта самая таблица... Буду поступать в Санкт-Петербургское медицинское училище № 2. Там много девочек учится! Думаю, будет много возможностей познакомиться. И, вообще, девочки любят, если парень владеет массажем. В личной жизни эти навыки всегда пригодятся».

На одну сироту меньше...

Моё пребывание в школе-интернате совпало с примечательным событием. Сюда приехала семейная пара Массимо из городка Виченца на Севере Италии. Премьеру Массимо («Премьер» — это имя, а не должность!) 53 года. Он — рабочий на фабрике, производящей электрические провода. Его супруга Анна на год старше. Она — служащая отеля.

«Конечно, мне было бы гораздо приятнее, если бы для нашей воспитанницы нашлась российская приёмная семья. Но процедура международного усыновления и удочерения чётко разработана. Речь идёт только о тех детях, для которых не нашлось новых родителей внутри страны. Юные российские граждане переезжают только в те страны, с которыми налажено международное сотрудничество в этом вопросе», — поведаль директор школы-интерната Виктор Анатольевич Климахин.

Директор школы познакомил меня с документами, представленными итальянскими кандидатами на удочерение. Материальное положение у них хорошее. Жилищные условия — лучше некуда! Супруги Массимо вдвоём проживают в большом трёхэтажном доме. Но дело не только в формальных критериях. По итальянским законам все кандидаты на роль приёмных родителей должны предоставить в органы опеки документальные подтверждения, что они обладают опытом и навыками работы с детьми.

У супругов Массимо такой опыт имеется. В течение девяти лет они сотрудничают с одной из итальянских благотворительных организаций. Каждый год бездетная пара размещает у себя на летние месяцы белорусских детей, проживающих в районах, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС.

«В Италии очень сложная процедура получения разрешения на усыновление и удочерение, в том числе и международного, — через переводчика вступает в разговор Премьер Массимо. — Даже если органы опеки дают добро, то разрешение автоматически не выдаётся. Материалы поступают в судебную инстанцию. И только судья соответствующего региона может дать семейной паре право взять ребёнка в семью. Разумеется, и в дальнейшем такие семьи подвергаются регулярным проверкам, чтобы власти и общественность были уверены в соблюдении прав ребёнка. Италия — чадолобивая страна. Это вопрос нашей национальной чести!»

Но почему всё-таки супруги Массимо решили удочерить девочку именно из России? Неужели на Апеннинском полуострове нет своих брошенных детей, нуждающихся в новых родителях? «Да, такие дети в Италии есть, — рассказывает Анна Массимо. — Но обычно в нашей стране вместо усыновления или удочерения предлагают оформить опеку над ребёнком. Его горе-родители

с нами. Ей уже 11 лет. Это её осознанное решение — стать нашей дочерью», — сказала мне на прощание Анна Массимо.

Можно было бы завершить эту историю на счастливой, жизнеутверждающей ноте: мужчина и женщина, наконец-то, стали отцом и матерью, в школе-интернате становится на одну сироту меньше. Но Елена Владимировна Черкасова добавила в бочку мёда ложку дёгтя: «Хочется пожелать счастья Виоле и её новым родителям. Но международное усыновление и удочерение не решают проблем российского социального сиротства. Со своими бедами надо справляться самим! Горько и обидно, что в нашей стране не спешат усыновлять и удочерять детей-инвалидов. Потенциальные родители стараются выискивать по детским домам здоровых ребятшек... За тридцать лет моей работы только одна женщина обратилась в школу-интернат с таким желанием, но удочерение сорвалось из-за неожиданно объявившихся родственников».

Е.В. Черкасова рассказала, что фотографии сирот-воспитанников школы регулярно публикуются в областных газетах. Сведения о них представлены на соответствующих интернет-сайтах. Но потенциальные родители всё не появляются... Неужели инвалидность по зрению так пугает? В повести «Маленький принц» французского писателя Антуана де Сент-Экзюпери есть такие строки: «Зорко одно лишь сердце. Самое главного глазами не увидишь». Наверное, всё-таки людей «зорких сердцем» в нашем мире не так много.

«Звёздочки» Мгинской школы

В Мгинской школе-интернате гордятся многими выпускниками. Мне рассказали о Наталье Шелест, которая в прошлом году стала первой в истории школы золотой медальницей, а в настоящее время успешно учится в Санкт-Петербургском государственном университете информационных технологий, механики и оптики. Ещё одна «звёздочка» — Фёдор Триколич, двухкратный чемпион мира в беге на короткие дистанции среди незрячих и слабовидящих спортсменов.

Фёдор — альбинос, почти незрячий. На улицах города эти люди притягивают взоры своей необычной внешностью. Порой им доводится слышать и бестактные комментарии, и неуместные вопросы...

родную школу — праздник для воспитанников. У него берут автографы, с ним фотографируются даже те, кто потом не сможет разглядеть фотографию...

В разговоре с учителями и воспитанниками нередко всплывает имя Владимира Репецкого. Он родился в 1987 году в небольшой деревушке Карловка Чудовского района Новгородской области. В возрасте шести лет во время игры в прятки с приятелями оказался в открытой трансформаторной будке... Электрический разряд огромной мощности чудом не лишил мальчика жизни, но жестоко исколечил его: сильно обгорело лицо, привела к ухудшению зрения. Но главное — Володя лишился обеих рук. Одна из них была полностью ампутирована, вместо второй — осталась небольшая культя.

В девять лет — новый удар. Умерла мать. Родственники передали Володю в детский дом. Около года он находился в обычном детском доме. В дальнейшем учился и жил в специализированном детском доме для детей-инвалидов в городе Болхове Орловской области. С 2006 по 2011 год учился в Мгинской школе-интернате.

Володя прекрасно рисует. Да, да... Прекрасно рисует ручкой, карандашами, кисточкой. «Рабочий инструмент» художник держит не в руках, а в зубах. Недавно одна из благотворительных организаций издала набор открыток с рисунками учеников Мгинской школы-интерната. Рисунок Володи также был отобран для публикации.

«Меня радует самостоятельность, ответственность Володи, его оптимизм, приспособленность к жизни. Он научился жить и справляться с тяжёлой инвалидностью», — рассказал директор школы-интерната Виктор Климахин. В словах наставника хотелось убедиться лично. И я отправился в гости к Володе.

Благодаря титаническим усилиям администрации школы-интерната Володе предоставили однокомнатную квартиру в посёлке Мга. Решить квартирный вопрос было так сложно, потому что Репецкий был прописан по месту рождения, в Новгородской области. Чиновники имели полное право никакого жилья ему в Ленинградской области не давать, а отправить в родную деревню, где Володе принадлежит жилплощадь в полуразвалившейся деревянной избушке без всяких удобств. Но в данном случае милосердие оказалось сильнее, чем слепое следование бюрократическим параграфам.

Кроме того, в 2011 году администрация школы-интерната оплатила Репецкому ремонт в его новой квартире, приобрела мебель, оплатила обучение на заочных курсах веб-дизайнеров. «Мы помогаем материально не всем выпускникам, а только тем, кому труднее всего: детям-сиротам и выходцам из неблагополучных семей», — объясняет В.А. Климахин. — По-другому в школе-интернате и детском доме быть не может: ведь в обычных семьях родители тоже продолжают по возможности помогать совершеннолетним детям».

Володя сам открыл квартирную дверь. Он не пользуется протезами рук, но виртуозно обращается с кулёй. Хозяину дома нужно было срочно отправить несколько писем по электронной почте. Он сел за компьютерный столик. Но как же Володе удаётся так быстро печатать текст? «Я печатаю одновременно несколькими пальцами. Только не пальцами рук, а пальцами ног. Слава Богу, ноги у меня в целостности и сохранности», — с улыбкой объясняет Репецкий.

С помощью пальцев ног Володя может не только набирать компьютерные тексты, но и бриться, управляться ножом и вилкой за столом и даже... готовить несложные блюда. «Безрукий человек может одновременно использовать даже два ножа: один держать в зубах, а второй — в пальцах ног. И это не урок акробатики, а обычная жизненная ситуация», — поясняет мой собеседник.

У Володи есть мечта... Его мечта не связана с какими-либо материальными благами или внешними атрибутами. «Самое главное для меня — это совершенствоваться в рисунке и акварельной живописи. Мне хочется стать настоящим художником. Не «безруким художником», а просто Художником».

В чужом саду яблоки слаще...

Мне довелось провести в Мгинской школе-интернате ровно 48 часов. Много это или мало? Наверное, достаточно, чтобы почувствовать

дух, атмосферу учебного заведения. Эта атмосфера добрая, светлая. Дети ухожены, хорошо накормлены. А самое главное — учителям и воспитателям, в значительной мере, удаётся заменить своим воспитанникам родителей. Особенно в этом нуждаются те мальчишки и девчонки, у кого своей семьи нет.

Сравнивать Мгинскую и Марбургскую школу, наверное, было бы некорректно. Дело не только в том, что в чужом саду, яблоки, как известно, всегда слаще... Просто организация специального образования в России и Германии очень отличается. В России все специальные школы для детей-инвалидов дают полное среднее образование. После окончания можно поступать в вузы.

Школы для детей-инвалидов на берегах Рейна и Одера, за редким исключением, такой возможности не предоставляют. Из нескольких десятков специализированных учебных заведений для инвалидов по зрению только в Марбургской школе имени Карла Штреля учащийся

может получить заветный «абитур» (Abitur), диплом об успешном окончании гимназии, дающий право на поступление в высшие учебные заведения.

То есть Марбургская школа — уникальная, элитная, единственная на всю страну. Совершенно естественно, что к ней приковано внимание и общественности, и благодетелей. А Мгинская — одна из многих, обычная, рядовая...

А нужны ли, вообще, специальные школы? Может быть, детям-инвалидам будет лучше посещать обычные учебные заведения по месту жительства? Наверное, однозначного ответа на этот вопрос не существует. При многих заболеваниях посещение массовых учебных заведений вполне реально. Но для незрячих и слабовидящих детей специальные учебные заведения жизненно необходимы. И они существуют практически во всех странах мира!

Инвалидность по зрению предполагает не просто другое построение учебной программы, а иной способ

познания мира. В принципе, обучение незрячих и слабовидящих детей возможно и в массовых школах. В Германии такой опыт есть. Но при этом специальные школы всё равно опекают «особых» учащихся. Их снабжают учебными пособиями, для них проводят занятия по рельефно-точечному шрифту, пространственному ориентированию, социально-бытовым навыкам и т.д. Просто «разбросать» слепых детей по массовым школам невозможно!

«Мы в будущее вашими глазами Смотрели и пытались мир понять. И самый важный на земле экзамен — «Уменье жить» — сумеем сдать на «5»».

Автор этих строк — выпускница 1997 года Наталья Зайцовская. Примечательно, что и через много лет после окончания школы она продолжает присылать завучу Е.В. Черкасовой свои поэтические приветия. Последнее стихотворение Натальи, посвящённое родной школе, было написано уже в этом году. ■

Фотографии автора

Самарский государственный медицинский университет
НИИ глазных болезней СамГМУ
Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области
Самарская клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции
«Ерошевские чтения – 2012»,
посвящённой 110-му юбилею Тихона Ивановича Ерошевского!

«Ерошевские чтения» – политематическая офтальмологическая конференция общероссийского масштаба, которая проводится каждые пять лет в г. Самаре.

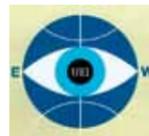
«Ерошевские чтения – 2012» пройдут с 29 июня по 1 июля 2012 г. Программа конференции включает в себя торжественную часть, видео-трансляции хирургических операций, международную офтальмологическую выставку, дискуссионные клубы и секционные заседания.

По традиции часть мероприятий будет проходить на теплоходе «Федор Шалапин».

Основные направления работы научно-практической конференции:

1. Фундаментальные исследования в офтальмологии. Аккомодационные теории. Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики глаукомы.
2. Организация офтальмологической помощи и медико-социальные проблемы.
 - Профилактика слепоты и слабовидения.
 - Реабилитация больных с заболеваниями органа зрения.
3. Глаукома: безопасная терапия, хирургия.
4. Рефракционная хирургия.
 - Рефракционная хирургия роговицы
 - Рефракционная хирургия хрусталика
5. Заболевания переднего отдела глаза и новые подходы к их лечению.
6. Актуальные вопросы трансплантации и хирургии роговицы.
7. Травмы глаза.
8. Окулопластика. Глазное протезирование.
9. Офтальмоонкология.
10. Патология сетчатки и зрительного нерва.
 - Современные методы диагностики и лечения заболеваний сетчатки и зрительного нерва.
 - Новые технологии и фармакологические препараты для лечения диабетической ретинопатии.
 - Витреоретинальная патология.
11. Оптометрия. Современные направления развития очковой оптики и контактной коррекции.
12. Патология глазодвигательной системы и бикулярного зрения.

Ждем Вас 29.06-01.07.2012 г. в Самаре!



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Восток-Запад 2012

ПОСВЯЩЕННАЯ 85-ЛЕТИЮ УФИМСКОГО НИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

7-8 июня 2012 года, г. Уфа

Основные направления работы конференции:

- Хирургия роговицы и рефракционная хирургия
- Новые технологии факэмульсификации катаракт
- Витреоретинальные вмешательства
- Диагностика и лечение глаукомы
- Воспалительные заболевания глаз
- Детская офтальмопатология
- Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические операции
- Организация офтальмологической помощи
- «Живая хирургия»

Материалы конференции будут изданы в виде сборника научных трудов.

Требования к публикациям:
Статьи принимаются до 15 апреля 2012 г. в электронном виде по адресу:
east-west2012@yandex.ru

Публикация печатных работ бесплатно.

Оргкомитет: тел. (347) 272-67-22
e-mail: east-west2012@yandex.ru
www.ufaeyeinstitute.ru

В рамках конференции пройдут

Международные курсы по витреоретинальной хирургии, возрастной макулярной дегенерации и офтальмологическим проявлениям сахарного диабета

- Диагностика отслоек сетчатки
- Склеральное пломбирование: циркляж, сегментное пломбирование
- Операции с использованием газа
- Витректомиа. Проникающие ранения глазного яблока
- Сравнительный анализ современных хирургических технологий
- Диабетические заболевания: диагностика и лечение
- ВМД: диагностика и лечение
- Заседания секций с демонстрацией клинических случаев

Организаторы:
Германия: проф. Ингрид Крейссиг, Глазная клиника Университета Мангейм-Гейдельберг.
Россия: проф. М.М. Бикбов, Уфимский НИИ глазных болезней.

Лекторы: И. Крейссиг (Германия), С. Ямамото (Япония), И. Шмидт (Германия), П. Станга (Великобритания), С. Меннел (Германия) и др.

С программой курсов можно ознакомиться на сайте:
www.ufaeyeinstitute.ru



Уважаемые коллеги!

28-29 сентября 2012 г. в г. Астрахань
состоится научно-практическая конференция
офтальмологов Южного Федерального округа

«Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов»

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

1. Рефракционные нарушения и патология оптических сред глаза.
2. Глаукома: патогенез, ранняя диагностика, лечение и мониторинг.
3. Дистрофические и сосудистые заболевания органа зрения.
4. Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические вмешательства.
5. Инфекционные и паразитарные заболевания глаза.
6. Социальные вопросы офтальмологии. Организация офтальмологической помощи.

В рамках конференции состоятся:

- заседание Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов в ЮФО: «живая хирургия»;
- видеосессия «Инновационная офтальмохирургия». Также планируется:
- размещение стендовых докладов в виде электронных постеров;
- издание сборника тезисов докладов.

Публикации в сборнике бесплатны.

Материалы по устным и стендовым докладом, а также тезисы в сборник и видеоматериалы отправлять на электронный адрес: gam-l@list.ru до 1 августа 2012 г. с пометкой: устный/стендовый доклад/тезисы в сборник с пометкой: докладчик/участник без доклада/публикация тезисов.

Оргкомитет: тел.: 8(8512)260161; факс: 8(8512)256138; сайт: www.minzdravao.ru
Контактное лицо: Рамазанова Лия Шамильевна – главный внештатный специалист офтальмолог Министерства здравоохранения Астраханской области, тел.: 8(8512)260161; 8(8512)281681; 8(908)6180947; e-mail: gam-l@list.ru
Кирнос Сергей Викторович – тел.: 8(905)4806695, e-mail: skirnosov@list.ru
Информационные партнеры: <http://www.organum-visus.ru>; www.evenews.ru



«макула» 2012 18-20 мая 2012 г. ИНТЕР ЮНО
V ВСЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР - «КРУГЛЫЙ СТОЛ» РОСТОВ-НА-ДОНУ

35 лет ростовской школе лазерной микрохирургии глаза
30 лет со дня создания Сев.-Кавказского лазерного офтальмоцентра Минздрава СССР
20 лет Ростовской глазной клинике «ИнтерЮНО»

НАУЧНАЯ ТЕМАТИКА:

- Избранные фрагменты фундаментальных работ по морфологии, биофизике, физиологии и патофизиологии фovea. • Макулярная патология (систематизация, патогенез, клиника, лечение).
- Макулопатии: миопические, диабетические, возрастные, постокклюзионные.
- Роль, место и перспективы «классической» лазеркоагуляции.
- Другие методики лазерного лечения.
- Фармакотерапия (антиVEGF- и др.): методики, эффективность, стабильность результатов, проблемы, осложнения. АнтиVEGF: перспективна ли монотерапия? Альтернативы?
- Хирургическое лечение макулярной патологии (методики, эффективность, видеофестиваль «Фовеа-на-Дону-2012»)
- Макулопатии (или их рецидивы), индуцированные хирургическими вмешательствами - после рефракционной, катарактальной, витреальной и иной хирургии.
- Методы оценки макулярных функций. • Проблемы организации достоверных исследований.
- Отдельные клинические наблюдения (демонстрация, парад мнений) - по типу «релакс-разминок ретинолога» на наших «МАКУЛАХ» 2008, 2010.
- В рамках «Круглого стола» предполагается обсудить более 30 докладов ведущих ученых. Из них более трети - доклады и микролекции от коллег из Западной Европы.

Все вопросы участия на сайте: www.interyuna.ru/macula; e-mail: macula@interyuna.ru
Неясности на сайте – тел. оргкомитета: +7(863) 2-01-01-01; тел./факс: +7(863) 295-03-86.



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

Подписной индекс: 15392
www.issuu.com/aprilpublish