III 3PEHIA

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№3(23) МАЙ-ИЮНЬ 2014

ISSN 2221-7746

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

История кафедры офтальмологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

¬афедра глазных болезней медицинского факультета московских высших женских курсов (МВЖК) была основана в 1910 г. Ее организатором был профессор Михаил Иосифович АВЕРБАХ, впоследствии академик АН СССР (1939), заслуженный деятель науки РСФСР. Еще при жизни М.И. Авербаха глазной клинике 2-го МГМИ было присвоено его имя. Клиника начала свою работу в 1910 г. на базе бывшей глазной лечебницы им. Алексеевых. Профессор М.И. Авербах стремился осуществить идею создания самостоятельной базы для кафедры глазных болезней. Он добился присоединения Голицынской больницы (в то время закрытой)



к 1-й Градской больнице и открытия в ней глазного отделения. С 1918 г. клиника приступила к работе на вновь организованной базе. С переходом кафедры в 1-ю Градскую больницу начала функционировать небольшая бактериологическая лаборатория. В 1929 г. М.И. Авербах провел первую в СССР операцию по поводу отслойки сетчатки. Огромную практическую ценность имеют работы М.И. Авербаха по дакриоцисториностомии. С 1932 г. внутриглазные инородные тела, по инициативе М.И. Авербаха, стали удаляться диасклеральным методом, в котором М.И. Авербах видел большое преимущество.

> стр. 3

конференции • симпозиумы

XX Экспертный Совет по глаукоме Российского глаукомного общества

ередина мая 2014 г. ознаменовалась проведением очередного, юбилейного XX Экспертного Совета по глаукоме Российского глаукомного общества, собравшего ведущих специалистов со всех уголков страны.

Первое заседание традиционно началось со вступительной речи президента РГО, профессора Е.А. Егорова. Он напомнил собравшимся историю создания организации, действительными членами которой к настоящему моменту являются более 160



офтальмологов, миссию и цели, стоящие перед ней, представил большой перечень ежегодных мероприятий и перечислил печатные издания, которые создаются при непосредственном участии РГО. Большое внимание было уделено вопросам международного сотрудничества и интеграции российской глаукоматологии в мировую научно-информационную базу (в том числе в рамках развивающегося сотрудничества с Всемирной и Европейской глаукомными ассоциациями).

> стр. 2

Юбилейный XX Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи»

коло двух тысяч врачей-офтальмологов, организаторов здравоохранения, представителей научно-исследовательских и высших учебных заведений, а также компаний по производству фармацевтических препаратов и медицинского оборудования из России и многих зарубежных стран приняли участие в юбилейном XX Международном офтальмологическом конгрессе «Белые ночи».

Организаторами форума стали Министерство здравоохранения Российской Федерации, Комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, Северо-Западное отделение РАМН, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, общероссийская общественная



организация «Ассоциация врачей-офтальмологов» и компания Glazmed International Inc.

Выступления участников конгресса на пленарных заседаниях и сателлитных симпозиумах были посвящены лечению глаукомы, хирургическому лечению катаракты, нейроофтальмологии, воспалительным и дистрофическим заболеваниям роговицы и конъюнктивы, медикаментозному и хирургическому лечению сосудистых заболеваний сетчатки и хориоидеи, а также многим другим областям офтальмологической науки. Корреспондент газеты «Поле зрения» побеседовал в кулуарах с участниками форума.

> стр. 14



Дорогие коллеги!

Примите самые искренние и добрые поздравления с профессиональным праздником!

Среди множества профессий профессия врача — одна из благородных и гуманных. Она требует не только глубоких знаний, невероятной ответственности, высочайшего мастерства, но и особых нравственных качеств: милосердия, чуткости, способности разделить чужие боль и страдание. Спасая жизни людей и возвращая здоровье, вы помогаете своим пациентам заново обрести себя, позволяете с надеждой смотреть в будущее и строить новые планы.

Шагая в ногу со временем, чутко следя за новейшими медицинскими технологиями, вы осваиваете и внедряете самые передовые методы профилактики и лечения заболеваний, позволяя горожанам получать качественную медицинскую помощь.

Огромное вам спасибо за то, что ежедневно, ежечасно, днем и ночью, в праздники и в будни, проявляя терпение и чуткость, отдавая частицу себя, вы выполняете свою благородную миссию.

От всей души желаем вам крепкого здоровья, успехов и удач в работе, счастья, благополучия и отличного настроения.

Ваш главный редактор Сергей Аветисов

В номере:

Офтальмологические центры России > стр. 3, 5

От первого лица > стр. 6
Конференции > стр. 8, 10, 14
Актуальное интервью > стр. 18
Научные статьи > стр. 20
Лекции > стр. 23, 26

Великие имена > стр. 28

Оптометрия > стр. 31, 32

В помощь практикующему врачу > стр. 34

Эссе > стр. 40

Частные клиники > стр. 42

К незримому солнцу > стр. 44

Записки американской медсестры > стр. 46

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

III Конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS)

мая в Санкт-Петербурге состоялась, линзы. Теперь на рынок выходит модель enVista **25** ставшая уже традиционной, конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS). Как и в предыдущие годы, конференция носила образовательный характер. Докладчики — ведущие офтальмологи, имеющие признание в России и за рубежом, открыто делились опытом

Программа конференции состояла из пяти секций: катарактальной, рефракционной, витреоретинальной, хирургии глаукомы, фармакотерапии в офтальмохирургии, а также видеотрансляции «живой хирургии»

Открыл конференцию президент Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов, профессор В.Н. Трубилин. В своем приветственном выступлении профессор В.Н. Трубилин ознакомил собравшихся с результатами деятельности общества за истекший период и обозначил планы развития в перспективе. Большой интерес вызвала часть сообщения, касающаяся фармако-экономических аспектов лечения катаракты в России. Данное исследование проведено впервые в России.

Секцию хирургии катаракты открыла профессор С.Ю. Анисимова. Пока скептики спорят о месте фемтосекундного лазера в хирургии катаракты, она на собственном примере доказывает, что фемтолазерные системы прочно укрепились в арсенале хирургов и могут быть использованы не только в рядовых случаях, но и в осложненных. В своем докладе профессор С.Ю. Анисимова затронула аспекты фемтолазерного сопровождения факоэмульсификации при псевдоэксфолиативном синдроме, а также в комбинации с непроникающей глубокой склерэктомией.

В мировой практике существует много сторонников использования интраокулярной линзы enVista, которая позиционируется как glistening-

ООО «Трансконтакт» (495) 605-39-38

ООО «Дубна-Биофарм» (495) 921-36-97

локолинк.

⇔ БИОСОВМЕСТИМОСТЬ

ф БЕЗОПАСНОСТЬ

ф ЭФФЕКТИВНОСТЬ

000 «Трансконтакт»

и группа компаний

Toric. А.Г. Гринев представил несколько клиниче-

Профессор А.В. Золотарев, являющийся одним из первых пользователей факоэмульсификатора WHITESTAR Signature, в своем сообщении детально остановился на характеристиках этого прибора, рассказал о его особенностях, а также провел очерель с Infiniti и Stellaris). Сообщение сопровождалось демонстрацией видеоматериала эффективного использования технологий WHITESTAR Signature для удаления осложненных катаракт.

Огромный интерес вызвал доклад профессора интраокулярной линзы Acrysof Toric T2. Он представил аргументы «за» и «против» коррекции астигматизма низкой степени при факоэмульсификации, поделился накопленным опытом коррекции астигматизма при помощи лимбальных насечек (LRI) с 5-летним сроком наблюдения. Под конец выступления профессор К.Б. Першин обратился к президиуму с вопросом об их взгляде на коррекцию астигматизма низкой степени у пациентов с катарактой. Вопрос вызвал оживленную лискуссию.

Тему внедрения фемтолазерных технологий для сопровождения хирургии катаракты осветил в своем докладе Б.В. Лаптев. Докладчик поделился своим первым опытом использования фемтосекундного лазера LenSx, рассказал о положительных и отрицательных сторонах фемтолазерного сопровождения, особенностях предоперационной подготовки пациентов для профилактики миоза. Был продемонстрирован фильм, в котором показано, как доктор Б.В. Лаптев решается испытать чувства пациента в процессе стыковки лазера с глазом (docking).

В заключительном докладе первой секции И.А. Лоскутов рассказал о преимуществах современного варианта удаления ядра "easy phaco".

Проведение показательных операций является изюминкой многих современных конгрессов и конофтальмологам. Но до недавнего времени была как используются современные технологии и убевозможность использования только сферической диться в мастерстве хирургов в процессе операций.

В этом году трансляцию «живой хирургии» коррекции пресбиопии, идеальной до сих пор проводили из операционных залов МНТК «Ми- нет, а данная методика определенно заслуживает крохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова внимания. Однако ни одна из этих технологий

Оперирующими хирургами выступили: Н.П. Со- ской Федерации. болев, В.В. Тепловодская и А.В. Сидорова. Хирурс имплантацией торических и мультифокальных сле ранее перенесенной радиальной кератотомии. ИОЛ, факоэмульсификация с последующей имплантацией микро-шунта EX-PRESS. В отдельнового интерфейса для фемтосекундного лазера витреоретинальной патологии и глаукомы. вому интерфейсу удалось снизить компрессионное воздействие на роговицу, тем самым улучшив процедуру формирования капсулорексиса.

Секция рефракционной хирургии началась с обсуждения технологии фемтосекундного лазера VisuMax. С.А. Никулин и А.Б. Качанов рассказали о технологии Smile и о новых подходах при удалении лентикулы в рефракционной хирургии.

опыта выполнения трансплантации лесцеметовой мембраны с эндотелием (DMEK) с шестилетним сроком наблюдения. Доклад доктора О.Г. Оганесяна вызвал огромный интерес у коллег, учитывая высокую актуальность вопроса кератопластики.

Профессор А.В. Золотаревский продолжил тему пересалки роговины, представив доклад, посвященный сравнительной оценке результатов сквоз-

Год назад, на конференции Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов, профессор М.Д. Пожарицкий доложил о первом отечественном опыте имплантации интрастромальных рефракционных линз для коррекции пресбиопии. В этом году он провел сравнительрекции пресбиопии — Acufocus Kamra и Presbia Flexivue Microlens. Огромный интерес к этому сообщению подкреплен актуальностью проблемы. Несмотря на большое количество методик

еще не зарегистрирована на территории Россий-

В заключительном докладе секции профессор гами был представлен пелый комплекс высоко- С.И. Анисимов представил результаты реабилитатехнологичных операций — факоэмульсификация шии пациентов с гиперметропическим сдвигом по-

рургии глаукомы выступили общепризнанные ном включении доктор Н.П. Соболев поделился эксперты в этих областях, рассказав об актусвоими первыми опгупениями от использования альных направлениях в хирургическом лечении

> посвящена фармакотерапии в офтальмохирургии. Д.Ю. Майчук и профессор В.В. Бржеский выступили с докладами по актуальным проблемам знакомым каждому хирургу — профилактике инфекционных осложнений после операции и профилактике и лечению синдрома «сухого глаза».

С.Ю. Слонимский поделился опытом применения местного 0,4% кеторолака после рефрак-

Профессор И.Э. Иошин в своем докладе «Актуальность макулярного отека при ФЭК» подчеркнул в послеоперационном периоле и привел пример рационального терапевтического ведения пациентов после факоэмульсификации катаракты.

После заключительного слова профессора В.Н. Трубилина гости конференции продолжили общение в неформальной обстановке на фуршете.

Большое количество гостей, принявших участие в конференции, лишний раз подчеркива И можно с уверенностью сказать, что конгресс Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов занял свое постоянное место ный анализ применения лвух технологий для кор- в напряженной сетке научных и образовательных мероприятий офтальмологов России!

> Материал подготовил Александр Трубилин, ассистент кафедры офтальмологии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России

ХХ Экспертный Совет по глаукоме Российского глаукомного общества

После проведенного голосования Экспертный Совет пополнился двумя новыми члена- действие на митохондриальный аппарат. профессор Н.И Иванова, заведующая кафедрой офтальмологии ГУ «Крымский государствен- вил профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург). дискуссии профессор Ю.С. Астахов отметил роль ный медицинский университет им. С.И. Георгиевского» (Симферополь) и руководитель ор- киваются в настоящее время исследователи при эффективности нейропротекторных свойств ганизационно-методического отдела по офталь- изучении механизмов заболевания, подчеркну- ряда препаратов сквы С.В. Симонова. В состав президиума РГО экспериментального животного и модели изучае- Совета была посвящена актуальным вопросам вошла руководитель отделения глаукомы МНИИ мого заболевания. Наряду с трабекулярными из- хирургии глаукомы. Профессор В.У. Галимова глазных болезней им. Гельмгольца, профессор О.А. Киселева (Москва).

Жаркую и плодотворную дискуссию вызва-«Национального руководства по глаукоме для — «Особенности терапии начальных стадий глау- — шими свойствами высокой биосовместимости. практикующих врачей». Результат активной комы» были предложены рациональные под- пластичности, моделируемости, гидрофильваооты ведущих глаукоматологов России увидит свет в конце 2014 г. Третье по счету издание будет дополнено несколькими блоками все вновь выявленные больные должны начи- интрасклерального и переднего губчатого дреактуальной информации по вопросам диагно- нать лечение с медикаментозной терапии, ее нирования, лечебного ретросклеропломбирова-

стики и лечения данной патологии. миологических исследований первичной откры- к лечению. Наконец, медикаментозная терапия глаукомы. Им были подробно проанализиротоугольной глаукомы в Российской Федерации. при продвинутых стадиях ПОУГ в большинстве ваны основные патогенетические принципы Профессор О.А. Киселева (Москва) останови- случаев должна быть ограничена временем, операции, показания и противопоказания, лась на социально-экономических аспектах необходимым для медико-психологической под- этапы хирургии, ближайшие и отдаленные репроблемы и представила данные исследования, готовки к хирургическому лечению. в котором приняли участие 37 регионов страны логическими кадрами.

тическом факторе, играющем ключевую роль текторного эффекта препаратов в активации апоптоза при нейродегенератив-

хондриальной дисфункции. При этом терапев- средств, имеющихся в распоряжении глаукоматодолжна включать препараты, оказывающие ных проблем, связанных с низкой доказательной

Современные представления о патогенезе Освещены основные проблемы, с которыми сталта чрезвычайная важность правильного выбора процессам, сопровождающим глаукому.

ходы к начальной гипотензивной терапии при ности. Была представлена техника операции обязательным условием должна быть эффекния, реваскуляризации зрительного нерва. Первый доклад научной программы Эксперт- тивность препарата, высококвалифицированного Совета был посвящен результатам эпиде- ное наблюдение и приверженность больного зовал возможности каналопластики в лечении

с общим числом обследованных больных более пии развитых и далеко зашедших стадий глауко- пациентов, особенностям интраоперационной 11 тысяч. Были представлены профиль глауком- мы представил профессор Е.А. Егоров (Москва). техники. ного больного на различных этапах заболева- Им убедительно доказана важность своевременния, предпочтения офтальмологов в отношении но начатой максимально эффективной медикастартовой терапии, обеспеченность офтальмо- ментозной коррекции повышенного офтальмотонуса, в том числе с применением фиксированных остановился в своем сообщении на патогене- стика не только гипотензивного, но и нейропро-

Продолжением начатой темы стало сообшение ных заболеваниях, к которым с полным правом доцента А.Ю. Брежнева (Курск), который дал хаможно отнести и глаукому. Речь идет о мито- рактеристику всему арсеналу нейропротекторных

гическая стратегия, по мнению докладчика, логов в настоящее время, очертил круг нерешенбазой отдельных категорий предлагаемых спосопервичной открытоугольной глаукомы предста- развития этого направления лечения. В рамках отечественных ученых в изучении вопросов

менениями, большое внимание в докладе было (Уфа) сделала обзор современных технологий уделено биохимическим и патоморфологическим оперативного лечения и поделилась многолетним опытом использования репаративной хирур-В докладе профессора В.П. Еричева (Москва) гии биоматериалами «Аллоплант», обладаю-

Профессор М.М. Бикбов (Уфа) охарактеризультаты. Даны практические рекомендации Современные аспекты гипотензивной тера- по клиническому и гониоскопическому отбору

В заключительном слове профессор Е.А. Егоров обозначил основные цели и задачи, стоящие перед Экспертным Советом РГО в текущем году. Очередное заседание совета состоится в дека-Профессор В.Н. Алексеев (Санкт-Петербург) комбинаций, показана сравнительная характери бре 2014 года в рамках ежегодного XII Международного конгресса Российского глаукомного общества в Москве

> Материал подготовил доцент А.Ю. Брежнев Курский государственный медицинский университет

История кафедры офтальмологии лечебного ФАКУЛЬТЕТА РНИМУ им. Н.И. Пирогова



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Михаил Иосифович Авербах



Наталья Александровна Плетнева



Михаил Михайлович Краснов



Аркадий Павлович Нестеров



Евгений Алексеевич Егоров

< стр. 1

При абсолютной глаукоме, сопровождающейся болями, он прибегал союзного и Всероссийского офталь-

В середине 1920-х годов глаз- комиссии по премиям имени акаденая клиника приобрела офталь- мика М.И. Авербаха, членом Ученомологическое оборудование. Это положило начало организации ца, членом редколлегии журнала в клинике кабинета функциональной диагностики

В 1936 г. с открытием педиатрического факультета клиника болезням, членом проблемной чебного и педиатрического).

В октябре 1941 г. кафедра глаз- медалями ных болезней эвакуировалась в Омск. Из сотрудников, остав- рой работала клиника, была глашихся в Москве, в 1942 г. была укома. Клиника одной из первых дра глазных болезней, работавшая в глазной клинике 1-го МГМИ. куации, кафедра глазных болезней начала работать в своем старом 1-й Градской больницы). Клиника ет роль расстройство периферичебыстро восстанавливалась и вско- ского кровообращения, расстройстала крупным лечебным, педагогическим и научным учреждением функциональным, физиотерапевтическим, глаукомным, ортопеди-

фессор Наталья Александровна артерию, яремную вену и шлем-ПЛЕТНЕВА. Н.А. Плетнева была мов канал.

заместителем председателя Мообщества, членом правления Всемологических обществ, секретарем го совета Института им. Гельмголь-«Вестник офтальмологии», редактором хирургического тома многотомного руководства по глазным комиссии при АМН СССР и др., награждена орденом Ленина (1963), Основной проблемой, над кото-

в СССР на основе своих работ установила, что главная причина колебания внутриглазного давленого сосудистого тонуса, регулируемого вазомоторами глаз и что ство функциональной способности стенки капилляров. Изучались пути регуляции внутриглазного давления. Клиника изучала в эксперименте передние пути оттока внутриглазной жидкости методом В 1944 г. кафедрой глазных трастной массой сосудистой си-

Большое место в работах клиники занимал вопрос лечения глаукомы с использованием как медикаментов, так и хирургического полхода.

тий для студентов-педиатров клинике было предоставлено детское глазное отделение в городской детской клинической больнице (Морозовская больница). В 1963 г. клиника глазных болезней педиатрического факультета выделилась в самостоятельный курс

В 1964 г. кафедра глазных болезней лечебного факультета была переведена в больницу № 59, глазное отделение 1-й Градской больницы осталось за кафедрой в качестве второй базы. Здесь проводилась часть практических занятий со студентами лечебного и педиатрического

С 1964 г. кафедру глазных болезней лечебного факультета 2-го МГМИ возглавил профессор Михаил Михайлович КРАСНОВ. М.М. Краснов академик АМН СССР (1975), член- К 1966 г. на лечебном факультекорреспондент общества офталь- те обучалось около 350 человек и мологов ГДР, член Международного комитета по глазной микрохирургии, международной группы по ал-Он был заместителем председателя правления Всероссийского научного офтальмологического общества, членом правления Всесоюзного и болезней стала заведовать про- стемы глаза через общую сонную Московского офтальмологических сии Комитета по новой медицинской

технике МЗ СССР, редактором журнала «Вестник офтальмологии». Работая над проблемой глаукомы, он выдвинул принцип пару операции, в связи с этим была

предложена оригинальная антимия. В целях ранней диагностики глаукомы была предложена орипроба. М.М. Краснов также разработал ряд других операций и предложил офтальмологические приборы, некоторые из них выпускались промышленностью За период до 1972 г. вышло око-

ло 700 печатных работ кафедры. Кафедра глазных болезней всегда играла большую роль в подготовке научно-педагогических кадров и молодых специалистов. В пердры число студентов не превышало 200-250 человек, но после 1917 г. приблизительно столько же — на педиатрическом. С 1966 г. на кафедре глазных болезней лечебного факультета стали заниматься и студенты вечернего факультета. Преподавание велось на IV и V курсах, наибольшее количество часов отводилось на лекции и практические занятия. С 1958 г. кафедра стала обращать особое внима-

проблем офтальмологии, на значение профилактической работы по оздоровлению зрения, а также борьбе с глаукомой, трахомой. усвоения предмета на лекциях студентов стали широко привлекать (щелевая лампа, электрический периметр, электрический офтальмоскоп), а также к работе в операционной, к ассистированию и выполнению мелких амбулаторных

В 1973 г. кафедру возглавил академик РАМН, профессор Аркадий Павлович НЕСТЕРОВ. Вместе с ним в коллектив пришли его ученики Е.А. Егоров (позднее — профессор, заведующий кафедрой), Ю.Е. Батманов (позднее — профессор, проректор РГМУ по лечебной работе и логии ФУВ), Е.И. Сидоренко (позднее — профессор, заведующий атрического факультета РГМУ). А.П. Нестеровым опубликовано 14 монографий и книг (5 из них за рубежом), 306 статей (45 из них ром учебника по глазным болезням для медицинских вузов (три водства для врачей по использованию лекарственных средств», а такние на практическое разрешение дарственным комитетом по делам



Доцент Т.М. Волобуева выполняет биомикроскопию



Профессор А.Е. Егоров выполняет факоэмульсификацию катаракты



Студенты осваивают кинетическую периметрию



Студенты учатся работать с зеркальным офтальмоскопом

регистрировано открытие А.П. Не-

была разработана классификация

премия (диплом) им. Н.И. Пирогова

РАМН, в 2000 г. — премия Прави-

тельства РФ, в 2002 г. — премия им.

Т.И. Ерошевского за лучшую моно-

звание «Заслуженного изобретателя

ла «Клиническая офтальмология».

дицина, здравоохранение), членом

президиума Общества офтальмоло-

тальмологов, ранее занимал долж-

ность члена Фармакологического ко-

митета МЗ РФ (до 1999 г.). В 2002 г.

лечебного факультета РГМУ.



Профессор О.А. Румянцева и кружковцы



Демонстрация микрохирургического инструментария











Издания для врачей





Учебные пособия для ВУЗов

базисные и прикладные аспекты в офтальмологии МЗ РФ; заме- и высокотехнологическая хирургиофтальмофармакологии, патогенез, стителем председателя постоянно борное и инструментальное обе- выпуску Федерального руководства изведено более 8000 операций) графию в области медицинской геронтологии. Ему было присуждено спечение диагностики и лечения по рациональному применению заболеваний глаз. Им опубликова- лекарственных средств; председа-СССР». Он являлся президентом ас- но более 400 научных работ, 9 мо- телем учебно-методической комис- патологией, включая глаукому, тальмология». Среди изданий, над социации офтальмологов г. Москвы, нографий, сделано 24 изобретений, сии по офтальмологии МЗ РФ. подготовлено 10 докторов и 23 кан тра управления делами Президен- дидатов медицинских наук. В 2000 г. тальмологии лечебного факульте- гию сетчатки. В лечении пациентов та РФ, главным редактором журна- за разработку и внедрение микрохи- та расположена на базе городской используются в том и числе и мето- дисциплине «глазные болезни» стурургических технологий для лечения клинической больницы № 15 им. ды, разработанные на кафедре. глазных болезней Е.А. Егорову при-О.М. Филатова. руководителем Московского глаукомного центра, экспертом Совета суждена премия Правительства РФ. Е.А. Егоров является президентом № 15 — один из крупнейших лепо присуждению государственных Российского глаукомного общества, чебных центров Москвы, включатета являются совершенствование, семинарах и лекциях студенты изуи правительственных премий (меруководителем Московского город- ющий в себя стационар на 1600 разработка и внедрение медикаменского глаукомного центра, первым коек, консультативно-диагностичегов России, старшим членом Межвице-президентом Ассоциации вра- ский центр, родильный дом, завод методов лечения ишемических и ла оказания первой помощи при подународного глаукомного общества чей-офтальмологов России, членом по производству инфузионных рас- дистрофических заболеваний глаза; вреждениях глаза, овладевают оспрезидиума Общества офтальмо- творов на 5000 флаконов в день. при Международном Конгрессе офлогов России, членом-учредителем Европейского общества исследова- базой двух медицинских институ- скими заболеваниями зрительного он был избран почетным заведуской академии офтальмологии, НИИ, в которых работают крупнейющим кафедры глазных болезней Европейского глаукомного обще- шие специалисты России. Ежегодно Академик РАЕН, РАМТН, док- ского офтальмологического обще- сяч человек.

Евгений Алексеевич ЕГОРОВ возглавляет кафедру глазных болез-

клиника и лечение глаукомы, при- действующей группы экспертов по

В настоящее время кафедра оф-

Сегодня городская больница

телей зрения, членом Американ- тов, четырех ведущих медицинских ства, почетным членом Болгар- в ГКБ проходят лечение 34-35 ты-

«Клиническая офтальмология». 2 глазных отделения (№ 13 и № 15), с 2000 г. Основные направления на- седателем комиссии по лекарст- деление имеется и в консультатив- ставки лекарственных средств в заучных исследований Е.А. Егорова — венным средствам, применяемым но-диагностическом центре (КДЦ). дний отдел глаза, аутобиотерапии,

Также на базе кафедры и больницы создан Московский глаукомный центр, где пациенты из любого народного офтальмологического округа Москвы могут получить бес- конгресса «Белые ночи»; Экспертплатную консультацию и грамот-Сотрудники кафедры осущест-

вляют консультативно-диагностическую и лечебную работу как в стационаре, так и в КДЦ, еже- и РФФИ («Интеллектуальная лазергодно обследуя около 900 пациентов, участвуют в обходах, консилиумах, разборах сложных случаев, внутрибольничных конференциях. Современные методы исследования ческая помощь (с 2005 по 2009 гг. ников научных статей, 3 руководсотрудниками кафедры было прооказывается пациентам с разно- для ВУЗов. Ежеквартально выходит образной офтальмологической миопию, инфекционно-воспали- которыми работали сотрудники

тозных, лазерных и хирургических оптимизация методов диспансерно-Больница является клинической го наблюдения больных с хрониче-

На кафедре проводятся работы жок, где на заседаниях подробно по повышению качества диагностики и лечения больных с глаукомой, возрастной макулярной дегене- глазных заболеваний; докладыватор медицинских наук, профессор ства, главным редактором журнала В стационаре расположены рацией, диабетической ретинопатией, в том числе с применением Е.А. Егоров ведет большую об- лазерное отделение микрохирур- локального управляемого внутри- разборы; организуются экскурсии ней лечебного факультета РГМУ щественную работу, являясь пред- гии глаза; офтальмологическое от- глазного воспаления, адресной до-

пролонгированной фармакотерапии использованием зон повышенной проницаемости пигментного эпителия сетчатки.

За период с 2005 по 2009 гг. на кафедре было защищено 4 докторских и 10 кандидатских диссертаций, зарегистрировано 6 изобретений, утверждена 1 медицинская технология. Ежегодно коллектив кафедры

принимает участие в организации и проведении Всероссийской школы офтальмолога; конференции «Глаукома: теории, тенденции, технологии. HRT клуб Россия»: междуного Совета по глаукоме.

Сотрудники кафедры также участвуют в грантах Президента РФ («Оптимизация диспансеризации и мониторинга больных глаукомой») ная система для лечения патологии зрительного нерва и сетчатки»).

Коллектив кафедры ведет обширную издательскую деятельность: за пятилетний период было выпущено 4 монографии, 5 сборкомендации, ряд учебных пособий в свет журнал «Клиническая офы, 2 имеют гриф УМО.

На кафедре проходят обучение денты пятого курса лечебного, ме-Основными научными направле- дико-биологического факультетов ниями работы коллектива кафедры дневного и вечернего отделений. офтальмологии лечебного факуль- В течение двухнедельного цикла на чают основы диагностики и лечения новными практическими навыками.

> Студенты, желающие более глубоко изучить глазные болезни, посещают студенческий научный круразбираются диагностика и лечение различных, в том числе релких. ются новости офтальмологического и посешения конференций: демонстрируются базовые хирургические

Несколько страниц истории Чебоксарской РКОБ

У «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» Минздравсоцразвития Чувашии имеет славную историю. Открытие учреждения состоялось в 1981 году. Название медицинского учреждения неоднократно менялось в соответствии с тем, как офтальмологи республики справлялись с поставленными перед ними задачами по ликвидации трахомы и переходом к решению новых проблем лечения глазных болезней. Больница, бережно храня свои традиции, создала свою школу и воспитала не одно поколение врачей-офтальмологов. Сегодня она возглавляет всю глазную службу республики, по праву считается признанной кузницей медицинских кадров. На ее базе совершенствуется квалификация врачей и обучаются студенты медицинского факультета Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова, студенты медицинского

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Больница оснащена новейшей аппаратурой, позволяющей выполнять самые сложные операции от близорукости, катаракты, глаукомы и других болезней. Современная клиника — это не только прогрессивная технология лечения. Не менее важны для больного уют, комфорт, культура обслуживания. Клиника рассчитана на 200 коек, находится в пятнадцати минутах езды от центра города.

История Республиканской клинической глазной больницы началась в 20-е годы, 85 лет назад. В это время в республике велась активная работа по борьбе с трахомой. Важную роль в этом сыграли окулистические пункты и передвижные глазные отряды. В 1921 году врачебная коллегия облздравотдела разработала специальную программу для борьбы с одним из самых распространенных социальных болезней — трахомой. В 1926 году по инициативе Совнаркома ВЦИК РСФСР принял постановление «О мерах борьбы с трахомой». Это постановление положило начало развитию офтальмологической службы в Чувашской АССР. До 80% населения Чувашии было поражено трахомой, и первые этапы развития офтальмологической службы проходили в борьбе с этим тяжелым заболеванием, приводящим к слепоте

В 1922 г. открылись 3 окулистических пункта в Чебоксарской, Цивильской и Ядринской больницах. В Ядрине было открыто глазное отделение на 10 коек.

В 1926 г. Цивильске открывается первая глазная лечебница

Открытая в 1927 г. в Канаше глазная больница стала не только центром оказания глазной хирургической и консервативной помощи, но и научным центром по разработке методов и путей ликвидации трахомы.

В 1927 г. на 2-м Чувашском республиканском съезде работников здравоохранения было принято решение о создании организационно-методического центра — трахоматозного института Наркомздрава Чувашской АССР.

В 1928 г. было создано трахоматозное общество для организации повсеместной борьбы с трахомой

Организованный в 1933 г. в Канаше Наvчно-исследовательский трахоматозный институт в 1938 г. был переведен в Чебоксары и переименован в филиал Государственного глазного института имени Гельмгольца. Сотрудниками института было издано три сборника научных трудов, около 100 научбюллетеней. Так, в 1940 г. К.А. Забугин за работу «Трахома, ее эпидемиология и перспективы ее ликвидации в Чувашии», в 1946 г. А.З. Шульпенкова за труд «Трахома и борьба с нею в Чувашской АССР» были удостоены ученой степени кандидата медицинских наук. Под руководством института разрабатывались мероприятия по расширению офтальмологической помощи в районах республики, велась широкая профилактическая и лечебная работа по предупреждению глазных болезней, слепоты, внедрялись новые методы лечения глазных болезней

К 1950 г. по ЧАССР было 26 глазных отделений (350 коек), глазных пунктов — 21, глазных лечебниц — 2, детских трахоматозных пунктов — 10 (100 коек), трахоматозных пунктов — 539, врачей-окулистов — 34, трахоматозных сестер и фельдшеров — 539.

С 1941 по 1950 гг. директором Чувашского трахоматозного института была А.З. Шульпенкова, заслуженный врач РСФСР и ЧАССР, кандидат медицинских наук. С 1950 по 1957 директором был П.А. Шишкин, кандидат медицинских наук.



Республиканская клиническая офтальмологическая больница



Заведующая лазерным отделением А.М. Устяк проводит лечение на аргоновом лазере





Катарактальная операционная. Оперирует заведующая первым офтальмологическим отделением И.В. Попова

1951-1960 гг. — это годы ликвидации трахомы в Чувашской АССР как массового глазного заболевания. Число коек доведено до 721. Созданием временных глазных коек их число доведено до 2 тыс.

В конце 1955 года Чувашский трахоматозный институт был реорганизован в филиал Всесоюзного НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. В стенах филиала были подготовлены и защищены: докторская диссертация Ф.И. Пуршева «Изучение вакцинации при трахоме», кандидатские диссертации: Р.К. Рыбниковой — «Трахома и ее ликвидация в Чувашской АССР», Т.П. Тетериной — «Эффективность операции удаления мышц при содружественном косоглазии», А.И. Почеткиным — «Заболеваемость городского населения болезнями органа зрения и нормативы лечебно-профилактического обслуживания по офтальмологии», И.Г. Янкелевич — «Диагностика и клиника стертой формы трахомы в условиях Чувашской АССР», Ф.Г. Вантеевой — «Диагностика и лечение аденовирусных конъюнктивитов», А.Д. Васильевой — «Рецидивы трахомы и профилактика их в ЧАССР». Выпушены сборники научных работ и материалы научных конференций (1968, 1970, 1973). В Чебоксарах начал свой путь к мировой славе С.Н. Федоров. В 1960 г. им впервые в СССР был имплантирован искусственный хрусталик девочке Лене Петровой. В том году С.Н. Федоров выступил с сообщением: «Предварительные данные о разработке операций введения в глаз искусственного хрусталика».

Большой вклад в развитие офтальмологиглавлявшие Республиканскую глазную больницу в довоенные и послевоенные годы, которые вписали прекрасную страницу в нашу историю и заложили фундамент традиций, без которых больница не могла состояться.

В 1965 г. Чувашский филиал НИИ глазных болезней им. Гельмгольца реорганизован в трахоматозный диспансер. Перед офтальмологической службой Чуващии встали новые задачи: развитие микрохирургии глаза, современных методов лечения катаракты, глаукомы, близорукости, освоение методик пересадки роговицы, лазерных методов лечения.

Офтальмологическая служба Чувашии за короткий период подготовила высококвалифицированные кадры микрохирургов, создала новую материально-техническую базу. Трахоматозный диспансер был реорганизован в Республиканскую клиническую глазную больницу, в 1981 году было построено и введено в действие новое здание на 220 коек.

В 1986 г. в Чебоксарах был построен первый филиал МНТК «Микрохирургия глаза» в СССР, самый современный офтальмологический центр, не имеющий аналогов в мире.

Офтальмологическая служба в Чувашии Сегодня в Чувашию приезжают лечить глаза 85 лет (с 1926 по 2011 гг.) справилась с за не только жители России, но и пациенты поставленными перед ней задачами, решила из зарубежных стран. Офтальмологическая сложнейшую работу — ликвидации трахомы служба в Чуващии за 85 лет превратилась в в республике — и вышла на самый совреодну из самых передовых в регионе и в Росменный мировой технологический уровень.



шающимся показателям.



Офтальмология смысл моей жизни

Интервью с главным врачом Республиканской клинической офтальмологической больницы, главным внештатным офтальмологом Минздравсоцразвития Чувашской Республики. кандидатом медицинских наук Дмитрием Геннадьевичем Арсютовым.

— В интервью «Российской газете» министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова сказала: «В регионах будут лечить не хуже, чем в столицах». Каковы реалии сегодняшнего дня в Чувашии?

— Отрадно отметить, что Чувашия — это регион, где развитию офтальмологии традиционно уделялось особое внимание. Здесь на протяжении многих десятилетий активно внедрялись в клиническую практику самые передовые технологии, а открытие филиала МНТК «Микрохирургия глаза» в Чебоксарах превратило республику в один из офтальмологических центров России. Ключевым фактором успеха является слаженная команда профессионалов высочайшего уровня. К нам за помощью обращаются не только жители нашей республики, к нам приезжают пациенты со всей страны. Жители Чувашии в основном проходят лечение на базе Республиканской клинической офтальмологической больницы. Для приезжающих из других регионов приоритетом является Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза». Мы никому не отказываем, стараемся всех пролечить, так как пациенты, которые обращаются к нам за помощью, имеют право выбора, а мы не имеем права им отказать.

Дмитрий Геннадьевич, поговорим о статистике. Глаукома занимает первое место в нозологической структуре причин инвалидности по зрению в Российской Федерации. Какие усилия прикладываете в борьбе со столь грозной болезнью?

— Действительно, мы глубоко озабочены тем, что на сегодняшний день есть заболевания, связанные с необратимыми изменениями в структуре зрительного нерва, сетчатки, что порой приводит к потере зрительных функций и слепоте. В первую очередь — это глаукома и возрастная макулярная дегенерация. Что касается глаукомы, мы стараемся путем проведения скрининговых обследований выявить заболевание на самых ранних его стадиях, чтобы вовремя начать необходимое лечение. Недавно мы отмечали Всемирный день борьбы с глаукомой, в Чувашии был проведен месячник, во время которого проводился скрининговый осмотр декретированных групп населения, т.е. людей, находящихся в зоне риска по глаукоме. На базе Республиканской клинической офтальмологической больницы и на базе наших трех Центров здоровья мы проводили Дни открытых дверей. К слову сказать, наши Центры здоровья прекрасно оснащены, оборудование кабинетов полно-

Групповое лечение детей с патологией глаза



Офтальмохирург С.Б. Иванов и операцион-

Еще одна весьма распространенная причина слепоты и слабовидения — офтальмологические осложнения при диабете и витреоретинальной патологии. Какая работа проводится в этом направлении?

а пациентам с диагнозом «глаукома» прово-

дится весь спектр исследований, необходи-

мых для контроля их состояния.

— Проблема диабета не менее важна реоованиям приказов — в силу того, что это заоолевание, помимо — вопроса о проведении хирургического лече

статуса, необходимости постоянно контролировать уровень сахара в крови, приводит к поражению глаз и, к сожалению, частичной или полной потере зрения. Рост заболеваемости сахарным диабетом влечет за собой и увеличение доли пациентов, которые обращаются к нам с жалобами на ухудшение зрения. Здесь очень важно не упустить время. Сегодня эта работа ведется на трех уровнях: на поликлиническом уровне осуществляется тщательный скрининг пациентов, страдающих диабетом, обязательным является осмотр глазного дна; пациенты также проходят обследование в кабинете офтальмолога в Республиканском эндокринологическом центре, оснащенном как для диагностики, так и для лечения (в кабинете установлен диодный лазер 532 нм). Республиканская клиническая офтальмологическая больница — высший уровень, куда пациенты приходят с установленным диагнозом для проведения более детального

осмотра глазного дна, а также для решения



офтальмолог, заведующий детским офтальмологическим



Детская операционная. Оперирует главный внештатный детский отделением В.В. Степанов

практически ни один пациент с диагнозом «сахарный диабет» даже на самых ранних этапах его выявления не остается без осмотра окулиста. В год мы проводим около 3000 лазерных процедур пациентам с диагнозом «диабетическая ретинопатия», проводится более 200 витреоретинальных операций в Республиканской клинической офтальмологической больнице и в Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза». Можно сказать, пациенты с диагнозом «пролифератическая диабетическая ретинопатия» за пределы Чувашской Республики не выезжают, всю высокотехнологичную помощь как по линии программы ОМС, так и ВМП, они получают в нашей республике. Мы работаем в связке с врачами-эндокринологами, и их участие позволяет нам рассчитывать на более высокие результаты после офтальмологических вмешательств

— Вы покрываете потребности?

— Абсолютно. У нас нет ни одного пациента, имеющего показания к хирургическому лечению или лазерному вмешательству при сахарном диабете, который бы не получил это лечение. Мы не имеем право опоздать, т.к. при диабете возникшие изменения быстро приводят к необратимым

— В интервью «Мы должны идти к единой системе здравоохранения» Леонид Рошаль перечислил проблемы, назвав их угрозами, это: снижение финансирования сферы здравоохранения, страховая медицина, которая не влияет на качество медицинской помощи, нехватка кадров, тарифы. Что представляет собой офтальмологическая служба Чувашии?

— Все проблемы, которые перечислил профессор Рошаль, имеют очень весомые основания в силу того, что эти проблемы формировались годами. Нехватка кадров в частности, возникла из-за снижения количества студентов-медиков в конце 1990-х начале 2000-х годов, которая сейчас сказывается в том, что выпускников медицинских ВУЗов стало на порядок меньше. К сожалению, и сегодня многие врачи-выпускники не идут в медицину. Отрадно отметить, что в Чувашской Республике проблемы с офтальмологическими кадрами практически не существует. Если 3-5 лет назад из 150 выпускников лечебного и педиатриче-2-3 человека, сейчас эта цифра возросла до 12-15 человек в год. За последние 3 года мы выпустили оолее зо специалистов силами интернатуры на базе Республиканской клинической офтальмологической больницы. Мы с коллегами стараемся приложить максимум усилий, чтобы заинтересовать ребят в нашей в специальности, привить любовь к офтальмологии. Большая работа в этом направлении проводится и в ординатуре на базе МНТК «Микрохирургия глаза». Сегодня в городе Чебоксары нет ни одной поликлиники, где бы не работали офтальмологи, в то время как еще 3 года назад мы испытывали дефицит кадров порядка 30%. Так что вопрос этот можно считать закрытым. Но самое главное — сейчас в нашу профессию идет грамотная, думающая молодежь, владеющая всеми необходимыми знаниями как для постановки правильного диагноза, так и для послеоперационного ведения пациентов. Совсем без проблем, конечно, не обходится. Страховая медицина, к сожалению, пока не покрывает все расходы, существует элемент дефицита финансирования в системе ОМС, но надо отдать должное Минзравсоцразвития Чувашской

Республики, территориальному фонду ОМС, предоставляющим определенные преференции именно нашему направлению, офтальмологии. Смею предположить, что в определенной степени это явилось следствием хорошей, слаженной работы чувашских офтальмологов и их высоким, ежегодно улуч-

— Каким образом Вы, как главный специалист, координируете деятельность всех

специалистов Чувашии? — Работа строится на постоянном общении между главным специалистом и врачами-офтальмологами, работающими в учреждениях здравоохранения различных уровней. Мы встречаемся и обсуждаем насущные проблемы на заседаниях Общества офтальмологов, Ассоциации офтальмологов, общаемся на тематических занятиях, школах поликлинического врача. Сегодня благодаря совместным усилиям докторов Республиканской клинической офтальмологической больницы и МНТК «Микрохирургия глаза» есть возможность постоянно совершенствовать навыки наших специалистов. Непрерывный процесс обучения позволяет нашим врачам получать новейшую информацию по нашей специальности. Это первое. И второе, я говорил об этом выше, особое внимание уделяется подготовке молодых специалистов: интернатура, ординатура, систематические циклы сертификации. В результате, можно с уверенностью сказать, что на сегодняшний день в Чувашской Республике трудятся абсолютно подготовленные доктора, составляющие костяк нашей офтальмологии, большая часть из которых работает в поликлиниках, и порядка 70 человек (в основном оперирующие хирурги) — в структуре МНТК и РКОБ. Один раз в 5 лет врачи проходят аттестацию, и мы видим, насколько специалист активен, насколько он стремится к достижению тех или иных позиций, и если возникают вопросы, стараемся оказать максимальное содействие в их решении.

Офтальмология не стоит на месте, постоянно появляются новые технологии. Какие новшества за последние годы внедрены в Республиканской клинической офтальмологической больнице, которой Вы руководите?

— Я не слукавлю, если скажу, что на се-

годняшний день все технологии, которые

включены в стандарты лечения пациентов по профилю «офтальмология», в нашей клинике освоены, исключение составляет только офтальмоонкология. Мы не склонны развивать это направление, т.к. больных с этой патологией, слава Богу, немного, поэтому отправляем таких пациентов в федеральные клиники. Небольшой пробел в нашей клинике имеется в развитии эксимерлазерных технологий, но мы работаем сообща с МНТК «Микрохирургия глаза», где эти технологии великолепно развиты. Однако по медицинским показаниям мы оказываем помощь по всем заболеваниям на самом высоком технологическом уровне с использованием приборов и инструментария последнего поколения. В первую очередь — это хирургия катаракты. Сегодня мы работаем по стандартам минимальных бесшовных разрезов, у нас есть современные факомашины, с помощью которых выполняются более 3000 операций в год. Витреоретинальная хирургия — одно из наших приоритетных направлений. Не во всех регионах это навление развито так, как оно развито у нас, и мы этим гордимся. Совместно с колленавыки, наверное, приходят со временем, гами из МНТК «Микрохирургия глаза» толь- а умение заряжать людей научной идеей ко жителям Чувашии в год проводится более 1200 операций, на долю нашей клиники приходится более 600 операций. Еще одно направление — это так называемые доннолазерные технологии. Сегодня в нашем распоряжении — зеленый, желтый, YAG-лазер, которые покрывают практически весь спектр потребностей в лечении патологии сетчатки, а также используются при вторичной катаракте и глаукоме. В наших планах — приобретение SLT-лазера для лечения глаукомы и инфракрасного лазера, что позволит нам практически полностью удовлетворить потребности по лазерным технологиям и еще более расширить спектр показаний к их применению. Конечно, в нашей клинике, в дневном стационаре, используются и все современные методики консервативного лечения.

— Дмитрий Геннадьевич, расскажите подробнее о Республиканской клинической офтальмологической больнице.

— Республиканская клиническая офтальжет быть задний отрезок — это та сфера, где мологическая больница — это лечебное учреждение, имеющее славную историю, коу хирургов может и не быть единого мнения? торая берет начало в 60-е годы, когда был открыт трахоматозный диспансер. Диспан-

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

сер был основан на базе филиала Московско-

го НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

В 1981 г. было построено здание Республи-

канской клинической глазной больницы, ко-

Федорович Пуршев, к сожалению, ныне по-

койный. Все, что составляет предмет гордости

больницы, прежде всего кадровый потенциал,

было заложено им. С 1987 по 1992 гг. РКОБ

входила в состав МНТК «Микрохирургия гла-

учреждения. Клинике 33 года — возраст до-

вольно зрелый, который позволяет нам оце-

нить пройденный путь, сделать определенные

выводы, и мне приятно сознавать, что боль-

живают не самые лучшие времена, мы же го-

помощи, улучшении качества лечения боль-

ных и о внедрении новых технологий. РКОБ

круглосуточного лечения и 80 коек дневного

стационара), поликлиническое отделение на

современной аппаратурой, прекрасно обо-

рудованный операционный блок, состоящий

залов, детской операционной, лазерной опе-

рационной и отдельной витреоретинальной

В России есть несколько регионов,

в которых существуют богатые офтальмоло-

среди них. Не ощущаете ли некий дополни-

этими двумя уважаемыми медицинскими

офтальмологам возможность учиться друг

у друга, придает дополнительный стимул

роста. Конечно, технологии МНТК всег-

да считались передовыми, и доктора РКОБ

стремились ни в чем не уступать коллегам.

Кроме того, за долгие годы совместной

работы между нами сложились добрые

отношения, что позволяет получать велико-

лепные медицинские результаты. Мы орга-

низуем совместное обучение, совместные

мастер-классы, поочередно проводим засе-

дания Общества офтальмологов, что в результате приводит к главному результату —

максимально быстрой и качественной помо-

в Москве, в различных регионах. Сотруд-

ничество с известными учеными помога-

ет найти путь к развитию будущих новых

в научный процесс, постоянное стремление

узнать все новое, что происходит в России,

за рубежом и позволяет нам сегодня макси-

мально быстро внедрять самые современные

технологии на своих базах. Работая раньше

в МНТК «Микрохирургия глаза», я был за-

ряжен научной энергетикой, и сегодня она

и максимально передавать свои знания —

совсем другое. Сегодня ведущие специали-

сты нашей клиники выезжают на конферен-

ции, выступают с докладами, слушают до-

клады коллег, что позволяет нам развивать-

ся. Общение на конференциях, возможность

поделиться своими мыслями, принять уча-

стие в дискуссиях, возможность узнать даже

мельчайшую, но новую деталь, заставляет

очень серьезно переоценивать некоторые

подходы. Такая переоценка в первую оче-

редь приводит к тому, что наши пациенты

как одному из ведущих отечественных ви-

треоретинальных хирургов. Если в лечении

катаракты на сегодняшний день факоэмуль-

сификация считается «золотым стандартом»

и, по сути, совершенной технологией, то в ле-

чении заболеваний заднего отрезка глаза

единодушия среди офтальмологов пока не

Дмитрий Геннадьевич, вопрос к Вам

получают более качественную помощь.

мне помогает, поскольку органи

— Именно постоянная вовлеченность

· Мы часто видим Вас на конференциях

тельный груз ответственности? Как строят-

вом месте на окраине города.

Хирургия заднего отрезка — это то направление, которое на сегодняшний день является наиболее творческим, однако хирургические подходы постепенно подвергаются стандартизации. Не существует патологии, которая бы лечилась разными руками торой 30 с лишним лет руководил Александр по-разному. Действительно, есть разные подходы: кому-то нравится работать пинцетом, кому-то нравятся ножницы, кому-то витреотом. Благо, что сегодня есть выбор, совершенная аппаратура и технологии, которые позволяют этот выбор сделать. В витреза», с 1992 года — это два самостоятельных альной хирургии, на мой взгляд, существуют несколько составляющих: качественное оборудование, позволяющее проводить вмешательства на самом высоком уровне и не допускать осложнений, и прекрасно подница не угасает, а развивается. Можно часто готовленный хирург, который осуществит слышать, что в регионах в силу определенных хирургическое вмешательство быстро и капричин многие лечебные учреждения перечественно, что максимально расширяет показания к хирургии. Это значит, что те меворим только о росте, об увеличении объема тодики, которые еще 5-7 лет назад были для нас недоступны, сегодня являются рутинными и позволяют вернуть зрение человеку, косегодня — это клиника на 200 коек (120 коек торый, казалось бы, потерял на это всякую надежду. Иными словами, витреальная хирургия, по моему мнению, самый динамич-200 посещений в смену, оснащенное самой но развивающийся вид офтальмохирургии: едва ли не каждый год в нашу практику внеиз 5 операционных залов: 2 хирургических дряются новые методики, мы осваиваем современные техники хирургии. Основная за дача опытных хирургов — максимально быоперационной. Больница находится в красистро обучать молодежь самым современным хирургическим технологиям, передавать им свои знания, усиливать регионы витреоретинальными хирургами, которых, к сожалению, пока в стране очень не хватает. В июне гические традиции. Чувашия, безусловно, мы проводим в Чебоксарах уже второй по счету семинар по современным аспектам практической витреоретинальной хирургии. ся отношения между коллегами из МНТК и В прошлом году на первый семинар собра-РКОБ, существует ли конкуренция между лось более 50 молодых специалистов, которые наблюдали за работой настоящих виртуозов: профессора В.Н. Казайкина (Екатеринбург), Я.В. Байбородова (Санкт-Петербург), — Любая конкуренция позволяет нам профессора А.Н. Самойлова (Казань). Среразвиваться, улучшать качество оказываемых услуг. Годы совместной работы дали ди хирургов, участвующих в практических

наблюдается. Чем Вы это объясните? Или мо-3-4 WetLab, поэтому все, что мы знаем и умеем, стараемся передать молодым коллегам.

Есть ли будущее у фемтолазеров в витреоретинальной хирургии?

 Об этом трудно говорить сейчас, потому что еще 5 лет назад мы не предполагали, что фемтолазерные технологии придут в хирургию катаракты. Ничего нельзя исключать, и для фемтолазерных технологий есть немало точек приложения в витреальной хирургии, но об этом мы пока можем предполагать, но надеюсь, что в скором времени мы с удовольствием апробируем эти технологии.

Расскажите немного о себе.

— Родился я в 1977 году в Чебоксарах в семье врачей, папа — хирург, мама терапевт, всю жизнь проработала на участке, но последние годы перед пенсией работала цеховым врачом. Родители с детства привили мне любовь к медицине, папа сблизил с хирургией — возможность читать дома медицинские книги, общаться с ними на медицинские темы отразилась на выборе моего дальнейшего пути. После окончания медицинского института в Чебоксарах я выбрал офтальмохирургию, т.к. это направление показалось мне наиболее интересным: операции под микроскопом, ювелирная работа, не дающая хирургу ни малейшего права на ошибку. Именно это меня более всего привлекало, и мой выбор оказался верным.

Ваше любимое занятие, кроме оф-

— Мои увлечения можно перечислять долго: автомобили и все, что с ними связано; спорт, я люблю плавание, велосипедные прогулки, лыжи; рыбалку, отдых на природе. Все свое свободное время я провожу с семьей, с моими близкими людьми, с родителями. Быть рядом с любимыми людьми вот, что доставляет самую большую радость. Но не слукавлю, если скажу, что офтальмология является и моим самым большим увлечением, и смыслом жизни.

Благодарю Вас за интересную беседу.

Интервью подготовил Сергей Тумар



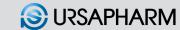
ХИЛОПАРИН-КОМОД® раствор увлажняющий офтальмологический

ХИЛОПАРИН-КОМОД® — комбинация натрия гиалуроната и гепарина при раздражении, покраснении, жжении и зуде

- Комбинация 0,1% раствора натрия гиалуроната и гепарина в системе «КОМОЛ»
- Гепарин усиливает увлажняющие свойства гиалуроната натрия
- Не содержит консервантов и фосфатов
- Применим при ношении контактных линз

УРСАФАРМ Арцнаймиттель ГмбХ

107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Тел./факс: (495) 684-34-43 E-mail: ursapharm@ursapharm.ru www.ursapharm.ru



Актуальные вопросы офтальмологии

VI Научно-практическая конференция

16 апреля 2014 года, Москва

здании Правительства Москвы на Новом Арбате прошла VI Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы офтальмологии» для врачей Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ. Целью конференции явилось обсуждение научнопрактических вопросов офтальмологии с целью выработки перспективных проектов в данной области. В мероприятии приняли участие, главным образом, врачи Главного медицинского Управления делами Президента РФ.

Организаторы конференции: Общероссийская общественная организация «Российское научное медицинское общество терапевтов, ФБГУ «НИИГБ» РАМН, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ, ФБГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ».

Научные руководители и председатели конференции: главный специалист по офтальмологии Главного медицинского Управления делами Президента РФ, директор ФБГУ «НИИГБ» РАМН, д.м.н., профессор, академик РАН С.Э. Аветисов, заместитель директора по научной работе, д.м.н., профессор В.П. Еричев, заведующий отделением офтальмологии ФБГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ, д.м.н., профессор И.Э. Иошин.

С докладом «Отдаленные проблемы радиальной кератотомии» выступил академик РАН С.Э. Аветисов. Докладчик привел статистические данные разных авторов. К 2000 г. только в системе МНТК «Микрохирургия глаза» было выполнено свыше 600000 операций радиальной кератотомии (РК). А в США к 1995 году — более 1 миллиона операций. Отдаленные последствия РК, создающей проблемы — присоединение различных патологических процессов, влияние на результаты диагностических тестов и методов лечения. В механизме сдвига рефракции в сторону гиперметропии в отдаленном после РК можно выделить две составляющие: повышение ВГД и снижение жесткости роговицы. Проявление указанного сдвига только у части пациентов после РК на фоне повышения ВГД, возможно, связано с исходно сниженной жесткостью роговицы. В указанных условиях именно роговица, а не решетчатая пластина становится «мишенью» биомеханических изменений при глаукоме. С практической точки зрения пациентов с гиперметропическим сдвигом рефракции в отдаленном после РК периоде следует относить к группе риска развития глаукомы.

Доклад «Селективный принцип современных подходов в кератопластике» представил профессор В.Р. Мамиконян (ФБГУ «НИИГБ» РАМН). Сквозная кератопластика основной метод трансплантации роговой оболочки. Функциональные результаты традиционной мануальной послойной кератопластики уступают результатам сквозной пересадки. Новый уровень технического оснащения позволяет также селективно формировать с высокой точностью сложные профили



Академик РАН С.Э. Аветисов

Профессор Ю.Ю. Калинников



Профессор И.Э. Иошин

К.м.н. С.Ю. Петров



Профессор В.Р. Мамиконян



Профессор Э.Н. Эскина

«Ранняя диагностика кератоко-

нуса» — еще одна тема, которую

представил участникам конферен-

ции академик РАН С.Э. Аветисов.

Докладчиком были поставлены сле-

дующие вопросы для рассмотре-

ния: определение заболевания, ди-

агностика начальных проявлений,

современные методы диагности-

ки и мониторинга, новые подходы

к диагностике раннего кератоконуса

Электрофизиология зрительно-

го анализатора — раздел электро-

физиологии, изучающий биоэлек-

трические явления, происходящие

на основе изучения патогенеза.





корреспондирующих краев по- Была описана новая модификация кератопластике, представлена тех- тельного анализатора появились слойно-сквозных трансплантатов операции полной стромопластики, ника грибовидной кератопластики. и ложа реципиента в зависимости техника эндотелиальной керато-Избирательная тактика и дальнейот имеющейся патологии рогови- пластики с подробным изложенишее внедрение высоких технолоцы. Докладчик рассказал о техни- ем методики тонких транспланта- гий рассматриваются как основные трофизиологических исследований ке операции с применением микро- тов. Также были приведены раз- тенденции перспективного разви- в практической офтальмологии: кератома, фемтосекудного лазера. личные данные по фемтолазерной

в органе зрения в ответ на стимуляцию. Первые научные труды в области электрофизиологии зрив конце XVIII — середине XIX веков. И.А. Ронзина (ФБГУ «НИИГБ» РАМН) рассказала о значении элекдифференциальная диагностика



Во время работы конференции



Профессор В.П. Еричев

Конференция совпала с днем рождения академика РАН С.Э. Аветисова и профессора В.П. Еричева



Профессор В.Р. Мамиконян, профессор В.П. Еричев, академик РАН С.Э. Аветисов

в сложных клинических случаях, прогнозирование функциональских средах, подтверждение предполагаемого диагноза, мониторинг ниях сетчатки и зрительного нерва, контроль лечения

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Профессор В.П. Еричев (ФБГУ «НИИГБ» РАМН) в своем выступлении подробно остановился на факторах риска развития глаукомной оптической нейропатии.

Е.Л. Атькова перечислила причины нарушения слезоотведения, телей о методах диагностики и ле-

На основании собственного опыта и данных литературы С.Ю. Петров (ФБГУ «НИИГБ» РАМН) изложил принципы комплексного подхода к профилактике инфекционных и воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде после антиглаукомной терапии: при хирургии, нидлинг, применение стероидов, АБ и НПВС в постклиника, Лондон): «Не столь важно, рургом гипотензивное вмешательство. Эти усилия могут быть сведе- абляции. ны на «нет» неверными действиями в послеоперационном периоде».

Клинико-диагностические критерии наследственных оптических нейропатий (НОН) перечислила Н.Л. Шеремет (ФБГУ «НИИГБ» Москва). Послеоперационный ма-РАМН). Клиническая картина НОН имеет характерные, известные всем, особенности заболевания. Однако в некоторых случаях полиморфизм ки, флюоресцентная ангиография, степени и характера потери зрительных функций затрудняет дифференциальную диагностику этих поликлиники. Это, прежде всего, заболеваний. Докладчик отмети- отсутствие практики офтальмола, что наличие митохондриаль- скопии, недостаточное материального или аутосомно-доминантного ное оснащение, дефицит времени наследования помогает определить для врачебного приема. Лечение направление поиска генетического сформировавшегося МО — трудно дефекта, вызвавшего заболевание. выполнимая задача с малопред-Однако при первичном осмотре сказуемым эффектом. Наиболее и наблюдении пациентов до гене- рациональный подход — это протического анализа семейный анам- филактика МО. Назначение НПВС нез по АЗН был установлен только для профилактики МО оправдау 17% пациентов. ОКТ в острой но, как и назначение антибактестадии заболевания демонстрирует определенные структурные из- тики эндофтальмита (эндофтальменения макулярной зоны и пери- мит <1%, МО>1%). Комбинация папиллярного СНВС, свойственные стероидных и нестероидных пре-НОНЛ. Изменения ОКТ в хрониче- паратов предпочтительна. При ской стадии не являются строго высоких требованиях к качеству специфическими для НОН. Молекулярно-генетическое исследование наиболее часто встречающихся зрительных функций особенно мутаций при подозрении на НОН актуальна. позволяет верифицировать заболевание только в 40-45% случаев.

макулопатии, признаках, алгорит- сказал профессор М.Н. Колединцев ме наблюдения пациентов рассказа- (Кафедра глазных болезней МГМСУ ла М.В. Будзинская (ФБГУ «НИИГБ» ФБГУ «МНТК «Микрохирургия гла-

РАМН) представила системный сосудистой ишемии в патогенезе подход к лечению диабетической ВМД. Установлено, что комплексретинопатии. При системной кор- ная нейропротекция способна зарекции метаболического синдрома медлить (предотвратить) возникнеобходимо учитывать, что в насто- новение и прогрессирование ВМД. ящее время неизвестно, насколько Комплексное действие на основные побочные явления фармакологиче- патогенетические механизмы ВМД ских препаратов, особенно их ком- (патологические изменения тробинаций, доминирует над терапев- фики, повреждение ретинального тическим эффектом в отдаленном пигментного эпителия и мембраны периоде. Витреоретинальная хи- Бруха продуктами ПОЛ) позволяет рургия и лазеркоагуляция сетчат- добиться улучшения показателей ки при сосудистых заболеваниях, ЭФИ (снижение порога электричев том числе диабетическом ее по- ской чувствительности, повышение ражении, демонстрирует высокую фовеальной светочувствительноэффективность, отсутствие систем- сти), а также стабилизации зриного влияния и более стабильный тельных функций в 83% случаев результат, чем интравитреальные в сроки до 18 месяцев. инъекции кортикостероидов и ингибиторов ангиогенеза.

Современные методы лечения герпетического кератита предного результата хирургического ставила Евг. А. Каспарова (ФБГУ лечения при непрозрачных оптиче- «НИИГБ» РАМН). Успехи в лечении герпетического кератита, нередко протекающий месяцами с рецидизрительных функций при заболева- вами, во многом связаны с интенсификацией лечения, включающего своевременное использование противовирусных и микрохирургических методов. Раннее и активное применение средств и методов при герпетическом кератите позволяет сделать это заболевание в значительной степени управляемым.

О современных подходах к лечеподробно информировала слуша- нию пресбиопии рассказала профессор Э.Н. Эскина (Клиника «Сфера», Москва). Были представлены основные причины формирования низометропий (концепция моновижн), формирование мультифокальной линзы, диафрагмирование, формирование отрицательной сферической аберрации роговицы, роговичные ИНЛЭИ. Подробно рассмотрены подходы эксимерластероиды и НПВС в предоперацион- зерной коррекции пресбиопии. ной терапии, рациональный подход Докладчиком были предложены пути к ускорению восстановления зрения у пациентов после короперационной терапии. Докладчик рекции пресбиопии методом ФРК, привел слова, сказанные доктором представлена динамика восста-Peng Khaw (Мурфилдская глазная новления остроты зрения вдаль и вблизи. В заключение были принасколько аккуратно выполнено хи- ведены результаты исследования PresbyMAX при поверхностной

Доклад «Насколько актуален послеоперационный макулярный отек» представил профессор И.Э. Иошин (ФБГУ «Клиническая больница Управления делами Президента РФ», кулярный отек (МО) развивается редко. Диагностика макулярного отека: биомикроскопия сетчат-ОКТ. Докладчик рассказал о проблемах диагностики МО в условиях риальной терапии для профилакреабилитации (в том числе мультифокальные ИОЛ) стабильность

О роли коррекции нарушений гемодинамики в лечении возраст-Об эпидемиологии миопической ной макулярной дегенерации расза», Москва). В эксперименте под-С.В. Сдобникова (ФБГУ «НИИГБ» тверждена важная роль фактора

> Материал подготовила Лариса Тумар

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

26 сентября - 27 сентября 2014 г. в г. Астрахань состоится научно-практическая конференция офтальмологов Южного Федерального округа «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РЕГИОНОВ»

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ

- 1. Рефракционные нарушения и патология оптических сред глаза.
- 2. Глаукома: патогенез, ранняя диагностика, лечение и мониторинг
- 3. Дистрофические и сосудистые заболевания органа зрения. 4. Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические вмешательства.
- 5. Инфекционные и паразитарные заболевания глаза.
- 6. Социальные вопросы офтальмологии. Организация офтальмологической помощи.

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ СОСТОИТСЯ

- выставка офтальмологической продукции;
- заседание Российского общества катарактальны офтальмохирургия».
- сессия образовательных семинаров
- по практическим вопросам офтальмохирургии (в рамках RSCRS), фармакотерапии, диагностике
- Также планируется: и рефракционных хирургов в ЮФО: «живая хирургия»;
 - размещение стендовых докладов в виде
 - электронных постеров

видеосессия «Инновационная

- издание сборника тезисов докладов
- **Публикации в сборнике бесплатные.** Материалы по устным и стендовым докладам, а также тезисы

в сборник и видеоматериалы отправлять на электронный адрес: ram-l@list.ru до 1 августа 2014 г. с пометко устный/стендовый доклад/тезисы в сборник с пометкой: докладчик/участник без до тезисов. Требования к тезисам высылаются по запросу на 8 (927) 662-30-03; e-mail: olusha_88@mail.ru;

ранд Отель Al Pash GRAND HOTEL, 414056, г. Астрахань, ул. Куйбышева, 69 Тел.: +7 (8512) 48-25-25 E-mail: booking.grand@alpash.ru: www.alpash.ru Оргкомитет: тел.: 8 (8512) 21-02-68, факс: 8 (8512) 25-61-38; сайт: www.minz

Напылова Ольга Александровна, тел.: 8 (8512) 21-02-68, 8 (927) 662-30-03; e-mail: olusha 88@mail.r **Ковалева Дарья Александровна,** тел.: 8 (8512) 21-02-68, 8 (961) 815-13-32,

Рамазанова Лия Шамильевна – главный внештатный специалист офтальмолог министерства здравоох тел.: 8 (8512) 21-02-68, 8 (908) 618-09-47; 8 (968) 804-83-89; e-mail; ram-l@list.ru Приглашаем к участию в работе конференции

спонсоров – форма участия спонсоров высылается ной почтой по запросу на e-mail: dasha-kov@list.ru. В работе конференции могут принимать участие все желающие независимо от выступления с докладам

и наличия публикуемых научных статей, регистрацио форму (см. Приложение) необходимо направить в адрес итета по электронной почте: olusha_88@mail.ru;



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Невские горизонты детской офтальмологии

Научная конференция с международным участием «**Невские горизонты** — **2014**»

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

25-26 апреля 2014 года, Санкт-Петербург

Российская сессия Европейской академии ортокератологии

26 апреля 2014 года, Санкт-Петербург

столице России проходит научная офтальмологическая конференция «Невские горизонты». организатором которой становится Санкт-Петербургский государственуниверситет. Организационный комитет конференции традиционно возглавил ректор этого учебного заведения, д.м.н., профессор В.В. Леванович. Сопредседателями организационного комитета стали петербургские ученые-офтальмологи — профессора Ю.С. Астахов, В.В. Бржеский, Э.В. Бойко, Е.Е. Сомов и Э.И. Сайдашева.

Масштаб конференции «Невские горизонты» растет из года в год. На этот раз более 700 участников форума приехали в Санкт-Петербург из трех десятков регионов России, а также из Украины, Казахстана, Болгарии, Турции, Италии, Нидерландов, США и ЮАР.



Профессор В.В. Леванович приветствует участников конференции «Невские горизонты»



Выступает профессор В.В. Волков



A. Calossi (Италия)



№3/2014 ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Выступает профессор Е.Н. Иомдина

На пленарном и секционных за- нарушений, лечение ретинопатии седаниях было представлено более недоношенных, особенности хирур- вские горизонты – 2014» впервые ми научного форума и попроста пятидесяти докладов. Ведущее гии глаукомы и катаракты у детей, в нашей стране состоялась россий- сил их поделиться впечатленияместо в программе конференции диагностика и лечение увеитов ская сессия Европейской акаде- ми о прошедшем мероприятии. заняли темы, связанные с детской в детском возрасте и т.д. Одно- мии ортокератологии, собравшая а также рассказать о своей собофтальмологией: проблемы реф- временно обсуждались и вопросы 120 специалистов. Корреспондент ственной научной и лечебной ракционных и глазодвигательных общей офтальмологии.

В рамках конференции «Не- с организаторами и участника-



Д.м.н., профессор кафедры глазных болезней медицинского факультета Российского университета дружбы народов, главный детский специалист-офтальмолог Департамента здравоохранения г. Москвы, куратор отделения микрохирургии Морозовской детской больницы по лечебной работе Елена Юрьевна Маркова:

Конференция полностью оправдала мои ожидания

— Елена Юрьевна, Вы являе- это не просто уменьшенная копия — Мой доклад назывался «Фемтесь постоянным участником и до- глаза взрослого. Он имеет свою толазерная кератопластика у ре- у детей Вы считаете чрезвычайно операции по пересадке роговицы горизонты». С какими впечатлени- го подхода к осмотру... ями Вы возвращаетесь в Москву

— «Невские горизонты» — это научная конференция детских офгода. Мероприятие привлекает значительное число коллег, которые не связаны с детской офтальмологией, но проявляют интерес к этой научной области.

Большое спасибо кафедре офтальмологии Санкт-Петербургского блемам глазных болезней детей! тей и взрослых и т.д. Несмотря на то что специальности «детская офтальмология» нет в официальных реестрах, глаз ребенка —

личие той или иной патологии и на- трансплантатом.

вопросов, в том числе особенности вицы обладает неоспоримой акту- ции по сквозной пересадке рогови- лазера, и возможность формиролечения ретинопатии недоношен- альностью для пациентов детского цы у детей составляют до 50%. медицинского университета за при- ных, проблемы рефракции и гла- возраста, а случаи фемтолазерной влечение внимания именно к про- зодвигательных нарушений у де- кератопластики у детей единич- ведение хирургического вмешатель- чительно улучшить исходы кера-

свой доклад на конференции?

оенка с помутнением роговицы». Помутнения роговицы являют-

— Пересадка роговицы и у де- установки. Развитие и внедрение В детском возрасте развитие орга- ся четвертой по счету причиной тей, как и у взрослых, является ФЛ технологий, а также современна зрения происходит очень быстро. слепоты в мире. Вот уже два века очень сложной операцией. Несо- ных лекарственных препаратов ми-И чтобы избежать возможных ослож- люди развивают и совершенству- мненно, кератопластика у детей нимизирует риск специфических нений, важно знать особенности гла- ют различные техники керато- имеет свои особенности и в подго- осложнений пересадки роговицы за ребенка, специфику обследования пластики — операции по замеще- товке пациента, и в анестезиоло- и переводит офтальмологическую в Санкт-Петербурге один раз в два детей, своевременно обнаружить на- нию мутной роговицы прозрачным гическом пособии, и в ведении по- трансплантологию на качественно слеоперационного периода. У детей новый уровень. На сегодняшний день одним из зрительный анализатор находится Нынешняя конференция пол- самых перспективных направлений в процессе развития. Имеются осо- топластике и круг потенциальных ностью оправдала мои ожидания. в этой области является фемтола- бенности репарации, иммунного пациентов, включая детей. Отсут-Было много общения с коллегами. 🛚 зерная кератопластика. Учитывая, 🐧 статуса. Поэтому даже в ведущих 👚 ствие теплового эффекта, благо-Мы обсудили самый широкий круг что проблема заболеваний рого- клиниках мира осложнения опера- даря ультракороткому действию

В то же время отсроченное про- в толще роговицы позволяют знаны, я поделилась опытом фемтола- ства чревато развитием и прогрес- топластических операций, что обозерной кератопластики у девочки сированием амблиопии. Несмотря сновывает применение фемтола-**— Не могли бы Вы представить** с грубым центральным помутнени- на все трудности, в Морозовской зерных установок в педиатрической детской больнице в Москве, где практике.

Почему пересадку роговицы я работаю, мы начали проводить



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Д.м.н., профессор кафедры глазных болезней педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (г. Москва) Сергей Анатольевич Обрубов:

Детская офтальмология неотъемлемая часть педиатрии

ли бы Вы представить свой доклад почек и органа зрения при диспла- выявляются пролапс митрального о комплексном лечении вышеназ-

— На секционном заседании, посвященном проблемам рефракрушений у детей и взрослых, было представлено сообщение школы го национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Это сообщение было от коллектива авторов, вклю- ся изменениями как со стороны чающего как офтальмологов, так и кожи и опорно-двигательной сиассоциированных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани». В докладе речь клеткой, плоскостопием, врожденной ткани. Несмотря на высокую пупочными и паховыми грыжами, дефицита.

ные заболевания в сочетании до ны недостаточно.

К каким болезненным проявлениям может привести патология соединительной ткани у детей?

 Патология соединительной стемы, так и со стороны внутренастенической конституцией, дефикой и воронкообразной грудной

частоту хронических заболеваний аномалиями прикуса. У детей часто зии соединительной ткани, дан- клапана и аномально расположенные хорды, пиэлоэктазия, нефропнастоящего времени были изуче- тоз и гастроптоз, S-образный перегиб желчного пузыря, рефлюксная патология и др. Частота встречаемости вышеуказанных признаков нарастает по мере повышения

— Какие метолы лечение Вы предлагаете в этом случае?

 По современным представлечение у детей прогрессирующей них органов. Слабость соедини- ет значимое место в патогенезе близорукости и хронического ту- тельной ткани сопровождается хронических заболеваний, ассоцитом массы тела, сколиозом, уз- ванной дисплазией соединительной ткани. У детей и подростков с недифференцированной дисшла о сочетанных заболеваниях, ной дисплазией тазобедренных су- плазией соединительной ткани объединенных недифференциро- ставов, гипермобильностью суста- часто наблюдаются иммунологичеванной дисплазией соединитель- вов, гиперрастяжимостью кожи. ские нарушения в виде иммунного

ассоциированных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, мы рассматривали использование импульсного низкочастотного электромагнитного поля, генерируемого аппаратом ИНФИТА-М, в связи с полиорганностью действия данного физического фактора. Поэтому, наряду с традиционно применяемой терапией, для осуществле ния целенаправленного воздей ствия на показатели иммунной системы при хронической болезни почек и близорукости нами первоначально в эксперименте было обосновано применение данного физического фактора, а затем уже в клинике доказана его эффективность.

Как Вы оцениваете прошедшую конференцию?

 Думаю, что конференция прошла очень успешно. Хотелось бы выразить сердечную благодарность всем организаторам и, в первую очередь, заведующему кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, профессору Владимиру Всеволодовичу Бржескому.

Какими качествами, на Ваш взгляд, должен обладать успешный детский офтальмолог?

Детская офтальмология — неотъемлемая часть педиатрии. Поэтому врач-офтальмолог должен обладать широкими, фундаментальными знаниями об организме ребенка, о самых различных детских болезнях. Это должен быть врач-универсал



К.м.н., доцент кафедры офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, член организационного комитета научной конференции «Невские горизонты — 2014» Татьяна Николаевна Воронцова:

Врач-офтальмолог должен учиться всю жизнь!

— Спасибо за добрые слова! всю жизнь. Наша конференция из-за рубежа. Это не только обрадим.н., профессор Е.Е. Сомов.

— Какие доклады Вы бы осо-

ание, первое засе**года собирает в Санкт-Петербурге** дание форума. На заседании про- ветить на вопрос: в каких случаях по их лечению. цвет российской офтальмологии звучало девять докладов. Среди них миопию можно рассматривать как и многочисленных зарубежных было выступление нашего гостя из болезнь, а когда она является вари-Италии — профессора A. Calossi, антом нормы. который озаглавил свой доклад

способствует повышению обра- председателя организационного козовательного уровня практику- митета конференции, ректора уни- кладе «Открытая травма глаза. Со- ры оптимального ВГД для всех сти хирургической реабилитации ющих врачей и ученых-медиков. верситета, профессора В.В. Левано- временные взгляды» представил пациентов. Этот показатель дол- при субатрофии глазного яблока». «Невские горизонты» дают воз- вича, с первым докладом «Еще раз классификацию и эпидемиологию жен определяться индивидуально. можность услышать выступления о теоретических и практических повреждений органа зрения, в том Профессор Егоров также рассказал ние, что в настоящее время имееткорифеев отечественной офталь- проблемах, связанных с близору- числе у детей. мологии, а также наших коллег костью и аккомодацией» выступил

менению электронных приборов. военных офтальмологов. Именно де на вопросах лечения глаукомы. ском отношении уровне.

«Торможение прогрессирования вич в докладе «Оптические меха- рассказал о выборе толерантного Врач-офтальмолог должен учиться миопии: современные тенденции». низмы аккомодации» рассказал об (оптимального) внутриглазного После приветственного слова участии в аккомодации роговицы. давления для каждого больного Д.м.н., профессор В.В. Волков в до- глаукомой. Не существует циф-

В его докладе речь шла о кливнимание на приспособление гла- помощи. Вениамин Васильевич, препаратов. за к реальностям современной жиз- будучи профессором Военно-меди-

о новых препаратах, применяемых ся возможность сохранить глазное при лечении глаукомы. Он предста- яблоко при его субатрофии. Конечнике и тактике ведения травмы, вил возможности лечения глауко- но, зрительные функции таким пазовательная, но и дискуссионная Евгений Евгеньевич обратил этапности оказания медицинской мы с помощью комбинированных циентам уже не вернуть. Однако

— Хотелось бы выразить благо- По его мнению, в этих условиях эта категория врачей наиболее ча- Его выступление называлось «Пербы поздравить Вас с успешным про- дарность всем докладчикам. Лицом миопия уже не может рассматри- сто сталкивается с травмами орга- спективы нейропротекции при ведением крупного международно- конференции традиционно стало ваться в качестве болезни и стала на зрения в мирное и военное вре- первичной открытоугольной глауратил внимание, что зрительный Д.м.н., профессор Е.А. Егоров нерв у глаукомных пациентов пропредставил доклад «Современ- должает атрофироваться даже при ные аспекты лечения глаукомы». нормальном внутриглазном давле-Д.м.н., профессор Л.И. Балаше- В частности, Евгений Алексеевич нии. Суть нейропротекции состоит тельного нерва.

> Д.м.н., профессор Э.В. Бойко выступил с докладом «Возможно-Д.м.н., профессор В.Н. Алексеев позволяют сохранить орган зрени, в частности, к активному при- цинской академии, обобщил опыт также остановился в своем докла- ния на приемлемом в косметиче-



Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой офтальмологии Воронежской государственной медицинской академии Мария Александровна Ковалевская:

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Взаимодействие офтальмологов и онкологов — ради женского здоровья

 Мария Александровна, тема Вашего выступления на конференции не была связана с детской офтальмологией...

— Мой доклад назывался «Коррекция синдрома «сухого глаза» у больных раком молочной железы». Конференция «Невские горизонты» не ограничивается специфическими «детскими» темами. Здесь звучат доклады, посвященные широкому кругу офтальмологических проблем.

 Ваш доклад был междис- на рак молочной железы. Химиоциплинарным. Наверное, это не терапия и гормональная терапия,

плинарное взаимодействие, со- организм, в том числе и на орган вместная работа медиков различ- зрения. Изменяется состояние глазных специальностей. В данном ной поверхности. Происходит нару- ся довольно мало информации об случае речь идет о сотрудничестве шение слезопродукции и качества офтальмологов и онкологов — слезы. Возникает синдром «сухого ради женского здоровья.

25% всех онкологических за- пациенткам требуется офтальмоболеваний у женщин приходится погическая помощь

– Меня интересует междисци- связана с большой нагрузкой на

глаза». Поэтому онкологическим

именно этой темой?

актуальность темы, но и ее новизна. В научной литературе — в том числе зарубежной — содержитмолочной железы.

Перед учеными стояла задача

 Почему Вы решили заняться направленного действия, который не только бы снимал симптомы раздра-

В настоящее время такой препарый выпускает компания «Аллерган». офтальмологических осложнени- В моем докладе было показано, что положительный эффект при длительном применении: от шести ме-



К.м.н., заведующий лечебно-диагностическим кабинетом Новосибирского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Петр Гарриевич Нагорский:

Ортокератологические линзы эффективный способ лечения прогрессирующей миопии

 Петр Гарриевич, в течение кератологией. Этой области ме- Официальными оппонентами ста- собов, которым на сегодняшний дицины уделялось значительное

— 14 апреля 2014 года на заседании диссертационного сове- ла итогом многолетней работы. в рамках конференции «Невские логические линзы». Вообще, любые глаза» им. акад. С.Н. Федорова» тысяч ортокератологических па- заседание Европейской академии ортокератологические, оказывают в Москве состоялась защита моей кандидатской диссертации «Клинико-лабораторное обоснование применения ортокератологических линз при прогрессирующей

В качестве научного руководителя диссертации выступил директор фективным способом лечения с докладом.

Новосибирского филиала МНТК, миопии у детей. Думаю, что это д.м.н., профессор В.В. Черных. один из самых эффективных споли д.м.н., профессор В.В. Бржеский день располагает медицинская и д.м.н., профессор В.В. Страхов.

Кандидатская диссертация ста-В моей картотеке — более двух горизонты» состоялось российское циентов. В большинстве своем — ортокератологии. Это важный шаг это дети. Но есть и взрослые паци- на пути расширения международенты, применяющие ортокератоло- ного сотрудничества. Кстати, одно

из секционных заседаний кон-Как и многие мои коллеги, ференции «Невские горизонты»

 Мой доклад назывался «Оценка состояния слезной пленки с при-Конечно же, я очень рад, что ентов, использующих ортокерато-

Я и мои коллеги провели исследование, которое показало, что в первые недели применения ортоя убежден в том, что ортокерато- тоже было посвящено ортокера- кератологических линз происходят логические линзы являются эф- тологии. Я тоже выступил на нем количественные и качественные

мениска. Значение этих показателей (высота, ширина, радиус прогиба слезного мениска), а также коэффициент поверхностного натяжения слезной пленки выходят за границу нормы.

— И какие выводы Вы делаете?

— Мы обосновали необходимость применения кератопротекторных препаратов в первые недели ортокератологической коррекции. При использовании данных препаратов к концу адаптационного периода — он продолжается около месяца — все показатели



Заведующая лабораторией сложного глазного протезирования ГБУЗ «Диагностический глазной центр № 7» (г. Санкт-Петербург) Надежда Александровна Баранова:

Глазной протез поможет избежать уродства

ставной частью ГБУЗ «Диагностический глазной центр № 7», является В тридцатые годы наши предшествен повязка на глаз протез не заменит! единственной государственной бюджетной организацией в Северо-Западном регионе России, которая занимается глазным протезированием.

В основном, подобную помощь оказывают частные клиники...

лен отечественный глазной протез. ники научились создавать протезы, которые по своим показателям не уступали лучшим зарубежным аналогам.

— А до 1934 года в Советском Союзе проводилось глазное проте-

— Какие выступления Вас осо-

 Офтальмолог-протезист должен интересоваться всеми вопросами зирования мы должны убедиться метрию лицевого скелета.

российских научных центров в об- в 1959 году. Кстати, именно в Ленин- мецкие. Уже в двадцатые-тридцатые мую связаны с темой глазного про-— Наша лаборатория, будучи со- ском Союзе пациенту был установ- стало важной частью офтальмологи- ние д.м.н., профессора М.Г. Катаева не проводится. ческой помощи. Черная «пиратская» «Энуклеация глаза и формирование культи при микрофтальме».

> При микрофтальме всегда бенно заинтересовали на кон- проводится глазное протези-

Перед проведением проте-

— **Надежда Александровна, Вы** Лаборатория имеет большой опыт — Да. Использовались зарубеж- современной офтальмологии. Но в том, что при микрофтальме отпредставляете один из ведущих в этой сфере. Она была основана ные протезы, в первую очередь, не- некоторые доклады были напря- сутствуют зрительные функции. ласти глазного протезирования... граде в 1934 году впервые в Совет- годы протезирование во всем мире тезирования. Например, выступле- ние, то протезирование обычно

> Хотела бы подчеркнуть, что своевременное глазное протезирование у новорожденных с микрофтальмом или другими глазными патологиями помогает избежать уродства. С помощью глазного протеза мы предотвращаем асим-



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Член Совета директоров Европейской академии ортокератологии, заведующая отделением патологии рефракции клиники «Сфера» (г. Москва) Ольга Игоревна Рябенко:

В России становится все больше ортокератологов

 Ольга Игоревна, расскажите, пожалуйста, о Европейской академии ортокератологии, членом Совета директоров которой

— Европейская академия ортокератологии (EurOK) является одним из четырех отделений Международной академии ортокератологии (ІАО). Существуют также Академии и Австралии (в это отделение входят и врачи из стран Океании). Эти вательной деятельностью, проблемами ремоделирования роговицы академия объединяет более 300

Национальные сессии академии проходят в каждой стране один раз в два года. Мы посчитали целесообразным провести нашу первую

Вы намерены и в будущем проводить российские национальные сессии в том же формате?

ортокероталогии в Азии. Америке стать традицией. Ношение ортокератологических линз является эффективным способом остановорганизации занимаются образо- ки прогрессирования миопии. Су- сионального общения. Кстати, на ществует множество работ на эту тему российских и зарубежных и контроля миопии. Европейская коллег. Примерно 90% всех наших Алва года назад их было всего 110. остается неизменной до 48 часов. пациентов — это дети и подростки.

> — Какие цели ставит перед собой Европейская академия ортокератологии?

> — Наша главная цель — это по-

Пользуясь случаем, хочу побла- Подбор ортолинз достаточно слогодари организаторов этой кон- жен, требует наличия специального в последние годы во всем мире ференции! «Невские горизонты» оборудования (корнеотопографа) стали прекрасной площадкой для и специальных навыков. Соблювстреч и общения ортокератологов. дение рекомендаций Европейской академии ортокератологии позвотивность и безопасность метода

сультативную поддержку коллегам, распространять учебные материалы, создавать условия для профессегодняшний день в России работают 180 врачей-ортокератологов. В нынешней российской сессии приняли участие 120 врачей-офних были ортокератологами. Наше мероприятия также привлекло вни мание коллег, которые просто хотенациональную сессию в рамках вышение образовательного уровня пи познакомиться с этой областью

 Почему, по Вашему мнению, растет интерес к ортокератологии?

— Я бы сказала в последние

несколько десятилетий. Первые работы по ночному ношению ортолинз были опубликованы в 1993 году. А история метода берет свое начало в 1962 году. Пацивремя сна происходит дозированное перераспределение эпителия роговицы на четко заданную величину (максимум 20 микрон). После снятия линзы, сформированная форма поверхности роговицы Эффект очень похож на результат эксимерлазерной коррекции, тальмологов. Но далеко не все из только процесс нехирургический и обратимый.

Пациент может в любой момент отказаться от ношения линз и выбрать любой другой метод коррекции. Это очень удобно в первую очередь для детей. В течение дня ребенок без линз и без очков имеет максимально возможную остроту зрения. Одновременно решается целый ряд проблем: острота зрения, психологические комплексы по поводу очков, остановка про-

Ортокератологические линзы, представленные на российском рынке, способны корригировать близорукость до 6,0 дптр, астигматизм до 5,0 дптр, дальнозоркость до 3,0 дптр. В мировой же практике применяют ортолинзы специального дизайна с более расширенными показаниями: близорукость до 15,0 дптр, дальнозоркость до 5 дптр. Также имеются линзы для коррекции пресбиопии и линзы, используемые после эксимерлазерной коррекции зрения и в ряде



К.м.н., руководитель Уральского центра глазного протезирования «Okoris» (г. Челябинск) Ирина Анатольевна Сироткина:

Глазное протезирование актуально и для взрослых, и для детей

 Ирина Анатольевна, какие доклады, прозвучавшие на кон- сти Вам приходиться работать нит «родной» глаз, но протезирова- ляется основанием для получения в нашей стране не рассматривает-

вопросы детской офтальмологии офтальмологических научных фо- енту собственный глаз. румах. В этой связи петербургское мероприятие, регулярно проходящее один раз в два года, приобретает особое значение.

Меня также интересует развитие ортокератологии. 25 апреля причины. Первое причина — это на конференции прошло секционное заседание «Актуальные вопро- ные генетические нарушения. Ресы развития ортокератологии». бенок может родиться с одним гла-А 26 апреля мне довелось при- зом и даже, вообще, без глаз... Это нять участие в российской сессии не просто драматическая, а траги-Европейской академии ортокера- ческая ситуация! И офтальмоло- зала не о проблемах врачей, а о за- щение об оплате протезирования. в год. А менять протез нужно каж-

— Я бы отметила секционное за- это тема, к сожалению, актуальная седание, посвященное проблемам и для взрослых, и для детей. Разуофтальмологи делают все от них

> В каких случаях возникает необходимость проводить у детей глазное протезирование?

Я бы выделила три основные врожденная патология, разнообразги-протезисты должны прийти на ние при врожденных нарушениях

Кроме того, потребность в протезировании возникает при онкологирефракционных и глазодвигатель- меется, протезирование всегда яв- ческих заболеваниях органа зрения услуг глазного протезирования. Людям, потерявшим глаз, протез ных нарушений у детей. Вообще, ляется крайним выходом. Врачи- у детей, например, при ретинобла- Государство оплачивает протезы жизненно необходим! Если вместо стоме. В ряде случаев происходит не так часто рассматриваются на зависящее, чтобы сохранить паци- удаление одного или обоих глаз. имеют инвалидность из-за каких- носить протез, то может возник-

> чина — различные травмы. Лети становятся жертвой шалостей своих ровесников, дорожно-транспортных происшествий, преступных

> Какие вопросы, какие проблемы в настоящее время больше всего волнуют офтальмологовпротезистов?

ботах пациентов. К сожалению, Время может быть упущено.

 По роду своей деятельно- помощь. Конечно, протез не заме- в нашей стране одноглазие не явинвалидности. Это относится и — Глазное протезирование — является жизненно необходимым. к взрослым, и к детям.

> Из-за отсутствия инвалидности возникают проблемы с оплатой только тем людям, которые уже И третья распространенная при- то других заболеваний.

> > Получается, что относительно здоровый человек с одним глазом вынужден оплачивать протез за свой счет...

— Именно так и происходит! Да и люди с инвалидностью часто необходимо долго ждать положи-

помощи, а всего лишь как технинуть опасность зарашения конъюнктивальной полости, заворота век, образования спаек.

 Вы выступаете за бесплатное протезирование?

— Да. Бесплатное протезирование необходимо всем нуждающимсталкиваются с различными бюро- ся. И оно должно предоставляться кратическими сложностями. Им в необходимом объеме. Скажем. — Я бы, в первую очередь, ска- тельного решения в ответ на обра- чивается в лучшем случае один раз

> Подготовил Илья Бруштейн Фотографии Ильи Бруштейна и Н.Н. Садовникова

Юбилейный XX Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи»

26-30 мая 2014 года, Санкт-Петербург



Профессор Ю.С. Астахов



Профессор В.В. Нероев



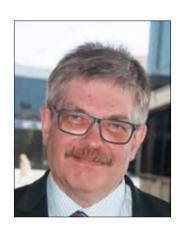
Профессор Е.А. Егоров



Профессор А.В. Золотарев



Академик РАН, прфессор А.Ф. Бровкина, профессор С.Ю. Астахов



Главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Коми, заведующий микрохирургическим отделением Республиканской больницы (г. Сыктывкар) Андрей Владимирович Винницкий:

«Белые ночи» — это всегда праздник!

делитесь, пожалуйста, своими га многих людей. Но, в первую России, д.м.н., профессор В.В. Неровпечатлениями от петербургского

— Я уже во второй раз даю интервью представителю газеты «Поле зрения». Несколько лет назад на одной из офтальмологических конференций состоялась встреча с шеф-редактором газеты С.Н. Тумаром. Мне очень приятно, что редакция Вашего издания предоставляет слово не только «звёздам» офтальмологии, но и практикующим врачам из многих регионов России, в том числе из Республики Коми.

Возможность принять участие в работе конгресса «Белые ночи» это всегда праздник! Успешная

 Андрей Владимирович, по-организация форума — заслу-Министерства здравоохранения очередь, хотелось бы отметить ев. В комиссию входят все главные заслуги главного офтальмолога Комитета по здравоохранению Именно заседание нашей профильправительства Санкт-Петербурга, д.м.н., профессора Ю.С. Астахова. Для Юрия Сергеевича конгресс «Белые ночи» стал любимым детищем, одним из важнейших проек-

— Чем Вам запомнился нынеш-

— Каждый год в рамках конгресса «Белые ночи» проходит заофтальмологии МЗ РФ, которую возглавляет главный офтальмолог офтальмологии.

офтальмологи регионов России. ной комиссии стало для меня главным событием форума. Вообще, профильная комис-

сия собирается два раза в год: весной — на «Белых ночах» в Санкт-Петербурге и осенью — на Российском офтальмологическом форуме в Москве. У каждого представителя региона есть возможность высказаться и быть услышанным. Мы седание профильной комиссии по говорим и об успехах, и о нерешённых проблемах отечественной

Что касается научных докладов, прозвучавших на «Белых ночах»... Меня больше всего заинтересовали выступления, посвящённые лечению глаукомы и диабетическим поражениям органа зрения. Петербургский форум является универсальным по своей тематике. Каждый коллега может найти чтото интересное и полезное.

Расскажите, пожалуйста, о микрохирургическом отделении. которое Вы возглавляете?

— У нас 43 койки. Хирургическая активность составляет 90%. В прошлом году было проведено 2500 операций. 75% операций факоэмульсификация катаракты.

Пациенты могут своевременно попасть на операцию при

— Лист ожидания при незрелой катаракте составляет 6-7 месяцев. Это вполне приемлемые цифры. При зрелой катаракте мы можем прооперировать человека в течение двух-трёх недель.

— Какие v Вас планы на бли жайшие годы?

— Уже в следующем году отделение планирует освоить витреоретинальные операции. Обучение будет пройдено на базе Wetlab MHTK «Микрохирургия глаза» в Москве. Принято решение о закупке соответствующего оборудования.

Екатерина Юрьевна, с каки ми мыслями и чувствами Вы возвращаетесь из Санкт-Петербурга в Краснодар?

повышение квалификации. И эту задачу удалось решить. В повседневной жизни у практикующих врачей остаётся мало времени для чтения научной литературы, для участия в образовательных мероприятиях. Поэтому подобные командировки являются очень важными.

В Краснодарском филиале МНТК собрана огромная научная библиотека. Она постоянно пополняется. А многие лекторы «Белых ночей» являются авторами книг по офтальмологии, которые у нас представле- языка. Таким образом, с зарубеж- компаний. Было интересно из перны. В конце мая в Санкт-Петербург ным опытом смогли познакомить- вых уст узнать о лекарственных освоей работе. съезжается цвет отечественной медицины.

В работе конгресса приняло иностранным языком. участие и много зарубежных гостей. Все доклады прошли с каче- ко научные доклады, но и беседы я смогу использовать в лечебной езжаю в командировки. В основ- проведение операций, приглашаем ственным переводом с английского с представителями фармацевтических практике.



ся и те наши коллеги, которые средствах, которые они предлага-

Екатерина Юрьевна Зимина:

квалификацию

Врач-офтальмолог Краснодарского филиала ФГБУ

«МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»

Главная задача — повысить

ном наши группы специалистов их в Краснодар.

 Расскажите, пожалуйста, перемещаются по Краснодарскому и Ставропольскому краям. Быва-— Я занимаюсь функциональ- ют выезды и в другие регионы юга недостаточно хорошо владеют ют. Кроме того, во многих докла- ной диагностикой. Также как и России. Мы участвуем в диспандах был дан анализ эффективности многие мои коллеги из Краснодар- серизации населения. Отбираем Меня заинтересовали не толь- новых медикаментов. Эти данные ского филиала МНТК, часто вы- пациентов, которым необходимо





ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

им. профессора П.Г. Макарова Станислав Станиславович Ильенков:

главный врач Красноярской краевой офтальмологической клинической больницы

К.м.н., главный специалист-офтальмолог Министерства здравоохранения Красноярского края,

Научная глубина и практическая направленность докладов

— Станислав Станиславович, что многие пациенты приезжают несмотря на сравнительно моло- к нам из дальних районов Красноиз наиболее опытных региональных руководителей в отечествен-

рано стать медицинским администратором. В 1985 году окончил Красноярский медицинский институт. В 1988 году был назначен заместителем главного врача Красноярской краевой офтальмологической клинической больницы им. профессора П.Г. Макарова по лечебной работе. В 1992 году стал главным врачом. И остаюсь на этом посту

— Что представляет собой

— У нас имеется 140 взрослых коек и 40 детских коек. Кроме того, действует дневной стационар, рассчитанный на 180 взрослых пациентов и 80 детей. Каждый год проводится более 6500 операций по факоэмульсификации катаракты, более 1000 операций при

Теоретически мы могли бы новременно увеличить пропускную способность дневного стационара. Но необходимо учитывать, направленности.

конкретный пример? ярского края. По социальным пока-Руководитель отделения гла-

В Красноярской краевой офтальмологической клинической больнице трудятся 470 сотрудников. Из них 80 врачей и 160 медсестёр. 20 врачей имеют научную степень кандидата медицинских наук.

зателям они нуждаются в стацио-

нарном размещении.

Среди оснащения клиники восемь микрохирургических систем для хирургии катаракты и одна микрохирургическая система для витреоретинальной хирургии. Также у нас действует лазерное отделение с четырьмя лазерными установками. Мы можем проводить лазерное лечение при ретинопатии нелоношенных, глаукоме и многих других заболеваниях.

Что Вас заинтересовало на конгрессе «Белые ночи»?

— Этот конгресс носит ярко выраженный образовательный характер. Многие доклады по своей сути являются мини-лекциями, а не просто короткими сообщениями... уменьшить количество коек и од- дать вопросы, пообщаться с лектором. «Белые ночи» — это сочетание научной глубины и практической

Не могли бы Вы привести

укомы Московского института глазных болезней им. Гельмгольца, д.м.н. О.А. Киселёва выступила с докладом «Проблемы диспансеризации больных первичной открытоугольной глаукомой в свете эпидемиологических исследований».

Мне очень приятно, что этот доклад был подготовлен в тесном сотрудничестве с моими коллегами красноярскими офтальмологами. Ольга Александровна проанализировала данные из 37 регионов России. При этом значительное место было уделено Красноярскому краю. Фактический материал по Красноярскому краю готовили мои земляки. Доклад имел не только научную, но и огромную практическую ценность. Мы все заинтересованы в эффективном проведении диспансеризации больных глаукомой.

Также меня заинтересовал доклад главного офтальмолога Самарской области, директора НИИ глазных болезней Самарского государственного медицинского университета, д.м.н., профессора Андрея Владимировича Золотарёва «Результаты патологии на смертность почти не клинико-экономического анализа влияют, хотя в человеческом оргалечения больных с диабетическим макулярным отёком»

 Какие проблемы Вы решаете в качестве главного врача? Какие задачи ставите перед собой и сво

им коллективом?

Главный врач любой российской клиники должен решать просов. Например, в нашей больнице капитальный ремонт продолжается уже четвёртый год. В течение одного года мы можем отремонтировать только один этаж. Мне бы хотелось более стабильного и ритмичного финансирования.

Как Вам удаётся выстраивать отношения с краевыми

 Разумеется, моя задача состоит в том, чтобы донести до руководителей краевого здравоохранения нужды и чаяния офтальмологов... Обычно я нахожу понимание. Но

Некоторые чиновники от здравоохранения обращают внимание только на те области медицины, которые прямо влияют на смертность и на инвалидизацию населения. Как известно, офтальмологические

 Но инвалидизация по зрению в России не сокращается...

 В Красноярском крае количе ство инвалидов по зрению в общей структуре инвалидности незначительно. Поэтому может возникнуть впечатление, что в сфере офтальмологии всё благополучно. Но это

Наша область медицины требует пристального внимания со стороны государства и общества. От остроты зрения во многом зависит качество жизни. Далеко не всегда существенное ухудшение зрения даёт человеку основание для получения инвалидности. Но люди всё равно страдают от плохого зрения..

Красноярские офтальмологи в целом успешно решают поставленные перед ними задачи. Но нерешённых вопросов ещё много. Например, в крае на сегодняшний день 60 000 больных сахарным диабетом. Их число растёт. А значит необходимо уделять большее внимание диабетической ретинопатии и другим офтальмологическим осложнениям при диабете. Из-за огромной протяжённости Краснооказывать высокотехнологичную медицинскую помощь не только в краевом центре, но и в районах.



К.м.н., заведующий микрохирургическим отделением ГБУ РО «Клиническая больница им. Н.А. Семашко», доцент кафедры глазных и ЛОР-болезней Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Александр Вячеславович Колесников:

Лечение глаукомы — социальноэкономическая и психологическая проблема

— Александр Вячеславович, Вы проблема. Как мы можем убе- показатель, позволяющий боль- хирургическое вмешательство даёт конгресса «Белые ночи»?

бывал на «Белых ночах» два года слепоты? назал. Злесь прозвучало много интересных докладов. Но меня больше всего заинтересовали сообщения, связанные с лечением глаукомы. Как известно, в соответствии В том числе и в тяжёлых случаях. с результатами научных исследо- Например, у меня есть пациент, ние. Ему уже было сделано 16(!) выполняют указаний врача.

в первый раз участвуете в работе дить пациентов обратить вни- ному свободно ориентироваться только временный гипотензивный мание на своё здоровье, на ре- в пространстве, выполнять многие эффект. — Во второй раз. Впервые я по- 🛮 альную угрозу безвозвратной 🔻 виды работ...

Вы проводите операции при глаукоме?

— Я провожу такие операции.

Этот пациент выполняет указания врачей?

Он очень дисциплинированный. Вместе с врачами мужественно ведёт борьбу за остаточное зреваний, 70% больных глаукомой не 31 год. Врождённая глаукома. Один офтальмологических операций. глаз полностью лишён зрительных Первая из них состоялась в ше-Таким образом, это не только функций. На другом глазу остаток стимесячном возрасте. Многочисмедицинская, но и психологиче- зрения составляет 0,2. Двадцать ленные операции при глаукоме ская, и социально-экономическая процентов зрения — это неплохой это типичная ситуация... Нередко

Меня интересуют вопросы ранней диагностики глаукомы. Это актуальная проблема. На начальной стадии глаукома часто не приводит к снижению зрения. Поэтому распознать её бывает нелегко.

— Конгресс «Белые ночи» даёт возможность не только послушать ной, а также д.м.н., профессорадоклады, но задать вопросы лек- ми Ю.С. Астаховым, В.Н. Трубиторам, пообщаться с ними в кулуа- линым, Э.В. Бойко, В.У. Галимовой рах. У Вас состоялись интересные и Э.Р. Мулдашевым.

присутствуют звёзды отечественной и зарубежной офтальмологии. И для каждого специалиста в нашей области огромная честь лично пообщаться с ними, получить ответ на интересующий вопрос. Особенно меня заинтересовали встречи с академиком РАМН, д.м.н., профессором А.В. Бровки-



 Светлана Олеговна, расскажите. пожалуйста, об итогах Вашей работы на конгрессе «Белые ночи».

— Главный итог — это продолжение успешного сотрудничества нашей компании с офтальмологическим сообществом. Мы занимаемся продажей интраокулярных линз для передней и задней камер глаза. Региональный менеджер по Сибирскому федеральному округу компании

«Медлаб» (г. Улан-Удэ)

Светлана Олеговна Бадиева::

Мы способствуем обучению врачей-офтальмологов

Профессия врача должна

стать привлекательной

Некоторые линзы вызывают особый интерес, например, мультифокальная линза, созданная по принципу ротационной асимметрии. Или линза с фиксацией к радужной оболочке.

Мы не только распространяем линзы, но и способствуем обучению врачей-офтальмологов. В этом году наша фирма пригласила лично Вам?

Сергей Николаевич Сурнин:

в Санкт-Петербург менеджера голландской фирмы «Ophtec» Walter Nazaire. В рамках конгресса «Белые ночи» он проводил Wetlab по микрохирургическим операциям с использованием линз, производимых его фирмой.

— Что дал приезд в Санкт-Петербург

Врач-офтальмолог Белгородской областной больницы имени Святителя Иоасафа

— У нашей компании нет своего представителя в Северо-Западном регионе. Я рада, что руководство фирмы приняло решение послать в Санкт-Петербург именно меня. Это позволило мне познакомиться с потенциальными заказчиками из Северной столицы и близлежащих регионов.



— Сергей Николаевич, какие доклады, прозвучавшие на конференции, произвели на Вас наиболее сильное впечатление?

— С интересным докладом выступил зарубежный участник форума A. Cordes «Интравитреальный имплант дексаметазона при окклюзиях ретинальных вен. Длительные сроки наблюдения». Речь шла об использовании препарата озурдекс, содержащем дексаметазон. Этот препарат был разрешён к применению в России совсем недавно. Поэтому в нашей стране по объективным причинам не может быть длительных сроков наблюдения за ним. И зарубежный опыт весьма ценен.

При окклюзиях ретинальных вен могут быть назначены однократные или многократные инъекции препарата в полость стекловидного тела. Их производят не чаще двух-трёх раз в год. Озурдекс обеспечивает противовоспалительный эффект, уменьшает отёк сетчатки, способствует повышению зрительных функций.

Расскажите, пожалуйста, о Вашей

 Я — офтальмохирург. Провожу операции при катаракте, глаукоме... Также освоил витреоретинальные операции. В настоящее время офтальмохирургия бурно развивается. Например, ещё десять лет назад врачи практически не могли справиться с эпиретинальным фиброзом. В настоящее время мы можем удалить эпиретинальную мембрану и существенно улучшить зрение. Важно своевременно провести эту операцию.

— Является ли офтальмология привлекательной специальностью для Ваших ровесников, для молодого поколения?

 Вряд ли кто-то будет спорить с тем. что в последние годы государство прилагало значительные усилия для поддержки мелипины. В том числе и v нас в Белгороде. Молодое поколение в медицину приходит. Но ещё многое предстоит сделать.

Профессия врача должна стать привлекательной, в том числе врача-офтальмолога. Пока этого ещё не произошло. Многие выпускники медицинских вузов предпочитают работать в фармацевтических фирмах, а не в здравоохранении.



Заведующая офтальмологическим отделением поликлиники № 29 (г. Одесса, Украина) Наталья Ивановна Драч:

Офтальмологическое сообщество никто не расколет

 Наталья Ивановна, в работе конгресса «Белые ночи» все эти годы принимало участие немало врачей-офтальмологов из Украины. Не помещали ли последние политические события приезду украинских участников в Санкт-Петербург?

— Разумеется, нет. Украина и Россия связаны тесными узами. Практически каждая семья в России имеет родственников, друзей и знакомых на Украине. Я — украинка. Но родилась во Владикавказе, училась в Нижегородском медицинском институте.

Русские и украинцы — это два братских народа, которые никто не сможет разделить. И офтальмологическое сообщество никто не расколет! По моей информации, никто из украинских участников не отказался

от поездки в Санкт-Петербург. И мы всегда ралы российским гостям.

 Что Вы думаете о драматических событиях в Одессе, которые произошли 2 мая? Как восприняли эту трагедию одесситы?

— Трагедия 2 мая потрясла весь город. У одесситов могут быть разные мнения по лития, с учётом интересов всех регионов. политических вопросам. Но все едины в том, что подобное не должно повториться! Одесса должна оставаться многонациональным ся ситуации станет федерализация? и толерантным городом, где все жители и гости чувствуют себя в безопасности.

 Какую позицию занимают одесситы в нынешнем противостоянии между киевскими

властями и ополченцами Донецкой и Луганской области?

Это сложный вопрос... Конечно, в Одессе можно услышать разные мнения. Но большинство сходится в том, что Украина должна оставаться единым государством. При этом важно, чтобы единство страны было достигнуто без насилия, без кровопро-

Может быть, выходом из сложившей-

возможность населению выбирать губернаторов, а не назначать их из Киева. Но единство страны необходимо сохранить.

 Что Вас заинтересовало на нынешнем форуме?

— В первую очередь, доклады о лечении глаукомы и макулодистрофии.

Как Вы оцениваете организацию офтальмологической помощи в Одессе?

— Олесса, вне всякого сомнения, была и остаётся одним из ведущих офтальмологических центров на постсоветском пространстве. Но нам необходимо больше внимания уделять первичному звену. Например, — Мне близка эта идея. Можно дать нашей поликлинике требуется оптический регионам больше самостоятельности, дать когерентный томограф и другая современ-



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

— Виктор Александрович, как Вы оцениваете прошедший форум?

Форум прошёл успешно. Иного и нельзя было ожидать от «Белых ночей»!

К.м.н., заведующий отделом микрохирургии глаза Белгородской областной больницы имени Святителя Иоасафа Виктор Александрович Приставко:

Индивидуальный подход к пациенту и новые медицинские технологии

— Кого из докладчиков Вы бы выделили?

— Мне очень запомнилось выступление д.м.н., профессора Э.Р. Мулдашева «Психофизиологическая коррекция зрения». Локладчик обратил внимание на необходимость сочетания индивидуального подхода к пациенту и новых медицинских технологий.

 В чём заключается индивидуальный подход?

 В уфимской клинике, которой руководит Эрнст Рифгатович, налажено успешное взаимодействие офтальмологов, психологов и неврологов. Профессор Мулдашев справедливо заметил, что зрительные функции возникают не в самом органе

зрения, а в коре головного мозга. Он подчеркнул необходимость проведения психотерапии, сопровождающей основной курс лечения. Особенно это актуально для пашиентов с тяжёлыми патологиями и небольшим остатком зрения. Думаю, что уфимский опыт может быть полезен для



 Александра Михайловна, Ваша компания ежегодно принимает участие в конгрессе «Белые ночи». Как Вы оцениваете эффективность своей работы

в Санкт-Петербурге? — Мне сложно давать оценку эффективности нашей работы с коммерческой точки зрения. Во время подобных форумов мы не ведём никаких коммерческих переговоров.

Единственная наша цель состоит в том, чтобы предоставить возможность врачамна Вашу продукцию? офтальмологам познакомиться с образцами нашей продукции. Наша компания произ-

Менеджер ПТО «Медтехника» (г. Казань)

Александра Михайловна Андрианова:

водит более тысячи наименований многотальмологических операций. Врачам необходимо иметь возможность потрогать эти инструменты руками, увидеть их «вживую», а не только на Интернет-сайте.

руками

Как реагируют участники форума

Все инструменты можно потрогать

— В основном реакция положительная. Часто к нам подходят группы врачей и начинают обсуждать нашу продукцию. Приведу конкретный пример. Мы предлагаем различные факочопперы — приспособления для дробления хрусталика. Они бывают разной длины.

С более длинным, «вытянутым» факочоппером врачу работать быстрее и удобнее. Но с другой стороны, они более опасны... Перед тем как заказать факочоппер целесообразно обсудить этот вопрос с опытными коллегами, чтобы выбрать наиболее оптимальную модель.



 Дарима Владимировна, чем Вам запомнилась эта командировка в Санкт-

— В рамках конгресса «Белые ночи» со- в сельских районах. В Улан-Удэ ситуация нестоялось заседание профильной комиссии плохая. Но в провинциальных поликлиниках профессор В.В. Нероев. У нас с коллегами состоялся откровенный разговор. Я тоже поделилась своим видением ситуации.

больницы им. Н.А. Семашко, главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Бурятия (г. Улан-Удэ) Дарима Владимировна Соснора:

К.м.н., заведующая отделением микрохирургии глаза Республиканской клинической

Откровенный разговор с коллегами

Что больше всего волнует бурятских

— У нас не хватает глазных врачей нашим коллегам прихолится принимать за шая, а условия работы тяжёлые. Поэтому на реализацию этого проекта. енту бывает трудно.

— Какие задачи Вы ставите перед собой как главный офтальмолог республики?

— Ещё в советское время в Улан-Удэ был заложен фундамент Республиканской оф-Но Советский Союз распался. И больница ранения России, которую возглавляет д.м.н., смену по 40-50 человек. Зарплата неболь- так и не была построена. Я очень надеюсь операций, осваивать витреоретинальную

В настоящее время наша основная база это микрохирургическое отделение Республиканской больницы, которое я возглавляю. У нас 68 коек. Работают 10 врачей-офтальтальмологической клинической больницы. мологов. За год мы проводим более двух тысяч операций. Собираемся расширять круг хирургию

Подготовил Илья Бруштейн. Фотографии Ильи Бруштейна, Светланы Белеховой





Д.м.н., заместитель директора по организационно-клинической работе Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», доцент кафедры офтальмологии № 2 Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

Марина Васильевна Гацу:

Мое призвание быть практикующим врачом

одним из ведущих рос- о двух профессиях: врача и учите- важную роль в моей жизни. Он стал как коллеги. Мне был интересен сих пор, а с сотрудниками клинисийских специалистов ля. Причем мне было сложно вы- научным руководителем студенчечатки и применения лазерных технологий в офтальмологии. С 1992 года Марина Васильевна работает в Санкт-Петербургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза», является врачом высшей категории.

Она стала автором 4 патентов на изобретения, 14 рационализаторских предложений и 90 печатных работ. За время работы в МНТК выполнила более двадцати тысяч лазерных операций. На- даль мне не дали... Это была явная демию им. С.М. Кирова. Уже в кон- он возглавляет Лазерный центр должность заместителя директора граждена медалью «К 300-летию Санкт-Петербурга». В сентябре 2012 года назначе-

на заместителем директора по организационно-клинической рабо те Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Марина Васильевна, в каждом номере газеты «Поле зрения» мы представляем российских и зарубежных ученых-офтальмологов. Хотелось бы узнать о Вашей жизни, о Вашем пути в науке...

Спасибо за приглашение выступить на страницах газеты! Я родилась в Ленинграде в 1965 году. Девичья фамилия — Щербакова. Молдавскую фамилию Гацу приобрела после замужества. Мои родители были квалифицированными рабочими. Папе Василию Григорьевичу сейчас 88 лет. Мама Антонина Георгиевна умерла в 2010 году.

Папа в течение 45 лет работал слесарем-наладчиком на аккумуляторном заводе. Он создавал аккумуляторы для подводных лодок. Работу свою очень любил, был активным изобретателем и рационализатором. Его труд был отмечен орденом Трудового Красного Знамени. Мама всю жизнь трудилась на конвейере на предприятии «Волна». Она паяла электронные платы Семен Михайлович Чутко. Работе медицинской службы. Мы позна- ского института. В то время такая Евгеньевич Сомов. В то время я для отечественных телевизоров.

решение стать медиком?

— В школьные годы я мечтала брать между этими двумя сферами деятельности: хотелось заниматься которая была мной подготовлена. и целительством, и педагогикой... Я стала врачом и являюсь доцентом Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. То есть занимаюсь преподавательской работой.

была отличницей. В аттестате о среднем образовании — ни одной четверки. Но почему-то золотую мешкол. И в эту квоту я не попала...

В медицинский институт Вы

Я поступила в Ленинградский педиатрический медицинский институт (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет) без всякого нить работу младшего и среднеблата и без занятий с репетиторами.

логическом кружке при городском там... В свободное время была воз-Дворце пионеров и на Малом факультете Политехнического университета. Малый факультет давал возизучать математику и физику. Эти занятия тоже помогли при поступлении и дальнейшем обучении в вузе. Педиатрический институт афганская война. Было много ране- в 1988 году мне хотелось поступить легам, посвятившим свою жизнь я выбрала не случайно. Мне хоте- ных с тяжелыми ранениями, с сочелось лечить детей, помогать им...

Когда Вы заинтересовались

— Интерес к офтальмологии возник уже на первом курсе. Я пришла в студенческое научное общеіял и заведующий кафедрой оф-Анатолий Иванович Горбань.

Вообще, А.И. Горбань сыграл ской исследовательской работы, В 1987 году он стал первым директором Ленинградского (потом — Санкт-Петербургского) филиала МНТК. Именно он в 1992 году при-

В одной из наших предыдущих бесед Вы упомянули, что у Вас было две альма-матер...

— Своей второй альма-матер я считаю Военно-медицинскую аканесправедливость. В советское вре- це первого курса я стала работать санитаркой в офтальмологическом для различных городов, различных отделении Военно-медицинской академии. Потом перешла на должность операционной медицинской бы я подрабатывала. Хотелось быть независимой от родителей, почувствовать себя самостоятельной.

Это был важный опыт в моей жизни. Научилась уважать и цего медицинского персонала. Я не только работала в Военно-меди-Кроме того, я занималась в био- цинской академии, но и училась можность посещать лекции и прак

Мне очень нравилась творче ская, открытая, дружелюбная атмосфера, которая царила в Военно-медицинской академии. Но работа была тяжелая. В то время шла

Работа в Военно-медицинской академии помогла Вам найти и свое личное счастье...

— Я вышла замуж в 1985 году. В то время мой будущий муж Андрей ство, которое действовало при ка- Федорович был преподавателем федре офтальмологии. Его науч- Военно-медицинской академии. логического отделения Ленинградным руководителем был доцент Он врач-офтальмолог, полковник работать санитаркой, была студент- ке педиатрического института прола первые шаги в медицине...

его профессиональный и жизненночные дежурства. Я в основном работала по вечерам и по ночам, так как необходимо было совмещать работу и учебу... Пили чай

родилась дочь Анна. Сейчас у нас в семье два доктора медицинских наук. Андрей Федорович, также как и я, посвятил свою докторскую диссертацию лазерным технологиям. В настоящее время Ленинградской областной клинической больницы

вместе. Потом пришла Любовь.

Мой муж — настоящий военный врач. Ему довелось побывать сестры. Практически все годы уче- в Афганистане, в Чечне... Такой опыт есть у многих сотрудников Военно-медицинской академии. Эти люди проявили себя высококлассными специалистами и па-

Общение с мужем и его сослуживцами оказало большое влияние на формирование моего характера, жизненной позиции. Мы с Андреем — единомышленники. Наверное, в этом и заключается секрет долгого счастливого брака.

Как складывалась Ваша профессиональная жизнь после окон-

— После получения диплома в клиническую ординатуру. Но, к сожалению, такой возможно сти не было. Ординатуру я прошла только в начале девяностых годов, уже работая в МНТК.

Но меня — без прохождения клинической ординатуры или интернатуры — приняли на работу врачом-офтальмологом офтальмоврача-клинициста. Заложенными институте.

Сначала мы общались просто в те годы знаниями пользуюсь до ки поддерживаю теплые дружеские

В январе 1992 года стала сотрудником Санкт-Петербургского филиала МНТК. И работаю здесь уже более 20 лет. Сначала я была принята на должность врача-исследователя Решили пожениться. В 1986 году научно-исследовательской группы В 1993 году на базе научно-исследовательской группы было создано отделение лазерной хирургии и флюоресцентной ангиографии. Там я работала в качестве врачаофтальмолога до назначения на филиала. Создателем и бессменным руководителем отделения является д.м.н., профессор Александр Сергеевич Измайлов

ная работа. Еще в студенческие годы довелось подготовить несколько публикаций в серьезных научных изданиях. Вместе с тем занятия наукой никогда не были для меня самоцелью. Мое призвание — быть практикующим врачом. Поэтому меня интересуют те научные темы и направления, ко торые помогают в практической

В медицинской науке всегда существовали фундаментальные и прикладные исследования...

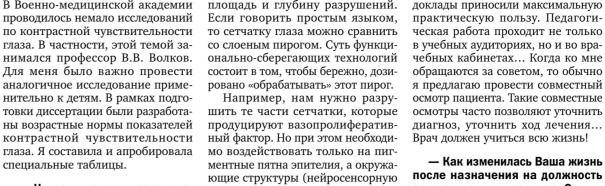
— Мой «конек» — это прикладные исследования. Хотя я с огромным уважением отношусь к колфундаментальным разработкам.

Какие научные проблемы Вы исследовали в кандидатской и докторской диссертациях?

— Кандидатская диссертация «Визоконтрастометрия при патолов 1995 году в Военно-медицинской академии. Научным руководителем был д.м.н., профессор Евгений общества большое внимание уде- комились в 1983 году, когда я стала ситуация была возможна. В клини- уже работала в МНТК. Но готовить диссертацию начала еще во — Вы уже в детстве приняли тальмологии, д.м.н., профессор кой-первокурсницей и только дела изошло формирование меня как время работы в педиатрическом



Самые близкие люди: муж Андрей, дочь Анна, зять Антонио. Испания, г. Рондо



Чем отличаются исследования контрастной чувствительности глаза у детей и взрослых?

— Это субъективные исследования. Поэтому очевидно, что реакция личается. Я занималась детьми от 3 до 7 лет. Именно для этой возрастной группы были разработаны специальные таблицы и особая методика проведения исследований.

После семи лет ребенок, как правило, может реагировать на контрастную чувствительность альное отличие детских и взрослых исследований состоит в том, более старшего возраста) предлагается оценить расположение полос полагаться вертикально, горизонтально или под углом...

разно. Ребенок просто не поймет поставленного вопроса. Поэтому я разработала специальные таблицы с картинками, доступными для были изображены звездочки, грибочки, машинки

бенка гораздо легче сказать, что он видит звездочку, а не абстрактную гих диссертантов.

— Ваша докторская диссертаа с лазерными технологиями.

— Докторская диссертация носит название «Функциональносберегающие технологии при лечении заболеваний сетчатки». Она была зашишена в 2009 году в головном институте МНТК в Москве. В качестве научного консультанта выступил д.м.н., профессор Л.И. Балашевич. Леонид Иосифович, наряду с А.И. Горбанем, является моим учителем в офтальмологии. Также я благодарна своему многолетнему непосредственному руководителю д.м.н., профессору А.С. Измайлову. Его деятельность способствует созданию творческой атмосферы в отделении. Офтальмологи-лазершики Л.И. Балашевич. Именно Леонид

ниматься исследованиями функци- технологиям. онально-сберегающих технологий

— Не могли бы Вы рассказать достойным учителем. о функционально-сберегающих технологиях тем нашим читателям. которые не знакомы с этой темой. слова?

 В своей диссертации я разрабаняются лазерные технологии.

Тему я выбрала не случайно. состоит в том, чтобы дозировать В Военно-медицинской академии площадь и глубину разрушений. онально-сберегающих технологий

Например, нам нужно разруный фактор. Но при этом необходиментные пятна эпителия, а окружасетчатку, хориокапилляры) оставить интактными.

Какую пользу приносит пациентам применение функционально сберегающих технологий?

— В большинстве случаев использование функционально-сберегающих технологий прямо влияет на поле зрения пациента. Мы администратором. можем минимизировать дефекты

- Вы являетесь одним из признанных специалистов в области патологии сетчатки. Какие исследования в этой области Вы проводили в последнее время?

 В настоящее время меня больше всего занимают две проблемы лечение центральной серозной хориоретинопатии и лечение отеков макулы. К сожалению, и в Советском Союзе, и в России нередко решетки с полосами нецелесооб- допускались и допускаются серьез- диков, от их хорошего настроения ные ошибки в диагностике и лечении центральной серозной хориоретинопатии. Эти ошибки, по моему мнению, связаны с недостаточной информированностью врачей. Кроме того, центральную серозную хориоретинопатию можно назвать

трастности. Очевидно, что для ре-Отеки макулы являются частым решетку. Правда, с внедрением ре- ки. Это очень опасное явление, так то он может придти ко мне... Жалоб зультатов диссертации в широкую как при отсутствии лечения промедицинскую практику возникли исходит гибель фоторецепторов трудности. Но такова участь мно- и вследствие этого необратимое снижение центрального зрения. в то же время при проведении лечения также возможны опасные медицинскую документацию, но и побочные эффекты. Врач может собствовать усилению ишемии. В свою очередь, ишемия порой приводит к гибели глаза.

Расскажите, пожалуйста, о Вашей работе в качестве доцента кафедры офтальмологии № 2 Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Мой стаж работы доцентом стоящее время заведующим кафедрой является д.м.н., профессор Ю.В. Тахтаев. Долгие годы руководителем был д.м.н., профессор Иосифович привлек меня к препоки и интраокулярным лазерным

Готовясь к лекциям и семинапри лечении заболеваний сетчат- рам, чувствую, что расширяю соб- ходится иметь дело с различными ки. Пишу статьи на эту тему, вы- ственный опыт, углубляю знания. надзорными инстанциями, в част- У человека есть право на получение ступаю на конференциях, делюсь У меня были прекрасные учителя ности, Роспотребнадзором и Рос- высокотехнологичной медицинской бы в России продолжила обучение в медицине, учителя в офтальмоло-

Что Вы вкладываете в эти

 По моему мнению, профестывала и оценивала эффективность сор или доцент должен обладать новых алгоритмов лечения различ- не только аналитическим мышленых стадий диабетической ретино- нием, но и большим опытом прак-

Стараюсь, чтобы мои лекции и доклады приносили максимальную практическую пользу. Педагогическая работа проходит не только в учебных аудиториях, но и во врачебных кабинетах... Когда ко мне я предлагаю провести совместный осмотр пациента. Такие совместные осмотры часто позволяют уточнить лиагноз, уточнить хол лечения... Врач должен учиться всю жизнь!

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Как изменилась Ваша жизнь после назначения на должность заместителя директора Санкт-Петербургского филиала МНТК?

— Это была новая сфера деятельности. Я, как и раньше, продолжаю принимать пашиентов. проводить лазерные операции, заниматься научной работой... Но появилось и много новых обязанностей. Теперь необходимо быть

— Можно ли Вас назвать «главным контролером» Санкт-Петербургского филиала МНТК?

— Мне не нравится слово «контролер»... В первую очередь, хочется быть не контролером, а помощни ком своих коллег. Моя задача и задача других сотрудников администрации состоит в том, чтобы врачи, медсестры, санитарки, работники вспомогательных служб трудились уже работает. Но она нуждается в максимально комфортных условиях. Вель от комфортной работы ме на рабочем месте во многом зави-

Но, разумеется, должность предполагает и осуществление контрольных функций. Под моим руководством действует клинико-экспертный отдел, осуществляющий внутренний контроль, внутренний аудит работы медицинского персонала.

Если пациент не доволен качев МНТК немного. Но, как и в каждом ся. Моя задача состоит в том, чтобы разобраться в обоснованности пресама провожу осмотр пациента, что бы оценить действия своих коллег проводимое ими лечение. В некоторых случаях приходится взаимодействовать с юристом филиала, чтобы защитить нашу клинику от юридических претензий

Вопросы трудовой дисциплины также находятся в зоне моей ответственности. Но, как правило, здесь проблем не возникает. У нас работает слаженный коллектив. Люди ценят свое рабочее место.

Какими организационными вопросами Вам приходится

— Этих вопросов очень много.. Я отвечаю за лицензирование леятельности филиала. У нас имеются давательской работе. Я читаю ци- три лицензии: на осуществление Диссертация готовилась в тече- клы лекций по патологии сетчат- медицинской и фармакологической деятельности, а также на работу с наркотическими веществами.

> Кроме лицензирования, приздравнадзором. Также я отвечаю гии. И для меня тоже важно быть за взаимодействие со страховыми жет воспользоваться. Представьте рода Гранада. Потом нашла работу компаниями.

Какие задачи стоят сейчас перед Вами? Стремитесь ли Вы внести какие-то изменения в организацию работы клиники?

Перемены и нововведения постоянно происходят. Например, патии и диабетического макулярного тикующего врача. Надо уметь не в настоящее время нам важно модеротека, а также возрастной маку- только ответить на теоретический низировать электронные истории лярной дегенерации сетчатки. При вопрос, но и помочь коллеге в ди- болезней, электронные протокоэтих заболеваниях успешно приме- агностике и лечении конкретно- лы операций... Электронная исто- высокотехнологичной медицинской го пациента. Ни один человек не рия болезни обычно требует мень помощи безнадежно устарела. Не- разговор! Стандартное лазерное воздей- может считать себя корифеем во ше времени, чем традиционные обходимо одноканальное финансиствие, надпороговый лазерный всех сферах офтальмологии. Нуж- записи от руки. Используются раз- рование. Было бы разумно, чтобы ожог, разрушает части сетчатки. но быть открытым для общения личные шаблоны для обозначения все высокотехнологичные меди-



Д.м.н. М.В. Гацу проводит оптическую когерентную томографик

выписанных лекарств и т.д. Кроме того, на основе электронной истории болезни можно оформлять различные справки и другие необходимые документы.

Alcon A

Сократив время на оформление медицинской документации, мы тем самым предоставляем врачу возможность больше внимания уделить общению с пациентом. Это система в совершенствовании, в отладке.

— Вы являетесь председателем комиссии по отбору пациен тов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Не секрет, что в этой сфере возникает немало недоразумений... Часто пациенты жалуются на то, что они не могут вовремя получить необходимую помощь.

— В данном случае позиция медиков и пациентов полностью совпадает. Жалобы людей вполне обоснованны. Могу сказать, что наша клиника, как и многие друлучает финансирование высокотехнологичной медицинской помощи в недостаточном объеме. В этом нет никакого секрета.

А что делать пациенту в таком случае?

— Допустим, у пациента имеется квота на осуществление высокотехнологичной медицинской операции в нашем центре... Но само по себе наличие квоты у пациента, к сожалению, не означает, что мы сможем ему эту операцию

Дело в том, что государство позволяет нашему учреждению в рам ках квотирования проводить только ограниченное число высокотехнологичных операций в год. В этом году нам предоставлено финансирование 540 операций. Значит, мы можем обслужить толь-

- То есть государство, выдене всегда обеспечивает финанси-

— Именно так и происходит. помощи. Но этим правом он не морегиона. Все документы у него в порядке... Но мы не можем провести ему операцию, так как наш лимит на этот год уже исчерпан.

Какой выход Вы видите из сложившейся ситуации?

— Я не буду оригинальна. Большинство моих коллег убеждены в том, что система квотирования

в рамках обязательного медицин ского страхования (ОМС), а финансирование осуществлялось по факту оказания помощи и не ограничивалось плановыми заданиями.

— Марина Васильевна, позволь· те задать Вам несколько личных вопросов... Работа врача связана с постоянными стрессами. Часто пациенты приходят на прием в тяжелом психологическом состоянии... Каким образом можно справиться с этими нагрузками и сохранить собственное здоровье?

Конечно, врач, как и любой другой человек, должен думать о своем здоровье. Никому не нужно «гореть на работе»... Но стрессовые ситуации в работе медиков являются неизбежными. И нельвя оставаться спокойно-равнодушным! Для пациента важно, что врач проявляет к нему сочувствие. Это необходимый фактор лечения.

Но нужно уметь переключаться. И не только в собственных интереентов. Ведь люди идут потоком.. Даже если v меня несколько минут агнозом и неблагоприятным прогнозом, я должна настроиться на

Справиться со стрессом мне помогает общение с природой и умеренная физическая нагрузка. Выходные дни мы с мужем проводим на даче в Ленинградской области. в поселке Токсово. По вечерам стараемся гулять, вместе посещаем фитнесс-клуб, плаваем в бассейне, кодим на курсы разговорного английского языка

В течение рабочего дня для сняна несколько минут выйти из здания клиники. Здесь очень красиво,

— Как Вы любите проводить

 В последние годы все отпуска Там сейчас живет наша дочка Анна. Она окончила филологический факультет Санкт-Петербургского университета. После окончания учев магистратуре университета госебе, что к нам приехал человек из в Испании. Недавно вышла замуж за гражданина этой страны Антонио.

— Какие планы Вы ставите перед собой на ближайшие годы?

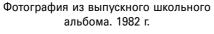
— Я не строю глобальных планов. Самое главное для меня продолжать заниматься своим

Искренне благодарю Вас за интересный, откровенный

Беседу вел Илья Бруштейн Фотографии Ильи Бруштейна и из личного архива М.В. Гаиу



С родителями. Мне 5 лет. 1970 г.



Новые перспективы применения оптической

КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНЫХ ДИСТРОФИЙ СЕТЧАТКИ

Р.Б. Шаимов¹. В.А. Шаимова¹. О.Г. Поздеева², Т.Б. Шаимов², **А.Ю.** Галин¹, **А.В.** Золотова¹, Т.А. Шаимова¹, А.В. Фомин³

¹ООО «Центр «Зрение», Челябинск; ²Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск; 3 ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва.

птическая когерентная томография (ОКТ) являетдиагностики заболеваний глаз. Основным приоритетным направлением ОКТ стало применение [1]. ОКТ обладает высокой разрешающей способностью и позволяет выявить, качественно и количественно оценить структуру патологии сетчатки, витреоретинальные сращения, состояние прилежащего стекловидного тела, документировать, проводить мониторинг [2].

Периферические дистрофии являются одной из главных причин развития регматогенной отслойки сетчатки [3-7]. По данным литературы, к наиболее опасным периретиношизис [8-10]. Выявление способа визуализации периферических дистрофических изменений, витреоретинальных тракций откроет широкие возможности для у 11 пациентов (12 глаз) после правильной диагностики и выбора тактики лечения.

По данным зарубежной литературы, оптическая когерентная томография периферической дистрофии сетчатки in vivo была впервые проведена Bernd A. Kamppeter и Jost B. Jonas в 2004 г. на ОСТ 3 (Zeiss). Авторами описан клинический случай выявления на ОКТ периферического ретиношизиса с разрывом наружного листка [11]. В 2006 г. Ghazi N.G. с соавторами [12] показали достоверную корреморфологическими исследованиями периферических дистрофий при (Stratus 3, Zeiss) и SD-OCT (Cirrus, анализе 11 гистологических срезов энуклеированных глаз.

Ряд авторов, Manjunath V., Taha M., Fujimoto J.G., Duker J.S. (2006 г.) [13], провели сканирование in vivo на SD Cirrus HD-OCT (Zeiss) пациентов идеи [18]. с «решетчатой» дистрофией сетвые описать морфометрическое дом для визуализации ретинальных и витреальных изменений в обла- оценивались состояние витреорести «решетчатых» дистрофий.

[14] провели исследование толщины сетчатки на Stratus ОСТ (Zeiss) в зоне обзора от центра до 40 грас миопией и с отсутствием миопии. Авторы пришли к выводу, что следуемом уровне не зависела от структур.

наличия периферической дистрофии сетчатки. ОКТ сканирование непосредственно периферических дистрофий в этой работе не проводилось.

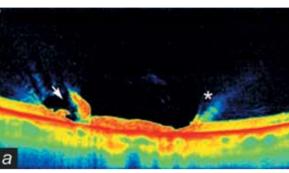
Rajeev H. Muni, MD и др. (2010 г.), используя портативный (HHSD-OCT) спектральный ОКТ (Envisu C2300 BIOPTIGEN) в своем ретроспективном исследовании у 3 пациентов (5 глаз) с ретинопатией недоношенных, показали возможность определения структурных характеристик, взаимоотношений сетчат- Рис. 1. «Решетчатая» дистрофия: ки и стекловидного тела при тракционном ретиношизисе и отслойке сетчатки. Авторы подтвердили высокую информативность портативного SD-OCT сканирования в диагностике заболеваний маку- в ранней диагностике тракционлярной области, зрительного нерва ного ретиношизиса, разрывов и отслойки сетчатки и определения показаний к лазерному лечению сетчатки у детей [15].

M. Stehouwer с соавторами (2011 г.) сообщили [16] о возможности применения интегрированного в шелевую лампу ОКТ SL SCAN-1 (Topcon) для визуализации периферии сетчатки, используя трехзеркальную контактную линзу (HAAG-STREIT AG, Koeniz, Switzerland) и ручную линзу (Volk SuperField NC Lens). Использование дополнительных приспософерическим дистрофиям сетчатки блений позволило добиться достаотносятся «решетчатая», «след точно качественных изображений слойки сетчатки. Stephen F. Oster, MD c cоавтора-

> ми (2011 г.) [17] провели ретроспективное исследование SD-OCT операции пломбирования по поводу отслойки сетчатки в период с ноября 2008 года по июнь 2009 года. Исследования показали, что SD-ОСТ позволяет оценить эффективность оперативного лечения: успешного — полное закрытие пломбой части отслоенной сетчатки, недостаточного — наличие остаточной отслойки сетчатки, нальных разрывов и субретиналь-

> Abhishek Kothari с соавторами таты сканирований на TD-ОСТ Zeiss) in vivo периферических дистрофий сетчатки: «решетчатой», ного ретиношизиса, невуса хорио-

измерение протяженности субкли- сравнивать с результатами гисто- краю дефекта, в области централь- ниями — границами зоны оптиявляется информативным мето- ваний ОКТ периферических дис- ность и высоту локальной отслойтрофий, в которых недостаточно ки нейроэпителия (НЭ) сетчатки. Cheng S.C. и соавторы в 2010 г. ных тракций, морфометрические чалась в следующем. параметры дефектов.





а — ОКТ: определяется выраженное витреоретинальное сращение (звездочка) с тракцией по краям дистрофии, истончение слоя нейросенсорной сетчатки, сквозные и несквозные разрывы (стрелочка). Гиперрефлективность сигнала в зоне очага, зоны дистрофии ПЭС, нарушение структуры сетчатки в зоне дистрофии;

б — фундус изображение: дистрофический участок с гиперпигментацией, сквозными и несквозными дефектами. В проекции участка дистрофии проходит ретинальный сосуд

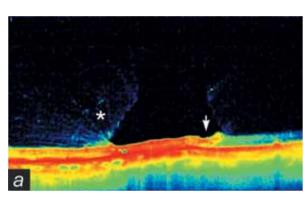




Рис. 2. Дистрофия «след улитки»:

а — ОКТ: определяется выраженное витреоретинальное сращение с тракцией (звездочка) по краям дистрофии, волнообразная деформация поверхности сетчатки, несквозной дефект (стрелочка), нейросенсорная сетчатка несколько истончена и гиперрефлективна;

б — фундус изображение: белесоватый полупрозрачный участок дистрофии с несквозными дефектами. В проекции участка дистрофии проходит ретинальный сосуд

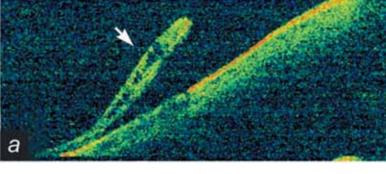
Материал и методы

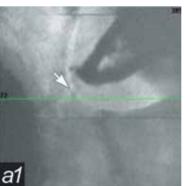
112. Возраст — от 18 до 84 лет.

- тивопоказаний) для обеспечения выполнении сканирования играет тов (14 глаз).

нала. При сканировании на ОКТ RTVue-100 фиксировали взгляд совместной) по диоптрийной компациента в необходимом направ-ООО «Центр «Зрение» за период вали его голову на сторону поражения, к локализованному участку расположения дистрофии. При необходимости проводилась предварительная настройка томографа на индивидуальную рефракцию пацитрофии в кабинет лазерной хирур- ента. Оператор выполнял нескольляцию между результатами ОКТ и (2012 г.) опубликовали резуль- гии на консультацию к лазерному ко сканирований, а затем выбирал лучшее по качеству и информативности изображение. При проведении исследования направление сканирования и линейный размер «след улитки», «булыжной мосто- нительно включало: ОКТ с исполь- зоны/линии адаптировался операвой», разрывов сетчатки, сениль- зованием томографа RTVue-100 тором в зависимости от локализа- го обеспечения V 4,0, в протоколе (OPTOVUE, США), фоторегистра- ции процесса. При сканировании цию с помощью фундус-камеры внимание обращалось на стандар- определяет высоту скана от уровня Представленные работы зару- Nikon NF-505-AF (Япония). Были тизацию положения скана в зоне пигментного эпителия до витреоисследованы морфометрические оптимального сигнала: скан поосновные томографические при- ют высокую информативность ОКТ параметры по следующим критери- зиционировали посередине зоны знаки данного заболевания и впер- периферических дистрофий сет- ям: размеры дефекта (средняя про- оптимального сигнала (между го- ция периферической дистрофии чатки, которые можно равноценно тяженность), толщина сетчатки по ризонтальными прицельными ли- сетчатки. нической отслойки сетчатки. Было логических исследований. Однако ной зоны дефекта, витреоретиналь- мального сигнала) с выравниваустановлено, что спектральная оп- авторами опубликованы практи- ного сращения. Кроме того, при нием левого и правого концов тическая когерентная томография чески единичные случаи исследо- наличии, исследовали протяжен- В-скана на одной высоте относительно прицельных линий с целью трофии сетчатки 189 пациенобеспечения одинакового уров-Методика визуализации перифе- ня усиления по длине скана. Мы основные группы: 1-я группа тинальных сращений и витреаль- рических дистрофий на ОКТ заклю- применяли методику Line (исполь- «решетчатая» дистрофия выявлена зовались сканы длиной до 6 мм), 1. При максимальном расши- 3D Macular (размер зоны сканиро-В связи с этим целью нашей ра- рении зрачка проводилась точная вания до 6х6 мм). Максимальный тов (14 глаз), 3-я — изолированные боты явилось изучение возможно- локализация периферических дис- размер скана ограничивался усдусов у двух групп пациентов: сти проведения оптической коге- трофий сетчатки с использованием ловиями получения оптимального за), 4-я группа — кистовидная дисрентной томографии на RTVue-100 3-х зеркальной линзы Goldmann. сигнала (см. выше) и зависел как трофия — 5 пациентов (10 глаз), (ОРТОVUE, США) периферических 2. Проводился предварительный от локализации зоны сканирования толщина сетчатки на глазах с мио- ретинальных дистрофий и витре- инструктаж пациента для обеспече- на глазном дне, так и от степени перпигментация — 24 пациента (28 пией на уровне 40 градусов на 7% оретинальных сращений, состоя- ния согласованности с действиями мидриаза пациента. В ряде случа- глаз), 6-я группа — ретиношизис тоньше, чем у пациентов с отсут- ния прилежащего стекловидного оператора. Сканирование выпол- ев требовалось уменьшение линей-

максимальной зоны обзора и мак- наличие у томографа RTVue-100





ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014



Рис. 3. Клапанный разрыв с субклинической отслойкой сетчатки:

а — ОКТ: участок элевации НЭ, соответствующий субклинической отслойке сетчатки по краю «клапанного» разрыва с многочисленными кистозными изменениями (стрелочка). Слой нейроэпителия в зоне разрыва не

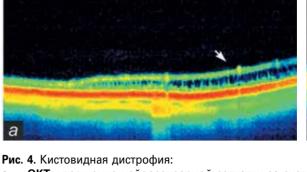
а1 — изображение инфракрасной камеры OKT (RTVue-100): видна линия скана, проходящая через субклиническую отслойку сетчатки, дно разрыва. Видна тень от клапана;

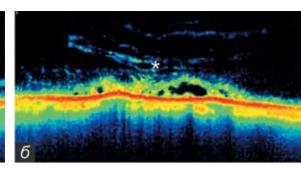
6 — фундус изображение: U-образный клапанный разрыв с субклиниче ской отслойкой сетчатки

«Решетчатая» дистрофия выявле-Дистрофия «след улитки» была на у 15 пациентов (21 глаз) в боль- выявлена у 10 пациентов (14 глаз), шинстве случаев (96%) в области располагалась в большинстве слуэкватора, при этом у 11 пациентов чаев (85,7%) в области экватора, (73,3%) встречалась монокулярно, реже — (14,3%) на крайней периу 3 глаз (14,3%) определены мно- ферии. Преимущественно локали- 54 глаза (40,3%), «с крышечкой» жественные «решетки» на одном зовалась в верхненаружном сегглазу. По локализации «решетча- менте — 6 глаз (42,9%), реже — глаза (17,2%), разрывы с субклитая» дистрофия чаще наблюдалась в нижненаружном — 5 глаз (35,7%), в верхненаружном сегменте — 13 в верхневнутреннем — 2 глаза глаз (61,9%), реже — в нижнена- (14,3%), в нижневнутреннем — вы были выявлены на обоих глазах ружном — 5 глаз (23,8%), в верх- 1 глаз (7,1%). Односторонняя лока- у 18 пациентов (36 глаз) и мононевнутреннем — 2 глаза (9,5%), лизация выявлена у 85,7% пациенв нижневнутреннем — 1 глаз тов. При офтальмоскопии дистро- лизации они диагностировались (4,8%). По виду данные дистро- фия «след улитки» определялась в разных сегментах периферии сетфии были с гиперпигментацией и в виде скопления белесоватых побеспигментные, с разрывами и без блескивающих штрихообразных в нижненаружном (27,6%), в верхразрывов, с единичными или мно- включений, представляющих кар- невнутреннем (25,4%), в нижжественными облитерированны- тину следа, оставленных после ми сосудами. Офтальмоскопически улитки. По краю дефекта опреде- жественные разрывы сетчатки определялась резко отграниченная лялись витреоретинальные сразона с множеством «решеток» из цения с тракцией измененного сети белых переплетающихся ли- стекловидного тела. ний и облитерированных сосудов Картина ОКТ сканирования об-

с плотным витреоретинальным ласти дистрофии «след улитки» сращением по краям дефекта, окру- характеризовалась неровной, волженная деструктивным витрумом. нообразной поверхностью в зоне Анализ ОКТ 21 глаза выявил над дефекта, наличием участков с реззоной «решетчатой» дистрофии об- ким уменьшением толщины сетчатласть с гипорефлективным сигна- ки, вплоть до отсутствия слоя нейлом (зона пониженной плотности роэпителия, наличием тракции стекловидного тела), а по краям стекловидного тела различной стестимости от силы тракции со сторо- ции стекловидного тела (рис. 4a); зоны — гиперрефлективные об- пени выраженности по краю де- ны деструктивного стекловидного 2-я форма (3 глаза) — с тракцией ласти с измененной структурой фекта (рис. 2). В стекловидном теле единичными разрывами. Нормаль- нии оптической плотности ткани пана. Протяженность клапана по кловидное тело над дистрофией — Протяженность «решетчатой» дис- ный ядерный слой), определяются ния клапана — от 281 до 841 мкм. ных изменений в слое нейроэпитрофии по данным ОКТ составляла очаговые дефекты ПЭС. В ряде слу- В области дна разрыва слой ней- телия и пигментного слоя сетчатот 3,2 до 6 мм и более (использова- чаев анализ данных ОКТ позволяет роэпителия и фоторецепторов не ки, витреальных тракций деструклась длина скана не более 6 мм). сделать заключение об определен- определялся. Толщина сетчатки по краю дефек- ных дистрофических изменениях Кистовидная дистрофия выявле- тела. та выявлена от 137 до 159 мкм, и в хориоидее. Протяженность дис- на у 5 пациентов (10 глаз), во всех Протяженность дистрофии со- пигментного скопления (рис. 5). в центральной зоне дистрофии — трофии по данным ОКТ составляла случаях она определялась в области ставляла от 3,4 до 6 мм и более Протяженность дистрофии по данот 53 до 155 мкм, высота витрео- от 2,5 до 6 мм и более. Толщина крайней периферии, параллельно (скан длиной более 6 мм не вы- ным ОКТ составляла от 779 мкм до ретинального сращения — от 167 сетчатки по краю дефекта — от 151 зубчатой линии. Преимущественно полнялся). Толщина сетчатки по 1,56 мм. Толщина сетчатки по краю до 585 мкм. В проекции разрывов до 167 мкм, в области центральной локализовалась в верхненаружном краю дефекта — от 114 до 157 мкм, дефекта — от 138 до 367 мкм, в обсетчатки в области «решетчатой» зоны — от 48 до 124 мкм, высота сегменте (50%), реже — в нижне- в области кист — от 285 мкм до ласти центра — от 187 до 397 мкм,

и фоторецепторов не определялся. от 219 до 421 мкм.





НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

а — ОКТ: утолщение нейросенсорной сетчатки за счет множественных мелких «цилиндрических» полостей с гипорефлективным содержимым (стрелочка), отсутствие витреоретинального сращения. Гиперрефлективные участки на уровне слоя пигментного эпителия;

6 — ОКТ: значительное изменение структуры стекловидного тела, с участками уплотнения над зоной дистрофии, витреоретинальное сращение в зоне дистрофии (звезочка), гиперрефлективные включения в слое НЭ сетчатки, напоминающие эксудаты или белковые дебрисы, множество мелких и больших неправильной формы полостей с гипорефлективным содержимым

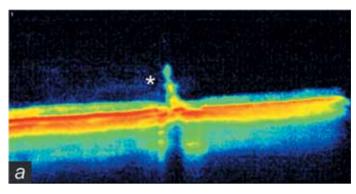




Рис. 5. Патологическая гиперпигментация:

встречались на 63 глазах (47%).

Наиболее опасной дистрофией из

всех разрывов является клапан-

ный разрыв. Офтальмоскопически

клапанные разрывы были разной

формы: U-образными (21 глаз),

J-образными (1 глаз), L-образными

(1 глаз). Вершина клапана была

завернутая или приподнятая и от-

стояла на определенном расстоя-

нии от плоскости разрыва в зави-

а — OKT: определяется выраженное витреоретинальное сращение в виде «тяжа» (звездочка), участки гиперрефлективности на уровне слоя пигментного эпителия. Слой нейросенсорной сетчатки истончен по краям тракции;

б — фундус изображение: локальный участок гиперпигментации

Изолированные разрывы сетчатки выявлены у 116 пациентов (134 глаза). По клинической форме были выделены следующие виды разрывов: одиночные («немые») — 21 глаз (15,7%), клапанные — 23 нической ограниченной отслойкой сетчатки — 36 глаз (26,9%). Разрыкулярно у 98 пациентов. По локачатки: в верхненаружном (43,3%), невнутреннем (3,7%) глаз. Мно-

ОКТ: утолщение нейросенсорной сетчатки за счет множественных «цилиндрических» полостей с гипорефлективным содержимым, переходящих в кистовидную полость (стрелочка)

(10%). При офтальмоскопии дистрофия определялась как микрокистозное поражение розоватого цвета на сером фоне рыхлой (пастозной) сетчатки. По данным ОКТ выявлены две морфологические формы кистовидной дистрофии: 1-я форма (7 глаз) — без трактела. При ОКТ сканировании дан- витрума (рис. 46). 1-я форма харакповерхностью разрыва, по краям вертикально вытянутую форму) тивно измененного стекловидного

нем (20%), в нижневнутреннем го сращения — от 314 до 351 мкм. ния — от 212 до 672 мкм.

Патологическая гиперпигментация выявлена у 24 пациентов (28 глаз), определялась преимушественно в области экватора (64,3%) и реже — на крайней периферии. Локализовались в верхненаружном сегменте (46,4%), реже невнутреннем (14,3%), в нижневнутреннем (7,2%). Двусторонняя локализация выявлена у 37,5% стекловидного тела с различной сте- над зоной дистрофии зафиксирова- ной дистрофии определялся кла- теризовалась «регулярным» распо- пациентов. Офтальмоскопически пенью плотности ретиногиалоидно- но наличие области с гипорефлек- пан (рис. 3), возвышающийся над ложением микрокист (имеющих дистрофия выглядела как скоплесетчатки дистрофии (рис. 1). Сет- плотностью стекловидного тела). разрыва в большинстве случаев вы- в области дефекта, преимуществен- глыбок черного цвета, без опречатка в зоне дистрофии была ис- Наблюдается изменение архитек- являлась субклиническая отслойка но локализованных в определен- деленной формы, на поверхности тончена, пронизана облитериро- тоники сетчатки в зоне дефекта: на сетчатки (рис. 3). При сканирова- ном слое нейроэпителия сетчатки которых иногда определялись беванными сосудами, имела сетчатую фоне гиперрефлективного сигнала нии в режиме on-line были заметны и с сохранением структурирова- лесоватые, штрихообразные вклюструктуру с множественными или (что свидетельствует об увеличе- маятникообразные движения кла- ния части сетчатки, при этом сте- чения. При ОКТ сканировании определялись выраженные витреоная структура сетчатки, наблюдае- в зоне дефекта) выявляются локаль- данным ОКТ составляла от 351 до без видимых изменений. 2-я фор- ретинальные сращения в виде мая в соседних участках сетчатки, ные участки истончения сетчатки, 2330 мкм. Толщина сетчатки у вер- ма определялась наличием микро- «тяжа» (звездочка), участки гиперполностью теряла свою архитекто- в зоне дистрофии сетчатка теряет шины клапана определялась от 125 кист разной формы и величины без рефлективности на уровне слоя нику в зоне дистрофии. Определя- нативную слоистую структуру (не до 168 мкм, по краю разрыва — определенной локализации в слоях пигментного эпителия, истончелась разная степень пигментации. определяется, в частности, наруж- от 165-295 мкм. Высота выстоя- нероэпителия на фоне значитель- ние слоя нейросенсорной сетчатки по краям тракции.

У большинства глаз (57,1%) с патологической гиперпигментацией при ОКТ сканировании выявлена тракция стекловидного тела в зоне дистрофии слой нейроэпителия витреоретинального сращения — наружном (20%), в верхневнутрен- 351 мкм, высота витреоретинально- высота витреоретинального сраще-

Проведено обследование 189 пациентов (239 глаз) с периферическими дистрофиями сетчатки на базе медицинского предприятия с ноября 2012 г. по октябрь 2013 г. Пациенты были направлены офвитреоретинальной тракции, рети- тальмологом данного же центра после поликлинического приема при выявлении периферической дисхирургу. Мужчин — 77, женщин —

Офтальмологическое обследование, кроме традиционного, допол-

- ствием миопии. При этом толщи- тела, а также измерение морфо- нялось в условиях лекарственно- ных размеров зоны сканирования хориоретинальная атрофия по типу на сетчатки в обеих группах на ис- метрических показателей данных го мидриаза (за исключением про- до 3-4 мм. Большое значение при «булыжной мостовой» — 9 пациен-

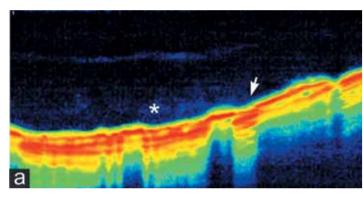
симально возможного уровня сиг- возможности автоматической подстройки (как раздельной, так и пенсации и по аксиальному растак как эти параметры меняются при переходе от сканирования риферическим отделам. Параметры томографического исследо-5 мкм, поперечное разрешение — 15 мкм, скорость сканирования ние А-скана до 2048 пикселей, получение линейных сканов сетчатки мерялась с помощью программно-Thickness, которое автоматически 3. Проводилась фоторегистра-

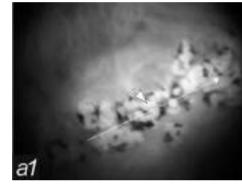
Результаты и обсуждение

По видам периферические дистов (239 глаз) были разделены на у 15 пациентов (21 глаз), 2-я группа — «след улитки» — 10 пациенразрывы — 116 пашиентов (134 гла-5-я группа — патологическая ги-

	Толщина сет	Высота витреоретинального	
Форма дистрофии	По краю дефекта	В области центральной зоны дефекта	интерфейса (мкм)
Решетчатая	146,3 ± 1,8	267,1 ± 27,3	390,8 ± 26,4
(n = 21)	ДИ _{α=0,95} : [142,6; 150,1]*	ДИ _{α=0,95} : [210,0; 324,1]	ДИ _{а=0,95} : [335,8; 445,5]
След улитки	156,4 ± 1,2	93,7 ± 8,2	331,1 ± 17,6
(n = 14)	ДИ _{α=0,95} : [153,9; 158,9]	ДИ _{α=0,95} : [76,08; 111,3]	ДИ _{а=0,95} : [293,2; 369,1]
Клапанный разрыв	232,4 ± 9,8	0	686,9 ± 36,7
(n = 23)	ДИ _{α=0,95} : [212,0; 252,9]		ДИ _{а=0,95} : [610,8; 763,1]
Кистовидная	139,9 ± 5,1	317,0 ± 17,6	335,0 ± 4,5
(n = 10)	ДИ _{α=0,95} : [128,4; 151,3]	ДИ _{α=0,95} : [297,2; 336,8]	ДИ _{с-0,95} : [324,8; 345,1]
Патологическая гиперпигментация (n = 28)	255,8 ±15,2 ДИ _{α-0,95} : [224,5; 287,1]	302,6 ± 12,8 ДИ _{α-0,95} : [276,4; 328,8]	434,9 ± 23,4 ДИ _{α-0,95} : [368,9; 483,0]
Ретиношизис	196,1 ± 9,9	1102,8 ± 88,2	607,1 ± 22,8
(n = 18)	ДИ _{α-0,95} : [175,2; 217,0]	ДИ _{α=0,95} : [916,7; 1288,8]	ДИ _{а=0,95} : [559,0; 655,2]
Булыжная мостовая	123,1 ± 3,5	30,71 ± 6,4	47,6 ± 32,5
(n = 14)	ДИ _{α-0,95} : [115,6; 130,6]	ДИ _{α-0,95} : [16,87; 44,5]	ДИ _{α-0,95} : [-22,6; 117,9]

Примечание: * — 95% доверительный интервал [нижняя граница — верхняя граница]





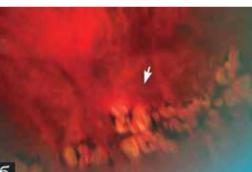
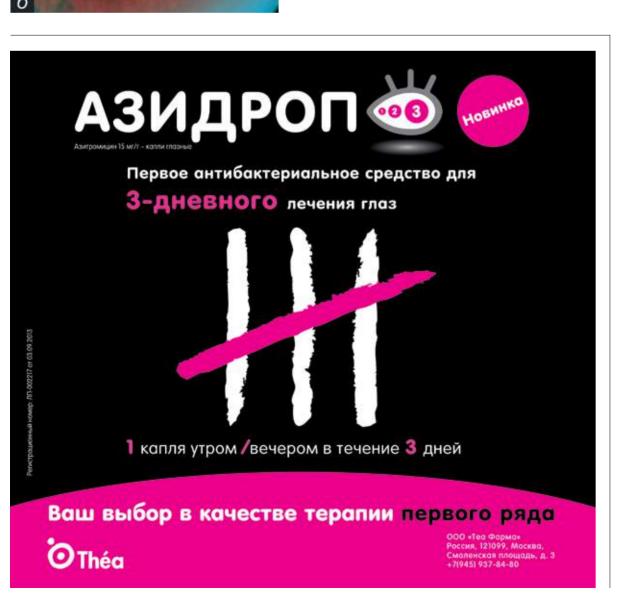


Рис. 7. Дистрофия по типу «булыжной мостовой»:

а — ОКТ: множественные участки атрофии слоя пигментного эпителия. Нейросенсорная сетчатка в проекции очагов резко истончена (стрелочка), очаговая гиперрефлектив- к другу, окруженными крошками ность пигментного эпителия, неоднородность структуры стекловидного тела над участком дистрофии: **а1** — изображение инфракрасной камеры OKT (RTVue-100): видно направление скана (белая стрелка);

б — фундус изображение: многочисленные белые округлые участки атрофии ПЭ с глыбками пигмента по краям



Ретиношизис был выявлен Литература v 10 пациентов (18 глаз). Преиму

шественная локализизация наблю

далась в нижненаружном сегменте

(72,2%), реже — в верхненаруж-

ном (16,7%), в нижневнутреннем

ние наблюдалось у 8 пациентов

вации сетчатки с четкими граница-

ми. На поверхности ретиношизиса

v 12 глаз выявлены отложения бе-

литерированные сосуды по типу

симптома «серебряной проволо-

показал множество кистовидных

к центру дефекта, а также рассло-

ение сетчатки на два слоя: наруж-

ного и внутреннего (рис. 6). Про-

до 727 мкм.

или каймой пигмента.

сорной сетчатки, а также неодно-

в области дна — от 0 до 57 мкм.

высота витреоретинального сраще-

Проведен статистический ана-

лиз с использованием стандартного

пакета программ статистического

анализа «SPSS 11.0 for Windows»

с обработкой данных методами

вариационной статистики, включа-

ющими вычисление средних значе-

олшина сетчатки по краю дефек-

та, в центральной зоне поражения,

высота витреоретинального интер-

герентная томография перифери-

ческих дистрофий сетчатки с при-

США) позволяет провести каче-

ственную и количественную оценку

структуры дефектов in vivo, мор-

фометрические измерения толщи-

ны сетчатки в области поражения,

следований, разработки показаний

стью проводимой терапии.

Таким образом, оптическая ко-

фейса (табл. 1).

ния — от 301 до 366 мкм.

1. Родин А.С. Биомикроретинометрия. Теоретические основы работы на оптическом когерентном томографе сетчатки и принципы (11,1%). Двустороннее пораже- интерпретации томографических изображений // Офтальмология. -2006. – № 2. – C. 81-87.

2. Алпатов С.А., Щуко А.Г., При офтальмоскопии глазного Урнева Е.М., Малышев В.В. Воздна на периферии определялась растная макулярная дистрофия: гладкая, полупрозрачная зона элеруководство.М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 112 c.

лесоватых точек по типу «инееподобной» дистрофии, у 2 глаз — обки», у 3 глаз определялись разрывы в наружном слое дистрофии. Анализ полученных ОКТ-изображений

4. Поздеева О.Г. Периферические M., 2005. – 39 c.

и выше. Высота проксимального 5. Тарутта Е.П. Акустическая края ретиношизиса составляла от 148 до 259 мкм, дистального от 615 до 1640 мкм, высота витреоретинального сращения от 464 логии. – 2013. – № 1. – С. 16-20.

Хориоретинальная атрофия по 6. Lewis H. Peripheral retinal

7. McPherson A., O'Malley R., крайней периферии в нижнена-Beltangady S.S. Management of ружном (35,7%), в верхненаружthe fellow eyes of patients with ном (28,6%), в верхневнутренrhegmatagenous retinal detachment. нем (14,3%), в нижневнутреннем Ophthalmology. 1981; 61:7.

(21,4%) сегменте. Двухстороннее 8. Нероев В.В., Захарова Г.Ю., поражение сетчатки встречалось Кондратьева Ю.П. Лазерная коау 64,7%. Офтальмоскопически «бугуляция ретиношизиса // VI Poc. лыжная мостовая» определялась общенац. офтальм. форум: Сб. множественными атрофическими

9. Пасечникова Н.В. Лазерное гда вытянутой формы, с различлечение при патологии глазноной плотностью прилегающих друг го дна. - Киев: «Наукова думка», 2007. – 207 c.

degenerations and breaks. Kottow гиперрефлективность пигментного Albrecht v. Graefes Arch. Ophtalmol. эпителия с истончением нейросен-1980;214: 53-60.

11. Kamppeter B.A., Jonas J.B. Optical coherence tomography of a peripheral retinal schisis with an outer retinal layer break. Acta фии по данным ОКТ составляла от Ophthalmol Scand. 2004; 82(5): 3,6 мм и выше. Толщина сетчатки по краю дефекта — от 100 до 138 мкм,

Optical Coherence Tomography peripheral retinal lesions in enucleated human eye specimens with histologic correlation. Am J Ophthalmol 2006; 141(4): 740-742.

Fuiimoto J.G. Duker J.S. Posterior lattice degeneration characterized by spectral domain optical coherence tomography. Retina. 2011; 31(3): 492-496.

доверительного интервала (нижняя граница — верхняя граница). Retinal thickness in myopic and non-Представлены следующие морфоmyopic eyes. Ophthalmic Physiol Opt. метрические параметры ряда пе-2010; 30: 776-784. риферических дистрофий сетчатки:

15. Muni R.H., Kohly R.P.. detected with handheld spectraldomain optical coherence tomography in neonates with advanced retinopathy of prematurity. Arch Ophthalmol. 2010: 128 (1): 57-62.

16. Stehouwer M., Verbraak F.D., менением RTVue-100 (OPTOVUE, de Vries H.R., van Leeuwen Т.G. Scanning beyond the limits of standard OCT with a Fourier domain optical coherence tomography integrated into a slit lamp: the SL SCAN-1. Eye (Lond). 2011; 25(1): определить наличие витреорети- 97-104.

нальных тракций, протоколирование структурных изменений, мониторинг за состоянием дистрофических изменений. Данная работа является пилотным исследованием 1493-1499. и открывает широкие возможности

для дальнейшего продолжения ис- Saravanan V.R. In vivo sectional imaging of the retinal periphery к лазерным, хирургическим лече- using conventional optical coherence ниям, наблюдения за эффективно- tomography systems. Indian J Ophthalmol. 2012; 60: 235-9.

3. Большунов А.В., Ильина Т.С., Родин А.С., Лихникевич Е.Н. Влияние факторов риска на терапевтическую эффективность отграничивающей лазерной коагуляции при периферических разрывах сетчатки // Офтальмохирургия и терапия. – 2001; 1: 1: 53-58.

витреохориоретинальные дистрообразований, укрупняющихся фии у лиц молодого возраста: особенности клиники, диагностика, патогенез, комплексное лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. тяженность выявлена от 5,6 мм

плотность склеры как фактор прогноза развития периферических витреохориоретинальных дистрофий при миопии // Вестник офтальмо-

типу «булыжной мостовой» была degenerations and the risk of retinal диагностирована у 9 пациентов detachment. Am J. Ophtalmol. 2003; (14 глаз). Локализовалась в ос-136(1): 155-160. новном за экватором, в области

науч. ст. – М., 2013. – С. 59-62. белыми фокусами округлой, ино-

10. Kottow M. Peripheral retinal На ОКТ определялись очаговая

родность структуры стекловидного тела над участком дистрофии (рис. 7). Протяженность дистро-

12. Ghazi N.G., Dibernardo C. et al.

13. Manjunath V., Taha M.,

ний, стандартных отклонений, 95% 14. Cheng S.C., Lam C.S., Yap M.K.

17. Oster S.F., Mojana F., Freeman W.R. Spectral-domain optical coherence tomography imaging of postoperative scleral buckles. Retina. 2011; 31(8):

18. Kothari A., Narendran V.,

ЛЕКЦИИ

Новые направления патогенетической терапии ВМД

М.В. Будзинская

ФГБУ «НИИГБ» РАМН

режде чем говорить о возрастной макулярной дегенерации (ВМД), мы должны вспомнить, что существуют две формы ВМД: сухая и влажная Сухая форма преобладает в 90% случаев. Она течет довольно медленно, начинается с диссоциации ретинального пигмента и образования друз и заканчивается развитием географической атрофии в макулярной области. В результате заболевания происходит медленное, постепенное снижение зрения. При влажной форме ВМД (около 10% случаев) пациенты теряют зрение достаточно стремительно и в ее основе лежит формирование комплекса хориоидальных новообразованных сосудов, которые всегда имеют порозную стенку, вследствие чего развиваются кровоизлияния, отек и быстрая, стремительная гибель фоторецепторов.

Можно ли предотвратить ВМД? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо обратиться к патогенезу данного заболевания, который до конца не изучен. Известно, что, помимо естественного старения глаза, большую роль в развитии предпосылки и процессы перекисного окисления липидов. В результате гибнут клетки ретинального пигментного эпителия, являющиеся основной фотохимической лабораторией глаза. Из этого следует что возрастная макулярная дегенерация — хроническое заболевание, которое требует постоянного контроля и лечения. Для сравнения: диабет — также хроническое заболевание, но ни у кого не вызывает сомнений, что каждый диабетик должен наблюдаться и обязательно применять необходимую терапию, например, инсулинотерапию, чтобы не умереть. То же самое происходит с ВМД: это — заболевание которое необходимо лечить, но на сегодняшний день вылечить его мы пока не в состоянии (слайд 1).

Итак, в основе проблемы лежит клетка пигментного эпителия, которая является, как я уже говорила химической микролабораторией, обладающей огромным количеством функций, и если жива клетка пигментного эпителия, жив и фоторецептор. Нет клетки пигментного эпителия — фоторецептор не выживет. Какой бы замечательный кровоток в хориоидее ни был, если нет «химической лаборатории», никто не донесет до фоторецепторов питательные вещества и никто не ты их жизнелеятельности.

обнаружения липофусцина на глазфоторецепторов. ном дне является метод аутофлюских зон ретинального пигмент- глазном дне?» (слайд 4). ного эпителия, все глазное дно по-



Слайд 1.

Липофусцин

липофусцин состоит из • глико-липопротеидного матрикса, в котором на долю жиров приходится 20-50%, белков - 30-60%, 9-20% составляет не поддающийся гидропизу

• Жиры на 75-80% представлены фосфолипидами (кефалин, лецитин сфингомиелин), обнаружены также холестерин и его эстеры, триглицериды продукты оксидации и полимеризации жирных кислот.

 обнаружены все известные аминокислоты; количественное соотношени которых может меняться в зависимости от органа, в котором изучался пипофусцин. Однако во всех органах в наибольшем количестве обнаружены: глицин, валин, аланин и проли Часть протеинов липофусцина относится к белкам-ферментам

с наибольшим постоянством определяются кислая фосфатаза моноаминоксидазы, цитохромоксидазы, АТФ-зы, сукцинат-, лактат и глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы

 найдены также азотистые основания, дериваты бензола, феноловые углерод, азот, фосфор, сера, магний и алюминий

Научная библиотека КиберЛенинка: http://cyberleninka.ru/article/n/o-roli-lipofustsina-v-involyutivnyh-i-

patologicheskih-protsessah#ixzz2PftQ5gVq

Слайд 3.





Использование пищевых добавок (формула AREDS) содержащи минералы и витамины-антиоксиданты (например, витамины С и Е), а также каротиноиды способно значительно снизить риск формирования ВМД с последующей утратой зрения у лиц находящихся в группе

цин — это биологические отходы, DISEASE STUDY), в котором приня- должны «насытиться» лютеином включающие в себя и мощнейшие и участие 3640 человек. Была вы- и зеаксантином, только тогда мы бавки большую дозу цинка, в нание липофусцина на глазном дне из маркеров старения является ли- приводит к дисбалансу окислитель- оксид цинка, витамин С, витамин Е применение этой группы препарапофусцин. Липофусцин отклады- но-восстановительных процессов и каротиноиды. Использование пи- тов малоэффективно (слайд 5). вается во многих тканях. Если мы с преобладанием свободных ра- щевых добавок (формула AREDS), сле 80 лет, увидим большее коли- процессы перекисного окисления Но иммуногистохимия — это «ин- количество свободных радикалов рошим подспорьем для изучения сидантами, происходит разрушение риска. количественного и качественного липидов, т.е. наружных сегментов

В мире было проведено нескольоресценции. На слайде 2 представ- ко исследований, условно общей лена аутофлюоресценция глазного целью которых можно считать по- нимать. Ответ на этот вопрос мы линенасыщенных жирных кислот и дна молодого человека и аутоф- иск ответа на вопрос: «Как мы мо- получили в исследовании LUNA изучения этой формулы. Основной люоресценция человека за 80 лет. жем повлиять на процессы пере-

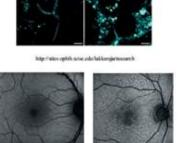
тамины С и Е), а также каротинои-

На втором этапе, после того как было выявлено, какие препараты было предназначено для уточнения надо принимать, необходимо выя- результатов AREDS1 по добавлению вить, как долго мы должны их при-(Lutein Nutrition Effects Measured задачей исследования было опреде-С 1992 по 2001 гг. в 11 клини- янно, так как потребление люте- которая часто является причиной

Липофусцин

организма и его количество нарастае с возрастом. Именно по этой причине этот пигмент был назван «пигментог Возникает в результате перикисного

окисления липидов и накопления в лизосомах стареющих клеток нелизирующихся агрегатов белка и липидов. К 80 годам липофусциновые грануль занимают до 19% объема

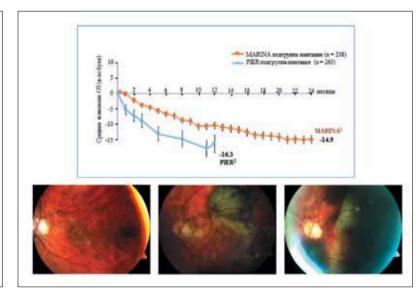


Слайд 2.

эпителиоцитов.

Название	Вид	Na пационтов	Нутрицевтим	Pesynutatiu
AREDS1 (2001)	Рандомизированное, плацебо контролируемое двойное спелое	3640 (55-80 net)	Витамины С и Е коротин, цинк	Торможение прогрессии ВМД на 19% снижение риска утраты эрения по причине выраженной ВМД
AREDS2 (2009)	Рандомизированное	4203 (50-85 net)	Витамичы С и Е, лютенн, зеаксантин, омета-3 ПНООС, околуд цияка, скожд миди	снижение на 18% риска прогрессирования развитой БМД
LAST (2004)	Рандомизированное, плацебо контролируемое дасиное спелое	90	Лютесн, гвотенн + антноконданты, виталины и минералы	У пациентов с атрофической ВМД отмочено улучшению эрения на фоне приема поточна или лютечна в сочетания с антиокоидантами, витаминами и минерапами.
CARMA (2004)	Рандомизированное, плацебо контролируемое дасиное спелое	433 (250 nerr)	Ocyanir	Среди пациентов с ранней ВМД отмечено замедление перехода в выраженные стадии
LUNA (2006)	Открытов, контрогируемов	136 (250 net)	Oxymate	Увеличение ОПМП

Слайд 4.



Слайд 6.

Что такое липофусцин? Липофус- слепое AREDS 1 (AGE-RELATED EYE пигментов, т.е. организм и ткани В западных странах производителям AREDS, которая включает в себя ленный эффект. Кратковременное

К 2009 году появились результасравним глазное дно молодого чедикалов и запуску перекисного содержащих минералы и витамиты крупных исследований, которые рение отрицательно влияют на ордующей утратой зрения у лиц, на- ется роль омега-3 полиненасыщенвазивный» метод обследования. Хо- начинает преобладать над антиок- ходящихся в группе повышенного ных жирных кислот в профилактике ВМЛ

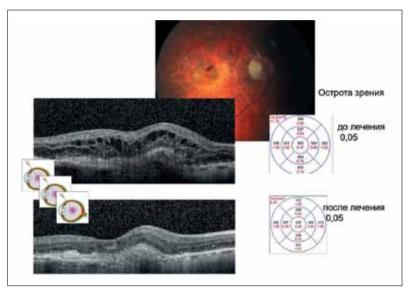
Новое исследование (AREDS2) к лютеину, зеаксантину омега-3 по-

Хотим мы этого или нет, но че- окислители (слайд 3). Отложе- ведена так называемая формула можем рассчитывать на опреде- шей стране доза цинка существенконцентрациях отрицательно влияет на желудочно-кишечный тракт. ные кислоты завоевывают позиции ловека и глазное дно человека по- окисления липидов. Безусловно, ны-антиоксиданты (например, ви- показали, что β-каротиноиды и ку- в кардиологии, в психиатрии, т.к. большие дозировки омега-3 повычество липофусциновых гранул на нужны, но они должны протекать ды, способно значительно снизить ганизм, повышая риск развития шают настроение и используются глазном дне пожилого человека. согласно своим канонам, как только риск формирования ВМД с после- рака легкого, также неясной оста- как антидипрессанты. В результате при первичном анализе добавление лютеина+зеаксантина (L+Z) и омега-3 ЖК (DHA+EPA) к оригинальной формуле AREDS продемонстрировало отсутствие снижения риска прогрессирования развитой стадии ВМД. При вторичном анализе обнаружено снижение риска прогрессирования развитой стадии ВМД на 10% при применении L+Z Помимо центральных атрофиче- кисного окисления липидов на by Autofluorescence Method, 2006). лить, снижают ли эти добавки риск (HR:0,90, p=0,04). Для пациентов К сожалению, практически посто- прогрессирования развитой ВМД, с недостаточным рационом питания по L+Z (со сниженным диетарным ражено отложением липофусци- ках США было проведено наиболее ина и зеаксантина только в тече- потери зрения. Из формулы AREDS содержанием L+Z) снижение риска новых гранул — невооруженным масштабное рандомизированное, ние 6-9 месяцев приводит к уве- было предложено вывести β-каро- прогрессирования развитой ВМД глазом мы это увидеть не можем. плацебо контролируемое двойное личению оптической плотности тин, а также снизить дозу цинка. составило 26% (HR:0,82; p<0,01).

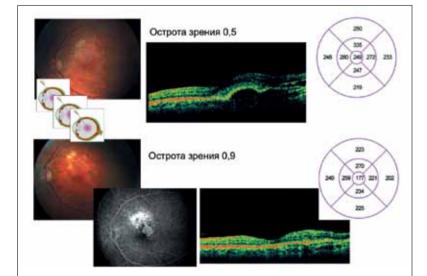
Эра эндовитреальной терапии?

http://www.ncbl.nlm.nih.gov/pubmed

Слайд 7.



Слайд 9.



Слайд 11.

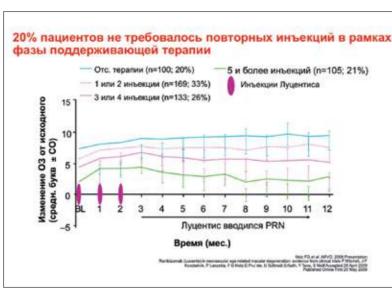
Стабильная ОЗ (waxc –	ANCHOR 8.9 / 0.5 mg	MARINA 6.3 / 0.5 mg	DENALI 0.6 mg
мин 53 букты)	N = 286 n (%)	N = 478 n (%)	N = 110 n (%)
Месяц 3	55 (19.6)	89 (14.0)	21 (19.1)
До месяца 6	133 (47.5)	248 (51.5)	61 (55.5)
До месяца 12	208 (73.8)	381 (79.7)	88 (80.0)

- 73,6 80% в МАКІNA, ANCOR, DENALI достигнут критерий стабильности ОЗ в течение первого года лечения
- Однако, стабильность ОЗ, достигнутая к Месяцу З в каждом. исследовании составила менее 20%.
- Большинству потребовалось более 3 последовательных инъекций.

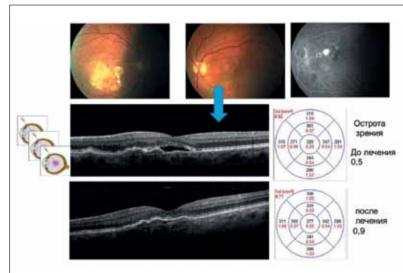
Слайд 13.

применении L+Z. Для центральной географической атрофии статисти- ность отсутствует.

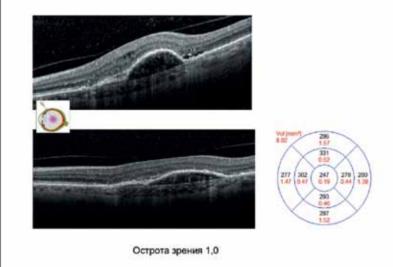
ческая достоверность отсутствует. На сегодняшний день на на- препарата. Для пациентов, получающих L+Z шем рынке биологически актив-



Слайд 8.



Слайд 10.



Слайд 12.

MACAN DOLLER	IgG-подобный протеин состоящий из мутантного, инактивированного фактора VIIa и Fc фрагмента IgG.
	((((())))
OA003 BCREIN	4003 Week III
hojes 10 00 00000A (II	http://www.iconictherapeutics.com/hl-con

Слайд 14.

При вторичном анализе выявлено p=0,02); для неоваскулярной к сожалению, «благодаря» нашим лазер — это ожог, и когда коагулиснижение риска прогрессирования ВМД — на 22% (НR:0,78; р=0,01). СНИПам суточную дозировку прировали субретинальные новообранеоваскулярной ВМД на 11% при Для центральной географической шлось уменьшить. Но если мы не зованные сосуды, особенно в ценатрофии статистическая достовер- можем повысить дозировку, мы тральной зоне глазного дна, больможем увеличить время приема шинство врачей получали грубую ратился по поводу правого глаза атрофию пигментного эпителия. Что нового в лечении? В 1980-х рубец, повреждения и значительбез β-каротина было обнаружено ных добавок присутствует окувайт годах мы использовали лазерную ный процент возврата неоваску- вало.Известно, что отправной точснижение на 18% риска прогресси- лютеин-форте, который полностью коагуляцию субретинальной не- ляризации. В 2000-х годах хоро- кой является острота зрения 0,3,

терапия (ФДТ). С появлением ФДТ удалось остановить прогрессирование, новообразованные сосуды запустевали, и на определенное время процесс катастрофического снижения зрения приостанавливался. Позже появились средства, ингибирующие факторы роста эндотелия сосудов, а именно фактор роста эндотелия сосудов считался главной «движущей силой» роста новообразованных сосудов. При помощи угнетения данного фактора удалось не только остановить прогрессирование, но и улучшить зрение, но только в случае своевременного обращения пашиента.

Как быстро теряют зрение пациенты с экссудативной формой ВМД? Если посмотреть на группу имитации интравитреальных инъекций (ИВВ) таких крупных исследований, как PIER и MARINA, у пациентов с ВМД основная потеря зрения происходит в течение первого года. Иными словами, у нас есть только один год, чтобы оказать своевременную помощь (слайд 6).

Пациентка обратилась к нам в клинику с экссудативной формой ВМД, при офтальмоскопии выявили небольшую мембрану, отек. Было предложено ИВВ луцентиса, но она отказалась. На слайде 6 та же пациентка через полгода, через год: массивное субретинальное кровоизлияние, субретинальный фиброз в данной ситуации эта пациентка, к сожалению, некурабельна.

Несколько слов о роли анти-VEGF терапии в лечении ВМД. На слайде 7 можно видеть, как стремительно нарастало количество публикаций, посвященных ИВВ анти-VEGF препаратов при ВМД (красный столбик), при диабете (желтый), при окклюзии вен сетчатки (синий). Произошел резкий скачок в количестве введений: в 1990-е годы — 0,4, в 2009 году почти 60 на 10 000 (по данным Манчестерской клиники).

Как часто мы можем доставлять

лекарственные вещества на глазное дно для купирования экссудации из новообразованных сосудов при ВМД? Все зависит от точки старта. На слайде 8 можно видеть результаты исследования SUSTAIN, которое показало, что в первой группе при отсутствии терапии после трех базовых инъекций острота зрения была максимальной, а самая низкая острота зрения (в четвертой группе) наблюдалась у пациентов. которым потребовалось 5 и более инъекций. В четвертой группе острота зрения в течение года не только не повысилась, но даже снизилась. Отчего это произошло? Это объясняется тем, что точки отсчета пациентов «голубой» и «зеленой» группы были разными. Чем более свежие новообразованные сосуды, тем легче с ними справиться, тем меньшее количество инъекций потребуется пациенту для достижения запустевания новообразованных сосудов. В случае большой по площади «старой» мембраны фиорозом зрение оудет снижать ся вне зависимости от количества инъекций. Рассмотрим клинический случай (слайд 9): пациент обратился к нам в клинику — зрение 0,05, массивный отек, субретинальная неоваскулярная мембрана с большим количеством гиперрефлективных зон на ОКТ, что свидетельствует о преобладании фиброза над неоваскулярными сосудами. Мы сделали 3 ИВВ луцентиса, морфологически получили очень хороший эффект, но стало ли легче пациенту? Острота зрения осталась 0,05. К сожалению, эффективность лечения подобных фиброзных мембран очень низкая. Другой клинический случай: пациент об-(0,02), острота левого глаза — 0,5, что пациента совершенно устраирования развитой ВМД (HR: 0,82; соответствует формуле AREDS, но, васкуляризации, но, к сожалению, шо стартовала фотодинамическая при более низком зрении человек

не читает. Пока же глаз читает с очками, с лупой, пашиенты, как правило, к офтальмологу не обращаются. ангиографии мы видим субретипигментного нейроэпителия, преобладающий оккультный компоекции, острота повысилась до 0,9; пациент находится под наблюде-

требовалось. Необходимо добавить,

ным наблюдением (слайд 10). дить?» Приведу еще один клиничепостепенно приблизилась к 0,9, дативной формой ВМД. в макулярной зоне все «лежит»,

виться. Проводим флюоресцентную ствие направлено на ингибироваангиографию, видим, что часть ние фактора роста тромбоцитов. мембраны, которая ближе к макуле Как известно, неоваскулярная «запустела», но та часть мембраны, которая лежит выше, достаточно клеточный состав на протяжеактивна — проведи еще одну инъекцию. На слайде 12 представлен сравнить с ростом дерева — дерево срез в зоне бывшей наибольшей ак- растет: почка — молодые побеги тивности, где видно, что активно- формирование плотной коры сти нет, острота — 1,0, пациентка появление большого количества находится под наблюдением. Дру- листьев. Так и здесь: сначала «идут» гой клинический случай: массив- эндотелиальные клетки, вслед за ная мембрана, проведено 3 инъек- ними — перициты, затем — фибции, острота зрения повысилась, робласты. В некоторых случаях, отек уменьшился, но при ангио- когда после анти-VEGF терапии графии мы видим активность мем- мы делаем ангиографию, иногда браны. Пациентке была предложе- видим подобие дерева: экссудана инъекция (это было в мае), но ции нет, но «дерево» видим. Это пациентка предпочла дачу. Через «дерево» с большим количеством два месяца зрение упало до сотых перицитов. Ингибирование факдолей, и, несмотря на дальнейшие торов роста эндотелия сосудов на ИВВ, острота зрения выше 0,02 не это «дерево» никак не действует.

3/4 пациентов из-за позднего обращения за лечением не достигают желаемой стабильности. Что такое гозин-1-фосфату (Sonepcizumab). критерий стабильности остроты К сожалению, пока этот препарат зрения? Когда разница между мак- прошел только первую стадию клисимальной и минимальной остро- нических исследований, на которой той зрения между приемами не была доказана его безопасность превышает трех букв по EDTRS или для эндовитреального введения. находится в пределах одной строч- В основе действия сфингозина леки по Сивцеву-Головину, можно го- жит интеграция всех цитокинов,

временного фактора.

ворить о стабильности зрения. таты трех исследований: ANCHOR, MARINA, DENALE, при которых люцентис вводился ежемесячно. Если мы предотвращаем рост новообразомы проанализируем 3-й месяц, увидим, что только 20% пациентов до- этот препарат рассчитан на пацистигли стабильной остроты зрения, ентов, которые стоят на пороге разк 12-му месяцу эта цифра значительно выросла. Следовательно, мы должны продолжать ИВВ луцентиса действия — антитканевой фактор, до достижения стабильной макси- IgG-подобный протеин, состоящий мальной остроты зрения, которое из мутантного, инактивированнодолжно быть диагностировано на го фактора VIIa и Fc фрагмента IgG. оех последующих месячных визитах. Пока мембрана «открыта», ни одним концом он крепится к эндоо каком медицинском спокойствии телиоциту, другим концом вызы-

речи быть не может. в настоящее время предъявляют- нейроэпителия. ся к новым препаратам, которые будут применяться в лечении экссу- вем в эру интравитреальных инъдативной формы возрастной маку- екций, мы ждем появления новых лярной дегенерации? Прежде всего, препаратов, не забываем о профилечение должно быть патогенети- лактике, не забываем о том, что ческим, должен быть синергизм чем раньше мы начинаем делать действия, который должен приво- ИВВ анти-VEGF препаратов пацидить к индукции не только запу- ентам с уже имеющейся субретистевания роста новообразованных нальной неоваскулярной мембрасосудов, но и предотвращению их ной, тем больше шансов вернуть нового появления.

В настоящее время во многих исследовательских центрах ведется большое количество исследований В лечении правого глаза ему было по новым препаратам, уже заверотказано, на левом при проведении шены большинство IIA стадий клинических исследований. Одной из нальную неоваскулярную мембрану, интересных «новинок» являются отслойку нейроэпителия, отслойку ингибиторы интегриновых рецепторов ALG-1001 фирмы Allegro Ophthalmics. Если анти-VEGF теранент мембраны. Провели 3 инъ- пия убирает кровоизлияния и отек посредством запустевания новообразованных сосудов, ингибиронием. повторных инъекций не по- вание интегринов дополнительно препятствует появлению новых что все пациенты с ВМД пациенты зон роста, т.е. это более эффективдолжны находиться под постоян- ный препарат. Но препарат оказался очень «дозозависимым»: 2 мг Возникает другой вопрос: «Сколь- и стрелка идет вниз, т.е. никакой ко инъекций необходимо прово- эффективности; 2,3 мг — мы выходим на плато (стабильная острота ский случай (слайд 11): мы прове- зрения); 3,2 мг — заметное улучли пациентке 3 инъекции, острота шение зрения у пациентов с экссу**ЛЕКЦИИ**

Следующий препарат — Fovista и на первый взгляд, стоит остано- (E10030; anti-PDGF-B). Его деймембрана меняет свою форму и поднялась. Этот пример дает ясно В данном случае и будет «рабопонять, насколько велико значение тать» препарат Fovista, который действует на перициты. В клиниче-Таким образом, после анализа ских исследованиях его применяют различных рандомизированных совместно с анти-VEGF терапией. исследований было показано, что т.к. ингибирование VEGF действутолько 1/4 пациентов достигает ет на эндотелий, а ингибирование стабильности после 3-х инъекций. фактора роста пигментного эпителия действует на перициты.

Моноклональные антитела к сфинв т.ч. фактор роста эндотелия сосу-На слайде 13 представлены резуль- дов и интегринов, т.е. это как регулирующий белок. И когда мы ингибируем этот регулирующий белок, ванных сосудов. Другими словами, вития неоваскуляризации.

Самый интересный по механизму препарат очень интересно устроен: вает алгезию натуральных кил-Что дальше? На сегодняшний леров, т.е. организм сам убивает день сайт clinicaltrials.gov (Нацио- клетки новообразованных сосудов. нального института здоровья США) На сегодняшний день завершена содержит результаты более 1000 ИА стадия клинических исследовазарегистрированных клинических ний. На слайде 14 видно, насколько исследований, из них к VEGF от- хорошо запустевает ложе новоносятся всего 199 исследований, образованных сосудов, насколько к новым видам препаратов — 952 хорошо повышается острота зреисследования. Какие требования ния вследствие уменьшения отека

Таким образом, сегодня мы жиим зрение.





Хирургическая коррекция гиперметропии

В.М. Шелудченко

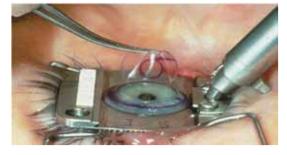
ФГБУ «НИИГБ» РАМН

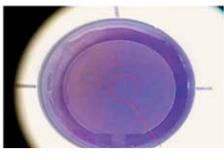
тирургическая коррекция гиперме тропии — задача более сложная, чем коррекция миопии. Так, при 🗸 🏊 фотохирургии роговицы нежелательным моментом для получения стойкого результата является более выраженный послеоперационный рефракционный регресс. А при интраокулярной коррекции довольно значительны погрешности при расчете ИОЛ. И тем не менее существуют общие показания для хирургической коррекции гиперметропии, которые можно обозначить следующим образом.

- 1. Гиперметропия сферическая
- и астигматизм.
- 2. Анизометропия. 3. Отсутствие амблиопии высокой степени
- 4. Низкая некорригируемая острота зрения, что очень важно. Есть пациенты, у которых практически нет разницы между корригируемой и некорригируемой остротой зрения. В таких случаях можно не получить заметного послеоперационного эффекта.
- 5. Отсутствие парадоксальной формы косоглазия. При гиперметропии таковой будет расходящееся косоглазие. В послеоперационном периоде могут возникнуть проблемы с бинокулярным зрением, которые можно
- 6. Гиперметропия и пресбиопия всегда более выгодное сочетание, когда пациент имеет хорошую возможность уменьшить силу очков для чтения и получить достаточную остроту зрения вдаль.

Если говорить о хирургически методах, которые используются в настоящее время, то некоторые из них, например, гексагональная кератотомия, термокератокоагуляция, кондуктивная кератопластика и т.п., уже практически не применяются или применяются в небольшом объеме по причине низкого послеоперационного эффекта или избыточной травматичности. Рассматривать в качестве имеющих значение можно следующие технологии операций

- 1. Эксимерлазерная коррекция. Используется наиболее широко. Применяется: сферическая и астигматическая эксимерная фотоабляция роговицы.
- 2. Интракорнеальные имплантаты. 3. Факичные ИОЛ, которые тоже можно







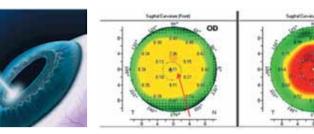




Рис. 1. PRK. LASIK/femto/nano-LASIK

- 4. Факохирургия. Интраокулярная линза
- 5. Комбинация методов. Это понятие больше характеризует такой термин, как биоптика, который был предложен впервые Р. Зальдиваром (1999).

Эксимерлазерная коррекция (рис. 1). Наиболее распространена. ФРК при гиперметропии выполняется очень редко из-за рефракционного регресса, достигающего 30% исходной рефракции и более частого haze. Предпочтительный метод — ЛАЗИК. Независимо от того, каким способом выполняют формирование роговичной крышки, периферическая абляция роговицы производится эксимерным лазером. Идеальный пациент для такого вида коррекции:

1. Возраст отличается от пациентов с близорукостью, для гиперметропии оптималь-

- 2. Состоявшийся переход скрытой гиперметропии в явную или небольшая разница между манифестной и циклоплегической рефракцией (не более 0,5 дптр).
- 3. Низкая некорригированная острота
- 4. Величина сферической гиперметропии до 3,5 дптр, в некоторых случаях до 5,0 дптр. Это зависит от оптической силы роговицы. При простом гиперметропическом астигма-

- 5. Анизометропия лучше, если она есть. В этом случае пациенту сложно пользоваться другими видами коррекции. Каче-
- ство жизни возрастет. 6. Пресбиопия как выигрышная ситуа-
- ция, то о чем было сказано выше. 7. Параметры роговицы средней нормы (не плоская и не тонкая).
- 8. Отсутствие катаракты.
- 9. Пациент должен водить автомобиль, иметь активную жизненную позицию или заниматься спортом. Тогда он ставит вопросы хирургической коррекции более остро

Есть одна особенность при проведении фоторефракционных операций для коррекции гиперметропии. Дело в том, что точка фиксации взора значительно не совпадает с центром роговицы, она несколько смещена к носу. Поэтому существует система так называемой «подкорректировки» во время хирургической операции. То есть совмещение центра абляции с центром фиксации. Нет полной уверенности, что это очень хорошо, но, тем не менее, в некоторых случаях это дает более эффективный результат. Такие системы совмещения центра абляции при гиперметропии встраиваются в лазер-

Эксимерлазерная коррекция обладает следующими достоинствами и недостатками.

Достоинства:

- 1. Всегда положительный результат.
- 2. Повышение качества жизни, т.к. человек приобретает постоянную коррекцию.
- 3. Одни очки у пресбиопов. Недостатки:
- 1. Сохранение некоторых прежних недостатков (зависимость остроты зрения от освещенности). Лучше освещенность — лучше острота зрения.

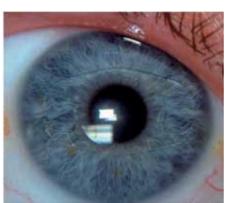
2. Паразитарные оптические эффекты (выражены в меньшей степени, чем при коррекции миопии высокой степени).

3. Возможно снижение максимальной остроты зрения: потеря до одной-двух строк максимальной остроты зрения, о чем паци-

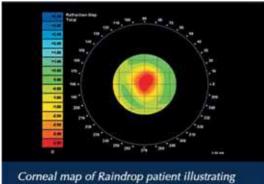
4. Возможны повторные операции — примерно в 10-15% случаев может возникнуть

Интракорнеальные имплантаты (рис. 2). Идеальный пациент в основном соответствует параметрам эксимерлазерной коррекции, но:

- 1) Величина гиперметропии от 3 до 6 дптр. 2) В случае необходимости пациент должен быть готов к удалению имплантата, который был поставлен.
- Сегодня можно сказать, что для коррекции гиперметропии (подчеркиваю, гиперметропии, не пресбиопии) существует только



ARTISAN Hyperopia Ref 203 OPHTEC от 1 до 12 дптр

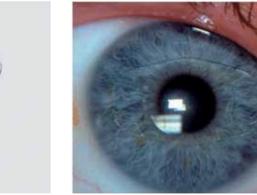


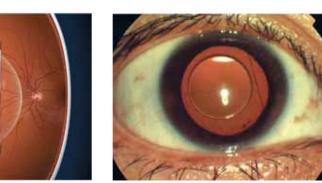
prolate shape

Revision Optics. Calif. USA, гидрогель. толщина 32 мкм диаметр 2-3 мм

Permavision, Anamed, Lake Forest, CA гидрогель 78% Н2О толщина 20-50 мкм, диаметр 5-5,5 мм

Рис. 3.





VISIAN ICL STAAR от 3 до 18 дптр

20-50 мкм, диаметром новой модели 5-5,5 мм. Он имплантируется в толщину роговицы на 90-180 мкм. Ниша формируется также различными способами: тоннель или крышка роговицы. При необходимости возможно эксплантировать и повторить манипуляцию. На кератотопограммах паттерн похож на эксимерлазерный паттерн уже измененной рефракции роговицы, в центре — более крутая часть. Для сравнения: имплантат, который используется только при коррекции пресбиопии, значительно меньше и тоньше, например Raindrop (США).

один имплантат — фирмы Permavision,

Anamed, Lake Forest, USA. Это гидрогель,

с содержанием 78% воды, толщиной

Достоинства интракорнеальных

- 1. Повышают качество жизни.
- 2. В случае необходимости могут быть Недостатки:

Такие имплантаты пока не имеют широкого применения. На протяжении многих лет продолжается их апробация, т.к. выявляются как оптические недостатки, так и специфические осложнения при имплантации. Одним из специфических осложнений являются паразитарные оптические дефекты, а также формирование депозитов вокруг имплантатов (подобно kerarings), при этом депозиты формируются вне зависимости от материала, из которого он изготовлен (гидрогель или полиметиметакрилат). При значительном скоплении специфических интракорнеальных образований, хорошо выявляемых при биомикроскопии и при конфокальной микроскопии, такие имплантаты

Прочие интракорнеальные имплантаты.

Факичные линзы (рис. 3).

Оптимальный возраст пациента при имплантации факичных линз — от 25 до 45 лет. Однако не каждый пациент молодого возраста решится на такую операцию. Желательно, чтобы величина гиперметропии была больше 4,0 дптр, глубина передней камеры — не менее 2,8 мм, чтобы снизить потерю эндотелия. Желательно, чтобы острота зрения не была максимальной. Неполная острота зрения приветствуется, т.к. факичные линзы создают так называемую сложную оптическую систему по типу телескопа Кеплера, несколько увеличивая ретинальное изображение. Поэтому у пациентов, у которых острота зрения с помощью других видов коррекции была ниже, она несколько повышается. И наконец, должны быть, особенно в молодом возрасте, или относительно молодом, астенопические жалобы.

Достоинства такого вида коррекции:

- 1. Как утверждают пациенты относительно молодого возраста, которым имплантировали факичные линзы, они никогда и ни с каким видом коррекции так хорошо не видели, и воспринимают такое зрение очень
- 2. Этот вид коррекции позволяет получить максимально возможную остроту
- 3. Очевидное улучшение качества жизни. 4. Обратимость процедуры — есть возможность эксплантации.
- 1. Риски интраокулярного вмешательства: интраокулярное воспаление и после-
- 2. Существует незначительная вероятность возникновения паразитарных опти-3. В 12% случаев вне зависимости от возеся показания к каждому из них.
- раста пациента возможно развитие катаракты как реакции собственного хрусталика на це (табл. 1). Фотоабляция роговицы при

Мы показали здесь два вида имплантатов факичных линз, которые используются в этом случае. Из всех разрешенных к применению это — переднекамерная ARTISAN ОРНТЕС, способная корригировать гиперметропию до 12 дптр, и заднекамерная VISIAN ICL STAAR, которая корригирует гиперметропию в пределах 11,0 дптр.

Интраокулярные ИОЛ (рис. 4).

Оптимальный пациент:

- 1. Возраст 35-50 лет.
- 2. Гиперметропия более 3,5-5,0 дптр. Это тот диапазон, который используется при рефракционной хирургии роговицы. Гиперметропию более высоких степеней с помощью лазера корригировать нежелательно, в этом случае возникает вопрос о другом виде коррекции.
- 3. Жалобы астенопические
- и пресбиопические.
- 4. Активная жизненная позиция и вождение автомобиля.

Имплантация асферических и торических ИОЛ имеет широкое применение, т.к. в этом случае используются технологии факоэмульсификации, часто не ультразвуковой, а гидромониторной. Интраокулярные линзы могут быть и бифокальными, что позволяет одновременно решать проблему пресбиопии и гиперметропии. Применяются линзы трех видов: широко известные дифракционные, рефракционные и менее известные ротационно асимметрические. И те и другие имеют свои показания и определенные особенности создания зрительного перцепта. Широко применяется технология удаления прозрачного хрусталика, носящая имя PRELEX.

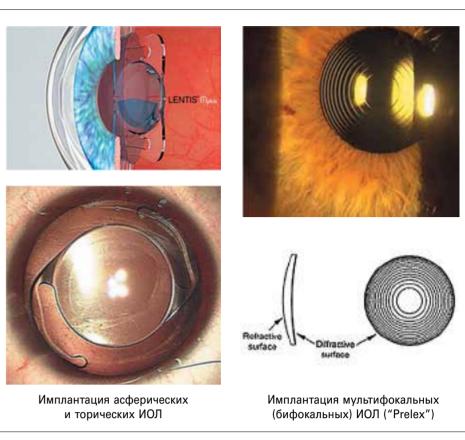
- К достоинствам интраокулярной коррекции гиперметропии относятся:
- 1. Высокая острота зрения 2. Возможность одновременной коррек-
- ции пресбиопии.
- 3. Повышение качества жизни. К недостаткам:
- 1. Паразитарные оптические феномены, которые хорошо свойственны мультифокальным (бифокальным) интраокулярным
- 2. Ошибки в расчетах. Если длина глаза менее 21 мм, возможны значительные погрешности, которые можно исправить комбинированной докоррекцией.

Комбинированные методы.

- 1. Имплантация факичных ИОЛ + эксимерлазерная коррекция роговицы для устранения оптических погрешностей остаточного характера — классическая биоптика.
- 2. Факоэмульсификация с имплантацией различных ИОЛ + эксимерлазерная коррекция, в данном случае докоррекция.
- 3. Факоэмульсификация с имплантацией различных ИОЛ + имплантация «добавочных» ИОЛ, что представляет собой новое направление. Существуют специальные добавочные линзы (например, Sulcoflex), которые устанавливаются в пространство за радужкой. Эти линзы способны корригировать любой возникающий недостаток или погрешность, в том числе и при астигматизме. Таким образом:
- 1. Несмотря на разнообразие методов, возможности офтальмохирургии для коррекции гиперметропии несколько ограничены,
- и этот вид вмешательства не всегда показан. 2. Существующие способы хирургической коррекции гиперметропии и гиперметропического астигматизма позволяют получать эффективный результат. Но при выборе мегода лучше ориентироваться на сл
- Эти показания представлены в табливеличине гиперметропии до 3,5 дптр дает

Показания к хирургической коррекции гиперметропии

	Величина гиперметропии (дптр)			Астигматизм (дптр)	Возраст
	До 3,5	До 6,0	Более 6,0	До 5,0	Бозраст
Фотоабляция роговицы	+++			+++	40-60
Роговичные имплантаты		+++			35-55
эпх+иол		++	+++	++	После 35
Факичные ИОЛ		++	+++		До 45
Комбинации		+++	+++	+++	



ЛЕКЦИИ

наиболее эффективный результат. При астигматизме хороший результат можно получить и при 5,0 дптр. Можно сделать абляцию даже в два этапа и скорригировать полностью астигматизм, иногда удается получить значительный прирост остроты зрения по сравнению с дооперационном корригируемым значением. При возрасте пациента в четвертой и пятой декаде (40-60 лет) наиболее оптимально проводить гиперметропическую коррекцию. Если говорить о роговичных имплантатах, то наилучшие показания при величине гиперметропии до 6 дптр. Возраст может быть от 35 до 55 лет. Экстракция прозрачного хрусталика плюс имплантация ИОЛ в большей степени показана при

гиперметропии более 6 дптр, другие методы могут использоваться при гиперметропии меньше 6 дптр. При данном методе коррекции есть возможность одномоментной коррекции астигматизма. В более молодом возрасте (до 45 лет) при гиперметропии 5-6 дптр и более можно применить имплантацию факичных ИОЛ. Эту технологию можно использовать при меньшем значении гиперметропии — когда нельзя применить фоторефракционную хирургию. К сожалению, скорректировать гиперметропический астигматизм факичными ИОЛ невозможно. Возможно применение комбинации разных методов и при гиперметропии до и более 6 дптр, и при астигматизме.



Рис. 2.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

ному смещению и разложению [7].

Послойно разбирает анатомию глаз-

ного яблока и его оболочек. Прово-

дит более 50 срезов через глазницу.

Отдельной главой выносит веки и

слезные органы. То значение, ко-

торое он придает исследованию,

в частности глаза, демонстриру-

ется обращением Н.И. Пирогова

к Шульцу из Севастополя во вре-

мя Крымской войны, в котором он

просит: «Нельзя ли приготовить

разрез глаза в различных направ-

Н.И. Пирогов является инициато-

ром создания Института практиче

ской анатомии МХА, которым руко-

водил с 1846 по 1856 гг. [1, 4, 21].

В период 1835-1860 гг. кафедра

глазных болезней была закрыта, и преподавание этой дисциплины осу-

ществлялось хирургами. Н.И. Пи-

рогов читал лекции студентам 5-го

курса Медико-хиругической акаде-

мии на темы: «О бленорреях глаз»,

«О язвах и размягчении роговой

оболочки» (1845), «О разных спо-

собах образования зрачка», «О вос-

палении райка (iritis)» «О гноете-

чивом и худосочном воспалении

глаз», «О болезнях глазницы» (1846)

Н.И. Пирогов подчеркивал, что

язвы роговой оболочки глаза со-

встречающихся тяжелых болезней

глаза, которые влекут за собой ча-

а) свободно ли бельмо или же

corpus vitreum, cornea, iris и т. д.;

ный, решение которого соверша-

ет возможность разузнать и самую

17 больных с язвой роговицы.

катаракт, он указывает:

«Мы должны узнать:

оно срослось (cum uvea);

[3, 19, 21].

лениях? Попытайтесь-ка» [15].

28

Н.И. Пирогов: «Учиться и жить есть одно и то же»

Памяти Николая Ивановича Пирогова

Н.И. Пирогов, тайный советник. член-корреспондент Петербургской академии наук, академик Медикохирургической академии, ординарный профессор кафедры госпитальной хирургии, хирургической и патологической анатомии

Э.В. Бойко, Ю.А. Кириллов, В.А. Рейтузов

ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

еликому русскому ученому, основоположнику военнополевой хирургии, создателю топографической анатомии, экспериментатору, крупному организатору военно-медицинской службы, провозвестнику идей профилактической медицины, замечательному педагогу и просветителю, получившему широкое мировое признание, Николаю Ивановичу Пирогову, посвящена обширная литература [1-7, 9, 20, 21].

В настоящей публикации сделана попытка проанализировать вклад Н.И. Пирогова в офтальмологию. Это невозможно выполнить полноценно, не показав его творчески богатой биографии.

В 1828 г., в возрасте 17,5 лет. Н.И. Пирогов, закончивший с отличием медицинское отделение Императорского Московского университета в своем «Дневнике старого врача» пишет: «Хорош я был лекарь с моим дипломом, дававшим мне право на жизнь и смерть, не видав ни однажды тифозного больного, не имея ни разу ланцета

Заболевания

Образование искусственного

Стафилома роговицы

Амавроз и глаукома

новообразование глазниць

Способ

Егера

18

Злокачественное

Катаракта

зрачка

Трихиаз

Дистихиаз

Энтропион

Псевдоцилии

В числе 20 лучших выпускни- высоко оценил талант и трудолюбие рогов был направлен в профес- анатомическими и эксперименсорский институт при Дерптском

му испытанию в Санкт-Петербурге

своей специальностью хирур- кий язык и опубликована в журнагию и начал изучать ее под не- ле «Хирургия и глазные болезни», посредственным руководством который издавал К.Ф. фон Грефе профессора И.Ф. Мойера, извест- (отец знаменитого офтальмолога надо давить, надо тянуть ножом по ного в то время хирурга. Мойер А. фон Грефе) [3].

Профессор теоретической

и практической хирургии

Дерптского университета

И.Ф. Мойер

Объем офтальмологических оперативных вмешательств, выполненных в клинике

Императорского университета в Дерпте (1836-1837 гг.)

Потеря глаза

Операции на веках

Способ

Гутри

Количество

операций

(глаз)

22

Способ Вакка

Берлингери

последствий

ков российских ВУЗов Н.И. Пи- Н.И. Пирогова, который увлекся тальными изысканиями 31 августа 1832 г. Н.И. Пирогов товки к профессорской деятель-

Перед отъездом в Дерпт канди- в возрасте 22 лет успешно защи- ности Н.И. Пирогов выехал в Бердаты подвергались дополнительно- тил диссертацию на тему: «Num лин. Он работал в клинике Charite, vinctura aortae abdominalis in aneu- слушал лекции, посещал практичесдавал экзамен профессору Медико- actutums itremedium?» («Является И. Руста, К.Ф. фон Грефе, физиолохирургической академии И.Ф. Бушу. и перевязка брюшной аорты при га И. Мюллера, совершенствовал «Долго пытали меня, но я потел аневризме паховой области легко навыки изготовления анатомичеи выдерживал эту пытку; наконец, выполнимым и безопасным вмеских препаратов у Ф. Шлемма. кончилось, услыхал optime (превос- шательством?») [10]. Диссертация ходно), измученный едва дотащился получила высокую оценку професдо квартиры», — вспоминал он соров университета, отечественных и зарубежных хирургов. Она была В Дерпте Н.И. Пирогов избрал переведена с латинского на немец- ке проведения быстрой операции.

разрезываемой ткани») [17]. В «Дневнике старого врача» Н.И. Пирогов отмечает, что впервые ознакомился с методикой консервативного лечения воспалительных заболеваний век и роговицы у профессора-окулиста Юнгкена, с техникой операций на веках чения катаракты и формирования фельда [17].

Период руководства клиниками

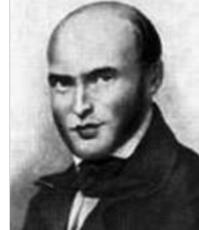
В Геттингене познакомился с вир-

ассистировал и обучался техни-

К. Лангебек учил: «Нож должен

быть смычком в руке настоящего

хирурга». Kein Druck, nur Zug («He



Положительный

эффект

Таблица 2

Способ

1 рецидив

Н.И. Пирогов. Дерптский период

Результат лечения (количество глаз)

2

Способ

Дельпеша

16

без рецидива

УЛУЧШЕНИЯ

Сочетание

способов

Егера и Гутри

1 рецидив

хирургии и офтальмологии в Дерпте (1836-1841) В 1835 г., по окончании стажи-

ровки в Германии, Н.И. Пирогов должен был вернуться в Москву на лечении глазных больных [11]. должность профессора — руководителя кафедры хирургии Московского университета. В мае 1835 г. Н.И. Пирогов, возвращаясь из Берлина в Россию, заболел сыпным тифом и был вынужден остаться на лечении в Рижском военном госпитале. Узнав об этом, министр народного про свещения С.С. Уваров назначил на преподавания хирургии, лечебнодолжность профессора Московского го и научного процесса в 1841 г. университета вместо Н.И. Пирогова Ф.И. Иноземцева [6, 17].

После своего выздоровления Н.И. Пирогов возвратился в Дерпт. В этот период профессор И.Ф. Мойер не только возглавлял кафедру хирургии, но и являлся ректором универ-1836 г. на ученом совете универным профессором теоретической цинского факультета университета нию своих обязанностей. (15 голосами «за» и 8 — «против») В феврале 1837 г. он избирается Санкт-Петербургской период ординарным профессором этого

Представляет интерес распорядок дня работы Н.И. Пирогова. 1. Работа в хирургической кли-

нике — 2,5-3 ч. 2. Чтение полного курса теоретической и практической хирургии — 1 ч. в день.

3. Оперативная хирургия и занятия на трупах — 1 ч. в день.

ника — 1 час в день

Итого: 6 ч. в день [17]. Таким образом, Н.И. Пирогов, измерениях, через замороженное помимо хирургии, впервые должен человеческое тело» [12, 13, 18]. был непосредственно заниматься А.Ф. Кони указывает в своей речи

В мае 1833 г. после завершения офтальмологией. Он не только чиобучения в Дерптском университете в соответствии с программой сти, но и практически осуществлял дальнейшей двухгодичной подгоконсервативное и хирургическое лечение глазных больных

В своих «Анналах хирургического отлеления клиники Императорского университета в Дерпте» 1837 г. при Академии наук. Н.И. Пирогов rysma teinguinali ad hibitu facile ские занятия профессоров-хирургов Н.И. Пирогов приводит объем офтальмологической работы, выполненный на первом этапе своей профессорской деятельности. Он включает в себя 104 оперативных вмешательства и 25 случаев консертуозным хирургом, профессором вативного лечения воспалительных К. Лангенбеком, неоднократно ему заболеваний глаза и его вспомогательных органов (табл. 1, 2) [11].

> Пирогов выполнял реклинацию катаракты (reclinatio cataractae) или ее депрессию (depressio cataractae) по следующей методике. Через прокол склеры (scleroticonvxis) или роговицы (keratonyxis) производилось отклонение хрусталика в сторону (reclinatio) или нисдавление его (depressio), чаще комбинация обоих приемов, в результате чего хрусталик опрокидывался в стекловилное тело. В отдельных случаях выполнялась экстракция катаракты. Следуу профессора Диффенбаха, извле- ет обратить внимание, что в числе осложнений автор указывает потезрачка — у профессора Краних- рю стекловидного тела, нагноения с последующей потерей глаз, вторичную катаракту. Н.И. Пирогов приводит случай нагноения и потери глаз после удаления капсулолентикулярной катаракты на обоих глазах у 60-летнего мужчины. Автор откровенно описывает и другие неудачи, преследовавшие его при

Большинство операций выполнялись лично Н.И. Пироговым, а менее сложные — наиболее опытными практикантами [11]. Это был период, когда операции выполнялись Н.И. Пироговым практически без анестезии

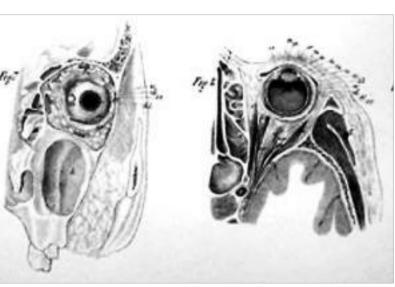
Н.И. Пирогов был приглашен в Санкт-Петербург, в Медико-хирургическую академию на должность ординарного профессора госпитальной хирургии и патологической анатомии [17]. Одновременно предусматривалось его назначение ситета. Он предложил Н.И. Пирого- главным врачом хирургического ву занять свою кафедру. 14 февраля отделения Второго военно-сухотутного госпиталя и директором ситета Н.И. Пирогов, в возрасте Санкт-Петербургского инструмен-26 лет, был избран экстраординар- тального завода по технической части [4, 6, 21]. 3 марта 1841 г. и практической хирургии меди- Н.И. Пирогов приступил к исполне-

деятельности Н.И. Пирогова (1841-1856)

Это был период наибольшего творческого расцвета Н.И. Пирогова. Приняв на себя обязанности читать курс патологической анатомии, он в течение 14 лет произвел вскрытие 11 000 трупов. В 1848 г. вышел «Полный курс прикладной анатомии человеческого тела», 4. Офтальмология и глазная кли- в 1856 г. выходит его «Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, произведенных в трех



Дерпт. Пирогов в операционной среди профессоров университета



Срезы глазницы и глазного яблока из Атласа Н.И. Пирогова «Топографической анатомии распилов, произведенных в трех измерениях». 1854 г.

В 1847 г. Н.И. Пирогов начинает исследовать действия эфирных гова о произведенных им хирургипаров в качестве болеутоляющего ставляют одну из наиболее часто средства при хирургических опетября 1852 г. по сентябрь 1853 г.) рациях. Он провел 60 опытов над упоминается 14 катаракт, выполживотными, более 40 опытов на стичную или полную потерю зре- здоровых людях, выполнил 50 хи- 5 раз без успеха и 9 раз с полным, ния. Он приводит анализ лечения рургических операций под эфирным наркозом. Н.И. Пирогов скон-Разбирая лечение осложненных струировал особую маску, позволяющую вдыхать точно заданные количества эфира, провел опыты на себе. Предложил давать наркоз 3 энуклеации, 5 операций на веках нерез прямую кишку.

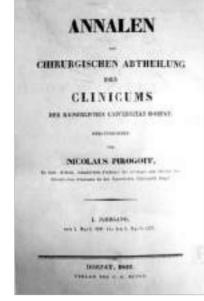
б) существует ли катаракта одна В своей работе «Наблюдения над или же поражена при том retina, действием эфирных паров как бо- ван на Кавказ для указания мер гических операциях» Н.И. Пирогов состояние или оно уже прошло, и приводит таблицу операций, вы- и для применения новых хирургимы имеем дело только с его послед- полненных им и другими хирургами России с помощью анестезирог) плотность катаракты в данвания [12]. Эти данные обобщены ном случае — вопрос самый важ- нами в табл. 3.

Из этой таблицы следует, что большинство глазных операций и хлороформом.

В отчете профессора Н.И. Пироческих глазных операциях (с сенненных reclinatio per scleroticonyxin, более или менее, успехом: 2 операции формирования искусственного зрачка, 4 операции при косоглазии. состоявших в перерезывании обеих прямых внутренних мышц глаз; и др. [1, 9, 12]

В 1847 году он был командиролеутолительного средства в хирур- по устройству военно-полевой медицины, для помощи раненым ческих способов в широком мас-

Летом 1847 г. при осаде крепости Салты в Дагестане Н.И. Пирогов развернул полевой лазарет и впервые в военно-полевых условиткань, пораженную болезненным выполнено под эфирным наркозом ях произвел операцию под эфирным наркозом раненному в ногу



«Анналы хирургического отделения клиники Императорского университета в Дерпте» Н.И. Пирогова



Клинические лекции по офтальмологии Н.И. Пирогова в Медико-хирургической академии

казаку Юрию Гагарину. В тот же период Темир-Хан-Шуре он произвел улаление травматической катаракты под наркозом [8]. За свою научную деятельность он трижды В лице Н.И. Пирогова она нашла награждался премией П.Н. Демидова (1844, 1850, 1860) [6, 21].

Период работы в осажденном Севастополе (1854-1855)

В 1854 г. во время Крымской войны Н.И. Пирогов по повелемандирован в распоряжение главнокомандующего сухопутными и А.С. Меньшикова «для ближайшего наблюдения за успешным лечением раненых». Н.И. Пирогов прибыл в осажденный Севастополь 12 ноября 1854 г. Из 349 дней героической обороны города ученый провел в Крыму 282 дня. За этот период он накопил громадный материал по военно-полевой хирургии. Лично обследовал около 20 000 тяжелораненых, выполнил около 5000 ампутаций конечностей, при оказании помощи более 10 000 раз

применил наркоз [6, 7, 15, 16]. Н.И. Пирогов впервые в истории русской медицины применил гипсовую повязку как одно из средств лечения огнестрельных повреждений костей.

По инициативе Н.И. Пирогова в Севастополе впервые в истории дицины на театр военных действий военных действий были привлечены пули.

сестры милосердия. Идея создания организованной женской помощи раненым и больным принадлежит великой княгине Елене Павловне. елиномышленника и исполнителя

Важнейшей заслугой Н.И. Пирогова является внедрение сортировки раненых и больных в зависимости от характера и места ранения. В своем труде «Отчет о посещении военно-санитарных учреждений нию Императора Николая I был ко- в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 г.» он писал: «Я первый морскими силами Крыма князя стопольских перевязочных пунктах и уничтожил этим господствующий там хаос. Я горжусь этой заслугой»

> Всех поступающих на перевязочный пункт Н.И. Пирогов делил на пять категорий

1. Безнадежно и смертельно

2. Тяжело и опасно раненые, требующие безотлагательной по-

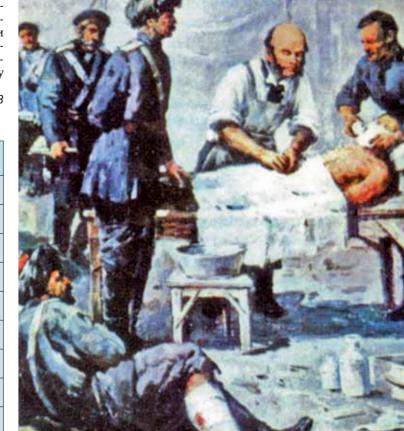
3. Тяжелораненые, требующие также неотложного, но более предохранительного пособия

4. Раненые, для которых непосредственное хирургическое пособие необходимо для того, чтобы сделать возможную транс-

5. Легкораненые или такие, у которых первое пособие ограниотечественной и зарубежной ме- чивается легкой повязкой или из-

Глазные операции, выполненные Н.И. Пироговым и другими хирургами России с помощью анестезирования

Характер операции	Количество больных	Эфир через дыхание	Хлороформ	Эфир per rectum
Операции на веках	24	17	7	
Образование искусственного зрачка	6	2	4	
Стафиломы роговицы	1	1		
Лейкома	2	-	1	1
Внутриглазное инородное тело	1		1	
Катаракта	1		1	
Косоглазие	8	5	2	1
Операции при новообразованиях глаза	5	3	1	1
Итого	48	28	17	3



Оказание помощи раненым на Северном Кавказе. 1847 г.

ми рубцами». Он отмечает: «Кожа

новенно и глаз уже потерянным»

В этом же произведении Н.И. Пи-

блюдал, кроме этого, при неврал-

здоровых, спокойных глаз в тече-

Основатель Крестовоздвиженской общины. Великая княгиня Елена Павловна среди сестер милосердия — незаменимых помощниц Н.И. Пирогова в Севастопольской кампании

Уникальная технология

облегчение 1-4

Optive обеспечивает превосходный

ODTIVE предлагает **ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ**

opfive доставляет **быстрое и длительное**

комфорт пациентов по сравнению

с обычным препаратом слезы*2-7

смазки и осмопротекции 1,2

Optive - OsmoMax

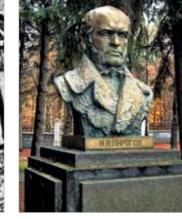
Уместно провести аналогию Н.И. Пирогов обращает внимание на особенности повреждений офтальмологии в наше время. кожи лица и век и оболочек глаза боли в здоровом глазу выводят из да они были подвижные, в осталь-Порядок сортировки и оказания при минно-взрывных поражениях: терпения и раненого, и врача своофтальмологической помощи при сочетанных поражениях органа нах и камуфлетах наносят повреж- тами. Опорожнение его прекраща-

- 1. Опасные для жизни и опасные для зрения.
- 2. Опасные для жизни и неопас-
- 3. Неопасные для жизни и опасные для зрения
- опасные для зрения. «Не медицина, а администрация играет главную роль в деле помо-
- войны», писал впоследствии Н.И. Пирогов в 1879 г. [15].

щи раненым и больным на театре



Проведение сортировки раненых



Памятник Н.И. Пирогову в Тарту (бывш. Дерпт)

и периодические сочувственные боли в здоровом глазу. Иногда эти дения, которые оканчиваются вы- ет боли в нем и другом глазу» [14]. По существу Н.И. Пирогов дает описание начала симпатической лица и век так быстро и сильно офтальмии Н.И. Пирогов приводит также

инородного тела вскоре после несколько случаев повреждений повреждения, когда же опухоль глазницы. «Врачи давно знают, что и раны, и ушибы даже одних мягется возможным, то находят обык- ких частей надглазнично-лобной стороны влекут за собою амблииногда раненые в глаз от остророгов описывает следующе: «Я на- гнойного отека в клетчато-жирной подстилке глазницы, который через общей военно-полевой хирургии» но сохранившего форму глаза, еще мозговые оболочки» [14].

Оптив

ных случаях он проводил удаление За заслуги в оказании помощи раненым и больным Н.И. Пирогов был награжден орденом Святого Станислава 1-й степени, дававшим право потомственного дворянства

дико-хирургическую академию, Н.И. Пирогов подал в отставку, и дальнейшая его работа была связана с деятельностью в области Таким образом:

1. В Дерптский и Петербургский периоды Н.И. Пироговым был вне-В 1866 г. в своем труде «Начала гиях поврежденного ослепшего, расщелины распространяется и на сен значительный вклад в развитие общей офтальмологии и преподавания этой дисциплины в высшей

2. Он внес существенный вклад в описание топографической анатомии глаза и глазницы.

3. Н.И. Пирогов способствовал активному применению наркоза при глазных операциях в стационаре и в военно-полевых условиях.

4. Н.И. Пироговым впервые разработаны основы военно-полевой офтальмологии.

Литература

1. Балашевич Л.И., Шиляев В.Г. Очерки по истории офтальмологии в Санкт-Петербурге. - СПб.: МАПО, 2000. - 334 c.

2. Будко А.А. История медицины Санкт-Петербурга XIX – начала ХХ в. - СПб.: Нестор-История,

3. Емельянова Н.А. Н.И. Пирогов и его заслуги в офтальмологии // Вестник офтальмологии, 2005. -T. 121, Nº 3.− C. 51-52.

4. Военно-медицинская академия (1798-2008) / Под ред. А.Б. Белевитина. - СПб.: ВМедА, 2008. - 912 c.

5. Каликинская Е. Образы великих хирургов. М.: Авторская Акаде-

ra – СПб: ВМА, 2010. – 380 с.

жизни // Кони А.Ф. «На жизнен- Т8. – 1962 г. ном пути», т. II, СПб., 1912. – 406 с. 8. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне

T. 7.– 331 c. 9. Первая в России и вторая в мире кафедра офтальмологии / Под ред. В.Ф. Даниличева. – СПб, ВМедА, 1994. – 117 с.

1941-1945 гг. – М.: Медгиз, 1951. –

10. Пирогов Н.И. Труды по экспериментальной и клинической хирургии (1832-1840) // Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8-ми томах. Т. 1. – 1957 г.

11. Пирогов Н.И. Труды по клинической хирургии (1837-1839) // Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8-ми томах. Т. 2.- 1959 г.

12. Пирогов Н.И. Труды по экспериментальной, оператив- цинской (медико-хирургической) ной и военно-полевой хирур- академии. – 2-е изд. – СПб.: ВМедА, гии (1847-1854) // Пирогов Н.И. 2008. – 616 с. ■



Памятник Н.И. Пирогову в Военно-медицинской академии

Собрание сочинений в 8-ми томах.

13. Пирогов Н.И. Труды по патологической анатомии и клинической хирургии (1849-1859) // Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8-ми томах. Т. 4.- 1960 г.

14. Пирогов Н.И. Начала общей военно-полевой хирургии. Ч. І. Севастопольские письма (1832-1840) // Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8-ми томах. Т.5.- 1961 г.

15. Пирогов Н.И. Начала общей военно-полевой хирургии. Ч.ІІ Севастопольские письма. (1850-1855) // Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8 –ми томах. Тб.-1961г.

16. Пирогов Н.И. Труды по военной медицине и военно-полевой хирургии (1871-1879) // Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8-ми томах. Т4.-1960 г.

17. Пирогов Н.И. Труды по профилактической медицине. Су-6. Киселев А.С. Н.И. Пирогов. дебно-медицинские заключения. Страницы жизни великого хирур- Автобиографические произведения (1869-1881) // Пирогов Н.И. 7. Кони А.Ф. Пирогов и школа Собрание сочинений в 8-ми томах.

> 18. Пирогов Н.И. Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, произведенных в трех измерениях через замороженное человеческое тело. в 4-х частях-Репр. изд.- Спб.: Тип. Якоба Трея. – 1852- 1856 гг.

> 19. Пирогов Н.И. Клинические лекции профессора Н.И. Пирогова. читанные им в госпитально-хирургической клинике Медико-хирургической академии, изданные его слушателями. – в двух выпусках. – Спб.: тип. Я. Трея. – 1852-1855 гг.

20. Поляк Б.Л. Первая в России кафедра офтальмологии. – Л.: ВМА,

21. Профессора Военно-меди-

Материал контактных линз: перспективы дальнейшего усовершенствования

Joseph Barr, OD MS

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

0 чем умалчивают ваши пациенты?

о том, что недоговаривают паци- дискомфорт и досаду. линзы, когда приходят к вам на зрения пациенты отмечали на фоне цихся от использования контактосмотр? Для того чтобы узнать, усталости, при работе за компью- ной коррекции. Однако, несмотря наличием тех или иных симпто- более склонны винить в появле- не снизилось количество пациен- ровал бы функции и характерибы облегчить их. В рамках иссле- (уставшие глаза, работа за компью- линз. Примечателен тот факт, что, бы решением для многих пациендования пациенты, использующие тером, избыточная зрительная на- хотя силикон-гидрогелевые линзы тов. Например, стало возможным контактные линзы (однодневные грузка, аллергия, синдром «сухо- не оказали практически никакого создание материала с внешней и плановой замены), подвергались го глаза»), а не контактные линзы влияния на расширение рынка кон- поверхностью, похожей на ли- **Литература** опросу в режиме онлайн касатель- (смещение линзы, ее загрязнение, тактной коррекции, они захватили пидный слой слезной пленки, что но степени комфорта и изменений сухость или слишком длительное его большую часть. Мы пришли к позволило минимизировать деостроты зрения, связанных с ноше- ношение). Более того, практиче- выводу, что силикон-гидрогелевые гидратацию линзы и сохранить нием линз. В дальнейшем, в рам- ски две трети респондентов, испы- линзы подходят далеко не каждо- ее форму и оптические свойства ках второго онлайн проекта, ран- тывавших те или иные зрительные му пациенту. Хотя ношение сили- в течение всего периода ношедомизированно сформированной аберрации, не считали важным со- кон-гидрогелевых линз позволяет ния. Разработанный материал такгруппе пациентов предложили от- общить об этом своему лечащему уменьшить симптомы гипоксии же должен был содержать в своем следить изменения остроты зрения врачу.

в двух из трех случаев отмеча- ных линзах. В течение дня линзы ных процессов³ ется нечеткое или неустойчивое подсыхают, что может привести

ношения контактных линз. Факти- не отвечают требуемым запрочески 60% опрошенных отмечали сам. Появление силикон-гидрогете или иные изменения зрения левых линз на рынке в 1999 году и считали, что это снижает степень было огромным прорывом в поликомфорта при использовании кон- мерной химии. Мы рассчитывали, тактной коррекции. На фоне ука- что новый вид линз не только позанных симптомов пациенты испы- ложительно скажется на здоровье Вы никогда не задумывались тывали раздражение, фрустрацию, зрительных органов, но также по-

Возможно, причина появле- ризация), оно ассоциировано с из- в роговице (78%), и обеспечивать ния приведенных выше симпто- менением поверхности линз² и по- поступление кислорода в количе-Исследование показало, что мов заключается в самих контакт- вышенным риском инфильтратив-

Как правило, затуманивание и снизит число людей, отказываю-

Причина включения силикона ние всего дня. Результатом рабо- Mitchell G.L., et al. Age and other зрение, а также дискомфорт в гла- к изменению их формы и свойств в материал, из которого сделаны ты стала бы линза, сочетающая зах (сухость, чувство усталости). оптической поверхности и в ко- контактные линзы, заключалась в себе требуемые биологические inflammatory events in young soft Наиболее распространенной жа- нечном счете вызвать снижение в необходимости повышения их свойства и преимущества совре- contact lens wearers from the Conлобой респондентов было затума- зрения и степени комфорта. Со- кислородной проницаемости. Но, менных материалов, применяемых tact Lens Assessment in Youth (CLAY) нивание и неустойчивость зрения, временные силикон-гидрогелевые вероятно, в силиконовом компо- в контактной коррекции. Таким study. Invest Ophthalmol Vis Sci. Aug негативно отражавшиеся на опыте и гидрогелевые контактные линзы ненте в ряде случаев для многих образом, появилась возможность 2011; 52(9):6690-6696.



какие симптомы их беспокоят, тером или в ночное время. Из всех на наличие целого ряда новых си- пациентов нет необходимости. разработать материал, обеспечиваа также частоту и степень выра- побочных симптомов, затумани- ликон-гидрогелевых материалов, В поисках нового вдохновения ющий максимальное увлажнение женности этих симптомов, было вание появлялось первым, ощути- представленных на рынке, общее ученые обратили внимание на глазного яблока и сохраняющий проведено двухфазное исследова- мо меняя зрительное восприятие число пользователей средствами слезную пленку и поверхность необходимый уровень влажноконтактной коррекции практи- глазного яблока. Разработка такой сти в течение дня, в частности, Интересно, что пациенты были чески не изменилось, также как линзы, материал которой имити- для поддержания устойчивых опмов и что предпринимают, что- нии указанной симптоматики себя тов, отказывающихся от ношения стики глазной поверхности, стала ния комфортной остроты зрения

1. Exploring blurry, changing or fluctuating vision associated with contact lens wear. Kadence International. January 2012.

2. Cheung S.W., Cho P., Chan B., Choy C., Ng V. A comparative study of biweekly disposable contact lens-(лимбальная гиперемия и васкуля- составе столько же воды, сколько es: silicone hydrogel versus hydrogel. Clin Exp Optom. Mar 2007; 90(2): стве, достаточном для сохранения

3. Chalmers R.L., Wagner H.,



Острота зрения:

Достижимый эффект контактной коррекции

афакии после ранней хирургии врожденных

в 45 % до 0,1

в 21% до 0,4

■ Исчезновение нистагма — в 33,3%

Исчезновение косоглазия – в 27,8%

уменьшение угла косоглазия – в 65%

в 34% до 0,2-0,3

Уменьшение амплитуды нистагма в 61.1% случаев

Контактная коррекция гиперметропии

Г.Б. Егорова, В.И. Боев

ФГБУ «НИИГБ» РАМН

важаемые коллеги! Существует общепринятое мнение, что гиперметропия является весьма относительным показанием к контактной коррекции зрения. Я постараюсь рассказать о некоторых особенностях и трудностях, возникающих в случае использования контактных линз при этом виде аметропии.

Для начала мы вспомним про миопию, при которой использование контактных линз заведомо обеспечивает более высокие функциональные результаты по сравнению с очковой коррекцией. Очковое стекло, применяемое для коррекции данного вида аметропии, уменьшает величину ретинального изображения, при миопии высокой степени уменьшение величины изображения достигает 20%. В результате начинает страдать острота зрения. Причем при миопии высокой степени полная очковая коррекция непереносима, в результате чего пациенты также теряют в остроте зрения.

При использовании контактных линз за счет увеличения величины ретинального изображения, по сравнению с очковым стеклом и хорошей переносимости линз любой оптической силы, пашиенты получают выигрыш в остроте зрения и, конечно, с удовольствием пользуются контактными линзами.

К сожалению, при гиперметропии все наоборот. Величина ретинального изображения больше именно с очковым стеклом. И пациенты привыкают к этой ситуации Особенно это актуально для тех, у кого изначально снижена острота зрения, в частности, за счет амбли- Рис. 2. опии. В данном случае увеличение ретинального изображения дает дополнительные зрительные возможности. А с контактными линзами величина ретинального изображения уменьшена по сравнению с очковым стеклом. В результате величина всех объектов окружающего мира имеет меньшие размеры. И вот к этой ситуации пациенты привыкают очень неохотно, плохо адаптируются, иногда просто не желают. В ряде случаев, попробовав контактную коррекцию, вновь возвращаются к очкам.

Что происходит с аккомодацией? Очковое стекло изменяет все характеристики оптической системы глаза и в том числе такие ее показатели, как глубину резкости и состояние аккомодации. Это происходит за счет изменения соотношения между апертурой зрачка по отношению к физическому размеру формируемого изображения. В результате при миопии с очковым стеклом (минусовым) величина затрачиваемого объема аккомодации при работе на близком расстоянии уменьшается. А вот при назначении плюсовых очковых стекол, которые мы используем при гиперметропии, напряжение аккомодации возрастает (рис. 1).

При использовании контактных линз объем аккомодации находится на одном и том же уровне вне зависимости от силы и вида контактной линзы. Это является большим аргументом для назначения контактных линз. Однако при гиперметропии реакция на коррекцию контактными линзами очень индивидуальна.

Успех контактной коррекции зависит от нескольких причин.

• От степени гиперметропии Если степень гиперметропии не очень высокая и разница в величине ретинального изображения незначительная, то пациенты могут предпочесть контактные линзы, при этом используя и другие их преимущества.

сниженной остроте зрения паци- ставляет проблем. ент предпочтет очки, которые обе-

у пациента имеются выраженные к нижнему своду (рис. 2). явления астенопии, но при этом существует необходимость постоян- с этой ситуацией достаточно легко ного напряжения аккомодации, то, конечно, он предпочтет контакт- метра контактной линзы и эластичную коррекцию, которая облегчит ности материала. С жесткими линему ситуацию. В этом случае мож- зами, как всегда, все более сложно. но и пренебречь некоторым сниже- Жесткая линза меньшего диаметра нием остроты зрения.

ной линзы, с которой могут воз- своду в меньшей или большей стеникнуть некоторые трудности. И в пени. И с этой ситуацией не всегда чем тут дело? При миопии мы ис- удается справиться. Неустойчивое пользуем линзу, толщина которой положение линзы вызывает дискомминимальная и достаточно равно- форт, и пациенты могут отказаться мерная. При мигательных движе- от ее использования, несмотря на ниях веки скользят по поверхности высокий функциональный результат.

• От исходной и достижимой контактной линзы. Линза достаточостроты зрения. При изначально но комфортна, ее подбор не пред-

При гиперметропии толщина спечат ему большие зрительные оптической зоны достаточно большая, и под действием век линза • Состояния аккомодации. Если может смещаться по направлению

В случае мягких контактных линз справиться за счет большого диа и под воздействием век может сме-• Успешной адаптации контакт- щаться по направлению к нижнему

Сила очкового стекла (дптр)	Аккомодация в очках	Аккомодация в КЛ
-20	1.89	2.88
-15	2.09	2.89
-10	2.32	2.89
-5	2.58	2.89
0	2.90	2.90
+5	3.27	2.90
+10	3.72	2.91
+15	4.25	2.92

отверстия, сформированного апертурой зрачка, по отношению к физическом

Рис. 1.

размеру формируемого изображения

Оптическая сила КЛ (дптр.)	Толщина КЛ в центре (мм)
- 3,0	0,03 – 0,1
+ 3,0	0,2 - 0,25
+ 5,0	0,35 - 0,4
+ 10,0	0,55
+ 15,0	0,6
+ 20,0	0,7-0,8
+ 25,0 + 30,0	1,2 – 2,0

Астигматиз	M
Встречаемость по степен	и
• < 0.50 D Cyl	53.6%
• 0.60 to 1.00 D Cyl	29.4%
• 1.10 to 3.00 D Cyl	15.6%
• 3.00 to 4.00 D Cyl и >	1.3% Fledelius & Stubgaard, 1986
Очковая коррекция гиперметровысоких степеней непере разноразмерности изображен меридиан	носима вследствие ия в плоскости главных

Дизайн КЛ

Коррекция афакии	очковыми линзами
Кольцевая	

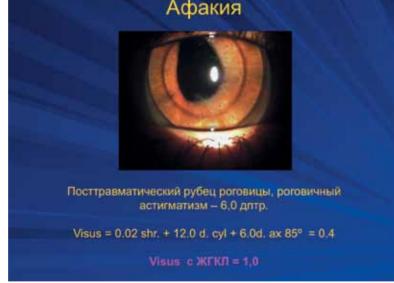


Рис. 5.

Рис. 3.

+ 48,8 дптр. Радиус наружной поверхност = 3,46 мм	и + 25,0 дирт
КЛ в негидратированном состоянии	МКЛ после гидратации (гидрогель с 70% влагосодержанием)

Рис. 7.

Толщина стандартной линзы (-3,0 дптр) не превышает 0,1 мм. Толшина плюсовых контактных линз, особенно высоких диоптрий может достигать 2 мм. Это достаточно много, что и создает трудности адаптации (рис. 3).

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Несмотря на то что показания к контактной коррекции при гиперметропии считаются относительными, существуют ситуации, когда без контактных линз при данном виде аметропии обойтись довольно сложно. Это:

• Гиперметропия в сочетании с анизометропией.

Мы все знаем, что разница между силой очковых стекол не может превышать 2,0-2,5 дптр. При более высокой степени анизометропии необходимо настаивать на назначении контактных линз, особенно в детском возрасте. Недокоррекция при гиперметропии — это большой риск Рис. 8. развития амблиопии и косоглазия. Во взрослом состоянии — это снижение возможно достижимой остроты зрения и развитие астенопии.

• Гиперметропический астигматизм (рис. 4).

Если проанализировать структудим, что преобладает астигматизм видеть мир в одном измерении. небольших степеней, астигматизм И когда им предлагают смотреть большую долю. С астигматизмом может нарушить их ориентацию в небольших степеней мы можем пространстве, что часто и происхо- хом) состоянии линзу, оптическая легко справиться с помощью оч- дит. Нарушается оценка расстояния сила которой будет почти +50 дптр, ков и мягких торических контакт- между предметами, что осложняет ных линз. Астигматизм же высоких им жизнь. степеней, занимающий долю всего в 1,3%, опасен тем, что с помо- ложительное очковое стекло, прещью очковой коррекции он не всег- ломляет лучи не в одинаковой да может быть скорректирован из- степени: чем ближе к периферии, за плохой переносимости очковой тем лучи преломляются с большей коррекции. Недокорригированный силой, и не все попадают на сетастигматизм также представляет чатку. В результате формируется опасность для развития амблиопии так называемая «кольцевая скотои косоглазия, а во взрослом состо- ма», которая еще больше осложняянии — астенопии. В этом случае ет ориентацию таких пациентов необходим подбор жестких контакт- в пространстве, т.к. при этом пракных линз. При астигматизме, если тически отсутствует перифериченам удается хорошо его откорри- ское зрение (рис. 6). гировать и подобрать комфортные ния за счет снижения аберраций и повышения контрастности изобольшим аргументом в пользу контактной коррекции в этом случае.

невозможности по каким-либо при- в этой ситуации. чинам имплантировать хрусталик.

контактные линзы. Необходимость всегда бывает просто. в применении жестких контактных линз возникает при афакии зационная. Линзы требуют замеповерхности.

• При двухсторонней афакии Я хочу несколько слов сказать очковая коррекция возможна, т.к. о линзах, которые изготавливаются разница между очковыми стеклами в нашей оптико-механической ламожет быть небольшой. Однако не- боратории. Мы их условно называобходимо принимать во внимание, ем — «детскими». Это уникальные что пациенты, как правило, пожилинзы. Оптическая сила таких линз ру астигматизма в целом, мы уви- лого возраста, которые привыкли колеблется от +25 до +30 дптр, может и превышать эти значения. Для того чтобы сделать мягкую контактбольших степеней занимает не- через увеличительное стекло, это ную линзу +25 дптр, необходимо изготовить в негидратированном (су-

при этом радиус наружной поверх-

ности равен всего 3,46 мм. Чтобы

Есть еще вторая проблема. Посделать такую линзу, необходимо Еше один момент — это линза лен-

В целом качество зрения таких контактные линзы, мы достигаем пациентов с контактными линзадостаточно высокого качества зре- ми несоизмеримо выше, чем при использовании очков.

 Отдельная группа — афакия бражения. То есть контактные лин- после ранней хирургии врождензы дают нам возможность достичь ных катаракт. Если маленькому очень высокого функционального пациенту делают операцию — эксрезультата, несмотря на уменьше- тракцию катаракты, то совершенно ние изображения на сетчатке. По- необходимо применять оптическую вышение качества зрения является коррекцию. Если этого не произойдет, то неизбежно разовьется амблиопия, и результат операции может свестись на нет. Главное пре-Афакия является частным случа- имущество контактной коррекции ем гиперметропии высокой степени. в этом случае — возможность из-Одностороння афакия — это част- менения оптической силы конный случай высокой анизометро- тактных линз по мере роста глаза пии, что является 100% показанием и изменения его рефракции. Но, к назначению контактных линз. Ко- несмотря на это явное преимунечно, эта ситуация возникает при цество, существуют и трудности

Постоянное использование кон-С афакией можно легко спра- тактных линз требует от родителей виться с помощью мягких контакт- очень большого терпения и наных линз, которые дают очень хо- стойчивости для того, чтобы кажроший результат, но в ряде случаев дый день манипулировать линзой, необходимо применять и жесткие одевать их своему ребенку, что не И вторая трудность — органи-

в сочетании с астигматизмом высо- ны. Дети очень часто их теряют, ких степеней, особенно с наруше- а делать перерыв в ношении очень ниями регулярности роговичной нежелательно. Если, конечно, ребенок живет в Москве или в Мо-Конкретный пример использо- сковской области, и им доступен вания жесткой контактной линзы Институт глазных болезней РАН, то они в любом случае могут по-Пациент после проникающе- лучить контактную линзу. Но если го ранения с жесткой контактной ребенок живет в отдаленном райолинзой. Афакия и маленький ру- не, то в ряде случаев возникают сибец роговицы. Но этот рубец рого- туации, при которых замена линзы вицы является причиной высокого затруднительна. У меня был свой астигматизма в 6,0 дптр. Причем печальный опыт, наблюдалась деимеется нерегулярность рогович- вочка, родители не могли привезти ной поверхности, в результате ко- ее в течение полугода для замены торой с помощью очковой коррек- контактной линзы. Когда девочка шии невозможно достичь высокой уезжада, острота зрения с мягкой остроты зрения. Однако с жесткой контактной линзой была 0,2, чеконтактной линзой получен макси- рез полгода зрение упало до 0,06, мально высокий функциональный и повысить в последующем острорезультат. Острота зрения — 100%. ту зрения не удалось. Такие органи-Данный случай является абсолют- зационные трудности могут свести ным показанием для назначения на нет все усилия и предотвратить развитие амблиопии не удастся.

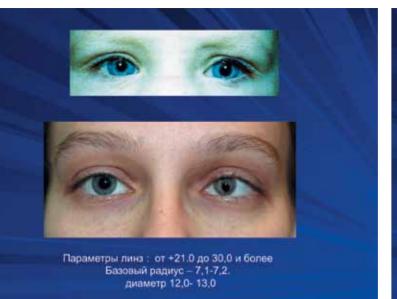


Рис. 9.

краем. Если эту линзу сделать стандартного дизайна, как раньше говомаленького шарика очень маленького диаметра и, конечно, не удержится на роговице (рис. 7).

Что мы можем получить с помо-

шью таких линз? На фотографии видна граница оптической зоны такой линзы, т.к. толщина линзы достаточно большая (рис. 8). Когда детки подрастают, то оптическая сила линзы уменьшается, однако чаще всего в силу различпараметры остаются все-таки не- вение; специальное оборудование и очень стандартными. И поэтому эти линвысокая квалификация оптиков. зы делаются индивидуально.

И, кстати, о нистагме. Даже при тикулярного дизайна с утонченным невысокой остроте зрения (в ряде плохой результат.

 Острота зрения выше 0,04 – 71,1 % (Азнабаев М.Т., со авторами. 1989) случаев меньше 0,1) в случае при-

33

менения контактной коррекции рили по ГОСТу, то она будет в виде имплитуда нистагма уменьшается.

Используя контактные линзы после хирургии врожденных катаракт, мы вряд ли можем получить высокую остроту зрения. Здесь приведены возможные достижимые результаты контактной коррекции у детей (рис. 9).

Однако, даже если острота зрения невысокая, то можно получить такой эффект, как:

- уменьшение амплитуды ниных врожденных изменений глаз их стагма или его полное исчезно-

> уменьшение угла косоглазия; - в 71,1% можно получить остроту зрения выше 0,04. Это не-



Интраокулярная коррекция афакии

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

И.Э. Иошин

Интраокулярная линза — один из самых распространенных имплантатов в медицине, имеющий сотни модификаций. Оптические свойства интраокулярной линзы постоянно совершенствуются, и, более того, создаются новые модели искусственного хрусталика, что делает его сложной оптической структурой.

Выбор интраокулярной линзы (модель, оптическая сила, дополнительные оптические свойства) в соответствии с индивидуальными особенностями пациента для достижения максимально возможного зрения становится все более ответственным. В первой монографии — «Факоэмульсификация» имплантация интраокулярных линз рассматривалась как часть операции, были сформулированы показания к ее проведению на современном этапе. В то же время некоторые положения интраокулярной коррекции афакии требуют более детального освещения.

В монографии «Интраокулярная коррекция афакии» представлен авторский практический опыт применения различных ИОЛ, сформулированы принципы отбора пациентов, проанализированы осложнения интраокулярной коррекции афакии. В работе приведены общепринятые и собственные схемы решения различных проблем артифакии, обсуждение и дополнение которых должны улучшить качество реабилитации пациентов.

Предлагаем вашему вниманию главу из книги.



ISBN: 978-5-905212-43-7 Издательство «АПРЕЛЬ», 2014

Интраокулярная коррекция при пресбиопии

Пресбиопия является одной из важнейших рефракционных проблем взрослого населения, причем доля лиц трудоспособного возраста в этом контингенте весьма высока. По данным R.N. Klenstein (1991), распространенность пресбиопии достигает 40-50% контингента работающих людей и 100% – у лиц старше 40 лет. Причем распространенность пресбиопии прогрессивно увеличивается с связи с увеличением среднего возраста населения развитых стран.

При этом стандартная оптическая коррекция не удовлетворяет потребности определенного контингента людей в силу их профессиональных и психологических особенностей. Очковая и контактная коррекция пресбиопии в ряде случаев обеспечивает относительную медико-социальную реабилитацию таких пациентов, но не решает полностью проблему адаптации человека к пресбиопии как в клиническом, так и в профессиональном аспектах. Естественно, что при замене оптики мутного хрусталика на искусственный при экстракции катаракты появляется возможность корректировать и пресбиопию.

Если отойти от привычного классического определения пресбиопии как «возрастного ослабления аккомодации», то можно рассмотреть ее с точки зрения физиологической оптики как уменьшение глубины фокуса глаза в условиях сниженной аккомодации. Следовательно, решение проблемы пресбиопии возможно посредством расширения фокусной зоны зрительной системы артифакичного глаза. В настоящий момент существует три возможных

• моновизуальная коррекция при двухсторонней артифакии, когда один глаз корригируется для дали, другой – для близи;

• бифокальная (мультифокальная) коррекция артифакии, когда ИОЛ имеет сложную оптику с дополнительными преломляющими элементами;

• увеличение амплитуды аккомодации, когда в конструкции ИОЛ заложена возможность ее смещения относительно главной оптической плоскости глаза.

3.1. Моновизуальная коррекция

Моновизуальная коррекция пресбиопии – одна из наиболее хорошо воспринимаемых пациентами методик. Сущность ее – в коррекции одного глаза для зрения вдаль, а другого – для зрения вблизи. Моновизуальная коррекция достаточно широко апробирована в интраокулярной коррекции афакии (Ивашина А.И., Косточкина М.В., 1979; Wallace B., 1996; Hall D., 1996).

Несмотря на то что термин «monovision» достаточно прочно вошел в лексику зарубежной офтальмологической литературы, в практике отечественной офтальмологии он представляется несколько неблагозвучным. Поэтому, согласно идее Ю.З. Розенблюма, можно называть ее «миопической

Наличие ведущего глаза является проявлением феномена асимметрии зрительного анализатора и частным случаем функциого мозга (Суворова В.В., 1988). Установлена Васк А., 1989; Wechsler S., 1995).

необходимость обязательной коррекции ведущего глаза для дали. Это связано с тем, что именно ведущий глаз первым включается в процесс оптической установки глаз, локализации объекта в пространстве и аккомодационной фокусировки на объекте, т.е. дает толчок к запуску механизма бинокулярного слияния (Розенблюм Ю.З., 1979). Кроме того, граница дальнего поля зрения и количество воспринимаемых объектов в его пределах в несколько раз превышают границу и насыщенность объектов ближнего поля. Поэтому логично более «сильный» физиологически глаз сориентировать на более «трудное» восприятие. Это предположение подтверждает опыт, накопленный в сфере контактной коррекции пресбиопии. Анализ причин успехов и неудач при подборе моновизуальных линз показал, что в 95% успешной коррекции ведущий глаз был корриги нальной полушарной асимметрии головнорован на эмметропию (Сорокина Р.С., 1976;

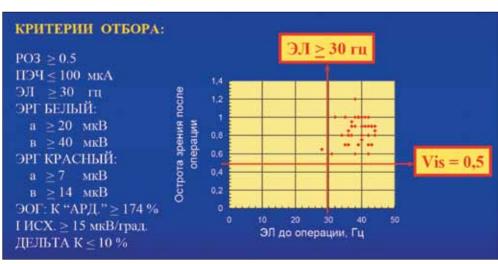


Рис. 3.1.1. Прогнозирование монокулярной остроты зрения от 0,5 и выше (Яновская Н.П., 2005: Иошин И.Э., Мадьярова Д.М., 2008)

Следующий важный фактор связан с физиологией восприятия бинокулярного образа при индуцированной анизометропии – особенностью характера сенсорного превалирования в условиях бинокулярного соперничества двух глаз. На феномен превалирования ведущего глаза (сенсорную анивовалентность) впервые обратил внимание Sachsnweger в 1959 г. Им был предложен измеритель превалирования, который, однако, выявлял лишь характер бинокулярной локализации направления, т.е. моторный компонент фузии. Более информативным тестом было использование фильтров нарастающей плотности перед доминирующим глазом. По степени плотности фильтра, подавляющего сенсорное превалирование. можно судить о его силе (Заксенвегер Р.,

психофизиологического механизма внесла работа Н.П. Яновской (2000), которая впервые обобщила разрозненные факты, имеюшиеся в офтальмологической литературе, и в клинических условиях исследовала его влияние на зрительные функции пациентов при моновизуальной коррекции двусторонней афакии.

Подобно механизму восприятия при содружественном косоглазии, формирующемуся по альтернирующему либо по монолатеральному типу, при анизометропии восприятие двух различных по четкости и контрастности образов может идти по трем различным вариантам, в зависимости от степени диссоциирующего воздействия: фузия, бинокулярная конкуренция (или подавление одного из монокулярных образов) и диплопия. Попадание зрительных импульсов внутрь зоны Панума – успешная предпосылка фузии. При увеличении диссоциирующего воздействия или при превышении диспаратности размеров зоны Панума наблюдается бинокулярная конкуренция двух

образов при подавлении одного из них. Медоминантным, либо альтернирующим. Доминантный тип сенсорного превалирования (по другой терминологии - устойчивое одностороннее сенсорное превалирование) обусловливает преобладание восприятия с доминирующего глаза, независимо от качества изображения. Альтернирующий тип превалирования, или отсутствие стойкого сенсорного превалирования, обеспечивает восприятие мозгом более четкого изображения, вне зависимости от того, с какого глаза оно передано - с ведущего или с парного. То есть в зрительной коре происходит достаточно легкое переключение на анализ импульсов, передающих более четкий образ.

Особенность моновизуальной коррекции зрения состоит в различии изображений на сетчатках глаз при зрении вдаль и вблизи. При зрении вдаль на ведущем (эмметропичном) глазу формируется четкое ретинальное изображение, на парном (миопичном) расфокусированное. При зрении вблизи, наоборот, четкий ретинальный образ – на миопичном глазу, расфокусированный на эмметропичном. Эти изображения могут не восприни-

маться зрительным анализатором как идентичные, вызывая феномен «соперничества рецептивных полей зрения» (Schoor C., 1989). При этом корковым центрам необходимо определить, какое из изображений в каждом случае будет определяющим в процессе формирования бинокулярного образа. Можно предположить, что мозг при анализе образа с размытыми контурами сравнивает его с аналогичным четким изображением, выбирает в расфокусированном контуре наиболее интенсивно окрашенный

В практике для отбора пациен- ведущим для близи. Обязательное ваниях проведена оценка технолотов с катарактой для будущей ани-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

- определить возможность достижения высокой остроты зрения закрывании глаз.
- определить адаптационные возможности (ведущий глаз и фор- лярном соперничестве двух глаз, ма сенсорного превалирования при т.е. особенностей психофизиологии бинокулярном соперничестве двух зрительного восприятия, в первую
- ИОЛ на двух глазах (для дали на тодике M.J. Collins, A. Good (1994), ведущем и для близи – на парном).

Прогноз монокулярной остроты зрения

Для прогноза высокой остроты зрения (уровень 0,5 и выше пии (на синоптофоре) предъявлядостижения устойчивого бинокулярного зрения) необходимо учи- ся градусом наклона для правого анамнестические данные, которые, к сожалению, не всегда информатировала с такими жалобами, как ки с наклоном то вправо, то влево, пациент отмечает изменение ка- глаза. Примерно равное соотношечества зрения при ярком свете и ние восприятия правого и левого нарасширении зрачка, то это может свидетельствовать об интактной свидетельствует об отсутствии сетчатке и высоком функциональ-

Офтальмоскопия при катаракте помутнений и потери предметного зрения, во всех остальных слусти оценочное исследование макулярной области и диска зритель ного нерва для выявления грубой

Ретинальная острота зрения рошим прогностическим тестом, за исключением заднекапсулярных сомненное достоинство - отсутствие ложнозавышающих данных ты зрения после операции.

Результаты электрофизиологивисят от множества факторов, которые включают и степень помутнения хрусталика, и субьекне менее в клинической практике сформулированы дооперационные экстракции катаракты (рис. 3.1.1).

Тесты для определения адаптационных возможностей

• Определение ведущего глаза проводилось как для дали, так и для близи. Для этого использо-M.W. Robboy, I.G. Cox, P. Erickson (1990). Исследование также проводилось в условиях оптимальной

этом пациент смотрел на какоина расстоянии вытянутой руки па- ка и др.). циента. Ведущий глаз определялкак ведуший.

для определения ведущего глаза простой подбор очков. вблизи. Пациент смотрит в зеркаровался им по центру этого круж- 70 лет (Ito M. et al., 2009). ка. При поочередном прикрывании одного из глаз определялось, какой ная разница между двумя глазами из них фиксирует это изображение лежала в границах 2,5-2,75 дптр, в центре кружка – этот глаз и будет однако в более поздних исследо-

условие при проведении тестов – гии «mini-monovision» с разницей иксированное положение головы и тестовых принадлежностей при

• Исследование формы сенсор-

ного превалирования при бинокуочередь влияющих на успех анизокоррекции. Тест проводится по меусовершенствованной Н.П. Яновской (2000), и основан на результатах восприятия образа в условиях оптимальной оптической коррекзрения, когда в условиях гаплосковолновые решетки, различающиеи 145°). При этом пациент видит чередующиеся картинки «паркетв зависимости от чередования подасильного доминирования, т.е. об альтернирующей форме сенсорного превалирования (рис. 3.1.2). ограничена в случаях выраженных Значительное преобладание восрит о сильном, доминантном хачаях непрямая офтальмоскопия на рактере сенсорного превалирования. В этом случае анизокоррекция

Определение оптической

ведущем глазу должен ориентироваться на эмметропию (или миодля достижения максимального зрения вдаль. На парном глазу, комальное зрение вблизи, оптическую силу ИОЛ нужно расчитывать Именно при данной степени анизокоррекции сохраняется возможтивные особенности пациента. Тем и вблизи при условии адекватного подбора кандидатов. Наиболее быстрая адаптация к новым ускритерии высокого зрения после ловиям функционирования зрительного анализатора происходит в тех случаях, когда экстракция катаракты проводится на двух глазах с минимальным сроком между перациями (от 2 до 5 дней). Особо хочется подчеркнуть важность предварительного объяснения павались диафрагмальный и зер- анизокоррекции, а именно разникальный тесты, разработанные цу зрения вдаль и вблизи при раздельном взоре. После операции пациенты так или и иначе будут прикрывать один глаз и фиксиро-Диафрагмальный тест опреде- дует подчеркнуть эту особенность лял ведущий глаз для дали. При и заручиться согласием на данный вид коррекции до операции. После либо предмет, находящийся на рас- операции полезно предложить пастоянии 5 м, через округлое отвер- циентам бинокулярные тренировки стие диаметром 1,5-2 см в непро- с яркими контрастными объектами зрачном экране. Экран находился для работы вблизи (пазлы, мозаи-

Необходимо отметить, что пацися при поочередном прикрывании енты не несут дополнительных маодного из глаз. Тот глаз, который териальных расходов, данный вид видел предмет без смещения за коррекции возможен при любых пределы диафрагмы, оценивался интраокулярных линзах, а при неполной удовлетворенности паци-Зеркальный тест предназначен ента анизокоррекцией возможен

Толерантность увеличивается ло, в центре которого нарисован с возрастом пациента: при средкружок диаметром 2,5 см, на рас- ней анизометропии в 2,27 дптр стоянии 20 см от лица. Зеркало удовлетворение результатами оториентируется таким образом, что- мечено у 64% у пациентов моложе бы нос пациента зрительно проеци- 60 лет и у 94% у пациентов старше

Первоначально рекомендован-

шим компромиссом между переносимостью и свободой от очков (Finkelman Y.M. et al., 2009).

пациентов проведенной

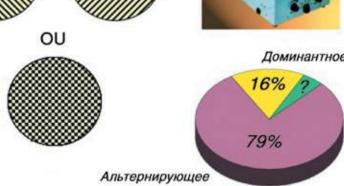
Для исследования степени удовлетворенности пациента результакетирование до и после операции для получения общего представлесбиопического возраста, в которое входил пункт оценки результатов дилось компьютерное психологи ческое тестирование с целью выбенностей пациента на степень его удовлетворенности результатами рование проводилось по 16 психологическим параметрам, представ противоположных критериев, так и в уровне какого-либо единичного • соотношение экстра

- и интравертированности уровень интеллекта:
- эмоциональная устойчивость (соотношение эго-силы и эго-слабости):
- соотношение покорности и властности:
- и беззаботности; • уровень суперэгоистичности;

os

симости и самодостаточности;

OD



Яновская Н.П., 2001, Иошин И.Э., Плюснина С.И., 2002

Рис. 3.1.2. Альтернирующая форма сенсорного превалирования (исследование на синаптофоре)

- уровень самомнения: и робости;
- уровень сентиментальности;
- и подозрительности; • соотношение идеалистично
- и проницательности;
- сти и чувства вины;
- соотношение консерватизма
- соотношение групповой зави-
- уровень эрго-напряженности.

Полученные результаты в виде баллов по каждому из признаков соотносились с уровнем удовлетворенности. Для установления корреляционных связей были сформированы 2 группы пациентов с примерно равными показателями остроты бинокулярного зрения: в одну группу входили пациенты с полной удовлетворенностью про-

веденным лечением, в другую с неполной удовлетворенностью.

TRADOMED INVEST



Передовые мультифокальные ИОЛ Acriva^{UD} Reviol становятся доступны все большему числу пациентов

- Материал премиум-класса.
- Гидрофобный сополимер произведен из сверхчистого гидрофильного мономера акрилата с гидрофобной поверхностью
- Прогрессивная оптическая конструкция и активно-дифракционная оптика обеспечивает высокое качество зрения на различном расстоянии
- Асферическая оптика сверхразрешающей способности (UD) корректирует положительные сферические аберрации чувствительность даже в условиях ночного видения
- Активно-дифракционные мультифокальные ИОЛ Acriva^{UD} Reviol уменьшают возникновение бликов и ореолов, улучшают зрение на промежуточном расстоянии
- Аддидация +3.75 дптр



109147, Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412. Тел./факс: (495) 662-78-66 E-mail: info@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru

Таблица 3.1.1

Группы пациентов в зависимости от степени удовлетворенности лечением (средняя по группе в баллах) Психологические критерии полная удовлетворенность неполная удовлетворенность $8,11\pm1,17$ $5,2\pm0,81$ Интеллект (высокий уровень) (склонность к снижению) Эмоциональная $5,67\pm1,04$ $4,1\pm0,7$ (склонность к повышению) (склонность к ипохондрии) устойчивость $4,4\pm1,04$ $7,8\pm1,34$ Суперэго (небольшое снижение суперэго) (повышение суперэгоистичности) $8,2\pm0,53$ $5,04\pm1,07$ Групповая (баланс между самодостаточностью (высокий уровень зависимость и групповой зависимостью) самодостаточности)

на размытость зрительных обра- пациентов не пользовался очка- определять разноудаленность объзов при переводе взгляда с одного расстояния на другое, некоторые из них отмечали нечеткость зре- ванных больных не предъявлял енты уверенно выполняли мелкую ния на промежуточных расстоя- жалоб, связанных со снижением работу, не было промахиваний при ниях при высоком зрении вдаль

нии автотранспортом никто не коробок.

Никто из прооперированных обнаружил снижения способности ми систематически. Против ожи- ектов и дистанцию между автомодаемого, никто из проопериро- билями. При зрении вблизи пациглубинного зрения: при управле- зажигании спички о спичечный

У единичных пациентов отмечались снижение зрения на промежуточных расстояниях при быстром переводе взгляда с близкого расстояния на дальнее и симптом конфузии при зрении вблизи – «двойные разновеликие буквы текста». Эта группа симптомов купировалась через 3-4 недели после операции по мере адаптации зрительного анализатора к новым условиям зрения.

При изучении влияния психологических особенностей пациента на степень его удовлетворенности лечением были обнаружены несколько более сильные корреляционные связи между некоторыми параметрами личности и их удовлетворенностью коррекцией. В группе с полной удовлетворенностью из 16 признаков по 8 из них выявлены общие закономерности, в группе с более низкой удовлетворенностью групповые закономерности обнаружены лишь по 4 признакам (по остальным признакам отмечался большой разброс показателей), причем различия показателей по двум из них – по уровню суперэго и степени групповой зависимости - в этих двух группах были достоверны (p < 0.05).

(Сергиенко Н.М., 2012). Достовер-

при изменении ширины зрачка не

превышало 0,3 мм (Беликова Е.В.,

2013). Причина этого – все тот же

фиброз межкапсульного простран-

ства, ограничивающий экскурсии

линзы. Для реализации коррегиру-

ющего пресбиопию эффекта было

рекомендовано использовать тех-

нологию «микромоновижн», но это

возможно и при монофокальных

ИОЛ. Подводя итог краткому об-

зору псевдоаккомодирующих ИОЛ

на основе биомеханического прин-

ципа, нужно признать, что наибо-

практике - ИОЛ с мультифокаль-

Мультифокальные псевдо-

Бифокальная, а впоследствии

мультифокальная коррекция при

вдоль оптической оси, таким обра-

Pepose J.S. et al., 2007), однако не-

которые замечают нежелательные

световые изображения, такие как

блики, вспышки, полосы и ореолы

(Auffarth G.U. et al., 1993; Hunkeler J.D.

et al., 2002; Hütz W.W. et al., 2002;

Montés-Micó R. et al., 2004). Это

происходит потому, что четкое

изображение всегда сопровожда-

ется одним или более размытыми

изображениями. Для достижения

мультифокальности в этих линзах

использован принцип дифракции

и/или рефракции, и они могут

быть разделены на три группы:

аккомодирующие ИОЛ

ной оптикой.

Данные проведенного анализа представлены в сравнительной таблице 3.1.1

Таким образом, по результатам проведенного анализа можно сделать выводы, что острота зрения, полученная в результате моновизуальной коррекции (анизокоррекции), лишь отчасти влияет на удовлетворенность пациентов лечением. В большей степени уровень удовлетворенности определяют личные качества человека. И это необходимо учитывать врачу при определении тактики ведения больного, особенно если встает вопрос о применении каких-либо

Противопоказания к миопической анизокоррекции

- 1. Прогнозируемая монокулярная острота зрения одного из глаз
- 2. Коррекция ведущего глаза для
- 3. Наличие доминантной формы сенсорного подавления
- 4. Низкий интеллектуальный
- 5. Завышенные ожидания результатов хирургического лечения.

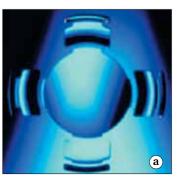
3.2. Мультифокальные интраокулярные линзы

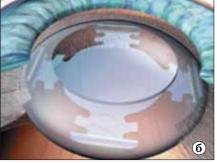
Как было продемонстрировано выше, миопическая анизокоррекция – высокоэффективная методика коррекции пресбиопии при хирургии хрусталика, обладающая одним, но существенным недостатком: не все пациенты толерантны к обязательной разнице в рефракции между ведущим и парным глазом. Поэтому последние два десятилетия активно развивается другое перспективное направление интраокулярной коррекции афакии – разработка моделей ИОЛ с возможностью псевдоаккомодации. В целом все интраокулярные линзы по способности менять свое фокусное расстояние можно условно разделить на:

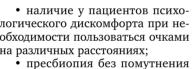
- неаккомодирующие подавляющее большинство из имеющихся, то есть стандартная монофокальная ИОЛ;
- аккомодирующие существуют только в теории, так как восстановить истинную аккомодацию не удается до сих пор никому;
- псевдоаккомодационные используют ряд технологий для получения нескольких фокусов:
- биомеханический принцип копирование одного из механиз- мешке были недостаточны, более очковой зависимости при зрении назначены для создания двух отмов аккомодации за счет движения компонентов ИОЛ;
- многофокусная оптика использование одного или в комбинации способов преломления светового потока (рефракционная, дифракционная, дифракционно- («Visiogen»), имеющей две па- стояниях (чаще всего компьютер), чается в обеспечении хорошего

Показания к имплантации псевдоаккомодирующих ИОЛ:

• наличие у пациента с катарактой профессиональной необходимости получить высокие зрительные ниях без дополнительной очковой







ями рефракции высокой степени.

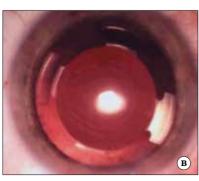
ханизм аккомодации за счет движения оптики ИОЛ вдоль переднезад- чувствительности и возникновения ней оси глаза была одной из первых оптических феноменов. реализована в конструкции ICU фирмы «Human Optics» (рис. 3.2.1). ликона содержит утолщение выв капсульный мешок за счет пружинных симметричных опорных экскурсиях линзы. Дополнительно элементов оптическая часть бу- «Crystalens» HD обладает отрицадет совершать экскурсии впередназад с перемещением фокуса. в центре и положительной абер-Механизм, по-видимому, планиро- рацией на периферии, что увели- лее эффективные в клинической вался согласно теории Гельмгольца: сокращение мышц → расслабле- ская часть в области соединения визны естественного хрусталика с оптикой имеет углубление в виде (в случае артифакии – смещение желоба на передней поверхности ние оптической силы \rightarrow адаптация вые публикации об имплантации к зрению вблизи. Однако на прак- данной модели содержали оптитого, со временем послеопераци- вдаль и вблизи, особенно в ран- дельных координационных центров мешка фиксировало линзу в одном де (Kezirian G.M., 2008). Данная зом создавая функциональный экви-

предложены в моделях: «Syncrony» ственно на промежуточных рас- ев Ю.В., 2005). Цель здесь заклю-

• наличие у пациентов психо- компенсации аккомодации, реалилогического дискомфорта при не- зована в ИОЛ «Crystalens» HD 500 ных данных об «активном» участии обходимости пользоваться очками («Baush&Lomb») (рис. 3.2.2). Ак- данной линзы в акте аккомодации туальность появления таких конструкций заключается в том, что ского Sheimpflug-сканирования: хрусталика в сочетании с аномали- они предполагают только одну фо- расстояние от роговицы до ИОЛ кальную плоскость внутри глаза, Подкупающая по натурализму что исключает проблемы нейроидея восполнить естественный ме- адаптации к би- и мультифокальной оптике, снижения контрастной

Оптическая часть линзы из си-

По плану после имплантации сотой 3 мкм, что должно способствовать усилению рефракции при тельной сферической аберрацией чивает глубину фокуса. И накопри напряжении аккомодации → нец, комбинированная гаптичение связок → увеличение кри- эластичного плоского элемента оптики ИОЛ вперед) — увеличе- для фронтальных движений. Пертике движения ИОЛ в капсульном мистичные данные об отстутствии дов. Мультифокальные ИОЛ предонное уплотнение капсульного нем послеоперационном периомодель была рекомендована для валент аккомодации (Карамян А.А., Интересные решения были пациентов с работой преимуще- 1993; Малюгин Б.Э., 2004; Тахтааллельные оптические части: учитывая плавное изменение фо- невооруженного дальнего и бли: «PowerVision» («FluidVision», США), куса в отсутствие фиксированных него зрения, а также функциосодержащей жидкость в оптике; фокусных зон для дали и близи. нального промежуточного зрения. «SmartIOL» («Medennium»), выпол- Однако в дальнейшем по мере на- Несколько клинических исследоненной из термопластичного ма- копления опыта и наблюдения па- ваний, проведенных с использотериала, и др. (Friedman N., 2008). циентов в отдаленном послеопера- ванием различных мультифокаль-Однако массовое применение дан- ционном периоде эффективность ных конструкций, показали, что функции на различных расстоя- ных технологий не произошло. этой ИОЛ стала не столь очевид- пациенты в первую очередь воспри-Последняя разработка, основан- ной – максимальное изменение нимают только сфокусированное



ная на биомеханическом принципе рефракции не превышало 1,0 дптр изображение (Mester U. et al., 2010;

Рис. 3.2.1. ИОЛ ICU фирмы «Human Optics»: общий вид (a) и положение в капсульном мешке (б, в)

1) дифракционные мультифокальные ИОЛ;

- 2) рефракционные мультифокальные ИОЛ;
- 3) гибридные мультифокальные ИОЛ.

Первая модель дифракционной ИОЛ из ПММА была представлена компанией «ЗМ» в 1987 г. – модель 815LE с выпукло-вогнутой оптикой (мениск). Традиционные дифракционные ИОЛ имеют концентрические кольца на передней или задней оптической поверхности, которые отделены друг от друга на шаг высотой около 2 мкм. Эти кольца выполняют роль двухфазной решетки, приводящей к дифракции падающего света, и, следовательно, позволяют создавать два фокуса независимо от диаметра зрачка (Davison J.A., Simpson M.J., 2006). Высота и размер шага дифракционной решетки на оптике используются для долевого разделения дальнего и ближнего фокусов (как правило, 50/50). Для данных линз наиболее характерны ночные фотопсии (halos and glare) артифакии используется с 80-х го- (рис. 3.2.3).

Рефракционная ИОЛ обычно содержит на передней поверхности две или более сферических зоны различных радиусов кривизны. Одна зона постоянного преломления предназначена для зрения вдаль, а другая – для близи.



Рис. 3.2.2. ИОЛ «Crystalens» HD 500 («Baush&Lomb»)

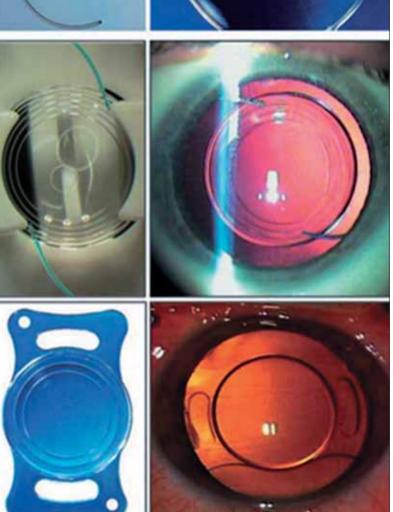


Рис. 3.2.3. Мультифокальные ИОЛ с полностью дифрактивной оптикой



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Рис 3.2.4. Рефрационная ИОЛ «ReZOOM»

зависит от размера зрачка (Montés- ется общий фокус преломления. Micó R., 2004). Первая такая ИОЛ Поэтому фазы входящего света не-«IoLab» в 1986 г. под названием рую деструктивную интерферен-«NuVue». Линза имела централь- цию. Данные помехи влияют на ную зону диаметром 2 мм с адди- интенсивность сфокусированного дацией +4 дптр; периферия опти- света и, следовательно, приводят ки (общий диаметр оптики 7 мм) к снижению яркости предмета и была предусмотрена для зрения остроты зрения. вдаль. Смысл конструкции линзы Исходя из преимуществ и недозаключался в предположении, что статков описанных конструкций при зрении вблизи за счет сужения мультифокальной ИОЛ, следующая зрачка периферия ИОЛ была бы генерация сочетает рефракционную выключена из зрения. В результате и дифракционную оптику (комбитолько центральная зона будет эф- нированные мультифокальные фективной с четким изображением ИОЛ) (Fiala W., Pingitzer J., 2000; ближнего объекта. При просмотре Davison J.A., Simpson M.J., 2006). удаленного объекта – зрачок рас- Это ИОЛ «AcriLISA» («Carl Zeiss») ширяется и при достаточно боль- (рис. 3.2.5), появилась на рынке шой площади периферийной зоны и «ReSTOR» («Alcon»). смог бы обеспечить эффективное зрение вдаль. Эти линзы требу- 366D – монолитная акриловая асют отличной центрации, так как ферическая ИОЛ с оптической ча-2 мм децентрации приводят к пол- стью 6,0 мм и общим диаметром ной потере бифокальности. Кроме 11,0 мм. Поверхность разделена того, при миозе теряется возмож- на основные и фазные зоны: основность для четкого зрения вдаль. ные зоны отвечают за рефракцию,

Последующие модели рефракционных ИОЛ получили три и даже пять концентрических зон. Как правило, они содержат центральную часть для зрения вдаль, далее идет промежуточная зона, предназначенная для зрения вблизи, и, наконец, периферия оптики для зрения вдаль. В 1997 г. первые 5-зональные линзы «ReZoom» из силикона представлены компанией «Allergan Medical Optics». В конструкции предусмотрены центральная зона для зрения вдаль, после чего последовательно зоны вблизи, вдали, вблизи и снова вдаль (puc. 3.2.4). Клинические исследования по-

казали различия в качестве зрения, которые зависят от используемых оптических принципов. Так, в оптике с несколькими зонами Эффективность бифокальных линз одинаковой оптической силы име-

Комбинированная «AcriLISA»

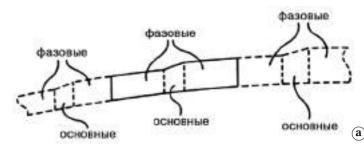
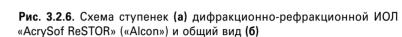




Рис. 3.2.5. Схема оптических зон (основных и фазовых) (а) и общий вид ИОЛ «AcriLISA» (б)

Снижение высоты и ширины дифракционных шагов от центра к периферии



фазные зоны выполняют функцию дифракционной оптики. Оптичекак от рефракции, так и от дифракции. Структура дифракционной чаной зоны между основными зонакачество изображения на сетчатке. ИОЛ имеет асферический профиль для исправления положительной сферической аберрации

При конструировании ИОЛ ская сила ИОЛ при зрении вдаль и два принципиальных момента. Во- ния и совместимо с учетом адаптивблизи формируется одновременно первых, что при широком зрачке в условиях плохого освещения хорошее зрение вблизи не актуально. сти имеет плавный переход из фаз- Во-вторых, наиболее актуально в условиях плохого освещения сведение ми, чтобы уменьшить нежелатель- к минимуму ореолов и бликов при к периферии, в результате чего доля ные световые явления и улучшить зрении вдаль. Это было достигнуто световой энергии остается постоянной функцией аподизации (apodisation), которая позволяет изменяться балансу оптической системы в зависимости от диаметра зрачка таким образом, чтобы это соответствовало от 0,75 до 3,6 мм (рис. 3.2.6).

естественным зрительным потребно-«AcrySof ReSTOR» было важно учесть стям в различных условиях освещеного рефлекса зрачка (Wetherell W.B. 1980). Свойство аподизации ИОЛ «AcrySof ReSTOR» определяется постепенным снижением высоты и ширины дифракционных шагов от центра для обоих фокусов. Высота центральных зон от 1,3 мкм меняется к периферии до 0,2 мм. Всего на поверхности ИОЛ имеется 12 шагов с диаметром





Концепция ATLISA®

L (Light distributed asymmetrically) Асимметрическое распределение света между дальним (65 %) и ближним (35 %) фокусами обеспечивает лучшее зрение и уменьшенное количество ореолов и бликов.

I (Independency from pupil size) - Не зависит от размера зрачка благодаря высококачественной дифракционно- рефракционной микроструктуре. покрывающей практически всю поверхность 6 мм S SMP (smooth micro phase) – технология на поверхности линзы, исключающая острые углы, позволяет избежать рассеивания света для получения оптического изображения идеального качества.

ОПТЭК

Объединяя решения

A (Aberration correcting optimized aspheric optic) - оптимизированная асферическая оптика, корректирующая аберрации для лучшей контрастной чувствительности, глубины поля и улучшения остроты зрения.

Искусственные хрусталики АТ LISA[®] 809М обладают великолепными характеристиками и превосходят другие интраокулярные линзы. Многолетние медицинские исследования доказали надежность линзы на протяжении длительного периода после операции.

Уникальная техническая особенность линзы **АТ LISA[®]809М — это рефракционно-дифракци**онная поверхность идеального качества (такая поверхность может быть изготовлена только с использованием высоких технологий Карл Цейсс).

AT LISA $^{\otimes}$ 809M сделана из гидрофильного акрила с гидрофобной поверхностью. Этот материал сочетает в себе лучшие свойства, необходимые для искусственного хрусталика. Такое качество оптической поверхности обеспечивает высокую контрастную чувствительность и глубину резкости, то есть высокую остроту зрения в сумерках, полноценное объемное и отличное цветовое зрение.

Более подробную информацию о продукции Вы можете получить на сайте компании

000 "ОПТЭК"

www.optecgroup.com



MSD MSD

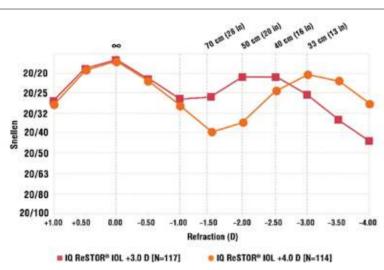


Рис. 3.2.7. Сравнение графиков остроты зрения на различных расстояниях при «Restor» (+3) и «Restor» (+4)

виях нормального освещения при желательных визуальных явлений, узком зрачке делят световой поток связанных с мультифокальностью. довольно равномерно между двумя Первоначально дополнительная адфокусами линзы (дальним и ближ- дидация составляла +4 дптр, однаним). При расширении зрачка за ко пациенты предъявляли жалобы счет уменьшения высоты ступенек по снижению зрения на средних происходит равномерное перераспределение светового потока от были практически устранены на ближнего фокуса к дальнему. Периферическая часть оптики лишена лидацию +3 лптр (рис. 3.2.7). дифракционных ступенек, поэтоется на дальний фокус. Последнее ИОЛ расширили показания к хирурочень важно при очень широком гии хрусталика, даже в отсутствие рицательная сферическая аберра- рация удаления прозрачного хру- вится все более популярна за счет время есть определенная зависи- тальной диагностики риска разви-

38

Центральные ступеньки в усло- 6,0 мм) обеспечивает снижение нерасстояниях (60-70 см), которые переходе на дополнительную ад-

Высокие стабильные результа-

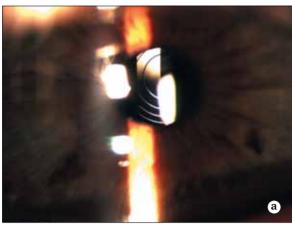
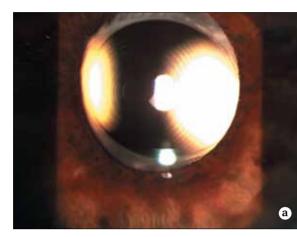
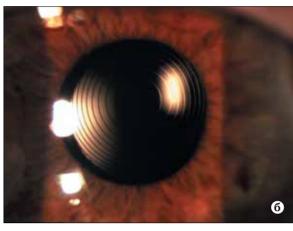


Рис. 3.2.8. Артифакия – «AcryLisa» (a) и «Restor» (б). Стандартный размер зрачка





му весь световой поток распределя- ты имплантации мультифокальных Рис. 3.2.9. Артифакия – «Restor» через 2 года после операции (а) и «AcryLisa» через 6 месяцев после операции (б).

катарактальных помутнений. Опе- Presbiopic Lens Exchange) стано- мультифокальных ИОЛ. В то же качества слезной пленки. Для деция – 0,1 мм при зрачке диаметром сталика при пресбиопии (РКЕLEX – новых оптических возможностей мость желаемого результата от тия макулярной патологии возможностей

прозрачности капсулы хрусталика, центрального положения линзы, диаметра и степени реакции зрачка на свет.

Оптические принципы достаточно подробно освещены в литератувызывают показания к импланта- эмметропии на ведущем. ции ИОЛ и особенности хирурги ческой техники.

Стратегия успеха при имплантации мультифокальных ИОЛ

Выбор и подготовка пациентов

За последние годы у пациентов возросли требования к процедуре факоэмульсификации, и они часто предполагают, что после операции их ожидает идеальное зрение, быстрое восстановление функций способствует агрессивная реклама как производителей медицинских изделий, так и медицинских центров, обещающих гарантированное совершенное зрение каждому, обратившемуся за помощью. Следля достижения «happy results». Вот некоторые из предпосылок успеха – пациенты должны быть Послеоперационное ведение мотивированы, чтобы снизить свою зависимость от очков или ное ведение очень важно, поэтому зованию выбранной ИОЛ.

Попадание в запланированную рефракцию

операционные биометрические гностику. Так, измерение осевой это все, что необходимо. длины глаза рекомендовано выполнять на оптическом биоме- (blur vision): наиболее частой притре («IOL-Master» и «Lenstar 900»). чиной послеоперационного нечет-Стандартную кератометрию реко- кого зрения является остаточная мендовано дополнить кератото- рефракция как результат ошибки пографией для более точной диа- в расчетах. При значимом субъекгностики астигматизма с учетом тивном дискомфорте возможный

но применение ОКТ.

Подтверждая изложенные выше результаты миопической анизокоррекции при имплантации мультифокальных ИОЛ, рекомендовано создавать минимоновижн до ре, поэтому наибольший интерес -0,5 дптр на парном глазу при

Профилактика послеоперационных осложнений

Важная часть в хирургической реабилитации пациентов с катарактой и при имплантации стандартных ИОЛ приобретает еще большее значение при мультифокальной артифакии. Качественное зрение, которое обеспечивается сложной оптикой изделия, может быть реализовано только при адекватном течении и соответственно медикаментозном сопровождении и никаких проблем, а уж тем бо- послеоперационного периода. Полее осложнений. Отчасти этому этому длительность назначения и комбинация противовоспалительных препаратов должна быть как при выраженных сопутствующих факторах риска воспалительных осложнений – в частности, рекомендовано применение нестероидных довательно выбор подходящих кан- противовоспалительных средств дидатов имеет решающее значение (НПВС) в течение 6-8 недель после операции (Иошин И.Э., 2012).

контактных линз, понимать огра- любые вопросы, которые возниничения и риски хирургии, иметь кают у пациента, следует обсужреалистичные ожидания относи- дать и своевременно корректиротельно результатов операции и не вать. Процесс должен быть начат иметь противопоказаний к исполь- еще до операции в качестве адекватной подготовки больных относительно того, что их может ожидать после операции. Это позволит уменьшить количество послеопе-Достижение точной заплани- рационных недоразумений. Часто рованной рефракции зависит от пациенты хотят, чтобы их проблемногих факторов, включая пред- мы были выслушаны и подтверждены хирургом, и просто взаимная показатели и комплексную диа- уверенность в их разрешении -

Нечеткое (размытое) зрение

раторефракционная хирургия по- реднего капсулорексиса. Надрывы сле стабилизации рефракции (как переднего капсулорексиса могут правило, к 3 месяцам). Синдром рассматриваться как существен-«сухого глаза» также может быть ные ограничения к имплантации причиной нечеткого зрения, и по- мультифокальных ИОЛ в связи этому важно тщательно оценить с их чувствительностью к деценсостояние больных до операции трации оптики. Принципиальным и активно назначать соответству- условием для реализации всех опющую терапию до и после хирур- тических возможностей мультифогического вмешательства. Маку- кальных ИОЛ считается стабильное лярный отек (4-6-8 неделя после внутрикапсульное положение линоперации) – крайне редкое, особен- зы. Поэтому выраженная слабость но на фоне современной терапии пинновых связок хрусталика, обнестероидами, осложнение в от- наруженная как до, так и во время сутствие факторов риска, тем более операции, должна быть тщательно что отбор кандидатов для имплан- оценена и при сомнении определетации премиум ИОЛ проводится на как относительное противопокатщательно. Наконец, помутнение зание к имплантации. задней капсулы раньше, чем при монофокальной артифакии, может плантации мультифокальных ИОЛ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

с мультифокальной линзой, поэ-

тому вопрос о лазерной дисцизии

можно решать в более ранние сро-

ки, в отличие от рекомендуемых

Гало (halo): ореол вокруг источ-

топсии, характерной для мульти-

фокальных ИОЛ. Поэтому важно

до операции предупредить пациен-

та о возможности такого явления,

и тогда реакция пациента будет

более сдержанной. Кроме этого,

положительная со временем дина-

мика в выраженности ореолов, ко-

торые обычно проходят в сроки от

полугода до года, внушает опреде-

ленный оптимизм. При значитель-

рекомендовать миотики и при не-

ний и очевидной невозможности

качественной жизни – предложить

замену ИОЛ на монофокальную.

зопические зрительные функции

Неустойчивое зрение вблизи:

качество зрения вблизи даже при

мультифокальной интраокулярной

но, что отражает ограничения дан-

ИОЛ. Требуется четко предупре-

эти линзы уменьшают зависимость

от очков, но не всегда устраняют

необходимость в очках, в частно-

сти, для длительного чтения, осо-

бенно в некомфортных условиях.

Еще важное обстоятельство, что

после операции зрение вблизи про-

должает улучшаться в течение не-

дель или месяцев, поэтому паци-

ентам необходимо тренировать-

ся и учиться пользоваться новой

оптикой. В случае двухсторонней

катаракты важно объяснить па-

циенту, что качество зрения улуч-

шится после имплантации такой

же ИОЛ во второй глаз за счет би-

нокулярной работы зрительного

аппарата. Кроме того, полезно по-

казать пациентам, каким было бы

зрение вблизи, если бы им не была

ИОЛ, и это может быть легко про-

демонстрировано попыткой прочи-

оптику мультифокальной линзы.

тать текст в очках -2,5-3,0 дптр, ко-

Особенности хирургической

(«Monarch», «Skyjet»). Внимание стоит

обратить на диаметр (5,0-5,5 мм),

(puc. 3.2.8, 3.2.9).

обычно 6 мес. после операции.

Особые требования при импривести к субъективному сниже- предъявляются к прозрачности нию зрения в позднем послеопера- задней капсулы. Рекомендована ционном периоде. Даже начальные ее тщательная ирригационно-аспиуплотнения задней капсулы могут рационная очистка и полировка, оказывать значительное влияние а при невозможности восстановить на качество зрения у пациентов прозрачность - проведение заднего капсулорексиса.

Противопоказания к имплантации псевдоак-

комодационных ИОЛ:

- сопутствующая катаракте паников света в ночное время счи- тология глаза, ограничивающая тается одной из частых форм фо- остроту зрения ниже 0,5;
 - атрофия зрительного нерва различной этиологии с выраженным сужением поля зрения;
 - подвывих хрусталика и выраженная слабость связочного аппарата хрусталика;

• мидриаз различной этиологии;

- осложненное течение хирургии с нарушением целостности капсульного мешка хрусталика;
- высокие требования пациенных фотопсиях можно временно тов только к остроте зрения вдаль; • низкий интеллектуальный
- адекватной оценке своих ощуще- уровень; • завышенные ожидания результатов хирургического лечения.

Закономерен вопрос: что же Кстати, это предложение иногда выбрать - моновижн или может быть тестом реального влимультифокал? яния описываемых явлений на ме-

И ожидаемый ответ – единого мнения нет!

Интересные данные приведены F. Zhang et al. (2011), которые сравнили результаты двухсторонней коррекции может быть не идеаль- имплантации ИОЛ «Alcon» SN60WF по моновизуальной технологии и «Restor» SN60AD3 и получили:

- ного вида коррекции пресбиопии - сравнимые данные по зрению дить пациентов до операции, что вдаль и чтению
 - лучшее промежуточное зрение в группе моновижн;

- выше удовлетворенность в группе моновижн, однако трудиться и привыкать приходится дольше.

Одно из основных условий удовлетворения пациентов – двухсторонняя имплантация мультифокальных ИОЛ.

Односторонняя имплантация мультифокальных ИОЛ возможна только при определенных показаниях, как правило, связанных с аметропиями и анизометропиями:

ной артифакии при миопии; - эмметропии парного глаза

- односторонней монофокаль-

при анизометропии у молодых имплантирована пресбиопическая

Учитывая, что планирование торые компенсируют добавочную коррекции пресбиопии при хирургии катаракты, как это было показано выше, должно учитывать бинокулярные функции, вопрос о хирургии парного глаза становит-Имплантация мультифокальных ся все актуальнее. В соответствии ИОЛ не имеет каких-либо значи- с этим далее представлен собстмых особенностей и выполняется венный опыт лечения пациентов в соответствии с видом инжектора с двухсторонней катарактой.

Продолжение следует









МУЛЬТИФОКАЛЬНАЯ ИНТРАОКУЛЯРНАЯ ЛИНЗА TECNIS MULTIFOCAL

УНИКАЛЬНАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ







125040, Россия, Москва, ул. Расковой, 11А Тел./факс: (495) 780 07 91, 956 05 57 www.stormoff.com, e-mail: info@stormoff.com



Возвращение к истокам

стречи с зарубежными коллегами всегда волнующее событие. И особенное место в исторической памяти занимают минуты единения с людьми общей культуры, генетического кода, в котором отпечатались родственное мироощущение и нравственные ценности.

В ноябре 2009 года Всероссийский центр глазной и пластической хирургии (г. Уфа) посетила руководитель офтальмологической клиники Revida (г. Белград, Сербия), доктор медицинских наук Зорица Савкович.

Автору настоящих строк довелось провести для нее экскурсию по Центру и в заключение обменяться мыслями о проблемах современной офтальмологии и, конечно, затронуть исторические вехи наших народов и стран.

И, наверное, не случайно из всего массива архивных записей в руки попадает именно эта — о встрече с доктором Зорицей. Для многих из нас трагедия балканских народов 1999 года гулким эхом отозвалась сегодня в Украине. Пропасть разделила славянские народы, и негде им искать помощи, не на кого опереться. И только в единении их сила.

Возрождение монолитного некогда мира возможно исключительно через восстановление этно-культурных, образовательных, научных и гуманитарных связей народов. Медицина может и должна стать органичной составляющей всего цивилизационного пространства, сформировавшегося на ценностях православной культуры. Предлагаемое читателю эссе написано после короткой встречи со своим коллегой из Сербии и являет собой попытку взглянуть на современную медицину через призму истории.



ЭССЕ

Р. Ягафаров. «Трансплантология в зеркале истории»

Итак, наш гость доктор Зорица из Сербии (г. Белграл — бывшая Югославия). Она возглавляет частную клинику в Белграде с 1993 года. Клиника называется Центром глазной и пластической хирургии, и док-«Увидев на сайте эти слова — Всероссийский центр глазной и пластической хирургии в городе Уфе — я поняла, что это мое, внутреннее, сокровенное. И я твердо решила, что должна непременно побывать здесь. Дело в том, что я представляю специализированную офтальмологическую больницу

Ревида, которая находится в столице Сербии. Главным направлением нашей деятельности, кроме классических операций на глазном яблоке, является хирургия вспомогательного аппарата глаза и органов глазницы тор Зорица в восторге по приезду сказала: в целом. При этом сербские специалисты широко сотрудничают с российскими коллегами и в частности с хирургической школой академика Святослава Федорова.

> Примечательно, что у нас в клинике трудятся не только хирурги-офтальмологи, но и пластические хирурги, специалисты в области кранио-фациальной хирургии, эстетической медицины. Наши пациенты это больные с тяжелыми врожденными и приобретенными дефектами глазницы, опухолями, последствиями травм лицевого черепа, переломами костных стенок орбиты. Всегда с гордостью говорю о том, что в нашей клинике работает известный хирург, профессор Радмило Рончевич, который располагает большим опытом лечения указанных выше заболеваний. Вы можете посетить веб-презентацию профессора по адресу: www.roncevic.rs.

Есть такое выражение: хирургия глазницы — это «ничья земля». Мы успешно демонстрируем пример того, что хирургия глазницы должна быть в сфере офтальмологии.

Кроме того, я создала общественный фонд для лечения слабовидящих и слепых детей! За счет этого фонда мы лечим детей, оплатить лечения своего — почувствуйте, каждый! — святого ребенка!»

При этих словах невольно задумался о том, что и нам по примеру этой православной очной целительницы из Сербии можно создать подобный общественный фонд. ит профессор А. Момозе — один из извест-Впрочем, аналогичные пожертвования уже ных офтальмологов Японии. Его труды опунашли благодатную почву и в нашей стране. бликованы во многих странах мира. Он

лечебным и производственным подразде- это прежде всего с тем, что существующие лениям нашего Центра. Их подробное описание приводится в статье «Офтальмоло- этого народа не позволяют использовать догия оптимизма», опубликованной в газете норские ткани. Как он выразился однажды «Поле зрения» в шестом номере 2013 года.

Зорица выскажет свое заключение, которое стало для меня откровением: «Больного можно лечить, полагаясь исключительно на возможным». Поэтому профессор А. Момозе свои знания, но можно, образно говоря, соединить науку и искусство. Клинический опыт альную сложность проблемы трансплантации исполнить душевным содержанием, исцеляя не только мыслью, но и сердцем. Вы в России сом исторических, культурных традиций, еще сохранили традиции, когда лечение идет от самых глубинных струн души!»

«Это и есть тот рубикон, разделяющий медицину России и западного мира» добавил я.

Затем мы говорили о картине «Трансплантология в зеркале истории». Дело в том, служил мировое признание. В его руке одна что наш Центр разрабатывает и внедряет из моделей искусственного хрусталика. традиционные для России технологии транс- На картине С.Н. Фелоров несколько дисплантации тканей. Многие годы служения танцировался от трупа, утверждая, что во трансплантологии подвигли нас к тому, многих случаях можно избежать пересадки

чтобы воплотить ее историю в художественном творчестве. Картина была выполнена по нашему заказу профессиональным художником и врачом Р. Ягафаровым.

На данном полотне мы попытались представить эволюцию самой идеи о трансплантации тканей. Кадаверные ткани на сегодняшний день являются основным источником донорского материала. Поэтому в центре внимания труп-донор, вокруг которого дискутируют ученые. Они никогда не могли собраться вместе, так как жили и трудились в разные эпохи и в разных странах. Однако их объединяет общий труд во имя трансплантологии — каждый из них внес свою лепту в развитие теории и практики ткане-

Присутствующий здесь профессор И.А. Голяницкий призывает не торопиться с пересадкой донорских тканей в клинике. На картине он сидит слева от трупа и держит в руках протоколы своих многочисленных экспериментальных исследований. Подобно своему учителю, профессору С.И. Спасокукоцкому, он руководствуется одним принципом: «Сначала детальная экспериментальная разработка проблемы трансплантации тканей и только в последующем очень осторожные шаги в клинике». Несомненно, экспериментальные исследования не только сыграли свою важную историческую роль, но они остаются фундаментом продолжающихся в настоящее время исследований тканевой трансплантации. И не случайно термин «регенеративная хирургия» предложен И.А. Голяницким (1922), ибо он с теоретических позиций наиболее полно для своего времени разработал указанную проблему.

Следующим на картине представлен академик В.П. Филатов, благодаря которому в СССР впервые в мировой юридической практике был принят закон о трансплантации тканей. Это первый в истории медицины законодательный акт, регламентирующий получение донорских тканей и разрешающий их использование в клинике. Мы отдаем дань уважения этому замечательному ученому, который был также прекрасным организатором здравоохранения и сумел убедить правительство, общественное мнение в необходимости создания этой важнейшей службы. На картине он решительно показывает на труп и призывает к клинической трансплантологии. Именно В.П. Филатов перенес трансплантологию из экспериментального этапа в клиническую практику.

Справа сидит профессор С.С. Юдин, который разработал метод переливания трупной крови и считал, что с помощью данной технологии можно решить многие медицинские проблемы. Он держит руку на яремной вене, через которую производился забор венозной крови для переливания. Полученные им результаты сыграли исключительно важную роль в 30-40-е годы прошлого века, когда требовалось большое количество крови и ее отдельных компонентов.

Слева от академика В.П. Филатова сто-Затем состоялась экскурсия по научным, с сожалением смотрит на донора, и связано в частной беседе: «Я бы с удовольствием После знакомства с Центром доктор пересаживал донорские ткани, я бы создал нию, в нашей стране это не представляется тканей, ибо она связана с целым комплекправовых аспектов, которые сопровождают донорство

Академик С.Н. Федоров — выдающийся новатор, сторонник высокотехнологичных подходов в медицине. Он много сделал для развития офтальмологической службы, задонорских тканей и воспользоваться синтетическими материалами. Конечно же, концепция академика С.Н. Федорова заслуживает внимания, и во многих случаях замещение утраченной части тканей и органов, восстановление их анатомической целостности становится возможным благодаря искусственным материалам. Это направление также заняло свою нишу в современной трансплантологии.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Профессор П.П. Коваленко держит колбу с консервантом для донорского материала. Его усилиями была организована служба трансплантации тканей в Ростовской области. Кроме того, труды этого замечательного ученого повлияли на развитие и создание службы трансплантации тканей во многих городах нашей страны. Поэтому профессор П.П. Коваленко призывает к созданию сети тканевых банков, считая, что только таким путем можно решить проблему заготовки донорских тканей, селекции трупа-донора, тестирования донорских тканей и подготовки их для пересадки. Его идеи, несомненно, уже взяты на вооружение современными исследователями и широко используются в клинической трансплантологии.

Концепция регенеративной хирургии на основе специальных биоматериалов «Аллоплант» разработана профессором Э.Р. Мулдашевым во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии. Данные биоматериалы также изготавливаются на основе аллогенных донорских тканей. Поэтому на картине представлен герб Центра, на котором изображены два медведя: белый и черный. Медведь, как известно, символ России, а белый и черный цвета символизируют живое и мертвое начало. На щите, который они держат, латинское изречение «De mortuo ad vivum», что в переводе означает «Живое из мертвого», т.е. донорские ткани при специальной обработке и последующей трансплантации стимулируют развитие и регенерацию тканей решипиента. Эта концепция и составляет основу биологической хирургии: пересаживать донорские ткани с целью выращивания живых тканей реципиента. Таков лозунг регенеративной хирургии. И вполне обоснован призыв профессора Э.Р. Мулдашева к трансплантации донорских тканей, а точнее изготовленных на их основе биоматериалов «Аллоплант». Но при этом он говорит о том, что донорские ткани всего лишь инструмент воздействия на регенерацию собственных тканей, т.е. с помощью донорских тканей можно создать собственную ткань, которая обладает оптимальными биологическими свойствами с адекватной структурой.

И, наконец, со стороны за этим спором ученых наблюдает богиня древнегреческого пантеона Афина, которая всегда воспринималась как богиня исцеления. Но мало кому известно, что она была одновременно покровительницей глаз. И потому для нее спор ученых, большинство которых имеют непосредственное отношение к офтальмологии, чрезвычайно важен. В ее задумчивом взгляде усматривается вопрос: «Чем же закончится исторический спор ученых?» От его результата зависят судьбы многих пациентов.

В контексте событий сегодняшнего дня уместно подробнее остановиться на творчестве академика В.П. Филатова. Выступая перед студентами, всегда говорю о русском ученом, академике Филатове. Его вклад в трансплантологию просто неоценим. развитие трансплантологии в России?» И заслуги его не только в пионерских работах по кератопластике. Он первым разработал концепцию системного действия трансплантатов на организм и обосновал теорию биостимуляции. Все, что создается сегодня в сфере тканевой трансплантологии — это, по сути, развитие идей Филатова. Это гений, труды которого принадлежат всему человечеству, но взращен он на ниве единого славянского мира. Не будем делить его между Украиной и Россией и с равным почтением отнесемся также к академикам Богомольцу. Амосову и сотням других ученых, своим трудом утверждавших наше единение. Этими словами я закончил описание картины.

«Интересную историю Вы поведали, ответила доктор Зорица после долгой паузы, — есть над чем задуматься!»

И сразу задала вопрос: «Вы упомянули о том, что Россия первой в мировой истории узаконила трансплантацию органов и тканей. Как Вы думаете, что предопределило прорыв вашей страны в этом исключительно сложном медицинском проекте как трансплантология?»



нашу службу», — этими словами знамени-

того российского ученого я завершил свой

«Надеюсь, что в скором времени офталь-

мологи Сербии смогут широко сотрудничать

с вами в области трансплантации биомате-

риалов в офтальмологии. Мы даже готовы

открыть филиал для внедрения биоматери-

алов «Аллоплант» в нашей стране», — под-

ром будущем, — ответил я и тут же продол-

жил. — Уважаемый коллега, хочу сказать,

что есть еще одна нить, связующая нас.

И это, возможно, самый убедительный

довод в пользу нашего сотрудничества. Име-

ется в виду история славянофильского дви-

жения, подобно вековому дубу, соединив-

шему в своей кроне наши народы и страны.

родина славянофильства — город Уфа!»

«Уверен, что наши планы сбудутся в ско-

держала доктор Зорица.

ЭССЕ



Монография «Хирургия глазницы» (автор — Радмило Рончевич)

Мой ответ вернул наш разговор к истокам Руси: «Вспомните, на какой исторической почве была выпестована русская идея? И вы будете правы, если вспомните принятие православия! Одним из постулатов русской идеи является соборность. Это не просто единение людей по духу, но и глубинное внутреннее сопереживание боли и трагедии ближнего. Готовность пожертвовать собой. В тексте послания апостола Павла коринфянам есть такие слова: «...и отдам тело мое на сожжение...» Учитывая особенную семантику библейского текста, нетрудно понять, что речь идет о жертвенности через свое тело и, говоря современным языком, о пожертвовании органов. Уверен, что Россия, именно через идею соборности, первой пришла к закону о донорстве. Подобные государственные законы, как правило, имеют глубокие исторические корни».

«Я не могла предположить столь отдаленной исторической аналогии — заметила доктор Зорица. — Но тогда прошу ответить и на следующий вопрос. Почему Россия, некогда лидирующая в трансплантологии вообще, и в трансплантационных офтальмологических технологиях в частности, на сегодня не так звучит на мировых научных форумах? Достаточно сказать об операциях на роговице, и в том числе о кератопластике. Мы вынуждены отправлять своих больных в другие страны. А ведь было время, когда на сквозную кератопластику пациенты со всего мира ехали в вашу страну. Что сегодня сдерживает

«Конечно, это многогранная проблема. Главное, что я хочу сказать — она не в профессиональной плоскости. Наша страна располагает множеством офтальмологических школ. И они не только в Москве и Санкт-Петербурге. Самого высокого уровня офтальмохирурги трудятся практически во всех регионах России. Главная проблема в настоящее время исключительно в законодательных коллизиях. Дело в том, что одновременно действует несколько законодательных актов, по-разному трактующих порядок получения донорских тканей. Однако вселяет надежду тот факт, что проект закона о трансплантации тканей в работе и, равно как и аналогичный закон о донорстве органов, в скором времени поступит в Государственную Думу. Специалисты-офтальмологи уверены, что упомянутые Вами операции на роговице и другие виды трансплантации тканей снова вернутся в нашу клиническую практику. Россия возвратится к своим истокам! Как говорил в одном из своих последних интервью академик В.И. Шумаков: государство и церковь должны поддержать «И кого Вы имеете в виду?» — последо-

«Конечно же, семью Аксаковых. И в первую очередь Ивана Сергеевича Аксакова», —

> Вряд ли кто будет оспаривать, что одним из основателей славянофильства является И.С. Аксаков. И немногие помнят в России, да и на Балканах, что его усилиями Россия всколыхнулась на борьбу за освобождение Болгарии. Пожалуй, единственное напоминание об этом — одна из улиц в Софии имени Ивана Аксакова!

> В последующем наш разговор часто переключался от летописи России через Византию к самобытной и столь же близкой для нас истории балканских народов. С восторгом я слушал речь на красивой помеси сербского, старославянского и русского языков. И каждый слог ласкал слух, был дорогим и близким. Сама история вновь разыгрывалась в этом небольшом пространстве между нашими устами. Она то вспыхивала ярким светом, то погружалась в пучину

> В заключение я пригласил свою гостью в дом-музей Аксакова, который стал местом проведения международных встреч писателей. Но поскольку время до отлета в Белград было сжато до предела, осталась единственная возможность пригласить доктора Зорицу вновь посетить город Уфа. Но это уже будет другая история.

> > Р.Т. Нигматуллин

Всероссийский центр глазной и пластической хирургии, г. Уфа 21.05.2014

Послесловие

Сегодня, 21 мая 2014 года, после сдачи материала в печать получил приглашение доктора 3. Савкович встретиться для обсуждения и воплощения в жизнь нашего общего проекта под названием «Клиника Аллоплант в Белграде».

Верят сербы в будущее России и Хочу сказать Вам, почтенный доктор, что надеются...



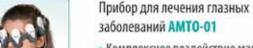




Приборы для измерения внутриглазного давления через веко: ТГДц-01 (истинное ВГД)

ИГД-02, ИГД-03 (тонометрическое ВГД Без контакта с роговицей глаза

- Без риска инфицирования
- Без анестезии
- Без стерилизации



- Комплексное воздействие магнитного поля
- Высокая эффективность
- Широкий спектр применения



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

Сергей Колосов: «Умеющий любить придет к успеху!»

Чем больше мы видим, тем больше может предложить нам жизнь, тем больше возможностей для развития, совершенствования и познания. В этом абсолютно уверен директор Центра микрохирургии глаза «Визус-1» (г. Тюмень) Колосов Сергей Олегович. В 2001 году по его инициативе была создана первая и единственная в Тюменской области частная офтальмологическая клиника. Сегодня в Тюменской области работает уже целая сеть офтальмологических клиник «Визус-1». Счет операций подошел к ста тысячам.

дея открытия появилась в конце 90-х. До этого был стаж работы по организации выездных диагностик в регионах в МНТК «Микрохирургия глаза» под руководством его основателя — академика Святослава Федорова. Это было сложное время — страна понемногу выходила из кризиса, и многие считали, что вкладывать средства в частную медицину при наличии государственных клиник дело бесперспективное. Однако одной из причин создания клиники в г. Тюмени был опыт работы в негосударственной медицине. Вторая причина — низкий уровень офтальмологической помощи в Тюменском регионе. Молодость, знания, целеустремленность, организаторские способности Сергея Колосова и его желание помочь людям сделали свое дело — и 13 лет назад «Визус-1» гостеприимно распахнул свои двери для пациентов.

Еще в самом начале была сделана ставка на внедрение уникальных технологий лечения заболеваний глаз в Тюменской области. Работа в новой клинике было организовано диагностиче- связана с рядом проблем государ- благодаря десяткам, а потом уже и дена селективная лазерная трабе- в Тюменской области не было. ское отделение, укомплектованное оборудованием, аналогов которому Уже через несколько месяцев работы в «Визус-1» открылось микрохирургическое отделение — впервые на ультразвуковая экстракция ката- сонала, технической и технологи- редовых и оснащенных офталь- ставили в лучших клиниках Евро- влекая специалистов, известных не ракты. Наряду с первыми успехами появились и первые сложности тилетиями стереотип и показать. уступает, а где-то даже и превосхо- ли буквально на порогах област- квалификации врачей. Совместно за пределы Тюменской области, А.С. Сорокин — под его руководцинских услуг на 95% состоит из поначалу пренебрегая возмож- чал опыт работы ведущих европей- ную помощь потому, что все опе- ской области была выполнена лагосударственной муниципальной ностью получить качественную ских офтальмологических клиник, рации выполнялись в «Визус-1». зерная коррекция зрения. Первые



Заведующий микрохирургическим отделением А.А. Айрапетян медицины, и данная система ма- услугу в новом Центре микрохи- новые технологии и методики Все необходимое оборудование лоэффективна с позиции пациен- рургии глаза «Визус-1». Но вскоре лечения. Так, в «Визус-1» впервые и расходные материалы были прита. Неудовлетворенность пациента ситуация в корне изменилась — в Тюменской области была прове- обретены в Европе, и аналогов ственной медицины. Возможности сотням прооперированных по по- кулопластика. Хирурги первыми муниципальных лечебно-профи- воду катаракты пациентов, добрая в регионе применили методику молва о клинике вышла далеко факоэмульсификации через микро-

предоставления медицинских vc- за пределы г. Тюмени и области. ности, это касалось уровня услуг в 2001 году «Визус-1» позицио- вых брендов (Oculentis, Alcon, Zeiss. ческой насыщенности подразделе- мологических центров России. пы и Америки. Также стало проний, а также эффективности предо- Директор Сергей Колосов считает, водиться хирургическое лечение В 2001 году «фундамент» лазерночто приоритетным направлени-Вынужденные ждать своей бесплат- ем является постоянное обновле- видного тела — опять же впервые сотрудник Центра лазерной хирурной операции годами люди слеп- ние оборудования и повышение пациентам не пришлось выезжать гии МНТК «Микрохирургия глаза» ных офтальмологических центров, с хирургами он внимательно изу- чтобы получить высокотехнологич- ством в «Визус-1» впервые в Тюмен-

разрезы (MICS) и стали использо-С момента открытия клиники вать линзы премиум-класса миронировался как один из самых пе- Rayner), которые на тот момент заболеваний сетчатки и стекло-

Для того чтобы укреплять растущий авторитет в регионе, руководработе самые современные разраряя спектр предоставляемых услуг.



Медицинский регистратор З.И. Рахимова, врач-офтальмолог Д.Д. Отхозория



Врач-офтальмолог К.В. Куницкий



Заведующая детским отделением А.А. Крылова



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

фессором Г.Е. Столяренко.

Введение новых технологий тре-

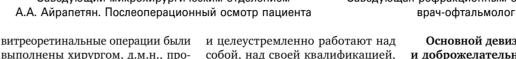
бовало новых знаний и умений.

известными не только в России.

методики, например ангиографию,

ЭФИ-диагностику и т.д.

Заведующий микрохирургическим отделением А.А. Айрапетян. Послеоперационный осмотр пациента



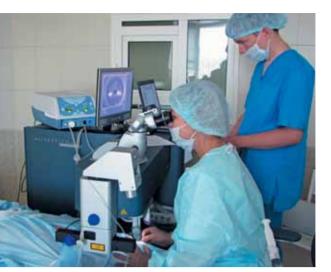
гое — зрение. Замечательный пример профес-Хирурги «Визус-1» проходили об- сионального и карьерного роста не невозможно. Здесь работают учение, консультировались и опе- показывают врачи, которые «вы- только те, кто осознанно принял дохнуть на природе, прокатиться стоянно стремятся к совершенрировали совместно с врачами, росли» до заведующих отделений сети клиник «Визус-1». Это Анна Среди них Юрий Тахтаев, Юрий Дубровина, заведующая рефрак- ем относиться к людям. Деятель- ки и охоты организуются совмест-Калинников, Тамерлан Джусоев ционным отделением, успешно ность врача есть дело служения, ные выезды. Это хороший способ создан, чтобы жить в любви и рази многие другие, внесшие свой выполняющая рефракционные и а не дело дохода, служение любви укрепления и сплочения коллективклад в развитие отечественной лазерные операции; Амазасп Ай- и сострадание — и это самое глав- ва, сохранения взаимопонимания офтальмологии. Два-три раза в год рапетян, заведующий микрохирур- ное, и на этом строится вся работа. и дружественной обстановки. Мы врачи «Визус-1» принимают уча- гическим отделением, хирург-унистие в работе российских и меж- версал, специализирующийся на дружный и стабильный коллек- на добросовестный труд. Особую дународных офтальмологических лечении катаракты, глаукомы, за- тив, — отмечает Сергей Олегович. — роль играет поощрение за вклад конференций, где общаются с кол- болеваний сетчатки и стекловид- Регулярно проводятся корпора- в развитие офтальмологической легами со всего мира, посещают и ного тела. Кабинет охраны зрения тивные мероприятия, на которые помощи населению — грамоты специализированные тренинги и детей возглавляет Анастасия Крыкурсы повышения квалификации. лова — перспективный молодой Они с удовольствием используют хирург, которая не только владеет возможность не только узнать что- современными методиками лечето новое, но и пройти еще одну ния, но и прекрасно разбирается специализацию, например лазер- в детской психологии. Профессионую и рефракционную хирургию, нализм врачей, их желание учитьлибо научиться применять новые ся и работать повышают авторитет клиники как среди пациентов, так и среди специалистов.

возвращая пациентам самое доро-

На протяжении уже многих лет «Визус-1» — это уникальный в офтальмологических клиниках специализированный офтальмо-«Визус-1» используются много- логический центр. Здесь пациенфункциональные офтальмохирур- ты могут получить весь спектр гические системы ведущих миро- офтальмологической помощи: вых производителей, таких как от диагностики, подбора очков Alcon (Infinity, Allegretto Wave и косметических операций, лече-Eye-Q), Bausch&Lomb (Stellaris, ния рефракционной патологии Stellaris PC), Zeiss (Lumera 700) зрения (близорукости, дальнозори др. Здесь созданы все условия для кости, астигматизма) до высотехполной реализации замыслов лю- нологичной специализированной бого врача-офтальмолога в любой помощи субспециальности в офтальмологии Рентабельность и эффектив-

как на переднем, так и на заднем ность работы Центра микрохирур-

отрезках глаза. Витреоретинальные гии глаза «Визус-1» в десятки и даже операции, нетравматические бес- в сотни раз выше, чем в государстшовные технологии удаления ка- венных учреждениях, — констатитаракты и многое другое — спектр рует директор Сергей Олегович. заболеваний, который лечат врачи, Мы выплачиваем заработную плату, приобретаем оборудование и — Мы верим в будущее и пола- расходные материалы, несем нагаемся на квалификацию наших кладные расходы. Частная медициспециалистов. — говорит Сергей на развивается, и многие клиники. Олегович. — Несмотря на неболь- в том числе и «Визус-1», делают шой врачебный состав, эффектив- ставку на эффективность оказыность работы и ее объемы впечат- ваемой медицинской помощи, галяют. В день врачи принимают рантирующую приток пациентов по 50-70 первичных пациентов, и финансовую стабильность. Наназначают лечение, планируют чато строительство нового здания операционные объемы. График клиники, которое будет соответработы максимально удобен для ствовать мировым стандартам, чтопациентов — не до 13:00-14:00, бы существенно расширить спектр а до 18:00-20:00. Поэтому некото- и объем оказываемых офтальморых специалистов, которые хотят логических услуг. К сожалению, устроиться на работу к нам в центр в Тюменской области на сегодняши которых привлекает хорошая ний день не лечат патологию рогозаработная плата, такой график вицы, например, нет возможности работы не устраивает. Я считаю, делать кератопластику и целый ряд что для того чтобы не деградиро- прочих микрохирургических операвать, человек должен работать, ций. С новой клиникой у «Визус-1» а врач тем более. Наши хирурги появится возможность помочь памогут прооперировать до 50 чело- циентам с этими сложнейшими век в день и сделать эти операции заболеваниями. В мае 2014 года так, что на следующий день паци- был прооперирован стотысячный ент забудет, что у него была ка- пациент — этим знаменательным таракта, и будет смотреть на мир событием было отмечено 13-летие чистыми, здоровыми глазами. со дня основания Центра микро-Поэтому врачи целенаправленно хирургии глаза «Визус-1».



Заведующая рефракционным отделением А.В. Дубровина, врач-офтальмолог К.В. Куницкий

С.О. Колосов, А.А. Айрапетян на ежегодном

конгрессе ESCRS

Квалификация есть квалификация, но без доброты и без любви к людям делать что-то в медициденьги, но и с любовью и уважени-

низован спортивно-туристический клуб «Визус-1» — уже несколько лет сотрудники имеют возможность отрешение не только зарабатывать на снегоходах, моторных лодках, катерах. Для любителей рыбал-— В сети клиник «Визус-1» очень 🛚 мотивируем своих сотрудников 🗡 всю работу Центра микрохирургии

Основной девиз — это любовь каждое отделение готовит номера и благодарственные письма от и доброжелательность к людям. самодеятельности, приглашаются губернатора Тюменской области профессиональные артисты. Орга- и директора Департамента здравоохранения Тюменской области.

отметить, что люди, которые поству, не забывая при этом о своем ют высочайших успехов. Человек виваться. Вопрос о том, что есть нельзя переступать, проходит через глаза «Визус-1». Это основа основ.

> Материал подготовила Наталья Третьякова Фото из архива автора



Илья Бруштейн

Общение с книгой без посредника

В Волоколамском Центре работают 129 человек. Большинство из них трудится здесь долгие годы и десятилетия. «Деятельность каждого нашего сотрудника заслуживает уважения и благодарности. Но я бы особенно выделил вклад десяти рые ведут музыкальные занятия, пространственное ориентироваи письмо по Брайлю. Кроме того, у нас занимается с реабилитантами Татьяна Савельевна Шалагина. Эти одиннадцать человек служат присчастью... Они не только делятся знаниями и навыками, но и богачает генеральный директор Центра Сергей Иванович Степанов.

С двумя незрячими преподавателями мне довелось познакомиться во время посещения Центра. Н.Н. Копылов родился в 1951 году в селе с необычным названием Рождественская Хава Новоусманского района Воронежской области. «В детстве я видел, но постепенно зрение стало падать. Учился в обычной деревенской школе, несмотря на серьёзные проблемы с глазами... В 16 лет поехал в Саратов, где располагалась специальная школа для слепых и слабовидящих. Диплом о среднем образовании получил имен-

В середине семидесятых годов Николай Николаевич переехал на жительство в Волоколамск. Работал слесарем-сборщиком на Волоколамском участке Наро-Фоминского учебно-производственного предпри ятия ВОС. В 1989 году стал преподавателем чтения и письма рельефноточечным (брайлевским) шрифтом в Школе восстановления трудоспособности слепых (тогда эта организация называлась именно так). Одновременно с работой заочно окончил факультет коррекционной ского университета им. А.И. Герцена в Санкт-Петербурге.

опытом Н.Н. Копылов. — Связано это с тем, что чтение пальцами по своей сути наиболее близко к чтению глазами. Читая по Брайлю, человек может остаться наедине с книгой, напрямую «общаться» с её автором. Кроме того, рельефно-точечные тексты точно отражают грамматическую и пунктуационную систему языка... В противовес этому, прослушивание аудиокниг — процесс пассивный. Между слушателем и началась наша беседа с преподава- части. Это делается для нужд ин- реабилитацию проходят только два мостоятельно ходит гулять. Удивиавтором книги всегда присутствует посредник-чтец, влияющий своей сеевной Волковой. Она родилась спуск дезориентирует незрячего пе- лугами Центра могут воспользоватьманерой исполнения на понимание в 1964 году в городе Ясногорске шехода. Человек может случайно ся от четырёх до восьми человек.

Седовласый преподаватель обратил внимание, что в последние ской школе-интернате для слепых он находится на тротуаре. Излишне лидов по зрению. Надо стать членом ра прямого чтения» или «коммунигоды значение рельефно-точечного и слабовидящих детей.

Служить примером для товарищей по несчастью

В прошлом номере газеты «Поле зрения» мы начали знакомить наших читателей с деятельностью уникального для России учреждения — Центра реабилитации слепых Всероссийского общества слепых (ВОС), расположенного в городе Волоколамске Московской области. В этом номере хотелось бы продолжить рассказ о реабилитационной работе, которая ведётся в Волоколамске с 1977 года.

ственных учреждениях, гостиницах,

«Мы изучаем 33 буквы русскоим овладеть и этими навыками», —

щихся. Александру Шамову 47 лет. Хрустальном Владимирской области. За свою жизнь сменил несколько специальностей. Работал водителем, поваром, слесарем-сборшипо контракту в этой Северо-Кавказ-

«Зрение у меня стало падать с 1999 года. Тогда я получил инва- собности слепых. Руководство этолидность третьей группы и перестал го учреждения оценило смелость и работать, хотя зрительные возможности ещё были неплохими... Но Её приняли на работу. «Кстати, Гусь-Хрустальный — город малень- в советское время Центр обладал найти работу очень трудно», — рас-

В 2012 году А.Шамов полностью ослеп. Сейчас он — инвалид первой со зрячим преподавателем простран группы. «Я приехал в Волоколамск, чтобы научиться бытовой самосто- торовной Порциной. За много лет ятельности, чтобы пройти курс пси- совместной деятельности дамы станаучиться передвигаться с белой ругами. «Елена рассказывает ретростью по родному городу... И, ко- абилитантам, имеющим остаток система Брайля. Николай Николаевич — прекрасный учитель и увлематериал понятно и доходчиво», — ществляет визуальный контроль за слепых. А.В. Полывяная работает поделился своими впечатлениями

Александр рассказал, что в последние годы он читал мало, но хочет изменить эту ситуацию: «У незрячих людей — особенно недавно роваться в городе без визуального юриста. Но меня заинтересовада реабидитанток, полностью дишённой ослепших, не имеющих семьи и ра- контроля? «Мне думается, что каж- социальная работа. Поэтому устроботы — часто оказывается слишком дый человек, потерявший зрение с интересом воспринимают учебный много свободного времени. Это вре- и решивший стать самостоятель- билитации слепых. Одновременно жизнь прожила в столице Карелии, материал и стремятся овладеть ремя необходимо разумно заполнить... ным, может этого добиться, — с увесто работой заочно получила высшее городе Петрозаводске. Работала про-Думаю, что я буду специально ной Луи Брайлем, — делится своим ездить во Владимир с большим на. — Самое главное, быть упорным ционной педагогики Российского сыновей. В 1997 году из-за глаукомы рюкзаком и брать с собой на дом из и решительным». библиотеки толстые тома брайлевских книг и журналов».

Свобода, самостоятельность

сти и независимости», — с этих слов и логие спуски от тротуара к проезжей лён до пяти месяцев. Одновременно телем этого предмета Ольгой Алек- валидов-колясочников... Пологий человека. Таким образом, за год ус- тельная женщина!» Тульской области. Зрение потеряла оказаться на автомобильной дороге, в раннем детстве. Училась в Москов- пребывая в полной уверенности, что также легко, как и для других инва- Викторовне принцип работы «прибо-

В 1989 году окончила дефек- ключительно опасна», — приводит обратиться в свою местную органи- минающее миниатюрную пишущую степенно расширяется. Например, тологический факультет Москов- конкретный пример О.А. Волкова. зацию ВОС. Местные организации машинку, специально создано для

давателем пространственной ориен-

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

го алфавита, римские и арабские ромная удача получить работу по но говоря, ради этого и проводятся специальности! И работу любимую, основных математических дей- творческую, доставляющую радость. ствий... Запись нот, шахматных Центр реабилитации слепых предомических, физических и математи- В советское время существовало свои машины на тротуарах. Движеческих формул не входит в основ- так называемое «распределение» ние незрячих людей также затрудняжелании учащихся я могу помочь специальных учебных заведений, — мя инвалиды по зрению страдают рассказывает Ольга Алексеевна. — от неуловлетворительной работы Во время занятий мне довелось лась на студентов с инвалидностью. познакомиться с одним из уча- Их никогда не распределяли, а вместо этого выдавали так называе-Он живёт в старинном городе Гусь- мый «свободный диплом», т.е. нуж- ровки испытывают сложности. но было самостоятельно заботиться

на электричку в Волоколамск, что-Школы восстановления трудоспопоэтому меня обеспечили не только

Ольга Алексеевна работает в паре тельных ориентирах. Я не могу это сделать, т.к. являюсь полностью незрячей. Кроме того, моя коллега осуделится опытом «работы вдвоём»

Какими качествами необходимо обладать, чтобы успешно ориентиностью говорит Ольга Алексеев-

и Е.В. Порцина контролируют пра- в Санкт-Петербурге. После окончасти, учат быстрее запоминать слу- назначили заведующей отделениние уделяется соблюдению правил путь Алла Владимировна. «Навыки пространственной ори- дорожного движения, а также раз-

практически все лекарства — и оте- ского педагогического института Впрочем, Ольга Алексеевна под- переправляют заявки в региональ- общения слепоглухих между собой чественные, и зарубежные — в насто- им. В.И. Ленина (сейчас это учеб- чёркивает, что она совсем не про- ные структуры ВОС. Оттуда все об- или с незрячими людьми, владеюящее время обозначены выпуклыми ное заведение носит название — тив сооружения пологих спусков ращения посылаются в Волоколамск. щими рельефно-точечной системой.

и таблички всё чаще появляются гогический университет). Сразу же ным интересам инвалидов-коля-

Гораздо больше, чем пологие до Волоколамска и обратно. спуски Волкову раздражает манера ходные зоны превращаются в настоящие катки, даже самые виртуозные

«Существует такое научное определение: маломобильные группы О.А. Волкова тоже решила взять населения. Под эту категорию подвопросы трудоустройства в свои падают и незрячие, и слабовидякомпании» 1994-1996 годов служил институтского диплома она села но-двигательного аппарата, и просто пожилые люди... Но мне думаетнужно чувствовать себя «маломорешительность незрячей девушки. ции, серьёзно отнестись к нашим занятиям, проявить силу воли — и кий. Даже здоровым людям у нас собственным служебным жильём, ется с возможностями подавляющего большинства зрячих людей!», подчеркнула Ольга Алексеевна в завершение нашей встречи.

В борьбе со слепоглухотой

В одном из прошлых номеров гаковано интервью с президентом Европейского союза слепоглухих и зрячие глухие. Отличие состоит С.А. Сироткиным. Сергей Алексеевич в 1993 году явился инициатором от дактилологию и язык жестов не создания отделения реабилитации слепоглухих Центра реабилитации движением наших подопечных», — в отделении с 1994 года. Пришла сюда со средним специальным образованием: после окончания юридического факультета техникума.

«По профессии я — помощник Во время занятий О.А. Волкова го университета им. А.И. Герцена

Для слепоглухих попасть в Центр Владимировна объясняла Светлане говорить, что подобная ситуация ис- Всероссийского общества слепых и катора». Это приспособление, напо-

точками. Соответствующие вывески Московский государственный педа- и с пониманием относится к закон- Если места есть, то человек может в общественных местах: государ- после окончания вуза стала препо- сочников. «Пологие спуски создают лающих превышает возможности трудности для незрячих. Но при со- Центра, то приходится ждать не-«Для незрячего человека — ог- ствия можно преодолеть. Собствен- ции, включая проживание и питание — бесплатный. Компенсируется

«К нам приезжают самые разные ностью лишённые возможности видеть и слышать), и слабовиляшие глухие, и слабослышащие слепые. и слабовидящие слабослышащие... Разумеется, самой «тяжёлой» категотальники», тотально слепоглухие», рассказывает А.В. Полывяная.

бя изучение дактилологии и языка жестов, а также занятия рельефно-«Из-за отсутствия или тяжёлой патологии слуха наши подопечные не Брайля, которые проводятся для реабилитантов с нормальным слухом димо, чтобы делать записи в блокбильными». Достаточно приехать ноте, читать специальные книги для мощью брайлевского дисплея», поясняет А.В. Полывяная

> изучение дактилологии и языка жестов. Дактилология — это обои знаков препинания обычного алфавита. Язык жестов — особый язык. а не буква!) обозначены с помощью согнутых или прямых пальцев.

те же средства коммуникации, что визуально, а тактильно, как говорят в таких случаях «рука в руке».

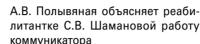
Жажда жизни, несмотря на слепоглухоту

Во время посещения Центра мне зрения и слуха. Светлана Викторовна государственного педагогическо- потеряла зрение. В 2000 году инсульт привёл к потере слуха.

«Светлана Викторовна вызывает вильное использование белой тро- ния университета меня в 1999 году у меня искреннее восхищение, замечает А.В.Полывяная. — Слепоховые ориентиры. Особое внима- ем», — описывает свой трудовой глухота не лишила её оптимизма и жажды жизни. Она самостоятельно Курс реабилитации здесь длится освоила рельефно-точечную (брайентировки дают незрячему человеку личным сложным ситуациям. «В по- два с половиной месяца. Но по жела- левскую) систему, читает книги ощущение свободы, самостоятельно- следнее время стали сооружать по- нию человека он может быть прод- и журналы. Жительница Петрозаводска шьёт, готовит еду, даже са-

Во время занятия, на котором





ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №3/2014

Чтобы общаться слепоглухому человеку достаточно «набить» текст как на пишущей машинке, а его со беседник тактильно воспринимает информацию подушечками пальцев, которые чувствуют выскакивающие из устройства пластмассовые колпачки. Потом «слушатель» и «говорящий» меняются местами... По сути «коммуникатор» работает по тому же принципу, что и брайлевский дисплей, но устройство это гораздо более дешёвое, доступное, не требующее электричества. Чудо механики

Разумеется, мне хотелось лично поговорить со Светланой Викторовной. Но как это сделать? На помощь пришла Алла Владимировна. Она переводила мои вопросы на язык жестов и тактильно обозначала эти жесты на ладони С.В. Шамановой Если каких-то жестов моя собеседни ца не знала, то А.В. Полывяная просто «писала» своим указательным паль-

цем печатные буквы на её ладони. лана Викторовна могла сама. Она не слышит себя, но сохранила вполне внятную речь, как и многие люди, потерявшие слух во взрослом Донецк

— Светлана Викторовна, что са-

— Самое трудное для слепоглухого — не видеть и не слышать, дый человек хочет видеть и слышать, а мы этого лишены

Как Вы справляетесь с этими

— У меня очень хорошие дети. брым. К сожалению, он умер четыре года назад. Он долго болел. Я научилась за ним ухаживать, хотя сама уже была слепоглухой.

У меня два сына: Андрей и Максим. Андрею 48 лет. Он женат, у него двое детей. А Максиму 39 лет. со мной. Максим каждый день пересказывает мне все новости, котоочень важно знать всё, что проис- Именно поэтому я и решила там посторонней помощи. Кроме того, ствоваться в этом деле: научиться рами. Воздух там наполнен удивиходит в мире. Так легче преодоле- остаться после окончания учёбы. я с удовольствием посещала трена- вязать кофты, юбки, жакеты. Мне тельными ароматами горных трав

в Волоколамске?

полезные советы по кулинарии, по контакта с пациентами. ведению домашнего хозяйства. Ещё мне нравится плавать в бассейне. А в Центре реабилитации слепых есть свой небольшой бассейн.

Помощь незрячим соседствует с дискриминацией

ных регионов нашей страны. Хо- незрячих. телось обсудить с ними не только в Волоколамске, но и самые разные аспекты их жизни.



Дактилологическая таблица букв русского алфавита



Реабилитантка Альбина Ассадуллина на занятиях по психологической

Анастасии Баклановой 24 года. Потеряла зрение в подростковом возрасте. Родилась и выросла в городе Донецке Ростовской области Этот город часто путают с одноимённым областным центром Укра-

В 2010 году Анастасия окончи валидов по зрению Кисловодского медицинского колледжа, где полуила профессию массажиста. После завершения учёбы она нашла работу в одном из многочисленных кисловодских санаториев. Самостоя тельно сняла квартиру.

Мы познакомились в кабинеге психолога Ольги Михайловны Малышевой. Анастасия как раз работала с пластилином. Психолог попросила её с помощью пласти-И муж был очень хорошим и до- лина нарисовать на листе бумаги противоположная тенденция. персонажей, окружающих девуш-

Анастасия, тебя можно поздравить. Ты живёшь и работаешь в одном из самых прекрасных городов России, где сотни тысяч наших соотечественников мечтают провести отпуск!

— Мне тоже очень нравится наш целебными минеральными источ-— Чему Вы хотите научиться никами, прекрасной экологией, Здесь я научилась вязать беззаботной, курортной атмосфе-— Я уже многое умею, но хо- рой. Мне нравится работать там, чется совершенствоваться: лучше где другие отдыхают! Хотя работу родом из города Десногорска Смолен- ги печь... Запомнилась культурная в Башкирии и археологического знать рельефно-точечную систему, массажиста вряд ли кто-нибудь на- ской области. Незрячая с рождения. лучше изучить язык жестов... Кро- зовёт лёгкой. Она требует и физи- Училась в Смоленской областной шко- Во время концерта, посвящённого ской области. Всегда стараюсь куме того, Алла Владимировна даёт ческих усилий, и эмоционального ле-интернате для слепых и слабовидя- Дню Святого Валентина 14 февра- да-нибудь поехать, когда есть такая

Трудно было найти работу после окончания учёбы?

С одной стороны, в Кисловодске наш колледж хорошо известен. Его выпускники хорошо себя зарекомендовали, и многие санатории и медицинские учреждения охот-Посещение Центра даёт воз- но берут их на работу в качестве людьми, приехавшими из различ- ны, существует и дискриминация

Некоторые дорогие, элитные курс реабилитации, предлагаемый санатории не хотят брать на рабо- сажистом. Но если быть откровен- ла Башкирский государственный ту сотрудников с инвалидностью. ной, я не могу сказать, что речь Это объясняется тем, что богатые, идёт о работе моей мечты...



Преподаватель рельефно-точечного шрифта Н.Н. Копылов демонстрирует барельеф Луи Брайля реабилитанту Александру Шамову

респектабельные клиенты этих заведений якобы не хотят видеть рядом с собой слепых.

— По российскому законодательству, если работодатель нарушает права инвалида, например, отказывает ему в приёме на работу из-за его физического недостатка, то это не просто правонарушение, а серьёзное преступление... Конечно, работодатели это

знают. И они не будут прямо говорить, что не хотят брать того или иного человека по причине инвакакая-то другая отговорка... Я не хочу сгущать краски. В Кисловодске которые относятся к инвалидам доброжелательно, стараются помочь, охотно берут на работу. Но есть и

— Как ты оцениваешь курс реабилитации, предлагаемый в Волоколамске?

Все занятия принесли пользу. Особенно меня заинтересовали компьютерные курсы. Мне думается, что незрячий массажист обязательно должен владеть компьютером. Тогда он сможет вести всю необходимую документацию без

щих детей, расположенной в деревне Черныш Краснинского района. B 2012 году окончила Кисловодский медицин- Я люблю театр, книги ский колледж, где получила специальность массажиста. Сразу же после окончания колледжа стала работать массажистом в расположенном в Десногорске санатории «Лесная поляна».

Наталья, тебе удалось найти можность пообщаться с незрячими массажистов. Но с другой сторо- работу не только по специальности, но и рядом с домом. Ты рада этому успеху?

Мне нравится работать мас-



Бакланова на занятиях

по психологической

реаблитации

— Чем бы тебе хотелось за-

— Я всегда мечтала работать

молодая, можно поступить в педа-

гогический институт. Среди инвали-

дов по зрению немало педагогов

просто. Например, в нашей Смо-

ленской областной школе для не-

зрячих и слабовидящих детей не

Т.е. раньше они там работали, но

когда я училась, уже никого не

осталось. И в других школах не-

зрячих сотрудников становится

всё меньше... Я уже не говорю об

Инвалиды по зрению в каче-

стве социальных работников в ос-

новном работают в аппарате ВОС.

- Ты довольна своим пребыва

— Очень довольна! Я здесь на-

училась вязать: носочки, шарфики,

программа: экскурсии, концерты.

ля, мне доверили роль ведущей.

университет по специальности

и путешествия

педагог-психолог.

ли там слепых учителей?

нием в Волоколамске?

— Мне думается, не всё так

и социальных работников...

ниматься?

Незрячий преподаватель простран

Я работаю массажисткой в реабилитационном центре для детей-инвалидов, расположенном в моём родном городе Учалы. Ко с болезнями внутренних органов, с ДЦП. Также есть дети, у которых проблемы со зрением и со слухом.

У тебя есть желание найти работу по специальности, в качестве педагога-психолога?

Я считаю, что и так работаю по специальности. Массажист должен быть и педагогом, и психологом. Мне нравится моя работа, нравится наш реабилитационный центр. Думается, что я приношу наибольшую пользу именно в этом

— Чем ты любишь заниматься в свободное время?

Я читаю брайлевские книги на трёх языках: русском, татарском — Так в чём же дело? Ты ещё

— Настоящий полиглот!

— И театральные спектакли гоже посещаю на трёх языках. В Башкирии есть и башкирские. и татарские, и русские театральные труппы. Ещё люблю путешествовать. Например, недавно была на Крайнем Севере, гостила у родственников в городе Нижневартовске Ханты-Мансийского автономного

Чем тебе запомнилась эта

— Я, вообще, люблю путешествовать, летать на самолёте, ездить на поезде... Мне всё равно куда ехать главное быть в движении!

Устроиться в другие структуры — Наверное, ты уже была во многих примечательных местах Башкирии и соседних регионов?

Мне довелось много поездить по Башкирии. Например, могу порекомендовать прекрасное озеро по кулинарии. Здесь имеется от- лось на горе Иремель. Туда любят личная оборудованная кухня с пол- приезжать многие туристы и житеным набором утвари. В Волоколам- ли Башкирии. Запомнилось также Наталье Устиновой 23 года. Она ске учат и борщи варить, и пиро- посещение пещеры Шульган-Таш заповедника Аркаим в Челябин-

Чему ты научилась во время пребывания в Волоколамске?

— Я стала лучше ориентиро-Альбине Ассадуллиной 28 лет. ваться в пространстве. И, вообще, Она живёт в городе Учалы Респу- стала более самостоятельной. Ведь блики Башкортостан. Так же как я живу с родителями. Они очень и Наталья Устинова, она тоже не- интенсивно опекают. Поэтому кажзрячая с рождения. Тоже работает дому незрячему могу порекомендомассажисткой. Правда, в отличие вать поехать в Волоколамск, чтобы от Натальи, Альбине эта работа ощутить себя свободным, самостоочень нравится. У девушки выс- ятельным и успешно реабилитишее образование. Она окончи- рованным.

Фотографии автора

АМЕРИКАНСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

Registered Nurse, или Записки американской медсестры

АМЕРИКАНСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

Медсестра — работа для настоящих мужчин

Елена Филатова

о Крымской войны, когда Флоренс Найтингейл объявила миру, что каждая женщина — от природы медсестра, мужчины веками ухаживали за ранеными и больными и знать не знали, что занимаются не своим делом. Первая школа по уходу за больными была основана в Индии в 250 г. до нашей эры и принимала исключительно мужчин, ибо только они считались достаточно К сожалению, существует и противоположная ассоциация: нозокомиальные инфекции происходят от слова «нозокомии», которое обозначало опять же мужчин, осуществлявших уход за больными в Древнем Риме. Многочисленные религиозные ордены — Св. Бенедикта, Св. Лазаря, Св. Алексиса, рыцарей-госпитальеров и другие посвящали себя уходу за больными в средние века. Во время гражданской войны в США все военные санитары и медбратья были мужчинами. Среди них был известный американский поэт Уолт Уитмен, автор цикла «Листья травы», в котором есть шемяшее стихотворе ние «Врачеватель ран»:

Так в молчанье, в глубоком раздумье

Я снова по лазарету свой обход совершаю, Раненых я успокоить стараюсь

ласковым прикосновеньем,

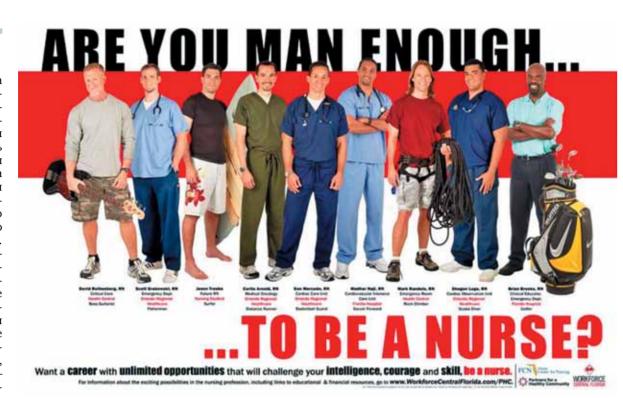
Над беспокойными ночи сижу, есть совсем молодые,

Многие тяжко страдают, грустно и нежно о них вспоминаю.

В результате опустошительной гражданской войны наступила всеобщая и безоговорочная феминизация ухода за больными. Мужчины, которых и так много полегло на полях сражений, были нужны для других дел — восстанавливать то, что было разрушено, и строить новое. В 1901 году мужчинам официально было запрещено работать медбра- то для любителей особо острых он уже знает-перезнает всю нашу тьями, и только сумасшедшие дома могли нанимать санитаров, чтобы в случае надобности было кому вязать буйных больных. Такая ситуация просуществовала до Корейской войны 1955 года, когда медбратьям

Ассамблея мужчин в сестринском их тоже полным-полно, и все вре- роде полиглот: какого бы роду-пле- нера и три учителя. А вот медбрат их с гангстерскими группировками, еле. Ее задача состоит в том, чтобы привлекать мужчин в профес- нам охотно идут мужчины. сию и оказывать им поддержку на Вот теперь, не тратя лиш- ей недюжинной памяти пару слов дицину, и почему ты не стал вра- но замечание, и пришлось ему под всех уровнях. Сегодня в Америке них слов, давайте я вас с ними на языке пациента. Я сама слы- чом по примеру твоих старших хирургическую пижаму поддевать всего 9,6% медбратьев, и Ассамблея познакомлю.

за больными и ранеными.



поставила задачу к 2020 году дове-

Что привлекает мужчин в профессии медбрата?

онального роста практически не

• Высокая зарплата. В Калифорнии медсестры зарабатывают в среднем от 75 до 100 тысяч долларов в год. В других штатах зарплата меньше, но и стоимость жизни ниже. Анестезисты начинают с зарплаты в 170 тысяч в год. Словом,

• Интересная работа. Нам никогда не бывает скучно. Каждый больной — это новая загадка, а уж в интенсивной терапии и в приемном отделении — только успевай поворачиваться. Если этого мало, ощущений существует санавиация: ги» по придорожным кустам.

 Обилие высоких технологий. рационную, где много всяких элек- все без исключения больные. Есть мя появляются новые, поэтому и к мени ему не доставался больной, один

сти эту цифру до 20%, так что этот Вообще-то его зовут Хесусито, что на испанском значит не больше не меньше как Иисусик. С таким го назначения, заглядывает деду именем в системе здравоохранения работать, мягко говоря, сложние — одна из немногих отраслей но, поэтому Джей сократил его до промышленности, которую не кос- инициала от Jesusito. В нашем отнулась рецессия. Рабочие места не делении он работает уже семь лет, только не сокращаются, но расши- причем первые четыре года под- раз тогда, когда в нем возникает наряются, и возможности професси- визался в роли санитара, так что



кухню. Джей учился на медбрата и работал на полную ставку сто аварии и выискивать «руки-но- как людям это удается, я ума не

Джей весь такой мягкий, уютшала, как он развеселил хмурого братьев?

Джей — всеобщий любимец. русского деда, когда просил того вынуть вставную челюсть: тычет умильно в глаза и говорит: «Зюби сюда давай». Дед долго смеялся И «зюби» исправно дал.

> У Джея есть особенный талант появляться у постели больного как добность. Как он ухитряется это делать — честно признаюсь, не знаю. У меня так не получается. А Джей ну чистый Фигаро: то тут, то там, и все с улыбкой, с шутками, так что дела делаются, процедуры выполняются, и, как говорила героиня ром фильме, «картошка варится, самовар ставится»

Джей — мексиканец, причем самый, что называется, от сохи. Его сложные и интересные родители приехали в Калифорнию собирать урожай на полях, и уж не знаю, какими правдами и неправдами здесь остались, жили в строи тельном вагончике всей огромной мексиканской семьей из тринадцати человек и дружно строили светлое будущее. И построили-таки. Родители теперь живут на своем небольшом, но ранчо, и выращива-Медбратья обычно идут работать ный, ласковый, ну просто Винни ют коз и овец. Все дети постепенснова открыли двери в мир ухода в интенсивную терапию или опе- Пух. Его любят сестры, врачи и но получили высшее образование, причем среди братьев и сестер есть



и отвратил от врачебной карьеры. Я по природе человек денивый. люблю поспать и поесть, а какой у врачей сон? Одно беспокойство! (смеется) Если серьезно, я сначала собирался продолжать учиться дальше, но понял, что мне слишком нравится непосредственное общение с больными. А врач прибегает и убегает, и его работа в основном с бумагами, а общение с пациентом сведено к минимуму. Так что я застрял в медбратьях вам от меня не избавиться!

Марк — стажер в нашем отделении. В июне этого года он заканчивает учиться на медбрата и получает степень бакалавра. У нас он проходит стажировку и приглядывается, подойдем ли мы друг другу в смысле будущей работы. Мечта Марка — работать в операционной, но с улицы, то есть прямо из колледжа, туда не берут, поэтому зеленым выпускникам сначала надо наработать опыт где-то еще. Наше отделение в этом смысле идеально подходит: мы, как передовая



больные сами не замечают, как все на фронте, где год приравнивается к трем. Марк уже сейчас научился многому из того, о чем его сокурс-Любови Орловой в старом-преста- ники, проходящие стажировку в других отделениях, только слышали У нас очень тяжелые больные, поэтому и процедуры мы выполняем

Марка есть профессиональная проблема, и заключается она в его больнице запрещено демонстрировать татуировки. А также мужчинам появляться с проколотыми ушами, и обоим полам — с проколотыми носами. Насчет пупков му что их не видно, слава богу, а то тоже бы издали циркуляр. Почему В 1971 году в США была создана тронных штучек. У нас в отделении у него особый талант: он в своем два адвоката, три врача, два инже- вок — многие пациенты связывают он обязательно вытащит из сво- — **Джей, как тебя занесло в ме**- в искус. Так что Марку было сделафутболку с длинным рукавом; у нас многие так делают, даже те, кто не отягощен татуировками.

> Эндрю работает в травмцентре и лелеет мечту в конце концов вернуться на школьную скамью и выучиться на анестезиста. В США это возможно — быть месестрой или медбратом и давать анестезию. Мы только не можем практиковать независимо и обязательно должны быть под началом врача-анестезиолога. Даю слово Эндрю:

— Многие почему-то считают, что забота и сострадание — это прерогатива женщин. А ты выйди погуляй в парк в воскресенье и посмотри, как папы ласкают своих детишек, утешают их, если те шлепнутся. И ничего, никто пальцем не



тычет и не говорит, что это не пов системе здравоохранения, так что нее наступила неожиданная реакникому ничего доказывать мне не ция, и она полночи — прости меня пришлось. А вообще-то для медбрата нет границ: хочешь работать, как



Я подозреваю, что Барт — романтик, но как многие «настоящие Армандо принадлежит к совершенно особенной категории медмужчины», он стесняется в этом признаться даже самому себе. Он братьев. Он из Филиппин, где был очень нежен с больными старика- врачом-терапевтом. В середине деми, и даже самые требовательные пациенты от него просто тают. никла просто катастрофическая У него есть смешная присказка, ко- ситуация с нехваткой медсестер, отделение; когда он запутается или Филиппин, потому что именно их забудет что-то, то он себя ругает по- образовательная программа была Однажды мы работали с Бартом Так вот, Армандо подсчитал, что вместе в нейрологическом отделе- в США в качестве медбрата он зарании, и ночь выдалась, тьфу-тьфутьфу, спокойная, поэтому мы разчом на родине, поэтому не долго говорились, и я все-таки у него выдумая, переучился и эмигрировал. пытала, как он попал в медицину. Права я оказалась — романтик до отделении, и вместе они усиленно мозга костей! Он рассказал мне копят на дворец на рисовой планпольскую народную сказку, героем которой выступает его тезка — кре- ится и обрастает новыми комнатастьянский паренек по имени Бар- ми не по дням, а по часам. Армандо тек. Я вам ее пересказывать не буду, собирается доработать до пенсии и



отличная. Вот ссылка:

родом из Арканзаса.

чаи с тобой бывали?

http://www.kids.sidheland.com/

KidsRead/SLAV/Slav1.htm

дель и ездят по всей стране. Он сам Джеймс пришел в медицину из финансового мира. Он работал — У нас на Юге медбратьям, в крупной медицинской компании особенно черным, приходится не- и по долгу службы часто общался легко. Стереотипы там очень живу- с медсестрами, а те твердили ему, чи, и так как медсестры в основном что он занимается совершенно не белые женщины, на нас смотрят своим делом. В конце концов у в лучшем случае как на чудаков, а в Джеймса, как он сам говорит, слухудшем — как на гомосексуалистов. чился «кризиз среднего возраста», У меня бывали случаи, когда боль- и он радикально изменил свою ные отказывались иметь со мной жизнь. В 43 года он стал медбратом дело и требовали замены. В Кали- в отделении интенсивной терапии.

форнии совершенно другая атмосфе- Я иду домой и знаю, что кажра — здесь еще ни разу мне не дали дый день я сделал что-то, что помогло понять, что я какой-то другой. Я по- человеку. Я смог кому-то продлить думываю здесь остаться насовсем. жизнь, кого-то избавил от боли, — Лоренс, как говорится, ми- а кого-то и спас от смерти. Это ощулости просим. Очень печально, щение невозможно сравнить ни что расизм все еще существует. с чем. Мои прошлые финансовые Ну а какие-нибудь смешные слу- победы, которые раньше казались мне такими важными — просто



— Ох. я как-то работал в катомужски. У меня вот тоже был очень инческой больнице, и была у меня наполнилась смыслом. И друзья у заботливый отец, и в семье у меня больная — монахиня 79-ти лет. меня на работе отличные, с которымногие родственники работают Врач прописал ей снотворное, а у ми мы уже прошли «огонь и воду». Даже странно представить, что я жил когда-то совсем другой жизнью.

> Грег тоже круто изменил профессию после рождения любимого племянника, которому пришлось почти два месяца провести в отделении интенсивной терапии для новорожденных. Грег по образованию инженер, но он был настолько потрясен тем, как самоотверженно работали медсестры, что после благополучной выписки племянника понял, в чем его настоящее призвание У меня словно глаза откры-

лись. Я раньше работал себе и рабонуть меня по попе! Потом все-таки тал, ну зарплату получал неплохую. ну в отпуск ездил — скучно, в общем

день я оставляю след в человече-Много было разных мнений: кто-то считал, что на работе плакать неской жизни, пусть даже крошечной. Я пока единственный медбрат в отпрофессионально, другой сказал, делении интенсивной терапии для что в условиях своего отделения новорожденных, и наш началь- он просто не успевает привязаться ник начинает утренние конференции с обращения: «Уважаемые лось, что да, бывало, может и не рыдамы и Грег!» Но мое присутствие дали навзрыд, но слезы набегали. очень помогает молодым отцам: им Особенно, если умирали дети или легче общаться со мной, задавать молодые, которым бы жить да жить. мне «глупые» вопросы и при этом Но тут один, особенно «мачо», медне чувствовать себя не в своей брат возьми да скажи: нет, вот вы тарелке. Единственное, о чем я со- мне покажите плачущего мужика. жалею — что раньше не понял, где Не просто какого-то хлюпика, а настоящего мужчину. Вряд ли найдете

И вот какую фотографию времен Корейской войны поместил данно для себя нашла в Интернете один умница-медбрат ему в ответ. блог на тему «Плачут ли медбратья?» Как говорится, без слов.



И в заключение: когда я искала

декспантенол 5% гель глазной 5 и 10 г При поражениях роговицы воспалительного и невоспалительного характера, ожогах и травмах глазной поверхности ✓ Оказывает ЗАЖИВЛЯЮЩЕЕ и местное ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ действие благодаря декспантенолу^{1,2}

- / Обеспечивает «мягкое» заживление БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ РУБЦА на фоне снижения
- Гелевая основа (карбомер) обеспечивает УВЛАЖНЕНИЕ, облегчает неприятные ощущения и пролонгирует контакт действующего вещества с роговицей 1.2

ую информацию Вы можете получить в 000 «ВАЛЕАНТ», s2, Россия, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5, тел./факс +7 495 510 28 79 www.valeant.com

BAUSCH+LOMB





ПРЕДСТАВЛЯЮТ

ЯПОНСКОЕ КАЧЕСТВО



Устройство для интраокулярной коррекции зрения **Sert* модель 251



- в инжекторе для имплантации
- идеальная оптика
- самый острый край
- реальный разрез 2,2 мм и менее

www.surgix.ru

info@surgix.ru



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

Подписной индекс: 15392 www.aprilpublish.ru