ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№3(11) МАЙ-ИЮНЬ 2012

ISSN 2221-7746

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

Общество офтальмологов Республики Татарстан и Республиканская клиническая офтальмологическая больница: истоки становления и развитие на современном этапе

В 2012 году офтальмологическая общественность Республики Татарстан отмечает сразу две юбилейные даты -105-летие «Общества офтальмологов Республики Татарстан» и 90-летие Республиканской клинической офтальмологической больницы. Все эти годы деятельность Общества и клиники были неразрывно связаны друг с другом, оказывая взаимное влияние на развитие офтальмологии в регионе.



Здание Трахоматозного научно-исследовательского института (ТНИИ) имени проф. Е.В. Адамюка

нициатива создания Общества офтальмологов Казани (так оно поначалу называлось) принадлежала профессору А.Г. Агабабову (1863-1922) крупнейшему российскому ученому-офтальмологу, ученику профессора Е.В. Адамюка, основателя Казанской офтальмологической школы. Общество офтальмологов Казани было организовано в 1907 году. Определяющей целью его формирования было объединение врачей одной специальности в единое сообщество для получения наилучшего результата

> стр. 3

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

«Белые ночи» Северной столицы



Сотни тысяч туристов приезжают в Северную столицу России, чтобы полюбоваться красотой белых ночей... Впрочем, в конце мая – начале июня город на Неве может по праву считаться не только культурной, но и офтальмологической столицей нашего государства. С 28 мая по 1 июня 2012 года здесь проходил XVIII Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи».

«Белые ночи» смог зареконаиболее крупных и авторитетных офтальмологических симпозиумов в мире. В этом году его участниками стали более 1800 человек из большинства регионов России и десятков зарубежных стран. В роли организаторов форума выступили Межрегиональная Ассоциация врачей-офтальмологов, кафедра офтальмологии

🦳 а последние годы конгресс Санкт-Петербургского государственного медицинского унимендовать себя как один из верситета им. акад. И.П. Павлова, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и некоммерческая организация «ГлазМед Интернешнл» (США).

Организационный комитет конгресса возглавили: директор МНИИ глазных болезней имени Гельмгольца, главный специалист

> ctp. 13

Конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS)

В календаре важнейших событий в отечественной офтальмологии стало на одно мероприятие больше. Теперь каждый год в конце мая в Санкт-Петербурге будут собираться катарактальные и рефракционные хирурги.

7мая 2012 года состоялась первая конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS). Зарегистрировалось более 300 человек. Мест в конференцзале санкт-петербургской гостиницы «Англетер» хватило далеко не всем. Люди стояли в проходах, кто-то сидел на ступеньках. Интерес к происходящему был неподдельным.

Конференцию открыл президент RSCRS, д.м.н., профессор В.Н. Трубилин. Он поздравил участников и гостей, организаторов и партнеров с началом работы.

Повестка дня включала 4 сессии: «Хирургия катаракты», «Рефракционная хирургия», «Витреоретинальная хирургия и глаукома», «Медикаментозная терапия в офтальмохирургии». Всего на конференции прозвучало 49 докладов. Среди выступавших именитые исследований делились Б.Э. Малюученые и молодые специалисты. Они представляли столичные академические институты, региональные исследовательские центры, государственные медицинские учреждения и частные клиники. Своим богатым клиническим опытом и результатами научных

гин, И.Э. Иошин, С.Ю. Астахов, Г.Е. Столяренко, М.Д. Пожарицкий, О.Г. Оганесян, Н.И. Курышева, А.И. Толчинская, А.Ю. Слонимский, В.В. Бржеский, К.Б. Першин и многие другие. Перед участниками

> стр. 9



КОНФЕРЕНЦИИ

Новые технологии в офтальмологии, Казань > ctp. 6

жизнь регионов



К.м.н. А.Н. Амиров: «Я должен сейчас делать то, с чем буду работать через двадцать лет»

> стр. 16

АКТУАЛЬНЫЙ **РЕПОРТАЖ**



Об отделении микрохирургии глаза ЛОДКБ «Важен каждый день, каждый час...» > стр. 18

ЛЕКЦИИ

Е.А. Карауловская, Е.С. Леонова

Комплексное лечение неоваскулярной глаукомы у пациентов с сахарным диабетом

> стр. 28 Г.С. Полунин, Е.Г. Полунина

Болезни слезной пленки — наиболее частая причина обращения пациентов к офтальмологу

(продолжение) > стр. 31

ОПТОМЕТРИЯ

С.А. Новиков Контактная коррекция зрения. Достижения и перспективы (обзор)

> стр. 35

Также в номере:

Философия красоты и здоровья > стр. 38

К незримому солнцу

> ctp. 40 Записки

американской медсестры > стр. 43

Дорогие коллеги!

Я рад поздравить всех с нашим профессиональным праздником – Днем медицинского работника, который мы ежегодно отмечаем в июне.

С самого рождения и на протяжении всей жизни каждый из нас оказывается под пристальным вниманием врачей. Как много душевной теплоты и терпения, сострадания и ласки требуется от медицинского работника для оказания своевременной помощи людям, страдающим от различных недугов. На нас возложена огромная ответственность за жизнь и здоровье людей. Миссия эта трудна и благородна, требует большой отдачи сил, постоянной творческой инициативы, высокого профессионализма и, конечно же, доброты.

В последние годы мы смогли добиться немалых успехов. Открываются новые медицинские учреждения, совершенствуются техники оперативных вмешательств, ведется научная работа в различных областях медицины. Однако работы у врачей и медицинского персонала еще очень много, так же как и нерешенных проблем

Я абсолютно уверен, что, лишь объединив усилия, мы сможем качественно поднять уровень оказываемой помощи в нашей стране. И сделать больше наших граждан счастливыми. Для этого, кроме всего прочего, необходим конструктивный диалог между представителями всех медицинских структур. Администрация должна уметь слушать врачей, и наоборот, руководители медицинских учреждений – прислушиваться к мнению подчиненных и обычных пациентов. Надо открыто обсуждать накопившиеся проблемы, делиться успехами.

Хорошей площадкой для диалога служат СМИ. Как главный редактор газеты, предлагаю нашим читателям поддержать инициативу, начатую в этом номере: открыто высказывать свои мысли и предложения на страницах «Поля зрения». Общаясь, мы научимся слышать друг друга. И это поможет нам достичь общих целей.

.. Как говорил архиепископ Лука (профессор-хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий), главное в жизни - всегда делать добро. Если не можешь делать для людей добро большое, постарайся совершить хотя бы малое.

Дорогие друзья! Я желаю всем докторам, медсестрам, санитаркам отличного здоровья, больших успехов в работе, благодарных взглядов пациентов, полной гармонии и счастья в семье, процветания и побед!

С праздником всех! Главный редактор С. Аветисов

Новым Министром здравоохранения назначена профессор В.И. Скворцова

ероника Игоревна Сквор- мониторинг, метаболическая терафизиолог, член-корреспондент звание профессора РАМН, доктор медицинских наук,

в пятом поколении. Окончила школу с золотой медалью в 1977 году. В 1983 году с отличием окончила обучение на педиатрическом факультете Второго московского медицинского института, в 1983 – 1985 годах обучалась в клинической ординатуре кафедры нервных болезней 2-го МОЛГМИ (зав. кафедрой – академик РАМН Е.И. Гусев).

В 1988 году на той же кафедре окончила аспирантуру и защитила кандидатскую диссертацию. С 1988 г. по 1997 г. работала на сийской Федерации. 21.05.2012 кафедре старшим лаборантом, ассистентом, доцентом. В 1989 году возглавила одну из первых в России нейрореанимационных служб Первой городской больницы Москвы.

ова (род. 1 ноября 1960 г., пия в остром периоде ишемическомосква) – невролог, нейро- го инсульта»), в 1999 г. присвоено

новости

В 1997 году возглавила открывшуюся кафедру фундаментальной и Родилась в семье врачей, врач клинической неврологии и нейрохирургии Российского государствен ного медицинского университета.

> В 1999 году стала одним из инициаторов создания Национальной ассоциации по борьбе с инсультом. С 2004 г. – член-корреспондент РАМН. С 2005 г. руководит Научноисследовательским институтом инсульта Российского государственно-В июле 2008 г. назначена заме-

стителем Министра здравоохране ния и социального развития Росназначена на должность Министра здравоохранения Российской Федерации. В.И. Скворцова – автор более

400 научных работ. Член науч-С 1993 г. – доктор наук (тема ных комиссий Европейской федокторской диссертации: «Клини- дерации неврологических сообческий и нейрофизиологический ществ. Заместитель председателя



Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова

Всероссийского общества неврологов, вице-президент Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), представитель НАБИ во Всемирной организации инсульта (WSO). Член исполнительного комитета Европейской организации

В Москве прошел третий международный конгресс «Здравоохранение Российской Федерации, стран СНГ и Европы»

о вступительном слове прецинского общества, почетный президент Российского научно-Чазов отметил, что в 90-е годы в России фактически была разрушена система медицинской помощи и только национальные Улумбекова. – В основном в субъпрограммы в области кардиологии, онкологии, педиатрии и профилактики заболеваний спасли это показатель в два раза выше». нашу страну от вымирания. То, что такой сценарий был возможен, если бы не были реализова- и увеличению продолжительности ны эти программы, доказывают жизни в стране, нужно увеличить научные исследования, подчеркнул академик

На форуме отмечалось, что перед российским здравоохранением стоит ряд задач, главными из которых являются повышение эффективности работы первичного звена, повышение квалификации ных методов лечения.

«В России на систему здравоохранения расходуется в три раза меньше, чем в Европе, – подчеркнула председатель Правления региональной общественной организации «Ассоциация медицинских обществ по качеству медицинской ектах тратится по 7 тыс. рублей на человека в год, и только в Москве

Чтобы достичь заявленных покав три раза лекарственное обеспечение и в два раза объем высокотехнологичной помощи, считает

«Россия – единственная страна, в которой продолжительность жизни не соответствует уровню благосостояния, и в которой за последние врачей и активное внедрение в ши- 50 лет не увеличилась продолжительность жизни», - подчеркнула в своем выступлении директор Института

экономики здравоохранения Нациверситета «Высшая школа экономики» Лариса Попович. По ее мнению ашию в лучшую сторону, надо шире применять современные технологии лечения заболеваний, что отвечает интересам всего общества.

Представитель Врачебной палагер рассказал о тенденциях развития австрийской медицины.

стало подписание соглашения о сотрудничестве между Общероссийработников и Российским медицинским обществом. Президент Ассо-Чиссов считает, что сегодняшний день послужит отправной точкой щества и что благодаря совместной работе удастся снизить в стране за-

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

16 марта 2012 года состоялось расширенное заседание коллегии Министерства здравоохранения и социального развития РФ, на котором с докладом выступила руководитель ведомства Т.А. Голикова.

Т.А. Голикова подробно остановилась на положении дел, сложившееся в медицинской науке в последние годы. В 2011 году началось ее масштабное реформирование. Был проведен детальный анализ компетенций ра, ФМБА. Была изучена публикационная активность, импакт-факторы журналов*, в которых публиковались российские ученые, а также импактфакторы 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.

** Индекс Хирша – наукометрический показатель, предложенный в 2005 году американским физиком Хорхе Хиршем из университета Сан-Диего, Калифорния. Индекс Хирша является количественной характеристикой продуктивности ученого, основанной на количестве его публикаций и количестве цитирований этих публикаций.

Подготовка российских журналов ДЛЯ ЗАРУБЕЖНОЙ АНАЛИТИЧЕСКОЙ БАЗЫ ДАННЫХ SCOPUS: РЕКОМЕНДАЦИИ И КОММЕНТАРИИ

редлагая русскоязычные журобходимо хорошо представлять. какую роль информация из журнала будет выполнять в той или иной

ее конкурентоспособности и степени интеграции в мировое научное сообщество;

 о публикационной активности российских авторов;

 – о публикационной активности и рейтинге российских организаций по публикациям их

– об оценке степени признания и уровня российских публикаций нятна и интересна зарубежному сов мировом сообществе по данным обществу, которое, не зная русско-

ком изданий в соответствующей предметной области и т.д.

Корректными и полными эти ланные могут считаться только спектр функций, которые в целом названия журнала, заглавий статей на английском языке, аннотасийской науки и ее достижениях, научной статье, фамилий авторов, адресных сведений о месте работы списков литературы в романском стве, чтобы эти ссылки могли быть нала и т.д.). учтены при изучении цитирования публикаций авторов и журналов.

Информация, предоставляемая вить следующие сведения: в зарубежную БД, должна быть по-

го языка, могло бы без обращения

- о качестве российских журна- к полному тексту получить наибоналы для представления в за- лов в сравнении с мировым пото- лее полное представление о темадований российских ученых.

Необходимо помнить, что сибазе. Журнал выполняет широкий при качественном представлении за строится на статистике, получаемой в результате автоматиче-- о направлениях развития рос- ций на английском языке к каждой впадений (установления связей, идентичности) анализируемых авторов, в первую очередь, назва- знакам принадлежности к опредений организаций, пристатейных ленной семантической единице (в алфавите (латинице) в таком каче-

Чтобы попасть в зарубежную базу данных, необходимо предоста-

 международный идентификационный код сериального издания –

> стр. 42

Общество офтальмологов Республики Татарстан и Республиканская клиническая офтальмологическая больница: истоки становления и развитие на современном этапе

< стр. 1

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

в диагностике, лечении и организации офтальмологической помощи населению. А.Г. Агабабов и его соратники хотели сделать более доступными все мировые открытия и достижения в области офтальмологии, переложить свой опыт и умения в руки местных докторов.

А.Г. Агабабов руководил Обществом офтальмологов Казани в течение 15 лет. За этот период были внедрены новые методы организации борьбы с трахомой, бушевавшей в то время в Казанской губернии, разработаны рекомендации местным врачам по проведению систематических поголовных осмотров населения и организации курсов для учителей и интеллигенции в целях предупреждения распространения трахомы среди детей

Кроме того, значительное место в трудах А.Г. Агабабова занимали вопросы диагностики и лечения глаукомы, послетифозных поражений сосудистой системы глаза, оперативного лечения катаракты.

11 июня 1922 года, участвуя в оказании помощи глазным больным, перенесшим сыпной тиф А.Г. Агабабов скоропостижно скончался на своем посту в клинике. За проявленные заслуги А.Г. Ага-

бабов был награжден орденами Святого князя Владимира 4-й степени, Святого Станислава 2-й степени, Святой Анны 2-й и 3-й

После его смерти Общество офтальмологов Казани возглавил академик АМН СССР В.В. Чирковский (1875-1956). Одновременно с руководством Общества с 1922 года В.В. Чирковский стал заведовать кафедрой глазных болезней медицинского факультета Казанского университета и занял должность директора, организованного им первого в мире Трахоматозного научно-исследовательского института (ТНИИ) имени проф. Е.В. Адамюка, преобразованного в последующем в Республиканскую клиническую офтальмологическую больни-

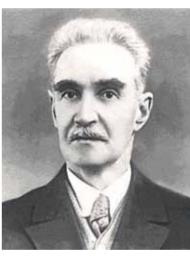


А.Г. Агабабов



В.В. Чирковский





В.Е. Адамюк



А.Н. Мурзин



А.С. Вейс



Ф.Г. Валиуллина

В рамках X Всероссийской научно-практической конференции «Фёдоровские чтения» с международным участием состоится сателлитный симпозиум:

«Инновационные решения в визуализации сетчатки и зрительного нерва: фундус камеры и SOCT от компании Canon»



21 июня 2012 с 12.00 до 13.00

Спонсорская поддержка Stormoff group of companies и компании Canon Место проведения: г. Москва, ул. Новый Арбат, 36/9, здание Мэрии Москвы, Сектор А

Зарегистрироваться и получить более подробную информацию можно по адресу:

Irina.scherbakova@stormoff.com и по телефону: +7 (495) 780 07 92

Canon



^{*} Импакт-фактор (ИФ, или IF) - численный показатель важности научного журнала. С 1960-х годов он ежегодно рассчитывается Институтом научной информации, который в 1992 году был приобретен корпорацией Thomson и ныне называется Thomson Scientific, и публикуется в журнале «Journal Citation Report». В соответствии с ИФ оценивают уровень журналов, качество статей, опубликованных в них, дают финансовую поддержку исследователям и принимают сотрудников на работу. Импакт-фактор имеет хотя и большое, но неоднозначно оцениваемое влияние на оценку результатов научных исследований.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

А.П. Нестеров



Коллектив РОБ (в центре - А.П. Нестеров и М.Б. Вургафт, в верхнем ряду – Л.Б. Галиаскарова)



В центре – Н.Х. Хасанова, справа – Ф.Г. Валиуллина, слева – Э.Р. Девликамова



А.Н. Самойлов

тута располагалось в бывшем ку-

печеском особняке по ул. Бутлеро-

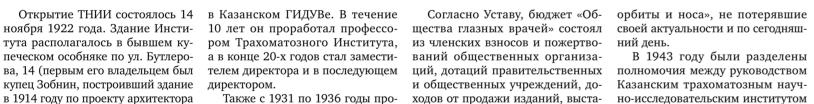
купец Зобнин, построивший здание

это опасное заболевание.

методы лечения больных.



Новый корпус РКОБ



в 1914 году по проекту архитектора Ф.П. Гаврилова) и было рассчитано на 40 коек. С этого времени борьба с трахомой вышла на новый организованный уровень, что позволило, наконец, со временем победить В деятельности офтальмологической службы нашего края появились такие формы работы, как ковский, хорошо известен как слушивались доклады профессоров,

офтальмологии. Результаты прове- ные. Секретарем Общества была вал кафедрой глазных болезней Ка- трахомой. ленных им фундаментальных ис- избрана Зарбеева, а с 1933 по 1936 занского института усовершенствоследований были обобщены в мно- годы – 3.С. Искандеров. гократно переиздававшейся монографии «Трахома» (1932), за кото- циативе проф. В.Е. Адамюка был Института. На территории Казан- руководство, подготовку кадров и 2 хирургических отделения на 60 рую в 1948 году он был удостоен принят Устав Казанского Общес- ского трахоматозного научно-ис- большую профилактическую и и 50 койко-мест. Сталинской премии. Таким образом, будучи руково- торому целью Общества являлось был организован виварий, в кото- Республике по борьбе с трахомой. ности заведующего кафедрой исдителем ТНИИ и кафедры глазных «объединение в Казани и в райо- ром проводились кафедральные наболезней, В.В.Чирковским была нах лиц для научной и практиче- учные исследования. проделана огромная работа по раз- ской работы в области офтальмо- По итогам деятельности А.Н. Мур- цент А.С. Вейс. А.С. Вейс является витию офтальмологии того време- логии и содействие органам здра- зин написал свыше 50 работ. По автором более 20 научных работ. ления Татарстанского офтальмолони, однако архивные данные, ка- воохранения в борьбе с глазными его инициативе с 1933 по 1937 В тяжелые годы Великой Отечест- гического общества, председателем сающиеся работы Общества оф- заболеваниями». Также в Уста- годы стал издаваться журнал «Во- венной войны он был начальни- которого был академик А.П. Несте-

од, отсутствуют. В.Е. Адамюк (1877-1950).

С 1922 по 1932 годы В.Е. Ада- пунктах. лял кафедру глазных болезней ствительные и почетные члены.

фессор В.Е. Адамюк являлся пред- вок, лекций седателем, а затем заместителем председателя Общества офтальмо- лем «Общества глазных врачей» логов (в эти годы оно называлось был избран заслуженный деятель была назначена А.И. Биткова, кото-Глазной секцией Научной Меди- науки РСФСР, профессор А.Н. Мурцинской Ассоциации). Согласно зин (1885-1954). При нем Обще- до 1958 года. Под ее руководством архивным материалам о деятельно- ство было переименовано в «Ка- начали организовываться выезды сти Общества, его заседания прово- занское Офтальмологическое общеплановость, введение системы уче- ца. На них присутствовали сотруд- значили доцента А.С. Вейса. План таций больных, действующие и по та и отчетности, методов контроля ники глазной клиники Трахоматоз- работы «Казанского Офтальмолоза работой всей медицинской сети ного НИИ и прикомандированные гического общества» разрабатык институту врачи, в среднем около вался на год. Так, в 1936 году ос-20-25 человек, Из протоколов засе- новное внимание «Казанского Оф- ный институт им. Е.В. Адамюка даний следует, что на Обществе за- тальмологического общества» было был преобразован в Республиканского направления в советской врачей, демонстрировались боль-

16 сентября 1936 года по ини- был директором Трахоматозного влял организационно-методическое тальмологической больнице было тва глазных врачей, согласно ко- следовательского института им консультативно-лечебную помощь

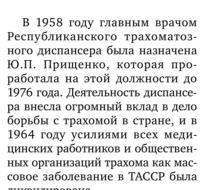
тальмологов Казани в этот пери- ве были отражены и задачи Об- просы трахомы», сыгравший боль- ком глазного отделения военного щества: заслушивание докладов, шую роль в деле борьбы с трахомой госпиталя Nº 361, награжден ме-В 1931 году на должность пред- чтение публичных лекций; орга- в Советском Союзе. Во времена далью «За победу над Германи- ров возглавлял кафедру глазных седателя, а позднее заместителя низация диспутов; сбор коллек- войны, когда Казань превратилась ей в годы Великой Отечественной болезней КГМИ. С этого времени председателя Общества офталь- ций и материалов поездок, экскур- в один большой госпиталь, самые войны 1941-1945» и орденом Тру- кафедра начала заниматься изумологов, был избран заслуженный сий; публикация трудов; организа- тяжелые травмы органа зрения дового Красного Знамени (1951), деятель науки ТАССР, профессор ция съездов по своей специально- оперировались сотрудниками Ка- Отличник здравоохранения (1957). укомы и прогрессирующей блисти; открытие филиалов в других занского трахоматозного институ- К сожалению, архивные данные, ка- зорукости. За этот период были мюк по совместительству возглав- В состав Общества входили дей- щен в монографии А.Н. Мурзина го Офтальмологического общества» докторских диссертаций, изданы «Комбинированные повреждения в эти годы, отсутствуют.

В 1943 году были разделены Казанским трахоматозным научно-исследовательским институтом и заведованием кафедрой глаз-С конца 1936 года председате- ных болезней Казанского ГИДУВа. Так, директором Казанского ТНИИ рая проработала в этой должности квалифицированных специалистов в районы Республики для консуль-

В 1956 году Казанский научноисследовательский трахоматозприковано к вопросам ликвидации ский трахоматозный диспансер МЗ ТАССР и объединен с детской

Республиканский трахоматоз- адресу: ул. Н. Ершова, 29. К тому вания врачей, по совместительству ный диспансер МЗ ТАССР осущест- времени в Республиканской оф-

С 1954 по 1960 годы кафедрой глазных болезней заведовал до- (1922), долгие годы являвшаяся та. Опыт этих операций был обоб- сающиеся деятельности «Казанско-



А.Н. Амиров

В 1966 году Республиканский трахоматозный диспансер был переименован в Республиканскую офтальмологическую больницу (РОБ), а в 1968 году для улучшения офтальмологической помощи населению на территории клиники был построен новый корпус, изначально проектировавшийся под поликлинику, но по завершении строительства был преобра-№ 2 на 50 коек вместо здания по

С 1960 по 1964 годы обязанполняла лоцент Ф.Г. Валиуллина заместителем председателя прав-С 1964 по 1974 годы А.П. Несте-

чением патогенеза развития глазащищены 13 кандидатских и 8 2 сборника научных работ кафедры



ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

Коллектив РОБ и кафедры Казанского ГИДУВа (Ю.А. Расческов, М.Б. Вургафт, Л.З. Рубинчик)

и 3 монографии. Ценным вкладом Общества в 2009-2010 годы была мологии явилась разработка перво- А.М. Нугуманова, в 2011 году го советского тонографа, разрабо- аспирант А.П. Зиганшина. танного А.П. Нестеровым, а также новые методы диагностики и лечения глаукомы, сетчатки и зритель- длительный период существования ного нерва, прогрессирующей бли- Общества, его заседания проходят

В 1976 году РОБ возглавил ритории РКОБ. Повестка дня вклю-Ю.А. Расческов. В лечебном плане чает обзоры последних новинок большое внимание уделялось па- в офтальмологической науке и техтологии глазного дна, травмам ор- нике, отчеты о деятельности офгана зрения, хирургическому лече- тальмологической службы РТ, разнию катаракты и глаукомы. Однобор клинических случаев. На завременно с этим Ю.А. Расческов седания приглашаются ведущие начал проводить работу по стро- офтальмологи России и ближнего ительству комплекса зданий РОБ. зарубежья. Претерпело изменения Так, в 1983 году исполком Казанского городского Совета народных кладов – теперь они оформляются депутатов принял решение о нача- в виде мультимедийных презентале строительства нового корпуса на ций, с демонстрацией результатов 110 коек, в 1986 году – архитектор инструментальных исследований, А.Р. Дустиев представил проект, состоящий из трех очередей, и в 1992 году было начато строительство ся сегодня и РКОБ. В настоящее первой очереди нового пятиэтаж-

ного лечебного корпуса. После отъезда А.П. Нестерова лись научные вопросы, докладывадрой офтальмологии КГМИ и глаз-

бессменным председателем Обще- второй очереди нового палатного ства офтальмологов ТАССР, а за- корпуса РКОБ, объединение всех тем Республики Татарстан, в тече- офтальмологических учреждений ние долгих 36 лет, вплоть до 2010 и кабинетов Республики в единую года. В настоящее время профессор информационную систему, осво-Н.Х. Хасанова является почетным ение новых методик диагностичленом Общества офтальмологов ки и лечения офтальмологических Республики Татарстан. В 2002 году Республиканскую

офтальмологическую больницу новления и развития Общества возглавил А.Н. Амиров. Через год, офтальмологов Республики Татарв 2003 году, РОБ приобрела статус стан и Республиканской клиничеклинического учреждения и была ской офтальмологической больнипереименована в Республикан- цы имеет почти вековую историю, скую клиническую офтальмологи- связанную со многими известныческую больницу (РКОБ). В 2007 ми именами. Сегодня офтальмологоду на территории РКОБ был до- ги Татарстана успешно продолжают строен новый палатный корпус. свою работу, с уважением и любои сюда из Республиканской кли- вью относятся к достойному пронической больницы переехала шлому и с уверенностью и надежкафедра офтальмологии КГМУ, дой смотрят в будущее. где она базировалась с 1982 по 2007 годы.

С 2007 года кафедрой офтальмологии КГМУ начинает заведовать д.м.н., доцент А.Н. Самойлов, а в 2010 году он был избран председателем Общества офтальмологов Республики Татарстан. Секретарем

в развитие отечетственой офталь- назначена ассистент кафедры

В соотвествии с многолетними традициями, установившимися за фотографий, видеофильмов. Также интенсивно развивает-

время коллектив клиники состоит из 300 сотрудников, из них – 60 врачей, в том числе 2 доктора мев Москву кафедру офтальмологии дицинских наук и 8 кандидатов. Казанского государственного ме- В арсенале клиники: администрадицинского института и Общество тивное здание, двухэтажный каофтальмологов возглавила профес- федральный корпус, пятиэтажный сор Н.Х. Хасанова (1924). Заседа- палатный корпус и поликлиника ния Общества проходили с посто- по ул. Бутлерова, 41, оснашенянной периодичностью; на повест- ные по последнему слову техники. ках дня рассматривались случаи из Здесь производится весь спектр клинической практики, обсужда- современной диагностики глазных заболеваний, применяются лись итоги поездок на различные новейшие методы консервативноконференции. Местом проведения го и хирургического лечения, соотзаседаний оставался актовый зал ветствующие мировым стандартам РОБ, что указывало на сохранение в офтальмологии. Ежегодно в этих неразрывной связи между кафе- стенах проводятся более 10 тыс. операций, в том числе высокотехнологичных. В дальнейшем плани-Нурзида Харисовна оставалась руется продолжение строительства больных.

Таким образом, история ста-

А.Н. Самойлов, А.М. Нугуманова, А.Н. Амиров, Ж.З. Шагалеева

Казанский государственный медицинский университет Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ Республики Татарстан



Окомистин[®] — эффективный препарат

// нфекционно-воспалитель-

ные заболевания глаз оста-

ьотся актуальной пробле-

мой современной офтальмоло-

гии, поэтому правильный выбор

противомикробного препарата

является залогом успешного ле-

чения. При этом нужно отметить

что в последние годы значитель-

но снизилась чувствительность со-

временных антибиотиков к пато-

генной микрофлоре. Всеми иссле-

дователями подчеркивается рост

кам возбудителей глазных инфек-

ций. Несмотря на то что причины

и возбудители инфекционно-вос-

палительных заболеваний доста-

возбудителя зачастую затрудне-

но назначать препарат широко-

го спектра действия. По сравне-

рокий спектр активности имеют

антисептики. В офтальмологиче-

торые применяют при воспали-

тельных заболеваниях глаз (конъ-

юнктивиты, блефариты, кератиты,

кератоувеиты и др.), при лечении

травм глаза, включая ожоги (тер-

мические, химические и лучевые)

числа резистентных к антибиоти- а также для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в предоперационном и послеоперационном периодах. Основой антимикробной активности являточно хорошо изучены, лаборатор- ется прямое взаимодействие моное обследование с выявлением декул препарата с липидно-белковыми комплексами мембран но. В таких случаях целесообразмикроорганизмов. Препарат повышает проницаемость и ингибирует ферментные системы нанию с антибиотиками более ширужной клеточной мембраны, что сопровождается изменением энзиматической активности мискую практику вошел антисеп- кробной клетки и приводит к уг- филактической целью закапыватический препарат Окомистин[®], нетению ее жизнедеятельности ют по 1-2 капли 3 раза в сутки за глазные капли. Окомистин[®] – сои разрушению. Окомистин[®] об- 2-3 дня до операции, а также повременный офтальмологический ладает выраженным действием в сле операции до клинического препарат. Это глазные капли, коотношении вирусов, простейших, выздоровления.

грамположительных и грамотрицательных бактерий в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Оказывает противогрибковое действие, в том числе на дрожжевые и дрожжеподобные (Candida albicans, Candida krusei и т.д.) грибы. Под действием Окомистина® снижается устойчивость микроорганизмов к антибиотикам. Необходимо отметить, что Окомистин® – олнокомпонентный препарат и не содержит в своем составе консервантов и поэтому он не раздражает слизистую оболочку глаза и слезных путей. Препарат оказывает противовоспалительное действие (активизирует процессы фибринолиза в тканях конъюнктивы), повышает местный иммунитет, ускоряет процес-С лечебной целью закапывают по 1-2 капли 4-6 раз в сутки до кли-



Производитель — российская фармацевтическая компания «ИНФАМЕД». Тел.: (495) 775-83-21. Адрес для переписки: 123056, Москва, а/я 46. E-mail: infamed@infamed.ru; www.okomistin.ru





Новые технологии в офтальмологии

Всероссийская научно-практическая конференция

20-21 апреля 2012 года, Казань

🔪 -21 апреля 2012 года в отеле «Ривьера» состоялась ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция «Новые технологии в офтальмологии»

Организаторами конференции выступили: ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ Республики Татарстан» (ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ») и Общество офтальмологов Республики Татарстан. За два дня конференцию посетили около 800 врачей-офтальмологов и представителей медицинских фирм из различных регионов Татарстана и России.

По традиции первый день конференции начался с выступления главного офтальмолога Республики Татарстан, к.м.н. Айдара Наилевича Амирова. Он рассказал об итогах работы за последние 3 года и перспективах развития офтальмологической службы РТ. В частности, приказом Министерства здравоохранения от 23 декабря 2011 года ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» получило аккредитацию на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения; создано Общество офтальмологов РТ; Республика Татарстан отмечена грантом Всероссийского общества глаукоматологов за хорошую работу по выявляемости и адекватному лечению глаукомы; усовершенствована методика факоэмульсификации катаракты путем уменьшения разреза с 2,5 мм до 2,2 мм; освоена новая методика введения торических ИОЛ; успешно развивается витреоретинальная и эндолазерная хирургия, в 2011 году внедрена методика 25G; внедрена новая методика и успешно применяется имплантация металлического дренажа при хирургическом лечении глаукомы; проведено 60 операций по пересадке роговицы и найден путь решения вопроса по закупке донорского материала; впервые внедрена методика лечения кератоконуса.

В ноябре 2012 года Республиканской клинической офтальмологической больнице РТ исполняется 90 лет со дня ее основания. История образования клиники неразрывно связана с открытием и становлением офтальмологической школы. В арсенале клиники – весь спектр современной диагностики, которая соответствует мировым стандартам, применяются современные методы консервативного и хирургического лечения, активно осваиваются новейшие мето-10 тыс. операций, в том числе и высокотехнологичных.

После выступления главного офтальмолога Минздрава Республики Татарстан А.Н. Амирова началась рабочая программа конфеседания возглавили А.Н. Амиров. А.Н. Самойлов, Я.М. Вургафт. На шаны доклады ведущих офтальмологов России.

шены диабетической ретинопатии. Одним из поздних осложнений саведущее место по распространенножений органа зрения и в настоящее ностика, лечение, профилактика ные Челны.



Профессор А.Н. Самойлов, председатель Общества офтальмологов Республики Татарстан

И.В. Воробьева, доцент кафедры офтальмологии

ГБОУ ДПО РМАПО Минздравсоцразвития РФ



А.Н. Амиров, гл. внештатный офтальмолог Минздрава РТ, главный врач ГАУЗ «РКОБ» и В.Н. Суюндукова, зам, главного врача ГАУЗ «РКОБ»



Л.П. Болгова, главный детский офтальмолог МЗ РТ



К.м.н. А.Ю. Расческов, заведующий офтальмологическим отделением ДРКБ



М.В. Решетникова, директор сети салонов оптики (Казань



Профессор А.Ю. Слонимский, МОКБ (Москва)



Д.м.н. И.Г. Сметанкин, заведующий кафедрой офтальмологии ГОУ ДПО «Нижегородская государственная медицинская академия»



К.м.н. Вургафт Я.М., зав. отделением «РКОБ»

ренции. Президиум утреннего за- время остается чрезвычайно акту- послеоперационных осложнений» альной. По данным последнего эпи- подчеркнула, что для обеспечения профессор Е.Е. Гришина в своем РТ, к.м.н. Э.А. Абдулаевой. демиологического исследования в качества жизни больных сахарным докладе «Активность полимеразы пленарном заседании были заслу- РФ, у 40-55% больных сахарным ди- диабетом необходима диспансери- йота в клетках базальноклеточно- конференции вызвал доклад «Кеабетом она не выявляется своевре- зация (совместная работа офталь- го рака кожи век» сделала вывод, ратоконус: современные подходы менно. Тактику лечения диабетиче- молога и эндокринолога), скринин- что ДНК полимераза йота может Несколько докладов были посвя- ской ретинопатии на современном говая диагностика и мониторинг играть определенную роль в раз- А.Ю. Слонимский, МОКБ (Москва), уровне представил д.м.н., заведу- динамики офтальмологических ос- витии базальноклеточного рака продемонстрировал современные ющий кафедрой офтальмологии ложнений сахарного диабета, раци- кожи. Получение моноклональных подходы к ведению больных с кехарного диабета является диабетиче- Казанского государственного ме- ональная терапия патогенетически антител в полимеразе йота в пер- ратоконусом. Для профилактики ская ретинопатия, которая занимает дицинского университета (КГМУ) ориентированными препаратами. спективе может быть использова- возникновения высоких значений профессор А.Н. Самойлов.

клад заместителя главного врача стабилизации рефракции, является

Главный врач МОКБ (Москва), по медицинской части РКОБ МЗ Особый интерес участников

к ведению больных». Профессор О первом опыте применения се- но в таргетной терапии БКР кожи. посткератопластической аметрости, а также значительно влияет на Доцент кафедры офтальмо- лективной лазерной трабекулопла- Вопросу лечения кератоконуса пии и рецидивов кератоконуса он ухудшение качества жизни, вызывая логии ГБОУ ДПО РМАПО Минз- стики в Республике Татарстан рас- методом кросслинкинга рогович- рекомендовал применять транспрогрессирующее снижение или пол- дравсоцразвития РФ И.В. Воро- сказал к.м.н. Р.М. Гизляев, главный ного коллагена, который показал плантаты меньшего диаметра, чем ную потерю зрения. Проблема ран- бьева в своем докладе «Диабети- врач Центра микрохирургии глаза свою эффективность в клиниче- ложе реципиента. По его мнению, ней диагностики и контроля пора- ческая ретинопатия: ранняя диаг- ООО «Прозрение» из г. Набереж- ской практике, был посвящен до- LASIK, проведенный после полной

ческой аметропии у большинства разработанные принципы сквозной кератоконусе для широкого внедрения в клиническую практику.

ла ФГБУ «МНТК «Микрохирургия С.Ю. Голубев (Москва). глаза» им. С.Н. Федорова», к.м.н. О.А. Клокова представила доклад Better, Live Better» компании на тему «Лазерный in situ кератомилез при коррекции индуцированной аметропии после сквозной Леопольд Шметтеррер. Участникам пересадки роговицы». По мнению конференции был представлен доавтора доклада, проведение экси- клад «ВМД и нутрицевтики - номерлазерной коррекции по персонализированной технологии LASIK посткератопластической индуцированной аметропии позволяет зна- и диагностики ВМД. Заведующий чительно уменьшить величину имеющихся аномалий рефракции, снизив степень их иррегулярности. Основным принципам лечения

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

посвящен доклад главного детско- вился на вопросах профилактики го офтальмолога Ленинградской области, заведующего отделением оперативного вмешательства на МКХ глаза ЛОГУЗ «Детская клини- переднем отрезке глаза. ческая больница» О.В. Дисколенложения, которые, по его мнению, в значительной степени определяк значению «пороговая стадия»; регулярно проводить осмотры детей с активной стадией, начиная с ROP 3, витреоретинальным хирургом; уменьшить частоту «панкоагуляций ретинальной ткани»; ведению «барьерной лазеркоагуном теле; шире применять витреначальных стадиях отслойки сетчатки с использованием малоинциализированные анестезиологические и реанимационные службы. по зрению в пределах Ленинградской области.

Лейтмотив доклада заведующего офтальмологическим отделением Детской республиканской клинической больницы РТ (ДРКБ), к.м.н. А.Ю. Расческова можно сформулировать следующим образом: неонаосновные направления по снижению частоты РН.

Структуру детского травматизма по данным ДРКБ представила главный детский офтальмолог РТ для коррекции астигматизма.

Заведующий кафедрой офтальмологии ГОУ ДПО «Нижегородская собных удовлетворить всевозможгосударственная медицинская ака- ные потребности пациентов. Оддемия», д.м.н. И.Г. Сметанкин в нако при несоблюдении опредесвоем выступлении проанализиро- ленных правил эксплуатации конвал возможность транссклераль- тактных линз (гигиена, несвежий нои пунктуры шлеммова канала раствор, грязные руки, сон в лин фемтосекудным лазером и пришел зах) возможны неблагоприятные к выводу, что на сегодняшний день последствия, которые могут присквозные отверстия склеры не по- вести к серьезным осложнениям лучены, предварительные результа- со стороны органа зрения (конъты свидетельствуют о потенциаль- юнктивитам, кератитам, язвам ной возможности использования роговицы и т.д.). Статистические фемтосекудного лазера при воздей- данные свидетельствует о необхоствии на склеру для формирования димости повышения уровня знаканалов. Это обуславливает необхо- ний и культуры ношения контактдимость дальнейших исследований ных линз у населения. в этом направлении.

Дневная программа первого доклады участников секции «Содня конференции была посвящена временные направления развисателлитным симпозиумам круп- тия очковой оптики и контактных фармацевтических компа- ной коррекции» М.В. Решетниконий. Компания «Алкон» организо- вой, директора сети салонов оптивала симпозиум по «красному гла- ки «Корд» (Казань). Обзор данных зу», на котором выступили д.м.н. по России за 2010-2011 годы «Кор-Д.Ю. Майчук (ФГБУ «МНТК «Ми- рекция астигматизма мягкими токрохирургия глаза» им. С.Н. Федо- рическими контактными линзарова», Москва), старший научный ми» представила доцент кафедры сотрудник НИИ антимикробной офтальмологии ИПК ФМБА Росхимиотерапии, к.м.н. О.У. Стецюк сии, к.м.н. И.А. Лещенко (Моск-(Смоленск), научный сотрудник ва). Не меньший интерес вызвал

высокоэффективной операцией лаборатории фармакоэкономичедля коррекции посткератопласти- ских исследований, ассистент кафедры лекарственного обеспечения больных. Полученные результаты и фармоэкономики Первого МГМУ дают основание рекомендовать им. И.М. Сеченова М.В. Проценко (Москва), заведующая консультасубтотальной кератопластики при тивной поликлиникой ГАУЗ «РКОБ МЗХ РТ» О.Г. Зверева и доцент кафедры глазных болезней Институ-Заведующая рефракционным та усовершенствования врачей ФГУ отделом Краснодарского филиа- «НМХЦ им. Н.И. Пирогова», к.м.н.

Сателлитный симпозиум «See «Bausch+Lomb» открыл профессор Медицинского университета Вены вые идеи и возможности». Д.м.н. Н.А. Ермакова рассказала о современных возможностях лечения кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской акаретинопатии недоношенных был в своем докладе подробно останои лечения ССГ после проведения

Сбалансированный подход к веко. Автор представил свои пред- дению пациентов после факоэмульсификации продемонстрировал профессор И.Э. Иошин (ФГБУ ют оптимальную тактику лечения. «Клиническая больница Управле-

Суть его предложений сводилась к ния делами Президента», Москва). ференции были предложены сателлитные симпозиумы: «Современная антибактериальная терапия инфекций глаз» компании «Промед Экспортс», «Актуальные подходы более сдержанно подходить к про- сетчатки» («Новартис») и «Основные тенденции обеспечения безофиброзном процессе в стекловид- тальмологии», который организовала компания «Сантэн».

шел оптометрический форум.

В результате широкого применой жизни нагрузка на глаза возрастает, что незамедлительно скамнению автора, позволило значи- Среди самых ярких новинок в об-

> - прогрессивная очковая линза, позволяющая одинаково хои близких дистанциях;

- солнцезащитные линзы с диоп-– уникальные линзы для безтальный скрининг и мониторинг - опасного вождения автомобиля

> - спортивные линзы для занятий спортом и активного образа жизни.

В настоящее время существует

Особо хотелось бы отметить



Тема симпозиума

Российская академия медицинских наук

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Миопия: болезнь или нарушение рефракции?»

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.

<mark>И</mark>нформационная поддержка: журналы «Вестник офтальмологии», «Глаз», «Вестник оптометрии», «Оправы и линзы», «Веко», «Современная оптометрия», специализированная газета «Поле зрения».

Официальный сайт симпозиума: www.eyeconf.ru

Интернет-ресурсы: www.optometryscool.ru, www.niigb.ru

Участие в конференции не требует регистрационных взносов



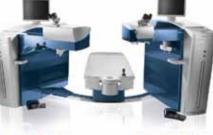
Представляем новую рефракционную платформу: **РЕФРАКЦИОННАЯ СТАНЦИЯ WAVELIGHT**

Особенности самой быстрой у компании Alcon Рефракционной станции WaveLight:

- быстрый эксимерный лазер WaveLight EX500 • точный фемтосекундный лазер WaveLight FS200
- система непрерывного обмена данными WaveNet широкие возможности настройки параметров и
- персонализации процедур

Чтобы узнать больше о возможностях Рефракционной станции WaveLight посетите сайт:

www.refractivesuite.com



WaveLight FS200

WaveLight F5:200 – Регистрационное удостоя 2010/08776 от 20:06:2011. Система офтальмо эксимерная лазерная WaveLight EX500 – Регистрационно удостоверения MPФC3 2011/08984 рт 20.06,2011

ALL11410JAD/RU, WL12JA Anpersi 2012





Доклады молодых ученых можно было прочесть с мониторов сенсорных инфоматов, а также с большого «мультитач» стола

у слушателей ее же доклад «Осложнения контактной коррекции зрения и их предотвращение». Руководитель департамента профессионального обучения по очковым линзам «Роденшток» компании «Авита» И.А. Ринская (Москва) рассказала об очковой коррекции детского косоглазия. Сравнительную характеристику эффективности контактных линз сферического и асферического дизайна в скотопических условиях дала к.м.н. Н.Ю. Кушнаревич (МНИИ ГБ им. Гельмгольца, Москва). Профессор Г.Б. Егорова (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва) представила доклад мерной системы WaveLight FX500. материалов. В рамках конференна тему «Контактные линзы и син-



М.А. Трубилина (Москва) пред- О. Прокопович, менеджер продукложила методики обследования ции «Алкон», А.А. Летяго, менедбинокулярного зрения, обратив 🛮 жер по продажам и В.М. Меньпризматической коррекции.

Круглый стол компании «Алкон» ции эксимерлазерной хирургии в of companies» М.С. Баев рассказал частной клинике» провели С.А. IIIавырина (Центр лазерной хирургии, Йошкар-Ола), С.В. Безик (клиника «Прозрение», Ульяновск) и С.Ю. Ту- представив новейшую фундус-каровский («СОКБ им. Ерошевского». Самара). Сотрудники компании нии «Canon» «Алкон» представили аудитории ди-Прогресс офтальмологической агностические системы WaveLight. рассказали о возможностях ла-

зерной фемтосекундной системы стического оборудования, лекар-В выступлениях приняли учас- ции прошла выставка современнотие К.А. Захаров, специалист по го офтальмологического оборудодиректор «Эссилор-Оптика», к.м.н. клинической поддержке «Алкон», вания, очковых и контактных линз, Во время работы выставки

шиков, руководитель сервисной

Руководитель отдела офтальмологии компании «Stormoff group участникам конференции об инноции сетчатки и зрительного нерва, меру и SOCT производства компа-

дителей медицинского и диагноственных препаратов, расходных

лекарственных средств. Каждый желающий мог проверить остроту зрения и измерить внутриглазное вление бесконтактным способом

Отдельное внимание было уделено «секции молодого ученого» – конкурсу работ молодых офтальмологов, по результатам которого определились три победителя. ные плакетки и денежные премии. Доклады молодых ученых можно было прочесть с мониторов сенсорных инфоматов, а также с большого «мультитач» стола.

На конференции проводилась видеотрансляция, благодаря которой выступления докладчиков можно было увидеть в зале и фойе

Завершил конференцию банкет

вьера». Сквозь просторное остекление окон участники и гости вораживающую картину вечернего города. Гостей угощали популярпейской и авторской кухни. Чтобы каждый участник конференции испочувствовал волшебную и целительную силу воды, после напряженного трудового дня организаторы предложили отдых в казанском

Казанская площадь Тысячелетий, Кремль, Башня Сююмбике, Благовещенский собор и Мечеть Кул Шариф надолго останутся в памяти участников конференции. 🖪

аквапарке «Ривьера»

Материал подготовила Лариса Тумар

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

WaveLight FS200 и лазерной экси-

Особенности лечения синдрома «сухого глаза» у пациентов после офтальмохирургии

Н.В. Ткаченко

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, кафедра офтальмологии

стране под синдромом «сухо-▲ Го глаза» (ССГ) принято понимать комплекс признаков выраженного или скрыто протекающего роговичного или роговично-конъюнктивального ксероза, патогене тически обусловленного длительным нарушением стабильности

поверхности в патогенезе ССГ. нейротрофической эпителиопа- гократном применении консерван- ет переносимость медикаментознотии. Снижение чувствительности ты (особенно бензалкония хлорид) го лечения глаукомы.



роговицы вызывает уменьшение (Бржеский В.В., Сомов Е.Е., 1998). частоты мигательных движений век нии TRB Chemedica. При этом паци-Эти изменения могут развиваться и, как следствие, повышение испа- ентам, перенесшим кератопластику, как на фоне снижения слезопродук- ряемости слезной пленки с ксеро- показано назначение протекторов ции, так и вследствие повышения тическими изменениями эпителия эпителия роговицы и стимулятоиспаряемости слезы. Ряд зарубеж- роговицы. Хирургическое лечение ров регенерации («Хилозар-Комод», ных авторов уделяет большое вни- глаукомы с формированием филь- «ХилоМакс-Комод»). В то время как мание участию воспаления глазной трационных зон конъюнктивы на- после рефракционной хирургии рушает конгруэнтность поверхност- имеет смысл назначать препараты Среди многообразия общих и ных структур глазного яблока и низкой вязкости («Хило-Комод», местных причин развития ССГ осо- век, что также неблагоприятно от- «Хилабак»), поскольку эта категобое место занимают пациенты, пе- ражается на стабильности слезной рия пациентов обычно заинтересоренесшие оперативные вмешатель- пленки. Кроме того, в развитии ССГ вана в отсутствии влияния препаства на глазном яблоке. Наиболее у пациентов хирургического профиратов «искусственной слезы» на караспространенными из них явля- ля описана отрицательная роль ин- чество и остроту зрения. Больным ются рефракционная хирургия, фа- тенсивного освещения операцион- глаукомой также показано назнакоэмульсификация, кератопласти- ного микроскопа и излишне агрес- чение препаратов без консерванта. ка и операции фистулизирующего сивной местной предоперационной По нашим данным (Астахов С.Ю., типа при глаукоме. Причем первые полготовкой (многочисленные ин- Ткаченко Н.В., 2009), назначение три вида офтальмохирургии ока- стилляции местных анестетиков. гипотензивных препаратов без конзывают непосредственное воздей- антибактериальных и противовос- серванта («Тимолол-ПОС» в системе ствие на роговицу, нарушая ее ин- палительных препаратов с консер- COMOD®) улучшает состояние слезнервацию и способствуя развитию вантами). Как известно, при мно- ной пленки и существенно повыша-

разрушают слезную пленку и вызывают развитие токсической эпителиопатии роговицы и конъюнктивы, что усугубляет течение ССГ и ухудшает переносимость лечения

Все эти особенности необходимо учитывать при назначении терапии пациентам с ССГ, индуцированным глазном яблоке. Несомненное преимущество в эффективности и переносимости лечения этой группы пациентов имеют препараты «искусственной слезы» без консерван та. В России они представлены глазными каплями в системе COMOD® (Ursapharm), AБАК-системе (Théa) и



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.
- Глаукома: патогенез, ранняя диагностика, лечение и мониторинг.
- 3. Дистрофические и сосудистые заболевания органа зрения. 4. Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические
- 5. Инфекционные и паразитарные заболевания глаза.
- логической помощи.

В рамках конференции состоятся:

- заседание Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов в ЮФО:
- видеосессия «Инновационная офтальмохирургия». Также планируется: размещение стендовых докладов в виде электронных постеров;

издание сборника тезисов докладов. Публикации в сборнике бесплатные.

Материалы по устным и стендовым докладам, а также тезисы в сборник и видеоматериалы отправлять на электронный адрес: ram-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: ram-l@list.ru

Кирносов Сергей Викторович – тел.: 8 (905) 4806695,

e-mail: skirnosov@list.ru Информационные партнеры: www.organum-visus.ru; www.eyenews.ru

Конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов 27 мая 2012 года, Санкт-Петербург

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

конференции выступили также иностранные докладчики: Zoltan Nagy (Венгрия), Christer Johansson (Швеция), Ahmed Assaf (Египет), Julian Stevens (Великобритания), Salim Ben Yahia (Тунис), Chan Tat-Keong (Сингапур), Emrullah Tasindi (Турция). Они открывали каждую сессию и задавали тон дальнейшей

В работе секции «Хирургия катаракты» приняли участие 6 докладчиков. Zoltan Nagy (Венгрия) рассказал об особенностях хирургии катаракты с использованием фемтолазера LenSx, Christer Johansson (Швеция) поделился опытом применения системы автоматической имплантации ИОЛ Autosert. Ahmed Assaf (Египет) продемонстрировал возможности WhiteStar Signature и технологии Fusion Fluidics при ФЭ катаракты.

А.Д. Чупров подробно рассказал о клинических результатах использования интраокулярных линз Tecnis. По словам докладчика, инционных осложнений отмечено не было, во всех случаях была достигнута высокая острота зрения

Одной из актуальных проблем офтальмоимплантологии, подчеркнул в своем выступлении Б.Э. Малюгин, является разработка и совершенствование новых материалов и дизайнов ИОЛ. Клинические результаты использования модели enVista, представленные в докладе продемонстрировали способность линзы обеспечивать высокие клинико-функциональные результаты в различные сроки послеопераци онного периода, при этом материал сохраняет свои оптические свойства в течение всего срока наблюдения (6 мес.)

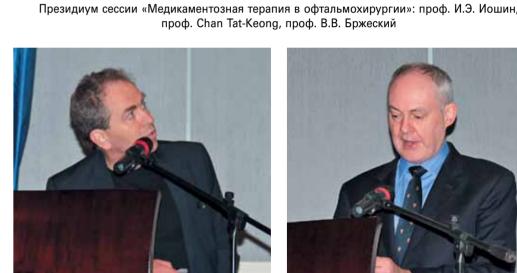
Н.Э. Темиров дал клиническую оценку целесообразности имплантации торических ИОЛ. По его мнению, линзы AcrySof Toric и Rayner T-flex позволяют корригировать практически все виды и степени правильного (регулярного) роговичного астигматизма. Линзы высокого качества, стабильны в капсулярном мешке, имеющиеся калькуляторы точны и удобны. При этом некорригированная острота зрения вдаль у пациентов с исходным роговичным астигматизмом после звуковой факоэмульсификации с иплантацией торических асрерических линз в 4 раза выше чем при постановке обычных торических ИОЛ, заключил докладчик.

Сессия «Рефракционная хирургия» включала 11 выступлений Julian Stevens (Великобритания) представил доклад «Возможности и перспективы кастомизированва выступила с докладом на тему водящих к нарушению зритель- темы, по мнению авторов, объяс- тельно превышает показатели, по-«Алгоритм хирургического лечения ных функций, минимально (0,17- няется абсолютным ростом числа лучаемые после LASIK. развитых гнойных язв роговицы», 0,65%), необходимо использовать больных с патологиями роговицы, Ю.Ю. Калинников рассказал ауди- правильные алгоритмы вмешатель- увеличением числа внутриглазных результаты которой были предтории об опыте проведения сквоз- ства, что позволит уменьшить ве- операций, а также операций на ставлены в докладе С.И. Анисимоной и послойной кератопластики роятность неблагоприятных по- роговице. на фемтолазере Visumax. К.Б. Пер- следствий, подчеркнул автор. преимущества использования фем- тему «Актуальные вопросы эндо- технологии FLEX и SMILE в кор- ки хирургии Supracor. Вывод, сдересадки роговицы.

го было посвящено профилактике сквозной кератопластики с ис- с LASIK по основным показателям основе технологию LASIK, является лярных линз (ФИОЛ) является хои лечению осложнений, возника- пользованием медицинского изде- стабильности, эффективности, без- эффективным, безопасным и пред- рошей и нередко единственной ющих при проведении операции лия «Трансплантат роговичный» - опасности и предсказуемости, при сказуемым. Это хороший выбор для альтернативой очкам, контактным



Президент RSCRS, д.м.н., профессор В.Н. Трубилин открывает конференцию



Перед началом конференции. Вице-президент RSCRS, д.м.н., профессор М.Д. Пожарицкий



Профессор Julian Stevens (Великобритания)



Профессор Emrullah Tasindi (Турция)

ставил О.Г. Оганесян.



Профессор Christer Johansson

(Швеция)

Профессор С.Ю. Астахов, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет



им. акад. И.П. Павлова



К.м.н. Н.П. Соболев, ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», г. Москва

ных абляций в лечении рефракци- Фемтоласик. Несмотря на то что с докладом на эту тему выступил этом контрастная чувствительность пациентов, которые не хотят подонной патологии». Е.А. Каспаро- количество осложнений, при- А.В. Золоторевский. Актуальность в мезопических условиях значи- вергаться более инвазивной методике (замены хрусталика с рефрак-

> Целью работы группы авторов, ва, было изучение безопасности, «Анализ результатов операции нологии FLEX и SMILE сравнимы рекции Supracor, имеющий в своей имплантация факичных интраоку-

ционной целью). Н.П. Соболев от группы авторов представил доклад на тему «Опыт применения переднекамерной факичной ИОЛ AcrySof Cachet в хи-Я. Гертнере представила ауди- эффективности и стабильности рургической коррекции миопии шин наглядно продемонстрировал От группы авторов доклад на тории результаты использования лазерной рефракционной методи- высокой степени». В настоящее тосекундного лазера в хирургии пе- телиальной трансплантации» пред- рекции рефракционных наруше- ланный докладчиком, заключается ным ВОЗ, число людей с близоруний. По заключению автора, тех- в том, что эксимерный метод кор- костью варьирует от 10 до 90%, и

Профессор К.Б. Першин в президиуме сессии «Рефракционная хирургия»



Профессор А.Д. Чупров, заведующий кафедрой офтальмологии Кировской государственной медицинской академии



К.м.н. Т.А. Морозова, ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», г. Москва



Д.м.н. Ю.Ю. Калинников, Клиническая больница Управления делами

линзам, эксимерлазерной хирургии, удалению прозрачного хрусталика. Новая модель переднекамерной факичной ИОЛ AcrySof Cachet у пациентов с миопией высокой степени, по мнению авторов, позволяет получить высокие функциональные результаты и быструю реабилитацию на фоне высокого уровня предсказуемости и безопасности.

В повестку дня сессии «Витреоретинальная хирургия, глаукома» были включены 8 докладов. Открыл сессию Salim Ben Yahia (Тунис) выступлением на тему «Безопасная витректомия на Stellaris PC». С докладом на тему «Минимально инвазивная хирургия патологии витреомакулярного интерфейса» выступил Я.В. Байбородов. Г.Е. Столяренко посвятил свой доклад преимуществам технологии 30,5G в современной витреоретинальной хирургии.

В.Н. Казайкин в своем докладе «Хирургия 23-25G рецидивов отслойки сетчатки во время силиконовой и газовой тампонады» сделал вывод о том, что технология 23-25G

обеспечивает эффективное выполнение всех этапов операции, высокую скорость и атравматизм, что особенно актуально при многократных вмешательствах.

Н.И. Курышева от имени группы авторов выступила на тему «Роль селективной лазерной трабекулопластики в нормализации офтальмотонуса у больных глаукомой в сочетании с артифакией». По мнению авторов, СЛТ – эффективный и безопасный способ снижения ВГД как в факичных, так и в артифакичных глазах; эффект СЛТ более выражен, если операция выполняется до ФЭК; гипотензивный эффект СЛТ снижается через полгода; вероятно, что СЛТ в факичных глазах способствует улучшению состояния полей зрения

С.Ю. Астахов дал сравнительную оценку комбинированных операций и факоэмульсификации у больных с сочетанием катаракты и глаукомы. По мнению докладчика, преимущество комбинированных операций заключается в быстром восстановлении остроты зрения в результате одного вмешательства, в стойком снижении ВГД, в более легкой оценке стабилизации глаукомы, в небольшом количестве осложнений и более низкой стоимости одной операции по сравнению с двухэтапным лечением. Лучшим гипотензивным эффектом обладает ФЭ в сочетании с трабекулэктомией без дополнительного медикаментозного лечения в 87% случаев. Хороший гипотензивный эффект у подавляющего числа больных после лазерной гониопунктуры обеспечивается ФЭ в сочетании с синусотомией. При этом ФЭ без «антиглаукомного» компонента обладает незначительным гипотензивным эффектом. Снижение ВГД, подчеркнул С.Ю. Астахов, может быть обеспечено только при дополнительном применении современных гипотензивных препаратов.

В заключение работы сессии свои доклады представили В.П. Николаенко «Применение клапана Ahmed у больных глаукомой в сочетании с артифакией» и А.А. Харша – «Имплантация ExPRESS больным с рефракгерной глаукомой».

Работу 4-й, заключительной, сессии «Медикаментозная терапия в офтальмохирурчи», открыло выступление доктора Chan Tat-Keong (Сингапур) на тему «Как избежать эндофтальмитов после хирургии катаракты при местной профилактике» и доклад Emrullah Tasindi (Турция) «Синдром «сухого заторы. глаза» в послеоперационном периоде».

А.И. Толчинская представила доклад «Профилактика инфекционных осложнений в офтальмохирургии». От группы авторов с докладом на тему «Современные подходы к фармакологическому сопровождению пациентов с катарактой в пред- и послеоперационном периоде» выступила Т.А. Морозова.

О принципах медикаментозного ведения больных после сквозной кератопластики в своем выступлении рассказал А.Ю. Слонимский. И.Н. Околов представил доклад «Эффективность фторхинолонов III-IV поколения in vitro и in vivo».

В своем выступлении И.В. Малов подробно рассказал о применении дженериков и оригиналов в медикаментозном сопровождении хирургии катаракты, Е.А. Дроздова выступила с докладом «Медикаментозное сопровождение хирургического лечения увеальной катаракты».

От группы авторов с докладом на тему Применение фторхинолонов до и после экстракции возрастной катаракты с имплантацией ИОЛ для профилактики инфекционных

И.Э. Иошин представил слушателям доклад «Стероиды и/или нестероиды», В.В. Бржеский – «Профилактика и лечение синдрома «сухого глаза» после операций на роговице

Завершили работу сессии и всей конференции доклады И.А. Лоскутова «Гипотензивная терапия на факичных и артифакичных глазах», А.Ю. Меньшикова – «Сравнительная оценка эффективности мидриатиков в предоперационной подготовке пожилых пациентов перед факоэмульсификацией» и В.В. Позднякова на тему «Применение офтальмоферона при различных глазных заболеваниях».

... Во время выступлений в зале стояла довольно непривычная для таких мероприятий тишина, многие записывали выступления докладчиков на мобильные телефоны и фотографировали презентации. Даже под занавес конференции в зале не было свободных мест, а это верный признак того, что



Проф. В.Н. Трубилин, проф. Z. Nagy (Венгрия), проф. М.Д. Пожарицкий, проф. Б.Э. Малюгин

Это случилось, и это — хорошо!

Б.Э. Малюгин

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор, г. Москва

🕇 🌈 онференция была небольшой, по моим подсчетам - около 200 участников. ▲ При этом, хочу подчеркнуть, что их было даже больше, чем ожидали органи-

Что касается научной программы, то, с моей точки зрения, внимания заслужила сессия, посвященная различным современным дизайнам ИОЛ. В ней докладчики представили новинки, которые только появились на отечественном рынке. Новое всегда интересно еще и потому, что расширяет спектр наших возможностей как хирургов.

С неменьшим интересом прослушал доклады о современных технологиях пересадки роговицы, в том числе с использованием лазеров

Интересной была рефракционная сессия, часть которой посвящена одной из актуальных современных проблем – пресбиопии. Над этой проблемой сейчас работают многие исследователи, пытаясь решить ее тем или иным способом.

Полволя итог, могу сказать, что конференция получилась интересной. Достаточное количество докладчиков представляли различные фирмы-производители, что В.Н. Трубилина.

говорит о хорошем потенциале конференции. Как и в каком объеме он будет реализован в дальнейшем, во многом будет зависеть от организаторов.

Впечатления от поездки у меня остались позитивные. Возможно, дело еще и в том, что я давно не был в Санкт-Петербурге во время белых ночей. На меня, безусловно, повлияли и погода, и сам город в это удивительное время года.

О.Г. Оганесян

Старший научный сотрудник МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, д.м.н., г. Москва

ля первой конференции все организовано достаточно хорошо. По крайней мере, место выбрано очень грамотно. Зал полный, в коридорах стоят люди, это свидетельствует о высоком интересе со стороны участников конгресса. Уверен, что в следующий раз конференция соберет еще больший зал. Есть небольшие технические накладки, но это простительно для первого раза. Все доклады представляют, действительно, большой интерес. Раньше я этих докладов не слышал, все они были подготовлены специально для этой конференции. Хочу пожелать дальнейшего развития Российскому обществу катарактальных и рефракционных хирургов в лице уважаемого профессора



А.Ю. Расческов

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

Врач-офтальмолог высшей категории, офтальмохирург. Клиника «Глазная хирургия Расческов», г. Казань

Точу поделиться своими впечатлениями. По моему мнению, Владимир Ни-**Д**колаевич Трубилин является лидером рефракционных и катарактальных хирургов, «золотым» связующим звеном. За многие годы сложился определенный круг единомышленников, и сеголня на первой конференции RSCRS собрались специалисты, которые хотят поделиться своим богатым опытом. Создание RSCRS, как в свое время Американского и Европейского обществ, дает возможность тесно общаться близким друзьям, обмениваться опытом с европейскими и американскими коллегами. RSCRS собирает единомышленников, чтобы обсудить насущные вопросы и продвигать современные технологии в российскую медицину.

А.В. Винницкий

Заведующий микрохирургическим отделением Коми республиканской больницы, главный внештатный офтальмолог МЗ Республики Коми, г. Сыктывкар

очень рад, что нахожусь среди приглашенных. Замечательно, что конгресс состоялся и дай Бог, чтобы это продолжалось и в дальнейшем. Среди выступлений есть такие, которые я мог бы особо отметить. Но чтобы не обижать других, не буду назвать авторов. Отмечу, что и другие доклады были интересными и полезными.

М.Е. Коновалов

Главный врач «Офтальмологического центра Коновалова», д.м.н., профессор, г. Москва

паменательное событие случилось в нашей жизни. Катарактальные общества есть в Европе, в Америке, в других странах. С учетом масштабов нашей страны, большого количества регионов такая организация, как RSCRS, с моей точки зрения, необходима. И, прежде всего, для связи с Европейским обществом, чтобы обмениваться информацией. Сегодняшние доклады и по тематике, и по качеству соответствуют достаточно высокому европейскому уровню. Это мероприятие еще раз это подтвердило, что сегодня мы практически ни в чем не отстаем от Европы. Знаменательно то, что первая конференция RSCRS проходит в таком роскошном, красивом месте, в культурной столице России. Думаю, что будущее у конференции есть, и ее польза для врачей и для науки несомненна.

А.И. Толчинская

ФГБУ «Клиническая больница Управления делами Президента Российской Федерации», д.м.н., г. Москва

ое впечатление по сеголнящнему мероприятию только положительное. Представленные доклады касаютметолов лечения. Что пожелать Российскому обществу катарактальных и рефракционных хирургов? Хочется, чтобы RSCRS не ограничивалось позиционированием докладов, достижений. Хочется, чтобы Общество предложило нам, простым практикующим врачам, нечто такое, что могло бы очень сильно всех нас заинтересовать. Может быть, при содействии Общества будет внедрена бальная система для последующей сертификации при прохождении процесса лицензирования? Хотелось бы также, чтобы симпозиумы транслировались в интернете.

Д.Г. Арсютов

Главный врач ГУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, главный внештатный офтальмолог Республики Чувашия, г. Чебоксары

считаю, что формат данного форума очень перспективный. Важно то, что очень перспективным 2 ---- сегодня появляется больше возможностей встретиться с коллегами со всей страны, чтобы поделиться опытом, обозначить свои победы. Конгресс RSCRS собрал «сливки» офтальмохирургического общества, это было видно и по докладчикам, и по присутствующим в зале участникам.

Доклады были очень показательными, основанными на современных методиках. Особо можно выделить большое количество докладов, посвященных пересадке роговицы с применением фемтосекундной лазерной технологии. Приятно осознавать, что буквально за два года процент этих операций по стране существенно вырос, и сегодня уже можно обозначить тот прогресс, который был обеспечен программой модернизации здравоохранения. Такие операции теперь делаются не только в частных, но уже и в государственных клиниках. Это большой плюс, поскольку мы отошли сегодня от формата какой-то базовой хирургии. Сегодня мы ориентированы на высокие технологии, на помощь больным с минимальным количеством осложнений. Эти знания для наших коллег очень важны. Перспектива у конгресса очень хорошая, и такие встречи, надеюсь, будут более частыми. Формат подобных

мероприятий должен иметь практическую

направленность, что принесет несомненную

пользу практикующим врачам

И.Э. Иошин

Ваведующий офтальмологическим отделением ФГБУ «Клиническая больница Управления делами Президента Российской Федерации», д.м.н.,

профессор, г. Москва огика любого исторического процесса, видимо, не имеет принципиаль-✓

▲ ных территориальных отличий. Мудрено сказано. Но в свое время американцы объединились в Американское общество катарактальных и рефракционных хирургов. европейцы создали ESCRS. С учетом большого количества офтальмологов, огромной территории страны, разнообразия офтальмологических школ, это событие рано или поздно должно было произойти. Я говорю о создании Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов. Такая организация имеет под собой определенную мотивацию. Не обижая никакую другую специальность, скажу, что все-таки катарактальная и рефракционная хирургия энное количество лет назад служила локомотивом

развития отрасли. Именно в этой специальности наиболее активно шел инновационный процесс. Все завертелось: малые разрезы, лазерная, рефракционная, катарактальная хирургия, интраокулярная коррекция и т.д. Сейчас и другие направления офтальмологии стали активно развиваться, но это было именно так.

Что же касается первого конгресса RSCRS, наверное, в будущем мероприятие надо будет делить на большее количество секций. Я бы не хотел, чтобы это проходило в формате «завтрака или ужина с экспертами». Надо, чтобы было больше круглых столов, больше неформального общения. Наверное, должно быть меньшее количество лекций, чтобы больше времени оставалось для дискуссий. Неформальное общение – это самое ценное. Конференция мне понравилось. Это случилось, и это – хорошо.

> Материал подготовил Сергей Тумар



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ



Конференция RSCRS состоялась

Интервью с Президентом Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов, д.м.н., профессором В.Н. Трубилиным по итогам конференции RSCRS-2012

дея создания Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS) по аналогии с подобными общественными организациями в других странах существовала на протяжении многих лет. С Американским обществом катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS) Владимир Николаевич Трубилин поддерживает тесный контакт, начиная с 2001 года, когда он впервые посетил конференцию памяти С.Н. Федорова в Сан-Диего. Благодаря поддержке американских коллег В.Н. Трубилину и его коллегам удалось создать в 2010 году RSCRS в России. Последние годы расширяются отношения с Европейским обществом (ESCRS), члены Российского общества более активно участвуют в деятельности ESCRS. Сотрудничество приобретает официально-деловой характер. Миссию Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов можно кратко сформулировать следующим образом: развитие офтальмологической науки, повышение профессионального уровня специалистов, создание благоприятной среды для работы офтальмохирургов, работающих в области катарактальной и рефракционной хирургии, защита их

прав, интересов.

 Владимир Николаевич, прежде всего, позвольте поздравить Вас с успешным проведением крупного мероприятия, первой конференции RSCRS, организатором которого стало недавно созданное Российское общество катарактальных и рефракцион-

– Благодарю Вас. В этом году мы начали активно работать, и первым серьезным событием стал конгресс, на который мы пригласили ведущих специалистов, работающих не только в области катарактальной и рефракционной хирургии, но и в таких направлениях, как хирургия глаукомы, витреоретинальная хирургия, а также специалистов, которые занимаются фармакотерапией в офтальмохирургии. Принято решение, что RSCRS в качестве ассоциативного члена войдет в Межрегиональную ассоциацию врачей-офтальмологов. Мы планируем участвовать в региональных конференциях, в конференциях, которые проводятся в Москве, в частности, осенью в Российском общенациональном офтальмологическом форуме. Безусловно, будем участвовать в мероприятиях ФГБУ «МНТК «Микрохирургии глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Среди ближайших – офтальмологический орум «Восток-Запад 2012», который прой-

В наших планах – проводить сессии «живой хирургии». На протяжении многих лет мы занимаемся организацией подобных мероприятий при поддержке компаний-производителей офтальмологического оборудования. Теперь эта работа будет проводиться от имени Общества, и такие компании. как Alcon, AMO, Bausch+Lomb, готовы оказывать нам всяческую поддержку.

Различные образовательные проекты станут еще одним важным направлением деягельности Общества. Не останавливаясь на достигнутом, продолжим выпуск профессиональных журналов «Офтальмология», «Катарактальная и рефракционная хирургия», «EveWorld Россия». В скором времени начнет работать наш сайт, www.rscrs.org, где члены Общества смогут иметь свои собственные странички и получат возможность доступа к различным интернет ресурсам: on-line

версиям журналов, трансляциям сессий «живой хирургии», лекционным материалам, различным видеоматериалам и т.д. Мы будем оказывать врачам поддержку в повышении уровня их теоретических знаний, совершенствовании практических навыков и умений. Готовы спонсировать зарубежные поездки наших коллег на различные конференции, съезды, конгрессы. Будем оплачивать обучение врачей в России. На этот счет у нас есть довольно конкретные идеи, как финансировать различные образовательные

Солействие в развитии страховой мелицины – одна из приоритетных задач Общества. На Западе, как известно, страховая в России, к сожалению, это скорее исключение, чем правило. Однако я думаю, что и у нас система страховой медицины должна заработать в полную силу

Защита интересов офтальмологов в общественных организациях, государственных, муниципальных структурах является базовым направлением деятельности RSCRS. Общество будет принимать самое активное vчастие в законотворческой деятельности. Для нас это крайне важно, так как за нами стоят тысячи врачей-офтальмологов, которые рассчитывают на то, чтобы их голос был

— Владимир Николаевич, к первой конференции RSCRS был проявлен огромный интерес. Что, на Ваш взгляд, сделать удалось, чем Вы не вполне остались

– Мы хотели заявить о себе и с этой задачей справились. По отзывам врачей, ведущих специалистов, руководителей офтальмологических служб, конференция прошла удачно. Профессор В.В. Нероев, профессор Ю.С. Астахов поздравили с началом деятельности Общества, с успешным проведением конференции, которая фактически является первым крупным научным мероприятием под эгидой RSCRS. Мы получили поддержку как рядовых офтальмологов, так и руководителей отрасли. Приятно услышать положительные отзывы. Для нас это очень важно.

Теперь – о том, что нам не совсем понравилось. Мы были очень рады, что к работе конференции был проявлен такой интерес, но не были готовы, что будет столько желающих посетить заседания. В следующий раз мы, конечно, будем арендовать большие площади. Возможно, заседания будут проходить не в одном зале, а в нескольких, по секциям. Больше места должно быть выделено для выставки. Стоит, наверное, более жестко подходить к отбору докладчиков. Все доклады должны представлять научно-практический интерес и не носить рекламный, заказной характер. В будущем мы должны относиться к этому более внимательно.

 Вам удалось пригласить известных зарубежных докладчиков и наиболее известных отечественных экспертов. Нелегко, наверно, было собрать такой звездный состав участников?

– Участников конференции мы отбирали, прежде всего, исходя из интересов наших офтальмологов. В каждую секцию, как Вы, наверное, заметили, мы постарались привлечь как известных иностранных

докладчиков, работающих в зарубежных клиниках, так и ведущих специалистов из России. Причем мы старались представить совершенно различные офтальмологические школы. Это тот редкий случай, когда в работе конференции участвовали докладчики и специалисты из совершенно разных учреждений: ведущих научных, академических институтов Москвы, Санкт-Петербурга, российских регионов, клиник всех форм собственности – частных, муниципальных. Тем самым мы показали срез нашей офтальмологической науки. На трибунах мы видели как корифеев, имеющих все звания и регалии, так и талантливых молодых специалистов.

В этом, наверное, и заключалась причина столь повышенного интереса к нашей конференции. Кроме того, она была не монотематическая, мы постарались представить достаточно широкий спектр направлений офтальмохирургии, чтобы каждый участник мог для себя взять что-то полезное и внедрить новые знания в практику.

 Планируете ли вы в будущем проводить в рамках конференции круглые столы, сессии «живой хирургии», секции молодых

- Конечно, мы планируем расширять формат будущих мероприятий, не исключаем и возможности проведения сессий «живой хирургии». В свое время я принимал участие в организации «живой хирургии» в рамках конгресса «Белые ночи», который проходил в Военно-медицинской академии. Тогда я выступал модератором этого мероприятия. К сожалению, это не стало системой, но я уверен, в наших силах и в интересах конгресса «Белые ночи», и в интересах российских офтальмологов - провести здесь «живую хирургию». Какую плошадку, какую операционную мы будем для этого использовать, сказать пока трудно, но, скорее всего, мы рано или поздно вернемся к этой идее. Одно время мы думали, не отказаться ли от нее и не перейти ли к формату видеоконференций. Однако, когда мы приглашали врачей на наше мероприятие, многие спрашивали, будет ли «живая хирургия», так что интерес к ней остается высоким. Еще есть время, мы подумаем и решим. Это касается и работы по секциям, и продолжительности конференции.

Санкт-Петербург станет местом постоянной «прописки» конгресса RSCRS?

 Мы посоветовались с коллегами и пришли к выводу, что в Москве и так проходит много различных мероприятий и не стоит нарушать сложившийся годами график. Что касается других российских городов, RSCRS, безусловно, будет участвовать в региональных конференциях, но собрать необходимое количество докладчиков и участников для проведения полноценного конгресса, думаю, пока в регионах нам не удастся. Поэтому наша конференция будет проходить каждый год в Санкт-Петербурге накануне конгресса «Белые ночи». Это самая замечательная пора в одном из самых прекрасных городов мира, куда с удовольствием приедут и российские офтальмологи и их зарубежные коллеги. Так что до встречи ровно через год!

Сергей Тумар

«Белые ночи» Северной столицы

XVIII Международный офтальмологический конгресс

28 мая – 1 июня 2012 года, Санкт-Петербург

офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, профессор В.В. Нероев и заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, главный офтальмолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга Ю.С. Астахов. Заместителем председателя оргкомитета стал американский профессор Эдвард Черни, являющийся с 1997 года почетным доктором СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

В ходе конгресса было заслушано 86 докладов-лекций по актуальным вопросам офтальмологии, из них 41 был представлен учеными из США, Франции, Германии, Италии, Греции, Турции и других стран. В план заседаний вошли доклады по диагностике и лечению глаукомы, хирургическому лечению катаракты, диагностике, медикаментозному и лазерному лечению заболеваний сетчатки и хориодеи, лечению синдрома «сухого глаза» и т.д. Свои доклады, в частности, представили академик РАМН А.Ф. Бровкина, профессора Е.А. Егоров (Москва), Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург), А.В. Золотарев (Самара), И.Е. Панова (Челябинск), Э.Р. Мулдашев (Уфа), E.F. Cherney, M. Melson, L. Wayman,



В.В. Нероев (директор МНИИ ГБ им. Гельмгольца), С.Ф. Багненко (директор Санкт-Петербурского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе), В.Е. Жолобов (первый заместитель председателя комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга), Эдвард Черни (вице-президент «ГлазМед Интернэшнал»), О.А. Казанская (вице-губернатор Санкт-Петербурга), Е.А. Егоров (зав. кафедрой глазных болезней РГМУ) (слева направо)

К. Joos (Университет Вандербильт, США), А. Harris (Университет Индианы, США), G. Holland, R. Levinson, S. Whitcup, A. Kukuev (Университет Калифорнии, Лос-Анжелес, США), G. Soubrane (Университет Декарт,

Франция), Н. Helbig (Университет Регенсбурга, Германия), G. Wildner и S. Thurau (Университет Мюнхена, Германия), М. Papadia (Университет Генуи, Италия), К. Boboridis (Университет Салоники, Греция).

Корреспондент газеты «Поле зрения» не только присутствовал на пленарных заседаниях представительного симпозиума, но и не упустил возможности пообщаться с его участниками в кулуарах. Редакции хотелось предоставить слово не только опытным, именитым врачам, но и молодым специалистам, которые только начинают свой путь в профессии. Совершенно естественно, что во время бесед с журналистом наши коллеги рассказывали не только о прошедшем форуме, но и о родных для них медицинских учреждениях, делились мыслями о перспективах развития отечественной офтальмологии и медицины в целом. 🖪





Владимир Владимирович Нероев,

директор МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Главный специалист офтальмолог Минздравсоцразвития РФ, председатель Профильной комиссии по офтальмологии Экспертного Совета Минздравсоцразвития РФ, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор:

Значимое событие в жизни российских офтальмологов

Ронгресс «Белые ночи» – это авторитетный, яркий научный саммит, знаофтальмологов. Здесь выступают «сливки» офтальмологической мысли нашей страны и зарубежных государств. Значение этого мероприятия для повышения профессиональной квалификации глазных врачей трудно переоценить

Заболеваемость органа зрения составляет 11 000 на 100 000 населения Российской Федерации. Ежегодно 65,5 миллионов человек (почти половина населения страны) обращается за офтальмологической помощью. К сожалению, каждый год 65 тысяч россиян становятся инвалидами по зрению. 22% из них – это люди трудоспособного возраста... Думаю, что эти цифры наглядно показывают значимость офтальмологии в жизни российского

Разумеется, не все заболевания или жалобы, с которыми пациенты обращаются к врачам-офтальмологам, ведут к слепоте и слабовидению. Много больных с рефракционной патологией, такой как миопия (близорукость), дальнозоркость, астигматизм. Встречаются различные воспалительные заболевания глаз: конъюнктивиты, склериты и т.д. Речь идет о заболеваниях, которые успешно лечатся и обычно XIX конгрессе в 2013 году!

не несут тяжелых последствий. Вместе с тем офтальмологи часто сталкиваются **Т**етный, яркий научный саммил, зна с том не решена: глаукома, заболевания сетчатки и зрительного нерва, различные онкологические заболевания и т.л.

> Многие офтальмологические центры России находятся на уровне самых высоких международных стандартов. В них нологичные методы лечения и диагностики заболеваний глаза. Многое делается для развития материально-технической базы офтальмологических лечебных учреждений, укрепления кадрового аппарата...

Но, несмотря на все эти усилия, процент инвалидизации вследствие слепоты и слабовидения в нашей стране пока еще достаточно высок. Поэтому у наших коллег нет повода для самоуспокоения. Нам необходимо и дальше совершенствовать свою работу, чтобы эффективно помогать даже самым тяжелым пациентам.

Мне бы хотелось выразить сердечную благодарность всем организаторам и участникам XVIII Международного офтальмологического конгресса «Белые ночи» и пожелать им больших успехов в работе! До новых встреч в Санкт-Петербурге на



Юрий Сергеевич Астахов,

заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, главный офтальмолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, директор Санкт-Петербургского городского офтальмологического центра, главный редактор журнала «Офтальмологические ведомости», заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор:

Объединяя медицинскую общественность

[•]еждународный офтальмологический конгресс «Белые ночи» прошел в Санкт-Петербурге уже в восемнадцатый раз. Хотел бы подчеркнуть, что это мероприятие является не только научным, но и обучающим. Принять участие в форуме могут все врачи-офтальмологи на-

Когда восемнадцать лет назад мы пер- нимал участие в работе симпозиума. вый раз собрались в Санкт-Петербурге, в симпозиуме участвовало менее ста человек. На последнем форуме мы могли приветствовать более 1800 участников! Ученые и практикующие врачи из десяти стран мира представили свои доклады.

Мне думается, что этот форум имеет не только научное, но и психологическое знаственность. Побывав на подобных мероприятиях, врачи начинают стремиться летике последние медицинские методики.

Разумеется, нашим медицинским учрежлениям необходимо современное техническое оснащение. Но техника – это еще не все! Ее необходимо грамотно использовать. покупаются дорогостоящие приборы, в том числе и офтальмологические – и эти прибоменьше – и необходим наш конгресс.

В работе конгресса «Белые ночи» в этом году принимали участие представители практически всех велущих мелицинских учреждений страны. Мне очень приятно отметить, что в этом году в Санкт-Петербург приехало много представителей ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федошей страны и зарубежных стран. Участие рова». В силу ряда организационных причин во всех мероприятиях – бесплатное. Это в прошлые годы этот авторитетный офтальмологическии центр не столь активно пр

Я убежден в том, что модернизация здравоохранения России немыслима без преобразования низового звена. Именно там, в районных поликлиниках, большинство пациентов проходит первичное обследование. Наш медицинский форум тоже вносит свой вклад в обучение врачей низового звена.

Хотел бы также сказать несколько слов чение. Он объединяет медицинскую общепаниями – производителями лекарств, медицинского оборудования и т.д. Вряд ли чить по-новому, применять в своей прак- кто-нибуль поспорит с тем, что без сотрудничества медицинского сообщества с бизнес-структурами качественное оказание медицинской помощи населению невозможно.

Форум «Белые ночи» прошел при поддержке ряда коммерческих структур. Причем я хо-Можно привести немало примеров, когда тел бы отметить, что представители бизнеса не занимались на нашем симпозиуме рекламой своей продукции, а представили серьезры простаивают. Чтобы таких случаев было ные, продуманные доклады, посвященные актуальным офтальмологическим проблемам.



Руслан Булатович Шаимов,

городской больницы № 1 и офтальмологической клиники «Зрение», кандидат медицинских наук:

Офтальмология профессия семейная

слушал вместе с моей мамой (она ших офтальмохирургов России пробыла студенткой Челябинского госуфессор Ю.В. Тахтаев. Сейчас в центдарственного медицинского инсти- ре развивается новое направление тута) в возрасте трех лет. Дальше при лечении глаукомы – селективя постоянно «учился» с ней в ор- ная лазерная трабекулопластика. динатуре, в аспирантуре, даже «санитарил» в больнице города Учалы работу в городской больнице № 1 Республики Башкортостан, где мама была заведующей офтальмологиче- тальмологом в центре «Зрение» ским отделением – филиала Уфим- трудится и моя жена Татьяна. Брат ского научно-исследовательского института глазных болезней. В на- ре при Челябинской медицинской стоящее время моя мама, Венера академии ... Он тоже решил стать делом очень важным и нужным. Айратовна – офтальмохирург, док- офтальмологом. тор медицинских наук, руководитель офтальмологического центра не и, в частности, в офтальмоло-«Зрение» города Челябинска.

нике в 2003 году была успешно вительно, очень увлекательная. проведена первая в Челябинске бес- Из всех областей офтальмоло-

врач-офтальмолог Челябинской

Я из семьи офтальмологов. Мое эмульсификация с имплантацией детство было связано с медициной. мягкой внутриглазной линзы. Эту Первые лекции по медицине я про- операцию проводил один из веду-

> В настоящее время я совмещаю и в маминой клинике. Врачом-оф-Тимур сейчас учится в интернату-

Семейных династий в медицигии довольно много. Это совсем Кстати, именно в маминой кли- не случайно! Профессия, дейст-

офтальмохирургия, в частности, катарактальная и рефракционная хирургия. Мне радостно сразу же видеть результаты своего труда. Операция завершилась. И уже через несколько минут ты осознаешь, что все прошло успешно!

В последние годы при проведении операций по удалению катаракты появилась возможность коррекции астигматизма с помощью специальной интраокулярной линзы. Появились линзы, которые позволяют иметь несколько фокусов, то есть больной не только расстается с катарактой, но и с возрастной дальнозоркостью или врожденной близорукостью.

Хотелось бы совмещать лечебную и научную работу. В 2007 году я защитил кандидатскую диссертацию на тему «Лечение кровоизлияний при контузии глаза» под руководством профессора, заслуженного деятеля науки РФ Ларисы Николаевны Тарасовой. В настоящее время думаю начать работать над докторской диссертацией.

В этом году я впервые принял участие в работе конгресса «Белые ночи». В следующем году вновь собираюсь сюда приехать. В рамках питерского форума прошло первое организационное собрание Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов. Я тоже стал членом этого общества. Считаю его создание

Во всяком случае в США и странах Западной Европы такие общества давно работают. Они доказали свою эффективность. В этой области офтальмологии происхолит много нового. Необходимо обмениваться опытом и учиться шовная хирургия катаракты – фако-



Ирина Генриховна Долгова,

главный врач Тюменского областного офтальмологического диспансера, главный офтальмолог Тюменской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии Тюменской государственной медицинской академии:

Высокотехнологичная медицинская помощь по месту жительства

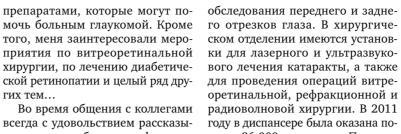
офтальмологический диспансер. С этого времени я ежегодно приезжаю в Санкт-Петербург

В город на Неве всегда приезжаю не одна. Вместе со мной сюда командируются и другие врачи Тюменского областного ды на форуме привлекли мое особое офтальмологического диспан- внимание. В первую очередь, меня сера. Считаю, что по-другому интересуют все темы, связанные быть не может... Практикующим с новыми методами лечения глаукомедикам необходимо общение мы. Конечно же, хотелось познакос учеными-теоретиками, звездами и миться с новыми лекарственными

С 2005 года мне доверено воз- офтальмологической науки. И такую главлять Тюменский областной возможность форум «Белые ночи»

Программа мероприятия очень обширна. Одновременно с пленардля участия в конгрессе «Белые ными заседаниями проходит ценочи». Разумеется, приходится лый ряд сателлитных симпозиумов бывать и на многих других меж- по различным направлениям офдународных офтальмологических тальмологической науки. Посетить сразу все доклады и круглые столы физически невозможно. Поэтому приходиться выбирать..

Не скрою, что некоторые докла-



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

всегда с удовольствием рассказываю о нашем областном офтальмомощь 26 000 пациентам. Проведелогическом диспансере. Нам есть но около трех тысяч амбулаторных что показать и о чем рассказать! операций. Диспансер был создан в 1949 году. В настоящее время он обслужива- тальмологическом диспансере дейет жителей города Тюмени и юга ствует передвижной микрохирур-Тюменской области. Центральную гический отряд, оказывающий выи северную часть Тюменской области занимают Ханты-Мансийский помощь жителям сельских райои Ямало-Ненецкий автономные нов. Каждый месяц производится округа. В этих регионах действу- выезд в один из районов области. ют свои высокотехнологичные офтальмологические центры. Поэтому на базе районных больниц. Кстаих жителям не нужно ехать в Тю- ти, во всех районных больницах мень, чтобы пройти необходимое Тюменской области в последние Коллектив диспансера состо-

ит из 123 человек. Из них 45 врачей и 58 медицинских сестер. 47% врачей имеют высшую категорию. создано специальное отделение ственного хрусталика. для лечения глаукомы, лазерно-диагностическое отделение, детское отделение, хирургическое отделение. Действует дневной стационар. У нас работает молодая, но опыт- редь, пожилым людям бывает трудная команда. Средний возраст сотрудников – 42 года.

ление укомплектовано всеми ви- образом имеющееся медициндами лазеров и современной ди- ское оборудование используется агностической аппаратурой для более эффективно.

оретинальной, рефракционной и году в диспансере была оказана по-

С 1996 года при областном офсокотехнологичную медицинскую Мы разворачиваем свою работу годы была проведена реконструкция. Поэтому они обладают всеми возможностями для приема нашего передвижного отряда. В основном проводятся операции экстракции В составе областного диспансера катаракты с имплантацией искус-

Почему деятельность передвижного отряда представляется для меня столь важной? Во- первых, некоторым пациентам, в первую очено приехать в Тюмень. Им удобнее получить медицинскую помощь Лазерно-диагностическое отде- в своем районе. Во-вторых, таким



Любовь Сергеевна Кудерова,

врач-офтальмолог пансионата «Светлячок» (г. Петропавловск-Камчатский):

На «Белые ночи» приехала в свой отпуск

логом в пансионате «Светлячок». Эта база отдыха принадлежит управлению Центрального банка России по Камчатскому краю. Она находится в Елизарском районе, в 25 километрах от Петропавловска-Камчатского, в зоне Паратунских горячих источников. Так как на Камчатке не хватает глазных врачей, то я время от времени по совместительству выполняю и другие виды работ, например, принимаю участие в профосмотрах.

На конгресс «Белые ночи» я приехала в четвертый раз. Приехала за свой счет, во время отпуска. К сожалению, в силу специфики моей работы у меня нет возможности оформить командировку

Я работаю врачом-офтальмо- для участия в том или ином научном форуме. Конечно, очень приятно, что участие в этом симпозиуме бесплатное. Но все равно возникают расходы, связанные с перелетом и проживанием.

Кстати, авиабилет из Петропавловска-на-Камчатке в Москву и обратно обощелся мне в 40 000 рублей. Притом, что я его брала рякском автономном округе или заранее. А если у кого-то из москвичей возникнет спонтанное желание слетать на Камчатку, и техника часто устаревшая, и то придется выложить все пять- врачей-офтальмологов не хватадесят тысяч рублей. Из Санкт-Петербурга билеты стоят еще дороже..

Такая дороговизна перелетов сдерживает научные, да и обычные человеческие контакты. На Камчатку приезжает огромное

количество иностранцев. Но для обычных москвичей или петербуржцев – я уже не говорю о жителях российской глубинки! поездка в наши края остается непозволительной роскошью.

Аналогичная ситуация складывается и у жителей Камчатки. Нам не просто выбираться в центральные регионы страны. Известные ученые-офтальмологи тоже не часто приезжают на Камчатку, хотя в крае активно работает Научное общество офтальмологов и мы всегда рады таким встречам... Мне думается, что этот вопрос должен решаться на государственном уровне: для всех граждан России необходимо вводить льготные авиабилеты для перелетов внутри страны. А то сейчас из Москвы дешевле добраться до Нью-Йорка, чем до Петропавловска-Мне думается, что техниче-

ская оснащенность медицинских учреждений краевого центра достаточно хорошее. А вот в отдаленных районах, например, в Кона Командорских островах – положение не такое радостное. Там ет... Поэтому пациентам не всегда удается своевременно оказать квалифицированную медицинскую помощь.



Андрей Викторович Судалин,

врач-офтальмолог районной 10ликлиники № 21 (г. Москва), кандидат медицинских наук:

Защитить честь и достоинство врача

Я во второй раз участвую Я – врач в пятом поколении. в работе конгресса «Белые ночи». Многих докладчиков конгресса мации, особенно на телевиде-Значительная часть врачей, со- «Белые ночи» знаю лично, прекрасбравшихся в Санкт-Петербурге, но знаком с их научной деятельнопредставляет низовое звено рос- стью. Такой личный контакт делает сийского здравоохранения. Они, посещение симпозиума еще более также как и я, работают в район- интересным. На конгрессе «Белые подобное случается, об этом можных поликлиниках и больницах... ночи» 2011 года наибольшее впе- но и нужно сообщать. Но медиков, конечно же, мне очень интересно пообщаться с коллегами из раз- Юрия Сергеевича Астахова об ор- профессий, необходимо оградить личных регионов нашей страны, ганизации помощи больным глау- от голословных обвинений. В этой узнать об условиях их жизни и комой в Санкт-Петербурге. Поэто-

Некоторые доклады на кон- с большим желанием пообщаться ференции привлекли мое осо- с Юрием Сергеевичем на эту тему... бое внимание. Например, выступление греческого профессора пить на страницах газеты «Поле ливать грязью своих коллег... Эти Боборидиса «Синдром «сухого зрения», хотелось бы поднять важ- деятели создают всевозможные глаза» и дисфункция мейбомие- ную для меня тему: защиты чести общественные организации, яковых желез. Диагностика и лече- и достоинства врачей и других ме- бы преследующие цель защиты ние», профессора Евгения Алек- дицинских работников. Нередко сеевича Егорова «Медикаментоз- пациенты отказываются прининая терапия глаукомы: вопросы мать лекарства, назначенные им лы и печатные СМИ страны чаше эффективности, безопасности врачом, потому что они считают, приглашали ведущих представии нейропротекции», академика что врачи обслуживают интересы телей медицинского сообщества, Алевтины Федоровны Бровки- фармацевтических фирм и якобы в том числе и авторитетных офной «Воспалительные заболева- получают свой процент за каждый тальмологов. Врачи могут криния орбиты», профессора Елены выписанный рецепт... Евгеньевны Гришиной «Злокачественные лимфомы органа зре- мыслы можно, к сожалению, ус- проявлять и профессиональную ния. Взгляд офтальмолога».

му на нынешний конгресс приехал презумпция невиновности!

Пользуясь возможностью высту-

лышать по центральным телеви- солидарность...

зионным каналам. И люди всему верят! Мне думается, что эта проблема является очень серьезной Успех лечения во многом связан с уровнем доверия, которое складывается между врачом и пациентом. Пациент должен доверять врачу, стараться максимально точно выполнять его рекомендации... Очень печально, когда средства массовой информации – вольно или невольно – разрушают это

По моему глубокому убеждению, необходимо чаще поднимать эту тему, отделять зерна от плевел... Часто молодые люди уходят из медицины не только из-за материальных соображений, но также из-за падения престижа врачебной профессии, отсутствия обще-

В средствах массовой инфорнии, любят говорить о врачебных ошибках, о случаях халатности, несвоевременного оказания мелицинской помощи и т.л. Ла. если чатление на меня произвел доклад также как и людеи любых других сфере тоже должна действовать

> Печально, когда некоторые представители нашей профессии, врачи-неудачники, начинают обинтересов пациентов.

Хотелось бы, чтобы телеканатично относиться к деятельно-Подобные слухи, сплетни и до- сти своих коллег. Но необходимо



Ирина Игоревна Воронцова,

врач-офтальмолог районной поликлиники № 86 (г. Санкт-Петербург):

Не нужно бояться районных поликлиник!

Я родилась в 1985 году. Можно нной поликлинике, которая бота была связана с частыми командировками по Ленинградской

диться в одной из районных полисамыми разными проблемами. медицинскую помощь. Например, недавно обратилась за нарушения правил личной гиный. Люди это чувствуют.

Часто в печати и в личном общесказать, являюсь молодым специ- нии врачей можно услышать криалистом... В 2008 году закончила тические отзывы о муниципальном Северо-Западный государствен- здравоохранении. Но у меня другое ный медицинский университет мнение. Не нужно бояться районных им. И.И. Мечникова. В 2010 году поликлиник! Например, в нашей по-– ординатуру этого университета. ликлинике и оборудование установ-Сначала я работала в специализи- лено самое современное, и коллектив очень доброжелательный... Оплата занимается профосмотрами. Ра- труда в последние годы повысилась.

Я не считаю, что частные клиники работают лучше и качественнее, чем государственные и муниципальные, С недавнего времени стала тру- как об этом думают многие пациенты. Не секрет, что в частных клиниклиник Санкт-Петербурга. Работа ках порой назначаются ненужные обэта мне действительно очень нра- следования... Я уверена в том, что вится! Во-первых, она разнообраз- в рамках системы ОМС пациенту ная. Ко мне приходят пациенты с можно оказать всю необходимую

На конгрессе «Белые ночи» меня женщина с химическим ожогом больше всего заинтересовали доклаглаза, который она получила из- ды по синдрому «сухого глаза», вирусным и бактериальным конъюнгиены. Во-вторых, я вижу резуль- ктивитам и возрастной макулярной таты своего труда и чувствую бла- дегенерации (ВМД). Также я посегодарность пациентов. Думаю, что тила мастер-класс по углубленному мне удается наладить психологи- изучению зрительного нерва при ческий контакт с пациентами. Я - глаукоме в 3D формате. Это мерочеловек позитивный, оптимистич- приятие проводилось при поддержке компании «Пфайзер».





Факоэмульсификация

Иошин И.Э.

В июне 2012 года издательство «Апрель» выпустило в свет руководство «Факоэмульсификация». Сегодня это технология, ставшая «золотым стандартом» хирургии катаракты. Современные тенденции ФЭ – безинъекционная подготовка и ведение пациентов после операции, хирургический разрез «около 2 мм», «предварительно «упакованные» ИОЛ, «интеллектуальный» ультразвук подняли данную технологию на высочайший уровень. Разработаны приемы ФЭ в осложненных ситуациях и при комбинированных патологиях,

Автор, профессор И.Э. Иошин, осваивал эту технологию, двигаясь от простого к сложному, совершал ошибки, искал способы повышения предсказуемости и качества операций, применял собственные хирургические приемы.

Руководство основано на клиническом и научно-практическом опыте автора, содержит описание предоперационной подготовки, основных этапов операции, возможных осложнений и путей выхода из сложных клини-

Книга рассчитана на врачей-офтальмологов и будет полезна как начинающим, так и опытным хирургам.



ОКТ сетчатки. Метод анализа и интерпретации

Ламброзо Б., Рисполи М. / Под ред. В.В. Нероева, О.В. Зайцевой

В июне 2012 года издательство «Апрель» выпустило в свет руководство «ОКТ сетчатки. Метод анализа и интерпретации». Его авторы, Б. Ламброзо и М. Рисполи, представили простой логический метод анализа и интерпретации изображений ОКТ, сформулировали «шаги», которые необходимы для постановки диагноза.

ОКТ помогает выявить морфологические, структурные особенности и изменения оптической плотности сетчатки, детально изучить различные ретинальные слои как по отдельности, так и в совокупности.

Данное руководство поможет правильно интерпретировать томограммы, содержит рисунки, схемы и ОКТ-изображения. Также в нем представлены сведения о наиболее распространенных заболеваниях сетчатки. В помощь классификации морфологических изменений даны упрощенные схемы.

Некоторые таблицы являются руководством по постановке наиболее редких и сложных диагнозов. Книга предназначена как начинающим врачам-офтальмологам, так и опытным коллегам.

«Я должен сейчас делать то, с чем буду работать через двадцать лет»

Интервью с главным офтальмологом Республики Татарстан, главным врачом Республиканской клинической офтальмологической больницы, к.м.н. Айдаром Наилевичем Амировым

 В Казани сформировались научные медицинские школы, прославившие своими трудами отечественную медицину. Среди них сийские ученые, как профессор глаукома, ВМД, миопия или диаи казанская офтальмологическая школа, основатели которой по праву считаются корифеями российской офтальмологии. Расскажите, пожалуйста, о самых значимых страницах истории казанской офтальмологической школы.

– Еще в 1807 году профессор судебной медицины, физиологии и анатомии Казанского университение теоретического курса глазных болезней. Через 60 лет, в 1867 году, была образована самостоятельная кафедра глазных болезней, ее заведующим стал профессор хирургии М.В. Никольский. В те годы глазной клиники при университете не было, и курс носил чисто теорети ческий характер. В 1870 году руководителем кафедры был назначен Е.В. Адамюк. Он впервые привлекал студентов к операциям на животных, сам ассистировал студентам во время операций на людях.

...В этом году мы празднуем 90-летие создания нашей клиники. Она была организована в 1922 году как первый в мире трахоматозный институт. В те годы в Поволжье свирепствовала трахома, были регионы, полностью пораженные этим заболеванием. Недалеко от Казани есть деревня, которая называется Сокуры. В переводе с татарского «сукр» значит «сле- дого врача, есть все необходимое ская помощь (ВМП), витреоретипой», то есть в деревне было 100% поражение трахомой глаза.

С 1964 по 1974 годы кафедру возглавлял ученый с мировым именем профессор Аркадий Павлович Нестеров. Благодаря его та-

Эксклюзивным дистрибьютором

на территории России является

авторефрактометра компании Plusoptix GmbH

офтальмология обогатилась целым кабинетов, где пациенту уже старядом научных открытий.

Ю.Е. Егоров, профессор Е.И. Сидоренко, профессор Ю.Е. Батманов.

К сожалению, лет 30 назад Нестеров вместе с Егоровым, Сидоуехали. Фактически казанскую – 54 000, с катарактой – 69 000 па-

Трудно переоценить вклад в развитие отечественной офтальмолооснователем нашей глачкомной школы. В следующем году мы планируем провести юбилейную контию со дня рождения Моисея

- Айдар Наилевич, вернемся в день сегодняшний. Что собой представляет офтальмологическая служба Республики Татарстан?

– Офтальмологическая служба вертикально интегрированная, состоит из четырех ступеней. Первая ступень – врачи общей практики. Они выполняют достаточно много помощь больным при первичном обращении. Врачи общей практи- больницы, в которой одновременные тела. В сумке-укладке, которая находится в распоряжении у каж- высокотехнологичная медицин-– вплоть до офтальмоскопа и кон- нальная хирургия, пересадки рогопервичного осмотра врачам всего Если есть необходимость в консульхватает. К первому звену относят- тации или лечении в федеральном

вится точный диагноз, и если у него диагностируется катаракта, бетическая ретинопатия, то больного ставят на учет. Для статистической ретинопатией у нас насчитывается 72 000 пациентов, ВМД офтальмологию «обескровили», циентов, 28 000 пациентов с глауликлинические врачи отправляют больного к нам, в консультативную поликлинику РКОБ, либо в стацигии, сделанный М.Б. Вургафтом, онары. Помимо РКОБ, в республике семь круглосуточных стационазированную офтальмологическую ние, везде есть факоэмульсификаторы. С этого года мы начали про-

водить операции ФЭ за счет бюдже та по законченному случаю. Следующая ступень – Республиканская клиническая офтальмоспектр офтальмологических услуг, кроме офтальмоонкологии и детской офтальмологической помощи. Детское отделение на 40 коек работает на базе крупной детской но могут лечиться 1500 ребятишек. пациентов, основная масса – это вицы, глаукома, катаракта, травмы. центре, мы направляем пациентов Далее – врачи в поликлиниках. туда. В общем, служба работает доланту мировая и отечественная Всего в республике работают 120 статочно четко и слаженно.

Вы оценили кадровую ситуацию у себя в РКОБ, в стационаре или в республике как «плачевную». К сожалению, Вы не одиноки в по- это, прежде всего, отличная шкодобной оценке. Особенно удручает положение на уровне первичноки могу сказать: больных диабети- го звена. Врачи не идут работать на зарплату в 5000 руб., а заочное соперничество с оптометристами решается пока не в пользу офтальмологов. Есть ли сдвиги - К сожалению, ситуация не из-

менилась, я могу ее оценить как

ция низкая, причина, как Вы верно заметили, это мизерная заработная чей. С оснащенностью современференцию, посвященную 100-ле- помощь. На сегодняшний день все ным оборудованием дела также обстоят не лучшим образом. Как говорится, «хорошего врача народ прокормит», но если у тебя в арсенале, кроме скиаскопической линейки ничего толком нет, то особенно надеяться не на что. А оптики дают зарплату в 10 раз большую, туда, логическая больница, главное уч- к сожалению, и уходят офтальмореждение, которое оказывает весь логи. В стационарах проблем с врауровне. Все-таки стационары – это в первичном звене – нехватка врехирургия, а хирургия оплачивается хорошие зарплаты, и даже за обычную катаракту государство доплачикератиты, уметь извлекать инород- В год мы оперируем порядка 10 000 видите, мотивация вполне ощутимая. Позитивная тенденция наблюшое количество ординаторов и интернов: на двух кафедрах выпускается около 50 человек. Если треть из них останется в государственной сети, будет хорошо. Часть из них вообще уйдет из медицины, кто-то пойдет работать в частные центры, в фармацевтические компании, ктото – в оптики. Некоторых ребят мы вообще не видим

- Они уезжают в более благополучные регионы?

– Разные бывают ситуации. Вотам пользуются большим спросом.

- Это к вопросу об уровне под-

- Абсолютно верно. Уровень существует только в рамках РКОБ, подготовки у нас действительно достойный, владение теми или иными методиками на очень хорошем уровне. Аппаратуры столько, что «учись – не хочу». В общем, примерно половина остается в медицине. У нас впервые такое количество ординаторов, обычно человек 20-30. Это говорит об интересе к профессии, люди видят, что если у тебя ских учреждений. Государство окаесть голова на плечах, ты имеешь возможность заработать и стать - Ситуация, к сожалению, пока нужным человеком для общества, складывается так, что оснаще-

 Год назад в одном интервью себя проявили, мы можем оставить ла, достойная зарплата, хорошие условия труда. Поэтому врачи. которые у нас работают, держатся за свое место.

- Какие еще проблемы волнуют Вас как главного офтальмолога Республики Татарстан? Может ли, по-Вашему, главный офтальмолог в рамках своей компетенции повлиять на ситуацию?

– Основная проблема – это доступность медицинской помощи. мы можем оказывать бесплатно изза финансовых проблем. Наприторов ангиогенеза. Полностью на платной основе мы проводим лечение люцентисом таких заболеваний, как тромбозы, диабетическая ретинопатия, ВМД. Недостаточно сификацию катаракты. Отсюда значительная, до 1,5 лет, очередь. мени на качественный прием пациторому на первичный прием одного человека отводится 20 минут. Но вит на докторов, и они вынуждены уделять только по 7 минут на человозможно провести качественный прием. Это – одна из важнейших Мы уже давно пытаемся запу-

стить программу по офтальмолоко раз переделывали. Она включает оснащение, в первую очередь первичного звена по стандарту в соответствии со 115-м приказом Минздрава, и открытие во всех гочеловек диагностических центров Центры должны быть оснащены согрубо говоря, выгоняем и дальше оборудованием: НКТ, ОСТ, компьюне пускаем. Многие, это касается терный периметр, донный лазер в основном девушек, учатся для га- то есть должна оыть обеспечена лочки, «папы-мамы велели», потом амбулаторная диагностика хирурзамуж выходят и вовсе забывают гии. Понимаете, сегодня и половипро офтальмологию. Часто после ны диагнозов невозможно постаинтернатуры и ординатуры моло- вить без этой аппаратуры, так что дые врачи уезжают в Москву, они это просто необходимо. Все центры мы планируем завязать в единую компьютерную сеть, чтобы обмениваться базами данных. На сегодняшний день автоматизация у нас

- Некоторые Ваши коллеги считают, что республика в значительной степени уже выполнила свою офтальмологическую программу. Во всяком случае, по уровню технической оснащенности медицинзывает помощь?

найти свое место. Людей, которые ние медицинских учреждений

положение в России? – Это проблема действительно по пути, по которому развивалась щая служба – это офтальмология. в перечень организаций, которые жения новой разработки, я, разу-Лично я к этому процессу отно- имеют право заниматься этим де- меется, пойду ему навстречу. Про-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

- По мнению профессора В.В. Нероева, Республика Татарстан добилась значительных успехов в борьбе с глаукомой. Это стало возможным благодаря внедрению системы глобального диспансерного наблюления. Фактически вы вернулись к тому положению, которое существовало в Советском Союзе. По-

чему опыт РТ пока не находит при-

как получилось. Когда просишь де-

ли, велосипед не изобрели. Я придерживаюсь мнения, что в Совет ском Союзе была хорошая, пре красно отлаженная система здравоохранения. Сейчас наш Минздрав охраной здоровья. А, как известно, вылечить пациента гораздо дороже, чем предотвратить болезнь. Я рос плоды. Мы владеем статистикой, предугадать какие-то моменты.

- Почему другие регионы не идут этим путем? Решение проблемы, как я понимаю, лежит на

поверхности. – Вы знаете, это большая, рутинная работа, которая, к сожалению, никем не оценивается. Мало того, с господином Ахмедом, мы нашли с позиции руководства она часто с ним общий язык, а компания, кооценивается отрицательно. Здесь я могу ответить словами героя территории России, - это казанмультфильма, старухи Шапокляк: ская фирма «Медтехника». Ребята «Кто людям помогает, тот тратит выделили нам грант – 50 клапанов время зря, хорошими делами про- и деньги на обучение 50 врачей. За славиться нельзя». Вот ты пациента несколько месяцев мы освоили эту А если воссоздал систему здравоохранения? За это «спасибо» ни- лишь спустя некоторое время стали кто не скажет. Диспансеризация выявляет определенное количество здесь мы были пионерами, а с учебольных, которые, возможно, и не том того, что эта технология в Росдогадывались о том, что они боль- сии достаточно быстро развивается, ны. А раз так, пациенты начинают я могу с гордостью сказать: «Да, мы требовать денег на лечение, что были первыми, и это – хорошо». Так создаешь головную боль вышесто- полождем, я – человек суеверный и ящему начальству. А нет статисти- не люблю забегать вперед лошади, ки – нет и проблемы.

- Тем не менее главный офтальмолог высоко оценил именно Вашу работу. Кроме Татарстана, он отме-

- Слава Богу, но не многие способны оценить. Все-таки в наших регионах существуют довольно глуоокие корни именно глаукомной школы. Мне пришлось лишь доте: «только писанины прибавивозродить то, что у нас существо- лось». Задумки хорошие, но повтовало раньше, к тому же была пол- рю слова В.С. Черномырдина: «хоная поддержка со стороны коллег. тели как лучше, а получилось как Ну, в общем, повезло. Когда сверху всегда». Решения принципиальных и снизу есть понимание, можно до- вопросов в этом законе я не увидел. биться результата. Я смотрю в бу- Такое мое мнение. дущее и, как шахматист, просчитываю свои действия на десять шагов вперед. Я еще молод и понимаю, что должен сейчас делать то, с чем буду работать через двадцать лет. А когда приходят руководители предпенсионного возраста, им просто не интересно, что будет через пениях исследований. лва лесятка лет.

- Больным местом отечествен-

платных услуг. Такова политика шествует. Что мешает исправить

Минздрава, только чтобы попасть лом. На сегодняшний день на заго в нем не вижу. Получилось так, конодательном уровне существует проблема забора донорского материала. В нашем случае, как в муся слышать: «но ведь люди у вас не сульманской республике, прибавляется проблема национального хабыть захоронен в целости и сохранности. Мы пошли по другому пути закупаем донорскую роговицу, правда, называется она не «донорская роговица», а «биоматериалы». Это своеобразный маркетинговоюридический ход, зато он на 100% легальный и удобный. Мы получаем готовый материал с подсчитанными эпителиальными клетками в удобное для нас время. Единственный вопрос – это стоимость, все остальное можно решить.

Татарстан – единственная республика, которая пошла по этому

ственное государственное учрежде-

ние, которое пошло по этому пути. Частные клиники уже давно рабов медицинской семье, видел и слы- тают с этим материалом. Напришал, как все это делается. Вот мы и мер, Кирилл Борисович Першин (клиника «Эксимер», Москва). Собму здравоохранения, возвращаемся ственно, я у него это и увидел, он к старым приказам, что дает свои – мой учитель, многому меня научил в этой жизни. Из государствензать: «В этом мы были первыми, и это – хорошо». К слову, мы первые в России стали ставить клапаны Ахмеда. Просто так сложились обстоятельства. Во время одной зарациям, а клапаны Ахмеда только вполне справедливо. Вот тут ты и что с оценкой «биоматериала» пока особенно в медицине, которая, как известно, штука консервативная.

- Больше года назад принят Федеральный закон об обязательном медицинском страховании. Можно ли говорить о том, что система

ОМС заработала в полную силу? - Я считаю, что ничего не изменилось. знаете, как в том анек

- Теперь вопрос к Вам как главному врачу РКОБ. Будучи клинической базой кафедр офтальмологии КГМА и КГМУ больница является крупнейшим научным центром. Расскажите об основных направ-

– Да, больница служит клинической базой медицинского университета и академии, две кафедры, ной офтальмологии остается ор- к счастью есть понимание и паритет ганизация глазных банков. Это, между кафедрами, каждый занимав частности, является причиной ется своим делом, у каждого свое того, что операций по кератоплас- направление. На сегодняшний день тике проводится значительно мень- мы получили аккредитацию как ше, чем могло быть. В западных база для клинических испытаний.

процентов на 90 проводится за счет странах подобной проблемы не су- Это важно для нас, мы обладаем практикующих врачей-офтальмодостаточно большим потенциалом логов. Мы стараемся рассказать, закупать еще. Если заведующий ка- гут применить в своей работе. Втостоматология, которая сейчас на большая. Я пять лет обивал пороги федрой попросит меня приобрести рой день целиком был посвящен какой-нибудь прибор для продвименя это важно. Пока довольно се- ком не проводятся. Почему в опрьезно стоит проблема с научными аппаратуры, и молодежь не всегда с ней справляется. Мы пока, как гогвозди», то есть для развития науки не дело врача. Необходимо возрожникак не используем наше оборудоголовной болью, скорее это перспектива. Очень хочется, чтобы люди научной работой. Я считаю, что сы для оптометристов, чтобы всепереход количества в качество долчас надо насытиться, накормить как это принято в других странах. людей, дать им возможность осво- В Европе, Америке существует поначнем проявлять себя как клиническая база, как научная база. В наших планах – создать при университете кандидатский совет, чтобы делать большие и серьезные вещи. Только что завершилась научно-практическая конференция

«Новые технологии в офтальмологии», которая по праву считается одной из самых значимых в стране. Подведите, пожалуйста, основные итоги форума.

– В этом году конференция проходила два дня. Первый день – знаем и видим тенденции, можем ной системы, я точно знаю, что мы стандартный. Основная идея кон- трии. Перекинуть эти процедуры первые. Остается подождать от- ференции – донести знания до на средний медицинский персонал,

колоссальный спрос на оптометристов, но этим практически никто тики идут врачи? Потому что нет медсестер-оптометристов, а значительная часть пациентов (может быть и половина) обращаются в поликлинику за подбором очков. Это дать институт оптометрии, и мы хости, понять, какие существуют возможности для решения этих задач. таки разгрузить врачей и увести опнятие medical technician. Как в рентгенологии есть врач-рентгенолог, а есть рентген-техник. У нас в климедбратья. Я нахожу ребят, они всетаки с аппаратурой лучше дружат, нем девчонки, в декрет не уходят. На базе среднего образования они заканчивают курсы оптометристов, потом делают HRT, ОСТ, периметрию. Высококвалифицированный врач не должен заниматься этим делом. Медбрат или медсестра занимаются рутиной, а врач расшифровывает эти снимки. По этому пути мы и планируем развитие оптоме

создать, как я уже говорил, курсы оптометристов. Вот почему мы и провели оптометрический форум.

 Юрий Сергеевич Астахов на недавнем заседании правительства Санкт-Петербурга предложил возродить подготовку оптометристов с высшим образованием, и на этот счет было принято положительное решение.

– Мы с Юрием Сергеевичем много говорили на эту тему, я его очень уважаю и поддерживаю. товкой оптометристов обязательно решится. Проблема серьезная, пока маховик раскрутится... Правда, когда он раскрутился, его уже не остановишь.

Мы в нашей республике во всех начинаниях, не только в офтальмологии, но и в других направлениях тыре года назад в Америке я увидел Constellation, через год он появился а спустя еще год начал появляться в регионах. Этот путь всегда надо рику, увидел что-то новое, ты знаешь, через какое-то время это к готовым и морально, и физически. Понятно, что Москва и Петербург ности, другие деньги, другой научный потенциал, но и мы стараемся

Благодарю Вас за интервью!

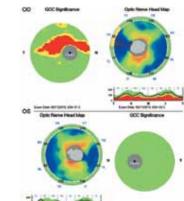
Беседу вел Сергей Тумар











томограф нового поколения RTVue-100

Анализ ганглиозных клеток Высокое разрешение 3D-изображение

 Трекинг – система отслеживания и компенсации микродвижений глаза пациента (с частотой 30 Гц) для повышения качества скана и для обеспечения точного позиционирования скана при повторных визитах. Трекинг обеспечивает усреднение до 120 сканов, гарантируя получение изображения, максимально очищенного от оптических шумов и артефактов, вызванных

- Получение карты толшины сетчатки за 0.78 сек
- Всесторонний анализ глаукомных изм включая анализ толшины комплекса ганглиозных
- Этнически стратифицированная нормативная база данных по макулярным параметрам, параметрам ДЗН, комплекса ганглиозных клеток
- Исследование переднего отдела глаза с помощью корнеального модуля
- Программное обеспечение Corneal Power, позволяющее вычислять оптическую силу роговицы по данным ОКТ



Эксклюзивный дистрибьютор компании «Optovue» (США) в России, странах СНГ и Балтии – фирма «Трейдомед Инвест»

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412. Тел./факс: (495) 662-78-66 01001, Киев, пер. Музейный, д.4, офис 16. Тел: +38 (044) 495-84-37. Факс: +38 (044) 459-46-37





Заведующий отделением микрохирургии глаза Ленинградской областной детской клинической больницы О.В. Дискаленко

фтальмохирург, врач выс шей категории Олег Витальевич Дискаленко – один из наиболее опытных детских глазных врачей в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Отделение микрохирургии глаза в Ленинградской областной детской клинической больнице было создано в 1966 году. О.В. Дискаленко возглавляет его с 1994 года. До этого в течение нескольких лет он занимал аналогичную должность в Псковской областной клинической больнице и являлся главным детским офтальмологом Псковской области.

В отделении на сегодняшний день развёрнуто 48 коек. В настоящее время решается вопрос о его расширении до 60 коек. Здесь работают шесть врачей высшей категории и три врача первой категории. а также пять медицинских сестёр. Основным направлением деятельности отделения является хирургическое лечение детей с различными врожденными и приобретенными заболеваниями стекловидного тела и сетчатой оболочки глаза.

Каждый год увеличивается число маленьких пациентов, которым областные офтальмологи оказывают квалифицированную помощь. В 2011 году здесь было пролечено 2384 ребёнка. 1323 пациента являлись жителями Ленинградской области. 363 малыша - юные петербуржцы. 698 детей – иногородние. В прошлом году были представлены 64 субъекта Федерации (почти вся Россия!), а также многие страны ближнего и дальнего зарубежья.

Подавляющее большинство детей проходит лечение за счёт системы ОМС, а также других федеральных и региональных бюджетных источников. «Из регионов к нам направляют, в основном, самых тяжёлых пациентов, которым требуется высокотехнологичная медицинская помощь, – поясняет О.В. Дискаленко. но, нецелесообразно. Ленинградв ряд ведущих детских офтальмологических центров федерального и международного масштаба».

Ретинопатия недоношенных – не приговор!

С Олегом Витальевичем Дискаленко хотелось поговорить на разные темы, касающиеся развития детской офтальмологии и медици- Ранние роды, ны в целом. Но в этот раз мы решили сосредоточиться на теме лечения и профилактики ретинопатии недоношенных. «Мне представляется очень важным, чтобы средства массовой информации, и не толь- вить все пять её стадий. «Как мож- перед офтальмологами. Совершен- Незрелость сетчатки сама по себе ко медицинские, обращали внима- но понять из названия, это заболе- но естественно, что с увеличением не является признаком ретинопание на тему ретинопатии недоно- вание возникает, в первую очередь, числа недоношенных детей, в том тии недоношенных. Но в этом слушенных. Не надо забывать, что эта у недоношенных детей, – поясняет числе и, как говорят медики, «экс-чае болезнь, к сожалению, со знатема имеет не только научное, но А.Е. Горкин. – Риску подвергают- тремально недоношенных» (т.е. чительной долей вероятности мо-

Важен каждый день, каждый час...

«При лечении ретинопатии недоношенных может быть важен каждый день, каждый час... Необходимо проводить тщательное наблюдение за новорожденными детьми, чтобы в необходимых случаях вовремя произвести хирургическое вмешательство и не допустить «перетекание» болезни в более тяжёлые стадии», — с этих слов началась наша беседа с заведующим отделением микрохирургии глаза Ленинградской областной детской клинической больницы (ЛОДКБ), главным детским офтальмологом Ленинградской области, заслуженным врачом Российской Федерации, действительным членом Европейского витреоретинального общества Олегом Витальевичем Дискаленко.



Проведение криокоагуляции

Именно ретинопатия недоношен- на свет раньше 34 недель с весом ных практически во всех развитых менее 2,5 килограммов. Особенно ло детей, страдающих ретинопатистранах мира, в том числе и в Росриск возрастает, когда речь идёт о сии, является главной причиной слепоты и слабовидения у детей», ли с весом менее одного килограм-

- подчёркивает О.В. Дискаленко. К нашей беседе присоединяются сотрудники отделения: врач- при рождении менее одного кило- лёким от медицины, легко понять, офтальмолог высшей категории Марина Витальевна Гайдар, врачофтальмолог первой категории Елена Сергеевна Петрова и врач- да ретинопатией недоношенных ки и является главной причиной офтальмолог первой категории Александр Евгеньевич Горкин. «Ре- дившиеся с нормальным весом». тинопатия недоношенных – это не приговор, как об этом ошибочно следние годы стали говорить чаще? оказывать невозможно и, вероят- думают многие родители, – под- И не только в специализирован- на 36-38 неделе развития ребён- дов) препараты. Эти лекарственчёркивает Александр Евгеньевич. – ных медицинских изданиях, но и ка. «Существует три варианта раз- ные средства благоприятствуют больница гордится тем, что за по- ев при правильно проведённом ле- ти, на радио и телевидении... От- ключения после первого обследова- имеют общеукрепляющее значеследние полтора десятка лет вошла чении пациенты сохраняют хоро- вет на этот вопрос очевиден. Ме- ния, – рассказывает А.Е. Горкин. – ние и практически не обладают по-

и средств массовой информации ись выхаживать малюток, кото- тря на раннее рождение, сетчатка К сожалению, они не могут предотв том, чтобы, с одной стороны, рые родились даже с полукило- у младенца уже успела полностью успокоить родителей, уберечь их граммовым весом. И речь идёт не сформироваться. Такому малышу тью и последующие стадии», - поот паники. А с другой стороны – о каких-то экспериментах, а о мас- ретинопатия недоношенных, к счапоказать серьёзность этой болезни совой практике российских и заруи необходимость неукоснительно бежных медицинских учреждений. следовать рекомендациям медиков.

недостаточный вес...

детях, родившихся раньше 30 недема. Приведу такие цифры: болезни подвержены до 68% детей с массой грамма. При весе менее 750 грамм что недоношенные дети часто рож-– 75-90% детей. Вместе с тем имеются также единичные случаи, ког- за. Именно неразвитость сетчат- го лечения. «Больным выписыва-

страдают и доношенные дети, ро-

нощем большинстве случа- в массовой периодической печа-

и огромное социальное значение. ся все дети, которые появились рождённых с весом менее одного жет развиться.

ей недоношенных.

Эта болезнь, также известная как ретролентальная фиброплазия, поражает сетчатку глаза недоношенных детей. Даже людям, дадаются с неразвитой сетчаткой гла-

Медицинские инструкции пред-Почему об этой болезни в по- писывают, что осмотр недоношенных детей должен производиться вития событий, три возможных зашее зрение на долгие, долгие годы». дицинская наука движется вперёд. В самом благоприятном случае мы бочными эффектами. Но их эффек-А.Е. Горкин видит задачу врачей В настоящее время врачи научи- можем констатировать, что, несмо- тивность нельзя преувеличивать... стью, не грозит».

Чтобы понять особенности та- зволяющие выхаживать новорож- дов, снабжающих её кислородом кой болезни, как ретинопатия не- денных, ранее считавшихся «без- и питательными веществами. Эти доношенных, необходимо предста- надёжными», ставят новые задачи сосуды ещё не успели прорасти.

ка ретинопатии недоношенных. О появлении болезни говорят в том случае, когда у пациента сетчатка не просто незрелая, а с патологическими изменениями. «У разных детей болезнь развивается с различной скоростью. Но могу сказать, что в большинстве случаев на 36-38 неделе речь может идти только о первой или второй стадии болезни. Более тяжёлые стадии развиваются позже...», - поясняет А.Е. Горкин.

И третий вариант: диагности-

Первая и вторая стадии

Чтобы разобраться в особенностях лечения ретинопатии недоношенных необхолимо прелставить все пять стадий болезни. Первая стадия характеризируется появлением так называемой «демаркационной линии». Что это такое? Обычно при рождении недоношенного ребёнка часть сетчатки глаза покрыта сосудами, а часть – свободна от сосудов. При идеальном развитии событий сетчатка продолжает развиваться и кровеносные сосуды в течение нескольких недель или месяцев покрывают весь объём сетчатки. Если так происходит – то ребёнок полностью здоров.

Но часто случается, что нормальный рост сосудов останавливается. Возникает аномальное скопление клеток на границе двух частей сетчатки: зоны, покрытой сосудами, и зоны, свободной от сосудов. Это скопление при взгляде в офтальмоскоп действительно выглядит как «демаркационная линия».

При второй стадии можно наблюдать уже более сильные изменения сетчатки. Врачи-офтальмологи говорят об образовании вала (гребня) и проминенции. «Если переводить эти медицинские термины на бытовой язык, то можно сказать, что аномальное скопление клеток стало более выраженным и привело к отёку сетчатки, к её «вспучиванию»: в офтальмоскопе можно наблюдать образование своеобразного вала, гребня...», рассказывает М.В. Гайдар. Первые две стадии ретинопа-

тии недоношенных не требуют специального офтальмологическоют местный противовоспалительный препарат дексаметазон. Также применяются различные сосулоукрепляющие и трофические (способствующие питанию сосувратить перетекание болезни в треясняет Марина Витальевна.

На первых двух стадиях болез-Второй вариант (его можно на- ни главной задачей врачей явля-Ещё десять-двадцать лет назад звать более тревожным): врач кон- ется наблюдение за пациентами. такое развитие медицины могло бы статирует незрелость сетчатки. Что К счастью для пациентов и врачей, показаться чудом. В настоящее вре- же он видит, осматривая крошеч- в большинстве случаев – до 85% мя его уже воспринимают как обы- ного пациента? Незрелая сетчат- всех пациентов, страдающих ретиденность. Успехи неонатологии, по- ка ещё не обладает сетью сосу- нопатией недоношенных – болезнь

Третья стадия ретинопатии недоношенных

Примерно у 15% всех пациентов болезнь сама не проходит, процесс выздоровления не наступает. При этом сценарии ретинопатия недоношенных переходит в третью стадию. Для третьей стадии характерна экстраретинальная пролиферация. Если переводить этот медицинский термин на бытовой язык то экстраретинальная пролиферация означает сосудистую активность на месте вала (гребня). Т.е. сосуды не прорастают внутрь сетчатки, снабжая её кислородом и питательными элементами, а, наоборот, начинают расти внутрь стекловидного тела.

Зоны экстраретинальной пролиферации (третьей стадии заболевания) могут быть локализованы на одном-двух меридианах глаза или одном секторе глазного дна. В этом случае врачебное вмешательство не требуется, так как возможен (и весьма вероятен!) самопроизвольный регресс заболевания. В случаях, когда экстраретинальная пролиферация распространилась на пять последовательных меридианов глаза или восемь суммарных секторов глазного дна, речь идёт о так называемой «пороговой» фазе.

В этой ситуации самопроизвольный регресс заболевания уже невозможен и требуется срочное хирургическое вмешательство. «При наступлении пороговой фазы заболевания необходимо провести лазерную или криокоагуляцию. Операцию необходимо провести в течение 72 часов. Если хирургическое вмешательство не состоялось, то с огромной долей вероятности болезнь перейдёт в четвёрстепень... Малышу грозит полная слепота», – поясняет М.В. Гайдар.

Врач подчёркивает, что лазерная или криокоагуляция не является сложной операцией. В большинвить заболевание и сохранить пагоды. Проблема заключается имен- вает Елена Сергеевна. ния хирургического вмешательства. Нельзя упустить время!

«К сожалению, в силу различных вёртой или пятой стадии, когда вает Марина Витальевна.

Четвёртая и пятая стадии болезни

Для четвёртой стадии характерна частичная тракционно-экссудативная отслойка сетчатки. При дии: «А» и «Б». Фаза «А» (более лярной области. При фазе «Б» (босетчатки, в том числе и в макуляр-

«Отслойка сетчатки начинает азличие фаз «А» и кулярная область затронута в значительной степени, то, несмотря на Надеюсь на толерантвсе усилия врачей, обычно пациента ожидает существенное снижение

вёртую стадию? Как правило, эта общаться с родителями маленьких «Статьи этой рубрики показывают, ситуация возникает, если диагноз пациентов. По понятным причинам был поставлен слишком поздно и не все из них хотели идти на кон- сутствие зрения или резкое сниже- недоношенных детей может при- «кислородного фактора» в развитии операция лазерной или криокоагу- такт с прессой. Среди родителей, ляции не была проведена... Впро- открытых для диалога, оказалась гут вести полноценную жизнь, быть чем, иногда эта операция не даёт интеллигентная, доброжелательная успешными, заниматься любимым ных женщин на учёт, правильное дики микрохирургических операжелаемого результата. Болезнь про- семейная пара из Нижнего Новго- делом... Конечно, это внушает нам ведение беременности, отказ от ций. Сегодня офтальмохирурги модолжает прогрессировать.

«В некоторых случаях (крайне ских товаров.



АКТУАЛЬНЫЙ РЕПОРТАЖ





Бельмо роговицы при РН ст. V

РН ст. V

необходима микрохирургическая операция «витрэктомия». В нашем отделении микрохирургии глаза с половиной года. Первая берементую, а потом и в финальную пятую проводится более 600 подобных операций в год. Большинство пациентов составляют иногородние, С его здоровьем, в том числе и зреприехавшие по направлениям региональных органов здравоохранения или по собственной инициа- ность протекала не так благополучстве случаев она способна остано- тиве. Витрэктомия считается более но. Левон родился 17 августа 2011 сложной операцией, чем лазерная циенту хорошее зрение на долгие или криокоагуляция», - рассказы-

РН ст. IV фаза Б

Искусство врача при такой операции состоит в том, чтобы тщательно отчистить сетчатку от всех рубцов и при этом сделать это причин многим детям диагноз ста- максимально щадяще, не повревится слишком поздно, уже на чет- див здоровые ткани. Иногда такие синдром операции на каждом глазу провопровести лазерную и криокоагуля- дят по два-три раза. Но в большинцию уже невозможно», – рассказы- стве случаев бывает достаточно од-

Пятая (финальная) стадия ретинопатии недоношенных означает полную отслойку сетчатки. «Полное отслоение сетчатки в подавляюшем большинстве случаев существенно ухудшает дальнейший прогноз по зрению. К большому сожаэтом различают две фазы этой ста- лению, в этом случае пациентам не всегда удаётся сохранить зрение, лёгкая) означает отслойку сетчат- хотя мы прилагаем для этого все ко для создания условий для роста ки без вовлечения в процесс маку- усилия», - поясняет Е.С. Петрова.

В Ленинградской областной детлее тяжёлой) происходит отслойка ской клинической больнице витрэктомию проводят пациентам и года на левом глазу ему была про ои четвёртой, и при пятой стадии заболевания. «При пятой стадии за- рация – ленсвитршвартэктомия происходить из-за рубцов, которые болевания речь идёт не только об с полным прилеганием сетчатки. образуются из-за хаотичного роста обеспечении максимально возможсосудов», - поясняет Е.С. Петрова. ной остроты зрения, но и о сохра- ция была проведена и на правом льевичем Дискаленко зашла речь (особенно длительное) искусствен-Врач также обращает внимание на нении самого органа зрения, ко- глазу. «Конечно, мы очень надеем- о способах и методах борьбы с ре- ной вентиляции лёгких или дыхаторому иначе грозит разрушение. «Б»: «При фазе «А» ещё возможно Кроме того, мы предотвращаем ряд бы крошечный остаток зрения...», вую очередь, необходимо пони- держанием кислорода. От этих мер сохранить пациенту хорошее зре- опасных осложнений, таких как - с грустной улыбкой замечает мать, что это не только медицин- при целом ряде патологий недононие, пусть и не идеальное... Фаза глаукома или дистрофия рогови-«Б» является критической. Если ма- цы», – рассказывает Е.С. Петрова.

ность общества!

Во время посещения больни-Почему болезнь переходит в чет- цы мне, разумеется, хотелось по- к рубрике «К незримому солнцу». ряет своей актуальности». рода. Тиграну Азатяну – 33 года. оптимизм», – говорит Дарья. Что необходимо предприни- У него собственный бизнес – Инмать при таком развитии событий? тернет-магазин по продаже дет- му Левону суждено быть незрячим алкогольными напитками). Важно, скими инструментами (пинцетами,

редких) операцию лазерной или Супруга Дарья – ровесница ным сынком, а настоящим мужи- ли обеспечению психологическо- гическими и лазерными системами, криокоагуляции пациенту прово- мужа. Она работает экономистом ком, сильным, крепким, смелым...», го комфорта будущей матери, по- которые обеспечивают максимальдят повторно. Но, как правило, в одной из организаций атомной – добавляет Тигран. «В последнее могали ей соблюдать режим дня, но «щадящее» проведение операций.

промышленности. В семье уже растёт дочка. Сейчас ей четыре ность протекала нормально. Ребёнок родился в положенные сроки. нием, никаких проблем не было.

К сожалению, вторая беремен года на 31 неделе с массой тела 1500 граммов и длиной тела 42 сантиметра. 14 суток он находился в реанимационном отделении. До двухмесячного возраста – в отделении патологии новорожденных. Был поставлен диагноз – гипертензионно-гидроцефальный К сожалению, диагноз «ретино-

патия недоношенных» был поставлен только в возрасте 4,5 месяцев. В этом возрасте у маленького Левона была диагностицирована ретинопатия недоношенных пятой (финальной) степени. Дарья и Тигран решили обратиться в Ленинградскую областную клиническую больницу. Прогноз по зрению у маленького Левона неблагоприятный, учитывая выраженность анатомических изменений. Однаи развития глазного яблока и проных осложнений 14 февраля 2012 ведена микрохирургическая опе-16 мая 2012 года подобная опера-

Дарья Азатян. тян интересуют не только вопро- фективный способ профилактики изменяется концентрация кислосы лечения сына, но и его даль- ретинопатии недоношенных – это рода в дыхательных смесях, провонейшего развития. Большой ин- сокращение числа недоношенных дятся более точные замеры содертерес Дарья и Тигран проявили к детей. Это высказывание может по- жания кислорода. Российские клигазете «Поле зрения», в том числе казаться банальным, но оно не течто люди, несмотря на полное отние зрительных возможностей, мо- вести целый комплекс мер: свое- ретинопатии недоношенных.



Приём пациентов ведёт врач-офтальмолог первой категории А.Е. Горкин

время я много думаю об отношедеюсь на толерантность общества. Хочется верить, что общество и государство за последние годы изменились и людям с ограниченными возможностями, в том числе незрячим и слабовидящим, живётся лег- гих специальностей делают всё от че...», - поделилась своими мыслями Дарья Азатян в конце нашего

Помогать новорожденным ещё эффективнее!

Во время беседы с Олегом Витаская, но и социальная проблема, В настоящее время супругов Аза- - отметил доктор. - Наиболее эф- можно. Однако в последние годы

О.В. Дискаленко обратил внивременная постановка беременвредных привычек (в первую оче- гут воспользоваться современны-«Я считаю, что даже если наше- редь, курения и злоупотребления ми одноразовыми микрохирургиче-– он должен вырасти не маменьки- чтобы члены семьи способствова-

освободили от излишних домашних нии к инвалидам... Конечно же, на- дел, обеспечили здоровое и сбалансированное питание. «Полностью победить ретинопа-

тию недоношенных в ближайшие годы и десятилетия мы не сможем. них зависящее, чтобы с кажлым годом помогать новорожденным ещё эффективнее», - подчёркивает О.В. Дискаленко.

Олег Витальевич отметил, что одним из факторов, способствующих развитию ретинопатии недоношенных, является применение шенных детей отказаться невозники получают более совершенные кювезы и реанимационные системы для новорожденных. Все мание, что к уменьшению числа эти меры способствуют снижению

Кроме того, изменяются и мето-

Таблица 1

Лазерная паттерн-коагуляция сетчатки с применением

Одноцентровое клиническое исследование эффективности рабочего процесса

и комфортности для пациента паттерн-коагуляции с применением лазера

VISULAS 532s VITE в сравнении с традиционной коагуляцией одиночными

лазера VISULAS 532s VITE: сравнительное исследование

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

Antje Röckl, MD,

Marcus Blum, MD

Отделение офтальмологии. Клиника Helios, Эрфурт, Германия

азер VISULAS 532s VITE -

лазер для фотокоагуляции с длиной волны 532 нм,

в стандартном режиме одиноч-

ных импульсов, а также в полуав-

тернов» – серии последовательных

импульсов. В режиме паттерн-ко-

соответствии с заранее заданной

линейной последовательностью.

джойстика лазерной шелевой лам-

сравнение с процедурой коагуля-

Была проведена 101 процеду-

ра панретинальной лазеркоагуля-

разделены на две группы – в груп-

в группе В проводили паттерн-коа-

гуляцию с использованием функци-

сравнению со 100-150 мсек в груп-

пе А) в сочетании с более высоким

достичь идентичных по интенсив-

• По сравнению с коагуляцией

единичными импульсами пат-

в среднем на 30 сек на каждые

• В зависимости от числа лазер-

ных импульсов в последователь-

ности общая длительность се-

анса панретинальной лазеркоа-

гуляции может быть сокращена

чали ощущение дискомфорта и

болезненность различной сте-

пени выраженности; в то вре-

ненных ощущений по условной

шкале составила 2,1 в группе А

и 0,1 – в группе В.

зерного воздействия

• 46% пациентов группы А отме-

ности коагулятов.

100 импульсов.

Результаты

ции одиночными импульсами.

Методика



Семья Азатян из Нижнего Новгорода в палате отделения микрохирургии глаза Ленинградской областной детской клинической больницы

Ещё одно новшество, о котором хотелось бы упомянуть в статье – продуктивное взаимодействие офтальмологов и реаниматологов. «Не секрет, что главной причиной, рургического вмешательства при ретинопатии недоношенных, яванестезии для ряда категорий больных с тяжёлыми сопутствующими ными, неврологическими и т.д.), а также с экстремально низкой массой веса, – рассказывает О.В. Дискаленко. - Но в последние годы сотрудники нашего отлеления во стезиологии Ленинградской об- многие пациенты называют Оле- сотрудникам успехов в этом нелёгластной детской клинической бользволяющие оперировать больных, кое обращение не совсем вер-

АКТУАЛЬНЫЙ РЕПОРТАЖ

Благодарность пациентов

Всемирная компьютерная паутина заполнена хвалебными отзывами об О.В. Дискаленко. В этом легко может убедиться каждый пользователь Интернета. И дело, разумеется, не в какой-то рекламной компании... У Олега Витальевича – тысячи благоларных пашиентов. дители хотят поделиться своей радостью, рассказывая об успехах песких и педагогических форумах.

Автор этих строк обратил внимание на интересный феномен: га Витальевича «профессором». которые ещё несколько лет назад но. Герой нашей статьи является

он не защищал ни кандидатской ни докторской диссертации...

Но, с другой стороны, такое уважительное обращение вполне уместно. За время своей работы О.В. Дискаленко спас зрение тысячам малышей. Его деятельность способствует развитию детской офтальмологии в России. В глазах па циентов и коллег Олег Витальевичем был и остаётся «профессором», настоящим профессионалом, мастером своего дела.

Борьба с ретинопатией недонодач, стоящих перед отечественной и мировой офтальмологией. Хочется пожелать О.В. Дискаленко и его

> Илья Бруштейн Фотографии автора

НОВОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

считались неоперабельными».

Опыт предприятия «Репер-НН» пригодится еще не одному поколению офтальмологов

учные исследования совместно с ведущими офтальмологами страпредставляют интерес не только с коммерческой стороны. Используя достижения мировой науки «Репер-НН» предлагает новые решения на уровне передовых зарубежных оф-

Изготовление линз и другой продукции базируется на однонологии. Среди преимуществ технологии необходимо отметить два ние практически идеально гладких поверхностей. Для сравнения: если всех производителей измеряется в десятках нанометров, то в линзах «Репер-НН», то здесь стоит выде- ковой зависимости и центрации.

Существенная характеристи-

находятся в глазу пациентов более торговой марки «Градиол»). Линфаропластики, а также для общей

В рамках офтальмохирургии гладкая поверхность, прямоуголь- с развитием рефракционно-дифческой частей и высокая биосовме- рентное поле фактически замыстимость линз позволяют бороться кается на 2-х производителях: это но актуализируют этот вопрос, по- оптики линзы «Аккорд» используетлении выбрано правильно.

Если говорить о дальнейшем

более 15 лет выпускает твер- 15 лет без каких-либо видимых из- за позволяет формировать изобраменений. В настоящее время про- жение от дальних и ближних объна примере заменителей глазно- обеспечивает пациенту после опего яблока, имплантатов для бле- рации удаления катаракты возможность видеть далеко и близко без ют высокую инертность и ареак- ции. Этот подход интересен в пер-

Второе направление связано ракционных линз. Здесь конкуделирование для имитации движения лучей в глазу. Кроме этого, при развитии интраокулярных линз от ятием были решены вопросы зрачлить два направления. Первое свя- В линзе «Аккорд» дифракционная зано с сочетанием в линзе матери- часть расположена на всей поверхсовместимость материала. Линзы ления (это реализовано в линзах изображение будет у пациента на офтальмологии (ААО) в июне 2011 г.

Значительных успехов предпри-

ятие «Репер-НН» добилось и в созхирургии. Испытания показыва- дополнительной очковой коррек- за, имитирующей как по форме, так и по цвету сетчато-радиальный человека. Проблема заключалась ние их в жизнь. Улучшение пров создании имплантата, который, щитную функцию естественной радужки, а с другой стороны, выглякатаракта. Ведущие хирурги актив- «Аккорд» «Репер-НН». Для расчета но, причем так, чтобы создание опыт данного предприятия пригорисунка не привело к расширению результаты этой работы сотрудники Чебоксарского филиала ФГБУ академика С.Н. Федорова», профессор Н.П. Паштаев и к.м.н. Н.А. Поз-Конгрессе офтальмологов Европы ка – поразительно высокая био- алов с разным показателем прелом- ности. Таким образом, устойчивое (SOE) и Американской академии

любом расстоянии, независимо в Женеве, Швейцария. Сегодня от освещения. Модель «Аккорд» предприятие представляет радужпредъявляет меньшие требования ки, которые можно изготовить ин-

> Конечный результат деятельности «Репер-НН» неотделим от практики хирургов. Приоритетом предприятия являются аккумулядукта возможно только в процессе трудничества, в том числе в сфере дится еще не одному поколению



Тел.: +7 (831) 229-60-39 www.reper.ru

Тренировка аккомодации и глазодвигательных функций на аппарате «Ручеек» ТАК-6: www.medoptika.ru

ри прогрессирующей миопии, гиперметропии и пре-▲сбиопии, компьютерной усталости традиционно рекомендуется повторять упражнения по напряжению и расслаблению глаз. Например, рассматривать стимул в ближайшей (РР) и дальнейшей (PR) точках аккомодации. Однако ожидаемый результат не будет достигнут, если просто переводить взгляд от монитора (60 см) вдаль: диапазон тренировки составляет всего лишь 1,7 дптр.

Эффективность упражнений типа «метка на стекле» повышается при условии, если:

• диапазон тренировки больше исходного объема аккомодации;

• объекты наблюдения располагаются не только по краям диапазона, но и в промежуточных точках для обеспечения плавности перехо-



• во всем диапазоне размер зрения (чем ближе объект, тем «Медоптика») – аппарате для клион меньше), поскольку слишком нического и домашнего исполь- При использовании сменных линз д.107, cmp.1. www.medoptika.ru большие объекты «не включают» зования (цена 12,9...25 тыс. руб).

• объекты предъявляются по- освещаются поочередно. Переочередно, на другие объекты вни-

Эти возможности предусмотрестимула соответствует остроте ны в приборе «Ручеек» (ООО «НПЛ

Восемь разноудаленных объектов

ключаемые стимулы (буквы и фи-

гуры) настраиваются под остроту

навливаются продолжительность и модации: 10...20 см - положение алгоритм тренировочного процесса ближайшей (РР) точки, диапазон (непрерывно, с пропуском 2-3 про- тренировки – 5,7...7 дптр. межуточных объектов, с паузами). Период «показа» объекта также меняется, причем крайние объекты

предусмотрена возможность выбо- направлениях). Угловой диаметр ра цвета (красный или зеленый); имеется таблица контроля зрения для дали, расположенная в дальнейшей (PR) точке. Работа с таблицей (освещается в начале и в конце сеанса) входит в общий тренировочный процесс и способствует Тел.: (495) 485-57-20 повышению мотивации пациента. 127247, г. Москва, Дмитровское ш.,

светятся дольше

зрения. При выборе сеанса уста- варьирует положение зоны акко-

Экран (в PR-зоне) с включаесвета позволяет проводить глазодвигательные упражнения: вправо-В модификациях «Ручейка» влево, вверх-вниз, по кругу (в 2-х тренировочного круга – 60°.

РУ № ФСР 2009/05442,

ООО «НПЛ «МЕДОПТИКА»



Введение

импульсами на лазере VISULAS 532s

результатов 101 операции

Лазерная фотокоагуляция является «золотым стандартом» лечения многих заболеваний сетчатки сосу-

На протяжении более чем трид цати лет известно, что панрети нальная лазерная коагуляция – эф фективный способ лечения проли феративной ретинопатии различ

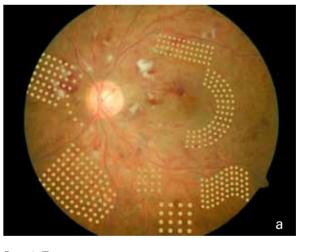
Чаше всего применяется алгомендованный в соответствии с клиническими исследованиями DRS пульсов осуществляется триггером тенсивность излучения 200-400 мВт – по-прежнему рекомендовани таты первого опыта применения современные офтальмологические паттерн-стимуляции и приведено лазеры оснащены более широки ми генерировать импульсы мень шей длительности и/или более зер Visulas 532s производства Carl Zeiss Meditec обладает диапазоном длительности импульса от 10 мсек ции сетчатки; пациенты были до режима continuous wave; максимум энергии достигает (на рогови-

пе А применяли традиционную ко-В настоящее время Carl Zeiss агуляцию одиночными импульсами Meditec выпускает лазер VISULAS с применением лазера VISULAS 532s; рировать единичные импульсы и серии последовательных импульональных возможностей VISULAS 532 VITE. Меньшая длительность было сравнение технологии патимпульса (20 мсек) в группе В (по терн-коагуляции и коагуляции единении исследования важно было уровнем лазерной энергии позволяла оценить, насколько режим паттерн-стимулов ускоряет процедуру лазеркоагуляции по сравнению с применением одиночных стимулов. Кроме того, была поставлена задача определить, как влияет режим проведения лазеркоагуляции на ощущения пациента (степень терн-коагуляция с применением комфорта, интенсивность болевых VISULAS 532 VITE позволяет соощущений)

включены пациенты, которым у 4 (11%) – окклюзия центральной было показано проведение панре- артерии сетчатки, у 3 (9%) – октинальной лазеркоагуляции. При клюзия центральной вены сетчатотборе пациентов для проведения ки. 7 пациентов (20%) проходили ний по полу, национальной или расовой принадлежности. В исследование были включены пациенты ция) у 50 (70%) пациентов име- пульсов, которые запускаются одне моложе 18 лет. Были исключены ла место пролиферативная диабепациенты с проявлениями сопут- тическая ретинопатия, у 7 (11%) мя как только 1,3% пациентов ствующей патологии – тремором, – окклюзия центральной артерии технологии заложена концепция в группе В испытывали боль или наличием катаракты, помутнений дискомфорт в процессе лечения. Стекловидного тела и острыми вос- центральной вены сетчатки. 15 па- ствия сериями последовательных палительными реакциями. В груп- циентов (23%) проходили пер- импульсов, расположенных линейпу исследования также не вошли вичный курс лечения, 51 (77%) – но, циркулярно или по произвольно пациенты, которым в ходе лече- повторный курс. В табл. 1 пред- выбранному направлению (рис. 1). 500 коагулятов. В группе А парания требовалось нанесение ме- ставлены статистические данные Линейная последовательность мо- метры лазерного воздействия были • В обеих группах не было нежела- там лазеркоагуляция была прове- пациентов обследованных групп положение на глазном дне: та- крон, экспозиция – 100-150 мсек, тельных побочных эффектов ла- дена в период с июня по октябрь и применявшихся видах лазерного кой способ воздействия обеспечи- интенсивность воздействия – до

Демографические данные пациентов обследуемых групп и виды лазерного воздействия

	(коагуляция единичными импульсами длительностью 100-150 мсек)	(паттерн-коагуляция импульсами длительность 20 мсек)	
Число случаев	35	66	
Состав группы по полу • Женщины • Мужчины	49% (17 пациентов) 51% (18 пациентов	33% (22 пациента) 67% (44 пациента)	
Состав группы по возрасту • Среднее значение • Стандартное отклонение • Разброс	63 12 37-90	64 11 38-88	
Диагноз • Диабетическая ретинопатия • Окклюзия центральной артерии сетчатки • Окклюзия центральной вены сетчатки	80% (28 пациентов) 11% (4 пациента) 9% (3 пациента)	76% (50 пациентов) 14% (9 пациентов) 10% (7 пациентов)	
Лазерное вмешательство • Первичное • Повторное	20% (7 пациентов) 80% (28 пациентов)	23% (15 пациентов) 77% (51 пациент)	



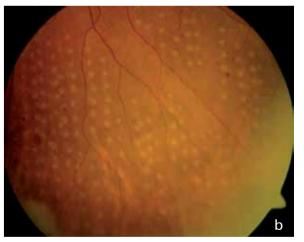


Рис. 1. Типы паттернов, применяемых при лечении лазером Visulas 532s VITE (a). Глазное дно пациента после применения паттерн-коагуляции линейными паттернами (b)

В группе А (коагуляция единичными импульсами) у 28 пациентов (80%) имела место пролифератив-В группы исследования были ная диабетическая ретинопатия, исследования не было ограниче- первичный курс лечения, 28 (80%)

повторный курс. сетчатки, у 9 (14%) – окклюзия индивидуализированного воздейнее 350 коагулятов. Всем пациен- о демографических показателях жет иметь любое направление и таковы: размер пятна – 200 ми-

воздействия

Лазер Visulas 532s VITE - тверчастоты и длиной волны 532 нм. Кроме классической модальности генерировать запрограммирован-В группе В (паттерн-коагуля- ные серии последовательных имним нажатием кнопки джойстика шелевой лампы. В основе данной

особенно при панретинальной коагуляции

Полуавтоматическое одновредотельный Nd:YAG с удвоением менное перемещение зоны освещения щелевой лампы и фокуса лазерного излучения в паттернработы. в режиме единичных им- режиме позволяет ускорить пропульсов он обладает возможностью цесс нанесения коагулятов на зна-

В процессе консультации и назначения лазерного лечения пациентам в клинике Helios (Эрфурт, Германия), их случайным методом распределяли по группам А и В. В обеих группах лазеркоагуляции ский сегмент сетчатки, нанесено вает повышение эффективности получения белого коагулята уме-

Пациенты

Параметры лазерного воздействия, применяемые при лечении пациентов

	Группа А (коагу- ляция единичными импульсами длительностью 100-150 мсек)	Группа В (паттернкоагуляция импульсами длительностью 20 мсек)	
Диаметр лазерного пятна, мкм	200	200	
Энергия импульса, мВт • Среднее значение • Стандартное отклонение • Диапазон	156 88 70-380	280 105 120-600	
Длительность импульса, мсек • Среднее значение • Стандартное отклонение • Диапазон	116 22 100-150	20 0 20	
Число импульсов • Среднее значение • Стандартное отклонение • Диапазон	509 65 462-609	555 82 400-837	

Длительность лазерного воздействия при применении одиночных импульсов и паттерн-коагуляции

	Группа А (коагуляция единичными импульсами)	Группа В (паттерн- коагуляция)	
Число циклов лечения	35	66	
Время лечения (усредненное, для 100 коагулятов)			
Среднее значение	73,4 сек	49,4 сек	
Стандартное отклонение	9,6 сек	14 сек	
Диапазон разброса	61,6-103,7 сек	24,0-97,5 сек	
U-Test Mann-Whitney	p < 0,05		

Длительность лазерного воздействия при проведении паттерн-коагуляции в подгруппах В1 и В2

	Подгруппа В1 – циклы паттерн-коагуляции, проведенные в первые 8 недель после инсталляции лазера	Подгруппа В2 – циклы паттерн- коагуляции, проведенные через 2 месяца после инсталляции лазера	
Число циклов лечения (пациентов)	29	37	
Время лечения (усредненное, для 100 коагулятов)			
Среднее значение	55,5 сек	44,8 сек	
Стандартное отклонение	17,0 сек	9,9 сек	
Диапазон разброса	24,0-97,5 сек	27,2-62,3 сек	
U-Test Mann-Whitney	p < 0,05		

на расстоянии 200 микрон друг от нородности и интенсивности.

го сравнения длительности процещенная на тубусе дополнительнозеру для проведения операции, нения показателей.

во время операции по шкале от лазере Visulas 532s.

Таблица 2 Результаты и обсуждение

За период наблюдения было проведено 142 курса лазерного лечения. После применения исключающих критериев были проанализированы данные 101 курса, полученные в полном объеме. В 35 случаях применяли единичный импульс (группа А); в 66 случаях применяли технологию паттерн-коагуляции (группа В).

В группе А (воздействие единичными импульсами) длительность импульса составила в среднем 116 мсек при интенсивности 150 мВт. Цикл лечения пациентов этой группы состоял из нанесения в среднем 512 коагулятов. В группе В (паттернкоагуляция) длительность импульса составила в среднем 20 мсек при интенсивности 290 мВт. При коагуляции методом паттернов наносили в среднем 555 коагулятов.

На рис. 2 представлена зависимость интенсивности лазерного излучения от длительности импульса. В группе В (паттерн-коагуляция) параметры интенсивности лазерного излучения подбирались таким образом, чтобы нанесенные коагуляты были такими же, как в группе А (работа единичными импульсами). На рис. 2 показано, что уменьшение длительности импульса должно быть компенсировано увеличением энергетической интенсивности. Поскольку при коагуляции единич ными импульсами применяли мягкий, деликатный режим лазерного при применении коротких стиму- в группе А, подгруппах В1 и В2 лов (менее 20 мсек) в режиме паттерн-стимуляции не оказывало каких-либо нежелательных побочных

скую интенсивность импульса.

Видеозапись лазерколагуляции действия лазера в каждом индивидуальном случае. В табл. 3 представлены полученные результаты.

Сравнение длительности воздействия при применении коагуляции единичными стимулами и паттерн- ние коагуляции (левая часть графикоагуляции показывает, что пат- ка), так и более «медленная» (пратерн-воздействие позволяет сократить усредненное для 100 коагуля- щество по скорости по сравнению тов время на 24 сек, т.е. на 33%.

Принимая во внимание, что для время обучения, группа В была подразделена на 2 подгруппы:

 подгруппа В1 – циклы паттернкоагуляции, проведенные в первые

процедуры, усредненное для 100

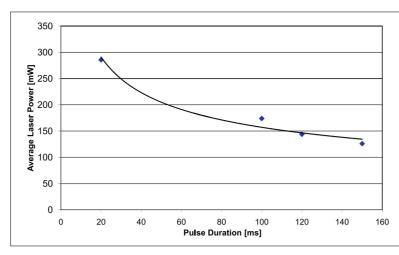
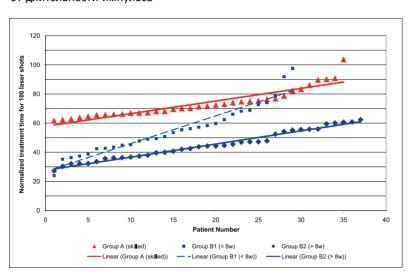


Рис. 2. Средняя интенсивность лазерного излучения в зависимости



воздействия, увеличение энергии Рис. 3. Сравнительный анализ длительности лазерного воздействия

достигается в обеих подгруппах В. Через 2 месяца после освоения ме- се лечения происходит изменение тодики паттерн-коагуляции время, При этом следует отметить, что затрачиваемое на лазерное воздейв режиме паттерн-коагуляции воз- ствие (в среднем для 100 коагуля- лом (по усредненному расчету на можно применение импульсов дли- тов), сокращается с 95 до 60 секунд. 100 коагулятов) увеличивается изтельностью 30, 40 и 50 мсек, что Линейная интерполяция кривой позволяет уменьшить энергетиче- длительности времени проведения другую последовательность. По напаттерн-коагуляции демонстриру- шим расчетам, применение максиет угол наклона, идентичный тапозволяет определить время воз- ковому для кривой длительности тов в последовательности – 8 – повоздействия методом нанесения зволит уменьшить время до 20-25 единичных коагулятов; это свидетельствует об адекватности уровня на 100 коагулятов). владения методикой в этих группах. Как более «быстрое» проведевая часть) демонстрируют преимус методикой единичных импульсов.

В целом первичный цикл лазеровладения методикой паттерн-коа- коагуляции у пациентов с высоким гуляции необходимо определенное комплайенсом занимает меньше изменение параметров лазерного времени, чем повторные процедуры; пациенты с низким уровнем комрабочего процесса. Работа по пат-8 недель после инсталляции лазера; терн-методике VITE, даже в самых с большей энергетической интен-• подгруппа В2 – циклы паттерн- сложных ситуациях, занимает менькоагуляции, проведенные через ше времени, чем работа единичны-2 месяца после инсталляции лазера. ми импульсами. В *табл.* 5 представническом результате лазерного воз-Из табл. 4 видно, что в течение лены результаты анализа числа коадействия. Результаты более позднепервых двух месяцев освоения методики паттерн-коагуляции время ме паттерн-коагуляции в группе В2. убедительно доказали, что умень-

На основании данных табл. 5 шение времени с одновременным коагулятов, составляет 55,5 сек; на рис. 4 показана зависимость ренной степени выраженности. и выключалась в момент, когда он в последующем оно сокращается до длительности процедуры от числа тельно уменьшает болевые ощуще-В группе В диаметр пятна также вставал после ее окончания. Дли- 44,8 сек. Другими словами, обучен- коагулятов в последовательности. ния, не влияя на функциональный был равен 500 микрон, но дли- тельностью процедуры считалось ный доктор при нанесении 100 коа- Циклы лечения, в которых число результат лечения [3]. Импульсы тельность воздействия составляла время от нанесения первого до гулятов тратит в среднем на 0,5 ми- коагулятов в последовательности меньшей длительности позволяют 20 мсек. Поэтому интенсивность нанесения последнего коагулята. нуты меньше, чем врач, применя- не менялось, здесь рассмотрены снизить болевые ощущения, это лазерного воздействия была в дан- Замеры проводили по данным ви- ющий единичные стимулы. Эконо- совместно с циклами, по ходу коной группе значительно выше, чем деозаписи после окончания лазер- мия времени составляет 40%. Если торых изменяли число коагулятов плопроводности в тканях, подверв группе А. Были использованы ного лечения. Фотографии глазно- сравнить показатели стандартно- в последовательности. Предпочтипрямые линейные последователь- го дна до и после лечения получали го отклонения усредненного вре- тельным выбором был вариант – ности коагулятов различной на- с помощью фундус-камеры FF 450 мени по группе A, подгруппам B1 5 коагулятов в последовательности, правленности. Каждая последова- производства Carl Zeiss для сравне- и В2, можно сделать вывод, что за т.к. он совпадает по доверительно- с коагулятами от более продолжительность состояла из 3-6 отдель- ния равномерности распределения 2 месяца работы (около 50 про- му интервалу с контрольной групных импульсов, расположенных коагулятов на глазном дне, их од- оперированных глаз) доктор овла- пой, где применяли коагуляцию случае происходит нагрев окружадевает навыками работы в той же единичными паттернами. После- ющих тканей, который может до-После окончания лечения паци- мере, как и специалисты, применя- довательность из 2-х коагулятов Все лазерные операции были за- ентов попросили оценить степень ющие единичные стимулы на про- несущественно сокращает время хориоидеи, обладающих болевой писаны на видео для последующе- болевых ощущений, испытанных тяжении нескольких лет работы на лазеркоагуляции. Последователь- чувствительностью. ность из 7-8 коагулятов имеет выдуры при различных модальностях 0 (отсутствие болезненности) до 10 На рис. 3 результаты исследова раженные преимущества, особенно тельностей лазерных импульсов воздействия. Видеокамера, разме- (сильная боль). Результаты субъек- ния длительности лазерного лече- при первичной коагуляции. Линейтивной оценки по шкале были про- ния в различных режимах представ- ная интерполяция, отраженная на ограничено интервалом 0,5 сек, го наблюдения, включалась в мо- анализированы с расчетом средне- лены в графическом виде. Наимень- рис. 4, демонстрирует четкую тен- который соответствует времени мент, когда пациент садился к ла- го значения и стандартного откло- шее время, составляющее в сред- денцию: чем больше коагулятов непроизвольных движений глаза нем для 100 коагулятов 25 секунд, в последовательности, тем больше пациента. Поэтому применение

числа коагулятов в последовательности, длительность операции в цеза необходимости переключения на мально возможного числа коагуля-Субъективная оценка болевых

ощущений пациентов варьирует и зависит, в частности, от зоны воздействия. Боль и другие неприятпричиной получения результатов лечения, не удовлетворяющих враные на их уменьшение, включают воздействия. Результаты исследования 1990 года показали, что паплайенса снижают общую скорость циенты легче переносят лазерные импульсы меньшей длительности сивностью; при этом изменение параметров не сказывается на клиго исследования на 20 пациентах объясняется особенностями тегаемых воздействию. Коагуляты от импульсов меньшей длительности быстрее «остывают» по сравнению тельных импульсов. В последнем стигать глубоких слоев сетчатки и При применении последова-

время такой последовательности

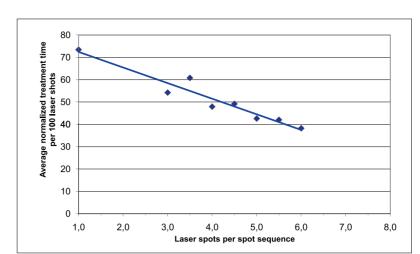


Рис. 4. Зависимость длительности процедуры паттерн-коагуляции от числа коагулятов в последовательности (в усреднении для 100 коагулятов)

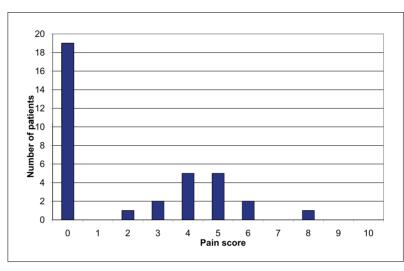


Рис. 5. Выраженность болевых ощущений при оценке по десятибалльной шкале у пациентов группы А

паттерн-режима VITE лазера Visulas компенсируя это большей энерги-532s позволяет использовать им- ей воздействия (табл. 1). пульсы длительностью не более 20-50 мсек. В нашем клиническом ис- ных болевых ощущений во вре-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

С целью изучения субъектив-

в соответствии с которой болезненность вмешательства оценивалась пациентами в баллах от 0 до 10. Оценку проводили непосредственно после лазерного вмешательства. В группе А 16 человек (46%) из 35 оценили болевые ощущения по предложенной шкале выше 0, т.е. они ощущали болезненность различной степени выраженности. Статистика субъективной оценки выраженности болевых ощущений

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

В группе В только 2 из 66 человек (1,3%) отметили наличие болевых ощущений, выраженных по бальной шкале 0-10, как 3 и 4 балла. Для всех остальных пациентов группы В процедура проведения лазеркоагуля-

Полученные результаты подтверждают данные других авторов [3] о том, что сокращение времени экспозиции с одновременным увеличением энергетической интенсивности существенно уменьшает болевые ощущения пациентов без влияния Уменьшение времени воздействия снижает распространение температурного эффекта на глубокие слои сетчатки и сосудистую оболочку, содержащие болевые рецепторы.

Заключение

режим паттерн-коагуляции.

жимом коагуляции единичным имет общее время проведения лазер-

представлена на рис. 5.

ции была безболезненной.

(преимущественно при повторной коагуляции) на функциональный исход лечения. следований показали, что после пе-

проведена лазеркоагуляция сетчатки с помощью лазера Visulas 532s. У 35 пациентов применяли режим воздействия единичным импульсом; у 66 пациентов применяли

В сравнении с традиционным репульсом, лазерное лечение по тех- пульса влечет за собой необходинологии VITE значительно снижа- мость увеличения энергетической следовании в группе В (паттерн-ко- мя лазерного воздействия в раз- ного вмешательства и вместе с тем нежелательных побочных эффекагуляция) мы применяли короткие инчных режимах мы разработали уменьшает болезненные ощуще- тов во время проведения лазерной по продолжительности импульсы, пинейную графическую шкалу, ния пациента во время лазерного паттерн-коагуляции. Кроме того,

3% (1) 3 и 4 3% (1) 4 11% (4) 4и5 8% (3) 53% (20) 5и6 3% (1) 8% (3) Более 2-х раз изменений числа коагулятов в последовательности из 3, 4, 5 и 6 коагулятов 11% (4)

Статистика числа коагулятов в последовательности,

наносимых в режиме паттерн-коагуляции

Число коагулятов в последовательности

воздействия. Результаты наших исриода освоения методики (8 недель, 50 глаз пациентов) паттерн-коагуляция становится для лазерного хирурга такой же рутинной методикой, как и коагуляция единичным стимулом после 4-х лет практики.

По сравнению с технологией коагуляции единичным импульсом, пат-В данном исследовании была терн-коагуляция на лазере Visulas 532s экономит в среднем 0,5 минуты из расчета на 100 лазерных импульсов. В зависимости от числа импульсов в последовательности время панретинальной фотокоагуляции может сократиться на 2/3.

Несмотря на то что уменьшение длительности лазерного иминтенсивности, мы не наблюдали

только 2 (1,3%) пациента испытывали болезненные ощущения умеренной степени выраженности при проведении паттерн-коагуляции, тогда как в группе пациентов, которым проводили коагуляцию одиночным импульсом, 16 человек (46%) отмечали, что испытывали боль разной степени выраженности во время проведения лазерного лечения.

1. The Diabetic Retinopathy Study Research Group: Photocoagulation treatment of proliferative diabetic retinopathy: The second report from the Diabetic Retinopathy Study. Arch Ophthalmol 1978; 85:

2. Friberg et al.: Alteration of pulse configuration affects the pain response during diode laser, Lasers Surg Med 16, 1995, 380-383.

3. Al-Hussainy et al.: Pain response and follow-up of patients undergoing panretinal laser photocoagulation with reduced exposure times, Eye 22, 2008, 96-99.



VISALIS 532 VITE – быстрая, гибкая и управляемая врачом рабочая станция для проведения паттернфотокоагуляции. Лечение лазером с использованием рабочей станции VISULAS 532s VITE менее длительно по времени и более удобно для пациентов и медицинского персонала. Адаптивные контурные каскады, при формировании которых используются импульсы шириной 20-50 мс, помогают снизить стрессовое состояние пациента.

ооо "оптэк"

в России и странах СНГ

office@optecgroup.com

Москва, 105005, Денисовский пер., 26, тел: (495) 933-51-58, факс: (495) 933-51-55,

www.optecgroup.com



и жировой клетчатки в области пере-

лома. Диплопия обычно возникает при взгляде как вверх (рис. 23.4б), так и

вниз (двойная диплопия). Диплопия

может прекратиться спонтанно, если произошло ущемление главным обра-

зом соединительной ткани и клетчат-

ки; при вовлечении мышц диплопия

Прямая травма экстраокулярных мышц

сочетается с отрицательным тестом

форсированной дукции. Мышечные

волокна обычно восстанавливаются и

нормально функционируют приблизи-

Энофтальм (рис. 23.4в) может быть

в случае тяжелых повреждений. Он обыч-

но проявляется через несколько дней по-

сле уменьшения отека. Без хирургическо-

го лечения энофтальм может прогресси-

ровать в течение 6 мес. как проявление

посттравматической орбитальной дегене-

Повреждение глаза (например, гифема,

рецессия угла, отслойка сетчатки) не ха-

рактерно, но должно быть исключено.

КТ во фронтальной проекции (рис. 23.4г)

проводят для оценки размеров перелома

и определения наличия и плотности мяг-

ких тканей верхнечелюстной пазухи, ко-

торые могут представлять собой как вы-

павшую параорбитальную клетчатку, экс-

траокулярные мышцы, гематому, так и

верхнечелюстные полипы, не связанные

оценки и контроля прогрессирования

7. Тест Hess (рис. 23.5) применяют для

сохраняется.

тельно через 2 мес.

рации и развития фиброза.

с травмой

Комбинированная терапия глаукомы и вторичного СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»

А.А. Антонов

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН

индром «сухого глаза» (ССГ) у больных глаукомой выявляется в 30-91% (Муратова Н.В., 2005), отягощая течение основного заболевания ко наличие сопутствующего ССГ и создавая трудности при выборе создает определенные трудности оптимальной медикаментозной

Развитие и значительное распространение ССГ, сопровождающего глаукомный процесс, обусловлено полиэтиологичностью роговичного ксероза. Среди основных факторов, способствующих ССГ при глаукоме, можно выделить: ассоциированное с возрастом снижение функции секреторных клеток, продуцирующих компоненты слезной пленки, а также уменьшение количества нервных окончаний, обеспечивающих рефлекторный мигательный акт; воздействие неблагоприятных факторов внешней среды (кондиционированный воздух, избыточное содержание вредных примесей); напряженный зрительный труд; наличие глазных хинезе, в том числе рефракционных; побочное действие некоторых лекарственных средств: частые ин стилляции анестетиков и гипотензивных препаратов, особенно

бета-адреноблокаторов Значительная роль в повреждающем действии препаратов этой группы на нарушение формирования и сохранность слезной пленки отводится наличию в их составе консервантов, обеспечивающих стабильность лекарственного препарата, в частности, бензалкония шеуказанное побочное действие β-адреноблокаторов с содержанием консерванта бензалкония гидрохлорида обусловлено: 1) повышенной испаряемостью слезной пленки за счет нарушения целостности ее липидного слоя; 2) непосредственным токсическим действием на секреторные и несекреторные эпителиоциты конъюнктивы, с развитием комбинированного водо-, липидо-, муцинодефицита и формированием альтеративных изменений эпителия; 3) индукцией выброса прожидкости и развитием иммунного воспаления поверхности глаза (Янченко С.В., Еременко А.И., 2008).

УНИВЕРСАЛЬНАЯ

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ

СИСТЕМА ДЛЯ МИКРОХИРУРГИИ

ПЕРЕДНЕГО И ЗАДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА

ГАРАНТИЯ 2 ГОДА

Лица, страдающие глаукомой, применения еще 1-2 препаратов - особенная категория больных, в дополнение к тем 2-3 видам вынужденных в связи с наличием капель, которые больной уже исхронического заболевания в тече- пользует с целью гипотензивной ние многих лет закапывать препараты, нормализующие внутриглазное давление. Длительная гипо-

ность зрительных функций. Одна-

в обеспечении зрительного акта

мой. Так, неустойчивость слезной

яет на рефракционные свойства

ную пригодность, вынуждает при-

мы, и ССГ), вызывает дискомфорт

при использовании индиффе-

рентных капель. В конечном ито-

ге снижается комплаентность па-

женного офтальмологом лечения

правления, позволяющих прео-

Первое – это разработка и ак-

или вовсе не имеющих их в соста-

ве препарата. В этом случае фар-

ваются с технологическими за-

дачами, не имеющими простых

решений. С одной стороны, необ-

ходимо обеспечить стабильность

действующего вещества и асептич-

ность вскрытого флакона в течение

щее или аллергизирующее воздей-

ствие на структуры глаза и слезную

чения дополнительных инстилля-

ций лекарственных средств, пред-

назначенных для лечения ССГ, или

пель. В этом случае порой нелегко

убедить пациента в необходимости

БОЛЬШИЕ

ЦЕНЕ

возможности

по доступнои

ЗАО "ОПТИМЕДСЕРВИС" (347) 223-44-33, 277-61-6

Второе – расширение терапев-

с рядом трудностей.

И, наконец, третье – оптимизация консервативной терапии за тензивная терапия при ее успешсчет комбинированных лекарственности обеспечивает стабилизацию ных форм, содержащих субстанции глаукомного процесса и сохран- различного механизма лействия в «одном флаконе» – фиксированные комбинации.

Наиболее часто и эффективно используемыми при ССГ, сопути может значительно снизить ка- ствующем глаукоме, являются слечество жизни пациентов с глауко- зозаместительная терапия, обеспепленки вызывает повышенную нение глаза при недостаточности зрительную утомляемость, вли- собственных слезопродуцируюглаза, ограничивает трудоспособ- ты, способствующие сохранению ность больных и профессиональ- компонентов слезы на поверхности менять большее число лекарствен- ность слезной пленки. Основными ных средств (для лечения и глауко- действующими веществами таких препаратов являются гиалуроновая кислота и повидон. Повидон (поливинилпирроли-

дон) представляет собой низкоциентов и эффективность предло- молекулярный полимер с массой $12\ 600\ \pm\ 2\ 700$ или $8\ 000\ \pm\ 2\ 000$ Лекарственная форма использует-Существуют три основных на- ся в составе препаратов для увлажнения и защиты роговицы, а такдолеть возникающие проблемы, же средств с дезинтоксикацион однако каждое из них сопряжено ным действием для парентерального применения и энтеросорбентов. Дезинтоксикационное действие обтивное внедрение в практику ле- условлено способностью связывать карственных средств со снижен- токсины и быстро выводить их из с гипотензивной целью только преорганизма. Повидон усиливает почечный кровоток, повышает клу- ных производителей 0,5% конценбочковую фильтрацию, увеличивает диурез. Уменьшение молекулярного веса полимера способствует усилению дезинтоксикационного

При применении в качестве видон обладает необходимой вязвозможно более долгого времени, костью и высокими адгезивными с другой – избежать наличия в свойствами по отношению к роговице, за счет чего образует на ально оказывающих повреждаю- ее поверхности равномерную, сохраняющуюся в течение длительного времени, слезную пленку, кои не вызывает снижения остроты тического режима за счет вклю- зрения

В последнее время в терапии глаукомы приоритетные позиции препаратов, обладающих протек- раты, позволяющие сократить чисторными свойствами для защиты по необходимых инстилляций за чий конец специальной полоски счет комбинации в одном флаконе ющих агентов гипотензивных ка- различных действующих веществ гибали под углом 45° и помещали («fixed combination drug»). Фирма за нижнее веко в латеральной тре-Bausch&Lomb для лечения глауко- ти глазной щели. Пациента промы предлагает препарат арутимол, сили закрыть глаза и через 5 мин нии инстилляционных форм β-блообладающий комбинированным полоски извлекали. От места пере- каторов как препаратов местной действием. В его состав входит бе- гиба измеряли длину их увлажнен- гипотензивной терапии в 63,8% та-адреноблокатор тимолола мале- ной части. В норме за 5 мин сма- случаев выявляется снижение сумат 0,5%, обладающий выраженным чивается свыше 15 мм тестовой марной слезопродукции, в 69,1% гипотензивным действием, и пови- полоски. дон, обеспечивающий стабильность Стабильность прероговичной ция слезного покрытия передней прекорнеальной слезной пленки. слезной пленки оценивали с помо- поверхности глаза. Оптимизация Несомненным преимуществом ару- щью пробы Норна. Пациента уса- состава глазных капель, способтимола перед другими глазными ка- живали за щелевую лампу и оро- ствующая сохранению прерогоплями, содержащими тимолола ма- шали область лимба на 12 часах вичной слезной пленки, в меньшей леат, является также крайне низкая одной каплей 0,1-0,2% раствора степени вызывает нарушения сумконцентрация консерванта бензал- флюоресцеина натрия. Затем при марной слезопродукции, стабиликония хлорида (0,03 мг) в сравне- биомикроскопии с использовани- зирует слезную пленку и в конечние со стандартным его содержа- ем кобальтового фильтра фикси- ном итоге снижает риск развития

> производителей. комбинации арутимола у больных пленке первого разрыва. По дан- при необходимости использования глаукомой с сопутствующим ССГ ным В.В. Бржеского и Е.Е. Сомо- у пациентов с глаукомой бета-адреподтверждена результатами ис- ва (1998), у здоровых людей в воз- ноблокаторов применение арутиследования, проведенного у 58 парасте 16-35 лет время разрыва СП мола, содержащего в своем состациентов (23 мужчин, 35 женщин, составляет 21,1±2,0 с, а 60-80 лет ве повидон, обеспечивающий ста-94 глаза), средний возраст кото- - 11,6±1,9 с. рых составил 69,9±5,3 года. В исследование были включены боль- мера составило 11,3 мм, сниже- с целью предупреждения и лечения

Показатели суммарной слезопродукции и времени разрыва слезной пленки у больных глаукомой

	Группы бол			
Исследования	тимолол+повидон, 52 глаза	тимолол, 42 глаза	Среднее	
Проба Ширмера, мм	11,5	10,2	12,5	
Проба Норна, с	10,5	8,6	11,2	

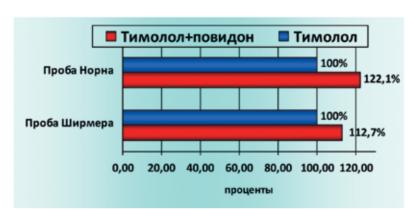


Рис. 1. Сравнительная характеристика фиксированной комбинации тимолол+повидон и тимолола по результатам проб Ширмера и Норна

глаукомой I-III стадий с компенсипараты тимолола малеата различтрации дважды в день (арутимол в 55,3% случаев (52 глаза), тимололсодержащие капли иных торговых марок – в 44,7% случаев (42 глаза)), лекарственные средства других фармакологических групп глазной лекарственной формы по- не применяли. До начала исследования никому из больных не про водили исследования, направленные на выявление ССГ, слезозаместительную терапию не назначали.

При тщательном сборе анамнеза в 46% случаев выявляли жалобы на периодическое ощущение торая не смывается при моргании инородного тела, рези, жжения, дискомфорта, сухости глаза и затруднения при мигании, особенно в утренние часы.

Для функционального исследования суммарной слезопродукции применяли пробу Ширмера. Рабо-

ные первичной открытоугольной ние суммарной слезопродукции сопутствующего ССГ.

выявлено в 63.8% случаев (59 глаз). рованным внутриглазным давле- В 36,2% случаев (35 глаз) смачинием. Все пациенты использовали вание тестовой полоски при проведении пробы Ширмера составило 15 мм и больше, что свидетельствовало об отсутствии нарушений слезопролукции.

Время разрыва слезной пленки при проведении пробы Норна в среднем составило 9.2 с, при этом в 30,9% случаев (29 глаз) этот показатель находился в пределах возрастной нормы (≥10 с).

Результаты проведенных исследований в группах пациентов, применявших для снижения офтальмотонуса арутимол (тимолол+повидон) и тимолола малеат (тимолол) других торговых марок представлены в сводной таблице

Сравнительный анализ полученных показателей проб Ширмера и Норна показывает улучшение суммарной слезопродукции (на 12,7%) и увеличение времени разрыва слезной пленки (на 22,1%) при использовании фиксированной комбинации тимолола малеата и повидона (арутимол) (см. рис. 1). По результатам исследования

установлено, что у больных глаукомой при длительном примене случаев отмечается дестабилизанием (0,1 мг) в препаратах других ровали время от последнего спо- такого грозного осложнения лекойного мигательного движения до карственной терапии как синдром Эффективность фиксированной образования в окрашенной слезной «сухого глаза». Таким образом, бильность прекорнеальной слез-

TPABMA

ПЕРЕЛОМЫ ОРБИТЫ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

Травматический перелом нижней стенки орбиты

Изолированный травматический перелом нижней стенки орбиты не затрагивает ее край, в то время как смешанный перелом вовлекает край орбиты и прилегающие лицевые кости. Травматический перелом дна орбиты обычно обусловлен неожиданным повышением внутриорбитального давления при ударе предметом, превышающим 5 см в диаметре, например, кулаком или теннисным мячом (рис. 23.3). В связи с тем, что наружная и верхняя стенки орбиты способны выдержать подобный удар, в перелом, как правило, вовлекаются дно орбиты и тонкие кости, формирующие нижнеглазничную щель. В некоторых случаях внутренняя стенка также подвержена перелому. Клинические проявления различаются в зависимости от тяжести ранения и времени, прошедшего с момента травмы.

Диагностика

- 1. Периокулярные признаки. Различные кровоподтеки (рис. 23.4а) и отеки, в некоторых случаях — подкожная эмфизема.
- 2. Анестезия области иннервации инфраорбитального нерва (область нижнего века, щеки, соответствующая сторона носа, верхней губы, зубов и десен) возникает в связи с тем, что в перелом часто вовлекается нижнеглазничная щель.
- 3. Диплопия может быть обусловлена одной из следующих причин.
- Внутриорбитальное кровоизлияние и отек вызывают уплотнение тканей, соединяющих нижнюю прямую и нижнюю косую мышцы с надкостницей орбиты, что, в свою очередь, ограничивает подвижность глазного яблока. При устранении кровоизлияния и отека подвиж ность глаза восстанавливается.
- Механическое ущемление нижней прямой или нижней косой мышцы, а также прилегающей соединительной ткани



ма нижней стенки орбиты

Рис. 23.3 Механизм травматического перело-



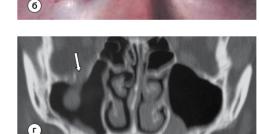
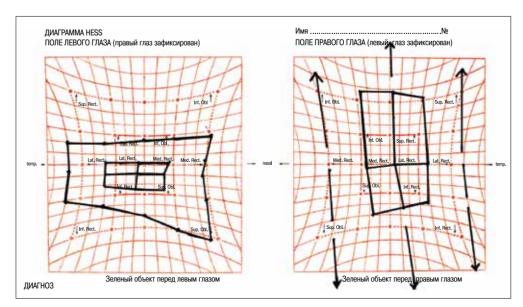


Рис. 23.4 Травматический перелом нижней стенки правой орбиты: (а) небольшие ссадины и поверхностные повреждения: (6) ограничение подвижности при взгляде вверх: (в) незначительный энофтальм; (г) КТ, фронтальный срез: дефект нижней стенки орбиты (стрелка) и симптом слезы в проекции пазухи (предоставлено A. Pearson — рис. r)



подвижности левого глаза при взгляде вверх (верхняя прямая и нижняя косая мышцы) и при (см. текст) взгляде вниз (нижняя прямая мышца); вторичная гиперподвижность правого глаза

Лечение

- 1. Сначала проводят консервативное лечение, включающее антибактериальную терапию в случае вовлечения в перелом верхнечелюстной пазухи. Пациент должен стараться не дышать через нос.
- 2. Последующая терапия направлена на предотвращение развития поздних осложнений — вертикальной диплопии и косметически значимого энофтальма. Известны три фактора риска их развития: размеры отломков, выпадение орбитального содержимого в верхнечелюстную пазуху и ущемление мышц. Большинство переломов, несмотря на их огромное разнообразие, делят на следующие категории.
- Небольшие трещины при отсутствии грыжи, которые не требуют специализированного лечения, т.к. риск осложнений невелик
- Переломы, вовлекающие менее половины дна орбиты, при отсутствии или наличии небольших грыж и при уменьшающейся диплопии, также не требуют лечения в случаях, если размеры энофтальма не более 2 мм.
- Переломы с вовлечением половины и более нижней стенки орбиты при наличии ущемления орбитального содержимого и постоянной диплопии при прямом положении глаза необходимо устранять хирургическим путем в течение 2 нед. При отсрочке оперативного лечения добиться хороших результатов из-за вторичных фиброзных изменений орбиты сложнее.
- 3. Техника хирургического вмешательства (рис. 23.6):
- а) выполняют трансконъюнктивальный или субцилиарный разрез (рис. 23.6а); б) отсепаровывают надкостницу дна орбиты и высвобождают из верхнечелюстной пазухи орбитальное содер-
- жимое (рис. 23.6б); в) устраняют дефект нижней стенки, ис пользуя такие синтетические материалы, как супрамид, силикон или тефлон (рис. 23.6в);
- г) восстанавливают целостность надкостницы (рис. 23.6г).

Травматический перелом внутренней стенки орбиты

Большинство переломов внутренней стенки связаны с повреждением дна орбиты.

- 1. Признаки • Периорбитальная гематома (рис. 23.7а) и подкожная эмфизема (часто), которая
- развивается при дыхании через нос. • Нарушение подвижности глаза при взгляде кнаружи (рис. 23.7б) и кнутри (рис. 23.7в), возникающее при ущемлении прямой внутренней мышцы.
- 2. КТ проводят для оценки размеров пов реждения (рис. 23.7г).
- 3. Лечение. Высвобождение ущемленных тканей и устранение костного дефекта.

NB Из за возможного попадания инфицированного содержимого из пазух в орбиту дыхание через нос должно быть ограничено.



ISBN: 9788376090344



По вопросам приобретения издания «Клиническая офтальмология: систематизированный подход»

ЛОГОСФЕРА

интернет-магазин (495) 748 51 16 **ДЛЯ ОПТОВЫХ КЛИЕНТОВ**

тел.: <mark>(495) 689 62 64; 771 34 58</mark>

e-mail: salesdep@logobook.ru factor@logobook.ru

www.logobook.ru

Перелом верхней стенки орбиты

Офтальмологи редко первыми диагностируют переломы верхней стенки орбиты. Часто встречаются изолированные переломы у маленьких детей в результате небольших травм — падение на острый предмет, удар в область надбровной дуги или лба. Сложные переломы при обширных травмах со смещением орбитального края или с другими клинически значимыми нарушениями целостности черепно-лицевых костей более распространены среди взрослого населения.

1. Проявляется гематомой верхнего века или периокулярным кровоизлиянием. которое развивается в течение первых часов, а позднее распространяется на противоположную сторону.

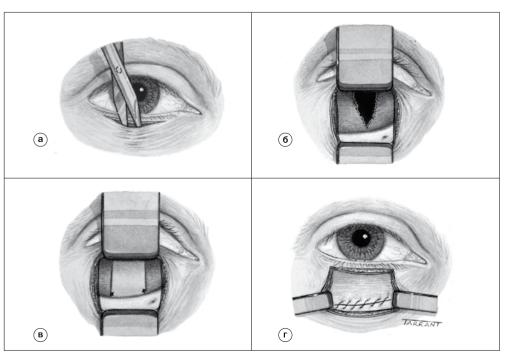


Рис. 23.5 Тест Hess травматического перелома нижней стенки левой орбиты: ограничение Рис. 23.6 Техника реконструкции нижней стенки орбиты при травматическом переломе

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

Рис. 23.12 Изменения радужки как осложне-

ния тупой травмы: (a) кольцо Vossius; (б) ра-

диальные разрывы сфинктера; (в) иридодиа-

первичной гифемы (рис. 23.11в) и может

возникнуть в любое время, даже через

неделю после травмы (в основном кро-

вотечение возникает в течение первых

внутрь транексаневая кислота 25 мг/кг

3 раза в день, антифибринолитические

препараты применяют в целях предот-

вращения повторного кровотечения. Су-

ществуют различные мнения, но все-таки

считается целесообразным для предотвра-

щения повторного кровотечения и лече-

ния увеита, сопровождающего данное со-

стояние, поддерживать мидриаз, исполь-

зуя атропин. В целях осуществления кон-

троля за ВГД рекомендуется стационарное

наблюдение в течение нескольких дней.

В случаях повышения ВГД для предотвраще-

ния пропитывания роговицы кровью (рис.

23.11г) необходимо принять немедленные

меры для его снижения (см. главу 13).

1. Зрачок. Тяжелая контузия может стать

причиной миоза и отложения пигмента

на передней капсуле хрусталика (кольцо

Vossius), которое соответствует размерам

зрачка в миозе (рис. 23.12а). В других

случаях повреждения сфинктера зрачка

могут стать причиной травматического

мидриаза, как правило, постоянного —

зрачок вяло реагирует на свет или не ре-

агирует воооще, снижена или отсутству

ет аккомодация. Характерны радиальные

приобретает D-образную форму, а сам ди-

ализ представляет собой темный двояко-

выпуклый участок у лимба (рис. 23.12в).

Иридодиализ может располагаться под

верхним веком и в этом случае протекает бессимптомно. При расположении иридо-

диализа в просвете глазной щели может

появиться монокулярная диплопия и эф-

фект ослепляющего света, в этом случае

необходима хирургическая коррекция дефекта. Травматическая аниридия (иридо-

ме может временно прекратить секрецию

водянистой влаги (цилиарный шок), что

приводит к гипотонии глаза. Разрывы,

диализ на 360°) встречается редко. 3. Цилиарное тело при тяжелой тупой трав-

ной глаукомы (см. главу 13).

2. Иридодиализ — отрыв корня радужки от цилиарного тела. В этих случаях зрачок

разрывы сфинктера (рис. 23.12б).

Передний увеальный тракт

3. Лечение клинически значимых гифем:

лиз (предоставлено Р. Gili — рис. в)

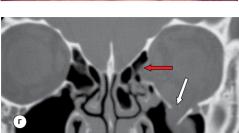
суток).

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ









Дислокация глазного яблока вниз или

• При обширных переломах возможно

появление пульсации глазного ябло-

ка без шумовых эффектов. Это связано

с проведением пульсации спинномоз-

говой жидкости (СМЖ) и регистри-

руется с помощью аппланационной

необходимо обследовать на возмож-

• Значительные костные дефекты с нис-

привести к развитию менингита.

Перелом наружной стенки

структивной хирургии.

ТРАВМА ГЛАЗНОГО

окулярные повреждения.

. Закрытые повреждения обычно возни-

кают при тупой травме глаза. Корнео-

интактна, но нельзя исключать интра-

2. Открытые повреждения вовлекают всю

3. Контузия — закрытое повреждение при

тупой травме. Повреждение может воз-

никнуть как в месте воздействия, так

. Разрыв — проникающая рана в результа-

те тупой травмы. Глазное яблоко разры-

вается в самой слабой точке, которая мо-

жет быть в стороне от места воздействия.

. Скальпированная рана — нанесенное

острым предметом повреждение, кото-

рое распространяется не на всю толщу

Проникающее ранение — нанесенная

острым предметом изолированная рана,

у которой выходное отверстие отсутству-

ет. Такое повреждение может быть связа-

но с проникновением инородного тела. 8. Перфорация представляет собой сквоз-

ное ранение, имеющее входное и выход-

ное отверстия; возникает, как правило,

. Первичный осмотр следует проводить в следующей последовательности.

• Определение характера и объема по-

вреждений, представляющих угрозу

• Выяснения времени, места и условий

• Тщательный осмотр обоих глаз и орбит.

при воздействии летящих предметов.

Тактика ведения

жизни пациента.

получения травмы.

чие — сквозная рана на месте воз-

толщу корнеосклеральной оболочки.

и на противоположной стороне.

действия острого предмета.

корнеосклеральной оболочки.

склеральная оболочка глазного яблока

Рис. 23.7 Травматический перелом левой медиальной и нижней стенок орбиты: (а) периорбитальная гематома и птоз; (б) ограничение при взгляде влево; (в) ограничение при взгляде вправо; (г) КТ, фронтальный срез: отломки внутренней стенки (красная стрелка) и нижней стенки (белая стрелка) (предоставлено A. Pearson)

2. Признаки

орбиты

ЯБЛОКА

Введение

Определения

аксиально.

тонометрии.





Рис. 23.8 Перелом наружной стенки орбиты: (а) тяжелая травма лица; (б) КТ, аксиальный срез: перелом левой наружной стенки (предоставлено A. Pearson)





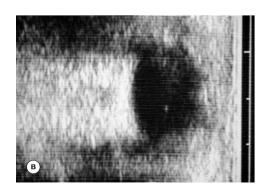
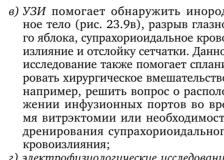


Рис. 23.9 Изображения инородных тел: (а) стандартная рентгенография: пуля из пневматического ружья; (б) КТ, аксиальный срез: внутриглазное инородное тело: (в) УЗИ: внутриглазное инородное тело

а) стандартную рентгенографию необхо-

б) КТ превосходит по возможностям обнаружения и определения локализации инородного тела стандартную рентгенографию (рис. 23.9б). КТ также проводят для исследования интракраниальных, лицевых и интраокулярных структур;

NB MPT противопоказана при подоврении на присутствие металлического инородного тела.



необходимы для определения сохранности ЗН и сетчатки, в частности, если после перенесенной травмы уже прошло некоторое время и появилось подозрение на наличие внутриглазного иноролного тела.

• Небольшие переломы не нуждаются в специальном лечении, но пациента

ность истечения СМЖ, т.к. это может Самые распространенные причины тупых ходящим смещением отломков, как под шампанского. Тяжелая тупая травма правило, требуют проведения рекон-Свежие переломы наружной стенки орбиты офтальмологи диагностируют нечасто. Из-за большей прочности наружной стенки орбиты переломы обычно связаны со значительным повреждением лицевого скелета (рис. 23.8). редний, либо задний отрезок глаза.

Кроме очевидных повреждений, тупые травмы могут иметь и отдаленные последствия, поэтому необходимо дальнейшее наблюдение.

Роговица

1. Эрозия роговицы характеризуется наличием повреждений эпителия, окрашиваемых флюоресцеином (рис. 23.10а). Если эрозия расположена в области зрачка, зрение может значительно снизиться. Такое состояние сопровождается острыми болями, для лечения применяют циклоплегики (для создания комфорта) и антибактериальные мази. Ранее в качестве лечения накладывали повязку на глаз, но теперь стало очевидно, что открытым способом роговица заживает быстрее и менее болезненно







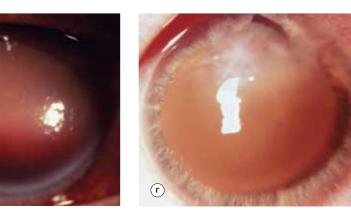
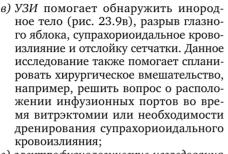


Рис. 23.11 Посттравматическая гифема: (а) кровотечение из цилиарного тела; (б) небольшая гифема; (в) вторичная тотальная гифема; (г) пропитывание роговицы кровью (предоставлено R. Curtis — puc. a; Krachmer, Mannis, Holland — puc. r [Cornea, Mosby, 2005])

2. Специальные исследования:

димо проводить при подозрении на наличие инородного тела (рис. 23.9а);



г) электрофизиологические исследования

Тупая травма

травм — удары резиновым мячом, эластичными багажными ремнями и пробкой изведет к переднезадней компрессии глазного яблока с одномоментным расширением экваториальной зоны, что, в свою очередь, связано с кратковременным, но довольно значимым увеличением ВГД. Первичный удар приходится на иридо-хрусталиковую 2. Острый отек роговицы может развиться диафрагму и стекловидное тело, также могут быть повреждения и на противоположном полюсе глаза. Объем повреждений зависит от тяжести травмы и по непонятным причинам в основном захватывает либо пе-

ные состояния разрешаются спонтанно. 3. Разрывы десцеметовой мембраны располагаются вертикально и обычно связаны с родовой травмой (рис. 23.10в).

Гифема

Гифема (кровоизлияние в переднюю камеру) является распространенным осложнением. Источником кровотечения служат сосуды радужки или цилиарного тела (рис. 23.11а). 1. Признаки. Характерное осаждение эри-

Рис. 23.10 Роговичные осложнения тупой трав-

мы: (а) дефект эпителия, окрашенный флюорес-

цеином; (б) стромальный отек и складки десце-

метовой мембраны: (в) разрывы десцеметовой

в результате местной или диффузной дис-

функции эндотелия роговицы. В основ-

ном это связано с образованием складок

десцеметовой мембраны и утолщением

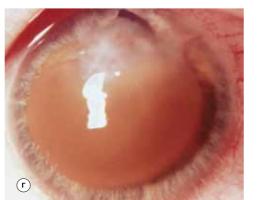
стромы роговицы (рис. 23.10б); подоб-

оболочки (предоставлено R. Curtis — рис. в)

троцитов с образованием уровня жидкости, высоту которого необходимо измерить и задокументировать (рис. 23.11б).

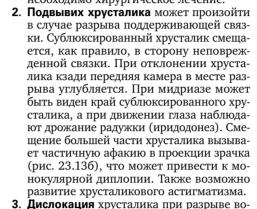
Наблюдение — единственное, что делают в большинстве случаев, т.к. незначительные по объему гифемы в основном безопасны и кратковременны. Вторичное кровотечение представляет непосредственный риск, т.к. оно обширнее





1. Катаракта — самый распространенный исход тупой травмы. Предполагаемый механизм включает как травматическое повреждение волокон хрусталика, так и гидратацию с последующим помутнением хрусталика, связанную с проникновением водянистой влаги через мельчайшие разрывы капсулы. В проекции кольца Vossius может быть слабо выраженное помутнение под передней капсулой в форме кольца. Часто изменения развиваются под задней капсулой в кортикальных слоях, образуя помутнение в форме цветка («розетка») (рис. 23.13а), которое впоследствии может исчезнуть, остаться неизменным или прогрессировать. При выраженном помутнении хрусталика необходимо хирургическое лечение.

Хрусталик



Дислокация хрусталика при разрыве волокон ресничного пояска по всей окружности встречается нечасто, смещение в этом случае происходит в сторону стекловидного тела или реже — в переднюю камеру (рис. 23.13в).

Глазное яблоко

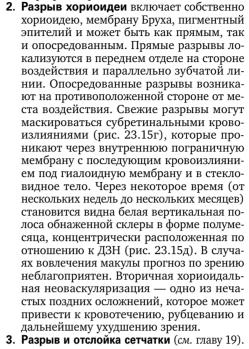
Разрыв глазного яблока (рис. 23.14а) происходит при очень тяжелых тупых травмах. Разрыв обычно локализуется в переднем отделе в проекции шлеммова канала с выпадением внутриглазных структур, таких как хрусталик, радужка, цилиарное тело, стекловидное тело (рис. 23.14б). Иногда разрыв происходит в заднем отделе (скрытый) с минимальными видимыми повреждениями переднего отдела. Клинически скрытый разрыв можно заподозрить при асимметрии глубины передней камеры и гипотонии травмированного глаза. Принципы устранения склеральных разрывов изложены далее. Стекловидное тело

Задняя отслойка стекловидного тела может быть связана с кровоизлиянием в стекловидное тело. В этом случае в его переднем отделе можно наблюдать плавающие пигментные клетки в виде «табачной пыли».

Сетчатка и хориоидея 1. Сотрясение сетчатки происходит в ре-

зультате контузии ее сенсорной части, что проявляется облаковидным сероватым отеком вовлеченной области. Сотрясению обычно подвергается височная область глазного дна (рис. 23.15а), иногда — макула, в этом случае отмечают симптом «вишневой косточки» (рис. 23.15б). При легких травмах прогноз благоприятен, возможно спонтанное разрешение без осложнений в течение 6 нед. Выраженное повреждение

макулы может быть связано с интраретинальным кровоизлиянием. Посттравма тические изменения макулярной области включают прогрессирующую пигментную дегенерацию и формирование макулярного разрыва (рис. 23.15в).



1. Оптическая нейропатия представляет

Зрительный нерв

собой внезапную потерю зрения вследствие тупой травмы или проникающего ранения, которую нельзя объяснить какой-либо другой зрительной патологией. Повреждение зрительного нерва может быть непосредственным (кровоизлияние или сдавление), результатом деформации (изменение положение нерва, связанного с твердой оболочкой, в зрительном канале) или вследствие воздействия ударной волны. Как правило, сначала ДЗН и глазное дно не изменяются. Клинически оптическая нейропатия проявляется относительным афферентным зрачковым нарушением. Существуют различные тактики лечения (внутривенное введение высоких доз стероидов, декомпрессия зрительного канала, фенестрация оболочки зрительного нерва), но эффективность ни одной из них не доказана, и у большинства пациентов по причине атрофии зрительного нерва развивается нарушение зрительных функций.

2. Отрыв зрительного нерва происходит редко и обычно по причине внедрения инородного тела между глазным яблоком и стенкой орбиты, что приводит к

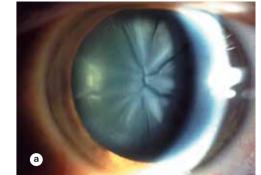






Рис. 23.13 Изменения хрусталика как осложнения тупой травмы: (а) катаракта в форме цветка; (б) сублюксация книзу; (в) дислокация в переднюю камеру (предоставлено С. Barry — рис. б)

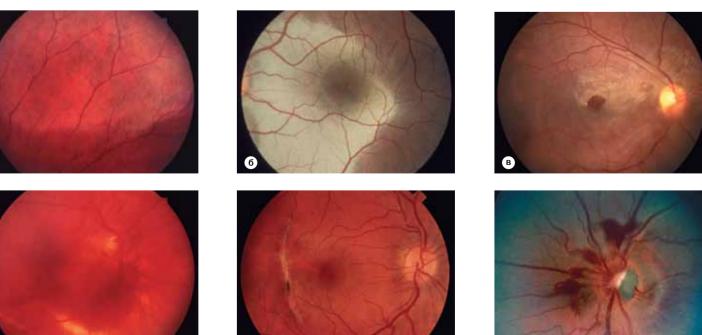
смещению глаза. Предполагаемые механизмы включают внезапную чрезмерную ротацию и смещение глазного яблока кпереди. Разрыв может быть изолированным либо сочетаться с другими травмами глазного яблока или орбиты. При офтальмоскопии на месте ретракции головки зрительного нерва отмечают значительное углубление (рис. 23.15е). Лечения не существует; прогноз по зрению зависит от того, является ли отрыв ЗН полным или частичным

Продолжение следует





Рис. 23.14 (а) разрыв глазного яблока; (б) значительный разрыв глазного яблока с выпадением



распространяющиеся на наружную поверхность цилиарного тела (рецессия Рис. 23.15 Изменения на глазном дне как осложнения тупой травмы: (а) периферическое сотрясение сетчатки; (б) сотрясение с вовлечением макулы; (в) макулярный разрыв как исход сотрясения сетчатки; (г) свежий разрыв хориоидеи с субретинальным кровоизлиянием; (д) старый разрыв угла), связаны с риском развития вторичхориоидеи; (e) отрыв зрительного нерва (предоставлено С. Barry — рис. в; E.M. Eagling, M.J. Roper Hall — рис. е [Eye Injuries, Butterworths, 1986])

ЛЕКЦИИ

Комплексное лечение неоваскулярной глаукомы У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е.А. Карауловская, Е.С. Леонова

микрохирургии глаза ОАО «РЖД», Нижний Новгород

цной из основных причин слепоты среди лиц трудоспособного возрасга как в нашей стране, так и за рубежом продолжает оставаться диабетическая ретинопатия. Среди пациентов с глазными осложнениями сахарного диабета необратимая слепота от неоваскулярной глаукомы занимает третье место.

Первое упоминание о неоваскулярной глаукоме, возникшей после окклюзии центральной вены сетчатки (ЦВС), принадлежит C.A. Robertson (1866). В 1871 году A. Pagenstecher описал случай возникновения глаукомы после «апоплексии сетчатки» - состояния, которое в настоящее время рассматривается как окклюзия ЦВС – и предложил название «геморрагическая глаукома». В 1906 году Coats также описал наличие новообразованных сосудов у пациентов с окклюзией центральной вены сетчатки. R. Salus подобное состояние обнаружил у пациентов с диабетом и назвал его «диабетический рубеоз радужки». Непосредственно термин «неоваскулярная глаукома» был предложен D.I. Weiss с соавт. в 1963 году.

Основные причины, вызывающие симптомокомплекс неоваскулярной глаукомы, это сахарный диабет и окклюзия центральной вены сетчатки, особенно ее ишемический тип. Частота возникновения неоваскулярной глаукомы после перенесенной окклюзии ЦВС составляет около 42%. Среди всех пациентов с сахарным диабетом такое осложнение, как неоваскулярная глаукома, встречается примерно в 17% случаев. В то время как в группе пациентов с диабетической ретинопатией этот показатель доходит до 60%. Также неоваскулярная глаукома встречается при окклюзии центральной артерии сетчатки и других заболеваниях, которые сопровождаются выраженной ретинальной гипоксией: различные воспалительные заболевания, терминальная стадия открытоугольной (ОУГ) и закрытоугольной (ЗУГ) глаукомы, внутриглазные опухоли, длительно существующие и многократно оперированные отслойки сетчатки, болезнь Коатса, болезнь Илса и другие

Кроме интраокулярных причин, неоваскулярную глаукому могут вызывать и экстраокулярные заболевания, которые также сопровождаются синдромом ретинальной гипоксии. К ним относятся обструктивные поражения каротидных артерий, каротидно-кавернозные соустья, гигантоклеточный

Стадии неоваскулярной глаукомы:

глаукомы

Прерубеотическая стадия

Стадия преглаукомы (рубеоз

Стадия открытоугольной

Стадия закрытоугольной

Неоваскулярная глаукома имеет стадий-

Первая стадия – «прерубеотическая». При биомикроскопии переднего отрезка глазного яблока неоваскулярные изменения не определяются. Патологический процесс затрагивает задний полюс глаза. При офтальмоскопии могут определяться интраретинальная пролиферация и (или) новообразованные сосуды на диске зрительного нерва, по задней гиалоидной мембране стекловидного тела. Обычно на этой стадии не возникает повышения внутриглазного давле-

Вторая стадия – это стадия преглаукомы

или рубеоза радужки. При биомикроскопии переднего отдела определяются новообразованные сосуды по краю зрачковой каймы. Чаще всего это состояние также не вызывает повышения ВГД и сочетается с пролиферативным процессом в заднем отрезке глазного яблока. При отсутствии необходимого лечения и соответственно сохранения гипоксии процесс идет дальше – новообразованные сосуды от зрачковой каймы начинают расти в сторону корня радужки и угла передней камеры (УПК). Возникает третья сталия – вторичной открытоугольной глаукомы. При офтальмоскопии обнаруживается, что новообразованные сосуды находятся не только у зрачковой каймы, но и распространяются к корню радужки и к углу

ентов происходит повышение ВГД. Для новообразованных сосудов характерна повышенная проницаемость, что способствует появлению геморрагических осложнений (от микрогеморрагий до значительных гифем). Отличительным признаком этой стадии является наличие фиброваскулярной мембраны на передней поверхности радужки и с обструкцией трабекулярной сети новообразованными сосудами, препятствующими оттоку внутриглазной жидкости. На следующей стадии – закрытоугольной глаукомы - происходит уплощение радужки. Сокращение фиброваскулярной мембраны в радиальном направлении ведет к синехиальному закрытию УПК, к изменению формы зрачка,

Пусковым механизмом для возникновения неоваскуляризации является выражен-

В настоящее время основной теорией является теория ретинальной гипоксии и непосредственно связанного с ней вазопролиферативного фактора. В 1948 году I.C. Michaelson предположил существо-

передней камеры. На данной стадии у пацив УПК. Повышение ВГД, вероятно, связано вывороту пигментного слоя эпителия радужной оболочки. Эта стадия протекает с выраженным болевым, отечным синдромом на фоне высокого ВГД, что требует проведения



Слайд 3.



Слайд 2.



Слайд 4.

биохимическую природу, вырабатываемого сетчатой оболочкой и стимулирующего возникновение и развитие новых патологических сосудов. Позднее N.D. Ashton в своих работах показал, что ангиогенный фактор, выделяемый сетчаткой, индуцирует не только ретинальную неоваскуляризацию, но и, проникая в передний сегмент глазного яблока, стимулирует новообразование сосудов на радужке. Сравнительно недавно был открыт фактор роста сосудистого эндотелия (vascular endothelial growth factor – VEGF). По мнению ряда авторов, он играет центральную роль в процессе развития неоваскуляризации радужки и неоваскулярной глаукомы. VEGF является полипептидом и синтезируется в ретинальных клетках. Экспериментально показано, что уровень секретируемого протеина значительно повышается, когда культура клеток находитские исследования энуклеированных глаз с диабетической пролиферативной ретинопатией и неоваскулярной глаукомой показали VEGF-активность во всех ядерных слоях сетчатки, а именно в слое ганглиозных клеток, во внутреннем и наружном ядерных

Экспериментально также было показано, что в тех участках сетчатки, где выраженная гипоксия, этого фактора вырабатывается значительно больше. В норме также вырабатывается некоторое количество вазопролиферативного фактора. К настоящему времени выделено и изучено несколько ангиогенных факторов. В процессе неоваскулогенеза именно в глазном яблоке также играет роль фактор роста фибробластов, трансформирующий фактор роста, опухолевый некротизирующий фактор.

Следует отметить, что в глазу есть система, которая ингибирует действие вазопролиферативного фактора. В последние годы в зарубежной литературе появились сообщения о факторе пигментного эпителия (pigment epithelium-derived factor PEDF). В эксперименте было показано его ингибирующее действие на индуцированную сосудистым эндотелиальным фактором роста миграцию и пролиферацию эндотелиальных клеток и ретинальную и хориоидальную неоваскуляризацию. J. Spranger c coавт., исследуя содержание PEDF во внутриглазной жидкости пациентов с диабетом и без него, выявили статистически достоверное снижение концентрации PEDF в глазах с пролиферативной диабетической ретинопатией по сравнению со здоровыми лицами. Таким образом, не только сама выработка вазопролиферативных факторов, но и нарушение баланса между ингибиторами и активаторами ангиогенеза является патогенетическим механизмом формирования неоваскулярной глаукомы.

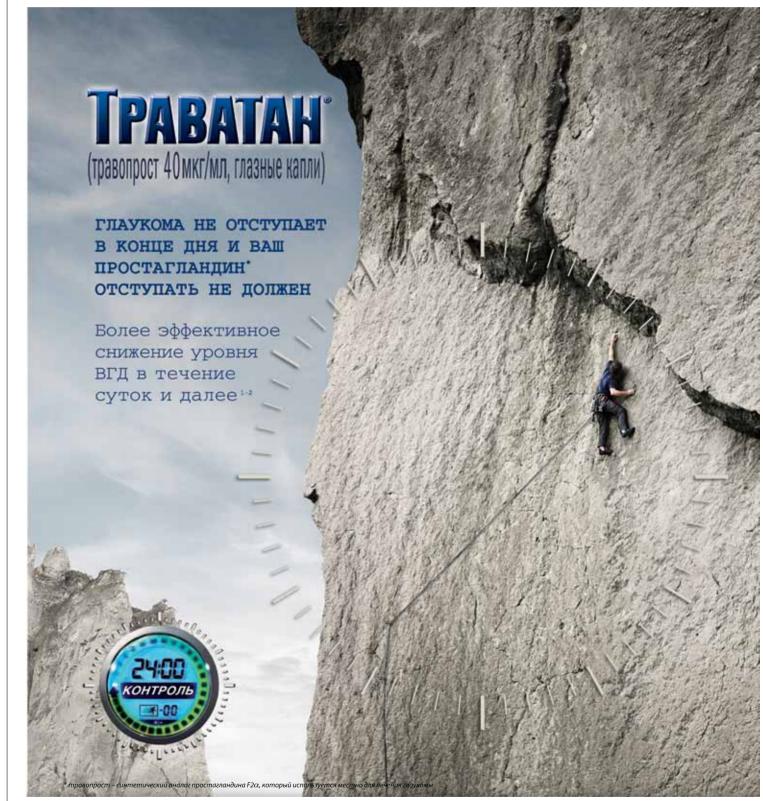
Вазопролиферативный фактор взаимодействует с рецепторами эндотелиальных клеток, вызывая в свою очередь, их миграцию и пролиферацию, в результате чего возникает рост и развитие новообразованных сосудов в заднем отрезке глазного яблока. Факторы, которые вырабатываются клетками сетчатки, с током внутриглазной жидкости достигают влаги передней камеры. и таким образом процесс неоваскулогенеза идет и в радужке, и в трабекулярной сети, и в углу передней камеры. У пациентов с сахарным диабетом большую роль играет аутоиммунное воспаление. У таких больных не только имеется метаболический клеточного и гуморального иммунитета, а именно снижение Т-лимфоцитов, повышение количества ширкулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулинов класса G. Все это приводит к формированию фиброваскулярных мембран, сокращение которых ведет к деформации зрачка, радужки, блокируя угол передней камеры. В результате чего возникает повышение ВГД и весь симптомокомплекс неоваскулярной глаукомы: болевой синдром; гипертензионный синдром, который включает и повышение ВГД, и артериального давления, и внутричерепного давления; отечный синдром - выраженный отек конъюнктивы, отек роговицы: геморрагический синдром – полиморфные геморрагии и гифемы; неваскулярный синдром – новообразованные сосуды как в переднем, так и в заднем отделе глазного яблока; и, конечно, общевоспалительный, классический синдром с болью, гиперемией, нарушениями функций (пациенты значительно теряют зрение), формируются

Лечение неоваскулярной глаукомы у пашиентов, страдающих сахарным диабетом. должно быть комплексным и включать дос-

таточно большое количество мероприятий. В первую очередь таким пациентам необходимо совместно с эндокринологом и терапевтом компенсировать углеводный обмен, скорректировать артериальное давление и липидный обмен. Также обязательно медикаментозное консервативное лечение: это местная гипотензивная терапия, которая в первую очередь должна включать бетаблокаторы, ингибиторы карбоангидразы и (или) селективные α-2-адреномиметики. Что касается такой группы препаратов, как аналоги простагландинов, то их категорически нельзя использовать у пашиентов с неоваскулярной глаукомой. потому что они запускают те же каскады реакций, что и простагландины и, соответственно, поллерживают и воспалительный, и геморрагический, и неоваскулярный синдромы. При необходимости нужно проводить и системную гипотензивную терапию. Не менее важное значение имеет программа медикаментозного лечения, направленная на купирование преобладающих клинических синдромов.

Поскольку гипоксия является пусковым моментом в развитии неваскуляризации, поэтому панретинальная лазеркоагуляция ких пациентов уже на самой первой, прерубеотической, стадии. На следующих стадиях возможно выполнение транссклеральной диодной лазерной циклодеструкции как в моно ее варианте, так и комбинации с другими вариантами лечения. В последние годы в арсенале врача-офтальмолога появилась возможность воздействовать еще на одно звено патогенеза неоваскулярной глаукомы – вазопролиферативный фактор роста сосудов. Препарат луцентис предотвращает взаимодействие VEGF-A с его рецепторами на поверхности клеток эндотелия (VEGR1и VEGR2), подавляет пролиферацию патологических сосудов и останавливает прогрессирование неоваскуляризации. Применение анти-VEGF терапии у пациентов с неоваскулярной глаукомой патогенетически обосновано в комбинации с панретинальной лазеркоагуляцией, а также при подготовке пациента к хирургиче-

К сожалению, лечение неоваскулярной глаукомы, особенно на развитой стадии ОУГ и ЗУГ, представляет большие сложнообязательно должна быть выполнена у та- сти из-за недостаточной эффективности консервативного и традиционного хирургического лечения и значительного числа интра- и послеоперационных осложнений. Существующие способы ее хирургического лечения, такие как трансклеральная циклодеструкция, трабекулоэктомия и ее модификации, а также другие операции фильтрующие типа, не дают ожидаемого гипотензивного эффекта, что связано с неконтролируемым рубцовым процессом, который идет в зоне хирургического вмешательства, и у пациентов достаточно быстро возникает рецидив повышения ВГД. Имеются многочисленные данные об использовании антиметаболитов, препаратов, предотвращающих развитие рубцового процесса, таких как 5-фторуроцил, метамицин С, однако применение их может повлечь ряд осложнений, связанных с токсическим воздействием на ткани, поэтому их следует применять с большой



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ ТРАВАТАН* (травопрост 40 мкг/мл

ологическое действие. Травопрост – синтетический аналог простагландина F2α, является высокоселективным агонистом простагландиновых рецепторов FP и снижает внутриглазное давление путем увеличения оттока водянистой влаги. Основной механизм действия препарата

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

детский возраст до 18 лет, беременность и период кормления грудью. Состоржностью. При афакии, псевдоафакии с разрывом капсулых хрусталика передней или задней камеры, у пациентов с риском развития кистоидного макулярного отека.

Способ применения и дозы. Местно. По 1 калле 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 ООО «Алкон Фармацевтика»: давления. В этом случае интервал между их применением должен составлять не менее 5 мин.

кона глазные капли следует использовать в течение 4 нед в**ения.** При температуре 2-25°С, в недоступном для детей

БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕПАРАТЕ СМОТРИТЕ В ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

нения, 2008, Том 24, №11, 3023-3027

. Garcia-Feijoo J, Martinez-de-la-Casa JM, Castillo A, Mendez C, Fernandez-Vidal A, Garcia-Sanchez J. Circadian 2002_22/91:1089-1697. (Гарсия -Фейджо и авторы Циркадианная гипотензивная эффектив гического раствора травопрост 0,004% по сравнению с латанопростом 0,005%. Соврег чеследования и мнения, 2006, Том 22, №9, 1689-1697). IOP-lowering efficacy of travoprost 0.004% ophthalmic solution compared to latan 2006;22(9):1689-1697. (Гарсия -Фейджо и авторы Циркадианная гипотензивная



укомы приоритет, видимо, нужно офтальмии. Если есть хоть какойотдавать дренажной и клапанной хирургии.

В настоящее время одно из первых мест в хирургии неоваскулярной глаукомы занимают операции, в ходе которых для снижения ВГД имплантируются различные дренажи. При этом можно выделить две зовался и продолжает использогруппы дренажных устройств: бесклапанные и клапанные.

Бесклапанные дренажи чаще всего трубчатые, берущие начало от работ E. Epstein (1959). Первый эксплантодренаж, предложенный А. Molteno в 1968 году, представлял собой соединение дренажной трубочки с акриловой «тарелкой» диаметром 13 мм. В настоящее время широкое применение нашли минишунт Ex-PRESS® и лейкосапфировый эксплантодренаж. Основной проблемой вышеперечисленных артериального давления. На преустройств является выраженная и рубеотической стадии рекомендудлительная послеоперационная гипотония вследствие слишком большого, ничем не регулируемого оттока водянистой влаги.

Это послужило поводом для создания клапанных устройств, поддерживающих фильтрацию влаги при определенных значениях ВГД. Первым подобным устройством явился клапан Krupin-Denver (1980). Последняя его модель, предминает имплант Molteno, снабженный силиконовой трубочкой-клаработал клапанное устройство, состоявшее из трубочки, соединенной с силиконовым клапаном, заключенным в полипропиленовый корпус-резервуар. Клапанный механизм состоит из двух мембран, работающих на основании эффекта Venturi. Давление открытия составляет 8,0 мм рт.ст.

Энуклеация, операция по удалению глазного яблока, еще совсем недавно была достаточно частым хирургическим вмешательством с целью купирования болевого и гипертензионного синдрома у па- сохранения возможных зрительных циентов с рефрактерной глаукомой различного генеза. На сегодняшний день ее выполняют край- ей, а затем обязательно проведение не редко, при отсутствии эффекта панретинальной лазеркоагуляции от других мероприятий, при перфорациях глазного яблока или риске зованным офтальмотонусом.

При лечении неовасулярной гла- возникновения симпатической то шанс спасти глаз, нужно обязательно его использовать. За послелние шесть лет частота энуклеации в нашем центре составила не более 1-2 случаев в год.

Ретробульбарная алкоголизация - этот метод также испольваться, однако мы считаем, что он имеет очень большое количество осложнений, в том числе и угрожающих жизни, и поэтому мы не рекомендуем его использовать.

Так, комплексный подход к ле-

чению неоваскулярной глаукомы у пациентов с сахарным диабетом на разных стадиях ее течения следует рассматривать следующим образом: на всех стадиях обязательна компенсация углеводного и липидного обменов, коррекция ется выполнение панретинальной лазеркоагуляции. На стадии рубеоза радужки к вышеуказанному комплексу следует подключить инъекции ингибиторов ангиогенеза. На стадии ОУГ нелегко бывает разобраться, особенно когда пациент приходит с очень высоким ВГД (40-50 мм рт. ст.), с чего начать лечение? Известно, что выполнение панретинальной лазеркоагуляции ложенная в 1994 году, очень напо- на стадии ОУГ может привести к полному регрессу новообразованных сосудов и в последующем паном. В 1993 году М. Ahmed раз- пациентам, возможно, не потребуется оперативное вмещательство. Поэтому мы рекомендуем первым этапом у таких пациентов проволить мошную гипотензивную терапию, при снижении ВГД до оптимальных значений выполнить панретинальную лазеркоагуляцию сетчатки, при отсутствии эффекта от местной и системной гипотензивной терапии – решение вопроса об анти-VEGF терапии и хирургическом лечении. На стадии ЗУГ необходимо сразу готовить пациента к операции. Первым этапом с целью функций – хирургическое лечение в сочетании с анти-VEGF терапиуже на спокойном глазу с нормали-

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ



огласно медицинской статистике, воспалительные забо-✓ левания глаз являются самой распространенной глазной пато- хинолоны.

логией. В России число больных достигает 16 миллионов человек для клинического применения ские изменения (в т.ч. клеточной в год. Основными клиническими с начала 80-х годов (II поколение), стенки и мембран) и быструю гиформами глазных инфекций по локализации являются: конъюнктивит (66,7% общего числа пациентов с воспалительны-

ми заболеваниями глаз); • блефарит (23,3%);

• кератит (4,2%).

Препараты класса хинолонов, используемые в клинической практике с начала 60-х годов, по механизму действия принципиально отличаются от других антимикробных препаратов, что обеспечивает их активность в отношении устойчивых, в том числе ных капель, мазей.

кроорганизмов. Класс хинолонов ное средство из группы фторхи- ток нет ферментов, инактивирую- профилактика инфекционных освключает две основные группы нолонов (действующее вещество щих его. личающихся по структуре, актив- го применения в офтальмологии. лее высокой биодоступностью дей- закладывают за нижнее веко поности, фармакокинетике и широ- Механизм действия заключается ствующего вещества за счет микро- раженного глаза 3 раза в день в тете показаний к применению: не- в подавлении бактериальной ДНКфторированные хинолоны и фтор- гиразы, нарушении синтеза ДНК, Фторхинолоны, разрешенные вает выраженные морфологиче- ды глаза.

отличаются широким спектром бель бактериальной клетки.

ность фторхинолонов позволила Повышает проницаемость клеточразработать для ряда препаратов ной оболочки бактерий. (ципрофлоксацин, офлоксацин, ло-

 ципрофлоксацин) для местнороста и деления бактерий; вызы-

Действует бактерицидно на гра- на пораженной области слизистой менения препарата. Курс лечения чая стафилококки, высокой бакте- мотрицательные организмы в перицидной активностью и хорошей риод покоя и деления (т.к. влияет фармакокинетикой, что позволяет не только на ДНК-гиразу, но и выприменять их для лечения инфек- зывает лизис клеточной стенки), на грамположительные микроорга-

Высокая бактерицидная актив- низмы – только в период деления. ми микроорганизмами (острый и лоску мази. Затем медленно отпумефлоксацин, норфлоксацин) ле- не медленно, поскольку с одной риальная язва роговицы, хрониче- После этого следует закрыть глаза карственные формы для местного стороны, после действия Офтоци- ский дакриоцистит, мейбомит, ин- в течение 1-2 минут. применения в виде глазных и уш- про[®] практически не остается пер- фекционные поражения глаз после систирующих микроорганизмов, травм или попадания инородных

полирезистентных, штаммов ми- Офтоципро® – противомикроб- а с другой – у бактериальных кле- тел), пред- и послеоперационная

Болезни слезной пленки — наиболее частая ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К ОФТАЛЬМОЛОГУ

ЛЕКЦИИ

Болезни слезной пленки или Болезнь «сухого глаза»?

Г.С. Полунин, Е.Г. Полунина

ФГБУ «НИИГБ» РАМН. Москво

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

Продолжение. Начало в №2 / 2012.

Современные методы лечения БСП

Несмотря на успехи в изучении этиологии и патогенеза БСП, лечение этих больных представляет собой весьма сложную и все еще далекую от оптимального решения задачу. Терапия БСП имеет этиологическую и симптоматическую направленность в зависимости от причины возникновения основного заболевания. Однако исследований в этой области пока нелостаточно. Вместе с тем имеются отдельные сообщения, указывающие на особенности лечения в зависимости от этиологии БСП. Пациентам с синдромальными проявлениями показано проведение базовой терапии и наблюдение у специалистов соответствующего профиля. При условии наличия ограниченной офтальмологической симптоматики проволится местное лечение

Необходимо уже на ранних стадиях назначать нефармакологическое лечение, которое включает информирование пациента о причинах заболевания, о необходимости проведения гигиены век и согревающих процедур, массажа, физиотерапии и т.д., о факторах риска: внешней среды, медикаментов, низкой влажности воздуха и работы на компьютере. Однако нефармакологическое лечение имеет плохой комплаенс среди пациентов, они, как правило, не выполняют назначенные процедуры. Назначение противовоспалительных средств более воспринимается пациентами.

Общие принципы лечения БСП можно подразделить на несколько основных групп:

- применение слезозаменителей: фармакологическая стимуляция
- слезопродукции;
- применение блокирования слезных
- использование лечебных контактных
- противовоспалительная терапия: применение муколитических средств;
- витамин А в лечении сухого
- кератоконъюнктивита; - хирургические методы лечения;
- гигиена глаз:
- соблюдение зрительного режима (частота морганий, ограничение зрительной нагрузки и др.);
- терапевтическая гигиена век теплые компрессы; самомассаж.

Одним из основных компонентов лечения БСП является заместительная терапия, проводимая в виде инстилляций слезозаменителей - «искусственная слеза». Принцип действия этой группы препаратов основан на восполнении дефицита водного слоя прекорнеальной слезной пленки и удержании слезной пленки в стабильном положении. Это очень важно, так как при аномалии прекорнеального слоя слезной пленки происходит нарушение смачиваемости и повреждение эпителия, что ведет к развитию дистрофических изменений роговицы и конъюнктивы, а также к стойкому хроническому дискомфорту у больных.

Начиная с XIX века, в качестве препаратов искусственной слезы стали использовать водные растворы поваренной соли, раствор Рингера, водные растворы глицерина и различные масла. Несколько десятилетий назад в терапии ССГ стали отдавать предпочтение природным полимерам, а именно

сыворотке аутокрови, сухой плазме и другим. В связи со сложностью производства и недостаточной эффективностью данных препаратов они были заменены искусственными полимерами.

Современные препараты представляют собой водные растворы гидрофильных биологически инертных полимеров (производные метилцеллюлозы, поливиниловый спирт, поливинилпирролидон, полиакриловая кислота, карбомер, гиалуроновая кислота и др.) с включением различных консервантов и неорганических солей. Для достижения желаемого эффекта упомянутые препараты ежедневно инстиллируют в больной глаз с периодичностью до 6 раз в сутки. Терапия проводится перманентно на протя-

жении многих лет жизни пациента. Отдельные авторы считают, что применение некоторых препаратов искусственной ние осмолярности слезы при использовании ее заменителей. Большая часть современных препаратов искусственной слезы имеет осмолярность ниже физиологической нормы (от 200 до 260 mOsm/1). Это положительно влияет на регуляцию гидратирования тканей, микрокистозный отек и адгезию эпителия с подлежащей стромой. В связи с этим было выдвинуто положение об обязательном измерении осмолярности слезы для определения оптимальной концентрации вводимого раствора с целью создания прочной прекорнеальной пленки.

Исследования Холи с соавторами показали, что даже закапывание гипотонического раствора снижает осмолярность слезы через 1 минуту после инстилляций с 300-311 mOsm/1 до 285 mOsm/1.

В состав препаратов искусственной слезы входят также консерванты: бензалконий хлорид, хлорбутанол, хлоргексидин и др. Так как консерванты оказывают токсическое действие на поверхность роговицы, в связи с этим разрабатываются препараты искусственной слезы без консервантов. Применение препаратов без консервантов снижает десквамацию клеток роговичного эпителия. В настоящее время широко применяются глазные капли, помещенные в систему «КОМОД» (Урсафарм, Германия), которая представляет собой герметичное дозаторное устройство, позволяющее хранить растворы без консервантов - это пролонгированные слезозаменители Хило-комод, Хиломакскомод и др.

Для поддержания постоянства электролитного состава, величины рН (7,2-7,5) и осмолярности (150-300 мосм/л) в состав препаратов входят микроэлементы и буферные системы.

Основным недостатком препаратов искусственной слезы на водной основе являлась необходимость их частых инстилляций. В некоторых случаях, из-за нелостаточной вязкости, препараты этои группы не фој мировали качественную слезную пленку. В последнее время широко применяются препараты искусственной слезы на гелевой основе, которые обладают пролонгированным действием и в то же время из-за большей вязкости могут формировать более устойчивую слезную пленку при неровностях роговицы.

При отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта целесообразно применение комбинированной терапии из двух препаратов с различной вязкостью.

Выбор препарата искусственной слезы осуществляют, ориентируясь на показатели стабильности слезной пленки и субъективные ощущения больных на фоне проводимой терапии. В дальнейшем оптимальный для каждого конкретного больного препарат или комбинацию препаратов инстиллируют с частотой в зависимости от чувства диском-

Следует отметить, что последнее время большое внимание стали уделять механизму действия слезозаместительного препарата.

Так, отдельные слезозаменители замещают муциновый слой слезной пленки (Офтагель, Визин чистая слеза), следовательно, их назначение оправдано при муцинодефецитной форме «сухого глаза», также разрабатываются слезозаместительные препараты, замещающие липидный компонент слезной пленки.

Помимо применения препаратов искусственной слезы, для стабилизации прекорнеального слоя и разработки способов пролонгирования их действия неоднократно предпринимались попытки воздействия непосредственно на процесс слезоотделения. Ограничение показаний к их применению связаны с необходимостью существования условий резервных возможностей слезопродукции. Наличие кардиоваскулярных и гастроинтестинальных побочных реакций после применения раствора пилокарпина снизило показания для использования этого препарата в целях стимуляции слезопро дукции. К стимуляторам относятся бромгексин и элоизин, применение которых ограничено из-за раздражающего действия на ткани роговицы. Последние исследования на животных моделях предполагают наличие многоступенчатого нейромодуляторного механизма управления секреции слезы. Эти данные могут сформировать новое направление в поиске препаратов, регулирующих слезопродукцию.

Исходя из того что в нормальных условиях слезная жидкость оттекает из глаза через слезные пути в полость носа, одним из методов лечения ССГ, с целью сохранения слезной секреции, применялись различные

способы блокирования слезных точек: прижигание, введение желатина или различных клейких тканей, таких как, например, N-бутил цианоакрила непосредственно в слезные канальцы. В качестве имплантантов используют жесткие силиконовые обтуранты (Feeeman J.M., 1975), которые вводят в канальны с помощью пинцетов или проводников. Силиконовые обтуранты удерживаются в канальцах в течение многих месяцев. При необходимости они могут быть извлечены. Все эти методы имели один существенный недостаток – полное выключе-

ние слезовыводящих путей. В настоящее время, с целью обтурации слезоотводящих путей, применяются коллагеновые заглушки. Продолжительность их действия ограничена 5-7 сутками, в течение которых происходит постепенное растворение коллагена. Также используется ношение герметизирующих очков. В их конструкцию дополнительно введена плотная водонепроницаемая панель, которая крепится к оправе и плотно прилегает к коже лица. Кроме того, к внутренней поверхности этой панели может быть прикреплена губчатая ткань. предназначенная для периодического увлаж-

При поражении роговицы при БСП (дистрофические изменения, нитчатый и буллезнонитчатый кератит, а также кератопластические операции) возникает необходимость защиты ее от неблагоприятных воздействий внешней среды, способствующих усилению процесса испарения влаги с поверхности глаза, с одной стороны, и созданию условий





Противомикробное средство Офтоципро®

антимикробного действия, вклю-

структуры (размер частиц меньше 10 микрон), что обеспечивает хоро- 5 дней применяют препарат 2 раза шее проникновение в ткани и сре- в день. В случае развития тяжело-

тельный защитный лечебный слой кробный эффект.

Применяется при инфекцион-

ложнений в офтальмохирургии.

чение 2-х суток. Затем в течение го инфекционного процесса мазь Хорошие адгезивные свойства закладывается каждые 3-4 часа, Офтоципро® обеспечивают дли- по мере уменьшения явлений воспаления уменьшают частоту приоболочки и надежный противоми- не должен превышать 14 дней. Для введения мази следует осторожно оттянуть нижнее веко вниз но-воспалительных заболеваниях и. слегка нажав на тюбик, ввести глаз, вызванных чувствительны- в конъюнктивальный мешок поподострый конъюнктивит, блефа- стить веко и прижать его с поморит, блефароконъюнктивит, кера- щью ватной палочки или ватнотит, кератоконъюнктивит, бакте- го тампона в течение 1-2 минут.

www.tatpharm.ru

Число пациентов, проводивших

курс лечения, человек

Таблица 1

17,5%

22,5%

40%



Рис. 7. Микротубы Маскина (США) для внутрипротокового дренажа мейбомиевых желез

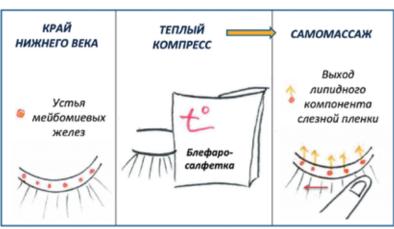


Рис. 8. Схема проведения терапевтической гигиены век

ного покрова и улучшения зри- кислорода роговицей глаза с 70%-й ские методы лечения могут приметельных функций, с другой. С этой МКЛ происходит в первые сутки няться в особенно тяжелых случаях. целью применяются лечебные контактные линзы.

К использованию контактных линз относятся достаточно осторожно в связи с возможным риском развития инфекционных осложнений, хотя их эффективность подтверждена при нитчатом кератите. Доказана возможность использования и определены оптимальные сроки ношения высокогидрофиль- нежелательно. Однако при других пациентам, что хороший терапевных 70%-х лечебных мягких контактных линз (МКЛ) как симптоматического средства в лечении тяжелых форм проявления сухого кератоконъюнктивита для достижения эпителизации и зрительной реабилитации. По клиническим наблюдениям, в сроки до 10 дней, как правило, заканчивается эпите- тей или сгустков муцина. Вязкость пациентов с болезнью слезной лизация поверхности роговицы и происходит дальнейшее постепенное повышение остроты зрения на Однако этот препарат обладает раз-0,2-0,3. При этом максимальное дражающим действием.

для восстановления эпителиаль- снижение скорости потребления и составляет 27%. В течение послеция и повышение скорости потре- от общего числа пациентов с болезбления кислорода на 3% и стабилизация этого показателя.

бует системного контроля

нической картины характерно на- для век, которые назначил врач. личие застойной слизи в виде нимуцина снижается при использова- пленки отводится гигиене глаз,

рицирующих средств, витамина A 10% димексида на область слезной ние 70% высокогидрофильных лечебных мягких контактных линз.

При недостаточной эффективности консервативной терапии используют хирургические методы лечения, в частности, пластику конъюнктивой по Кунту и амниопластику. Как правило, хирургиче ское лечение проводится на фоне консервативных методов лечения при тяжелых формах ССГ.

Таким образом, существует большое количество способов лечения БСП. При выборе метода и объема лечения исходят из этиологии и патогенеза развития нарушений слезной пленки. С развитием хирургии, в частности, кератопластики, актуальность приобретает изучение особенностей патогенеза и подхода к лечению БСП как при фоторефракционных операциях, так и при любых других полостных операциях, связанных с повреждением поверхности глаза, включая экстракцию катаракты, антиглаукомные операции, витреоретинальные вмешательства и т.д. Разрабатываются специальные инструменты и техники операций на мейбомиевых железах (например, Митчелл Джексон, США) (рис. 7). Конечно, хирургичедующей недели происходит адапта- ся нечасто и составляют около 1% Одним из методов лечения БСП зультаты лечения при применении является применение кортикостеро- несложных способов терапевтичеидов. Вообще, применение кортико- ской гигиены век с помощью спестероидов и антиметаболитов в ле- циальных средств. Однако следует чении кератоконъюнктивита Сикка помнить и настойчиво объяснять состояниях, таких как пемфигоид и тический эффект достигается тольсиндром Стивенса-Джонса, их при- ко при хорошем комплаенсе. То есть менение может быть эффективным. только тогда, когда пациент неукос-В любом случае их применение тре- иттельно регулярно и ежедневно от соблюдения самим пациентом проводит профилактические гиги-У ряда пациентов с БСП для кли- енические и лечебные процедуры

Итак, особое место в лечении нии 10% или 20% ацетилцистеина. которая включает соблюдение тическую гигиену век.

Как правило, проводится сочетанная терапия БСП. Так, альтернативная схема лечения СКК (в том числе при лечении синдрома Съегрена) предложена Т.Н. Сафоювой. В зависимости от стадии заболевания автор предлагает применение слезозаменителей, дезинэлектрофореза лизоцима из среды железы, окклюзии слезных точек силиконовой заглушкой, примене-

Спиртовая настойка календулы Мазь Демалон (по схеме) в сочетании со спиртовой настойкой календулы Блефарогель 2 в сочетании со спиртовой настойкой календуль Другое лечение (дегтярное мыло, гидрокортизоновая мазь, валокордин)

Средства, применявшиеся для

лечения до обращения в отделение

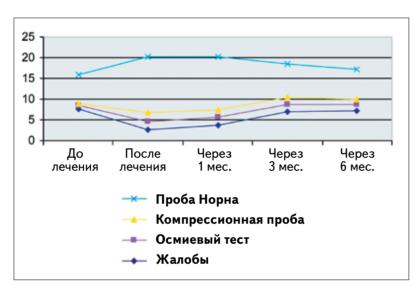
!! У 35% (28 человек), несмотря на проводимое лечение общепринятыми средствами (спиртовая настойка календулы, мазь Демалон и др.), не было достигнуто желаемого результата.

Основные средства для лечения блефаритов,

применявшиеся пациентами до обращения

в отделение терапевтической офтальмологии

!! Выявлено, что использование спиртовой настойки календулы приводило к ухудшению показателей функциональных тестов на слезопродукцию, сравнимыми с результатами, получаемыми при отсутствии любого вида лечения данного заболевания.



пациенты показывают хорошие ре- Рис. 9. Динамика показателей в различные сроки после лечения

вать изменения со стороны слезомое главное, объяснить пациенту пленки тивность проводимого лечения зрительного режима и регулярного проведения терапевтической гигиены век.

Соблюдение зрительного режима включает субъективные фак- с помощью блефарошампуня. торы – при повышенной зрительной нагрузке (работа у компьютера, вождение автомобиля и др.) позволит эффективно обновлять желез. слезную пленку, делать перерывы помещение и увлажнять воздух.

Терапевтическая гигиена век — основа этиотропного лечения БСП

Уже более ста лет офтальмоло- ствами. Также в состав блефароги рекомендуют для лечения хро- шампуня входит водорастворимое нических и инфекционных конъ- оливковое масло, которое совмеюнктивитов бактерицидные, бак- щает в себе основные достоинства териостатические и противовос- масла – смягчает и питает кожу век палительные средства. При этом и препятствует ее преждевременнопациентам с хроническими блефа- му увяданию за счет высокого сороконъюнктивитами рекоменду- держания витамина Е и антиокется регулярный уход за глазами – сидантов. Водорастворимое олив-

Основным назначением гигиены ным свойством – питает волосяные век является восстановление и со- луковицы и таким образом стимухранение их здоровья, повышение и лирует рост ресниц. В то же время упругости и устранение морщинок водорастворимое оливковое масло кожи век. Защита век, особенно является «естественным» мылом – маргинального края, от вредного защищает кожу век от бактерий воздействия агрессивных агентов и очищает от сальных отложений, внешней среды, инфекций и пара- макияжа, чешуек, корочек. Входязитов является основой профилак- щее в состав блефарошампуня мягтики и лечения блефаритов и сухо- кое поверхностно-активное вещести глаз, так как правильная гиги- ство амисофт позволяет, сохраняя ена век способствует нормальному эластичность кожи и не вызывая

Врач-офтальмолог должен не функционированию различных жетолько правильно диагностиро- лез, нормализует обменные пропродуцирующей системы, но и, са- мирование полноценной слезной

> Процедуры гигиены век включают несколько этапов.

1. Очищение краев и кожи век и ресниц от бытовой пыли, инфекций, аллергенных загрязнений, клещей, продуктов секреции различных желез и остатков макияжа

2. Теплые компрессы на веки с блефаролосьоном для разжижения сального секрета и открыувеличивать число морганий, что тия устьев протоков мейбомиевых

3. Круговой самомассаж век в работе, по возможности выходить с блефарогелями для дренирования на свежий воздух, проветривать мейбомиевых желез и увлажнения кожи век.

> Санация конъюнктивальной полости при помощи глазных капель антибиотиков

Основой блефарошампуня яв-

торый обладает сорбирующими и дезинтоксикационными свойковое масло обладает замечательЛЕКЦИИ

раздражения глаз, также очистить поверхность век от макияжа и за- тах и конъюнктивитах, при налигрязнений, особенно в зоне роста чии показаний, проводят промываресниц. Усиливают эффективность ние и санацию конъюнктивальной блефарошампуня экстракты ле- полости. Промывание производят чебных трав - календулы, зелено- с целью удаления слизистых и пего чая, ромашки и гамамелиса, так- нистых выделений, содержащих

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

же входящих в его состав. кожи и нормализует жизнедеятель-

рогеля 2 составляет гиалуроновая са санации обычно составляет кислота, которая обладает высо- 5-7 дней. кими сорбирующими, очищающими и увлажняющими свойствами цим на эффективность гигиены и таким образом регулирует содер- век, является тщательность и режание влаги в коже век, очищает и гулярность проведения гигиениувлажняет кожу и повышает упруческих процедур. Отмечено, что гость век. Гиалуроновая кислота только при тщательном соблюде-- природное соединение, широко нии условий гигиенических пропредставлено в органах и тканях цедур можно добиться полного человека и животных, выполняет лечения блефаритов, демодекоза разнообразные функции, включая век и нормализовать секрецию слерегуляцию уровня влаги в тканях и зы. Нерегулярное и некачествен- Разработка методов процессы миграции и дифференци- ное проведение процедур, хотя ровки клеток. В глазу гидратирован- и уменьшает признаки заболеваная гиалуроновая кислота занимает ний и жалобы пациентов, но всеосновной объем глаза (около 90%). Основной обмен веществ в роговице и стекловидном теле глаза осуществляется через гиалуроновую логический тренинг: пациента инкислоту, поэтому нет более «глазного вещества», чем гиалуроновая кислота. В состав блефарогеля 2 включены препараты серы, обладающие антисептическими, акарицидными очищающими и дерматопротекторными свойствами. В оба блефарогеля включен экстракт алоэ, который обладает противовоспалительными, антисептическими и тонизирующими свойствами.

Очищение краев и кожи век и ресниц проводят с помощью ватного тампончика или ушной палочки. На ватный тампон наливают небольшое количество блефарошампуня и затем мягкими движениями очищают края и ресницы век. Это очень важная часть этапов гигиены век. Как было сказано выше – края век и ресницы являются своеобразным контейнером, в котором накапливается окружающая грязь, поэтому очищение поверхности век позволяет устранить неблагоприятное воздействие факторов внешней среды.

Теплые компрессы с блефаросалфеткой, пропитанной блефаролосьоном, улучшают обменные процессы в тканях век, что очень важно для дренирования выводных протоков мейбомиевых желез. В выводных протоках сальных желез накапливается сальный секрет, отдельные фракции которого становятся густыми при температуре от 34,4 до 35,7° и особенно при сухом воздухе, что приводит к образованию в протоках пробок, развитию застоя, что в свою очередь нарушает эвакуацию секрета из желез и нормальное кровообращение. Таким образом, создаются благоприятные условия для развития инфекций и клещей и усугубляется чего проявляются рецидивы, ко-

и менее неприятная для пациента тических механизмов, связанных

При инфекционных блефарибактерии, клещей, токсические В состав блефаролосьона (бле- и аллергенные продукты обмена. фаросалфетка) включены: экс- Для промывания применяют разтракт ромашки, обладающий очи- личные препараты слезозаместищающим, антисептическим и противовоспалительным действием, рекомендованных врачом. В некоэкстракт гамамелиса в качестве торых случаях назначаются противовоспалительные средства. Процетельного средства и экстракт зеле- дуру промывания лучше делать поного чая, который повышает тонус сле гигиенической обработки век, вечером. В течение дня 2-3 раза проводят инстилляции растворов Основу блефарогеля 1 и блефа- антибиотиков. Длительность кур-

Основным фактором, влияютаки полностью не избавляет от инфекций и клещей

С пациентами проводили психоформировали о том, что блефарит – заболевание хроническое, рецидивирующее, а следовательно, терапевтическую гигиену век необходимо проводить регулярно и ежедневно. Также для повышения эффективности терапии пациенту можно нарисовать простую схему (рис. 8), которая поможет пациенту осознать смысл проводимой

При возникновении ремиссии пациентам рекомендовали проводить тепловые компрессы с блефаролосьоном ежедневно по вечерам перед сном

Таким образом, регулярная гигиена век является основным и незаменимым способом профилактики и лечения заболеваний поверхности глаза, таких как блефариты, мейбомииты и синдром «сухого

Следует отметить, что, несмотря

на появление новых средств и спо-

собов ухода за веками, до сих пор

многие практические врачи рекомендуют применять и назначают средства и методы, появившиеся мпирически более ста лет назад. Согласно старым руководствам и учебникам, для содержания глаз в чистоте и очишения краев век рекомендуются промывания глаз вяжущими, обезжиривающими и антисептическими средствами, это растворы борной кислоты, азотнокислого серебра, сернокислого цинка, этилового спирта, эфира и различные спиртовые настоики растений. Часто назначаются мази на основе вазелина или ланолина. Эти средства приносят пациентам облегчение в течение очень непродолжительного времени, после течение блефаритов и сухости глаз. торые становится труднее лечить. Самомассаж век с блефароге- Спирт и спиртовые настои, таклем. Для улучшения кровообраще- же как вазелин и ланолин, часто ния в веках и конъюнктиве, а так- дают осложнения в виде локальже для дренирования желез, расположенных в этих образованиях, вызывают аллергические реакции рекомендуется массаж краев век. и приводят к образованию про-Массаж может проводиться либо бок и закупорке протоков мейбоврачом, в этих случаях с помощью миевых желез. Лечение с помощью стеклянной палочки, обычно под этих средств не учитывает сложместной анестезией, либо самосто- ной физиологии базальной слезоятельно пациентом - самомассаж. продукции и основ полноценного Следует отметить, что самомассаж функционирования мейбомиевых - значительно менее травматичная желез и соответственно патогенепроцедура, которую пациент может с нарушением функций секреции проводить ежедневно в домашних слезы и формирования слезной пленки (табл. 1).

Оценка эффективности лечения

	raomaa 2
ечения	Р
9	<0,01*
	>0,05

До лечения	Сразу после лечения	Р
7,57±2,05	2,65±1,09	<0,01*
1,84±0,69	1,5±0,71	>0,05
9,13±4,86	11,30±3,91	>0,05
0,85±0,61	2,07±0,78	<0,01*
0,54±0,67	1,97±0,77	<0,01*
6,96±3,20	13,5±4,87	<0,01*
61,51±22,35	67,04±21,36	>0,05
0,38±0,70	0	<0,01*
1,03±1,64	0,21±0,37	<0,01*
	7,57±2,05 1,84±0,69 9,13±4,86 0,85±0,61 0,54±0,67 6,96±3,20 61,51±22,35 0,38±0,70	7,57±2,05 2,65±1,09 1,84±0,69 1,5±0,71 9,13±4,86 11,30±3,91 0,85±0,61 2,07±0,78 0,54±0,67 1,97±0,77 6,96±3,20 13,5±4,87 61,51±22,35 67,04±21,36 0,38±0,70 0

^{*} парный критерий Стьюдента

терапевтической гигиены век и оценка их эффективности

Как показали результаты исследования, проведенного в отделении патологии слезных путей НИИ ГБ РАМН, в которое было включено 97 пациентов (66 пациентов основной группы и 31 пациент контрольной теста Ширмера I, осмиевого теста, ний в основной группе составила

гигиену век, показала высокую эффективность.

Для оценки эффективности ле- ским розовым (табл. 2). чения пациентов основной группы ность и количество жалоб, биоме-

группы), комплексная терапия па- компрессионной пробы, пробы циентов с болезнью слезной плен- Норна и толщину липидного слоя ки, включающая терапевтическую (по данным тиаскопии), степень эпителиопатии роговицы и окрашивание конъюнктивы бенгаль-

На фоне предложенного нами мы сравнивали следующие показа- лечения все пациенты отмечали тели до и после лечения: выражен- снижение количества и интенсивтрию слезного мениска, показатели сивность субъективных ощуще-





ходному уровню (рис. 9). основной группы после лечения но было у 7 пациентов (10,6%). показала следующие результаты: в 5 случаях (7,6%) были зафиксированы нормальные показатели; умеренное снижение высоты слезного мениска – у 32 пациентов (48,5%), значительное снижение – у 20 пациентов (30,3%) и у 9 пациентов (13,6%) слезный мениск отсутствовал. В среднем – 1,5±0,71 балла. Разница показателей не была статистически достоверной на всех сроках (p > 0.05)

У 35 пациентов (53%) основной группы после лечения выявлено незначительное снижение слезопродукции по данным теста Ширмера I, у 18 пациентов (27,3%) диагностировано умеренное снижение слезопродукции, нормальные показатели – у 8 пациентов ной группе в 36,4% случаев (24 (12,1%) и значительное снижение пациента) секрет МЖ был прослезопродукции – у 5 пациентов (7,6%) основной группы. Показатев среднем составили 11.3±3.9 мм.

лечения – 2,6, через 1 мес. – 3,6, цы до и после лечения обнаружено

При проведении осмиевого тес-

та в основной группе после лечения у 28 пациентов (42,4%) была выявлена нормальная функциопосле окончания курса лечения нальная активность мейбомиевых желез, у 22 пациентов (33,3%) зафункциональной активности МЖ и у 9 пациентов (13,7%) – значительное снижение. Отсутствие функциональной активности МЖ Биометрия слезного мениска после лечения диагностирова-В среднем степень функциональ 2,07±0,78 балла. Динамика функциональной активности МЖ была следующая: до лечения – 0,85 баллов, сразу после лечения – 2,07, через 1 мес. – 1,96, через 3 мес. – 1,76, через 6 мес. – 1,55 и через 12 мес. – 1.42 балла. При этом разница показателей до и после лечения была достоверна в сроки до 3 Mec. (p<0,01; p<0,01; p<0,04 coответственно). В сроки 6 и 12 мес. результаты осмиевого теста сохраняли ланные выше исходных, однако разница была статистически недостоверной (р>0,05). При проведении компрессион-

ной пробы после лечения в основзрачный и легко эвакуировался при легкой компрессии. У 21 па-На всем протяжении наблюдений изсь средней силой компрессии, сила компрессии выше средней и у



Через 2 недели после начала лечения

ной активности МЖ составила Рис. 10. Результаты лечения (клинический пример 1)



Рис. 11. Результаты лечения (клинический пример 2)



мутный, его эвакуации достига- куации секрета была необходима куировался. В среднем – 1,08±0,83 балла. Разница показателей в сроки 6 и 12 мес. была статистически недостоверной. Динамика показателей компрессионной пробы: сред-

нее значение пробы до лечения составило 2,45 балла, сразу после лечения – 1,08, через 1 мес. – 1,21, через 3 мес. – 1,57, через 6 мес. – 1,88 и 2,03 балла – через 12 мес. Статистически достоверная разница показателей до и после лечения сохранялась и через 3 мес. с момента прекращения лечения (р<0,01;

p=0.02; p=0.05).

При проведении пробы Норна в основной группе после лечения сле лечения была статистически у 40 пациентов (60,6%) были выявлены нормальные показатели, незначительное снижение времени разрыва слезной пленки зафикрезкое снижение – у 5 пациентов (7,6%) основной группы. Среднее размеров. время разрыва слезной пленки до лечения составляло 7,09 сек, сразу после лечения – 13,5 сек, че- сле лечения отмечалось уменьшерез 1 мес. – 12,8, через 3 мес. – ние выраженности десквамации 8,09, через 6 мес. – 7,08 и через эпителия роговицы, уменьшение 12 мес. – 6,7 секунд. При этом разница показателей до и после лече- зон ния была достоверна в сроки до 3 mec. (p<0,01; p<0,01; p<0,02). В сроки 6 и 12 мес. разница показателей пробы Норна становилась статистически недостоверной мы болезни слезной пленки: а – до

Результаты тиаскопии после после начала лечения. лечения были следующие: у 5 па- Таким образом, учитывая поциентов (7,6%) основной группы лученные результаты, можно забыли выявлены открытые «мра- ключить, что, несмотря на множеморные» структуры (13-30 нм), ственные методы лечения болезни у 32 (48,5%) пациентов – закры- слезной пленки, именно гигиена тые «мраморные» структуры (30- век является основой лечения 50 нм), «текучие» структуры ли- БСП. Благодаря этому направлепидов (50-80 нм) зафиксирова- нию в офтальмологии резко сокраны у 14 (21,2%) пациентов, у 12 цается число заболеваний поверх-(18,2%) – аморфная картина (80- ности глаз, таких как демодекоз, 90 нм) и у 3 (4,5%) пациентов об- инфекционные и аллергические наружены цветные структуры пер- блефариты, ячмени, халязионы, вого порядка (90-140 нм). В сред- болезнь слезной пленки и т.д. нем толщина липидного слоя в Простыми приемами ухода за веосновной группе после лечения ками должен овладеть каждый составила 67,04±21,36 нм. Тол- человек. Большая роль в этом обращина липидного слоя после лече- зовательном деле отводится пракния достоверно не увеличилась за тическим офтальмологам, которые время наблюдений (р>0,05). Сле- должны разъяснить пациентам недует отметить, что в 62,1% случа- обходимость ежедневного ухода за ев до лечения липидные структуры веками, благодаря которому знаимели вертикальную направлен- чительно улучшится качество их ность, сразу после лечения в 46,3% жизни.

циента (31,8%) секрет МЖ был у 16 пациентов (24,2%) для эва- 5 пациентов (7,6%) секрет не эва- случаев рисунок интерференции стал горизонтальным и увеличилась скорость распределения липилов по поверхности роговины.

На фоне комбинированного лечения (терапевтическая гигиена век, кератопротекторы) у всех пациентов (11 глаз) отмечалось восстановление эпителия роговицы в течение 2-3 недель (p<0,01).

Слабое окрашивание конъюнктивы бенгальским розовым после лечения отмечалось у 20 пациентов (16 глаз). Интенсивность окрашивания не превышала 3 баллов. B среднем – 0.21±0.37 балла. Разница между показателями до и подостоверна (р<0,01).

Импрессионное цитологическое исследование отпечатков конъюнктивы после лечения показасировано у 21 пациента (31,8%) и ло увеличение количества бокаловидных клеток, нормализацию их

> При проведении конфокальной биомикроскопии роговицы поколичества гиперрефлективных

> На рис. 10 и 11 приведены клинические примеры – пашиенты, которым проводилась комплексная терапия липидодефицитной форначала лечения, b – через 2 недели

Контактная коррекция зрения.

ОПТОМЕТРИЯ

Достижения и перспективы

С.А. Новиков

Кафедра офтальмологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова

Введение

ких месяцев до 100 лет. С момен- ного феномена. Асферическая опта изобретения до сегодняшнего тика с высоким разрешением (как дня КЛ претерпели существенные в очковых, так и в контактных изменения и стали сложным оп- линзах) помогает нейтрализовать тическим изделием медицинского назначения, требующим от вра- шающую способность зрительной чей большого объема специальных системы. Доказано, что асферичезнаний. КЛ в отличие от очков вы- ская оптика не только нейтрализывают в тканях глазной поверхно- зует сферические аберрации, но сти множество компенсаторно-при- и приводит к улучшению частотспособительных реакций, которые в некоторых случаях могут перей- глаза, то есть его модуляционных ти грань физиологической целесообразности и привести к формированию как донозологических сим- тории РФ доступно значительное птомокомплексов, так и некоторых количество марок мягких контактзаболеваний конъюнктивы и роговицы. Осложнения контактной кор- ду за ними ведущих фирм изготорекции зрения (ККЗ) встречаются вителей (162 наименования МКЛ, при разных режимах ношения, при 42 многофункциональных раствоиспользовании различных марок ра и 3 пероксидных системы). Это- смачиваемость, система увлажнелинз и дезинфицирующих средств му предшествовала большая рабодовольно редко и исчисляются не- та профильных научно-исследовасколькими случаями (от 4 до 21) на тельских и лечебных учреждений, 10 000 пользователей в год. Режим где проводились доклинические частой плановой замены мягких и клинические испытания. Как контактных линз (МКЛ) уменьшил же из этого изобилия выбрать ту риск инфекционных осложнений, единственную марку МКЛ и тот что привело к некоторому смеще- раствор, которые бы обеспечили нию проблем ККЗ в сторону созда- пациенту максимальный комфорт ния максимального комфорта при и безопасность в процессе эксплуиспользовании этого способа коррекции зрения. Абсолютное боль- Тем более что в публикациях раз- и комфортное применение МКЛ. шинство практикующих офталь- ных лет встречаются указания на их пациентов путем предупрежде- ней поверхности глаза, которые ния различных форм проявления можно диагностировать у пацицированного ношением КЛ и сим- менные методы диагностики, такие птоматической формы синдрома как конфокальная томография, оп- емости и уменьшения модуля упру-«сухого глаза», связанного с по- тическая когерентная томография вышенным испарением влаги из переднего отрезка глаза, конфоводно-муцовой фазы прелинзовой кальная микроскопия. Среди наизуются более эффективные способы нений указываются следующие: диагностики, в частности, виталь- уменьшение чувствительности ро- тров. В эволюционном ряду: минеувеличения микроскопа щелевой бульбарная гиперемия, изменение лампы, а также раннее назначе- формы роговицы, снижение потре- фторолигосилоксаны в сочетании средств, приводящих к улучше- говицы, увеличение размера кле- кающих и взаимонепроникающих нию состояния тканей поверхно- ток эпителия, уменьшение скоро- сеток (СГПМ, запантованный в РФ сти глаза и увеличению ощущения сти слущивания клеток эпителия, в 2005 году), наметился материало комфорта. Цель применения любого кор- и скорости заживления эпителия, – принципиально новый материал

ригирующего средства заключа- изменение проницаемости эпите- для производства МКЛ, о техничеется в достижении максимальной и появление патологического ских особенностях которого известостроты зрения на различных важ- прокрашивания, увеличение хруп- но пока только разработчикам. ных для практической деятельно- кости клеток эпителия, истончение сти человека дистанциях, биноку- эпителия, появление микроцист и кие как смачиваемость (определяелярности, стереоскопии, мышеч- вакуолей, отек роговицы, истонче- мая углом контакта), коэффициент но-рефракционного баланса. Дли- ние стромы роговицы, васкулярительно существующая дискуссия зация, изменение формы и размера работки поверхности) и включение о полной коррекции аномалий реф- клеток эндотелия. ракции сегодня приблизилась к своему завершению: большинство Параметры контактных специалистов приняли доказанную теорию периферического гиперметропического дефокуса как главной комфорт и безопасность причины прогрессирования миопической рефракции и признают, что КЛ создают более благопри- словленные свойствами матери- моотношений свойств полимеров, ятные условия для естественно- ала и технологией изготовления параметров контактных линз, пого физиологического восприятия (кислородная проницаемость, вла- казаний к определенному режиму зрительных стимулов. Кроме того, госодержание, модуль упругости, использования в разные годы ККЗ КЛ в значительной мере способ- обработка поверхности, защи- существовали различные классифи-

особенно в условиях пониженной освещенности. В настоящее время проблеме уменьшения аберраций корригирующей оптической системы придается большое значение, а многие новые диагностические приборы способствуют правильному решению этой проблемы. Абсолютное большинство пациентов предпочитают высокую Контактная коррекция зрения остроту в КЛ при любых условизаняла позицию альтернативно- ях освещенности. Почти половина го способа исправления аномалий пользователей КЛ и очков отмерефракции у пациентов всех воз- чают наличие вуалирующих ореорастных групп. Сегодня в мире кон- лов вокруг объектов окружающетактными линзами (КЛ) пользуют- го мира и хотели бы избавиться ся пациенты в возрасте от несколь- от этого нежелательного зрительэффект «гало» и улучшить разре-

> передаточных функций. В настоящее время на терриных линз (МКЛ) и средств по ухоатации этих средств коррекции: ентов со стажем, используя совреговицы, лимбальная гиперемия, бления кислорода эпителием роуменьшение количества митозов ведческий инновационный прорыв

линз, влияющие на

Различают параметры МКЛ, обуствуют уменьшению аберраций, та от ультрафиолета, тонировка, кационные подходы.

ния, устойчивость к отложениям). раметры МКЛ (диаметр, радиус кривизны, сагиттальная глубина, толщина в центре, геометрия края, форма наружной и внутренней поверхностей, профиль кислородной

Все эти параметры в сочетании друг с другом определяют как

Совершенствование силиконалов (СГПМ) происходило на основании придания им максимальной гидрофильности на фоне сохране ния высокой кислородной проницапоколения, в которых в связи с новыми технологическими решениясоотношения этих главных парамекрилат, 2-гидроксиэтилметакрилат,

Другие важные свойства КЛ, татрения (зависящий от способа обв полимер дополнительных систем увлажнения, оказывают существенное влияние на первичную адаптацию к КЛ v начинающих пользователей и нарастающее ощущение комфорта (или дискомфорта) у опытных пользователей.

Для лучшего понимания взаи-

Классификация контактных линз А.А. Киваева и Е.И. Шапиро

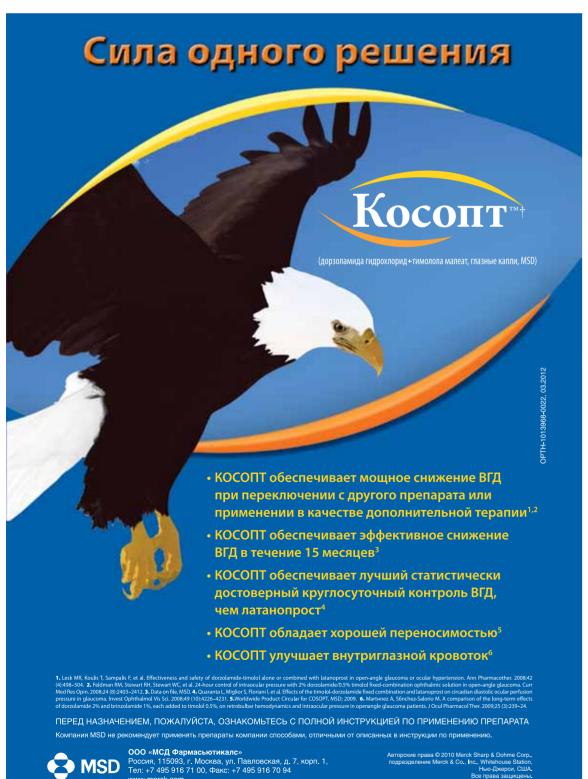
Жесткие линзы		Мягкие линзы					
газо- непрони-	газопроницаемые		низкогидро- фильные	высокогидрофильные			
цаемые			Частота замены				
			традици- онные		линзы плановой замены		
			онные	частой плановой замены	планово-сменяемые		непрерывного ношения
Po	ежим ношені	1 9	Режим ношения				
дневной	дневной	пролонги- рованный	дневной	дневной + пролонгиро- ванный	дневной + пролонгиро- ванный	гибкий	непрерывный
					носить, не снимая, очей подряд		
	Назначение		Назначение				
оптические, косметические		оптические, косметические, терапевтические					
сферические, торические, мультифокальные							

Классификация контактных линз

Вопросы изменений и уточнений классификаций в медицине сто в системе упорядочения накопленных знаний о предмете исследований, так как на основе знаний только классификаций уже можно сколько-нибудь компетентно представить уровень проработки той или иной проблемы. В ряде про- «Силикон-гидрогелевые линзы и

в их названиях и отражают остроту назревшего момента, связанного ствующую классификацию новых признаков: «Нужна ли V группа FDA?», «Новый взгляд на классификацию силикон-гидрогелвых линз», «Почему важен модуль упругости», тактных линз пользователями ежемесячной замены», «Будущее конблемных статей вопросы ставятся особенности проблемы дневного





ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

Мягкие КЛ

IV

Полугодовые

Гидрогелевые

Группы FDA

Традиционные

Годовы

Дневной

кул воды. Сейчас известны и су-

30 молекул воды одним элементар-

называются силикон-гидрогелями.

Ш

Гидрофильные свойства поли-

Немного о свойствах

полимеров

36

Однако необходимо учитывать, что в настоящее время в разработке материалов для контактных линз и практическом применении МКЛ происходят существенные изменения, которые требуют внесения некоторых дополнений и уточнений в принятую классификацию. Наиболее важными среди них являются разработка огромного количества новых полимерных материалов и появление силикон-гидрогелевых мягких контактных линз, которые не нашли своего места в классификации, разработка пресбиопических МКЛ, а также широсферических, торических и косметических линз.

Основа для рассуждений по поводу внесения изменений в известную классификацию – использовабыли предложены А.А. Киваевым бетом. Представляется перспективи Е.И. Шапиро – предназначение ным и использование МКЛ для диаконтактных линз, особенности ма- гностики прободных ранений, опретериалов и частота замены и ре- деления фильтрации влаги передней жим ношения [1].

Клиническое предназначение мягких контактных линз

По предназначению можно выдиагностические, косметические, линзы специального назначения.

Корригирующие МКЛ предназначены для коррекции миопии, гиперметропии, астигматизма, ния. В последнее время все больпресбиопии, анизометропии, в т.ч. шее значение придается защите и односторонней афакии. К ним относятся сферические, торические и мульфокальные МКЛ.

Лечебные МКЛ (ЛМКЛ) имеют следующие виды и предназначение: том воздухе или принимающим фо-

• бандажные – для купирования роговичного синдрома при эрозиили эрозии роговицы, а также ускодистых и гипоксических осложне-

• глазные пролонгированные лекарственные формы – для профилактики внутриглазной инфекции риоперационной и послеоперационной антибиотикопрофилактики); лечения воспалительных заболеваний глаз.

ALLERGAN

Ваша цель: Контроль глаукомы

и предотвращение прогрессирования заболевания

Наши возможности: Инновационный спектр

эффективных препаратов для контроля глаукомы^{2,3}

ст 0,3 мг/мл + тимолол 5 мг/мл), капли глазные – ЛСР-007278/10, Аллерган идин, 0,15%), капли глазные – ЛСР-008980/10, «Аллерган, Инк», США

Альфаган°Р

Диагностические МКЛ. Широко применяются линзы-индикаторы изменяющие свой цвет при наликамеры и применение определенной конструкции КЛ для суточного мониторинга на организменном уровне.

Косметические линзы. Применяются для коррекции различных врожденных или посттравматических дефектов глаз. Широкое распространение получили оттеночделить корригирующие, лечебные, ные (окрашенные) МКЛ, усиливающие естественный цвет глаз, а также цветные МКЛ, радикально изменяющие его.

> Линзы специального назначе глаз от ультрафиолетового излуче ния. Защитные МКЛ особенно рекомендуются пациентам с афакией, лицам, работающим на откры тосенсибилизирующие препараты.

Режим ношения: дневной – ях, дистрофиях роговицы, закры- подразумевает 8 часов ношения тия небольшой проникающей раны линз в день с одним свободным днем в неделю; гибкий – допускарения регенерации, лечения сосу- ется продлевать ношение на вечернее и ночное время; пролонгированный – допускается носить, не снимая до 6 ночей подряд; непрерывный – до 30 суток.

Линзы неплановой замены: (транспортной герметизации, пе- (1 раз в 6 месяцев и более) в настояшее время можно говорить как о факторе риска травматических, аллергических, инфекционных и иных осложнений глаз.

и документов ISO. 4. Классификация FDA (USA Food

> I – неионные или слабоионные гидрогели (содержание ионного компонента < 0,2%) с равновесным влагосодержанием < 50%; II – неионные или слабоионные

> гидрогели (содержание ионного компонента < 0,2%) с равновесным влагосодержанием > 50%; III – ионные гидрогели (содержа-

ние ионного компонента > 0.2%) с равновесным влагосодержанием < 50%;

IV – ионные гидрогели (содержание ионного компонента > 0,2%) с равновесным влагосодержанием

Классификация материалов FDA, которую мы взяли за основу, была разработана по принципу поведения материалов контактных линз в различных средах по уходу за линзами и по взаимолействию с белками и липидами, содержащимися в слезной жидкости. Но эта классификация была разработана, когда применялись линзы, изготовленные из гидрогелей, в основе которых использовался гидрокси-

лись в одну из четырех существу- конус вне прогрессирования. ющих групп классификации FDA. В общем виде предлагаемая класнесено в первую группу.

Однако в результате практического применения было установлено, что некоторые растворы и ма- ведческие аспекты териалы для линз взаимодействуют между собой, и это приводит в токсическому прокрашиванию рогови- изводстве мягких контактных линз, цы. Кроме того, кислородная про- относятся к классу полимерных гиницаемость также обусловливается дрогелей – полимеров, способных различными факторами. Это вла- поглощать большое количество госодержание гидрогелевых линз, воды, сохраняя при этом в гидратиобуславливающих размер пор по- рованном состоянии свойства тверлимера у гидрогелей и существо- дого тела. Полимерные гидрогели вание гидрофобной фазы у сили- на основе макромолекул природнокон-гидрогелевых линз, через ко- го (белки, полисахариды) и синтеторую в основном и транспорти- тического происхождения известруется кислород. Особенностью ны давно. Однако их применение большинства этих линз является в офтальмологии стало возможным модифицированная или специаль- только после изобретения О. Вихно обработанная поверхность, ко- терле, впервые применившего поторая обеспечивает комфортность лимер 2-гидроксиэтилметакрилата

Таблица 2 Классификация мягких контактных линз

Параметр	Характеристика параметра
По назначению	Корригирующие, лечебные, диагностические, косметические, специального назначения
Группа материала	I, II, III, IV, V
Тип материала по кислородной проницаемости	A, B, C
Режим ношения	Дневной, гибкий, пролонгированный, непрерывный
Частота замены	Ежедневная, частая плановая, плановая замена

Классификация материалов для МКЛ

В настоящее время существует несколько классификаций материалов для мягких контактных линз: 1. Классификация по коммерче-

скому названию линзы, например, Acuvue, Proclear, Soflens и т. д. 2. Классификация USAN (United States Adopted Name). Каждый вид

полимерного материала имеет собственное название, например, полиГЭМА – polymacon, сополимер ВП-MMA – lidofilcon и т. д.

3. Классификация ISO распределяет полимеры по группам на основании многочисленных стандартов

and Drug Administration – Управление США по контролю качества пищевых продуктов, медикаментов и косметических средств) разделяет все материалы на 4 группы:

использования их при использовании с одной стороны, видоизменяет свойства поверхности материалов, уменьшая возможность сорбции на них белково-липидных комплексов [1, 3-5]. Следует учитывать как большую распространенность, разнообразный ассортимент, так и появление третьего поколения силикон-гидрогелевых материалов. Это диктует необходимость выделения силикон-гидрогелевых материалов в отдельную

Кислородная проницаемость *Dk* (выраженная в Баррер), несомненно, является важным фактором, который обусловливает переносимость материала роговицей. По этому параметру все МКЛ можно было бы разделить на три типа:

А – до 60 Баррер (все гидрогели с содержанием влаги до 90 %): В – от 61 до 100 Баррер (силикон-гидрогели с содержанием вла-

ги 35-40%);

С – выше 120 Баррер (силиконгидрогели с содержанием влаги ме-

В последнее время наблюдается тенденция перехода на однодневное использование силикон-гидрогелевых линз [3].

Таким образом, для клинической классификации мы предлагаем внести такие наиболее значимые особенности материала, как указание на кислородную проницаемость и тип материала по классификации FDA с выделением силикон-гидрогелевых материалов в V группу (табл. 2).

Частота замены: ежедневная, частая плановая (раз в месяц и чаше). плановая замена (до трех месяцев). Классификация мягких контакт-

ных линз приведена в табл. 2. Под лечебным применением подразумевается их использование в ортокератологическом лечении (корнеорефракционная терапия), которая занимает промежуточное место между рефракционэтилметакрилат и его сополимеры. ными операциями и контактной По мере появления силикон- коррекцией зрения. Другим лечебидрогелевые материалы включа- ным показанием является керато

Большинство материалов было от- сификация представлена в табл. 3.

Некоторые материало-

Материалы, используемые в про-

поскольку он позволяет получить диметилакриламид (ДМАА). щественно более гидрофильные материалы с очень высокой кисполимеры, удерживающие до 20- лородной проницаемостью, сохраняя при этом достаточно высокий ным звеном. Для предотвращения уровень гидрофильных свойств. евой соли. полного растворения полимера в Следует признать, что технология воде макромолекулы соединяют производства таких материалов допоперечными связями - сшивка- вольно сложная и требует примеми. Сшивки не только ограничи- нения дорогостоящих компоненвают набухание полимера в воде, тов. По-видимому, именно это обно и придают гидрогелю дополни- стоятельство не позволяет СГМКЛ тельную прочность. Аналогичные вытеснить или хотя бы заметно функции выполняют звенья отно- потеснить МКЛ из обычных гидросительно гидрофобных мономеров, гелевых материалов, хотя такая К ним относятся мономеры триметаких как метилметакрилат (ММА) тенденция в последнее время наи винилацетат (ВА), которые вво- метилась. Этому в немалой степедят в макромолекулу в относитель- ни способствует распространение лилпропилвинилкарбамат (ТМСК) но небольших количествах. Пере- положительного опыта примене- и макромеры – обычно это поличисленные компоненты позволя- ния СГМКЛ не только для коррекют создать полимерные гидрогели ции аметропий, но и для устраны с концевыми (мет) акриловыдля МКЛ с влагосодержанием от нения признаков гипоксического ми группами. 30 до 90%. Следует отметить, что стресса роговицы при длительном количество воды, удерживаемое ношении обычных гидрогелевых ют и другие компоненты, придаюполимером, определяет не только инз, то есть для опыта примене щие линзам специальные свойства. его гидрофильные свойства (сма- ния силикон-гидрогелевых линз К ним относятся УФ-абсорберы, чиваемость, способность увели- в лечебно-корригирующих целях. обеспечивающие защитные функчивать размеры при поглощении Если обратиться к научной или па- ции, красители, применяемые при воды, а также обеспечивать пере- тентной литературе, то в ней мож- изготовлении косметических МКЛ, нос воды и ионов), но и способ- но обнаружить описание огромно- вещества, обеспечивающие линзам ность переносить кислород, что го количества химических соеди- диагностические свойства (наприделает ношение МКЛ комфорт- нений, которые могут выполнять мер, индикаторы, окрашивающиеным, без выраженных гипокси- функции упомянутых выше ком- ся при появлении в организме чеческих реакций роговицы гла- понентов. Однако рассмотрение ловека избыточного количества саза. Для повышения кислородной коммерчески доступных материа- хара). При создании линз терапевпроницаемости в гидрогели так- лов для МКЛ показывает, что на- тического назначения в структуру же могут быть введены кремний- бор веществ, применяемых в их полимера могут быть введены звесодержащие соединения - силок- производстве, весьма ограничен. нья мономеров, способствующих меры. Материалы такого типа Сродство к воде

сановые мономеры или макро-

Они могут быть однофазными по- Гидрофильные компоненты зволяют создавать разнообразные лимерными системами со случай- можно разделить на три группы.

ным распределением гидрофиль- 1. Гидроксилсодержащие соединых и силиконовых составляю- нения: ГЭМА, глицерилметакри- весь диапазон параметров полищих или бифазными материала- лат (ГМА), поливиниловый спирт мерных гидрогелей, применяемых ми, в которых существует граница (ПВС).

мера определяются химической природой функциональных групп, ответственных за связывание молекул воды, и их концентрацией. Некоторое значение имеет и характер распределения гидрофильзи. Как уже упоминалось, набор материалах для МКЛ ограничивасвязывать молекулы воды можно ные группы – амидные группы – карбоксильные группы в солевой нивать величиной эквивалентной массы (ЭМ), то есть молекулярной массы фрагмента макромолекулы, приходящейся на одну функциональную группу. Если молекулы построены из звеньев единственного мономера, то ЭМ совпадает с молекулярной массой (ММ) мономера. Исключением является ГМА, молекула которого содержит две ги-ЭМ меньше ММ в 2 раза. Из приведенных в табл. 1 ЭМ для наиболее известных гидрофильных полимеров ясно, почему влагосодержание поливинилового спирта (ПВС) достигать 90-95%, тогда как данный параметр для полигидроксиэтилметакрилата (ПГЭМА) и поливишает соответственно 38 и 70-80%. Карбоксильные группы в форме ионный характер, по способности гидратироваться многократно преамидные группы. Так, нами показано, что введение в состав ПГЭМА всего 3 мол.% МАК увеличивает его влагосодержание более чем в ется важнейшей характеристикой материала, применяемого для изго-3. Ионогенные мономеры: метатовления МКЛ. Этот параметр устакриловая кислота (МАК), применянавливает связь между объемныемая, как правило, в форме натрими и линейными размерами линзы

в сухом и гидратированном состоянии и, следовательно, определяет режимы производства МКЛ, которые на начальных стадиях процесса пребывают в сухом состоянии. Способность гидрофильных полимеров поглощать влагу из атмосферы требует строгой регламентации относительной влажности производственного помещения. Это особенных групп в макромолекуле, их но важно при производстве МКЛ подвижность и способность взаи- с высоким влагосодержанием (70% модействовать друг с другом, об- и выше). Известно, например, что разуя, например, водородные свя- полимер ВП может содержать 15% воды при относительной влажногидрофильных функциональных сти воздуха 50% [5]. Влагосодергрупп в коммерчески доступных жание также оказывает существенное влияние на транспорт воды ется всего тремя типами, которые и содержащихся в ней ионов чепо мере возрастания способности рез линзу. Следует заметить, однако, что простой связи между влагорасположить в ряд: гидроксиль- проницаемостью и содержанием воды в гидрогеле нет. Так, бифазные силикон-гидрогели при одном форме. Содержание функциональ- и том же содержании воды именых групп в полимере можно оце- ют более высокую влагопроницаемость, чем обычные гидрогели [21]. Транспорт воды через линзу обусловливает гидрофильные свойства обеих ее поверхностей, уменьшает испарение воды с наружной поверхности и обеспечивает линзе адекватную подвижность на глазу, что замедляет процесс отложения веществ, содержащихся в слезной жидкости. Для описания поверхдроксильные группы. В этом случае ностных гидрофильных свойств гидрогеля часто применяется термин «смачиваемость». Этот показатель можно охарактеризовать величиной краевого угла смачивания. К сожалению, в технической докуи полиакриламида (ПАА) может ментации и рекламных проспектах данный параметр обычно не приводится. По нашим собственным данным, краевой угол смачивания нилпирролидона (ПВП) не превы- для МКЛ из обычных гидрогелей составляет 30° или меньше, а для МКЛ из силикон-гидрогелей нахо--COONa, придающие полимеру дится в пределах 45-55° [1, 3, 9]. То есть указанные величины смачиваемости достаточны для созвосходят как гидроксильные, так и дания необходимого количества воды в подлинзовом пространстве, что исключает ее прямой контакт с роговицей глаза. Прежде чем перейти к обсуждению других харакв значительной степени они связаны с гидрофильными свойствами

37

Продолжение следует



Классификация контактных линз (Новиков С.А., Рейтузов В.В., Кольцов А.А., 2010)

По материалам

По сроку замень

По режиму ношения

По назначению

Силикон-

гидрогелевые

Квартальные

Гибкий

Жесткие КЛ

Двухнедельные

Ортокерато-

логические

Плановой замены

Газонепроницаемые

Однодневные

Ночной

(ортокератологические)

Гидрофобные компоненты –

это ММА, ВА, сшивающие мономе-

ры, например, этиленгликольдиме-

такрилат. В эту же группу входят и

кремнийорганические соедине-

ния, которые по своей природе яв-

ляются даже более гидрофобными

соединениями, чем ММА или ВА.

лат (ТРИС), триметилсилоксиси-

В производстве МКЛ использу

удерживанию в МКЛ лекарствен-

ных веществ. Таким образом, пред-

ставленные выше компоненты по-

полимерные материалы, охватыва-

ющие по своим характеристикам

в производстве современных МКЛ.

Газопроницаемые

Оптические

Месячные

(непрерывный)

COBPEMENTIBLY ROTTO к дополнительной коррекции зрения: - рефракционные - дифракционные - торические инпраскулярные линзы AddOn от компании 1stQ (Германия) Эксклюзивный дистрибьютор в России г. Москва, тел./факс: (499) 901-44-49 г. Новосибирск, тел./факс: (383) 218-33-15 polist@polist.ru www.polist.ru

Авторская программа Андрея Щуко

«Медосмотр». Иркутское телевидение.

Тема программы: Музыка и здоровье

Современного зрителя, кроме заболеваний и методов лечения, интересует множество во-

просов: как выбрать врача и кому больше доверять — платной или бесплатной медицине;

как избавиться от вредных привычек; каков сегодня уровень подготовки специалистов

и доступность медицинской помощи в отдаленных районах области и т.д. Программу

«Музыка и здоровье» автор цикла передач «Медосмотр» А.Г. Щуко посвятил теме, напрямую

не связанной с классической медициной, однако те, кто заботится о своем здоровье, откроют

«Лишь музыки серебряные звуки Снимают, как рукой, мою печаль». (Уильям Шекспир

«Известно, что во многих регионах Земли ухудшается качество жизни, увеличивается заболеваемость, сокращается средняя продолжительность жизни. Возникает необходимость по-новому рассмотреть ключевые вопросы организации медицинской помощи, массового озлоровления общества в целом. В связи с этим актуальность приобре возможности организма человека. Осо бый интерес вызывает использование в медицине музыкального искусства – музыкотерапии»

> (С.В. Шушарджан. Музыкотерапия: история и перспективы)

А. Щуко: Здравствуйте, в эфире программа «Медосмотр». Мы начинаем новый сезон с особой темы: «Музыка и здоровье». Обычно мы обсуждаем вопросы, посвященные различным лекарственным препаратам, методам лечения и современной диагностике. Сегодня мы поговорим о воздействии музыки на организм человека. Мы пригласили в студию народного артиста России, лауреата Государственной премии, победителя Международного конкурса имени П.И. Чайковского, почетного гражданина города Иркутска – Дениса Мацуева.

Мы не будем притворяться и делать вид, что познакомились только сейчас. Денис мой троюродный брат и, поэтому мы будем общаться как привыкли.

Д. Мацуев: На брудершафт.

А. Щуко: Готовясь к этой передаче, я узнал много интересного. О благоприятном влиянии музыки на организм человека известно с давних времен. Музыкой врачевали в Древнем Востоке и уже тогда выяснили, что определенные ноты воздействует на специфические органы: на печень и желчный пузырь – «до», на сердце и тонкий кишечник - «ля», легкие и толстый кишечник -«ре», желудок – «ми», почки и мочевой пузырь - «соль». Если человек страдает сердечно-сосудистой патологией, то тональность «ля минор» – самая удачная, чтобы расслабиться во время лечения, до и после операции. Существуют экспериментальные и лечебно-клинические методы музыкальной терапии. Музыка очень хорошо помогает расслабиться хирургам во время операции. У нас в МНТК в операционной обычно звучит музыка. Хотелось бы узнать твое мнение, слушаешь ли ты музыку в лечебно-профилактических целях?

Д. Мацуев: Теперь я понимаю, почему у Моцарта столько концертов «соль мажор». Ты для меня открыл неизвестные свойства нот. Я их знал, но то что они каким-то образом связаны с органами человека, для меня новость. Я вообще называю сам процесс выхода на сцену - «сценотерапией». Этот термин мы придумали с Владимиром Спиваковым. При выходе на сцену происходят магические, даже мистические вещи. Мы играем до 150 концертов в сезон в странах с разными часовыми поясами и климатическими vcловиями. Неудивительно, что часто чувствуешь себя не очень хорошо. Однако, когда



выходишь на сцену, что-то происходит внутри тебя. Кажется, что и публика меняется.

для себя массу интересного.

Магия сцены и классической музыки необъятна. Мы знаем много случаев, когда знаменитые актеры в полубольном состоянии, выходя на сцену, абсолютно преображались. Например, Аркадий Исаакович Райкин, который болел всеми болезнями. Или Курт Мазур, немец, один из самых гениальных дирижеров современности, который руководил Нью-Йоркской филармонией и многими другими мировыми оркестрами. Я с ним недавно играл. Ему 85 лет, он страдает болезнью Паркинсона. В жизни у него ужасно трясутся руки, но, когда он выходит на сцену, тремор пропадает. Вот когда можно с уверенностью сказать, что сцена дей-

Врачи и психологи утверждают: творчество обладает мощной исцеляющей силой. Сцена лечит и артистов, и тех, кто приходит в зал. В Японии во время моих ежегодных Токийских концертов, на которые я езжу в течение 18 лет, присутствуют инвалиды. В зале для них выделены специальные места.

Японские врачи, с которыми я общался, говорят, что их пациентам становится лучше по некоторым показателям. Я убежден, что концерт классической музыки будет очень полезен не только инвалидам, но и простым людям, которые живут в безумном ритме, в мире, где с экранов телевизоров нескончаемым потоком льется негативная информузыка – это не просто развлечение, а тяжелая работа, к которой нужно подготовиться, даже к концерту Чайковского.

А. Щуко: Совершенно правильно. Исследования многих авторов показывают, что мелодичная музыка доставляет радость, а раздражающая дает прямо противоположный эффект. Для любителей музыки Альфреда Шнитке. Эдисона Ленисова сложные какофонные, авангардные произведения – это причудливый коллаж ощущений, звуков, эмоций. Я думаю, что публику, которая заполняет залы, такая музыка, скорее, шокирует. И в этом случае она не будет иметь

Д. Мацуев: Сейчас очень много людей предпочитают именно такую музыку. Но сии, и когда везде, от Камчатки до Калининворим о современной музыке, о додекафо- понимаю, что люди ждут хорошую музыку. нии. то при ее прослушивании задействуют- Концерты классической музыки очень попуся эмоциональные рецепторы. Только спецэффектами и энергетикой, которая идет со сцены, можно завоевать простую публику.

А. Щуко: Я хотел тебе сообщить факты, которые ты можешь и не знать. В 1816 году во Франции был издан первый библиографический словарь музыкальной терапии, в Великобритании во второй половине XX века был основан Институт музыкальной терапии, в настоящее время институты музыкальной терапии действуют в 15 странах, в том числе но, но я прилагаю к этому огромные усилия. во Франции, Германии и США. При ЮНЕСКО издается журнал «Музыкальная терапия». Сегодня, незадолго до нашей встречи, я прочитал научную статью в медицинском журнале о музыкальной терапии. Существуют заболевания, при которых музыкотерапия может уникальный человек, истинный просветипомочь как самостоятельное лечение и в комплексе с традиционной терапией в борьбе с неврозами, неврастенией, переутомлением, эпилепсией, бессонницей, гипертонией, га- Когда я рос, я слушал его лекции, мне хотестритом и т.д. Я уже говорил, что музыка помогает расслабиться врачам перед сложной

Ведущий: Андрей Щуко

Андрей Геннадьевич Щуко — автор программы, профессор, заслуженный врач России, главный офтальмолог Иркутской области, директор Иркутского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова». Андрей Геннадьевич – потомственный врач, в медицине с 1981 года. По мнению А.Г. Щуко, темы программ должны быть, прежде всего, близки автору, тогда и его гости будут интересными и разговор в студии понравится телезрителю, а значит, будет полезным.

Гость студии: Денис Мацуев

Денис Леонидович Мацуев (род. 11 июня 1975 года, Иркутск, РФ) – российский пианист и общественный деятель. Заслуженный артист РФ (2006), народный артист РФ (2011), лауреат Государственной премии РФ в области литературы и искусства. На сегодняшний день Денис Мацуев — один из популярнейших пианистов современности, который совмещает в своих музыкальных произведениях собственное новаторство и традиции русской фортепианной школы. С 1995 года солист Московской филармонии. Руководит многими благотворительными программами, проводит детские и юношеские музыкальные конкурсы, фестивали, такие как «Звезды на Байкале» и «Crescendo». (Википедия)

операцией, во время и после нее. Доказано что улучшается заживление ран, ускоряется реабилитация пациентов после операций А как ты думаешь, что будет с пациентом, если он начнет слушать «Зайка моя» или «Во-

Д. Мацуев: Это огромный пласт молодых исполнителей, которые имеют своих поклонников. Молодежь искусственно подсаживают на такую музыку. Врачи доказали, что долбежка на дискотеках в сочетании с наркотическими средствами и алкоголем на ко роткое время вызывают чувство эйфории и прилив энергии. Этим пользуются люди, которые делают на этом большие деньги. Это трагедия. Шоу-бизнес проникает в повседневную жизнь, с этим сложно бороться. Но когда я вижу молодежь в залах классической музыки, я понимаю, что все не так плохо.

А. Щуко: Считается, что классическая музыка – удел избранных. Считаешь ли ты, что классика это достояние узкого круга, и только они могут понять классическую музыку?

Л. Мацуев: Нет. я так не думаю. Из 150 концертов приблизительно 40 я играю в Рослярны. Я считаю, что будущее за интернеттрансляциями концертов. С их помощью можно точно передать энергетику сцены и зала. Например, в Иркутске, Якутске или на Камчатке, находясь дома, в прямом эфире можно слушать выдающиеся концерты с потрясающим звуком из Карнеги-Холла, из Альберт-Холла или с Зальцбургского фестиваля. Но и к этому людей надо готовить, проводить специальную работу и объяснять. Это слож-

А. Щуко: Ты блестящий пропагандист этого направления, но тебя одного на всех не хватит. А раньше в регионах были профессионалы. Ты знаешь, о ком я сейчас хочу сказать? Владимир Федорович Сухиненко, тель, высокий профессионал, обладавший поистине энциклопедическими знаниями, человек обаятельный и красноречивый. лось заниматься музыкой. Но сейчас таких люлей совсем мало.

лава Белзу, он также единственный в своем роде. «Монополист», если так можно сказать. Конечно, я помню выступления Владимира Федоровича Сухиненко в Иркутской филармонии перед концертами Рихтера, Гилельса. Это был настоящий бум. Выступления Сухиненко были интересны даже музыкантам, которые знали эти произведения. Он показывал мир музыки совсем с другой стороны, рассказывал о нем просто и понятно. На доступном языке донести до слушателей, что это исключительная музыка и в чем

Д. Мацуев: Нужно упомянуть и Святос-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

А. Щуко: Возвращаясь к медицине, могу открыть секрет рождения нашего великого пианиста Дениса Мацуева. У его родителей разный резус-фактор. Однако врачи сделали все возможное, чтобы родился Денис, который нас всех радует своим искусством и лечит своей музыкой. К чему я это веду? Каково твое отношение к медицине и врачам?

ее суть - настоящее искусство.

Д. Мацуев: Именно благодаря тебе в 1997 году я познакомился со Святославом Николаевичем Федоровым, который был уникальным, гениальным человеком. Мы дружили два года. А потом случилась эта страшная трагедия.

А. Щуко: Ты играл реквием на его по-

Д. Мацуев: Это было как вчера. До сих пор не верится, что его больше нет с нами. Святослав Николаевич был из породы гениев, который открыл много удивительных вещей в мире офтальмологии, но о которых можно сказать: «все гениальное просто», как музыка Моцарта. Все, что сделал и открыл Федоров, конечно, неповторимо. Слава Богу, его дело живет. Я вижу это, в первую очередь, на примере Иркутского филиала. Коллектив у тебя замечательный, и то, что вы

Что касается моего знакомства с другими знаменитыми корифеями в медицине, это и А.С. Бронштейн, и Л.А. Бокерия, и Е.И. Чазов. Они ходят на мои концерты. Слава Богу, я хожу к ним не для того, чтобы лечиться

узыка сопровождает человека с ран-

них лет, еще в период ожидания малыша будущим мамам полезно слушать спокойную и приятную музыку. Чаще всего советуют слушать классическую музыку, это положительно влияет на развитие ребенка. Но вот наш малыш родился, как разование? Прежде всего, стоит учитывать особенности вашего ребенка, его темперамент, его реакцию на ту или иную музыку Приятная спокойная мелодия нормализует сердечный ритм, дыхание, снимает тонус мышц. Малыши с огромным удовольствием слушают музыку, поют, танцуют. Музыкальные занятия, как правило, самые любимые у детей. Ритмичная музыка нравится деткам, потому что она побуждает их к движению, что тоже очень полезно для развития. Поэтому чересчур спокойным деткам рекомендуется периодически слушать какие-то маршевые зарисовки в ритме «аллегро». Специалисты утверждают: у тех ребятишек. которые занимались музыкой уровень интеллекта гораздо выше, чем у сверстников. выросших без музыки. Учеными доказано. что регулярные занятия музыкой развивает те области головного мозга, которые отвечают за речь и логику, кроме того, они полезны для развития образного и пространственного мышления, что крайне привысшей математикой. В подростковом периоде все меняется.

В это время наши дети, как правило, начинают слушать совсем другую музыку. Подростку крайне важно в этом возрасте самоутвердиться, почувствовать свое сильное внутреннее «Я». Вероятно, поэтому им нравится рок-музыка. Она наиболее четко отражает их внутреннее состояние, эту внутреннюю борьбу формирования. Поэтому не стоит критиковать свое чадо и, уж тем более, запрещать слушать музыку. Пойдите другим путем - проявите интерес к новому увлечению вашего ребенка, спросите его, чем именно ему нравится такая музыка. Пусть он расскажет историю создания своей любимой группы. Кроме того, что вы пополните свои собственные музыкальные знания, вы еще и сохраните доверительные отношения с ребенком. А это, согласитесь очень важно. К счастью, когда этот период жизни заканчивается, музыкальные вкусы, при корректировке и правильном отношении родителей, снова меняются в лучшую сторону.

«Какая музыка полезна для нашего здоровья»?

Именно такой вопрос был залан гостям и жителям Иркутска. Вот их ответы:

- Для здоровья полезна музыка приятная. классическая.
- Народная, прежде всего, конечно
- которая воодушевляет народ.
- По крайней мере, я своему ребенку включаю чаще классическую музыку
- и еще мы слушаем русскую народную В зависимости от возраста человека,
- характера его.
- Классику все, что хочешь
- Диско.
- Рок-н-ролл.
- Для здоровья, мне кажется, более спокойную, может быть - джаз.
- Можно слушать любую музыку, но лучше

ных музыкальных направлений, в частности, к вредной музыке были отнесены: хаос, хипхоп, панк-рок, тяжелый рок, хэви-металл, шансон. А вот в список полезной попали практически все произведения классиков. Причем, самой целебной принято считать музыку Моцарта. Не быстрая и не медленная, плавная, но не занудная. Этот музыкальный феномен даже получил свое определение, как эффект Моцарта. Не менее полезно слушать детские народные песни, которые формируют ощущение защищенности и полного спокойствия. Специалистами были выделены конкретные музыкальные композиции, которые рекомендовано слушать для лечения и профилактики всевозможных недугов: уменьшить _{ІУВСТВО} тревоги и неуверенности помогают

педикам и психологам удалось доказать

и отрицательного воздействия конкрет-

общую закономерность положительного

мазурки и прелюдии Шопена, мелодичные вальсы Штрауса и мелодии Рубинштейна. Уменьшают раздражительность и способствуют лечению бессонницы многие произведения Бетховена: «Лунная соната», «Симфония ля-минор», произведения Баха, особенно Кантата № 2, и «Баркарола» Чайковского. Для общего успокоения полезно слушать: «Симфонию № 6» Бетховена, «Колыбельную» Брамса, «Аве Марию» Шуберта, «Ноктюрн соль-минор» Шопена и «Свет луны» Дебюсси. Снять симптомы гипертонии и напряженности в отношениях с другими людьми помогает «Концерт ре-минор для скрипки» и «Кантата № 21» Баха. Для уменьшения чувства обиды и озлобленности, а также зависти к успехам других людей специалисты рекомендуют слушать «Итальянский концерт» Баха. И еще один полезный совет: прислушивайтесь чаще к своему организму.

(стучит по дереву). Это уникальные люди, с неординарным мышлением, самородки, гении, которые рождаются не каждый год. Я с ними очень много общаюсь. Все они говорят о том, что у нас есть талантливые враи, что у нас сохранился уникальный профессорский состав. Но оборудование и техника оставляют желать лучшего. Многие наши соотечественники рожают и делают операции в других странах. Обидно и горько смотреть на некоторые вещи, которые происходят в наших больницах. И когда мы видим, чем вынуждены или занимаются врачи, становится досадно. Но это есть в любой отрасли.

А. Щуко: Интересно узнать, как ты выдерживаешь сумасшедший график поездок, что ты делаешь для того, чтобы поддержи-

Д. Мацуев: В общем-то, ничего не делаю. Как правило, я лечусь в Иркутске. Многие ивают: «Как родился фестиваль «Звезды на Байкале»? Так и родился, чтобы хотя бы неделю или десять дней побыть у себя дома, в своей квартире. Это единственное место, где я могу отдохнуть, несмотря на то, что у меня и здесь каждый день концерты, встречи, какие-то мероприятия. Я здесь набираюсь сил, черпаю энергию и заряжаюсь Байкалом. Баня, друзья...

А. Щуко: Ну и немного спорта, футбол, например. Он тоже восстанавливает силы.

Д. Мацуев: Надеюсь, скоро будем играть. Как я выдерживаю этот ритм? Не могу сказать, потому что специально для этого ничего не делаю. Многие говорят, что надо остановиться, сократить количество концертов Каждый год я хочу это сделать, но получается еще больше.

А. Щуко: Это же очень тяжело для организма. Смена нескольких часовых поясов за одну неделю сказывается на общем

Д. Мацуев: Ты прав, бывают такие случаи, когда перелет занимает 13 часов, а почти сразу после приземления через несколько часов – репетиция или запись. А на следующий день концерт. Кажется, что совсем нет сил, но выходишь на сцену, и она тебя лечит. То, о чем я с тобой говорил в самом начале беседы – «сценотерапия». Она дает

Когла же я слышу жалобы наших спортсменов, которые говорят, что еще не пришли в себя после сложного перелета и что им нужно пять дней на восстановление, так как разница во времени 3 часа, мне просто становится смешно. Музыканты выд гораздо большие нагрузки. Если бы сотую часть того, что вкладывается в спорт, отдали культуре, я думаю, результаты, если это уместно говорить о культуре, были бы у нас еще лучше. Посмотрите на итоги международных конкурсов во всем мире, везде побеждают русские музыканты. Либо те, которые живут у нас, либо которые уехали. Русская исполнительская школа одна из самых сильных в мире. Я все время всем говорю, включая наших чиновников, что культура наравне с нашими недрами, это единственное что осталось на экспорт. Может быть, она даже гораздо дороже наших природных ресурсов. И, конечно, медицина тоже.

А. Щуко: Трудно разделить.

Д. Мацуев: Абсолютно все связано. Нужно помогать молодым ученым и докторам. У нас уникальное количество молодых людей, которые, к сожалению, уезжают из России. Кто-то из моих друзей сказал, что 60% родителей мечтают, чтобы их дети уехали не только из Иркутска, а вообще из страны. Меня это потрясло. За последний год 300 тысяч человек эмигрировали из страны, они не просто получили визу, купили квартиру где-то за границей, а уехали на постоянное место жительства! Это говорит о том что здесь они не видят для себя никакой перспективы. А ведь это наша молодежь и лучшие кадры. Этот отток нужно немедлен но остановить. Вдумайтесь, в годы первой эмигрании было 30 или 40 тысяч человек. сейчас в 10 раз больше.

А. Щуко: Здесь я с тобой согласен. Я думаю, что деятели искусства, медицины, крупные ученые своим примером могут задержать отток из нашей страны. Да, ты прав, нашу страну надо лечить и в музыкальном, и медицинском плане.

Подводя итог нашей очень короткой встречи, хочу сказать: сочетание медикаментозного лечения с ежедневным прослу шиванием произведений Бетховена и Моцарта в 62% случаев приводило к значительному улучшению состояния больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта, скорому рубцеванию язв по сравнению с контрольной группой, которая не слушала этих произведений. Этот факт как нельзя лучше подтверждает значение музыкаль-

Д. Мацуев: Я всем советую слушать классическую музыку, сначала «через не могу». Это как в живописи. Люди подходят к картине, она у них не вызывает никаких чувств. Они должны присмотреться. А в следующий раз они, возможно, будут смотреть на эту картину по-другому. То же самое происходит и с классической музыкой. Вы должны сначала слушать любимые, какие-то знакомые мелодии. Потом знакомиться с новыми произведениями. Вы поймете, насколько это действительно обогащает вас. И лечит. Происходит внутреннее очищение, вам становится лучше, поднимается настрое-И наш сегодняшний разговор подтверждает, что музыка и мелицина – неразлелимы. И ты, и я будем стараться лечить как можно больше людей. Слушайте классическую музыку чаще, она вам поможет в трудную минуту. И пусть вам придется реже обращать-

А. Щуко: Спасибо, Денис. Желаю всем крепкого здоровья. Пусть в жизни будет много красивой музыки.

> Стенограмма эфирной записи сделана Ларисой Тумар





Участники музыкального фестиваля «Звезды на Байкале» в перерыве между концертами



Илья Бруштейн

Правда и мифы

Сразу скажу, что реальный посё лок Русиново и его жители имеют мало общего с образом, созданным жёлтой прессой. В целом ряде пу бликаций назойливо подчёркивает ся, что Русиново является «городом слепых», «посёлком слепых». У читателей создаётся впечатление, что здесь находится эдакая резервация (сравнимая с резервациями для индейцев Северной Америки или аборигенов Австралии), где незрячие люли составляют большинство, живут по каким-то особым законам и т.д. Ничего подобного никогда не

А что же есть на самом деле? В 1948 году в Русиново создаётся Боровское учебно-производственное предприятие (УПП) Всероссийского общества слепых (ВОС). В 1952 году его возглавил участник Великой Отечественной войны, кавалер многих боевых наград Василий Сергеевич Тарантасов, ослепший в боях за освобождение Гомеля. В.С. Тарантасов оставался на посту директора рекордный срок, до 1996 года: от Сталина до Ельцина! Он и сегодня - самый уважаемый и авторитетный человек посёлка. Всероссийскую и всесоюзную известность предприятие приобрело в шестидесятых-семидесятых годах. Тогда сюда съезжались незрячие и слабовидящие люди со всех концов Советского Союза.

Боровское УПП считалось одним из самых передовых и современных в системе ВОС. Людей привлекали получить жильё. Незрячих сюда насильно не «свозили» (как отмечается во многих статьях). Это журналистская байка, кочующая из публикации в публикацию. Все ехали добровольно. Кстати, инвалиды по зрению никогда не составляли большинства в посёлке. А на предприятии их было чуть больше половины от численности сотрудников. Так что популярное словосочетание «город слепых» не стоит понимать слишком буквально...

В настоящее время в посёлке ления – две с половиной тысячи человек. Всего в Боровской районной организации ВОС состоят на учёте 202 человека.

Производство удалось сохранить

Перед распадом Советского Союза численность сотрудников предприятия составляла около тысячи человек. Сейчас УПП ВОС переименовано в «РУСиНовоПак». Собственником по-прежнему остаётся Всероссийское общество слепых. ющие к ним населённые пункты и уважительное, доверительное от-Здесь трудятся 113 человек. 46 из в средствах массовой информа- ношение друг к другу людей с ограних – инвалиды по зрению, 14 име- ции стало модно выставлять как ниченными возможностями и от- все». ют инвалидность по другим видам инелепые и анекдотические порожносительно здоровых сограждан.

Заработная плата инвалидов на русиновском предприятии в сред- сколько лет назад корреспондент Как испечь блины нем составляет 7200 рублей в ме- газеты «Московский комсомосяц. Зрячие люди получают по лец» Ирина Боброва в статье «Лю-12 тысяч рублей. Но, в общем, бовь стучит дважды»: «Такого ко- Публикации в «Московском ны и пожарить рыбу. Но точно та- – стать предпринимателем. Решев материальном плане люди с огра- личества некрасивых людей, как комсомольце» хотелось бы уделить ких же людей можно встретить и ние типичное для бурных девянониченными возможностями часто в Русиново, редко где встретишь. ещё немного внимания, так как в среди зрячих. Зачем же показывать стых годов. Типичное для здоровых живут в Русиново лучше, чем их Почти все слепые этого поселка ней, как в лакмусовой бумажке, людей с ограниченными возможно- людей. Среди инвалидов по зрению здоровые коллеги. Пенсии инва- имеют разные физические недо- отразились почти все обществен- стями сирыми, убогими и непри-

Русиново. Радости и горести «города слепых»

Рубрика «К незримому солнцу» немыслима без путешествий, командировок, встреч с читателями в регионах России и зарубежных стран. На этот раз в центре внимания — посёлок Русиново Боровского района Калужской области... Уже в течение пятнадцати лет в газетах и журналах, на радио и телевидении появляются репортажи из Калужской области, из которых можно узнать просто фантастические вещи. Якобы в советское время здесь был создан специальный посёлок или даже «город слепых»... А сейчас, мол, инвалиды по зрению брошены на произвол судьбы... Хотелось разобраться, где правда, а где вымысел, а также узнать о современной жизни примечательного населённого пункта.



типичная работа незрячих

«Мы гордимся тем, что в трудные годы производство удалось другими нелепостями. Инвалиды сохранить, - рассказывает директор фабрики В.В. Куликов. - Са- голики и попрошайки: «Попрошаймое главное в нашей работе – это ничеством занимаются почти все

создание достойных условий труда зрению, а общая численность насе- для инвалидов по зрению и всех прокормить, кто-то собирает на бусотрудников. Кроме того, мы провклад в деятельность Всероссийско- пивают пенсию и милостыню. Трое Русиново, которые даже не могут приятие выполняло заказы московность предприятия в настоящее время составляет 2,8%. Конечно, Через три месяца опять собираетэто не очень большие цифры. Но, ся в роддом». во всяком случае, мы не являемся

Оскорбительные

обузой для ВОС».

дения ушедшей советской эпохи. Давайте об этом не забывать! Вот, например, что написала не-

Статья Бобровой наполнена и слепые пары. Кто-то, чтобы детей

ном, идёт о пандусах для инвали- овощи – все, что может приготодах-колясочников, звуковых све- вить жена. Иногда запах далекий тофорах и прочих нужных и по- вспомнишь, так блинчиков или Предприятия ВОС и прилега- Но ведь безбарьерная среда – это

и пожарить рыбу?

лидов первой группы – от 11 до статки. У одного паралич, у другого ные и журналистские стереотипы способленными к жизни?

и небылицы об инвалидах по зрению. Например, Ирина Боброва где-то откопала (или придумала) семейную пару незрячих жителей

Рассказ звучит очень жалостливо. Но насколько он соответствует шение. А я к тому времени женилдействительности? Конечно, среди ся, сын родился. Надо было семью инвалидов по зрению, в том числе кормить». и жителей Русиново, можно найти граждан, не способных испечь бли-

Александр Ракович. Предприниматель, ставший общественником

Александр Александрович Ракович - человек представительный, обаятельный, элегантный, с хорошей фигурой. Ему 49 лет. Автор этих строк очень удивился, узнав о его возрасте. Больше 35 лет моему собеседнику не дашь. В ноябре 2009 года Ракович возглавил местную организацию ВОС. Внешняя тривлекательность – не единственное достоинство нашего героя. Он являет собой просто клубок энергии, шаровую молнию. Трудно поверить, что Александр Александрович – тотально незрячий

Ходит быстро и уверенно. На знакомых маршрутах трость не использует. «Все особенности дороги я прекрасно чувствую и без трости, подошвами ботинок. Воспринимаю дей, идущих рядом. Конечно, этот метод не является правильным И ходить без трости довольно опасно. Но я так уже привык».

Александр родился в Казахстане, где его отец служил прапорщиком. После демобилизации из армии семья переехала в Балабаново, городок в нескольких километрах от Русиново. Зрение потерял в пять лет, в результате осложнения после гриппа. Из-за проблем со здоровьем учиться в специальной школе начал только в тринадцать лет, а диплом о среднем образовании получил в возрасте двадцати четырёх лет, в 1986 году.

ступить на юридический факультет Московского университета. Но. к сожалению, успешно сдать экзамены не удалось. Пошёл работать на Боровское УПП ВОС, в радиого общества слепых. Рентабель- их слепых детей живут в интер- приготовить себе нормальную, ского завода «Рубин». Собирали Вот что якобы рассказал журна- ный заработок опытных рабочих листке герой её репортажа по име- превышал отметку в 200 рублей. Существует такое понятие «без- ни Сергей: «Кушаем мы, конечно, Очень приличные деньги по советбарьерная среда». Речь, в основ- плохо. Картошку, суп, да резаные ским меркам! Пенсия инвалидов первой группы в то время составляла 75 рублей».

На предприятии Александра залезных технических средствах. рыбки захочется! Я ее не виню, сам метили. Назначили бригадиром, ведь только сосиски отварить могу. а потом и заместителем началь-Пробовал несколько раз пельмени ника цеха. Но в 1993 году начаприготовить, да только испортил лась волна массовых сокращений. Работы лишился и Ракович. «Моя должность попала под сокра-

Александр принял решение отправиться в «свободное плавание» предпринимателей по понятным причинам оказалось не так много.

Сначала герой нашего очерка стал продавать аудиокассеты на местном рынке. Стоял прямо на улице, кассеты раскладывались на картонных коробках. Потом арендовал торговую площадь в местном магазине. Потом перестал торговать сам - нанял продавцов. Через несколько лет у Раковича уже было пять торговых точек. Он стал работодателем для пятнадцати Впрочем, заниматься только торговым бизнесом стало неин-

тересно. Александр открывает салон видеоигр. Потом наступил черёд полноценного компьютерного клуба. Одновременно с торговлей, Ракович вот уже пятнадцать лет занимается... разведением кур. Сейчас у него в хозяйстве 50 несушек и 5 петухов. Оказывается, что отсутствие зрения не является помехой

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

Александр – человек дела, способный принимать решения и нествия. Это качество проявилось и в личной жизни. Его сыну Сергею палась. Обычно мужчины в таких случаях ограничиваются выплатой тельных. Ракович добился того, чтобы ребёнок остался жить с ним и посвятил себя воспитанию сына. Сейчас Сергею уже 23 года. Он са-

мостоятельный человек. Работает

на заводе «Самсунг» в посёлке Вор-

сино Калужской области. Почему Александр решил уйти из бизнеса в общественную работу, стать председателем местной организации ВОС? «Ну, я не совсем ушёл из бизнеса. С торговыми точками расстался, но компьютерный клуб продолжает работать, кур выращиваю, – с улыбкой отве чает мой собеседник. - Наверное, в жизни наступил момент, когда лажена, собственные проблемы решены – хочется помочь другим

– Какой опыт Вы вынесли из работы руководителем местной орга-

- Мне думается, главное достижение состоит в том, что нам удаными властями. Это касается и финансовой поддержки. Сейчас много говорят о поиске спонсоров, внебюджетных средств. Но как председатель местной организации ВОС я не могу и не хочу ходить с протянутой рукой, обзванивать потенциальных спонсоров, писать слёзные блей шестидесятых-семидесятых письма и т.д. Взаимодействие с органами власти - более логичный и та», «Поющие гитары». Мне и сейправильный путь. Например, каждый год мы проводим вечера «Золотая душа», где чествуем юбиляров, дарим им подарки. Отмечаем и другие праздники: День Победы, День пожилого человека, День белой трости. На это выделяются там нет. Но кинодокументалисты. средства в бюджете района.

около полумиллиона рублей. Не- стойная работа! зрячие люди могут воспользоватьго доступа, но и брайлевским дис- - Бугульма в Татарстане. В 1979 в Обнинске. плеем. Для слабовидящих имеется году окончил филологический фа-

станции «Радио ВОС» и «Радио житии. Поэтому мы и переехали». тридцати лет. Рансис». Вскоре в фабричном зда- Уже в Русиново у супругов в 1988

На предприятии трудятся, в ос- образование в одном из известнейших и престижнейших вузов. люди средних лет и пожилого воз- Но устроиться по специальности простым слесарем-сборщиком на производстве, выполнять рутин-

Александр Ракович у радиопередатчика

новном, незрячие и слабовидящие

раста. Как сделать его привлекательным для молодёжи? «Мне ду-

мается, здесь не существует одно-

– Сейчас среди молодёжи, вообще,

рабочие специальности не поль-

Инвалиды по зрению не являют-

ся исключением. Мне кажется, си-

предоставлять нуждающимся слу-

жебное жильё, как это было в со-

ветское время. Кроме того, пред-

приятиям Общества слепых очень

помог бы государственный заказ на

Владимир Савинков.

Музыкант из фильма

заочно познакомились ещё до на-

пых», снятого в 2005 году режис-

сценарию Светланы Губановой.

В фильме показана работа Влади-

ятелем мы выступали в подземном

годов: «Песняры», «Весёлые ребя-

Вашу жизнь и жизнь других незря-

ственных искажений или ошибок

Фильм правильно отразил

- В принципе, никаких суще-

час эта музыка очень нравится

«Город слепых»

ного музыканта.

чих людей?

их продукцию».

уются большой популярностью.

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Савинков продолжал заниматься самообразованием, много читать, радовал друзей своими во кальными способностями. Когда жизнь заставила стать уличным судьбы Владимир увидел свои положительные стороны. Концерты в подземных переходах ему понравились больше, чем многочасовая сборка пластмассовых колпачков

В 2008 году «улично-музыкальная эпопея» Владимира завершилась. Он устроился на работу телефонистом во вновь открывшийся колл-центр (любят же у нас в Рос-С Владимиром Савинковым мы сии иностранные слова!). Впрочем, не так давно телефонная контора обанкротилась. Идти обратно в подземный переход уже не хочетглавных героев популярного документального фильма «Город слеся. Телефонистом ему быть понравилось. Сейчас ищет аналогичную сёром Александром Сидоровым по работу. А ещё Владимир сотрудничает с журналом Всероссийского общества слепых «Наша жизнь» мира в качестве московского уличв качестве редактора по Брайлю. Всё-таки филологическое образо-

Я действительно с 1997 по вание ему пригодилось. 2008 год был уличным музыкан-Будем надеяться, что у всё у Влатом. Со своим слабовидящим придимира сложится хорошо, что он найдёт новую постоянную работу. переходе около метро «Фрунзен-Такие люди – неунывающие, споская» в Москве. Исполняли, в оссобные успешно менять род деяновном, репертуар советских вотельности – нужны самым различ ным работодателям. кально-инструментальных ансам-

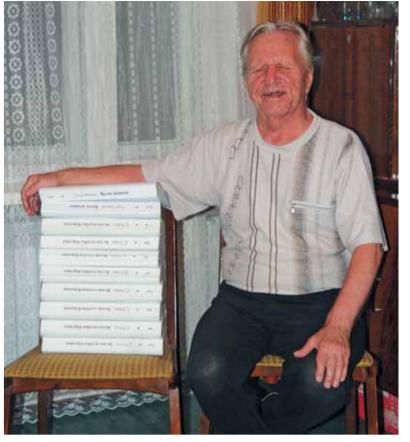
Татьяна Лисина. Сборщица колпачков

Татьяне Ивановне Лисиной 62 года. Устроилась работать на предприятие в 1973 году после окончания школы-интерната для слепых и слабовидящих детей в городе Мещовске Калужской области.

Рядом с кабинетом Ракови- пытались всё представить в нега- ноклассника Ивана сразу же после в Русиново известный, многие счи- Анастасии Вяльцевой и Надежде ча располагается компьютерный тивном свете... На самом деле, ра- окончания школы. Именно по его тают его местной достопримеча- Плевицкой, джазмену Эдди Рознеоота уличного музыканта меня инициативе мы переехали в Рупроизошло, не в последнюю оче- вполне устраивала. Музыкантов синово. Мы оба в то время были журналисты. Он – также как и Викредь, благодаря энергии и про- не надо путать с уличными попро- слабовидящими. Брак оказался тор Савинков – был героем филь- на его жизнь? бивным способностям нашего ге- шайками. Мы выступали в подзем- ранним, но крепким. Жили с ним ма «Город слепых». Верхов серьёз-

После родов и декретного отпукультет Казанского университета. ска Татьяна пошла учиться в библи-Кроме того, в компьютерном В дальнейшем трудился на пред- отечный техникум, а потом стала 640-летия города Боровска. классе установлен радиопередат- приятиях ВОС в Татарстане. В 1985 заведовать заводской библиотекой. чик, позволяющий ретранслиро- году вместе с женой Галиной и но- Но в 1980 году полностью ослепвать программы Интернет-радио- ворожденным сыном Сашей пере- ла. Пришлось снова возвращаться области. Потерял зрение в возрасстанций в FM-диапазоне. Таким ехал в Русиново: «Здесь семьям в цех рядовым слесарем-сборщи- те шести с половиной лет в 1943 образом, во всех цехах можно слу- предоставляли отдельное жильё, ком. На этой скромной должности году в результате шалости сосед- жал из Русиново с осторожной нашать любимые Интернет-радио- а одиноким людям – место в обще- и продолжает трудиться уже более ского мальчишки. Супруга Лидия

нии должен открыться современ- году родился ещё один сын – Олег. лась мне гораздо больше. Но – по 45 лет. Вырастили сына Сергея. ским посёлком – будет жить и разный тренажёрный зал. Деньги Судьба Владимира Савинкова иронии судьбы! – даже на пред- К сожалению, несколько лет назад виваться ради благополучия и зряна его оснащение уже выделены типична для незрячего интеллиген- приятии слепых библиотекарю по- он погиб в результате дорожно- чих, и незрячих жителей.



Поэт Виктор Верхов с рельефно-точечными книгами

надо же обслуживать и зрячих посетителей

46 инвалидов по зрению, которые продолжают работать на производстве. В настоящее время она занимается сборкой колпачков для баночек для клея. Что значит «собирать колпачки»? Вроде бы, всё очень просто: необходимо прикрутить носик на заготовку с резьбой. И всё, колпачок готов! Трудность заключается в том, что для получения семи с половиной тысяч рублей в месяц, приходится собирать по пять тысяч колпачков за смену. Двадцать пять тысяч колпачков

«Татьяна Ивановна, а колпачки не начинают сниться по ночам?», спрашиваю я у своей собеседницы.

– К счастью, со мной такого ещё не случалось. О колпачках я, вообще, не думаю. Эта работа выполняется автоматически, на автопилоте. Конечно, можно было бы и на пенсию уже уйти. Но привыкла работать...

Виктор Верхов. Литератор посёлка Русиново

«Философия моя простая. Я не вижу, но живу в движении Книгу жизни бережно листая. В мир иду тропой воображенья».

Автор этих поэтических строк -В.С. Верхов.

В 1974 году родился сын Алексей. дипломантом международной пре-

Верхов родом с берегов Волги, из города Хвалынска Саратовской Работа библиотекаря нрави- Вместе они идут по жизни уже слепых», а просто обычным россий-

Также как и многие другие жители Русиново, с которыми мне довелось познакомиться, Виктор Сергеевич не гнётся, не ломается под ударами судьбы, не теряет интереса к жизни. Например, в настоящее время, в 75 лет (!) он с большим удовольствием овладевает основами компьютерной грамотности: использование Интернета, электронной почты, поисковых систем и т.д.

В.С. Верхов в 1962 году окончил исторический факультет Саратовского университета. В 1968 году переехал в Русиново и в течение шести лет был помощником директора по социальным вопросам. В дальнейшем преподавал историю в вечерней школе, действовавшей на предприятии.

Наверное, главным детищем нашего героя можно считать литературно-музыкальную гостиную «Обитель муз», которую он создал в 1998 году. Пять лет вся работа велась на общественных началах. финансирование со стороны районного Дома культуры. В 2008 году Виктор Сергеевич передал официальные «бразды правления» в «Обители муз» Людмиле Ефимовне Левченко. Но он и сейчас – вновь на общественных началах! - принимает участие в реализации своего

6-7 раз в году в Русиново организуются литературно-музыкальные спектакли. Заседания гостиной посвящались поэтам Сергею Есенину и Аполлону Григорьеву, русским певицам начала двалцатого века

Как повлияло отсутствие зрение

– Слепота очень тягостна в быту, роя. Областные власти выделили ном переходе и радовали своим ис- всегда дружно. К сожалению, пять но увлечён литературой. Он пишет и к ней за всю жизнь почти невозна покупку необходимой техники кусством прохожих. Это вполне до- лет назад супруг ушёл из жизни. стихи, очерки, эссе. Недавно стал можно привыкнуть. Но она способствует развитию фантазии и вооб-Владимир Савинков родился на У него хорошее зрение, сейчас ра- мии «Филантроп» за выдающиеся ражения. Например, я постоянно ся не только программами звуково- свет незрячим. Его родной город ботает директором автосервиса достижения инвалидов в области представляю, как выглядят люди, художественного творчества и при- с которыми общаюсь. И пусть эти зёром районного конкурса, посвя- представления не имеют ничего щённого созданию песни в честь общего с реальностью – это мой внутренний мир, мир моих грёз. И он мне дорог.

Командировка завершилась. Уездеждой, что посёлок – разумеется, Константиновна – тоже незрячая. он не является никаким «городом

Подготовка российских журналов ДЛЯ ЗАРУБЕЖНОЙ АНАЛИТИЧЕСКОЙ БАЗЫ ДАННЫХ SCOPUS: РЕКОМЕНДАЦИИ И КОММЕНТАРИИ

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

< стр. 2

Международный стандартный номер сериального издания (ISSN -International Standard Serials Number)

– аппарат рецензирования статей; - международный состав редакционного совета; исключение могут составлять журналы, специализирующиеся на региональной тематике; однако эта тематика должна быть интересна международному сообществу;

- международный состав авторов (с тем же исключением, что и для редакционного совета);

 периодичность и регулярность выхода в свет очередных выпусков. Все русскоязычные статьи журнала должны быть определенным образом структурированы, обязательно наличие иллюстратив-

ного материала, подтверждающе-Ecological Chemistry го результаты проведенной работы. Каждая русскоязычная статья должна сопровождаться необходимыми сведениями на английском языке, такими как: авторы, заглавие, данные об аффилировании авторов (наименование организаций ведомств, адрес авторов), аннотация, ключевые слова, пристатей-

ные списки литературы в романском алфавите. Еще одним важным требованиего журнала. ем является наличие англоязычной Оглавление журнала на английском языке

версии сайта журнала, на которой должна быть представлена подробная политика редакции журнала с описанием целей и задач, полный состав редакционного совета с указанием страны принадлежности каждого члена совета; оглавления и аннотации каждой статьи, загружаемые на сайт оперативно по мере выхода очередных выпусков журнала. Приветствуется и наличие полных текстов статей в открытом доступе или с предложением подписки. Чем лучше оформлен сайт, тем выше он будет

оценен. В качестве основного показателя, влияющего на оценку журнала при экспертизе, учитывается цитирование 3-х членов редакционного совета (главного редактора и 2-х членов совета по предложению редакции) и самого журнала.

Без наличия всех выше перечисленных сведений и их наглядного представления у предлагаемого журнала практически нет шансов попасть в иностранную базу

Лица, предлагающие журналы, выходящие на русском языке, должны быть уверены в том, что журнал соответствует всем предъявляемым требованиям и готов к прохождению экспертизы. Журэтапе по правилам некоторых баз скоязычным статьям является больданных может не рассматриваться шой проблемой для российских аввторично в течение некоторого петоров и редакций. Стремление сориода времени.

Для русскоязычного журнала в качестве основного желательно заназвание в транслитерированном честве альтернативного рекомендуется заявлять название журнала на английском языке. Альтернативное название позволяет экспертам, не знающим русского языка, понять на русскоязычную статью по объе- ском языке позволит наиболее точсмысл названия, а также оно может быть учтено как дополнительное при поиске по ссылкам.

Пример правильной подачи русскоязычного названия журнала:

транслитирированное: Ekologicheskaya Khimiya,

альтернативное:

Если журнал имеет достаточно долгую историю и в какие-то периоды своего существования публиковался под другими названиями, в предлагаемых для заполнения полях необходимо прописать все предыдушие названия журнала.

На сегодняшний день основная дающих заявку, как можно более 🛚 языком); полно представлять название сво-

Все без исключения журналы должны иметь оглавление на английском языке, полностью повторяющее русскоязычное оглавление. При этом в оглавлении транслитерация используется только для фамилий авторов.

Заглавия статей на английском

Для всех журналов без исключения существуют требования, предъявляемые зарубежными бавами данных к заглавиям статей: – заглавия научных статей долж-

ны быть информативными: в заглавиях можно использовать

только общепринятые сокращения; - в переводе заглавий на английский язык не должно быть транслитераций с русского языка, кроме непереволимых названий собственных имен, приборов и др. объектов, имеющих собственные названия. Также не используется непереводимый сленг, известный только русскоговорящим специалистам. Это касается и авторских резюме

Авторские резюме (аннотации) на английском языке

и ключевых слов

нотаций на английском языке к рускратить объем печатного издания

Рассмотрим наиболее частые вынуждает редакции либо игнопроблемы при подготовке русско- рировать аннотации, либо ограничивать их объем до 3-5 строк, 3-5 предложений и т.п. Помните, что аннотации (рефераты, авторские резюме) на английском языке в русскоязычном издании являютявлять оригинальное русскоязычное ся для иностранных ученых и специалистов основным и, как правиде (в романском алфавите). В ка- вило, единственным источником информации о содержании статьи и изложенных в ней результатах

Аннотация на английском языке му может быть больше аннотации

Перечислим обязательные качества аннотаций на английском языке к русскоязычным статьям. Аннотации должны быть: - информативными (не содер-

– оригинальными (не быть каль-

кой русскоязычной аннотации); – содержательными (отражать основное содержание статьи и ре-

- структурированными (следовать логике описания результатов в статье):

- «англоязычными» (написарекомендация для журналов, по- ны качественным английским

- компактными (укладываться в объем от 100 до 250 слов).

В аннотациях, которые пишут наши авторы, допускаются самые элементарные ошибки. Чаще всего аннотации представляют прямой перевод русскоязычного варианта, изобилуют общими, ничего не значащими словами. А еще чаще объем аннотации является недостаточным

В качестве помощи при написании аннотаций (рефератов) можно рекомендовать, по крайней мере, два варианта правил. Один из вариантов – российский ГОСТ 7.9-95 «Реферат и аннотация. Общие требования», разработанные специалистами ВИНИТИ. Второй – рекомендации к написанию аннотаций для англоязычных статей, подаваемых в журналы издательства Emerald (Великобритания).

Фамилии авторов статей представляются в одной из принятых международных систем транслитерации. В то же время произвольный выбор транслитерации каждой редакцией (издательством или самим автором) неизбежно приводит к многообразию вариантов представления фамилии одного автора и в результате затрудняет его идено его публикациях и цитировании

Для того чтобы более полно и корректно был создан профиль автора, важно следовать существующим 2 основных элемента описаний – правилам транслитерации. Кроме авторов и источник; того, чтобы все варианты написания фамилии автора были учтены под одним профилем (идентификато- давать их совместно с переводом; ром), для авторов важно придерживаться указания одного места работы, так как данные о принадлежности организации (аффилировании) главий статей (если их включать) являются одним из основных определяющих признаков для идентификации автора. Отсутствие данных об аффилировании ведет к потере ста- водную версию, лучше давать ссылтей в профиле автора, а указание на ку на переводную версию статьи. различные места работы ведет к созданию дублей профилей.

Название организации и ведомства

Название организации в SCOPUS используется для идентификации авторов, для создания их профилей и профилей организаций.

имеется поле «Name variants», куда ные варианты названия органи-Однако пока перечни таких данных в профилях российских орга-

Использование общепринятого

переводного варианта названия организации кажется наиболее предпочтительным. Употребление в статье официального, без сокращений названия организации на английно идентифицировать принадлежность авторов, предотвратит потенизаций и авторов. Прежде всего, это касается названий университетов и других учебных заведений, академических и отраслевых институтов. Это позволит также избежать расхождений между вариантами названий организаций в переводных, зарубежных и русскоязычных журналах. Исключение составляют не переводимые на английский язык наименования фирм. Такие названия даются в транслитерированном варианте.

Пристатейные списки

Представление российских источников в списках литературы в латинице – отдельная сложная проблема

Для русскоязычных статей из журналов, сборников, конференций можно привести 3 варианта структуры библиографической

1. Авторы (транслитерация), перевод названия статьи на английский язык, название статьи в транслитерированном варианте в квадратных скобках, название источника (транслитерация), выходные данные с обозначениями на английском языке, либо только цифровые.

2. Авторы (транслитерация), перевод названия статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные в скобках

3. Авторы (транслитерация), название источника (транслитерация), выходные данные, указание на язык статьи в скобках. Указание на язык статьи часто опускается.

Обратите внимание на следующие рекомендации по составлению ссылок в романском алфавите в англоязычной части статьи и пристатейной библиографии, предназначенной для зарубежных БД:

1) Отказаться от использования под одним профилем (идентифика- ГОСТ 5.0.7. Библиографическая 2) Следовать правилам, позво-

> ляющим легко идентифицировать 3) Не перегружать ссылки транс-

> литерацией заглавий статей, либо 4) Придерживаться одной из распространенных систем транс-

> и названий источников; сийских журналов, имеющих пере-

Правила транслитерации

Систем транслитерации достаточно много. Поэтому важно выбрать и придерживаться какой-либо одной или двух наиболее распространенных систем. Можно выделить, по крайней мере, четыре наиболее часто используемых

В профиле каждого журнала системы транслитерации. Все эти варианты необходимо учитывать авторов, организаций и названий зации, встречающиеся в статьях. журналов, транслитерируемых

Участие государственных организаций в подготовке и представлении российских журналов в зарубежные аналитические системы

Из представленных выше материалов хорошо прослеживается степень неподготовленности русскоязычных журналов для таких систем, как SCOPUS. Русскоязычные журналы хотят войти в эту БД, но не знают, как и что делать для этого. Опыт двух последних лет показывает, что журналы, как правило, либо переоценивают свои возможности, считая, что они обладают всеми необходимыми качествами для подачи заявки в такую БД, либо предпринимают не совсем верные шаги для подготовки требуемого в этих системах формата.

Необходима большая работа на всех этапах подготовки статей и журналов, начиная от качества статей, зависящего от авторов, и требований, предъявляемых к ним редколлегиями журналов, подготовки журналов редакциями и издательствами, и заканчивая государственной поддержкой и контролем над всем этим процессом. На сегодняшний момент в России не существует какой-либо централизованной системы координации деятельности издательств. связанной с представлением их изданий в зарубежные системы

В России процесс подготовки и заявления журналов в БД SCOPUS и Web of Science в настоящее время происходит стихийно и на дан ный момент имеет неутешительные результаты.

Российские журналы в настоящее время поставлены в условия, когда для дальнейшего развития данные, указание на язык статьи и существования им требуется понять и в значительной степени пересмотреть свое отношение к сведениям, используемым в информационных аналитических зарубежных и российских системах.

Для учета всей информации о публикациях российских авторов и их цитировании требуется участие российских специалистов в создании кластеров (блоков) данных о российских публикациях в SCOPUS (словарей авторов, организаций. названий журналов) Генераторы этой БД открыты для обсуждения этой проблемы.

Для подготовки любых сведений о публикациях российских авторов из зарубежных аналитических систем необходимо привлекать квалифицированных информационных специалистов, способных извлечь из БЛ максимально полные данные путем проведения сложных поисков. Необходимо пополнение этих систем сведениями о российлитерации фамилий авторов, заских публикациях через расширение присутствия в этих системах 5) При ссылке на статьи из рос- российских журналов. Для этой цели надо работать всем – и редакциям, и авторам, и организациям и менеджерам высшего звена. Только так и тогда Россия сможет повысить свой статус в международном научном сообществе.

> По материалам О.В. Кирилловой, к.т.н., заведующей отделением ВИНИТИ РАН, члена Экспертного совета (CSAB) БД SCOPUS

Registered Nurse, или Записки американской медсестры



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2012

Елена Филатова

лено дело борьбы с инфекцией в Советском Союзе запомнилось мне накрепко, в основном потому, что оно совпало с первым в моей молодой и до- нюю февральскую мглу другим четоле вполне невинной жизни наруа именно – дачей взятки должностному лицу при исполнении им сво-

Вот краткая история моего падения в бездну: мой пятилетний дизентетрией. На мой риторичеда по лестнице идут, всю лестницу было нечего возразить, и испуганцу. Это было мощное здание, попроблеять про телефон – и никабудут подвергаться тшательному уйму людей



не бывала в тюрьме (несмотря на

говорится, бог отвёл), но тут неуло-

вимо повеяло чем-то таким страш-

новатым, что на стене померещи-

лась лантовская вывеска «Оставь

надежду, всяк сюда входящий»,

Сынок мой тоже заметно приу-

ныл, хотя у него от рождения ха-

ный к слезам и драмам. С отчани-

ем самки, защищающей детёныша,

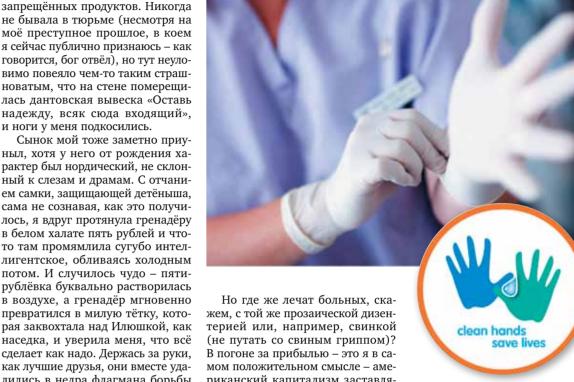
сама не сознавая, как это получи-

лось, я вдруг протянула гренадёру

в белом халате пять рублей и что-

и ноги у меня подкосились.

нение, как и всё капиталистический вопль «Где он мог подхватить ское хозяйство, обязано быть рентабельным, поэтому оно не моврач скорой помощи резонно за- жет допустить существование таметила: «Мамаша, ведь они ког- кого, как здесь говорят, «белого речь пойдёт ниже. Самое главное – обще стараюсь его избегать. Если слона», как отдельная инфекционоближут». Против такого исчерпы- ная больница. А ну как не случитвающе верного наблюдения мне ся эпидемии моровой язвы или бу бонной чумы? Кем тогда забивать ного лизателя лестниц повлекли пустующие помещения? Кстати, в инфекционную детскую больни- на случай эпидемий в Америке строенное с купеческим размахом ная система быстрого развёртыв конце XIX века на деньги старо- вания госпиталей полевого типа. го нового русского Саввы Морозо- так называемых MASH, и я сама ва. На пороге нас встретила суро- имела случай убедиться, как чётвая медсестра гренадёрского об- ко и слаженно они работают, коглика, которая чётко мне разъясни- да у нас была эпидемия то ли птила, «что здесь вам не тут»: никаких чьего, то ли поросячьего гриппа. свиданий – тут я что-то осмеялась Всё, к счастью, свелось к единичным случаям, народ больше испуких разговоров по телефону (долж- гался, но на лужайке перед нашей но быть, чтобы инфекция не про- больницей разбили палаточный лезь в кровь, гной, мочу, кал и про- ской реакции у больных. Правда, сочилась по проводам), передачи городок и пропустили через него



Самое главное правило – мытьё

рук перед входом в палату и после

любого контакта с больным. Мож

но заменить мытьё жидким обез-

зараживающим гелем для рук, ко-

нах так, что его только ленивый

не найдёт, но соотношение геля

после того как ты четыре раза под-

ряд помазался гелем, ступай мыть-

страшно сушит кожу, поэтому я во-

я работаю три дня подряд, то на

мои руки к концу вахты смотреть

страшно: такое впечатление, что

я ударно клала кирпичи или взла-

на руки специальный крем, огром

ный баллон с которым висит тут

же v раковины, только мы его не

особенно жалуем. Он и впитыва-

ется быстро и не пахнет ничем...

наверное, в этом как раз и дело.

Зато у всех нас припасены завет

пахучие, которые мы по инструк

бы не спровоцировать аллергиче-

в нашем доблестном отделении

настолько много других гораздо

более убойных запахов, что боль-

ные на наши слабые эпизолические

А до надевания перчаток и после их

можно надеть две пары перчаток:

когда самое страшное будет позади,

фоны грязными перчатками.

После мытья полагается нанести

мывала асфальт.

риканский капитализм заставляет любую систему, неважно, сель скохозяйственную, строительную чайно гибкой. Как в традицион ном японском доме комната может мгновенно превратиться из гостиной в спальню, так и любая палата ципе стать изоляционным боксом. стро преобразиться в обычную палату. Насчёт «в принципе» это я не разных видов изоляции, о которых это то, что большинство палат в нашей больнице одноместные.

Базисные меры предосторожности

Это вроде принципа презумпции невиновности, только наоборот: все больные считаются заразными тельно часто бывает, что кладут дедушку с сердечной недостаточинфекцию мочевыводящих путей. Но даже и без оглядки на реальные ход основан на здравом смысле: не чее голыми руками и не переноси заразу от больного к больному.



Clostridium difficile



Staphylococcus aureus

Костюм врача времён эпидемии Чёрной Смерти шился из плотной кожи и сверху покрывался слоем воска. «Клюв» набивался ароматическими травами и предохранял от миазмов и смрада разложения, а палкой врач отгонял от себя слишком назойливых пациентов

писки больного, потом тщательно обрабатывается. Контактная изоляция

ратура не покидает палаты до вы-

Это первая ступень, на которой активируется процесс инфекционной изоляции. На дверь палаты водружается так называемый «изоляционный» набор, куда входит комплект перчаток, халатов и масок, а также стетоскоп и термометр, подлежащие уничтожению после выписки больного. Одновременно на дверь вешается ярко-жёлтая табличка, оповещающая всех, что для работы с больным требуется надевать халат и перчатки. Маска на этом этапе не нужна, но некогорые просто любят их надевать для очистки совести и воздуха, ну и ради бога.

Контактная изоляция требуется для многих видов кишечных заболеваний, включая такие злостные. как Clostridium difficile и кишечную палочку, а также для стафилококковых инфекций, чесотки, герпеса. Если такого больного траспортируют внутри больницы, то никаких особых мер предосторожности него чистое бельё, смотрят, чтобы повязки, если таковые имеются. – опять же, если они есть – были плотно соединены, чтобы ничего не капало и не выпадало: в обшем, чтобы не было никаких осадков. А сопровождающий персонал облачается в пластиковые халаты и перчатки

Эти голубые халаты, при внеш ней обманчивой лёгкости дают мощный парниковый эффект. Если в таком халате минут сорок ворочать парализованного больного и менять на нём повязки, то после его снятия будешь мокрый как мышь, но зато ни одна зараза не просочится!

Когда выписывается больной из изоляционной палаты, в ней обязательно меняют занавески.

ные неуставные кремы, жирные и Воздушно-капельная изоляция

При таких заболеваниях, как аденовирус, менингит, грипп, свинповышается на одну ступень, и табличка на двери становится розовнедрения цитрусовых или ваниль- закрытой, а до того, как в неё войных ароматов никак не реагируют. ти, нужно обязательно надеть маброме флакончиков с гелем, по ску – это в дополнение к халату и всей больнице развешаны полоч- перчаткам. При перевозке больно-

ки с перчатками трёх размеров. го маску надевают на него. Есть маски, у которых сверху снятия обязательно надо – Что сде- приделан прозрачный щиток, залать? Правильно! – вымыть руки, на цищающий глаза. Мы их надеватот случай, если в них (в перчатках, ем, если делаем перевязки особенто есть) были микротрещины. Если но «сочных» ран или трахеостом. предстоит особенно «мокрое дело», А если оказывается, что козырёк не нужен, то его очень легко можно оторвать и работать просто в маске. верхнюю пару снимаешь и работа- Потому что хоть он и прозрачный ешь с чистыми. И ещё: когда мы на- и небольшой, а мешает, гад такой.

ходимся в изоляционной палате, то Самое сложное при соблюдении секретарь старается не переводить предосторожностей при воздушно-капоступающие звонки на наши мо- пельной изоляции – это уследить за бильные, чтобы мы не лапали теле- навещающими и успеть напялить на них маски. Просвещаем и стращаем, Свои стетоскопы перед каждым но в маске трудно долго находитьконтактом с больным мы проти- ся, а уж разговаривать и того хуже, раем спиртом (так и слышу Нику- поэтому находятся отдельные несолина из «Операции «Ы»: «Водку? знательные граждане, которые пери-Вдребезги? Да я тебя!!!») Каждо- одически вызывают у меня желание му больному полагается своя ман- «тащить и не пущать». Эх, сюда бы жетка для измерения давления и моего гренадёра в белом халате...



«Навигационная лазерная терапия. «Живая хирургия»

> Симпозиум будет проходить по адресу: г. Самара, площадь Куйбышева, д. 1,

Самарский академический театр оперы и балета, зал №2 'ел./факс: (495) 662-78-66 / E-mail: info@tradomed-invest.ru / www.tradomed-invest.ru

АМЕРИКАНСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

Туберкулёз

Больных с подозрением на туберкулёз или свиной грипп помещают в «чудо-палату» с отрицательным давлением. Опять же, она только потенциально такая, а в обычное время ничем другим, кроме наличия небольшого тамбура, от всех остальных палат она ничем не отличается. При поступлении соответствующего больного и появлении на двери голубой таблички и пачки бирюзовых респираторов инженеры включают свою хитрую механику, и в палате создаётся область низкого давления. Ничего там не свистит и не завывает, двери не хлопают, сквозняка не чувствуется, так что о том, как именно это делается, ничего сказать не могу. Конечно, где-то стоит вентилятор с мощным фильтром, но работает он очень деликатно.

Таким образом, все вредоносные микроорганизмы остаются в палате, потому что – как мы помним из курса средней школы – воздух перемещается из области высокого давления в область низкого. Таких «чудопалат» в нашей больнице всего две, и одна – в моём родном отделении.

Обе двери – в тамбур и в палату – должны быть закрыты, иначе установка будет работать не эффективно и не гарантирует соблюдение мер предосторожности. Зашёл в тамбур, закрыл за собой дверь, надел всю положенную защитную одежду и только потом открываешь внутреннюю дверь.

Туберкулёз, кроме халата и перчаток, требует специального респиратора N95. Каждый год мы обязаны проходить примерку респиратора – они выпускаются трёх размеров – и подтвердить или изменить свой размер. Кто-то за год похудел или пополнел, а мужчины могли отпустить или сбрить бороду: такие мелочи, оказывается, влияют на то, как респиратор функционирует. А процедура вышеупомянутой

примерки занимает полчаса, в течение которых ты должен и головой повертеть, и попрыгать, и покланяться, и прочитать отрывок текста – и всё это время компьютер следит, чтобы не было утечки.

Зараза к заразе не пристаёт?

Мы все, конечно, из-за специфики нашей работы немного гермофобы. В конце смены судорожно протираем всё, что можно, включая телефоны, стетоскопы, туфли и сумки, а дома первым делом бросаемся в душ. Люди, у которых дома маленькие дети рассказывают, что они раздеваются догола прямо в гараже и тут же загружают всю одежду в стирку. Несмотря на все принимаемые меры предосторожности, как говорится, «нетнет да и да».

За всё время моей работы я заразилась от больного только один раз, и то это из области догадок, потому что официально у него был Clostridium difficile, а я и ещё три медсестры, работавшие с ним, подхватили норовирус. В принципе, и слава Богу, так как вирус, хоть и бурно протекает, проходит тоже быстро и без последствий. Но я всё же уверена, что, кроме официальной бациллы, тот больной ещё и вирус выделял в качестве любителя!

А вот пример того, как жизнь имитирует искусство. Под искусством я скромно подразумеваю свою статью... Сижу дома, никого не трогаю, пишу себе про инфекционные заболевания и вдруг ловлю себя на том, что почёсываю левую руку. Английская пословица гласит, что тот, кто спит с собаками, встаёт с блохами, и первая её часть про меня в буквальном смысле. Поэтому думаю, блохи у меня, что ли? У собак моих блох нет, я им в профилактических целях каждый месяц капаю на загривок какой-то специальной гадостью.



Самая обычная маска. Годится при насморке и кашле, а также при повышенной вонючести, что бывает, увы, нередко

Потом пошла на работу и всё чешусь. Левая рука стала подозрительно красной. Хорошо, что я теперь работаю днём – врачей вижу много, вот я одного поймала и спрашиваю: «Что это у меня с рукой, аллергия?». А он глянул и говорит «Нет, это у вас, похоже, чесотка. Вам надо срочно к врачу, это очень заразная болезнь». Мама дорогая! Вот уж дописалась про инфекционные заболевания! Хорошо, что не гонорея... Натурально, пришлось мне своих больных раздать по другим медсёстрам и прямо в середине смены пойти к врачу, который взял кожный соскоб и показал мне под микроскопом мерзких тварей с лапами и усами. Выписали мне крем, которым я, как булгаковская Маргарита, натёрлась с головы до ног, но на шабаш не полетела, а исправно села дописывать статью.

В отделении теперь объявлен карантин, и администрация пытается выяснить, где я могла подцепить эту заразу. А инкубационный период у неё – до нескольких месяцев, так что «ищи ветра в поле». Собаки точно не виноваты, потому что их часоточные клещи на людях не уживаются. Вот уж никак не думала, что на старости лет я узнаю так



Такая маска требуется для капельной изоляции, но также рекомендуется при выполнении любых процедур, связанных с органами дыхания



Респиратор обеспечивает наивысшую степерь защиты: от туберкулёза и свиного гриппа



«Группа товарищей в польтах». А польта-то могли бы и снять, между прочим. Но маску госпожа Тимошенко надела совершенно правильно, прищепив её у носа – там для этого такая проволочка вставлена. А товарищ в левом углу манкирует – нацепил кое-как, по старинке, как марлевую повязку своей юности, прошедшей под эгидой сдачи норм ГТО

много нового и практически полезного про чесотку, но, как говорится, век живи – век учись и дураком помрёшь!

На этой оптимистической ноте позвольте на сегодня закончить.

В следующий раз я думаю рассказать о специализированном неврологическом отсеке моего отделения, где мы по мере сил лечим инсульты, кровоизлияния, опухоли мозга и последствия тяжёлых травм.

новости

Изменение цвета глаз опасно для здоровья



В опрос изменения цвета радужной оболочки глаза стал одним из самых обсуждаемых за время проведения Ежегодного конгресса Французского офтальмологического общества – 2012. Французские эксперты крайне озабочены идеей американских коллег по началу массовых операций по изменению цвета глаз.

История этого вопроса берет начало в ноябре прошлого года. Тогда американская компания «Stroma Medical Corporation» потрясла весь офтальмологический мир своим заявлением: через два или три года с помощью несложной лазерной техники можно будет карий цвет глаз без труда изменить на голубой. Для этого человеку, мечтавшему сражать наповал красавиц взглядом Пола Ньюмана, нужно

будет лишь заплатить в среднем около 150 тыс. рублей (5 тыс. долларов). Однако все ли на самом деле так просто, как кажется?

По мнению президента Французской офтальмологической академии Беатрис Кошнер, такая операция может быть опасной для здоровья.

Карий цвет глаз – самый распространенный в мире. В радужной оболочке кареглазых людей содержится большое количества пигмента. У обладателей голубых глаз, напротив, этот пигмент практически отсутствует. Операция по изменению цвета основана именно на этом: с помощью лазера хирург удаляет пигмент, что как бы осветляет глаз, делая его голубым.

Данная техника была опробована лишь на 17 пациентах, никто из них не находился под наблюдением в течение длительного периода времени.

«Результаты проведенных хирургических вмешательств разочаровали исследователей. После операций глаза пациентов стали тусклыми. Понравится вам результат или нет, не имеет особого значения. Вернуть прежний цвет глаз будет уже невозможно», – говорит Беатрис Кошнер.

Однако проблема не только в этом. Изменение цвета глаза может обернуться серьезными проблемами. Пигменты, освобожденные при помощи лазера, могут послужить причиной развития глаукомы или хронического воспаления глаз. Кроме того, роль пигмента не сводится лишь к функции окрашивания: он защищает от ультрафиолетовых лучей. При отсутствии достаточного количества пигмента сетчатка может подвергаться чрезмерному воздействию солнечного света, что негативно скажется на состоянии зрения в целом.

Беатрис Кошнер добавляет: «Природа неспроста наградила жителей Африки карими глазами, а скандинавов – голубыми».

Как бы то ни было, во Франции операции по изменению цвета глаз в ближайшее время проводить не планируется. Более того, французские офтальмологи уверены: нет такого метода, который бы позволил изменить окрас радужной оболочки. На сегодняшний день единственный способ «посмотреть на мир в другом цвете» — приобрести оттеночные или цветные линзы. А перед этим посоветоваться с врачом.

Перевод Марии Тумар www.sante.lefigaro.fr



Бинокулярные лупы HR® 2х высокого разрешения



Новая технология HR для равномерного увеличения

Эксклюзивная технология покрытия устраняет световые рефлексы до 0.3%, обеспечивая самое чистое изображение среди сопоставимых луп.

- Ахроматическая оптика для получения четких и ярких изображений
- Легкость (51 г).
- Водоустойчивость
- Гибкость при точной подгонке. Бинокулярные лупы HEINE имеют независимую регулировку оптики слева и справа для выбора точного межзрачкового расстояния (PD).
- Максимальное увеличение с большим полем зрения и глубиной результи!
- Крепление для луп i-View обеспечивает любой угол обзора и может поднимать оптику независимо от положения луп и осветителя LED LoupeLight.

Способы крепления:

HEINE S-Frame® Инновационная очковая оправа для бинокулярных луп

Крепление на обруч Lightweight® с HEINE S-Guard® и шлем Professional L®

шлем Professional L®
Быстрая и простая регулировка бинокулярных луп,

благодаря защитному щитку S-Guard. Всегда идеальное положение бинокулярных луп после первой установки. Фиксированное положение бинокулярных луп на защитном щитке S-Guard и жесткое крепление между шлемом и носовыми упорами гарантирует Вам, отсутствие смещение лупы после ее установки. Эргономичные носовые упоры также гарантируют комфорт и надежную позицию бинокулярных луп.

ГенералОф официальный дистрибьтер фирмы HEINE

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



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

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. Е-mail: aprilpublish@mail.ru. Редакция не несет ответственности за содержание рекламых, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: июнь 2012. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 119991, Москва, ГСП-1, ул Б. Полянка, д. 44/2. © «Поле зрения», 2012. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «САРІТАІ PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.