

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№ 4 (24) ИЮЛЬ-АВГУСТ 2014

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

СОВМЕСТНЫЕ УСИЛИЯ РАДИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ

V Научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием «Восток – Запад»

5-6 июня 2014 года в Уфе в пятый раз прошла научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием «Восток-Запад». В форуме приняли участие более 700 ученых-офтальмологов, практикующих врачей и организаторов здравоохранения из тридцати регионов России. В столицу Республики Башкортостан также приехали наши коллеги из Австрии, Швейцарии, Японии, США, Германии, Италии, Индии, Вьетнама, Украины, Казахстана и Узбекистана.

В качестве организатора конференции выступил ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней



Академии наук Республики Башкортостан». Мероприятие проводилось при содействии Академии наук Республики Башкортостан, Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, Общества офтальмологов России, Ассоциации руководителей офтальмологических клиник России, Российского глаукомного общества и Межрегиональной общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов».

В своем приветственном слове на церемонии открытия директор УфНИИ глазных болезней, д.м.н., профессор М.М. Бикбов подчеркнул, что название научного форума выбрано не случайно. Республика

> стр. 12

Современные технологии лечения патологии роговицы

XII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Федоровские чтения – 2014»

Традиционно в начале лета в Москву в ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» съезжаются офтальмологи из различных уголков нашей страны, а также из стран ближнего и дальнего зарубежья. В этом году оргкомитет решил сузить тематику «Федоровских чтений» и посвятил конференцию одной проблеме — лечению патологии роговицы. По нашим наблюдениям, все чаще организаторы научных мероприятий стали отдавать предпочтение монотематическим конференциям. Подобный формат позволяет участникам познакомиться



Профессор А.М. Чухраёв, профессор Ричард Эббот, профессор Б.Э. Малюгин

с мнением ведущих отечественных и зарубежных специалистов, а также молодых ученых, принять участие в дискуссиях, докопаться до тонкостей проблемы, получить более полную информацию по теме. В наших репортажах мы прямо или косвенно, ссылаясь на мнение ведущих специалистов, отмечали, что часто крупные конференции грешат «всеядностью», что отчасти отражается на их качестве. «Невозможно сотни раз в году обсуждать что-то новое, — так считает академик РАН, профессор С.Э. Аветисов, — надо

> стр. 18

Выставочно-образовательный проект «День зрения – 2014»

В конце мая 2014 года в плотном календаре офтальмологических мероприятий появилось новое событие, которое сразу привлекло внимание офтальмологов и оптометристов из регионов Поволжья и специалистов ведущих российских офтальмологических и оптических изданий. Проект «День зрения – 2014», организованный «Учебным центром повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии» с партнерами продолжили серьезную работу в регионах. Мероприятие 2014 года было организовано с целью повышения образовательного уровня практикующих врачей и оптометристов.



В прошлом году организаторы провели выездные заседания в Краснодаре, Ростове, Хабаровске, Владивостоке. «День зрения – 2014» собрал на борту теплохода «Октябрьская революция» практикующих врачей-офтальмологов, медиков и организаторов здравоохранения. Участники проекта в городах Нижний Новгород, Чебоксары, Казань, Самара, Саратов, Волгоград имели возможность познакомиться с актуальными направлениями диагностики и лечения рефракционной патологии, очковой и контактной коррекции. Выставочно-образовательный проект «День зрения – 2014» —

> стр. 3

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



Офтальмологи и оптометристы: каждый должен заниматься своим делом

Интервью с профессором А.В. Мягковым > стр. 7



Оптическая коррекция — сродни искусству

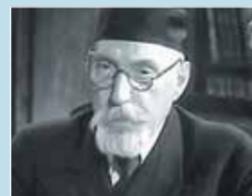
Интервью с к.м.н. М.А. Трубиной > стр. 10

ЛЕКЦИИ

Современные направления селективной замены пораженных слоев роговицы при кератопластике

Б.Э. Малюгин > стр. 22

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Воспоминания об академике В.П. Филатове > стр. 26

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Новый шаг в эффективности и безопасности лечения глаукомы > стр. 30

Антибактериальная терапия в офтальмологии. Просто, как раз-два-три > стр. 33

Также в номере:

В помощь практикующему врачу > стр. 28

Лекции > стр. 34, 35

Научные статьи > стр. 36, 42, 44

Эссе > стр. 46

Психология личности > стр. 47

К незримому солнцу > стр. 49

Записки американской медсестры > стр. 51

Российский национальный исследовательский медицинский университет — первый международный медицинский вуз России

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова включен в перечень университетов, которым разрешено зачислять абитуриентов на основании сдачи международного письменного теста IMAT (International Medical Admissions Test — Международного теста для желающих обучаться профессии врача).

РНИМУ им. Н.И. Пирогова в числе небольшого количества зару-



бежных вузов (среди которых Кембридж и Оксфорд) предоставлено право принимать IMAT уже

в сентябре 2014 года у граждан РФ, а с 2015 года — у граждан, проживающих на территории СНГ. Сдав такой экзамен в РНИМУ и начав обучение, студент может претендовать на перевод и продолжение обучения в любом из университетов, входящих в данную программу.

Таким образом, с начала академического 2014 года РНИМУ им. Н.И. Пирогова полностью готов для работы в рамках программы получения студентами одновременно

двух дипломов — диплома Российской Федерации и диплома университета, с которым заключен договор в стране, входящей в состав Европейского Союза.

С сентября 2014 года для студентов открывается возможность обучаться по специальности «Лечебное дело» в РНИМУ им. Н.И. Пирогова и Миланском Университете одновременно. С сентября 2015 года и далее эта программа предусматривает обучение по специальности

«Медицинская биофизика», «Медицинская биохимия», «Медицинская кибернетика» параллельно в РНИМУ им. Н.И. Пирогова и Туринском или Венском технических Университетах. Далее количество вузов — партнеров по программе двух дипломов — будет увеличиваться. Достигнуты принципиальные соглашения с Берлинским Университетом им. Гумбольдта и Университетом Восточной Финляндии.

www.rosminzdrav.ru

Федеральные клиники получат деньги до конца года

Правительство приняло решение о предоставлении федеральным клиникам дополнительных средств из нормированного страхового запаса ФФОМС на оказание медицинской помощи в 2014 году. Учреждения, подведомственные Минздраву, получат до конца года еще 14,4 млрд рублей.

Правительство РФ утвердило правила, устанавливающие механизм увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на 2014 год, Минздраву, ФМБА, ФАНО, Минтруду и Управлению делами Президента России за счет средств нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС. Деньги пойдут на финансирование оказания федеральными государственными учреждениями медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, а также высокотехнологичной медицинской помощи.



Размер предоставляемых ФФОМС межбюджетных трансфертов составит 24,54 млрд рублей. За счет этих средств планируется оказать специализированную медицинскую помощь 456,6 тысячам пациентов, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь — 66 тысячам пациентов.

Минздраву выделяется 14,4 млрд руб., Минтруду — 0,17 млрд руб., ФМБА — 5,7 млрд руб., ФАНО — 3,9 млрд руб., Управлению делами Президента России — 0,37 млрд руб.

Как отмечается в постановлении правительства, для стимулирования федеральных государственных учреждений к повышению эффективности использования своего кадрового потенциала и кооперации с фондами устанавливаются предельные максимальный (0,95) и минимальный (0,85) значения коэффициента использования ресурсов.

Напомним, в 2014 году финансирование федеральных клиник сократилось на 35-40%. Правительство пообещало столкнувшимся с трудностями учреждениям обеспечить дополнительное финансирование из Федерального фонда ОМС в середине года. Предполагается, что в 2015 году в бюджете Федерального фонда ОМС появится новый «субъект» — клиники федерального подчинения. Они будут финансироваться отдельной строкой. www.zdrav.ru

Счетная палата обнаружила значительную региональную вариативность тарифов ОМС

По итогам проверки выполнения программы бесплатного оказания медпомощи в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) Счетная палата констатировала, что стоимость медицинских услуг значительно варьируется в зависимости от региона. Об этом пишет «Российская газета».

По словам аудитора Александра Филиппенко, в 2013 году стоимость вызова скорой медпомощи в Тамбовской области составила тысячу рублей, в Северной Осетии —

3,5 тысячи. Ценообразование на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) тоже сильно различается, что объясняется практикой каждого региона самостоятельно формировать тарифы ОМС. Так, например, стентирование коронарных артерий в Липецкой области оценили в 45082 рубля, что в три раза дешевле, чем в соседней Тамбовской области — 159373 рубля, а химиотерапия в Красноярском крае (83112 рублей) в 2,8 раза дороже, чем в Алтайском крае (28853 рубля). Посещение врача-онколога

в Костроме стоит 750 рублей, а в Челябинске — 250 рублей.

Счетная палата также отметила, что россияне стали больше тратить на платную медицину. Объем платной медпомощи увеличился на 14 млрд рублей. Выявлен рост на 12% больных, пролеченных в стационарах платно. Наибольший рост платных услуг отмечен в Москве, Санкт-Петербурге, Республике Татарстан», — отметил Александр Филиппенко.

remedium.ru

Около 63% врачей испытывают синдром профессионального выгорания

Одним из важнейших факторов формирования соматической патологии у врачей является профессиональный стресс, подтверждающий данные исследования, проведенного кафедрой внутренних болезней №1 РостГМУ, в котором приняли участие 700 врачей, работающих в Ростовской области. Результаты исследования приводит газета «Медицинский вестник».

Участники опроса были условно разделены на три группы: 1 —

врачи федеральных, областных ЛПУ и клиник РостГМУ, 2 — врачи городских и муниципальных ЛПУ области, 3 — врачи сельских ЛПУ.

Как показало исследование, стресс на работе испытывают 51% женщин и 49% — из 3-й. В то же время стрессу подвержены 62-63% врачей-мужчин во всех трех группах.

Как отмечают авторы исследования, одним из проявлений постоянного стресса становится синдром

профессионального выгорания. По данным исследования, признаки этого синдрома имеют 63% врачей. «Выгорание» на работе выражается в негативном и даже скрыто-агрессивном отношении медработников к пациентам, уходе от общения с ними, безразличии к результатам работы, нежеланию выполнять свои обязанности и в итоге в снижении качества оказываемой медицинской помощи.

www.ria-ami.ru

Выставочно-образовательный проект «День зрения – 2014»

Вместо пролога

Два брата неземных,
два чудотворных глаза
Всегда передо мной.
Искусный серафим
Их сплавил из огня, магнита
и алмаза,
Чтоб, видя свет во тьме,
я следовал за ним.
Два факела живых!

Шарль Бодлер

< стр. 1

это знаковое событие в мире офтальмологии; формат мероприятия отвечает потребностям специалистов, которые стоят на переднем рубеже борьбы с близорукостью, дальнозоркостью, катарактой, глаукомой и другой глазной патологией. У проекта есть поддержка ведущих специалистов регионов, которые с большим вниманием, интересом относятся к деятельности организаторов и готовы им помогать в будущем.

Программа научно-практической конференции «День зрения-2014» была предельно насыщенная. Ежедневно читались лекции, проводились мастер-классы: «Алгоритм подбора прогрессивных линз» (лектор — Н.А. Бакалова, врач-офтальмолог, медицинский консультант по линзам для очков «INDO»), «Контактная коррекция пресбиопии: как достичь успеха. Модифицированный моновижн, мультифокальный МКЛ» (лектор — В.В. Булгаков, Alcon Vision Care), «Коррекция астigmatизма контактными линзами. Секреты простого подбора» (лектор — Н.В. Кузьмина, Alcon Vision Care), «Подходы к коррекции пресбиопии с позиций лечения инволюционных заболеваний глаз» (лектор — А.И. Деревянченко, главный врач ООО «Ликонт»). В каждом городе открытию научной конференции предшествовало костюмированное представление: молодые люди, переодетые в пиратов, весело встречали гостей на пиресе, а на палубе теплохода девушки в традиционных костюмах «русской красавицы» с хлебом-солью приветствовали гостей и провожали

27 мая – 2 июня, теплоход «Октябрьская революция»

Маршрут: Нижний Новгород, Чебоксары, Казань, Самара, Саратов, Волгоград.

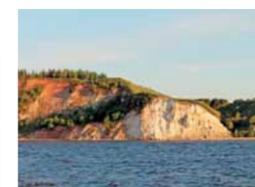
Организатор: Негосударственное образовательное частное учреждение дополнительного профессионального образования «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии» (НОЧУ ДПО «УЦ ПК МОИО»).

Партнеры: «Stormoff Group of Companies», «Окей Вижн», «Оптимашсервис», «Виста Оптикал», Alcon, «Медстар», «Фармстандарт», «Биоклиник», «Урсафарм».

Цель проекта: учебно-методическая поддержка региональных врачей, оптометристов поликлиник, оптик, частных и государственных клиник.



«День зрения – 2014» стартовал



«...течет река Волга»



Казань



Нижний Новгород



Чебоксары



Самара

Multifocal Toric: особенности отбора пациентов» и «Тонметрия: скрининг и мониторинг» провели модераторы из ФБГУ «НИИГ» РАМН С.В. Вострухин и к.м.н. А.А. Антонов. Рабочий день конференции заканчивался ежедневным показом новых коллекций медицинских и солнцезащитных очков. В каждом городе открытию научной конференции предшествовало костюмированное представление: молодые люди, переодетые в пиратов, весело встречали гостей на пиресе, а на палубе теплохода девушки в традиционных костюмах «русской красавицы» с хлебом-солью приветствовали гостей и провожали

их в читальный салон теплохода, переоборудованный на время мероприятия в конференц-зал. В городах пребывания перед участниками конференции с программными лекциями выступали известные ученые-офтальмологи. В Чебоксарах с лекцией «Фемтосекундные технологии в хирургии роговицы» выступил профессор Н.П. Паштаев, директор Чебоксарского филиала ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» (интервью с профессором Н.П. Паштаевым читайте в ближайшем номере газеты «Поле зрения»). Казанскую школу офтальмологов представляла к.м.н. Э.А. Абдулаева (кафедра

офтальмологии КГМА ГАУЗ РКОВ МЗ РТ), ее лекция «Многочисленная хориоидальная неоваскуляризация» вызвала большой интерес участников семинара. В Самаре главный офтальмолог Самарской области, главный врач Самарской клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ершовского, профессор А.В. Золотарев рассказал о новых возможностях эффективного скрининга глаукомы в Самаре и Самарской области. С большим интересом слушатели конференции заслушали программный доклад профессора А.В. Золотарева, посвященный роли дисакомодационного компонента в патогенезе

Вниманию читателей газеты «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ»

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

В августе 2014 г. в издательстве «АПРЕЛЬ» вышла в свет книга

«История офтальмологии в лицах, событиях, очерках»

Составители Н.С. Ярцева, кафедра офтальмологии МГМСУ; Е.Э. Луцевич, ФГБУ «НИИГ» РАМН.

Книга издана при поддержке Московского научного общества офтальмологов, Глазного центра «Восток-Прозрение», Офтальмологического центра Кнояловова.

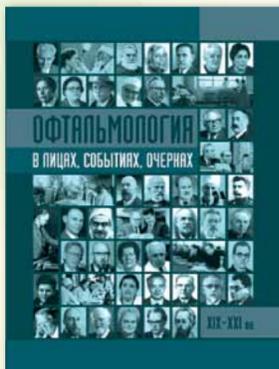
«Глубокоуважаемый читатель!

Перед Вами — необычная книга, уникальный труд, выполненный руками и согретый сердцем главным образом всего лишь одного автора-добровольца, солдата армии офтальмологии Нонны Сергеевны Ярцевой. Эту книгу можно рассматривать как современную офтальмологическую библиографическую энциклопедию, захватывающую 3 века, начиная с конца XIX и включая начало современного XXI века...»

Председатель Московского общества офтальмологов, академик РАН, профессор С.Э. Аветисов

«В книге мы рассказываем о некоторых выдающихся российских и зарубежных офтальмологах далекого и недавнего прошлого, чьи заслуги в развитии науки трудно переоценить. Именно они создали научный базис, без которого современное развитие офтальмологии было бы невозможно. Значительная часть книги посвящена современным ученым, врачам, благодаря которым отечественная наука пока еще сохраняет передовые позиции в мире...»

Н.С. Ярцева



ISBN 978-5-905212-41-3
424 стр. Твердый переплет. Ч/б илл.
Тираж 500 экз.
По вопросам приобретения обращаться по тел.: +7 (916) 160-93-43 Иван Сергеев

Издательство «АПРЕЛЬ» готовит 2 издание, дополненное и переработанное. Планируемый срок выхода — 2015 г. Приглашаем к сотрудничеству врачей-офтальмологов. Подробную информацию читайте на www.aprilpublishl.ru

Huvitz

Refraction System

- ♦ Авторефрактометр HRK -8000 с технологией анализа волнового фронта
- ♦ Проектор знаков НСР -7000 со светодиодным освещением
- ♦ Электронный фороптор HDR-7000 с операционной панелью управления

Stormoff®

group of companies

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



М.С. Баяв, проф. Н.П. Паштаев,
Ю.А. Арефьева, к.м.н. А.Р. Хурай



К.м.н. Э.А. Абдулаева
(Казань)



Профессор А.В. Золотарев
(Самара)



К.м.н. А.А. Антонов
(Москва)



Профессор А.В. Мягков
(Москва)



А.И. Деревянченко
(Волгоград)

вблизи, которая не компенсируется однофокальной коррекцией — в назначении прогрессивных очковых линз (PAL) с большими параметрами аддидации, чем в линзах для поддержки аккомодации. М.А. Трубилина также провела мастер-классы «Важность полной коррекции аметропии».

О перспективах развития ортокератологии рассказал к.м.н. А.Р. Хурай, главный врач компании «Доктор Линз» (интервью с А.Р. Хураем читайте в ближайшем номере «Поля зрения»). Лектор представил список диссертационных работ, авторы которых подтвердили замедление прогрессирования миопии в результате использования ортокератологических линз. Торможение миопии зависит от возраста пациента, и чем раньше начинается процедура, тем эффективнее результат. А.Р. Хурай описал механизм действия процедуры, перечислил абсолютные и относительные противопоказания. По мнению докладчика, безопасность

ортокератологии находится в пределах, принятых в мировой практике контактной коррекции зрения.

В лекции «Офтальмотонометрия в оптическом салоне» к.м.н. А.А. Антонов (ФГБУ «НИИГБ» РАМН) предостерег врачей и оптометристов от ошибок при тонометрии. Это — сжатие век; задержка дыхания или симптом Вальсальвы; давление на глазное яблоко; действие экстраокулярных мышц; тугой воротничок или галстук; ожирение; нарушение калибровки тонометра; высокий роговичный астигматизм; слишком тонкая роговица, в том числе после кераторефракционных операций; чрезвычайно толстая роговица; патология или отек роговицы; рубцы роговицы, в том числе и после радикальной кератотомии; технические ошибки.

Главный врач ООО «Ликонт» А.И. Деревянченко представил на суд слушателей доклад «Пресбиопия как основная причина развития инволюционных состояний

глаза» (интервью с А.И. Деревянченко читайте в ближайшем номере «Поля зрения»). По мнению автора, пресбиопия является одной из главных причин развития инволюционных изменений глаза. Единственно правильной коррекцией пресбиопии с этих позиций является мультифокальная коррекция — прогрессивные очки или мультифокальные контактные линзы. Мультифокальная коррекция пресбиопии должна быть одним из главных составляющих в лечении имеющихся инволюционных изменений глаза, т.к. обладает лечебным эффектом. Профилактический эффект мультифокальной коррекции пресбиопии заключается в сдерживании развития инволюционных изменений глаза. С этих позиций назначение мультифокальной коррекции должно начинаться как можно раньше (при зрительной нагрузке фактически с 30-35 лет, когда запас относительной аккомодации менее 3,0 дптр). А после 55 — должно использоваться для всех людей независимо от зрительной нагрузки, особенно для «бытовой дистанции» — до 2 м. Коррекция пресбиопии обязательно должна сопровождаться терапией, направленной на улучшение трофики глаза. Таким образом, автор приходит к следующему выводу: при пресбиопии необходима мультифокальная коррекция; важное значение имеет улучшение трофики глаза; обязательный характер должно иметь исследование на выявление заболеваний глаза, ассоциированных с активными формами кислорода: ПВХРД, глаукома, катаракта, ВМД, синдром «сухого глаза». Подбор коррекции при пресбиопии является самым сложным в силу возникающего в этом возрасте обратного астигматизма, гиперметропии или миопии, гетерофории, которые частично или полностью носят временный характер и соответственно не требуют коррекции.

В настоящее время в связи с широким использованием мягких контактных линз для коррекции аметропии появляется все большее число больных с синдромом «сухого глаза». Частота ССГ у пользователей МКЛ значительно выше среднестатистической. У пациентов с миопией при постоянной коррекции зрения контактными линзами наблюдается изменение показателей слезопроизводства. Старший преподаватель «Академии медицинской оптики и оптометрии» Е.И. Демина считает, что определяющим фактором для профилактики возникновения синдрома «сухого глаза» у носителей контактных линз является правильный выбор врачом-контактологом типа контактной линзы для каждого конкретного пациента (характеристика полимера, кислородная

Главный офтальмолог Самарской области, главный врач Самарской клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ершовского, профессор А.В. Золотарев

В странах Запады оптометристов полномочия существенно выше, чем у нас в стране. С моей точки зрения, это правильно. Правда, эту позицию разделяют не все руководители офтальмологической службы. Смотрите, что происходит: в салоны оптики приходят много людей исключительно по собственной инициативе, поэтому здесь могло бы возникнуть полезное сотрудничество оптометристов с офтальмологами, например, по проблеме скрининга глаукомы. Более того, исследования по проблеме глаукомы могли бы оплачиваться из фонда ОМС, что пошло бы на пользу как оптическому салону, так и офтальмологической службе в целом. Однако эта идея не находит поддержки у офтальмологического руководства. Во всем мире соотношение офтальмологов и оптометристов 1:6, 1:4, в худшем случае 1:2, и значительная часть работы, от которой буквально задыхаются офтальмологи, могла бы выполняться оптометристами. Но, к сожалению, этого не происходит. Я неоднократно говорил с организаторами нашего здравоохранения, но их точка зрения пока неоднозначна. Если нам удастся изменить ситуацию, я буду только очень рад.

проницаемость, смачиваемость поверхности контактной линзы, модуль упругости, гладкость поверхности, дизайн контактной линзы). Применение препаратов, стабилизирующих слезную пленку, и слезозаменяющих симтоматических растворов существенно уменьшает симптомы «сухости глаз» у носителей контактных линз, повышает комфортное ношение МКЛ.

Условия успешной адаптации к прогрессивным линзам в лекции обозначил Н.А. Макуха, врач-офтальмолог, медицинский консультант по линзам для очков «INDO» (интервью с Н.А. Макухой читайте в ближайшем номере «Поля зрения»). О тонкостях подбора мультифокальных и торических контактных линз рассказал к.м.н. В.В. Булгаков (Alcon Vision Care).

Объективные методы определения рефракции, в частности, авторефрактометрия и динамическая ретиноскопия, были рассмотрены к.м.н. Ю.А. Арефьевой (Stormoff). Лекцию «Щелевая лампа + краситель» — все, что необходимо для диагностики повреждений роговицы при ношении контактных линз» представил слушателем профессор А.В. Мягков, директор «Академии медицинской оптики и оптометрии».

Программа проекта «День зрения – 2014», кроме лекций и теоретических занятий, включала практические занятия, демонстрирующие работу оборудования компании Stormoff. Вниманию оптиков сотрудник компании Д.А. Кузьмин представил трехмерную бесшаблонную систему для обработки линз (Huvitz, Южная Корея), О.Д. Стоянов — технологию обработки очковых линз из различных материалов.

«Hands-on» тренинг на портативных системах Accutome и ультразвуковые методы исследования в диагностике патологии переднего и заднего сегментов глаза провели Олег Шаталов, представитель компании Accutome (США), и А.Ю. Трощенко (Stormoff). Мастер-класс «Расчет ИОЛ: ультразвуковая и оптическая биометрия» провели О.Д. Шаталов (Accutome, США) и С.В. Резвых (Stormoff).

Главный врач компании «Доктор Линз», кандидат медицинских наук А.Р. Хурай

Организаторы прекрасно справились со своей задачей. Обычно для участия в научных конференциях докторам приходится ездить в другие города, например, из Казани в Москву. Такие поездки стоят довольно дорого, врачи вынуждены надолго отрываться от больных. Поэтому часто они предпочитают вообще никуда не ехать. А теплоход — это плавающая библиотека, центр информации. Люди поднялись на борт, в течение одного дня узнали много нового, и вооруженные знаниями по новейшим методикам в офтальмологии, вернулись домой. Я думаю, проект имеет прекрасное будущее и его необходимо продолжать.



Н.А. Макуха, медицинский консультант по линзам для очков «INDO» (Москва)



С.В. Вострухин (Москва)



Н.В. Кузьмина
(Alcon Vision Care, Москва)



В.В. Булгаков
(Alcon Vision Care, Москва)



Н. Соловьев, С.В. Резвых,
Д. Безматерных



О.Д. Шаталов проводит практическое занятие



Д.А. Безматерных,
Е.В. Тарасова (ООО «Кронос», Нижний Новгород)



Сванс «живой оптометрии» проводят
С.В. Резвых, к.м.н. М.А. Трубилина

Редакция «Поле зрения» обратилась к сотрудникам компании Stormoff с просьбой познакомиться с некоторыми приборами, представленными для практических занятий.

«День зрения – 2014» — это дополнительный шанс помочь клиникам оптимизировать работу.

Сергей Резвых, специалист по клиническому применению медицинской оборудования (хирургия, катарактальная хирургия, электрофизиология) компании Stormoff.

Каждый день мы проводим семинар на тему «Расчет ИОЛ: ультразвуковая и оптическая биометрия». Основная цель — показать современные возможности ультразвука и оптических методов измерения структуры глаза для расчета оптической силы интраокулярной линзы. Семинар разделен на два блока: ультразвук, как более старая технология, и оптический метод, быстрый и простой, но, к сожалению, он не работает в 100% случаев. Во время занятий

мы используем ультразвуковое оборудование Accutome (США), оптическую биометрию проводим на биометре последнего поколения швейцарской компании Haag-Streit. Основная задача биометра — рассчитать оптическую силу линзы на основе определенных формул. Современные формулы расчета предельно точны, но требуются требования к параметрам глаза, и прибор позволяет собрать все необходимые параметры.

Самое сложное — показать врачам наиболее распространенные трудности в работе с оборудованием.

Николай Соловьев, продакт-менеджер по щелевым лампам, оборудованию для рефракционной хирургии компании Stormoff.

Аппарат позволяет обеспечивать бесконтактную объективную съемку. Первоначально биометр был сделан для нужд катарактальной хирургии. По идее, ультразвуковой прибор и биометр должны стоять вместе, т.к. у оптического прибора существуют определенные ограничения по физике. Катаракта — это помутнение хрусталика, которое достигает значительного уровня, что делает невозможным применение оптического метода. Однако в сентябре 2013 года компания представила биометр с режимом для плотных катаракт, именно то, что необходимо российскому рынку. Однако ограничения все равно существуют, т.к. физику не обманешь.

Мы в ответе за врачей, которые будут работать на этом оборудовании, и за пациентов. Речь идет о хирургии, и ошибка этого прибора равнозначна ошибке хирурга во время операции. Вся работа по установке оборудования и обучению специалистов проводят наши сотрудники. Мы приезжаем в клинику, читаем вводную лекцию по методам расчета, по типам приборов, где они совместимы, где — нет, можем подсказать, расчет какой линзы в точке зрения техники будет сделан точнее. На второй день прибор уже работает в клинике на приеме пациентов. Врачи совершенствуют навыки работы на приборе, доводя ее до автоматизма. Во время работы,



Во время проведения мастер-класса для оптиков



И. Савельева, Л. Кашкаркина, Ю. Вахрамеева
(Оптика «Кронос», Саров)



Участники проекта во время занятий



Г.Е. Соловьева (клиника «Прозрение», Нижний Новгород)

естественно, возникают вопросы, которые мы совместно решаем. Самое сложное — показать врачам наиболее распространенные трудности в работе с оборудованием.

В январе 2012 г. мы продали первый такой прибор, с тех пор общее количество проданных приборов превысило 40 штук, из них около 10 продано, начиная с января 2014 г. Клиники берут по 2-3 аппарата, т.к. его с успехом можно применять и в ортокератологии, для работы с детьми при измерении ПЗО, чтобы понять прогрессивно миопию, естественно, с катарактой. Во многих клиниках на приборах работают медицинские сестры, его ставят работ с тонометром и авторефрактометром в кабинете первичной диагностики. Прибор практически не имеет физического износа, за все время у нас был только один сервисный выезд.

Нынешний семинар — это дополнительный шанс помочь клиникам оптимизировать работу. Мы придерживаемся правила бывать в наших клиниках не реже одного раза в год, чтобы решать возникающие вопросы. Кроме того, наша политика и политика компании Haag-Streit — бесплатное программное обновление. Компания примерно раз в полгода выпускает на рынок новую версию программы, и если раньше использование этих опций раньше стоило 2500 евро в год, теперь они даются бесплатно.

Сергей Резвых: В отличие от выставок, где сплошная суматоха и нет времени подробно рассказать о приборе, здесь, на беседе с нами получают ответы на все интересующие их вопросы.

Николай Соловьев: Радует регламент семинара, он свободный и гибкий, и люди, приходящие к нам, знают, как с максимальной пользой потратить свое время.

— Перед вами не стоит задача успеть посетить своих клиентов в городах по маршруту теплохода?

Сергей Резвых: Каждый сам решает, если есть время и потребность. Наши сотрудники уже ездили в клиники, где стоят наши приборы, в Нижнем Новгороде, Казани и в Чебоксарах. Формат конференции предоставляет возможность общения с докторами в клиниках.

Николай Соловьев: Щелевая лампа — один из старейших приборов, который находится в распоряжении у офтальмолога. Они появились в 1856 г., с тех пор неоднократно модифицировались, и в середине XX века мы получили щелевые лампы именно в том виде, в котором они существуют до сих пор. В течение уже почти 60 лет конструктивные изменения не носят глобального характера. Щелевые лампы можно разделить на 2 типа: тип Zeiss с нижним осветителем и тип Haag-Streit с верхним осветителем. На семинарах мы представляем щелевую лампу типа Zeiss, т.к. мы в первую очередь рассчитываем на врачей, работающих в оптиках, которые в большинстве своем привыкли работать на российском и украинском щелевых лампах с нижним осветителем. В клиниках предпочтение отдается верхним осветителям, т.к. они позволяют сделать более точную регулировку.

Первый подобный семинар мы провели в 2013 г. на «Федоровских чтениях» в рамках конференции молодых ученых, и удивительно, что вокруг нашего стенда собралась толпа

Главный врач ООО «Ликонт»

А.И. Деревянченко

Совершенно очевидно, проект интересен. Это видно по тому, какая многочисленная аудитория собирается на лекциях и мастер-классах. Мне впервые пришлось участвовать в подобном мероприятии, выступать с лекциями в различных городах, я вижу заинтересованность участников. Моя основная задача в этом проекте — рассказать людям о наших работах, поделиться информацией, найти сторонников, достучаться до людей, сказать, что некоторые вещи нужно делать по-другому, и не просто рассказать, а постараться сделать это настолько убедительно, чтобы люди начали это делать.

врачей, в то время как большинство стендов еще не приступили к работе. Поэтому необходимость проведения семинара на теплоходе была очевидной. Технологию дешевле, фотоаппараты уже не стоят сумасшедших денег, растет качество изображения. Вместе с Сергеем Вострухиным из НИИ ГР РАМН мы сделали небольшую презентацию фотографий различных структур глаза, собранных по типу атласа.

Сегодня на рынке можно встретить много непрофессиональных решений, которые не позволяют достичь максимума, но даже в щелевых лампах китайских производителей используется неплохая оптика, а уже не говорю о продукции корейских, а тем более японских, швейцарских и немецких компаний. Вопрос заключается в навыках работы с фотоаппаратом и, главное, в наличии дополнительных модулей. Я видел фотокомплекты, у которых спуск затвора осуществляется шелковым мышкой в компьютере, видел лампу, которая управляется педалью, что тоже не совсем удобно. Обязательно должна быть фоновая подсветка, как у лампы Huvitz, желательна вспышка, к сожалению, фотощелевая лампа со вспышкой сейчас только одна — Haag-Streit BX 900, на которой сделаны эти фотографии.

Директор Чебоксарского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор Н.П. Паштаев

Проект фактически охватывает несколько регионов; закладывая информацию здесь, вы фактически захватываете большое информационное поле, которое распространится на всю Россию. Как видите, Волга объединяет людей разных городов, разных профессий, дает хорошие основания на дальнейшие перспективы. На первый взгляд, что может быть общего между оптометрией и фемтосекундными лазерами, о которых я говорил в своей лекции? Я считаю, специалисты, работающие в оптометрии, обязаны знать все варианты лечения, как старые, традиционные, так и самые передовые, это пойдет на пользу всем и, в первую очередь, самому пациенту.

ОКУС

Мировые лидеры в оптометрии

STERIMEDIX

Специализация в оптометрии

В ФОКУСЕ КАНЮЛИ
В ФОКУСЕ РАЗНОЕ

Сделано в Великобритании

8 (495) 646-72-51 info@focus-m.ru www.focus-m.ru

На правах рекламы.

По аналогии с «живой хирургией» мы постарались сделать «живую оптометрию».

Данила Безматерных, эксперт отдела офтальмологии компании Stormoff.

Я занимаюсь диагностическим оборудованием, которое применяется в оптических салонах, это — авторефрактометры, тонометры, фороптеры, диоптриметры, целевые лампы, т.е. все, что необходимо для подбора очков и проведения первичной диагностики пациента. Здесь мы представляем оптометрическую систему Huvitz, на которой проводятся практические занятия. По аналогии с «живой хирургией» мы постарались сделать «живую оптометрию».

— Впервые мы увидели «живую оптометрию» на конференции в Ярославле.

Сергей Резвых: Это хорошая практика привлечь максимальное количество людей, находящихся в зале, к практическому изучению материала, чтобы все было видно и понятно. Здесь мы решили повторить успех ярославской школы. Мария Александровна Трубилина прекрасно продемонстрировала достоинства этой системы, просто и понятно объясняла, как правильно действовать при подборе контактных линз.

Данила Безматерных: Со стороны было хорошо заметно, с каким интересом люди

слушали объяснения докладчика, с каким вниманием следили за манипуляциями врача, транслируемыми на большой экран.

В нашей стране комплекс пока еще не слишком популярен, но все больше оптических салонов и даже клиник проявляют к нему интерес. Суть его работы заключается в том, что все приборы объединены вокруг «сердца», электронного фороптера. Значительно ускоряется процесс сложной коррекции по сравнению с механическим фороптером, вместо 40-50 минут процедура займет всего 15 минут, при этом погрешность сведена к минимуму.

— В чем причина непопулярности комплекса?

Причина в цене электронного фороптера, которая составляет едва ли не половину стоимости всего комплекса. По идее, без электронного фороптера можно обойтись, поэтому, открывая новый оптический салон, не все предприниматели готовы выкладывать такие деньги, предпочитая сэкономить на начальном этапе. Однако в последнее время мы наблюдаем постоянный рост продаж.

Мы делаем одно дело — помогаем врачам, врачи помогают пациентам. Я считаю, что это очень важно.

Олег Шаталов, представитель компании Accutome (США).

Наша компания производит ультразвуковое диагностическое оборудование, биометры, А-сканеры аппарата УЗИ. Компания Stormoff предложила мне провести семинарные занятия по биометрии и УЗИ. Интерес врачей в России к нашему оборудованию высок, ультразвуковые технологии развиваются в последнее время очень быстро. Прибор А-сканер — это ультразвуковой биометр для измерения осевой длины глаза и расчета ИОЛ. В-сканер UBM для исследования переднего и заднего сегментов глаза — ультразвуковое диагностическое оборудование для исследования различных сред в глазу.

— В чем заключаются преимущества оборудования Accutome?

Чтобы работать на этом оборудовании, врач должен быть знаком с ультразвуком в целом, существуют дополнительные курсы повышения квалификации для того, чтобы

уметь определять патологии. Одно из ярких преимуществ наших аппаратов заключается в том, что их разрешение считается самым высоким на офтальмологическом рынке, вторых — портативность, мы постарались сделать оборудование максимально компактным, благодаря этому мы смогли снизить цены. Практически каждый врач может позволить себе иметь диагностическую линейку в клинике, и он должен ее иметь для полного анализа.

Оборудование больше рассчитано на офтальмологов, работающих в клиниках: на хирургов, занимающихся катарактой, а также проблемами в стекловидном теле — это основное направление. Однако и оптометристы приобретают В-сканеры для дополнительных анализов.

К сожалению, некоторые врачи не владеют всеми техниками сканирования, наша задача восполнить этот пробел, чтобы они максимально правильно могли использовать

установку и получить правильную информацию, чтобы использовать эту информацию для диагностики.

— Я знаю, что Вы из Санкт-Петербурга, долгие годы работали в России, теперь работаете в Соединенных Штатах...

Изначальное отношение к эмигрантам в США всегда немного настороженное, но если ты хорошо работаешь, ты можешь добиться всего. Американцы в целом очень трудолюбивый народ, работают в среднем по 60-70 часов в неделю, без выходных, совмещают два места работы. Все понимают, если будешь работать, будешь иметь все. Атмосфера в стране очень доброжелательная, несмотря на политические конфликты, люди очень позитивны, чувство сострадания — на высочайшем уровне. Когда я только приехал, мне даже не верилось, что они искренни в своих чувствах и улыбаются от души, а «не за деньги». С детства американцам прививают чувство сострадания, готовность помочь в сложной ситуации. Существует множество программ, люди вкладывают свои деньги, чтобы помочь другим, это очень развито среди американцев.

— Через что Вам пришлось пройти, чтобы оказаться на этой позиции в известной американской компании?

Я живу в Америке 11 лет и 10 лет работаю в этой компании, куда меня пригласили как специалиста по ультразвуку. Семь лет я занимался тем, что учил американских врачей работать на этом оборудовании и параллельно развивал направление международных продаж. Конкуренция всегда есть и будет, надо бороться.

— Уровня российского образования Вам хватало для работы в компании?

К сожалению, российское образование не конкурирует за рубежом, можно получить аккредитацию, но сразу рассчитывать на уровень, аналогичный тому, что имел в России, не приходится. Я окончил Ленинградский институт методик и техник управления (ЛИМТУ). По специальности я программист (информационные технологии, разработка баз данных), но по специальности никогда не работал.

— Вы не боялись уезжать?

Главное — желание работать. Языковой барьер вначале существовал, учил язык по книгам, до сих пор помню самоучитель Петровой. Много читал, писал исключительно по собственной инициативе. Пять лет назад я получил гражданство с единственной целью — не открывать визы во все страны, в которые я езжу.

— Компания довольна уровнем продаж в России?

Россия уже практически 3 года находится на первом месте по продажам, и руководство компании довольно тем, как идут дела на российском рынке.

— В связи с создавшимся положением на Украине не планирует ли руководство компании ввести ограничения на сотрудничество с Россией?

Пока никакого закона на этот счет не вышло и, надеемся, что не выйдет. Все компании понимают, что бизнес есть бизнес, и бояться этот бизнес потерять, а потерять они его смогут только в том случае, если запрет выйдет со стороны государства. Сегодня Соединенные Штаты не имеют дело с 4 странами: Куба, Северная Корея, Иран и Судан. В Иране последнее время ситуация стабилизируется, определенное оборудование уже можно продавать в медицинских целях, но для этого необходимо получить лицензию у государства, иначе будут применены очень серьезные санкции.

— Вы сделали правильный выбор?

Я не жалею ни о чем и всегда с радостью приезжаю в Россию. Мы делаем одно дело — помогаем врачам, врачи помогают пациентам, я считаю, что это очень важно.

Заведующий детским отделением клиники «Прозрение» (Нижний Новгород) А.В. Картавин

Доклады, касающиеся контактной коррекции, которую я мало знаю и только недавно начал изучать, понравились, но были и доклады, не представляющие для меня интереса. Кроме того, некоторые доклады, которые я бы с удовольствием послушал, совпадали по времени, и мне приходилось выбирать что-то одно. Больше других меня заинтересовал доклад профессора А.В. Мягкова на тему «Осложнений при ношении контактных линз. Что касается мастер-классов, я считаю, что они представляют значительный интерес для оптиков и оптометристов, для меня как врача мастер-классы были не очень важны. В проекте попытались совместить два направления: то, что необходимо оптометристам и второе — то, что необходимо врачам. Что интересно врачам, не интересно оптометристам, и наоборот. В целом офтальмологи и оптометристы занимаются общим делом, но у нас есть и разделение обязанностей.

— Как Вы считаете, можно объединить интересы врачей, занимающихся контактной коррекцией, и хирургов?

— Безусловно, можно. Врач, работающий в оптике, не всегда может решить проблему пациента. Тогда он должен направить пациента к другому врачу, который поможет в этой ситуации. Приведу пример: ребенку 17 лет, он не хочет носить очки, комплексует. По закону мы не имеем права его оперировать, так как еще рано, может измениться

Офтальмологи и оптометристы: каждый должен заниматься своим делом

Интервью с организатором выставочно-образовательного проекта «День зрения» (читайте репортаж на стр. 1), директором Негосударственного образовательного частного учреждения дополнительного профессионального образования «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии» (НОЧУ ДПО «УЦ ПК МОИО»), профессором Александром Владимировичем Мягковым

— Александр Владимирович, Вы — один из организаторов проекта «День зрения», почему Вы остановились именно на таком формате мероприятия?

— Симпозиум, который мы организуем совместно с академиком РАН, профессором С.Э. Аветисовым («Осенние рефракционные чтения»), довольно популярен: ежегодно нам удается собрать 500-600 человек — всех, кого интересует тема рефракции. После каждой конференции мы получаем многочисленные запросы на материалы выступлений лекторов. К сожалению, не все желающие могут принять участие в нашем симпозиуме по тем или иным причинам. Поэтому было принято решение организовать параллельный проект — раширажить нашу конференцию в различных городах страны. В прошлом году выездные заседания провели в Краснодаре, Ростове, Хабаровске, Владивостоке. Но это довольно сложно — приходится перемещаться из города в город, решать вопросы с билетами, проживанием и т.д. Мы, «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии», с партнерами решили изменить тактику: составили программу, график пребывания и работы в разных городах Поволжья. Для наших уважаемых лекторов эти 5-6 дней путешествия очень удобны — мы стараемся совмещать приятное с полезным, научную часть с познавательной. Кроме того, теплоход — это замкнутое пространство и подразумевает более тесное общение.

— Кто занимался составлением программы конференции?

— Я должен отдать должное нашим партнерам, компании Stormoff, и лично Юлии Аркадьевне Арефьевой — блестящему маркетологу, прекрасно знающей потребности рынка. Основная заслуга в формировании программы лекций, мастер-классов и спонсорских симпозиумов принадлежит ей. Мое мнение — программа получилась удачной, интересной.

— Какие лекции, на Ваш взгляд, вызвали наибольший интерес у оптометристов?

— Знаете, я был поражен тем количеством людей, которые пришли на семинар по прогрессивным очковым линзам, которые в последнее время пользуются все большей популярностью среди пациентов 35-70 лет. Контактная коррекция, к сожалению, ограничена возрастом, 45 лет — это предел. Большой интерес участники семинара проявили к темам, посвященным мультифокальным линзам. Я заметил, чем сложнее обсуждаемая проблема, тем больше слушателей участвует в ее обсуждении. Согласитесь, что выписать очки минус 1,0 — это несложно, другое дело, когда пациенту 40-45 лет — это уже проблема, потому что необходимо учитывать аккомодацию, конвергенцию и прочие факторы... Честно говоря, моя тема тоже вызвала живой интерес у аудитории («Токсико-аллергические осложнения при ношении контактных линз. Меры профилактики и лечения» — прим. ред.).

— Согласно, многие участники семинара в беседах с нами отмечали Ваше выступление. Я вспоминаю симпозиум «Осенние рефракционные чтения», который проходил в НИИ ГБ РАН, тема: «Миопия: болезнь или нарушение рефракции?» Академик РАН, профессор С.Э. Аветисов в своем выступлении сказал, что осложнения при ношении контактных линз сейчас сведены к минимуму, однако Вы указываете на то, что проблема все-таки существует.

— Я полностью разделяю мнение Сергея Эдуардовича Аветисова, однако существует несколько факторов. Снижение остроты зрения — вот единственный симптом, который может называть человек с миопией, прочие признаки заболевания больной не ощущает. Пациент надел очки или его прооперировали, он видит 1,0 и уверен, что все хорошо. Но изменения в глазу происходят незаметно, и не всегда они должным образом оцениваются врачом. У человека может быть высокая острота зрения, при этом без внимания остаются изменения поля зрения или на глазном дне. Дело не в том, хороший врач или плохой, просто он не всегда может сделать все необходимое в условиях оптики, где часто нет аппаратуры, которой оборудованы клиники и глазные институты. Задача специалиста,

занимающегося подбором средств коррекции, знать, какие проблемы могут возникнуть у пациента с миопией, когда и куда его направить. Что касается контактных линз, я говорю об этом уже лет 15, самый простой вариант — продать пациенту именно те линзы, которые он просит. Но иногда это не работает. Можно сравнить контактную коррекцию с обувью. Все знают, что итальянская обувь замечательная, но это не значит, что вы ее купите и она будет комфортна. С контактными линзами то же самое: все вокруг говорит, что такой-то бренд удобный, и человек начинает пользоваться линзами этого производителя. Проходит период адаптации, и пациент понимает, что линзы ему не подходят.

— Александр Владимирович, не могли бы Вы подробнее остановиться на Вашем докладе?

— Я говорил о четырех причинах осложнений, три из которых решаются очень просто: при инфекционных — человек моет руки, капает капли, и все хорошо. Осложнение гипоксического характера ушли в прошлое, потому что силикон-гидрогелевые линзы обладают в 2 и более раз большей проницаемостью, чем это необходимо роговице. Механические

повреждения зависят и от врача, и от пациента, так как речь идет о подборе и качестве контактных линз. То есть вышеназванные проблемы решаются просто, путем устранения причины. Токсико-аллергические осложнения — это процесс, механизм запуска которого пока до конца не понятен. Пациент носит контактные линзы, и вдруг у него развивается токсическая реакция. Это мультифакторное заболевание, его причина может заключаться в используемом растворе для ухода за линзами, в здоровье человека, в предрасположенности его организма. Пациент часто делает все правильно, но осложнения все равно возникают, и избавиться от них очень сложно. Конечно, мы стараемся помочь, применяем новейшие технологии. Возможно, врачам интересна эта тема потому, что они хотят помочь пациенту, но не всегда знают, как это сделать. Некоторые врачи пытаются сами докопаться до истины, а кто-то предпочитает направить пациента к другому доктору.

— Вторая Ваша лекция «Шелловая лампа + краситель — все, что необходимо для диагностики повреждений роговицы при ношении контактных линз» также не оставила слушателей равнодушными...

Добро пожаловать в Академию медицинской оптики и оптометрии!



НОЧУ Дополнительного профессионального образования «Академия медицинской оптики и оптометрии» - первое и единственное негосударственное образовательное учреждение в области оптометрии в России.

Академия предоставляет образовательные программы дополнительного образования на базе высшего и среднего профессионального образования для врачей офтальмологов, оптометристов, мастеров-оптиков, а также для руководителей салонов оптики и оптиков-консультантов.

Ждем ВАС в нашей Академии!

Москва, ул. Михалковская, 636, корп. 4
Завуч: Порученкова Татьяна Вячеславовна
Тел/факс: 8 (495) 602-05-51, доб. 1536, 8-926-878-07-12
E-mail: 7877607@mail.ru www.optometryschool.ru

— Наша специальность имеет свою специфику, и если врач-офтальмолог способен понять многие сложные вещи благодаря врачебному образованию, клиническому мышлению, то оптометристу со средним образованием, работающему в оптике, приходится труднее. Мы пытаемся доступным способом рассказать о сложных вещах. Я постарался в своем выступлении продемонстрировать это.

— Действительно, Вы наглядно показали, как контактная линза воздействует на роговицу. А что же тогда говорить об ортокератологических линзах, которые одевают на ночь и которые оказывают определенное давление на роговицу. Как Вы считаете, это безопасный метод?

— Если лет 10 назад я считал, что ортокератология не совсем безопасный метод, то сейчас я склонен изменить свое мнение. Когда мы подбираем ортокератологическую линзу, мы понимаем механизм ее действия, что в результате давления на эпителий происходит его перераспределение. Мы используем низкомолекулярный флуоресцентин, например FluorStrips, чтобы посмотреть насколько линза плотно контактирует с роговицей. Если плотного контакта нет, если есть пространство для циркуляции слезы (я не специалист в области ортокератологии, я говорю с точки зрения физиологии), мы можем отпустить пациента. Пациентам с обычными контактными линзами мы этого не делаем, потому что низкомолекулярный флуоресцентин впитывается в контактную линзу. Ортокератология — прогрессивное направление, используется уже давно. Если специалист понимает, что он делает, эффект хороший. Это касается любой методики, в том числе и ортокератологии.

— Бытует мнение, что основная цель офтальмологов, практикующих в оптических салонах — зарабатывать деньги. Прокомментируйте, пожалуйста.

— Это беда.

— Беда в том, что существует такое мнение?

— Беда, что существует такое мнение и что так и оно есть. Причина подобного положения дел возникла много лет назад



Е.И. Демина

в результате конкуренции оптических салонов с поликлиниками. Если бы в начале 1990-х годов мы сделали платный прием в оптику, никто бы к нам не пошел, люди обращались бы в поликлинику. Мы были вынуждены сделать бесплатный прием за счет дополнительной наценки на контактные линзы. С одной стороны, это хорошо, с другой — труд офтальмолога или оптометриста обесценивается: когда мы что-то получаем бесплатно, мы не оцениваем саму услугу. Весь мир идет по другому пути: в Америке прием оптометриста стоит 250-300 долларов, в Европе чуть дешевле в зависимости от страны, у нас — 150-200 рублей. Сейчас ситуация кардинальным образом меняется, так как реальная наценка на контактные линзы резко снизилась. Теперь за счет наценки стало невозможно платить зарплату врачебному персоналу, содержащему оборудование.

— Как Вы считаете, приходит ли пациенту понимание необходимости оплачивать услуги оптометриста?

— Не приходит, потому что услуга позиционируется по-другому. Если вы зайдете в оптику, вы не увидите объявление: «Стоимость услуги врача-офтальмолога — 150 рублей», часто можно прочитать: «Стоимость подбора контактных линз — 150 рублей». На мой взгляд, это разные вещи. Подбор контактных линз — результат работы



Л.А. Малахова

офтальмолога или оптометриста. Прежде всего врач должен побеседовать с пациентом, провести диагностику, определить наилучший способ коррекции и только в качестве одного из пунктов рекомендации предложить контактную, либо очковую коррекцию. Справедливости ради надо сказать, что многое зависит и от самого врача. Если он подбирает контактные линзы за 5 минут — это неправильно. Позволю сказать, что у меня огромный опыт подбора контактных линз. Ко мне идут люди с серьезными проблемами, я не могу им подобрать линзы с первого раза. Я прошу прийти через день, на 7-й день. Мне часто задают вопрос, могу ли я подобрать контактные линзы за один прием, я отвечаю, что не могу. Нельзя знать заранее, как отреагирует глаз, конъюнктивит, поэтому я приглашаю пациента и второй, и третий раз. В итоге мы добиваемся результата, близкого к идеальному, при этом пациент платит за каждый визит.

— У пациента не возникает ощущения, что Вы назначаете несколько консультаций просто с целью заработать деньги?

— Это мой случай, и пациенты готовы платить за каждый визит. Они были у других докторов, и никто не смог решить их проблемы за один день. Нам ведь не приходится в голову требовать от стоматолога вылечить зуб за один сеанс, здесь происходит то же самое. К сожалению, мы не всегда делаем циклоплегию, и это не потому, что не хотим. Мои пациенты — активные люди 23-25 лет, и представьте, если я им закапаю атропин, они не смогут ездить на автомобиле неделю. Вы думаете, они придут ко мне в следующий раз? Приходится прибегать к расчетам, приглашать на другой день, чтобы посмотреть, как отреагирует аккомодация на назначенное средство коррекции. Вообще, пациент должен доверять своему врачу, иначе лучше вообще к нему не ходить.

— У Ваших пациентов, людей продвинутых, активных есть культура ношения контактных линз? Часто приходится слышать о том, что люди элементарно не моют руки перед манипуляциями с линзами или одноразовые линзы носят неделю.

— Может это покажется странным, но отношение людей к своему зрению часто зависит от цены приема в оптическом салоне, потому что чаще всего человек, заплативший довольно большую сумму, стремится правильно исполнять рекомендации врача. Если услуга ничего не стоит, к ней и отношение будет соответствующее. Люди, которые приходят ко мне, понимают ценность зрения. Был в моей практике интересный случай, когда ко мне пришел пациент, продвинутый, не бедный. Я ему посоветовал имплантировать искусственный хрусталик, но он отказался, аргументировав свое решение тем, что он все об этом знает и ему этот метод не подходит. Однако выяснилось, что знания, которыми обладал пациент, 20-летней давности. Ему сейчас 47 лет, осложненная катаракта, миопия в минус 18 дптр, носит контактные линзы, исполняет все рекомендации. Когда я рассказал ему о новейших методиках факоэмульсификации, он обещал подумать. Мне, как врачу, занимающемуся контактной коррекцией, с точки зрения бизнеса выгоднее ставить ему контактные линзы еще лет 10, но я знаю, что будет лучше сделать операцию. Мне кажется, подход должен быть такой.

— Для большинства людей районная поликлиника остается первым и порой единственным медицинским учреждением, куда они обращаются со своими проблемами. Вы уверены, что во всех поликлиниках работают профессионалы?

— Конечно, я даже в этом и не сомневаюсь. Другой вопрос, что мы от них хотим.

— Часто приходится слышать от главных офтальмологов регионов, что основная проблема — это кадры.

— Проблема на самом деле серьезная, но решаемая, просто не всегда есть желание самому что-то изменить. Я проработал несколько лет врачом-офтальмологом в поликлинике и считаю, что надо четко разграничить полномочия врача-офтальмолога. Если честно, я не любил подбирать очки при астигматизме, это занимало час времени, а в коридоре приема ожидали еще 25 человек с катарактой, глаукомой. Сейчас каждый главный врач имеет возможность взять в штат поликлиники оптометриста (на этот счет есть приказ №541Н от 23 июля 2010 г.) и разделить обязанности между офтальмологом и оптометристом. Я никогда не дам в обиду поликлинических офтальмологов, они делают огромную работу. Необходимо только правильно распределить обязанности, чтобы каждый занимался своим делом. Офтальмолог, как это происходит во всем мире, должен заниматься социально значимыми заболеваниями, которые могут привести к снижению или к потере зрения, а оптометрист — коррекцией зрения. Мама моей жены работала заведующей поликлиникой и организовала отделение профилактики, где работала фельдшер, медицинская сестра. Они проводили тонометрию пациентам после 40 лет, определяли остроту зрения. Я сам работал в таких условиях, когда ко мне приходили пациенты уже с результатами остроты зрения из доврачебного кабинета. А что сейчас? Человеку после 40 лет в поликлинике должны измерить ВГД, определить все необходимые функции и т.д. Разве можно уложиться в 10 минут, которые врачи отведены на прием одного пациента? Да, врачи в поликлиниках не всегда знают о последних достижениях в офтальмологии, у них просто нет возможности повысить свою квалификацию. Если они уедут на учебу, кто будет больных принимать?

— Вы этому учите?

— Конечно, у нас есть такие предметы, как психология общения, мы устраиваем ролевые занятия, пытаемся раскрепостить наших слушателей. По закону мы не можем приглашать своих пациентов для обучения, но в наших группах, которые насчитывают 15-20 человек, всегда есть близорукие, астигматики, и в первый же день мы договариваемся о том, что в процессе обучения будем их привлекать в качестве пациентов. Происходят удивительные вещи — слушатели становятся одной семьей, внутри которой мы можем обсуждать любые проблемы. Мне кажется, это прекрасный вариант обучения правилам коммуникации.

Возвращаясь к идее организации Центра, хочу сказать, что в стране была и остается острая потребность в специалистах-оптометристах. Это не благотворительный проект, нас никто не финансирует. Учебный центр живет только за счет собственных средств, то есть за свое обучение платят слушатели. Мы можем гордиться педагогам, кто у нас читает лекции: это — Лариса Андреевна Малахова. Нина Юрьевна Кушнаревич, Елена Ивановна Демина. Они — практикующие специалисты высочайшего уровня, преданы своей профессии, умеют сложный материал преподнести простым, доступным языком. Особенно хочется отметить профессиональный талант и педагогический опыт Ларисы Андреевны Малаховой — это наш ведущий преподаватель. Она, имея огромный профессиональный опыт работы в ФБГУ «НИИГБ» РАМН, смогла найти подход в вопросах подготовки оптометристов.

— Как строится учебная программа?

— Последняя редакция Федерального закона об образовании позволяет нам составлять программу обучения таким образом, чтобы она соответствовала уровню и потребностям обучающегося, то есть мы практикуем индивидуальный подход к каждому слушателю. В течение двух недель мы читаем теоретический курс, основы оптометрии: геометрическую оптику, физиологическую оптику, базовые принципы коррекции. По окончании устраиваем слушателей на стажировку в салоны оптики, где они работают помощниками оптометриста. Через месяц практики слушатели возвращаются к нам, и мы проводим еще 2 недели интенсивного курса, разбираем возникшие во время практики вопросы, а также сложные варианты коррекции. Такой метод, я считаю, очень эффективный, недаром у нас есть крупные заказчики, которые постоянно готовят у нас от 10 до 30 специалистов. Это лишний раз доказывает, что нам доверяют. В процессе обучения мы используем полный комплекс современного оптометрического оборудования, которое предоставляет нам компания Storgoff, это позволяет совершенствовать практические навыки.

— Если бы Вы захотели сделать рекламу своему Центру, чтобы Вы сказали нашим читателям?

— Прежде всего я бы назвал наших преподавателей, потому что ничто так не влияет на процесс обучения, как талант и умение педагогов, которые этим занимаются ежедневно. Кроме основного преподавательского состава (и это благодаря нашему проекту «День зрения»), в новом учебном году дала согласие читать отдельные лекции Мария Александровна Трубилина. Вероника Брониславовна Батракова из Санкт-Петербургского медико-технического колледжа возьмет на себя курс по оптометрическим приборам. Тамара Давыдовна Абутова будет читать курс по кератоконусу. С синдромом «сухого глаза», детской оптометрией будут знакомить

— Вы возглавляете «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии». Расскажите нашим читателям о своем Центре.

— Это, наверное, мое любимое детище. Когда-то много лет назад я работал на кафедре офтальмологии Ижевской медицинской академии, любил студентов, студенты любили меня. Позже я был вынужден перебраться в Москву и оказался в своеобразном жизненном вакууме. Думаю, это состояние известно

любому педагогу, когда ты много лет общаешься со студентами, и вдруг все кардинальным образом меняется. Студенты, наверное, самые замечательные люди. Есть умные лентяи, и ты слушаешь, как они пытаются выкрутиться из сложной ситуации, при этом порой возникают интересные идеи... Я пришел на работу к Сергею Эдуардовичу Аветисову, мы занимались курсами повышения квалификации по контактной коррекции, но не могли готовить оптометристов, то есть средний медицинский персонал. И возникла идея организовать курсы для медицинских сестер. Было сложно приспособиться, потому что сложные вещи нужно сделать доступными для понимания медицинской сестры. Но они очень благодарные слушатели, потому что понимают: они, бывшие медицинские сестры, становятся оптометристами, а это уже совсем другой уровень. Одно дело, молча делать инъекцию, а здесь необходимо постоянное общение с пациентом.

— Вы этому учите?

— Конечно, у нас есть такие предметы, как психология общения, мы устраиваем ролевые занятия, пытаемся раскрепостить наших слушателей. По закону мы не можем приглашать своих пациентов для обучения, но в наших группах, которые насчитывают 15-20 человек, всегда есть близорукие, астигматики, и в первый же день мы договариваемся о том, что в процессе обучения будем их привлекать в качестве пациентов. Происходят удивительные вещи — слушатели становятся одной семьей, внутри которой мы можем обсуждать любые проблемы. Мне кажется, это прекрасный вариант обучения правилам коммуникации.

Возвращаясь к идее организации Центра, хочу сказать, что в стране была и остается острая потребность в специалистах-оптометристах. Это не благотворительный проект, нас никто не финансирует. Учебный центр живет только за счет собственных средств, то есть за свое обучение платят слушатели. Мы можем гордиться педагогам, кто у нас читает лекции: это — Лариса Андреевна Малахова. Нина Юрьевна Кушнаревич, Елена Ивановна Демина. Они — практикующие специалисты высочайшего уровня, преданы своей профессии, умеют сложный материал преподнести простым, доступным языком. Особенно хочется отметить профессиональный талант и педагогический опыт Ларисы Андреевны Малаховой — это наш ведущий преподаватель. Она, имея огромный профессиональный опыт работы в ФБГУ «НИИГБ» РАМН, смогла найти подход в вопросах подготовки оптометристов.

— Как строится учебная программа?

— Последняя редакция Федерального закона об образовании позволяет нам составлять программу обучения таким образом, чтобы она соответствовала уровню и потребностям обучающегося, то есть мы практикуем индивидуальный подход к каждому слушателю. В течение двух недель мы читаем теоретический курс, основы оптометрии: геометрическую оптику, физиологическую оптику, базовые принципы коррекции. По окончании устраиваем слушателей на стажировку в салоны оптики, где они работают помощниками оптометриста. Через месяц практики слушатели возвращаются к нам, и мы проводим еще 2 недели интенсивного курса, разбираем возникшие во время практики вопросы, а также сложные варианты коррекции. Такой метод, я считаю, очень эффективный, недаром у нас есть крупные заказчики, которые постоянно готовят у нас от 10 до 30 специалистов. Это лишний раз доказывает, что нам доверяют. В процессе обучения мы используем полный комплекс современного оптометрического оборудования, которое предоставляет нам компания Storgoff, это позволяет совершенствовать практические навыки.

— Если бы Вы захотели сделать рекламу своему Центру, чтобы Вы сказали нашим читателям?

— Прежде всего я бы назвал наших преподавателей, потому что ничто так не влияет на процесс обучения, как талант и умение педагогов, которые этим занимаются ежедневно. Кроме основного преподавательского состава (и это благодаря нашему проекту «День зрения»), в новом учебном году дала согласие читать отдельные лекции Мария Александровна Трубилина. Вероника Брониславовна Батракова из Санкт-Петербургского медико-технического колледжа возьмет на себя курс по оптометрическим приборам. Тамара Давыдовна Абутова будет читать курс по кератоконусу. С синдромом «сухого глаза», детской оптометрией будут знакомить

слушателей лучше в этих областях специализируются. А кто лучше других знает ортокератологию? Аслан Рамазанович Хурай. То есть я хочу сказать, что у нас очень сильный преподавательский состав, профессионалы самой высокой квалификации.

— Александр Владимирович, расскажите нашим читателям о себе.

— В моей семье никогда не было врачей. Моя мама, Валентина Дмитриевна, замечательный человек, всю жизнь проработала на железной дороге, была начальником крупной станции военного значения. Возможно, навыки общения и управления перешли ко мне от нее. Мой папа родился в Подмоскве, но во время голода 30-х годов его семья переехала в Татарстан и там осталась. Я закончил среднюю школу в городе Агрыз, в Татарстане, поступил в Ижевский медицинский институт. В те годы провинциальные города, в том числе Ижевск и Казань, славились очень сильной медицинской школой — в ВУЗах работали преподаватели, которых в начале войны эвакуировали из Украины, Белоруссии, центральных районов России.

Это были великолепные, одаренные, блестящие образованные люди, и мне повезло, что я еще застал некоторых из них. В те годы не имело значения, в каком городе ты учишься, главное — у кого. У меня в кабинете висит портрет Георгия Ефимовича Данилова, ректора Ижевского медицинского института. Помню, на 6-м курсе он пригласил меня к себе в кабинет и предложил пойти к нему в аспирантуру на кафедру физиологии. Учился я хорошо, но мне и в голову не могло прийти, что ректор может следить за учебной студентами, которых в институте больше тысячи. Так я, еще не окончив институт, попал в аспирантуру, где занимался центральными механизмами регуляции внутриглазного давления. По этой же теме я написал кандидатскую диссертацию, занимался теоретическими аспектами развития глаукомы, параллельно учился в интернатуре по офтальмологии, работал офтальмологом. Вы знаете, моя работа имела бы довольно большое практическое значение, пока не наложили запрет на применение оптиатов. Опыты при закапывании в глаза кроликам вызвали совершенно определенное снижение внутриглазного давления

за счет блокировки стресс-лимитирующих механизмов. У меня есть две монографии на эту тему, которые вышли в издательстве РАМН. Я очень благодарен Георгию Ефимовичу Данилову за то, что получил настоящее академическое образование, он научил меня правильно излагать свои мысли, что очень важно.

— Вы врач, педагог или бизнесмен?

— Я не совсем бизнесмен, наверное, можно продавать больше и лучше. Я все-таки больше педагог. В свое время я хотел стать учителем математики, пойти по стопам любимой учительницы, Наили Шамильевны, но однажды она сказала мне, что это не самая хорошая идея, лучше быть врачом, как того хотела моя мама. Но педагогом я все-таки стал.

— Ваше любимое изречение?

— Я всем всегда говорю: «Вы должны относиться к пациенту так, как если бы на его месте были ваши близкие».

— Александр Владимирович, спасибо за интересное интервью.

Интервью подготовила Лариса Тумар

ОФТАЛЬМОФЕРОН®
Интерферон альфа-2в + дифенгидрамин
капли глазные

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

- лечение герпетических поражений глаз и аденовирусных инфекций глаз
- лечение синдрома сухого глаза
- лечение и профилактика осложнений после экзимерлазерной рефракционной хирургии роговицы
- профилактика герпетической инфекции при кератопластике
- содержит интерферон альфа-2в человеческий рекомбинантный и противоаллергический компонент

Информация для специалистов
Отпуск без рецепта

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ www.firm.ru

Инструкция по медицинскому применению препарата Офтальмоферон® утверждена Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Р N00230201-240212

ЕАКО

Уважаемый коллега!
Приглашаем Вас принять участие в работе VII Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии, которая состоится в Екатеринбурге 27–29 апреля 2015 года

Тема конференции:
Дискуссионные вопросы современной офтальмохирургии

VII ЕВРО-АЗИАТСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Основные направления:

- Рефракционная хирургия
- Хирургия катаракты
- Оптико-реконструктивная хирургия
- Хирургия глаукомы
- Витреоретинальная хирургия
- Лазерная хирургия
- Пластическая и реконструктивная хирургия орбиты и придаточного аппарата глаза
- Офтальмоанестезиология

27–29 апреля 2015 г. ЕКАТЕРИНБУРГ

В рамках конференции будет проходить медицинская выставка

ОРГАНИЗАТОР
Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»
Россия, 620149, г. Екатеринбург, ул. Академика Бардина, 4а
www.eyeclinic.ru

ОРГКОМИТЕТ
Телефон (343) 231-01-59
Заявки принимаются по e-mail: eakonauka@gmail.com

Совместные усилия ради здоровья пациентов

V Научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием «Восток – Запад»

5-6 июня 2014 года, Уфа



Профессор М.М. Бикбов открывает конференцию «Восток-Запад»



Сессия в формате 3D



Профессор М.М. Бикбов и доктор Cesare Forlini (Италия)



Профессора Hermann Schubert, Michael Goldbaum (США) и Joerg Schmidt (Германия)

< стр. 1

Башкортостан находится на границе Востока и Запада, на пересечении древних торговых путей. Поэтому не удивительно, что Уфа стала признанным центром международного сотрудничества. Мухаррам Мухтарамович тепло поприветствовал всех участников симпозиума и отметил, что никакие политические веяния не могут помешать плодотворному сотрудничеству врачей-офтальмологов, их совместной работе ради здоровья и благополучия пациентов.

Гость из Германии Ингрид Крейссиг (Ingrid Kreissig) поблагодарила организаторов за приглашение приехать в Уфу. Немецкий профессор обратила внимание, что у людей разных национальностей орган зрения устроен одинаково. Поэтому врачи разных стран должны вместе трудиться над решением проблем своих пациентов, способствовать их скорейшему выздоровлению. «В Уфе встречаются Восток и Запад!» — произнесла Ингрид Крейссиг, давний друг и партнер УфНИИ глазных болезней, в завершение своей приветственной речи.

Вице-президент Академии наук Республики Башкортостан, доктор химических наук, профессор Р.В. Кунакова в своем выступлении назвала УфНИИ глазных болезней «одним из лучших и наиболее успешных научных институтов Башкортостана». Райхана Валиуллова призвала участников конференции активнее внедрять в жизнь передовые научные разработки.

Заместитель генерального директора ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор Н.С. Ходжаев зачитал приветственный адрес генерального директора МНТК, д.м.н., профессора А.М. Чухраева. Назрулла Сагдуллаевич подчеркнул,

что «каждая победа врача — это победа во благо пациента». Он также поприветствовал форум от имени Общества офтальмологов России, членом Президиума которого он является.

Представитель клиники города Базеля (Швейцария) Матиас Гризгабер (Mathias Grishaber) в выступлении на пленарном заседании отметил, что УфНИИ глазных болезней «оснащен даже лучше», чем его родная клиника. Зарубежный гость высоко оценил уровень научных работ уфимских коллег и выразил надежду на продолжение сотрудничества.

Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор В.М. Тимербулатов обратил внимание, что опыт врачей-офтальмологов может быть полезен и для врачей других специальностей. В частности, в последние годы многие офтальмологические операции стали выполняться амбулаторно. Виль Мамилевич, являющийся президентом Ассоциации хирургов Республики Башкортостан, считает, что эту практику было бы полезно изучить всем медикам.

Нельзя не отметить большой интерес к конференции, проявленный ведущими электронными и печатными СМИ Башкортостана. Большое число журналистов, пришедших на церемонию открытия, стало еще одним свидетельством высокого авторитета Уфимского НИИ глазных болезней в родной республике и за ее пределами.

Газета «Поле зрения» стала одним из информационных партнеров форума. Наш корреспондент побеседовал в кулуарах с сотрудниками Уфимского НИИ глазных болезней и другими участниками мероприятия. Герои интервью не только поделились своими впечатлениями от состоявшегося форума, но и рассказали о собственной научной и лечебной работе.



— **Абдул-Гамид Давудович, участие в конференции Вы совместили с подробным знакомством с Уфимским институтом глазных болезней. Может ли башкирский опыт быть полезен в Дагестане?**

— Это была очень насыщенная и плодотворная командировка. Я прилетел в Уфу за два дня до начала форума. По приглашению директора НИИ глазных болезней, д.м.н., профессора Мухаррама Мухтарамовича Бикбова подробно ознакомился с работой всех подразделений научного центра. Состоялись беседы и с директором, и с его сотрудниками.

Думаю, что башкирский опыт может быть полезен и в Дагестане, и во всем Северо-Кавказском регионе. Я имею в виду не только научные разработки. Меня заинтересовали организационные формы работы института. Здесь создана система, стимулирующая эффективную работу научных сотрудников, врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

Для меня Уфимский НИИ глазных болезней — это одна из звезд российской офтальмологии. С Мухаррамом Мухтарамовичем Бикбовым я познакомился задолго до того, как он стал директором научного центра. Нельзя не отметить, что нынешние успехи института, в том числе и проведение ежегодной представительной международной конференции, — это, во многом, его личная заслуга.

Этот форум носит название «Восток-Запад». Но его вполне можно было бы также назвать «Север-Юг». Во всяком случае, я представляю самую южную, самую солнечную республику России.

— **Какие доклады на конференции Вы особенно запомнили?**

— Меня заинтересовал сеанс «живой хирургии», показывающий возможности фемтосекундных лазеров. Этой же теме были посвящены несколько докладов. Запомнилось выступление профессора

А.В. Золотарева, посвященное кератопластике. Мы тоже планируем внедрить подобные операции в Дагестанском Центре микрохирургии глаза. Я рассчитываю в этой связи на сотрудничество с профессором А.В. Золотаревским и глазным банком, который он возглавляет.

— **Расскажите, пожалуйста, о Дагестанском Центре микрохирургии глаза.**

— С 1988 года я возглавляю кафедру глазных болезней Дагестанской государственной медицинской академии. И уже в конце восьмидесятых годов должен был быть открыт Центр микрохирургии глаза как филиал МНТК. Святослав Николаевич Федоров стремился к тому, чтобы филиал в Махачкале обязательно появился.

Но, к сожалению, из-за организационных сложностей создать Центр ни в восьмидесятых, ни в девяностых годах не удалось, хотя

я прилагал к этому большие усилия. Клиника открыла свои двери для пациентов только в 2003 году. На сегодняшний день она является одним из лучших лечебных и научных офтальмологических центров на Северном Кавказе.

В организационном отношении Дагестанский Центр микрохирургии глаза входит в систему Минздрава республики и не является филиалом МНТК. Но я считаю себя учеником Святослава Николаевича. Мы хорошо знали друг друга, неоднократно встречались и в Москве, и в Махачкале... Поэтому я вижу свою задачу в том, чтобы сохранить и развивать наследие академика С.Н. Федорова.

— **Как Вы познакомились со С.Н. Федоровым?**

— Это была примечательная история. В 1978 году газета «Комсомольская правда» опубликовала статью о моих научных исследованиях. В частности, речь шла

о моем изобретении, анизейнометре, приборе для измерения величины изображения на сетчатке. Святославу Николаевичу попала в руки эта газета, он позвонил мне и пригласил приехать к нему в гости в Москву.

Этот поступок был типичен для С.Н. Федорова. Он отличался открытостью, сердечностью, доброжелательностью к людям, вниманием к молодым коллегам. Мне тогда было всего 29 лет. Встреча с прославленным ученым буквально окрылила меня! Я увидел в нем своего старшего друга и наставника.

С.Н. Федоров был и прагматиком, и романтиком. Например, он неоднократно говорил мне, что Центр микрохирургии глаза в Махачкале обязательно надо построить в красивом месте, на берегу моря, чтобы пациенты сразу же смогли насладиться красотой мира, когда они прозреют. Так мы и сделали!



К.м.н., заведующий отделением витреоретинальной и лазерной хирургии Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней

Ринат Рустамович Файзрахманов:

Мы успешно внедряем в жизнь научные разработки

Три из них являются кандидатами медицинских наук. За прошлый год мы провели около двух тысяч витреоретинальных вмешательств с интравитреальным введением фармакологических препаратов и около трех тысяч витреоретинальных операций.

— **Сколько операций провели лично Вы?**

— Около тысячи операций за год. У меня четыре операционных дня. За один день оперирую от четырех до десяти пациентов. Такая высокая хирургическая активность оказывает благотворное влияние и на научную работу.

Наше подразделение занимается лечением макулярных разрывов, возрастной макулярной дегенерации (ВМД), скрытой неоваскуляризации, регматогенных и тракционных отслоек сетчатки, патологий сетчатки при сахарном диабете и т.д. Производится удаление эпиретинальных и фиброваскулярных мембран.

— **Не могли бы Вы представить свои выступления на конференции?**

— Я стал соавтором доклада «Антивазопролиферативная терапия при ВМД». В этом выступлении рассмотрено применение препарата ранибузумаб, предназначенного для интравитреального введения. В зависимости от типа ВМД может быть назначена одна инъекция или три инъекции (с интервалом в один месяц). Также я обратил внимание на некоторые типы влажной формы ВМД, при которых данный препарат не является эффективным.

— **При каких формах ВМД применяется ранибузумаб?**

— Он предназначен для влажных форм ВМД. Новизна доклада состояла в том, что нам удалось доказать, что препарат эффективен не при всех типах влажной формы ВМД. Эти данные могут быть полезны для практикующих врачей. Мы основывались не только на результатах морфометрической оценки центрального отдела сетчатки, но и на функциональных исследованиях.

Для исследования морфологических параметров макулярной области использовались программы, разработанные в нашем институте.

— **Можно представить другие Ваши доклады?**

— Я стал также соавтором доклада «Первый опыт клинического применения интравитреального имплантата дексаметазона при лечении окклюзий вен сетчатки в ГБУ «УфНИИ ГБ АН РБ». Как известно, сетчатка глаза состоит из десяти слоев. В нашем докладе показано, как интравитреальные имплантаты влияют на каждый из этих слоев, как изменяется их архитектура.

Также я выступил с докладом «Использование блокаторов ангиогенеза при отёке макулы на фоне диабета и окклюзии вен сетчатки» и стал соавтором доклада «Результаты лечения ВМД в ГБУ «УфНИИ ГБ АН РБ».

— **О каких результатах лечения возрастной макулярной дегенерации Вы докладывали?**

— Речь шла об оперативном лечении. В частности, я рассказал об удалении фиброваскулярных мембран с заменой пигментного эпителия и об удалении высоких отслоек пигментного эпителия сетчатки с ингибированием неоваскулярной мембраны. Были представлены

новые методики оперативного лечения, разработанные в нашем отделении.

— **Какие выступления других участников Вам особенно запомнились?**

— При таком звездном составе лекторов трудно кого-то выделить. Все выступления были очень интересными... Но я особо обратил внимание на доклад нашего коллеги из Германии Гельмута Закса (Helmut Sachs) «Зрительные функции и хирургические результаты имплантации субретинального чипа у 26 слепых пациентов с пигментным ретинитом».

Выступление немецкого врача примечательно тем, что подобные операции в России еще не делаются. Да и в Германии это научное направление только начинает развиваться. Мне думается, что имплантация субретинального чипа при пигментном ретините — это интересная, перспективная идея.

Также мне запомнилась наша сессия в формате 3D. В рамках этой сессии было представлено семь докладов различной тематики. Целая сессия в формате 3D — это стало «изюминкой» конференции!



Д.м.н., профессор кафедры офтальмологии Федерального медико-биологического агентства (г. Москва)

Андрей Валентинович Золотаревский:

Кератопластика необходима российской офтальмологии

— Андрей Валентинович, Ваш доклад на конференции был посвящен редкой операции — задней кератопластике...

— Мой доклад назывался «Результаты задней кератопластики у больных эндотелиально-эпителиальной дистрофией роговицы». Задняя кератопластика в России действительно является еще более редкой операцией, чем передняя кератопластика. А всего в нашей стране проводится ежегодно несколько сотен таких хирургических вмешательств. Для сравнения могу сказать, что в США ежегодно проводятся десятки тысяч таких операций.

Потребность в кератопластике огромная. Основателем этого

направления был выдающийся русский офтальмолог Владимир Петрович Филатов, чье имя теперь носит Институт глазных болезней и тканевой терапии в Одессе. И, конечно, очень жаль, что сейчас в России, и Украина отстают от ведущих западных стран. Операции кератопластики необходимо поставить на поток! Это наш долг перед пациентами.

— Почему в России проводится так мало подобных операций?

— И задняя, и передняя кератопластика необходима российской офтальмологии. Главная проблема — это недостаток глазных банков, которые бы готовили донорский материал для операций.

— Не секрет, что пересадка органов и тканей вызывает неоднозначную реакцию в обществе...

— Здесь не требуется изобретать велосипед! В России существует законодательная база, которая обеспечивает надежный контроль над пересадкой органов и тканей. В рамках этой законодательной базы мы способны существенно увеличить количество операций кератопластики. Очевидно, что необходимо создать сеть глазных банков, соответствующих российским и международным стандартам.

— Знаю, что Вы уже организовали такой глазной банк в Москве...

— Да, и в своем докладе я рассказал об этой работе. Наш глазной

банк доставляет материал всем клиникам России, которые проводят операции кератопластики.

— Вы сами проводите такие операции?

— Я оперирую в Клинической больнице Управления делами Президента РФ и в Международном офтальмологическом центре в Москве.

— Какие требования предъявляются к главному банку?

— Основных требований два. Первое: необходимо подготовить донорскую роговицу, провести ее консервацию. Специалисты знают, что это сложный, высокотехнологичный процесс. Второе: необходимо таким образом организовать

логистику, чтобы донорский материал доставлялся в клинику непосредственно в день операции. В самой клинике донорская роговица должна храниться не более суток.

— Почувствовали ли Вы интерес к кератопластике среди участников конференции «Восток-Запад»?

— Интерес большой. Я приезжаю на этот форум второй год подряд. В следующем году хотелось бы провести в рамках симпозиума отдельный спутниковый семинар по кератопластике. Я благодарен директору Уфимского НИИ глазных болезней, д.м.н., профессору М.М. Бикбову за поддержку этого направления в офтальмологии.



К.м.н., заместитель директора по клинике (главный врач) Уфимского НИИ глазных болезней

Зулейха Рамилевна Марванова:

Доклады на конференции понятны, доступны, содержательны

— Зулейха Рамилевна, Вы являетесь одним из организаторов конференции «Восток-Запад». Не могли бы Вы поделиться своими впечатлениями?

— Конференция прошла успешно. Доклады, которые здесь прозвучали, были понятны, доступны, содержательны. Они сочетали в себе научную фундаментальность и простоту, доходчивость изложения. Среди участников форума было немало врачей-офтальмологов первичного звена.

— Какие доклады заинтересовали лично Вас?

— Каждого врача и ученого-офтальмолога, в первую очередь, интересуют те темы, которые связаны с его собственной работой. Я являюсь не только медицинским администратором, но и офтальмохирургом. Провожу операции кератопластики, в основном при кератопластике в Сингапуре. Кроме того, занимаюсь воспалительными заболеваниями переднего отрезка глаза.

— Как Вы оцениваете доклад профессора А.В. Золотаревского, посвященный кератопластике?

— Я согласна с Андреем Валентиновичем в том, что потребность в подобных операциях значительная. Проблемы с донорским материалом, на которые он обратил внимание, действительно существуют. Но в нашем институте эти проблемы успешно решаются. У нас проводится и сквозная послойная кератопластика, и задняя послойная кератопластика.

Операции кератопластики — это сложные высокотехнологичные операции. Здесь возникает немало организационных сложностей. Например, такие операции требуют получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь. Необходим долгий и сложный реабилитационный процесс.

Но дело не только в этом... Кератопластика сопряжена с целым рядом психологических проблем. Пациенты, которым требуется пересадка роговицы, как правило, уже перенесли целый ряд офтальмологических

операций. Многие из них находятся на грани слепоты и ведут борьбу за последние крупицы зрения. Это трудная психологическая ситуация.

— Как Вам удалось привлечь на конференцию так много зарубежных участников?

— Мы активно сотрудничаем со всеми ведущими российскими и зарубежными клиниками и институтами. Результаты наших исследований вызывают большой интерес у наших коллег, чем и обусловлено их желание приехать в Уфу для обмена опытом.



Врач-офтальмолог поликлиники № 1 (г. Нефтекамск, Республика Башкортостан)

Светлана Ахатовна Хайдаршина:

Врачам первичного звена надо чаще общаться с офтальмохирургами

— Светлана Ахатовна, Вы принимали участие во всех конференциях «Восток-Запад». Что Вас здесь заинтересовало?

— Врачам-офтальмологам первичного звена надо чаще встречаться с офтальмохирургами. Первичная диагностика осуществляется именно в районных и городских поликлиниках. Поэтому нам надо знать, что происходит в мире современной офтальмологии.

Мне очень нравится, что в рамках конференции «Восток-Запад» всегда проводятся семинары «живой хирургии». Таким образом, всем участникам форума предоставляется возможность присутствовать при самых сложных операциях.

— Вы используете полученные знания в работе с пациентами?

— Конечно. Например, я рассказываю им о применении фемтолазеров при хирургии катаракты и других операциях... Хочу привести Вам такой пример: существует множество вариантов отслойки сетчатки. В некоторых случаях пациенту требуется срочная госпитализация и проведение экстренной операции. А в других случаях — ничего предпринимать не надо. Можно просто подождать и понаблюдать за развитием ситуации... Врачу-офтальмологу первичного звена надо быстро и грамотно принимать решение.

Чтобы не допускать ошибок, необходимо постоянно повышать свою квалификацию. Посещение таких конференций, как «Восток-Запад», может быть очень полезным.

— Как изменилась Ваша работа за последние годы?

— Я работаю на одном месте с 1987 года. В поликлинику № 1 города Нефтекамска попала по распределению после окончания Башкирского государственного медицинского института. В этой же поликлинике продолжает работать в качестве врача-офтальмолога моя мама, Хузина Фания Масалимовна.

Ей уже 74 года. Но большинство пациентов даже не догадываются о ее возрасте! Мама — активный, жизнерадостный человек, влюбленный в свою работу и преданный ей. Она пользуется большим авторитетом в коллективе. Именно по призыву мамы я выбрала профессию врача-офтальмолога.

За последние годы у нас в поликлинике обновилось и оборудование, и мебель, и компьютеры. Появились новые офтальмоскопы, целевые лампы, авторефрактометры, бесконтактные тонометры и другое оборудование.

— Специалистов-офтальмологов в Нефтекамске хватает?

— Мне думается, что в Нефтекамске хватает любых специалистов. У нас в городе проживают более 120 000 тысяч жителей. Это четвертый город в Башкортостане по численности населения после Уфы, Стерлитамака и Салавата. Это город нефтяников, крупный промышленный центр. По уровню благосостояния, по уровню заработных плат он занимает одно из первых мест в регионе.

— Молодые врачи-офтальмологи хотят жить в Нефтекамске?

— Во всяком случае, у меня сложилось такое впечатление. У нас в городе развиваются и муниципальное здравоохранение, и частные клиники.



Доктор биологических наук, заместитель директора по научно-производственной работе Уфимского НИИ глазных болезней

Наталья Евгеньевна Шевчук:

Каждый раз мы стараемся что-то улучшить

— Наталья Евгеньевна, конференция «Восток-Запад» проводится уже в пятый раз. Какие цели ставили перед собой ее организаторы? Удалось ли воплотить в жизнь задуманное?

— Организация конференции — это творческий процесс. Каждый раз мы стараемся что-то улучшить, что-то изменить. Например,

в прошлые разы у нас были только отдельные доклады в 3D-формате. А в этот раз прошла целая 3D-сессия.

Впервые была организована online-трансляция конференции. Кроме того, в этот раз мы решили не просто издать сборник докладов по итогам форума, а подготовить научно-практический журнал «Восток-Запад. Точка зрения». Были опубликованы

не только прозвучавшие доклады, но и целый ряд других материалов. Еще одно новшество — в работе конференции принял участие заслуженный художник Республики Башкортостан Риф Муларисович Абдуллин. В течение всех двух дней работы он делал дружеские зарисовки участников мероприятия. Каждый человек мог совершенно

бесплатно получить свой графический портрет. Для наших коллег эти рисунки стали прекрасным сувениром из Башкортостана.

Главная цель, которую ставили перед собой организаторы, состояла в том, чтобы создать теплую, дружескую атмосферу для продуктивной научной и образовательной работы. Думаю, что эта цель была достигнута.

— Какие из прозвучавших докладов Вы могли бы отметить?

— Мне думается, было бы несправедливо и неправильно выделять кого-то из докладчиков. Все лекторы отнеслись к выступлению на форуме очень ответственно, подготовили яркие, интересные доклады.



ВОСТОК • ЗАПАД

5-6 ИЮНЯ 2014

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

УФА

— Александр Эдуардович, чем Вам запомнилась прошедшая конференция?

— В Уфе все коллеги чувствуют себя как дома! Здесь царит душевная атмосфера, способствующая плодотворной научной работе. На первой конференции, пять лет назад, присутствовало около 300 ученых и практикующих врачей. Сейчас мы рады приветствовать более 700 участников.

— Какие выступления на конференции Вы могли бы отметить?

— Все докладчики заслуживают большой благодарности и уважения. Но мне бы хотелось отметить вклад в работу конференции почетных профессоров Уфимского института глазных болезней Ingrid Kreissig и Shuichi Yamamoto. Госпожа Kreissig является профессором клинической медицины

Гейдельбергского университета в Германии. Господин Yamamoto возглавляет кафедру офтальмологии университета Чикаго в Японии и является генеральным директором университетской клиники.

Профессор Kreissig выступила с четырьмя интересными докладами, посвященными лечению отслоек и разрывов сетчатки. Профессор Yamamoto организовал

замечательную лекционную сессию кафедры офтальмологии университета Чикаго. На этой сессии он выступил с докладом «Современные и будущие направления в лечении пигментного ретинита».

Мне также хотелось бы обратить внимание, что почетным профессором нашего института является главный редактор газеты «Поле зрения», академик РАН, д.м.н.,

профессор С.Э. Аветисов. Сергей Эдуардович — давний друг Уфимского института глазных болезней. Он всегда проявлял большой интерес к нашей работе. Поэтому нам очень приятно, что и в этом году газета «Поле зрения» стала информационным партнером конференции «Восток-Запад». Мы надеемся на продолжение нашего сотрудничества!



К.м.н., ведущий научный сотрудник отделения хирургии роговицы и хрусталика Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней

Эмин Логманович Усубов:

Я работаю здесь, потому что хочу заниматься наукой

— Эмин Логманович, Вы родились, выросли и учились в Азербайджане. Почему Вы переехали в Уфу?

— Я живу и работаю здесь, потому что хочу заниматься наукой. Это был сознательный выбор. НИИ глазных болезней был и остается одним из ведущих научных офтальмологических центров на просторах бывшего Советского Союза. Мне хотелось именно здесь проходить клиническую ординатуру. После прохождения клинической ординатуры я с удовольствием остался работать в НИИ в качестве научного сотрудника.

— Вы сразу попали в отделение хирургии роговицы и хрусталика?

— С 2004 года по 2011 год я работал в отделении витреоретинальной и лазерной хирургии. В 2010 году защитил кандидатскую диссертацию «Фармакохирургическое лечение влажной формы ВМД». Потом полтора года

работал по контракту в столице Сейшельских островов, городе Виктории. И снова вернулся в Уфу, уже в отделение хирургии роговицы и хрусталика.

— Вам было не трудно начать новую жизнь в России после переезда из Баку в Уфу?

— Я по национальности азербайджанец, но считаю себя человеком русской культуры. И таких людей в Баку много! Я учился в русской школе, потом на русскоязычном отделении Азербайджанского государственного медицинского университета.

Азербайджанским языком я тоже владею свободно и очень его люблю. Когда мы говорим о «русскоязычном населении», о «соотечественниках за рубежом», то нужно иметь в виду не только этнические русские. Многие азербайджанцы являются двуязычными... Они и думают, и говорят на двух языках. Таким образом, русский

язык стал своеобразным мостом, соединяющим Азербайджан и Россию. Я чувствую себя дома и в Уфе, и в Баку.

— Какими научными темами Вы сейчас занимаетесь?

— Я бы хотел посвятить свою докторскую диссертацию комплексу патологий, связанных с истончением и растяжением роговицы. В частности, речь будет идти об эктазии роговицы.

— Многих участников конференции заинтересовало Ваше участие в сеансах «живой хирургии». Принято считать, что проведение подобных показательных операций является одной из форм признания офтальмохирурга в профессиональном сообществе.

— Конечно, мне было приятно принять участие в сеансах «живой хирургии». Но для меня все операции являются в равной мере ответственными. Ведь речь идет

о человеческом глазе! Наличие или отсутствие зрителя не играет основной роли!

Я проводил две операции. В обоих случаях у пациента был диагностирован кератоконус. В первом случае был имплантирован роговичный сегмент с использованием фемтосекундного лазера. Во втором случае — произведена имплантация роговичного кольца. Все эти операции были произведены на комбинированной фемтолазерной системе Victus (Technolas) из Германии.

— Считаете ли Вы перспективным использование фемтосекундного лазера в офтальмохирургии?

— Это очень перспективно! Я рад, что на конференции «Восток-Запад» мы смогли продемонстрировать коллегам возможности фемтосекундных лазеров. Подобным оборудованием может похвастаться далеко не каждая российская и зарубежная клиника.

С помощью фемтосекундных лазеров можно выполнять те этапы офтальмохирургических операций, которые сейчас обычно производятся вручную: формирование роговичных разрезов, капсулорексис, фрагментация ядра хрусталика и т.д. Таким образом, снижается значение человеческого фактора, уменьшается вероятность каких-либо погрешностей при проведении операций.

— Какие выступления на конференции запомнились Вам больше всего?

— В рамках конференции прошла интереснейшая лекционная сессия кафедры офтальмологии японского университета Чита «Лечение рефрактерных заболеваний сетчатки». Наши коллеги из этого университета уже неоднократно принимали участие в работе конференции «Восток-Запад». И каждый раз их доклады отличаются фундаментальностью и научной глубиной.



Врач-офтальмолог поликлиники № 1 (г. Стерлитамак, Республика Башкортостан)

Гюльнара Маратовна Зиновьева:

Работать стало сложнее, но интереснее

— Гюльнара Маратовна, так как и Ваша коллега из Нефтекамска, Вы уже в пятый раз стали участником конференции «Восток-Запад»...

— У нас во многом похожи биографии. Мы — подруги. Вместе учились в Башкирском государственном медицинском институте. Вместе окончили его в 1987 году. Она получила распределение в поликлинику № 1 города Нефтекамска, а я в поликлинику № 1 города Стерлитамака. Мне понравилось работать в поликлинике. Поэтому в моей трудовой книжке только одна запись.

— Что Вам запомнилось на этой конференции?

— Меня заинтересовали все доклады. Но, в первую очередь, хочется больше узнать о заболеваниях сетчатки и зрительного нерва.

— Как изменилась Ваша работа за последние годы?

— Огромные изменения связаны с компьютеризацией. Но пока в нашей поликлинике компьютер еще не заменил бумажные медицинские карты. Таким образом, врачу приходится работать и в компьютерной программе, и писать вручную. Это отнимает много времени.

— Из-за большого объема «писанины» бывает трудно уделить

достаточно времени каждому пациенту. Но я надеюсь, что эта ситуация вскоре изменится. Думаю, что бумажные «истории болезней» уйдут в прошлое и останутся только в медицинских музеях. Все будет полностью компьютеризовано!

В целом могу сказать, что работать стало сложнее, но интереснее. В настоящее время у врачей первичного звена гораздо больше возможности читать научные журналы, посещать профильные конференции, чем это было десять-пятнадцать лет назад. Я люблю учиться. Мне доставляет радость совершенствование в своей профессии.



Врач-офтальмолог Уфимского НИИ глазных болезней **Ренат Амирович Казакбаев:**

Обязательно изучу все доклады

— Ренат Амирович, Вы совсем недавно начали работать в Уфимском НИИ глазных болезней. Чем Вам запомнилась эта конференция?

— Я рад, что судьба привела меня в Уфимский НИИ глазных болезней. Ощущаю свою причастность с этим коллективом, со всеми сотрудниками. Я работаю здесь с сентября 2013 года. Это мое первое место работы после окончания интернатуры.

Мне очень приятно, что Уфимский НИИ глазных болезней организует такие представительные международные форумы, на которые съезжаются звезды мировой офтальмологии. Я обязательно внимательно изучу все доклады и презентацию конференции. При восприятии на слух можно не все понять, не все запомнить... Представленные выступления требуют глубокого изучения.

Подготовил Илья Бруштейн
Фотографии Ильи Бруштейн и из архива Уфимского института глазных болезней

XIII Научно-практическая конференция офтальмологов Пермского края «Прикамские зори»

5-6 июня 2014 года, Пермь

5-6 июня 2014 года в г. Перми состоялась XIII Научно-практическая конференция офтальмологов Пермского края «Прикамские зори», посвященная проблемам травм органа зрения. В работе симпозиума приняли участие ведущие офтальмотравматологи из разных городов России: доктора медицинских наук И.А. Филатова, П.В. Макаров (Москва), С.В. Чурашов (Санкт-Петербург), Е.С. Милюдина (Самара), Е.А. Дроздова (Челябинск), А.Г. Гринев (Екатеринбург), кандидаты медицинских наук В.А. Ободов, Е.В. Бобыкин (Екатеринбург), А.Ю. Расческов (Казань), И.А. Сироткина (Челябинск), а также 250 врачей-офтальмологов Западно-Уральского региона.

Конференцию торжественно открыли ее сопредседатели — д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ М.В. Черешнева, заведующая кафедрой офтальмологии ПГМА, д.м.н., профессор Т.В. Гаврилова и главный внештатный офтальмолог УЗ г. Перми, к.м.н. Н.А. Собянин.

Научная программа конференции включала вопросы организации офтальмотравматологической службы, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с тяжелыми травмами глаза. С докладом «Организация офтальмотравматологической помощи в Пермском крае» выступила заведующая отделением травмы глаза Пермской краевой клинической больницы, к.м.н. В.Н. Бусырева. Анализ работы пункта неотложной офтальмологической помощи ГБУЗ ПК «ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граля» был представлен заведующим офтальмологическим отделением, к.м.н. Н.А. Собяниным и профессором М.В. Черешневой. Особенностям иммунодиагностики и лечения травматического воспаления у пострадавших с проникающим ранением глаза был посвящен доклад профессора Т.В. Гавриловой с соавторами. Д.м.н. П.В. Макаров поделился огромным опытом лечения пациентов с тяжелыми ожогами глаз в МНИИ ГБ им. Гельмгольца и продемонстрировал уникальные операции, возвращающие зрение безнадежным больным. Современный подход к диагностике и лечению симпатической офтальмии осветила профессор Е.А. Дроздова. Полковник медицинской службы С.В. Чурашов напомнил историю возникновения первой в России кафедры офтальмологии в Военно-медицинской академии, рассказал об особенностях специализированной офтальмологической помощи в боевых условиях, ознакомил присутствующих с современной классификацией механических травм глаза, а также поделился опытом хирургического лечения офтальмалгии, осложняющих боевую открытую травму глаза. Сообщение д.м.н. Е.С. Милюдина было посвящено реабилитации больных после тяжелых травм глаза в Самарской области. Большой интерес у присутствующих вызвал доклад к.м.н. А.Ю. Расческова об особенностях лечения офтальмотравмы у детей. Руководитель отделения



Президиум: А.Г. Гринев, В.А. Ободов (Екатеринбург), Е.А. Дроздова (Челябинск), Н.А. Собянин, М.В. Черешнева (Пермь-Екатеринбург)



Организаторы конференции, Т.В. Гаврилова и Н.А. Собянин, представляют гостя из г. Самары — д.м.н. Е.С. Милюдина



И.А. Филатова (Москва) жемлет участникам конференции успехов



Выступает интерн О.А. Чеклцова



П.В. Макаров (Москва), С.В. Чурашов (Санкт-Петербург)



Пермские офтальмологи: Т.В. Гаврилова, В.Н. Бусырева, М.В. Черешнева, Ю.Н. Борисова, Абдул Халум



Совместное фото докладчиков после окончания конференции



Гости конференции у бюста основоположника кафедры офтальмологии, профессора П.И. Чистякова



Гости Перми у памятника С.П. Дягилеву работы Эрнста Неизвестного

пластической и реконструктивной хирургии и глазного протезирования МНИИ ГБ им. Гельмгольца, д.м.н. И.А. Филатова сделала два доклада: о посттравматической реконструкции век и оптимальных подходах к энуклеации глазного яблока. Она поделилась опытом исправления ошибок после неправильной хирургической обработки тяжелых ранений глаз и дала полезные советы офтальмохирургам, а также представила замечательные косметические и функциональные результаты пластических операций. Проблему диагностики и лечения травм орбиты осветила в своем сообщении руководитель Уральского центра глазного протезирования, к.м.н. И.А. Сироткина. О первых результатах реконструктивных операций при посттравматических деформациях век методом свободной кожной пластики рассказали офтальмохирурги из ГКБ № 2 г. Перми Е.В. Воеводкина и Н.А. Собянин. Большой интерес и живое обсуждение вызвал доклад «Применение лакриностомии при травматических деформациях внутреннего угла глазной щели» к.м.н. В.А. Ободова из Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза». Были заслушаны доклады сотрудников кафедры офтальмологии Уральского государственного медицинского университета о профилактике и лечении инфекционных посттравматических осложнений в офтальмологии (д.м.н. А.Г. Гринев) и о реабилитации пациентов с последствиями глазной травмы в Свердловской области (к.м.н. Е.В. Бобыкин). Анализ причин удаления глазного яблока по данным Пермской краевой клинической больницы представила интерн кафедры офтальмологии ПГМА О.А. Чеклцова.

После докладов развернулась оживленная дискуссия, затронувшая все темы, поднятые на конференции. В завершение главный внештатный офтальмолог МЗ Пермского края Г.С. Чумакова от имени пермских врачей поблагодарила выступающих за содержательные доклады, а приехавшие коллеги высоко оценили оказанный им прием.

В дни работы конференции наши гости посетили клинику глазных болезней им. П.И. Чистякова на базе Краевой клинической больницы. Помимо научной части, была насыщенная культурная программа. Незабываемое впечатление оставило посещение школы-гимназии имени С.П. Дягилева. Офтальмологи были приятно удивлены, узнав, что в доме-музее, где провел юношеские годы великий импрессионист, в настоящее время учатся дети, постигая наряду с общеобразовательными предметами азы танца, музыки, театрального искусства.

По сложившейся традиции в конце конференции все участники были приглашены на теплоходную прогулку по Каме. Солнечная погода, период «белых ночей» и дружеская обстановка сделали конференцию в Перми незабываемым событием для всех ее участников. ■

Профессор Т.В. Гаврилова

Современные технологии лечения патологии роговицы

XII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Федоровские чтения – 2014»

19-20 июня 2014 года, Москва

Организаторы: Министерство здравоохранения РФ, Общество офтальмологов России, ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».



Академик РАН, профессор С.Э. Аветисов, академик РАН, профессор А.Ф. Бровкина



Профессор Б.Э. Малюгин



В.В. Рязанский, профессор М.М. Бикбов



Профессор В.Г. Копеева, профессор Л.И. Балашевич



Профессор З.И. Мороз, профессор В.Р. Мамиконян, профессор Е.В. Ченцова



Д.м.н. Д.Ю. Майчук, профессор В.П. Еричев, профессор Е.А. Егоров

< стр. 1

давать офтальмологам передышку, обеспечивая возможность всем через определенный промежуток времени проводить конференции, но не параллельно, как происходит это сейчас.

Открывая конференцию, с приветственным словом к участникам обратился генеральный директор ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, профессор А.М. Чухраев. Он пожелал участникам продуктивной и интересной работы.

В церемонии открытия принял участие председатель Комитета по социальной политике Федерального собрания Российской Федерации В.В. Рязанский. Он сказал, что в этот день все присутствующие отдадут дань академику Святославу Николаевичу Федорову, стоявшему у истоков создания МНТК «Микрохирургия глаза». «Любой выдающийся ученый, тем более ученый-врач, при жизни всегда настраивает себя на то, что его дело, его школа будут жить и после того, как он покинет этот мир. Ежегодные «Федоровские чтения» дают возможность коллегам обмениваться знаниями, новейшими технологиями. Важно отметить, что сегодня ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» выполняет до 80% всего объема высокотехнологичной офтальмологической помощи в России». В.В. Рязанский пожелал участникам

конференции плодотворной работы, конструктивного обмена мнениями, дальнейшего развития и процветания, расширения и углубления деловых взаимоотношений, партнерства, нацеленных на развитие медицины.

Руководитель китайской делегации, директор глазной клиники Харбинского медицинского университета, профессор Лю Пин подчеркнул, что МНТК «Микрохирургия глаза» поддерживает давние тесные научные связи с глазной клиникой в Харбине. Китайская секция в рамках «Федоровских чтений» была создана в 2012 году.

Торжественную церемонию открытия продолжил профессор Б.Э. Малюгин. Он зачитал приказ ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», датированный 18 июня 2014 года, о присвоении звания «Почетный профессор МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» профессору Ричарду Эбботту, заведующему кафедрой Исследовательского департамента и Центра охраны зрения имени Бекмана, научному сотруднику Фонда Фрэнсиса Проктора Калифорнийского университета, доктору Ричарду Эбботту. После ритуала облачения в мантию профессор Ричард Эбботт поблагодарил хозяев за гостеприимство и дружбу, отметил, что для него большая честь представить почетную Федоровскую лекцию — «Новейшие терапевтические и хирургические стратегии в диагностике и лечении бактериальных кератитов».

В своей лекции Р. Эбботт остановился на вопросах эпидемиологии кератита, некоторых инновациях в диагностике, обоснованного выбора антибиотиков и их назначения, о кроссликинге коллагена в лечении кератита, а также затронул проблему лечения кератита после инфекционных осложнений (рубцы, эрозии). Особое внимание профессор уделил использованию стероидных и нестероидных препаратов и выбору тактики при персистирующих дефектах эпителия.

Работа сессии «Актуальные вопросы кератопластики» началась с программного доклада «Современные направления селективной замены пораженных слоев роговицы при кератопластике», с которым выступил заместитель директора по научной работе ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор Б.Э. Малюгин. В начале своего выступления Борис Эдуардович информировал аудиторию о знаменательном событии, которое произошло во время работы конгресса в Бостоне в 2014 году. Имя академика Владимира Петровича Филатова (1875-1956) было включено в Зал Славы офтальмологии Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии (ASCRS) наряду с другими выдающимися новаторами в области мировой офтальмологии. Офтальмолог В.П. Филатов стоял у истоков трансплантологии, его заслуги были признаны международным офтальмологическим

сообществом. «Каждый год офтальмологи всего мира, собираясь на конгрессы ASCRS, имеют возможность познакомиться с биографиями выдающихся офтальмологов, которые внесли существенный вклад в развитие мировой офтальмологии. Отрадно, что среди великих офтальмологов есть и наши соотечественники, академики С.Н. Федоров и теперь — В.П. Филатов». В своем докладе профессор Б.Э. Малюгин остановился на основных технологиях селективной замены пораженных слоев роговицы при кератопластике, которые сегодня с успехом внедряются в клиническую практику (в полном объеме доклад публикуется на стр. 22).

Доклад «Фемтокератопластика: ожидания и ранние результаты в Республике Беларусь» представила Г.В. Ситник (Минск). Докладчик проанализировала результаты лечения пациентов, которым была выполнена кератопластика с использованием фемтосекундного лазера в сравнении с традиционной СКП по сравнению с кератотомией и ранние результаты в Республике Беларусь. Докладчик сообщила, что пересадка роговицы с применением фемтосекундного лазера позволяет добиться максимального соответствия параметров трансплантата и роговичного ложа реципиента. Однако необходима шовная фиксация трансплантата оставляет проблемы индурированного послеоперационного астигматизма. Актуальными остаются вопросы о выборе типа

шва для фиксации трансплантата и о сроках снятия швов, особенно при высокой остроте зрения.

Профессор Н.П. Папшаев с соавторами (Чебоксары) провел ряд исследований, целью которых было усовершенствование роговичного профиля разреза и оценка в эксперименте прочности послеоперационного рубца после фемтосекундной СКП в сравнении с традиционной СКП. Исследователи апробировали технологию СКП с использованием фемтосекундного лазера IntraLase Fs 60 кГц с комбинированным роговичным профилем у пациентов с кератотомией и кератопластикой. Авторы исследования считают, что комбинированный роговичный профиль способствует предельно точному сопоставлению краев операционной раны, правильному расположению трансплантата в ложе реципиента и более прочному послеоперационному рубцу. Фемтосекундная СКП по сравнению с традиционной СКП уменьшает в офтальмологических отделениях 10 ГКБ г. Минска. Г.В. Ситник считает, что пересадка роговицы с применением фемтосекундного лазера позволяет добиться максимального соответствия параметров трансплантата и роговичного ложа реципиента. Однако необходима шовная фиксация трансплантата оставляет проблемы индурированного послеоперационного астигматизма. Актуальными остаются вопросы о выборе типа

преимуществами операции ПСП по отношению к методике Anwar являются: непосредственное воздействие отслаивающим веществом на десцеметовую мембрану, а также возможность визуального контролируемого отслоения ДМ.



Сессия «живой хирургии»

преимуществами операции ПСП по отношению к методике Anwar являются: непосредственное воздействие отслаивающим веществом на десцеметовую мембрану, а также возможность визуального контролируемого отслоения ДМ.

О структурных изменениях роговицы после фемтолазерной послойной кератопластики доложила профессор Е.В. Ченцова (Москва). Целью работы явилось изучение воздействия лазерного излучения на морфологию роговицы при проведении фемтолазерной послойной кератопластики. Данные, полученные при конфокальной микроскопии, показали минимальное воздействие фемтолазера на морфологию роговой оболочки, что может свидетельствовать о безопасности проведения данного вида хирургического вмешательства. Проведение передней послойной кератопластики при помощи фемтосекундного лазера является эффективной методикой, позволяющей добиться высоких оптических результатов.

Анализ среднесрочных результатов трансплантации десцеметовой мембраны с эндотелием (ДМЕК) и накопленный 6-летний опыт позволил д.м.н. О.Г. Оганесю (Москва) сделать вывод, что трансплантация ДМ с эндотелием (ДМЕК) обеспечивает достижение максимальных величин остроты зрения, в том числе и выше 1,0. За 6-летний период сохранили прозрачность 94% роговиц, частота реакций отторжения составила менее 2%, «потеря» донорской ткани — менее 2%, дислокация трансплантата — менее чем в 2% случаев, потеря плотности эндотелиальных клеток за 5-летний срок составила около 50%. Кроме того, внедрение методики ДМЕК позволило эффективнее использовать донорские ткани, более успешно проводить операции на глазах после радиальной кератотомии и с поверхностными помутнениями, а также способствовало увеличению количества и соответствию качества выполнения DALK и DMEK после фемтолазерной передней послойной кератопластики.

Новую технику подготовки трансплантата для пересадки десцеметовой мембраны представил профессор из Франции Марк Мурийн. Во втором сообщении М. Мурийн продемонстрировал взаимосвязь толщины эндотелиального трансплантата со степенью зрительной реабилитации.

И. Декарис (Хорватия) выступила с двумя докладами. Она поделилась опытом применения метода задней автоматизированной послойной кератопластики с использованием ультрафиолетовых трансплантатов, а также с опытом использования бевацизумаба с целью улучшения результатов кератопластики у пациентов группы риска.

Дневное заседание было посвящено современным аспектам диагностики и лечения кератоконуса. Доклад «Алгоритм диагностики «латентного кератоконуса» от группы авторов сделал академик РАН,

профессор С.Э. Аветисов. Диагностика кератоконуса (КК) в развитых стадиях процесса не представляет затруднений. Актуальность адекватной диагностики в начальных стадиях КК диктуется двумя обстоятельствами: потенциальной опасностью возникновения ятрогенной кератоэктазии при проведении эксимерлазерных методик коррекции миопии и астигматизма, и в меньшей степени, это касается внедрения в клиническую практику процедуры, которая может тормозить прогрессирование кератоконуса — это перекрестная сшивка коллагена роговицы (кроссликинг). Варианты клинического течения КК условно можно разделить на: быстрое прогрессирование, чередование периода прогрессирования и стабилизации, медленное прогрессирование. При обсуждении вопросов диагностики кератоконуса, по мнению С.Э. Аветисова, необходимо отойти от привычного определения кератоконуса и попытаться охарактеризовать процесс КК этапно; процесс характеризуется дистрофическими изменениями роговицы, микродефектами «регулярности» передней поверхности и толщины роговицы, прогрессирующими усилениями рефракции и иррегулярности передней поверхности роговицы, вторичным истончением стромы, протрузией «верхушки» КК. Академик РАН С.Э. Аветисов обратил внимание слушателей на необходимость различать диагностику (выявление патогномоничных признаков заболевания) и мониторинг (оценку динамики патологического процесса). Методы диагностики могут использоваться в качестве методов мониторинга, а методы мониторинга (рутинные — рефракто- и кератометрия, визиометрия, топографическая кератометрия, конфокальная микроскопия, оптическая когерентная томография, aberrometria, оценка биомеханических свойств роговицы, биоэластография) не могут лечь в основу диагностики патологического процесса КК. К методам диагностики так называемого «начального, субклинического, латентного» КК необходимо применить два исследования: топографическую кератометрию, топографическую пахиметрию, но только в дополнении к топографической кератометрии. Если говорить о топографической оценке кривизны передней поверхности роговицы, то на сегодняшний день существуют два основных подхода: принцип Плячидо и принцип Шаймфлюга. Далее докладчик перечислил типичные виды паттернов и частоту их обнаружения в ранних стадиях КК, критерии диагностики. Подводя итоги выступлению, С.Э. Аветисов сделал акцент на энциклопедическом определении латентности заболевания. Латентный период — это первоначальный, скрытый, внешне не проявляющийся период болезни (БСЗ). Таким образом, ранняя диагностика симптомов КК неравнозначна ранней

диагностике патологического процесса. В перспективе, подчеркнул докладчик, необходимо разработать методы диагностики начальных проявлений патологического процесса на основе изучения механизмов развития КК.

Профессор Ю.Б. Слонимский (Москва) в докладе «Нудгрос Согнеа: дифференциальная диагностика и лечение» описал тяжелое осложнение прогрессирующей кератоэктазии в далеко зашедшей стадии. В подавляющем большинстве случаев острый герпетический кератоконус (острый КК) и на фоне прогрессирования пеллоидной маргинальной дегенерации роговицы. Своевременная диагностика и активная тактика консервативного лечения обеспечивает более быстрое купирование процесса и более полноценную реабилитацию больных. Сквозную кератопластику рекомендуется проводить после полного купирования процесса за исключением случаев перфорации роговицы. LASIK, проведенный после полной стабилизации рефракции, является высокоэффективной операцией коррекции посткератопластической аметропии у большинства больных.

В настоящее время для решения научных и исследовательских задач получили распространение современные методы элементного микроанализа, методы качественного обнаружения и/или количественного определения содержания атомов элементов в исследуемом образце. Для изучения биологических объектов стал доступен рентгеновский спектральный микроанализ. Л.С. Патенюк (Москва) с группой авторов в докладе «Новые данные о происхождении кольца Флейшера при кератоконусе», изучив нарушение миграции микроэлементов роговицы, объясняет один из механизмов прогрессирующих изменений дистрофии роговицы. В исследовании было использовано 13 кадаверных роговичных дисков без признаков патологических изменений и 10 роговичных дисков, удаленных при сквозной кератопластике по поводу III стадии кератоконуса. По данным сканирующей электронной микроскопии и энергодисперсионной

рентгеновской спектроскопии, было выявлено распределение различных элементов (Fe, Cu, Zn, Pb, Ni) в роговице. Характер осадочных минеральных элементов при КК позволяет говорить, что образование кольца Флейшера является результатом формирования физико-химического барьера в тканях роговицы, который препятствует

миграции ионов этих микроэлементов в биодоступной форме, что нашло отражение на диаграммах Poutbaix, представленных докладчиком. Было высказано предположение, что пигментное кольцо Флейшера образуется в результате формирования физико-химического барьера, а сам физико-химический барьер может быть как причиной,



Профессор Ричард Эбботт (Richard L. Abbott) окончил университет города Тафтс по специальности «биохимия», продолжил карьеру в медицине, в области офтальмологии. Окончил Университет им. Джорджа Вашингтона, защитил докторскую диссертацию и с 1978 г. работает в г. Сан-Франциско. Начал работу в Калифорнийском Тихоокеанском центре по исследованиям роговицы и заболеваниям наружной поверхности глаза, стал профессором кафедры. Под его непосредственным руководством прошли обучение 77 ординаторов или, как их называют американские коллеги, «резидентов». С именем профессора Эббота связаны существенные достижения в области изучения патологии роговицы, заболевания поверхности глаза. Он впервые описал одну из редких форм дегенерации роговицы. На протяжении ряда лет, являясь консультантом FDA, возглавлял серьезные научно-исследовательские программы, посвященные рефракционной хирургии, а именно, изучению радиальной

кератотомии, фоторефрактивной кератэктомии, операцией ЛАЗИК, рефракционной лентасктомии, интрастромальным роговичным сегментам и ряду других. В 1994 г. доктор Эбботт, по данным Вудвордского издательского дома, был признан лучшим офтальмологом Америки. В 1995-2000 гг. был главным редактором издания Американской академии офтальмологии, опубликовал 35 глав в различных научных монографиях, является автором монографии «Хирургические вмешательства при заболеваниях роговицы и поверхностных заболеваниях глаз». Профессор Эбботт неоднократно выступал на ведущих международных конгрессах, сделал в общей сложности 748 докладов, из них 29 почетных лекций.

Доктор Эбботт является членом наиболее авторитетных обществ. В 2011 г. был избран Президентом Американской академии офтальмологии. Является обладателем множества наград и премий в области офтальмологии. Важнейшими событиями в его биографии стало присуждение в 2010 г. медали имени Хосе Ризаля, ведущей награды офтальмологов Азиатско-Тихоокеанского региона, а также медали имени Дюка Элдера Международного совета офтальмологов, которая была присвоена профессору Эбботту в 2014 г.

Ричард Эбботт лично знал академика С.Н. Федорова, неоднократно встречался с ним, принимал участие в конференциях российских офтальмологов, с которыми профессора Эббота связывали давние учебные, организационные и личные отношения. (Цитируется по представлению проф. Б.Э. Малюгина)

рентгеновской спектроскопии, было выявлено распределение различных элементов (Fe, Cu, Zn, Pb, Ni) в роговице. Характер осадочных минеральных элементов при КК позволяет говорить, что образование кольца Флейшера является результатом формирования физико-химического барьера, а сам физико-химический барьер может быть как причиной,

миграции ионов этих микроэлементов в биодоступной форме, что нашло отражение на диаграммах Poutbaix, представленных докладчиком. Было высказано предположение, что пигментное кольцо Флейшера образуется в результате формирования физико-химического барьера, а сам физико-химический барьер может быть как причиной,

X ЮБИЛЕЙНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РЕФРАКЦИЯ – 2014»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ У ДЕТЕЙ

28-30 ноября 2014 г.

г. Самара, Ренессанс Отель, ул. Ново-Садовая, 162-б

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в X юбилейной офтальмологической конференции «Рефракция-2014. Актуальные вопросы аномалий рефракции у детей».

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

1. Фундаментальные вопросы рефракции, аккомодации и аберрации.
2. Проблемы прогрессирующей миопии и других аномалий рефракции.
3. Глазодвигательные нарушения.
4. Хирургия катаракты, глаукомы.
5. Актуальные вопросы рефракционной хирургии.
6. Оптометрия и контактная коррекция.

Материалы конференции «Рефракция-2014» будут изданы в виде сборника статей. Регистрация сборника в электронной базе eLIBRARY и РИИЦ обеспечит авторам работ рост показателей цитируемости.

Срок подачи работ – до 15 сентября 2014 г. на электронный адрес: refraction-2014@yandex.ru Завяки на участие принимаются до 20 ноября 2014 г.

Координатор организационного комитета: Гапонова Елена Васильевна. Тел. +7-917-115-00-34; e-mail: refraction-2014@yandex.ru

Подробная информация о конференции и предварительная программа на сайте www.zrenie-samara.ru, www.aprilpublish.ru



Академик РАН, профессор С.З. Аветисов



Профессор Д. Хердалл (Дания)



Профессор Б. Гокигит (Турция), профессор А.М.Ф. Дельгадо (Колумбия)

Доктор медицинских наук
А.В. ПлесковаКандидат медицинских наук
Ю.А. Комах

Профессор С.И. Анисимов

Кандидат медицинских наук
Т.Д. Абугова

так и следствием дегенеративных изменений в роговице при КК. Просматривается «порочный круг» возможных причинно-следственных изменений роговицы: формирование физико-химического барьера пигментного кольца Флейшера запускает деструктивные процессы в роговице, в связи с этим происходит обеднение минеральными элементами зоны эктазии с последующим нарушением синтеза коллагена, что, возможно, и приводит к деструктивным процессам в роговице.

Профессор М.М. Бикбов (Уфа) в докладе «Медико-биологические аспекты УФ-кросслинкинга при кератоконусе» обозначил современные тенденции усовершенствования методики кросслинкинга: трансэпителиальный,

кросслиннинг с частичной (штриховой) дезэпителизацией, кросслиннинг с дезэпителизацией с использованием 20% спирта, кросслиннинг с удалением эпителия посредством эксимерного лазера, фемтокросслиннинг, персонализированный и кросслиннинг при исходно малой толщине роговицы. В Уфимском НИИ глазных болезней разработано принципиально новое устройство для кросслинкинга роговицы. В новом аппарате «УФалинк-Квант» системой линз обеспечивается высокая мощность светового потока мощностью излучения 1-5 мВ/см² (монокромный свет). В отличие от обычных УФ-излучателей, состоящих из нескольких источников, в данном аппарате один светодиод позволяет получить монохромный свет, обеспечивая равномерную

мощность излучения на всей поверхности роговицы. С 2012 г. в Уфимском НИИ глазных болезней проводятся экспериментальные исследования для изучения возможности применения кросслинкинга склеры при различных патологиях. Изучается влияние данной процедуры на темпы роста глазного яблока, пролиферативные процессы в склере. В перспективе актуальным является проведение экспериментально-клинических исследований по изучению влияния кросслинкинга на коллагеновую структуру склеры при прогрессирующей миопии и глаукоме.

Профессор С.И. Анисимов (Москва) рассказал о новых диагностических возможностях при кератоконусе и представил результаты проведения процедуры локального

кросслинкинга в докладе «Персонализированный УФ-кросслиннинг в лечении кератоконуса». Докладчик считает, что локальный кросслиннинг эффективен при кератоконусе I-II стадий. Локальный кросслиннинг обладает выраженным управляемым рефракционным эффектом, позволяет снизить воспалительную реакцию на процедуру.

В.В. Зотов (Чебоксары) представил результаты локального фемтокросслинкинга роговичного коллагена у пациентов с прогрессирующей структурой склеры при прогрессирующей миопии и глаукоме.

Профессор С.И. Анисимов (Москва) рассказал о новых диагностических возможностях при кератоконусе и представил результаты проведения процедуры локального кросслинкинга в докладе «Персонализированный УФ-кросслиннинг в лечении кератоконуса». Докладчик считает, что локальный кросслиннинг эффективен при кератоконусе I-II стадий. Локальный кросслиннинг обладает выраженным управляемым рефракционным эффектом, позволяет снизить воспалительную реакцию на процедуру.

В.В. Зотов (Чебоксары) представил результаты локального фемтокросслинкинга роговичного коллагена у пациентов с прогрессирующей структурой склеры при прогрессирующей миопии и глаукоме.

Профессор С.И. Анисимов (Москва) рассказал о новых диагностических возможностях при кератоконусе и представил результаты проведения процедуры локального кросслинкинга в докладе «Персонализированный УФ-кросслиннинг в лечении кератоконуса». Докладчик считает, что локальный кросслиннинг эффективен при кератоконусе I-II стадий. Локальный кросслиннинг обладает выраженным управляемым рефракционным эффектом, позволяет снизить воспалительную реакцию на процедуру.

В.В. Зотов (Чебоксары) представил результаты локального фемтокросслинкинга роговичного коллагена у пациентов с прогрессирующей структурой склеры при прогрессирующей миопии и глаукоме.

обсуждению интересных и необычных случаев в практике «роговичного хирурга».

Традиционно большое количество слушателей собрала сессия «Вопросы лечения воспалительных заболеваний переднего отрезка глазного яблока». Программный доклад «Современные технологии и современные достижения в лечении синдрома «сухого глаза» различной этиологии» представил профессор В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург). Тему синдрома «сухого глаза» продолжили Н.А. Ермакова (Москва), С.Ю. Петров (Москва) и Т.Н. Сафонова (Москва).

Зам. директора по науке НИИ антимикробной химиотерапии СГМА, к.м.н. А.В. Дехнич (Смоленск) выступил с докладом «Принципы системной терапии хламидиоза». Он рассказал о принципах лабораторной диагностики хламидиоза и лечения, затронув вопросы терапии хламидийного конъюнктивита у новорожденных и взрослых пациентов.

Кератиты — широко распространенная, полиэтиологическая патология, приводящая к стойкому помутнению оптических сред глазного яблока. Кератиты составляют 3,5% в структуре глазной заболеваемости, но из-за выраженных остаточных помутнений роговицы являются ведущей причиной слепоты и инвалидности по зрению.

В.В. Кремкова (Москва) провела исследование состояния иммунитета больных с кератитами, получивших для коррекции иммунодефицита препарат реферон. В последнее время именно реферон используется в качестве иммуномодулирующего средства, являясь генно-инженерным человеческим α₂-интерфероном высокой активности. Иммуномодулирующий эффект реферона наиболее выражен при вирусных и бактериальных кератитах и надежно защищает больных от рецидивов заболевания, оказывает корригирующее влияние на состояние их иммунологического статуса, способствует улучшению зрительных функций.

Об особенностях ведения пациентов с рецидивирующими герпетическими эрозиями познакомили слушателей д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва). Принцип терапии включает два этапа. Первый этап — противовирусная, антибактериальная, репаративная терапия. Второй этап — иммуномодулирующая и повышения прогнозируемости эффекта операции.

Т.К. Чураков (Санкт-Петербург) с соавторами проанализировал результаты кросслинкинга роговичного коллагена при первичном кератоконусе по данным индексов Pentacam в зависимости от степени заболевания. Пять из семи индексов Шаймпфлюга-кератотопографии Pentacam достоверно уменьшаются после кросслинкинга роговичного коллагена, выполненного по поводу прогрессирующего первичного кератоконуса любой стадии, что сопровождается улучшением функциональных и рефракционных показателей.

Во время работы сессии было заслушано еще 5 докладов, после чего состоялась интересная дискуссия по вопросам локального кросслинкинга.

Вечернее заседание было посвящено историческим и современным подходам к кератопротезированию при инвалидизирующей посттравматической и ожоговой патологии роговицы. Параллельно в здании поликлиники обсуждались вопросы лечения кератоконуса методом интрастромальной кератопластики.

На сегодняшний день представляет широкий арсенал результатов различных иммунологических исследований при травмах глаза. Травма глаза — это не только локальные иммунные реакции, но и общие изменения в ответ на травму и перенесенный стресс.



Профессор Е.В. Ченцова, профессор И. Декарис (Хорватия)

По мнению С.Р. Меджидовой (Баку, Азербайджан), определение в крови общего IgE (главный компонент гиперчувствительности немедленного типа) при травмах глаза имеет важное диагностическое значение. Однако его повышение не всегда является аллергической реакцией. Выявление гиперчувствительности немедленного типа свидетельствует о необходимости десенсибилизирующей терапии в составе комплексного лечения пациентов с травмой глаза.

Основным в патогенезе бактериального кератита является взаимодействие собственных клеток роговицы и пришлых клеток из перилимбальной сосудистой сети. Процесс заживления роговицы при бактериальном кератите включает митоз, дифференциацию эпителиальных и стромальных клеток, миграцию, тканевое ремоделирование. Эпителий играет ведущую роль в заживлении роговицы, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения его морфофункциональных изменений и их влияния на течение воспалительного процесса при бактериальном кератите.

Т.К. Волковыш (Минск, Республика Беларусь) изучила особенности эпителизации роговицы и определила сроки назначения репаративных у пациентов с бактериальным кератитом.

В сессионном заседании «Врожденная аномалия и приобретенная патология переднего отрезка глаза у детей: диагностика и лечение» были отражены основные вопросы данной тематики. Особый интерес вызвали доклады Анжели Мари Фернандес Дельгадо (Богота, Колумбия) «Аномалия переднего сегмента глаза» и Бирсен Гокигит (Стамбул, Турция) «Современные технологии кератопластики у детей». Н.Ф. Боброва (Одесса, Украина) не смогла лично присутствовать на конференции. С помощью современных телекоммуникационных технологий была проведена лекция «Врожденная и наследственная патология переднего отдела глаза» в режиме on-line.

Врожденная стафилома роговицы — тяжелый порок развития, поражающий практически все структуры переднего сегмента глаза (точных данных о ее распространенности нет). Отсутствие своевременного лечения приводит к необратимым и тяжелым зрительным последствиям. Единственным способом лечения является сквозная лимбокератопластика, показана к которой являются срочными и абсолютными. А.В. Плескова (Москва) с соавторами изучила клинику и оценила результаты хирургического лечения у детей с врожденными стафиломами роговицы. Стафилома роговицы — очень редкая и крайне тяжелая патология, которая, по мнению исследователей, является самостоятельной нозологической формой.

Э.Л. Усубов (Уфа) с соавторами представил результаты современных диагностических методов

исследования и лечения первичных кератоконусов у детей и подростков. Анализ структуры кератоконуса при первичном обращении среди детей и подростков показал, что у 52,6% заболевание было уже на 3-4 стадиях. Проведение КЛ роговичного коллагена у 65% детей и подростков с кератоконусом стабилизировало течение болезни, а также приводило к улучшению зрительных и кератометрических показателей. Имплантация интрастромальных колец во всех случаях стабильного течения кератоконуса показала положительный анатомо-функциональный результат и может являться в детской практике методом выбора при условии переносимости очковой и контактной коррекции зрения. Применение ИРС улучшало функциональные результаты в 75% случаев. Выполнение сквозной или эпикератопластики детям с далеко зашедшими стадиями КК в 93,7% случаев привело к стабилизации состояния роговицы и улучшению зрительных функций.

Оживленную дискуссию вызвало представление клинического случая по поводу лечения врожденной эндотелиальной дистрофии роговицы. Докладчик — И.В. Дроздов (Москва). У девочки 5 месяцев было выявлено помутнение роговицы обоих глаз сразу после рождения (из анамнеза: родилась на 39-й неделе, вес — 2880 г, оценка по шкале Апгар 8/9, соматически здорова). При осмотре отмечалось сходное косоглазие с преимущественной девиацией к носу левого глаза, нистагм, светобоязнь и диффузный отек роговицы обоих глаз без видимой патологии глубжележащих структур. Острота зрения обоих глаз — предметное зрение. Девочке была выполнена задняя автоматизированная послойная кератопластика. Данная методика позволила значительно повысить безопасность хирургического лечения, ускорило клиническую и зрительную реабилитацию. Несмотря на хорошие результаты, второй глаз не был прооперирован, хирург занял выжидательную позицию. По мнению экспертов, высокая временная отсрочка операции является недопустимой.

Несомненно, ярким событием в программе конференции стала сессия «Фундаментально-прикладные аспекты разработки инновационных методов лечения патологии роговицы. Клеточные технологии». Профессор С.А. Борзенко (Москва) представил доклад «Фундаментальные аспекты конструирования биологического эквивалента искусственной роговицы». Пленочные матрицы из синтетического материала спиридона обладают адгезивными свойствами по отношению к сфероидам МСК-Л. Матрицы из материала спиридона не обладают цитотоксичностью, поддерживают достаточную пролиферацию посаженных на них клеток. Сфероиды МСК-Л способны формировать фрагменты микротканей с различными фенотипическими

свойствами. Сфероиды МСК-Л и матрицы из спиридона перспективны для конструирования биологического эквивалента искусственной роговицы.



Доктор биологических наук, профессор А.В. Васильев, профессор С.А. Борзенко

с помощью АСМ была определена структура механоактивированной плаценты, используемой в качестве трансплантата, произведена оценка глубины проникновения донорского материала в соединительно-тканые структуры глаза реципиента; установлено образование новых соединительнотканых структур, индуцированное проникновением наноплацентарных частиц в толщу склеры реципиента.

Организации и тактике деятельности глазных банков в России было посвящено дневное заседание при стимуляции механоактивированным биологическим материалом» от группы авторов был представлен П.А. Перевозчиковым (Ижевск). Как отметил докладчик, процессы репаративной дегенерации более выражены при введении механоактивированной плаценты;

с помощью АСМ была определена структура механоактивированной плаценты, используемой в качестве трансплантата, произведена оценка глубины проникновения донорского материала в соединительно-тканые структуры глаза реципиента; установлено образование новых соединительнотканых структур, индуцированное проникновением наноплацентарных частиц в толщу склеры реципиента.

Организации и тактике деятельности глазных банков в России было посвящено дневное заседание при стимуляции механоактивированным биологическим материалом» от группы авторов был представлен П.А. Перевозчиковым (Ижевск). Как отметил докладчик, процессы репаративной дегенерации более выражены при введении механоактивированной плаценты;

с помощью АСМ была определена структура механоактивированной плаценты, используемой в качестве трансплантата, произведена оценка глубины проникновения донорского материала в соединительно-тканые структуры глаза реципиента; установлено образование новых соединительнотканых структур, индуцированное проникновением наноплацентарных частиц в толщу склеры реципиента.

Организации и тактике деятельности глазных банков в России было посвящено дневное заседание при стимуляции механоактивированным биологическим материалом» от группы авторов был представлен П.А. Перевозчиковым (Ижевск). Как отметил докладчик, процессы репаративной дегенерации более выражены при введении механоактивированной плаценты;

с помощью АСМ была определена структура механоактивированной плаценты, используемой в качестве трансплантата, произведена оценка глубины проникновения донорского материала в соединительно-тканые структуры глаза реципиента; установлено образование новых соединительнотканых структур, индуцированное проникновением наноплацентарных частиц в толщу склеры реципиента.

Организации и тактике деятельности глазных банков в России было посвящено дневное заседание при стимуляции механоактивированным биологическим материалом» от группы авторов был представлен П.А. Перевозчиковым (Ижевск). Как отметил докладчик, процессы репаративной дегенерации более выражены при введении механоактивированной плаценты;

с помощью АСМ была определена структура механоактивированной плаценты, используемой в качестве трансплантата, произведена оценка глубины проникновения донорского материала в соединительно-тканые структуры глаза реципиента; установлено образование новых соединительнотканых структур, индуцированное проникновением наноплацентарных частиц в толщу склеры реципиента.

Организации и тактике деятельности глазных банков в России было посвящено дневное заседание при стимуляции механоактивированным биологическим материалом» от группы авторов был представлен П.А. Перевозчиковым (Ижевск). Как отметил докладчик, процессы репаративной дегенерации более выражены при введении механоактивированной плаценты;

остановился на законодательных и нормативно-правовых аспектах деятельности глазных тканевых банков в РФ. О перспективах развития Самарского глазного банка рассказал Е.С. Милудин (Самара). В настоящее время Самарский глазной банк в полной мере обеспечивает потребности хирургических отделений в консервированных аллогенных тканях, осуществляет научные исследования по разработке новых методов консервации тканей. Организационные аспекты деятельности Московского глазного тканевого банка ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза», регионального глазного банка в Краснодаре, глазного банка «АйЛаб» были затронуты в ходе работы сессии.

Сессия «Контактная коррекция аномалий рефракции. Ортокератология», на которой было заслушано 12 докладов, завершила работу конференции.

За время работы конференции участники и гости смогли познакомиться с 20 стендовыми докладами. Комиссия по отбору лучших работ высоко оценила присланные доклады. Победители получили награды из рук генерального директора ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессора А.М. Чухраева.

В рамках научно-практической конференции «Федоровские чтения – 2014» была проведена выставка офтальмологического оборудования, а также лекарственных и расходных материалов.

Материал подготовила
Лариса Тумар

АЗИДРОП

Азидромицин 15 мг/г — капли глазные

Новинка

Первое антибактериальное средство для 3-дневного лечения глаз

1 капля утром /вечером в течение 3 дней

Ваш выбор в качестве терапии первого ряда

ООО «Тео Фарма»
Россия, 121099, Москва,
Смоленская площадь, д. 3
+7(495) 937-64-80

Théa

Люксфен®

Бримонидин 0,2% 5 мл

ТЬМА ОТСТУПАЕТ

- Снижение офтальмотонуса до 10-12 мм рт.ст., контроль 12 часов¹
- Нейропротекторные свойства даже в условиях повышенного офтальмотонуса^{2,3,4}
- Дополнительное увлажнение и регенерация клеток поверхности глаза за счет поливинилового спирта⁵
- Кратность применения — 2 раза в сутки¹

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.
Полную информацию Вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ»: 115162, Россия, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5, Тел.: +7 (495) 510 28 79 www.valeant.com

BAUSCH + LOMB

1. Инструкция по применению лекарственного препарата ЛЮКСФЕН. 2. Lambert W.S., Ruiz L., Crish S.D., Wheeler L.A., Calkins D.J. Brimonidine prevents axonal and somatic degeneration of retinal ganglion cell neurons. Mol Neurodegener. 2011; 6: 4. 3. Lopez-Herrera M.P.L., Mayor-Torrogosa S., de Imperial J.M., Villegas-Perez M.P., Vidal-Sanz M. Transient ischemia of the retina results in altered retrograde axoplasmic transport: neuroprotection with brimonidine. Exp Neurol. 2002; 178: 243-258. 4. Cun-Jian Dong, William A. Hane and Larry Wheeler. Neural Mechanisms Underlying Brimonidine's Protection of Retinal Ganglion Cells in Experimental Glaucoma. Glaucoma — Basic and Clinical Concepts, book edited by Shilpa Rymer, Publisher: November 11, 2011. 5. Мальханов В.В., Шевчук Н.Е. Синдром «сухого глаза»: диагностика, патогенез, лечение. ПУ «Уфимский НИИ глазных болезней» АН РБ, материалы Международной научно-практической конференции по офтальмологии «Восток-Запад» — 2011.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ ЗАМЕНЫ ПОРАЖЕННЫХ СЛОЕВ РОГОВИЦЫ ПРИ КЕРАТОПЛАСТИКЕ

Б.Э. Малюгин

ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

История кератопластики насчитывает многие десятилетия, однако мы особенно благодарны нашему австрийскому коллеге — доктору Эдуарду Цирму за то, что в 1905 г. он впервые определил возможность прозрачного приживления роговичного трансплантата у человека. Это событие стало вехой развития данного направления офтальмохирургии и предопределило успех внедрения пересадки роговицы в клиническую практику (рис. 1).

Описывая вопросы истории кератопластики, невозможно не упомянуть выдающегося советского офтальмолога — академика Владимира Петровича Филатова, основателя Института глазных болезней и тканевой терапии в Одессе. Он стоял у самых истоков не только отечественной, но и мировой трансплантологии. В начале текущего года заслуги академика Филатова были особо отмечены международным офтальмологическим сообществом. На конгрессе Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS), состоявшемся в Бостоне, его имя было внесено в Зал Славы офтальмологов. На торжественном заседании в Холле Славы офтальмологов. На торжественном заседании в Холле Славы офтальмологов. На торжественном заседании в Холле Славы офтальмологов.

фильм, содержащий воспоминания его учеников и сотрудников, включая интервью с нынешним руководителем института, академиком Н.В. Пасечниковой, а заведующий отделением микрохирургии, профессор С.К. Дмитриев можно сказать, что стала уже рутинной, прочно заняв свое место в клинической практике. Сквозная кератопластика (СКП) обеспечивает достижение прозрачного приживления роговичного трансплантата у подавляющего большинства пациентов. Очевиден факт, что это напрямую зависит от исходной патологии роговицы, достигая при кератоконусе наивысших значений, равных 95-98%. Однако при целом ряде других патологических

состояний, особенно связанных с васкуляризацией роговицы, и при повторных вмешательствах, биологический результат существенно ниже. Обратимся к современному этапу развития кератопластики. Он характеризуется тем, что данная операция, в сквозном ее варианте, можно сказать, что стала уже рутинной, прочно заняв свое место в клинической практике. Сквозная кератопластика (СКП) обеспечивает достижение прозрачного приживления роговичного трансплантата у подавляющего большинства пациентов. Очевиден факт, что это напрямую зависит от исходной патологии роговицы, достигая при кератоконусе наивысших значений, равных 95-98%. Однако при целом ряде других патологических

состояний, особенно связанных с васкуляризацией роговицы, и при повторных вмешательствах, биологический результат существенно ниже. Обратимся к современному этапу развития кератопластики. Он характеризуется тем, что данная операция, в сквозном ее варианте, можно сказать, что стала уже рутинной, прочно заняв свое место в клинической практике. Сквозная кератопластика (СКП) обеспечивает достижение прозрачного приживления роговичного трансплантата у подавляющего большинства пациентов. Очевиден факт, что это напрямую зависит от исходной патологии роговицы, достигая при кератоконусе наивысших значений, равных 95-98%. Однако при целом ряде других патологических

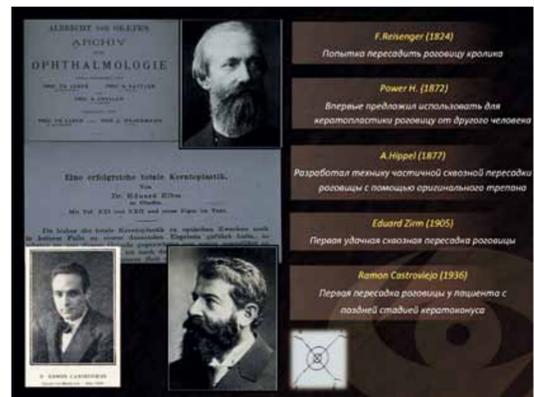


Рис. 1.

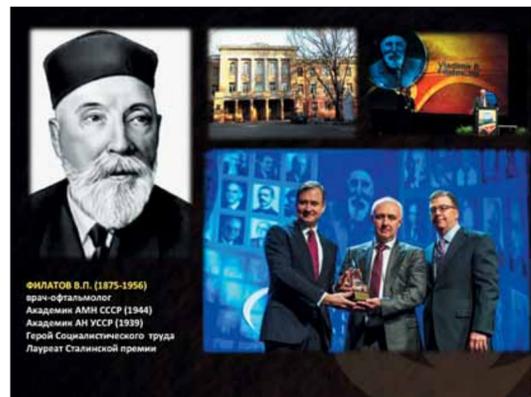


Рис. 2.



Рис. 3.

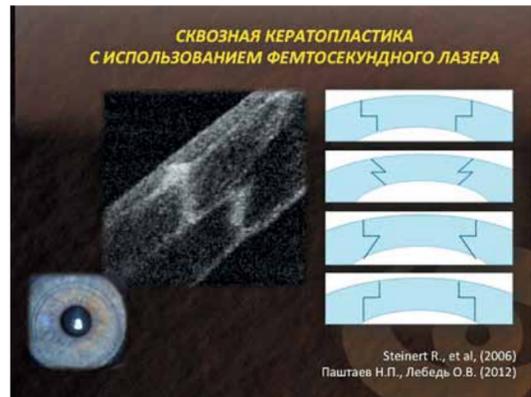


Рис. 4.



Рис. 5.

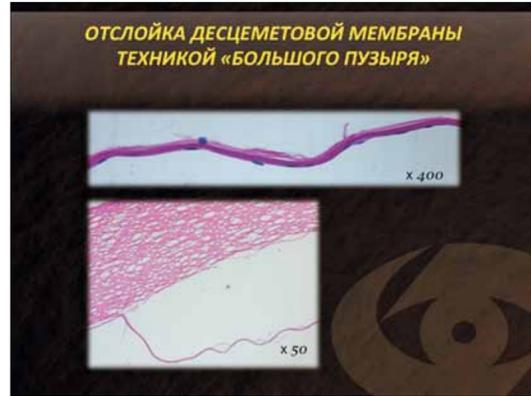


Рис. 6.

не замещение роговицы целиком, а селекция и замена только тех слоев роговицы, которые вовлечены в патологический процесс. Именно поэтому современная кератопластика основана исключительно на селективном подходе, основные технологии которого я планирую обсудить детально. Исходя из анатомического строения роговицы и ее послойной архитектоники, селективный подход заключается в следующем. При патологии роговичного эпителия, в частности, при ожогах глазной поверхности, мы применяем трансплантацию аутологичных лимбальных стволовых клеток, либо культивированных стволовых клеток донора, переносимых на глаз реципиента с использованием разных носителей (контактные линзы, коллагеновые диски, амниотическая мембрана и др.). При небольших по глубине поверхностных помутнениях, мы имеем возможность использовать фототерапевтическую кератэктомию, испаряя эксимерным лазером поверхностные слои роговицы. При стромальных помутнениях, не затрагивающих всю толщу роговицы, применяем послойную кератопластику или так называемую «переднюю послойную кератопластику» в различных модификациях (ручная, автоматизированная и др.). Особое место при этом занимает передняя глубокая послойная кератопластика (ПГПК) — это замена стромы роговицы вплоть до десцеметовой мембраны. И, наконец, при патологии задних 2-х слоев роговицы (десцеметовой мембраны и задней эпителиальной роговицы) используется задняя послойная или эндотелиальную кератопластику (ЭК) (рис. 5).

Ряд других исследователей предложили отделять ДМ при помощи физиологического раствора, вискоэластика, красителей, на фоне введения пузыря воздуха в переднюю камеру (техника «двойного пузыря»), механическими брами или же используя сочетание нескольких оперативных приемов (рис. 7). На личном опыте хочу подчеркнуть, что форсированная аэрация стромы роговицы наиболее эффективна и с наибольшим процентом успеха приводит к формированию пузыревидной отслойки ДМ. На гистологических препаратах видно, что при этом ДМ отделяется от стромы достаточно полноценно, однако в ряде случаев мы все же отмечаем небольшое количество коллагеновых фибрилл на ее поверхности. О деталях этого феномена я скажу позднее. Итак, наша техника заключается в несквозной трепанации роговицы, выполняемой, как правило, на глубину от 1/2 до 2/3 толщины роговицы. Далее производим удаление поверхностных слоев стромы

при помощи одноразового расщепителя со скругленным кончиком. Тонким шпателем в остаточной строме делаем радиальный канал, направленный к центру роговицы, в который вводим канюлю, соединенную со шприцем, наполненным воздухом. Инъекция примерно 1,0 мм³ воздуха в строму роговицы приводит к отслоению ДМ. Чтобы защитить ее от разрыва при схлопывании «большого пузыря», непосредственно в него инъецируем 0,1-0,2 мл вискоэластика (1% гиалуронат натрия — микровиск, Швеция), после чего глубокие слои крестообразно надсекаем и удаляем микрожонками со скругленными браншами. Трепануем диск донорской роговицы нужного диаметра, отделяем от него ДМ с эндотелием, укладываем в ложе и фиксируем при помощи временных узловых (шелк 8/0), а затем — непрерывного обвивного шва (нейлон 10/0), который снимаем через 6-8 мес. после операции (рис. 8). Сохранение собственного эндотелия пациента дает возможность существенно снизить частоту

реакций отторжения роговичного трансплантата. По нашим данным, при передней глубокой послойной кератопластике в течение двух лет наблюдения удается констатировать прозрачное приживление трансплантата у 100% пациентов, в то время как при сквозной кератопластике — только в 93,5% случаев. На рис. 9 приведены данные литературы по результатам ПГПК, выполненных по поводу кератоконуса. Очевидно, что любое хирургическое вмешательство на роговице сопровождается потерей ее эндотелия. Но мы убедились в том, что передняя послойная кератопластика дает возможность сохранить в два раза больше эндотелиальных клеток, чем кератопластика, выполняемая по сквозной технологии. Математическая модель, описывающая скорость уменьшения количества эндотелиальных клеток роговицы в послеоперационном периоде, дала возможность предсказать, что критические значения его плотности (500 кл/мм²) будут достигнуты после ПГПК лишь

к 49-му году после операции. Соответственно, срок службы трансплантата, по сравнению со сквозной кератопластикой, увеличен практически в 3 раза. Углубленное изучение закономерностей формирования «большого пузыря» дало новую ценную информацию о строении роговицы. Так, в 2013 году появилась статья профессора Харминдера Дуа (Великобритания), который в эксперименте на донорских глазах открыл и доказал существование так называемого «преддесцеметового» слоя роговицы (рис. 10). Этот слой он, как мне кажется, не совсем скромно, назвал своим именем. Слой Дуа, конечно же, не является абсолютно обособленным анатомическим образованием, а представляет собой исключительно плотно упакованный пласт коллагеновых волокон, в котором практически отсутствуют клеточные элементы. В ходе инъекции воздуха в строму он, как правило, отделяется вместе с ДМ, располагаясь на ее поверхности и имея толщину примерно 30-40 мкм.



Рис. 7.



Рис. 8.

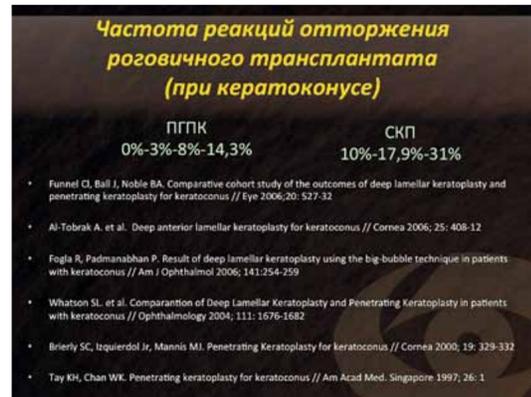


Рис. 9.



Рис. 10.

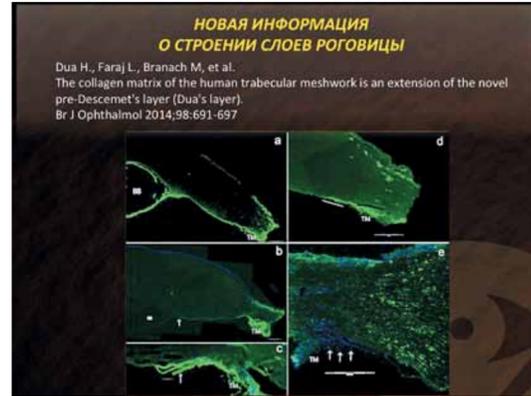


Рис. 11.

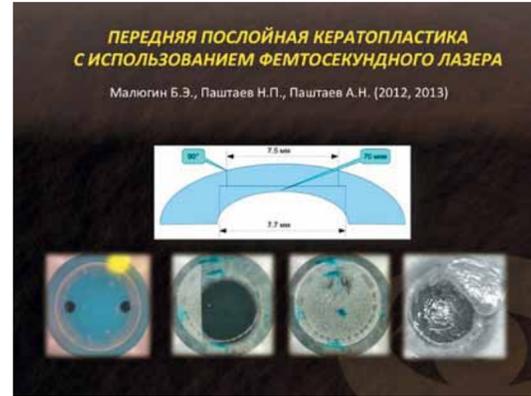


Рис. 12.



Рис. 13.

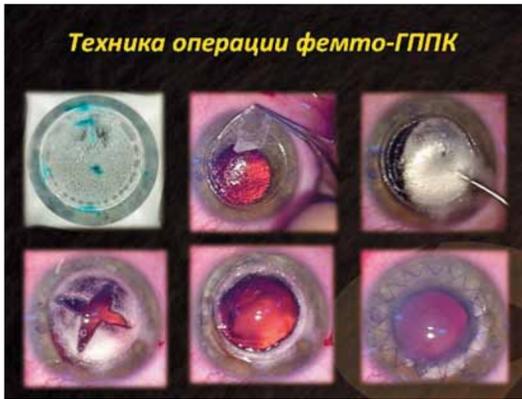


Рис. 14.

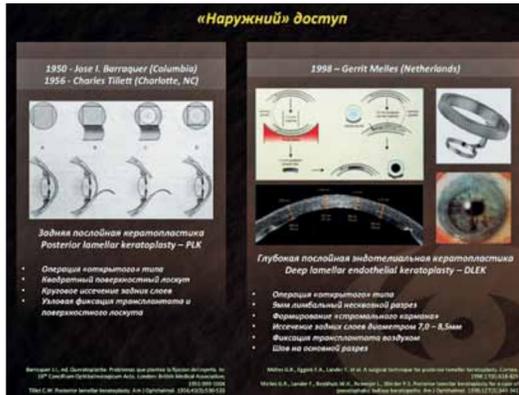


Рис. 15.

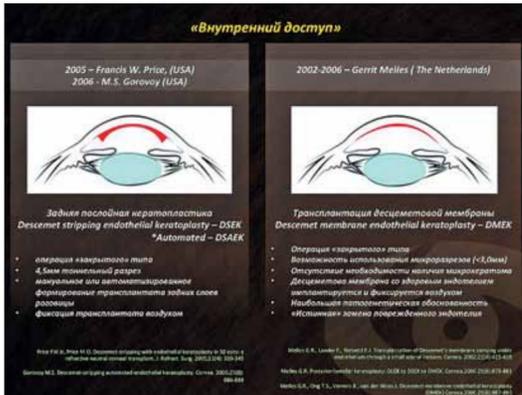


Рис. 16.

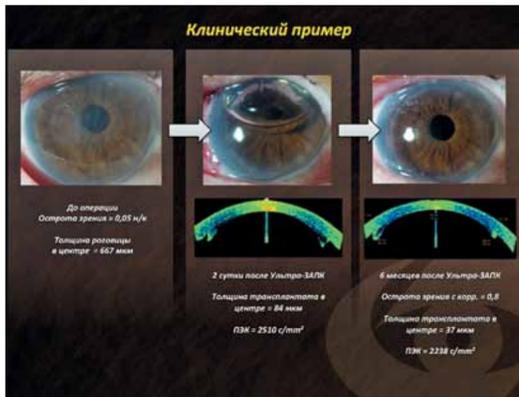


Рис. 17.



Рис. 18.



Рис. 19.

с использованием фемтосекундного лазера, острота зрения в отдаленные сроки после операции не превысила 0,1-0,2.

Этот факт нами был детально проанализирован. В результате мы с коллегами (Н.П. Паштаев, А.Н. Паштаев, Н.А. Поздеева) пришли к выводу о его связи с рядом причин. Во-первых, горизонтальный срез лазер производит параллельно передней поверхности роговицы, которая для этого специально уплотняется апланационной головкой. Мы знаем, что роговица и в норме имеет неравномерную толщину, будучи в центре тоньше, чем на периферии, а при далеко зашедших стадиях кератоконуса эта разница еще более значима. На снимке передней ОКТ (Visante, Carl Zeiss) у пациента после операции передней послышной кератопластики видно, что толщина задних слоев роговицы крайне неравномерна. Она наиболее тонка в центре, чуть толще на периферии слева и практически в 2 раза толще на периферии с правой стороны (рис. 13). Такая неравномерность поверхности вызывает оптические aberrации, не позволяющие пациентам получить высокую остроту зрения. Кроме того, неполное совпадение размеров трансплантата и его ложа дает образование длительно существующей складчатости задних слоев роговицы. При биомикроскопии она проявляется выраженным рефлексированием задних слоев и также сопровождается снижением остроты зрения.

Следует подчеркнуть, что мы нашли фемтосекундный лазер весьма полезным при выполнении передней глубокой послышной кератопластики (рис. 14). Данная технология, детально отработанная нами с использованием системы IntraLase (AMO) на базе Чебоксарского филиала, позволила получить великолепные результаты.

Давайте теперь перейдем к селективной замене эндотелиального слоя роговицы. Операции данного типа получили в литературе название «эндотелиальной кератопластики». Эндотелиальная кератопластика (ЭК) имеет богатую историю, а истоки берет в 50-х годах прошлого столетия. Исторически развитие данной технологии можно разделить на этап преимущественного применения наружного доступа, который затем сменился более современным, предполагающим обеспечение хирургического доступа к задней поверхности роговицы изнутри передней камеры глаза — это так называемый «внутренний» доступ. При наружном доступе (рис. 15) поверхностные слои роговицы надсекались и откидывались, после чего хирург выделял глубокие слои роговицы и заменял их на донорский трансплантат. Наружный доступ, к сожалению, не давал высоких функциональных результатов, технически был достаточно сложен и не нашел широкого клинического применения.

Детальной разработке технологии внутреннего доступа (рис. 16) мы обязаны доктору Герриту Меллесу (Нидерланды). Им была доказана возможность отделения ДМ от задних слоев роговицы реципиента in situ, а также возможность полноценной адгезии их со стромальной поверхностью послышного трансплантата с образованием интерфейса, обладающего высокими оптическими качествами.

В итоге наиболее распространенная техника ЭК в ее модификации, названной «задней автоматизированной послышной кератопластикой» (ЗАПК), предполагает ручное отделение ДМ диаметром 7-8 мм от роговицы пациента, имплантацию и фиксацию воздухом донорского роговичного диска, предварительное выкроенное при помощи механического микрокератома.

К основным преимуществам операции данного типа можно отнести возможность использования малых самогерметизирующихся разрезов; проведение операции в условиях поддержки стабильной глубины передней камеры и снижение риска грозных интраоперационных осложнений; сведение к минимуму индуцированного астигматизма. Очень важным является сохранение иннервации собственной роговицы, поскольку не проводится ее циркулярная трепанация, вследствие чего также обеспечивается устойчивость глаза к травматическим воздействиям. При необходимости удаления катаракты в ходе ЭК, мы можем точно рассчитать диоптричность ИОЛ, поскольку послеоперационный астигматизм минимален и форму роговицы в послеоперационном периоде можно достаточно четко прогнозировать. ЗАПК обеспечивает быстрое купирование симптоматики заболевания и скорую зрительную реабилитацию пациента.

Особо стоит отметить возможность применения данной технологии при ранее проведенной сквозной кератопластике, когда существует необходимость замены утраченных эндотелиальных клеток роговичного трансплантата. По данным Американской ассоциации глазных банков, в последние десятилетия количество сквозных кератопластик драматически снижается, в то время как количество эндотелиальных кератопластик существенно возрастает. Эту же тенденцию мы отмечаем во всех экономически развитых странах мира.

Основным показанием к операции замены задних слоев роговицы является эндотелиально-эпителиальная дистрофия. Первичная,

как, например, дистрофия Фукса, либо повторная — ЭЭД роговицы при артерификации.

На первом этапе операции ЗАПК под контролем ультразвуковой пачки формируется донорский трансплантат с использованием микрокератома (Мориа, Франция). В зависимости от исходной толщины выполняем 2-3 среза поверхностных слоев роговицы, установленной в специальный держатель — «искусственную» переднюю камеру. Целевой показатель финальной пахиметрии при подготовке ультразвукового трансплантата (120 микрон) достигается путем выбора различных головок микрокератома, обеспечивающих разную глубину среза. Подготовку трансплантата заканчиваем его трепанацией высекателем Вагон (Katena, США) нужного диаметра.

И переходим к работе с пациентом. После подготовки операционного поля, производим оценку эпителия и стромы роговицы. При начальных стадиях ЭЭД роговицы их прозрачность, как правило, страдает в минимальной степени, и хирург в процессе операции может визуализировать структуру передней камеры глаза. В противном случае требуется удаление эпителия, что у подавляющего большинства пациентов обеспечивает адекватный визуальный контроль за манипуляциями хирурга.

На роговицу наносим разметку, как правило, диаметром 7,0-8,5 мм, в пределах которой будем удалять ДМ. Отделение последней осуществляем в условиях заполнения передней камеры вискоэластиками, для чего используем исключительно когезивные препараты, представляющие собой 1% р-р гиалуроната натрия, например, микровиск (Швеция). Особенность данного класса препаратов в том, что они

не адгезируются к тканям глаза и быстро аспирируются из передней камеры. Этап мембранорексиса проводим обратным крючком Sinsky и разработанным нами специальным пинцетом (Titan Surgical, Россия). Вискоэластику вымываем.

Предварительно заготовленный трансплантат, состоящий из задних слоев стромы, ДМ и эндотелия, укладываем в специальную металлическую воронку (Busin глайд) и протягиваем в переднюю камеру роговицы, введенным в противоположной основной разрезу парacentез. Накладываем узловую шов (нейлон 10/0) на основной разрез и замещаем физиологический раствор на воздух. После 10-минутной экспозиции воздух почти полностью удаляем и проверяем разрезы на герметичность.

Оперативная техника ЗАПК имеет множество технических вариантов исполнения. Отработанными нами на протяжении ряда лет на нескольких сотнях пациентов и описанный выше вариант операции сопровождается минимальным количеством осложнений и практически гарантирует достижение хорошего анатомического и функционального результата. Последней напрямую связан с минимальной толщиной и равномерностью трансплантата задних слоев роговицы.

На рис. 17 представлен клинический пример пациента с ЭЭД роговицы. Даны его исходные данные, в состоянии сразу после операции и в отдаленные сроки.

Еще одним направлением эндотелиальной кератопластики, которое считаем обязательным упомянуть, является пересадка десмекетовой мембраны (ПДМ) или согласно международной аббревиатуре — DMEK (Descemet membrane Endothelial Keratoplasty).

Данная операция стремительно завоевывает сторонников во всем мире и несомненно является вершиной эндотелиальной кератопластики не только по получаемому результату, но и по сложности технического исполнения. Особенно значим тот факт, что при пересадке исключительно ДМ с эндотелием, без части стромы, удается снизить частоту отторжений трансплантата. Также важно, что при данной операции количество пациентов, достигших остроты зрения с коррекцией равной 1,0, много выше, чем при ЗАПК.

Тем не менее у ПДМ и существующие недостатки. В первую очередь это касается значительной травмы эндотелия как в ходе подготовки трансплантата, так и при его введении, сопровождаемом расправлением в передней камере. Дело в том, что при отделении ДМ от стромы, она моментально скручивается, принимая форму свитка. Причем эндотелий роговицы оказывается на его внешней поверхности (рис. 18). Соответственно, любые манипуляции с отделенной мембраной и практические гарантии достижения хорошего анатомического и функционального результата. Последней напрямую связан с минимальной толщиной и равномерностью трансплантата задних слоев роговицы.

Еще одним направлением эндотелиальной кератопластики, которое считаем обязательным упомянуть, является пересадка десмекетовой мембраны (ПДМ) или согласно международной аббревиатуре — DMEK (Descemet membrane Endothelial Keratoplasty).

Однако это дело будущего, а сегодня мы располагаем великолепными хирургическими технологиями, которые продолжают стремительно развиваться. Для нас, с появлением и внедрением в клиническую практику передней глубокой послышной кератопластики и пересадки десмекетовой мембраны, захватывающей выглядит возможность использовать одну донорскую роговицу для операции сразу двух пациентов. Внедрение данного метода, особенно в наших реалиях ограниченной доступности донорского материала для кератопластики, позволит расширить круг пациентов, которым может быть оказана хирургическая помощь, дав существенные медико-экономические и социальные эффекты. Первый опыт выполнения таких сочетанных селективных трансплантаций фрагментов одной роговицы двум пациентам у нас в МНТК «Микрохирургия глаза» уже есть.

РНО-киназы (ROCK) для лечения дисфункции эндотелия роговицы сначала в эксперименте in vitro, а затем и на приматах. К настоящему моменту уже успешно проведены 3 пациента с эндотелиальными дистрофиями роговицы (рис. 19).

Исходя из этого, вполне возможно, что ЭЭД роговицы вскоре перестанет быть грозным диагнозом, неотвратимо требующим проведения рано или поздно того или иного вида хирургического вмешательства. Полагаю, что при самых начальных признаках ЭЭД роговицы будут использоваться медикаментозную терапию в виде капель или интраокулярного введения препаратов, скорее всего основанных на RHO-киназе, а хирургия останется ведущей при лечении развитых и далеко зашедших стадий заболевания.

Однако это дело будущего, а сегодня мы располагаем великолепными хирургическими технологиями, которые продолжают стремительно развиваться. Для нас, с появлением и внедрением в клиническую практику передней глубокой послышной кератопластики и пересадки десмекетовой мембраны, захватывающей выглядит возможность использовать одну донорскую роговицу для операции сразу двух пациентов. Внедрение данного метода, особенно в наших реалиях ограниченной доступности донорского материала для кератопластики, позволит расширить круг пациентов, которым может быть оказана хирургическая помощь, дав существенные медико-экономические и социальные эффекты. Первый опыт выполнения таких сочетанных селективных трансплантаций фрагментов одной роговицы двум пациентам у нас в МНТК «Микрохирургия глаза» уже есть.

ПРОГРАММНО-АППАРАТНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЙ ГЛАЗНОГО ДНА

NEW!

F-10 сканирующий лазерный офтальмоскоп

Неинвазивные способы исследования:

- 4 лазерных источника
- Дифференцированная контрастная офтальмоскопия
- Ретро-режим
- Аутофлуоресценция
- Позволяет одновременно провести ангиографию и рефметрию
- Конфокальная лазерная сканирующая система позволяет получать видео и фото высокого разрешения

RS-3000 оптический когерентный томограф

- Высокая скорость сканирования (53,000 А-скан / сек)
- Использование технологии OCT + SLO с изменяемой чувствительностью
- Автоматическое выделение 6 слоев сетчатки
- 8 протоколов исследования макулы и ДЗН в том числе анализ ганглионарного комплекса
- Осмотр хориоидеи и стекловидного тела
- Площадь сканирования 9 X 12 мм
- Модуль переднего отрезка (пахиметрия, площади, угол открытия и т.д.)
- Мультифункциональный режим ретроспективного анализа (follow-up)
- Система автофокуса
- Высокоскоростной трекер X-Y-Z с коррекцией торсионных отклонений глаза
- Объединение до 120 изображений

AFC-330 компактная цифровая фундус-камера

- Аутофокусировка на глазном дне
- Система автоотрезки
- Низкая яркость вспышки и бесшумный механизм при фотографировании
- Встроенная система получения панорамных и стерео изображений

NAVIS-EX программное обеспечение

NAVIS-EX - программное обеспечение, объединяющее результаты, полученные с различных приборов, в единую базу данных с возможностью хранения, редактирования и анализа полученных результатов.

MD vision NIDEK

МД ВКЖ - эксклюзивный дистрибутор Nidek Co., Ltd. (Япония) в России и странах СНГ. 117312, Россия, г. Москва, ул. Губкина, д.14. Тел./Факс: +7 495 989 80 56. www.nidek.ru

Воспоминания об академике В.П. Филатове

Т.И. Ерошевский

Мои первые встречи с Владимиром Петровичем Филатовым относятся к 1933 году. К тому времени Филатов, будучи крупнейшим ученым, владел умами многих офтальмологов и не только офтальмологов.

Его разносторонняя эрудиция клинициста, опыт в области пересадки роговицы и новая «вышка» — тканевая терапия, сильным фонтаном забившая в советской офтальмологии, сделали Филатова и Одессу как бы центром притяжения, центром творческого развития офтальмологической мысли.

Я был заражен филатовскими идеями пересадки роговицы, особенно после исключительного яркого доклада Владимира Петровича в 1933 году, когда он, на заседании Московского офтальмологического общества в расцвете творческих сил, выступил с результатами его первой сотни операций. Как сейчас помню 4-х пациентов, которых он демонстрировал в Москве, у которых как «угли горели» красивые, черные, прозрачные кружочки, как бы вставленные в бельме.

Доклад его награжден бурной овацией аудитории. Владимир Петрович был незаурядным оратором. Помню, как каждое его слово врзалось нам в память. Его речь не была спокойным журчащим ручейком. Она была пронизана творческими дерзаниями, отражала призыв к борьбе со слепотой. Он говорил об успехах, которые дает пересадка роговицы, но он также предупреждал, что могут постигнуть неудачи, разочарования, которые подстергают каждого офтальмолога.

Дерзать и настойчиво думать в заданном направлении — красной нитью проходило через его выступление.

Доклад его отражал огромные успехи пересадки роговицы, которые постыглись получить ему — первому в нашей стране, с чем не менее этот доклад не был «как гром победы раздавайся». Я помню, он привел два случая развития панфагоцитита при кератопластике. И признание досадных осложнений, неудач только возмечивало в наших глазах этого большого исследователя, показывало, что новые пути в науке потребуют жертв. Помню, в перерыве мы почтительно и робко ждали ему руки.

Незабываемое впечатление оставила моя командировка в 1935 году. И дело, конечно, не только в тех фактических знаниях новых методов борьбы со слепотой и болезнями, которые ее порождают. Дело в том, что каждый из нас вооружился верой в науку, и ничто не владело сердцем так полно и абсолютно, как вера в науку и новые открытия, эти главные катализаторы в деятельности научно-работника. Недаром Филатов любил говорить: «Пессимизм и неуверенность — плохие помощники врача».

Помню, как-то мы стоим, молодые приезжие курсанты, в коридоре, идет Владимир Петрович своей энергичной и развалистой походкой. Говорильный шум сменяется почти смиренным молчанием. «Я вижу у вас тут дискуссия



Академик В.П. Филатов

о чем-то, как бы международная ассамблея, — с улыбочкой обращается он к нам, — обязательно дискулируйте, обязательно».

Вот мы находимся в операционной, Владимир Петрович демонстрирует нам свое искусство пересадки роговицы. Помню, он в перерыве с увлечением и восторгом рассказывает нам о редком случае излечения при травматическом заболевании глаза, с очень успешным удалением амгнитного осколка из затаенных мест области зрительного нерва или слеплого пятна. Это был редкий случай по тому времени. При этом кто-то из нас, без умысла конечно, замечает: «Владимир Петрович, одна-то ласточка весны не делает». Он встает, выпрямляется и говорит, улыбаясь со свойственной ему филатовской интонацией: «Коллега, Вы говорите, одна ласточка весны не делает, но Вы не правы. Если уж появилась ласточка, даже одна, так это и есть предвестник весны, значит весна не за горами». Тот, кто знает Филатова, тот не может отказать ему в находчивости и логичности. Его операции всегда отличались исключительным мастерством и виртуозностью, а пересадка роговицы в его руках оставалась неизгладимое впечатление.

Следует заметить, что огромной заслугой В.П. Филатова является именно пересадка роговицы. В проблеме кератопластики, которая разрабатывается клинически уже свыше 60 лет, существует эра филатовская. Она — новый этап развития пересадки — ее полная реконструкция. Она впервые нашла широкое применение, благодаря открытию нового источника пластического материала — трупных

глаз. В.П. Филатов в короткий срок разрешил ряд сложнейших вопросов этой проблемы.

Решение этой проблемы — проблемы большого социального значения у нас в Советском Союзе — одно это создает ему бессмертие.

Позднее, будучи ближе знакомым с академиком Филатовым, мне довелось читать его ненапечатанные мемуары. Это интересная и поучительная рукопись Владимира Петровича. Он пишет о том, с чем встретился на своем длительном пути исканий в области пересадки роговицы. Он спрашивает себя, зачем начал все это писать и отвечает: «Я полагаю, что мои ученики, узнавшие мои мечты и мысли, связанные с проблемой пересадки роговицы, ознакомились с радостями и разочарованиями, с препятствиями и условиями, помогавшими мне, увидят, что пересадка роговицы прошла довольно тернистый путь, который мне приходилось расширять с большим напряжением воли и мысли. Описание моего пути научит всех молодых последователей настойчивости, а описание моих неудач и ошибок избавит их от ложного и вредного представления о том, что достижения в области пересадки роговицы рождался в моей голове сами собой, как спелые плоды. Появление младенца на свет, роды — всегда событие яркое, но не надо забывать, что ему предшествует длительная беременность. Так и рождение идеи — явление яркое, нередко подобное всплеску света, но этой всплеску предшествует, как правило, длительное многократное напряжение мысли, интеллекта и внимания, в результате чего создается эмоциональное поле, на котором и возникает новая идея, догадка».

Владимир Петрович развивает свои мысли и заглядывает в один из уголков психологии творчества. Он пишет дальше: «В пересадке роговицы было где поработать фантазии. Фантазия — это не униженное слово, оно начало пути». И вот он приводит доказательства: «Желание взлететь по воздуху превращается в творчество образов, когда, например, рождаются образы ковра-самолета. Леонардо Да Винчи чертит аэроплан, Жюль Верн фантазирует о воздушном корабле. И ныне летать и на кораблях, и на аэропланах, и добавлю при этом — и забрался в космос».

«Летайте, фантазируйте, молодые ученые, но не превращайте свои образы в воздушные замки, те нереальные пути. Как творческий процесс фантазия полезна, но и вредна, если она не переходит на фундамент реальности. Законы диалектики вечны, всегда одно переходит в другое. Полезное может быть вредным, и наоборот. Кстати, это созвучно с высказываниями А.Н. Толстого: «С фантазией нужно обращаться осторожно, пускаться ее вход только при наличии материала...».

«Думать надо много раз, напряженно, но часто это кончается ничем, усилие кажется бесплодным, и вдруг при одной из попыток догадка приходит сама собой, легко». «Как видите, успехи в области пересадки не даются и не сваливаются над глаукомой, травмами, трахомой, создал и усовершенствовал многие оперативные методы.

Когда мы говорим о Филатове, то все мы с глубоким почтением и гордостью вспоминаем филатовский круглый стельб, который обогатил не только офтальмологию, но и в целом советскую мировую хирургию.

Академик А.П. Петров еще в 1927 году сказал: «Чем крупнее открытие, тем меньше надо слов, чтобы его охарактеризовать. Круглый стельб Филатова — это новая эпоха пластической хирургии лица».

Владимир Петрович не ограничивал свою деятельность узким полем глаукомы яблока. Вместе с Лысенковым он разработал радикальную операцию при лечении злокачественных новообразований орбиты.

Идея операции пересадки стенового протока для лечения кератозов, блестяще разработанная его учеником профессором В.Е. Шевалевым, это же не взлет творческой мысли, что получило признание мировой офтальмологической науки. Владимир Петрович и его школа доказали, что биогенные стимуляторы относятся к группе органических и бикарбоновых кислот. Они обладают определенными, своиственными только им особенностями и чертами. Они усиливают ферментативную деятельность организма и обмена веществ.

Тканевая терапия получила широкое развитие у нас и за границей. И не только в офтальмологии, но и в других областях медицины, а также в ветеринарии, агрономии, зоотехнике. Теоретические предпосылки тканевой терапии заключаются в том, что этот метод воздействия широкого биологического спектра подтвержден способностью биогенных стимуляторов размножать дрожжи, вызывать регенерацию эпителия изолированного глаза лягушки и заживление дефектов кожи у животных. Это является объективным критерием действительности биогенных стимуляторов.

Будучи страстным исследователем, Владимир Петрович был удручен тем, что метод тканевой терапии недооценивался некоторыми учеными. Глубоко веря в тканевую терапию, он порой от этого метода ждал невозможного, тем более, что тканевая терапия как биологическая проблема находилась еще на самой начальной фазе развития.

Учение о биогенных стимуляторах — это новое учение, и как новое оно проходит испытание временем. А разве учение И.П. Павлова не претерпело испытание временем? Разве учению об условных рефлексах не суждено было пройти тернистый путь, пока оно не было признано? Хорошо известно, что всякий новый метод проникает в сферу практики в виде кривой, но подъема, то спада, опять подъема и снова спада и нового подъема.

В ходе проверки тканевая терапия может претерпеть изменения. Можно даже допустить, что учение о тканевой терапии получат иное толкование, другую теоретическую основу, пусть будет так, однако рациональное зерно ее не может не упрочиться в науке, как новая страница творческой советской офтальмологии.

Владимир Петрович принадлежит более 300 научных работ, пожалуй, не найдется области офтальмологии, куда бы не проникнул его светлый ум. Он успешно работал над глаукомой, травмами, трахомой, создал и усовершенствовал многие оперативные методы.

Когда мы говорим о Филатове, то все мы с глубоким почтением и гордостью вспоминаем филатовский круглый стельб, который обогатил не только офтальмологию, но и в целом советскую мировую хирургию.

Академик А.П. Петров еще в 1927 году сказал: «Чем крупнее открытие, тем меньше надо слов, чтобы его охарактеризовать. Круглый стельб Филатова — это новая эпоха пластической хирургии лица».

Владимир Петрович не ограничивал свою деятельность узким полем глаукомы яблока. Вместе с Лысенковым он разработал радикальную операцию при лечении злокачественных новообразований орбиты.

Идея операции пересадки стенового протока для лечения кератозов, блестяще разработанная его учеником профессором В.Е. Шевалевым, это же не взлет творческой мысли, что получило признание мировой офтальмологической науки. Владимир Петрович и его школа доказали, что биогенные стимуляторы относятся к группе органических и бикарбоновых кислот. Они обладают определенными, своиственными только им особенностями и чертами. Они усиливают ферментативную деятельность организма и обмена веществ.

Тканевая терапия получила широкое развитие у нас и за границей. И не только в офтальмологии, но и в других областях медицины, а также в ветеринарии, агрономии, зоотехнике. Теоретические предпосылки тканевой терапии заключаются в том, что этот метод воздействия широкого биологического спектра подтвержден способностью биогенных стимуляторов размножать дрожжи, вызывать регенерацию эпителия изолированного глаза лягушки и заживление дефектов кожи у животных. Это является объективным критерием действительности биогенных стимуляторов.

метода научно обоснованным и современным патогенетическим. Как видите, этот старый метод не был отвергнут, но старое сразу осветилось новым светом филатовского объяснения, старый метод предал в новом освещении. В старом методе как бы теплится и подготавливалось новое неизвестное до сих пор.

Я не ошибусь, если скажу, что за истекшие 35 лет он стал поистине властителем душ офтальмологов нашего времени, талантливым певцом офтальмологии.

Другая сторона — очень интересная в его деятельности. Владимир Петрович был, несомненно, огромной страстности человек, созданный для борьбы, для творческого соиздания. Мы с вами можем спорить о том, где он был прав и где не прав, но замечательно то, что он владел неугасимой верой в советскую науку, неугасимой верой в советского человека.

Филатову не были чужды налеты некоторых индивидуальных черт характера, но что поразительно, это его бесконечная любовь к своей Родине, преданности советской науке.

В.П. Филатова отличала глубокая убежденность как ученого, он был принципиален и страстно отстаивал свои убеждения. Он не признавал компромиссов, если дело шло о научных доктринах. В спорах он был опасным и беспощадным противником, может быть, поэтому окружен был не только одними друзьями и последователями. Оберегая престиж советской науки, он страстно боролся за приоритет советской офтальмологии. Многим известно, что, несмотря на беспорный авторитет Филатова в создании круглого стельба, претендентом неожиданно выступил англичанин Гиллис, который сделал свою операцию через полгода после опубликования филатовского круглого стельба. Гиллис вскоре отступил. «Отстаивая свой приоритет, я тем самым, — говорил Владимир Петрович, — отстаивал приоритет нашей советской медицинской науки».



Т.И. Ерошевский

Как вы знаете, Францетти также посылал на приоритет филатовского трепана для пересадки роговицы, однако и эта попытка была отражена, и приоритет оставался за советским ученым.

Вы видите, какое прекрасное качество Владимир Петрович усвоил от своего покойного учителя С.С. Головина, который также был стойким борцом за престиж русской офтальмологии, поэтому интересно наблюдать, когда люди до конца своих дней несут с собой лучшие традиции своих учителей.

В.П. Филатова отличает то, что, будучи воспитанником крупной школы С.С. Головина, он сам явился прекрасным воспитателем последующего поколения офтальмологов. Ему принадлежит целая гамма учеников — многие сотни врачей-офтальмологов, советских и зарубежных, и среди них теперь уже широко известны ученые, профессора С.Ф. Кальфа, Н.А. Пучковская, В.Л. Шевалев, Д.Г. Бушмич, С.А. Бархаш, И.Г. Ершкovic, В.В. Войно-Ясенецкий, профессор К.П. Цикуленко, С.Р. Мучник, И.А. Вассерман, М.Е. Кашук, И.Ф. Копп и др. Они успешно продолжают дело Филатова, тем самым укрепляя и развивая его идеи. В институт глазных болезней, названным именем Филатова, стекаются сотни врачей, чтобы пополнить свои знания. К нему, как ни к кому

оставался работать ординатором в глазной клинике медицинского факультета Московского университета, а затем перешел в Московскую глазную больницу, где работал с 1899 по 1903 г.

В 1903 г. Владимир Петрович пригласил профессора С.С. Головина на должность ординатора только что открывшейся клиники медицинского факультета Новороссийского университета в Одессе. Здесь к нему пришла признание и известность. Вскоре он стал ассистентом клиники, в 1908 г. защитил диссертацию и получил ученую степень доктора медицины. Его диссертация «О клеточных ядах в офтальмологии» представляет собой большую экспериментально-теоретическую работу.

В 1912 г. В.П. Филатов сделал первую операцию по пересадке роговицы. В 1919 г. В.П. Филатов предложил новый метод измерения внутриглазного давления — эластотонометрию.

В.П. Филатов был талантливым и целеустремленным новатор в науке. Его научные открытия, такие как метод пластики на круглом (Филатовском) стельбе, тканевая терапия, являются ценнейшим вкладом в медицину.

Много внимания В.П. Филатов уделял глаукоме. Он развил теорию тонометрии, предложил новые антиглаукомные операции, первый в мире открыл в Одесской глазной клинике глаукомный диспансер.

В.П. Филатов уделял много внимания проблеме близорукости, он разработал новые методы операций удаления опухолей орбиты, проросшие в смежные придаточные пазухи.



Академик В.П. Филатов и профессор Т.И. Ерошевский

другому, подходят слова Шота Руставели: «Что ты спрятал — все пропахло, что ты отдал — все мое». Святой его обязанностью было брать и передавать факел науки.

Говорят, что великие люди не нуждаются в лесть, но сегодня мы собрались не льстить, а вспомнить о творческом пути человека, сделавшего эпоху в офтальмологии.

Посмотрите! Владимир Петрович кабинетный ученый, он прежде всего боец, колосс офтальмологической мысли, смело вызывающий к овладению методами борьбы со слепотой. По своей натуре он был чудом сияющих минутных проблем.

Обратите внимание, он мечтает, чтобы пересадку роговицы делали все окулисты, начиная от Москвы и кончая глухими районами Алтая, но вписывая в эту проблему, он не бесконечно увлечен пересадкой роговицы, он не считает ее идеалом на все времена.

Взирая своим проникательным оком, он говорит: «Как ни прекрасна операция пересадки роговицы для возвращения зрения слепым, я очень желал бы ее похоронить, чтобы она исчезла за ненадобностью, и это время когда-то наступит, — говорит он, — не будет белым и неостепенным Филатова, стекаются сотни врачей, чтобы пополнить свои знания. К нему, как ни к кому

проводились многочисленные попытки по исследованию жизнеспособности изолированных от целого организма тканей. Теперь тканевая терапия применялась не только в виде пересадки тканей, но и в виде подкожных инъекций стерилизованных экстрактов, в виде подсадок под кожу.

Широкое применение получили плацентарный экстракт, а также экстракты из других консервированных тканей и органов человека и животных.

Широкую известность завоевал экстракт из консервированных листьев алоэ. Хороший результат дал синтетический препарат ФибС.

В 1931 г. Владимир Петрович начал широко использовать для пересадки роговой оболочки глаза умерших людей. Он разработал способ хранения («консервации») трупных глаз во влажной камере при t=2-4°C.

В 1936 г. для дальнейшего развития научных исследований в области пересадки роговицы в Одессе открывается Институт экспериментальной офтальмологии (Одесский научно-исследовательский институт глазных болезней и тканевой терапии), директором и научным руководителем которого был назначен В.П. Филатов.

Владимир Петрович и его ученики занимались не только пересадкой роговицы, но и вели исследования по таким направлениям, как глаукома, трахома, тканевая терапия и др. В 1941 г. за выдающиеся успехи в разработке проблемы пересадки роговой оболочки

Перед лицом грозного заболевания, когда человек находился на грани слепоты, он призвал бороться и напрягать все свои силы, чтобы сохранить или вернуть хотя бы частичку зрения.

Не допуская необоснованного оптимизма, он был врагом медицинского пессимизма и нигилизма. Пессимизм у постели больного — явление вредное, и не ему принадлежит будущее, не им движется наука, говорил он.

В обычной жизни мы порой даже не замечаем, что наше поколение имело счастье общаться, видеть и слышать и непосредственно учиться у выдающихся зачинателей советской офтальмологии. Я имею в виду могучее созвездие офтальмологов: В.П. Филатова, В.В. Чирковского, В.П. Одинцова и М.И. Авербах, которые начинали свою деятельность в дореволюционный период и завершили ее в наше время.

Я думаю, что им во многом мы обязаны и огромными вкладами и направлениями советской офтальмологии, мне думается, что их труды и наследие еще не достаточно отмечены современниками.

И вот среди этой знаменитой четверки, у каждого из которых была своя офтальмологическая почерк, Филатов занял свое особое место.

Сравнительно рано ушли М.И. Авербах, В.П. Одинцов. Но многие из нас

долго время встречались с В.П. Филатовым и В.В. Чирковским, жизнь которого померкла раньше Филатова только на один год.

Поэтому нам, многим старым и даже молодым окулистам, Филатов не представляется чем-то недосягаемым. Давно ли многие из нас слышали его и получали от него мудрые советы и наставления?

В своих воспоминаниях я только едва-едва прикоснулся к образу Филатова как врача и ученого.

И вот когда я возвратился из Москвы 31 октября 1954 года, на столе у меня было два письма: одно лично от В.П. Филатова и другое — телеграмма его же смерти...

В его письме, всего за 8 дней до его смерти, несмотря на тяжелую болезнь, он снова стремится к кипучей деятельности после своего выздоровления, в надежде увидеть больных, своих сотрудников, дать им добрые советы и вдохновить их.

Какая страстная жажда знаний! И я не могу не вспомнить в связи с этим замечательные слова Драйзера: «Как хаотична, но как прекрасна жизнь, сколько в ней разнообразия, сколько нежности и суровости, она словно яркая симфония».

Редакция газеты «Поле зрения» выражает глубокую благодарность профессору Е.Б. Ерошевскому и профессору В.М. Малову за помощь в подготовке материала

стерилизованных экстрактов, в виде подсадок под кожу.

На консультации к В.П. Филатову старались попасть люди из многих стран мира.

Его несколько раз избирали в Одесский городской совет депутатов трудящихся и неоднократно — в Верховный Совет УССР.

В день 75-летия (1950 г.) ему присвоено звание Героя Социалистического Труда, он награжден 4 орденами Ленина, орденом Отчужденной войны I степени, орденом Трудовой Красной Знамени и другими орденами и медалями. В 1951 г. В.П. Филатову была присуждена Большая Золотая медаль им. И.И. Мечникова.

Всего Владимиром Петровичем были опубликованы 461 научные работы, из них 90 по проблеме кератопластики.

Он обладал замечательным даром слова, писал стихи, поэмы, рассказы. Второй его страстью была живопись. Он очень любил природу, птиц, цветы.

В.П. Филатов ушел из жизни в возрасте 81 года 30 октября 1956 г. Он оставил огромное количество учеников, которые работают в разных городах Украины, России и за рубежом.

В начале 2014 года заслуги академика В.П. Филатова были особо отмечены международным офтальмологическим сообществом. На конгрессе Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS), состоявшемся в Бостоне, его имя было внесено в Зал Славы офтальмологов.

Глава 3 Интраокулярная коррекция при пресбиопии

И.Э. Иошин

3.3. Интраокулярная коррекция афакии у пациентов с двухсторонней катарактой

Продолжение. Начало см. в №3/2014

Последние достижения фармакологического и технического оснащения факоэмульсификации во многом способствуют снижению риска развития операционных и послеоперационных осложнений при экстракции односторонней катаракты. Вместе с тем у большинства пациентов пожилого возраста помутнения хрусталика носят двухсторонний характер (Астахов Ю.С., 2001).

Традиционно хирургическое лечение катаракты на втором глазу проводится через один и более месяцев после первой операции, что считается безопасным в связи с завершением всех репаративных процессов (Федоров С.Н., Егорова Э.В., 1992), но увеличивает сроки медицинской и социальной реабилитации больного. Для их ускорения дискутируется вопрос одномоментной хирургии катаракты при показаниях на обоих глазах

(Зубарева Л.Н., 2009; Smith G.T., 2000; Lindstrom M., 2006; Ramsay A.L., 2009), однако большинство офтальмологов не рекомендуют ее к широкому применению в связи с возможной индивидуальной реакцией на хирургическое вмешательство (Ainsworth G., 2006). Потенциально более безопасным может быть проведение оперативного лечения на парном глазу не одновременно, но в ранние сроки после первой операции, за «одну госпитализацию», что способствует получению качественного, в том числе бинокулярного зрения.

Для выработки рекомендаций по срокам между операциями наблюдались 486 пациентов (972 глаза) с двухсторонними катарактами. Основой для выбора безопасного срока между операциями на двух глазах стали экспериментальные исследования, которыми ранее было доказано, что любая операционная травма сопровождается иммунным ответом (ИО),

который выражается в накоплении антител в слезной жидкости и сыроворотке крови к S-антигену сетчатки, роговице и хрусталику как на оперируемом, так и на парном глазу (Егорова Э.В., Слепова О.С., Иошин И.Э., Толчинская А.И., 1992-1996). Анализ динамики тканеспецифических антител после операции показал, что иммунный ответ характеризуется медленным развитием в первые дни после операции и более выраженным накоплением антител к 7-му дню, максимальным накоплением на 18-й день и последующим постепенным уменьшением к 1 месяцу, а окончательным снижением – к 3 месяцам после операции. При этом максимальные уровни антител, которые выявляются на 7-18 дней после операции, позволяют безопасно решать вопрос о хирургическом лечении катаракты на парном глазу в ранние сроки после экстракции катаракты на первом глазу.

Эти данные послужили экспериментальным обоснованием выбора безопасного интервала удаления катаракты (через 2-4 дня) на парном глазу в основной группе. Дополнительными аргументами в решении сократить до минимального срок между операциями стали, во-первых, неосложненное течение раннего послеоперационного периода после первой операции и, во-вторых, адекватная периперитивная антибактериальная профилактика на обоих глазах согласно общепринятым стандартам (Малюгин Б.Э., 2010; Иошин И.Э., 2012; Ваггу Р., 2006).

Данным стандартам придается в этом вопросе принципиальное значение. Кроме соблюдения правил асептики, внедрение периперитивной профилактики инфекционных осложнений современными фторхинолонами позволило в нашей рутинной практике, наряду с адекватными технологическими параметрами факоэмульсификации и качественными расходными материалами, свести к минимуму воспалительную реакцию с первых часов до окончания срока репаративных процессов к первому месяцу после операции (средняя частота иридоциклита при факоэмульсификации катаракты различной этиологии не превышает 1-2%).

В большинстве случаев (454 пациента, 93,4%) хирургическое лечение катаракты сначала проводилось на худшем глазу. У ряда пациентов (32 человека, 6,6%) при выраженных дистрофических изменениях в переднем отрезке глаза, перезревании катаракты с перерождением капсулы, бурой катаракте (cataracta nigra), сублокализации хрусталика, а также с учетом грубых изменений зрительного нерва и сетчатки проведение факоэмульсификации признано невозможным. Исходя из неочевидной функциональной перспективы хирургии с большим разрезом, интраокулярной коррекции на первом. Явления переходящего послеоперационного ирита, транзиторной гипертонии и локального отека роговицы зафиксированы не более чем в 2,6-2,7% случаев как в основной, так и в контрольной группах и на первом, и во втором глазу.

В послеоперационном периоде у всех больных на первом и парном глазу оценивали остроту зрения вдаль, вблизи (при имплантации псевдоаккомодирующей ИОЛ), бинокулярные функции. Зрительные функции после операции были улучшены у всех 486 пациентов. Максимальная корригированная острота зрения 0,7-1,0 в первый послеоперационный день на первом глазу в основной группе достигнута в 90,4% случаев, в контрольной – в 89,3% (табл. 3.3.1), на парном глазу – в 85,1% в основной и в 84,7% – в контрольной группах (табл. 3.3.2). Исходя из полученных данных, очевидно, что по данному показателю отрицательного влияния сокращения сроков между двумя операциями не выявлено.

В 96,8% случаев (470 больных) после хирургического лечения парного глаза было получено бинокулярное зрение, отсутствие его объяснялось невысокой остротой зрения (менее 0,3) при сопутствующей патологии сетчатки. Однако есть



Издательство «АПРЕЛЬ», 2014

По вопросам приобретения обращаться по тел.: +7 (916) 160-93-43 Иван Сергеев

Первую основную группу составили 114 пациентов, которым при неосложненном послеоперационном течении на первом глазу в ранние сроки (через 2-4 дня) проводили экстракцию катаракты на парном глазу.

В качестве контроля проанализированы результаты экстракции катаракты у 372 пациентов, которым хирургическое лечение на парном глазу выполнено в сроки позже 1 месяца после операции первого глаза.

Сравнительный анализ двух групп больных с двухсторонней катарактой проводился для определения безопасности и эффективности предложенного минимального интервала между операциями. Для этого оценивались:

- частота послеоперационных осложнений;
- выраженность клинической реакции первого и второго глаза на непосредственное вмешательство и на хирургию парного глаза;
- функциональные результаты операции на первом и втором глазу с учетом интервала между операциями;
- удовлетворенность пациентов качеством зрения и их оценкой полноты реабилитации.

Безопасность минимального интервала между операциями на двух глазах также доказана отсутствием увеличения частоты или появления дополнительных осложнений как на первом глазу после операции на втором, так и на втором в короткие сроки после операции на первом. Явления переходящего послеоперационного ирита, транзиторной гипертонии и локального отека роговицы зафиксированы не более чем в 2,6-2,7% случаев как в основной, так и в контрольной группах и на первом, и во втором глазу.

В послеоперационном периоде у всех больных на первом и парном глазу оценивали остроту зрения вдаль, вблизи (при имплантации псевдоаккомодирующей ИОЛ), бинокулярные функции.

Зрительные функции после операции были улучшены у всех 486 пациентов. Максимальная корригированная острота зрения 0,7-1,0 в первый послеоперационный день на первом глазу в основной группе достигнута в 90,4% случаев, в контрольной – в 89,3% (табл. 3.3.1), на парном глазу – в 85,1% в основной и в 84,7% – в контрольной группах (табл. 3.3.2). Исходя из полученных данных, очевидно, что по данному показателю отрицательного влияния сокращения сроков между двумя операциями не выявлено.

В 96,8% случаев (470 больных) после хирургического лечения парного глаза было получено бинокулярное зрение, отсутствие его объяснялось невысокой остротой зрения (менее 0,3) при сопутствующей патологии сетчатки. Однако есть

Послеоперационная корригированная острота зрения на первом глазу в основной и контрольной группах, число больных, n (%)

Группа больных	Менее 0,1	0,1-0,2	0,3-0,4	0,5-0,6	0,7-0,8	0,9-1,0
Основная (n=114)	–	–	3 (2,6)	8 (7,0)	28 (24,6)	75 (65,8)
Контроль (n=372)	–	2 (0,4)	8 (2,2)	30 (8,1)	84 (22,6)	248 (66,7)
Всего (n=486)	–	2 (0,4)	11 (2,3)	38 (7,8)	112 (23,1)	323 (66,4)

Таблица 3.3.1

Послеоперационная корригированная острота зрения парного глаза в основной и контрольной группах, число больных, n (%)

Группа больных	Менее 0,1	0,1-0,2	0,3-0,4	0,5-0,6	0,7-0,8	0,9-1,0
Основная (n=114)	–	2 (1,8)	2 (1,8)	13 (11,4)	28 (24,6)	69 (60,5)
Контроль (n=372)	–	6 (1,6)	6 (1,6)	45 (12,1)	103 (27,7)	212 (57,0)
Всего (n=486)	–	8 (1,6)	8 (1,6)	58 (12,0)	131 (27,0)	281 (57,8)

Таблица 3.3.2

определенная разница в качестве зрения, в первую очередь бинокулярного, у пациентов в группах. Значительная часть пациентов с двухсторонней катарактой после операции на первом глазу уже на следующий день сообщили о «снижении зрения на другом, до операции лучшем глазу», а также «чувстве зрительного дискомфорта и ухудшении зрения при закрывании неоперированного глаза». Данные ощущения манифестировались при сопутствующей аметропии, когда пациенты были сбиты с толку – как им пользоваться исходными очками при большой разнице между глазами на фоне комфортной рефракции на оперированном глазу и исходной аметропии – на парном. У пациентов уже в первые 1-2 суток формировалась мотивация на хирургию парного глаза, которая и осуществлялась при условии адекватного течения послеоперационного периода на первом глазу.

Отказ от второй операции проанализирован по следующим причинам (по мере убывания):

- неудовлетворенность пациента результатами первой операции по субъективным или объективным (низкая острота зрения в связи с сопутствующей патологией сетчатки и зрительного нерва) причинам;
- более выраженная реакция глаза на первую операцию (густой феномен Тиндаля, неадекватный отек роговицы, значительная гипертония), требующая интенсивного лечения больше 1-2 дней;
- сопутствующая катаракте патология с высоким риском осложнений (увейт, congenia guttata, реторичная глаукома, инсулинозависимый диабет);
- эмоциональная неустойчивость и нежелание пациента подвергаться еще одному хирургическому вмешательству в течение короткого промежутка времени;
- немедицинские обстоятельства (финансовые, организационные, временные);
- комбинированные операции, выполненные с осложнениями, даже при условии адекватно устраненных на первом глазу;
- высокий риск повторного аналегиологического вмешательства при сердечно-сосудистой патологии с учетом гемодинамической реакции на первую операцию.

При бинокулярной имплантации мультифокальной ИОЛ высокая некорригированная острота зрения вдаль (0,7-1,0) и на близком расстоянии (0,6-1,0), а также фокусная адаптация вдаль и вблизи получены в ранние сроки после операции. Однако разница в возможности чтения без очков при различных сроках между операциями была значительна. Как правило, в случаях с интервалом в 2-4 дня такая возможность наступала практически на следующий день после второй операции, в то время как при длительном (более месяца) интервале между операциями второй (интактный) глаз, лишенный возможности аккомодации в связи с возрастом, создавал определенные сложности при чтении, несмотря на качественные монокулярные показатели оперированного глаза с мультифокальной ИОЛ. Это соответствует множеству рекомендаций о максимальной эффективности бинокулярной имплантации мультифокальных ИОЛ (Тахтаев Ю.В., 2005). И нужно заметить, что безопасное сокращение интервала до нескольких дней между бинокулярной имплантацией у наблюдаемых пациентов создало условия не только для качественной, но и быстрой реабилитации.

Выбор хирургом сроков проведения операции на парном глазу при двухсторонней катаракте, как это неоднократно было подчеркнуто в данной главе, напрямую связан с выбором метода коррекции пресбиопии для достижения полного реабилитационного эффекта в кратчайшие сроки после операции. Высокие функциональные результаты позволили получить бинокулярное зрение в основной группе в 98% случаев в первые дни после операции, в то время как у большинства больных контрольной группы бинокулярные функции ожидали улучшиться лишь после операции на парном глазу через 1 и более месяцев.

Возможность проведения операции на двух глазах с минимальным интервалом закономерно расширяет возможности к восстановлению не только монокулярного, но и бинокулярного зрения за счет технологической мультифокальной ИОЛ. Бинокулярная имплантация мультифокальных ИОЛ позволила

реабилитации. Таким образом, собственные результаты демонстрируют не только возможность, но и преимущества раннего проведения экстракции катаракты на парном глазу при двухсторонней катаракте.

Итак, возможный благоприятный интервал между операциями при двухсторонней катаракте – не позднее 5 дней после проведения операции на первом глазу при условии несложного течения хирургического вмешательства и послеоперационного периода на первом глазу, что достигается адекватной технологией факоэмульсификации и периперитивной антибактериальной профилактики.

Рекомендованные на основе ранее проведенных экспериментальных исследований и положительных клинических результатов сроки операции на парном глазу в основной группе позволили получить высокие функциональные результаты, что способствовало восстановлению бинокулярных функций в кратчайшие сроки. Выбранные сроки хирургического лечения катаракты на двух глазах с учетом общей и сопутствующей патологии глаза позволили сократить эмоциональные издержки, время и организационные проблемы при подготовке к операции, добавив преимущества качественной ранней реабилитации при операции на обоих глазах.

В заключение главы по интраокулярной коррекции афакии у пациентов с пресбиопией представлено

получить высокую остроту зрения и быструю фокусную адаптацию как вдаль (0,7-1,0), так и вблизи (0,6-1,0) уже через неделю после операций у больных основной группы, что способствовало их ранней

правила, которым автор следует в собственной практике:

- самый простой и безопасный способ коррекции пресбиопии при будущей артрафии – имплантация монофокальной ИОЛ с расчетом на эмметропию или минимальную миопию (0,5 дптр), и при необходимости – очки для чтения;
- если есть сомнение в способностях (эмоциональных, интеллектуальных) пациента оценить последствия операции – имплантация монофокальной ИОЛ и очки для чтения;
- идеальный пациент для имплантации мультифокальных ИОЛ – менеджер или руководитель среднего звена, не проводящий много времени за компьютером, театрал или киноман, имеющий персонального водителя и крепкий сон;
- наиболее подходящий пациент для имплантации мультифокальных ИОЛ – пенсионер старшей возрастной группы, в том числе и с близорукостью, имеющий дачу и любящий телевизор;
- библиофила больше подойдет монофокальная коррекция и очки для чтения;
- все остальные кандидаты должны быть тщательно проанализированы с учетом множества индивидуальных, анатомических, функциональных, социальных, материальных и др. особенностей. ■

BEST SELLER
with Innovation

РАЗ! ДВА! ТРИ!
с Preloaded AquaFree

Желтые и бесцветные гидрофобные, асферические интраокулярные линзы с гепариновым покрытием и модифицированной гаптической

Преимущества ИОЛ с гепариновым покрытием

- «Антиадгезивный» эффект между гапстикой и оптикой во время имплантации ИОЛ.
- При наличии гепаринового покрытия снижается эффект «налипания» клеток на оптику ИОЛ.
- Гепарин обладает противовоспалительным действием.

* by mediceal
SWISS TECHNOLOGY FOR SURGERY

• ИОЛ AquaFree Preloaded predstavovana в одноразовую, инъекторную систему Accuscut.

• Минимальный разрез 2,0 мм.

• Трехшаговая система имплантации позволяет провести все манипуляции по подготовке и имплантации в более короткое время и с большей безопасностью для хирурга и пациента.

ТЕПЕРЬ ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗ МОЖНО ЗАМЕДЛИТЬ

Виталюкс Плюс
(Vitalux Plus) ДЛЯ ЗАЩИТЫ ВАШИХ ГЛАЗ

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

Источники: 1. Beatty S, Koh H, Phil M, et al. The role of oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. *Surv Ophthalmol.* 2000;45:115-134. (Бегети С, Кох Х, Фил М и др. Роль окислительного стресса в патогенезе возрастной макулярной дегенерации. *Сурв Офтальмол.* 2000;45:115-134.) 2. Chu C, Zhang A. Nutritional antioxidants and age-related cataract and maculopathy. *Experimental Eye Research.* 2007;84:229-245. (Чжоу СС, Тэнгер А. Питательные антиоксиданты и возрастная катаракта и макулопатия. *Экспериментальное исследование глаза.* 2007;84:229-245.) 3. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of lutein supplementation with vitamins C and E, beta-carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss. *Age-Related Eye Disease Study Research Group. AREDS № 8.* *Arch Ophthalmol.* 2001;119:1417-1436. (Рандомизированное, плацебо-контролируемое, клиническое исследование влияния доз добавок С, Е, бета-каротина и цинка для предотвращения и замедления прогрессирования возрастной макулярной дегенерации и потери зрения. *Исследовательская группа по возрастным заболеваниям глаз. AREDS № 8.* *Арх Офтальмол.* 2001;119:1417-1436.) 4. Rhee S, Stiles W, Stauber L, et al. Double-masked, placebo-controlled, randomized trial of lutein and antioxidant supplementation in the prevention of age-related macular degeneration: the Veterans Affairs LUTRA Study. *Diabetes Care.* 2004;27:1413-1419. (Риhee С, Стилс В, Стаубер Л и др. Двойное слепое, плацебо-контролируемое, рандомизированное исследование лутена и антиоксидантных добавок в интервенции против возрастной макулярной дегенерации: опытное VA LUTRA исследование. *Потенциальное замедление прогрессирования возрастной макулярной дегенерации. Исследование ветеранов. AREDS Report № 20.* *Arch Ophthalmol.* 2007;125:671-679.) 5. Mitchell S, Schwartz D, Hancock M, Lamb SLE, Dawczynski J. The LUTEA-Study: lutein and omega-3 fatty acids and their relevance for macular pigment in patients with age-related macular degeneration (AMD). *Poster presented at ARVO.* May 1-5, 2011; Ft. Lauderdale, FL. (Имитчелл С, Шварц Д, Ханкок М, Ламб СЛЭ, Давычинский Дж. Исследование LUTEA: лутен и Омега-3 жирные кислоты и их влияние на макулярный пигмент у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией (ВМД). *Постер представлен на ARVO.* Май 1-5, 2011; Фл. Лодердейл Фл.)

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА К ПИЩЕ
МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Реклама | Июнь 2014 | RU514VIT003 | Обновлено действительно до июня 2015 г.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Alcon

существенно превосходящего их по степени переносимости и безопасности. При инсталляции тафтолана пациенты отмечали снижение дискомфорта, его хорошую субъективную переносимость, улучшение качества жизни, и, как подчеркнул профессор Е.А. Егоров, «мы с вами говорим о препарате, который нужно обязательно использовать в нашей практике».

Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург) в докладе «**Новые технологии на службе лечения синдрома «сухого глаза»**» назвал следующие факторы риска развития синдрома «сухого глаза» при глаукоме: длительное использование офтальмогипотензивных препаратов (главным образом, содержащих консерванты), систематическое повреждение эпителия роговицы при диагностических манипуляциях, изменение конгруэнтности глазной поверхности и век после операции, а у пациентов с врожденной глаукомой — еще и увеличение площади экспонируемой зоны роговицы.

В.В. Бржеский подробно остановился на взаимосвязи между офтальмогипотензивными препаратами и синдромом «сухого глаза». В норме в ответ на повреждение эпителия роговицы усиливается рефлекторная продукция слезы, муцинов, стабилизируется слезная пленка. Но что происходит, если у пациента разрывается рефлекторная дуга? При применении препаратов, содержащих консерванты, и при применении бета-адреноблокаторов

она разрывается, т.к. они обладают местным анестетическим действием. В результате в ответ на повреждение эпителия токсическим консервантом рефлекторной продукции слезы и муцинов не происходит и развивается синдром «сухого глаза», т.к. слезная пленка не стабилизируется. Однако дать окончательный ответ на вопрос, что лежит в основе развития «сухого глаза» у пациентов, применяющих бета-адреноблокаторы в качестве офтальмогипотензивной терапии, — токсический эффект консерванта, его алергизирующий эффект или собственный фармакологический эффект лекарственного вещества, пока еще затруднительно. По мнению докладчика, в основе развития ССГ лежат все вышеперечисленные компоненты.

По данным зарубежных исследований, консерванты в два раза чаще вызывают симптомы синдрома «сухого глаза». Консервант определяет развитие синдрома в первую очередь, во вторую — действующее вещество. Консервант вызывает нарушение стабильности, снижение продукции слезной пленки, истончение эпителиального слоя роговицы, повышение ее проницаемости, дегенеративные изменения роговицы, воспалительные изменения конъюнктивы, уменьшение плотности бокаловидных клеток конъюнктивы, которые секретуют водорастворимые муцины. Бета-адреноблокаторы также вызывают развитие ССГ, снижая выработку водянистой влаги и слезной

жидкости. По данным отечественных авторов, у 80% пациентов, использующих бета-адреноблокаторы в консервантах, развивается ССГ, в большинстве случаев средней степени. Данные, полученные профессором В.Н. Алексеевым (Санкт-Петербург), свидетельствуют о том, что только 35% пациентов с глаукомой соблюдают режим инсталляций, установленный врачом, и у 69% из тех, кто не соблюдает режим закапывания, причиной несоблюдения является синдром «сухого глаза», что в конечном итоге ведет к прогрессированию глаукомного процесса. У детей с глаукомой ССГ развивается в 65% случаев и в основном протекает в легкой форме. Основные направления в лечении ССГ у больных глаукомой — применение бесконсервантных офтальмогипотензивных препаратов, применение гипотензивных препаратов на основе гидрофильных полимеров. Профессор В.В. Бржеский отметил, что, применяя гидрофильный полимер в качестве растворителя тимолола малеата, можно снизить долю действующего вещества с 0,5 до 0,1% без потери эффекта. Это происходит благодаря созданному препарату офтан тимогель, который представляет собой сочетание водного раствора тимолола малеата и препарата офтагель, являющегося искусственной слезой. Через 12 недель применения гипотензивный эффект офтана тимогеля, по сравнению с 0,5% тимололом малеата, оказался идентичным, т.е.

сокращение в 5 раз доли действующего вещества не привело к снижению гипотензивного эффекта, при этом концентрация тимолола малеата в плазме крови оказалась существенно сниженной, благодаря чему его побочные эффекты практически сводятся к нулю.

Профессор В.В. Бржеский, докладывая о новых возможностях лечения развившихся форм ССГ, подробно остановился на препарате катионорм, представляющем новое поколение препаратов искусственной слезы. Препараты искусственной слезы — это глазные капли различной вязкости, которые в большинстве своем основаны на полимере, растворяющемся в толще слезной пленки и повышающих таким образом ее стабильность. Существуют препараты «искусственной слезы», которые полностью протезируют слезную пленку в случае ее отсутствия на поверхности глазного яблока. Большинство препаратов имеют конкретную точку приложения: муциновый слой слезной пленки, водянистый слой слезной пленки. Сейчас появилась возможность восполнить все слои слезной пленки за счет катионной эмульсии, которая представляет собой микроскопическую каплю жира, окруженную сурфактантом и покрытую катионным агентом, формирующим положительный дзета-потенциал на каждой капле жира. Благодаря технологии Novasorb удалось уменьшить капли жира до микроскопических размеров (<150 нм). При покрытии капли жира цеталкония хлоридом (консервант, аналог бензалкония хлорида) она приобретает особые свойства: цеталкония хлорид покрывает каплю жира, теряя при этом свои токсические свойства, и образует на капле положительный дзета-потенциал. В результате положительный заряд притягивается к отрицательно заряженной поверхности слезной пленки, к отрицательно заряженной поверхности глазного яблока, а за счет притяжения муцинов фиксирует воду, протезируя водянистый слой слезной пленки, и, наконец, за счет наличия в препарате липидов протезирует липидный слой. Таким образом, катионорм восстанавливает липидный слой слезной пленки, способствует ее стабилизации и противодействует ее испарению, увлажняет глазную поверхность и за счет своей гипоосмолярности восстанавливает осмотическое равновесие слезной пленки при ССГ. За счет электростатического взаимодействия катионорм быстро и равномерно распределяется по поверхности глаза, уменьшает трение век при мигании и тем самым защищает роговицу и конъюнктиву. Катионорм представляет собой растворенное в воде молочко с размером капель 150 нм, имеет очень низкую вязкость, хорошо переносится, не затуманивает зрение, гипотоничен, не содержит консервантов, т.к. заключен в специальный флакон-дозатор, поддерживающий содержащийся в нем раствор в стерильном состоянии.

ССГ — заболевание, достоверно коррелирующее с возрастом пациентов. По данным американских офтальмологов, в 45-летнем возрасте им страдают порядка 5% населения, а в возрасте 80 лет — уже 35%. В то время как среди больных глаукомой заболеваемость ССГ достигает 66%. И одна из существенных причин данной статистики заключается в применении глазных капель с консервантами. С.Ю. Петров привел исторический факт, послуживший толчком к появлению консервантов в офтальмологической фармацевтике. В 1950-х годах в одной из клиник Великобритании был зафиксирован случай массовой внутрибольничной инфекции среди хирургических больных офтальмологического отделения. Широкий резонанс этой истории постепенно привел к тенденциям по замене классических многообразных стеклянных пипеток индивидуальными съёмными наконечниками, разработке одно-разовых флаконов в виде монодоз, оснащенных тонким антибактериальным фильтром и консервантов, добавляющихся на последних стадиях производства капель.

Большинство консервантов, используемых до настоящего времени, были изобретены до 1970-х годов, в том числе и бензалкония хлорид (БХ), являющийся предшественником четвертичных аммониев, т.е. соединений, расщепляющих жиры. В наши дни хлорид бензалкония является основным консервантом в офтальмологии, обладающим хорошим антибактериальным эффектом. Однако он оказывает выраженное токсическое воздействие и на глазную поверхность: растворяет липидный и разрушает муциновый слои, дзета-потенциал. В результате положительный заряд притягивается к отрицательно заряженной поверхности слезной пленки, к отрицательно заряженной поверхности глазного яблока, а за счет притяжения муцинов фиксирует воду, протезируя водянистый слой слезной пленки, и, наконец, за счет наличия в препарате липидов протезирует липидный слой. Таким образом, катионорм восстанавливает липидный слой слезной пленки, способствует ее стабилизации и противодействует ее испарению, увлажняет глазную поверхность и за счет своей гипоосмолярности восстанавливает осмотическое равновесие слезной пленки при ССГ. За счет электростатического взаимодействия катионорм быстро и равномерно распределяется по поверхности глаза, уменьшает трение век при мигании и тем самым защищает роговицу и конъюнктиву. Катионорм представляет собой растворенное в воде молочко с размером капель 150 нм, имеет очень низкую вязкость, хорошо переносится, не затуманивает зрение, гипотоничен, не содержит консервантов, т.к. заключен в специальный флакон-дозатор, поддерживающий содержащийся в нем раствор в стерильном состоянии.

Молекула азитромицина была создана в 1980 г. хорватскими учеными. С 1986 г. препарат продается на мировом фармацевтическом рынке. По спектру антибактериальной активности докладчик отметил высокую эффективность азитромицина в отношении грамположительных микроорганизмов, т.н. цепочных, к которым, прежде всего, относятся стрептококки, а также в отношении некоторых видов грамотрицательных бактерий, особенно гемофильной палочки, являющейся основным возбудителем конъюнктивитов у детей раннего возраста.

И.Н. Околов подробно рассказал об этапах исследований препарата, а также остановился на фармакокинетических параметрах азитромицина, которые позволяют использовать препарат короткими дозами и однократно.

Докладчик отметил, что азитромицин применяется в лечении блефаритов и кератитов хламидийной этиологии. Препарат также используют для профилактики послеоперационных осложнений при фактоэмульсификации, в эксперименте в рефракционной хирургии.

С докладом на тему «**Клиническая эффективность 3-дневного лечения азитромицином бактериального конъюнктивита у детей**» выступил профессор **Томас Керхер** (Тейдльберг, Германия).

По словам профессора Керхера, азитромицин ранее не использовался в офтальмологии. Препарат применялся в педиатрии, гинекологии, ЛОР-специальности, а также для лечения пневмонии. Действие антибиотика направлено на подавление бактериальных рибосом, за счет ингибирования матричной РНК — на подавление синтеза белков, позволяющих не использовать консерванты в глазных каплях.

Обсуждаемая тема вызвала большой интерес аудитории и оживленную дискуссию, во время которой докладчики ответили на многочисленные вопросы слушателей.

Материал подготовил
Сергей Тумар

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ. ПРОСТО, КАК РАЗ-ДВА-ТРИ

В рамках XX юбилейного международного конгресса «Белые ночи» при поддержке ООО «Теа Фарма» состоялся сателлитный симпозиум на тему «Антибактериальная терапия в офтальмологии. Просто, как раз-два-три».

В программе XX юбилейного международного офтальмологического конгресса «Белые ночи – 2014» были предусмотрены многочисленные сателлитные симпозиумы, организованные при участии ведущих фирм-производителей офтальмологических препаратов и оборудования. 28 мая 2014 года при поддержке ООО «Теа Фарма» состоялся симпозиум на тему «Антибактериальная терапия в офтальмологии. Просто, как раз-два-три». В роли модератора выступил профессор Ю.А. Иваннишко (Ростов-на-Дону).

Перед участниками симпозиума выступил **Игорь Николаевич Околов** (Санкт-Петербург) с докладом «**Новое в офтальмологии, или Что вы знаете об азитромицине**». Докладчик напомнил, что антибактериальный препарат азитромицин зарегистрирован в России в 2013 г. На отечественный рынок препарат выведен компанией Теа, известной в Европе производителем различных лекарственных форм в офтальмологии, среди которых значительное место занимают препараты для лечения инфекционных заболеваний глаз как вирусной, так и бактериальной этиологии.

При заболевании конъюнктивитом микробиоценоз у детей отличается от микробиоценоза у взрослых. Кроме того, в отличие от взрослых, у детей наблюдается одна особенность клинической картины: глаз может быть не только красным, но и бледным, без гиперемии, при этом конъюнктивит очень выражен. Для заболевания характерны такие симптомы, как слезотечение, ощущение инородного тела; появляются гнойные выделения; процесс переносится с одного глаза на второй. Целью медикаментозного лечения конъюнктивита является предотвращение осложнений, которые могут угрожать зрению, а также снижение риска реинфекции.

Докладчик обратил внимание присутствующих на такие особенности азитромицина, как непродолжительный режим применения — по одной капле 2 раза в день в течение 3-х дней, монодозовая расфасовка, что подразумевает отсутствие консервантов.

Препарат имеет широкий спектр действия. Азитромицин быстро проникает в ткани, и на протяжении длительного времени обеспечивается его концентрация в клетках. Антибиотик захватывается фагоцитами и лейкоцитами переносится в очаг воспаления. Профессор Керхер особо отметил, что через две недели после применения антибиотика в конъюнктиве и роговице препарат еще определяется, именно поэтому азитромицин показан и для лечения блефарита. Исследования на животных показали, что при 3-дневном применении азитромицина у кролика была достигнута высокая концентрация, что препарат имеет выраженный бактерицидный эффект, широкий спектр действия, с чем связаны большие возможности его применения в офтальмологии.



Профессор Томас Керхер, д.м.н. Д.Ю. Майчук, профессор Ю.А. Иваннишко, И.Н. Околов

приходится основная бактериальная нагрузка. При применении азитромицина на поверхности глаза должны соблюдаться следующие требования: непродолжительная по времени терапия; незначительная доза препарата в силу ограниченности бактериальной нагрузки; контроль за терапевтическим эффектом препарата.

Конъюнктивит среди детей — заболевание распространенное, наиболее часто встречается на первых месяцах жизни и является основной причиной обращения к офтальмологам первичного звена. За год у одного ребенка азитромицин применяется один эпизод конъюнктивита.

При заболевании конъюнктивитом микробиоценоз у детей отличается от микробиоценоза у взрослых. Кроме того, в отличие от взрослых, у детей наблюдается одна особенность клинической картины: глаз может быть не только красным, но и бледным, без гиперемии, при этом конъюнктивит очень выражен. Для заболевания характерны такие симптомы, как слезотечение, ощущение инородного тела; появляются гнойные выделения; процесс переносится с одного глаза на второй. Целью медикаментозного лечения конъюнктивита является предотвращение осложнений, которые могут угрожать зрению, а также снижение риска реинфекции.

Докладчик обратил внимание присутствующих на такие особенности азитромицина, как непродолжительный режим применения — по одной капле 2 раза в день в течение 3-х дней, монодозовая расфасовка, что подразумевает отсутствие консервантов.

Препарат имеет широкий спектр действия. Азитромицин быстро проникает в ткани, и на протяжении длительного времени обеспечивается его концентрация в клетках. Антибиотик захватывается фагоцитами и лейкоцитами переносится в очаг воспаления. Профессор Керхер особо отметил, что через две недели после применения антибиотика в конъюнктиве и роговице препарат еще определяется, именно поэтому азитромицин показан и для лечения блефарита.

Исследования азитромицина при бактериальном конъюнктивите, проведенные на большой группе пациентов всех возрастных групп в 8 странах мира, также показали более высокую клиническую эффективность препарата по сравнению



Профессор Томас Керхер

с тобрамицином. Хорошие результаты были получены в лечении азитромицином детей, зараженных трахомой. Высокая концентрация препарата в тканях глаза на протяжении длительного времени позволяет успешно применять азитромицин и при лечении хронических заболеваний, таких как блефарит.

В заключение работы симпозиума **Д.Ю. Майчук** (Москва) представил доклад «**О месте азитромицина в терапии воспалительных заболеваний глаза**». У каждого антибиотика, по словам Д.Ю. Майчука, есть свое место в терапии. Азитромицин отличается длительным сроком выведения, его достаточно капать 2 раза в день, т.к. время полного выведения этого антибиотика из клетки — 20 часов. Многочисленные исследования показали, что 3 дня — срок достаточный для применения азитромицина. Значительное преимущество препарата для лечения определенных групп пациентов заключается в отсутствии консервантов.

Докладчик высказал точку зрения, что идеальными пациентами для назначения азитромицина являются дети до 7 лет, пожилые люди, пациенты с аллергией (трехдневное лечение азитромицином предшествует лечению аллергического поражения), активные и занятые молодые люди с подострым конъюнктивитом, а также носители контактных линз. Д.Ю. Майчук выделил эти группы пациентов, т.к. в силу различных причин именно нечастое закапывание является тем положительным фактором, который привлекает пациентов.

В случае нозологических поражений в сочетании с другим лекарственными препаратами следует применять при следующих заболеваниях:

- бактериальных конъюнктивитов;
- хламидийных конъюнктивитов (азитромицин является самым мощным препаратом для лечения хламидий, поэтому 3 курса по 3 дня будут вполне достаточным лечением);
- аденовирусных конъюнктивитов как «присутствующие, но не беспокоящие пациентов». Препарат приводит к улучшению качества жизни за счет короткого времени терапии, небольшого количества закапываний и простоты использования.

Исследования азитромицина при бактериальном конъюнктивите, проведенные на большой группе пациентов всех возрастных групп в 8 странах мира, также показали более высокую клиническую эффективность препарата по сравнению

с тобрамицином. Хорошие результаты были получены в лечении азитромицином детей, зараженных трахомой. Высокая концентрация препарата в тканях глаза на протяжении длительного времени позволяет успешно применять азитромицин и при лечении хронических заболеваний, таких как блефарит. В заключение работы симпозиума **Д.Ю. Майчук** (Москва) представил доклад «**О месте азитромицина в терапии воспалительных заболеваний глаза**». У каждого антибиотика, по словам Д.Ю. Майчука, есть свое место в терапии. Азитромицин отличается длительным сроком выведения, его достаточно капать 2 раза в день, т.к. время полного выведения этого антибиотика из клетки — 20 часов. Многочисленные исследования показали, что 3 дня — срок достаточный для применения азитромицина. Значительное преимущество препарата для лечения определенных групп пациентов заключается в отсутствии консервантов.

Докладчик высказал точку зрения, что идеальными пациентами для назначения азитромицина являются дети до 7 лет, пожилые люди, пациенты с аллергией (трехдневное лечение азитромицином предшествует лечению аллергического поражения), активные и занятые молодые люди с подострым конъюнктивитом, а также носители контактных линз. Д.Ю. Майчук выделил эти группы пациентов, т.к. в силу различных причин именно нечастое закапывание является тем положительным фактором, который привлекает пациентов.

В случае нозологических поражений в сочетании с другим лекарственными препаратами следует применять при следующих заболеваниях:

- бактериальных конъюнктивитов;
- хламидийных конъюнктивитов (азитромицин является самым мощным препаратом для лечения хламидий, поэтому 3 курса по 3 дня будут вполне достаточным лечением);
- аденовирусных конъюнктивитов как «присутствующие, но не беспокоящие пациентов». Препарат приводит к улучшению качества жизни за счет короткого времени терапии, небольшого количества закапываний и простоты использования.

Исследования азитромицина при бактериальном конъюнктивите, проведенные на большой группе пациентов всех возрастных групп в 8 странах мира, также показали более высокую клиническую эффективность препарата по сравнению

с тобрамицином. Хорошие результаты были получены в лечении азитромицином детей, зараженных трахомой. Высокая концентрация препарата в тканях глаза на протяжении длительного времени позволяет успешно применять азитромицин и при лечении хронических заболеваний, таких как блефарит. В заключение работы симпозиума **Д.Ю. Майчук** (Москва) представил доклад «**О месте азитромицина в терапии воспалительных заболеваний глаза**». У каждого антибиотика, по словам Д.Ю. Майчука, есть свое место в терапии. Азитромицин отличается длительным сроком выведения, его достаточно капать 2 раза в день, т.к. время полного выведения этого антибиотика из клетки — 20 часов. Многочисленные исследования показали, что 3 дня — срок достаточный для применения азитромицина. Значительное преимущество препарата для лечения определенных групп пациентов заключается в отсутствии консервантов.

Докладчик высказал точку зрения, что идеальными пациентами для назначения азитромицина являются дети до 7 лет, пожилые люди, пациенты с аллергией (трехдневное лечение азитромицином предшествует лечению аллергического поражения), активные и занятые молодые люди с подострым конъюнктивитом, а также носители контактных линз. Д.Ю. Майчук выделил эти группы пациентов, т.к. в силу различных причин именно нечастое закапывание является тем положительным фактором, который привлекает пациентов.

25 лет
ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ ЦЕНТР
МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА»



WETLAB

6–17 октября, 17–28 ноября 2014 г.
9–20 февраля, 9–20 марта 2015 г.

Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» приглашает врачей-офтальмологов в суперсовременный операционный тренажерный зал энергетической хирургии WETLAB на курсы повышения квалификации «Современные аспекты хирургии катаракты. Фактоэмульсификация» — 72 ч.

Обучение в WETLAB Центра «Микрохирургия глаза» — это уникальная возможность в кратчайшие сроки освоить современную технологию лечения катаракты через малый разрез, приобрести профессиональные навыки без тревоги за пациента. Теорию и практику преподают лучшие офтальмохирурги клиники. Оснащение операционного тренажерного зала: операционные микроскопы M 651 (Leica); фактоэмульсификаторы Legacy 20 000, Inffiniti, Laureate (Alcon), Millennium, Stellaris (Bausch&Lomb); система видеонаблюдения.

В качестве объекта хирургии используются глаза животных, установленные в муляж головы человека. Во время обучения курсанты знакомятся с современными технологиями диагностического обследования, особенностями послеоперационного ведения пациентов, посещают операционный блок Центра.

Заявки направляйте по адресу:

620149, г. Екатеринбург, ул. Академика Бардина, 4а,
Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»
Телефоны: + 7 (343) 231-00-34, 231-00-03
Факс + 7 (343) 231-00-03
kurs@eyeclinic.ru www.eyeclinic.ru

Стоимость обучения 25 300 руб.

ЗАВИСИМОСТЬ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ФИБРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ ОТ РАЗМЕРОВ ПЕРЕДНЕЗАДНЕЙ ОСИ ГЛАЗА ПРИ ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ

А.А. Антонов, И.А. Бубнова,
В.С. Рещикова

ФГБУ «НИИГБ» РАМН

Фиброзная оболочка глаза является сложной соединительнотканной структурой, она состоит из роговицы и склеры, которые вместе выполняют функции защиты и поддержания формы глазного яблока. При исследовании биомеханического ответа глаза большинство исследователей делают акцент на свойствах роговицы, которая является, как правило, местом приложения воздействия. Однако тесные морфофункциональные связи не позволяют выделить параметры, относящиеся только к роговице или склере.

Очевидно, что величина переднезадней оси глаза (ПЗО) является биометрической характеристикой свойств склеры конкретного глаза. Влияние длины глаза на взаимодействие фиброзной оболочки с тонометрами (приборами, исследующими внутриглазное давление) впервые выявил Алексей Николаевич Маклаков. В работе «Офтальмотонометрия» в 1884 году он писал: «слишком мало, на наш взгляд, придется значения влиянию упругости склеры, а между тем эта упругость играет очень важную роль в момент приложения офтальмотонометра». Этим он указывал, что не только роговица, на которую мы ставим тонометр, но и склера влияют на уровень определяемого внутриглазного давления.

В своих исследованиях мы доказали, что величина переднезадней оси глаза влияет на биомеханические показатели, измеряемые с помощью двунаправленной апланации роговицы. Эта зависимость выражена в значительной степени в глазах с миопической рефракцией.

В доступной литературе отсутствуют работы, посвященные исследованию биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза у пациентов с гиперметропической рефракцией. Такие пациенты в зрелом возрасте имеют склонность к нарушениям гидродинамики из-за особенности строения угла передней камеры и увеличения размеров хрусталика, что повышает в определенной степени риск развития закрытоугольной глаукомы. Поскольку тонометрия — это скрининг глаукомы, на который опираются большинство практикующих офтальмологов, вопрос точного определения ВГД у пациентов с гиперметропической рефракцией актуален, и необходимо знать те нюансы, которые могут влиять на показатели тонометрии.

Также важным моментом является широкое распространение биомеханического анализатора Ocular Response Analyzer и его внедрение в клиническую практику. Интерес к информации о нормативных показателях исследования с помощью двунаправленной пневмоапланации роговицы и изменения биомеханических параметров при патологии неуклонно увеличивается. Имея большой клинический опыт таких исследований, мы представим свои результаты.

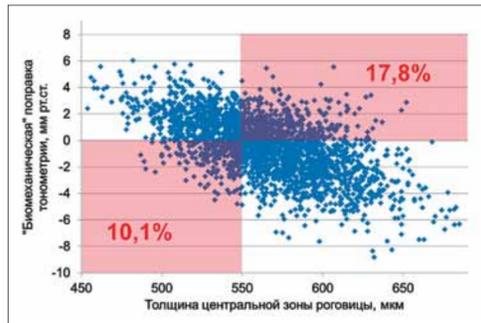


Рис. 1. Зависимость «биомеханической поправки тонометрии» от толщины роговицы в центральной зоне (N=2600)

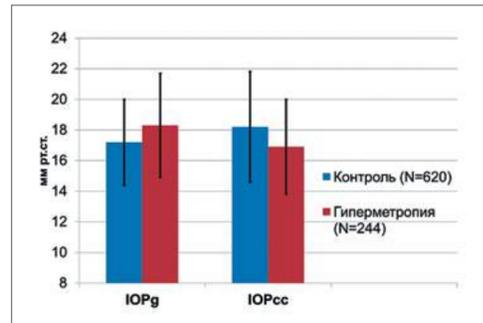


Рис. 2. Показатели внутриглазного давления, определяемые у пациентов с гиперметропией в сравнении с контролем

Таблица 1

Корреляционные взаимоотношения биомеханических коэффициентов с ЦТР и ПЗО

	Эмметропия (N=620)		Гиперметропия (N=244)	
	CRF	CH	CRF	CH
ЦТР	0,64	0,59	0,70	0,69
ПЗО	0,08	0,07	0,27	0,25

Таблица 2

Биомеханические показатели, определяемые с помощью двунаправленной пневмоапланации роговицы, у пациентов с гиперметропией

	Контроль (N=620)	Гиперметропия (N=244)
Фактор резистентности роговицы, мм рт.ст.	11,8±1,9	12,4±2,0
Роговичный гистерезис, мм рт.ст.	11,2±1,5	11,8±1,7
Время достижения первой апланации, мс	8,07±0,47	8,31±0,54

Целью нашего исследования явилось изучение влияния величины переднезадней оси глаза на биомеханические параметры, измеряемые с помощью метода двунаправленной пневмоапланации роговицы, у пациентов с гиперметропической рефракцией.

Материалы и методы

Группа исследования включала 122 пациента (244 глаза) со слабой (78,2%) и средней (21,8%) степенью гиперметропии, которые обратились в отдел глаукомы с подозрением на данное заболевание. Средний сферический эквивалент рефракции: +2,5±1,2 дптр. Средняя величина переднезадней оси глаза у всех пациентов была меньше 21,5±0,9 мм, то есть это пациенты с условно коротким глазом. Толщина роговицы в центральной зоне (ЦТР) у этих пациентов была в диапазоне от 520 до 600 мм, что исключает крайние значения, которые существенно могли исказить результаты двунаправленной пневмоапланации. Возраст пациентов был от 45 до 60 лет (средний возраст 57±4 лет), так как в наших исследованиях показано, что после 60 лет происходит выраженные возрастные изменения биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза, которые также могли влиять на качество результатов.

Для сравнения использована группа контроля, состоявшая из 310 пациентов (620 глаз) с эмметропической рефракцией, «средними» биометрическими параметрами глаза (ПЗО от 22,5 до 25 мм) соответствующего группы исследования возраста (средний возраст 54±4 лет).

Принцип исследования с помощью двунаправленной пневмоапланации заключается в воздействии воздуха на роговицу и регистрации двух состояний уплощения ее центральной зоны (около 3 мм в диаметре) при прогибе внутрь и возвращении в исходное состояние. По результатам определения давления в этих двух точках рассчитываются показатели биомеханического ответа. Мы анализировали показатели внутриглазного давления: аналогичный тонометрии по Гольдману и роговично-компенсированный. Разность этих показателей мы расцениваем как биомеханическую поправку тонометрии. Биомеханические свойства мы оценивали по фактору резистентности роговицы, роговичному гистерезису и времени достижения первой апланации, которое также характеризует устойчивость роговицы к деформации. Обязательным условием сравнения биомеханических показателей является одинаковый уровень внутриглазного давления в группах исследований. Средний уровень офтальмотонуса в данном исследовании составил 16,9±3,1 мм рт.ст.

Результаты

На рис. 1 представлены результаты большого количества исследований с помощью Ocular Response Analyzer, указывающие на то, что не только толщина роговицы, но и дополнительные факторы, в числе которых, естественно, длина переднезадней оси глаза, влияют на оценку внутриглазного давления.

Соответственно процент влияния или процент воздействия этих дополнительных факторов составляет примерно 30% от

общей популяции. Поэтому корректровка ВГД по центральной толщине роговицы совпадает в 60-70% случаев, а в 30% при данном распространенном подходе офтальмолог совершает ошибку.

Исследованные взаимоотношения биомеханических показателей с центральной толщиной роговицы и величиной переднезадней оси глаза показывают, что коэффициенты корреляции у пациентов с эмметропической рефракцией, то есть условно средними размерами глазного яблока, более низкие, чем у лиц с гиперметропией (табл. 1).

Увеличение корреляции биомеханических показателей с ЦТР, по-видимому, связано с тем, что в гиперметропическом глазу роговица составляет большую по площади часть фиброзной оболочки глаза и, таким образом, сильнее влияет на биомеханические показатели.

Что касается измерения внутриглазного давления, то при более низком уровне давления, аналогичного тонометрии по Гольдману, в группе контроля, роговично-компенсированное ВГД (которое более приближено к истинному и сейчас считается одним из стандартных оценок внутриглазного давления у пациентов с глаукомой) было ниже при гиперметропии (рис. 2).

Соответственно, если говорить о средних цифрах, то различие показателя роговично-компенсированного давления по сравнению с контролем составило 1,2-1,3 мм рт.ст. Таким образом, при измерении внутриглазного давления обычными способами — тонометром Гольдмана, или же другими апланационными способами, у пациентов с гиперметропией мы получили завышенные показатели тонометрии. С точки зрения диагностики, это положительный момент, так как у этих пациентов наша настроенность в плане определения глаукомы будет выше.

При сравнении биомеханических показателей не было выявлено выраженного различия между группой контроля и пациентами с гиперметропией, хотя отмечена тенденция к повышению фактора резистентности и корнеального гистерезиса и также увеличению времени первой апланации (табл. 2).

Средние показатели центральной толщины роговицы и внутриглазного давления в этих группах были примерно равны, поэтому влияние этих показателей на результаты мы исключили.

Выводы

Биомеханические показатели, измеряемые с помощью двунаправленной пневмоапланации роговицы, зависят от величины переднезадней оси глаза.

У пациентов с гиперметропической рефракцией выявлены изменения биомеханических показателей, указывающие на увеличение жесткости фиброзной оболочки глаза.

При тонометрических исследованиях у таких пациентов вероятно завышенные показатели внутриглазного давления. ■

НИЗКОЧАСТОТНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ

Е.А. Литвина,
А.Р. Илларионова,
Н.В. Ермаков,
О.М. Потапова,
В.В. Портнов,
А.Н. Анисимкина,
Е.В. Рогачкова

ФГБУ ЦКБ с поликлиникой
УД Президента РФ, Москва

Низкочастотная магнитотерапия (НЧМ) — наиболее распространенный вид магнитотерапии, при которой с лечебно-профилактическими и реабилитационными целями используют магнитные поля низкой частоты. В основе действия НЧМ лежат те же механизмы и первичные эффекты, что и при использовании постоянных магнитных полей: изменение состояния жидкокристаллических структур, воды и гидратированных молекул, влияние на синглет-триплетные переходы в свободные радикалы, повышение активности металлосодержащих ферментов и др. Однако главным действующим фактором является формирование в тканях индуцированных электрических токов, плотность которых определяется скоростью изменения магнитной индукции. Основными лечебными эффектами НЧМ считаются противовоспалительный, противоотечный, трофический, гипокоагуляционный, вазоактивный, обезболивающий, стимулирующий репаративные процессы, иммуномодулирующий.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения импульсного низкочастотного МИ распределенного характера магнитотерапевтического офтальмотерапевтического аппарата АМТО-01 (торговая марка diathera) в комплексном лечении больных с офтальмопатологией.

Перспективным направлением развития магнитотерапевтической техники в офтальмологии является создание излучателей, максимально адаптированных к органу зрения, а также оптимизация биотропных параметров поля, воздействующего на ткани глаза и параорбитальные структуры.

Нами проводилось комплексное медикаментозное лечение пациентов с различной офтальмопатологией с использованием магнитотерапевтического офтальмотерапевтического аппарата АМТО-01, производства ОАО «Государственный Рязанский приборный завод» (Россия). Исследуемая группа состояла из 90 человек (40 мужчин и 50 женщин) в возрасте 35-93 лет, имеющих заболевание: возрастная макулярная дегенерация, сухая форма (ВМД) — 40 человек, ишемическая оптическая нейропатия — 10 пациентов, гемофтальм — 10 пациентов, первичная открытоугольная глаукома с нормальными ВГД I-III ст. — 20 пациентов, окклюзия центральной вены сетчатки — 10 пациентов.

Контрольная группа, соответствующая по демографическим и нозологическим характеристикам, состояла из 50 пациентов, проходивших курс терапевтического лечения без применения физиотерапевтических процедур.

Всем пациентам до и после лечения проводилось традиционное офтальмологическое исследование: визометрия, периметрия,

бесконтактная тонометрия, биомикроскопия, офтальмобиомикроскопия, оптическая когерентная томография, исследование АД на плечевой артерии по методу Короткова.

Курс магнитотерапии в среднем составил 10 сеансов. Продолжительность процедуры составляла 15 минут преимущественно в положении сидя, в ряде случаев процедура выполнялась у лежащих пациентов. Применялась стандартная методика сеанса магнитотерапевтического воздействия в соответствии с рекомендуемой схемой расположения индукторов.

Достоверность различий между группами определялась с использованием парного t-критерия Стьюдента.

Оценная результаты исследования пациентов с различной офтальмопатологией, мы опирались на ряд различных показателей, а именно, изменение зрительных функций, анатомическое изменение структур глаза, субъективная оценка пациентом непосредственно процедуры и результата лечения. Выбор показателей для анализа зависел от нозологии.

В группах пациентов с ВМД (контрольной и наблюдения) на фоне лечения произошло уменьшение субъективных и объективных симптомов заболевания. Так, статистически достоверным оказалось повышение остроты зрения у пациентов группы наблюдения — острота зрения повысилась на 0,074±0,02. В контрольной же группе мы отметили повышение на 0,026±0,04, что не является статистически достоверным (P>0,05).

В группе пациентов с ишемической оптической нейропатией, как наиболее показательной характеристикой состояния зрительного нерва, мы решили оценить пороговую световую чувствительность, применив стратегию исследования поля зрения с помощью цифрового анализатора НГА по программе 24-2. Проведенные исследования показали, что дополнительное применение АМТО-01 в ходе медикаментозной терапии статистически достоверно повышает эффективность лечения: порог световой чувствительности в группе наблюдения повысился от 18,5±0,4 дБ до 20,3±0,4 дБ (P<0,05), в свою очередь разница показателей в контрольной группе была статистически недостоверной.

Кроме того, для анализа динамики состояния зрительного нерва нами использовалась оптическая когерентная томография. Нейрооптический модуль позволил не только оценить изменение толщины слоя нервных волокон, но и зарегистрировать уменьшение отека головки зрительного нерва (рис. 1).

В группе пациентов с окклюзией ЦВС мы также анализировали изменение центральной остроты зрения и пороговой световой чувствительности. Острота зрения повысилась в результате лечения в группе наблюдения от 0,25±0,02 до 0,43±0,02 и в контрольной группе — от 0,2±0,04 до 0,35±0,04, что было статистически достоверно в обоих случаях. Однако повышение световой пороговой чувствительности было достоверно отмечено лишь у пациентов группы наблюдения, комплексное лечение у которых включало магнитотерапию: до лечения — 18,7±0,4 и после лечения — 20,4±0,4 (P<0,05).

Также мы успешно применяли магнитотерапию в комплексной терапии пациентов с гемофтальмом. Основным критерием оценки

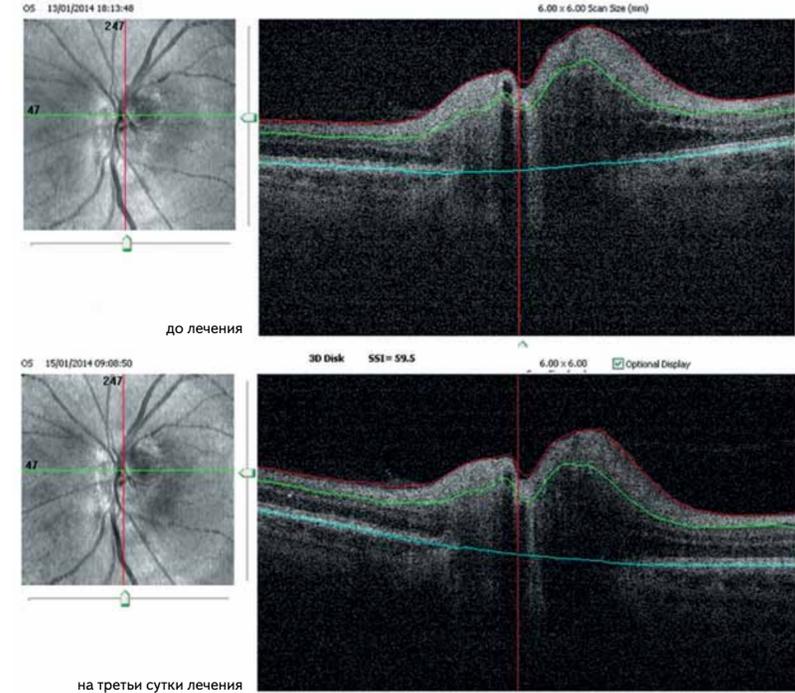


Рис. 1. Уменьшение отека головки зрительного нерва при оптической ишемической нейропатии у пациентки 65 лет на фоне проводимого комплексного лечения с применением АМТО

эффективности лечения было изменение остроты зрения. Острота зрения повысилась как в группе наблюдения от 0,5±0,02 до 0,73±0,02, так и в контрольной группе — от 0,29±0,04 до 0,43±0,04, однако только в группе наблюдения разница была статистически достоверной.

Оценная результаты исследования у пациентов глаукомой, мы опирались на результаты визометрии, периметрии и офтальмотонометрии. Анализируя результаты лечения, мы отметили после курса лечения у пациентов с глаукомой расширение периферических границ поля зрения от 383,5±8,37° до 419,7±8,25° и повышение центральной остроты зрения от 0,44±0,02 до 0,54±0,02. Следует подчеркнуть, что у пациентов группы наблюдения различие это было достоверным.

Нами также был замечен кратковременный гипотензивный эффект магнитотерапии у пациентов с глаукомой по сравнению с контрольной группой. Однако стоит отметить, что изучение продолжительности гипотензивного эффекта не входило в цели нашего исследования и требует дальнейшего изучения.

Рассматривая результаты проведенного комплексного лечения у пациентов группы наблюдения, следует подчеркнуть позитивное эмоциональное воздействие сеанса магнитотерапии, хорошую переносимость процедуры и отсутствие нежелательных явлений у пациентов всех групп. Половина пациентов непосредственно после процедуры отметили некоторое улучшение состояния, и 78% пациентов на 5-6 день курса лечения ощущали повышение качества зрения.

Характеризуя изменение зрительных функций, следует подчеркнуть преимущество комплексной терапии. Так, у 25% пациентов группы наблюдения объективное повышение остроты зрения при

визометрии отмечено уже на 5-6-й день лечения, у 60% — на 10-й день комплексной терапии. В контрольной группе повышение остроты зрения формировалось достоверно позже и у меньшего числа пациентов.

Таким образом, АМТО-01 diathera, являясь уникальным прибором для физиотерапевтического лечения пациентов с широким спектром глазных заболеваний, позволяет значительно повысить эффективность комплексного лечения, что было наглядно продемонстрировано в нашей работе.

В заключение хотелось бы отметить, что применение аппарата является небольшой перечень противопоказаний, хорошая переносимость процедуры и позитивное восприятие пациентами. Именно поэтому магнитотерапевтический офтальмологический аппарат АМТО-01 diathera может быть рекомендован для применения не только в лечебных учреждениях, но и в домашних условиях. ■

Уважаемые коллеги! Срочная важная информация!

В связи с проведением в городе Астрахани в сентябре 2014 года крупного международного форума — Саммита Прикаспийских государств, ранее намеченная на сентябрь Научно-практическая конференция

Ожогом Федерального округа
«Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов»

с участием специалистов Прикаспийских государств переносится на **10-11 октября 2014** года в рамках договоренностей о международном сотрудничестве.

Впервые! Предусмотрен формат интернет-участия.

Подробная информация — в информационном сообщении на сайтах
www.minzdravao.ru; <http://www.organum-visus.ru>;
<http://www.eyenews.ru>

НЕОВАСКУЛЯРНАЯ ГЛАУКОМА ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

М.В. Гацу, Е.Е. Сомов

Санкт-Петербургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

Клинически патология этого вида выступает в весьма специфической, так называемой «неоваскулярной» форме. Она характеризуется появлением новообразованных кровеносных сосудов как в радужке, так и в углу передней камеры глаза со всеми вытекающими из этого факта последствиями.

Как ранее, так и сейчас неоваскулярная глаукома остается одним из самых тяжелых осложнений диабетической офтальмопатии, занимающая второе место среди причин развития необратимой слепоты. Кроме того, она является причиной интенсиных болей в глазу, чаще уже слепом, что нередко вынуждает пациента настаивать на его удалении.

Первые неоваскулярная глаукома была описана Coats'ом в 1906 году. С тех пор она была диагностирована при самых различных заболеваниях органа зрения (окклюзия центральной вены сетчатки и ее ветвей, диабетическая ретинопатия, отслойка сетчатки, врожденный амавроз Лебера, болезнь Коатса и Илса, серповидно-клетчатая ретинопатия, ретиальная гемангиома, синдром Stickler, х-хромосомный ретиошизис, юкстафавеллярные телеангиоэктазии). Неоваскулярная глаукома может появиться также как осложнение серьезных сосудистых заболеваний организма в целом (каротидно-кавернозное соустье, окулокарлярный ишемический синдром и т.д.). При всех упомянутых вариантах заболеваний общим и главенствующим этиологическим моментом для них является один — ишемия сетчатки. Именно она способствует развитию неоваскулярной глаукомы в 95% случаев. В остальных 5% случаев появление рассматриваемой патологии могут стимулировать и иные заболевания, связанные уже с возникновением стойкого местного воспалительного процесса различного генеза. В частности, неоваскулярная глаукома встречается у пациентов, страдающих затяжным увеитом, эндофтальмитом, сифилитическим ретиinitом, симпатической офтальмией, болезнями Харада и Бехчета. Описаны также случаи, когда она возникала у лиц, перенесших оперативные вмешательства на глазном яблоке, такие, например, как экстракция катаракты, витректомиа, введение в стекловидное тело силиконового масла, YAG-лазерная капсулотомия, лазерные и иные операции на радужке различного целевого

назначения и так далее. Несмотря на то что в подобных ситуациях основной причиной появления рубезоза является восстановление, признаки ишемии сетчатки при этом также могут присутствовать [1].

Патогенез диабетической ишемии сетчатки и ее последствия

Прогрессирование непролиферативной диабетической ретинопатии приводит к закупорке капилляров сетчатки, что в свою очередь инициирует прогрессирование ишемии и усиление гипоксии. В состоянии ишемии ретиальные клетки начинают секретировать избыточное количество вазопротриферативного фактора, который и запускает рост новообразованных сосудов в сетчатке и радужке. Еще в 1948 году I.C. Michaelson [2] предположил существование ангиогенного фактора, назвав его «фактор - X». Лишь в 1983 году из ткани васкуляризированной опухоли был выделен сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), который стал основным кандидатом, подходящим для роли «фактора - X» [3-7]. Последующими исследованиями достоверно установлено, что VEGF-фактор является сильным стимулятором ретиальной неоваскуляризации и при ишемических ретинопатиях. В последующем были идентифицированы четыре его изоформы (VEGF121, VEGF165, VEGF189 и VEGF206) [8]. VEGF165 является наиболее распространенным в большинстве тканей. Кроме того, установлена роль VEGF как фактора сосудистой проницаемости [7, 9, 10]. VEGF реализует свое действие через два известных рецептора — VEGFR-1 (fms-like tyrosine kinase-1 [Flt-1] и VEGFR-2 (kinase insert domain-containing receptor [KDR]). Оба они расположены в основном на эндотелиальных клетках и в меньшей степени — на моноцитах и макрофагах [11]. Связывание VEGF с этими рецепторами инициирует сигнал, запускающий каскад неоваскуляризации. В настоящее время изучаются и другие факторы, участвующие в ангиогенезе. К ним относятся инсулин-подобный фактор роста I и II [7], инсулин-подобный фактор роста, связывающий белки 2 и 3 [8, 12], основной фактор роста фибробластов [9, 13], тромбоцитарный фактор роста [8] и интерлейкин-6 [8].

на радужке и в углу передней камеры или одновременно в обеих структурах. В таких случаях рост фиброваскулярной ткани, в том числе над трабекулярной сетью, значительно уменьшает отток водянистой влаги. Миофибробласты, присутствующие в новообразованной фиброваскулярной ткани, пролиферируют, сокращаются и тем самым притягивают корень радужки, закрывая угол передней камеры [17]. Эндотелий роговицы также пролиферирует по поверхности угла передней камеры [18]. Прогрессирование обструкции и в конечном счете закрытие угла приводят к повышению ВГД.

Клиника и диагностика неоваскулярной глаукомы

При начальном рубезозе радужки и радужно-роговичного угла заболевание может протекать бессимптомно, то есть без заметного повышения внутриглазного давления. Тем не менее эту его стадию следует расширять уже как пороговую для манифестной неоваскулярной глаукомы. И она требует, как показывает опыт различных авторов, в том числе и наш, принятия неотложных лечебных мер. В противном случае прогрессирующий диабетический процесс необратимо приведет к развитию классической картины неоваскулярной глаукомы с ее тяжелыми последствиями. Именно по этой причине все пациенты, страдающие сахарным диабетом, должны проходить полное офтальмологическое обследование (алгоритм 1), в ходе которого особое внимание необходимо уделять биомикроскопии радужки, прежде всего области зрачкового ее края, где чаще локализируются первые новообразованные сосуды (рис. 1). Затем они, постепенно увеличиваясь в числе, покрывают всю ее поверхность (рис. 2). Важно, чтобы биомикроскопия выполнялась при узком зрачке, т.к. в противном случае неужно неоваскулярную сеть можно просто не увидеть, особенно при малом увеличении (менее x16).

В процессе биомикроскопии необходимо также обращать внимание на состояние влаги передней камеры, так как влагекующийся увеит в 3% случаев служит дополнительным стимулом к развитию неоваскулярной глаукомы.

Необходимым диагностическим элементом является гониоскопия с использованием линзы Гольдмана или Бойнннгена. Она

позволяет обнаружить в углу передней камеры единичные или множественные новообразованные сосуды (рис. 3). Важно их дифференцировать от собственных сосудов радужки, которые иногда встречаются здесь в глазах со слабой пигментацией. Как правило, новообразованная сосудистая сеть расположена перпендикулярно трабекуле и разветвлена. Кроме того, при биомикроскопии УПК удасть своевременно выявить появление в этой же зоне корневых синехий радужки. При неоваскулярной глаукоме они, как правило, не единичные, занимают либо целый его сегмент (рис. 4) или полностью все пространство (рис. 5). Появление гониосинехий свидетельствует о давности и тяжести заболевания, а также неблагоприятном прогнозе. В то же время инспективное офтальмологом поликлинического зрелого глаза показало, что только в 50% случаев они выполняются биомикроскопически в соответствии с методическими требованиями, то есть при узком зрачке, что является одной из причин поздней диагностики неоваскулярной глаукомы [19].

При выраженном рубезозе, сопровождающемся значительным повышением ВГД, нередко требуется застойная инъекция глазного яблока, отек роговицы разной степени выраженности, вплоть до образования буллезной кератопатии. Кроме того, новообразованные сосуды радужки нередко могут быть причиной появления рецидивирующих гифем.

При каждом визите к офтальмологу всем пациентам с диабетической ретинопатией нужно измерять внутриглазное давление. Даже при незначительном его повышении (по сравнению с нормой или прежними данными) необходимо произвести тщательную биомикроскопию поверхности радужки и осмотр структур угла передней камеры.

Очень важным этапом диагностического обследования является тщательная инспекция состояния глазного дна пациента в условиях мириаза, вызванного мидриатиками кратковременного действия. Если ВГД повышено, то его сначала необходимо попытаться снизить с помощью ингибиторов карбоангидразы и/или β-блокаторов. При биомикроскопии сетчатки следует обращать внимание на степень выраженности диабетической ретинопатии. Известно, что частота развития неоваскулярной глаукомы у больных сахарным диабетом существенно



Алгоритм 1. Порядок офтальмологического исследования больных с сахарным диабетом на предмет раннего выявления у них признаков развивающейся неоваскуляризации в глазных структурах

Итак, ангиогенез — это многоступенчатый процесс, который начинается с продукции сосудистых факторов роста в пораженной ткани. В последующем они соединяются с рецепторами, расположенными на эндотелии сосудов, что приводит к активации гена экспрессии эндотелиальных клеток в проангиогенезные молекулы. Эндотелиальные клетки осуществляют инвазию в окружающие ткани, мигрируют и, пролиферируя, формируют сосудистую стенку новообразованных сосудов. Далее происходит стабилизация новых кровеносных сосудов пристеночными клетками [9-10].

Для возникновения рубезоза VEGF должны достичь радужки и угла передней камеры. Замечено, что в тех случаях, когда имеет место повреждение задней капсулы хрусталика, резко возрастает частота возникновения рубезоза [14, 15]. Есть сообщения о возникновении вторичной неоваскулярной глаукомы после YAG-лазерной капсулотомии [16]. Неоваскулярный процесс может развиваться изолированно только

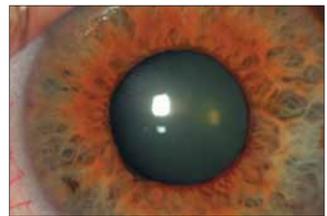


Рис. 1. Больной Б., 56 лет. Диагноз: СД 2 типа, непролиферативная диабетическая ретинопатия (3 стадия), пороговая неоваскулярная глаукома правого глаза с выраженным рубезозом зрачкового края радужки и появлением новообразованных сосудов в других ее отделах

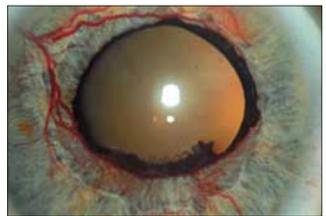


Рис. 2. Больная Л., 55 лет. Диагноз: СД 2 типа на инсулине, пролиферативная диабетическая ретинопатия (4 стадия), манифестная неоваскулярная глаукома с выраженным рубезозом всей поверхности радужки, образованием новообразованных сосудов в других ее отделах



Рис. 3. Больная Е., 66 лет. Диагноз: СД 2 типа, пролиферативная диабетическая ретинопатия (3 стадия), пороговая неоваскулярная глаукома обоих глаз. УПК левого глаза открыт, но содержит большое количество новообразованных сосудов



Рис. 4. Больной Б. 56 лет. Диагноз: СД 2 типа, непролиферативная диабетическая ретинопатия (3 стадия), манифестная неоваскулярная глаукома. Почти на всем протяжении УПК закрыт плоскостной передней синехией, свободен лишь небольшой его участок. Здесь же в большом количестве имеются новообразованные сосуды



Рис. 5. Больной Б., 66 лет. Диагноз: СД 2 типа, пролиферативная диабетическая ретинопатия (3 стадия), манифестная неоваскулярная глаукома. УПК закрыт уже полностью за счет круговой синехии и выраженной неоваскуляризации

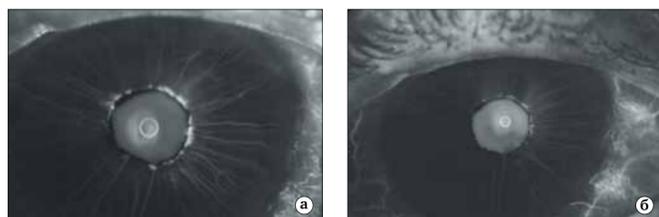


Рис. 6. Флюорограммы сосудов радужки глаза больного с уже выраженным ее рубезозом: а — 19-я секунда исследования: гиперфлюоресценция новообразованной сосудистой сети по зрачковому краю радужки; б — 70-я секунда исследования: накопление красителя и его выход за пределы новообразованных сосудов

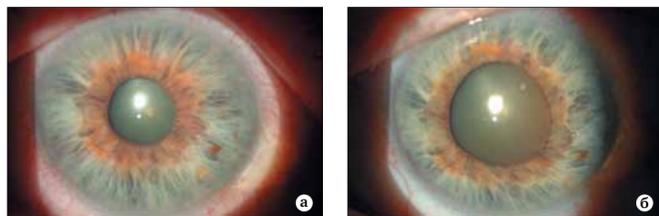


Рис. 7. Больной С., 56 лет. Диагноз: СД 2 типа, непролиферативная фоновая ретинопатия (1 стадия), манифестная неоваскулярная глаукома обоих глаз: а — внешний вид радужки левого глаза до лечения (выраженный рубезоз); б — через 2 месяца после выполнения полного объема ПРК. Значительно уменьшился ее рубезоз, однако зрачок расширился за счет продолжающейся контракции неоваскулярной ткани в углу передней камеры

возрастает (с 2,1 до 21,3% случаев) при возникновении пролиферативной формы диабетической ретинопатии [20]. Однако даже при минимальных проявлениях непролиферативной диабетической ретинопатии возможно развитие неоваскулярной глаукомы, особенно на глазах с афакзией, артифакцией или после любых полостных офтальмологических операций, сопровождающихся послеоперационным увеитом. Повышенное внимание при офтальмооскопии следует уделять периферическим отделам сетчатки. Здесь могут быть обнаружены ее запустевшие сосуды, что свидетельствует о выраженной тканевой ишемии, способной в кратчайшие сроки вызвать неоваскуляризацию радужки и УПК глаза. Таким пациентам необходимо немедленно назначать адекватную терапию.

Флюоресцентная ангиография может быть полезна для раннего выявления субклинических проявлений неоваскуляризации переднего сегмента глаз пациентов и прежде всего радужки [21]. При наличии патологии уже на ранних фазах прохождения красителя выявляется отчетливая гиперфлюоресцирующая сосудистая сеть в области зрачкового края радужки, а на более поздних фазах исследования отмечается постепенное накопление флюоресценции с выходом за пределы сосудистой сети (рис. 6).

Весьма полезным исследованием для ранней диагностики неоваскулярной глаукомы является флюоресцентная ангиография угла передней камеры. В 1994 году Y. Ohnishi с соавт. [22] сообщили, что в 30 из 100 диабетических глаз новообразованные сосуды угла передней камеры были выявлены при гониоскопии, в то время как в результате ФАГ — уже на 56 глазах.

Недавно была показана возможность раннего выявления новообразованных сосудов угла передней камеры с помощью ангиографии с красителем индоцианин-зеленым [23]. Однако этот метод является пока малодоступным для большинства офтальмологов. Кроме того, его диагностическая ценность не получила еще должного подтверждения. Флюоресцентно-ангиографическое исследование сетчатки, особенно ее периферических отделов, может помочь в выявлении зон ее ишемии, наличие которых увеличивает риск появления неоваскулярной глаукомы.

Полезным диагностическим исследованием может стать и электроретинография. В принципе она позволяет дать оценку состоянию периферических отделов сетчатки, труднодоступных для исследования путем офтальмооскопии и флюоресцентной ангиографии. К примеру, такая ситуация возникает при недостаточной прозрачности оптических сред глаза или ригидности узкого зрачка. По мнению ряда исследователей, с помощью электроретинографии можно оценить степень ишемии сетчатки и, следовательно, предсказать вероятность развития

у пациента рубезоза. Тем не менее опубликованные на этот счет данные пока достаточно противоречивы [24-26]. Таким образом, на сегодняшний день решающее значение в диагностике глазного рубезоза следует отдавать тщательной и систематической проводимой гонио- и биомикроскопии переднего отдела глаза у всех пациентов, страдающих сахарным диабетом.

Лечение больных на различных стадиях развития неоваскулярной глаукомы
Существует два основных направления в терапии глаукомы рассматриваемого вида. Во-первых, это адекватное воздействие на основное заболевание, ответственное за появление рубезоза, а во-вторых — энергичная и целенаправленная симптоматическая терапия. В большинстве случаев она направлена на подавление развивающейся ишемии сетчатки. Выбор алгоритма действий врача определяется четырьмя основными факторами: состоянием угла передней камеры, сетчатки, величиной офтальмотонуса и уровнем зрительных функций пациента. Эти клинические варианты и будут рассмотрены далее.

Тактика ведения пациентов с пороговой стадией развития неоваскулярной глаукомы
При еще нормальном ВГД, но уже измененной картине УПК и радужки (новообразованные сосуды), а также наличии признаков ишемии сетчатки, врач в первую очередь должен принять неотложные меры по борьбе с последствиями этих явлений (алгоритм 2). Это означает, что пациенту в первую очередь следует произвести панретинальную лазерную коагуляцию, причем в полном объеме. Конечно, она возможна только в тех случаях, когда оптические среды глаза достаточно прозрачны, а зрачок удается расширить. Такая тактика поддерживается и другими офтальмологами, так как приносит заметный положительный результат [27-29]. К примеру, после такого вмешательства Y. Ohnishi с соавт. [30] зафиксировали регресс рубезоза у 68% больных и нормализацию ВГД — у 42% из них. В 1993 году M. Striga и M. Ivanisevic [29] сообщили, что панретинальная лазеркоагуляция объемом от 1200 до 1600 коагулятов диаметром 500 мкм приводит к регрессу рубезоза в 70,4% случаев, а коагуляция объемом от 400 до 650 коагулятов — в 37,5%. Наш клинический опыт свидетельствует о необходимости еще более «агрессивного» (большего по объему) вмешательства у данной категории больных. Так, для достижения регресса неоваскуляризации радужки нам приходилось наносить от 3000 до 4500 коагулятов (рис. 7). Известны также данные

о том, что факт выполнения полного объема ПРК в значительной степени увеличивает эффективность последующих гипотензивных операций фильтрующего типа [30]. У больных СД, которым ПРК выполняли перед экстракцией катаракты, послеоперационный рубезоз радужки был также менее вероятен [14].

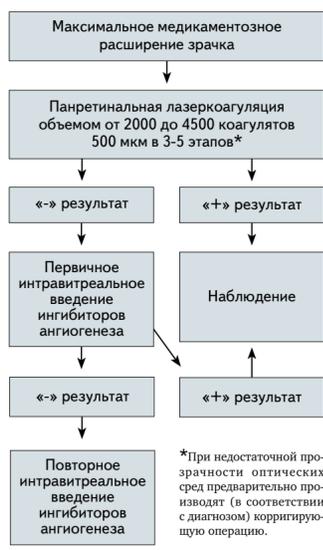
При проведении сеансов лазерной коагуляции следует обращать особое внимание на тщательное облучение периферических отделов сетчатки. Полный объем такого лечения у данной категории больных необходимо выполнить в сроки, не превышающие 1,5-2 месяца, с последующим постоянным мониторингом состояния радужки, УПК, глазного дна и внутриглазного давления. Мы рекомендуем проводить контрольные осмотры пациентов после лазерного лечения с интервалами, не превышающими 2-3 месяца.

При отсутствии регресса рубезоза на фоне все еще нормального внутриглазного давления необходимо провести интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (см. далее) и продолжить наблюдение за состоянием пациента.

При сочетании внутриглазного воспаления и ишемической болезни сетчатки в схему лечения больного необходимо ввести местное использование кортикостероидов и других противовоспалительных препаратов [31].

Несмотря на очевидные достоинства транспупиллярной панретинальной коагуляции, тем не менее она применима далеко не у всех пациентов. Препятствием для ее полноценного выполнения служат причины, о которых речь уже шла выше. Именно для таких случаев были предложены транссклеральная методы воздействия на патологическую сетчатку различных физических факторов — тепла, холода и излучения диодного лазера с λ=810 нм. Первый вариант был апробирован и положительно оценен еще в 1960 году, но дальнейшего развития все же не получил [32].

До появления современных лазерных коагуляторов офтальмологического назначения твердые позиции в лечении диабетической ретинопатии длительное время занимала



Алгоритм 2. Порядок лечения больных с пороговой стадией неоваскулярной глаукомы

криотерапия [33-35]. Некоторые авторы и сейчас полагают, что она по эффективности сравнима с лазерной коагуляцией сетчатки [33]. Однако уже накопленные новые данные не подтверждают этого мнения.

Что же касается транссклеральной диодной лазерной коагуляции сетчатки, то она была внедрена в клиническую практику в 1989 году. Именно тогда J. McHugh с соавт. [36] описали положительные результаты лечения четырех пациентов с развитием рубезозом. В 1997 году С. Flaxel с соавт. [37] сообщили о результатах лечения 15 глаз с неоваскулярной глаукомой посредством диодной ретинокопии. При этом девять глаз они одновременно подвергли еще

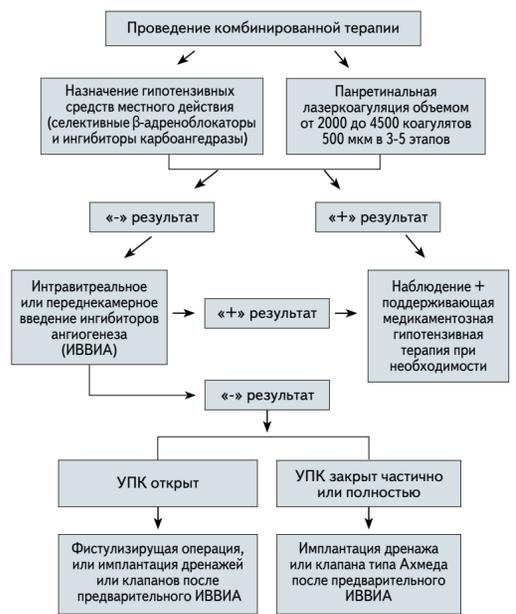
Забота о раздраженных глазах

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 «КОМОД»
- Гепарин усиливает увлажняющие свойства гиалуроната натрия
- Не содержит консервантов и фосфатов
- Применим при ношении контактных линз

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



Алгоритм 3. Порядок лечения больных с манифестной неоваскулярной глаукомой, обладающих «полезным зрением»

и транссклеральной циклокоагуляции тем же лазером. В итоге регресс руброза был достигнут в 100% случаев, а на 6 глазах (из 9) нормализовалось ВГД, на 3 глазах развилась гипотония, к счастью, не приведшая к их субтотфи.

В тех случаях, когда полноценная транспупиллярная панретинальная лазеркоагуляция не может быть произведена из-за снижения прозрачности оптических сред глаза, методом лечения выбора может быть закрытая витректомиа или экстракция мутного хрусталика с одномоментной или отсроченной на несколько дней эндо- или транспупиллярной лазерной ПРК. Необходимо иметь в виду, что такого рода вмешательства на фоне имеющегося руброза могут протекать со значительным количеством осложнений как интраоперационных, так и послеоперационных: появление кровоизлияний и воспаления, усиление руброза, резкий подъем внутриглазного давления. В настоящее время врачи располагают реальной возможностью значительно уменьшить риск подобных осложнений благодаря интравитреальному введению ингибиторов ангиогенеза, которые рекомендуются вводить пациентам за 2 недели до выполнения упомянутых выше внутриглазных вмешательств.

Таким образом, имеющиеся на сегодняшний день знания по проблеме лечения больных с диабетической ретинопатией, осложненной руброзом на фоне еще нормального внутриглазного давления, позволяют предложить определенный план действий врача, представленный выше алгоритмом 2.

Тактика ведения пациентов с манифестной неоваскулярной глаукомой

При наличии у пациентов с СД руброза радужки и УПК, сопровождающихся повышенным внутриглазным давлением, тактика проводимого лечения зависит от состояния зрительных функций пациента. В ряде стран оно классифицируется по признаку наличия или отсутствия так называемого «полезного зрения». В первом случае острота зрения выше 0,05, а центральное поле зрения шире 5 градусов [38].

Если «полезное зрение» сохранено, то пациенту должна быть незамедлительно назначена медикаментозная терапия, направленная на быстрое снижение ВГД, и, при возможности, выполнена панретинальная лазеркоагуляция в том виде, как она была описана выше (алгоритм 3).

Медикаментозная терапия неоваскулярной глаукомы может включать различные препараты, снижающие ВГД. При открытом угле передней камеры без признаков воспалительного процесса может быть назначена монотерапия с помощью β-адреноблокаторов, ингибиторов карбоангидразы.

При отсутствии достаточного эффекта требуется переход к комбинированному использованию упомянутых средств. Аналогично простагландинов во влаге передней камеры. У таких пациентов целесообразно назначение кортикостероидов, нестероидных противовоспалительных средств и мидриатиков, даже при закрытом УПК. Пилокарпин и другие антихолинэргические препараты противопоказаны, так как они могут усилить воспаление, вызвать миоз и образование синехий, а также снизить увеосклеральный отток. Следует также иметь в виду, что тимолол, являясь неселективным β-блокатором, должен использоваться при сахарном диабете с осторожностью, т.к. может маскировать симпатозависимые симптомы — предвестники гипогликемии. β-блокаторы также predisполагают к развитию гиперкалиемии, подавляя синтез ренина и нарушая захват калия экстрацеллюлярными тканями, и могут усиливать гипертриглицеридемию. Кроме того, необходимо помнить, что в большинстве случаев изолированная медикаментозная терапия малоэффективна.

После назначения симптоматической медикаментозной терапии незамедлительно должна быть выполнена панретинальная лазеркоагуляция, особенностями которой были описаны в предыдущем разделе данной статьи.

Если у пациента после проведения ПРК сохраняется или тем более прогрессирует руброз радужки и угла передней камеры, необходимо назначение еще одного патогенетического лечения, направленного на подавление ишемии сетчатки, возможность которого появилась только в последние 2-3 года. Таким пациентам показано интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза.

Ингибиторы ангиогенеза. В последние годы при лечении различных неоваскулярных заболеваний органа зрения начали использоваться ингибиторы ангиогенеза (ранибузаб, бевацизумаб).

Ранибузаб («Lucentis», Genentech, США) представляет собой антиген-связывающий фрагмент антитела к VEGF, полученный методом генной инженерии (рекомбинантный препарат). Он не селективен, активен в отношении всех изоформ VEGF. Препарат официально разрешен к применению, в том числе и в России, только для интравитреального использования при лечении пациентов с неоваскулярной влажной

возрастной макулодистрофией, отеком макулы на фоне диабетической ретинопатии и окклюзии ретинальных вен. Наибольшее распространение по причине более низкой стоимости инъекции получили препараты Bеvасiсumab («Avastin», Genentech, США), представляющий собой полноразмерное антитело, активное в отношении всех изоформ VEGF-A (неселективный ингибитор VEGF). Этот препарат одобрен в США FDA (Food and Drug Administration) для лечения колоректального рака [39]. Американскими и европейскими офтальмологами этот препарат успешно используется off-label (т.е. не по прямому назначению). Описаны результаты интравитреального использования препарата для лечения рефрактерной диабетической ретинопатии [40], кистозного пестроомбиоза макулярного отека [41], хориоидальной неоваскуляризации на фоне возрастной макулярной дегенерации [42-43], а также при неоваскулярной глаукоме [44-45]. Была проведена серия исследований, целью которых была оценка целесообразности интравитреального использования бевацизумаба в качестве дополнительного метода лечения неоваскулярной глаукомы [40, 45-51].

У. Oshima с соавт. [40] описали 7 случаев неоваскуляризации радужки, возникшей на фоне пролиферативной диабетической ретинопатии. После интравитреальной инъекции бевацизумаба руброз регрессировал у всех пациентов уже через 1 неделю, на 2 глазах стабилизация процесса была достигнута через 2 месяца после выполнения повторных инъекций. На 6 глазах ВГД сохранялось нормальным, без признаков воспаления и других осложнений.

М.Е. Greith с соавт. [52] и М.У. Kahook с соавт. [44] отметили снижение ВГД, регресс неоваскуляризации радужки и УПК, а также заметное уменьшение внутриглазного воспаления у пациентов с неоваскулярной глаукомой даже с закрытым углом, но без передних синехий.

М.Е. Iliev с соавт. [47] на глазах с неоваскуляризацией и тотально закрытым из-за синехий углом передней камеры не смог добиться нормализации ВГД после интравитреального введения бевацизумаба. Однако последующее хирургическое лечение оказалось успешным и протекало без геморрагических осложнений.

Р.С. Tprathi с соавт. [46] показали, что пациенты с неоваскулярной глаукомой имеют значительно повышенный уровень VEGF в водянистой влаге. Они высказали предположение, что в производстве VEGF участвует не только сетчатка, но и ресничного эпителия.

Ф.Н. Davidorf с соавт. [45] описал случай меланомы хориоидеи на фоне диабетической ретинопатии. Пациенту была выполнена транспупиллярная термотерапия по поводу опухоли и ПРК в связи с пролиферативной

ретинопатией. Однако впоследствии развилась неоваскулярная глаукома. Пациенту провели интравитреальное введение 1,25 мг бевацизумаба, которое вызвало регресс руброза. Впоследствии была выполнена синусотрабекулэктомия. В исходе внутриглазное давление нормализовалось без какого-либо дополнительного лечения.

J.О. Mason с соавт. [51] произвели интравитреальные инъекции бевацизумаба 3 больным с неоваскулярной глаукомой, перенесшим ранее панретинальную лазеркоагуляцию. У всех пациентов регрессировал руброз, однако 1 пациенту все же потребовалась хирургическая операция — имплантация дренажа для нормализации ВГД. Авторы предположили, что интравитреальные инъекции бевацизумаба могут быть полезны для лечения больных с неоваскулярной глаукомой для уменьшения риска кровотечения из новообразованных сосудов радужки, а также у тех больных, у которых, несмотря на выполненную ПРК, развился руброз радужки. Данный подход, по мнению авторов, позволяет в ряде случаев избежать необходимости проведения дренирующих операций.

С. Grisanti с соавт. [48] проводили инъекции 1,0 мг бевацизумаба в переднюю камеру на 4 глазах у 2 пациентов с вторичной неоваскулярной глаукомой на фоне пролиферативной диабетической ретинопатии и на 2 глазах пациента с ишемической окклюзией центральной вены сетчатки. Уже через день после введения препарата с помощью ФАГ обнаружили уменьшение просачивания красителя из сосудов радужки. В течение 4 недель после лечения отсутствовали какие-либо признаки воспаления и рецидива неоваскуляризации. Аналогичные результаты опубликовал R.L. Avery [49], который отметил регресс неоваскуляризации сетчатки и радужки при пролиферативной диабетической ретинопатии после интравитреального введения бевацизумаба.

Мы также отмечаем полный или частичный регресс новообразованных сосудов радужки и угла передней камеры после интравитреального введения 1,25 мг лувентиса (рис. 8).

В настоящее время механизм снижения ВГД после инъекций бевацизумаба не совсем понятен, особенно на глазах с полным закрытием угла передней камеры с образованием синехий. На глазах с неоваскулярной глаукомой и с блокадой угла передней камеры новообразованной пролиферативной тканью без образования синехий инъекция авастина приводит к регрессу новообразованной ткани радужки и угла передней камеры, снижает воспалительную реакцию в передней камере, улучшая тем самым фильтрацию через пока еще функционирующую трабекулярную ткань. Теоретически этого не должно быть в случаях полного закрытия угла за счет контракции фиброvascularной мембраны, вызвавшей крутовую переднюю синехию. Однако наш клинический опыт свидетельствует о том, что кратковременная нормализация ВГД возможна даже в этом случае. Однако, как только рост сосудов возобновляется, ВГД вновь повышается. S. Yazdani с соавт. [53] постулировали «обратимое анатомическое закрытие» в области угла передней камеры в случаях, когда он закрыт неоваскулярной тканью не полностью и на протяжении недлительного времени. По мнению авторов, регрессия претрабекулярной неоваскулярной мембраны способна частично разблокировать угол передней камеры и возобновить движение жидкости. Дополнительным объяснением авторов является факт присутствия функционирующей трабекулярной сети, гониоскопически невидимой из-за уже закрытого угла передней камеры. Регрессия сосудов в области УПК может в какой-то степени улучшить фильтрацию через эту ткань.

Гипотензивный эффект бевацизумаба при неоваскулярной глаукоме является временным. Признаки рецидива неоваскуляризации, как правило, появляются через 6-8 недель и могут потребовать повторных введений препарата, особенно если ишемический процесс в сетчатке не устранен должным образом [44, 47, 53]. Очевидным является тот факт, что повторные интравитреальные инъекции потенциально представляют риск внутриглазной инфекции и кровотечения, помимо очевидного многократного стресса, вызванного самой хирургической операцией. Таким образом, изолированная инъекция бевацизумаба не может рассматриваться в качестве самостоятельного и полноценного лечения неоваскулярной

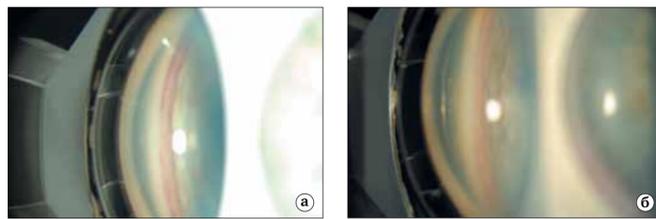


Рис. 8. Больная Е., 66 лет. Диагноз: СД 2 типа, пролиферативная диабетическая ретинопатия (3 стадия), пороговая неоваскулярная глаукома обоих глаз: **а** — УПК левого глаза после и до интравитреального введения лувентиса (открыт, широкий, отчетливо видны новообразованные сосуды, ВГД нормальное); **б** — УПК левого глаза после интравитреального введения лувентиса (руброз радужки регрессировал, новообразованные сосуды УПК подверглись частичному обратному развитию, ВГД нормальное)

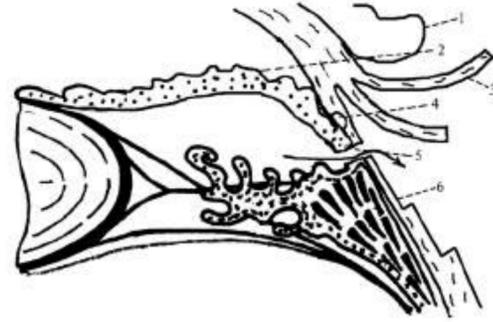


Рис. 9. Дренирование задней камеры глаза через ресничную борозду посредством формирования фистулы с помощью излучения диодного лазера по Х.П. Тахчиди (1992): 1 — отсепированный лоскут конъюнктивы, откиннутый на рогову; 2 — радужка, блокирующая роговично-склеральную трабекулу; 3 — лоскут, выкроенный из поверхностных слоев склеры; 4 — проекция роговично-склеральной трабекулы и склерального водозонного синуса; 5 — транссклеральная фистула, соединяющая ресничную борозду и подконсунное пространство (стрелками показано направление движения фильтрующей водянистой влаги); 6 — ложе исеченного глубокого листка склеры

глаукомы, даже включая глаза с блокадой УПК новообразованной тканью и без синехий. Интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза необходимо комбинировать с панретинальной лазеркоагуляцией для полного устранения ретикулярной ишемии и регресса руброза угла передней камеры и радужки.

Если у пациента имеется значительное закрытие угла передней камеры или если ВГД после выполненной ПРК и назначения медикаментозной терапии существенно не уменьшается и остается стабильно высоким, необходимо переходить к хирургическим методам лечения глаукомы.

Фистулизирующая хирургия. Стандартные операции (синустрабекулэктомия, глубокая склерэктомия, непроницающая глубокая склерэктомия и их модификации) при лечении неоваскулярной глаукомы, как правило, безуспешны и, кроме того, показаны только при открытом угле передней камеры. Предпринимаемое множество попыток улучшить их результаты за счет использования антиметаболитов (5-фторурацила, митомоцилина-С), СО₂ лазера, Supramid имплантов [54-58]. J.C. Tsai с соавт. [54] показали, что фистулизирующая (фильтрационная) хирургия с 5-фторурацилом оказалась эффективной лишь в 28% случаев в течение 5 лет. Причем пациенты с сахарным диабетом моложе 50 лет имели худший прогноз. Пациенты же более старшего возраста получали хороший, но краткосрочный эффект, который нивелировался к 3 годам наблюдения. Интраоперационное применение митомоцилина-С оказалось более эффективным по сравнению с 5-фторурацилом. Однако использование митомоцилина-С часто приводило к образованию кист теноновой капсулы с последующим повышением ВГД [55]. Известно также, что тканевой активатор плазминогена может способствовать уменьшению образования фибрина и снижает вероятность зарращения фистулы [59].

Т.Е. Eid с соавт. [60] сравнили эффективность фистулизирующей хирургии с Nd:YAG-лазерной циклокоагуляцией у 24 больных с неоваскулярной глаукомой. Непосредственные результаты лечения оказались схожими. Однако через 3 года отсутствие нормализации ВГД в группе диодной циклокоагуляции составило 71,2%, тогда как после фистулизирующих операций неудачи были отмечены лишь в 43,3%. При этом 11 из 24 пациентов

в группе лазерной циклокоагуляции и 4 из 24 пациентов после фистулизирующей операции потеряли способность к восприятию света.

Возможно, решению проблемы лечения неоваскулярной глаукомы помогут хирургические вмешательства, при которых оперативный доступ к водянистой влаге осуществляется путем «обхода» структур угла передней камеры с обильной неоваскуляризацией.

В 1985 году Ю.Е. Батманов и соавт. [61] разработали метод фильтрующей склерциклолитрактомии. Суть операции заключается в создании постоянной фистулы в зоне плоской части ресничного тела, соединяющей стекловидную камеру глаза с субконъюнктивальным пространством. В результате витреальная влага, содержащая вазопротективные факторы, не поступает в заднюю и передние камеры глаза, а оттекает в сформированный после витректомии полостной «карман» и далее — под конъюнктиву.

Х.П. Тахчиди [62] разработана операция дренирования задней камеры глаза через ресничную борозду с формированием фистулы, в том числе с помощью излучения диодного лазера (рис. 9). Она применима как при первичной закрытоугольной глаукоме [62], так и при вторичной неоваскулярной. По данным Д.И. Иванова и соавт. [63], у 43% больных с неоваскулярной глаукомой в результате такого вмешательства достигнута устойчивая нормализация офтальмотонуса.

Д.О. Шкворченко и О.В. Каштан [64] модифицировали эту операцию, используя при формировании трансцилиарной фистулы излучение аргонового лазера (мощность — 0,2-0,5 Вт, экспозиция — 0,2 с), дополнили ее частичной витректомией через фистулу в сочетании с периферической криопексией сетчатки. В результате такого вмешательства авторам удалось нормализовать офтальмотонус у 31 из 37 больных, страдающих неоваскулярной глаукомой.

Дренажная хирургия. Невысокая эффективность и большое число осложнений различных модификаций циклодеструкции и фильтрационной хирургии побудила к поиску новых технологий лечения рефрактерной неоваскулярной глаукомы. Одним из таких направлений стало создание различных дренажей для обеспечения направленного оттока водянистой влаги под конъюнктиву.

Еще в 1959 году Е. Epstein разработал дренажную трубочку и продемонстрировал ее возможности для снижения ВГД. Однако данное устройство не позволило добиться удовлетворительных результатов в связи с довольно быстрым закрытием наружного конца трубки соединительной тканью. В 1968 году А.С.В. Molteno [65] предложил соединить дренажную трубку с емкостью, напоминающей тарелку, которая имплантировалась под конъюнктиву. Она обеспечивала сохранение фильтрационной подушки, однако не дозировала скорость фильтрации жидкости, что в большинстве случаев приводило к гиперфильтрации жидкости с образованием гигантских фильтрационных подушек и гипотонии.

В целях регуляции оттока водянистой влаги были созданы дренажи с клапанной системой стал клапан J. Krupin (1976) [66]. В 1993 году М. Ahmed разработал клапанную систему, состоящую из трубочки, соединенной с двухмембранным силиконовым клапаном, заключенным в полипропиленовый корпус-резервуар (рис. 10, 11). Истинное ВГД, при котором клапан открывается, составляет 8 мм рт.ст. В настоящее время это один из самых популярных дренажей, применяемых при лечении рефрактерной глаукомы, в том числе и неоваскулярной [67].

Ценность этих операций заключается также и в том, что они могут применяться как при открытом, так и при полностью закрытом угле передней камеры (рис. 11б).

Эффективность использования различных дренажей варьирует от 22% до 97% при лечении пациентов с неоваскулярной глаукомой [68]. В 1995 Р.А. Sidoti с соавт. [69] сообщили, что имплантация дренажа Baerveldt оказалась успешной в 79% случаев неоваскулярной глаукомы через 12 месяцев после операции и в 56% случаев — через 18 месяцев. Острота зрения 31% пациентов оставалась неизменной или улучшилась, а 31% прооперированных потеряли световосприятие.

J.K. Luttrull и R.L. Avery [70] проводили витректомию и имплантацию дренажной трубки через плоскую часть цилиарного тела в стекловидную камеру. Они добились снижения ВГД до 6-21 мм рт.ст. на всех 22 глазах с неоваскулярной глаукомой. Также на одном глазу было потеряно восприятие света. В 2000 году I.U. Scott с соавт. [71] также показали высокую эффективность данной операции при закрытом угле передней камеры. Если руброз УПК и радужки не подвергнется обратному развитию к моменту выполнения операции, хирургия глаукомы чревата большим количеством осложнений и, скорее всего, окажется неэффективной. Поэтому, если панретинальная лазеркоагуляция не привела к регрессу неоваскуляризации в переднем отрезке глаза или если она не могла быть выполнена из-за низкой прозрачности оптических сред глаза, оправдано первоначальное проведение интравитреального введения бевацизумаба.

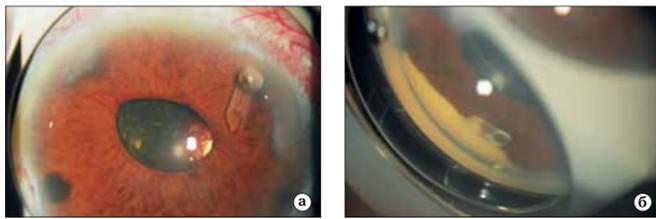


Рис. 11. Больная Ц., 55 лет. Диагноз: СД 2 типа на инсулине, пролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз, манифестная неоваскулярная правого глаза: **а** — дренажная трубка клапана Ахмеда в передней камере правого глаза; руброз радужки, ВГД = 25 мм ртст по Маклакову при полной органической блокаде угла передней камеры корнем радужки; **б** — гониоскопическая картина закрытого корнем радужки УПК с выведенной дренажной трубкой клапана Ахмеда в переднюю камеру

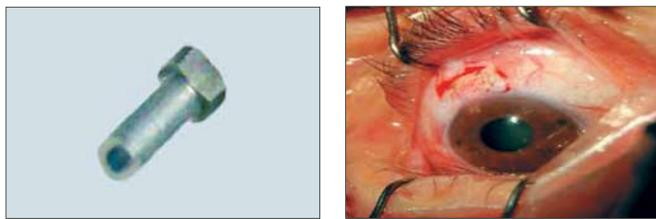


Рис. 12. Общий вид сапфириного дренажа, разработанного группой сотрудников ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» (Тахчиди Х.П., Балашевич Л.И., Науменко В.В., Качурин А.Э.)



Рис. 10. Внешний вид клапана Ахмеда

Большинство дренажей изготавливаются из различных полимерных материалов, свойства которых со временем изменяются, что сопровождается ухудшением их дренажной функции [72, 73]. При использовании таких полимерных материалов, как силикон и пропилен, примерно в 20% случаев наблюдается образование рубцовой фиброзной ткани в области наружного и внутреннего отверстия дренажной трубки или вокруг нее, что приводит к его сдавлению или обтурации просвета [74-77]. В 2004 году Санкт-Петербургским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза» совместно с производственной компанией «ВИМ» был разработан и апробирован в экспериментальных и клинических условиях оригинальный эксплантодренаж, предназначенный для имплантации в переднюю камеру глаза, изготовленный из лейкосапфира (инертный, биологически совместимый материал высокой прочности, сохраняющий свои свойства неизменными в течение многих десятилетий (патент РФ на полезную модель № 53894, авторы — Х.П. Тахчиди, Л.И. Балашевич, В.В. Науменко, Качурин А.Э.) [78] (рис. 12, 13). Оценка эффективности данного дренажа при лечении неоваскулярной глаукомы продолжается [79].

Роль ингибиторов ангиогенеза в антиглаукомной фильтрационной хирургии. Как уже указывалось выше, эффективность и безопасность антиглаукомной фильтрационной хирургии зависит от того, на каком фоне она выполняется. Если руброз УПК и радужки не подвергнется обратному развитию к моменту выполнения операции, хирургия глаукомы чревата большим количеством осложнений и, скорее всего, окажется неэффективной. Поэтому, если панретинальная лазеркоагуляция не привела к регрессу неоваскуляризации в переднем отрезке глаза или если она не могла быть выполнена из-за низкой прозрачности оптических сред глаза, оправдано первоначальное проведение интравитреального введения бевацизумаба.

Роль ингибиторов ангиогенеза в антиглаукомной фильтрационной хирургии. Как уже указывалось выше, эффективность и безопасность антиглаукомной фильтрационной хирургии зависит от того, на каком фоне она выполняется. Если руброз УПК и радужки не подвергнется обратному развитию к моменту выполнения операции, хирургия глаукомы чревата большим количеством осложнений и, скорее всего, окажется неэффективной. Поэтому, если панретинальная лазеркоагуляция не привела к регрессу неоваскуляризации в переднем отрезке глаза или если она не могла быть выполнена из-за низкой прозрачности оптических сред глаза, оправдано первоначальное проведение интравитреального введения бевацизумаба.

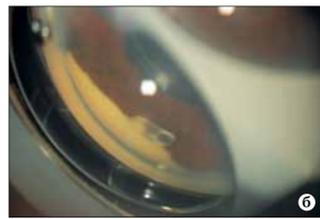


Рис. 13. Положение сапфириного дренажа в передней камере глаза больного Н. сразу после имплантации

СУПРАКОР — ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕСБИОПИИ

С.Ю. АНИСИМОВА, С.И. АНИСИМОВ, С.В. СЕМЕНОВ, И.В. НОВАК, В.В. СИЦЕВА

ООО «Глазной центр «Восток-Прозрение», Москва

Пресбиопия — это возрастная проблема, которая долгое время не являлась объектом офтальмохирургии. Быстро растущие технические возможности предоставляют всем пресбиопам новую альтернативу — лазерную коррекцию пресбиопии. В основном эти люди ведут активный образ жизни, в котором зрительная нагрузка на средних и близких дистанциях занимает немалую долю времени. Они знают свои потребности и не желают продлевать рутинный путь от применения бифокальных очков до хирургии катаракты [1]. Доля таких пациентов быстро увеличивается, так как в результате послеоперационного «беби-бума» постоянно растет число «кандидатов в пресбиопы» — людей, достигших возраста 40 лет и старше. Ожидается, что количество пресбиоп к 2020 году составит 1,4 млн, а к 2050 году — 1,8 млн [2].

Технология ЛАСИК признана во всем мире, она практикуется уже достаточно долго и является наиболее часто выполняемой процедурой лазерной коррекции зрения.

При классическом пресбиопии ЛАСИК, цель которого — создание мультифокальности [3], необходимой для псевдоаккомодации, индуцируются дополнительные, нежелательные aberrации, вызванные коррекцией дистанционного зрения, а также aberrации, появляющиеся в результате комбинированной коррекции и для дали и для близи (например, вследствие перекрытия промежуточных зон внутри оптической зоны). Все это приводит к «компромиссу» с потерей дистанционного зрения и контрастности [4].

Супракор обеспечивает аддидацию для близи без индуцирования нежелательных aberrаций. Имеющиеся в литературе сообщения свидетельствуют о положительных результатах применения этой методики «роговичного» подхода в коррекции пресбиопии [5].

По технологии Супракор в нашей клинике прооперировано 55 пациентов (110 глаз), с сочетанием гиперметропии и пресбиопии, в том числе прооперировано 3 пациента после ранее проведенной передней радиальной кератотомии — ПРК. Возраст пациентов составил от 46 до 64 лет, средний возраст — 53 года, срок наблюдения — 3 года.

Критерии к отбору пациентов были следующие:

- сферозивалент — от +0,5 D до +6,0 D, астигматизм — до 2,0 D;
- средние K-значения — до 44,0 D для работы микрокератомом (и без ограничения при ФЕМТО);
- возраст — 46 лет и больше;
- потребность аддидация для близи — 1,75 D;
- максимальная разница в рефракции с узким и широким зрачком — 0,5 D;
- острота зрения каждого глаза с коррекцией — 0,7 и выше;
- прозрачные оптические среды.

Диагностика и хирургические лечение проводились на системе Zywave II (Aberometer) и эксимерного лазера Technolas 217z 100, которые объединены между собой сетевым сервером с программным обеспечением TRULINK.

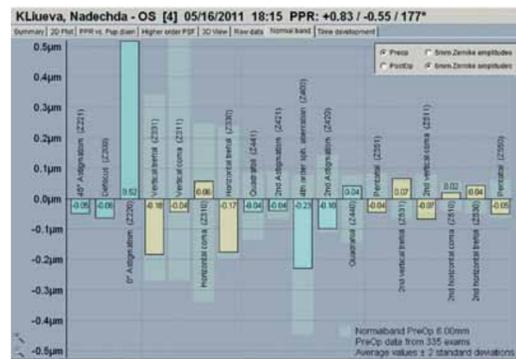


Рис. 1. Перед операцией

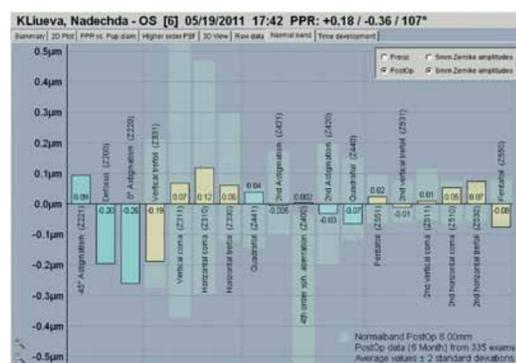


Рис. 2. 1 день после операции

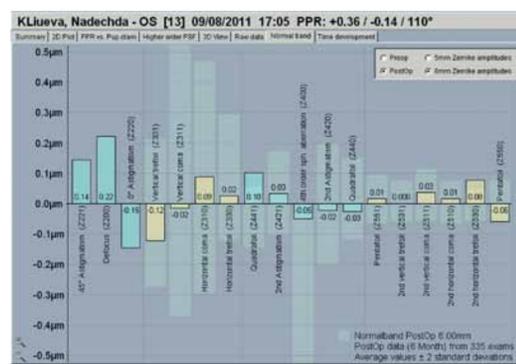


Рис. 3. 3 месяца после операции

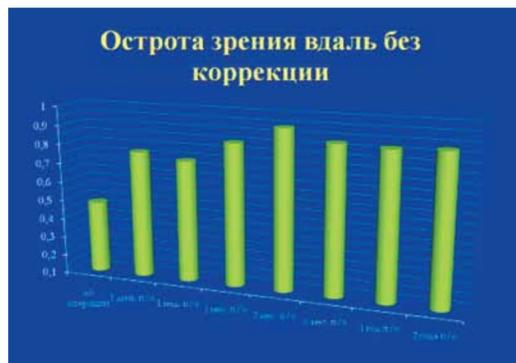


Рис. 4.

Analysis System Version 2.3 A Z и Zywave II Aberometer) и эксимерного лазера Technolas 217z 100, которые объединены между собой сетевым сервером с программным обеспечением TRULINK.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование (рефрактометрия, кератометрия, визометрия, тонометрия, исследование длины глаз, биомикроскопия, кератопахиметрия,

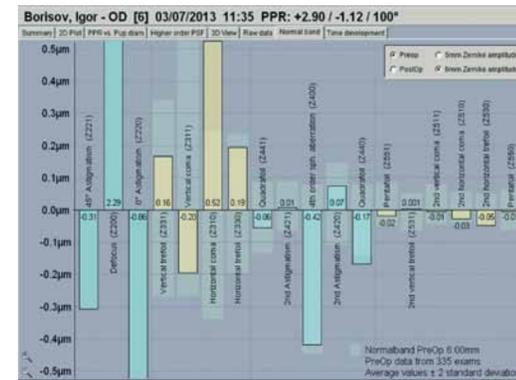
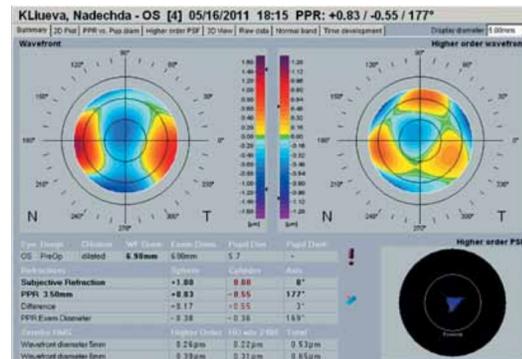


Рис. 5. Перед операцией (пациент с индуцированной гиперметропией после ПРК)

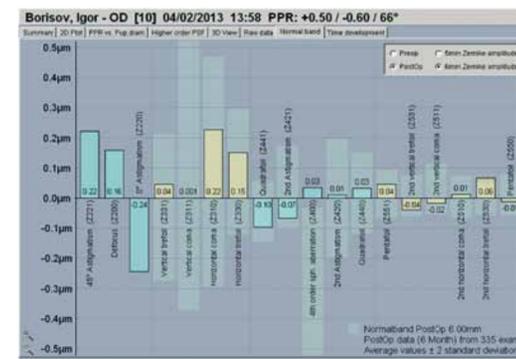
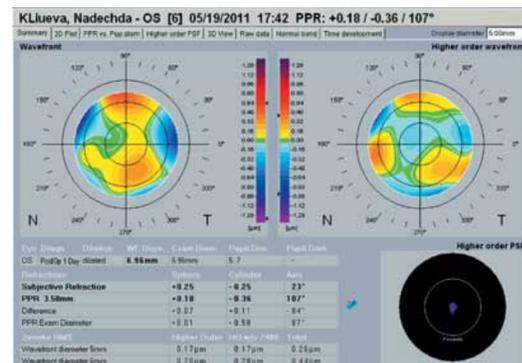


Рис. 6. 1 неделя после операции

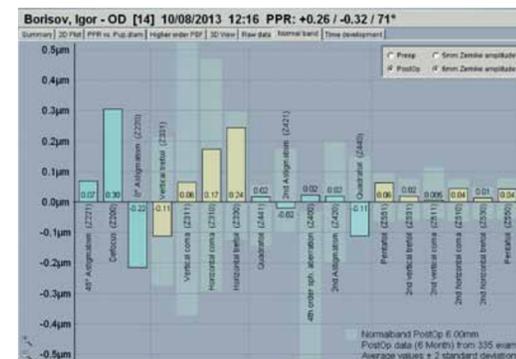
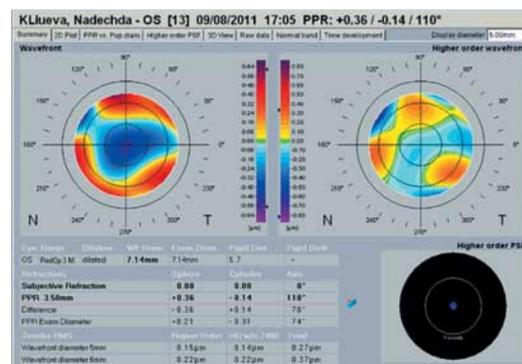


Рис. 7. 6 месяцев после операции



кератотопография, кератотензиотопография, рефрактометрия в условиях циклоплегии, осмотр глазного дна с широким зрачком), а также проверка зрения для близи и подбор очковой коррекции для близи.

Затем всем пациентам проводилось исследование aberrаций оптических сред глаза с помощью aberометра Zywave II, изучался характер и размеры aberrаций высокого порядка.

Данные обследования позволяли выявить наличие противопоказаний.

Супракор, используя достижения всего опыта работы эксимерного лазера на роговице, меняет ее форму таким образом, что рядом с оптической зоной отсутствует существенная промежуточная зона, которая сдвигается на периферию.

После операции пациентам назначали инстилляцию антибиотика в течение 5 дней и протектора роговицы оквис 0,3% (Дубиа-Биофарм, РФ) в течение 3-5 недель.

Аберометрический анализ, проверка остроты зрения вдаль и вблизи монокулярно, остроты зрения вдаль и вблизи бинокулярно, рефрактометрия — все эти исследования проводили до операции, а также на следующий день, спустя 1 неделю, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год и 2 года после операции. Основным предметом изучения являлись aberrации высокого порядка (АВП) и способность пациентов отказаться от очковой коррекции для дали и близи.

В первый день после операции практически у всех пациентов отмечалось увеличение значений aberrаций высокого порядка. Это, очевидно, связано с неполным прилеганием лоскута в первые дни после операции.

В сроки от 1 до 3 месяцев после хирургического вмешательства отмечалась редукция АВП.

Проверка остроты зрения проводилась на следующий день после операции, спустя 1 неделю, 2 недели, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, 2 года.

В послеоперационном периоде средней показатель остроты зрения вдаль бинокулярно без коррекции в 1-й день после операции составил $0,77 \pm 0,17$; через 1 неделю — $0,74 \pm 0,16$; через 1 месяц составил $0,85 \pm 0,13$; через 3 месяца — $0,93 \pm 0,07$; через 6 месяцев — $0,88 \pm 0,16$; через 1 год — $0,89 \pm 0,16$; через 2 года — $0,88 \pm 0,18$.

Бинокулярная острота зрения вблизи без коррекции в 1-й день после операции составила $0,79 \pm 0,18$; через 1 неделю — $0,76 \pm 0,19$; через 1 месяц составила $0,77 \pm 0,19$; через 3 месяца — $0,73 \pm 0,24$; через 6 месяцев — $0,76 \pm 0,25$; через 1 год — $0,68 \pm 0,2$; через 2 года — $0,7 \pm 0,14$. Все пациенты были удовлетворены результатами и полностью отказались от очков.

Ни в одном случае не наблюдалось потери остроты зрения по сравнению с дооперационной остротой зрения с коррекцией. Результаты оставались стабильными в течение всего срока наблюдения.

Заключение

Отдаленные результаты, полученные в ходе настоящего исследования, подтверждают безопасность и эффективность методики Супракор в лечении пациентов с пресбиопией. Супракор, изменяя форму роговицы, сдвигает промежуточную зону на периферию, незначительно влияя на aberrации высокого порядка.

Супракор оказался успешным методом коррекции индуцированной гиперметропии на фоне пресбиопии у пациентов после рефракционной кератотомии. Все пациенты отмечают высокую удовлетворенность результатами зрения вдаль и вблизи. Ни один пациент не пользовался очками в послеоперационном периоде. Стабилизация результатов наблюдалась уже через 1 месяц после операции.

Осложнений в ходе и после операции не наблюдалось. Только у одного пациента через 1 год на одном глазу было отмечено снижение остроты зрения вдаль и вблизи на 0,1 в связи с развившейся катарактой. В настоящее время ему проведена операция экстракции катаракты методом факэомульсификации с имплантацией монофокальной интраокулярной линзы.

Литература

1. Cheryl Guttmann Krader. Outlook bright for presbyopia // Ophthalmology Times. — January 15, 2013. — P.13.
2. Holden B.A., Fricke T.R., Ho S.M. et al. Global vision impairment due to uncorrected presbyopia // Arch. Ophthalmol. — 2008. — Vol. 126. — P. 1731-1739.
3. Jung S.W., Kim M.J., Park S.H., Joo C.K. Multifocal corneal ablation for hyperopic presbyopes // J. Refract. Surg. — 2008. — Vol. 24. — P. 903-910.
4. Koller T., Seiler T. Four corneal presbyopia corrections: simulations of optical consequences on retinal image quality // J. Cataract Refract. Surg. — 2006. — Vol. 32. — P. 2118-2123.
5. Roberto Zaldivar, MD. Laser procedure shows promising early results for presbyopia correction. OSN Super Site, March 27, 2011.



ОКВИС

0,3% раствор гидроксиэтилцеллюлозы и сульфатированного гликозаминогликана хондроитин сульфата

Мягкое решение проблем дискомфорта и протекции тканей глаза

Экспериментально и клинически доказано уникальное пролонгированное действие ОКВИСа

- для защиты от вредных факторов внешней среды
- при синдроме "сухого глаза", утомлении, раздражении глаз
- для зрения регенерации тканей

Теперь в новой удобной упаковке

"Группа компаний КСЕНТЕК"
Тел.: (495) 605-39-38
(495) 909-03-53
www.xentek.ru
e-mail: tk-sales@yandex.ru

Сравнительный анализ применения интерфейса Soft fit с новым программным обеспечением фемтолазерной системы Lens-X при проведении операций фемтолазерной факоэмульсификации катаракты

М.Е. Коновалов, А.А. Кожухов, М.М. Коновалова

ООО «Офтальмологический центр Коновалова», Москва

Аннотация

Проведено сравнительное исследование эффективности и безопасности факоэмульсификации катаракты с фемтолазерным сопровождением, в том числе с применением мягкого интерфейса Soft fit с новым программным обеспечением фемтолазера Lens-X, и классической факоэмульсификации. Разработана усовершенствованная методика фемтолазерной факоэмульсификации, позволяющая достигнуть более точной центриции мультифокальных ИОЛ относительно зрачка.

Введение

Современные тенденции хирургического лечения катаракты указывают на то, что одной из самых важных задач является стандартизация

хирургического лечения и минимизация влияния человеческого фактора, т.е. квалификации хирурга на результаты операции. На сегодняшний день такая стандартизация возможна за счет точного выполнения основных этапов операции, связанных с разделением тканей, т.е. точного выполнения разрезов. В настоящее время самые оптимальные разрезы различных тканей удается получать с помощью применения высокоточных лазерных технологий. В офтальмологической практике в настоящий момент появилось новое лазерное оборудование для проведения операций по поводу катаракты с наилучшими результатами. Учитывая особенности микрохирургического вмешательства, в катарактальной хирургии к применению лазера существуют определенные требования. Лазер должен разделять ткани точно по месту воздействия с микронной точностью, минимальной травматизацией окружающих тканей и отсутствием клинически значимой перифокальной коагуляции. Больше всего этим требованиям

в настоящее время соответствует технология фемтолазерной факоэмульсификации катаракты, которая все шире входит в современную практику офтальмохирурга и позволяет во время операции минимизировать травматизацию тканей глаза, сократить время операции и количество интраокулярных хирургических манипуляций. По данным различных авторов, именно этот метод позволяет получить наилучшие результаты хирургического лечения катаракты [1-8]. Многие авторы указывают на снижение времени эффективного ультразвука и количество микроволн, вызываемых при работе фемтосекундного лазера при использовании ультракоротких световых импульсов, длительность которых составляет порядка 600-800 фемтосекунд, диаметр — порядка 7 микрон, расстояние между импульсами в слое — 8-10 микрон, расстояние между слоями — порядка 8 микрон. Благодаря ультракороткой продолжительности импульсов, излучение фемто-

секундного лазера не сопровождается побочным тепловым воздействием на окружающие структуры. Результатом его работы является «холодный» разрез ткани без коагуляционного коллатерального некроза. На основании первого полученного клинического опыта остается не до конца выясненным вопрос о точном подборе энергетических параметров лазера в зависимости от плотности и прозрачности ядра помутневшего хрусталика. Наибольшее преимущество фемтолазерной факоэмульсификации обнаруживаются у пациентов, которым имплантируются мультифокальные ИОЛ, в связи с беспрецедентной точностью разрезов, минимизацией послеоперационного астигматизма и более коротким периодом реабилитации. Однако не до конца решенным остается вопрос точной и стабильной центриции ИОЛ относительно зрачка.

Цель

Усовершенствовать технологию факоэмульсификации катаракты с фемтолазерным сопровождением, исследовать клинические результаты хирургического лечения, в том числе с применением мягкого интерфейса Soft fit и нового программного обеспечения фемтолазера Lens-X.

Задачи

1. Оценить точность и повторяемость основных хирургических этапов, выполняемых с помощью фемтолазера.
2. В клинической практике исследовать эффективность и безопасность фемтолазерного сопровождения на ткани глаза при хирургическом лечении катаракты в зависимости от плотности ядра хрусталика и с использованием мягкого интерфейса Soft fit с новым программным обеспечением фемтолазера Lens-X.
3. Сравнить результаты хирургического лечения катаракты с помощью стандартной методики факоэмульсификации и фемтолазерной факоэмульсификации, в том числе с использованием мягкого интерфейса Soft fit с новым программным обеспечением фемтолазера Lens-X.
4. Усовершенствовать методику фемтолазерной факоэмульсификации и добиться оптимальной центриции мультифокальных ИОЛ.

Материалы и методы

Пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа — 50 пациентов с катарактой в возрасте 43-89 лет, которым была проведена фемтолазерная факоэмульсификация. Из них — 29 женщин и 21 мужчина. Исходная острота зрения — от 0,05 до 0,9 без коррекции и от 0,1 до 0,9 — с коррекцией. Рефракция — от -12,5 дптр до +4 дптр. ВГД — от 14 до 21 мм рт.ст. 2-я группа — 50 пациентов с катарактой в возрасте 45-80 лет, которым была проведена классическая факоэмульсификация. Из них — 34 женщины и 16 мужчин. Острота зрения — от 0,05 до 0,7 без коррекции и от 0,1 до 0,8 — с коррекцией. Рефракция — от -11 дптр до +4,5 дптр. ВГД — от 16 до 22 мм рт.ст. 3-я группа —

30 пациентов с катарактой в возрасте 57-85 лет, которым была проведена фемтолазерная факоэмульсификация с использованием мягкого интерфейса Soft fit и нового программного обеспечения фемтолазера Lens-X. Из них — 18 женщин и 12 мужчин. Исходная острота зрения — от 0,02 до 0,7 без коррекции и от 0,5 до 0,9 — с коррекцией. Рефракция — от -10,25 дптр до +5 дптр. ВГД — от 13 до 22 мм рт.ст. При офтальмоскопии у пациентов определялось помутнение ядра хрусталика различной степени выраженности. В своей работе мы использовали фемтолазерную систему Lens-X производства компании «Алкон» (США). Система Lens-X является фемтосекундным инфракрасным лазером. Длительность импульса составляет 600-800 фемтосекунд. Рабочая длина волны — 1030 нм. Максимальная энергия импульса — порядка 15 мкРДЖ. Частота повторения импульсов — 50 кГц.

Хирургическая техника. В 1-й группе в начале операции проводили прищипывание к глазу пациента специального вакуумного интерфейса фемтолазера. Затем проводили компьютерную графическую разметку на мониторе фемтолазера будущего капсулорексиса, разломов ядра, основного и дополнительных разрезов роговицы. Затем с помощью фемтолазера проводили круговой капсулорексис, фрагментацию ядра хрусталика на 6 или 8 фрагментов и разрезы роговицы точно заданных размеров, глубины и локализации. Во время проведения лазерного капсулорексиса в половине случаев оставались перемычки, которые требовали при дальнейшем ходе операции особенно аккуратного доведения капсулорексиса с помощью капсульного пинцета, для того чтобы избежать периферического разрыва края капсулорексиса. В связи с этим в 10% случаев капсулорексис получался не идеально круглым, а с фестончатыми краями (рис. 1). Кроме того, в 20% случаев наблюдался недостаток эффективного лазерного разделения ядра на фрагменты, в связи с чем приходилось производить разломы ядра с помощью дальнейшей активной работы факоочера. При наличии клинически значимого астигматизма производили арктуальные разрезы. Затем пациента переводили в соседнюю операционную и укладывали под хирургический микроскоп. С помощью тупого шпателя раскрывали сформированные ранее лазером основной разрез и парацентезы. Переднюю капсулу удаляли капсульным пинцетом на вискоэластике. Проводили разделение и удаление фрагментов ядра хрусталика с помощью каноничника факоэмульсификатора и чоппера. При этом чоппер вводили в сформированную фемтолазером борозду и преимущественно разделяли, а не разламывали фрагменты. Обращало на себя внимание то, что разделение фрагментов ядра происходило одинаково хорошо вне зависимости от степени плотности ядра, но несколько снижалось при уменьшении прозрачности ядра. При большей плотности ядра увеличивалось количество пузырьков газа, формирование которых наблюдалось в толще ядра. Затем

вывывали хрусталиковые массы с помощью бимануальной или коаксиальной ирригационно-аспирационной системы. Заканчивали операцию имплантацией ИОЛ. Основной разрез, как правило, не требовал гидратации для герметизации в конце операции, так как имел очень хороший профиль. 11 пациентам были имплантированы мультифокальные ИОЛ, 39 пациентам — монофокальные ИОЛ. Для тех пациентов, которым имплантировались мультифокальные ИОЛ, мы применяли усовершенствованную технологию фемтолазерной факоэмульсификации с применением специальной методики центриции ИОЛ во время операции. Она заключалась в том, что до начала операции после инстилляционной анестезии, под шевелевой лампой, с узким зрачком на роговице маркером наносили метку в виде точки, точно соответствующей центру зрачка. Затем зрачок расширяли мидриатиками. Перед выполнением фемтолазерного капсулорексиса центр графического шаблона будущего капсулорексиса на мониторе совмещали с центральной меткой на роговице, поставленной ранее маркером. Таким образом достигали точной центриции переднего капсулорексиса относительно зрачка. После имплантации мультифокальной ИОЛ ее гаптические элементы заводились в капсульный мешок, а оптическая часть смещалась чуть вперед и зажималась в отверстие переднего капсулорексиса. Таким образом достигалась точная центриция ИОЛ относительно зрачка.

Пациентам 2-й группы проводили факоэмульсификацию по классической методике с использованием техники «факочоп». 9 пациентам были имплантированы мультифокальные ИОЛ с использованием стандартной техники имплантации, 41 пациенту — монофокальные ИОЛ.

Пациентам 3-й группы операция проводилась по той же технологии, что и пациентами 1-й группы, но во время проведения операции использовали мягкий интерфейс Soft fit и новое программное обеспечение фемтолазера Lens-X. Мягкий интерфейс Soft fit представлял собой сборную конструкцию. Он состоит из мягкой контактной линзы специальной конструкции, которая вставляется непосредственно в сам вакуумный интерфейс, после чего осуществляется прищипывание к глазу. При этом за счет мягкой контактной линзы на роговице пациента не образуются складки, в результате чего происходит более правильное преломление лучей фемтолазера, что в свою очередь позволяет получить более точный рез во время проведения капсулорексиса и деления ядра хрусталика на фрагменты. Во время операции перемычки при проведении капсулорексиса практически не наблюдались, в связи с чем в 3-й группе обращала на себя внимание абсолютно круглая форма переднего капсулорексиса во всех случаях, точно заданного размера от 4,6 до 5,55 (рис. 2). Также в этой группе отмечалось лучшее деление ядра на фрагменты, что в дальнейшем ходе операции позволило меньше использовать факоочера. 24 пациентам были имплантированы монофокальные ИОЛ, 6 пациентам — мультифокальные ИОЛ с использованием той же техники имплантации и центриции, что и в 1-й группе. Осмотр пациентов после операции проводился в сроки 1, 3, 14 дней, 1, 2, 3 месяцев.

Результаты и обсуждение

В 1-й группе после лечения острота зрения без коррекции составила 0,6-1,0, с коррекцией — 0,7-1,2. Наибольшая динамика по остроте зрения наблюдалась

в первые 3 дня после операции. В сроки 3 дня — 3 месяца острота зрения оставалась стабильной. У большей части пациентов в первые 3-5 суток после операции оптические среды были прозрачными, видимого отека роговицы не наблюдалось. У 2 пациентов в первые 3 дня наблюдался отек роговицы. Во 2-й группе острота зрения без коррекции составила 0,5-1,0, с коррекцией — 0,6-1,0. Наибольшая динамика по остроте зрения наблюдалась в первые 3-5 дней после операции. У 6 пациентов в первые 3-5 дней наблюдался отек роговицы и десцеметит. В 3-й группе после операции острота зрения без коррекции составила 0,5-1,0, с коррекцией — 0,6-1,2. Наибольшая положительная динамика по остроте зрения наблюдалась в первые 3 дня после операции. У большинства пациентов в первые 3-5 суток после операции оптические среды были прозрачными, видимого отека роговицы не наблюдалось. У 1 пациента в первые 2 дня наблюдался отек роговицы и у 1 пациента первые 2 дня наблюдался незначительный десцеметит. При осмотре пациентов 1-й и 3-й групп обращали на себя внимание идеально ровные разрезы роговицы. В 3-й группе отмечался идеально круглый центральный капсулорексис (рис. 2) во всех случаях при осмотре под мидриазом. Временный косметический недостаток у пациентов 1-й и 3-й групп заключался в том, что вокруг лимба наблюдался след от вакуумного кольца в виде паралимбальной гематомы различной степени выраженности (рис. 3). Гематомы рассасывались в сроки от 1 до 2 недель. Тем не менее субъективно пациенты 1-й и 3-й групп отмечали меньший дискомфорт и более быстрое восстановление зрительных функций, чем пациенты 2-й группы. Это, вероятно, было связано с более ровным профилем разрезов роговицы и с более гладким их заживлением у пациентов 1-й и 3-й групп, чем у пациентов 2-й группы. У пациентов 1-й и 3-й групп, которым имплантировались мультифокальные ИОЛ, отмечалось точное центральное положение ИОЛ во всех случаях. У пациентов 2-й группы с мультифокальными ИОЛ из 9-ти случаев в 3-х наблюдалась децентриция ИОЛ на 0,5-0,7 мм.

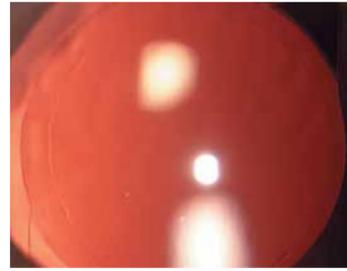


Рис. 1. Неровный край капсулорексиса при использовании жесткого интерфейса



Рис. 2. Идеально ровный край капсулорексиса при использовании мягкого интерфейса Soft fit

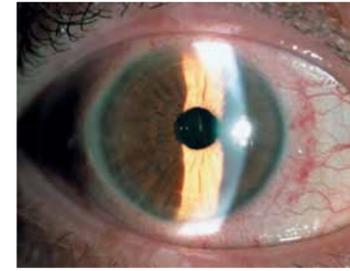


Рис. 3. Первый день после операции: паралимбальная кольцевая гематома слабой степени выраженности, оптические среды прозрачны

Lens-X показало лучшие анатомические и функциональные результаты по сравнению с использованием жесткого интерфейса и предыдущей версии программного обеспечения.

5. Разработан усовершенствованный метод фемтолазерной факоэмульсификации, который позволяет достигнуть более точной центриции ИОЛ относительно зрачка, что особенно важно для пациентов, которым имплантируются мультифокальные ИОЛ.

the European Society of Cataract and Refractive Surgeons. – September 5. – 2010, Paris, France.

6. *Battle J. et al.* Prospective randomized study of size and shape accuracy of OptiMedica femtosecond laser capsulotomy vs. manual capsularhexis // Presented at: XXVIII Congress of the European Society of Cataract and Refractive Surgeons. – September 5. – 2010, Paris, France.

7. *Battle J.F., Felix R., Culbertson W.W.* OCT-guided femtosecond laser cataract & surgery: precision and efficacy. Association for Research in Vision and Ophthalmology Annual Meeting, A4694 Poster #D633. Fort Lauderdale, FL; 2011.

8. *Roberts T.V., Lawless M., Bali S.J. et al.* Surgical Outcomes and Safety of Femtosecond Laser Cataract Surgery. A Prospective Study of 1500 Consecutive Cases // Ophthalmology. – 2013. – Vol. 120. – P. 227–233. ■

Литература

1. *Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., Трубилин В.Н., Новак И.В.* Факоэмульсификация катаракты с фемтолазерным сопровождением. Первый отечественный опыт // Катарактальная и рефракционная хирургия. – М., 2012. – Т. 12. – № 3. – С. 7-10.

VICTUS™
ФЕМОСЕКУНДНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ПЛАТФОРМА

Фемтосекундный лазер Victus выполняет:

- Создание персонализированного локуста для LASIK
- Формирование тоннелей для интракорнеальных колец (ICRS)
- Срезы различной формы для сквиноз и послонной кератопластики (PKP/LPK и FLEK)
- Астигматическая кератотомия (AK)
- Коррекция пресбиопии INTRACOR
- Капсулорексис
- Фрагментация хрусталика
- Кератотомические ослабляющие надрезы (AK)
- Тоннельные роговичные разрезы (парацентез)

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

victus™
Femtosecond Laser Platform
Intelligence meets the eye™
TECHNOLAS™
PERFECT VISION

ООО «ВАЛЕАНТ»: Россия, 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел./факс +7 495 510 2879
www.valaent.com

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

BAUSCH + LOMB
See better. Live better.

ALLERGAN
ophthalmology

Лечение глаукомы:

Ганфорт
Синтетический α_2 -адреномиметик

Альфаган Р
Препарат α_1 и α_2 аденомиметик

Комбиган
Синтетический α_2 -адреномиметик

Другой класс препаратов в лечении глаукомы*

Первый выбор для пациентов с начальной глаукомой*

Достижение максимального эффекта в терапии глаукомы

Сообщения о нежелательных явлениях следует направлять в адрес компании ООО «Аллерган СНГ САРЛ» Россия по телефону: +7 495 778-96-25, факс: +7 495 250-96-25 (звонок по России бесплатный) Факс: +7 495 778-98-56 или по электронной почте: MW-medinfo@Allergan.com

Комбиган® (Брандония) 2 мг/мл + тимолол 5 мг/мл, капли глазные – ЛСР-007279/10, Аллерган Фармасьютикалс Айрленд, Ирландия
Ганфорт® (Брандония) 0,2 мг/мл + тимолол 5 мг/мл, капли глазные – ЛСР-007279/10, Аллерган Фармасьютикалс Айрленд, Ирландия
Альфаган® Р (Брандония) 0,15%, капли глазные – ЛСР-008880/10, Аллерган, Инк., США
ООО «Аллерган СНГ САРЛ», 105004, г. Москва, ул. Станиславского дом 21, 2-й этаж. Тел.: +7 495 974 8333. www.Allergan.ru
Перед применением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению
*Синтетический α_2 -адреномиметик – Комбиган® в России (www.bausch.com)
®: Синтетический α_2 -адреномиметик – Комбиган® в России (www.bausch.com)
© 2013 Allergan. All rights reserved. Иллюстрация: © 2013 Allergan. All rights reserved.

Столп и утверждение истины

Эссе памяти академика Святослава Федорова

Р.Т. Нигматуллин

ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа

Пять лет минуло с тех дней, когда Хабаровский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» отмечал свой очередной юбилей. Автору настоящих строк довелось быть в числе участников того памятного научного форума.

Почтение к своему учителю, создателю уникального комплекса чувствовалось во всем — оформлении филиала, выступлениях докладчиков, материалах конференций и барельефе Святослава Федорова уже украшал центральный вход. По завершении научной программы неведомая для меня сила привела к тому ослепителю в бронзе ученому. Здесь, на восточных рубежах Отечества, встретиться в очередной раз с академиком Федоровым, ощутить дыхание самой истории, векторы развития российской науки — это был истинный подарок судьбы.

Тихая, прохладная и абсолютно темная ночь располагала к общению. Где-то на уровне подсознания рождались вопросы, которые не имел возможности задать при жизни, в те короткие деловые встречи. И на все получил ответы, неспешные, без мирской суеты, исполненные достоинства и величия ученого-новатора.

«Достойный Святослав Николаевич! Вы оставили глубокий след в самых различных сферах своей деятельности: офтальмолог с мировым именем, новатор в организации здравоохранения, яркий общественный и политический деятель. Можно смело говорить о разработке новой концептуальной модели медицины на межотраслевых и междисциплинарных подходах. Институты государственной власти только сегодня начали внедрять сформулированные Вами подходы. Подобная интегративная медицина может строиться только на системном, глубоко философском базисе российских научных школ. И потому мой первый вопрос о Ваших исторических предшественниках, кто повлиял на Ваше формирование как организатора науки и кто из русских философов ближе всего к Вам по духу?»

«Почитаю всех творцов русской идеи — Лосева, Достоевского, Соловьева. Но чаще обращаюсь к трудам Флоренского. Павел Александрович поражает меня широтой своих взглядов. Это был один из последних ученых-энциклопедистов в мировой истории. Будучи инженером, физиком, математиком, лингвистом, философом, он своими трудами внес значительный вклад и в медицинскую практику. Это образец современного ученого», — прозвучало в ответе академика.

Удивительное совпадение, но настоящая эссе названо по главному труду П. Флоренского «Столп и утверждение истины». Святослав Федоров являет собой столп российской офтальмологии, утверждавший истину всей своей деятельностью. С Павлом Флоренским его объединяет многое и прежде всего православная философия. Корни академика Святослава Федорова в православной культуре. Глубоко чувствовал все грани русской идеи, Федоров воплощал в жизнь ее постулаты. Вспомните его проект «линия прозрения» — не это ли проявление духа соборности из русской философской мысли. И в этом Федоров соединял противоположности: с одной стороны, глубокое сопереживание каждому больному, с другой стороны — технологии конвейерных операций. Не все выдержало испытание временем, но сами идеи достойны уважения. Возвращенный на русскую идею феномен Федорова при этом глубоко интернационален. Облик мировой офтальмологии сегодня в значительной степени определяется его научными трудами. В этой связи достаточно



Памятник С.Н. Федорову в Хабаровске

упомануть инновационные работы по созданию ИОУ, технологии радиальной кератотомии. И даже специалисты США признают, что подходы к виртуальной хирургии, заложенные Федоровым, опережали свое время. И это в той сфере, где технические решения американскими учеными были реализованы значительно раньше.

Следующий вопрос перевел собеседников в медицинскую плоскость: «Святослав Николаевич, хорошо помню свою первую встречу, которую Вы заключили словами: «Идею доктора Э.Р. Мулдашева о переработке трупа тканей на биологические трансплантаты я поддерживаю». Скажите, как Вы, будучи апологетом технократической медицины, так легко подхватили идею, пришедшие из медицины биологической?»

«Годы моего становления как специалиста совпали с бурным развитием технических наук. Инженерная мысль проникла в самые глубокие тайны мироздания. Казалось, все проблемы медицины и биологии в скором будут решены, совершенствуя ее техническую оснащенность. Перед тобой дитя своей эпохи, видел технических идей оведал мой путь, и потому я сформировался как сторонник медицины технократической. Но в последующем я стал свидетелем зарождения медицины биологической, и разработанные доктором Мулдашевым Аллопланты, уверен, найдут свое место в современной медицине. Техногенная и биологическая медицина соединят свои возможности!»

«Становится более понятным Ваше подвижничество стремление найти инженерное решение любой медицинской проблемы. Отсюда зародилось опытно-экспериментальное производство при МНТК «Микрохирургия глаза», серийное изготовление ИОУ, микрохирургического инструментария и аппаратуры. Вы даже трансплантаты в духе технократии смогли определить как «запчасти для организма».

А теперь вопрос по второй встрече с Вами, уважаемый Святослав Николаевич. Страна жила перестройкой. Новые надежды появились и у тех, кто служил советской медицине. МНТК был флагманом революционных преобразований не только в клинической практике, но и во всей системе здравоохранения. И тогда было знаковым событием войти в инновационную систему МНТК. Уже достаточно известная в стране Уфимская лаборатория трансплантатов для офтальмохирургии становится филиалом МНТК. Скажите, какие перспективы Вы видели, включая лабораторию Аллоплант, руководимую доктором Э. Мулдашевым, в состав МНТК?»

«Прежде всего, я понимал важность внедрения биоматериалов Аллоплант в практику офтальмохирургии. При этом решалась одна из важных задач межотраслевого

комплекса — полностью обеспечить потребности филиалов в высокотехнологичных биологических материалах. И эта задача была успешно решена».

«И, наконец, моя последняя встреча с Вами в актовом зале МНТК. Доктор Э. Мулдашев обратился с предложением поддержать его инициативу о создании самостоятельного федерального научного центра на базе Уфимской лаборатории трансплантатов и фактически вывести ее из состава МНТК. Мне довелось в ту минуту быть рядом и стать свидетелем государственного подхода к решению задачи. Вами была брошена простая и ясная фраза: «Вы выросли из этих штанишек (имелся в виду статус лабораторного филиала МНТК) и пора создавать самостоятельный научный центр». И с этими словами Вами было подписано ходатайство в Минздрав России о реорганизации Уфимской лаборатории в профильный институт федерального значения. Что двигало Вами в ту минуту?»

«Прежде всего, ваш Центр уже имел известность как в России, так и за рубежом. Вы исторически сложились как Центр трансплантации тканей, и кому как ни Центру профессора Э. Мулдашева обеспечивать офтальмологические клиники, и в том числе филиалы МНТК, самыми современными биоматериалами. Я уверен, ваш многопрофильный тканевый банк с лабораторией консервации тканей выйдет на передовые рубежи не только российской, но и европейской медицинской науки».

«И Вы были правы, Святослав Николаевич! Сегодня большинство филиалов МНТК, клиники более 600 городов России используют биоматериалы Аллоплант в своей клинической практике. И в том Ваш несомненный вклад как организатора здравоохранения».

«Позвольте задать Вам, Святослав Николаевич, свой последний вопрос? Он является продолжением первого и касается вашей духовной близости с П. Флоренским. Несомненно, вы оба жили дерзновенным научным поиском, при этом каждый из вас рдел за судьбу Отечества, был государственным. Как известно, в последней статье П. Флоренский описал свое видение государственного устройства России. По словам нашего современника А. Гулыги, он видел будущее России единым централизованным государством во главе с человеком проческого склада, обладающего высокой интуицией культуры. Каким Вам представляется наше Отечество в будущем?»

«На примере нашего межотраслевого комплекса «Микрохирургия глаза» со всей его научной, лечебной, производственной инфраструктурой, подсобным хозяйством я хотел показать соотечественникам, что можно создать при рачительном отношении к делу, когда каждый является собственником доли в общем проекте. Возможности идеи «народного капитализма» мы хотели продемонстрировать власти и обществу. Но время показало, что общество не всегда готово принять на себя роль собственника, а власти подобные идеи оказались просто неприемлемыми. Это была моя наивная ошибка о справедливом устройстве гражданского общества, которая при первой встрече разбилась об неприсутственный утес государственного материка, обнесенного булыжниками чиновничье-олигархического капитализма, лишенного человеческого лица».

«Уважаемый Святослав Николаевич, нынешний 2013 год коллектив созданного Вами МНТК «Микрохирургии глаза» объявил годом академика Святослава Федорова. Не это ли признание Ваших заслуг пред российской и мировой офтальмологией! А Ваши идеи о создании в России гражданского общества еще ждут своего часа и непременно найдут новых последователей, из утопии воплотятся в жизнь. И Ваш покорный слуга готов продолжить с Вами эту дискуссию на очередном юбилее МНТК «Микрохирургия глаза».

Вместо эпилога

Автор настоящих строк имел три короткие встречи с академиком С.Н. Федоровым в стенах МНТК «Микрохирургия глаза». В суммарном измерении все они не превысят и пяти минут. Но для того чтобы осмыслить их и описать потребность еще одна встреча с барельефом ученого в Хабаровском филиале. Личности масштаба академика Федорова не покидают этот мир! Они продолжают творить и дерзать вместе со своими соратниками и учениками. Разве не с нами трудятся В.П. Филатов, В.П. Одинцов, С.Н. Федоров, Т.И. Ершовский...

Для завершения настоящего эссе более всего подходят слова проф. С.С. Юдина: «Оглядываясь в прошлое совершенно необходимо; это надо делать постоянно и не только вдохновляться и настраиваться примерами великих предков, но глубоко и тщательно изучать их творения. Но вместе с тем надо хорошо понять и твердо помнить, что все гениальные люди были смелыми новаторами и подлинными революционерами в своей специальности. Подобно им и нам надо уметь находить в себе силы сжигать путь, явно стесняющие прогресс». Трудно что-либо добавить к мыслям нашего знаменитого соотечественника. ■

Эссе «Столп и утверждение истины» впервые было опубликовано в материалах Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, «Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе» 26 сентября 2013 года, г. Хабаровск. Печатается с разрешения автора.

ООО «Трансконтакт» и группа компаний К С Е Н Т Е К

ООО «Трансконтакт» (495) 605-39-38
ООО «Дубна-Биофарм» (495) 921-36-97

ACRYSTYLE
Мягкие интраокулярные линзы

КСЕНОПЛАСТ
Коллагеновый антиглаукоматозный дренаж и материалы для склеропластики

ОКВИС
Протектор тканей глаза — глазные капли

ЛОКОЛИНК
Аппарат для фотодетерлации роговой оболочки методом локального краснелинга

★ **БИОСОВМЕСТИМОСТЬ**
★ **БЕЗОПАСНОСТЬ**
★ **ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

Про коучинг и не только...

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявики на работу, на второе — среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Если не будут приняты соответствующие меры, то прогнозы неутешительны: к 2020 году депрессия парализует экономическую жизнь как развитых, так и развивающихся стран. Ежегодно около 150 млн человек в мире лишаются трудоспособности из-за депрессий. Только экономике США депрессия наносит ежегодный ущерб в размере более \$50 млрд. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров — инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания.



Г.Р. Давтян

MBA GGSB, бизнес-коуч, член ICF, руководитель департамента медицинских технологий, компания «Оптек», эксклюзивный представитель Carl Zeiss в России и странах СНГ

Чем объясняется всплеск психологических проблем общества? Что происходит с нами? Почему миллионы тратятся на антидепрессанты? Почему успешные, состоятельные люди все больше нуждаются в психологической помощи и поддержке? Почему психологическое консультирование, коучинг, психоанализ являются широко востребованными услугами современного общества?

Не думали ли вы о том, что потребность в этих услугах прямо пропорциональна количеству роста реализованных, успешных, людей? Нарастающий темп нашей жизни вызывает у многих эмоциональные перегрузки, которые ведут к раздражению, гневу, тревоге и к синдрому хронической усталости.

Современный мир — это мир бешеных темпов, сумасшедших ритмов, нескончаемых информационных потоков. Часто человек просто не справляется с непосильной задачей — организовать расстановку внутренних сил так, чтобы в каждой конкретной ситуации полностью соответствовать требованиям внешней среды без искажения его личности.

Неумение распознать и управлять своими эмоциями, отрыв от истинных ценностей, отсутствие внутреннего диалога, внутренний конфликт, накопление негативных эмоций — далеко не полный список причин возникновения психологических проблем в обществе.

Внутренний конфликт

Поведение человека в определенной ситуации должно соответствовать двум требованиям: внутренним ценностям и вызовам окружающей среды. Тем не менее между отдельными взглядами, убеждениями или ценностями даже внутри отдельной личности могут возникать противоречия, которые порой исключают друг друга. Это приводит к внутреннему напряжению и находит проявление во внутренних конфликтах, способных полностью парализовать человека, «разорвать его на части».

Знаем ли мы себя?

Каковы внутренние составляющие человека? Какие существуют способы познания внутреннего «Я»? Как познать себя, как достичь до базовых установок? Как выразить себя согласно своим внутренним ценностям? Какие они, внутренние ценности человека? Знаком ли мы с ними? Иначе говоря, «кто Я»? Мой опыт показывает, что люди в основном не знакомы сами с собой. Простой вопрос «характеризуйте себя» приводит в ступор. Между тем легко удается характеризовать других: соседа, руководителя, коллегу. Но если мы не знакомы сами с собой, тогда как жить согласно своей сущности, «жить изнутри наружу»? Насколько в жизненной суете мы находим время для самонализа? Ставится ли вообще такая задача — познать себя? Наверное, нет, потому

что чаще всего мы глушим внутренний голос музыкой или шумом телевизора. Таким образом, чтобы быть успешным в этом водовороте информации, человек отрывается от своих истинных ценностей, теряет связь с ними, а ведь получить озарение или разработать новый подход к жизни, взглянуть на вещи по-новому, можно только благодаря построению внутреннего диалога, самоанализа и самопознания.

Для того чтобы быть успешными, многие отказываются от истинных чувств, эмоций и желаний, считая, что подавление эмоций придает им силу и уверенность в себе. Распознавание своих истинных эмоций и причин их возникновения, управление своими эмоциями, а не отказ от них — вот что сегодня является важным средством в санации общества от эпидемии депрессии.

IQ и EQ

Человечество за последнее тысячелетие сделало огромный прорыв в области интеллектуального развития, научно-технического прогресса. Но на фоне погони за успехом, в бешеных темпах развития современного мира была утрачена важность эмоционального интеллекта. До недавнего времени оценивались исключительно заслуги интеллекта, а эмоции, интуиция были отодвинуты на второй план, у кого-то даже на последний... Несмотря на то что все мы понимаем, что именно качество эмоций, наполняющих нашу сущность, определяет наше внешнее (настроение, поведение, качество коммуникации) и внутреннее (здоровье) состояние, то есть базу, на которой строятся наши успехи и достижения. Психосоматика определяет практически все: гормональный фон, биохимический состав крови, артериальное давление, тонус вегето-сосудистой системы и т.д. В нейронеурологии существуют новые медицинские термины — «токсические мысли», «токсические эмоции», что служит определенным доказательством очевидных вещей. Совсем недавно стали говорить о том, что именно наши мысли и эмоции определяют уровень иммунитета, а значит, определяют состояние здоровья в целом. Токсические мысли и эмоции могут отравить нас изнутри, сделать организм уязвимым перед различными болезнями и инфекциями.

Несмотря на это, у каждого из нас есть масса осознанных и неосознанных негативных эмоций, нераскрытых опущенный страх, тревоги, злости, ненависти, что можно сравнить с бомбой замедленного действия. Но у нас нет ни времени, ни желания в этом разбираться. Мы не умеем познавать свои эмоции и управлять ими.

В наше время, время научно-технического прогресса, часто нарушается баланс между интеллектуальными и эмоциональными составляющими внутреннего мира человека. Успешные люди не привыкли разбираться с чувствами или слушать внутренний голос интуиции — эти люди нацелены на рациональное и логическое мышление. В итоге образовалась огромная брешь между умом и сердцем, сознанием и неосознанными эмоциями! То, что осознано, управляет нами, а то, что неосознано — управляет нами. Современная психология утверждает, что среднестатистический человек в лучшем случае осознает свои эмоции на 3-5%. Этим объясняются порывы гнева, неуправляемая тревога, беспричинная тоска. Эти неидентифицированные эмоции управляют нами.

Ум старается их не замечать, не придавать им значения. Однако дело в том, что эмоции никогда не исчезают, добавляется новые, со временем больше запутываясь и превращаясь в «гордиев узел», причиняя боль, страдания, чувства неудовлетворенности.

Но не все так безнадежно... Одним из парадоксальных открытий конца XX века стало открытие «эмоционального интеллекта». Эмоции заняли свое законное место не только в частной жизни человека, но и в бизнесе. Теперь мы задумываемся об эмоциях потребителя, эмоциональной компетенции руководителя, эмоциональной экономике, эмоциональном бизнесе — «фанки-бизнесе», эмоциональном менеджменте. Странное и логичное словосочетание «эмоциональный интеллект» оказалось ключом к проблеме эффективного менеджмента. Многочисленные исследования показывают, что высокий эмоциональный интеллект руководителя может считаться не менее надежным показателем успеха, чем предыдущий опыт работы и превосходить по предсказательности традиционный IQ. Многолетние

исследования доказывают, что успешность деятельности руководителя только на 15% зависит от традиционного IQ, а на 85% — от развитого эмоционального интеллекта, от умения понимать и управлять как собственными эмоциями, так и эмоциями сотрудников. Руководитель с развитым эмоциональным интеллектом задействует скрытые ресурсы организации: энергетический, ценностный, мотивационный — и добивается максимальных результатов.

Но, несмотря на позитивный тренд в развитии EQ, баланс все еще не восстановлен. Ум и душа находятся в вечном сложном «танце бытия», определяя нашу сущность и жизненные установки. Человек может быть в гармонии, если эти две части находятся в согласии и в балансе. Вселенная развивается в дуализме, но любит равновесие...

Вот ряд вопросов, которые встают перед личностью, невзирая на возраст, должность, успешность и уровень дохода. Несвоевременное реагирование может привести от простого дискомфорта, дисгармонии в душе к глубокой депрессии.

Новый препарат

АЛЛЕРГОФЕРОН®

ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

ИНТЕРФЕРОН ЛОРТАДИН

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИИ!

Лечение сезонного и круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита

АЛЛЕРГОФЕРОН® ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 5г

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ М www.firm.ru

Психологическая поддержка как спасательный круг

Психолог, психоаналитик, коуч выполняют роль спасательного круга, мостика между умом и душой, обеспечивающего внутренний диалог.

Но необходимо отметить, что методы современной психологии в основном нацелены на решение конкретных проблем, и до сих пор нет единого понимания того, как устроен внутренний мир человека. Поэтому многие психологические методики позволяют достигать определенных краткосрочных целей, но при этом не способны помочь человеку установить баланс и гармонию внутри.

Слово «психология» произошло от греческих слов «психе» — «душа» и «логос» — «знание». То есть изначально психология была призвана исследовать природу человеческой души.

Впрочем современные учебники психологии умалчивают о том, что такое душа. Современная психология не рассматривает человека как многогранное существо, являющееся частью Вселенной, функционирующее по ее общим, духовным законам. К сожалению, история психологии умалчивает о тех знаниях структуры личности, природы души и законов мироздания, которые были сформулированы около 5000 лет назад в санскритских духовных трактатах. В этом и кроется основная проблема. Как можно изучать человеческую душу, игнорируя

духовные законы, которые едины во всех мировых религиях? Это равносильно тому, что изучать мир материи, но при этом не знать или игнорировать законы физики. Поэтому методы психологии, несмотря на их эффективность в решении частных проблем человека, могут оказаться «неэкологичными» для его личности, если они идут вразрез с законами Вселенной. Мы живем в очень разумной системе, которая имеет свои законы, и незнание этих законов или их принятие не освобождает от их воздействия. Незнание или принятие закона о всемирном тяготении не спасет человека, если он прыгнет с высокой башни. Закон существует объективно и будет действовать безотлагательно. Как можно помочь человеку, не обращаясь к основным законам мироздания? В психологии существуют немногочисленные течения, базирующиеся на основных законах мироздания. Одним из таких течений является ведическая психология. Веды являются древнейшим источником психологических знаний. В настоящее время многие люди обращаются к построенной на их основе духовной, ведической психологии. Ведическая психология базируется на законах Вселенной. Я думаю, что сегодня ни для кого не секрет, что мы достигаем наилучших результатов, когда наши парадигмы находятся в согласии с общечеловеческими принципами. Понимание этих принципов наделяет нас большей силой и дополняет возможности.

Коучинг

Несмотря на то что коучинг не позиционируется как одно из направлений в психологии, он имеет с ней много общего. Например, и в коучинге, и в психологии в центре внимания находится человек и его сущность. Коучинг стал модным атрибутом современного мира, но далеко не всегда и не все понимают суть этой методики.

Коучинг — не просто инструмент развития личности, это, скорее, философия, подход к жизни, идеология. Одно из приемлемых определений коучинга — искусство создания среды, которая облегчает движение человека к желаемой цели и к самораскрытию. Важно отметить, что коуч не берет на себя ответственность за результаты сессии и не дает советы. Он отвечает за создание доверительной атмосферы, потому что искренность ответов невозможно обеспечить без уважения и доверия. Вот почему один из ключевых и сложных моментов для коуча — абсолютное «принятие других». Если у коуча на каком-то этапе появились претензии к личности человека, то дальше практически невозможно работать, потому что нарушается самое важное правило в коучинге — уважение и принятие. Вот почему лишь немногие коучи достигают успеха и признания.

В зоне ответственности коуча — создание доверительной атмосферы, составление вопросов, которые раскроют суть проблемы, позволят

перенести фокус от проблемы к решению. Процесс поиска ответа на вопросы коуча позволяет человеку по-новому взглянуть на ситуацию, найти решение, порой совершенно неожиданное, обнаружить скрытые возможности, о которых раньше человек не подозревал. Возможно, кто-то ошибочно думает, что коучинг — то же, что и консалтинг. Но это не так — в коучинге минимизирована роль экспертизы.

Почему коучинг не приемлет советы? Потому что советы или консультации — это всего лишь опыт другого человека, пусть даже самого лучшего эксперта. В отличие от других методик коучинг говорит о том, что с каждым человеком всегда все в порядке, и он принимает те решения, которые в данный момент времени для него представляют наилучший вариант. У каждого из нас все хорошие качества уже заложены внутри, только необходимо приоткрыть им путь. Человек является не пустым сосудом, который надо наполнить, он похож на желудок, который содержит в себе потенциал, чтобы стать могучим дубом. Необходимо питание, поощрение, свет, чтобы достичь этого, а способность вырасти заложена в нас априори.

Коучинг — это путешествие к внутренним ресурсам, путь возвращения человека к истинным ценностям. Подобно сказкам, опи-сывающим путь героя к сокровищам, где на его пути возникают опасные препятствия и чудовищные хранители, так и у человека на пути к достижению глубинных ценностей встают, препятствуя движению, неприятные воспоминания, ограничения, страхи. Дойти до «сокровища», как в сказке, под силу герою — сильному, искреннему и отважному. Коучинг помогает человеку раскрывать в себе лучшие качества, становится настоящим героем и достигать поставленных целей.

Коуч точно знает, что у каждого человека есть ценный источник мудрости, и его задача только помочь найти путь, найти ключ к источнику. Сталкиваясь со сложными ситуациями, человек начинает искать ответы во внешней среде, не подозревая, что у него у самого есть источник мудрости, а коуч в этой ситуации является гидом, проводником к кладу. И, что очень важно, этот клад ценностей строго персонализирован и индивидуален, основан на базовых мотивах, убеждениях и ценностях личности. Вот почему никто, кроме самого человека, не может определить, какое решение в той или иной ситуации для него больше подходит.

Качественный коучинг сопровождается озарением, появлением ясного видения и глубокого понимания. Расширяются границы восприятия, устанавливается внутренний диалог между умом и сердцем, исчезают внутренние противоречия. В итоге человек сам размышляет, чувствует, анализирует, осознает и делает выводы, сам достигает желаемых результатов, даже если они в самом начале казались ему невозможными.

Человек начинает чувствовать и осознавать, мыслить и действовать на основании своих ценностей и осознанных эмоций. Тогда исчезает внутренний конфликт. Когда наше внешнее проявление становится производным внутреннего «Я», жизнь человека становится осознанной, и человек начинает сам управлять своей жизнью. Он становится творцом, создающим свою реальность, опирается на себя и все меньше зависит от окружающей обстановки.

В чем заключается ценность того, что человек разбирается в своих проблемах и сам находит их решение? Ценность в том, что это его собственные достижения, собственные открытия или убеждения. Они расширяют границы восприятия, быстро становятся частью нового «Я», частью его опыта, принадлежат человеку целиком, а не навязаны в виде советов со стороны. А почему нового? Как сказал Альберт Эйнштейн: «Серьезные проблемы, с которыми мы сталкиваемся, нельзя решить на том же уровне мышления, на котором они возникли. Чтобы решить проблему — нужно выйти за ее пределы».

Коуч — это агент перемен, который предлагает выйти за пределы стандартного мышления. Коучинг должен подвинуть человека на изменения. Вот почему в этой методике прибегают зрелые люди, стоящие перед лицом изменений (в личной жизни или в бизнесе), на которые невозможно повлиять, когда приходит понимание необходимости меняться самому.

«Когда мы не можем больше изменить ситуацию, мы сталкиваемся с задачей изменения самих себя», — именно так сказал когда-то Виктор Франклин.

Мы все знаем, что любые изменения сопровождаются сопротивлением. Особенно пилюля кажется горькой, если изменения касаются тебя, твоих базовых парадигм и убеждений. Внутри нас работают устоявшиеся стереотипы, так называемые «привычки ума», своего рода «условные рефлексы» по отношению к определенным категориям людей, местам и предметам. Но изменить себя возможно! Медицина доказала, что возможно менять гены, что наш мозг пластичен и готов к переменам. В неврологии существуют новые направления, которое изучает нейропластичность мозга, т.е. его способность к преобразованиям. Но этот процесс нелегкий и болезненный, и здесь бесценна помощь коуча, который организует путешествие к внутренним истокам, поможет освободиться от ненужных установок, поддержит в формулировке новых, более эффективных установок, сделает это путешествие безопасным, щадящим.

К коучингу прибегают зрелые личности, те которые не ищут ответы во внешней среде, а готовы к самоанализу, к самораскрытию, готовы искать решение своих проблем в изменении собственных взглядов, установок, отношении к окружающему миру. Потребность в услугах коуча свидетельствует о том, что окружающий мир меняется и меняется в лучшую сторону. Люди осознают, что глотать успокоительные таблетки и дальше глушить свой внутренний голос — путь в никуда. Пора прислушаться к своему внутреннему голосу! К счастью становится больше людей, которые стараются решить проблемы в жизни и в бизнесе не за счет других людей, а путем самоанализа и коррекции себя, своих эмоций. ■

«Центр диагностики и консультирования — это структура городского Комитета по образованию. Поэтому одна из главных наших задач — определить для каждого ребенка с «особыми потребностями» индивидуальный образовательный путь, — объясняет Сима Григорьевна. — Мы подбираем соответствующие образовательные и воспитательные учреждения. Именно наши специалисты направляли незрячих и слабовидящих детей в специализированные школы и детские сады. Кроме того, школьники, имеющие проблемы со зрением, но не являющиеся инвалидами, могут быть направлены в «классы охраны зрения». Подобных классов в Санкт-Петербурге уже более двадцати. Они действуют почти во всех районах города».

Впрочем, оформление документов в детские сады и школы — это далеко не единственная (хотя и очень важная!) функция Центра диагностики и консультирования. Особенность этого учреждения — в комплексном подходе в деле помощи «особым» детям и членам их семей. Здесь работают более пятидесяти специалистов: педагоги, социальные педагоги, психологи, врачи.



Илья Бруштейн

Сима Григорьевна является одним из ведущих российских специалистов в области обучения и воспитания детей с нарушением зрения. Ее научные работы посвящены профессиональной ориентации подростков-инвалидов, роли художественного творчества в обучении и воспитании «особых» детей, мероприятиям по охране зрения в специализированных и массовых школах, обучению мобильности слепых и слабовидящих школьников и т.д.

В течение многих лет С.Г. Генкина сотрудничает с приемными комиссиями Санкт-Петербургского государственного университета и ряда других ведущих вузов Северной столицы. Благодаря ее усилиям и работе ее коллег-тифлопедагогов с каждым годом в городе на Неве увеличивается число молодых инвалидов по зрению, получивших высшее и среднее специальное образование и нашедших себя в самых разных специальностях. Героиней нашей публикации также является старшим преподавателем Санкт-Петербургского института специальной педагогики и психологии имени Рауля Валленберга.

Образовательный путь для «особого ребёнка»

Случайный человек, увидевший вывеску «Центр диагностики и консультирования», не сразу сможет понять, чем же занимается эта организация. Поэтому в начале нашей беседы с С.Г. Генкиной мне хотелось получить соответствующие разъяснения.

«Центр диагностики и консультирования — это структура городского Комитета по образованию. Поэтому одна из главных наших задач — определить для каждого ребенка с «особыми потребностями» индивидуальный образовательный путь, — объясняет Сима Григорьевна. — Мы подбираем соответствующие образовательные и воспитательные учреждения. Именно наши специалисты направляли незрячих и слабовидящих детей в специализированные школы и детские сады. Кроме того, школьники, имеющие проблемы со зрением, но не являющиеся инвалидами, могут быть направлены в «классы охраны зрения». Подобных классов в Санкт-Петербурге уже более двадцати. Они действуют почти во всех районах города».

Как говорит известная поговорка, информирован — значит вооружен. Эта древняя мудрость вполне применима к работе Центра диагностики и консультирования. Предоставляя родителям, а также самим детям и подросткам необходимую информацию, его сотрудники способствуют преодолению их недугов.

Достойное образование — залог успешной реабилитации

Государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр диагностики и консультирования» Комитета по образованию Администрации Санкт-Петербурга призвано помочь детям, имеющим проблемы в физическом, умственном или психическом развитии, получить достойное образование и воспитание. Большое внимание здесь уделяется и детям-инвалидам по зрению. Корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с одним из сотрудников этой организации — тифлопедагогом-методистом С.Г. Генкиной.

«Не нужно думать, что к нам обращаются только родители детей-инвалидов. Это не так! — подчеркивает С.Г. Генкина. — В Центр приходят родители со всеми детьми, у которых появились какие-либо проблемы со здоровьем, в том числе и со зрением. Часто сочетание медицинских и реабилитационных мер помогает избежать инвалидности, укрепить здоровье ребенка... Но если медицина не помогает, то мы учим ЖИТЬ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ. Жить по возможности успешно, радостно и благополучно».

«Генеральный штаб» помощи детям-инвалидам

Сима Григорьевна рассказала, что в Центре могут помочь детям с самыми различными офтальмологическими патологиями: и слабовидящим, и незрячим, и тем, чьи зрительные возможности ограничены не столь существенно. В последние годы увеличилось количество детей с сочетанными патологиями. Проблемы со зрением могут сочетаться с детским церебральным параличом (ДЦП), нарушениями умственного и психического развития, различными органическими заболеваниями.

«Когда у ребенка сочетанная патология, родители или опекуны часто не знают, к кому им обратиться... В нашей организации можно получить консультацию сразу нескольких профильных специалистов». Центр диагностики и консультирования можно сравнить с «генеральным штабом», куда стекается вся информация о лечебных, реабилитационных и учебно-воспитательных программах для детей-инвалидов.

«Моя задача состоит в том, чтобы рассказать родителям о той помощи, которую они могут получить в государственных и общественных организациях, — делится своим опытом Сима Григорьевна. — Например, многие родители даже не знают о том, что в Санкт-Петербурге существует Консультативно-практический центр для детей с тяжёлыми нарушениями зрения, предоставляющий услуги так называемых «летучих тифлопедагогов». То есть специалисты на регулярной основе проводят занятия на дому со слабовидящими и незрячими детьми. И, разумеется, совершенно бесплатно».

Как говорит известная поговорка, информирован — значит вооружен. Эта древняя мудрость вполне применима к работе Центра диагностики и консультирования. Предоставляя родителям, а также самим детям и подросткам необходимую информацию, его сотрудники способствуют преодолению их недугов.

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Здесь можно получить ответ не только на медицинские, психологические и педагогические вопросы, но и узнать о работе социальных служб, о возможностях получения различных льгот и пособий. Некоторые родители приходят в Центр по направлению районных медицинских учреждений. Но вполне возможно обратиться сюда и напрямую.

Никакого официального направления не требуется. Достаточно просто позвонить по телефону и записаться на приём. Располагается Центр в самом сердце Санкт-Петербурга, в доме 46 на Лиговском проспекте, всего в нескольких шагах от Московского вокзала и Невского проспекта. Все услуги предоставляются бесплатно. В первую очередь принимаются обладатели прописки или регистрации в Санкт-Петербурге или Ленинградской области. Но приезжим здесь тоже не отказывают в консультации.

«Структуры, аналогичные нашей, действуют во всех республиках, краях и областях России. Они носят разные названия, обладают различным штатом и опытом работы. Но самое главное, что помощь детям-инвалидам может быть оказана во всех без исключения регионах. Когда ко мне приходят на приём иногородние, я рассказываю им о возможности получить помощь по месту жительства», — поясняет тифлопедагог.

Оптимизм, побеждающий тяжёлый недуг

Наша беседа с Симой Григорьевной была прервана приходом пациентки. Очаровательная девушка Настя согласилась сфотографироваться на память рядом с методическим пособием «фанеллеграф». На фанеллеграфической поверхности закреплены круги, прямоугольники, квадраты. «Это пособие помогает слабовидящим детям получить правильные представления о цвете и, таким образом, использовать даже небольшой остаток зрения... Незрячим ребятишкам фанеллеграф показывает форму и величину предметов», — поясняет С.Г. Генкина.

Насте — семнадцать лет. Ещё год назад у неё было стопроцентное зрение. Но на девушку и её семью обрушилась страшная беда — злокачественная опухоль головного мозга. В настоящее время левый глаз девушки совсем не видит. Он способен только к правильной проекции света. На правом глазу сохранилось всего 4% зрения. Клинический прогноз у пациентки неблагоприятный. Существует реальная опасность, что и эти четыре процента зрительных возможностей будут потеряны.

«Маленьким детям мы не говорим о неблагоприятном клиническом прогнозе, но подросткам эта

информация сообщается. Разумеется, мы не хотим огорчать или обескураживать молодого человека... Вопрос заключается в том, что благоприятный или неблагоприятный клинический прогноз необходимо учитывать при определении реабилитационных мер. Например, при неблагоприятном клиническом прогнозе необходимо учиться ходить с белой тростью, изучать рельефно-точечный шрифт Брайля... Медицинское заключение имеет значение при решении вопроса о том, в какой класс направлять подростка: к слабовидящим или к незрячим», — даёт пояснения моя собеседница.

Настя со своей мамой пришла к Симе Григорьевне, чтобы получить направление в специализированную школу. В настоящее время девушка находится на домашнем обучении в своей родной школе. Резкое снижение зрительных возможностей почти лишили её возможности читать и писать... Поэтому учёба в обычной школе стала невозможна.

«Настя — развитая и трудолюбивая девушка. Она очень хочет учиться... В настоящее время на неё обрушилось не только резкое ухудшение зрения, но и другие проблемы, характерные для онкологических больных: быстрая утомляемость, головные боли и т.д. В обычной школе учителя не имеют опыта взаимодействия с учащимися, имеющими такие серьезные проблемы со здоровьем... Но в школе для слепых и слабовидящих девушка не будет исключением. Я уверена, что в специализированном учебном заведении она не только сможет получить хорошее образование, но и пройти социальную и психологическую реабилитацию».

С.Г. Генкина обратила внимание на боевой, оптимистичный настрой своей пациентки. «Своим поведением Настя демонстрирует, что оптимизм способен победить даже такую страшную болезнь, как рак... Юной петербурженке повезло встретить на своём пути прекрасных онкологов и нейрохирургов, которые смогли виртуозно провести сложнейшую операцию головного мозга. Но нельзя не отметить и её собственную силу духа, её жизнелюбие».

Для Симы Григорьевны было важно рассказать Насте о тех шагах по реабилитации, которые ей необходимо предпринять. — Я настоятельно рекомендовала девушке пройти обучение проекционной ориентировке с белой тростью. Пока она не видит в этом необходимости. И это является существенной ошибкой...

Тифлопедагог отметила, что часто люди, теряющие зрение, не способны объективно оценить ситуацию, в которой они находятся. «Они хотят как можно дольше использовать свои зрительные



Методист Центра диагностики и коррекции С.Г. Генкина

возможности, продолжать жить как зрячие... Это по-житейски понятно. Но при нахождении на улицах города могут возникнуть различные опасные ситуации. Скажем, слабовидящий человек способен увидеть приближающийся автомобиль, но не может правильно оценить расстояние до него... Ему кажется, что машина находится далеко. А она может быть совсем близко. В такой ситуации возможны дорожно-транспортные происшествия. Беспечный пешеход ставит под угрозу не только своё здоровье и жизнь, но и безопасность других людей».

С.Г. Генкина подчёркивает, что белая трость имеет не только вспомогательно-практическую, но и важную информационно-опознавательную функцию. Она информирует окружающих, что находится рядом с ними человек имеет «неполадки» со зрением. «Важно, чтобы Настя поняла, что использование белой трости — это не только её право, но и в ряде случаев — обязанность. Инвалиды по зрению используют трость не только ради собственной безопасности, но и помня об ответственности перед окружающими».

Во время консультирования Насте зашёл разговор и об обучении рельефно-точечному шрифту. Специалисты Центра убеждали девушку ответственно отнестись к занятиям, которые ей предлагает в школе: «Использование рельефно-точечного шрифта снимет нагрузку с единственного «действующего» глаза. Таким образом, можно читать и писать, выполнять домашние задания, готовиться к поступлению в институт без использования органа зрения... Пациенты с неблагоприятным клиническим прогнозом должны быть особенно предосторожными и осторожными, чтобы на долгие годы сохранить оставшиеся зрительные возможности».

Нестероидный противовоспалительный препарат

0,1% раствор индометацина

Индоколлир®

глазные капли 5 мл

Решение для высокоэффективной хирургии катаракты

- ✓ Надежное подавление воспаления и быстрое обезболивающее действие^{1,2,3}
- ✓ Ингибирование миоза во время операции⁴
- ✓ Профилактика развития кистозного отека макулы⁴

1. Weber M., Kodjikian L., et al. Acta Ophthalmol. 2012. 2. B. Arnaud. J Fr Ophtalmol. 1997. 3. Assouline M., Renard G. Ophthalmic Surg. Lasers. 1998. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Индоколлир.
Регистрационное удостоверение: П N015363/01 от 16.06.09
ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ
Полную информацию Вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ», Россия 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел./факс: +7 495 510 2879. www.valeant.com

BAUSCH + LOMB



С.Г. Генкина демонстрирует пациентке возможности фланелеграфа

Преодолевая стереотипы и недоверие окружающих

Важное место в нашей беседе с С.Г. Генкиной заняла тема профессиональной реабилитации инвалидов по зрению. Эксперт отметила, что при поступлении в высшие и средние специальные учебные заведения парням и девушкам порой приходится преодолевать стереотипы и недоверие окружающих. Проблемы возникают и в процессе учёбы, и при последующих поисках работы.

— Надо отметить, что с каждым годом ситуация становится лучше. В этот есть заслуга и средств массовой информации, рассказывающих о достижениях и проблемах людей с ограниченными возможностями здоровья. Но трудностей всё равно хватает... Однажды ко мне обратилась замечательная девушка, выпускница Санкт-Петербургской школы для слепых и слабовидящих, которая хотела поступить в колледж, готовящий социальных работников. У неё сначала не хотели принимать документы. При этом никаких оснований для этого не было...

— Сима Григорьевна, почему к этой девушке сотрудники колледжа отнеслись предвзято?

— Думаю, что это было связано с тем, что у девушки наличествовала сочетанная патология. Она — почти незрячая. И, кроме того, имеются последствия детского церебрального паралича... То есть походка своеобразная, привлекающая внимание здоровых людей.

Но, несмотря на эти ограничения, девушка — вполне активная и самостоятельная. Вероятно, сотрудников колледжа смутил её внешний вид. Они доверились первому впечатлению... Кстати, у этой истории счастливое завершение. Я убедила директора колледжа принять у барышни документы и допустить её к вступительным экзаменам.

Сейчас девушка успешно окончила техникум. Нашла работу по специальности. Она работает в отделе социального обеспечения Тосненского района Ленинградской области.

— Социальный работник — это подходящая специальность для инвалидов по зрению?

— Отличная специальность! В социальных службах жизненно необходимы люди, которые сами имеют инвалидность. Они могут прекрасно понять своих товарищей по несчастью. Незрячие

и слабовидящие люди успешно осваивают самые разные специальности. Они становятся массажистами, программистами, юристами, музыкантами, преподавателями...

— С какими трудностями парни и девушки могут столкнуться во время учёбы?

— Специальные школы дают достойное образование. Их выпускники готовы к учёбе в вузах и колледжах. Проблемы обычно возникают в психологической сфере. Порой преподавателям и сокурсникам не хватает деликатности и чувства такта... Например, во время учёбы на факультете иностранных языков одной незрячей девушке преподаватель заявил, что она якобы никогда не сможет освоить фонетику английского языка, так как не способна работать с зеркалом.

Девушке, лишённой способности видеть с самого рождения, это заявление показалось обидным и дискриминационным... Мне пришлось вмешаться в эту ситуацию. По согласованию с преподавателем я присутствовала на занятиях по английской фонетике. Задача состояла в том, чтобы словами объяснить студентке то, что она не способна увидеть в зеркале. Кстати, по первой специальности я — преподаватель английского языка, поэтому эта задача была мне по силам.

— Работа с зеркалом действительно необходима для того, чтобы на профессиональном уровне изучить иностранный язык?

— Это важная часть процесса обучения, которая, к сожалению, недоступна для незрячих. Но зато слепые и слабовидящие люди часто бывают очень музыкальными. Они способны на слух освоить особенности иноязычного произношения, мелодию иностранного языка.

— Как складываются отношения между незрячими и слабовидящими студентами и их «глазастыми» сокурсниками?

— Здесь далеко не всё благополучно... Часто контакты ограничиваются только вопросами учёбы. Вне стен вуза парни и девушки практически не встречаются. Очень печально, когда инвалиды не проявляют активной жизненной позиции, а ждут инициативы со стороны зрячего окружения. Наверное, активность должны проявлять обе стороны. Инвалиду по зрению, который во время учёбы подружился со своими сокурсниками, будет потом гораздо легче найти работу. Это важный опыт социальных контактов.

Инклюзивное образование. За и против

— Хотел бы спросить Вас о развитии инклюзивного образования...
— Высшее и среднее специальное образование у нас и так является инклюзивным: в вузах и колледжах все учится вместе. В сфере среднего образования я отдаю предпочтение специальным школам. Там созданы условия для успешного обучения детей и подростков с глазами патологиями, работают квалифицированные специалисты. Кроме того, в специальных школах образуются детские коллективы. Мальчишки и девочки находят «среди своих». А в коллективе зрячих детей они могут оказаться «на особом положении», на отшибе...

— Каждому незрячему или слабовидящему ребёнку в обычной школе, наверное, потребуется индивидуальный тьютор-ассистент...

— А нужно ли школьнику постоянно находиться под опекой тьютора? Думаю, гораздо разумнее посещать специализированные школы. Там, кстати, проводятся много индивидуальных занятий. В специализированных школах найден удачный баланс между опекой и самостоятельностью.

В каждом конкретном случае необходимо учитывать имеющиеся медицинские ограничения. Очевидно, что интеграция детей с патологией опорно-двигательного аппарата происходит гораздо легче, чем детей с нарушением зрения.

Для инвалидов-колясочников необходимо обеспечить условия для передвижения по школе, но саму школьную программу менять не нужно. А у моих подопечных свой путь к знаниям, свой путь к познанию мира. Этот путь не лучший и не хуже, чем у зрячих. Но он другой.

— Что происходит в том случае, если родители детей-инвалидов по зрению, несмотря на рекомендации специалистов, настаивают на их обучении в массовой школе?

— В соответствии с действующим российским законодательством все дети-инвалиды имеют право обучаться в обычных массовых школах. Последнее слово остаётся за родителями. Разумеется, очень важно знать мнение и самого ребёнка.

Таким образом, происходит так называемая «спонтанная инклюзия». Даже если наш Центр диагностики и консультирования направляет ребёнка в специальную школу, родители могут не согласиться с этим решением и настоять на его обучении в массовом учебном заведении по месту жительства.

— Что Вы думаете об этом явлении?

— В принципе я тоже являюсь сторонником инклюзивного образования. Уверена, что в долгосрочной перспективе всё больше детей с особыми потребностями будут учиться вместе со своими родственниками здоровыми сверстниками. Но необходимо учитывать следующие факторы. Во-первых, массовые российские школы пока, в основном, не готовы к адаптации «особенных» детей. У них нет для этого ни специалистов, ни оборудования, ни разработанных методик.

Во-вторых, говоря о развитии инклюзивного образования, необходимо не разрушить имеющуюся систему специальных школ, в том числе и школ для слепых и слабовидящих. В этих школах накоплен огромный опыт образования и воспитания учащихся с ограниченными возможностями здоровья. И этот опыт необходимо сохранять и развивать.

В-третьих, родители и опекуны детей должны понимать, что направление в специальные школы даётся после глубокого и всестороннего изучения возможностей каждого ребёнка. Я бы рекомендовала родителям прислушаться к нашим рекомендациям.

— Почему родители порой протестуют против направления их сыновей и дочерей в специальные школы?

— Здесь играют роль соображения престижа. Многим папам и мамам приятнее, когда их дети посещают массовые школы, а не специальные учебные заведения... Но в этом вопросе важно руководствоваться не родительскими амбициями, а интересами ребёнка.

— Является ли инклюзивное образование единственной формой интеграции детей-инвалидов в общество их относительно ровесников?

— Огромное значение имеют внешкольные мероприятия, совместное участие в спортивных соревнованиях, художественных конкурсах и т.д. Таким образом, зрячие учащиеся смогут познать достижения своих «особенных» ровесников. Они будут испытывать к ним не жалость, а уважение.

Этот загадочный «восьмой вид»

— Сима Григорьевна, хотелось бы спросить Вас о так называемых «классах восьмого вида».

— Как известно, в России действует довольно много специальных коррекционных школ «восьмого вида». В Советском Союзе их называли «вспомогательными школами». Речь идёт о школах для детей с нарушениями умственного и психического развития. Эти нарушения настолько серьёзны, что не позволяют ребёнку справиться с обычной школьной программой. Незрячие и слабовидящие дети, имеющие подобные проблемы, направляются в специальные «классы восьмого вида», действующие почти во всех школах для инвалидов по зрению. То есть обычная школа «восьмого вида» в данном случае не подходит. Необходима комплексная реабилитация, учитывающая и зрительные возможности, и особенности умственного и психического развития ребёнка.

— Не секрет, что в самих школах для незрячих и слабовидящих детей отношение к детям со сложной структурой нарушений неоднозначное...

— Вы подняли важную проблему! Среди инвалидов по зрению, в том числе и детей, имеется много предрасщудков в отношении товарищей по несчастью, имеющих зрительные и психические нарушения.

Необходимо проводить с учащимися разъяснительную работу, объяснять им, что мальчишки и девочки, обучающиеся в «классах восьмого вида», ничем не отличаются от них самих. Просто им приходится тяжелее, чем остальным. Нельзя превращать учащихся «восьмого вида» в изгоев!

— Вы много общаетесь с этой категорией школьников...

— Я всегда с удовольствием посещаю подобные классы. Да, эти учащиеся не способны освоить в полном объёме школьный курс математики или физики, но они обладают другими талантами. Многие из них достигают успехов в художественном творчестве, в адаптивной физической культуре, в овладении социальными-бытовыми навыками.

Проблемы в умственном и психическом развитии совсем не означают, что дети не способны к обучению. Они активно и успешно развиваются.

Недавно у меня произошёл remarkable случай. Одна из выпускниц «класса восьмого вида» вышла замуж за незрячего парня, которого я лично знаю и время от времени общаюсь с ним по работе. Молодая женщина знала о нашем знакомстве. Она специально позволила мне и попросила, чтобы я ни в коем случае не сообщала её супругу, что она обучалась в «классе восьмого вида»...

— Чего опасалась молодая жена?

— Девушка боялась, что её муж может посчитать её умственно отсталой и перестанет уважать, советовать с ней... Поэтому она и скрыла от него факт своего обучения в «особом» классе. Нам всем, к сожалению, не хватает толерантности! Необходимо понимать, что девушка может, к примеру, не осилить школьную программу, но стать хорошей женой и матерью... В любом случае учащиеся и выпускники «особых» классов достойны деликатного и уважительного отношения.

Найти своё место в жизни

— В конце нашей беседы хотел бы попросить Вас поделиться своими мыслями о реабилитации незрячих и слабовидящих людей. В каких случаях можно говорить об успешной интеграции инвалидов по зрению в общество?

— Об успешной реабилитации можно говорить тогда, когда человек нашёл своё место в жизни. Хотела бы в этой связи упомянуть замечательную супружескую пару: Мария Миркина и Максим Грехнев. Оба они являются инвалидами первой группы по зрению. Максим — тотально слепой. У Маши имеется небольшой остаток зрительных функций. Они работали в Санкт-Петербургской школе для слепых и слабовидящих детей. Там я в восьмидесять годы преподавала английский язык.

Потом Маша закончила филологический факультет Санкт-Петербургского университета, Максим — исторический факультет. Они создали прекрасную семью. Стали родителями двух очаровательных дочек. Сейчас Софья — три года, а Лизочке — шесть месяцев. Маша и Максим стали успешными преподавателями. Оба работают в Санкт-Петербургской вечерней школе для инвалидов по зрению. Маша преподаёт русский язык и литературу, Максим — историю.

У нас сложились дружеские отношения. Я неоднократно бывала у них в гостях. С Машей мы обмениваемся кулинарными рецептами. Максиму повезло, что его жена — хорошая хозяйка! Эти молодые люди успешно справляются с ролью родителей, и со служебными обязанностями, и с бытовыми делами.

— Сима Григорьевна, благодарю Вас за интересный рассказ! Успешная реабилитация инвалидов по зрению становится возможной в том числе и благодаря Вашей деятельности и работе Центра диагностики и консультирования. Хотелось бы пожелать Вам дальнейших успехов в этом благородном деле! ■

Фотографии автора

Registered Nurse, или Записки американской медсестры Скорей бы ночь прошла — и снова на работу!

Елена Филатова

Эта моя сестра (родная, не мед ☺) так шутит, когда приползает с работы и падает в кровать. А вот американские медсестры идут вторыми в списке профессий, чьи представители чувствуют себя на работе, мягко говоря, неудобно. Первое место, кстати, занимают сторожа и охранники. Вот ссылка — поинтересуйтесь. <http://www.careerbliss.com/facts-and-figures/happiest-and-unhappiest-jobs-17/>

Это я сейчас могу сказать, что съела собаку на медсестринской работе, но в самом начале своего боевого пути, когда я только-только приступала к этому блюду, в колледже мы все должны были пройти так называемую «профессиональную ориентацию». Заключение она в том, что всех аспирантов зачислили в большой зал, где перед нами выступали медсестры и рассказали, чего можно и нужно ожидать от будущей карьеры.

Лейтмотивом всех выступлений было «чувство глубокого удовлетворения» выбором карьеры и уверенности в том, что, несмотря на все ужасы, ожидающие нас на тернистом пути к ней — стресс, хронический недосып и столь же хронический вывих волос, — я пропитаю успех.

Мы сидели, покорно слушали, ужасались в нужных местах. Долой дело до вопросов из публикации. И тут одна тётенька выступила: «Я подумывала подавать документы на медсестринский факультет, но вы меня разочаровали. Выходит, что вместо того, чтобы олицетворять собой здоровый образ жизни, медсестры недосыпают и стрессуют. Мне это не подходит». Встала и демонстративно вышла. Мы все похлопали глазами, повертели пальцами у виска — в том смысле, что вот люди дают, совсем с ума походили — и бросились в учёбу, как в омут. А потом точно также и в работу. А ведь права была та странная тётенька! Стресс и недосып — наши лучшие друзья, и о здоровом образе жизни приходится только мечтать.

Меня часто спрашивают студенты, проходящие у нас в отделении практику: «А что, работать легче, чем учиться?» Ну это примерно как сравнивать свойства ёжиков и садовых тачек... но я исправно отвечаю, что да, легче, потому что наконец платят тебе, а не наоборот. И действительно, американский народ в медсестры просто ломится. Мы всюду требуемся, и число

Стресс

А кому сейчас легко, спросите вы и будете, безусловно, правы. Но в нашем спецификальном ежедневном круговороте, как в центре вращаются все обычные стрессовые факторы: разгоняются до бешеной скорости и приобретают прямые размеры.



жаждущих работодателей растёт не по дням, а по часам. Работа наша прекрасно оплачивается. Медицинская страховка у нас — по самому высшему разряду. Да и работа интересная. Но очень редко счастливым выпускникам, наконец-то получившим лицензию, приходит в голову, что их мучения совсем даже не закончились, а только начинаются.

Вот на эту жизнерадостную тему я сегодня и хочу с вами побеседовать, дорогие читатели. Как развиваться, дорогие читатели. Как развиваться, дорогие читатели. Как развиваться, дорогие читатели.



Стресс

А кому сейчас легко, спросите вы и будете, безусловно, правы. Но в нашем спецификальном ежедневном круговороте, как в центре вращаются все обычные стрессовые факторы: разгоняются до бешеной скорости и приобретают прямые размеры.



Вопреки тому, как мы (в широком смысле медицина) и родственники больного видят его непосредственное будущее. Я уже много раз писала о наших «живых трупах», лежащих в «овощном отделе»: вместо того, чтобы отпустить больного с миром, родственники настаивают на подключении его к вентилятору в надежде на чудо, которого не случается. Меня в таких случаях угнетает бессмысленность моих действий как профессионала: от смерти же не выключить, а мучения больного продлеваются!

Жалко бывает больных буквально до слёз. Особенно в онкологии, когда успеешь привязаться к больному, пока они годами, бываете работают с раком. Или когда молодые умирают у тебя на руках. Я помню, у меня была юная пациентка, умирающая от опухоли мозга, так она матери всё говорила: «Мама, я говорю, отпусти меня, дай умереть».

Рыдали все, включая меня.

Сломанные руки, шеи, спины и жизни

Работа медсестры предполагает недюженую физическую силу и сноровку. Нам то и дело приходится «круглые подкатить, плоское оттащить», а то и наоборот. Наши палаты под завязку набиты всякой аппаратурой — больные еле помещаются — а уж мы и подавно. Всё время куда-то подлезает, что-то подсовываем, пристраиваем, прикручиваем...

Самое тяжёлое и чревато опасностями занятие — переключать больных. На это счёт существует множество подробных инструкций, и в принципе можно довольно легко перевернуть тяжёлого дядю или переложить его с каталки на кровать. Но это в том случае, если дядя следует указаниям, не кусается, не лягается, не шпилется, не норовит выпрыгнуть из кровати и не зовёт на помощь, посчитав, что мы его собираем кастрировать (был у меня однажды такой нервный дедушка 89-ти лет). Мы обычно таких резвых воруем целой командой, и всё равно, что называется «нет-нет да и да». То больная «в незнание» вывернет медсестру руку, то дернет за ворот так, что чуть не сломаёт шею — именно поэтому мы свои стетоскопы носим в карманах, а не на шею — то просто что-то само по себе хрустнет, щёлкнет и выйдет из строя.

Часто бывает, что после серьёзной травмы медсестра или становится хроником и подсаживается на болеутоляющие препараты, или вообще бывает вынуждена менять род занятий. Я сама испила из этой горькой чаши после того, как на меня свалился здоровенный больной, а я сдуру его подержала и не дала упасть. Честно, признаюсь, я отнюдь не феея по комплекции, но этот дядя был ого-го, и моя спинка составляла свой график, что мы можем быстро со слезами на неделю в отпуск, не беря отпускные дни. Да и на работе появляясь на два дня меньше в неделю, что тоже радует.

Хуже всего приходится ночной смене. Я, как ветеран, могу сказать, что моя «соображалка» ночью работала в три раза хуже, чем обычно. А даже стала сомневаться в своей профпригодности: ну не варит голова, и всё. Ночью работают и поддерживают высокий уровень сервиса. Мы и правда, что-то вроде официантов, только чаевые не даю!

Ещё один фактор стресса, неотъемлемый от нашей профессии —

Хроническая усталость

В нашем отделении мы работаем три дня в неделю по 12 часов. Обычно люди непосвящённые, услышав о таком графике работы, начинают нам завидовать белой завистью. В действительности же нас еле-еле хватает на эти 36 часов. Во-первых, вовремя с работы мы почти никогда не уходим: всё время что-нибудь да случается. Особенно тяжело, когда нашими лечащими гастроэнтерологами даётся представление из разряда «У моего батюшки и сливочки на столе не стоят». Но наше отделение тяжёлое, и чаще всего «пациент скорее мёртв, чем жив»: лежит на вентиляторе и в минуты просветления норовит выдернуть интубационную трубку — это худшее, на что они способны. Но недостаток негативных эмоций со стороны больных с лихвой компенсируется их избытком, исправно поставляемым семьями. Оно, конечно, понятно — и у них страшный стресс, так что всякое бывает, но нам от этого не легче.

Ну и жалуются на нас, конечно. Иногда справедливо, но чаще всего — просто чтобы отвести душу. Не так вошла, не так посмотрела, не так встала и уж совсем не так что-то сделала (или не сделала). А ругаться с ними нам Заратустра не позволяет — мы обязаны олицетворять собой нашу славную больницу и поддерживать высокий уровень сервиса. Мы и правда, что-то вроде официантов, только чаевые не даю!

Ещё один фактор стресса, неотъемлемый от нашей профессии —

Хроническая усталость

Хуже всего приходится ночной смене. Я, как ветеран, могу сказать, что моя «соображалка» ночью работала в три раза хуже, чем обычно. А даже стала сомневаться в своей профпригодности: ну не варит голова, и всё. Ночью работают и поддерживают высокий уровень сервиса. Мы и правда, что-то вроде официантов, только чаевые не даю!

Ещё один фактор стресса, неотъемлемый от нашей профессии —

Сломанные руки, шеи, спины и жизни

Хроническая усталость

Хуже всего приходится ночной смене. Я, как ветеран, могу сказать, что моя «соображалка» ночью работала в три раза хуже, чем обычно. А даже стала сомневаться в своей профпригодности: ну не варит голова, и всё. Ночью работают и поддерживают высокий уровень сервиса. Мы и правда, что-то вроде официантов, только чаевые не даю!

Ещё один фактор стресса, неотъемлемый от нашей профессии —

Хроническая усталость

Хуже всего приходится ночной смене. Я, как ветеран, могу сказать, что моя «соображалка» ночью работала в три раза хуже, чем обычно. А даже стала сомневаться в своей профпригодности: ну не варит голова, и всё. Ночью работают и поддерживают высокий уровень сервиса. Мы и правда, что-то вроде официантов, только чаевые не даю!

Ещё один фактор стресса, неотъемлемый от нашей профессии —

Хуже всего приходится ночной смене. Я, как ветеран, могу сказать, что моя «соображалка» ночью работала в три раза хуже, чем обычно. А даже стала сомневаться в своей профпригодности: ну не варит голова, и всё. Ночью работают и поддерживают высокий уровень сервиса. Мы и правда, что-то вроде официантов, только чаевые не даю!

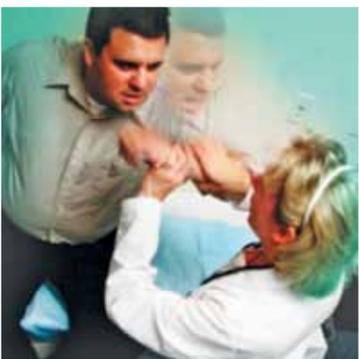
Сломанные руки, шеи, спины и жизни



Несмотря на поэтическое название, он самый страшный — значит, что больной или родственники принесли нож или пистолет. В этом случае главное — чтобы никого не взяли в заложники, и у нас под столом секретаря даже есть тайная кнопка вызова охраны — они заходят вроде бы невзначай и действуют по ситуации.

Биологическая война

У нас по умолчанию очень сильная иммунная система — а то не выживешь. Кроме того, обычно больных, которые выделяют супербактерии и вирусы, держат в условиях изоляции: прежде чем войти к ним в палату, мы должны облачиться в специальный защитный халат и натянуть перчатки.



Иногда — при туберкулезе или птичьим гриппе — требуется специальный респиратор. Но и тут случаются проколы. Иногда проработаешь с больным день, на следующий приходишь — а он уже на изоляции, потому что анализ пришёл положительный на какую-нибудь бяку. А ведь я вчера ему куда только не залезала!

Надо признаться, что меня бог миловал — ничем экзотическим я от больных не заразилась, хотя знаю людей, подхвативших суперстафилококк, несмотря на все препоны и рогатки. Мой личный опыт ограничивается одним кишечным вирусом, правда убойной силы, после которого мне пришлось перекрашивать дома ванную... душераздирающие подробности домыслите сами.

Чаще мы подхватываем такие радости, как чесотку: я сама имела счастье с ней близко познакомиться уже дважды, так что теперь, если в отделение поступает больной с подозрительными кожными проявлениями, зовут меня как специалиста, чтобы я определила, чесотка это или нет.

К сожалению, сами средства «барьерной защиты» (то есть перчатки и халаты) от микробов иногда становятся источником другого профессионального заболевания: аллергии на латекс. Для

таких несчастных есть виниловые перчатки, но этого латекса в больницах где только нет: катетеры самых разных назначений, дренажи для ран и так далее. Так что сложно за всем углядеть, и народ иногда уходит из профессии именно из-за латекса. У нас в больнице не разрешается приносить в палаты обычные воздушные шары, чтобы не усугублять латексную ситуацию. Можно только шары из фольги.



Иглокальвание, только, увы, не терапевтическое

Отдельный случай — когда поранишься при инъекции. Причины разные — больной дернулся, рука соскочила, торопилась, отвлеклась — ну вам ясно, короче. И тут начинается просто сказка с продолжением. По правилам в этом случае положено составить протокол, потому что это подпадает под категорию несчастного случая на производстве, и идти в лабораторию сдавать кровь. А ведь так просто не уйдёшь: больных надо на кого-то оставить, всё рассказать и объяснить, а у тех, кому ты их подсовываешь, своих больных под завязку! Так что если больной не со СПИДом или гепатитом, связываться в эту историю просто неохота.

А вообще-то статистика просто в дрожь бросает: по данным американской комиссии, отвечающей за соблюдение техники безопасности на рабочем месте, ежегодно 600 тысяч медсестёр рянут себя иглами. Если проделать нехитрые

вычисления, то получается, что каждый день таких насчитывается 1132 человека.

Однажды я сама внесла свой скромный вклад в это дело, правда, статистикой он и остался, не зафиксирован. Я случайно укололась, но без больного: просто промазала мимо флакона и всадила иглу себе в руку. Ну что же я себе враг заявлять о происшедшем? Игла чистая, флакон чистый, совесть, значит, тоже. Так что я злостно скрыла факт иглокальвания от начальства.

Излишества нехорошие всякие

Работая что называется «на износ», медсестры, что вполне естественно, жаждут расслабиться в промежутках. Многие, особенно молодое поколение, очень ревностно относятся к фитнесу, и чуть ли не после каждой смены мчатся в спортзал. Это здорово. Но многие ищут забвения в алкоголе и наркотиках. Мой знакомый медбрат, например, не засыпает без бутылки пива. Бывает — но не в нашем районе — что медсестры воруют наркотики для домашнего пользования. Это, правда, очень быстро выходит наружу, потому что учёт компьютеризован, и видно, кто и что брал, как часто и для какого больного. Для таких случаев есть внутрибольничная «служба спасения» — сдаёшься туда, и тебя лечат от вредных привычек с сохранением рабочего места. Гуманно, правда? Это если самой признаться, а если другие поймают — вылететь с работы в один момент.

Чем же мы спасаемся?

Ну, во-первых, юмором, иногда чёрным, но без смеха в нашем деле просто не прожить. Тут одно из двух: либо плакать, либо смеяться, поэтому мы просто из чувства самосохранения инстинктивно выбираем второй вариант. Хорошо,



если дома у тебя есть понимающая аудитория: придёшь домой с перекошенной рожей, а тебя встретят, накормят, выслушают и утешат.

Очень помогают собаки и коты. У одной медсестры из моего отделения — она молодая незамужняя девчонка, живёт одна — есть собака по кличке Лютик. Так вот, Лютику, по-моему, скоро потребуются психотерапия, потому что её мама каждый день, приходя с работы, вываливает на бедное бессловесное создание всё, что наболело. А ещё одна семья, где муж и жена оба медсестра и медбрат, имеет двух собак с именами Реланиум и Седуксен и кота, которого зовут Феня — сокращённо от Феназепам.

Ну и на самый крайний случай у меня — совершенно непьющего в обычных условиях человека — в морозильнике припасён шкалик водки! ■



ISBN: 978-5-905212-43-7
117 стр. Мягкий переплет. Цветные илл.
Тираж 1000 экз.
По вопросам приобретения обращаться по тел.: +7 (916) 160-93-43 Иван Сергеев

Книги от издательства «Апрель»

Интраокулярная коррекция афакии

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 — «Фактоэмульсификация» — 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.

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

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