

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№3 (17) МАЙ-ИЮНЬ 2013

ISSN 2221-7746

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

Кафедре глазных болезней Смоленской государственной медицинской академии – 90 лет

История Смоленской государственной медицинской академии начинается 4 апреля 1920 года, когда Государственным ученым советом Народного комиссариата здравоохранения РСФСР было принято решение организовать медицинский факультет в составе Смоленского государственного университета. Вместе с академией кафедра глазных болезней прошла путь становления, развития, обновления. В этом историческом очерке автор постарался наиболее полно показать вклад каждого сотрудника на кафедре с момента ее основания.



1 ноября 2013 года кафедра глазных болезней Смоленской государственной медицинской академии отметит 90 лет со дня основания. По данным, полученным в результате изучения архивного материала, курс глазных болезней был организован при медицинском факультете Смоленского университета 1 ноября 1923 года. Первым заведующим курсом глазных болезней был бывший приват-доцент ВМА, профессор Алексей Степанович Чемолосов (1868 г.р.), закончивший в 1891 году Санкт-Петербургскую Военно-медицинскую академию

> стр. 3

Кафедра офтальмологии факультета последипломного и дополнительного образования Южно-Уральского государственного медицинского университета: 30 лет в системе последипломного образования

Кафедра офтальмологии факультета последипломного и дополнительного образования Южно-Уральского государственного медицинского университета ведет свою историю с декабря 1982 года (Приказ Минздрава СССР № 478 от 25 мая 1982 г.), когда по инициативе и непосредственном участии ректора Уральского государственного института усовершенствования врачей (в последующем, с 1997 г., Уральской медицинской академии дополнительного образования), профессора Н.И. Тарасова, она была организована. Руководство работой кафедры принял на себя доцент



М.И. Уздин, а ее состав был представлен: профессором Л.Н. Тарасовой, кандидатом медицинских наук Г.А. Виньковой, ассистентами Л.А. Удаловой, И.В. Салтыковым. Первые слушатели (курсанты) приступили к обучению на 4-месячный цикл усовершенствования в январе 1983 года; основной клинической базой кафедры являлось глазное отделение (Центр травмы

> стр. 6

Кафедра офтальмологии Уральского института усовершенствования врачей. Январь 1983 г. – начало занятий

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Встреча друзей, коллег, единомышленников

XIX Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи»

27–31 мая 2013 года, Санкт-Петербург

В девятнадцатый раз в Санкт-Петербурге состоялся международный офтальмологический конгресс «Белые ночи». Его участниками стали более двух тысяч практикующих врачей-офтальмологов, учёных-медиков и организаторов здравоохранения из десятков регионов России и многих зарубежных стран. В качестве организаторов мероприятия выступили Министерство здравоохранения Российской Федерации, Северо-Западное отделение РАМН, межрегиональная общественная организация

«Ассоциация врачей-офтальмологов», Комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова и компания GlazMed International Inc.

Участники конгресса смогли познакомиться с новейшими достижениями в области диагностики и лечения глаукомы, хирургического лечения катаракты, нейроофтальмологии, лечения воспалительных и дистрофических

> стр. 21



КОНФЕРЕНЦИИ

Проблемы воспаления в офтальмологии > стр. 8

Аккомодация. Проблемы и решения > стр. 11

Вторая конференция RSCRS > стр. 12

Праздник офтальмологии в Смоленске > стр. 14

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



Профессор Л.А. Деев: «Живу успехами своих учеников» > стр. 17



Врач всегда должен быть детективом
Интервью с профессором Р.Л. Трояновским > стр. 28

БЕСЕДА С ИНТЕРЕСНЫМИ ЛЮДЬМИ > стр. 19

Внутрибольничные инфекции. Вопросы антибиотикорезистенции

ЛЕКЦИЯ > стр. 34

Поле зрения и витрео-макулярная хирургия

НАУЧНАЯ СТАТЬЯ

Одновременная фактоэмульсификация и анти-VEGF терапия у пациентов с катарактой и неоваскулярной ВМД > стр. 38

Также в номере:

Фирменные дела > стр. 26

Творческая лаборатория > стр. 32

Новости отечественных производителей > стр. 41, 42

Записки американской медсестры > стр. 43



Дорогие коллеги!

Сердечно поздравляю Вас с Днём медицинского работника!
Ваш подвижнический труд является примером беззаветного служения людям, символом высокой ответственности, верности профессиональному и человеческому долгу. От нас с вами в значительной степени зависит благополучие будущих поколений. Нет сомнения в том, что благодаря таланту, энергии, преданности делу вы и впредь будете покорять новые профессиональные высоты.
От всей души желаю вам доброго здоровья, мира и долголетия!
Успехов в Вашей деятельности на благо отечественного здравоохранения!

Ваш главный редактор С. Аветисов

Victus: фемтотехнологии сегодня и завтра

30 мая 2013 года в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» были выполнены показательные операции экстракции катаракты с использованием фемтосекундного лазера последнего поколения Victus производства компании Bausch+Lomb/Technolas. Операции провел заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор Б.Э. Малогин.

Данное событие широко освещалось на федеральных телеканалах, печатными и электронными СМИ. Среди приглашенных средств массовой информации была газета «Поле зрения».

После успешно завершённой операции профессор Б.Э. Малогин ответил на вопросы нашего корреспондента.

– Борис Эдуардович, расскажите, пожалуйста, о преимуществах системы Victus перед аналогичными, уже используемыми аппаратами.

– Думаю, что следует сначала сказать о том, зачем же хирургам понадобился такой лазер? Ультракороткие импульсы, продолжительностью в одну фемтосекунду (1 фс = 10⁻¹⁵ с), обеспечивают прецизионное расщепление тканей. В хирургии катаракты это полезное свойство используется на наиболее важных, критических этапах вмешательства – выполнении основного и дополнительного разрезов, вскрытия капсулы (по методу непрерывного кругового капсулорексиса), фрагментации ядра хрусталика. Помимо этого, фемтолазер способен проводить паралимбальные разрезы роговицы с целью коррекции астигматизма. На сегодняшний день это направление офтальмохирургии

является одним из прорывных, разработки лазерных систем ведет целый ряд ведущих фирм-производителей.

Если обратиться к данной конкретной установке, то ее преимущества, помимо удобства в работе и качественного выполнения всех вышеперечисленных этапов, заключаются в том, что она является многофункциональной и дает возможность хирургу не только оперировать катаракту, но и проводить вмешательства по коррекции аномалий рефракции (близорукость, дальнозоркость), пресбиопии и пересадке роговицы, имплантации полимерных сегментов в строму роговицы.

Компания Bausch+Lomb/TPV (Германия), в отличие от большинства производителей, идущих по пути узкой специализации своих установок, первой сделала шаг в создании нового прибора, по сути – хирургического комбайна, обладающего целым рядом полезных свойств.

– Около года назад, после конференции «Современные технологии катарактально-рефракционной хирургии», в интервью газете «Поле зрения» по поводу фемтосекундных технологий Вы сказали буквально следующее: «Фемтосекундный лазер является шагом вперед с точки зрения автоматизации некоторых этапов хирургии катаракты и достижения большей прецизионности в части разреза и капсулотомии. С другой стороны, мы, хирурги, испытываем смешанное чувство, т.к. нынешнее состояние этих лазеров не прибавляет ничего нового в нашей текущей клинической практике. Немаловажен и финансовый вопрос: операция становится дороже еще примерно на 30 тысяч рублей. Получает ли пациент в два раза лучший результат при использовании фемтосекундного лазера? Нет». Изменилась ли Ваша позиция за прошедшее время?

– Я и сейчас придерживаюсь той точки зрения. Технология явно перспективная, но, к сожалению, пока что очень дорогая. Существует понятие «медико-экономической эффективности». Закладывая в стоимость лечения определенную сумму, следует ожидать, что у пациента восстановление функции произойдет либо быстрее, либо в большем объеме. История показывает, что практически все медицинские технологии, в том числе и приборы, на первых порах стоили очень дорого. Но по мере того как они совершенствовались, отработывались, расширялся круг производителей аналогичной техники, шло снижение стоимости приборов, расходных материалов к ним, также снижалась себестоимость операции.

Очевидно, сегодня мы находимся на первом этапе развития фемтолазерной хирургии катаракты. Мы видим преимущества данной технологии, ее перспективы. Она обладает рядом положительных качеств, но при этом себестоимость пока еще высока. Понятно и то, что развитие науки приведет к тому, что завтра технология станет дешевле и еще эффективней, а послезавтра, установка будет миниатюрной и при этом станет выполнять тот же или даже больший набор функций. Все это будет завтра, но значит ли это, что сегодня мы должны сидеть, сложа руки, и ждать? Однозначно – нет. Чтобы это произошло необходимо работать и двигать эту технологию вперед.



– Не секрет, что в российской офтальмологии мнение профессора Малогина имеет достаточно большое значение. Что бы Вы посоветовали своим коллегам, кому предстоит принять решение относительно аппарата Victus, стоит ли его приобретать для клиники? Оправдывает ли он надежды, которые на него возлагают хирурги?

– На мой взгляд, ответ на вопрос «приобретать – не приобретать» зависит от клиники, в которой работает этот хирург. Мы работаем в одном из ведущих научно-исследовательских институтов, одной из лучших клиник в стране. Если бы я говорил с руководителем аналогичного учреждения, я бы сказал, не раздумывая: «Да», так одна из наших основных задач – двигаться вперед, расширять горизонт научных исследований. Если мы говорим о частной клинике, то может быть рассмотрен другой вариант подхода, а именно стратегия маркетинга и позиционирования клиники, выделения ее из ряда аналогичных. Если же вести речь об офтальмологическом отделении, например многопрофильной больницы, то мой ответ «Нет», потому что в таких условиях данная установка не будет оправдана, хотя бы еще и потому, что объемы хирургической деятельности несопоставимы. Так что для крупных научно-исследовательских учреждений и крупных клиник – однозначно «Да», для остальных – более оправдана выжидательная тактика.

От редакции:

ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» – не единственное в России медицинское учреждение, в котором проведены операции с использованием фемтосекундного лазера Victus. По словам директора Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ, профессора М.М. Бикбова, с помощью новейшей операционной системы в клинике сделано более 100 операций по поводу катаракты и несколько десятков вмешательств на роговице. Как подчеркнул профессор М.М. Бикбов, операция «практически поставлены на поток».

Профессор С.Ю. Анисимова (клиника «Восток-Прозрение») на прошедшей недавно в Санкт-Петербурге Второй конференции RSCRS сообщила о результатах 333 фактоэмulsionных операций с фемтолазерным сопровождением. Она дала высокую оценку системе Victus, отметив такие достоинства аппарата, как «точность, качество, быстрота, гибкость и безопасность».

Кафедре глазных болезней Смоленской государственной медицинской академии – 90 лет

< стр. 1

и вступивший в должность заведующего кафедрой 1 августа 1923 года. Тема докторской диссертации: «Обогащение питьевой воды химическими веществами».

Сотрудниками курса на тот момент являлись ассистенты – д.м.н. Т.И. Крылов, к.м.н. П.И. Гапеев, клинический ординатор – Н.С. Липович, сверхштатный ординатор – доктор И.С. Левин.

С 1923 по 1936 гг. научная деятельность коллектива была отражена в выполнении докторской и двух кандидатских диссертаций, публикаций 23 научных работ.

В 1936 году курс преобразован в кафедру глазных болезней. С ноября 1936 года кафедрой возглавил избранный по конкурсу Михаил Захарович Попов. В 1921 году он закончил медицинский факультет Донского университета. В 1928 году он написал монографию «Экспериментальные материалы к патогенезу стойкого косса», за которую получил премию Наркомздрава СССР. М.З. Попов сформулировал ритомиоцеребральную теорию патогенеза стойкого косса. Без защиты кандидатской диссертации ему присваивается звание кандидата медицинских наук. В 1937 году М.З. Попов успешно защитил докторскую диссертацию, а в 1938 году ему присвоено звание профессора. Ассистентами кафедры в период с 1936 по 1941 гг. работали: Б.И. Ростовцев, А.Ф. Михайлова, А.В. Спиридонова.

В довоенный период клиники глазных болезней располагалась на базе 1-й Областной клинической больницы и занимала два этажа отдельного здания с 80 штатными койками. В годы Великой Отечественной войны большая часть врачебного и среднего медицинского персонала были призваны в ряды Красной армии. Профессор М.З. Попов с августа 1941 по октябрь 1945 года служил в действующей армии. За боевые заслуги Михаил Захарович Попов был награжден орденами Отечественной войны I и II степени, медалями «За взятие Кенигсберга», «За победу над Германией» и демобилизован в звании подполковника

медицинской службы с должности главного офтальмолога 3-го Белорусского фронта. После освобождения Смоленска и восстановления медицинского института кафедрой глазных болезней (с января 1944 по ноябрь 1945 года) руководил кандидат медицинских наук Н.С. Липович. С сентября 1945 года ассистентом кафедры избирается Зинаида Афанасьевна Есаулова. Тема диссертации: «Патогистологические изменения при травматических иридоциклитах» (1955). За время работы на кафедре З.А. Есаулова опубликовала 8 научных работ. Зинаида Афанасьевна проработала на кафедре до 1960 года.

С ноября 1945 года кафедру вновь возглавил профессор М.З. Попов. В это время клиника глазных болезней находилась в здании отделения отоларингологии и имела 15 штатных коек. Амбулаторный прием офтальмологических больных велся одновременно со стоматологическим приемом в маленькой комнате 3×3,5 метра.

В ноябре 1945 года на должность ассистента кафедры принята Лидия Семеновна Бергтрон, которая в марте 1950 года защитила кандидатскую диссертацию на тему «К лечению сульфидом трахоматозного паннусса». В августе 1951 года Л.С. Бергтрон переведена на должность ассистента кафедры гистологии, где в дальнейшем под руководством профессора М.З. Попова защитила докторскую диссертацию и работала профессором кафедры гистологии. Л.С. Бергтрон опубликовала 28 научных работ по офтальмологии, из них 5 – в центральной печати.

В 1956 году на должность ассистента кафедры принят кандидат медицинских наук, участник ВОВ, кавалер Ордена Красной Звезды Борис Трофимович Бакеренков. В 1955 году под руководством М.З. Попова Б.Т. Бакеренков защитил кандидатскую диссертацию на тему «К вопросу о профилактике воспалительных заболеваний конъюнктивы и травматических повреждений роговицы у рабочих железнодорожного транспорта». За время работы на кафедре Б.Т. Бакеренков опубликовал 7 научных работ.

В начале 1958 года к обязанностям ассистента кафедры приступил избранный по конкурсу кандидат медицинских наук Денис Степанович Ковалев. Тема кандидатской диссертации: «Материалы по исследованию системы гиалуроновой кислоты-гиалуронидазы в норме и при некоторых заболеваниях органа зрения». На кафедре он проработал до августа 1963 года. В этом же году он переезжает в город Витебск, где был избран на должность заведующего кафедрой глазных болезней Витебского медицинского института. В 1966 году Денис Степанович успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Анатомо-физиологические и биохимические нарушения при глаукоме и их патогенетическое значение». За время работы на кафедре Д.С. Ковалев опубликовал 11 научных работ.

В 1964 году на должность ассистента принята кандидат медицинских наук Нина Михайловна Яснецова. Тема диссертации: «Операция иридоасклерэктомии при глаукоме» (научный руководитель – профессор М.З. Попов). В декабре 1965 года в штат кафедры зачислена кандидат медицинских наук Мария Петровна Хряпченкова. Тема кандидатской диссертации: «Сравнительные результаты экстра- и интракапсулярной экстракции катаракты по материалам клиники СМЗ за 14 лет (1947-1960)» (научный руководитель – профессор М.З. Попов).

В 1966 году в связи с расширением штата на должность ассистента кафедры принята аспирантка кафедры (1961-1964) Тамара Григорьевна Борейко.

В январе 1966 года за большой вклад в подготовку научных кадров профессор М.З. Попову присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР».

В 50-60-е годы клиника располагалась на базе 1-го корпуса Областной клинической больницы и имела 40 коек (взрослые и детские). Заведующим отделением – Елена Дмитриевна Солдатенкова. В 1967 году клиника переехала в новое здание 2-го корпуса, где были развернуты два отделения: взрослое – на 40 коек (заведующий – Вячеслав



Профессор Алексей Степанович Чемослов (1868-1946)



Профессор Михаил Захарович Попов (1896-1975)



Профессор М.З. Попов проводит операцию

Ефимович Борисов) и детское – на 30 коек (заведующий – Василий Леонидович Космачев).

В 1967 году Н.М. Яснецова избирается доцентом кафедры.

В сентябре 1968 года на должность ассистента назначена аспирантка кафедры (1965-1968) Эмилия Михайловна Веткина. В 1970 году Т.Г. Борейко защитила кандидатскую диссертацию на тему «К клинике и лечению проникающих травм глазного яблока» (научные руководители – профессор М.З. Попов и д.м.н. Л.С. Бергтрон).

В 1970 году Э.М. Веткина защищает кандидатскую диссертацию на тему «Типы рефракции школьников и их зависимость от рефракции родителей» (научный руководитель – профессор М.З. Попов).

Научные исследования в этот период проводились совместно с кафедрой фармакологии СГМИ (заведующий кафедрой – профессор Виктор Сергеевич Яснецов). Основные направления научных исследований: влияние фармакологических препаратов на внутриглазное давление, а также разработка комплексного

Abbott Medical Optics

Совершенство в деталях.
Уверенность в успехе. Путь к гармонии

Семейство ИОЛ TECNIS®

Stormoff®
group of companies

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

BAUSCH+LOMB TECHNOLAS

victus
Фемтосекундная лазерная платформа

«Полный OCT online контроль, катарактальные, хирургические, рефракционные процедуры на одной платформе.»

Фемтосекундный лазер VICTUS выполняет:

<p>Рефракционные функции:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Создание персонализированного лоскута для LASIK - Формирование тоннелей для интракорнеальных колец (ICRS) - Срезы различной формы для сквозной и послыной кератопластики (PKP/LKP и FLEK) - Астигматическая кератотомия (AK) - Коррекция пресбиопии INTRACOR 	<p>Катарактальные функции:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Капсулорексис - Фрагментация хрусталика - Кератомические ослабляющие надрезы (AK) - Тоннельные роговичные разрезы (параллельно)
---	--

Официальный дистрибутор в России ООО «ПОЛИСТ ЛАЙН»
г. Москва, 127549, ул. Бибиревская, 17 Б, офис 6, тел./факс: (499) 901-44-49
г. Новосибирск, 630007, ул. Октябрьская, 34, тел./факс: (383) 218-33-15
e-mail: polist@polist.ru www.polist.ru

POLIST GROUP

медикаментозного лечения первичной глаукомы. Итогом работы стала защита в 1971 году кандидатской диссертации ассистентом кафедры фармакологии Александром Савельевичем Божефатовым. Тема: «Влияние фармакологических средств на гемодинамику глаза» (научные руководители – профессор В.С. Яснецов, доцент Н.М. Яснецова).

В 1971 году, под руководством профессора М.З. Попова, Н.М. Яснецовой была защищена докторская диссертация на тему «Эффективность комплексного лечения больных первичной глаукомой в зависимости от сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы».

В декабре 1971 года на должность ассистента кафедры избрана кандидат медицинских наук Мария Михайловна Тарасцова. Тема кандидатской диссертации: «Нарушения глубинного зрения при содружественном косоглазии и методы его восстановления» (1969) (научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Э.С. Аветисов).

В сентябре 1972 года профессор М.З. Попов переведен на должность научного консультанта кафедры. За время работы на кафедре (с ноября 1936 по сентябрь 1972 года) под руководством профессора М.З. Попова были подготовлены и защищены 3 диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук и 7 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, опубликованы 95 научных работ в международной и центральной печати. За указанный период закончили аспирантуру 2 врача, ординатуру – 31 врач, первичную специализацию прошли 50 врачей.

В сентябре 1972 года в связи с уходом профессора М.З. Попова на пенсию заведующей кафедрой была избрана доцент Нина Михайловна Яснецова. В апреле 1974 года ей присвоена ученая степень доктора медицинских наук, а в июне 1974 года – ученое звание профессора.

С 1976 года ассистент кафедры М.М. Тарасцова совместно с отделом охраны зрения Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца участвует в комплексных разработках по созданию и внедрению в практику здорового охранение новой системы лечения содружественного косоглазия – «Диплоптика».



Борис Трофимович Бакренков (ассистент кафедры с 1956 по 1971 гг.)



Зинаида Афанасьевна Есаулова (работала на кафедре с 1945 по 1960 гг.)



Ассистент кафедры Лидия Семеновна Берггрюн проводит занятие со студентами



Нина Михайловна Яснецова (ассистент кафедры с 1964 г., с 1967 г. – доцент)



Денис Степанович Ковалев (работал на кафедре с 1958 по 1963 гг.)



Мария Петровна Хряпченкова (ассистент кафедры с 1965 г., с 1977 по 1993 гг. – доцент)



Тамара Григорьевна Борейко (работала на кафедре с 1966 по 1987 гг.)



Эмилия Михайловна Веткина (ассистент кафедры с 1968 по 1998 гг.)



Мария Михайловна Тарасцова (ассистент кафедры с 1971 по 1987 гг., с 1987 по 1993 гг. – зав. кафедрой, с 1993 по 1999 гг. – профессор кафедры)

С сентября 1972 по март 1987 года на кафедре работали: доцент М.П. Хряпченкова, ассистенты – кандидат, позже доктор медицинских наук М.М. Тарасцова, кандидаты медицинских наук Т.Г. Борейко, Э.М. Веткина. Ими была опубликована 51 научная статья.

В ноябре 1987 года на должность ассистента кафедры избран Леонид Алексеевич Деев, закончивший целевую аспирантуру (1984-1987) на кафедре глазных болезней Московского медицинского стоматологического института (заведующий кафедрой – член-корреспондент АМН СССР, доктор медицинских наук, профессор С.Н. Федоров).

В декабре 1987 года профессор Мария Михайловна Тарасцова избрана заведующей кафедрой глазных болезней.

В феврале 1988 года ассистент кафедры Л.А. Деев защитил кандидатскую диссертацию на тему «Витректомиа и лазерные вмешательства в комплексном хирургическом лечении осложненных форм пролиферативной диабетической ретинопатии» (научный руководитель – член-корреспондент АМН СССР, профессор С.Н. Федоров).

Перед сотрудниками кафедры ректором института, профессором Николаем Борисовичем Козловым была поставлена задача – внедрить в клинику самые передовые технологии лечения глазных болезней.

В апреле 1988 года на базе клиники совместно с отделом травматизма МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца (заведующая – профессор Р.А. Гундорова) была проведена Республиканская конференция по проблемам травматизма органа зрения.

В апреле 1991 года Л.А. Деев избран на должность доцента кафедры.

В феврале 1993 года ассистентом кафедры была избрана Алла Георгиевна Белькова. Тема кандидатской диссертации: «Использование восточных бинокулярных функций» (научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Т.П. Кашенко; МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца).

С апреля 1987 по январь 1993 года – сотрудниками кафедры являлись: профессор Н.М. Яснецова, доцент М.П. Хряпченкова, ассистенты Э.М. Веткина, Л.А. Деев. Ими были опубликованы 20 научных работ, изданы 3 методические рекомендации для врачей, получены 2 авторских свидетельства на изобретения.

В феврале 1993 года доцент Леонид Алексеевич Деев избран на должность заведующего кафедрой глазных болезней.

В июле 1993 года доцент М.П. Хряпченкова ушла на пенсию. За время работы на кафедре она опубликовала 37 научных работ в центральной и местной печати, подготовила 1 учебно-методическое пособие для студентов.

С сентября 1993 года на должность ассистента кафедры назначен кандидат медицинских наук Виктор Владимирович Могилевцев. Тема кандидатской диссертации: «Непроницающая глубокая склерэктомия с коллагенопластикой в лечении первичной открытоугольной глаукомы» (научный руководитель – доктор медицинских наук В.И. Козлов).

В 1996 году на кафедре вновь была открыта аспирантура. Аспирантами кафедры стали: Е.В. Крюкова (1996-1998), И.А. Молоткова (1997-1999), А.А. Быстревская (2000-2001), заочный аспирант – заведующий 1-м глазным отделением СОКБ И.П. Кумерданк (2002-2005).

В сентябре 1998 года на должность ассистента кафедры принята Елена Вячеславовна Крюкова. В июне 1999 года профессор М.М. Тарасцова ушла на пенсию. За время своей учебно-педагогической работы профессором М.М. Тарасцовой опубликованы 54 научные статьи в международной, центральной и местной печати, получено авторское свидетельство на изобретение, изданы 3 методические рекомендации для врачей и 5 учебно-методических пособий для студентов.

С сентября 1999 года ассистентом кафедры назначена Инна Александровна Молоткова. Тема кандидатской диссертации: «Особенности гистоархитектоники вегетативных нервных терминалей цилиарного тела в норме и при глаукоме» (научные руководители – кандидат медицинских наук, доцент Л.А. Деев, доктор медицинских наук, профессор А.Е. Доросевич).

В марте 2000 года ассистентом Е.В. Крюковой защищена кандидатская диссертация на тему «Состояние процессов гидратации в крови и стекловидном теле у больных глаукомой» (научные руководители – кандидат медицинских наук, доцент Л.А. Деев, доктор медицинских наук, профессор Н.Ф. Фаращук).

В 2000 году ассистентом кафедры назначена Светлана Петровна Войтова. Тема кандидатской диссертации: «Рациональная гипотензивная терапия первичной открытоугольной глаукомы» (научный руководитель – профессор Е.А. Егоров).

В январе 2002 года ассистентом кафедры назначена аспирант кафедры Анна Анатольевна Луговая (Быстревская).

В январе 2002 года доцентом Л.А. Деевым была защищена докторская диссертация на тему «Новые аспекты патогенеза, диагностики и лечения первичной открытоугольной глаукомы на основе изучения биологических жидкостей глаза» (клинико-лабораторные исследования), научные консультанты – академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор В.Н. Шабалин, доктор медицинских наук, профессор Л.Ф. Линник.

В 2002 году А.Г. Белькова была избрана на должность доцента кафедры, а в ноябре 2003 года ей было присвоено ученое звание доцента.

В 2004 году ассистентом А.А. Луговой защищена кандидатская диссертация на тему «Возрастные особенности морфологической картины слезной жидкости человека» (научные руководители – доктор медицинских наук, профессор Л.А. Деев, доктор медицинских наук, профессор С.Н. Шатохина).

В настоящее время на кафедре работают:

- доцент кафедры, кандидат медицинских наук В.В. Могилевцев;
- доцент кафедры, кандидат медицинских наук А.Г. Белькова;
- ассистент кафедры, кандидат медицинских наук С.П. Войтова;
- ассистент кафедры, кандидат медицинских наук А.А. Луговая;
- ассистент кафедры, кандидат медицинских наук Н.С. Филочкин;
- старший лаборант Е.В. Кальницкая;
- лаборант А.А. Семина.

Научными направлениями кафедры в настоящее время являются: изучение патогенеза, ранняя диагностика и разработка новых хирургических методов лечения различных стадий глаукомы; изучение характера приживления трансплантата роговицы в зависимости от возраста и давности наступления клинической смерти донора; проблемы биосовместимости ИОЛ с тканями глаза; внедрение новых методов удаления катаракты и коррекции афакии; изучение морфологии биологических жидкостей организма в диагностике различных заболеваний глаза; разработка методов лазерного лечения диабетической ретинопатии и сосудистой патологии глазного дна.

С 1980 года и по настоящее время клиника и кафедра глазных болезней располагаются в здании корпуса № 7 Смоленской областной клинической больницы, построенного на средства Всесоюзного общества слепых.

Многие выпускники Смоленской государственной медицинской академии успешно работают в практическом здравоохранении, все нижеперечисленные защитили диссертации и продолжают заниматься научно-исследовательской работой: к.м.н. Л.А. Хавова (Смоленск); д.м.н., профессор В.П. Еричев, д.м.н. Ю.В. Андреев, д.м.н. Т.В. Судовская, д.м.н. Ю.Ю. Калинин, к.м.н. Н.Е. Вандич, к.м.н. А.В. Головин (Москва); д.м.н. Ю.А. Бель, к.м.н. А.В. Терещенко, к.м.н. И.А. Молоткова, к.м.н. И.Г. Трифоненкова, к.м.н. М.С. Терещенко, к.м.н. А.М. Иванов (Калуга); к.м.н. И.Ю. Мазунин (Нижегород); к.м.н. Н.Е. Копылова (Белгород); к.м.н. Б.Л. Пирятинский (Израиль).

Заведующий кафедрой глазных болезней СГМА, д.м.н., профессор Л.А. Деев

На фото на первой полосе:

Сидят: асс. С.П. Войтова, доц. В.В. Могилевцев, проф. Л.А. Деев, доц. А.Г. Белькова, асс. Н.С. Филочкин. Стоят: орд. Е.А. Марковцова, орд. Д.Г. Чаниа, орд. М.Ю. Романов, аспирант Е.В. Харкавая, инт. А.Ю. Семькин, орд. Е.В. Кальницкая, асс. А.А. Луговая, инт. М.В. Бурлаков, орд. И.А. Игоница, аспирант М.А. Шаршкова, инт. А.Ю. Чупрынин, орд. А.А. Филимонова, орд. Н.С. Яковенко

АЛЛЕРГОФЕРОН®: новый подход к лечению аллергии

АЛЛЕРГОФЕРОН® – это новый оригинальный высокоэффективный препарат для лечения сезонного и круглогодичного аллергического ринита и аллергического конъюнктивита, выпускается в виде геля для местного и наружного применения. АЛЛЕРГОФЕРОН® защищен патентом и не имеет аналогов в мире.

Аллергическое воспаление слизистых оболочек носа и глаз снижает их защитные и барьерные функции, создает благоприятные условия для размножения респираторных вирусов, что усугубляет течение аллергозов.

Препарат АЛЛЕРГОФЕРОН® – это инновационный подход в фармакотерапии аллергического ринита и конъюнктивита, основанный на создании комбинированных лекарственных препаратов для комплексной иммунной и противовирусной коррекции.

АЛЛЕРГОФЕРОН® содержит в качестве действующих веществ в 1 г геля: интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный не менее 5000 МЕ и лоратадин 10 мг. Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный обладает уникальным сочетанием иммуномодулирующего и противовирусного эффектов. Лоратадин, блокатор H1-гистаминовых



рецепторов II поколения, обладает антигистаминным, противоаллергическим, противовоспалительным, противозудным и антиэкссудативным действием.

Таким образом, препарат АЛЛЕРГОФЕРОН® оказывает комплексное противоаллергическое, иммуномодулирующее и противовирусное действие.

Клинические исследования АЛЛЕРГОФЕРОНа® показали его высокую лечебную эффективность, хорошую переносимость и безопасность для больных при лечении аллергического ринита и конъюнктивита. Так, у пациентов, применявших АЛЛЕРГОФЕРОН®, отмечалась положительная динамика глазной и назальной

симптоматики: уменьшение выраженности отека и гиперемии конъюнктивы, зуда век, уменьшение заложенности носа и ринореи, уменьшение гиперемии и отека слизистой носа. Эффективное купирование клинической симптоматики, отсутствие побочных реакций, а также удобство использования препарата больными позволяют рекомендовать АЛЛЕРГОФЕРОН®, гель для местного и наружного применения, к широкому применению в медицинской практике.

При аллергическом рините в стадии обострения рекомендуется применять препарат путем нанесения по 1 см геля на слизистую оболочку каждого носового хода 4 раза в день в течение 5-7 дней. При аллергическом конъюнктивите в стадии обострения рекомендуется наносить препарат на кожу верхнего и нижнего века 4 раза в день в течение 5-7 дней, с последующим снижением частоты приема препарата до исчезновения клинической картины заболевания.



Регистрационный номер ЛП-000656
Информация для медицинских специалистов
Производитель – ЗАО «ФИРМ М»,
российская биотехнологическая компания
E-mail: firmm@grippferon.ru www.firmm.ru

http://niigb.ru http://glaucomajournal.ru http://aprilpublish.ru http://issuu.com/aprilpublish

ИЗДАТЕЛЬСТВО **Апрель**

Поиск по сайту

Территория офтальмологии

Профессионально и своевременно о событиях в мире офтальмологии

Новый препарат

АЛЛЕРГОФЕРОН®

ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

ИНТЕРФЕРОН + ЛОРТАДИН = НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИИ!

- Лечение сезонного аллергического ринита и конъюнктивита (поллиноза)
- Лечение круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ М www.firmm.ru

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Кафедра офтальмологии факультета последипломного и дополнительного образования Южно-Уральского государственного медицинского университета: 30 лет в системе последипломного образования

< стр. 1

и неотложных состояний органа зрения) только что построенной и сданной в эксплуатацию городской больницы скорой медицинской помощи. Все оказалось новым – и здание, и оборудование, и медицинские кадры, и учебные площади, и задачи последипломной подготовки врачей Урало-Сибирского региона, которые необходимо было решать. Первые группы врачей-курсантов из различных территорий нашей страны, переполненный лекционный зал, динамичные практические занятия, включающие теорию и практику с запоминающимися на всю жизнь клиническими разборами



Л.Н. Тарасова и А.Б. Кацнельсон – ученик и учитель



Зав. кафедрой, доцент М.И. Уздин осматривает больного



году Лариса Николаевна с семьей переехала в г. Ашхабад, где до 1981 года работала в Туркменском НИИ глазных болезней, где под ее руководством была создана и активно функционировала многопрофильная экспериментально-клиническая лаборатория. Высокая распространённость инфекционных конъюнктивитов в Средней Азии, в том числе очагов трахомы и паратрахомы, а также возможности высокотехнологичной лаборатории, позволили собрать и проанализировать материал по наиболее изученной и актуальной проблеме

Ларису Николаевну отличал очень широкий круг интересов в офтальмологии, ее интересовало все новое, неизвестное, что составляло основу научных исследований с многочисленными учениками. Под руководством профессора Л.Н. Тарасовой защищены 10 докторских и 20 кандидатских диссертаций. Она не боялась браться за трудные, ранее неразработанные проблемы, включая изучение патологии глаза при сахарном диабете, дистрофии и дегенеративные заболевания роговицы и сетчатки, глазной ишемический синдром, глаукому нормального давления. Но наиболее интересной и увлекающей она находила проблему воспаления в офтальмологии, изучению которой вместе со своими учениками она посвятила большинство научных исследований. Тематика диссертаций разнообразна и включает проблему туберкулеза органа зрения, увеита при системных и синдромных заболеваниях, посттравматического воспаления глаза, бактериальной кератиты, синдрома «сухого глаза», гнойно-воспалительных заболеваний орбиты.

За свою многолетнюю деятельность Лариса Николаевна опубликовала более 250 работ, свыше 60-ти из них в центральной печати и международных изданиях, получила 18 патентов на изобретения. На основе собственных исследований ею опубликовано пять монографий и главы в книге «Паратрахома у детей» (соавт. – Н.Н. Нурмамедов), 1984; глава «Поражения глаз при болезни Рейтера» (в монографии «Болезнь Рейтера» (Ю.Н. Ковалев, И.И. Ильин), 1993; «Туберкулезное поражение глаз: патогенез, новые пути повышения эффективности диагностики и лечения» (соавт. – И.Е. Панова), 2001; «Глазной ишемический синдром» (соавт. – Т.Н. Киселева, А.А. Фокин), 2003; «Увеит при ревматических заболеваниях» (соавт. – Е.А. Дроздова, С.Н. Теплова), 2010; «Субперистабильный абсцесс орбиты» (соавт. – Г.М. Хакимова, Е.А. Дроздова), 2011, которые являются по настоящий день актуальными, представляя значительный интерес для практикующих врачей-офтальмологов.

Профессор Л.Н. Тарасова внесла решающий вклад в открытие при УГМАДО Диссертационного совета по специальности «Глазные болезни», будучи заместителем

председателя совета. Это позволило дать путевку в жизнь большому числу молодых ученых-офтальмологов всего Уральского федерального округа.

Лариса Николаевна пользовалась авторитетом и уважением среди офтальмологического сообщества страны, долгие годы она была членом правления Российского и председателем правления Челябинского общества офтальмологов, членом редакционной коллегии журнала «Офтальмология». За вклад в развитие Российской офтальмологической науки профессору, академику РАЕН Л.Н. Тарасовой было присвоено звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации».

Высокая эрудиция и постоянный поиск ответов на порой неразрешимые вопросы диагностики и лечения сложных заболеваний глаза служили практическим примером высокого профессионализма для врачей-офтальмологов всех возрастов и увлекали многих активнее заниматься научной работой. В памяти большинства офтальмологов останутся ее блестящие лекции по самым разнообразным проблемам офтальмологии, клинические разборы сложных больных, многочисленные доклады на научно-практических офтальмологических конференциях. Ее выступления отличались глубиной содержания и доходчивой формой

изложения, самые сложные вопросы излагались просто и доступно для практикующих врачей, интернов и ординаторов. Несмотря на большую занятость, Лариса Николаевна была очень открытым и отзывчивым человеком, готовым помочь советом как по лечению больного, так и по любым жизненным вопросам.

По инициативе заведующей кафедрой, профессора Л.Н. Тарасовой, при поддержке главных врачей базовых лечебных учреждений, органов управления здравоохранения администрации города Челябинска и области, формируются новые клинические базы кафедры – специализированные отделения и центры: офтальмоэндокринологии, патологии рефракции и лазерной хирургии, офтальмоонкологии, руководство работой которых осуществляют сотрудники кафедры офтальмологии – профессора В.Ф. Экгардт, И.Е. Панова, О.Г. Поздеева. Это в значительной степени расширяет возможности подготовки слушателей по различным разделам дисциплины. На сегодняшний день, кроме выше перечисленных 5 клинических баз, кафедра офтальмологии УГМАДО располагает дополнительно еще тремя – лабораторией лазерной офтальмохирургии Областного клинического терапевтического госпиталя ветеранов войны, детским отделением Областной детской клинической больницы и офтальмологической клиникой «Артоптика».

Представленный широкий диапазон клинических баз позволяет обеспечивать подготовку врачей-офтальмологов, интернов, клинических ординаторов и аспирантов по всем разделам офтальмологии. На кафедре проводится повышение квалификации врачей на разнообразных тематических циклах, а также последипломная подготовка специалистов через очную клиническую интернатуру, ординатуру, аспирантуру. Ежегодно на кафедре офтальмологии в системе последипломного образования обучаются 250-350 врачей-курсантов, проходят подготовку 5-10 аспирантов, 15-25 клинических ординаторов и интернов. Значительный объем лекционного материала с использованием результатов собственных научных исследований кафедры, выполненных на базе центров, способствует повышению качества обучения. Разнообразие специализированных центров позволяет рассредоточить

коллектив кафедры офтальмологии ФП ДПО



Профессор Л.Н. Тарасова на лекции для врачей-офтальмологов

Памяти учителя

2 мая 2013 года исполнилось 80 лет со дня рождения выдающегося ученого-офтальмолога, заслуженного деятеля науки России, профессора Ларисы Николаевны Тарасовой.

Лариса Николаевна родилась в 1933 году в семье военнослужащего. Ее детство и юность пришлось на тяжелые годы Великой Отечественной войны и послевоенное время. После окончания школы она поступила в Челябинский медицинский институт. Интерес к офтальмологии проявился на 4 курсе во время занятий на кафедре глазных болезней под руководством профессора А.Б. Кацнельсона. После окончания института она в течение десяти лет работала в отделении глазных болезней Челябинской областной больницы, в котором сформировалась как квалифицированный врач-офтальмолог. Одновременно, в свободное от клинической работы время, Лариса Николаевна активно занималась научной экспериментальной работой по изучению герпетической болезни глаза. Ее руководителем и вдохновителем был выдающийся ученый своего времени, заложивший основы формирования научно-практической школы офтальмологов на Урале – Александр Борисович Кацнельсон. Кандидатская диссертация «Цитологическое и гистологическое исследование при герпетической болезни глаз» была успешно защищена в 1966 году в Башкирском государственном медицинском институте, г. Уфа. В том же

году Лариса Николаевна с семьей переехала в г. Ашхабад, где до 1981 года работала в Туркменском НИИ глазных болезней, где под ее руководством была создана и активно функционировала многопрофильная экспериментально-клиническая лаборатория. Высокая распространённость инфекционных конъюнктивитов в Средней Азии, в том числе очагов трахомы и паратрахомы, а также возможности высокотехнологичной лаборатории, позволили собрать и проанализировать материал по наиболее изученной и актуальной проблеме

Ларису Николаевну отличал очень широкий круг интересов в офтальмологии, ее интересовало все новое, неизвестное, что составляло основу научных исследований с многочисленными учениками. Под руководством профессора Л.Н. Тарасовой защищены 10 докторских и 20 кандидатских диссертаций. Она не боялась браться за трудные, ранее неразработанные проблемы, включая изучение патологии глаза при сахарном диабете, дистрофии и дегенеративные заболевания роговицы и сетчатки, глазной ишемический синдром, глаукому нормального давления. Но наиболее интересной и увлекающей она находила проблему воспаления в офтальмологии, изучению которой вместе со своими учениками она посвятила большинство научных исследований. Тематика диссертаций разнообразна и включает проблему туберкулеза органа зрения, увеита при системных и синдромных заболеваниях, посттравматического воспаления глаза, бактериальной кератиты, синдрома «сухого глаза», гнойно-воспалительных заболеваний орбиты.

За свою многолетнюю деятельность Лариса Николаевна опубликовала более 250 работ, свыше 60-ти из них в центральной печати и международных изданиях, получила 18 патентов на изобретения. На основе собственных исследований ею опубликовано пять монографий и главы в книге «Паратрахома у детей» (соавт. – Н.Н. Нурмамедов), 1984; глава «Поражения глаз при болезни Рейтера» (в монографии «Болезнь Рейтера» (Ю.Н. Ковалев, И.И. Ильин), 1993; «Туберкулезное поражение глаз: патогенез, новые пути повышения эффективности диагностики и лечения» (соавт. – И.Е. Панова), 2001; «Глазной ишемический синдром» (соавт. – Т.Н. Киселева, А.А. Фокин), 2003; «Увеит при ревматических заболеваниях» (соавт. – Е.А. Дроздова, С.Н. Теплова), 2010; «Субперистабильный абсцесс орбиты» (соавт. – Г.М. Хакимова, Е.А. Дроздова), 2011, которые являются по настоящий день актуальными, представляя значительный интерес для практикующих врачей-офтальмологов.

Профессор Л.Н. Тарасова внесла решающий вклад в открытие при УГМАДО Диссертационного совета по специальности «Глазные болезни», будучи заместителем



Лариса Николаевна Тарасова – основатель научной школы офтальмологии в Челябинской области, академик РАЕН, заслуженный деятель науки России, профессор

пациентов, тома записей, которые выносили врачи-курсанты с тем, чтобы потом в своей повседневной работе иметь возможность лишней раз взглянуть в них. Второй работой иметь возможность лишней раз взглянуть в них. Второй работой иметь возможность лишней раз взглянуть в них. Второй работой иметь возможность лишней раз взглянуть в них.

В 1990 году заведующей кафедрой становится профессор Лариса Николаевна Тарасова и начинается новый этап в развитии кафедры. На кафедру приходит преподаватель – В.Ф. Экгардт (1993 г.), В.И. Ред (1993 г.), И.Е. Панова (1993 г.), Ю.И. Кудряшова (1995 г.), Е.А. Дроздова (1997 г.), О.Г. Поздеева (1998 г.), Н.Г. Варнавская (2002 г.), А.В. Пилят (2006 г.).

По инициативе заведующей кафедрой, профессора Л.Н. Тарасовой, при поддержке главных врачей базовых лечебных учреждений, органов управления здравоохранения администрации города Челябинска и области, формируются новые клинические базы кафедры – специализированные отделения и центры: офтальмоэндокринологии, патологии рефракции и лазерной хирургии, офтальмоонкологии, руководство работой которых осуществляют сотрудники кафедры офтальмологии – профессора В.Ф. Экгардт, И.Е. Панова, О.Г. Поздеева. Это в значительной степени расширяет возможности подготовки слушателей по различным разделам дисциплины. На сегодняшний день, кроме выше перечисленных 5 клинических баз, кафедра офтальмологии УГМАДО располагает дополнительно еще тремя – лабораторией лазерной офтальмохирургии Областного клинического терапевтического госпиталя ветеранов войны, детским отделением Областной детской клинической больницы и офтальмологической клиникой «Артоптика».

Представленный широкий диапазон клинических баз позволяет обеспечивать подготовку врачей-офтальмологов, интернов, клинических ординаторов и аспирантов по всем разделам офтальмологии. На кафедре проводится повышение квалификации врачей на разнообразных тематических циклах, а также последипломная подготовка специалистов через очную клиническую интернатуру, ординатуру, аспирантуру. Ежегодно на кафедре офтальмологии в системе последипломного образования обучаются 250-350 врачей-курсантов, проходят подготовку 5-10 аспирантов, 15-25 клинических ординаторов и интернов. Значительный объем лекционного материала с использованием результатов собственных научных исследований кафедры, выполненных на базе центров, способствует повышению качества обучения. Разнообразие специализированных центров позволяет рассредоточить

обучающихся, обеспечить возможность освоения практических навыков диагностики и лечения заболевания глаз.

Преподавательская и практическая работа сотрудников кафедры неразрывно связана с научными исследованиями, интерес к которым побудила профессор Л.Н. Тарасова. С началом заведования кафедрой профессором Л.Н. Тарасовой формируется основное направление научно-исследовательской работы кафедры – «Совершенствование методов диагностики и лечения при воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваниях, осложнений сахарного диабета и повреждении органа зрения». Активизируются научные исследования – первые кандидатские диссертации под руководством Л.Н. Тарасовой рождаются во время прохождения клинической ординатуры Е.Г. Григорьевой, И.Е. Пановой, С.Н. Дворяшиным, О.Г. Поздеевой, Ю.И. Кудряшовой, Е.А. Дроздовой и многими другими. Сотрудниками кафедры, осваивая определенные рубежи своего творческого пути, не останавливаются на достигнутом и двигаются дальше – под руководством заведующей кафедрой Л.Н. Тарасовой, защищая докторские диссертации:

- 1) «Клинико-иммунологические аспекты диагностики и лечения диабетических ретинопатий», Экгардт В.Ф., 1997 г.;
- 2) «Пути оптимизации диагностики и лечения туберкулеза глаз», Панова И.Е., 1998 г.;
- 3) «Современные возможности в диагностике, прогнозе и лечении посттравматических увеитов», Винькова Г.А., 2001 г.;
- 4) «Глазной ишемический синдром», Киселева Т.Н., 2003 г.;
- 5) «Увеит при ревматических заболеваниях: особенности клиники, диагностика, лечение», Дроздова Е.А., 2006 г.;
- 6) «Периферические витреохориоидальные дистрофии у лиц молодого возраста: особенности клиники, диагностика, патогенез, комплексное лечение», Поздеева О.Г., 2006 г.;
- 7) «Иммуноопосредованная форма синдрома «сухого глаза»: особенности клиники, патогенез, комплексное лечение», Кудряшова Ю.И., 2008 г.

Высокая концентрация клинического материала и современное оснащение клинических баз кафедры офтальмологии дают возможность проводить интенсивную научную работу в соответствии с направленностью деятельности центров. Результаты выполненных диссертационных исследований находят широкое применение в клинической практике, поскольку являются основой разработки программ диагностики и патогенетически ориентированного лечения при различных заболеваниях глаз.



Заведующая кафедрой офтальмологии с 2005 г., заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Ирина Евгеньевна Панова



Профессор кафедры офтальмологии ФП ДПО, заслуженный врач РФ, д.м.н. Валерий Федорович Экгардт



Профессор кафедры офтальмологии ФП ДПО, д.м.н. Ольга Геннадьевна Поздеева



Профессор кафедры офтальмологии ФП ДПО, д.м.н. Елена Александровна Дроздова



Ассистент кафедры офтальмологии ФП ДПО, к.м.н. Марина Юрьевна Прокопьева

Создание и успешная работа Диссертационного совета по глазным болезням при ГОУ ДПО УГМАДО, практически на протяжении 10 лет, создают оптимальные условия для подготовки и защиты кандидатских диссертаций в Уральском федеральном округе – за период с 2001 года защищено 76 кандидатских диссертаций по данной специальности.

Проводимая преподавательская и научная деятельность сотрудников кафедры неразрывно связана с их практической работой – наличие обратной связи работы кафедры с офтальмологическими центрами и лечебными учреждениями Челябинской области и Уральского региона обеспечивает быстрое внедрение результатов научных исследований в повседневную работу врачей. Ежегодно сотрудники кафедры на клинических базах осуществляют 4300-4500 консультаций, 1200-1300 операций различной категории сложности, внося тем самым существенный вклад в практическое здравоохранение Челябинской области.



Ассистент кафедры, к.м.н., главный детский офтальмолог МЗ ЧО Е.П. Тагиева

С 2005 года кафедрой заведует профессор И.Е. Панова, в состав кафедры вошли новые сотрудники – кандидаты медицинских наук М.Ю. Прокопьева, Е.П. Тагиева, Н.Г. Варнавская, Н.М. Марачева, О.Н. Авдеева, Н.В. Пеуткина. Сотрудники кафедры успешно продолжают заложенные традиции, помимо преподавательской, научной и практической деятельности, кафедра активно проводит научно-практические конференции, школы-семинары с участием ведущих офтальмологов нашей страны.

Рекомендуется для применения в медицинских центрах

Ретинальная камера TRC-NW8F PLUS NEW

- Самая современная модель, в которой имеются удобные автоматические функции: автофокус и автоэкспозит.
- Имеется 8 встроенных меток для съемки по периферии и 4 метки для съемки центральной области. Есть метка для внешней фиксации. С помощью программы Automosaic можно получить полноразмерное изображение глазного дна и сделать полноценный контроль состояния сетчатки при диабете.
- Позволяет проводить автофлюоресцентную съемку, флюоресцентную ангиографию, цветное фотографирование.
- На приборе устанавливается съемный цифровой фотоаппарат NIKON D7000.

Московское представительство фирмы «Тайрику Трейдинг Ко., Лтд.»
Тел: (499)-237-19-26, 237-18-82, (495)-931-99-48
Факс: (495)-931-99-47, www.tairiku.info avini@co.ru

Проблемы воспаления в офтальмологии

IV Научно-практическая конференция

17 мая 2013 года, Челябинск

«Проблемы воспаления в офтальмологии» – такова тематика IV Научно-практической конференции, которая состоялась 17 мая 2013 года в г. Челябинске и была посвящена памяти профессора Ларисы Николаевны Тарасовой (в связи с ее 80-летием) и 30-летию кафедры офтальмологии факультета последипломного и дополнительного образования ЮУТМУ. Почин в проведении конференций данной направленности с изданием сборника научных работ принадлежит Л.Н. Тарасовой – впервые подобное мероприятие было проведено в 1999 году. С тех пор, несмотря на несколько меняющиеся названия конференций, в них всегда отражена проблема воспалительной патологии глаз – одного из основных направлений научно-практической деятельности кафедры. Мероприятие проходило в главном зале родного Южно-Уральского государственного медицинского университета, изменившего свой статус и название (ЧелГМА) буквально в этом году, на нем присутствовало 238 офтальмологов из Челябинской, Свердловской, Курганской областей, Казахстана.

В первом докладе профессора И.Е. Пановой «Профессор Тарасова Л.Н. – основоположник научной школы офтальмологов в Челябинской области» были отражены основные вехи научно-практической деятельности заслуженного деятеля науки РФ, профессора Л.Н. Тарасовой и этапы развития кафедры офтальмологии, которая создавалась и развивалась как кафедра, занимающаяся вопросами последипломной подготовки врачей-офтальмологов. Именно благодаря Ларисе Николаевне, стоявшей у истоков возникновения кафедры, в Челябинской области создана научная школа офтальмологов, которая на сегодня представлена 10 докторами медицинских наук и более 50 кандидатами. За время своего существования кафедра подготовила около 300 врачей-офтальмологов, издано более 2000 печатных работ, 25 учебных пособий, 8 монографий, получено 17 патентов на изобретение, защищены 14 докторских, более 50 кандидатских диссертаций, получено 5 грантов на обучение.

Научная программа конференции была начата с обсуждения докладов профессора Л.Н. Тарасовой, Курганской области, Казахстана.



Профессор Э.Н. Эскина



Профессор Э.Р. Мулдашев

государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Яснецкого) в своем сообщении акцентировал внимание врачей на особенностях течения и диагностики данной патологии, предложил алгоритмы лечения, актуальные для использования в ежедневной клинической практике.

Профессор Д.Ю. Майчук (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва) осветил современный взгляд на проблему аденовирусного конъюнктивита. В своем сообщении он представил принципы комбинированной лекарственной терапии в зависимости от стадии течения, клинической

формы и тяжести клинических проявлений аденовирусного кератоконъюнктивита, также уделит внимание вопросу рационального выбора лекарственных препаратов и сроков лечения пациентов.

С интересом аудитория отнеслась к докладу, представленному профессором Э.Н. Эскиной, посвященному некоторым аспектам регулирования воспаления при повреждении роговицы. В докладе рассмотрены основные механизмы развития воспалительной и пролиферативной реакции в роговице, развивающейся в результате воздействия эксимерного лазера, и способы влияния на нее. Автором представлена методика трансэпителиальной фоторефракционной кератэктомии, блестяще реализованная, наряду с интеллектуальным термостроением, в разработках компании Schwind EyeTech Solutions. Указанная операция, благодаря своим уникальным особенностям, сводит к минимуму недостатки и вероятность осложнений при ФРК. В докладе была также изложена новая концепция о влиянии увлажнителей и нестероидных противовоспалительных препаратов и схема их использования для оптимизации репаративных процессов.

В докладе доцента Т.Н. Воронцовой (ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург) «Возможности применения фторхинолонов в офтальмологической практике» были освещены результаты собственных исследований автора по резистентности микрофлоры конъюнктивальной полости в детском возрасте к различным наиболее часто употребляемым антибактериальным препаратам и определены их минимальная подавляющая концентрация (МПК) для основных представителей микрофлоры конъюнктивы. В заключение Т.Н. Воронцова подчеркнула, что из всех апробированных антибактериальных препаратов самая низкая резистентность микроорганизмов отмечена к фторхинолонам третьего и четвертого поколений.

В докладе «Патогенетические подходы к лечению воспалительных осложнений после повторной внутриглазной хирургии» профессор Л.Т. Архипова (ФГУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца Росмедтехнологий») детально остановилась на молекулярных механизмах развития внутриглазного воспаления при повторных хирургических вмешательствах, подчеркнув ведущую роль цитокинов и оксида азота.

В сообщении были представлены результаты успешного применения низких доз циклоспорина А по предложенной авторами короткой схеме. Проведенные исследования показали высокую эффективность и безопасность применения циклоспорина А, сопоставимые с применением больших доз глюкокортикоидных препаратов. По мнению профессора Л.Т. Архиповой, клиническим показанием для назначения циклоспорина А может служить экссудативный компонент воспалительной реакции, наличие противопоказаний к системному приему кортикостероидов, либо стероидрезистентность.

В докладе доцента Т.Н. Воронцовой (ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург) «Возможности применения фторхинолонов в офтальмологической практике» были освещены результаты собственных исследований автора по резистентности микрофлоры конъюнктивальной полости в детском возрасте к различным наиболее часто употребляемым антибактериальным препаратам и определены их минимальная подавляющая концентрация (МПК) для основных представителей микрофлоры конъюнктивы. В заключение Т.Н. Воронцова подчеркнула, что из всех апробированных антибактериальных препаратов самая низкая резистентность микроорганизмов отмечена к фторхинолонам третьего и четвертого поколений.

Большой интерес аудитории вызвал доклад «Дифференциальная диагностика и принципы лечения ретиноваскулита и окклюзии вен сетчатки», представленный профессором Е.А. Дроздовой (ЮУТМУ, Челябинск). В докладе было подчеркнуто, что схожесть клинической симптоматики при поражении венных сосудов сетчатки вызывает определенные трудности в дифференциальной диагностике этих заболеваний, в связи с чем приоритетными в постановке диагноза должны быть результаты лабораторной диагностики и общеклинического обследования больных. На доступном широкому кругу практических врачей языке Е.А. Дроздова в сравнительном аспекте показала основные различия и общность механизмов развития поражения сосудов сетчатки. Докладчик подчеркнула важность понимания патогенеза заболевания. В то же время Е.А. Дроздова показала, что в лечении макулярных отеков, вызванных окклюзией ЦВС любого генеза, на первое место по эффективности выходит применение ингибиторов ангиогенеза и глюкокортикоидов.

Первое заседание конференции торжественно завершилось выступлением профессора Николая Ивановича Тарасова, являющегося ректором Уральского института усовершенствования врачей (в последующем – академии дополнительного образования) на протяжении многих лет, который поздравил кафедру с круглой датой и торжественно вручил последнюю монографию профессора Л.Н. Тарасовой «Субпериостальный абсцесс орбиты» гостям конференции и молодым перспективным специалистам-офтальмологам Челябинской области. Главный офтальмолог Челябинской области, профессор И.Е. Панова поздравила врача Кунашакской больницы Ф.Р. Кашапову с награждением ее дипломом Министерства здравоохранения Челябинской области «Лучший врач-офтальмолог года».

Выступление профессора Э.Р. Мулдашева (ФГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии», Уфа), открывшее второе заседание конференции, никого не оставило равнодушным. В докладе «Регенеративная хирургия субтатфонии глазного яблока» были показаны различные хирургические способы для сохранения жизнеспособности субтатфонического глаза с применением препаратов «Аллоплант» с целью получения косметического эффекта, а в ряде случаев – сохранения минимальных зрительных функций. Докладчик подчеркнул, что для соблюдения условий безопасности хирургических вмешательств необходимо тщательное углубленное исследование больного с определением аутоиммунных маркеров риска развития симпатической офтальмии. Со свойственными ему харизмой и артистизмом Эрнест Рифкатович держал внимание аудитории более сорока минут. Сообщение вызвало оживленную дискуссию.

Профессор В.М. Хокканен (ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиатрии и пульмонологии», ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России) остановился на проблеме увеальной глаукомы. В ее докладе были разобраны основные механизмы повышения внутриглазного давления при воспалении переднего отдела увеального тракта различной этиологии. Особое внимание Валентина Михайловна обратила на преимушества и противопоказания выбора антиглаукомных препаратов при внутриглазном воспалении.

Профессор В.У. Галимова (ФГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии», Уфа) поделилась опытом многолетней работы по предупреждению и лечению атрофической дегенерации зрительного нерва в исходе невритов различной этиологии. В докладе были представлены результаты различных хирургических методик с включением материалов «Аллоплант», позволяющие стимулировать регенераторные возможности зрительного нерва и добиться стабилизации или повышения зрительных функций.

Продолжила обсуждение проблемы посттравматического воспаления Н.М. Марачева (ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», Челябинск) в докладе «Посттравматический увеит: особенности клинического течения, комплексное лечение». Докладчик подчеркнула, что рост частоты тяжелой травмы глаза диктует необходимость поиска новых возможностей в консервативном лечении посттравматического увеита для восстановления зрения, а в ряде случаев – сохранения глазного яблока. Акцент в докладе сделан на применении в комплексном лечении нового иммуномодулирующего препарата «Бестим», достоверно показавшего повышение клинической эффективности лечения.

Конференция завершилась докладом «Задний токсоплазмозный увеит: особенности клинического течения, современные подходы к лечению», в котором авторы (И.Е. Панова, О.Н. Адеева, Е.Б. Лапина), на основе анализа собственного репрезентативного клинического материала (238 больных), представили клинические характеристики при данной патологии, провели анализ осложнений, с учетом особенностей возбудителя и патогенеза заболевания затронули важные вопросы определения тактики лечения.

В рамках конференции состоялась выставка медицинского оборудования и лекарственных препаратов. Материал и фото представлены оргкомитетом конференции

Теагель
– ГЕЛЬ –

ГЕЛЬ
ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГИГИЕНЫ ВЕК

- РАСТВОРЯЕТ И УДАЛЯЕТ ВЫДЕЛЕНИЯ И ОМЕРТВЕВШИЕ КЛЕТКИ
- ОБЕСПЕЧИВАЕТ ЧУВСТВО СВЕЖЕСТИ
- СОХРАНЯЕТ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ВИД ВЕК
- ЗАБОТИТСЯ О КОЖЕ И ГЛАЗАХ
- УДОБНЫЙ В ПРИМЕНЕНИИ



Рейлама
Косметологический препарат. Не является лекарственным средством

ООО «БИОКОДЕКС» 119019, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 21
Тел. (495) 783 26 80, факс (495) 783 26 81
www.biocodex.ru

Рек. ул. RU 77-01-34-001-Е.020085.12.11 от 06.12.2011 г.



Профессор Л.Т. Архипова и проректор по НИР, профессор Л.Ф. Телешева



Профессора Э.Р. Мулдашев, В.Ф. Эгардт и врач Ф.Р. Кашапова



Доцент С.Ф. Сяпяк и доктор медицинских наук Д.Ю. Майчук

ТРУСОПТ®
(ДОРЗОЛАМИДА ГИДРОХЛОРИД КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ, MSD)

Назначается с первой недели жизни²

• ТРУСОПТ® эффективный выбор терапии в случаях, когда невозможно применять бета-блокаторы¹

• ТРУСОПТ® улучшает гемодинамику³

Ссылки:
1. Srinivasan T. Glaucoma: Intracocular Pressure Control with Dorzolamide versus Timolol Maleate Add-On Treatments in Primary Open-Angle Glaucoma Patients Using Latanoprost. *Ophthalmic Res* 2007;39:24-31
2. Медицинские инструкции по препарату Трусопт®
3. Arita H, Oz Akinci D, Doganbayrak U, Yildiz E, Kocoglu A and Ozker H. Hemodynamics in Normal-Tension Glaucoma. *J Ocul Pharmacol Ther* 2010; 26: 15-20

Клинические исследования по безопасности препарата ТРУСОПТ®
Регистрационный номер: П/012715/01.2002; МНН: дорзоламид; Лекарственная форма: капли глазные
Показания к применению: Трусопт® (Трусопт®) назначается взрослым пациентам с офтальмогипертензией, первичной открытоугольной глаукомой, подострой закрытоугольной глаукомой, вторичной глаукомой (в том числе для первичной закрытой глаузы). Трусопт® (Трусопт®) назначается детям для лечения глаукомы у детей в 1 месяце в рамках мониторинга или в качестве дополнительного лечения бета-адреноблокаторами.
Противопоказания: возраст младше 1 месяца; гиперчувствительность к компонентам препарата; хроническая почечная недостаточность; беременность; период кормления грудью. С осторожностью: протрузия Трусопт® не изучалась у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью и, следовательно, должен применяться у этой категории пациентов с осторожностью. Побочное действие: Со стороны органа зрения: очень часто: жжение и боль; часто: покраснение; ощущение жжения, слезотечение, конъюнктивит, воспаление век; зуд, раздражение века; нечасто: иридоциклит. Со стороны желудочно-кишечного тракта: часто: тошнота, горький привкус во рту. Со стороны кожи и подкожных тканей: частая реакция: сыпь; редко: крапивница и контактный дерматит; нечасто: аллергический дерматит. Редко: аллергические реакции: приливы и симптомы местных реакций: со стороны век и системы слезнодрожничной реакции, воспаление антогенно-аллергический отек, крапивница, зуд, сыпь, затруднение дыхания, рвота – бронхоспазм.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставленной компанией-производителем.
Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.
ООО «MSD Фармацевтика», Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1.
Тел.: +7 (495) 916 71 00, факс: +7 (495) 916 70 94, www.msd.com, QRN-1061617-0003, 12.2012

Новые технологии в офтальмологии

Научно-практическая конференция

19-20 апреля 2013 года, Казань

19-20 апреля 2013 года в г. Казани в гостинице «Гранд Отель Казань» прошла, ставшая уже традиционной, ежегодная региональная научно-практическая конференция «Новые технологии в офтальмологии». Организаторы конференции: ГАОЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ РТ» (ГАОЗ «РКОБ МЗ РТ») и Общество офтальмологов РТ.

Цель конференции – повышение профессионального уровня врачей-офтальмологов Республики Татарстан, обмен опытом и наработками, внедрение новых технологий в процессы диагностики и лечения глазных заболеваний.

Первый день конференции был посвящен подведению итогов работы и перспективам развития офтальмологической службы Республики Татарстан, а также наиболее актуальным вопросам офтальмологии, высокотехнологичным операциям, новейшим методам лечения глазных заболеваний.

На пленарном заседании были представлены доклады ведущих врачей-офтальмологов Республики Татарстан и других регионов России.

Были рассмотрены темы детского офтальмологии, миопии у студентов, офтальмоонкологии, витреоретинальной хирургии, лечения глаукомы, окклюзии вен сетчатки, «сухой» формы ВМД, кератоконуса и миопии высокой степени, коррекция гиперметропии, анализ методов коррекции послеоперационных ошибок рефракции, лечение воспалительных заболеваний века, язвы роговицы, анализ применения препаратов в лечении офтальмологии.

Второй день конференции был посвящен оптометрии – направлению науки о зрении, которая специализируется на диагностике и коррекции зрения. В этот день состоялся оптометрический форум, где были рассмотрены современные направления развития очковой оптики и контактной коррекции. Данный форум проводился в Казани второй раз.

В этот день были представлены доклады на темы: проявления аккомодативной и вергентной дисфункции, астigmatизм и нейропластичность, санитарно-гигиенические требования при ношении контактных линз, критерии эффективности ортокератологии, инновационные

технологии в линзах прогрессивного дизайна, функции линз с поддержкой аккомодации, оптимизированных и индивидуальных линз, прогрессивных линз, специфика подбора контактных линз детям и подросткам, «очки будущего».

Поскольку прогресс офтальмологической отрасли невозможен без производителей медицинского и диагностического оборудования, лекарственных препаратов, расходных материалов, конференция была дополнена выставкой современного офтальмологического оборудования, лекарственных средств, очковых и контактных линз.

Данное мероприятие за два дня посетило около 500 человек, основная масса которых по профессии – врачи-офтальмологи и оптометристы. Конференция вызвала большой интерес, поскольку все рассмотренные темы были очень актуальны и интересны, в рамках подобных мероприятий происходит повышение профессионального уровня офтальмологов Республики Татарстан, проходит колоссальный обмен опытом и наработками.

Несмотря на то что конференция носила региональный характер, те.



К.М.н. А.Н. Амиров, главный офтальмолог Республики Татарстан, главный врач Республиканской клинической офтальмологической больницы

была предназначена для офтальмологов Республики Татарстан, ее с удовольствием посетили офтальмологи из Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Волгограда, Баку, Глазова, Чебоксар, Ижевска, Ульяновска, Йошкар-Олы и других городов России.

Следующая офтальмологическая конференция в Казани – Всероссийский конгресс с международным участием «Глаукома на рубеже веков», который будет проводиться в ГТРК «КОРСТОН» 5-6 сентября 2013 года.

Пресс-служба РКОБ, Орлова Наталья



Д.м.н. А.Н. Самойлов, зав. кафедрой офтальмологии Казанского государственного медицинского университета (КГМУ), председатель Общества офтальмологов Республики Татарстан



Во время выступления к.м.н. Н.Ю. Кушнаревич (МНИИ ГБ им. Гельмгольца, Москва)



На трибуне – М.В. Решетникова, директор сети салонов оптики «Корд» (Казань)



На стенде компании «Трейдомед Инвест»

«Аккомодация. Проблемы и решения»

1-я Межрегиональная конференция с международным участием

26-27 апреля 2013 года, Ярославль

Итогом длительной, трехлетней работы Экспертного совета по аккомодации и рефракции (ЭСАР) стала первая конференция с международным участием «Аккомодация. Проблемы и решения», прошедшая в Ярославле. Два дня, которые провели врачи из разных уголков страны и ближнего зарубежья в спорах и дискуссиях, оправдали их ожидания. Интересная научная программа, необычная форма представления докладов, вопросы участников, общение в кулуарах конференции не

оставили равнодушными даже искушенных специалистов.

Благодаря умелой подготовке заседания, на которых в качестве экспертов выступили члены ЭСАР, превратились в своеобразный дискуссионный клуб, где участники конференции могли не только слушать доклады признанных ученых, но и принять активное участие в обсуждении стоящих на повестке дня вопросов.

• Кто дирижирует ростом глаза – аккомодация или ретинальный фокус?

• Аккомодометрия и аккомодометрия – объективная реальность, данная нам в ощущениях?

• Спазм или не спазм – вот в чем вопрос? На эти и другие вопросы пытались дать ответ профессор В.В. Страхов, профессор Е.П. Тарутта, д.м.н. О.В. Проскурина, профессор В.В. Бржецкий, д.м.н. О.В. Жукова, д.м.н. Е.Ю. Маркова и др.

Особое внимание докладчики уделяли практическим аспектам, конкретным методам диагностики и лечения нарушений аккомодации.

На стенде компании «Промед» участники и гости конференции имели возможность получить книгу «Аккомодация», изданную в октябре 2012 года, в которой авторы, члены ЭСАР, подробно и детально рассматривают вопросы нарушений аккомодации.

В конференции приняли участие более 300 врачей-офтальмологов из разных уголков страны: Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Иркутска, Ростова-на-Дону, а также Украины и Казахстана. Пребывание в Ярославле не ограничилось

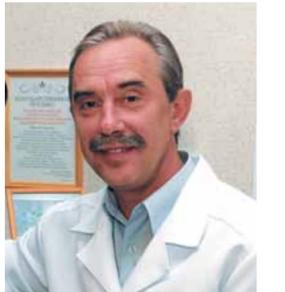
напряженной работой на заседаниях, участники конференции с удовольствием пообщались с красотами древнего города, послушали скрипичный концерт.

Организаторы мероприятия уверены, что интерес к проблеме будет расти и встречи на ярославской земле станут регулярными. Такое же мнение высказали и многие врачи, давшие самую высокую оценку прошедшей конференции.

Наталья Ситникова,
Мария Русина
Компания «Промед Экспорт»

В российском офтальмологическом пространстве «Аккомодация» обрела свою собственную площадку для обсуждения

Интервью с заведующим кафедрой глазных болезней Ярославской государственной медицинской академии, главным офтальмологом Ярославской области, д.м.н., профессором В.В. Страховым



– Владимир Витальевич, только что завершилась 1-я Межрегиональная конференция с международным участием «Аккомодация. Проблемы и решения». Подведите кратко ее итоги.

– Если очень кратко, то конференция состоялась, причем именно в том формате, в котором задумывалась – дискуссионном. Но главным итогом ее работы, по моему мнению, стало выделение аккомодации в российском офтальмологическом пространстве в виде самостоятельной, крупной офтальмологической проблемы со своей научной фундаментальностью, клинической и социальной значимостью и, наконец, обретение ею своей собственной площадки для обсуждения. Кроме того, в рамках конференции было заявлено о намерении создания аккомодационного клуба России для будущих контактов с международным аккомодационным клубом.

– В июне 2009 года был создан Экспертный совет по аккомодации и рефракции. Какова основная цель этой общественной организации?

– ЭСАР был создан под эгидой ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» и по праву, со временем профессора Э.С. Аветисова, являющегося флагманом в проблематике рефракции и аккомодации, особенно в детской офтальмологии. В этом году на смену профессору Л.А. Катаргиной председательствовать в Совете будет профессор Е.П. Тарутта, а модератором по-прежнему остался я. Члены Совета представляют разные российские офтальмологические школы – Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Самары, Ижевска, что само по себе предполагает разные научные взгляды и клинический опыт не только в целом, но и, что особенно ценно, в деталях. Собственно

– Программа конференции построена в виде дискуссии, скажите, у членов Экспертного совета нет единого мнения в трактовке теории и терминологии аккомодации?

– Присутствие дискуссии в обсуждении любой проблемы является не только украшением конференции, но, самое главное, на мой взгляд, маркером жизненности



Члены ЭСАР: профессор В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург), д.м.н. О.В. Проскурина (Москва), д.м.н. О.В. Жукова (Самара), профессор В.В. Страхов (Ярославль) (слева направо)

все крупное состоит из мелочей, пример, это буквально материализованное волнение коллеги, задающего вопрос, и ожидание залом отливной волны, и восприятие этой информационной волны, и нередкое ее отражение, порождающее новые волны, что в сущности и есть движение, а значит жизнь. Что касается членов Совета, то, конечно же, у них нет единого мнения, но, я уверен, есть желание его обрести или по крайней мере найти точки соприкосновения в различных теориях и трактовках, приближающих к истине и, наоборот, если с современных позиций некоторые положения пришли в полное несоответствие с действительностью, особенно на практике, то наша задача – внести соответствующие коррективы.

– Спасибо Вам за теплые слова в адрес издательства. Как Вы считаете, почему проблема аккомодации требует столь углубленного изучения, каково медико-социальное значение нарушений аккомодации?

– Прежде всего потому, что она не имеет на сегодняшний день даже приблизительно законченности, содержит больше вопросов, чем ответов, и при этом сопровождает человека всю его жизнь – от рождения до старости. Это само по себе весьма социально, а если учесть нарастающую распространенность миопии в мире (говорят даже об ее эпидемии) и уже наличие в нем более двух миллиардов пресбиопов, то становится очевидным, что офтальмологам будет чем заняться в обозримом будущем.

– В 2012 году издательство «АПРЕЛЬ» выпустило «Руководство по аккомодации». Издание обобщило классические и современные взгляды на проблему. Какие усилия были предприняты, чтобы прийти к консенсусу?

– Действительно, результатом деятельности Совета стала эта книга, в которой нашла отражение наша общая точка зрения, особенно на практические вопросы аккомодации. Я бы еще выделил глоссарий. Однако, совершенно ясно, что невозможно дать ответы на все вопросы, особенно в такой дискуссионной проблеме, как аккомодация. Именно поэтому мы старались отразить разные точки зрения теоретической и практической аккомодации, разные, но не абсурдные или экзотические, а те, которые, на наш общий взгляд, должны быть донесены до читателя, в силу по крайней мере своей реальности и даже востребованности. Что касается усилий, то, конечно же, они были приложены всеми авторами. Но мне хотелось бы отметить д.м.н. О.В. Проскурину и к.м.н. С.Ю. Голубева, которым пришлось все сводить и редактировать, а также контролировать весь процесс написания книги, поскольку мы, как писатели, люди непростые, загруженные и нередко себе не принадлежащие. Очень помог случайный профессионализм сотрудников издательства «АПРЕЛЬ», спасибо.

– Все современные методы коррекции и лечения нарушений аккомодации подробно изложены в нашем практическом руководстве «Аккомодация», которое получил каждый участник конференции. Я лишь замечу, что фактически мы в Совете пришли к очень близкому и чрезвычайно важному для наших офтальмологов пониманию, что корректировать миопию нужно практически полностью, минимальным из равноудаленных стеклов, дающих высокую остроту зрения бинокулярно. При этом подход к коррекции, особенно средних и больших степеней, должен быть индивидуальным, т.е. с учетом написания книги, должны быть переносимости. Кроме того, мы поддерживаем в лечении нарушений аккомодации применение ирифрина 2,5%, хорошо зарекомендовавшего себя своей безопасностью и надежностью влияния на работоспособность цилиарной мышцы.

– В прошлом году интервью в газете «Поле зрения» Вы говорили, что является сторонником камерных конференций. Вы по-прежнему считаете, что обсудить вопросы, обменяв мнениями можно только в «культурной обстановке» без шума и суеты?

– Нет, находясь под впечатлением только что закончившейся конференции, осознаю, что даже трудные вопросы можно решать и в большой компании, особенно если это большинство – единомышленники.

– Спасибо за интересное интервью.

Беседу вела
Лариса Тумар

Вторая конференция RSCRS: новейшие достижения, передовые технологии

26 мая 2013 года, Санкт-Петербург



– Владимир Николаевич, программа Второй конференции RSCRS очень насыщена. В повестке дня, кроме тем, связанных с рефракцией и лечением катаракты, – секция глаукомы, витреоретинальная и фармацевтическая секция. Чем продиктован такой выбор?

– Такое разнообразие секций объясняется тем, что многие направления связаны между собой. Чистая катаракта встречается крайне редко, как правило, это заболевание сочетается с рефракционной патологией, глаукомой, а при осложнении хирургии катаракты возможны витреоретинальные проблемы. Во время работы фармацевтической секции акцентировали внимание на фармакотерапии в офтальмохирургии, что является очень важной и интересной темой. Немаловажной для нас была и образовательная задача. Специалисты, занимающиеся рефракцией, не могут замыкаться в узких рамках своей специальности. Они должны прекрасно разбираться и в других направлениях. Это в равной степени относится и к витреоретинальным хирургам, и к глаукоматологам. Такая форма проведения симпозиума, когда глубоко разбирается не одна узкая тема, а сразу несколько, мне кажется наиболее оправданной, так как дает возможность участнику за один день получить максимум информации по всем разделам офтальмологии.

– Формула успешного доклада – полноценные ответы на два классических вопроса: что нового и что полезного узнают участники конференции? Скажите, пожалуйста, какие доклады Вам показались наиболее интересными, что нового привезли докладчики?

– Мне трудно выделить конкретные доклады, на которых я мог бы акцентировать внимание, но наиболее интересными я считаю те выступления, в которых речь шла о новейших научных достижениях, передовых технологиях в различных областях офтальмологии. Секция хирургии катаракты, например, включала такие разделы, как фемтолазерная хирургия. Докладчики, имеющие довольно солидный клинический опыт ФЭК с фемтолазерным сопровождением, подробно останавливались как на положительных аспектах новой технологии, так и высказывались о ее очевидных недостатках. Мы уже начинаем всерьез задумываться, есть ли смысл прямо сейчас покупать эти лазеры или все-таки стоит немного подождать, а если покупать, то какой компании-производителю отдать предпочтение. Мы также услышали интересные доклады по хирургии глаукомы

26 мая в Санкт-Петербурге состоялась Вторая конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS), собравшая более 400 участников. Среди приглашенных были врачи из бывших союзных республик: Украины, Белоруссии, Казахстана. Перед аудиторией выступили именитые российские и зарубежные офтальмологи, которые представили 41 доклад по 5 темам: катарактальная хирургия, рефракционная хирургия, хирургия глаукомы, витреоретинальная хирургия, фармакотерапия в офтальмохирургии.

Как и год назад, конференция приковала к себе повышенное внимание офтальмологической общественности. Симпозиум RSCRS подтвердил тезис о том, что отечественная офтальмология находится на подъеме.

Свое мнение о прошедшей конференции высказал один из ее организаторов – президент RSCRS, профессор Владимир Николаевич Трубилин.

с использованием современных устройств, способствующих снижению внутриглазного давления. В разделе рефракционной хирургии хотел бы отметить доклад по коррекции пресбиопии, считаю, что автору удалось осветить новые подходы в этом направлении. Безусловно, полезными для участников конференции были доклады, прозвучавшие в ходе секции фармакотерапии, которые касались лечения синдрома «сухого глаза», профилактики инфекционных осложнений, а также ряд других докладов.

– В катарактальной секции приняли участие известные зарубежные специалисты, в частности, Steffen Rabethge (Германия) выступил с докладом, посвященным новым технологиям коррекции аномалий рефракции с помощью первой трифокальной ИОЛ, а Kihun Tjia (Нидерланды) рассказал о новом автоматизированном устройстве для имплантации «Автосерт». Каковы перспективы применения этих технологий в клиниках страны? Как быстро могут они продвигаться?

– Не секрет, что на офтальмологическом рынке каждый год появляются новые ИОЛ, многие из которых кардинально не отличаются друг от друга. Однако изобилие новинок способствует определенному росту конкуренции между компаниями-производителями, что нам, врачам, только на руку: выбор становится все шире, а цены – ниже.

Некоторые новейшие разработки, в частности, касающиеся мультифокальных линз, находятся пока еще на этапе развития. До создания идеальной линзы еще довольно далеко, но компании предлагают все новые и новые решения. Одни производители идут по пути создания псевдоадаптирующих линз, другие – все внимание сосредоточили на совершенствовании мультифокальных ИОЛ. Однако даже внутри одной компании иногда меняются подходы, к примеру, варьируется оптика мультифокальных линз за счет изменения аддитации. Трифокальная линза, о которой докладывал профессор Rabethge, – это один из вариантов решения проблемы, опыта ее использования у нас пока еще нет. С ее появлением на рынке мы приобретем собственные знания и определим контингент пациентов, которым эта линза будет оптимальна. Как известно, одни линзы лучше для дали, другие – для близи, но во всех случаях выпадает острота зрения на среднем расстоянии, а зрение на среднем расстоянии актуально, в частности при работе с компьютером. Возможно, с появлением трифокальной линзы удастся решить и эту проблему.

– В Европе и Америке устройство является также новинкой или уже широко используется?

– Устройство предназначено только для факоэмульсификаторов Infiniti компании «Алкон». «Автосерт» идет как опция. Так что пока это, скорее, эксклюзивная технология, которая только выходит на мировой рынок.

– Как говорил один умный человек, «...будущее уже здесь, только оно неравномерно распределено». В ходе конференции прозвучали доклады, связанные с отдаленными результатами использования фемтолазерных технологий в хирургии катаракты. Насколько реально внедрение этой технологии в повсеместную практику?



Вице-президент RSCRS, профессор М.Д. Пожарицкий

Kihun Tjia, голландский офтальмохирург, совместно с компанией «Алкон» принимает участие в разработке факоэмульсификатора Infiniti, в частности, он участвовал в клинических испытаниях устройства для имплантации линз «Автосерт». Мы уже имеем опыт работы на этом устройстве и видим действительные преимущества новой технологии. При переходе на малые разрезы могут возникнуть проблемы, связанные с имплантацией стандартных ИОЛ. Очень важно не допустить травматизации разреза, только тогда мы сможем воспользоваться всеми преимуществами малоинвазивной хирургии. Основное предназначение устройства «Автосерт» – унификация техники имплантации ИОЛ, новинка позволит провести имплантацию быстро, травматично, не нарушая архитектурную нагрузку на клинику, на персонал; для пациента создаются определенные трудности, так как операция проводится в два этапа, в двух разных помещениях. Фемтолазер не заменяет ультразвуковую факофрагментацию и выступает пока как вспомогательный элемент.

Несколько докладчиков отметили, что новейшая технология, в первую очередь полезная начинающим хирургам, у которых есть определенные сложности в проведении капсулорексиса, фрагментации хрусталика. Для опытных хирургов использование этой технологии менее актуально. Но применение фемтолазера делает операцию более стандартизированной, обеспечивает лучший рефракционный эффект вмешательства, поскольку ИОЛ, особенно премиум-класса, торические, мультифокальные, имплантируются точно в капсульный мешок, края линзы должны быть покрыты краем передней капсулы, только в этом случае обеспечивается оптимальный эффект. А этот эффект можно гарантированно получить с помощью фемтолазера, так как обеспечение капсулорексиса заданного размера без фемтолазера значительно сложнее. Лазерная фрагментация

хрусталика позволяет использовать меньше энергии ультразвука, в целом снижается риск хирургии катаракты. Конечно, за лазерами будущее, надеемся, что они станут компактнее, дешевле, и тогда больше клиник смогут ими оснащаться, и в итоге технология будет рутинной, как в свое время стала сама факоэмульсификация.

– В программе конференции много докладов прозвучало впервые. Доклад М.Д. Пожарицкого «Первый опыт имплантации интрастромальных рефракционных имплантов Presbia Flexivue MicroLens для коррекции пресбиопии» вызвал особый интерес. Могли бы Вы для читателей «Поле зрения» кратко изложить его суть?

– В своем докладе профессор М.Д. Пожарицкий рассказал об уникальной технологии, которая в России пока проходит первые клинические испытания. За рубежом интрастромальные рефракционные импланты, интрастромальные рефракционные линзы привлекают к себе все больше внимания среди офтальмологов. Однако идея сама по себе не нова. Она была предложена Барракером еще в 70-е годы прошлого века, но уровень хирургии, линзы из полиметилметакрилата, которые использовал Барракер, вызвали множество побочных эффектов. Сейчас, когда хирурги перешли на линзы из гидрогеля, подобные операции не вызывают таких осложнений. Результаты, которые предоставляет компания-производитель линз, и клиники, которые их используют, действительно, впечатляют. Дело в том, что проблема лечения пресбиопии актуальна, мы ждем появления технологии, которая при максимальном эффекте имела бы минимальные осложнения. На сегодняшний день хирургические технологии, связанные с использованием эксимерных лазеров, фемтосекундных лазеров, операции по замене прозрачного хрусталика на ИОЛ имеют один серьезный недостаток, который замечается в том, что эти операции



Профессор Steffen Rabethge (Германия)

– Я совершенно с Вами согласен, действительно, ряд докладов носил дискуссионный характер, и формат конференции не позволил провести обсуждение. На будущее мы это учтем и постараемся больше времени уделить дискуссии. Поскольку мы в нашей конференции старались осветить максимальное количество тем, мы пригласили ведущих специалистов из различных учреждений, они высказывали свое мнение по обсуждаемому вопросу. В результате мы получили довольно четкую картину того, что делается в России по этим направлениям. Однако дискуссия, безусловно, нужна, и мы это учтем при формировании программы следующей конференции.

– Владимир Николаевич! Подведите итоги конференции. Что получилось и к чему надо стремиться?

– Я считаю, что конференция удалась. Если прошлогодняя являлась большой интерес из-за своей новизны, в этот раз люди знали, куда ехали и что их ждет. Было больше гостей, на конференции присутствовали врачи из Украины, Белоруссии, Казахстана, приехали зарубежные специалисты. В будущем мы хотим расширить международное участие, есть идея провести следующие мероприятия совместно с Европейским обществом катарактальных и рефракционных хирургов, или с Азиатско-Тихоокеанским обществом катарактальных и рефракционных хирургов. Меня пригласили на конференцию в Сингапур, которая пройдет в начале июля, где мы обсудим участие специалистов из Юго-Восточной Азии в нашем следующем мероприятии. Мы хотим сделать конференцию реально международной и еще больше расширить географию участников. Возможно, придется разделить работу конференции на секции, совершенно точно мы сократим количество докладов, с тем чтобы осталось место для дискуссии.

– И пока ограничитесь одним днем?

– Пока да. Мероприятий и так проходит очень много, и мы не планируем принципиально менять формат нашей конференции.

– Расскажите о деятельности RSCRS за последний год: образовательные проекты, курсы повышения квалификации, спонсирование зарубежных поездок, сессии «живой хирургии», издательская работа. Сколько в настоящее время насчитывается членов Общества?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям



Профессор Kihun Tjia (Нидерланды)

факоэмульсификации, мы сделаем обзор современных ультразвуковых машин различных компаний, специалисты поделится опытом их использования. Мы участвовали в других конференциях, которые проходили в Москве, в регионах, проводили семинары «живой хирургии».

Курсы повышения квалификации пополнились двумя новыми направлениями. С прошлого года мы стали проводить два новых тематических цикла обучения: «Витреальная хирургия» и «Осложненные случаи факоэмульсификации». Курс «Витреальной хирургии» проходит на базе кафедры офтальмологии Института повышения квалификации ФМБА России. В качестве преподавателей мы приглашаем ведущих офтальмохирургов со всей России: Москвы, Санкт-Петербурга, Казани. «Осложненные случаи факоэмульсификации» – направление, рассчитанное на врачей, прошедших первичный курс, но еще не освоивших на должном уровне хирургию катаракты, а также на офтальмологов, не имеющих должной теоретической подготовки. Совсем недавно, в мае, совместно с Европейской школой повышения квалификации офтальмологов (ESASO) мы провели цикл обучения по факоэмульсификации для 25 офтальмологов из России, Германии, Италии, Литвы. Вели занятия, помимо специалистов ФМБА России, профессор Б.Э. Малюгин, а также ведущие офтальмохирурги из Европы: профессор José L. Güell (Испания), профессор Rudy Nuijts, профессор Kihun Tjia (Голландия) и профессор Bekir S. Aslan (Турция).

Спонсорами выступили компании «Алкон» и «Бауш+Ломб». Врачи имели возможность на WetLab проводить операции на приборах

– Владимир Николаевич, в ходе конференции прозвучали доклады, имеющие дискуссионный характер. Обмен опытом и знаниями всегда был самой интересной формой активного общения. Не хотели бы Вы в будущем проводить конференцию в формате дискуссии?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям

– Владимир Николаевич, в ходе конференции прозвучали доклады, имеющие дискуссионный характер. Обмен опытом и знаниями всегда был самой интересной формой активного общения. Не хотели бы Вы в будущем проводить конференцию в формате дискуссии?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям



Профессор В.Н. Трубилин, профессор Б.Э. Малюгин, профессор С.Ю. Анисимова

– Я совершенно с Вами согласен, действительно, ряд докладов носил дискуссионный характер, и формат конференции не позволил провести обсуждение. На будущее мы это учтем и постараемся больше времени уделить дискуссии. Поскольку мы в нашей конференции старались осветить максимальное количество тем, мы пригласили ведущих специалистов из различных учреждений, они высказывали свое мнение по обсуждаемому вопросу. В результате мы получили довольно четкую картину того, что делается в России по этим направлениям. Однако дискуссия, безусловно, нужна, и мы это учтем при формировании программы следующей конференции.

– Владимир Николаевич! Подведите итоги конференции. Что получилось и к чему надо стремиться?

– Я считаю, что конференция удалась. Если прошлогодняя являлась большой интерес из-за своей новизны, в этот раз люди знали, куда ехали и что их ждет. Было больше гостей, на конференции присутствовали врачи из Украины, Белоруссии, Казахстана, приехали зарубежные специалисты. В будущем мы хотим расширить международное участие, есть идея провести следующие мероприятия совместно с Европейским обществом катарактальных и рефракционных хирургов, или с Азиатско-Тихоокеанским обществом катарактальных и рефракционных хирургов. Меня пригласили на конференцию в Сингапур, которая пройдет в начале июля, где мы обсудим участие специалистов из Юго-Восточной Азии в нашем следующем мероприятии. Мы хотим сделать конференцию реально международной и еще больше расширить географию участников. Возможно, придется разделить работу конференции на секции, совершенно точно мы сократим количество докладов, с тем чтобы осталось место для дискуссии.

– И пока ограничитесь одним днем?

– Пока да. Мероприятий и так проходит очень много, и мы не планируем принципиально менять формат нашей конференции.

– Расскажите о деятельности RSCRS за последний год: образовательные проекты, курсы повышения квалификации, спонсирование зарубежных поездок, сессии «живой хирургии», издательская работа. Сколько в настоящее время насчитывается членов Общества?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям

– Владимир Николаевич, в ходе конференции прозвучали доклады, имеющие дискуссионный характер. Обмен опытом и знаниями всегда был самой интересной формой активного общения. Не хотели бы Вы в будущем проводить конференцию в формате дискуссии?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям



Профессор И.Э. Иошин, профессор В.В. Бржеский, д.м.н. М.В. Гацу

факоэмульсификации, мы сделаем обзор современных ультразвуковых машин различных компаний, специалисты поделится опытом их использования. Мы участвовали в других конференциях, которые проходили в Москве, в регионах, проводили семинары «живой хирургии».

Курсы повышения квалификации пополнились двумя новыми направлениями. С прошлого года мы стали проводить два новых тематических цикла обучения: «Витреальная хирургия» и «Осложненные случаи факоэмульсификации». Курс «Витреальной хирургии» проходит на базе кафедры офтальмологии Института повышения квалификации ФМБА России. В качестве преподавателей мы приглашаем ведущих офтальмохирургов со всей России: Москвы, Санкт-Петербурга, Казани. «Осложненные случаи факоэмульсификации» – направление, рассчитанное на врачей, прошедших первичный курс, но еще не освоивших на должном уровне хирургию катаракты, а также на офтальмологов, не имеющих должной теоретической подготовки. Совсем недавно, в мае, совместно с Европейской школой повышения квалификации офтальмологов (ESASO) мы провели цикл обучения по факоэмульсификации для 25 офтальмологов из России, Германии, Италии, Литвы. Вели занятия, помимо специалистов ФМБА России, профессор Б.Э. Малюгин, а также ведущие офтальмохирурги из Европы: профессор José L. Güell (Испания), профессор Rudy Nuijts, профессор Kihun Tjia (Голландия) и профессор Bekir S. Aslan (Турция).

Спонсорами выступили компании «Алкон» и «Бауш+Ломб». Врачи имели возможность на WetLab проводить операции на приборах

– Владимир Николаевич, в ходе конференции прозвучали доклады, имеющие дискуссионный характер. Обмен опытом и знаниями всегда был самой интересной формой активного общения. Не хотели бы Вы в будущем проводить конференцию в формате дискуссии?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям

– Владимир Николаевич, в ходе конференции прозвучали доклады, имеющие дискуссионный характер. Обмен опытом и знаниями всегда был самой интересной формой активного общения. Не хотели бы Вы в будущем проводить конференцию в формате дискуссии?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям

– Владимир Николаевич, в ходе конференции прозвучали доклады, имеющие дискуссионный характер. Обмен опытом и знаниями всегда был самой интересной формой активного общения. Не хотели бы Вы в будущем проводить конференцию в формате дискуссии?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям

Infiniti, Constellation, Stellaris, прослушали очень серьезные лекции, теоретических лекций. Мы продолжаем тесное сотрудничество с Европейским обществом катарактальных и рефракционных хирургов (ESCRS), Американским обществом катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS), налаживаем связи с Азиатско-Тихоокеанским обществом катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS). Оба издания признаны ВАКом Российской Федерации, что свидетельствует об их научной значимости. Мы приглашаем всех врачей к сотрудничеству.

Что касается количества членов Общества, по последним данным, их около 200 человек. Мы надеемся, что численность RSCRS будет расти, однако мы не гонимся за цифрами, статистика не всегда объективно отражает деятельность организации. Хотим, чтобы у людей естественным образом возникла потребность вступить в Общество, чтобы они реально видели преимущества, которые им дает членство в RSCRS. Мы стремимся доказать врачам необходимость объединения, тогда и членов Общества будет больше, и работа станет еще интереснее.

– Вы не исключаете членство в RSCRS докторов из СНГ?

– Хороший вопрос. В ближайшее время мы перерегистрируем Устав Общества, в нем появится пункт International membership, который даст возможность зарубежным врачам вступать в RSCRS. Считаю этот шаг вполне оправданным.

– Владимир Николаевич, я благодарю Вас за интересное, содержательное интервью.

Беседа вел Сергей Тумар

– Владимир Николаевич, в ходе конференции прозвучали доклады, имеющие дискуссионный характер. Обмен опытом и знаниями всегда был самой интересной формой активного общения. Не хотели бы Вы в будущем проводить конференцию в формате дискуссии?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям

– Владимир Николаевич, в ходе конференции прозвучали доклады, имеющие дискуссионный характер. Обмен опытом и знаниями всегда был самой интересной формой активного общения. Не хотели бы Вы в будущем проводить конференцию в формате дискуссии?

– Мы не только проводим свои мероприятия, но и продолжаем участвовать в различных конференциях, где организуем спонсорские симпозиумы. Самый крупный симпозиум мы провели в прошлом году в рамках «РООФ – 2012», его темой была интраокулярная коррекция. В этом году мы также планируем принять участие в форуме. Наш симпозиум будет посвящен технологиям

EyeWorld Россия
Международный журнал для офтальмологов
Июнь 2013, том 6, номер 2
Научно-практический журнал. Выходит с декабря 2008 года.
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-33725 от 26 сентября 2008 г.

Главный редактор
Владимир Трубилин
Заместитель главного редактора
Михаил Пожарицкий
Координатор проекта
Елена Вилова
Выпускающий редактор
Ирина Найденова
Директор
Татьяна Шургина
Перевод
Евгения Третьяк
Web-дизайн
Алексей Филиппов
Адрес издательства:
123098, г. Москва, ул. Ак. Бочарова, 10а.
Тел./факс +7 (499) 196-08-86.
E-mail: eyeworld@mail.ru

Подписной индекс в каталоге РОСПЕЧАТЬ – 37256

Праздник офтальмологии в Смоленске

«Новое в офтальмологии – 2013», научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня основания кафедры глазных болезней Смоленской государственной медицинской академии

65-я научная студенческая конференция Смоленской государственной медицинской академии на кафедре глазных болезней

Организаторы мероприятия:

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;
ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России;
Фонд содействия развитию передовых медицинских технологий им. Святослава Федорова;
Российская академия естественных наук;
Кафедра глазных болезней СГМА.

65-я научная студенческая конференция Смоленской государственной медицинской академии на кафедре глазных болезней

Заседание X научной студенческой конференции, посвященной памяти выдающегося офтальмолога XX века, академика Святослава Николаевича Федорова

Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.А. Деев.

Председатель заседания: студентка 5 курса лечебного факультета А.В. Власенко.

Староста научного студенческого кружка: клинический ординатор кафедры А.А. Семина.

Открывая студенческую конференцию, прочувствованные слова приветствия произнес заведующий кафедрой глазных болезней СГМА, д.м.н., профессор Л.А. Деев. Он сказал, что заседание проходит в юбилейный год, год основания кафедры глазных болезней СГМА. Он рассказал о своем учителе С.Н. Федорове, выразив признательность президенту Фонда содействия развитию передовых медицинских технологий им. Святослава Федорова, Ирэн Ефимовне Федоровой, которая на протяжении 10 лет поддерживает инициативу проведения студенческой конференции памяти Святослава Николаевича.

Роль С.Н. Федорова в жизни профессора Л.А. Деева трудно переоценить. Личность академика С.Н. Федорова для Леонида Алексеевича всегда была источником вдохновения, идей, творческой энергии, которые оказали ему большую помощь в работе, сыграв существенную роль в его жизни.

Традиционно конференция началась с демонстрации видеопленки о Святославе Николаевиче Федорове и отчета студенческого научного общества. С докладом о биографии академика С.Н. Федорова выступила аспирант кафедры И.А. Игонина. Студентка 4 курса лечебного факультета А.Г. Захарова рассказала о гражданском и научном подвиге С.Н. Федорова. Доклад «О вкладе академика С.Н. Федорова в отечественную офтальмологию» представила студентка 4 курса педиатрического факультета О.С. Жигарева. Первое заседание конференции завершило выступление студента 6 курса лечебного факультета А.Н. Третьякова («Анатомия мышц глаза»). Свое видение на проблему глаукомы представил студент 6 курса лечебного факультета М.Н. Коломейцев («Физиология ВГД»).

Второе заседание открыл доклад «К 90-летию кафедры глазных болезней» ординатора кафедры 2-го года обучения Е.В. Калыничевой. Доклады студентов, выступивших во втором заседании, были посвящены актуальным проблемам современной офтальмологии. Живой интерес у участников конференции вызвал доклад студентки



Докладчики-студенты, гости конференции и сотрудники кафедры глазных болезней СГМА

6 курса педиатрического факультета А.И. Хавовой «Эффективность этиосклероукрепляющих операций у пациентов с прогрессирующей близорукостью».

Высокий уровень студенческой конференции обеспечило многолетнее сотрудничество кафедры глазных болезней СГМА с ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», ФГБУ «НИИГБ» РАМН, кафедрой глазных болезней Курского государственного медицинского университета. Наиболее интересными и творческими оказались работы аспиранта кафедры глазных болезней М.А. Шаршковой и ординатора первого года кафедры глазных болезней А.А. Семиной («Оценка комплаентности лиц, использующих контактные линзы для коррекции аметропии»), студентки 5 курса лечебного факультета А.В. Власенко («Применение фемтосекундного лазера в офтальмологии»), а также доклад студентки 4 курса педиатрического факультета Л.Р. Ткачевой «Катаракта. Методы лечения».

С интересом был заслушан доклад «Синдром «сухого глаза»: этиология, патогенез, клиника» студентки 5 курса лечебного факультета Ю.В. Пейганович и доклад «Лазерный кератомилез» студентки 6 курса лечебного факультета В.В. Станкевич.

Свои научные достижения представила гостя конференция студентка 6 курса лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова в докладе на тему «Использование отечественного YAG-лазера с удвоенной частотой наводки в лечении первичной открытоугольной глаукомы» (научный руководитель – профессор Е.В. Крежкова).

Члены оргкомитета конференции отметили высокий уровень подготовки докладов. Правильно организованная работа с книгами привлекает студентам навыки самообразования, развивает их творческие способности, способствует самосовершенствованию. Конференция показала, что студенты СГМА в полной мере владеют приемами самостоятельной работы с источниками.

Ирэн Ефимовна, поблагодарила профессора Л.А. Деева за то, что он свято чтит память Святослава Николаевича; назвала имена студентов, которые представили интересные доклады; выразила чувство благодарности генеральному директору ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессору А.М. Чухраёву за бережное сохранение традиций и уважение имени С.Н. Федорова. В конце своего выступления И.Е. Федорова зачитала письмо Святослава Николаевича, которое она специально извлекла из архива. «Послание молодежи», так И.Е. Федорова назвала этот документ, ставший уже историческим источником: «Дорогие ребята! Я получил ваше письмо. Оно здорово написано, потому что в нем есть места о лучшей жизни человека – этого интереснее и еще непознанного существа. Впереди у вас 23 или 25 тысяч интересных дней! Ведь вся жизнь человека – это максимум 30-32 тысячи восходов и заходов солнца. Очень хочется, чтобы вы не теряли зря время. А это значит – наполняли свою голову интересной и полезной информацией. Ведь наша суть, наша человеческая природа – это нести добро друг другу, охранять нашу Землю от разрушений, все время что-то создавать, но ни в коем случае не разрушать. По-видимому, мыслящая материя и создана природой для защиты любой материи от разрушения. Если не думать так, то очень трудно объяснить, почему эти маленькие атомы – углероды, водороды, кислороды, азоты – решили объединиться в молекулы белка, то есть «кирпичики жизни». Ведь это должно иметь какой-то смысл!! Иногда я думаю, что атомы C, H, O₂ и N₂, самые слабые в таблице Менделеева, решили объединиться в молекулы белка, которые тоже разрушатся, но оставят после себя новые молекулы – своих детей».

В конце конференции И.Е. Федорова подарила студентам книги «Долгое эхо любви» и «Святослав Федоров 600 тысяч часов полета». Студенческая научная конференция стала очередным свидетельством того, что СГМА предоставляет значительные возможности для развития научного и творческого потенциала студенческой молодежи, открывает ей новые научные горизонты.

Новое в офтальмологии – 2013

Научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня основания кафедры глазных болезней Смоленской государственной медицинской академии

17 мая в лекционном зале Смоленской областной клинической больницы (на базе больницы расположены 16 кафедр и курсов Смоленской государственной медицинской академии, в том числе и кафедра глазных болезней) прошла научно-практическая конференция «Новое в офтальмологии» – конференция, посвященная 90-летию со дня основания кафедры глазных болезней Смоленской государственной медицинской академии. В названии конференции не случайно присутствовало слово «новое». Заведующий кафедрой глазных болезней, профессор Л.А. Деев всегда находится в творческом поиске, обдумывает нестандартные приемы в организации конференции и привлекает неординарных авторов. И главное, делает это с большой любовью и от души.

Конференция стала местом встречи выпускников академии, известных специалистов-офтальмологов страны. Мероприятие также посетили студенты 4-6 курсов лечебного факультета Смоленской государственной медицинской академии.

Второй день, он же заключительный, был ударным днем работы конференции. Все доклады были представлены выпускниками Смоленской государственной медицинской академии, имели практическую и научную составляющую. Некоторые доклады прозвучали впервые.

Открыл конференцию ректор академии, профессор И.В. Отвагин: «Недавно кафедре глазных болезней Смоленской государственной медицинской академии исполнилось 90 лет, хочется отметить, что нашему ВУЗу в этом году исполнилось 93 года. Сначала это был курс глазных болезней, который в 1936 году трансформировался в кафедру глазных болезней. Первым заведующим был подполковник медицинской службы Михаил Захарович Попов, который до 1972 года руководил кафедрой. Мне хочется вспомнить имена всех заведующих кафедрой, это Нина Михайловна Яценцова и Мария Михайловна Тарасцова. С 1993 года кафедру возглавляет профессор Леонид Алексеевич Деев. В начале века кафедра глазных болезней уделяла большое внимание комплексному лечению глаукомы. За последние 20 лет на кафедре защищены 1 докторская диссертация, 6 кандидатских, получены 12 патентов на изобретение. Кафедра занимается не только учебным процессом, но и большой научно-исследовательской работой, уделяя большое внимание работе с ведущими офтальмологическими центрами РФ. В зале



А.М. Чухраёв, И.Е. Федорова, А.В. Терещенко, Ю.А. Белый, И.Ю. Мазунин



Ю. В. Андреев, Ю.Ю. Калинин, А.В. Головин, О.Б. Клепинина, М.А. Шаршкова



присутствуют практические врачи. Кафедра активно сотрудничает с практическим здравоохранением, проводит научно-практические конференции. Вчера прошла X Юбилейная научная студенческая конференция, посвященная великому офтальмологу XX века, академику С.Н. Федорову. Мне приятно приветствовать президента

Фонда содействия развитию передовых медицинских технологий имени Святослава Федорова Ирэн Ефимовну Федорову и генеральному директору ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессора А.М. Чухраёва, а также выпускников академии, которые в разные годы учились в Смоленской государственной

медицинской академии и стали офтальмологами. Хочу отметить, что на конференции будут звучать доклады наших выпускников. Выражаю надежду, что те достижения, которые сложились на протяжении многих лет на кафедре, будут развиваться и укрепляться. Хочу пожелать всем успешной и плодотворной работы».

Со словами приветствия к участникам конференции обратился генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв. С докладом «Время, события, люди» выступил заведующий кафедрой глазных болезней СГМА, профессор Леонид Алексеевич Деев. Он рассказал об истории создания



Ректор СГМА, профессор И.В. Отвагин и профессор Л.А. Деев



Генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», проф. А.М. Чухраёв, главный врач Смоленской областной клинической больницы, проф. Е.И. Камнин, заведующий кафедрой глазных болезней СГМА, проф. Л.А. Деев



Профессор А.М. Чухраёв (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») и И.Е. Федорова (Фонд содействия развитию передовых медицинских технологий им. Святослава Федорова)

Совершенство. Многофункциональность. Уникальность.



BAUSCH + LOMB **Stellaris PC**
Vision Enhancement System

Россия, 115191, Москва, ул. Большая Тульская, д. 11. Тел. +7 495 969 21 30. Факс +7 495 969 21 29.

© Bausch + Lomb Incorporated. Stellaris is a registered trademark of Bausch + Lomb Incorporated. ®/© denote trademarks of Bausch + Lomb Incorporated SU5984.

ЭФФЕКТИВНОЕ И ДОСТУПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ



ДОРЗОПТ ПЛЮС
Дорзопамид 2%, Тимолол 0,5% – 5 мл
Противоглаукомный препарат. Фиксированная комбинация дорзопамида и тимолола.

ГЛАУПРОСТ
Латанопрол 0,005% – 2,5 мл
Противоглаукомный препарат. Синтетический аналог простагландина.

ДОРЗОПТ
Дорзопамид 2% – 5 мл
Противоглаукомный препарат. Ингибитор карбоангидразы.

БЕТОФТАН
Бетаксолол 0,5% – 5 мл
Противоглаукомный препарат. Синтетический бета-блокатор.



ROMPHARM COMPANY

кафедры, кадровом составе, основных направлениях научной деятельности, продемонстрировал научную и учебно-методическую литературу, которая была выпущена кафедрой за последние годы. В своем выступлении подробно остановился на традициях кафедры. Выступление профессора Л.А. Деева было эмоциональным и патристичным, вызвало аплодисменты.

Утреннее заседание конференции открыл директор Калужского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» А.В. Терещенко. Говоря об оптимизации системы оказания офтальмологической помощи, докладчик проанализировал эффективность системы мониторинга, диагностики и лечения активных стадий ретинопатии недоношенных в филиале.

Разработанная этапная система оказания офтальмологической помощи недоношенным детям, включающая организацию раннего выявления РН и высокотехнологичного лечения, позволяет обеспечить соблюдение единых подходов к срокам и критериям скрининга, стандартизацию методик осмотра и сроков проведения лазерно-хирургического лечения.

По словам докладчика, это позволяет достичь высокого процента регресса заболевания (92,9%).

О возможностях и результатах мультиспектральных лазеров при лечении заболеваний переднего и заднего отрезков глаза рассказал директор Нижегородского областного центра лазерной микрохирургии глаза, к.м.н. И.Ю. Мазунин.

Аспирант кафедры глазных болезней СГМА М.А. Шаршкова представила доклад на тему «Оценка существующей практики антибактериальной терапии бактериальных кератитов». Несмотря на наличие большого арсенала лекарственных препаратов, в настоящее время кератит относится к тяжелой патологии органа зрения и его лечение является актуальной задачей каждого офтальмолога. Тенденции в изменении состава микрофлоры при бактериальном кератите, изменение пропорции штаммов, резистентных к антибиотикам, требуют постоянного мониторинга состава и количества бактериальной микрофлоры при кератитах, что имеет принципиальное значение для оптимизации этиотропной терапии заболевания.

О ранней витреальной хирургии у детей с ретинопатией недоношенных выступил заместитель директора по научной работе Калужского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор Ю.А. Белый. Преимущество технологий, которые разрабатываются в Калужском филиале «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»: расширение технических возможностей осмотра сетчатки, улучшение визуализации на границе «воздух-стекловидное тело». Хорошая стабилизация сетчатки во время манипуляции со стекловидным телом в непосредственной близости от сетчатки дает возможность выполнять дополнительную периферическую лазеркоагуляцию и, безусловно, использовать данную технику как дополнительный инструмент в руках витреального хирурга при лечении тяжелой патологии у детей.

Особый интерес у аудитории вызвало выступление с докладом «Разработка трансплантата роговицы при помощи современных биотехнологий» д.м.н. Ю.В. Андреева (ЦКБ РАН, отделение офтальмологии, Москва). Автором доклада разработан коллагеновый трансплантат в качестве матрицы для применения в клеточной биологии для создания искусственной роговицы. Материал обладает достаточной степенью биологической

инертности и приемлем по своим механическим свойствам для использования в хирургии роговицы. При создании коллагена решающую роль играет степень его очистки от низкомолекулярных примесей. В будущем планируется использовать методы клеточной биологии для фиксации роговичных клеток и формирования структур роговицы.

Доклад «Субпороговое микроимпульсное лазерное воздействие длиной волны 577 нм как патогенетически обоснованный, эффективный и безопасный метод лечения центральной серозной хориоретинопатии» представила О.Б. Клепнигина из ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва (соавторы: А.В. Дога, Г.Ф. Качалина, В.А. Соломин). В своих выводах докладчик подчеркнула, что восстановление светочувствительности по микропериметрии и резорбция субретинальной жидкости на ОКТ свидетельствуют о безопасности и эффективности субпорогового микроимпульсного лазерного воздействия с длиной волны 577 нм при лечении центральной серозной хориоретинопатии: возможно проведение лазерных аппликаций при локализации точки фильтрации жидкости в фовеальной аваскулярной области; осуществление многократных, повторных лазерных вмешательств при рецидивировании заболевания без лазериндуцированных повреждений. Для определения стабильности лечебного эффекта и оценки функционального состояния сетчатки планируется дальнейшее динамическое наблюдение за группой больных после проведенной лазерной терапии.

Кандидат медицинских наук А.В. Головин (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва) представил интересный клинический случай микроинвазивной экстракции травматической катаракты. По завершении выступления был продемонстрирован видеofilm с подробными комментариями докладчика. Выводы: микроинвазивная технология позволяет уменьшить объем хирургического вмешательства; минимизировать операционную травматизацию тканей глаза; определяет получение высоких функциональных результатов в ранние сроки после операции; может быть рекомендована для широкого применения в клинической практике.

Доклад «Фактоэмульсификация катаракты в фемтосекундном сопровождении» представил д.м.н. Ю.Ю. Калинин из ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ., Москва (соавторы: С.Ю. Анисимова, С.Ю. Анисимов, Глазной центр «Восток-Прозрение», Москва). На вопрос: «Что нам дает фемтосекундное сопровождение?» – Ю.Ю. Калинин ответил: «Высокая точность выполнения разрезов капсульорексиса. Разрушение ядра ускоряет самоудаление катаракты, делает эту процедуру наиболее безопасной, более точной. Ежегодно в США удаляется 6 000 000 катаракт и уже 2% операций делается с фемтосекундным сопровождением. Уверен, что технология будет развиваться. И что самое важное, молодому хирургу проще осваивать хирургию катаракты, когда рядом есть фемтосекундный лазер. Разрезы все видны на мониторе, ядро уже полупрозрачно, не говоря о мягких ядрах, осталось аккуратно все удалить и поставить ИОЛ».

Подводя итоги конференции, можно сказать, что подобные мероприятия служат развитию и укреплению профессиональных связей между специалистами и способствуют повышению уровня знаний.

Материал подготовила
Лариса Тумар



Профессор Л.А. Деев: «Живу успехами своих учеников»

В мае кафедра глазных болезней Смоленской государственной академии отметила свое 90-летие. Редакция газеты «Поле зрения» и издательство «Апрель» поздравляют всех сотрудников кафедры с юбилеем. Ваш профессионализм, творческая энергия давно отмечены коллегами. Желаем и впредь идти в ногу со временем, активно предлагать новые идеи, поддерживать высокие стандарты качества вашей работы. От души желаем успехов в благородной и очень востребованной работе, крепкого здоровья, благополучия!

В связи с юбилеем заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор Леонид Алексеевич Деев ответил на вопросы нашей газеты.

– Леонид Алексеевич, Вы свыше 30 лет в профессии и многого добились: 20 лет возглавляете кафедру глазных болезней, с 2003 года – факультет высшего среднего образования. Какие планы ставите перед собой и о чем мечтаете?

– У меня нет определенных планов на будущее. Если я хочу чего-то достичь, я ставлю перед собой цель, достигаю ее, потом перехожу к другой цели. Я счастлив тем, что у меня есть. И в жизни я ничего не хочу менять. У меня прекрасная семья, дети, внуки, которых я очень люблю, интересная работа, которой я с удовольствием занимаюсь. Я очень люблю своих студентов, хотя отношусь к ним очень требовательно. Не люблю, когда они опаздывают и пропускают занятия. Я никогда не ставлю отличников «пятю», если он пришел неподготовленным.

– Можно ли сказать, что Вы живете успехами своих студентов?

– Справедливее будет сказать, что я живу успехами своих учеников. Существует такое понятие «родственные души». Так вот, среди студентов у меня есть родственные души. Их нужно уметь разглядеть в людях, даже среди разгильдяев и двоечников. Случается такое. Приходит ко мне студент сдавать экзамен. Я смотрю его зачетку, а в ней один «тройку». А он хорошо отвечает. Я же вижу, как он старается. Ставлю ему «пятерку», и в этот же день он понимает, что чего-то стоит. И начинает в себя верить.

– Леонид Алексеевич, Святослав Николаевич Федоров трижды предлагал Вам должность директора одного из филиалов МНТК, и трижды Вы ему отказывали. Эта должность открывала огромные перспективы. Почему Вы не приняли предложение?

– В 1995 году к нам в Смоленск на конференцию приехал Святослав Николаевич Федоров. Всероссийская научная конференция «Актуальные проблемы офтальмологии», посвященная 75-летию СГМА, собрала ведущих российских офтальмологов. В рамках конференции прошло выездное заседание президиума Всероссийского научно-медицинского общества офтальмологов, председателем являлся профессор С.Н. Федоров.

Мероприятие прошло на очень высоком уровне. Не постесняюсь и скажу, что мы сделали такую конференцию, которая никому тогда и не снилась. Когда мы шли со Святославом Николаевичем по территории городка, студенты стояли везде, насколько мог видеть глаз, каждый хотел увидеть Федорова. Пока, к сожалению, нам не удалось ничего подобного повторить. Сразу после окончания работы мне позвонили и пригласили на должность директора в один из филиалов МНТК. Был разговор со Святославом Николаевичем, но я подумал и принял решение отказаться. До этого, во время учебы

в аспирантуре, было предложение идти заместителем директора в один из филиалов, а после окончания аспирантуры – директором. Но всегда были семейные обязательства, которые брали верх над карьерным ростом. Я ни разу не пожалел о своем решении.

– Читателям нашей газеты может показаться, что Вы лукавите. Вы жили в общестии. Неужели не хотелось создать для семьи более комфортные условия, когда Вам предложили новую должность?

– Я просто приведу еще несколько примеров из жизни, чтобы объяснить такое решение. У меня было предложение идти в институт проректором с условием, что я должен отказаться от своих взглядов. На что я просто ответил: «Если я вам нужен как человек и специалист, то берите меня таким, какой я есть. А торговаться и изменять своим принципам я не буду. Как я потом буду смотреть в глаза людям? И как объяснить, что я продался за должность?» Конечно, я от этого предложения отказался.

– А вот еще один пример. У меня была мечта открыть свой офтальмологический центр. В то время я как раз баллотировался в депутаты Областной Думы. Однажды в гостях разговор зашел о стоимости центра.

– Сколько вам нужно денег?

– 200 тысяч долларов, столько стоит оборудование.

– Хорошо, ждите звонка, вам вечером позвонят.

– Так и случилось. В 11 вечера позвонил телефон. И разговор развивался таким образом:

– Вы хотите открыть центр?

– Да!

– Мы дадим вам деньги.

– Ребята, бесплатный сыр только в мышеловке. Что я должен для этого делать?

– Снять свою кандидатуру в депутаты Областной Думы, выйти из Коммунистической партии и объявить, что взгляды коммунистов не состоятельны.

Я вновь отказался. Я проживу и без 200 тысяч долларов, но буду смело смотреть людям в глаза и не буду ничего бояться.

Я был депутатом Городского Совета и должен сказать, что мы многое смогли сделать. Однако позже я увидел, что наши труды никому не нужны. Очень многие вокруг ищут только материальную выгоду.

– В любом современном образовании встает вопрос о методике преподавания, которая позволяет легко усваивать огромное количество информации. Существуют ли на кафедре собственные оригинальные методы обучения, которые могли бы помочь студентам справиться с этой нелегкой задачей?

– У нас на кафедре ведется преподавание у студентов 4-го курса лечебного, педиатрического, стоматологического, иностранного факультетов и у врачей факультета усовершенствования врачей.

Я не скажу, что у нас есть свои особые методики, но на кафедре существуют определенные сложившиеся традиции преподавания. Например, методическая работа. Сотрудниками кафедры подготовлены и изданы 32 учебно-методических пособия по всем разделам учебной программы для студентов. Разработаны тесты программизованного контроля для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов, изданы методические разработки лекций и практических занятий. Разработаны учебно-методические комплексы 1-го и 2-го поколений по всем разделам учебной программы.

Что касается моей методики преподавания, то студенты должны знать определения основных понятий и заболеваний.

После усвоения теоретических знаний студенты переходят к клинике. На занятиях мы никогда не пересказываем учебник. Во время обучения преподаватель должен обратить внимание студентов на ключевые моменты, разъяснить их, показать как можно больше наглядного материала по теме занятия (больных, видео, слайды и т.д.), сделать особый упор на освоение практических навыков.

– Сформулируйте, пожалуйста, основные принципы работы со студентами.

– Самодисциплина. Справедливость. Объективность.

– Я не терплю, когда студенты опаздывают.

Еще один из моих принципов – особое планирование занятий по принципу «мозговой штурм». Первые полчаса студенты либо пишут контрольную работу, либо я устраиваю опрос. Это нужно для того,

чтобы их мозг постоянно работал. Через три-пять занятий они уже все запоминают: термины отскакивают от зубов. После того как они одолели определения, мы вместе начинаем работать с больными, которых я веду. Каждый день мы проводим осмотр пациентов с различной патологией органа зрения, чтобы они увидели как можно больше различных клинических случаев.

В первый день работы по принципу «делай, как я». Потом они начинают действовать самостоятельно. После того как мы погнали больных, мы возвращаемся в кабинет и разбираем детально новую тему. Это продолжается минут 30-40, после этого мы осматриваем больных как раз по этой теме. Для закрепления материала смотрим видеofilm из моей видеотеки. В заключительной части занятия я устраиваю так называемую «пресс-конференцию» – студенты мне задают свои вопросы.

Другой принцип – быть всегда подготовленным. Мы студентам так и говорю: «Если я не буду готов к занятию, то и вы можете ничего не читать». То же самое и с опозданиями. Если я на пять секунд опоздаю, то и т.д.), сделать особый упор на освоение практических навыков.

– Педагогика – это процесс человеческого общения и в нем складываются совершенно уникальные отношения...

– Это действительно так. Могут привести убедительные аргументы. Если студенты видят, что я заинтересован в их обучении, то они отвечают взаимностью. Студент должен знать, что от него хочет преподаватель. Четкое знание основных

определений и понятий позволяет сформулировать единые требования в рамках образовательного стандарта. Во время занятия студент должен быть готов ответить на любой вопрос преподавателя по теме занятия или по пройденному материалу. Студент не должен заниматься одним делом более 40 минут: нужна постоянная смена обстановки и вида деятельности.

Наше общение в основном происходит во внеурочное время на кружках и секциях. Они начинаются с 4-го курса. Но многие ребята приходят и с первых, и с последних курсов. Поэтому в начале года в кружок записывается по двадцать человек. И я пытаюсь понять, у кого какая цель: кто пришел за знанием, а кто – за знаниями. Бывает, что студент приходит с конкретной целью, а остается, чтобы узнать новое. В этом деле главное – сохранить и развить интерес. Для этого нужно понять, кому что нравится. Одному интересны рефракционные операции, другому – только проблемы, связанные с катарактой и ИОЛ, третьему – глаукома. Занятия начинаются с ликбеза. Я приношу методички, а студенты читают и разбирают. Через год они уже четко знают, какую разделу науки хотят себя посвятить.

– Леонид Алексеевич, Вы 26 лет работаете на кафедре, что, на Ваш взгляд, важно с точки зрения научной работы произошло на кафедре за эти годы?

– Мне бы хотелось начать ответ с периода, когда в клинике началось внедрение микрохирургической техники при проведении глазных операций. Этому способствовал приезд группы микрохирургов из МНИИ «Микрохирургия глаза»

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

Максимальное увлажнение для Ваших глаз!



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

URSAPHARM Arzneimittel GmbH

УРСАФАРМ Арцнайmittel ГмбХ:
107196, Москва, ул. Гвардейского, д. 57, стр. 4.
Тел./факс: (495) 684-34-42. www.ursapharm.ru
E-mail: ursapharm@ursapharm.ru



Конгресс «Белые ночи» успешно решает задачи, сформулированные нашим правительством

Интервью с главным офтальмологом Санкт-Петербурга, профессором Ю.С. Астаховым

— Юрий Сергеевич, цифры количества участников просто поражают: в первый день работы конгресса «Белые ночи – 2013» было официально зарегистрировано 1988 человек. Люди продолжали приходить, и вы вынуждены были прекратить регистрацию. Будем считать, что конгресс собрал более 2 тысяч участников. Но это – день сегодняшних. А какой была самая первая конференция, 19 лет назад? Как возникла идея ее проведения?

— Представьте, 1992 год. Помните, что было в 92-м году?

— Боюсь, это был не самый радостный период в нашей истории...

— В 1992 году я впервые встретился с человеком по имени Edward Francis Cherney, в переводе на русский язык – Эдуардом Леонидовичем Черным, гражданином Соединенных Штатов. Родился он в Америке, образование получил в Калифорнийском университете. В начале 1990-х годов он работал офтальмологом в городке Глендейл, неподалеку от Лос-Анджелеса. Эдуард был частнопрактикующим врачом, прекрасно подготовленным витреоретинальным хирургом. В Россию он приехал вместе со своей женой Арлин, выполняя завет своего отца. Его отец, Леонид Сергеевич Черных, был родом из города Иркутска и состоял в родственных отношениях с семьей купцов Вторых, богатейших людей России в до-революционный период. Главу семейства А.Ф. Второва называли «русским Морганом». Так вот, Леонид Сергеевич, еще совсем молодым человеком уехал в США вместе со своим отцом, стал там врачом. У него родился сын, Эдуард Леонидович Черных, который и стал Эдуардом Черни. Когда Эдуард повзрослел, его отец, участник Второй мировой войны, воевавший в армии союзников, завещал сыну, что когда произойдет успех социалистического строя в России, поехать и помочь его Родине.

Выполняя завет отца, Эдуард Черни прибыл в Санкт-Петербург в составе американской делегации годов-побратимов «Лос-Анджелес – Санкт-Петербург». Эдуард выступал с лекцией на Моховой (в старейшей питерской глазной клинике), переводчиком была сотрудница из «Ин-туриста», которая не справилась со сложными медицинскими терминами. Тогда я предложил свои услуги в качестве переводчика, так и произошло наше знакомство. Мы тут же договорились, что я покажу Эдуарду нашу клинику. Но вы не представляете, как мне было тяжело предельно психологический барьер...

— Что Вы имеете в виду?

— Привести американца, правда, очень хорошо расположенного к нашей стране, в клинику, в которой не было в достаточном количестве необходимого оборудования, не было должного питания больных (в те годы проблема с питанием граничила с катастрофой), где давно не было ремонта, а здание старое, 1907 года постройки. И это все я должен был показать человеку, приехавшему из благополучной Америки. Показав для чего? Я видел, что Эдуард хочет сделать что-то хорошее для нашей

страны. Это было очень важно, все оценили этот шаг не только как душевный порыв, но как миссию, которой человек был глубоко предан. Тогда мы и решили через несколько месяцев провести конференцию, которая была бы направлена на то, чтобы обучить наших докторов некоторым современным методам научных исследований. Мы приступили к подготовке конференции. В то время нас поддерживала компания Storz из Гейдельберга, производитель медицинских инструментов, она была фактически самой первой, с кем мы начали сотрудничать. Значительную помощь нам оказали отечественные меценаты, богатые и вполне успешные российские компании, благодаря которым мы смогли приобрести самое необходимое оборудование и приборы.

В скором времени оборудование было установлено, приехали люди, которые выступали с научными докладами и обучали наших докторов работе с новейшей аппаратурой. Фактически состоялась первая конференция. Названия у нее еще не было, в зале собралось человек 40-50. Однако для нас это был определенно важный шаг вперед. С обеих сторон был преодолён психологический барьер. Мы поняли, что врачи двух стран могут делать хорошие, добрые дела для наших пациентов.

С тех пор для обучения врачей Санкт-Петербурга конференции стали проводиться ежегодно. Я, как главный офтальмолог Санкт-Петербурга (на этой должности я с 1985 года, уже 28-й год), считаю, что с момента проведения первой конференции, по счастью, удалось сделать много хорошего в плане обучения врачей, переоснащения поликлиник и стационаров, публикации различных руководств. Конференции мы в основном проводили на базе 2-й больницы, причем Тэд (Эдуард Черни) набирал группу американских врачей, которые, как они сами говорили, «жертвовали свое время», а время – деньги. За неделю, что американцы были в нашем городе, они теряли крупные суммы денег, так как большинство из них были частнопрактикующими врачами. Со временем мы становились все более опытными, потому что этот конгресс переводит не научно-исследовательский институт, не огромная организация, а кафедра. Сотрудники кафедры решают массу организационных вопросов, обеспечивают все виды перевода и письменный (для подготовки сборника статей, и последовательный – в зале. Во время поездок за границу сотрудники кафедры рекрутируют лекторов, которых целесообразно к нам пригласить.

Эдуард Черни основал некоммерческую организацию, зарегистрированную в США, GlazMed. Основная ее задача заключалась в распространении медицинских знаний в России, организации поездок в Америку докторов не только из Санкт-Петербурга и не только офтальмологов. Тэд и его жена Арлин принимали в этом деле самое активное участие.

Со временем небольшая конференция, собиравшая несколько десятков питерских врачей, превратилась в крупнейший офтальмологический форум, на который съезжаются более

двух тысяч гостей из 30 стран мира, перед которыми выступают офтальмологи с мировым именем из 10 стран. Накануне конгресса «Белые ночи» состоялась конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS), а после конгресса в Петербург приедет большое число турецких офтальмологов на конференцию Турецкого офтальмологического общества, на которой выступят и несколько наших врачей.

Если говорить об участии других общественных организаций, перед участниками выступил представитель Общества офтальмоиммунно-инфектологов Европы (Society for Ophthalmology-Immunoinfectiology in Europe (SOIE), в том числе и его президент – профессор Карл Херберт (Швейцария), целый ряд докладов будет сделан членами Европейского глаукомного общества. То есть «Белые ночи» – это довольно масштабное, представительное мероприятие. Вы видели, сколько человек было в зале, не хватало мест, не хватало мест на сателлитных симпозиумах.

В этом году в рамках конгресса проводится девятая по счету конференция Межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов, которая, я думаю, очень скоро станет Российской ассоциацией врачей-офтальмологов. На мой взгляд, у Ассоциации есть довольно богатый опыт и между-

народного общения, проведения образовательных мероприятий. Могут отметить РООФ, Школу офтальмолога «Снегири», ежегодный съезд Российского глаукомного общества, который проводится в Москве, и целый ряд других мероприятий, проходящих при непосредственном участии Межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов. Кроме того, целый ряд изданий – периодических и методических руководств – выпускается под эгидой Ассоциации. Важно отметить, что Ассоциация тесно сотрудничает с офтальмологическими обществами стран СНГ и Грузии. Ежегодно в этих странах проводятся научные конференции, выпускаются специальные издания, в подготовке которых Ассоциация принимает самое деятельное участие. Совет по глаукоме выпустил целый ряд монографий, Совет по возрастной макулярной дегенерации выпустил два издания по ВМД. У Ассоциации сложились хорошие отношения с коллегами из Швейцарии, Германии, Франции, США, Финляндии, Швеции. Все это способствует интеграции отечественной офтальмологии во всемирную офтальмологию. Врачи разных стран не могут быть изолированными друг от друга и вариться в собственном соку. Достижения медицины должны стать достоянием каждой страны, входящей в медицинское сообщество, и в конечном итоге служить на благо пациентов.

Хочу выразить слова благодарности Комитету по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга и Министерству здравоохранения РФ, которые нас все эти годы поддерживали. Следующий конгресс будет юбилейный. Представьте, 19 лет подряд, каждый год проводить такой форум! Сколько на это уходит времени и сил! Мне кажется, что конгресс успешно решает задачи, сформулированные нашим правительством в плане

повышения квалификации медицинских кадров. За последние годы уровень научных докладов, подготовленных российскими офтальмологами, практически сравнялся с уровнем докладов зарубежных коллег, то есть мы говорим на одном языке. Европейцы и американцы замечают это по одной, очень важной характеристике: по вопросам, которые аудитория задает докладчикам. А это говорит о подготовке аудитория, и мне это кажется очень важным.

Многие годы средства массовой информации уделяли нашему конгрессу недостаточно внимания. Говорю это с сожалением, так уверен, что наш опыт был бы полезен врачам других специальностей. Мы ни в коем случае не считаем конференцию чисто питерским мероприятием, это общее дело всей нашей офтальмологической общности. В связи с этим хотел бы отметить, что все эти годы нас очень поддерживал МНИИ ГБ им. Гельмгольца. Я совершенно искренне благодарен профессору В.В. Нероеву за то, что эта поддержка сказывалась в очень многих аспектах, и недаром он является президентом нашей Ассоциации.

— Юрий Сергеевич, если позволите, давайте вернемся в начало 90-х. В это время уже вовсю работ МНТК со своими филиалами по всей стране, поражая благополучных европейцев и американцев научными открытиями и новейшими технологиями. В Россию приезжали те же американцы учиться лечить катаракту и прочие глазные заболевания. Это я к тому, что российская офтальмология занимала очень неплохие позиции в мире.

— Вы абсолютно правы, но здесь важен один интересный аспект. Офтальмология не могла быть разделена на «МНТК» и «все остальное». Не могло существовать два уровня ее развития: один уровень – несколько крупных научно-исследовательских институтов, другой – сотни больниц и поликлиник по всей стране. Помню, в каком состоянии находилась офтальмология в городе Ленинграде, потом Петербурге в те годы, и знаю, что у нас был филиал МНТК «Микрохирургия глаза». Как главный офтальмолог, вместе с председателем горисполкома я подбирал место для его строительства, при этом отдавая себе отчет, что единственная возможность получить в городе хорошее лечебное учреждение – это открыть филиал МНТК. Так было, но быть не должно. А посмотрите сейчас: прекарные офтальмологические центры во многих городах страны, и высокотехнологичная медицинская помощь становится доступна все большему количеству рядовых граждан. Ведь в чем заключается наша главная задача? Обеспечить доступность всего населения страны к высококачественной и высокотехнологичной офтальмологической помощи. Пройдут еще годы, прежде чем это будет достигнуто, но мы сможем эту задачу решить. А что было это было достигнуто, необходимо несколько условий: нужно было создать стандарты (этим в первую очередь занимался институт Гельмгольца), принять соответствующие законы, обязать руководство следить

за исполнением стандартов, чрезвычайно остро стоял вопрос модернизации здравоохранения. Сколько бы ни ругали модернизацию здравоохранения, но я знаю, сколько было отпущено денег на офтальмологию, знаю, как они были потрачены, и я знаю, как это делалось. Когда мы получили некоторые возможности в плане модернизации, я собрал всех старших районных окулистов города и предложил им список оборудования, на которое мы могли рассчитывать, они внесли некоторые уточнения, и заявка была составлена. Дальше нужно было убедить и Союз промышленников и предпринимателей, и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в том, что это надо делать именно так. Цена (не только в денежном выражении) нескольких компьютерных томографов – это полное переоснащение службы. После того как по всем правилам, в соответствии с федеральным законом, это оборудование было закуплено, мы приступили к обучению врачей и медсестер правильной работе на этом оборудовании. Необходимо соответствующим образом распределить оборудование, чтобы оно работало с максимальной отдачей. В городе есть поликлиника, где созданы прекрасные условия для работы, а в некоторых – офтальмолог работает без медсестры. Существует огромная разница в зарплатах врачей. Это – лишь небольшая часть вопросов, которые нам предстоит решать. Иногда с большим трудом, убеждая, налаживать нормальное медицинское обслуживание в городе.

— Юрий Сергеевич, в прошлом году Вы выступили с предложением готовить оптометристов по программе высшего образования. Как продвигается решение этого вопроса?

— До сих пор этот вопрос не решен окончательно, хотя уже есть подвижки, но, к сожалению, не все так быстро делается. Но есть понимание у правительства города, у нашего офтальмологического руководства, и я надеюсь, что мы все-таки добьемся победы. Я дважды отчитывался руководству города и докладывал, что американский офтальмолог может эффективно работать, не боясь того количества больных, которые у него есть на приеме. А у него на приеме не меньше больных, чем у нашего врача. Все дело в том, что на американского коллегу работают три помощника, и он ведет прием одновременно в трех маленьких кабинетах. Переходя из кабинета в кабинет, врач смотрит подготовленных оптометристами и помощниками пациентов.

В Америке есть медицинские техники, которых нет у нас. Я также ставил вопрос, что на базе профессионально-технического образования нам необходимо за год-два готовить людей, которые могли бы работать на автоматической аппаратуре и давать данные врачу для принятия решения. Это очень важные проблемы, и мне кажется, что рано или поздно они будут решены.

— Благодарю Вас, Юрий Сергеевич, за содержательную беседу. Беседа вел Сергей Тумар

Встреча друзей, коллег, единомышленников (продолжение)

XIX Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи», Санкт-Петербург

Корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с 10 участниками мероприятия, живущими и работающими в России, Беларуси, Казахстане и Молдове.

В беседах с журналистом наши коллеги поделились своими впечатлениями о работе симпозиума и рассказали о лечебных, учебных и научных учреждениях, которые они представляют. Темой интервью также стали особенности жизни и развития здравоохранения в странах и регионах, откуда приехали участники конгресса. Общение проходило в последние дни мая, непосредственно перед началом летнего сезона. Поэтому совершенно естественно, что некоторые из собеседников уже думают о предстоящем отпуске. Они с удовольствием ответили на вопросы о возможностях отдыха в их родных краях.



Александр Дмитриевич Чупров,

д.м.н., главный врач Кировской клинической офтальмологической больницы, заведующий кафедрой офтальмологии Кировской государственной медицинской академии, вице-президент Ассоциации руководителей офтальмологических клиник России (г. Киров)

— Александр Дмитриевич, представьте, пожалуйста, Вашу клинику. Как давно Вы находитесь на «капитанском мостике»?

— Мне доверено быть главным врачом с 1997 года. У нас работают 162 сотрудника, из них 24 врача. В клинику трудятся 2 доктора наук и 7 кандидатов наук. У нас 65 коек. Но планируется сократить количество коек до 45 и выполнять больше операций амбулаторно.

За 2012 год в поликлинике больницы было выполнено 48802 консультации, 1756 пациентов прошли лечение в условиях дневного стационара, 2409 – в круглосуточном стационаре. В общей сложности выполнено 3858 операций.

Для меня очень важно быть не только администратором, но и практикующим офтальмохирургом. Поэтому четыре раза в неделю оперирую и передний, и задний сегменты глаза. Провожу операции

по поводу катаракты, глаукомы, отслоения сетчатки, различных патологий стекловидного тела.

— Не трудно совмещать лечебную и административную работу?

— У нас в клинике сложилась отличная команда, поэтому главному врачу не нужно в одиночку решать все вопросы. Остаётся время и на лечебную, и на научную, и на педагогическую работу, и на общественную деятельность. Я – автор

423 печатных работ, 48 изобретений и одного открытия.

— Поделитесь, пожалуйста, своими впечатлениями от участия в конгрессе «Белые ночи».

— Конгресс «Белые ночи» – это встреча друзей, коллег, единомышленников. Я регулярно принимаю участие в этом форуме. В 2010 году выступал с докладом о современных тенденциях в хирургии катаракты.

Мне бы хотелось отметить активное участие в работе симпозиума врачей первичного звена. Поэтому просветительскую, учебную роль «Белых ночей» трудно переоценить.

За день до начала конгресса в Санкт-Петербурге проходила Вторая конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов. Традиция совмещать по срокам эти два важных

мероприятия сложилась год назад, во время учредительного съезда этой общественной организации. Очень удобно! Можно приехать в город на Неве и принять участие сразу в двух представительных форумах.

— Как бы Вы охарактеризовали уровень оказания офтальмологической помощи в Кировской области?

— Самый важный аспект, который мне бы хотелось обратить внимание – это возможность получения качественной медицинской помощи, в том числе офтальмологической, в рамках «Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кировской области».

— Это программа работает?

— Она работает отлично. Могут сказать, что наша больница, также как и другие подобные учреждения Кировской области, не предоставляют платных услуг в тех сегментах, которые охвачены государственными гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи. Скажем, лазерная коррекция зрения в нашей больнице проводится на платной основе, так как в рамках ОМС проведение таких операций невозможно.

— У Вас нет очередей на плановые операции?

— Очереди на все виды операций составляют не более трёх недель. Уровень оснащения современной техникой и оборудованием тоже очень высокий.

— В чём Вы видите секрет успеха?

— Департамент здравоохранения области чётко организовал работу,

жёстко контролирует главных врачей в тех областях, которые не распространяются государственные гарантии бесплатной медицинской помощи. Скажем, лазерная коррекция зрения в нашей больнице проводится на платной основе, так как в рамках ОМС проведение таких операций невозможно.

Но как вице-президента Ассоциации руководителей офтальмологических клиник России меня очень тревожит ситуация, когда в ряде государственных лечебных учреждений один и те же услуги предлагаются и на платной, и на бесплатной основе. Такая ситуация создаёт питательную почву для различных нарушений и вызывает законное недовольство у большинства пациентов.

— Как организовано оказание медицинской помощи в районах Кировской области?

— Ситуация улучшается с каждым годом. И кадровые вопросы решаются, и новое оборудование появляется в районных больницах. Но проблемы всё равно остаются. Врачам и руководителям районного звена следует больше времени уделять санитарно-просветительской работе. Конечно, в этом деле немаловажна и роль средств массовой информации. К сожалению, пациенты, в том числе офтальмологические, нередко обращаются к врачам слишком поздно, не выделяют их рекомендации, не соблюдают графика приёма лекарств, режим дня и т.д.

— То есть Ваша клиника совсем не предоставляет платные услуги? Вы работаете только в рамках системы ОМС?

— Мы предоставляем платные услуги в тех областях, которые не распространяются государственные гарантии бесплатной медицинской помощи. Скажем, лазерная коррекция зрения в нашей больнице проводится на платной основе, так как в рамках ОМС проведение таких операций невозможно.

Но как вице-президента Ассоциации руководителей офтальмологических клиник России меня очень тревожит ситуация, когда в ряде государственных лечебных учреждений один и те же услуги предлагаются и на платной, и на бесплатной основе. Такая ситуация создаёт питательную почву для различных нарушений и вызывает законное недовольство у большинства пациентов.

— Как организовано оказание медицинской помощи в районах Кировской области?

— Ситуация улучшается с каждым годом. И кадровые вопросы решаются, и новое оборудование появляется в районных больницах. Но проблемы всё равно остаются. Врачам и руководителям районного звена следует больше времени уделять санитарно-просветительской работе. Конечно, в этом деле немаловажна и роль средств массовой информации. К сожалению, пациенты, в том числе офтальмологические, нередко обращаются к врачам слишком поздно, не выделяют их рекомендации, не соблюдают графика приёма лекарств, режим дня и т.д.

— Как бы Вы оценили уровень оказания офтальмологической помощи в Курганской области?

— Я бы не стала давать общий анализ состояния дел в областной офтальмологии, но как главный детский офтальмолог клиники могу сказать, что в этой сфере у нас есть большие успехи. С начала девяностых годов в Курганской области активно занимаются ретинопатией недоношенных. У нас есть условия и для выхаживания недоношенных детей, и для проведения офтальмологических операций, если в них есть потребность. Областной перинатальный центр оборудован ретинальными камерами

— Почему Вы проявили интерес именно к теме «Поле зрения»?

— В последние годы появились методики, позволяющие диагностировать выпадение даже совсем небольших полей зрения. На сегодняшний день врачи-офтальмологи оснащены современными

периметрами – анализаторами. Начальные изменения полей зрения исключительно важны для ранней диагностики глаукомы, а также целого ряда воспалительных заболеваний и заболеваний сетчатки.

— Как бы Вы оценили уровень оказания офтальмологической помощи в Курганской области?

— Я бы не стала давать общий анализ состояния дел в областной офтальмологии, но как главный детский офтальмолог клиники могу сказать, что в этой сфере у нас есть большие успехи. С начала девяностых годов в Курганской области активно занимаются ретинопатией недоношенных. У нас есть условия и для выхаживания недоношенных детей, и для проведения офтальмологических операций, если в них есть потребность. Областной перинатальный центр оборудован ретинальными камерами

«Retcam» и другим необходимым оборудованием. У нас всегда вовремя выявляется врожденная глаукома. А ведь это очень важно! При необходимости уже в первые месяцы жизни ребёнка проводится операция по поводу глаукомы. Эта операция позволяет сохранить зрение на долгие годы!

Я не хочу сказать, что в Курганской области совсем нет проблем. Наша главная проблема – это отсутствие медицинского вуза в области. Курганцы, разумеется, получают профессию медика. Такая возможность есть в соседних регионах, например, в Челябинской области. Очевидно, что далеко не все молодые врачи, в том числе офтальмологи, возвращаются после окончания учёбы в родные края. Многие находят работу по месту учёбы. У нас не хватает квалифицированных врачей и в областном центре, и тем более в районах области, в глубинке.



Татьяна Николаевна Воронцова,

к.м.н., доцент кафедры офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (г. Санкт-Петербург)

– Татьяна Николаевна, когда Вы впервые приняли участие в конгрессе «Белые ночи»?

– В этом году конгресс, как известно, проходит в девятнадцатый раз. Я принимаю в нём участие уже в течение 15 лет. «Белые ночи» – это одно из ведущих мероприятий в календаре каждого офтальмолога, тем более научного сотрудника. Наряду с пленарными заседаниями, каждый год во время конгресса проводится целый ряд сателлитных симпозиумов. На одном

из них я в этом году выступила с докладом.

– Представьте, пожалуйста, этот симпозиум...

– Он назывался «Воспалительные заболевания переднего отрезка глаза». Мой доклад был посвящён «применению антисептиков в терапии воспалительных заболеваний глаз у детей». Также в рамках этого семинара выступил руководитель нашей кафедры, профессор В.В. Бржеский. Он рассказал о «препаратах гиалуроновой кислоты в лечении больных с синдромом «сухого глаза».

– Хотелось бы более подробно узнать о Вашем выступлении...

– Я занимаюсь изучением воспалительных заболеваний глаз у детей. Хотя результаты этих исследований могут быть интересны и для



Марина Сергеевна Турова,

врач-офтальмолог Республиканской клинической офтальмологической больницы (г. Чебоксары, Чувашия)

– Марина Сергеевна, Вы первый раз приехали на конгресс «Белые ночи»?

– Я приехала первый раз. И в офтальмологии делаю только первые шаги. В 2012 году после окончания интернатуры я стала работать в Республиканской клинической офтальмологической больнице. Конечно, для молодого

специалиста участие в таком крупном, масштабном событии – это всегда большая радость!

– Почему Вы выбрали офтальмологию в качестве своей профессии?

– Я вижу, что эта область медицины очень бурно развивается. Некоторые проблемы офтальмологии меня особенно интересуют. В первую очередь, это лечение последствий травмы глаза.

– У Вас в больнице много пациентов с травмами глаза?

– Таких пациентов очень много. Случаи самые разные. Кому-то в глаз попала ветка во время работы

на даче. Кто-то получил контузию в драке. Кто-то попал в дорожно-транспортное происшествие и получил множественные травмы, в том числе офтальмологические...

– Какие мероприятия на конгрессе Вы посетители?

– Многие мероприятия проходят одновременно. Поэтому очевидно, что побывать везде просто физически невозможно. Я выбрала те темы, которые мне особенно интересны: травмы глаза, детская офтальмология, в том числе увеиты и катаракты у детей, синдром «сухого глаза», заболевания сетчатки...

– Что Вам больше всего запомнилось за время работы в клинике?

– Остаются в памяти ситуации, когда серьёзные проблемы со здоровьем происходят по вине самого пациента. Например, известно, что злоупотребление алкоголем, тем более употребление некачественного алкоголя может иметь самые печальные последствия для зрительных способностей. Водка из метилового спирта нередко ведёт к слобовидению и слепоте...

– Почему Вы выбрали офтальмологию в качестве своей профессии?

– Теоретически это всем известно. Но мне уже приходилось сталкиваться с такими случаями на практике. Можно утопить горе в водке, а потом остаться слепым до конца жизни!



Марина Анатольевна Куклева,

врач-офтальмолог клиники «Скандинавия» (г. Санкт-Петербург)

– Марина Анатольевна, большинство моих собеседников во время этого интервью представляли государственную систему здравоохранения. Вы являетесь врачом частной клиники. Есть ли в «частной» медицине своя специфика?

– Я бы не стала противопоставлять государственные и частные клиники. Мы все делаем общее дело, находясь на страже здоровья и благополучия пациента. Конечно,

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.



Вероника Владимировна Кучук,

врач-офтальмолог медицинского центра «Microchirurgia ochiului – Микрохирургия глаза» (г. Кишинёв, Республика Молдова)

– Вероника Владимировна, Вы первый раз принимаете участие в работе конгресса «Белые ночи»? Не могли бы рассказать о себе и своей клинике?

– Я здесь впервые. Но сотрудники нашей клиники регулярно приезжают в Санкт-Петербург для участия в конгрессе. Вообще, у нас очень хорошие связи с Россией. Наша клиника была создана в 1994 году в тесном партнёрстве с Чебоксарским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза».

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

существует и своя специфика. Государственные клиники обязаны предоставлять весь спектр медицинских, в том числе офтальмологических, услуг. Частные клиники могут выбрать свою рыночную нишу и в этой нише работать.



Мерике Сериковна Абишева,

врач-офтальмолог Областной офтальмологической больницы (г. Шымкент, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан)

– Мерике Сериковна, Вы прекрасно говорите по-русски...

– В Казахстане большинство населения хорошо владеет русским языком. В школе у нас обучение шло на казахском языке, но русский язык являлся одним из основных предметов. В Казахском национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова, который окончила, обучение тоже проходило на казахском языке. Но большинство учебников было на русском. Поэтому без знания русского

языка в Казахстане просто невозможно получить диплом врача.

– Как давно Вы работаете в офтальмологической больнице?

– Всего три месяца. Я – начинающий врач-офтальмолог. «Белые ночи» – это первый крупный международный медицинский конгресс, в котором мне довелось принять участие. Кроме того, это моя первая поездка в Россию.

– Какие у Вас впечатления от конгресса?

– Всё было очень интересно и познавательно. Я узнала много нового о лечении глаукомы, хирургии катаракты и многих других офтальмологических темах. Также остался в памяти интереснейший мастер-класс по углублённому изучению диска зрительного нерва.



Родика Арсеньевна Былба,

врач-офтальмолог клиники «Oculus Prim» (г. Кишинёв, Республика Молдова)

– Родика Арсеньевна, чем Вам запомнилась офтальмологический конгресс «Белые ночи»?

– На этом конгрессе можно было получить новейшую информацию по самым разным офтальмологическим темам. Мне интересны такие области офтальмологии, как диагностика и лечение патологии сетчатки, рефракционная терапия роговицы, лечение патологии глазодвигательного аппарата, патологии рефракции у детей и т.д.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне



Ольга Николаевна Сухоносик,

врач-офтальмолог Лазерного центра Гродненской областной клинической больницы (г. Гродно, Республика Беларусь)

на курсы повышения квалификации в Москву, Киев, Ереван, другие столицы союзных республик... Сейчас это уже невозможно!

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

тема использования люцентиаса в лечение диабетического макулярно отёка. Эта технология является новой и для Беларуси, и для России, и для всего мира. Также мне были интересны все доклады, связанные с медикаментозным, лазерным и хирургическим лечением глаукомы.

– Многие россияне любят отдыхать в Беларуси. Что Вы могли бы посоветовать в этой связи?

– Я бы рекомендовала посетить наши санатории, а также агроусадьбы. В последние годы в Беларуси крестьяне получали значительное содействие в открытии мини-гостиниц в сельской местности, на крестьянских подворьях. Слово «агроусадьба» прочно вошло в наш лексикон. В сельских районах Беларуси можно отдохнуть на лоне природы и познакомиться с национальными традициями. Особенно популярен такой вид отдыха у семей с детьми. Мальчишки и девчонки с удовольствием учатся доить корову или козу, стараются помочь на сенокосе и т.д.

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне



Галина Васильевна Марушко,

врач-офтальмолог больницы скорой помощи (г. Бобруйск Могилёвской области, Республика Беларусь)

– Город Бобруйск, из которого Вы приехали, широко известен в России...

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

– Хотелось бы попросить Вас немного рассказать о Молдове, её достопримечательностях. Сложилось впечатление, что россияне

Илья Бруштейн, фото автора

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов» по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс: 15392

Вы можете оформить подписку на журнал «ГЛАУКОМА. Журнал НИИ глазных болезней РАМН» по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс: 37353

Репортаж с выставки

Во время работы выставки офтальмологического оборудования XIX Международного офтальмологического конгресса «Белые ночи» корреспондент газеты «Поле зрения» взял блиц-интервью у представителей компаний. Им было задано два вопроса: «Что интересного компания представила на своем стенде?» и «Ожидается ли в ближайшее время появление на отечественном рынке новой продукции?»

Alcon

М.А. Бальберг, руководитель фармацевтического отдела



Поскольку мы вошли в состав группы «Новартис», на этой конференции у нас совместный стенд с нашими коллегами из «Новартис-фарма». На нашем стенде представлена продукция фармацевтического и хирургического подразделений компании. Из фармацевтических новинок я хотел бы отметить новый нестероидный противовоспалительный препарат Невапак, он вышел на рынок в январе этого года, я уверен, что он будет очень перспективным препаратом. Также

представлен весь ассортимент противоглаукомных препаратов – Азарга, ДуоПрав, Траватан, Азопт, Бетоптик и Бетоптик С; широкий ассортимент пилателлиевый препарат Невапак, он вышел на рынок в январе этого года, я уверен, что он будет очень перспективным препаратом. Также

продукты для лечения синдрома «сухого глаза» линейки Систейн. Мы регулярно увеличиваем количество продуктов этой линейки, в прошлом году появились Систейн-баланс, Систейн-гель, в этом году мы ожидаем появление Систейн-витамины и специальные салфетки Систейн.

Мы активно принимаем участие в этой конференции. Организуем три сателлитных симпозиума в ее рамках, посвященных проблеме лечения глаукомы, лечения заболевания переднего отрезка глаза и синдрома «сухого глаза». Много внимания уделяем образованию врачей, знакомим с последними разработками, наиболее эффективными методиками лечения.

Alcon

О.В. Кишкин, представитель хирургического отдела компании Alcon, ответственный за направление лечения катаракты

На сегодняшний день компания Alcon предлагает самый широкий спектр офтальмологической продукции, известной во всем мире. Основной приоритет компании – инновационные продукты. Хирургическое направление компании представлено оборудованием для выполнения операций на переднем и заднем отрезках глаза: INFINITI®, CONSTELLATION®, ACCURUS, а также расходные материалы, такие как ножи, вискоэластичные растворы (ВИСКОТ, ПРОВИСК®, ЦЕЛОФТАЛ®), ирригационные растворы (BSS, BSS PLUS), шовный материал, антиглаукомный шунт ExPress, интраокулярные линзы AcrySof, являющиеся одними из самых востребованных в мире (на сегодняшний день было имплантировано более 60 миллионов линз).

В сфере лечения катаракты основным методом является факоэмульсификация – разрушение хрусталика и удаление его фрагментов при помощи специального прибора: факоэмульсификатора. В основе его работы лежит воздействие ультразвукового наконечника на ткань хрусталика. Приборы эти выполнены с соблюдением очень тонкого баланса, потому что глаз – орган сложный, ранимый, зачастую бывает, что у пациента это единственный глаз, поэтому ответственность лежит очень большая. Факоэмульсификатор INFINITI®

представляет комплексное решение для хирургии катаракты. На стенде организован Wetlab с установкой операционного микроскопа «OPMI Lumer 700», хирургической системы «Visualis S 500» и информационной системы для операционной «Callisto eye».

Наша компания является поставщиком комплексных решений для всех областей офтальмологии. Представленное на стенде решение интересно специалистам вводом инновационной системы «Callisto eye».

ОПТЭК

В.В. Зайченко, руководитель направления катарактальной и витреоретинальной хирургии

На конгрессе «Белые ночи» компания «ОПТЭК» представляет комплексное решение для хирургии катаракты. На стенде организован Wetlab с установкой операционного микроскопа «OPMI Lumer 700», хирургической системы «Visualis S 500» и информационной системы для операционной «Callisto eye».

Наша компания является поставщиком комплексных решений для всех областей офтальмологии. Представленное на стенде решение интересно специалистам вводом инновационной системы «Callisto eye».

компании Alcon является одним из самых эффективных и безопасных приборов благодаря инновационной системе торсионного ультразвука, которая позволяет значительно снизить влияние ультразвуковой энергии на ткани глаза. В настоящий момент INFINITI® оснащен системой автоматической имплантации интраокулярной линзы AutoSet. Врач имплантирует линзу при помощи специальной рукоятки, управляя процессом нажатием на педаль прибора.

Лазерные технологии в лечении катаракты и представлены фемто-секундным лазером LenSx. Это совершенно новая современная технология выполнения роговичных разрезов, капсулорексиса и разрушения ядра помутневшего хрусталика при помощи лазера.

Интраокулярные линзы компании Alcon имеют специальный желтый фильтр, который снижает вредное воздействие синего спектра света на сетчатку. Линзы AcrySof Natural и AcrySof IQ заняли достойное место в офтальмохирургии. При наличии у пациента сопутствующего астигматизма используется линза AcrySof Toric IQ, после установки которой пациент часто видит так, как не видел всю жизнь. Линза AcrySof ReSTOR устанавливается пациентам, которые хотят совсем избавиться от очков и видеть одинаково хорошо на близком и дальнем расстоянии.

Хирургия стекловидного тела и сетчатки представлена прибором CONSTELLATION® и расходными материалами Grieshaber®, позволяющим хирургам выполнять высокоточные манипуляции с высоким уровнем безопасности.

Данная система предлагает базовый функционал – визуализация и запись операционного процесса с возможностью последующей обработки и передачи данных на любой медиа-носитель, а также доступ к данным пациента непосредственно из операционной. Дополнительные ассистентские функции позволяют интраоперационно наносить разметку для капсулорексиса с указанием необходимых хирургу параметров, лимбальные послабляющие разрезы, референтную и целевую оси для имплантации торических линз.

Все эти данные отображаются не только на мониторе информационной системы «Callisto eye», а также передаются в окуляры операционного микроскопа, что делает процесс операции легким, комфортным и точным.



Выставка офтальмологического оборудования



П.М. Баскаков (второй справа), Е.Г. Улиско (первая слева)

Аллерган

П.М. Баскаков, директор подразделения офтальмологии компании «Аллерган» в России

Я бы хотел сказать два слова о нашей компании. «Аллерган» – лидирующая офтальмологическая компания на мировом рынке, развивающая три основных направления: первое (около 50% всего оборота) – это офтальмология, второе – эстетическая медицина, и сейчас достаточно интенсивно развивается неврология. На российский офтальмологический рынок компания вышла в конце 2011 года, и начали мы с вывода антиглаукомных препаратов. В настоящий момент антиглаукомный портфель представлен тремя ведущими препаратами: Альфаган® (бримонидин) – для начальной стадии глаукомы, Ганфор®

(биматопроп+тимолол) – для далекой зашедшей стадии, а Комбанг® (бримонидин+тимолол) применяется в той ситуации, когда врач хочет применить максимальную медикаментозную терапию.

Следующая линия, которую мы уже запустили – препараты для лечения заболеваний переднего отдела глаза, в первую очередь, препарат Рестапис® (циклоспорин) – единственный в своем роде препарат, который предназначен не для симптоматической, а для патогенетической терапии синдрома «сухого глаза». Параллельно с Рестапис® мы вывели на рынок РФ и другой препарат – Оптив®, препарат группы искусственных слезозаменителей, обладающий двойным механизмом действия. Россия – одна из стран, где антимикробный сегмент рынка достаточно большой. Из лекарственных средств этого

Герофарм

О.И. Гусева, медицинский представитель компании

Представленный на стенде компании РЕТИНАЛАМИН – это отечественный оригинальный препарат, относящийся к группе биогенных пептидов. Ретиналамин, как один из представителей данной группы, представляет собой комплекс водорастворимых полипептидных фракций. Ретиналамин оказывает стимулирующее действие на фоторецепторы и клеточные элементы сетчатки, способствует улучшению функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов при дистрофических изменениях, ускоряет

Фирн-М

А.П. Билеткина, ведущий специалист компании

Отечественная биотехнологическая компания «Фирн-М» на рынке с 1989 года, т.е. еще при Советском Союзе началась трудная работа по становлению фармацевтического бизнеса в нашей стране, в которой наша фирма приняла активное участие.

«Фирн-М» первая «нащупала» идею интерферона, с тех пор все наши препараты – это композиции (иногда очень удачные, иногда просто удачные), имеющие в своей основе интерферон. Самый известный наш препарат – гриппферон, который



Е.Б. Платонова (пятая слева), М.Б. Русина (в центре)

направления компания «Аллерган» вывела Зимар® (гагифлоксацин) – фторхинолон 4-го поколения. Дополняет эту линейку и препарат из группы нестероидных противовоспалительных средств – Асьюлар ЛС® (кеторолак трометамол) в форме глазных капель.

И, наконец – революция в российской офтальмологии – буквально несколько дней назад состоялся национальный запуск продаж инновационного, уникального препарата компании «Аллерган» – Озурдекс (интравитреальный имплантат дексаметозона) – для лечения окклюзии вен сетчатки, как центральной вены, так и ее ветвей.

Мы надеемся, что эти и другие препараты нашей компании будут, как и во всем мире, достойно служить офтальмологии, повышая качество жизни россиян.

восстановление световой чувствительности сетчатки. На этом фоне нормализуется проницаемость сосудов, активируются репаративные процессы при заболеваниях и травмах сетчатки глаза. Показан к применению – компенсированная открытоугольная глаукома, диабетическая ретинопатия, центральная дистрофия сетчатки восстановительного и травматического генеза, центральная дистрофия сетчатки, миопическая болезнь (в составе комплексной терапии), центральная и периферическая тапеторетинальная абнотрофия сетчатки. Способы введения ретиналамина: парабюльбарно и в субтенонново-пространство, а также – внутримышечно. Исследования профессора РГМУ Е.А. Егорова доказывают, что влияние ретиналамина на зрительные функции сопоставимо при любом способе введения, что делает удобным применение препарата как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях для врача и пациента. Запатентована и активно используется офтальмологами методика эндоназального введения ретиналамина. Многочисленными клиническими исследованиями, проведенными в ведущих офтальмологических клиниках страны, доказана эффективность введения ретиналамина в виде увеличения остроты зрения после курса лечения не менее чем на 0,2, расширения поля зрения у 85% пациентов, уменьшения как относительных (на 60%), так и абсолютных (на 34%) скотом, улучшения электрофизиологических показателей у 86% пациентов.

спас уже очень много и новорожденных, и беременных, пожилых и часто болеющих, потому что вызывает обратное развитие любого вирусного процесса. Хорошо известен офтальмологам препарат альфагоферон.

На конгрессе «Белые ночи» мы представляем новый уникальный противоаллергический препарат моментального действия – аллергоферон. Это композиция антигистаминного препарата с интерфероном. Сейчас в пору нарушения экологии все больше людей страдают аллергическими поражениями, становятся все больше поллинозов, и многие инфекции дают аллергические компоненты. Доктора знают сложные



В.В. Зайченко (справа)

Промед Экспорт

Е.Б. Платонова, глава представительства компании в России и странах СНГ

Хочу отметить, что мы уже многие годы участвуем в конференции «Белые ночи», с радостью делимся с врачами новыми препаратами, новыми разработками и результатами исследований. Мы считаем, что это один из наиболее представительных офтальмологических форумов в России, на который съезжаются врачи не только из ближних регионов, но и со всей России, включая страны СНГ. Это очень серьезная международная конференция, на которой нам всегда очень приятно работать.

«Белые ночи – 2013» не стали исключением, в частности, сегодня мы представляем новые препараты, разработанные нашей компанией, которые прошли апробацию и пользуются заслуженным интересом и спросом среди врачей.

М.Б. Русина, руководитель отдела маркетинга и стратегического планирования

Наша компания предлагает полный спектр глазных капель для российских офтальмологов. Одна из наших самых сильных сторон – это антибактериальные средства. Более 20 лет назад российский офтальмологам впервые был представлен препарат Ципромед, который все эти годы пользуется неизменным успехом, а два года назад мы представили новый антибиотик Сигнифед. Это очень современный препарат, и одним из его отличий является то, что в его составе находится

гипромеллоза. Это увлажнитель, кератопротектор, который пролонгирует действие препарата, предотвращает развитие побочных явлений, дополнительно защищает слезную пленку.



А.П. Билеткина (вторая справа)

НЕКОТОРЫЕ ПОВЕРХНОСТИ НУЖДАЮТСЯ В ЗАЩИТЕ

Глазная поверхность – одна из них.

Семейство Систейн включает в себя офтальмологические средства, разработанные специально для облегчения симптомов сухости глаз, а также для защиты, сохранения и улучшения здоровья глазной поверхности^{1,4}.

Alcon
a Novartis company

Август, 2012

Систейн

Больше, чем просто защита



1. Christensen M, Blackie CA, Kohr DR, et al. An evaluation of the performance of a novel lubricant eye drop. Poster D092 presented at: The Association for Research in Vision and Ophthalmology Annual Meeting, May 2-4, 2010; Fort Lauderdale, FL, (Кристиансен М, Блэки С, Коуэр ДР и др. Оценка эффективности нового увлажняющего глазного капля. Постер D092 представлен на ежегодном собрании Ассоциации исследований зрения и офтальмологии. Май 2-4, 2010; Форт-Лодердейл, Фл., 2. Lane S, Pappas JB, Webb JB, Christensen M. An evaluation of the in vivo retention time of a novel artificial tear gel compared to a placebo control. Poster D023 presented at: The Association for Research in Vision and Ophthalmology Annual Meeting, May 2-7, 2009; Fort Lauderdale, FL, (Лейн С, Паппас Дж, Вебб Дж, Кристиансен М. Оценка времени фиксации в vivo нового препарата группы искусственных слез в сравнении с плацебо-контролем. Постер D023 представлен на ежегодном собрании Ассоциации исследований зрения и офтальмологии. Май 2-7, 2009; Форт-Лодердейл, Фл., 3. Davitt WJ, Wollensstein M, Christensen M, et al. Efficacy in patients with dry eye after treatment with a new lubricant eye drop formulation. J Ocul Pharmacol Ther. 2010;26(4):347-353. (Дэвитт ВД, Вулленштейн М и др. Эффективность лечения пациентов с синдромом сухого глаза новым препаратом. J Ocul Pharmacol Ther. 2010;26(4):347-353.) 4. Geerling G, et al. The International Workshop on Meibomian Gland Dysfunction: Report of the Subcommittee on Management and Treatment of Meibomian Gland Dysfunction. IOVS. 2011;52(4). (Гиринг Г и др. Международный рабочий семинар по дисфункции Мейбомиевых желез: отчет подкомитета по диагностике и лечению дисфункции Мейбомиевых желез. IOVS. 2011;52(4).)

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ
О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Врач всегда должен быть детективом

11 октября 2013 года исполняется 75 лет профессору Военно-медицинской академии, д.м.н., полковнику медицинской службы в отставке Р.Л. Трояновскому. С сентября 1986 года по декабрь 1988 года Роман Леонидович возглавлял офтальмологическое отделение 650-го военного госпиталя и офтальмологическую службу 40-й армии (ограниченного контингента советских войск в Афганистане). Поэтому неудивительно, что значительное место в нашем разговоре заняла тема военной травмы.

— Роман Леонидович, позвольте сердечно поздравить Вас с юбилеем! Ваше имя неоднократно упоминалось на страницах газеты «Поле зрения»: профессор В.В. Волков отмечал Вас в числе своих наиболее талантливых учеников, для профессора В.В. Бржеского Вы являлись любимым учителем в Военно-медицинской академии...

— Искренне благодарю издательство «Апрель» и редакцию газеты «Поле зрения» за тёплые поздравления и за интерес к моей работе!

— Когда позади большой жизненный путь, есть повод оглянуться назад. Расскажите, пожалуйста, о себе и о своём пути в медицине.

— Я родился в прекрасном курортном городе Геленджике в Краснодарском крае. И сейчас люблю туда приезжать, проводить там отпуск, купаться в море. Геленджик — родина моей мамы, Надежды Авраамовны. Она — потомственная кубанская казачка. А папа, Леонид Владимирович, по национальности — белорус. Его семья жила в районе Вильно, нынешнего Вильнюса, в Литве.

— Родители познакомились на Кубани?

— Они вместе учились в Краснодарском медицинском институте. Поженились в 1933 году. В том же году родился мой брат Владимир. В 1938 году появился на свет я. Отец тогда служил в качестве военного врача в Туркмени, в Туркестанском военном округе. Когда началась Великая Отечественная война, его направили в Иран. Там, как известно, находились советские войска. В сентябре 1942 года папу направили в Сталинград. А уже в декабре 1942 года он героически погиб.

— После гибели отца мама уже больше не вышла замуж, также как и многие другие вдовы

фронтовиков. Она переехала в Краснодар и посвятила себя воспитанию нас, сыновей, а также науке, преподавательской деятельности. Работала в родном Краснодарском медицинском институте. В 1955 году защитила кандидатскую диссертацию по офтальмологии, в 1972 году стала доктором медицинских наук. Ей было присвоено звание профессора. Мама ушла из жизни в 1995 году, в возрасте 84 лет.

— Вы решили стать врачом по примеру родителей?

— Да. Эта профессия всегда мне казалась очень важной и благородной. Ещё в школьные годы я рассматривал медицину в качестве дела своей жизни. После окончания школы поступил в Краснодарский медицинский институт, где мама тогда преподавала.

— Вы хотели стать именно военным врачом?

— Я думал о работе гражданского медика, хотел после окончания института поехать куда-нибудь в глубинку... Но в 1961 году, после окончания медицинского вуза, меня призвали в армию. Причём в те годы призыв был, можно сказать, бессрочным. Если мужчина становился офицером, то нужно было находиться на военной службе до 55 лет.

— Теоретически была возможность уйти в запас и раньше, но это было сделать довольно сложно. Можно сказать, что моё «приобщение» к военной службе было не вполне добровольным, но я быстро втянулся. Понравилось.

— Сколько лет Вы посвятили армии?

— Значительную часть жизни: с 1961 года по 1994 год. Прошёл путь от лейтенанта до полковника.

— Не могли бы Вы представить основные вехи Вашей биографии.

— С 1961 года по 1967 год я служил в Группе советских войск в Германии. Именно в это время в военном госпитале прошёл специализацию по офтальмологии. Служил в должности начальника медицинской службы сапёрного батальона. Приходилось оказывать медицинскую помощь и самим военнослужащим, и членам их семей.

— Моими первыми учителями в офтальмологии стали главный офтальмолог Группы советских войск в Германии Николай Михайлович Рабошапка и его заместитель Фуат Сунгатович Еналиев.

— С 1967 года по 1969 год я служил в Забайкальском военном округе в качестве хирурга и офтальмолога в военном госпитале города Сретенск Читинской области. С 1969 года по 1971 год являлся слушателем факультета усовершенствования врачей Военно-медицинской академии. В это время произошло моё знакомство с начальником кафедры офтальмологии, профессором Вениамином Васильевичем Волковым.

— В.В. Волков был и остаётся легендой отечественной офтальмологии, одним из важнейших авторитетов в глазной медицине. Я очень рад, что моё становление как учёного проходило при его непосредственном участии.

— Будучи слушателем факультета, я многому научился. Например, для меня стало открытием погружение в работы, посвященные спонтанным кровоизлияниям в стекловидное тело. Запомнилось знакомство с принципами оценки раневого канала в глазу, рикошетированием внутриглазных инородных тел и т.д.

— После завершения учёбы на факультете усовершенствования врачей мне предложили остаться работать в Военно-медицинской академии в качестве преподавателя.

— Как развивалась Ваша научная деятельность?

— В 1976 году я защитил кандидатскую диссертацию на тему «Использование Р-32 радиоактивного фосфора в изучении химических ожогов глаз». В 1994 году защитил докторскую диссертацию «Витреоретинальная микрохирургия при повреждениях и тяжёлых заболеваниях глаз». В 1995 году мне было присвоено звание профессора.

— В этом же году я ушёл из Военно-медицинской академии и стал профессором Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (МАПО). Вскоре возглавил в этом учреждении курс детской офтальмологии. Одновременно с 1998 года по 2003 год возглавлял кафедру офтальмологии в Санкт-Петербургском терапевтическом институте.

— Почему в 2009 году Вы решили уйти из МАПО и вернуться в качестве профессора в Военно-медицинскую академию?

— Смена места работы — это естественное явление в нашей жизни. В последние годы в Военно-медицинскую академию, на кафедру офтальмологии вернулся целый ряд учёных, которые по различным причинам ушли из вуза в девятностые годы. Это заслуга нынешнего руководителя кафедры, профессора Э.В. Бойко. Эрнест Витальевич собрал сильную команду, состоящую из учёных-медиков разных поколений.

— Чем Вы сейчас занимаетесь на кафедре?

— У кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии несколько лечебных баз. Две базы я курирую: офтальмологическое отделение Ленинградской областной клинической больницы и офтальмологическое отделение Детской городской

клинической больницы № 19 им. К.А. Раухфуса. Кроме того, занимаюсь научной работой: изучаю патологию сетчатки и стекловидного тела, исследую открытые травмы глаза и т.д.

— Не могу не спросить о Вашей командировке в Афганистан... Во время одной из наших предыдущих встреч Вы упомянули, что в то время негативно относились к пребыванию советских войск в этой стране. С другой стороны, Вы сказали, что поехали служить в Афганистан добровольно, с большим желанием. Нет ли противоречия в этой позиции?

— Я не думаю, что в этих словах есть какое-то противоречие. У меня действительно уже в то время возникли сомнения в целесообразности пребывания советских войск в Афганистане. Но я был военным и не считал возможным обсуждать эти вопросы с сослуживцами. Существует такое понятие, как воинская дисциплина! Человек, находящийся на действительной военной службе, не может публично обсуждать и, тем более, критиковать политику своей страны.

— Это сейчас, будучи гражданским человеком, я могу высказать свою позицию... С другой стороны, я всегда считал и считаю, что военный врач должен быть там, где находится действующая армия. Желание поехать в Афганистан не означало поддержку этой войны... Мне просто хотелось оказывать медицинскую помощь нашим солдатам и офицерам.

— Попросил бы Вас подробнее рассказать о двух годах афганской службы...

— Военные офтальмологи привыкли иметь дело с тяжёлыми травмами. И в этом плане «афганская компания» вполне сравнима со всеми другими войнами, которые вела Россия на протяжении столетий.

— Наверное, Вы имеете в виду высокую долю сочетанных травм.

— До 80% наших пациентов в Афганистане имели сочетанные ранения. При этом две трети офтальмологических пациентов находились на лечении в других отделениях нашего госпиталя, а не в офтальмологическом отделении.

— Такая ситуация требовала чёткого взаимодействия между врачами различных специальностей...

— В этом и заключался секрет успеха! Например, я в качестве начальника офтальмологического отделения 650-го госпиталя проводил занятия с врачами других специальностей, в первую очередь, с хирургами. Мне было важно, чтобы они могли квалифицированно оказать первую офтальмологическую помощь.

— Но дело не только в первой помощи... В процессе лечения врачи постоянно координировали свои действия. Как известно, главный врачебный принцип: Не навреди! И в военной медицине этот принцип особенно актуален.

— С какими травмами Вам приходилось сталкиваться в Афганистане особенно часто?

— С прободными ранениями. Нередко эти ранения были связаны с разрушением глаза. Часто при прободных ранениях в глаз попадают осколки, магнитные и немагнитные. Довольно много случалось минно-взрывных ранений. Почти всегда эти ранения были тяжёлыми: скажем, двусторонние ранения с разрушением одного глаза.

— Какие задачи стояли перед военными офтальмологами в Афганистане? Как решались эти задачи?



Госпиталь зимой. Кабул

— Важнейшей задачей было восстановление анатомической целостности повреждённых структур органа зрения, в том числе при прободных ранениях глазного яблока. Решение этой задачи стало возможным благодаря бурному развитию витреоретинальной хирургии. Я считаю, что использование витреоретинальной хирургии для лечения раненых в Афганистане — это одна из несомненных заслуг советских военных офтальмологов.

— Мы реконструировали оболочки заднего полюса глаза, удаляли инородные тела и разрушенные структуры, эффективно предупреждали посттравматическую пролиферацию. Благодаря успехам витреоретинальной хирургии мы смогли проводить профилактику патологической фиксации тканей, а это очень важная задача!

— Разумеется, мы сталкивались с рядом факторов, осложняющих нашу работу: продолжающееся кровотечение или его угроза, малая доступность выходов ран в заэкваториальной зоне глазного яблока при сквозных ранениях и т.д. Эти факторы часто не позволяли провести хирургическую обработку глаза одномоментно.

— Что происходило в таких случаях?

— Если одномоментная санация глаза была невозможна, то мы в Кабуле принимали решение об отсрочке этого вмешательства или же выполнении его первых этапов. Проводилось восстановление целостности оболочек глаза, удалялись инородные тела, выполнялась щадящая санация содержимого глазного яблока, принимались меры по профилактике дислокации оболочек, прежде всего, отслойки сетчатки.

— А уже после переправки больного в Советский Союз при необходимости осуществ-



Профессор Н.А. Юшко



Р.Л. Трояновский с сыном Романом

лялась повторная, завершающая санация глаза... Но подчеркну, что одномоментная санация, если её возможно было осуществить, всегда представлялась нам более предпочтительным вариантом. К нему мы стремились.

— Проведение сложных офтальмохирургических вмешательств требовало и наличия необходимого оборудования, и подготовленных кадров...

— У нас имелись и оборудование, и кадры. Но так было не всегда. На начальном периоде «афганской компании» в 1980-1982 годах в 650-м военном госпитале оказывалась только треть от общего объёма специализированной офтальмологической помощи. Основная нагрузка тогда на глазных врачей 340-го окружного военного госпиталя в Ташкенте.

— Главный офтальмолог советских Вооружённых сил профессор В.В. Волков считал такое положение неправильным. При непосредственном участии Вениамина Васильевича были предприняты эффективные меры по превращению именно Кабульского госпиталя в основной центр оказания специализированной офтальмологической помощи. Первичная хирургическая обработка (ПХО) с 1982 года стала выполняться как реконструктивно-восстановительное вмешательство.

— Необходимо было максимально приблизить оказание специализированной офтальмологической помощи к местам боёв?

— Для этого у нас были созданы все условия. До 95% экстренных офтальмологических операций выполнялись под наркозом. После 1982 года мы, в большинстве случаев,



Доцент И.А. Завьялов и Р.Л. Трояновский планируют операцию



В перерывах между лекциями Р.Л. Трояновский с коллегами знакомит слушателей Военно-медицинской академии с матчастью офтальмологии



Посещение приемного отделения. Медсанбат. Кандагар



Врач санавиации А.Н. Семушкин и Р.Л. Трояновский. Кабул



Родители Н. Юшко, старший брат, сестра и брат



Отец Л.В. Трояновский



Мать Н.А. Юшко



Роман и Володя с мамой и бабушкой Христиной Игнатьевной. 1943 год



Роман и Володя



Роман и Владимир



Старший ординатор В.А. Казак



Единственный глаз после лентивитректоми



Госпиталь. Кабул

могли радикально (на всю глубину) обрабатывать травмы глазного яблока. До 1982 года обычно удалялась только передняя камера с кровью, фрагменты разрушенного хрусталика, а также проводилась герметизация глазного яблока. А все остальные хирургические действия предпринимались уже в Ташкенте, Москве или Ленинграде...

В 1983-1984 годах уровень офтальмологической помощи в Кабуле существенно повысился. Он стал близок к исчерпывающему. Например, стала использоваться щадящая техника манипулирования на радужной оболочке и цилиарном теле с применением первичной пластики. При больших зияющих ранах для стабилизации формы глазного яблока в ходе операции применяли различные типы каркасных конструкций.

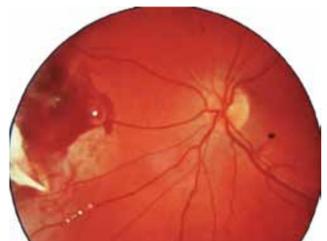
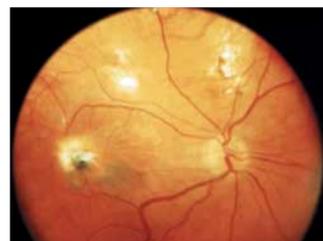
Мы использовали различные виды контактных линз, имплантировали ИОЛ, проводили кератопластику, криопротектику дислокаций внутренних оболочек. Применялась витректомиа, в том числе с интраокулярным подведением света.

– Знаю, что именно использованию витректомии Вы уделяли особое внимание в своей работе.

– Я всегда считал и считаю, что при прободных ранениях именно витректомиа должна быть основным оперативным вмешательством. Так у нас и было во время моей службы в Афганистане. В общей структуре оперативных вмешательств при прободных ранениях глаз различные типы витректомии занимали 52-55%, другие виды пособий (наложение швов, операции на радужке, удаление инородных тел, противоточные операции и т.д.) – 29-30%, а первичные энвисцерации (энуклеации) – только 18-20%.

– Вероятно, опыт Афганистана стал полезен и для развития офтальмологической науки и практики.

– Опыт афганской компании, также как и других театров военных действий, и сегодня продолжает оставаться актуальным.



Причём военная и гражданская медицина теснейшим образом связаны между собой. Огнестрельные ранения пациенты получают не только на поле боя, но и, скажем, в результате криминальных разборок, неосторожного обращения с оружием и т.д.

В Афганистане был накоплен и обобщён опыт оказания хирургической помощи при огнестрельных ранениях с использованием витреоретинальных вмешательств. Была показана необходимость повторных пособий, в том числе витреоретинальных. Показали свою эффективность первичные и вторичные вмешательства с использованием витреотома, эндоскопирования, эндодиатермии, газов, системы профилактики отслойки сетчатки.

Выполнение радикальной обработки ран глазницы и периорбитальной области с различными видами первичной пластики (как местными тканями, так и аллотрансплантатами), интенсивная антибиотикотерапия (как местная, так и системная) позволили значительно снизить частоту гнойных осложнений и повторных операций.

Наш военный госпиталь в Кабуле работал как многопрофильный центр с общими реанимационно-анестезиологическими службами и диагностическими комплексами.

– В одной из своих научных статей Вы отметили, что одной из главных причин неблагоприятных исходов поврежденных глаз является пролиферативная витреоретинопатия (ПВРП)...

– Мы столкнулись с этой проблемой в Афганистане. Особенно тяжело протекает и трудно поддаётся устранению передняя пролиферация, при которой базальный витреум и формирующиеся мембранные и тяжистые структуры прочно связаны с цилиарным телом и периферией сетчатки. При нарастании пролиферации и ретракции это приводит к подтягиванию сетчатки вплоть до «короткообразной» деформации и сращения с цилиарным телом и радужной оболочкой.

Радужная оболочка смещается назад в виде воронки. Зрачковый край заворачивается. Проллиферация распространяется в переднюю поверхность радужки. Трудно устранять рубцы и пролиферативные структуры в заднем полюсе и под сетчаткой.

Проллиферативно-фиброзные нарушения приводят к дислокации оболочек, гипотонии и нарастанию субатрофии и атрофии глаза. Проллиферативно-фиброзный процесс также может быть и вторичным в реализации субатрофии и атрофии при тяжёлом повреждении, несовместимом с выживанием глаза.

– Каким образом можно избежать пролиферативной витреоретинопатии?

– Необходимо в полной мере и качественно провести санацию витреальной камеры. И необходимо соответствующее офтальмологическое оборудование.

– Роман Леонидович, хотел бы спросить у Вас о конкретных запомнившихся случаях, произошедших во время воинской службы в Афганистане?

– Конечно, запоминаются всегда наиболее тяжёлые или необычные случаи. Например, один раз раненого бойца с офтальмологической травмой везли на бронетранспортёре в госпиталь в районе Кандагара.

Колонну советской техники обстреляли. Начался бой. И бедного парня ранили во второй раз, причём вновь пострадал глаз.

– Этот случай мог бы стать сюжетом фильма...

– Если бы такой сюжет показали в фильме, то какой-нибудь дотошный зритель сказал бы: «Не верю!» Мол, не может бомба падать два раза в одну воронку. Но в реальной жизни порой случаются ситуации, которые даже трудно себе представить...

Помню, как однажды привезли к нам бойца с искорёженными ногами и с офтальмологической травмой. Я его осматривал и понял, что со зрением у него не будет серьёзных проблем. Но ноги у парня действительно выглядели ужасно... Спрашиваю у хирургов: «Что с ногами будете делать?» А они мне отвечают: «Здесь уже ничем не поможешь, только ампутация».

Этому бойцу ампутировали две ноги: на одной резали в середине голени, на другой – в верхней части голени... Рассказываю об этом так подробно, чтобы показать лицо войны. Человек ещё несколько часов назад был здоровым, крепким, полным сил. И вот он остаётся калекой на всю жизнь!

Среди офтальмологических травм остаются в памяти сквозные. Запоминаешь травму, когда один глаз полностью разрушен, а другой – тяжело повреждён... На офтальмологе всегда лежит огромная ответственность. Но такие случаи – особые. Надо вести борьбу за зрительные функции единственного глаза. Что-то не получится – и всё! Человека ожидает полная слепота.

– Может ли быть опыт военных офтальмологов быть полезен при лечении сочетанных и множественных травм, не связанных с огнестрельными ранениями? Я имею в виду травмы глаза, возникшие в результате техногенных катастроф, дорожно-транспортных происшествий, криминальных действий...

– Вы затронули очень важную тему. Во время природных и техногенных катастроф различные травмы органов зрения в 80-90% случаев сопровождаются повреждениями других, зачастую жизненно-важных органов. На сегодняшний день отсутствует универсальный алгоритм, анализирующий принципы оказания офтальмологической помощи в зависимости от общего состояния человека.

– А может ли быть создан подобный универсальный алгоритм?

– Я не берусь судить, возможно ли создание универсального алгоритма действий при всех случаях сочетанной и множественной травмы. Это глобальная задача, требующая труда многих учёных в течение долгих десятилетий... В Военно-медицинской академии исследования в этом направлении проводятся. И я рад, что могу принять в них участие.

– Какие цели Вы ставите, проводя эти исследования?

– Мы стремимся определить структуру и характер повреждённого органа зрения при современной сочетанной и множественной травме различной этиологии (огнестрельной, во время природных и техногенных катастрофах, ДТП, криминальных ситуациях).

Мы также разрабатываем и усовершенствуем методы диагностики, хирургическое и медикаментозное лечение тяжелой травмы органа зрения при сочетанных и множественных повреждениях.

Задача состоит в том, чтобы определить объём офтальмохирургической помощи в различные периоды травматической болезни в зависимости от прогноза (благоприятного, сомнительного и неблагоприятного), тяжести, локализации сочетанных повреждений и характера травмы глаз.

Новизна исследований, проводимых в Военно-медицинской академии, состоит в том, что мы выявляем клинические особенности сочетанных повреждений органа зрения при наиболее часто встречающихся природных и техногенных катастрофах, авариях, ранениях современными видами огнестрельного оружия.

Довольно часто при множественных травмах развиваются тяжелые осложнения повреждённых органов тела (гноино-воспалительные, полиорганная недостаточность, пневмонии, сепсис...), ограничивающие возможности офтальмохирургической помощи на длительное время. Эти факторы мы тоже учитываем в своих исследованиях.

– Т.е. кафедра офтальмологии Военно-медицинской академии анализирует и обобщает опыт взаимодействия офтальмологов и врачей других специальностей?

– Именно этим мы и занимаемся, например, анализируем первичную хирургическую обработку глазницы во взаимодействии с нейрохирургами. Восстановление анатомо-функциональных соотношений повреждённых структур глаза происходит совместно с ЛОР-специалистами и челюстнолицевыми хирургами.

При целом ряде травм необходимо провести разобщение полости черепа, глазницы и околоносовых пазух ауто- или аллотканями, осуществить профилактику гнойных осложнений. Для этого требуется участие специалистов в нескольких областях медицины.

– Очевидно, что при тяжёлых множественных травмах на первом этапе необходимо провести стабилизацию жизненно важных функций организма, а уже потом оказывать специализированную офтальмологическую помощь...

– Этот фактор мы учитываем при проведении своих исследований. Разумеется, необходимо, в первую очередь, стабилизировать основные функции организма. Но одновременно требуется оказать неотложную офтальмологическую помощь. Речь идёт, в частности, о профилактике интраокулярных и орбитальных осложнений: эндофтальмиты, целлюлиты, абсцессы и флегмоны глазницы.

Также уже на первом этапе необходимо удалить поверхностные инородные тела века, конъюнктивы, промыть и обработать антибиотиками раны периритальной области, выполнить кантолизис при напряжённой ретробульбарной гематоме или выраженном реактивном отеке тканей. После выведения пострадавших из шока производится хирургическая обработка повреждённой глазной локализации в полном объёме.

– В настоящее время Вы занимаетесь не только проблемами травмы глаза, но и исследованиями ретиношизиса, в частности у детей.

– В качестве консультанта Детской городской клинической больницы № 19 им. К.А. Раухфуса я принимаю участие в лечении детей, у которых диагностирован ретиношизис. Разумеется, этот лечебный опыт обобщается в научных публикациях.

Ретиношизис – это расслоение сетчатки, имеющее при офтальмоскопии вид полости, возникающее как следствие порок её развития или дистрофических процессов. По течению различают три вида ретиношизиса: стационарное с рубцеванием сетчатки, прогрессирующее без демаркации с неровными границами, а также осложнённое (с кровоизлиянием в полость кисты, с кровоизлиянием в полость кисты, с переходом в отслойку сетчатки).

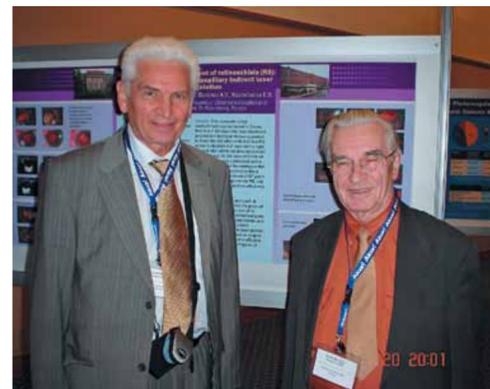
Ретиношизис – это наследственное заболевание. Оно передаётся через X-хромосому. Носителями X-хромосомы являются женщины. RS-ген, вызывающий ретиношизис, локализован в дистальной части короткого плеча 22-й хромосомы.



В операционной офтальмологического отделения Краснодарской областной клинической больницы



Операция по поводу ретинопатии недоношенных



Р.Л. Трояновский и В.В. Волков. Барселона. EURETINA. 2005 год



Р.Л. Трояновский, А.В. Баранов, И.Р. Петрученко. Минск, 2006 год

Ретиношизисом болеют почти исключительно представители мужского пола. Случаи ретиношизиса у женщин также зафиксированы, но они происходят исключительно редко.

Это тяжёлое заболевание, для преодоления которого необходимо предпринимать масштабные меры в масштабе всей страны. Необходимо проводить качественную диспансеризацию всего населения страны, включая генетические исследования. Только таким образом мы сможем выявлять ретиношизис на ранних стадиях.

– Ретиношизис бывает только наследственным?

– Случается и приобретённый. Он может произрастать из типичной периферической дегенерации, а также из ретикулярной кистозной периферической дегенерации. Приобретённый ретиношизис возможен после травмы, после тромбоза центральной вены сетчатки, после операции по поводу отслойки сетчатки, при диабете, при увеите, при ангиоматозе Гиппеля-Ландау. От этой тяжёлой болезни страдают и взрослые, и дети.

При прогрессировании ретиношизиса образуются гигантские кисты сетчатки, содержащие мутную жидкость. Часто выявляются полиморфные атрофические хориоретинальные очаги, изменения пигментного эпителия в виде зон гиперпигментации.

Во внутренних слоях ретиношизиса могут быть разрывы, образующие «арки», проминирующие в стекловидное тело. В стекловидном теле образуются тяжи, мембраны, вакуоли, признаки задней витреальной отслойки (тракционной и регматогенной).

– Как происходит лечение?

– Применяются препараты, улучшающие обменные процессы и микроциркуляцию в сетчатке. Проводится лазеркоагуляция в несколько этапов. Первоначально коагуляты применяются вдоль границ ретиношизиса, вокруг прикрепления шварт к сетчатке и зон, где есть аномальные сосуды. На втором этапе коагулируют зоны невазкуляризации и поверхность ретинальных



Заведующий офтальмологическим отделением Санкт-Петербургской детской городской больницы №19 им. К.А. Раухфуса А.В. Баранов, профессор Р.Л.Трояновский, профессор Л.В. Коссовский

кист. Также используется хирургическое лечение, типичное при отслойках сетчатки. Применяется гемофтальм, экссудативная макулопатия.

– Какими качествами, по Вашему мнению, необходимо обладать успешному врачу, в частности, врачу-офтальмологу?

– Врач всегда должен быть детективом. Т.е. необходимо уметь «копать вглубь», стремиться выяснить причины болезни или травмы, воссоздать картину событий, предшествующих обращению за медицинской помощью.

И, конечно, важно обладать сочувствием, состраданием к больному. Человек с холодным сердцем вряд ли станет успешным врачом и востребованным учёным-

медиком. Человеческое участие, дружеское расположение врача – это важный лечебный фактор, который нельзя недооценивать.

– В конце беседы журналисты любят спрашивать о планах...

– Как говорится, хочешь рассмешить Бога – расскажи ему о своих планах. Мне скоро исполнится 75 лет. И возраст, конечно же, ощущается всё сильнее и сильнее... Но надеюсь продолжать работу, которой сейчас занимаюсь. Для меня важно быть полезным своим коллегам, быть нужным пациентам.

Беседу вел Илья Бруштейн
Фотографии из личного архива
Р.Л. Трояновского

ФИЗИОЛОГИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

М.Н. Коломейцев

Студент 6 курса лечебного факультета Смоленской государственной медицинской академии

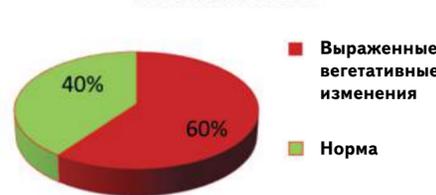
Внутриглазное давление (офтальмотонус) – давление, которое внутриглазная жидкость оказывает на стенки глаза. Обусловлено действием упругих сил, возникающих в наружной фиброзной оболочке глаза при ее растяжении внутриглазной жидкостью.

Внутриглазное давление придает глазу форму сферическую форму, обеспечивает циркуляцию внутриглазной жидкости и, соответственно, обменные процессы внутри глаза, участвует в регуляции кровотока по внутриглазным сосудам и их проницаемости.

Методом измерения внутриглазного давления является тонометрия. В основе его лежит определение способности глазных яблок к деформации. Давление, полученное в ходе данного исследования, называется тонометрическим. Оно не равно истинному внутриглазному давлению, но коррелирует с ним.

Принят термин «толерантное внутриглазное давление». Под ним подразумевается диапазон внутриглазного давления, который безопасен для структуры глаза конкретного человека. В здоровых глазах внутриглазное давление всегда ниже верхней границы толерантного. В тех случаях, когда величина внутриглазного давления выходит за пределы толерантного внутриглазного давления, как правило, развиваются глаукомные изменения.

Больные ПОУГ



Больные катарактой

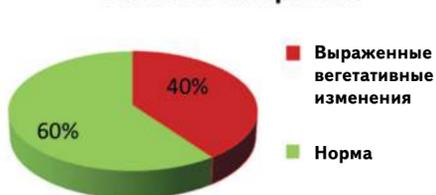


Рис. 1. Наличие вегетативных нарушений у больных глаукомой и больных катарактой

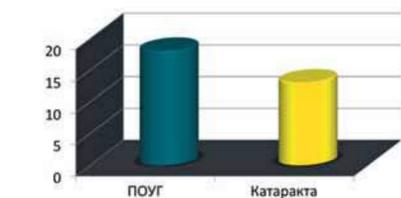


Рис. 2. Среднее количество баллов у больных ПОУГ и у больных катарактой

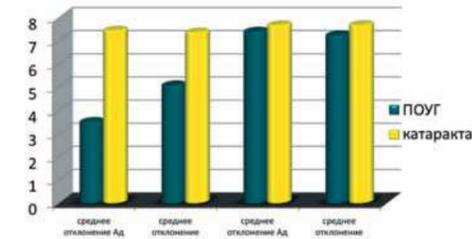


Рис. 3. Оценка вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности

Актуальность

Внутриглазное давление можно рассматривать как интегральный показатель, указывающий на уровень и особенности метаболических и циркуляторных процессов в глазу. Роль внутриглазного давления в развитии глаукомы активно пересматривается: если ранее высокое внутриглазное давление считалось причиной глаукомы, то в настоящее время степень повышения внутриглазного давления, его колебания относят к факторам риска развития и прогрессирования данного заболевания. В настоящее время ранняя диагностика глаукомы сопряжена со значительными трудностями, так как ни один из диагностических симптомов не является специфичным, а диагностические тесты недостаточно чувствительны. Отсутствуют единые взгляды на этиологию, патогенез и лечение больных данным заболеванием, а имеющиеся современные методики не гарантируют полного и стойкого излечения от данной патологии. Несмотря на прогресс в методах лечения, на усиления, направленные на раннюю диагностику, глаукома по-прежнему остается ведущей причиной необратимой слепоты в мире. По различным оценкам, от 66 до 105 миллионов человек среди населения земного шара болеют глаукомой. Заболеваемость в России в 2000 году составляла 4,7 случая на 1000 населения, наблюдалась тенденция к росту.

Цель исследования – изучение данных о физиологии и механизмах регуляции внутриглазного давления.

Задачи. На основании анализа литературных данных и собственного исследования:

- изучить данные о физиологии и механизмах регуляции внутриглазного давления;
- изучить роль вегетативной нервной системы в регуляции внутриглазного давления;

- обработать методику исследования вегетативного тонуса у больных;
- оценить данные, полученные при исследовании вегетативных функций у больных первичной открытоугольной глаукомой, и сравнить их с данными контрольной группы.

Внутриглазное давление поддерживается относительным балансом между продукцией и оттоком внутриглазной влаги. У здоровых людей образование водянистой влаги и поступление в заднюю камеру неравномерно в течение дня и достигает пика между 12.00 и 13.00 часами (скорость продукции при этом – 3,2 Мкл/мин), минимально к 4.00 утра (скорость составляет около 1,6 мкл/мин).

Несмотря на это, у здоровых людей значительных колебаний внутриглазного давления не наступает. При глаукоме уровень и колебания внутриглазного давления значительно больше.

Внутриглазная жидкость продуцируется цилиарным телом и, по сути дела, является прозрачной «кровью» глаза, питающей такие его ткани, как хрусталик, отчасти роговицу, трабекулярную зону и другие части дренажной системы. В сутки вырабатывается около 2-3 см³ внутриглазной жидкости при нормальном функционировании цилиарного тела. Помимо этого, цилиарное тело также участвует и в оттоке внутриглазной жидкости. Цилиарное тело обильно кровоснабжается и иннервируется. Кровоснабжается, в основном, посредством задних длинных цилиарных артерий, анастомозирующих с задними короткими и передними цилиарными артериями, то есть сразу из 3-х источников.

Ресничные отростки в количестве 70-80 образуют ресничную, утолщенную часть цилиарного тела. Имеют хорошо васкуляризованную основу, состоящую из комплекса довольно сложно устроенных анастомозов. Их активная перфузия напрямую регулирует объем капиллярной ультрафильтрации и косвенно влияет на активную секрецию.

Эти два механизма, капиллярная ультрафильтрация и активная секреция, и лежат в основе процесса продукции внутриглазной жидкости. Первый предполагает выход фильтра плазмы в интерстициальное пространство через фенестрации в капиллярах. Белки плазмы задерживаются стенкой капилляров и беспигментным эпителием, повышая в интерстиции онкотическое давление. Дальнейшее движение данного фильтра было бы невозможно, если бы не второй механизм – активная секреция. Она включает в себя транспорт ионов Na⁺ через беспигментный цилиарный эпителий (из интерстиция) в межклеточное пространство и отсюда в заднюю камеру, повышая при этом осмотическое давление вне эпителия. Сформировавшийся в результате градиент давлений обеспечивает движение воды и растворенных в ней веществ из отростков в заднюю камеру. Процесс секреции происходит при активном участии ферментов карбоангидразы и K-Na АТФ-азы. Выключение данных ферментов некоторыми фармакологическими препаратами, например ингибиторами карбоангидразы, снижает продукцию внутриглазной жидкости и тем самым внутриглазного давления.

Образовавшаяся внутриглазная жидкость из задней камеры оттекает из глаза в нескольких направлениях: небольшое количество направляется через стекловидное тело к заднему полюсу глаза и далее через периваскулярные пространства, структуры зрительного нерва. Основной объем внутриглазной жидкости направляется через зрачок в переднюю камеру.

Оттуда большая часть внутриглазной жидкости через угол передней камеры, трабекулярную сеть и шлеммов канал оттекает в венозную систему глаза. Это трабекулярный путь оттока, он является основным. Трабекулярная сеть включает три слоя: увеальную, корнеосклеральную и юкстаканаликулярную сеть. Они представляют собой соединительнотканые пластинки с разным диаметром отверстиями, которые постепенно уменьшаются. Пластинки включают в себя фибробласты, эндотелиальные и юкстаканаликулярные клетки. Внутренняя стенка шлеммова канала состоит из одного слоя эндотелиальных клеток, плотно прилегающих друг к другу. Эта стенка является основным барьером оттока водянистой влаги. Преодолеть его внутриглазная жидкость может только через трансцеллюлярные каналы эндотелиальных клеток. Сокращение цилиарной мышцы (например, после инстилляции антагониста холинорецепторов пилокарпина) несколько уменьшает сопротивление, увеличивая трабекулярный отток. Увеосклеральный путь, при котором внутриглазная жидкость из угла передней камеры оттекает через супрацилиарное пространство и цилиарную мышцу. Далее либо адсорбируется в увеальный кровоток, либо просачивается сквозь склеру. Увеосклеральный отток можно увеличить с помощью лекарств, расслабляющих ресничную мышцу, например, и аналогов простагландинов ПГФ2А. Уровень внутриглазного давления поддерживается при помощи пассивных и активных гомеостатических механизмов:

- пассивные механизмы связаны с изменением объема крови и водянистой влаги в глазу при колебаниях офтальмотонуса;
- активная регуляция внутриглазного давления осуществляется вегетативной нервной системой: направленные изменения сопротивления оттока внутриглазной жидкости или скорости ее образования.

А согласно ишемической теории развития глаукомы, предложенной С.Н. Федоровым, снижение секреции внутриглазной жидкости неизбежно приводит к окклюзионным процессам в тонких структурах дренажной системы из-за гибели эндотелиальных

клеток, которые питаются за счет влаги передней камеры. Это вызывает процессы дегенерации во всей дренажной системе и нарушение оттока внутриглазной жидкости.

На существование активных механизмов регуляции внутриглазного давления указывают многие факты. Функциональная система «цилиарное тело – дренажный аппарат глаза», обеспечивающая циркуляцию внутриглазной жидкости обильно снабжена симпатическими и парасимпатическими чувствительными нервными окончаниями. При изменении внутриглазного давления в задних цилиарных нервах появляются залпы импульсов, идущих, по-видимому, от барорецепторов.

Вегетативная нервная система включает периферические симпатический (медиатор норадреналин) и парасимпатический отделы (медиатор ацетилхолин).

Симпатическая иннервация глаза осуществляется из боковых рогов спинного мозга на уровне С8-ТН1. Аксоны этих симпатических нейронов иннервируют: мышцу, расширяющую зрачок; мышцу, расширяющую глазничную щель; мюллеровские мышцы, обеспечивающие выстояние вперед глазного яблока; цилиарное тело.

Парасимпатическая иннервация обеспечивается ветвями глазодвигательного нерва, которые входят в состав ресничного узла, где, переключаясь на постганглионарные волокна, иннервируют внутренние мышцы глаза: мышцу суживающую зрачок; цилиарное тело.

Э.С. Аветисов указывает на то, что действие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы на цилиарное тело не сводится к простому антагонизму. Регуляция и координация работы осуществляется при активном участии вегетативной нервной системы, причем сразу на нескольких уровнях: надсегментарном (кора головного мозга, мозжечок, гипоталамус, лимбическая система, часть ствола головного мозга) и сегментарном (часть ствола головного мозга, спинной мозг). Состояние вегетативной нервной системы на определенный момент времени называется «вегетативный тонус». А исследование вегетативного тонуса и являлось одной из задач данного исследования.

Определение функционального состояния вегетативной нервной системы на надсегментарном уровне

Материалы и методы

Для обследования из числа пациентов офтальмологического отделения № 2 СОКБ отобрана группа больных с диагнозом «первичная открытоугольная глаукома» (2-4 стадия) в количестве 25 человек (далее – 1-я группа) и контрольная группа больных с диагнозом «катаракта» – 25 человек (далее – 2-я группа). Средний возраст в 1-й группе составлял 69, во 2-й – 67 полных лет. Соотношение мужчины/женщины в обеих группах примерно одинаково. Всего обследовано 50 человек.

Исследование проведено согласно алгоритму, предложенному профессором А.М. Вейном.

Исследование включало:

- выявление вегетативных нарушений с помощью опросника, разработанного Ушаковым в модификации Соловьевой;
- оценку вегетативного тонуса с помощью вегетативного индекса Кердо и минутного объема крови;
- оценку вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности с помощью ортоклиноустатической пробы;
- обработку полученных данных в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты

Наличие вегетативных нарушений отмечалось у 60% больных глаукомой и только у 40% больных второй группы, больных катарактой (рис. 1). Критерием наличия вегетативных нарушений являлась сумма баллов, согласно вопроснику превышающая 15.

Среднее количество баллов в группе больных ПОУГ составляло 18, у больных катарактой – 13 (рис. 2).

В ходе проведения исследования выявлена интересная закономерность: внутри группы больных первичной открытоугольной глаукомой можно выделить две категории: первая – с длительностью течения заболевания от момента появления первых симптомов до госпитализации менее 8 месяцев и относительно небольшим количеством баллов по опроснику, менее 10, и вторая группа – с большой длительностью течения и суммой баллов более 20. Другими словами, в первой группе пациентов отмечалось более агрессивное течение заболевания при меньшей выраженности вегетативных нарушений, а во второй – более длительное и контролируемое течение при большей сумме баллов.

При оценке вегетативного тонуса в обеих группах выявлено преобладание парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Однако оценка производилась при использовании данных системной гемодинамики (ЧСС и АД).

А у большинства пациентов имелась АГ. Это несколько искажало полученные данные. Оценка вегетативного тонуса у лиц

с нормальным артериальным давлением (<140/90 мм рт.ст.) выявило несколько другие результаты.

Грубые нарушения вегетативной реактивности и обеспечения деятельности (отклонения АД более 25 мм и пульса более 30 ударов в минуту) выявлены у 11% больных глаукомой и 4% больных катарактой.

При сравнении данных двух групп выявлено, что у больных 2-й группы вегетативная реактивность больше, чем в 1-й группе (рис. 3).

Выводы:

- ВНС принимает активное участие в регуляции ВГД;
- вегетативные нарушения могут оказывать негативное влияние на регуляцию уровня ВГД, на продукцию ВГЖ, тем самым способствовать развитию и прогрессированию глаукомы;
- исследование вегетативного тонуса у больных с ПОУГ показало наличие вегетативных нарушений у большинства;

сравнение полученных данных с контрольной группой выявило отличия: среднее количество по опроснику 18 и 13 соответственно;

- методика определения вегетативного тонуса у больных с ПОУГ, катарактой с помощью индекса Кердо, определения минутного объема крови дает недостаточно достоверный результат и применима только у лиц с нормальным артериальным давлением;
- исследование выявило наличие различий также и внутри 1-й группы: у первой категории пациентов отмечалось более агрессивное течение заболевания при меньшей выраженности вегетативных нарушений, у второй – более длительное и контролируемое течение при большей сумме баллов;
- исследование вегетативной реактивности выявило: грубые вегетативных нарушений в 1-й группе больше, чем во второй (11% и 4% соответственно); вегетативная реактивность в 1-й группе меньше, чем во 2-й группе в той или иной степени по всем 4 исследуемым критериям. ■

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

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

Позвольте Вашим пациентам надежный контроль уровня ВГД на весь день!

- обеспечивает устойчивое снижение ВГД на 30% в течение всего дня¹
- эффективен у большего числа пациентов²
- поддерживает уровень ВГД с минимальными суточными колебаниями³
- обычно хорошо переносится пациентами^{2,4}

1 - травопрост - синтетический аналог простагландина F2α, который используется местно для лечения глаукомы

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ ТРАВАТАН® (травопрост 40 мкг/мл)

Регистрационный номер: П N015625/01 от 08.04.2009

Фармакологическое действие. Травопрост – синтетический аналог простагландина F2α, является высокоэффективным агонистом простагландиновых рецепторов FF и снижает внутриглазное давление путем увеличения оттока водянистой влаги. Основной механизм действия препарата связан с увеличением увеосклерального оттока. Внутриглазное давление снижается приблизительно через 2 часа после применения, а максимальный эффект достигается через 12 часов.

Показания к применению. Снижение повышенного внутриглазного давления при:

- открытоугольной глаукомы;
- повышенном внутриглазном давлении.

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

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

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

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

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

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

БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕПАРАТЕ СМОТРИТЕ В ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

1. Dublin MB, Naicker R. Sustained intraocular pressure reduction throughout the day with travoprost ophthalmic solution 0.004%. Clin Ophthalmol. 2012;6:525-531 [Дублин МВ, Найкер Р. Устойчивое снижение уровня ВГД на фоне местного применения 0,004% Клин Офтальмология 2012;6:525-531.]

2. Nelson JA, Landry T, Sullivan EK, et al. Travoprost compared with latanoprost and timolol in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension. Am J Ophthalmol. 2001;132:472-484. [Нельсон П.А., Лэндрю Т., Салливан Е.К. и др. Сравнение использования травопроста с латанопростом и тимололом у пациентов с открытоугольной глаукомой или офтальмогипертензией. Американский офтальмологический журнал 2001; 132:472-484.]

3. Mikropoulos G, Katsos K, Jenkins J, Stewart WC. 24-hour intraocular pressure control obtained with evening versus morning-dosed travoprost in primary open-angle glaucoma. Ophthalmology. 2006;113:446-450. [Микропулос Д., Катсос К., Дженкинс Дж., Стивенс В.С. Суточный контроль внутриглазного давления при вечернем или утреннем применении травопроста при первичной открытоугольной глаукоме. Офтальмология 2006; 113:446-450.]

4. Borsoo A, Al-Sayegh A, Mikropoulos G. Travoprost: российский опыт применения. Клиническая офтальмология (В-во РАМО, 2009) 1, 36-39.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

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

Alcon
a Novartis company

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ И ВИТРЕОМАКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА

С.В. Сдобникова

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

В настоящее время список заболеваний сетчатки, при которых витректомию является основным методом лечения, значительно расширился. При ряде заболеваний, таких как тракционный макулярный синдром, идиопатическое макулярное отверстие, витректомию является единственным эффективным методом лечения.

Идиопатическое макулярное отверстие (ИМО) является одним из наиболее часто встречающихся поражений центральной области сетчатки. Связь этого заболевания с тангенциальной тракцией кортикального витреума в зоне фovea была впервые описана Дональдом Гассом. Им же была предложена первая классификация макулярного отверстия (Gass J.D., 1988), впоследствии переработанная в соответствии с появлением данных оптической когерентной томографии

(ОКТ) сетчатки (Gass J.D., 1995). Дефекты поля зрения (ПЗ) являются частыми осложнениями хирургии идиопатического макулярного отверстия и возникают, по данным разных авторов, в 7-70% случаев (Ezra E., 1996; Pendergast S.D., 1996; Bopp S., 1997). Данная проблема стала очевидной достаточно скоро, после того как в 1991 году N.E. Kelly и R.T. Wendel предложили использовать витректомию с удалением задней гиалоидной мембраны и газовой тампоной для закрытия макулярного отверстия (Kelly N.E., Wendel R.T., 1991).

Впервые сообщения о возникновении дефектов ПЗ после витректомию с применением газовой тампоны опубликовали N. Melberg и M. Thomas (Melberg N.S., Thomas M.A., 1995) и J.B. Kerrison (Kerrison J.B., 1996).

По мнению многих авторов, патогенез периферических дефектов ПЗ при хирургии макулярного отверстия связан с повреждением слоя нервных волокон перипапиллярной области пространства в момент индукции задней гиалоидной отслойки.

Ряд авторов считает основной причиной появления парацентральных дефектов ПЗ при хирургии ИМО и эпимакулярного фиброза (ЭФ) механическую травму слоя нервных волокон во время выполнения пилинга внутренней пограничной мембраны (ВПМ) или удаления эпимакулярной фиброзной ткани (Haritoglou C., 2001; Kim C.Y., 2002).

В литературе обсуждаются и другие причины появления дефектов ПЗ после макулярной хирургии: непрямая механическая травма перипапиллярной зоны (Yan H., 1998), механическая травма слоя нервных волокон или сетчатки при смене инфузии (жидкость-воздух) (Takekawa, 1999), механический (Ezra E., 1996) или дегидратационный (Welch J., 1997) эффект газовой тампоны, завышенное давление воздушной помпы (Nigata A., 2000). Однако до настоящего времени существует мало публикаций на данную тему, а вопрос механизмов возникновения периферических и парацентральных дефектов ПЗ остается до конца неизученным.

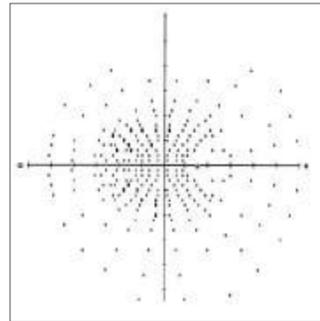


Рис. 1. Парацентральные дефекты поля зрения после витреомакулярной хирургии, выполненной по поводу ИМО

При проведении компьютерной периметрии самым часто встречающимся нарушением в нашем исследовании было появление относительной депрессии светочувствительности в парафовеолярной зоне в послеоперационном периоде практически у всех пациентов, в том числе и у пациентов с улучшением зрительных функций и повышением фовеолярной чувствительности. Исключение составила группа с имеющейся почти полной задней гиалоидной отслойкой, в которой не производилось манипуляций в зоне витреоретинального контакта, только витректомию. У этих пациентов не было выявлено изменение чувствительности в парафовеолярной зоне, и по результатам 3D ОКТ неизменной осталась толщина сетчатки в до- и послеоперационном периодах. У остальных пациентов, которым выполнялась интраоперационная индукция заднегиалоидной отслойки, было обнаружено уменьшение толщины сетчатки после хирургического лечения, преимущественно за счет внутренних слоев (слой нервных волокон, внутренний ядерный слой). Данные изменения были выявлены как в случаях с использованием пилинга ВПМ, так и без него. В среднем уменьшение толщины сетчатки составляло 14% от дооперационной. Мы рассматриваем это как ятрогенное поражение, и эти данные, на наш взгляд, позволяют отчасти объяснить результаты порогового макулярного теста, того самого появления относительной депрессии светочувствительности в парафовеолярной зоне, поскольку эти два наблюдения имели полное анатомическое соответствие.

Что касается дефектов ПЗ, они выявлялись во всех группах исследования, были абсолютными, постоянными и в зависимости от топографии разделялись на 3 группы: **периферические** (за пределами 30-градусной зоны), **парацентральные** (в пределах 30-градусной зоны) и **концентрические** (концентрические сужения полей зрения во всех квадрантах). Группы исследований значительно отличались по частоте и локализации дефектов поля зрения. Путаяющее концентрическое сужение полей зрения являлось редчайшим осложнением, наблюдалось всего в 9 случаях из 177, причем в 7 случаях – при удалении ЭФ.

Важно, что вне зависимости от площади возникающих после витреомакулярной хирургии дефектов ПЗ, точка фиксации взора, как правило, оставалась интактной. Поэтому при восстановлении нормального рельефа сетчатки в послеоперационном периоде центральное зрение было высоким даже при выраженных изменениях полей зрения. В связи с чем пациенты могли не предъявлять жалоб, а послеоперационные скотомы выявляли только при помощи специальных методов исследования.

Периферические дефекты поля зрения возникали только при использовании воздушной помпы, всегда в квадранте, соответствующем расположению порта ирригации. Периферические дефекты ПЗ встречались

у пациентов, которым не производилась интраоперационная индукция задней гиалоидной отслойки, а также после снижения давления воздушной помпы на 15-20 мм рт.ст. Таким образом, основной причиной появления периферических дефектов поля зрения после витреомакулярной хирургии является механическая травма внутренней поверхности сетчатки направленной струей воздуха или газа после полной замены жидкости. Данный дефект является достаточно легко устранимым путем снижения давления воздушной помпы.

Сложнее обстоит дело с **парацентральными** дефектами ПЗ, которые выявлялись во всех группах исследования, но наиболее часто, в 28% случаев, в группе с эпимакулярным фиброзом. При наличии локальных парацентральных скотом у пациентов с ИМО имелось топографическое соответствие дефектов ПЗ и зон максимального истончения сетчатки, выявляемых при трехмерной ОКТ (рис. 1, 2). При этом в большей степени страдали внутренние ее слои, толщина которых изменялась в среднем на 24% и в некоторых случаях достигала 46%. Толщина всей сетчатки изменялась менее значительно – на 15% и 23% соответственно. Встречались случаи выявления периферических и парацентральных дефектов ПЗ у одного пациента (рис. 3).

Максимальной частота парацентральных дефектов ПЗ после хирургии макулярного отверстия была выявлена при использовании скрепера Тано. Локализация скотом соответствовала зонам воздействия скрепера. Хотя парацентральные дефекты ПЗ выявлялись и при использовании для пилинга ВПМ эндовитреального пинцета.

Изменение толщины сетчатки в послеоперационном периоде было не только неравномерным, но и сопровождалось выраженными изменениями ее поверхности. При сравнении с дооперационным состоянием, на ОКТ выявлялись различной глубины микроповреждения внутренней поверхности сетчатки. Такие области измененного ретинального интерфейса располагались неравномерно, однако выявлялись не только в проекции инициации пилинга ВПМ, но и на протяжении других участков отделения внутренней пограничной мембраны. Данное наблюдение может свидетельствовать о том, что ВПМ в парафовеолярной зоне имеет неравномерную плотность фиксации к остальным слоям сетчатки, ее отделение в местах более выраженной фиксации черевато не только интраоперационными петехиальными кровоизлияниями, но и стойкими изменениями ретинальной поверхности ее толщины, а следовательно, и поля зрения.

Интересно, что относительная депрессия светочувствительности в парафовеолярной зоне, также имевшая место в этих случаях, как правило, выявлялась во всех квадрантах, в том числе в случаях, не сопровождавшихся пилингом ВПМ. На наш взгляд, это связано с разными причинами возникновения скотом и снижении общей светочувствительности: в первом случае – ятрогенным локальным повреждением внутренних слоев сетчатки при инициации пилинга ВПМ (пинцетом или скрепером) или в местах выраженной фиксации ВПМ к подлежащим слоям сетчатки, во втором – повреждением при отделении заднегиалоидной мембраны в межкардном пространстве, которая прилегает концентрично фовеолярной зоне, в границах премакулярной сумки (или при «неосложненном» концентрическом отделении ВПМ). Во втором случае повреждение внутренних слоев сетчатки менее выражено и выявляется лишь при более точном исследовании.

При **концентрическом** сужении поля зрения мы наблюдали самое выраженное уменьшение толщины сетчатки, на 100 мкм и более, во всех квадрантах изучаемой 20-градусной зоны. Однако точка фиксации взора, как правило, оставалась интактной, поэтому при восстановлении нормального рельефа сетчатки в послеоперационном периоде при концентрическом поле зрения острота зрения может составлять 1,0.

Исходная толщина сетчатки также имела значение. Макулярное отверстие чаще всего выявлялось у пациентов с гиперметропической рефракцией – в 48% случаев от общего числа наблюдений, при миопии – в 29%, при эметропии – в 23%.

Исходная рефракция пациентов влияла на частоту проявления дефектов ПЗ после витреомакулярной хирургии. Наибольший

процент данных осложнений был выявлен при миопической рефракции. Чаще всего возникали у миопов и периферические, и парацентральные дефекты полей зрения и, особенно, концентрические. У 63% пациентов с концентрическим сужением полей зрения была миопия от 3 до 9 дптр. В связи с этим близорукость и связанные с ней анатомо-физиологические особенности сетчатки и зрительного нерва можно считать дополнительными факторами риска возникновения дефектов ПЗ в послеоперационном периоде.

Таким образом, у пациентов с макулярным отверстием выявлена прямая зависимость между степенью ятрогенного повреждения сетчатки, степенью ее истончения в послеоперационном периоде и наличием/характером выпадений ПЗ после витреоретинального вмешательства.

Дефекты поля зрения после витреомакулярной хирургии являются результатом ятрогенного повреждения внутренней поверхности сетчатки. Выраженность ятрогенного повреждения, по нашему мнению, определяется двумя основными факторами:

- 1) **травматичностью манипуляций**, которая в свою очередь зависит как от вариантов хирургической техники, так и от прочности контакта внутренней пограничной мембраны с поверхностью сетчатки;
- 2) **исходной толщиной сетчатки**.

По данным 3D ОКТ при эпимакулярном фиброзе прочность контакта эпиретинальной ткани с внутренней поверхностью сетчатки неравномерна. Эти мембраны имеют локальные зоны очень плотной фиксации, выраженность которой характеризует глубину проникновения фиброзной ткани во внутренние слои сетчатки. В некоторых случаях прорастание мембран может достигать внутренней плексиформного слоя, и очень часто такие участки плотной фиксации имеют стандартные варианты топографии. Они имеют форму «гребня» (мы называем это «гребнем фиксации» пролиферативной мембраны) и располагаются в проекции папилломакулярного пучка: либо концентрично диску зрительного нерва (рис. 4а, б), либо концентрично зоне фovea (рис. 5а, б). Попытка отделения пролиферативной ткани, глубоко пенетрирующей

в сетчатку в этой зоне, может вызвать очень тяжелое, достаточно глубокое поражение поверхности сетчатки. Результатом такого грубого воздействия на макулярную зону могут быть не только серьезные парацентральные дефекты, но и концентрическое сужение поля зрения. Основной причиной появления выраженных дефектов поля зрения при витреомакулярной хирургии, на наш взгляд, является «деформация сдвига» слоев сетчатки относительно друг друга при удалении внутренней пограничной мембраны или эпиретинального фиброза, вовлекающая в зону поражения значительно большую площадь поверхности, чем точка приложения тракционного воздействия. Вероятно, это является одной из причин несоответствия большей площади послеоперационных скотом, чем площадь самого воздействия (повреждения). При сильной и/или значительной по площади «деформации сдвига», вызывающей глубокое локальное повреждение сетчатки, вероятно, возникает до сих пор не описанный рефлекс («щепная реакция»), приводящий к острой утрате периферического поля зрения. Поэтому

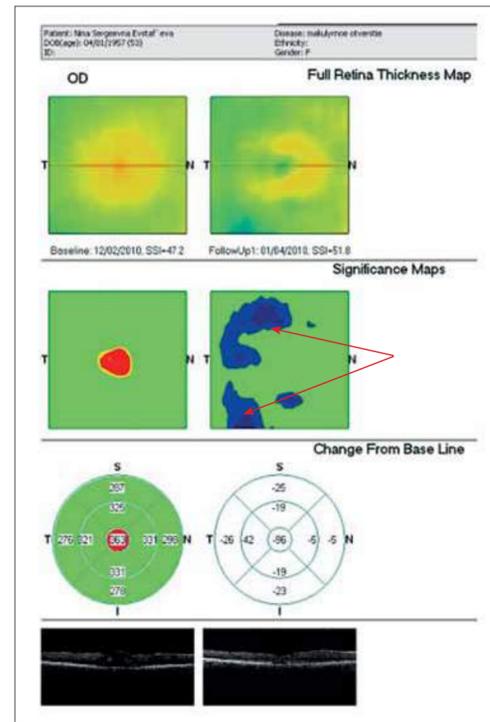


Рис. 2. ОКТ сетчатки до (слева) и после (справа) витреомакулярной хирургии, выполненной по поводу ИМО. Зоны истончения сетчатки (показаны стрелками), выявляемые на ОКТ после операции у того же пациента, соответствуют локализации дефектов ПЗ на рис. 4

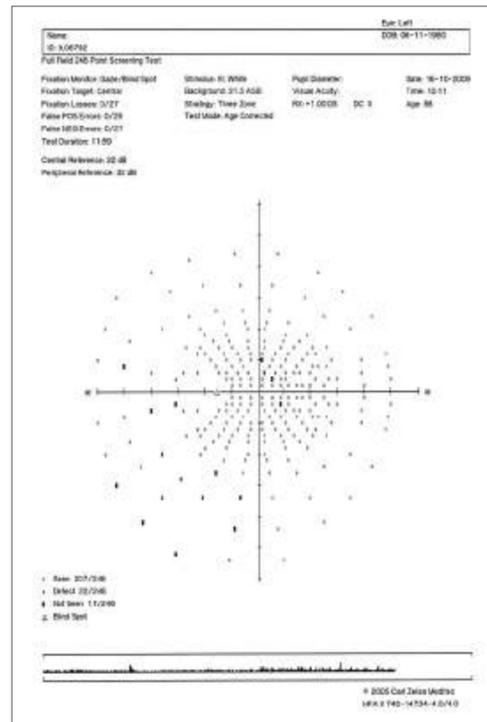


Рис. 3. Периферические и парацентральные дефекты поля зрения после витреомакулярной хирургии

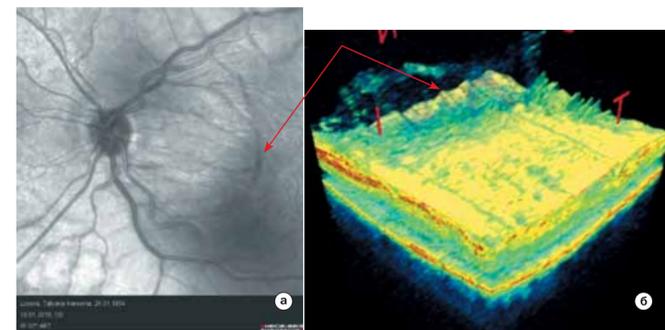


Рис. 4. «Гребень фиксации» (показан стрелками), выявляемый концентрично ДЗН на НРТ (а) и при 3D ОКТ (б), до операции у пациента с эпимакулярным фиброзом

В нашем исследовании частота закрытия макулярного отверстия при выполнении пилинга ВПМ составила 96%, функциональные результаты также были достаточно высокими – повышение остроты зрения до 3-10 строк наблюдалось у 93% пациентов. В группе, где пилинг внутренней пограничной мембраны не производился, частота закрытия МО составила 75%. Полученные результаты согласуются с данными, опубликованными в литературе. Однако остаются пациенты, не вполне довольные функциональными результатами хирургии даже при остроте зрения 1,0. Это заставило вернуться к понятию «качество зрения» и сформулировать его основные критерии применительно к пациентам с макулярной патологией после витреоретинальной хирургии. Считаем это важным, поскольку на витреомакулярную хирургию часто отбираются пациенты с относительно высоким зрением, и мы рассчитываем получить хороший функциональный результат.

МОБИЛЬНАЯ ФЕМТО-ПЛАТФОРМА ОТ ZIEMER OPTHALMOLOGY

ДЛЯ ХИРУРГИИ РОГОВИЦЫ И КАТАРАКТЫ ПОД КОНТРОЛЕМ ОКТ

FEMTO LDV Z СЕРИЯ

- Z-LASIK и Z-LASIK-Z – ЛОСКУТЫ С ПРОГРАММИРУЕМЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ НОЖКИ И УГЛОМ ВЕРТИКАЛЬНОГО РЕЗА
- SIM-LASIK – СОЧЕТАНИЕ Z-LASIK И КОРРЕКЦИИ ПРЕСБИОПИИ
- ИНТРАСТРОМАЛЬНЫЕ ТОННЕЛИ – ОДИН, ДВА ОТДЕЛЬНЫХ (В Т.Ч. НА РАЗЛИЧНОЙ ГЛУБИНЕ) ИЛИ ОДИН КРУГОВОЙ 360°
- ИНТРАСТРОМАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ
- ПОСЛОЙНАЯ И СКВОЗНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА
- ИЗМЕНЯЕМЫЕ ФОКУСНОЕ РАССТОЯНИЕ И ЭНЕРГИЯ ИМПУЛЬСА

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

- НАСЕЧКИ НА РОГОВИЦЕ И РАЗРЕЗЫ (ДУГООБРАЗНЫЕ, ЛИМБАЛЬНЫЕ ПОСЛАБЛЯЮЩИЕ, ПРОНИКАЮЩИЕ САМОГЕРМЕТИЗИРУЮЩИЕСЯ)
- ФЕМТО-АССИСТИРОВАННАЯ КАТАРАКТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ (ПАРАЦЕНТЕЗ, КАПСУЛОРЕКСИС, ФРАГМЕНТАЦИЯ ХРУСТАЛИКА)

ФЕМТОСЕКУНДНЫЕ ЛАЗЕРЫ FEMTO LDV Z СЕРИИ УНИКАЛЬНЫЕ МОБИЛЬНЫЕ ПЛАТФОРМЫ С ШИРОКИМ СПЕКТРОМ ПРИЛОЖЕНИЯ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ.

НЕТ ЛАЗЕРА БОЛЕЕ ТОЧНОГО, С БОЛЕЕ МОЩНЫМИ И ПРОГРЕССИВНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. МОДУЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВОДИТЬ ДАЛЬНЕЙШЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ.

WWW.FEMTOLDV.RU

ФЕМОЛАСИК.РФ

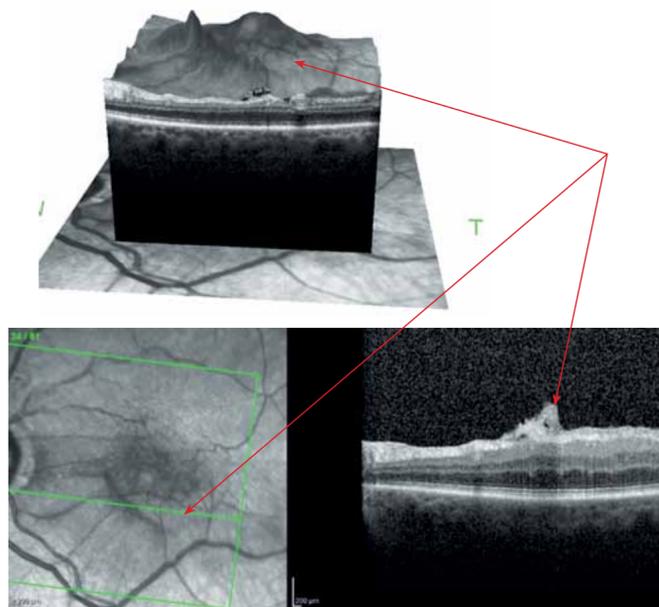


Рис. 5. «Гребень фиксации» (показан стрелками), выявляемый концентрично фoveальной зоне, на НРТ и ОСТ до операции у пациента с эпимакулярным фиброзом

исследование полей зрения после витреомакулярной хирургии, на наш взгляд, должно выполняться в пределах 60-градусной зоны, поскольку манипуляции в межкаркадном пространстве могут приводить к достаточно обширным повреждениям как в самой макулярной зоне, так и за ее пределами. А площадь дефектов ПЗ может значительно превышать размеры ятрогенного дефекта поверхности сетчатки.

Основной, на наш взгляд, способ избежать выраженной ятрогенной травмы сетчатки при удалении эпимакулярного фиброза при наличии «гребня фиксации» (или фиксации другой конфигурации) – не

осуществлять вообще попытки отделения эпиретинальной ткани в проекции «гребня». Мы используем способ избирательного удаления эпимакулярной фиброзной ткани с учетом индивидуальных особенностей топографии витреоретинального контакта. На дооперационной 3D ОКТ оценивается топография зон фиксации и глубина пещерообразования эпиретинальной ткани; при этом, в ходе витреоретинального вмешательства, дополнительно оценивается степень фиксации эпиретинальной ткани. При выраженной ятрогенной травме сетчатки, как правило, в проекции «гребня фиксации» после удаления эпиретинального фиброза или места инцизии пилинга внутренней пограничной мембраны (слой гиалозида) пинцетом (при хирургии ИМО). Электрофизиологические исследования, выполненные в 1-е сутки после операции, свидетельствовали о глубоком нарушении функций как наружных, так и внутренних слоев сетчатки, а также аксиального пучка ЗН: на общей ЭРГ – выраженное снижение общего биоэлектрического сигнала сетчатки с резким снижением амплитуды (в 2-3 раза по сравнению с дооперационной) и увеличение латентности «а»- и «b»-волн, при исследовании электрофосфенов – грубое изменение порога электрочувствительности внутренних слоев сетчатки (во всех случаях порог превышал 250-300 мкА), лабильности ЗН, а также КЧСМ. По истечении первого периода начинал прогрессировать процесс сужения сосудов сетчатки на фоне формирования классической клинической картины частичной атрофии ЗН, что сопровождалось соответствующими изменениями гемодинамических показателей. Единичные наблюдения этого состояния после макулярной хирургии описаны в литературе, но расценены как классическое проявление передней ишемической ретинопатии (Mc. Culley T.J, 2001). На наш взгляд, это связано с тем, что автору во всех случаях использовали газовую тампонаду витреальной полости и не имели возможности офтальмоскопии в первые 1,5-2 недели после операции, пациенты также не предъявляли жалоб в раннем послеоперационном периоде в связи с резким снижением зрения (особенность газовой тампонады).

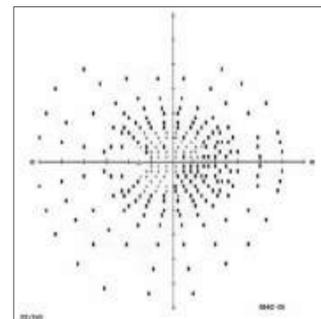


Рис. 6. Концентрическое сужение поля зрения у пациента после витреомакулярной хирургии, выполненной по поводу эпимакулярного фиброза (1-е сутки после операции). В отдаленном периоде наблюдения (через 2-8 мес.) visus – 1,0

ретинопатии. Остатки эпиретинальной мембраны над зонами фиксации, а также сам «гребень фиксации» самопроизвольно «рассасываются» в достаточно ранние сроки после операции (через 2-3 месяца) и не выявляются при выполнении ОКТ.

Пример: удаление эпимакулярного фиброза. Первые сутки после операции – концентрическое сужение полей зрения (рис. 6). Флюоресцеиновая ангиография демонстрирует нормальную перфузию всех сосудов сетчатки, отсутствие зон ишемии (рис. 7).

Важным является то, что пациенты отмечали резкое сужение поля зрения сразу после операции и характеризовали это состояние как «свет в конце тоннеля». Офтальмоскопия, исследование динамических характеристик кровотока при ЦДК экстраорбитальных сосудов, НРТ не выявляли каких-либо сосудистых нарушений в течение первых нескольких дней (от 5 до 8). Флюоресцеиновая ангиография, выполненная в 1-е сутки после операции, демонстрировала нормальное прохождение красителя в сосудах сетчатки во все фазы исследования, что свидетельствовало об отсутствии нарушений кровоснабжения сетчатки и диска зрительного нерва. Обращало на себя внимание наличие локальной (точечной) выраженной ятрогенной травмы внутренней поверхности сетчатки, как правило, в проекции «гребня фиксации» после удаления эпиретинального фиброза или места инцизии пилинга внутренней пограничной мембраны (слой гиалозида) пинцетом (при хирургии ИМО). Электрофизиологические исследования, выполненные в 1-е сутки после операции, свидетельствовали о глубоком нарушении функций как наружных, так и внутренних слоев сетчатки, а также аксиального пучка ЗН: на общей ЭРГ – выраженное снижение общего биоэлектрического сигнала сетчатки с резким снижением амплитуды (в 2-3 раза по сравнению с дооперационной) и увеличение латентности «а»- и «b»-волн, при исследовании электрофосфенов – грубое изменение порога электрочувствительности внутренних слоев сетчатки (во всех случаях порог превышал 250-300 мкА), лабильности ЗН, а также КЧСМ. По истечении первого периода начинал прогрессировать процесс сужения сосудов сетчатки на фоне формирования классической клинической картины частичной атрофии ЗН, что сопровождалось соответствующими изменениями гемодинамических показателей. Единичные наблюдения этого состояния после макулярной хирургии описаны в литературе, но расценены как классическое проявление передней ишемической ретинопатии (Mc. Culley T.J, 2001). На наш взгляд, это связано с тем, что автору во всех случаях использовали газовую тампонаду витреальной полости и не имели возможности офтальмоскопии в первые 1,5-2 недели после операции, пациенты также не предъявляли жалоб в раннем послеоперационном периоде в связи с резким снижением зрения (особенность газовой тампонады).

Данное состояние названо нами «**феноменом тоннеля**». Его характеризует: 1) концентрическое сужение поля зрения сразу после операции; 2) острое глубокое угнетение функций всех слоев сетчатки; 3) как правило, сохранность центрального

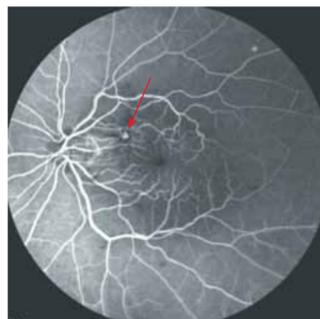


Рис. 7. Флюоресцеиновая ангиография того же пациента, выполненная в 1-е сутки после операции, демонстрирует нормальное прохождение красителя в сосудах сетчатки во все фазы исследования. Темпоральное и выше ДЗН выявляется точечный участок гиперфлюоресценции (стрелка) с перифокальными интраретинальными кровоизлияниями в проекции интраоперационного ятрогенного дефекта сетчатки

зрения; 4) отсроченность сосудистых реакций; 5) постепенное формирование классической клинической картины частичной атрофии зрительного нерва – афферентный зрачковый дефект, побледнение ДЗН, ретинальный ангиоспазм. Данные изменения носят стойкий характер.

Таким образом, изменения поля зрения после витреомакулярной хирургии являются устранимым ятрогенным дефектом и должны служить одним из критериев качества данного метода лечения.

Однако возможности устранения описываемого осложнения значительно варьируют в зависимости от вызывающих его причин. Некоторые варианты дефектов полей зрения после витреомакулярной хирургии являются легко устранимыми: снижение давления в воздушной помпе при хирургии идиопатического макулярного отверстия или отказ от ее применения при эпимакулярном фиброзе позволяют исключить вероятность появления периферических секторальных дефектов ПЗ.

Сложнее решается проблема периферических и концентрических дефектов ПЗ. При совершенном владении техникой пилинга ВПМ удобнее и атравматичнее пользоваться пинцетом для инцизии пилинга ВПМ и полностью отказаться от использования скрепера Тано. В этом случае вероятность возникновения послеоперационных скотом является минимальной. Однако использование скрепера на начальных этапах получения необходимых мануальных навыков может помочь избежать серьезных повреждений сетчатки, а следовательно, выраженных изменений ПЗ, в том числе концентрических.

Наиболее сложной проблемой, на наш взгляд, является устранение дефектов ПЗ, возникающих в результате хирургии в связи с эпиретинальным фиброзом. Конечно, имеет смысл лишний раз задуматься, прежде чем удалять эпимакулярный фиброз у пациентов с близорукостью. Или отдавать предпочтение «ранней хирургии», которая может значительно снизить риск описываемых осложнений. Но всегда остается один момент – прочность контакта ВПМ или пролиферативной фиброзной ткани с поверхностью сетчатки, фактор, который устранить достаточно тяжело. Именно поэтому мы последнее время так часто и много говорим об избирательной хирургии витреоретинального интерфейса, особенно при удалении эпимакулярного фиброза, потому что именно при удалении ЭФ возникает самый высокий процент разнообразных повреждений полей зрения, самые тяжелые изменения ретинальной поверхности.

Предложенный способ избирательного удаления эпимакулярного фиброза с учетом индивидуальных особенностей топографии витреоретинального контакта значительно снижает вероятность появления парacentральных и концентрических дефектов ПЗ в послеоперационном периоде, однако не гарантирует их отсутствия. В этой связи, на наш взгляд, оправданным является более раннее хирургическое удаление эпиретинальной ткани. ■

Низкочастотная магнитотерапия заболеваний роговицы

Н.Б. Шурупова,
П.Ю. Татарченко,
Н.Н. Гостева*, К.Е. Гостева*

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава РФ
*ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница»

Патология роговицы составляет 1/4-1/5 часть всех глазных заболеваний. В 25-75% случаев процесс заканчивается образованием различных помутнений вплоть до образования белым с потерей зрения (Тахчиди Х.П., Ярцева Н.С., Деев Л.А., 2007). Поиск методов сохранения прозрачности роговицы или ее восстановления, вследствие произошедших патологических изменений, является особенно актуальным.

При поиске наиболее эффективных методов лечения роговицы мы обратили внимание на положительные характеристики применения низкочастотного магнитного поля. В окружающей среде естественными электромагнитными полями являются: 1) атмосферное электричество; 2) постоянное магнитное поле Земли; 3) геомагнитные вариации, возникающие при взаимодействии земного магнитного поля с межпланетной средой. Иррегулярные волновые формы полей биологически более эффективны, чем поля с регулярной синусоидальной формой при одинаковой плотности магнитного потока (Graham C. et al., 1988; Kavet R.I., 1990; Лисков Е.В. и др., 1993). За счет увеличения колебательных движений форменных элементов и белков плазмы крови происходит активация локального кровотока и, следовательно, улучшение кровоснабжения. Использование магнитного поля в медицине посредством магнитотерапевтических аппаратов оказывает противовоспалительное, противоотечное, трофическое, reparativное, иммуномодулирующее действие. По данным Е.С. Ванштейна с соавторами (1975), Ю.Ф. Майчука (1981), М. Савельевой (2006), низкочастотная магнитотерапия положительно влияет на течение герпетических кератитов, уменьшает послеоперационный отек роговицы после проведенной экстракции катаракты. Воздействие на организм низкочастотным магнитным полем синусоидальной или прямоугольной формы с амплитудными значениями от 3 до 5 мТл не превышает показатель интенсивности постоянного



Рис. 1. Проведение сеанса магнитотерапии на приборе «АМТО-01»

магнитного поля Земли. Всем перечисленным свойствам соответствует магнитотерапевтический офтальмологический аппарат АМТО-01 diathera, производства Государственного Рязанского приборного завода.

Цель исследования – определить лечебную эффективность пульсирующей формы на аппарате АМТО-01 при заболеваниях роговицы.

Материал и методы

Лечение проведено 39 больным с заболеваниями роговицы в возрасте от 25 до 84 лет (15 мужчинам и 24 женщинам). Показанием к проведению терапии были:

- бактериальные кератиты (10 чел.);
 - герпетические кератиты (10 чел.);
 - послеоперационные кератопатии (9 чел.);
 - вторичные эпителиально-эндотелиальные дистрофии (10 чел.).
- Наряду с медикаментозным лечением пациенты получали физиотерапевтическое лечение низкочастотным пульсирующим магнитным полем от 3 до 5 мТл с частотой 50 Гц прямоугольной формы АМТО-01 (рис. 1). Курс лечения низкочастотной магнитотерапии составлял по 15 минут ежедневно. В зависимости от наблюдающего объективного улучшения больные получали курс от 3 до 10 сеансов. До начала и после курса магнитотерапии всем больным проводили визометрию, биомикроскопию.

Результаты и обсуждение

У больных с бактериальными кератитами (рис. 2) наблюдалась быстрая организация инфильтратов. Она сопровождалась появлением четких контуров границ инфильтрата, оптический срез роговицы в области воспаления уменьшался, помутнения формировались в виде маленького облачка, реже – пятнышка (рис. 3). Острота зрения после проведенного лечения повысилась у всех пациентов. До курса магнитотерапии vis = 0,44±0,07, после лечения vis = 0,71±0,09.

У пациентов с герпетическими кератитами (рис. 4), кроме уменьшения размеров инфильтрата, отмечалась достаточно быстрая эпителизация инфильтрата (рис. 5). При древоидном кератите эпителизация инфильтрата наблюдалась после 3-5 сеансов, у больных с метагерпетическим кератитом эпителизация продолжалась до 7-9 сеансов. После купирования герпетического процесса на роговице формировалось помутнение в виде облачка, реже в виде пятнышка после метагерпетических кератитов. Острота зрения улучшилась у всех пациентов. До магнитотерапии vis = 0,37±0,04, после нее – vis = 0,56±0,06. Следует отметить, что все пациенты отмечали уменьшение слезоточивости и слезотечения, исчезло чувство инородного тела в глазу, проходил блефароспазм.

Пациенты с кератопатией после факосмульсификации катаракты (рис. 6) получали низкочастотную магнитотерапию со второго дня после



Рис. 2. Больная Е., диагноз: бактериальный кератит OS, состояние до лечения. Visus = 0,1



Рис. 3. Тот же глаз после 5 сеансов магнитотерапии. Наблюдается рассасывание инфильтрата, visus = 0,7



Рис. 4. Больной К., диагноз: рецидивирующий герпетический кератит OD, состояние до лечения. Visus = 0,09



Рис. 5. Тот же глаз после 7 сеансов магнитотерапии. Наблюдается уменьшение размеров и интенсивности инфильтрата. Visus = 0,2



Рис. 6. Больная К. Состояние после операции факосмульсификации катаракты с имплантацией заднекамерной ИОЛ (2-й день): отечная кератопатия. Visus = 0,03



Рис. 7. Тот же глаз после 5 сеансов магнитотерапии. Отек роговицы купирован. Visus = 0,5

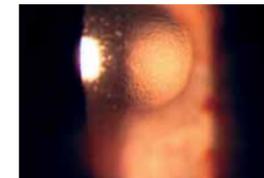


Рис. 8. Больная Г., диагноз: иридоциклит, эндотелиально-эпителиальная дистрофия OS. Visus = 0,03



Рис. 9. Тот же глаз после 10 сеансов магнитотерапии. Наблюдается уменьшение отека роговицы (снижение толщины оптического среза), исчезновение булл. Visus = 0,2

операции. Положительная динамика отмечалась в уменьшении слезоточивости и блефароспазма. За 3-5 сеансов купировалась отечность роговицы, исчезли складки десцеметовой оболочки (рис. 7), что сопровождалось повышением остроты зрения с 0,03±0,01 до 0,5±0,03.

Самый длительный курс низкочастотной магнитотерапии получили больные с вторичной эпителиально-эндотелиальной дистрофией (рис. 8). Курс лечения составил 10 сеансов по 15 минут. Субъективное улучшение отметили все пролеченные пациенты. Оно сопровождалось уменьшением или исчезновением слезоточивости и чувства инородного тела в больном глазу. Объективная симптоматика выражалась в уменьшении отека как эндотелия, так и эпителии, мелкие буллы роговицы исчезали, крупные буллы уменьшались в размерах, шероховатость роговицы сглаживалась (рис. 9). Острота зрения у больных с эпителиально-эндотелиальной дистрофией роговицы повысилась в 100% случаев, в среднем с 0,04±0,01 до 0,21±0,02.

За время лечения побочных эффектов от применения аппарата АМТО-01 не наблюдалось. Отмечая значительное улучшение своего состояния и удобство проведения процедур, больные с удовольствием проходили сеансы низкочастотной магнитотерапии.

Выводы

1. Низкочастотная импульсная магнитотерапия прямоугольной формы АМТО-01 оказывает положительный лечебный эффект при заболеваниях роговицы: бактериальном и герпетическом кератите, послеоперационной кератопатии, вторичной эпителиально-эндотелиальной дистрофии.
2. При использовании импульсного магнитного поля прямоугольной формы АМТО-01 наблюдается быстрое уменьшение инфильтратов, снятие отека роговицы, исчезновение складок десцеметовой оболочки.
3. Побочных эффектов при лечении аппаратом АМТО-01 не наблюдалось, однако следует исключить применение магнитотерапии у пациентов: – с местными противопоказаниями: закрытоугольная глаукома, первичная открытоугольная глаукома с высоким внутриглазным давлением; – общими противопоказаниями: хронические соматические и психические заболевания в стадии декомпенсации, кровотечения, беременность, заболевания кожи лица, злокачественные новообразования.
4. Удобный дизайн аппарата АМТО-01 позволяет проводить магнитотерапию как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике. ■

ИЗДАТЕЛЬСТВО Апрель

Свежий взгляд на офтальмологию

Широкий спектр информации для офтальмологов:

- актуальные репортажи
- интервью
- события в фотографиях
- лекции
- офтальмологические центры России
- великие имена
- история бренда
- и многое другое...

diathera®

ПОРТАТИВНЫЙ МАГНИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ АППАРАТ АМТО-01

Эффективная терапия для ВИДИМОГО результата!

- Щадящее магнитное поле
- Оптимальное расположение индукторов
- Широкий спектр применения

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЯЗАНСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД
(4912) 298-453 • www.grpz.ru

Одновременная фактоэмульсификация и анти-VEGF терапия у пациентов с катарактой и неоваскулярной ВМД

И.Э. Иошин,
А.И. Толчинская,
С.А. Дубровская

ФГБУ «Клиническая больница»
УДП РФ

Старческая катаракта и возрастная макулярная дистрофия (ВМД) обособленно считаются одними из самых частых сопутствующих заболеваний глаза у пожилых пациентов [1, 2]. Их объединяет многолетний анамнез заболевания, единый инволюционный патогенез – возрастное нарушение метаболизма и связанные с этим попытки разработать медикаментозные меры профилактики их прогрессирования.

Хирургический аспект сочетания катаракты и ВМД заключается в снижении реабилитационного эффекта экстракции катаракты, в репутационных потерях клиники и хирурга, в сомнении эффективности применения высокотехнологичных ИОЛ (псевдоаккомодирующих, торических) и необходимости экстракции катаракты на парном глазу. В свою очередь экстракция катаракты, особенно без соответствующего медикаментозного сопровождения в послеоперационном периоде, может способствовать прогрессированию ВМД, тем более в сочетании с такими факторами, как сосудистая патология, курение, ожирение и т.д. [3].

Особая ситуация возникает при диагностике у больного с катарактой сопутствующей «влажной» (неоваскулярной) формы ВМД, лечение которой в последние годы успешно проводится на основе анти-VEGF терапии – интравитреальными инъекциями (ИВИ) лувентиса [4]. Что выбрать первым этапом в реабилитации пациента с катарактой и неоваскулярной ВМД – фактоэмульсификацию или ИВИ лувентиса? В первом случае есть дополнительный риск прогрессирования отека макулярной области как реакции на хирургическую травму, во втором случае помутнение хрусталика даже в начальной стадии не дает полноценной реабилитации пациента и не позволяет адекватно отслеживать динамику в макулярной области.

Возможным решением в данной ситуации может быть одновременная комбинированная процедура фактоэмульсификации, при которой в завершение операции производится первая интравитреальная инъекция, а в дальнейшем «по необходимости» ежемесячно по результатам мониторинга проводятся следующие инъекции [5].

Цель публикации – представить первые результаты и особенности лечения пациентов с катарактой и неоваскулярной ВМД на основе комбинации фактоэмульсификации и первой ИВИ лувентиса.

Материалы и методы

Всего под наблюдением находилось 18 пациентов с комбинированной патологией – катаракта и «влажная» (неоваскулярная) форма ВМД. Возраст пациентов колебался от 67 до 84 лет (средний возраст – 77,2 года). Большая часть – женщины (10 пациентов).

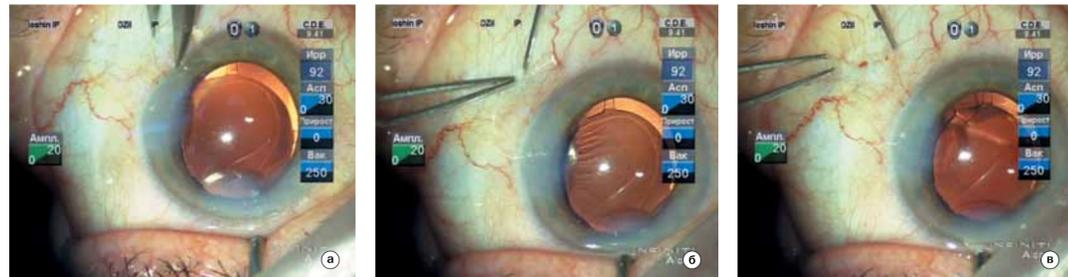


Рис. 1. Этапы введения лувентиса при завершении фактоэмульсификации: а) разметка будущей инъекции; б) начало движения иглы при инъекции; в) введение препарата в стекловидное тело

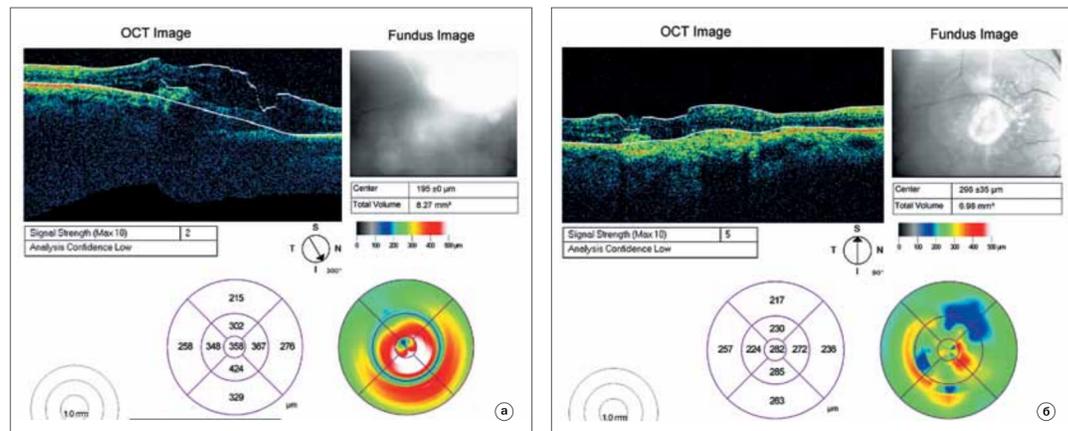


Рис. 2. Динамика остроты зрения и толщины сетчатки у пациента на фоне комбинированного лечения катаракты и «влажной» формы ВМД: а) до операции: острота зрения – 0,02, толщина сетчатки – 358 мкм; б) один месяц после операции: острота зрения – 0,25, толщина сетчатки – 282 мкм; в) после трех инъекций: острота зрения – 0,28, толщина сетчатки – 247 мкм

дополнительная инъекция в ее конце спокойно переносится пациентами в отличие от изолированной ИВИ, которая достаточно часто ощущается болезненно.

Результаты

Острота зрения до операции колебалась от 0,02 до 0,3 (средняя острота – 0,16±0,06). Как результат операции острота зрения улучшилась в течение месяца у всех пациентов, однако максимально только до уровня 0,5 (средняя острота зрения – 0,4±0,03). В дальнейшем на протяжении года в процессе анти-VEGF терапии острота зрения дополнительно улучшилась до 0,6.

Внутриглазное давление (ВГД) до операции было в норме. В первые часы после операции ВГД имела обычную тенденцию к незначительному повышению и компенсировалась к концу первых суток аналогично стандартной фактоэмульсификации. При дальнейшем наблюдении ВГД было стабильно.

По данным ОКТ толщина сетчатки до операции варьировала от 358 до 435 мкм (среднее значение – 370±32 мкм). Согласно рекомендациям производителя следующие инъекции проводились спустя один месяц после соответствующей проверки остроты зрения и с учетом

динамики толщины сетчатки по ОКТ. В процессе лечения на протяжении года отмечен положительный анатомический результат: толщина сетчатки уменьшилась в среднем до 246±23 мкм (от 220 мкм до 267 мкм).

Для иллюстрации приводится клинический пример: пациент Н., 78 лет. Диагноз: возрастная кортикальная катаракта, «влажная» форма ВМД. Проведены ФЭК+ИВВЛ, далее последовательно проведены еще две инъекции лувентиса с интервалом в один месяц (рис. 2).

Обсуждение результатов

Пациенты легко перенесли первую инъекцию, которая выполнялась как заключительный этап операции фактоэмульсификации и в то же время была началом последовательной анти-VEGF терапии неоваскулярной ВМД. Согласно пациентам на последующие инъекции происходило более легко, на благоприятном эмоциональном фоне, у пациентов стабильно формировалась приверженность к продолжительному лечению. На результат первой инъекции, безусловно, влияла и оптическая реабилитация, что и создавало предпосылки для большей мотивации пациентов, чем в общей группе пациентов с ВМД.

ТРАНСПЛАНТАТЫ ДЛЯ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ



«Трансплантат-коллагеновый каркас для офтальмологических операций» – стерильное, апиrogenное, иммуноинертное, нетоксичное медизделие; – изготавливается из гомологичной ткани; – используется в качестве имплантируемого материала при операциях на органе зрения; – гарантирует эффективное и безопасное хирургическое лечение.

Все виды «Трансплантат-коллагенового каркаса для офтальмологических операций» ТКО-«УФ НИИГБ» изготавливаются из кадаверных тканей, относятся к медицинским изделиям и предназначаются для использования в качестве имплантируемого материала при операциях на органе зрения.



Основными структурными компонентами трансплантатов, обладающих биопластичными свойствами, являются коллагеновые волокна, выполняющие каркасные функции и обеспечивающие укрепление тканей глаза.

ФГУ «Федеральный НИИ глазных болезней им. Г.С. Пляшкова»
Россия, 450077, г. Уфа, ул. Пушкина, 90
Тел./факс: (347) 272-05-02
www.fngb.ru, www.fngb.ru

– витамокс, которая начиналась за 2 дня до операции и заканчивалась через неделю после нее.

При традиционном (раздельная процедура экстракции катаракты и ИВИ) подходе к лечению пациента с катарактой и неоваскулярной ВМД принятие решения о последовательности вмешательства зависит от весьма условных критериев: большего вклада в снижение зрения патологии хрусталика и сетчатки. Преимущественно выбор происходит в пользу экстракции катаракты как потенциально более эффективной процедуры, и дополнительно помутнение хрусталика может маскировать патологию макулы при офтальмокопии и ОКТ. Затем только через месяц после экстракции катаракты проводится ИВИ, такой же интервал рекомендуется фирмой-производителем при обратной последовательности.

Заключение

Предложенная комбинированная процедура без принципиальных изменения обеих технологий и развития дополнительных осложнений, очевидно, ускоряет процесс реабилитации пациентов с катарактой и ВМД. Отсутствие дополнительных осложнений при выполнении комбинированного вмешательства, совмещенная технология выполнения операций позволяет рекомендовать ее в более широкую практику.

Литература

1. Resnikoff S. et al. Bulletin of the World Health Organization. – Nov. 2004. – Vol. 82. – No. 11. – P. 844-852.
2. Gieser S.C., Schein O.D. Cataract epidemiology and world blindness // Curr. Opin. Ophthalmol. – 1993. – Vol. 4. – P. 10-13.
3. Libre P.E. Intraoperative light toxicity: a possible explanation for the association between cataract surgery and age-related macular degeneration // Am. J. Ophthalmol. – 2003. – Vol. 136. – No. 5. – P. 961.
4. Rosenfeld P.J. et al. Ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration // N Engl. J. Med. – 2006. – Vol. 355. – P. 1419-1431.
5. Mitchell P., Korobelnik J.F., Lanzetta P. et al. Ranibizumab (Lucentis) in neovascular age-related macular degeneration: evidence from clinical trials // Br. J. Ophthalmol. – 2010. – Vol. 94. – No. 1. – P. 2-13.



ТЕПЕРЬ ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗ
МОЖНО ЗАМЕДЛИТЬ

Виталюкс Плюс
(Vitalux Plus) ДЛЯ ЗАЩИТЫ ВАШИХ ГЛАЗ

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



Alcon
a Novartis company

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель
www.aprilpublish.ru

РЕГИСТРАЦИЯ АУТОФЛУОРЕСЦЕНЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОТНОСТИ МАКУЛЯРНОГО ПИГМЕНТА С ПОМОЩЬЮ ФУНДУС-КАМЕР VISUCAM® 200 и VISUCAM® 500 CARL ZEISS MEDITEC

М.А. Руднева

Руководитель отдела офтальмологического оборудования ООО «ОПТЭК»

Современные немидриатические фундус-камеры Visucam® 200 и Visucam® 500 производства Carl Zeiss Meditec (CZM, Германия), кроме возможностей фотографирования глазного дна и проведения ангиографии, оснащены функциями регистрации аутофлуоресценции и определения плотности макулярного пигмента. Эти методы позволяют получить дополнительные диагностические критерии ранней стадии развития возрастной макулярной дегенерации (ВМД).

В основе метода регистрации аутофлуоресценции (АФ) лежит характерная особенность липофусцина – его флуоресценция в естественных условиях, без применения специальных средств. Липофусцин – продукт метаболизма фоторецепторов, который с возрастом накапливается в лизосомах клеток пигментного эпителия. Регистрация аутофлуоресценции липофусцина позволяет, таким образом, визуализировать степень

выраженности аккумуляции липофусцина в клетках пигментного эпителия.

Повышение содержания липофусцина – это один из патогенетических механизмов развития возрастной макулярной дегенерации и может служить прогностическим признаком последующей гибели клеток пигментного эпителия. При этом метод АФ позволяет выявлять даже минимальные отклонения уровня содержания и распределения липофусцина в клетках пигментного эпителия. Эти отклонения служат ранним признаком развития возрастной макулярной дегенерации. Токсический эффект липофусцина, в частности, лежит в основе повреждения клеток сетчатки ультрафиолетовым излучением.

Флуоресценция липофусцина инициируется световым воздействием с длиной волны 510-580 нм. Для регистрации аутофлуоресценции с помощью фундус-камер Visucam® 200 и Visucam® 500 используется фильтр, выделяющий излучение в спектре 650-735 нм. Полученное изображение распределения липофусцина позволяет оценить состояние метаболизма фоторецепторов и функциональное состояние пигментного эпителия.



Рис. 1. Аутофлуоресценция глазного дна в норме

Такая информация не может быть получена другими методами исследования глазного дна, такими как фундус-фотографирование или ангиография.

На рис. 1. представлена картина аутофлуоресценции глазного дна в норме, полученная с помощью фундус-камеры Visucam® 500 производства CZM, Германия. Темные участки соответствуют зонам низкой флуоресценции, светлые – высокой. Сосуды выглядят темными в результате того, что излучение поглощается гемоглобином. Головка зрительного нерва также умеренно затемнена в результате

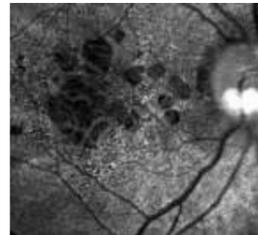


Рис. 2. Картина аутофлуоресценции пациента с географической атрофией сетчатки и друзами головки зрительного нерва

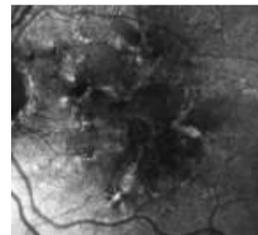


Рис. 4. Перераспределение пигмента

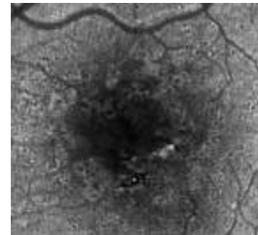


Рис. 3. Аутофлуоресцентная картина мягких друз

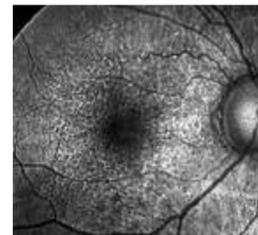


Рис. 5. Ретикулярные друзы



Немидриатические фундус-камеры VISUCAM® 200 и VISUCAM® 500

сочетают в себе знаменитую оптику Zeiss с возможностью получать изображения глазного дна без миозина, через зрачок диаметром 3,3 мм.

Фотографирование глазного дна в полноцветном режиме и с применением цветных фильтров, ангиография с флуоресцеином и индоцианином, регистрация аутофлуоресценции и определение плотности макулярного пигмента – таковы многочисленные функции фундус-камеры VISUCAM® 200 и VISUCAM® 500, которые делают их Вашим незаменимым помощником в диагностике широкого спектра патологии глазного дна.

Более подробную информацию о фундус-камерах Вы можете получить на сайте компании

ООО «ОПТЭК»

www.optecgroup.com

ОПТЭК
Объединяя решения

на правах рекламы

Пример показателей плотности макулярного пигмента у здорового человека и пациентов с ВМД

Таблица 1.

Показатели	Средняя оптическая плотность, условные единицы плотности (du – density units)	Максимальная оптическая плотность, du	Объем, du x пиксель	Площадь распределения, пикселей
Показатели в норме	0,245	0,689	15,611	63,643
Сухая форма ВМД	0,173	0,430	7,506	43,463
Экссудативная форма ВМД	0,123	0,349	3,001	24,440

интенсивного отражения излучения. Затемнение макулярной области обусловлено поглощением коротковолнового света макулярными пигментами (лютеином и зеаксантином).

При работе с фундус-камерами Visucam® 200 и Visucam® 500 для наведения и фокусировки используется инфракрасное излучение, невидимое пациенту. Возможно фотографирование глазного дна в пределах 30° без расширения зрачка и в пределах 45° – в условиях миозина. Все средства обработки изображения, которыми оснащена Visucam® 500, могут быть применены к полученному изображению.

Регистрация аутофлуоресценции – эффективный инструмент визуализации географической атрофии сетчатки, прогнозирования ее прогрессирования и развития ранней формы возрастной макулярной дегенерации (ВМД), поскольку липофусцин играет важную роль в патогенезе данного заболевания.

Географическая атрофия (рис. 2) связана с деструкцией клеток пигментного эпителия. Вместе с эпителиоцитами исчезают и гранулы липофусцина, поэтому очаги географической атрофии проявляются при регистрации аутофлуоресценции ее выраженным снижением (гипофлуоресценцией). Атрофический очаг иногда окружен зоной гиперфлуоресценции, в которой патологически измененные клетки пигментного эпителия содержат повышенное количество липофусцина.

В дальнейшем географическая атрофия распространяется и на эти зоны. По сравнению с фундус-фотографированием аутофлуоресценция позволяет более четко визуализировать очаги географической атрофии. Зоны гиперфлуоресценции можно увидеть только с помощью АФ. Преимуществом данного метода перед ангиографией является его неинвазивность. Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что регистрация аутофлуоресценции – информативный неинвазивный метод диагностики географической атрофии и мониторинга ее прогрессирования. Возможно, в будущем он будет играть определенную роль в определении показаний к лечению ВМД.

Хорошо известно, что важными диагностическими признаками ранней стадии ВМД являются появление друз и перераспределение пигмента (рис. 3, 4).

Мягкие друзы обычно проявляются на фото глазного дна желтовато-белыми очагами. При регистрации аутофлуоресценции они могут выглядеть как участки гиперфлуоресценции или очаги гипофлуоресценции, окруженные гиперфлуоресцирующим кольцом. Различные паттерны аутофлуоресценции в данной ситуации обусловлены тем, что друзы имеют различную структуру и консистенцию на разных стадиях своего развития. Картина аутофлуоресценции при ВМД предоставляет ценную дополнительную

информацию для постановки более точного диагноза, а также для исследования особенностей целей. Пигментные отложения проявляются гиперфлуоресценцией, при этом АФ является наиболее чувствительным методом их выявления.

Так называемые «ретикулярные друзы» (рис. 5) служат прогностическим критерием последующего развития субретинальной неоваскуляризации. Согласно результатам исследования AREDS (Age-Related Eye Disease Study), термин «ретикулярные друзы» обозначают «желтоватые отложения, которые имеют вид мягких друз, расположенных в виде нечетко очерченной сети лентовидных переплетений». Это множественные гипоаутофлуоресцентные очаги на умеренно гиперфлуоресцентном фоне. АФ – более чувствительный метод выявления ретикулярных друз, чем фотографирование глазного дна.

Функция определения плотности макулярного пигмента позволяет оценить распределение пигмента в макуле, используя метод регистрации отражения в узком спектре синего цвета. Макулярный пигмент (ксантофил, содержащий в равных долях лютеин, зеаксантин и мезо-зеаксантин), благодаря способности поглощать излучение коротковолновой части спектра и связывать свободные радикалы, обладает протекторной функцией в отношении клеток сетчатки и пигментного эпителия. Снижение плотности макулярного пигмента

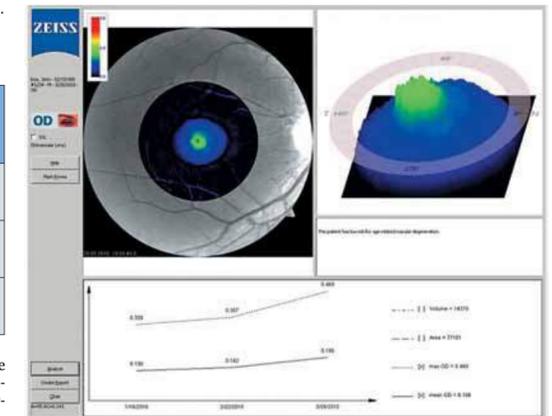


Рис. 6. Плотность распределения и объем макулярного пигмента

оказывает влияние на течение возрастной макулярной дегенерации.

Показатели плотности макулярного пигмента существенно различаются у лиц с различным уровнем потребления лютеина и зеаксантина с пищей и пищевыми добавками. Однако клинически применимые нормативные значения на сегодняшний день не определены; очевидно, что первостепенное значение имеет динамическое наблюдение пациентов с определением плотности макулярного пигмента.

Немидриатические фундус-камеры Visucam® 200 и Visucam® 500 оснащены данной функцией и позволяют определить площадь распределения макулярного пигмента, его объем, среднюю и максимальную оптическую плотность по площади распределения (рис. 6). Данный метод относительно прост в использовании, объективен и характеризуется высокими показателями повторяемости (независимости от конкретного прибора, на котором проводилось исследование, и оператора, который проводил исследование).

Данная функция фундус-камеры – удобный инструмент клинического мониторинга плотности макулярного пигмента. Несмотря

на отсутствие четких клинических нормативов, показатели плотности макулярного пигмента существенно различаются у здоровых лиц, пациентов с сухой и влажной формами возрастной макулярной дегенерации (табл. 1).

Определение плотности макулярного пигмента целесообразно проводить пациентам с возрастной макулярной дегенерацией как можно раньше. В этом случае результаты первичного исследования можно использовать для оценки прогрессирования заболевания и в некоторой степени прогнозировать динамику его развития. Плотность макулярного пигмента – дополнительный диагностический критерий при наблюдении пациентов возрастной макулярной дегенерации.

Таким образом, опции регистрации аутофлуоресценции и определения плотности макулярного пигмента существенно расширяют диагностические возможности фундус-камер, предоставляя возможность получения ценной диагностической информации в ранней стадии развития возрастной макулярной дегенерации.

По материалам, предоставленным Carl Zeiss Meditec

НОВОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

Новый российский транспальпебральный склеральный тонометр внутриглазного давления «ТВГД-01»

К.В. Иванцев

Главный конструктор «ТВГД-01»

С 2010 года Елатомский приборный завод производит и поставляет для офтальмологии измеритель ВГД – «ТВГД-01», измеряющий через веко в любой точке глаза, как на склере, так и на роговице.

Этот измеритель комфортен, безопасен и прост в эксплуатации, доступен для приобретения даже в домашних условиях.

Прибор портативен – размером с карандаш, работает от внутренних батареек и не требует дополнительных внешних устройств.

Измерение не требует анестетиков или других химических веществ и производится всего за одну секунду. Подготовка к измерению занимает 5-10 секунд и заключается в том, чтобы пациент сел в кресло или лег на кушетку.

Измеритель точен и стабилен в работе и позволяет уверенно выявлять дифференциальную разность ВГД на глазах одного пациента в 1 мм рт.ст.

«ТВГД-01» обеспечивает рекордно малое время для надежного измерения и является очень хорошим инструментом для диспансеризации.



Уникальные возможности этого прибора объясняются одновременным использованием статического и динамического измерительного воздействия. Это позволило объединить преимущества как статических измерителей (тонометры Маклакова, Гольдмана, Шютца), так и динамических (пневматических, отскок-тонометров).

Статико-динамический способ измерения наиболее точно воспроизводит пальпаторный способ оценки ВГД. Для измерения достаточно коснуться штоком глаза через

веко. Измерительное воздействие при этом воспринимается как легкое давление с мягким вибрационным воздействием.

Простой и понятный принцип измерения способствует быстрому обучению работе с тонометром даже в домашних условиях. Четкие и лаконичные текстовые и видеонаструкции, поставляемые вместе с прибором, ускоряют это обучение.

Тонометр поставляется в футляре, оснащенном контрольным устройством. Футляр служит для переноса и хранения тонометра

в течение всего периода эксплуатации. Контрольное устройство служит для периодического контроля работоспособности тонометра.

«ТВГД-01» создавался для российского потребителя и потому максимально адаптирован к отечественной традиции измерения – тонометрическое ВГД при нагрузке 10 г (шкала тонометра Маклакова).

В настоящее время завершается создание «ТВГД-02», измеряющего истинное ВГД (шкала тонометра Гольдмана). Серийный выпуск «ТВГД-02» ожидается в 2014 году.

Информационная поддержка пользователей «ТВГД-01» осуществляется через центральный информационный ресурс по адресу <http://tvgd.info/>, а также через сайт завода-производителя по адресу <http://elamed.com>.



Все для здоровья. Здоровье для Вас.
Елатомский приборный завод – торговая марка ЕЛАМЕД

391351, Рязанская область, Елатма, ул. Янина, 25.
Тел./факс: (49131) 419-96, 416-16, 914-50, 917-76,
204-57, 438-29, (495) 221-27-77
admin@elamed.com www.elamed.com

Желтая гидрофобная асферическая ИОЛ «Optimed»

Б.М. Азнабаев,
Т.Р. Мухамедеев,
З.Р. Янбухтина

В современной экономике роль инноваций значительно возросла. Без применения инноваций практически невозможно создать конкурентоспособную продукцию, имеющую высокую степень наукоемкости и новизны. Таким образом, в рыночной экономике инновации представляют собой эффективное средство конкурентной борьбы, так как ведут к созданию новых потребностей, к снижению себестоимости продукции, к притоку инвестиций, к повышению имиджа (рейтинга) производителя новых продуктов, к открытию и захвату новых рынков.

На российском офтальмохирургическом и оптическом рынках одним из таких инновационно-активных предприятий является компания «Оптимедсервис», которая представляет свою продукцию под маркой «Optimed» уже на протяжении 20 лет и завоевала доверие более чем в 50 регионах России, а также в странах ближнего зарубежья. Многолетний опыт в сфере офтальмологии и высокий профессионализм специалистов компании позволяют улучшить качество жизни пациентов, сохраняя им драгоценное зрение.

Инновационная деятельность компании направлена на разработку и реализацию результатов научно-технических изысканий в виде оборудования для энергетической хирургии глаза (фактомультисфонокторы, универсальные офтальмологические системы), расходящих материалов (складывающиеся искусственные хрусталики, стерильные

внутриглазные среды, микрохирургические лезвия) и средств контактной коррекции зрения (мягкие контактные линзы, универсальные растворы, увлажняющие капли, ферментный очиститель).

Современный офтальмохирургический рынок предлагает большое разнообразие интраокулярных линз (ИОЛ), различающихся используемыми материалами для изготовления и конструкцией. В их числе прочную позицию занимает интраокулярная линза «Optimed», производство которых было освоено и успешно внедрено в 2006 г. ИОЛ «Optimed» обладают всеми необходимыми качествами, присущими линзам премиум-класса, в то же время являются коммерчески более доступными.

Выделяют ряд важных характеристик современных ИОЛ, таких как свойства материала, биосовместимость с тканями глаза, конструкцией оптической и гаптической частей, оптические характеристики, наличие эффекта «глистенинг», особенности ИОЛ в целях профилактики развития вторичной катаракты, а также наличие удобной системы имплантации.

Кроме того, на современном этапе развития катарактальной хирургии повысились требования к операционным методикам и к самим ИОЛ. Помимо отсутствия послеоперационных рефракционных погрешностей, предъявляются требования к коррекции предоперационных погрешностей рефракционной системы глаза (астигматизм, сферические aberrации), что в определенной степени объединяет катарактальную хирургию с рефракционными операциями.

ИОЛ «Optimed» представляет собой гибкую асферическую монофокальную линзу, изготовленную из

«натурального желтого» гидрофобного акрилата с УФ-блоком. Линзы с УФ-блоком давно стали стандартом в практике использования ИОЛ для защиты сетчатки от ультрафиолетовых лучей, а желтый хромофильный фильтр обеспечивает дополнительную защиту от воздействия синей части спектра и высокую контрастную чувствительность.

Нормальная роговица человека имеет более изогнутую форму в центре, чем на периферии, что приводит к появлению положительных сферических aberrаций. В глазу молодого человека нормальный хрусталик имеет отрицательные сферические aberrации и эффективно компенсирует недостатки роговицы. В итоге глаз имеет низкие сферические aberrации, острую контрастную чувствительность, а также отсутствует в норме гало-эффект. Однако с возрастом величина отрицательной сферической aberrации изменяется, поскольку хрусталик со временем претерпевает увеличение положительных aberrаций глаза. Асферическая ИОЛ «Optimed» имеет аберационно-корректирующую оптику, которая позволяет обеспечивать баланс между контрастностью изображения и глубиной поля для улучшения зрения пациента, особенно в условиях, когда зрачок глаза имеет большой размер, и достичь более высоких показателей тонких зрительных функций – пространственной контрастной чувствительности, мезопической и скотопической остроты зрения.

Общей проблемой, свойственной гидрофобным акриловым линзам, является наличие наполненных жидкостью микровакуолей в оптической части ИОЛ, так называемый эффект «глистенинг».

По данным литературы, клиническое значение данного эффекта варьирует от отсутствия какого-либо воздействия до существенной потери остроты зрения и контрастности чувствительности. В результате проведенного исследования, в ходе которого оценивали эффект «глистенинг» доступных на офтальмохирургическом рынке ИОЛ, было отмечено, что эффект «глистенинг» ИОЛ «Optimed» был сопоставим с показателями линз премиум-класса, а в некоторых случаях был сравним ниже.

Важно отметить, что современная конструкция гидрофобной ИОЛ «Optimed» из более эластичного материала направлена на предотвращение развития вторичной катаракты. Это достигается путем формирования 360° квадратного края задней поверхности оптической части и гаптических элементов ИОЛ, что служит своего рода барьером и существенно уменьшает миграцию эпителиальных клеток хрусталика после имплантации, а также при уменьшении специально разработанной конструкции гаптики, обеспечивающей максимальный контакт с капсульным мешком. Благодаря данной конструкции ротация гаптической части происходит по строго определенному механизму, в результате чего ИОЛ оптимизируется под любой размер капсульного мешка.

Одним из основных преимуществ ИОЛ «Optimed» является специализированная система «Preloaded», которая подает линзу непосредственно в стерильный инжектор. На современном этапе катарактальной хирургии это является стандартом безопасности, эффективности и прогнозируемой результативности имплантации ИОЛ. Таким образом, во-первых, исключается риск

деформации линзы при укладке пинцетом в инжектор, во-вторых, исключается любой контакт с внешней средой, что уменьшает риск инфицирования. Последующая имплантация с помощью одноразового инжектора обеспечивает простое и надежное введение ИОЛ «Optimed» через различные разрезы, в том числе микроразрезы. Такой способ введения одобрен и используется большинством хирургов во всем мире.

Особая микроструктура задней поверхности гаптической части линзы является еще одной ключевой характеристикой ИОЛ «Optimed». Эта особенность заключается в нанесении специальных микронасечек на поверхность, что позволяет снизить риск прилипания гаптической части ИОЛ, а также уменьшает время его отпирания. Для достижения лучшего результата микронасечки гаптики располагаются с шагом в 150 мкм и имеют глубину 10 мкм. Данное свойство гаптической части ИОЛ «Optimed» является важным, поскольку избавляет от лишних манипуляций в случае прилипания, особенно в случаях, когда проведение операции осложнилось разрывом цинновой связки или разрывом задней капсулы хрусталика. Легкость применения ИОЛ «Optimed» также проявляется в оптимальном времени расправления линзы, что позволяет проводить точную центрировку ИОЛ в капсульном мешке.

На сегодняшний день ИОЛ «Optimed» является оптимальным выбором среди многообразия интраокулярных линз, используемых в катарактальной хирургии. Высокое качество и ценовая доступность делают ИОЛ «Optimed» альтернативой дорогостоящим зарубежным линзам премиум-класса. ■

Registered Nurse, или Записки американской медсестры



Елена Филатова

Сегодня вашему вниманию, дорогие читатели, предлагается довольно необычная для такого скромного автора (тут представьте, что я, потупив взор, ковыряю пальчиком штукатурку в уголке) тема. Даже не тема, а целый жанр – журналистского расследования – с вашей покорной слугой в главной роли. Стрельбы и погони не обещаю, но стриптиз точно будет, так что читайте, не сомневайтесь.

До сих пор я вам рассказывала об американском здравоохранении с точки зрения медицинского работника, а сегодня поведаю о том, как я оказалась по другую сторону баррикад в качестве пациента. Усаживайтесь поудобнее, наливайте себе кофеику, или чем вы там обычно заправляете мои творения – это надолго.

Глава первая Почти двадцать лет спустя

Для начала я вас приглашаю, как у нас говорят тут за океаном, прогуляться со мной под ручку по аллее воспоминаний. Поведу я вас в приснопамятный 1994 год и начну с описания моего единственного пребывания в больнице на исторической родине. Дело было – шутка ли! – почти двадцать лет назад – и вам виднее, что и как с тех пор изменилось и в какую сторону, да и изменилось ли. А для меня это просто точка отсчета и вообще начало мемуаров (чем черт не шутит) с опережением графика и склероза! Поэтому и оформление сегодняшней рубрики ностальгическое, в стиле винтаж и антик.

Итак, краткая история моей болезни: грипп, плавно переходящий в пневмонию. Но это потом выяснилось, а началось так: гриппозный сезон, я лежу и помираю, температура 39, дышу еле-еле и при этом – по словам очевидцев – вся такая милого голубенького цвета. Замученный участковый врач пришёл, глянул на меня одним глазом, изрёк сакраментальное «в лёгких чисто, у вас грипп» и отбыл. Это теперь я понимаю, что у меня уже ацидоз начался, а тогда, ну что же, думаю, грипп такой тяжёлый, буду дальше болеть.

Слава Богу, что в России всегда есть знакомые врачи, и спасибо моей маме, которая позвонила нашей соседке по даче – врачу с сорокалетним стажем. Она мгновенно приехала, послушала мои лёгкие и чуть со стула не упала. В тот же день меня определили (опять же по

пришёл всё-таки этот страшный момент, которого я так надеялась избежать – редакция решила, что надо объяснить миру, почему в юном, но уважаемом специализированном издании – этоком вундеркинде офтальмологической печати – существует моя рубрика, не имеющая никакого отношения к офтальмологии. Причём хотя, чтобы я ответила на все вечные вопросы, а именно зачем, для чего, почему. Просто как у Штирлица: «Как тебе задание, вселенское?».

С редакцией меня связывает давняя и нежная дружба. Как впрочем и с офтальмологией. Я с гордостью пишу на своей роговице шрамы от

радиальной кератотомии, сделанной в МНТК «Микрохирургия глаза», и путаю ими американских оптометристов, которые смотрят на меня, как на живое ископаемое.

Честно скажу, что в нашей газете я себя чувствую чем-то вроде циркового клоуна, которого выпускают на манеж между полетом под куполом цирка и тиграми, когда униформе надо заполнить паузы во время смены оборудования, а зрителям – перевести дух между серьёзными номерами. Вот тут я и появляюсь под звуки автомобильного клаксона: в рыжем парике, с красным носом-пимпочкой и провозглашаю пискляво: «А вот и я!». Зрители

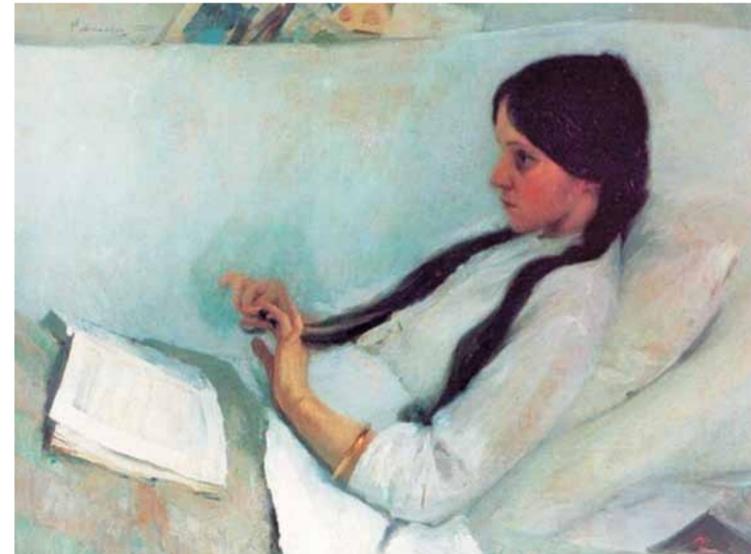
благодарно смеются. Но как известно, в каждой шутке есть доля шутки. А всё остальное – чистая правда.

Когда я, ещё будучи студентом медсестринского факультета, описывала эту правду в своих письмах в Россию, то над ними хохотали сначала мои мама и сестра, потом они несли их на работу и зачитывали там вслух, а ещё потом все начинали с нетерпением ждать следующего письма. После моего поступления на работу количество литературного материала начало возрастать в геометрической прогрессии, но тут как раз появилась Скайп, и писать стало незачем. Спасибо редакции – предоставили

выход для моей творческой энергии, а то бы совсем труба!

Вот так, из редкого совпадения желания с возможностью и появилась на свет моя рубрика. Я пишу, как былинный акын, по принципу «что вижу, о том пою»: всё, о чём я рассказываю, было мной пережито, передумано, пережито, пережито и пересмеяно. Боже упаси, я не претендую ни на какие глобальные обобщения или далеко идущие выводы... просто поую свою тучкину песню. А вы посмеётесь, задумаетесь, нахмурились, а может, на что-то взглянете по-новому? Вот и получится у нас связь с офтальмологией!

«Их бин больной»



Ф.П. Малевич. Больная. 1897 г.

знакомству, естественно) в так называемую «обкомовскую» больницу, которая, строго говоря, таковой уже быть перестала, но персонал по-прежнему ходил по струнке, белё было свежее и без дыр, и медикаменты самим не надо было доставлять. Вместо партийных деятелей больница теперь обслуживала шпик из администрации, ветеранов войны, ну и таких блатных, как я.

Положили меня в большую палату, где было много старушек. Если бы на моё койко-место был театральный билет, то на нём стоял бы большой фиолетовый штамп «Место неудобное». Прямо посередине палаты: старушки вокруг меня целый день клубятся, а ночью из окошка непонятного назначения, расположенного высоко над дверью, прямо в глаза бьёт свет из коридора. Не то чтобы он мешал мне спать, потому что спать было невозможно по другим причинам. Во-первых, меня душил кашель, и, будучи особой деликатной и изысканно воспитанной, я боялась разбудить старушек и всё время выходила кашлять в коридор.

Впрочем, я могла бы особенно и не беспокоиться, потому что когда я наконец утомилась и пристроилась вздремнуть, неожиданно оживились мои соседи по палате.

Бабушки начали концерт, которому мог бы позавидовать любой профессиональный певческий коллектив. Я замерла на своём неудобном месте, как подобает любительнице оперы, потому что ничего подобного в жизни не слышала. Верди и Пуччини отдыхают... Кто хрюкает, кто рычит, кто свистит, кто подывает – в каждой своя партия, свой тембр, свой диапазон – и всё это сливается в мощный хор, руководимый невидимым дирижёром. Так я наслаждалась народным творчеством до рассвета, когда старушки пробудились и приступили к следующему номеру программ: утренний жалобам. «Петровна, я ведь опять всю ночь глаз не сомкнула!» «И я, Лексевна, так и промучилась, не спавши!»

Так, думаю я себе, с такой массовой бессонницей среди старушек мне скоро конец придёт. А конец, на самом деле, был очень близок. Это мне потом уже сказали, потому что в России больным ничего «такого» не говорят, что всерьёз подить старушек и всё время выходить из палаты. Старый пневмонию, как сказал, так и старушки профессор, он не видел со времён Отечественной войны. Я как-то даже присосанилась, помните, как Крамаров, когда на него сваливается

шапка Мономаха в «Иван Васильевич меняет профессию»? Или, продолжил профессор, ещё бывает, что пьяный всю ночь в сугробе провалится, тогда так тоже случается. Тут я поникла. Обидно, понимаешь! Я вообще не пью! Почти!

В общем, думаю, надо брать дело спасения утопающих в свои руки. К счастью, заведующая отделением была молодая красивая женщина, моя тёзка, и на обходном невидимым дирижёром. Так я выяснилось, что я переводчик и преподаватель английского, она заинтересовалась и спросила, сколько я беру за урок. Тут я внутренне зажмурилась, собралась с духом, сделала наглую рыжью морду и говорю: «А что время зря тратить? Я тут застряла, похоже, надолго, так что давайте сразу и начнём заниматься. А вместо денег поменяйте мне палату, пожалуйста». Ужже, думаю, всё равно не будет, а вдруг получится?

И действительно, как только мне немного полегчало, мы с Леной начали заниматься английским и потом дружили домами до самого моего отъезда в США. И – согласно договору – я переехала в новую отдельную палату. Правда, меня сразу предупредили, что если палата понадобится VIP из областной

администрации, то меня выселят, но пока никто из власти предрасящих не заболел, я могу пользоваться всеми положенными им благами цивилизации, а именно отдельными туалетом, душем, холодильником и телевизором.

Телефон же был один на этаже, на пульте дежурной медсестры, а мобильных тогда не было, если помните. По долгу службы (и благодаря личному очарованию – здесь снова следует ковыряться штукатурки) вокруг меня в то время крутились американцы и канадцы, принимавшие близко к сердцу состояние моего здоровья. И они звонили «оттуда» на пульт, уж не знаю, как объяснялись с дежурной медсестрой и звали меня к телефону. И ещё – у меня в то время были очень вызывающие трикотажные штаны в этаких зигзагах, купленные, как говорится, по случаю. В общем, все больные как люди, шлёпают себе в байковых халатах, а я одна в штанах бешеной расцветки. А они удобные очень были и мягонькие! Моя сестра, по-моему, до сих пор держит их на даче.

Всё это я к тому, что стою я в коридоре у пульта в своих штанах и трещу на тарабарском языке, а мимо меня старая гвардия шествует в столовую. А я просто олицетворяю собой вызов обществу. Сплошной абстракционизм! Поэтому мне рассказали доброжелатели, что по отделению ходит слух, будто я не русская. Наверное, я должна была ужаснуться и начать доказывать, что я не верблюд, но я в эти тайны мадридского двора принципиально не играю, да и вообще, кому какое дело, правда? Слух пустил старый большевик Иван Иванович, который занимал соседнюю со мной отдельную палату и сказал как будто: «Вы только на неё посмотрите – разве она русская?!» И так понимаю, что шашки, домино и бразильские сериалы не полностью удовлетворяли культурные запросы постояльцев отделения и оставляли их с чувством, схожим с тем, которое они испытывали в те славные времена, когда «недоперевыполнили план». А вот мои штаны исправно утоляли их сенсорный голод.

Но Иван Иванович как воду глядел: не поддело его партийное чутьё. Поманили меня дальние страны... «Я менял города, а менял имена...»² И вот теперь, будучи плотно законспирированной

¹ Как говаривал Никита Сергеевич Хрущёв.

² Песня из к/ф «Ошибка резидента».

ЖЕЛТАЯ ГИДРОФОБНАЯ АСФЕРИЧЕСКАЯ ИОЛ OPTIMED®

Инновационные технологии максимально приближают искусственный хрусталик к натуральному

Материал ИОЛ, а также ее дизайн

- препятствуют развитию вторичной катаракты
- предотвращают возникновение дисфотопсий
- обеспечивают точную центровку

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



Система имплантации «preloaded»
СТАНДАРТ БЕЗОПАСНОСТИ

американской медсестрой, я всё же нет-нет да и вспомню, нет-нет да и оглянусь в тот 1994 год. Конечно, времени прошло немало, и сравнивать сегодняшнюю Америку и тогдашнюю Россию просто невозможно, да и незачем. Помните фильм «Напарник» из приключений Шурика, когда мастер устраивает мордастому Феде ознакомительную экскурсию по стройке? «В этом доме будет установлено на 100% больше газовых плит, чем в 1913 году». Я не хочу, чтобы мой сравнительный анализ звучал так же псевдонаучно, поэтому на этом этапе постараюсь ограничиться замечаниями общего порядка. Сведений из первых рук о том, как сегодня обстоит дело в российских больницах у меня нет, поэтому я буду основываться только на своих впечатлениях почти двадцатилетней давности и результатах бесед со своей сестрой и друзьями, которые живут в России.

Итак, если я всё же рискну сравнить США и Россию, то в русской больнице чувствуется такая одомашненность что ли, по сравнению с коммерчески-офисной атмосферой американской лечебницы. Не знаю, что тут первично, а что вторично, но то, что в России никто не дышит больным в затылок – быстрее, быстрее освобождайте палату – как мне кажется, располагает к более спокойному и расслабленному режиму лечения и внутреннего распорядка. Больные принимают лекарства, общаются друг с другом, прогуливаются в столовую, где обычно стоит и телевизор, беседуют в коридорах с навещающими родственниками. Так как пребывание в больнице обычно затягивается, больные постепенно сплавиваются в коллектив. Они всё про всех знают, зачастую успевают неоднократно поспорить и помирились (русские вообще всегда сами себе психотерапевты). В американской же больнице трудно даже вообразить возникновение такого сложного социального конфликта, какой, например, разыгрался вокруг моих штанов. Для его развития просто нет ни времени ни места.

Пожалуй, первое, что бросается в глаза при сравнении того, как архитектурно организованы больницы в России³ и США – полное отсутствие так называемых «зон отдыха» в последних. Никаких горшков с фикусами, тюлевых занавесок и кресел в коридорах, где больные могут посидеть и поговорить с навещающими родственниками. Все разговоры ведутся только в палатах. Что касается наших коридоров, то в идеале они должны быть совершенно пустыми, чтобы по ним можно было беспрепятственно пробежать на вызов дежурной бригаде, проехать на кровати больного с массой подключённой аппаратуры – в общем, проехать на танке. В реальной жизни в коридорах сидят медсестры за компьютерами и стоят лишние кровати. Главное правило – всё, что находится в коридоре, может быть из него убрано в считанные минуты по принципу «круглое откатить, плоское оттащить». Поэтому и кровати и компьютеры у нас на колёсиках, не говоря уже о медсестрах.

Ещё у нас нет никакой столовой на этаже. Поэтому еда для больных тоже на колёсиках: подносы доставляются прямо в палату. Американская больница не может допустить простаивания такого



М.П. Клодт. Последняя весна. 1861 г.

большого помещения: на его месте можно разместить палаты и делать на них деньги. Ну а раз нет места для сбора, то наши больные друг с другом не общаются, никакой игры в шашки и домино не происходит. В американской больнице главное – быстрее вылечить пациентов, вывести их из острого состояния, которое требует внутривенных препаратов или иного инвазивного лечения, и отправить домой, где они могут долечиваться таблетками, или – при необходимости – в реабилитационный центр. Вот там им будут и шашки, и домино, и «какава с чаем»⁴.

В Америке навязывая в зубах фраза «время – деньги» полностью применима к условиям больницы. Не знаю, как обстоит дело в России сегодня, но в 1994 году я пролежала со своей пневмонией в больнице полтора месяца, и тогда временной фактор, похоже, не принимался во внимание. Лежит себе больной – и лежит, лечится. Антибиотики мне исправно капали, но методом «тыка». Первые две недели никакого улучшения в моём состоянии не наступало. Я очень хорошо помню, что я уже сама понимала, что ещё немного – и начну помирать по-настоящему, но потом, к счастью, какой-то антибиотик всё-таки взял мою заразу за шкуру, а дальше уже молодой и здоровый организм сам справился.

Что бы со мной сделали в моей родной больнице Джона Муира? Дорогие мои читатели, вы только не думайте, что теперь я собираюсь расписывать, какая в США замечательная медицина и ругать русских лапотников. Всё совсем не так однозначно... А русским врачам при их светлых головах, золотых руках и нищенской зарплате давно пора уже памятник поставить! Это моё личное подхалимское мнение. Да и сравнивать-то на самом деле нечего: я понятия не имею, как именно лечили пневмонию в больнице Джона Муира в 1994 году, а ехать в Россию и заболеть пневмонией ещё раз для чистоты эксперимента... как-то не тянет, да и не сезон!

Поэтому давайте я вам просто расскажу, как у нас сегодня подходит к лечению тяжёлой пневмонии.

Если бы я оказалась в моём родном отделении, где одна палата стоит больше тысячи долларов в день, то мы, во-первых, постарались сразу бы выявить причину заболевания. Если и правда у меня была такая необыкновенная пневмония, то, скорее всего, сделали бы бронхоскопию (у нас её делают прямо в палате), высосали всю дрянь из лёгких, как пылесосом, и отправили бы на исследование. После этого назначили бы антибиотик, который метким ударом убивает именно эту бяку. В России у меня тоже пытались вытребовать мокроту на анализ, но у меня был сухой кашель, так что опыт не удался.

Ещё у нас обязательно нацепляют на палец прищепку для считывания уровня насыщения крови кислородом. Отличная штука! Работает точно, если только ногти у пациентки (или у пациента – у нас тут всякое бывает) не покрашены красным лаком. В таких случаях прищепляем прищепку к уху.

Одно из самых главных достоинств американской больницы – это наши респираторные терапевты, которые колдуют над больными с помощью своих хитрых приспособлений. Частоту их посещений определяет врач: обычно каждые четыре часа, но их можно вызывать, если больной начнёт задыхаться, или у него упадёт уровень насыщения крови кислородом. Придут, дадут больному подышать своими волшебными снадобьями, и всем становится легче.

Справедливости ради должна сказать, что кислород в моей русской палате был, прямо над моей кроватью, но мне его никто не предлагал. Руководствуясь вышеупомянутым принципом, что спасение утопающих – дело рук самих утопающих, я его сама себе «прописала», но так он подавался через простой шланг, не понятно было,

как им дышать. Ну, подержала я шланг у себя под носом минут десять, потом мне это надоело, и на этом мои кислородные процедуры закончились.

Вот ещё, что мы обязательно делаем больным с тяжёлой пневмонией: экспресс-анализ артериальной крови. Для этого не нужно назначение врача, забор крови производит респираторный терапевт, он же её и прогоняет через свой аппарат, и через пять минут мы знаем состояние основных газов в крови, а именно кислорода, углекислого газа и бикарбоната. В зависимости от этого мы определяем сколько кислорода в минуту и через какой аппарат давать больному, если у него респираторный ацидоз. И врачу звоним, просим поменять назначение, если капали физраствор, а по результатам анализа получается, что у больного метаболический ацидоз и ему надо добавить бикарбоната соды.



М.В. Нестеров. Больная девушка. 1928 г.

Я пыталась выяснить путём изучения специальной литературы в Интернете, делается ли в России этот анализ (кислотно-основное состояние крови или КОС). По моим данным, получается, что он делается только новорождённым в отделении интенсивной терапии, что имеет смысл: у них поддержание гомеостаза – это действительно вопрос жизни и смерти, и счёт там идёт на минуты. Взрослые больные в большинстве случаев имеют достаточно механизмов компенсации, которые позволяют им иногда довольно долго продержаться на плаву. Но, как я не устаю повторять, наша задача – как можно быстрее выявить причину болезни и по возможности её устранить. Анализ газов крови, может быть, и дорогой, и возни с ним много, и больные ворчат, потому что колоть приходится глубоко, но уж лучше сделать его, чем потом долго реанимировать больного. Это уж точно в копейку влетит!

Но потом выяснилось, что я не так искала. Оказывается, экспресс-анализ газов крови (но не артериальной) вполне известен и даже популярен среди широких масс. Даже блог на эту тему есть, называется «Дыхание – жизнь» (<http://nazim-tamedov.ucoz.ru/forum/20-61-1>). Поинтересуйтесь, там даже распечатки из газоанализатора приводятся, точь в точь наши родные, к которым я привыкла, только на русском языке. Здорово!

Блоггер под кличкой «генерал-майор» очень подробно всё растолковывает и даже предупреждает, как проследить, чтобы «глупая лаборантка»⁵ правильно организовала забор крови⁶. Правда, как он сам сообщает, кровь берётся «с пальца» (*стилистика сохранена*), а что там в капиллярах найдёшь такого жизненно важного, мне не понятно, но я и не генерал-майор, конечно. Он, правда, скромно признаётся в конце, что сам не медик. А шуму-то от него, шуму... «Опустим же завесу милосердия над концом этой сцены»⁷.

В следующей главе речь пойдёт о хирургическом отделении, разных видах наркоза и наркотиков (в самом медицинском смысле). До встречи! ■

³ Это я всё ещё в 1994 году; современных данных из первых рук у меня нет, так что судите сами.

⁴ Лёлик, к/ф «Бриллиантовая рука».

⁵ Цитируется по тексту блога.

⁶ А не то – два наряда вне очереди!

⁷ Марк Твен. «Приключения Тома Сойера».