



КОНФЕРЕНЦИИ



XIII Международный конгресс Российского глаукомного общества

с. 4

СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА



Правовые вопросы работы офтальмолога

с. 6-7

ЮБИЛЕЙ



К 95-летию со Дня рождения Вениамина Васильевича ВОЛКОВА

с. 8-9

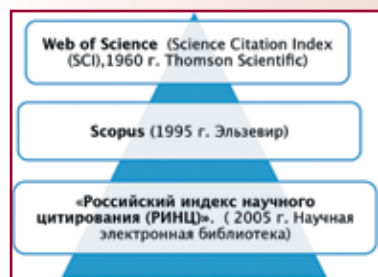
МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ ГЛАЗАМИ МОЛОДЫХ



Смартфоны в офтальмологии

с. 14-15

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Как повысить показатели цитирования?

с. 24-26



Визит Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой в МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

8 февраля 2016 г. Министр здравоохранения Российской Федерации **Вероника Игоревна Скворцова** с рабочим визитом посетила ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ. Министра сопровождали заместители – **Яковлева Т.В.**, **Краевой С.А.**, председатель Федерального фонда ОМС **Стадченко Н.Н.**, помощник Министра **Зверева И.Э.**, директор Департамента инновационного развития и научного проектирования **Румянцев С.А.**, директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела **Камкин Е.Г.**, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении **Семенова Т.В.**, директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций **Салагай О.О.**, советник руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения **Кондратьев Ю.А.**

Министра и сопровождающих лиц встречал генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» профессор **Чухраев А.М.** и заместитель генерального директора профессор **Ходжаев Н.С.**, **Лимбир Ю.Л.**, **Егоров В.И.**, главный врач **Соболев Н.П.**, ученый секретарь **Иойлева И.Э.**, руководители научно-лечебных структур учреждения.

Рабочая поездка Министра началась с возложения цветов к мемориалу академика С.Н. Федорова – основателя МНТК «Микрохирургия глаза». В этом году крупнейшему офтальмологическому комплексу России исполняется 30 лет.



На протяжении всего визита Министр проявила высокий профессиональный интерес к лечебной и научно-образовательной работе комплекса, организационным аспектам работы подразделений, механизмам их взаимодействия в решении различных задач. В течение трех часов она детально ознакомилась не только с показателями работы того или иного подразделения, но и, оценив перспективность обсуждавшихся вопросов, поручала руководителям соответствующих профильных департаментов определить форму и характер их участия в решении поставленных вопросов. Вероника Игоревна задерживалась в кругу врачей и научных сотрудников, которые делились с ней успехами в освоении прорывных инновационных технологий и разработке собственных методик, новыми научными планами.

«*Наш визит в МНТК «Микрохирургия глаза» был важен для понимания той роли, которую играет ваше учреждение, включая все региональные филиалы в системе организации здравоохранения медицинской помощи в современной России, в России 2015-2016 гг., и какова эта роль должна быть в ближайшей перспективе.*»

В.И. Скворцова



В ходе встречи Министр посетила Лечебно-диагностический центр, ознакомилась с работой диагностической линии, где ежедневно проходит обследование более 300 пациентов. Диагностическая линия является ноу-хау МНТК, так как позволяет работать с большими потоками пациентов без потери качества диагностики.

Продолжение >>> с. 2-3



Продолжение. Начало >>> с. 1



Визит Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой в МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

Следующим пунктом программы Вероники Игоревны Скворцовой стало посещение операционной МНТК, в которой расположена знаменитая федоровская «ромашка». Высочайшая квалификация хирургов, сотни тысяч операций, выполняемых в МНТК с использованием самого современного высокотехнологичного оборудования, дают возможность ежегодно возвращать зрение почти 260 000 россиян.



«Мы посмотрели совершенно уникальные операции на уникальном оборудовании, которые очень впечатлили меня и моих коллег».

В.И. Скворцова



Глава министерства имела возможность видеть на дисплее операционной ход выполняемых малоинвазивных микрохирургических операций на переднем отрезке глаза с использованием фемтолазера и на заднем отрезке глаза с применением 27G эндовитреальной технологии. Руководство Минздрава также посетило единственный в своем роде панорамный зал «Купол» над операционной, где наблюдало за ритмичной и слаженной работой офтальмохирургов.



«Мы сегодня увидели потрясающие технологии, замечательные диагностические возможности, продуманность организационной работы. Но самое сильное впечатление от сегодняшнего посещения МНТК на меня произвела необыкновенная, я бы сказала, творческая аура, несущая в себе отблески великого человека Святослава Николаевича Федорова. Вам

всем повезло, особенно старшему и среднему поколению, которое работало при этом знаменитом человеке. Повезло, потому что Святослав Николаевич опережал свое время минимум на полвека, он был гением не только в офтальмологии и медицине. Это был стратег, который понимал, как организационно выстраивать медицинский профиль в такой великой стране, как наша, с огромной территорией, с разной плотностью населения, с проблемами территориальной доставки и с массой других особенностей. То, что Федоров тогда задумал, поистине неоценимо: создания сети, которую потом уже намного позже транслировали по другим отраслям, переход на ресурсосберегающие технологии, система фактически амбулаторной хирургии, дневных стационаров, с высвобождением огромного количества неправильно, неэффективно растроченных ресурсов, создание гостиниц при этих точках, технологическая организация операционной и диагностической деятельности. Это все по тем временам было пионерским направлением, не понятным до конца не только отрасли, но другими структурами государства. Это был мощный сток, который создал своей энергией, своим интеллектом то, что мы сейчас видим. Вам всем повезло соприкоснуться с этим человеком, он вас осветил на всю последующую жизнь.

Конечно, очень сложно после смерти такого столпа, человека, который зажигал вас всех, понести это знамя дальше. Были сложные годы. Я очень рада, что то, что мы увидели сегодня, это не то, что было четыре года назад. Я хотела бы поблагодарить генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза» профессора Александра Михайловича Чухрайёва за то, что этот смелый и мужественный человек возглавил учреждение очень высокого уровня со всей филиальной системой, сумел сохранить преемственность поколений всех исторических эпох и дать новый импульс для развития офтальмологии. Мы старались выделить ресурсы всем нашим федеральным учреждениям, но не все смогли их использовать так, как надо. А вы смогли! Здесь вы, Александр Михайлович, ваша административная команда очень четко сработали. Александр Михайлович сумел сохранить те жемчужины, заслуженное и легендарное старшее поколение, никого не обидев, всем дать возможность продолжать деятельность, самим и через своих учеников».

В.И. Скворцова



В кабинете-музее акад. С.Н. Федорова была организована встреча Министра с молодыми учеными МНТК, во время которой обсуждались вопросы государственной поддержки молодых специалистов. Глава Минздрава оставила памятную запись в книге почетных гостей музея.

В ходе визита Вероника Игоревна Скворцова ознакомилась с образовательной деятельностью МНТК «Микро-



хирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова: работой Научно-образовательного центра, операционным тренажерным залом WETLAB, где молодые врачи и специалисты, проходящие переподготовку, обучаются современным офтальмохирургическим технологиям. Ежегодно в МНТК проходят обучение в ординатуре 60 человек, в аспирантуре – 45 человек, на циклах повышения квалификации обучаются 850 врачей-офтальмологов практически из всех регионов страны. В залах WETLAB проводятся практические занятия по приобретению навыков и опыта работы с операционными микроскопами, современной хирургической аппаратурой, микроинструментарием, шовным материалом, а также освоению и совершенствованию микрохирургической техники выполнения отдельных этапов различных офтальмологических операций на изолированных глазах животных.

Министр посетила отдел трансплантационной и оптико-реконструктивной хирургии переднего отрезка глазного яблока. Глава Минздрава осмотрела палаты, пообщалась с пациентами и медперсоналом.

ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» обладает самым большим опытом в России по проведению кератопластики: за 30 лет работы выполнено свыше 16500 операций пересадки донорской роговицы.



«Хочу поблагодарить вас за совершенно замечательный труд, поблагодарить за то, что после ухода Святослава Николаевича вы сохранили все основные тенденции его работы. И надеюсь, то, что мы сейчас видим, будет мощным стимулом к дальнейшему развитию. Вы на правильном пути. Вместе с Министерством здравоохранения мы доработаем нашу общую программу развития с учетом выхода вас на статус Национального центра по офтальмологии, головного центра в нашей стране, включая вашу расширенную инфраструктуру».

В.И. Скворцова

В МНТК «Микрохирургия глаза» действует крупнейший в России Глазной банк, располагающий новейшим медико-технологическим оборудованием для проведения широкого спектра фундаментально-прикладных исследований. Банк входит в Европейскую ассоциацию глазных банков.



Завершением официального мероприятия стала встреча Министра с врачами и учеными, руководством МНТК в конференц-зале учреждения. Неподдельный интерес у присутствующих вызвал видеобзор инновационных технологий МНТК, который продемонстрировал широкую палитру современных хирургических технологий головной организации и десяти филиалов комплекса – от Хабаровска до Санкт-Петербурга. Генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» профессор Чухраев А.М. представил доклад о результатах работы комплекса за 2015 год.



Подводя итоги визита, Вероника Игоревна отметила: «Сейчас мы прожили, как нам представляется, самые тяжелые исторические эпохи, с учетом нынешней кризисной ситуации, сложности, в которую попала страна и в международном политическом направлении. Но мы – цельная страна, мы целно развиваемся, у нас единые цели и задачи. К счастью, девяностые годы остались позади, мы фактически снова поднимаем федеральные учреждения на забытый очень высокий пьедестал. Сейчас идет подготовка законодательной базы под создание национальных научно-исследовательских медицинских центров, головных профильных центров, которые на себе должны держать всю гроздь профильных учреждений. Безусловно, МНТК со всей филиальной системой находится на особой высоте. Поэтому, если мы на его базе будем создавать Национальный центр, то головные функции будут подразумевать, что вы не будете только управлять ситуацией через свою филиальную систему, но и все остальные учреждения, организации офтальмологического профиля, начиная от федерального, заканчивая региональными отделениями, областными, краевыми, республиканскими, будут под вашим началом. И вот это совершенно новая функция, которая потребует особого государственного задания. Нам очень важно, чтобы вы сумели поднять уровень офтальмологии в стране в каждом из 85 субъектов Российской Федерации на тот уровень, на котором находятся ваши региональные центры. Вытягивающие технологии должны быть постоянно в развитии и дальше потом тиражироваться, опускаться вниз в систему. Ваша задача – быть локомотивом, и она обязательно в дальнейшем будет зафиксирована законодательно. Что это потребует от вас, каких дополнительных опций в вашем функционировании?»

Во-первых, очень хорошей системы информатизации. Компьютеризация не просто вашего Центра и всех филиалов, а поскольку мы проводим сейчас информатизацию здравоохранения всей страны, нам нужно, чтобы вы были связаны со всеми офтальмологическими подразделениями страны. У вас должен работать круглосуточный телемедицинский центр, консультативно-диагностический центр, где разместятся специально выделенные сотрудники, которые при необходимости будут проводить дистанционные консультации высокого уровня по всей стране. При сложной операции на месте, специалисты будут следить за ходом операции, используя все визуальные возможности, корректировать, направлять.

Следующий момент – это образование. Важно, чтобы вы в своей структуре имели профильный центр аккредитации офтальмологов для всей страны. Хочу напомнить, что по закону с этого года мы начинаем аккредитацию медицинских работников. Аккредитация – это личный допуск каждого, кто входит в систему, с указанием тех видов медицинской деятельности, к которым человек допущен. Вы и ваши филиалы будут центрами этой вторичной аккредитации офтальмологов и реаккредитации, которую проводят минимум через пять лет по специальным системам (принцип американско-европейский – трехуровневый экзамен: тест в виде ЕГЭ с видеомониторингом, где компьютер выберет индивидуальную программу, симуляционный центр и ситуационные задачи, связанные с конкретной патологией). Нам с вами нужно, чтобы врачи



прошли аккредитацию. Для этого мощностная образовательная структура должна быть существенно усилена. Речь идет не только о платных курсах, но и о том, что последипломное образование, которое будет проводиться на вашей базе, обучение в целевой ординатуре тех, кого вам представляют регионы, должно осуществляться бесплатно, тем самым вы будете пополнять кадры нашей страны. Мы с этого года включили новый механизм в рамках медицинского образования – медицинский сертификат, который оплачивается из территориальных фондов ОМС. Деньги идут за обучающегося, который выбирает центр и проходит образовательную программу и стажировку.

Мы хотели пересмотреть ваше государственное задание с учетом тех мощностей, которые вы должны приобрести, если соответственно берете на себя головные функции.

«Мы специально дали МНТК новую организационную форму, автономную, потому что, с одной стороны, не планируем сокращать вам государственное задание, нам важно дать вам большую свободу с учетом вашей востребованности».

Генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» Чухраев А.М. выразил благодарность Министру здравоохранения Скворцовой В.И. за высокую оценку работы коллектива комплекса, за внимание и поддержку Министерства здравоохранения к проблемам офтальмологии. Александр Михайлович пожелал всем участникам встречи новых, добрых, созидательных дел.

Следует отметить, что визит главы Минздрава в День российской науки – глубоко символичен.




КОНФЕРЕНЦИИ

Тринадцатая пятница декабря!

В декабре 2015 г. в Москве состоялся XIII Международный конгресс Российского глаукомного общества (РГО), который традиционно стал незабываемым событием в области глаукоматологии и собрал около 1200 единомышленников из России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Приветственное слово президента РГО профессора Егорова Е.А. (Москва) ознаменовало начало мероприятия и вдохновило участников на увлекательное проведение времени. В рамках доклада открытия состоялось вручение почетной медали РГО «Академик Аркадий Павлович Нестеров», лауреатом которой по итогам независимого голосования стал профессор Страхов В.В. (Ярославль), которого она «нашла» за исследования в области патогенеза глаукомы. «Изюминкой» приветственного симпозиума стало выступление рабочей группы оргкомитета конгресса «Лица глаукомы: письма из прошлого...», в котором авторы напомнили о выдающихся деятелях отечественной глаукоматологии прошлых столетий.

Рассказ о мероприятии такого масштаба – благодарное дело, так как связан с необходимостью повествования о более чем 100 докладах, сгруппированных в 20 секций. Остановимся лишь на некоторых сообщениях. Симпозиумы, один увлекательнее другого, «мчались» в стенах отеля Холлидей Инн Сокольники до самого вечера. Залы были заполнены, свободных мест не было, и ни один участник не остался равнодушным к происходящему. Симпозиум «HRT/Spectralis-клуб, Россия 2015 – технология, ставшая незаменимой!» пользовался традиционной популярностью, поскольку освещаемые в его рамках технологические новшества имеют не только высокую диагностическую ценность, но и позволяют проследить взаимосвязь морфологических и функциональных изменений при глаукоме, упорядочивая наши представления о характере течения этого заболевания. Необычным стало выступление трио **Брежнев А.Ю.** (Курск) – **Куроедов А.В.** (Москва) – **Лоскутов И.А.** (Москва), в котором авторы постарались подробно ответить на гипотетические письма своего пациента о дальнейшей судьбе процесса его лечения, приведя весомые аргументы, подкрепленные данными отечественных и зарубежных исследований, в поддержку той или иной схемы гипотензивной медикаментозной терапии. Симпозиум «Почему глаукоме нужно оперировать?» собрал врачей из ведущих офтальмологических клиник России, Испании, Турции и Индии. Живой интерес аудитории вызвал доклад **Arriola E.** (Испания), в котором автор выразила мнение о том, что выбор хирургии зависит не только от уровня офтальмотонуса и периметрических показателей, но и от остроты зрения пациента. Так при глаукоме с высокой остротой зрения предлагалось выполнение проникающих методов хирургии с применением митомицина С, а при низком зрении – трансклиарной фотокоагуляции. В следующем докладе доктор **Ariga M.** (Индия) представил индийский опыт лечения вторичной глаукомы с использованием шунта Aurolab, который в отличие от клапана Ахмед в меньшей степени подвергается инкапсулированию, что было подтверждено гистохимическими исследованиями теноновой капсулы.

На симпозиуме, посвященном проблеме «сухого» глаза, свободных мест не было. Основное внимание было приковано к выступлению академика РАН **Бровкиной А.Ф.** (Москва). Доклад был посвящен достаточно актуальной, однако мало обсуждаемой на сегодняшний день проблеме современной офтальмологии и эндокринологии – отечному экзофтальму, сопровождающемуся офтальмогипертензией и синдромом «сухого» глаза (ССГ). В академической манере был представлен патогенез развития экзофтальма, причины повышения офтальмотонуса и развития ССГ у данной категории пациентов. Были указаны ключевые отличительные признаки офтальмогипертензии от глаукомы, а также алгоритмы терапии данной патологии. Сделан акцент на «пульс-терапии» глюкокортикоидами, которая является методом выбора отечного экзофтальма, а также изменении состава слезы и объема ее продукции слезной железой. Профессор **Майчук Д.Ю.** (Москва) рассказал о современных возможностях защитной и противоотечной терапии в лечении эпителиопатий при аденовирусных и герпетических инфекциях в зависимости от стадии заболевания, привел возможные схемы терапии. Обзор доступных на сегодняшний день «заменителей слезы» представил профессор **Бржеский В.В.** (Санкт-Петербург). Представлено деление «искусственных слез» в зависимости от уровня



вязкости, наличия консервантов, а также содержания гиалуроновой кислоты в препарате, а также возможности терапии ССГ с учетом характеристик слезозаменителей. Интерес к заседанию был вызван харизматичностью каждого из докладчиков, а также безусловной актуальностью затронутых вопросов.

Который год не стихает интерес к правовым вопросам работы офтальмолога, которые были подняты на симпозиуме с соответствующей тематикой при участии не только врачей, но и непосредственно юристов. В докладе, представленном адвокатом **Жировой М.Ю.** (Самара), был подробно прокомментирован Приказ Минздрава РФ «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Профессор **Догадова Л.П.** (Владивосток) затронула вопрос о выдаче заключения о способе родоразрешения у беременных с миопией и периферическими дистрофиями сетчатки, которое до настоящего времени не имеет законодательных документов, четко регламентирующих действия врача-офтальмолога.

В завершении прошла традиционная лотерея с вручением ценных и памятных призов самым преданным участникам конгресса. Президент РГО и члены оргкомитета выразили благодарность всем посетителям и расстались до следующего года с неизменным обещанием встретиться вновь в первую пятницу декабря.

По материалам участников конгресса,
декабрь 2015 ©





СТИЛЛАВИТ®

гиалуронат натрия + D-пантенол + хондроитина сульфат натрия



Сухой воздух
в офисе



Вождение
автомобиля *



Работа за
компьютером

ПРИНОСИТ ОБЛЕГЧЕНИЕ ПРИ СУХОСТИ И РАЗДРАЖЕНИИ ГЛАЗ



ДЛЯ ТЕХ, КТО ЕЖЕДНЕВНО ПОЛЬЗУЕТСЯ ГЛАЗАМИ



- Увлажняет и восстанавливает поверхность роговицы и конъюнктивы
- Устраняет дискомфорт при ношении контактных линз (можно использовать при ношении всех типов контактных линз)
- Снимает усталость при интенсивной зрительной нагрузке

Рег. уд. № ФСР 2009/05440 от 14.08.2009 г.

* Перед использованием ознакомьтесь с инструкцией по применению.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Реклама



АО «Нижфарм» 603950, Российская Федерация, Нижний Новгород, ГСП-459,
ул. Салганская, 7; тел.: +7 831 278 8088, факс: +7 831 430 7213;
e-mail: med@nizhpharm.ru





Правовые вопросы работы офтальмолога

Целью данного симпозиума, проводимого в рамках XIII Международного конгресса Российского глаукомного общества, стало желание откровенно поговорить о том, как и когда несоответствия ожиданиям пациента вкупе с невниманием врача превращаются в реальную судебную практику

В симпозиуме принимали участие: федеральный судья в отставке Павлова Г.В. (Москва), к.м.н. Карлова Е.В. (Самара) проф. Догадова Л.П. (Владивосток), к.ю.н. Морозова Н.А. (Новосибирск) и к.ю.н. Жирова М.Ю. (Самара)

ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ВРАЧУ: ПОДАРОК ИЛИ ВЗЯТКА?

Морозова Н.А. Академия следственного комитета РФ, кафедра уголовного права (Новосибирск)

Первое, что может признаваться взяткой и что наиболее часто встречается, безусловно, деньги. Наряду с этим взяткой признаются акции, облигации, ценные бумаги, услуги или работы, выполняемые в интересах взяткополучателя, если их можно оценить с материальной точки зрения, «взятка борзыми щенками», т.е. имуществом. И один из специфических предметов взятки, когда у нас нет услуг и имущества - переуступка права требования по долгам, инвестиционным договорам и т.п.

Перейдем к нормативной базе, которая предусматривает ответственность за взятничество. В первую очередь, мы рассматриваем примечание к ст. 285 УК РФ, которое определяет, кто является должностным лицом, и, как следствие, кого мы можем привлечь за получение взятки.



Общее понятие должностного лица связано с выполнением определенных функций, в частности, представителя власти, организационно-распорядительных или административно-хозяйственных функций. В отношении врачей мы говорим по большей части об организационно-распорядительных функциях, поскольку врач принимает решения, которые несут юридические последствия.

Под юридическими последствиями понимается возникновение, изменение и прекращение чьих-либо прав или обязанностей, зависящих от решения врача.

Кроме этого, статья 290 УК РФ напрямую предусматривает уголовную ответственность за получение взятки.

Для того чтобы понять, относится ли врач к должностным лицам, мы обращаемся к постановлениям Пленума Верховного Суда РФ от 2009 и 2012 гг., которые посвящены вопросам коррупционной направленности. В них мы увидим, что врач будет признаваться лицом, наделенным организационно-распорядительными полномочиями в тех случаях, когда он принимает решения, влекущие юридические последствия.

Статьи 69 и 70 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» предполагают, что у нас есть такое понятие, как лечащий врач, который самостоятельно определяет тактику и методику лечения своего пациента, выдает заключение о временной нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней и проводит экспертизу временной нетрудоспособности. Именно слово «экспертиза» и врач как эксперт дает нам основание говорить о том, что он на этот момент становится должностным лицом. Это подтверждается и материалами судебной и следственной практики.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся случаи взятки в отношении медицинских работников.

Топ-лидер взятки, которые рассматривает судебная практика, – это взятки за больничные. В данном случае мы

видим целый комплекс правовых последствий, который идет от незаконной выдачи больничного: это невозможность уволить пациента, пока он находится на лечении, невозможность привлечь его к дисциплинарной ответственности со стороны работодателя, обязательства со стороны фонда социального страхования по выплате социального пособия на время нетрудоспособности пациента. Поэтому мы говорим, что получение денег за больничный равнозначно взятке.

Следующий пример, когда к врачу подходят добросовестные или не очень граждане и просят написать справку о том, что ребенок болеет и поэтому не может пойти служить в армию или что он по уважительной причине пропустил занятия, поставить печать для водительской комиссии и т.п. – это относится к фальсификации медицинских документов. Если врач получает вознаграждение за подобные действия, однозначно это признается взяткой.

Следующий пример, когда врач берет деньги за госпитализацию больного, а не за лечение, которое за этим последует, влетит правовые последствия в виде обязательств лечебного учреждения перед пациентом и возникновения у пациента прав, которые предусмотрены законом об охране и здоровье граждан. И это тоже признается взяткой.

Ситуация, когда к врачу подходят и говорят: «Дорогой доктор, выпишите нам рецепт, мы за это будем вам благодарны», особенно когда рецепты льготные либо реализация препарата осуществляется по сниженным ценам или он вообще выдается бесплатно, без вариантов будет признана взяткой, а в случае выдачи рецепта на препарат, содержащий наркотическое вещество, наступает еще и уголовная ответственность за незаконную выдачу рецепта на наркотикосодержащие препараты.

Во всех остальных случаях получение денежных средств и подарков не должно относиться к понятию взятничества.

Если врач берет деньги за лечение пациента, у нас два варианта: либо мы будем говорить о том, что налицо мошенничество, поскольку врач ввел в заблуждение пациента о том, что услуга платная, а на самом деле она предусмотрена программой ОМС, либо он берет деньги за лечение и при этом не вводит в заблуждение никого, и мы не говорим о составе преступления, а только о возникновении дисциплинарного поступка, о гражданско-правовой ответственности лечебного учреждения, об административной ответственности врача, но в данном случае не об уголовной.

Если пациент после окончания лечения приходит и приносит какой-то подарок, рассматриваются опять же два варианта: если это благодарность за лечение, т.е. за выполнение врачом своих профессиональных обязанностей, не связанных с должностными, то мы имеем дело максимум с дисциплинарным проступком, а на практике – ни с чем. Мы можем говорить только о стоимости подарка – он не должен быть дороже 3 000 рублей. Если же пациент приходит и говорит: «Спасибо, доктор, за выданный больничный» и дает подарок или деньги, то мы связываем это с должностными обязанностями врача, и, в данном случае, мы будем говорить о взятке.

Хочу обратить внимание, что квалификация взятки может быть только в случае, если врач работает в государственном или муниципальном учреждении здравоохранения. Для негосударственных учреждений уголовная ответственность в УК РФ не предусмотрена.

Уголовная ответственность за взятку возможна не только в отношении врача, но и любого другого медицинского работника, если в его действиях усматриваются выполнение должностных обязанностей и принятие решений, влекущих юридические последствия.

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УГОЛОВНОЙ И ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Жирова М.Ю. Адвокатское бюро «Яблоков, Латицкий и партнеры» (Самара)

В литературе существует огромное количество разнообразных (порой противоположных) определений врачеб-

ной ошибки. Однако исключительно в целях лаконичности изложения, в рамках настоящего выступления, под врачебной



ошибкой будем понимать дефект оказания медицинской помощи, повлекший за собой причинение вреда пациенту, вне зависимости от причин, а также наличия или отсутствия вины врача.

Неофициально данное выступление можно назвать «Лед тронулся», поскольку суды стали гораздо чаще наказывать врачей за врачебную ошибку. Еще лет 8 назад, когда к нам приходили пострадавшие пациенты и просили наказать врача, мы им честно говорили, что это за гранью возможного. Сегодня ситуация изменилась.

Из судебной практики. Самая рекордная компенсация за врачебную ошибку была присуждена в 2015 году – сумма составила 15 млн. руб. И выплатило ее государственное учреждение – Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. Сумма была обоснована тем, что в результате врачебной ошибки в ходе приема родов методом вакуум-экстракции ребенку были причинены очень тяжелые повреждения головного мозга, он в страшных муčenja прожил 2 года и скончался, а его мама получила тяжкий вред здоровью в результате многочисленных внутренних повреждений.

Были и другие громкие решения с внушительными суммами: 5 млн. руб. – за причинение тяжкого вреда здоровью новорожденного, 3 млн. руб. – за смерть ребенка, 2 млн. руб. – за ампутацию ноги в результате гангрены, 1 млн. руб. – за ошибочно удаленную щитовидную железу. В целом суммы исков за врачебные ошибки начинаются от 250 000 руб. в провинции и до 1 млн. руб. в крупных городах. Причем самые высокие размеры компенсаций в Санкт-Петербурге.

Интересно было бы проанализировать, по каким офтальмологическим направлениям пациенты чаще всего обращаются в суды, но, к сожалению, в России подобная статистика не ведется. В иностранных источниках указываются следующие виды лечения:

- лечение глаукомы,
- хирургия катаракты,
- эксимерлазерная коррекция аномалий рефракции,
- диагностика бинокулярных аномалий полей зрения,
- диагностика офтальмологических проявлений сахарного диабета,
- диагностика вторичных посттравматических периферий отслойки сетчатки.

В каких же конкретных случаях наступает ответственность за врачебную ошибку? Все мы знаем, что не всегда вредные последствия для пациента вызваны действиями врача. Часто это индивидуальные особенности организма или вина самого пациента, который не пошел на дополнительное обследование, проигнорировал указание врача, не принял лекарство и т.д.

Самые главные виды ответственности и самые тяжелые для врача – это уголовная и гражданско-правовая. При этом обязательно должны соблюдаться 4 элемента, при наличии которых врач будет наказан в суде:



1. Противоправные действия врача должны не соответствовать официальным требованиям, законам, инструкциям или стандартам медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения и условиями договора. В случае, если стандарты на какую-либо медицинскую процедуру отсутствуют, суды обращаются к учебной литературе.

Из судебной практики. Пациентка выиграла суд в частной стоматологической клинике в связи с тем, что ответчик ненадлежащим образом провел протезирование зубов. Суд, обратившись к учебной литературе, установил, что на 6-й зуб нельзя было устанавливать несъемный металлокерамический протез, поскольку именно на него приходится максимальная нагрузка. И хотя нигде это противопоказание не содержится, оно широко известно стоматологам из научной и учебной литературы.

2. Вред жизни и здоровью пациента.

3. Причинная связь между деянием врача и наступившим вредом. Суд в ретроспективном аспекте устанавливает, привели ли конкретные действия врача к вреду здоровью. Есть простые случаи, когда причинная связь очевидна, например, забыли салфетку при медицинской операции. Намного сложнее, когда нет прямой связи между действием врача и, например, внезапной смертью или наступившей слепотой пациента. В этой ситуации зачастую требуется проведение нескольких судебно-медицинских экспертиз.

Из судебной практики. ЛОР-врач, проводя операцию по удалению миндалин, использовала не специальный инструмент – петлю, а ножницы, повредив ими несколько кровеносных сосудов в трех артериях, и у пациента началось сильнейшее кровотечение. Она его проигнорировала и продолжила операцию. В последующих реанимационных мероприятиях по остановке кровотечения вынуждены были участвовать заведующий лор-отделением и заведующий отделением анестезиологии, но пациент скончался. Первые две экспертизы установили факт причинно-следственной связи между действиями врачей и смертью, но они не смогли определить, чьи конкретно действия – лора или заведующих отделениями вызвали смерть. И только третья экспертиза, проводившаяся в Военно-медицинской академии, смогла установить, что действия заведующими были не очень правильными, но их ошибки условны и к смерти они не привели. Виновной была признана лор-врач и привлечена к уголовной ответственности.

Спасительный момент для врачей – если у пациента есть какие-либо сопутствующие тяжелые заболевания (онкология, сахарный диабет и т.д.). В таких случаях, как правило, врачебную ошибку не устанавливают. Очень часто судебная экспертиза говорит: «Да, врач ошибся, но к слепоте привел сахарный диабет».

4. Вина. Уголовная ответственность наступает только тогда, когда врач виноват, гражданско-правовая может наступить и при отсутствии вины врача. Если мы говорим о вине врача, то она, как правило, выражается в форме неосторожности. Неосторожность бывает двух видов: *легкомыслие* – когда врач понимает, что его действия могут привести к печальным последствиям и осознает это, но ведет себя самонадеянно, считая, что эти последствия не произойдут в силу его особых умений, и небрежность – когда врач не предвидел опасных последствий, но должен был или мог их предвидеть.

Из судебной практики. Пациентка умерла после операции аппендицита от осложнения, связанного с кишечником. Ее родители подали иск в суд. Экспертизой было установлено, что у пациентки была такая анатомическая особенность, что червеобразный отросток находился в атипичном положении за прямой кишкой брюшины, и, несмотря на высокую квалификацию врачей и хорошую оснащенность современным медицинским оборудованием, врачи не смогли поставить правильный диагноз. Суд отказал в удовлетворении иска.

При рассмотрении дел о врачебной ошибке обязательно принимается во внимание поведение самого пациента.

Из судебной практики. Пациент предъявил иск больнице о взыскании денежных средств за проведенную офтальмологическую операцию и о компенсации морального вреда. У него в глазу в результате, как он считал, действий врачей образовалось бельмо. В суде было установлено, что его госпитализировали с диагнозом «рецидивирующий язвенный герпетический кератит». По ходу лечения наметилось улучшение, но пациент отказался от дальнейшего лечения. При выписке у него зафиксировали раздражение и отечность глаза, а также наличие язвен-

ной поверхности на роговице, но он все равно выписался по собственному желанию. В результате заключения экспертизы больному было назначено адекватное лечение, а ухудшение его состояния было связано с его собственным поведением – отказом от лечения и самостоятельным приемом лекарств. Суд в иске отказал.

Однако гражданская ответственность, т.е. материальная, может наступить и в отсутствие вины врача, например, когда он пользуется источником повышенной опасности. В работе офтальмолога к таким источникам можно отнести установщики для эксимерлазерной коррекции. Если пациент, к примеру, дернулся во время операции, то врач и клиника будут отвечать материально в гражданско-правовом поле.

Теперь рассмотрим аспект личной материальной ответственности. Здесь есть хорошая «новость» для врачей и плохая для главврачей: в случае врачебной ошибки материальную ответственность перед пациентом несет медицинское учреждение, а не врач – неважно, частная это клиника или государственная. Что же делать учреждению, если оно выплатило, к примеру, 500 тысяч рублей? – Практически ничего. Врач является работником и отвечает, согласно трудовому законодательству, в ограниченном аспекте – в пределах суммы одного месячного заработка.

Но есть исключение, когда врач несет полную материальную ответственность – это причинение ущерба в результате его преступных действий. Если врач был подвергнут уголовной ответственности, то он будет отвечать материально в полном объеме.



«Врач не сапер – может и ошибиться»

Поговорим о самом страшном наказании для врачей – уголовной ответственности. Меры ответственности, за которые обычно привлекают медицинских работников:

- Причинение смерти по неосторожности. Лишение свободы на срок до 3-х лет.
- Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности. До 1-го года лишения свободы.
- Неоказание помощи больному. До 4-х лет лишения свободы.
- Халатность – ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей. До 5-ти лет лишения свободы.

Каждый врач должен понимать, допустил ли он ошибку как доктор или как должностное лицо. Представим ситуацию, что пациент пришел с жалобами на глаз, дежурный врач поставил правильный диагноз, но отправил пациента домой и отказал в госпитализации по причине, к примеру, отсутствия мест. В случае смерти пациента врач будет отвечать как должностное лицо – за халатность. Если же пациенту отказано в госпитализации из-за того, что дежурный врач поставил неправильный диагноз, тогда он ошибся как доктор.

Перейдем к самому актуальному вопросу: что делать при возникновении врачебной ошибки?

Советы адвоката

1. При малейшем подозрении на врачебную ошибку не ждите, когда к вам придут изымать медицинскую документацию!

Как только вы поняли, что могла произойти врачебная ошибка, нужно проверить и проанализировать всю первичную медицинскую документацию. Она должна быть заполнена правильно, полно, в ней не должно быть следов исправлений, дописка други-

ми чернилами и т.д. Если нужно что-то исправить, то каждое исправление следует сопровождать докладной запиской на имя главного врача. Помните, что свои медицинские документы пациент имеет право получить на руки. Но никогда не отдавайте документы, которые существуют в единственном экземпляре, так как у вас не останется доказательств, что вы все сделали правильно. Нужно отдавать только копии и строго по письменному запросу. По устной просьбе – не отдавать ничего никогда!

2. Не пренебрегайте информированным согласием на медицинское вмешательство!

Треть исков пациентов, удовлетворенных судами, связана с недостатками в информированном согласии – либо его вообще нет, либо оно неправильно составлено.

Из судебной практики. Женщина обратилась с иском в суд, обосновав его тем, что ей была неудачно проведена лапароскопическая операция, в результате которой она стала инвалидом. Она обратилась в суд, но суд отказал ей в иске, сославшись на правильно оформленное информированное согласие, в котором больница прописала, что в случае, если лапароскопическая операция пройдет не очень хорошо и появятся какие-то непредвиденные обстоятельства, пациент дает согласие на полостную операцию.

Что обязательно должно содержаться в информированном согласии?

- Обоснование лечения, т.е. почему пациенту выбран именно этот тип лечения.
- Прогноз течения болезни без этого лечения, т.е. что будет с пациентом, если он не пройдет эту процедуру.
- Прогноз результата, т.е. какие результаты предполагаются.
- Предпосылки для использования именно такого лечебного метода.
- Вероятность побочных эффектов.

Согласие должно быть написано простыми понятными словами, любой термин – расшифровываться.

Из судебной практики. Один пациент выиграл суд у офтальмологической клиники только потому, что в согласии было написано слово «миопия». Клиника ссылалась на то, что больной страдал близорукостью с 5 лет и не мог до своих 40 лет никогда не слышать слова «миопия». Тем не менее, суд принял сторону пациента, потому что пациент не обязан знать, что это такое.

В заключение хочется дать банальный, но самый действенный совет – никогда не доводите конфликт с пациентом до крайности. К нам часто обращаются пациенты, не ставящие перед собой цель наказывать врачей. Они хотят извинений, сочувствия, психологической беседы, небольшой компенсации, к примеру, на повторную операцию. В моей практике был случай, когда больница отказалась урегулировать конфликтную ситуацию мирным путем, в результате пациент отсудил у нее 400 тыс руб. за моральный ущерб, а врач понес уголовную ответственность.

Чтобы не доводить конфликт до крайности, на каждое письменное обращение пациента всегда отвечайте в письменном виде, но прежде чем дать любой ответ, проконсультируйтесь с юристом клиники, где вы работаете, потому что ваш письменный ответ – это основа дальнейшей ответственности.

Материал подготовила Шиманова М.Ю.



ЮБИЛЕЙ



К 95-летию

со дня рождения Вениамина Васильевича ВОЛКОВА

Усплонилось 95 лет одному из ярких, творчески одарённых офтальмологов нашего времени, который внёс существенный вклад в развитие многих разделов общей и, особенно, военной офтальмологии. Генерал-майор медицинской службы (1980), доктор медицинских наук (1964), профессор (1965), заслуженный деятель науки РСФСР (1975), Герой Социалистического Труда (1982), лауреат Государственной премии СССР (1986), Почетный доктор Военно-медицинской академии (2006), лауреат конкурса в номинации «Лучший врач 2010 г.», Главный офтальмолог МО СССР, начальник кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии (1976-1989), Вениамин Васильевич Волков и сегодня продолжает с успехом трудиться в своём родном коллективе.

Он родился 20.01.1921 г. в г. Ташкенте в семье военного лётчика. В 1938 г. окончил с золотым аттестатом специальную (артиллерийскую) среднюю школу в г. Ленинграде и поступил в Военно-медицинскую академию. Во время учебы был Сталинским стипендиатом. В 1941 г. в блокадном Ленинграде, вместе с другими слушателями академии, выполнял обязанности бойца истребительного батальона. Награждён медалью «За оборону Ленинграда».

По окончании академии в 1942 г., он служил в действующей армии врачом отдельного батальона, затем старшим врачом полка, командиром медсанбата 34 гвардейской стрелковой дивизии. Прошел боевой путь от Астрахани до Линца (Австрия). Награждён орденами «Красной Звезды», «Отечественной войны» I и II степеней, медалями «За взятие Будапешта» и «За взятие Вены».

В 1948 г. после окончания лечебно-профилактического факультета он был назначен старшим ординатором клиники глазных болезней академии. С этого момента вся его творческая жизнь связана с кафедрой офтальмологии, которой он успешно руководил 22 года.

Время руководства Волкова В.В. кафедрой офтальмологии совпало с внедрением микрохирургических технологий в офтальмологическую практику. Существенно изменилась материально-техническая база кафедры, появились операционные микроскопы, лазеры, микрохирургические инструменты, витреофаги. Обновились учебные программы, улучшилось оснащение учебных классов. В 1980 г. для слушателей факультетов подготовки врачей проф. Волковым В.В. издан учебник «Общая и военная офтальмология» (в соавторстве с проф. Шиляевым В.Г.). Важнейшей частью учебной работы кафедры оставалась подготовка высококвалифицированных специалистов. Введена войсковая стажировка для преподавательского состава, войсковая госпитальная практика для слушателей факультета руководящего состава. На кафедре создан 3-месячный цикл усовершенствования врачей «Повреждения органа зрения».

Профессор Волков В.В. не только сохранил лучшие традиции научной школы

первой в России кафедры офтальмологии, но существенно развил и углубил их.

Круг его научных интересов необычайно широк и охватывает практически все разделы офтальмологии.

Основные направления научных исследований кафедры в этот период были связаны с изучением механических, химических, лучевых и комбинированных повреждений органа зрения. Проблеме радиационного поражения глаз посвящены многолетние личные исследования профессора Волкова В.В., которые завершили защитой докторской диссертации (1965) и выходом монографии «Бета-лучевые повреждения» (1970). В работах Волкова В.В. и его учеников Ярославцева Э.Ф. (1974) и Сухопары Н.В. (1975) показаны возможности эффективного использования радиоактивных изотопов для

диагностики и лечения заболеваний органа зрения. Поражению глаз ионизирующей радиацией посвящены также работы Нестеренко О.Н. (1970) и Гайдая Ю.В. (1989).

Кафедра уделяла большое внимание изучению проблемы ожогов органа зрения. В 1972 г. Волков В.В. разработал классификацию ожогов органа зрения, которая и сегодня является обязательной для всех военных офтальмологов. За внедрение оперативных способов лечения больных с последствиями тяжелых ожогов глаз по представлению В.В. Волкова в 1984 г. сотруднику кафедры профессору Ушакову Н.А. присуждена Государственная премия СССР. Многолетние исследования кафедры по комбинированному поражению глаз были обобщены в монографии Волкова В.В. и Шиляева В.Г. «Комбинированные поражения глаз» (1976), которая в 1979 г. удостоена премии АМН СССР им. академика В. П. Филатова, а в 1983 г. она издана также на Кубе.

В период 1979–1989 гг. с учётом опыта работы в Афганистане (Монахова Б.В., Дронова М.М., Даниличева В.Ф., Трояновского Р.Л., Гацу А.Ф.) под руководством Волкова В.В. были разработаны основные принципы современной хирургической обработки тяжелых травм глаза. На всемирных конгрессах по травме глаза в г. Шопроне (Венгрия, 2003), в Риме (Италия, 2006), г. Вюрцбурге (Германия) и на IX Съезде офтальмологов России (Москва, 2010) профессора Волков В.В. и Бойко Э.В. выступили с программными докладами по организации специализированной офтальмологической помощи в локальных военных конфликтах и внесли предложения по совершенствованию международной классификации открытой травмы глаза.

В 2016 г. вышла в свет новая монография проф. В. В. Волкова «Открытая травма глаза».

Широко известны работы профессора Волкова В.В. и его школы, посвященные вопросам физиологии зрения и физиологической оптике. Сотрудниками и учениками Волкова В.В. изучались проблемы миопии и военной службы, аккомодации, цветового и сумеречного зрения, офтальмоэргоники, действия на глаз интенсивных световых раздражителей, электрофизиологии. Совершенствуются методы коррекции астигматизма, очковой коррекции в противозазе, контактной коррекции зрения. Многолетние исследования кафедры были обобщены профессором Волковым В.В. совместно с профессорами Горбанем А.И. и Джалишвили О.А. в двух монографиях: «Клинические исследования глаза с помощью приборов» (1971), которая удостоена премии АМН СССР им. акад. М.И. Авербаха (1973), и «Клиническая визо- и рефрактометрия» (1976).

В 1988 г. под руководством профессора Волкова В.В. и д.м.н. Шелепина Ю.Е. сотрудниками кафедры и Института физиологии Российской академии наук им. И. П. Павлова создан атлас по визоконтрастопериметрии. В 1993 г. при участии Волкова В.В., Рослякова В.А. и Сергеева В.П. сотрудниками Всесоюзного научно-исследовательского института метрологии им. Д.И. Менделеева д.т.н. Юстовой Е.И. и Алексеевой К.А. был разработан и внедрен в практику новый метод исследования цветового зрения с помощью пороговых таблиц. В 1999 г. совместно с профессором Шамшиновой А.М. издана монография «Функциональные методы исследования в офтальмологии», второе издание которой вышло в 2001 г.





Проблемам пересадки склеры и роговицы, новым методам консервации тканей глаза посвящены диссертационные исследования Сомова Е.Е. (1973), Дронова М.М. (1987), Касухи Ф. (1977). В монографии «Криоконсервация и трансплантация роговицы» Юрченко Т.Н., Шарлай Т.М., Волкова В.В., Дронова М.М., Репко О.В. (1986), подытожен цикл работ по кератопластике и созданию банка тканей. За участие в разработке метода длительной криоконсервации роговицы Волков В.В. и Дронов М.М. в 1986 г. удостоены Государственной премии СССР.

Существенный вклад внесен школой профессора Волкова В.В. в решение проблемы глаукомы. Изучению роли гониоскопии и тонографии для оценки гидродинамики глаза посвящены исследования В.С. Красновидова (1970), лечению острого приступа глаукомы – Индейкина Е.Н. (1971), циркуляции жидкостей в зрительном нерве – Коровенкова Р.И. (1978), строению диска зрительного нерва и зрительных функций – Журавлева А.И. (1986), лечению вторичной глаукомы – Юмагуловой А.Ф. (1981). Результаты многолетних исследований обобщены в монографии Волкова В.В., Сухининой Л.Б., Устиновой Е.И. «Глаукома, преглаукома, офтальмогипертензия» (1985), удостоенной премии АМН СССР им. акад. М.И. Авербаха в 1989 г. В 2001 г. издана монография «Глаукома при псевдонормальном давлении», а в 2008 г. – «Глаукома открытоугольная».

Фундаментальные и прикладные исследования учеников Волкова В.В. по различным клиническим проблемам представлены в диссертационных работах: по лечению травматических гифем и гемофтальмов, по иммунологии хронических конъюнктивитов и бельма, по биохимии глаза, физиологии и патологии слезоотведения, флюоресцентной ангиографии, применению протеолитических ферментов при заболеваниях и повреждениях глаз, сочетанной травме глазницы.

Профессор Волков В.В. воспитал целую плеяду учеников и последователей, многие из которых возглавили кафедральные коллективы и офтальмологические учреждения нашей страны, в их числе профессора: Максимов И.Б. (возглавлял ГВКГ им. Бурденко), Балашевич Л.И. (руководил Санкт-Петербургским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова), Сомов Е.Е. (главный детский офтальмолог Комитета по здравоохранению при администрации СПб.), Трояновский Р.Л. (заведовал кафедрой детской офтальмологии МАПО),

Даниличев В.Ф. (руководил кафедрой офтальмологии академии в 1989 по 1996 гг., с 1997 г. возглавляет НИЛ при кафедре), Шишкин М.М. (заведующий кафедрой глазных болезней – главный офтальмолог института усовершенствования врачей ГУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова МЗ РФ»), Бойко Э.В. (возглавлял кафедру офтальмологии ВМедА в период 2003 – 2015 гг., а в 2015 г. возглавил Санкт-Петербургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова), Куликов А.Н. (возглавляет кафедру офтальмологии ВМедА в течение года), Бржеский В.В. (заведующий кафедрой офтальмологии Педиатрической медицинской академии, СПб.), Николаенко В.П. (возглавляет курс офтальмологии в СПб. университете). Под его руководством подготовлено 13 докторов и 47 кандидатов медицинских наук.

Широко известна общественная деятельность Вениамина Васильевича. Он действительный член Лазерной академии наук РФ (1996), академии медико-технических наук РФ (1997). Почетный академик Российской академии естественных наук (2000). Почетный член офтальмологических обществ России, Болгарии и Кубы. Член международных обществ глаукоматологов, офтальмоонкологов и исследователей глаза. Почетный гражданин городов: Зернограда (Россия, 1993) и Талмазы (Молдавия, 1985). Почетный член Всероссийского офтальмологического научного медицинского общества, председатель правления СПб. научного общества офтальмологов (1972–2009 гг.), член редколлегии журнала «Вестник офтальмологии» и редакционных советов «Воено-медицинского журнала» и «Офтальмохирургии».

В 1998 г. Американский биографический институт назвал Волкова В.В. «Человеком года – 98». В 2000 г. решением Комитета по наименованию малых планет солнечной системы Международного астрономического союза от года малой планете № 7555 присвоено имя «Вен Волков», международным признанием стало награждение его Серебряной медалью Марии Кюри и бриллиантом Да Винчи.

Талантливый клиницист, искусный офтальмохирург, ученый и педагог профессор В.В. Волков и сегодня продолжает щедро делиться с молодым поколением своим богатейшим научным и лечебным опытом.

Д.м.н. Куликов А.Н.,
к.м.н. Кириллов Ю.А., к.м.н. Рейгузов В.А.



КОНФЕРЕНЦИИ 2016

ФГАУ «МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА»
им. акад. С.Н. Федорова»
Минздрава России

22 июня

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

XI Всероссийская научная конференция молодых ученых «Актуальные проблемы офтальмологии» в рамках научно-практической конференции «Федоровские чтения»

23-24
июня

ФЕДОРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

XIII Всероссийская научная конференция с международным участием «Федоровские чтения – 2016»

URSAPHARM Arzneimittel GmbH Ваш эксперт в решении проблем «сухого глаза»
Уже более 10 лет инновационные продукты для увлажнения глаз

NYLO ЗАБОТА О ГЛАЗАХ

Постоянное использование

	ХИЛО-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота
	При легких и умеренных формах синдрома сухого глаза; до и после хирургического лечения. Лидер продаж в Германии* и России** Препарат года с 2007 по 2013 в Германии*** До 3-й степени сухости
	ХИЛОМАКС-КОМОД® 0,2% гиалуроновая кислота
	Длительное интенсивное увлажнение. Высокая концентрация и высокая вязкость. При тяжелых формах синдрома сухого глаза 1-4 степень сухости

Бережный уход и восстановление

	ХИЛОЗАР-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота + декспантенол
	Увлажнение глаз и заживление повреждений. Дневной уход. Вместо мази в течение дня. При легких и умеренных формах синдрома сухого глаза, способствует заживлению поврежденной глазной поверхности До 3-й степени сухости
	ХИЛОПАРИН-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота + гепарин
	Увлажнение и восстановление. Уход при раздражении роговицы и конъюнктивы. При легких и умеренных формах синдрома сухого глаза, включая хроническое воспаление роговицы До 3-й степени сухости

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



Кафедра глазных болезней медицинского факультета Московских высших женских курсов (МВЖК) была основана в 1910 г. Ее организатором был профессор Михаил Иосифович Авербах, впоследствии академик АН СССР (1939), заслуженный деятель науки РСФСР. Еще при жизни Авербаха М.И. глазной клинике 2-го МГМИ было присвоено его имя. Клиника начала свою работу в 1910 г. на базе бывшей глазной лечебницы им. Алексеевых. Первыми ассистентами клиники были доктора медицинских наук Благовещенский М.И. и Покровский А.И. На кафедре также работали Плетнева Н.А. и Томилова А.Ф. при самом деятельном участии городских врачей Левиной Л.С. и Геркави Н.М.



Профессор
Авербах М.И.

После 1917 г. резко возросло количество студентов, увеличился и штат сотрудников кафедры. Профессор Авербах М.И. стремился осуществить идею создания самостоятельной базы для кафедры глазных болезней. Он добился присоединения Голицынской больницы (в то время закрытой) к 1-й Градской больнице и открытия в ней глазного отделения.

С 1918 г. клиника приступила к работе на вновь организованной базе. С переходом кафедры в 1-ю Градскую больницу начала функционировать небольшая бактериологическая лаборатория. С 1936 г. работа лаборатории расширилась, а с 1937 г. она уже работала по трем направлениям: клиническому, бактериологическому и патолого-гистологическому. С 1950 г. лабораторию возглавила ассистент Ларина З.Т. Авербах М.И. принимал активное участие во Всероссийском совещании по борьбе с промышленным травматизмом. Меры профилактики и борьбы с глазным травматизмом, разработанные и предложенные Авербахом М.И., вошли в советское законодательство.

Авербах М.И. провел первую в СССР операцию по поводу отслойки сетчатки. Совершенство эту операцию совместно с учениками, он способствовал введению ее в клиническую практику. Огромную практическую ценность имеют работы Авербаха М.И. по дакриоцистинозомии. С 1932 г. внутриглазные инородные тела, по его инициативе, стали удаляться диасклеральным методом. При абсолютной глаукоме, сопровождающейся болями, он прибегал к невротомии, а не к энуклеации.

В середине 1920-х гг. глазная клиника приобрела офтальмологическое оборудование: аппарат Фогта для исследования глазного дна в бескрасном свете, щелевую лампу освоила ассистент Монюкова Н.К. Будучи первое время единственным специалистом по микроскопии живого глаза, она, ежегодно проводя семинары по биомикроскопии, обучала этой методике не только сотрудников кафедры, но и врачей Московской глазной больницы и Института усовершенствования врачей. В 20-50-е гг. на кафедре работали: Бонвеч Э.С., Бекетовский Н.Н., Фрадкин М.Я., Нагдасева А.И., Россель С.И., Мишустина П.Г., Цырлин Б.А., Заверуха Ф.М., Баулина Н.С., Сахиева С.М., Лаврентьева А.М., Маринчев В.Н., Груша О.В. и др.

В октябре 1941 г. кафедра глазных болезней эвакуировалась в Омск. Обязанности заведующего кафедрой исполнял профессор Гуревич Б.А. Из сотрудников, оставшихся в Москве, в 1942 г. была организована объединенная кафедра глазных болезней, работавшая в глазной клинике 1-го МГМИ. Заведовал этой кафедрой профессор Ченцов А.Г. В 1943 г., по возвращении из эвакуации, кафедра глазных болезней начала работать в своем старом помещении (Голицынский корпус 1-й Градской больницы). Клиника быстро восстанавливалась и вскоре после окончания войны опять стала крупным лечебным, педагогическим и научным учреждением с самостоятельной лабораторией, функциональным, физиотерапевтическим, глаукомным, ортопедическими кабинетами.

В 1944 г. кафедрой глазных болезней стала заведовать профессор Наталья Александровна Плетнева.

Она была заместителем председателя Московского офтальмологического общества, членом правления Всесоюзного и Всероссийского офтальмологических обществ, секретаря

Кафедра

рем комиссии по премиям им. акад. М.И. Авербаха, членом ученого совета Института им. Гельмгольца, членом редколлегии журнала «Вестник офтальмологии», редактором хирургического тома многолетнего руководства по глазным болезням, членом проблемной комиссии при АМН СССР и др., награждена орденом Ленина (1963), медалями.

Еще в 1936 г. с открытием педиатрического факультета (1930 г.) клиника стала базой двух факультетов (лечебного и педиатрического). В 1955 г. для проведения занятий для студентов-педиатров клинике было предоставлено детское глазное отделение в городской детской клинической больнице (Морозовская больница). В 1963 г. клиника глазных болезней педиатрического факультета выделилась в самостоятельный курс. Его заведующим был избран доцент Ковалевский Е.И.

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

На основании исследований профессора Плетневой Н.А. введена в практику потенцированная медикаментозная подготовка к операции по поводу глаукомы. Совместно с ассистентом Сахией С.М. ими была предложена никотиновая тонометрическая проба для выявления резервных возможностей нормализации нервно-сосудистого механизма глаукомного глаза и решения вопроса о показаниях к антиглаукоматозной операции. В целях достижения лучшего косметического эффекта и сохранения подвижности культи после энуклеации глаза в клинике стали широко применять шарики из поливинилалкогольной губки (ассистент Груша О.В.). При пластических операциях на орбите также нашла применение пластмасса. Предложен специальный зонд при восстановительной операции на нижних слезных канальцах при их механическом повреждении (ассистент Алексеев Б.Н.).



Профессор
Плетнева Н.А.

Медведев Игорь Борисович родился в 1961 г. в Туле. В 1988 г. закончил 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело». Во время обучения в институте работал медбратом в городской больнице. Будучи студентом, участвовал в работе Международной организации Красный Крест, принимал участие во Всемирном съезде этой организации в 1997 г. в Женеве. После окончания института с 1988 по 1989 гг. проходил обучение в интернатуре по специальности «Офтальмология» на базе городской офтальмологической больницы г. Москвы.

За 34 года работы в системе здравоохранения Игорь Борисович Медведев показал высокий уровень профессиональной и управленческой компетентности, прошел все ступени процесса становления в здравоохранении. Благодаря его энергии и инициативе были найдены новые пути и новые методики внедрения современных технологий в лечении наиболее распространенных форм глазной патологии. Особенно следует подчеркнуть, что сейчас эти технологии широко применяются не только в нашей стране, но и за рубежом. Основное направление его научных исследований – патология роговицы, он является основателем рефракционной кератопластики в России. Медведевым И.Б. на практике внедрены высокотехнологичные операции по коррекции зрения при различных видах аметропий: разработана одномоментная хирургическая коррекция миопии высокой степени и сложного миопического астигматизма методом рефракционной ламеллярной кератопластики; впервые выполнены и внедрены в широкую хирургическую практику эксимерлазерный кератомилез in situ. Данная лазерная технология используется во всех специализированных центрах России, а также за рубежом в Европе, США, Канаде и Сирии. Проведены доклинические и клинические испытания и внедрены в широкую практику методики бесшовной хирургии. Эта технология позволила снизить интра- и послеоперационные осложнения и сократить восстановительный период при коррекции миопии высокой степени, дальнозоркости и астигматизма, что позволило давать пациентам пожизненную гарантию на эти операции. Для проведения операций Медведевым И.Б. был разработан специальный хирургический инструментальный – комбинированный толкатель роговичных дисков, усовершенствовано оборудование для хирургической коррекции миопии



высокой степени и сложного миопического астигматизма.

Медведев И.Б. первый в стране стал использовать в клинической практике фотодинамическую терапию (благодаря этому методу лечения стало возможным сохранить зрение людям, ранее обреченным на медленное угасание зрительных функций в результате макулодистрофии) и технологию кросслинкинга при кератоконусе (этот способ лечения позволяет отсрочить, а в ряде случаев избежать такой сложной и дорогостоящей операции, как пересадка роговицы).

Медведев И.Б. успешно сочетает профессиональную офтальмохирургическую деятельность с научной работой. Им

подготовлено 116 научных статей и публикаций, за научно-технические разработки получено 15 патентов и авторских свидетельств, оформлено 64 рационализаторских предложения в области офтальмологии. Все работы были посвящены лечению наиболее распространенных форм глазной патологии, развитию и внедрению этих методик в практическое здравоохранение.

В 1994 г. Медведев И.Б. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Коррекция миопии высокой степени методом кератомилеза insitu», а в 1996 г. – докторскую диссертацию на тему «Хирургическая коррекция аномалий рефракции на основе ламеллярной кератопластики».

Медведев И.Б. является членом офтальмологических обществ: Американской академии офтальмологов, 1997 г., Американского общества катарактологов и рефракционных хирургов, 1998 г., Французского общества офтальмологов, 2000 г., Европейского общества катарактологов и рефракционных хирургов, 2001 г.

Медведев И.Б. является автором книг и монографий: Наука – о глазах: как вернуть зоркость; Лечение кератоконуса методом кросслинкинга; Применение фемтосекундного лазера в рефракционной хирургии роговицы; Фотодинамическая терапия в офтальмологии; Финансовый менеджмент в медицине; Значение рационального питания в обеспечении функции зрения; Глаукома; Экспериментальная офтальмология: морфологические основы новых технологий лечения; Актуальные вопросы спортивной медицины; Птеригиум.

С 2009 г. Медведев И.Б. ведет активную подготовку квалифицированных кадров в ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», где является заведующим кафедрой офтальмологии, профессором факультета дополнительного профессионального образования.

Медведев И.Б. вносит большой вклад в благотворительную деятельность, организует рабочие места для людей с ограниченными возможностями, он – учредитель «Центра помощи слепым и слабовидящим», где работают инвалиды по зрению. Восстанавливает зрение детям из домов-интернатов г. Смоленска и Ростова.

За многолетний добросовестный труд, высокий профессионализм, большой личный вклад в сохранение здоровья граждан нашей страны Игорю Борисовичу Медведеву присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».



офтальмологии РГМУ

На основании клинических наблюдений при лечении глаукомы внедрен в практику октагенсин (Плетнева Н.А., Сахиева С.М.); допан (врач Зайчик П.С.); при некоторых формах глаукомы и близорукости – никотиновая кислота (ассистент Заверуха Ф.М.); апилак – при лечении дистрофических процессов желтого пятна (Свирин А.В.). Широко применялся для диагностики опухолей переднего отрезка глаза и век люминесцентный метод (Ларина З.Т.). Предложен новый тест для выявления центральной скотомы (Маринчев В.Н.) и др.

С 1964 г. кафедру глазных болезней лечебного факультета 2-го МГМИ возглавил профессор Михаил Михайлович Краснов. Он автор 120 опубликованных работ, 16 авторских свидетельств на изобретения. Его основные научные исследования касаются глазной микрохирургии (катаракта, глаукома, хирургия близорукости), лечения отслойки сетчатки, хирургии ультразвуком и др. Его работы были удостоены премии академика Филатова (1962) и золотой медали ВДНХ (1968). Краснов М.М. – член-корреспондент АМН СССР (1971), член-корреспондент Общества офтальмологов ГДР, член Международного комитета по глазной микрохирургии, Международной группы по аллопластическим имплантатам глаза. Он был заместителем председателя правления Всероссийского научного офтальмологического общества, членом правления Всесоюзного и Московского офтальмологических обществ, офтальмологической комиссии Комитета по новой медицинской технике МЗ СССР, редактором журнала «Вестник офтальмологии».

Основной проблемой, над которой работала клиника, была глаукома. Изучались патогенез, диагностика, лечение и профилактика глаукомы. Клиника одной из первых

в СССР на основе своих работ установила, что главная причина колебания внутриглазного давления лежит в расстройстве местного сосудистого тонуса, регулируемого вазомоторами глаз, и что в происхождении глаукомы играет роль расстройство периферического кровообращения, расстройство функциональной способности стенки капилляров (Плетнева Н.А., 1926). Для выяснения роли вегетативной нервной системы в регуляции внутриглазного давления изучался биологический состав жидкости передней камеры, а также роль медиаторов в происхождении глаукомы (Плетнева Н.А., 1938, 1940 – докторская диссертация). Изучались пути регуляции внутриглазного давления. Фрадкин М.Я. впервые стал создавать и обосновывать учение о центральной регуляции внутриглазного давления (Фрадкин М.Я. и Левина Л.С., 1939, 1945, 1947, 1948). При этом использовался метод условных рефлексов (Фрадкин М.Я. и Левина Л.С., 1941), проводились наблюдения над больными, страдающими заболеваниями центральной нервной системы (Левина Л.С. и Шендеров Л.А., 1948, 1951), исследовались активность мозга больных глаукомой. Клиника изучала в эксперименте передние пути оттока внутриглазной жидкости методом прижизненного заполнения контрастной массой сосудистой системы глаза через общую сонную артерию, яремную вену и шлемов канал (Плетнева Н.А., Сахиева С.М., 1955).

работ, в том числе 14 монографий и книг (5 из них за рубежом), 306 статей (45 из них за рубежом), он является соавтором учебника по глазным болезням для медицинских вузов (три издания), а также 42 изобретений. Разработанные им новые приборы, микрохирургические инструменты, операции нашли широкое клиническое применение. В 1985 г. Государственным комитетом по делам открытий и изобретений СССР зарегистрировано открытие Нестерова А.П. № 281 «Явления функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза человека – эффект Нестерова».

Нестеров А.П. является основателем нового направления, которое легло в основу изучения патогенеза, диагностики и лечения глаукомы. Им разработана теория патогенеза глаукомы. В 60-х годах Аркадием Павловичем была разработана классификация глауком, которая широко используется не только в РФ, но и за рубежом. За научные исследования в 1969 г. Нестерову А.П. была присуждена премия Академии медицинских наук СССР им. акад. М.И. Авербаха, в 1975 г. – Государственная премия СССР, в 1992 г. – премия (диплом) им. Н.И. Пирогова РАМН, в 2000 г. – премия Правительства РФ, в 2002 г. – премия им. Т.И. Ерошевского за лучшую монографию в области медицинской геронтологии. Ему было присуждено звание «Заслуженный изобретатель СССР».



Профессор
Краснов М.М.



Профессор
Нестеров А.П.

В 1973 г. кафедру возглавил академик РАМН, профессор Аркадий Павлович Нестеров. Вместе с ним в коллектив пришли его ученики Егоров Е.А. (профессор, зав. кафедрой глазных болезней лечебного факультета РГМУ), Батманов Ю.Е. (профессор, работал зав. кафедрой до 2009 г.), Сидоренко Е.И. (профессор, зав. кафедрой глазных болезней педиатрического факультета РГМУ). Нестеровым А.П. опубликовано 320 научных

работ, в том числе 14 монографий и книг (5 из них за рубежом), 306 статей (45 из них за рубежом), он является соавтором учебника по глазным болезням для медицинских вузов (три издания), а также 42 изобретений. Разработанные им новые приборы, микрохирургические инструменты, операции нашли широкое клиническое применение. В 1985 г. Государственным комитетом по делам открытий и изобретений СССР зарегистрировано открытие Нестерова А.П. № 281 «Явления функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза человека – эффект Нестерова».



Доктор медицинских наук, профессор
Медведев И.Б.

Сотрудники кафедры

Евграфов Владимир Юрьевич *Профессор кафедры офтальмологии ФУВ*



Окончил РГМУ с отличием в 1987 г. После окончания института по август 2001 г. работал в академической группе академика РАМН Нестерова А.П. на должностях от старшего лаборанта до ведущего научного сотрудника, с 1992 по 1995 гг. проходил академическую докторантуру. С 2001 г. – профессор кафедры офтальмологии ФУВ РГМУ. В 2006 г. получил учёное звание профессора. В 1992 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Гемодинамика глаз при оперативном лечении отслойки сетчатки» (научный руководитель – академик РАМН А.П. Нестеров). С 1992 г. основное направление научных исследований и практической деятельности – диабетические поражения органа зрения. В 1996 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Диабетическая ретинопатия: патогенез, диагностика, лечение» (научные консультанты – академик РАМН Нестеров А.П., академик РАМН Дедов И.И.). Врач высшей категории, микрохирургический стаж более 10 лет, выполняет лазерные операции на глазном дне. Имеет 135 опубликованных работ. При научном консультировании и под научным руководством Евграфова В.Ю. защищены 1 докторская и 3 кандидатских диссертации.

Колесникова Лидия Николаевна *Доцент кафедры офтальмологии ФУВ*



Окончила в 1963 г. 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. Ученая степень – к. м. н., ученое звание – доцент. Категория – высшая. Общий стаж работы – 49 лет, педагогический – 40 лет. Стаж работы на кафедре – 30 лет. Занимается проблемами хирургического и медикаментозного лечения глаукомы.

По данной тематике опубликовано 175 статей, 5 изобретений и 12 рацпредложений. Читает лекции и проводит практические занятия по глаукоме, сосудистым и дистрофическим поражениям сетчатки, нейроофтальмологии.

Парамей Ольга Владимировна *Профессор, академик РАМН*



В 1972 г. окончила с отличием Гродненский государственный медицинский институт. В 1984 г. защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В 1999 г. защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Заболевания глаз у детей с патологией перинатального периода». Автор 147 научных работ, соавтор учебника для студентов ВУЗов «Офтальмология», 1 монографии. Имеет высшую аттестационную категорию по офтальмологии.

Основные приоритеты практической и научной деятельности: педиатрическая, перинатальная офтальмология, врожденные и наследственные заболевания у детей. Педагогический стаж – 30 лет.

Максимова Нина Васильевна *Доцент кафедры, к.м.н.*



В 1972 г. окончила 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. С 1972 по 1974 гг. прошла специализацию по детской офтальмологии на базе ДГКБ №1. В 1985–1990 гг. прошла обучение в заочной аспирантуре на кафедре глазных болезней педиатрического факультета 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова (зав. кафедрой профессор Ковалевский Е.И.) и в апреле 1990 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Профилактика прогрессирования близорукости у детей с применением электропунктуры в условиях поликлиники».

На курсе детской офтальмологии ФУВ при кафедре глазных болезней педиатрического факультета работает в качестве ассистента с 1990 г. С сентября 2000 г. в должности доцента, а в 2002 г. присвоено ученое звание доцента.

С 1993 г. и по август 2011 г. исполняла обязанности зав. учебной частью, с 1997 г. – секретарь сертификационной комиссии по детской и взрослой офтальмологии до августа 2011 г., член Ученого совета ФУВа.

С 1 сентября 2011 г. работает доцентом кафедры офтальмологии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (зав. кафедрой профессор Медведев И.Б.). Категория – высшая. Общий стаж работы – 37 лет, педагогический – 21 год.

Доцент Максимова Н.В. читает лекции врачам-офтальмологам детских и взрослых лечебных учреждений на клинической базе РДКБ по темам: «Близорукость», «Косоглазие», «Увутье», «Кератиты», «Изменение органа зрения при диабете», «Патология зрительного нерва», «Применение рефлексотерапии в офтальмологии», «Оптометрия», «Синдром «сухого глаза» и др. Систематически проводит практические занятия и семинары по всем разделам офтальмологии.

Впервые в мире научно обосновала и успешно применила метод рефлексотерапии (электропунктуру) при лечении детей с глазной патологией, в частности, с близорукостью, амблиопией различного генеза, косоглазием, атрофией зрительных нервов, дегенерациями сетчатки и другой патологией. Данным методом в офтальмологическом отделении РДКБ пролечено более 1000 детей с различной глазной патологией с положительным эффектом. Имеет собственный опыт по подбору сложной очковой коррекции у детей и взрослых.

Основные направления научно-исследовательской работы: «Изучение изменения органа зрения у детей с острым лимфобластным лейкозом в разные сроки ремиссии», «Глазная патология у детей с опухолями головного мозга» совместно с отделением нейроонкологии ФНКЦ ДГОИ (директор академик РАМН Румянцев А.Г.).

Результаты научно-практических исследований опубликованы в 59 статьях и методических рекомендациях и одном рационализаторском предложении отраслевого значения.



Тематический цикл повышения квалификации врачей-офтальмологов «Кератопластика и кератопротезирование»

Научно-образовательный центр (НОЦ) ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России приглашает врачей-офтальмологов на тематический цикл повышения квалификации «Кератопластика и кератопротезирование».

В ходе обучения большое внимание уделяется:

- наиболее актуальным в настоящее время современным технологиям задней и передней послойной кератопластики, для которых характерно развитие меньшего процента операционных и послеоперационных осложнений, благодаря сохранности десцементовой мембраны и эндотелия роговицы реципиента;
- показаниям к сквозной субтотальной кератопластике, до сих пор не теряющей актуальности в случаях тяжёлых поражений роговицы, в том числе при их сочетании с патологией радужной оболочки, хрусталика, стекловидного тела и сетчатки, что требует выполнения комплексной хирургии на базе сквозной субтотальной кератопластики;
- показаниям к кератопротезированию, в том числе с роговично-протезным комплексом, при тяжёлых сосудистых бельмах 4–5 категории.
- технологиям имплантации интрастромальных роговичных сегментов и УФ-крослинкингу;
- основам трансплантологии и регенеративной медицины;
- законодательным и нормативно-правовым основам трупного тканевого донорства и алгоритму заготовки трупных роговиц человека для трансплантации.



В проведении цикла принимают участие ведущие специалисты МНТК, признанные на сегодняшний день офтальмологами международного класса: д.м.н., профессор Малинин Б.Э., д.м.н., профессор Мороз З.И., д.м.н., профессор Копаева В.Г., д.м.н., профессор Борзенков С.А. и д.м.н. Измайлова С.Б., к.м.н. Ковшун Е.В., к.м.н. Пахтаев А.Н. Куратор цикла к.м.н. Струсова Н.А.

Научно-образовательный центр (НОЦ) ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России приглашает на новый тематический цикл повышения квалификации врачей-офтальмологов «Офтальмопластика». Продолжительность – 72 часа

Тематический цикл проводится на базе НОЦ и отдела реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии.

Руководитель цикла – заведующий отделом реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии, д.м.н., профессор Катаев М.Г., куратор цикла – к.м.н. Струсова Н.А.

Содержание цикла включает лекции, семинарские и практические занятия, в ходе которых преподаётся прикладная анатомия орбиты и вспомогательного аппарата глаза, планируется обучение современным методам хирургии, обсуждение стандартных и нестандартных сложных клинических случаев, разбор технологий офтальмопластических операций.



Основные тематики цикла:

- задачи и методы офтальмопластики;
 - прикладная анатомия орбиты и вспомогательного аппарата глаза с точки зрения офтальмопластики;
 - реконструктивная хирургия при аномалиях век (в том числе блефароптоз), эстетическая хирургия при сенильной патологии век (заворот, выворот век), травматических деформациях и деструктивных заболеваниях век (синдромы Стивенса-Джонсона, Лайелла, системные коллагенозы);
 - аносаль, патология конъюнктивальной полости и глазное протезирование;
 - эндоскопическая и наружная дакрихирургия.
- После прохождения цикла возможна стажировка на рабочем месте на базе отдела реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии учреждения.

Более подробная информация о проведении стажировок на рабочем месте размещена на сайте www.mntk.ru Раздел: Образование
Заявки на обучение принимаются в Научно-педагогическом центре по телефону/факсу: 8 (499) 488-8442, e-mail: training@mntk.ru

Кафедра офтальмологии ФДПО ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Расписание циклов повышения квалификации по офтальмологии на 2016 год

Название	Дата	Вид обучения	База проведения	Примечание
Офтальмология (детство)	14.03-08.04	ПК - 144 часа	РДКБ	Детская офтальмология, сертификационный
Офтальмология	14.03-08.04	ПК - 144 часа	ГКБ № 1	Сертификационный
Ортокератология для практикующих офтальмологов	28.03-01.04	ПК - 36 часов	ООО «Доктор Линз Консалтинг»	
Ортокератология для практикующих офтальмологов	04.04-08.04	ПК - 36 часов	ООО «Доктор Линз Консалтинг»	
Охрана зрения новорожденных детей	11.04-22.04	ПК - 72 часа	РДКБ	Детская офтальмология
Контактная коррекция	11.04-22.04	ПК - 72 часа	ГКБ № 1	
Офтальмология	10.05-03.06	ПК - 144 часа	ГКБ № 1	Сертификационный
Офтальмология (детство)	10.05-03.06	ПК - 144 часа	РДКБ	Детская офтальмология, сертификационный
Ортокератология для практикующих офтальмологов	23.05-27.05	ПК - 36 часов	ООО «Доктор Линз Консалтинг»	
Ортокератология для практикующих офтальмологов	30.05-03.06	ПК - 36 часов	ООО «Доктор Линз Консалтинг»	
Кератопластика	07.06-10.06	ПК - 24 часа	ГКБ № 1, Глазной банк «Айлаб»	
Офтальмология (детство)	06.06-30.06	ПК - 144 часа	РДКБ	Детская офтальмология, сертификационный
Контактная коррекция	13.06-24.06	ПК - 36 часов	ГКБ № 1	
Офтальмология	05.09-30.09	ПК - 144 часа	ГКБ № 1	Сертификационный
Офтальмология (детство)	05.09-30.09	ПК - 144 часа	РДКБ	Детская офтальмология, сертификационный
Офтальмология	03.10-28.10	ПК - 144 часа	ГКБ № 1	Сертификационный
Офтальмология (детство)	03.10-28.10	ПК - 144 часа	РДКБ	Детская офтальмология, сертификационный
Контактная коррекция	10.10-21.10	ПК - 72 часа	ГКБ № 1	
Офтальмология	31.10-25.11	ПК - 144 часа	ГКБ № 1	Сертификационный
Кератопластика	15.11-18.11	ПК - 24 часа	ГКБ № 1, Глазной банк «Айлаб»	
Офтальмология (детство)	31.10-25.11	ПК - 144 часа	РДКБ	Детская офтальмология, сертификационный
Офтальмология	28.11-23.12	ПК - 144 часа	ГКБ № 1	Сертификационный
Офтальмология (детство)	28.11-23.12	ПК - 144 часа	РДКБ	Детская офтальмология, сертификационный

Тел.: 8 (967) 160-30-39, e-mail: glazmed@list.ru



Тематические и сертификационные циклы усовершенствования для врачей-офтальмологов на 2016 год на базе Чебоксарского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

* Циклы тематического усовершенствования (72 ч.)

- 28 марта – 8 апреля** Кераторефракционная лазерная хирургия для коррекции аметропии у взрослых и детей;
- 11 – 23 апреля** Лазерная микрохирургия глаза с обучением практическим навыкам по системе WetLab;
- 23 мая – 4 июня** Патология слезного аппарата глаза. Современная диагностика и лечение. Основы эндоскопической техники
- 7 – 18 ноября** Контактная и очковая коррекция зрения

* Возможна организация дополнительных ТУ при наличии заявок.

* Стажировка на рабочем месте (72 часа) (в заблаговременно оговоренные сроки) проводится по следующим темам:

- ✓ Кераторефракционная лазерная хирургия для коррекции аметропии у взрослых и детей
- ✓ Микрохирургия катаракты. Факоэмульсификация
- ✓ Патология слезного аппарата глаза. Современная диагностика и лечение. Основы эндоскопической техники
- ✓ Витреоретинальная хирургия
- ✓ Лазеркоагуляция при заболеваниях сетчатки
- ✓ Хирургическое лечение глаукомы
- ✓ Механическая факофрагментация
- ✓ Имплантация искусственной иридохрусталиковой диафрагмы

Адрес:

428028, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, 10. Научно-образовательный отдел

Справки по телефону:

(8352) 369 081 Михеева Ольга Федоровна

Факс:

(8352) 369 181, 369 141 (для научно-образовательного отдела)

E-mail:

naukachf@pochta.ru

ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ ЦЕНТР
МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА»
ИСКУССТВО ВОЗВРАЩАТЬ ЗРЕНИЕ



WETLAB

7-18 марта

3-14 октября, 14-25 ноября 2016 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. Факоэмульсификация» – 72 ч.

Обучение в WETLAB – это уникальная возможность в кратчайшие сроки освоить современную технологию лечения катаракты через малый разрез, приобрести профессиональные навыки без тревоги за пациента. Теорию и практику в WETLAB МНТК «Микрохирургия глаза» преподают лучшие офтальмохирурги клиники.

Оснащение операционного тренажерного зала:

операционные микроскопы M 651 (Leica), Opmi Pico (Zeiss); факоэмульсификаторы Legacy 20 000, Infiniti, Laureate (Alcon), Millennium, Stellaris (Bausch & Lomb); система видеонаблюдения.

В качестве объекта хирургии используются глаза животных, установленные в муляж головы человека. Во время обучения курсанты посещают операционный блок Центра.

Заявку направляйте по адресу:

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «УФИМСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ АКАДЕМИИ НАУК РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН» 450008, г. Уфа, ул. Пушкина, 90, тел.: (347) 272-37-75, <http://www.ufaeyeinstitute.ru>

Научно-образовательное отделение проводит обучение врачей-офтальмологов стационаров и поликлиник из всех регионов России независимо от форм собственности

1. Курсы повышения квалификации (2016 уч. год)

72 часа, 2 недели (курсы тематического усовершенствования)	144 часа, 1 месяц (цикл общего усовершенствования)
14.03 – 25.03.2016 - Факоэмульсификация катаракты. WETLAB	28.03 – 23.04.2016 - Избранные современные методы диагностики и терапии глазных болезней у детей
04.04 – 15.04.2016 - Микрохирургия переднего отрезка глаза у детей	19.09 – 15.10.2016 - Воспалительные заболевания глаз. Травмы органа зрения
26.09 – 07.10.2016 - Воспалительная патология глаз	07.11 – 03.12.2016 - Заболевания хрусталика. Глаукома. Травмы глазного яблока

576 часов, 4 месяца (профессиональная переподготовка (специализация) по офтальмологии) проводится в течение года в любое время по индивидуальным заявкам.

2. Обучение на рабочем месте (от 3 дней до 4 месяцев в течение года в любое время по индивидуальным заявкам, обучение платное)

Тематика обучения

Микрохирургия в офтальмологии (катаракта, глаукома, травмы органа зрения)	Эксимерлазерная коррекция зрения
Лазерные методы лечения в офтальмологии	Витреоретинальная хирургия
Кросслинкинг роговичного коллагена при заболеваниях роговицы	Фемтоэксимерлазерная коррекция зрения на установке «Technolas Perfect Vision» и «Victus» (Германия)
Имплантация интрастромальных роговичных сегментов, интрастромальных роговичных колец MyoRing, кератопластика	Фемтолазерная хирургия катаракты на установке «Victus» (Германия)
ОСТ-диагностика и антивазопролиферативная терапия макулярной патологии	Детская офтальмология (диагностика, консервативные и хирургические методы лечения заболеваний глаз у детей)
Трансканаликулярная лазерная эндоскопическая дакриоцисторинотомия (ТЛЭД)	Функциональные методы исследования в офтальмологии

Цикл тематического усовершенствования «Хирургическое лечение заболеваний хрусталика. Факоэмульсификация катаракты. WETLAB» (72 часа)

Приглашаем врачей-офтальмологов в современную операционную учебную лабораторию WETLAB для практического обучения ультразвуковой методике хирургии катаракты (факоэмульсификации).

Обучение в WETLAB – уникальная возможность в кратчайшие сроки освоить современную технологию лечения катаракты через малый разрез, приобрести профессиональные навыки. Лаборатория оснащена современными операционными микроскопами, факоэмульсификаторами последнего поколения Infiniti, Laureate (Alcon), видеосистемой с монитором для наблюдения за работой стажеров, комплектом микрохирургических инструментов, искусственными хрусталиками и вискоэластиками. Учебные тренажеры дают возможность имитировать реальную хирургическую операцию, но в качестве объекта хирургии используются глаза животных.

Обучение в WETLAB проводится под руководством высококвалифицированных офтальмохирургов института. Лекции во время цикла читаются ведущими специалистами института, курсанты присутствуют на операциях в операционном блоке клиники, также транслируется «живая хирургия».



План обучения «Факоэмульсификация катаракты. WETLAB» на 2016 г.

03.10. – 14.10.2016 14.11. – 25.11.2016

Обучение платное: для врачей РФ – 18 000 руб., для иностранных граждан – 25 000 руб.

Заявки на обучение принимаются по тел./факсу: (347) 272-33-61, 272-37-75, по электронной почте: obrottdel@yandex.ru, по адресу: 450008, г. Уфа, ул. Пушкина, 90.

Форма заявки, перечень документов для обучения и др. информация находится на сайте Уфимского НИИ глазных болезней в разделе «Образование».

По окончании обучения на курсах и на рабочем месте выдаются документы установленного образца.



Смартфоны в офтальмологии

Как часто и почему мы слышим фразу «Телефон мне нужен только для того, чтобы звонить и отправлять сообщения»? Действительно ли современный смартфон - это не более чем дорогая и ненужная безделушка?

За все время своего существования телефонные аппараты претерпели ряд фантастических метаморфоз: переход от стационарных агрегатов к мобильным, появление полноцветных дисплеев и трансформирование их в многофункциональные устройства - смартфоны, значительно расширяющие наши возможности. Анализ профессиональных и общедоступных источников информации демонстрирует уверенный рост количества публикаций, посвященных использованию смартфонов в офтальмологии, что связано с постоянным совершенствованием их оптики, разработкой широкого профиля офтальмологических программ и перехода медицинских учреждений на электронные базы данных. Кроме того, все большее количество студентов-медиков поколения миллениалов (рожденных в конце 80-х и начале 90-х) начинает свою врачебную деятельность, что делает вопрос внедрения мобильных цифровых технологий в работу врача-офтальмолога особенно актуальным.

В 2014 г. ESCRS провело опрос, результаты которого показали, что как минимум 83% офтальмологов используют смартфоны или веб-совместимые устройства. По данным Manhattan Research более 20% медиков уже интегрировали и применяют платформы для безопасного обмена сообщениями с целью общения со своими больными и более 20% врачей удаленно отслеживают состояние здоровья пациентов.

Согласно заявлению Министра здравоохранения РФ В.И. Скорцовой, с 2016 г. российское здравоохранение переходит к формированию пациент-ориентированной системы здравоохранения, будут принципиально изменены функции страховых компаний и создана система страховых поверенных – отдельная структура между пациентом и системой здравоохранения. Последние будут лично отслеживать процесс лечения каждого прикрепленного к нему пациента, что предполагает от врача необходимость наличия доказательной базы качества проведенного им лечения, а зарегистрированные фото- и/или видеоматериалы являются мощным дополнением к клинической документации. До недавнего времени фотографирование глазной патологии было ограничено наличием в учреждениях дорогостоящего оборудования, однако с появлением смартфонов появилась возможность делать снимки высокого качества, не имея специального оборудования, как в поликлинических условиях, так и на выездах или пунктах экстренной помощи.



История фотографии в офтальмологии берет свое начало в конце XIX века, когда Edward Jackson опубликовал свою работу под названием «Blanks for Recording Lesions and Anomalies of the Fundus» в 1886 г. В то время процесс фоторегистрации требовал длительной выдержки (многократно усиливавшей роговичный рефлекс) и отсутствия движений глаз пациентов (рис. 1).

Кроме того, фотоэмульсия имела низкую чувствительность к красному спектру, что, естественно, снижало информативность получаемых снимков, и понадобилось несколько десятилетий, прежде чем эти проблемы были решены. Сегодня фотографирование является важным элементом в клинической и научной офтальмологии, поскольку визуальные проявления имеют первостепенное значение в диагностике и мониторинге глазных заболеваний.

Кто-то скажет, что фотографировать глаза смартфоном можно без использования дополнительного оборудования и будет в какой-то степени прав, поскольку некоторые фотографии действительно получаются хорошо. Однако процент таких снимков от всего снятого материала, как правило, бывает невелик или и вовсе нулевой. Для получения качественных снимков с помощью смартфона следует иметь специальный адаптер, который создает оптимальные условия съемки – исключает дрожания рук при работе с микроскопом, обеспечивает дополнительное освещение с возможностью крепления широкоугольных линз для осмотра глазного дна и др. На сегодня разработано порядка 40 видов адаптеров, каж-

дый из которых имеет свои преимущества и явные недостатки. Для облегчения описания их конструкции можно разделить на следующие группы:

По назначению:

- 1.1. Адаптеры на щелевую лампу. Фоторегистрация переднего отрезка глаза, его защитно-вспомогательного аппарата (ЗВА) и глазного дна;
- 1.2. Адаптеры для внешней съемки:
 - 1.2.1. Фоторегистрация переднего отрезка глаза и его ЗВА;
 - 1.2.2. Фоторегистрация глазного дна;
 - 1.2.3. Комбинированные адаптеры;
2. По типу фиксации на щелевой лампе:
 - 2.1. Посредством замены окуляра щелевой лампы на окуляр адаптера;
 - 2.2. Посредством фиксации к окуляру щелевой лампы.

Большинство существующих адаптеров рассчитано на фиксацию смартфонов к щелевой лампе (рис. 2). Принципиально по типу установки они разделяются на фикси-

руемые к одному из окуляров щелевой лампы (рис. 2 а, b, c, e, f, g, h) и заменяющие их (рис. 2 d).

Последние, несмотря на удобство монтажа, требуют наличия в наборе нескольких окуляров (поскольку щелевые лампы разных производителей отличаются внутренним диаметром тубуса) и не удобны для постоянного пользования. Что касается адаптеров первого типа, то оптимальным вариантом являются те из них, которые закрепляются посредством механизма по типу «клипса» с возможностью смещения в передне-заднем направлении для регулирования фокусного расстояния камеры смартфона, неправильная установка которого значительно сужает поле визуализации (рис. 3).

Основным недостатком большинства адаптеров является чехол фиксированного размера, рассчитанный под конкретную модель смартфона, что ограничивает их широкое применение. Высокая стоимость готовых адаптеров и желание докторов иметь возможность выполнения качественной фото- и видеосъемки вынуждает к созданию

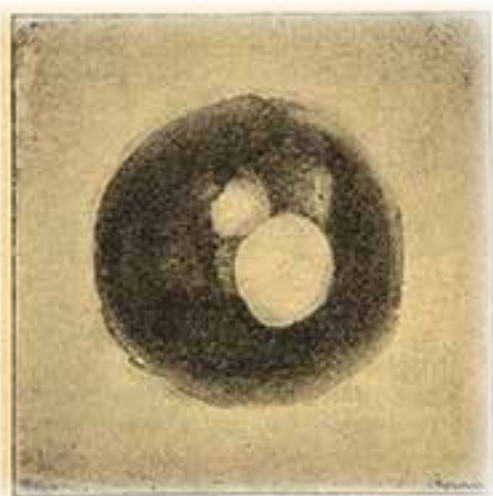
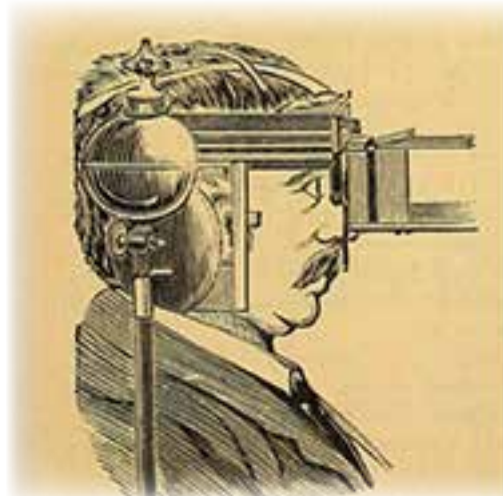


Рис. 1. Фотографирование глазного дна: а – устройство для фоторегистрации; б – фотография глазного дна



Рис. 2. Адаптеры на щелевую лампу

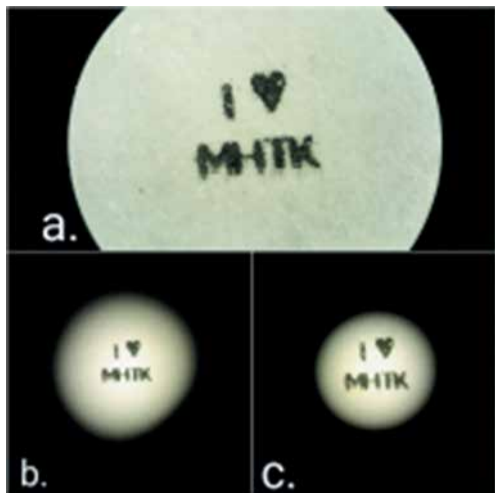


Рис. 3. Поле визуализации в зависимости от положения камеры смартфона относительно окуляра щелевой лампы (соотношение разрешения фотографий 1:1). Камера смартфона расположена: а) на фокусном расстоянии (увеличение x40), б) за фокусом (увеличение x25), в) перед фокусом (увеличение x25)

аналогов рыночных адаптеров своими руками, например, представленные Jan Bond Chan с соавт. (рис. 2 г) и на офтальмологическом портале EyeWiki (рис. 2 б).

Немалый интерес вызывают адаптеры, разработанные для устройств, изначально не имеющих отношение к офтальмологической практике – микроскопов, биноклей и телескопов (рис. 4), схожие метрические параметры их окуляров и окуляров, используемых на щелевых лампах, позволяют использовать их не по прямому назначению, а применительно к офтальмологическому оборудованию. Привлекательность представленных моделей объясняется удобством их монтажа посредством автоматических механизмов (рис. 4 а, г), разнообразием и универсальностью отдельных конструкций (рис. 4 б, с, д, г, в). Модели е и ф (рис. 4), несмотря на фиксированные диаметры креплений и размеры чехлов, демонстрируют собой оригинальные конструкции с минимальным использованием материала, что облегчает общий вес адаптера.



Рис. 4. Неофтальмологические адаптеры

Подвляющее меньшинство представлено адаптерами, предназначенными для съемки, не требующей наличия щелевой лампы: David Myung с соавт. описали конструкцию, рассчитанную на получение изображений исключительно переднего отрезка глаза и имеющего макролинзу с дополнительным источником освещения (рис. 5 а); адаптеры-штативы под установку бесконтактной линзы для съемки глазного дна (рис. 5 с, д); полноценная ком-



Рис. 5. Адаптеры, не требующие наличия щелевой лампы

пактная оптическая фундус-система D-EYE (рис. 5 е) и комбинированный адаптер для съемки переднего и заднего отрезков глаза (рис. 5 б).

Комбинированных адаптеров, совмещающих возможность фоторегистрации посредством щелевой лампы и без нее, найдено не было. Отдельно стоит выделить продукт компании «iоn IMAGING» (рис. 6). Данную разработку трудно отнести к классическим адаптерам для смартфонов, поскольку она интегрирована в оптическую систему подобно зеркальным фотоаппаратам в профессиональных фотощелевых лампах.



Рис. 6. Адаптер компании «iоn IMAGING»

Кроме возможности фотографировать, смартфон позволяет показывать образовательные видео, клинические фотографии, различные диаграммы и т.п., что облегчает инструктаж пациента и его родственников о имеющемся заболевании и возможных вариантах лечения. На данный момент существует более 300 приложений офтальмологического профиля на различные мобильные платформы, способные собирать, сортировать и предоставлять в удобной для пользователя форме необходимую информацию, что позволяет эффективно использовать время врача. Jay Chhablani с соавт. выделили следующие основные направления используемых офтальмологических программ:

Тестирование. Комплекс инструментов клинично-функциональной оценки, включающий таблицу для определения остроты зрения, цветовосприимчивости, контрастной чувствительности, сетку Амслера, синий экран для оценки распределения флуоресцеина, фиксационную цель со звуковой поддержкой для детей и т.д. Несмотря на то, что эти инструменты не заменяют кабинета врача со стандартизованными условиями, они могут оказаться весьма полезными при посещении пациентов на дому или в условиях стационара.

Образование пациента. Обучение пациента является важной частью его ведения, которое можно осуществлять с помощью показа демонстративного видеоматериала, таблиц, схем и т.д.

Образование врача. Анкеты для часто встречающихся заболеваний, список диагнозов, основные положения рандомизированных исследований, информация о доступных клинических испытаниях и т.п.

Рабочие инструменты врача. Правовые стандарты, классификации, права медицинского работника и т.п.

Калькуляторы. Расчет риска развития глаукомы, оптической силы ИОЛ, транспозиции и т.п.

Кроме того, высокое качество получаемого видео позволяет использовать смартфоны в сфере консультативной и образовательной телемедицины. Молодые специалисты часто сталкиваются с патологией, которую не могут идентифицировать сразу во время осмотра, поэтому очень важно зарегистрировать выявленные патологические проявления для последующего диагностического поиска.

Самым распространенным способом решения проблемы постановки диагноза является консультирование с более опытными специалистами своего отделения, либо, если такая возможность отсутствует, – дистанционно, посредством электронных средств связи – мессенджеров, телефонных или видеозвонков. Sundaram

Natarajan и Akshay Gopinathan Nair описывают способ применения группового общения в пределах клиники через мессенджер «WhatsApp» для более быстрого и эффективного взаимодействия сотрудников, которое может повысить качество диагностики и лечения, однако передача любой информации пациента через незащищенный канал может привести к раскрытию его личности. Большинство пациентов не против, чтобы их глаза фотографировали во время исследования, но, тем не менее, ни одно информированное согласие не описывает возможность передачи полученных данных через Интернет коллегам. В связи с чем необходимо создание правовой базы, способной защитить конфиденциальность пациента.

Все вышесказанное и не описанное в рамках данной статьи позволило сформулировать следующие принципиальные требования к конструкциям адаптеров:

1. Адаптивность крепления смартфона;
2. Мобильность крепления адаптера к окуляру;

3. Эргономичность и компактность;
4. Модульность конструкции адаптера.

А также требования к программному обеспечению:

1. Мультизадачность;
2. Адаптированное под офтальмологическую патологию рабочее пространство камеры смартфона;
3. Постобработка фотографий и видеоплеер с функцией покадрового просмотра для создания скриншотов;
4. Безопасность данных.

На сегодняшний момент использование смартфонов в практике российских врачей-офтальмологов пока не получило широкого распространения, однако представленное в мировой литературе разнообразие конструкций адаптеров и мобильных приложений говорит о высоком интересе мирового офтальмологического сообщества к данному вопросу, его потенциале и актуальности внедрения в повседневную практику врача.

Демчинский А.М.

НТБ

Новые
Технологии
Бизнеса

107031 г. Москва, ул. Б. Дмитровка, д. 10/2, стр. 1
Тел.: +7 916 523 33 16, +7 (495) 952-23-56
ntb69@mail.ru




Компания «Новые технологии бизнеса»
предлагает современные и надёжные
ультразвуковые приборы

А-скан
Пахиметр
А-скан/Пахиметр
А/В-скан
UBM








НRT/Spectralis-клуб, Россия 2015:

Новые технологии в диагностике и мониторинге глаукомы

В рамках XIII Международного конгресса Российского глаукомного общества был проведен сателлитный симпозиум при поддержке компании АСКИН и Ко. По программе симпозиума выступили с сообщениями профессор, д.м.н. Владимир Витальевич Страхов (Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль), профессор Clemens Vass (Medical University Vienna, г. Вена, Австрия), профессор, д.м.н. Владимир Александрович Мачехин (Тамбовский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», г. Тамбов), профессор Christian K. Brinkmann (Universitäts Augenklinik Bonn, Бонн, Германия), к.м.н. Олеся Владимировна Гапонько (от группы авторов, Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка МО РФ, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва).

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ SD OCT ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Страхов В.В.

Оптический когерентный томограф Spectralis – это уникальный прибор, который позволяет увидеть тончайшие детали строения сетчатки и зрительного нерва. Помимо традиционных офтальмоскопических параметров, таких как цвет диска зрительного нерва (ДЗН) и ширина экскавации, теперь можно определить содержимое склерального канала – нейроретинальный пояс, глиальную ткань, переднюю поверхность решетчатой пластинки и даже отдельные пучки нервных волокон (рис. 1). В наши дни при диагностике глаукомы можно опираться на данные о невидимых ранее структурах головки зрительного нерва и сетчатки. Высокое разрешение прибора OCT Spectralis позволяет увидеть структуру зрительного нерва едва ли не лучше, чем на гистологических препаратах. Возможно, нам придется привыкать к новым стандартам диагностики. Например, в протоколах OCT-исследований практически отсутствует понятие экскавации ДЗН, которым мы привыкли оперировать в течение многих лет. Определение размеров диска с появлением новой технологии становится более объективным, поскольку теперь на снимках очень хорошо визуализируется его анатомическая граница – отверстие в мембране Бруха.

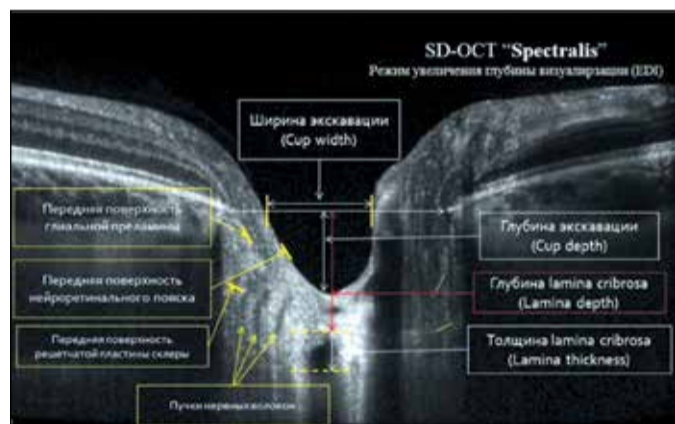


Рис. 1. OCT Spectralis позволяет визуализировать ультратонкие структуры головки зрительного нерва

При увеличении внутриглазного давления ширина отверстия в мембране Бруха остается стабильной, глубина экскавации несколько увеличивается, не достигая, однако, статистически значимого уровня, а ширина экскавации заметно растет. Этот факт был подтвержден нами при проведении OCT-исследования ДЗН у пациентов до и после вакуум-компрессионной пробы. То есть наиболее опасным при повышении ВГД является не фронтальное направление действия сил в области преламинарной части головки зрительного нерва, а боковое направление сил в области, где волокна

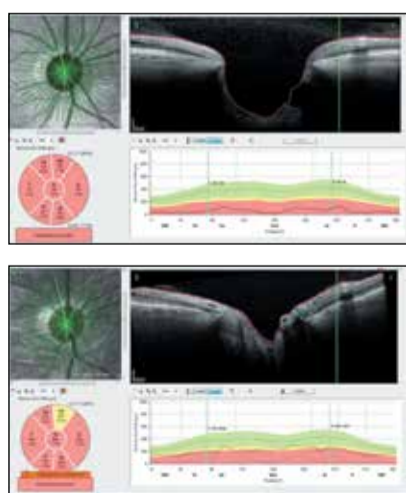


Рис. 2. OCT ДЗН пациента до (а) и после (б) антиглаукоматозной операции

нейроретинального пояса контактируют с жестким склеральным кольцом.

На рисунке 2 представлены снимки OCT головки зрительного нерва до (а) и через 5 дней после антиглаукоматозной операции (б), когда эффект боковой компрессии был устранен. При снижении Р с 32,2 до 6,7 мм рт.ст. произошло сужение экскавации, увеличение толщины нейроретинального пояса, а сосуд, который был сдавлен до хирургического вмешательства, после операции раскрылся, и его просвет стал хорошо визуализироваться на снимках.

Таким образом, с развитием технологии OCT изменяется парадигма оценки структуры ДЗН. В клинической оценке головки зрительного нерва внимание переключается с экскавации ДЗН на минимальную толщину нейроретинального пояса. Оценка динамики структурных потерь теперь может проводиться с учетом регионализации нейроретинального пояса, перипапиллярных нервных волокон и слоя ганглиозных клеток в макулярной зоне в единую секторальную нейроструктуру.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕКТРАЛЬНОЙ OCT В ДИАГНОСТИКЕ ГЛАУКОМЫ: ПОЧЕМУ, КАК И КОГДА?

Clemens Vass

Основные проблемы диагностики глаукомы известны всем офтальмологам. Во-первых, уровень внутриглазного давления не является надежным параметром при диагностике и мониторинге глаукомы. От 30 до 50% пациентов с глаукомой имеют давление, укладывающееся в пределы нормы, а до 50% людей в популяции имеют повышенное внутриглазное давление без других признаков глаукомы. Во-вторых, внешний вид ДЗН может быть достаточно вариативным. Примерно у 5% населения ДЗН можно назвать «подозрительным». Это приводит к тому, что примерно в 50% случаев диагноз глаукомы остается неустановленным, а в 50% случаев впервые поставленный диагноз оказывается неверным. Вот почему для более уверенной диагностики глаукомы мы предлагаем использовать технологию OCT. Мы надеемся, что применение этого объективного метода позволит нам сократить число ложноположительных и ложноотрицательных диагнозов.

Ранее исследование OCT не заменяло собой проведение офтальмоскопии. В новом программном обеспечении OCT Spectralis при помощи функции Multicolor на снимках можно увидеть и бледность ДЗН, и перипапиллярные геморрагии, и степень видимой экскавации, и даже выявить клиновидные участки истончения слоя нервных волокон (рис. 3).

Ряд параметров, определяемых при помощи OCT, имеет



Рис. 3. Функция Multicolor OCT Spectralis помогает оценить офтальмоскопические параметры ДЗН. Стрелкой указан клиновидный участок истончения слоя нервных волокон

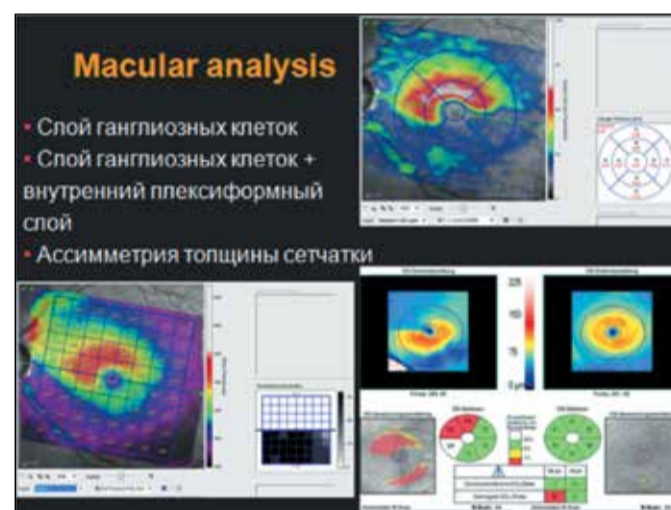


Рис. 4. OCT-анализ состояния макулярной зоны в диагностике глаукомы

большую диагностическую ценность. При высокой специфичности (порядка 95%) чувствительность параметра толщины слоя нервных волокон достигает более 50%. Чувствительность параметра толщины слоя ганглиозных клеток сетчатки в макулярной зоне еще выше и составляет 73,2% (рис. 4). Другой вид анализа позволяет изучить суммарную толщину слоя ганглиозных клеток и внутреннего плексиформного слоя сетчатки в макулярной зоне.

Толщина нейроретинального пояса ранее измерялась в горизонтальной плоскости. Новое программное обеспечение позволяет определять минимальную толщину нейроретинального пояса, измеряемую от края отверстия в



Рис. 5. Новый показатель – минимальная ширина нейроретинального пояса (BMO-MRW) и старый показатель – ширина нейроретинального пояса в горизонтальной плоскости (BMO-HRW)

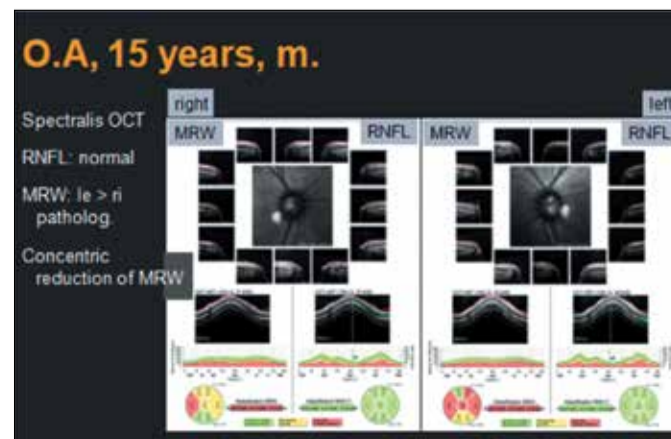


Рис. 6. Клинический пример. Ювенильная глаукома. Толщина слоя нервных волокон (RNFL) в пределах нормы, тогда как минимальная ширина нейроретинального пояса (MRW) значительно ниже нормы

ТЕХНОЛОГИЯ, СТАВШАЯ НЕЗАМЕНИМОЙ!

мембране Бруха до внутренней пограничной мембраны (рис. 5). Качество диагностики при помощи этого показателя значительно превышает качество диагностики с учетом горизонтальных измерений. Чувствительность этого параметра достигает 81%. Например, у пациента 15 лет с ювенильной глаукомой и величиной ВГД около 30 мм рт. ст. толщина слоя нервных волокон находится в пределах нормы, в то время как минимальная ширина нейроретинального пояса уже становится значительно сниженной (рис. 6).

Определение вышеперечисленных показателей особенно важно для диагностики глаукомы на допериметрической стадии, поскольку при наличии дефектов в поле зрения диагноз глаукомы может не нуждаться в подтверждении.

Как работает OCT Spectralis? Прибор выполняет 24 радиальных скана через центр ДЗН, формируя 48 точек для измерения и 3 циркулярных скана. Центр ДЗН и центр фовеа определяются при помощи специальной системы автоматического позиционирования. Она позволяет получать качественное изображение даже при нистагме (рис. 7).



Рис. 7. Качество снимка OCT Spectralis при нистагме

Когда применима технология OCT Spectralis? Можно ли применять ее при скрининге, для подтверждения диагноза или при мониторинге прогрессирования? Дело в том, что изменения ДЗН на OCT, не укладывающиеся в нормативную базу данных, не всегда являются признаком патологии, особенно у пациентов с высокой миопией, гиперметропией или косым входением зрительного нерва. Диагноз глаукомы можно поставить, только имея совокупность данных, полученных при различных методиках исследования. Мы часто переоцениваем изолированные результаты OCT, поэтому этот метод не применим для скрининга. В то же время он идеален для подтверждения диагноза, также как и для мониторинга прогрессирования глаукомного процесса. При этом наиболее надежный результат будет в том случае, когда данные различных исследований будут соответствовать друг другу: офтальмоскопическая картина ДЗН, поле зрения, внутриглазное давление (этот параметр имеет лишь относительное значение), толщина слоя нервных волокон, морфология ДЗН, ширина нейроретинального пояса и толщина слоя ганглиозных клеток в макуле.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛАУКОМЫ ПРИ ВЫСОКОЙ МИОПИИ

Мачехин В.А.

Проблема сочетания миопии и глаукомы интересует офтальмологов уже давно. К.И. Ноишевский считал прогрессирующую близорукость одной из патологических форм глаукомы. Г.Ф. Малиновский, Tomilsen и Phillips указывали на необходимость применения при миопии капель, снижающих внутриглазное давление, чтобы предупредить увеличение длины оси глаза.

К основным факторам развития высокой миопии и ее прогрессирования относят ослабленную аккомодацию и напряженную зрительную работу на близком расстоянии, синдром дисплазии соединительной ткани, приводящий к функциональной неполноценности фиброзной оболочки глаза, наследственную и генетическую обусловленность, а также нарушение функции цилиарного тела, связанное с недостаточностью его кровоснабжения.

Причинами развития глаукомы у больных с высокой миопией принято считать трофические изменения в заднем отделе глазного яблока, увеличение ригидности роговицы и склеры в возрасте старше 40 лет, ухудшение увеосклерального оттока внутриглазной жидкости, нарушение гемодинамики на системном, церебральном и глазном уровнях. Кроме того, при диагностике и определении прогрессирования заболевания имеют значение ошибки в оценке ВГД, связанные с уменьшением толщины роговицы и увеличением оси глаза.

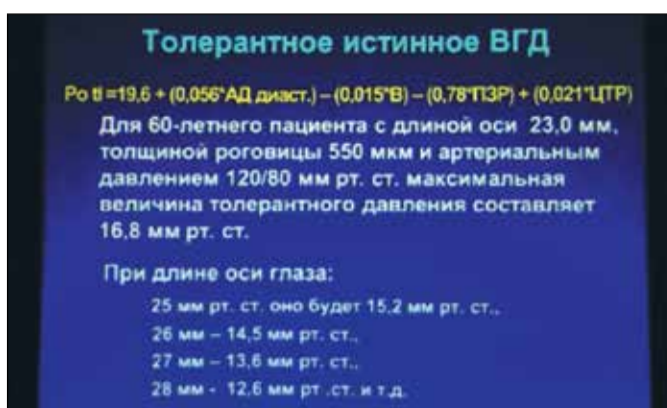


Рис. 8. Показатель толерантного истинного ВГД зависит от возраста, длины оси глаза, центральной толщины роговицы и уровня диастолического артериального давления

Мы провели ретроспективный анализ историй болезни 103 пациентов с глаукомой и миопией высокой степени (197 глаз) в зависимости от возраста, длины оси глаза, величины миопии и стадии глаукомы. Проанализировав истории болезни, мы пришли к выводу, что появление глаукомы при высокой миопии не связано ни с длиной оси глаза, ни с величиной рефракции, ни с возрастом пациентов.

Главной причиной сложностей в диагностике и мониторинге глаукомы у пациентов с миопией является ошибочная оценка величины истинного давления у данной категории больных. Для пациента с высокой степенью миопии и 1-2 стадией глаукомы вряд ли можно считать нормальным истинное ВГД, равное, к примеру, 20,4 мм рт.ст. Поэтому в своей практике мы все чаще ориентируемся на уровень толерантного истинного ВГД, который рассчитывается индивидуально в зависимости от возраста, длины оси глаза, центральной толщины роговицы и уровня диастолического артериального давления (рис. 8).

В заключение можно отметить, что всем пациентам с высокой миопией должно проводиться регулярное полное обследование на глаукому не позднее 30-летнего возраста с использованием компьютерной периметрии, а тактика лечения пациентов с сочетанием глаукомы и миопии должна определяться не по сложившимся стандартным границам истинного ВГД, а по величине индивидуального толерантного давления.

НОВОСТИ ПО OCT-ИЗОБРАЖЕНИЮ ДЗН

Christian K. Brinkmann

Признаки глаукомной атрофии зрительного нерва нам хорошо известны. Однако при анализе атипичных дисков зрительного нерва бывает очень сложно оценить наличие или отсутствие глаукомных изменений.

Если вокруг головки зрительного нерва имеется выраженная перипапиллярная атрофия, как, например, при близорукости высокой степени, то определить его границу довольно сложно. При проведении HRT-диагностики границы ДЗН устанавливаются вручную, и качество обследования во многом зависит от исследователя.

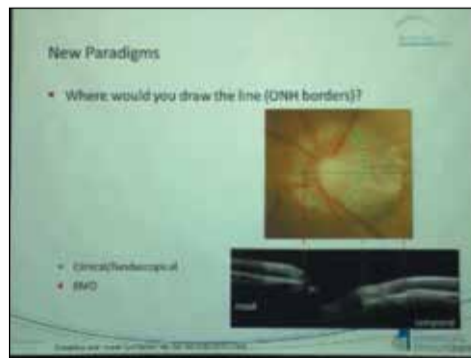


Рис. 9. Более точное и объективное OCT-исследование опровергает ложноотрицательный диагноз по исследованию HRT

В клиническом случае, представленном на рис. 9, по результатам методики HRT патология отсутствует. Однако изменения поля зрения говорят об обратном, и проведение исследования по более современной методике OCT показало, что у пациента действительно имеется глаукома. Дело в том, что если края ДЗН визуальным образом определить достаточно сложно, то при проведении OCT

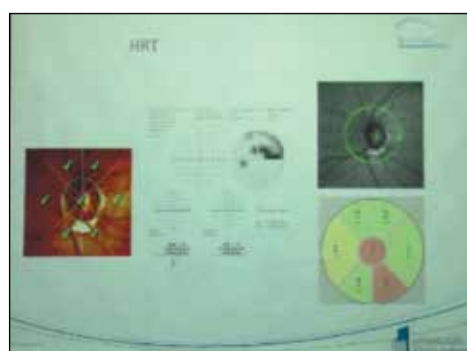


Рис. 10. Субъективно видимые границы ДЗН не соответствуют анатомическим границам, определяемым по OCT

это происходит автоматически. Томограф фиксирует анатомическую границу ДЗН – край отверстия в мембране Бруха, которая является высокорекфлексивной структурой и отлично видна на снимках (рис. 10).

Для диагностики и мониторинга глаукомы предлагается еще один точный параметр – минимальная толщина нейроретинального пояса. Оценивая величину экскавации ДЗН, ранее мы обращали внимание на толщину нейроретинального пояса в горизонтальной плоскости. Однако в зависимости от направления хода нервных волокон (пологое направление или более отвесное) этот показатель может варьировать, искажая представление о степени глаукомного поражения. Минимальная толщина нейроретинального пояса представляет собой расстояние от внутренней пограничной мембраны до границы отверстия в мембране Бруха, измеренное в перпендикулярной плоскости. В диагностике глаукомы предпочтительнее использовать показатель минимальной ширины нейроретинального пояса, который является более высокочувствительным параметром, нежели показатель его горизонтальной ширины. Кроме того, параметр минимальной ширины нейроретинального пояса отличается очень хорошей воспроизводимостью. В нашем исследовании мы проводили измерения дважды с интервалом 15 минут и получили высокий коэффициент корреляции: R global=0,99, p<0,01. Профиль минимальной ширины нейроретинального пояса не является двугорбым, как профиль толщины слоя нервных волокон.

OCT Spectralis обладает системой автоматического позиционирования, которая учитывает расположение центра фовеа и центра ДЗН при каждом последующем скане. Во-первых, это позволяет получать воспроизводимые результаты исследования и проводить более точную оценку прогрессирования глаукомного процесса в динамике. Во-вторых, благодаря системе автоматического позиционирования зона диска делится на сектора с учетом того, где располагается ДЗН – выше, ниже или на одном уровне с фовеа.

Таким образом, в нашем распоряжении появились очень интересные высокочувствительные методы исследования, которые позволяют проследить анатомические границы ДЗН, не полагаясь на субъективную оценку. Тем не менее, при оценке атипичных дисков необходимо учитывать как можно большее количество параметров. Новое программное обеспечение OCT Spectralis помогает диагностировать глаукому на ранней стадии, позволяет получать воспроизводимые результаты и проводить длительное наблюдение в динамике.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ПРОГРАММЫ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ В OCT SPECTRALIS

Ганюшко О.В.

На сегодняшний день в современной глаукоматологии остается актуальным поиск новой методики, востребованной при диагностике начальной стадии глаукомы. Сложная архитектура строения ДЗН требует изучения новых показателей, имеющих значение для своевременного обнаружения и оценки динамики прогрессирования глаукомы. Исследования современного этапа установили возможность использования нового морфометрического параметра – самого короткого расстояния от края отверстия в мембране Бруха до ближайшей точки внутренней пограничной мембраны.

Целью нашего исследования стало изучение морфометрических параметров ДЗН – толщины слоя нервных волокон и минимальной ширины нейроретинального пояса – у лиц с начальной стадией глаукомы и у здоровых лиц.

Исследование проводилось с апреля по сентябрь 2015 года. В него вошли 35 больных с начальной стадией глаукомы и 20 здоровых лиц. При анализе учитывались данные возраста, анамнеза, стадии заболевания, статической автоматической периметрии, сканирующей лазерной конфокальной микроскопии и спектральной OCT с программным обеспечением для исследования мембраны Бруха.

Были установлены достоверные различия показателя толщины слоя нервных волокон в верхне-височном и нижне-височном секторах между группами здоровых лиц и пациентов с глаукомой. Различия между группами по показателю минимальной ширины нейроретинального пояса были на грани достоверности. Возможно, это связано с тем, что возрастные группы были неоднородны, а количество пациентов небольшое, поэтому исследование будет продолжено.

К.м.н. Михайлова Т.Н.



В рамках XIII Международного конгресса Российского глаукомного общества во время сателлитного симпозиума Bausch+Lomb группы компаний VALEANT выступил с докладом доктор медицинских наук Игорь Анатольевич Лоскутов (Научный клинический центр ОАО РЖД, г. Москва). Он рассказал о том, что может помочь сохранить зрительные функции пациентам с глаукомой.

Нейропротекция при терапии глаукомы

Иногда офтальмологу на приеме приходится сообщать пациентам с глаукомой две новости: хорошую и плохую. Хорошая новость состоит в том, что внутриглазное давление на протяжении длительного времени стабильно остается в пределах нормы. А плохая – в том, что, несмотря на это, пациент продолжает терять зрение. Что можно посоветовать больным в этих непростых случаях?

Дело в том, что в настоящее время снижение уровня ВГД является основным способом замедления прогрессирования глаукомной оптико-нейропатии. Понижение ВГД на 25% снижает риск прогрессирования атрофии зрительного нерва на 25%. На сегодняшний день существует большое количество достаточно эффективных гипотензивных средств. Однако для сохранения зрения при глаукоме недостаточно просто снизить давление, и при лечении глаукомных пациентов нельзя ориентироваться только на цифры ВГД. Большое внимание мы должны уделять и другим показателям, на которые мы можем оказывать влияние.

В Российской Федерации под названием Люксфен зарегистрирован препарат для лечения глаукомы, содержащий 0,2% бримонидин (рис. 1). Это лекарственное средство снижает ВГД до 25% от исходного уровня, оказывает более выраженный гипотензивный эффект по сравнению с 0,15% бримонидином и содержит поливиниловый спирт, который обеспечивает дополнительное увлажнение и минимизирует действие консерванта на поверхность глаза.

Согласно Национальному руководству по глаукоме лечение этого заболевания должно начинаться с монотерапии лекарственным средством первого выбора, понижающим давление. К комбинированной терапии переходят, если монотерапия хорошо переносится пациентом и действует в целом эффективно, но все же недостаточно, и наблюдается прогрессирование заболевания.

Монотерапия бримонидином 0,2% целесообразна при первичной открытоугольной глаукоме на начальной и более поздних стадиях, при глаукоме низкого давления, при транзиторном лекарственно-индуцированном повышении офтальмотонуса (например, при терапии стероидами), для профилактики острого подъема ВГД после лазерных вмешательств на переднем отрезке глаза, при повышении офтальмотонуса на фоне интраокулярного воспаления, а также в тех случаях, когда другие антиглаукомные препараты назначить невозможно в связи с общим состоянием пациента или при их непереносимости.

Сравнивая монотерапию бримонидином 0,2% и бетаксололом 0,25%, можно отметить, что бримонидин 0,2% в большей степени снижает ВГД (до 5,8 vs 3,8 мм рт. ст.) и дает больший процент достижения стабильного снижения ВГД более чем на 20% (64,2% vs 47,4%, рис. 2).

Назначение Люксфена в комбинированной терапии целесообразно, когда не удается достигнуть «давления цели» при лечении одним и более препаратом. Люксфен потенцирует действие аналогов простагландинов, позволяя дополнительно снизить офтальмотонус еще на 3 мм рт.ст. В комбинации с бета-блокаторами бримонидин 0,2% позволяет эффективнее снижать и контролировать ВГД, чем их комбинация с дорзоламином (среднее снижение ВГД 20,4% vs 14,4%, рис. 3).

Врачи помимо заботы о цифрах ВГД необходимо также позаботиться и о состоянии зрительного нерва. Различают прямую и непрямую нейропротекцию. При прямой нейропротекции происходит защита нейронов сетчатки и волокон зрительного нерва за счет блокады основных факторов, ведущих к апоптозу. При непрямой нейропротекции снижается влияние любых других факторов риска, провоцирующих прогрессирование глаукомной оптико-нейропатии: нормализация повышенного офтальмотонуса, улучшение кровообращения в системе зрительного нерва и сетчатки, нормализация артериального давления, аутоиммунных процессов, гормональных нарушений и т.д.

Нейропротектор бримонидин обладает повышенной тропностью к меланину, поэтому он аккумулируется в радужке, цилиарном теле и хорио-ретиальном комплексе в фармакологически значимых концентрациях (рис. 4). Он активирует альфа-2-адренорецепторы биполярных и ганглиозных клеток сетчатки, блокирует кальциевые и активирует калиевые каналы; это ведет к уменьшению активного выброса глутамата и функциональной модуляции NMDA-рецепторов. Кроме того, происходит стимуляция выработки основного фактора роста фибробластов, антиапоптозных белков, а также активация сигнальных путей, задействованных в регуляции пролиферации, роста и выживания клеток. Таким образом бримонидин осуществляет прямую нейропротекцию, благоприятно влияя на зрительный нерв и сетчатку.

В одном из исследований по глаукоме нормального давления в рамках доказательной медицины сравнивалась эффективность бримонидина 0,2% и тимолола 0,5% при двукратном ежедневном применении в течение 30 месяцев. При этом был отмечен одинаковый гипотензивный эффект обоих препаратов, однако прогрессирование глаукомной оптико-нейропатии по данным статической автоматизированной периметрии в группе бримонидина 0,2% происходило всего лишь в 9,9% случаев, в то время как в группе тимолола в 31,4% случаев. Результаты этого исследования могут служить доказательством того, что бримонидин оказывает прямой нейропротекторный эффект, не связанный с его гипотензивным действием.

Люксфен можно использовать как препарат выбора при монотерапии, а также при комбинированном лечении. Он обладает выраженным гипотензивным действием, его прямое нейропротекторное действие независимо от уровня офтальмотонуса позволяет еще до компенсации ВГД положительно влиять на жизнеспособность клеток сетчатки и сохранять зрительные функции, а поливиниловый спирт увлажняет и минимизирует действие консерванта на глазную поверхность.



Рис. 1. Селективный альфа-адреномиметик Люксфен (0,2% бримонидин) снижает ВГД до 25% от исходного уровня



Рис. 2. Люксфен при монотерапии: бримонидин 0,2% дает более выраженный гипотензивный эффект, чем бетаксолол 0,25%



Рис. 3. Люксфен при комбинированной терапии: комбинация бримонидина 0,2% с бета-блокаторами более эффективна, чем комбинация бета-блокаторов с дорзоламомидом 2%



Рис. 4. Прямое нейропротекторное действие бримонидина



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, СЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



veropharm[®]
Полудан[®]
 PolyA + PolyU
 лиофилизат для приготовления
 глазных капель 100 ЕД, № 1, № 3

- Выявленная противовирусная и иммуномодулирующая активность*
- Стимулирует выработку эндогенного интерферона в сыворотке крови и слезной жидкости*
- Показан взрослым и детям при вирусных заболеваниях глаз: аденовирусном и герпетическом конъюнктивите, поверхностном кератоконъюнктивите, кератите*

*Инструкция по медицинскому применению препарата Полудан, лиофилизат для приготовления глазных капель от 10.11.2014 г.



www.poludan.ru

Краткая инструкция по применению препарата Полудан[®] (глазной). Фармакотерапевтическая группа: Иммуностимулирующее средство. **Показания к применению:** Полудан[®] назначают взрослым и детям при вирусных заболеваниях глаз: аденовирусный и герпетический конъюнктивит, поверхностный кератоконъюнктивит, кератит. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата. **Способ применения и дозы:** Местно. Раствор Полудана[®], предназначенный для инстилляций в глаз, готовят путем растворения содержимого флакона в 2 мл воды для инъекций. Готовый раствор может быть использован в течение 7 дней, при условии хранения в холодильнике. Применение у взрослых: закапывают в конъюнктивальный мешок по 1–2 капли 6–8 раз в сутки. По мере стихания воспалительных явлений число инстилляций сокращают до 3–4 раз в сутки. Применение у детей: закапывают в конъюнктивальный мешок по 1–2 капли 3–4 раза в сутки. По мере стихания воспалительных явлений число инстилляций сокращают до 1–2 раз в сутки. При отсутствии эффекта в течение 7 дней необходимо проконсультироваться с врачом на предмет субконъюнктивальных инъекций препарата. **Побочные эффекты:** Аллергические реакции (зуд, ощущение инородного тела, усиление конъюнктивальной инъекции, возникновении отдельных фолликулов в нижней переходной складке). **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** При одновременном применении Полудана[®] с ферментными препаратами в связи с разрушающим действием ферментов на эндогенный интерферон, клиническая эффективность Полудана[®] уменьшается. Совместим с антибиотиками и лекарственными средствами для лечения вирусных инфекций. **Особые указания:** Побочные явления исчезают самостоятельно после отмены препарата через 1–3 суток

ООО «ЛЭНС-Фарм», дочерняя компания АО «ВЕРОФАРМ». Адрес производства: 601125, Владимирская обл., Петушинский р-н, пос. Вольгинский, корп. 95 и корп. 67. Тел.: (49243) 7-17-53. Юридический адрес: 107023, Москва, Барабанный пер., д. 3. Тел.: (495) 792-53-30, 797-57-37, факс: (495) 792-53-28. E-mail: info@veropharm.ru, www.veropharm.ru. РУ № ЛС-002205 от 12.03.2012 г. На правах рекламы. VERPOL160195 от 01.03.2016

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



Рег. номер: ЛП-001434 от 16.01.2012

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-Torroglosa 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. Hare and Larry Wheeler, Neural Mechanisms Underlying Brimonidine's Protection of Retinal Ganglion Cells in Experimental Glaucoma, Glaucoma – Basic and Clinical Concepts, book edited by Shimon Rumelt, Published: November 11, 2011. **5.** Мальханов В.Б., Шевчук Н.Е., Синдром «сухого глаза»: диагностика, патогенез, лечение, ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней» АН РБ, материалы Международной научно-практической конференции по офтальмохирургии «Восток-Запад» – 2011.

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

Реклама

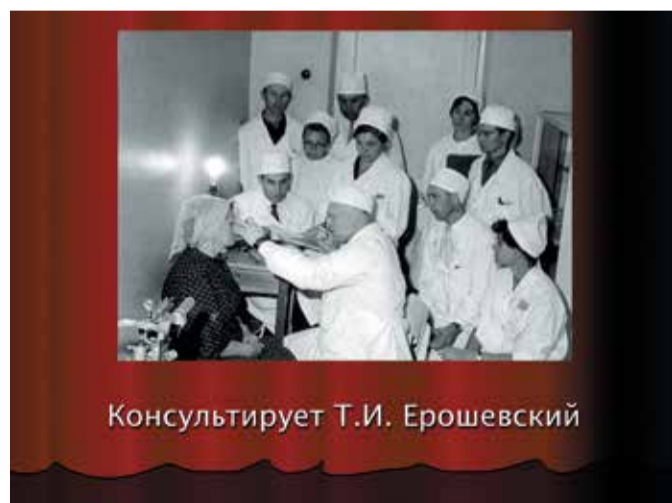


Пятьдесят лет со дня создания проблемной научно-исследовательской лаборатории по изучению глаукомы

50 лет назад приказом Министерства здравоохранения РСФСР № 261 от 21.09.1965 г. была создана проблемная научно-исследовательская лаборатория по изучению глаукомы (ПНИЛ) при кафедре глазных болезней Куйбышевского мединститута. Такое подразделение было открыто в Советском Союзе впервые.

Тихон Иванович Ерошевский основал в 1963 г. областную глазную клиническую больницу на триста коек – первое профильное учреждение в стране. На такой клинической базе он мечтал открыть НИИ глазных болезней, и ПНИЛ должна была стать основной ступенью на пути реализации этого замысла, хотя ее штатный состав насчитывал всего десять единиц научных сотрудников. Первый состав лаборатории был разделен на несколько основных направлений: лечебно-диагностическое, морфологическое, электронно-микроскопическое, биохимическое, генетическое.

Тихона Ивановича отличало главное качество ученого – смотреть далеко вперед, браться за проблему, когда она только что намечалась в науке.



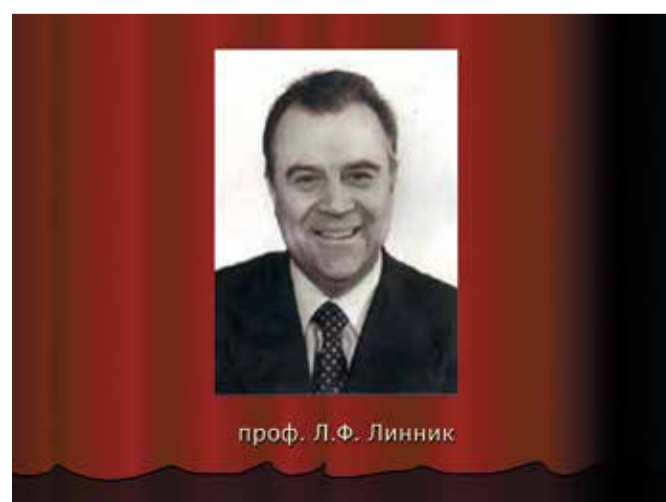
Ерошевский Т.И. возвращал из молодых ученых клиницистов, которые лечили больных, оперировали, вели практические занятия со студентами и слушателями факультета повышения квалификации врачей. До приема в штат лаборатории врач больницы должен был получить специализацию, пройдя все профильные отделения: терапевтическое, травматологическое, детское, глаукомное.

Первым руководителем ПНИЛ был назначен к.м.н. Даниил Соломонович Кроль – врач, педагог, эрудит, интеллигентный, скромный человек. Его стиль воспитательной и исследовательской работы основан на практике. Кроль Д.С. консультировал больных в глаукомном отделении, собирал своих сотрудников и просил разобраться в самых спорных диагностических вопросах. Альтернативные мнения обсуждались, ошибочные деликатно критиковались. Сообща назначали комплексное лечение, доказывали целесообразность хирургического вмешательства. Кроль Д.С. внес большой вклад в изучение вопросов первичной и вторичной глаукомы. Принципиально новые положения высказаны им в докторской диссертации, посвященной анализу псевдоэкзофтальмического синдрома.

Школа Кроля Д.С. – это формирование клинического мышления, доброго, отзывчивого отношения к пациенту. Представителями школы были Лукова Н.Б., Парфенов И.С., Артамонов В.П., Мачехин В.А., Шикунова Р.П., Петухов В.М., Нуригдинов В.А., а впоследствии Золотарева А.И., Бранчевская С.Я., Святковская Т.Я., Ильичева Т.С. Работа первого кадрового состава лаборатории основывалась на изучении методов ранней диагностики глаукомы, анализе комплексного подхода к заболеванию, исследовании модификаций хирургического и лазерного лечения.

Морфологическими исследованиями занимались Зималонг Г.М., Панормова Н.В., Затулина Н.И., Сеннова Л.Г., биохимическими – Святковская Т.Я.

Проблему микрохирургии глаза изучал талантливый ученик Ерошевского Т.И. к.м.н. Линник Л.Ф. Его отличали большая эрудиция, высочайшая хирургическая техника, уникальное научное мышление. Спустя годы профессор Линник Л.Ф. стал заместителем генерального директора по на-



уче МНТК «Микрохирургия глаза» у С.Н. Федорова.

После переезда Кроля Д.С. в г. Курск – ему была предложена должность заведующего кафедрой глазных болезней – ПНИЛ возглавила к.м.н. Затулина Н.И.

Ерошевскому Т.И. удалось получить и установить в отдельном здании электронный микроскоп. После учебы в институте морфологии АМН СССР у академика Струкова А.П. Затулина Н.И. занялась изучением состояния соединительной ткани глаза в процессе старения и при открытоугольной глаукоме, при которой процесс разрушения соединительнотканых волокон неостановим. Если срез взят из глаза человека, не страдающего глаукомой, коллагеновая структура трабекул четкая, однообразная. А в глаукомном глазу она разорвана, местами склеена между собой. Затулина Н.И. предположила, что причины процесса глубже, они заложены в генах, ответственных за соединительную ткань глаза.

Структура глаза при старении и открытоугольной глаукоме изменяется по-разному. Этот постулат был подтвержден биохимически Святковской Т.Я. Она доказала, что содержание мукополисахаридов, коллагена и серомукоида в биологических жидкостях организма достоверно изменено при глаукоме. Впоследствии Святковская Т.Я. установила, что показатели соединительной ткани крови нарушены даже у кровных здоровых родственников пробандов с глаукомой.

В 60-е гг. прошлого века вновь началось возрождение генетики. Был открыт Институт медицинской генетики под руководством академика АМН СССР Бочкова Н.П. Прозорливый Тихон Иванович прекрасно понимал, что за генетикой будущее. Он говорил, что «наука о глазных болезнях находится в стадии зарождения мутантно-генетико-молекулярной хирургии, которая проникнет в систему дефектных генов и преобразует их в нормальную структуру».

Изучением наследственных факторов при глаукоме начала заниматься группа сотрудников: Шикунова Р.П., Разумовская Е.А., Федоровская Л.И., Снисаревский Д.А., Святковская Т.Я., Королева М.М. Проводились популяционные исследования. Шикуновой Р.П. в составе научной экспедиции под руководством академика СФ АМН СССР Казначеева В.П. на Крайнем Севере были исследованы аборигены Таймыра – ненцы и нганасане. Впервые в истории найдена особая форма глаукомы, отличная от глаукомы Среднего Поволжья. Варибельность патологии и нормы определяется этническими и географическими факторами. На территории СССР распространены различные формы глаукомы.

По рекомендации Ерошевского Т.И. в феврале 1984 г. начато оформление совместного с Шикуновой Р.П. открытия. Формула открытия звучала так: «Установлено неизвестное ранее свойство фенотипической гетерогенности глаукомы в разных популяциях, способствующее дифференцированному подходу к ранней диагностике глаукоматозного процесса и профилактике не только слепоты от глаукомы, но и на основе медико-генетического консультирования профилактике самого заболевания».

В многолетней клинической практике была сформирована модель развития открытоугольной глаукомы, доказана неоднородность гидрофтальма, выдвинута теория об-





д.м.н. Р.П. Шикунова за тонографией медсестра В.А. Гусева



Сотрудники группы Р.П. Шикуновой анализируют семью больного с юношеской глаукомой, по поколениям которой прослеживается открытоугольная глаукома, глаукома молодого возраста и гидрофтальм.



Ко второму составу лаборатории присоединились Л.И.Федоровская, А.И.Золотарева, С.Я.Бранчевская, Т.С.Ильичева, В.А.Нуритдинов.

разования наследственной дисгенетической формы глаукомы с разным временем проявления заболевания (Лукова Н.Б., Шикунова Р.П.). Выявлены клинические и фармакогенетические маркеры, признаки предрасположенности к заболеванию на анатомическом (Снисаревский Д.А.), физиологическом (Лукова Н.Б., Парфенов И.С.), биохимическом (Святковская Т.Я.), генеалогическом уровнях (Шикунова Р.П.). Физиологические отклонения основаны на изменении показаний гемодинамики и нарушении увеосклерального оттока.

Ведущую роль сосудистой патологии в патогенезе глаукомы исследовали Золотарева А.И., Федоровская Л.И., Ильичева Т.С., Нуритдинов В.А., Панормова Н.В. С помощью ультразвука прослежены изменения анатомических параметров, установлена его роль в диагностике и лечении, а также оценка стабилизации глаукоматозного процесса (Мачехин В.А., Снисаревский Д.А., Нуритдинов В.А.).

Бранчевской С.Я. разработан оригинальный биогониморфологический метод, внедрена флюоресцентная ангиография со специальными светофильтрами. Дана количественная и качественная оценка величины и формы экскавации диска, проанализированы изменения сетчатки и мелких сосудов височного сегмента диска при открытоугольной глаукоме и глаукоме молодого возраста (совместно с Луковой Н.Б.).

Шикуновой Р.П. совместно с администрацией областной глазной клинической больницы (главный врач – заслуженный врач России, к.м.н. Золотарева А.И.) организовывались первые глаукомные центры, определялись принципы диспансеризации больных глаукомой и их семей.

Разрабатывались методы консервативного и хирургического лечения (Парфенов И.С., Лукова Н.Б., Петухов В.М., Артамонов В.П., Золотарева А.И.). Были предложены новые высокоэффективные вмешательства с патогенетической направленностью. Эти исследования продолжают развиваться и в настоящее время на основе гистоморфологического обоснования непроникающей хирургии глаукомы (д.м.н. Золотарев А.В.).

Начало морфологических и гистохимических исследований при глаукоме было положено работами научных сотрудников ПНИЛ Панормовой Н.В., Затулиной Н.И., Сенновой Л.Г. Авторы проводили морфологические исследования не только при глаукоме. Морфологи были связующим звеном между экспериментом и клиникой. Глаза кроликов после аллопластики, кератопластики (Малов В.М., Протасов А.И., Яхина Н.М., Степанов В.К.) после удаления меланомы цилиарного тела (Линник Л.Ф.) и фотокоагуляции меланомы сосудистой оболочки (Семенов А.Д.)

анализировались морфо-гистохимически и результаты сравнивались с клиникой.

Панормовой Н.В., Затулиной Н.И., Сенновой Л.Г. выработана концепция патогенеза открытоугольной глаукомы, изучена роль соединительной ткани.

Исследованы дренажная система глаза, сетчатка, сосудистая оболочка, зрительный нерв с решетчатой пластинкой в динамике глаукоматозного процесса и при общей сосудистой патологии – атеросклерозе, гипертонической болезни, сахарном диабете (749 энуклеированных глаз). Использованы методы морфологии, гистохимии, электронной микроскопии, морфометрии и системного многофакторного математического анализа.

В дренажной системе глаза имеет место нарастающая дезорганизация соединительнотканых элементов, что является причиной нарушения циркуляции внутриглазной жидкости. Идентичная картина отмечена и в решетчатой пластинке зрительного нерва, приводящая первоначально к изменению ее архитектоники с последующей нарастающей атрофией зрительного нерва. Изучение микроциркулярного русла хориоидеи и сетчатки показало, что изменения сосудов вторичны.

Начальным звеном в патогенезе открытоугольной глаукомы является нарастающая деструкция соединительной ткани как переднего, так и заднего отделов глаза. Этот факт подтвержден биохимически и клинически у больных глаукомой и даже у их здоровых кровных родственников.

Многолетние комплексные исследования научных сотрудников ПНИЛ позволили выдвинуть гипотезу генетической модели патогенеза открытоугольной глаукомы. Глаукома не может быть рассмотрена как единый менделевский признак. Это – многофакторное заболевание, в ее патогенезе прослеживаются нейрососудистые изменения, нарушение гормонального фона, баланса кортикостероидов, электролитного и водного обменов, гематофтальмического барьера, влияние внешней среды. Но воздействия генов-модификаторов, ответственных за метаболизм соединительной ткани, по нашей гипотезе являются основными.

Комплексное изучение на органном и организменном уровнях (сотни биохимических анализов, сотни родословных больных глаукомой, 750 энуклеированных глаз, исследования разных популяций) позволили создать генетическую модель патогенеза глаукомы.

Работа ученых ПНИЛ не может остаться только в истории самарской офтальмологии. Многие исследования приоритетны, сделаны впервые в стране, порой – и в мире. Тихон Иванович умело подбирал кадры. Он писал:



Сотрудники лаборатории (слева-направо): Л.Г. Сеннова, Н.В. Панормова, Р.П. Шикунова, В.А. Нуритдинов, А.И. Золотарева, Н.И. Затулина (зав. лабораторией), С.Я. Бранчевская

«Не скрою, я был в погоне за способными, яркими, дисциплинированными, молодыми. И мне везло на таланты. Это были, как правило, врачи с хорошим клиническим мышлением, инициативой научного поиска, влюбленностью в науку».

Ретроспективно проследивая творческий рост бывших сотрудников ПНИЛ, видно, что почти все они стали докторами медицинских наук, руководителями кафедр, больниц, научных отделов, воспитали своих талантливых учеников.

В Самаре (Государственный медицинский университет): профессор Затулина Н.И. (ПНИЛ), главный научный сотрудник ЦНИЛ – Шикунова Р.П., профессор Малов В.М. (зав. кафедрой офтальмологии), профессор Петухов В.М. (ИПО), главный врач СОКОБ им. Ерошевского – Золотарева А.И. В Курске – зав. кафедрой офтальмологии Кроль Д.С., в Оренбурге – зав. кафедрой офтальмологии Линник Л.Ф., в Иваново – зав. кафедрой офтальмологии Артамонов В.П., в Тамбове – Мачехин В.А. (филиал МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова»), в Москве – заместитель генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» - Линник Л.Ф. и Семенов А.Д.

«Главная задача ученого, - говорил Т.И. Ерошевский, - передавать эстафету, факел науки молодому поколению. В этом и есть бессмертье науки». Желаем молодым офтальмологам достойно продолжать традиции школы Мастера.

Р.П. Шикунова, Л.Г. Сеннова, А.И. Золотарева
ГБОУ СамГМУ Минздрава России,
ГБУЗ СОКОБ им. Ерошевского, г. Самара



«Уважение к минувшему — вот черта, отличающая образованность от дикости. Гордиться славою своих предков не только можно, но и нужно».

Пушкин А.С.

Из истории офтальмологии

Новый раздел в нашей газете мы начинаем публикацией исторических заметок известного петербургского офтальмолога — заслуженного врача РСФСР, доцента Руслана Ивановича Коровенкова. Его биография — уже заметная страница в истории российской офтальмологии.

ИНОСТРАНЦЫ В РОССИИ

Иностранные специалисты сыграли очень большую роль в становлении России, в том числе и российской науки. Они же, вероятно, привнесли в Россию и филантропические идеи, которые не были характерными для России Средних веков. В этой заметке речь пойдет о двух великих благотворителях — одному из них должны быть благодарны слепые всего мира, а другому (кстати, офтальмологу) — все заключенные России.

Валентин Гаюи (*Valentin Haüy*, 1745-1822) — известный французский благотворитель, педагог, создатель первых учебных заведений для слепых, автор рельефного алфавита для незрячих, предшественник **Луи Брайля** (1809-1852). Родился в семье бедного французского крестьянина-ткача. У мальчика отмечался необычайный интерес к иностранным языкам, и это определило выбор его жизненного пути. Валентин, несмотря на все финансовые и социальные трудности, сумел получить в Париже высшее образование и получил должность переводчика в МИДе. Помимо живых европейских языков, В. Гаюи владел латынью, греческим, древнееврейским, читал на нескольких восточных языках. Молодо-

му человеку предрекали блестящую карьеру чиновника в министерстве иностранных дел Франции. Однако в 1784 г. в возрасте 39 лет В. Гаюи исключительно на свои личные средства и в своём же собственном доме открыл первую в мире школу для слепых детей под названием «Мастерская трудящихся слепых». Первым учеником мастерской стал подобранный на церковной паперти мальчик **Франсуа де Лезюер**. Потом в школу поступили ещё одиннадцать беспризорных сверстников Франсуа. До этого события мир ещё не знал учебных заведений для слепых. В. Гаюи использовал свой метод обучения слепых посредством придуманного им рельефного шрифта и издал несколько книг для слепых. По этим книгам незрячие люди обучались вплоть до появления шеститочечного шрифта Брайля.



В 1803 г. император **Александр I** направил В. Гаюи предложение создать в Санкт-Петербурге учебное заведение для людей с полной или частичной потерей зрения. В Россию В. Гаюи прибыл в 1806 г. и пробыл здесь до 1817 г. В 1807 г.

Александр I утвердил штат, устав и бюджет Санкт-Петербургского института слепых. Эту дату ныне считают датой основания первого в России учебно-воспитательного заведения для слепых детей. Летом 1808 г. чиновниками была проведена проверка института. Комиссия отметила: «Слепые воспитанники обучены чтению, письму, географии, истории, языкам, музыке, печатанию, пению и разным ремёслам — плетению корзин и стульев, вязанию сетей, вышиванию».

В возрасте 72 лет В. Гаюи подаёт в отставку и покидает Россию, увозя с собой орден Владимира IV степени «За ревностное усердие». Одиннадцать лет он провел в борьбе с русской косностью, неповоротливостью, тупостью одних чиновников и скупостью других, часто не получая своего жалования по контракту. Он вернулся в Париж, где и жил до конца дней, всеми забытый в доме брата, вместе со своей дочерью. Трагическое положение усугублялось и тем, что он полностью лишился зрения. В. Гаюи — автор нескольких книг по вопросам обучения и воспита-

ния слепых людей. Умер 18 марта 1822 г. в Париже, похоронен на кладбище Пер-Лашез. Гранитный памятник на его могиле был поставлен на средства, собранные слепыми ремесленниками и музыкантами. Лишь потомки оценили его заслуги в деле обучения и воспитания слепых — перед Национальным институтом слепых в Париже в 1848 г. был установлен памятник, в котором запечатлен облик В. Гаюи и первого его ученика Франсуа. Но самым важным признанием заслуг В. Гаюи является то, что во многих странах мира его идеи и методы обучения получили распространение и не потеряли своей значимости до сегодняшнего дня. А в день его рождения по всему миру отмечается Международный день слепых.

Федор Петрович Гааз (настоящее имя **Фридрих Иосиф**) (1780-1853) — немецкий врач, проживший в России практически всю жизнь.

Он вошел в российскую историю как выдающийся гуманист, врач-исследователь, организатор здравоохранения, филантроп. За почти полувековое жертвенное служение самым обездоленным тогда в России — заключенным — русский народ прозвал его «Святым доктором» и «Божьим человеком». Ему принадлежат знаменитые слова: «Спешите делать добро!»

Родился в старинном живописном городе Мюнстерайфеле близ Кельна в многодетной и небогатой семье аптекаря, сумевшего дать детям хорошее образование. Фридрих Иосиф в Йенском университете изучал математику и философию, а в Венском — медицину, специализируясь в глазных болезнях. Успешно вылечив находившегося в Вене русского вельможу **Решнина**, Гааз по приглашению благодарного пациента отправился с ним в Россию и с 1802 г. поселился в Москве, быстро приобретя известность и практику. В 1807 г. был назначен главным врачом Павловской больницы. В свободное время лечил больных в богадельнях, приютах, за что был награжден Владимирским крестом 4-й степени, которым очень гордился. В 1809-1810 гг. совершил две поездки на Кавказ, составив описание минеральных вод, признанное «первым и лучшим в своем роде», после которого начали свою историю Железноводск и Кисловодск. Он строил грандиозные планы по созданию в Москве стройной си-



Немного о себе

После окончания института в течение семи лет служил в Воздушно-десантных войсках. Это было прекрасное время. Прошел я его в лучших военных званиях — от лейтенанта до капитана. За эти семь лет успел почти 100 раз прыгнуть с парашютом, поучиться в институте авиационной и космической медицины, пообщаться с первыми советскими космонавтами, получить первичную специализацию по офтальмологии, а затем пройти усовершенствование в глазной клинике Военно-медицинской академии. В 1972 г. окончил клиническую ординатуру под руководством профессора Вениамина Васильевича Волкова и получил назначение в Окружной военный госпиталь в Тбилиси. Семь лет интересной работы в прекрасном городе чудесной страны с искренним и дружелюбным народом. Навсегда останутся в памяти многочисленные встречи с мудрым Н.И. Берадзе, профессорами Т.А. Шатиловой, Д.Н. Антелавой, Р.В. Гургенидзе и другими грузинскими офтальмологами. В этом госпитале продолжил научную работу на тему «Циркуляция жидкостей в зрительном нерве», предложенную еще в 1970 г. проф. В.В. Волковым. Циркуляция жидкостей изучал в эксперименте с помощью метода гистоавто-радиографии. По-видимому, первым в мире измерил давление в межболобочечных пространствах зрительного нерва кролика и собаки. Во многом на основании этой работы В.В. Волков предложил «механическую» теорию происхождения глаукомы и уже на новом уровне представил свои взгляды на глаукому при псевдонормальном давлении. Работа была успешно защищена в ВМА имени С.М. Кирова в 1979 г. Даже была оценена как докторская, однако в ВАКе «черный» оппонент посчи-



тал, что достаточно и кандидатской степени (кстати, он ранее планировалось быть моим оппонентом по диссертации и мы поспорили по поводу некоторых деталей работы).

В дальнейшем в течение 10 лет был главным офтальмологом Ленинградского округа и 4 года главным офтальмологом Западной группы войск. Почему не защитил докторскую диссертацию? Можно было бы сослаться на напряженную службу и большую хирургическую работу, но самое главное — не было мотивации. Был удовлетворен тем, что имел. Была интересная хирургическая работа. Оперировал на всех отделах глаза: от век и слезных путей до стекловидного тела и сетчатки. И, конечно, много пришлось выполнить хирургических обработок при ранениях и контузиях глазного яблока. После окончания службы работал заведующим НИЛ микрохирургии, лазерной хирургии глаза и контактной коррекции зрения кафедры офтальмологии ВМА, доцентом медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. Написал более 100 статей, 10 учебно-методических по-

собий, 4 главы в различных монографиях. Издал 5 книг: Справочник по офтальмологической семиологии: Эпонимы (480 с., 1999); Справочник: Глазные симптомы, синдромы, болезни (464 с., 2001); Наследственные и врожденные заболевания глаз (640 с., 2006); Глазное давление в норме и при патологии (204 с., 2011, совместно с проф. М.М. Дроновым); Поражения нервной системы и органа зрения (505 с., 2012, совместно с проф. Л.М. Тибеквиной).

Историей офтальмологии интересуюсь много десятилетий. Многие мои сотрудники и ученики могут вспомнить, как я при обследовании больного, перед операцией или во время ее задавал вопросы, касающиеся истории разбираемого вопроса. Это побуждало их внимательно изучать литературу, читать в книгах текст, напечатанный мелким шрифтом. А в своих книгах при описании симптомов, синдромов и болезней я дал справки, вероятно, о более чем тысяче ученых многих специальностей. Это потребовало знаний по истории не только офтальмологии, но и других специальностей. Мне кажется, что изучение истории какой-то одной специальности неизбежно побуждает к изучению истории других, часто далеких от медицины, что и позволяет человеку уверенно ориентироваться в современном мире. Каждому следовало бы помнить выражение В.О. Ключевского: «Без знания истории мы должны признать себя случайными, не знающими, как и зачем мы пришли в мир, как и для чего в нем живем, как и к чему должны стремиться». Хорошо сказал и А.С. Пушкин: «Уважение к минувшему — вот черта, отличающая образованность от дикости. Гордиться славою своих предков не только можно, но и нужно».

Заслуженный врач РСФСР, доцент, врач высшей категории
Р.И. Коровенков

стемы медицинской помощи. Но разразилась Отечественная война 1812 г. Гааз без колебаний отправился в действующую армию для организации медицинского обеспечения русских воинов, вместе с которыми дошел до Парижа. После окончания войны вышел в отставку. Ненадолго посетил свою родину, успел попрощаться с умиравшим отцом и вернулся в Россию, которую он называл «мое второе отечество». Он хорошо владел русским языком и, занимаясь частной практикой, стал одним из известнейших и обеспеченных врачей. Жизнь его круто изменилась в 1827 г., когда он вошел в число членов новоучрежденного «тюремного комитета» и одновременно назначен главным врачом тюрем Москвы. Увидев тяжелейшее положение арестантов, Ф.П. Гааз нашел смысл жизни в помощи обездоленным. Двадцать лет в старомодной пролетке, доверху нагруженной припасами для пересыльных, он провожал из Москвы все арестантские партии. Ф.П. Гааз был убежден, что между преступлением, несчастьем и болезнью есть тесная связь, поэтому к виновному не нужно применять напрасной жестокости, к несчастному должно проявить сострадание, а больному необходимо призрение. Ф.П. Гааз внес в тюремный мир порядок столько нового и гуманного, что его идеи сохраняют свою актуальность до настоящего времени. Бескорыстие, обостренное чувство сострадания и участие в судьбах заключенных снискали Гаазу поистине легендарную славу. О «святом докторе» знали все каторжане. **Федор Михайлович Достоевский**, отбывая наказание в Сибири, воочию убедился в прочности любви арестантов к своему заступнику. Исследователи полагают, что прототипом князя Мышкина был Гааз. О нем вспоминал в «Былом и думах» **Александр Иванович Герцен**, прекрасный очерк написал **Анатолий Федорович Кони**. **Максим Горький** был убежден, что «О Гаазе нужно читать всюду, о нем всем надо знать, ибо это более святой, чем Феодосий Черниговский». И лишь **Лев Толстой** заявил: «Такие филантропы, как, например, доктор Гааз, о котором писал Кони, не принесли пользы человечеству». Федор Петрович умер в августе 1853 г. Все свое состояние он раздал, в его квартире была лишь старая мебель и подзорная труба. Он не оставил наследников, но в последний путь его провожало почти 20 тысяч

москвичей всех сословий и состояний. Похоронен в Москве на Введенском кладбище. На могильном камне надпись «Спешите делать добро».

Однако не следует забывать и об отечественных общественных деятелях — организаторах попечительства о слепых в России, ярким представителем которых был **К.К. Грот**.

Константин Карлович Грот (1815-1897) — российский государственный и общественный деятель, самарский губернатор в 1853-1861 гг. Последние годы жизни К.К. Грот посвятил организации попечительства о слепых в России. По его инициативе 13 февраля 1881 г. было организовано попечительство императрицы Марии Александровны о слепых (Мариинское попечительство для призрения слепых), которое он возглавлял до 1895 г. В 1881 г. основал Александро-Мариинское училище для слепых, а в 1893 г. организовал мастерские для взрослых слепых, которые были расположены в Петербурге в здании, выстроенном на его собственные средства. К концу деятельности Грота в России работали 21 училище для слепых, мастерские для взрослых, 2 приюта и 3 лечебницы для слепых. Умер Константин Карлович в 1897 г. в Санкт-Петербурге и похоронен в Гельсинфорсе (ныне Хельсинки).



Именем К.К. Грота названа улица в Санкт Петербурге, расположенная рядом с основанными им заведениями для слепых. Памятник, посвященный К.К. Гроту, был установлен в 1906 г. по инициативе его соратников и членов общества Попечительства слепых. Работа над созданием памятника и отливка скульптур в бронзе проводилась в Париже, в мастерской крупнейшего скульптора России второй половины XIX в. **Марка Матвеевича Антокольского (1843-1902)**.



Продолжение в следующем номере





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 фототерапии роговицы методом локального кросслинкинга



БИОСОВМЕСТИМОСТЬ

БЕЗОПАСНОСТЬ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ



При экспертной оценке работы отдельных ученых и научных коллективов проводится анализ библиографических ссылок в научных статьях (анализ цитирования). Библиографические ссылки используются и в качестве меры оценки научного уровня работ, продуктивности исследователей и показателя значимости отдельных журналов.

Библиометрические показатели с каждым годом все больше внедряются в сферу науки и образования при проведении экспертизы заявок на финансирование в рамках федеральных целевых программ и других конкурсов. Руководителями научных учреждений они используются для аттестации научных работников, издателями научной литературы и периодических изданий - для прогнозирования востребованности работ конкретного автора у целевой аудитории.

Основные библиометрические показатели:

- публикационная активность,
- импакт-фактор,
- индекс цитируемости,
- индекс Хирша и др.

1. Публикационная активность автора, организации

Публикационная активность автора, организации определяется количеством публикаций автора, организации за определенный период времени.

Где же лучше опубликовать научную статью по офтальмологии с результатами исследований? Авторитет и значимость источников публикации зависят от места в принятой в мире негласной иерархии научных изданий.

На вершине иерархии находятся российские и зарубежные журналы, включенные хотя бы в одну из авторитетных зарубежных систем цитирования: Web of Science (WoS), Scopus. (Ссылки: Scopus. С показателями цитируемости журналов – <http://www.scimagojr.com/journalsearch.php>;

Web of Science. Без показателей цитируемости журналов – <http://ip-science.thomson-reuters.com/mjl/>).

С правилами приема статей в эти журналы можно ознакомиться на их официальных сайтах.

Основные зарубежные офтальмологические журналы (ссылки даны на страницы с правилами подготовки материалов в журнал)

• Journal of Cataract & Refractive Surgery; American Journal of Ophthalmology; Ophthalmology <http://www.elsevier.com/journal-authors/home>

• Cornea; Retina http://journals.lww.com/comeajml/_layouts/1033/oaks.journals/informationforauthors.aspx <http://edmgr.ovid.com/cornea/accounts/ifaauth.htm>

• JAMA Ophthalmology (Archives of Ophthalmology) <http://archophth.jamanetwork.com/journal.aspx> <http://archophth.jamanetwork.com/public/instructionsForAuthors.aspx>

• British Journal of Ophthalmology <http://bj.o.bmj.com/site/about/guidelines.xhtml>

• Journal of Refractive Surgery; Ophthalmic surgery, Lasers & Imaging; Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus <http://www.healio.com/journals/jrs/submit-an-article>

В 2015 г. на платформе международной базы данных Web of Science была размещена база данных с российскими научными журналами - RUSSIAN SCIENCE CITATION INDEX (RSCI). Уже сейчас RSCI доступна для подписчиков. В базу RSCI вошло 652 российских журнала, тщательно отобранных из коллекции Российского индекса научного цитирования (РИНЦ). Интеграция ядра коллекции РИНЦ с платформой Web of Science, имеющей общемировую известность, значительно увеличит доступность российских журналов на международной научной арене. Российские офтальмологические журналы представлены журна-

Как повысить показатели

лом «Офтальмохирургия» (МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова). Список журналов, включенных в RUSSIAN SCIENCE CITATION INDEX Web of Science, размещен на сайте <http://elibrary.ru>

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г. N 842 «О порядке присуждения ученых степеней» требования к рецензируемым изданиям и правила формирования в уведомительном порядке их перечня устанавливаются Министерством образования и науки Российской Федерации и публикуются на сайте ВАК. В 2015 г. ВАК сформировал новый перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

При оценке научной деятельности организаций и отдельных ученых часто используется суммарный показатель импакт-факторов журналов, в которых опубликованы статьи. Существует также понятие «рейтинговые журналы».

Импакт-фактор – формальный численный показатель важности научного журнала.

Методика расчета импакт-фактора

Импакт-фактор журнала в 2015 г.:

$$ИФ = A / B,$$

где: **A** – число цитирований в течение 2015 г. статей, опубликованных в данном журнале в 2013–2014 гг.; **B** – число статей, опубликованных в данном журнале в 2013–2014 гг.

Рейтинг журнала определяется количеством цитирований, которые получили статьи из журнала за предыдущие 5 лет в течение года, для которого он рассчитывается.

Так как пятилетний импакт-фактор считается более репрезентативным, во всех отчетах указывается пятилетний импакт-фактор журнала без самоцитирования.

Самоцитирование – цитирование автором своих работ (индивидуальных и в соавторстве).

Импакт-фактор научного журнала можно найти по названию журнала в Российском индексе научного цитирования (www.elibrary.ru) *рис. 1.*



Рис. 1. Образец страницы журнала в РИНЦ

В таблицах 1 и 2 приведены пятилетние импакт-факторы российских журналов. Эти показатели периодически пересчитываются. Данные приведены из официальной карточки журнала.

Офтальмологические журналы (по данным РИНЦ на 01.03.2016 г.)

Таблица 1

Название журнала	Входит в международные реферативные базы данных и системы цитирования	ВАК	Импакт-фактор без самоцитирования
Офтальмохирургия	Web of Science	вкл	0,325
Вестник офтальмологии	Scopus	вкл	0,318
Российская педиатрическая офтальмология		вкл	0,358
РМЖ. Клиническая офтальмология		вкл	0,289
Российский офтальмологический журнал		вкл	0,250
Офтальмология		вкл	0,249
Национальный журнал глаукома		вкл	0,184
Катарактальная и рефракционная хирургия		вкл	0,120
Офтальмологические ведомости		вкл	0,096
Российская детская офтальмология		вкл	0,052
Современная оптометрия		вкл	0,033
Точка зрения. Восток-Запад		-	Новый журнал
Современные технологии в офтальмологии.		-	Новый журнал
Новости глаукомы		-	-
Глаз		-	0,042
Вестник оптометрии		-	-
Офтальмология. Восточная Европа.		Зарубежная печать (стран СНГ)	0,027
Офтальмологический журнал		Зарубежная печать (стран СНГ)	-

Проведенный анализ публикаций сотрудников МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова показал, что более 40% публикаций размещаются ими в биомедицинских журналах.

Биомедицинские журналы, включенные в перечень ВАК (по данным РИНЦ на 29.02.2016 г.)

Таблица 2

Название журнала	Импакт-фактор без самоцитирования	Входит в международные реферативные базы данных и системы цитирования
Альманах клинической медицины	0,134	
Анестезиология и реаниматология	0,317	PubMed, Scopus, WoS
Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии	0,117	
Анналы хирургии	0,325	WoS
Архив патологии	0,490	Chemical Abstracts, PubMed, Scopus, WoS
Астраханский медицинский журнал	0,101	
Биомедицина	0,332	WoS
Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО ПAMH (Bulletin of the East Siberian Scientific Center SB RAMS)	0,113	
Бюллетень сибирской медицины / Bulletin of Siberian Medicine	0,351	WoS
Бюллетень физиологии и патологии дыхания	0,125	
Бюллетень экспериментальной биологии и медицины (Англоз. версия «Bulletin of Experimental Biology and Medicine»)	0,565	Scopus, Springer, WoS
Вестник Авиценны (Паёми Сино) (Таджикский государственный медицинский университет)	0,017	
Вестник Волгоградского государственного медицинского университета	0,221	
Вестник восстановительной медицины	0,194	
Вестник Ивановской медицинской академии	0,066	
Вестник Кыргызско-Российского славянского университета	0,019	
Вестник Национального Медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова	0,090	
Вестник новых медицинских технологий	0,151	
Вестник Росздравнадзора	0,321	
Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина ПAMH	0,694	WoS
Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина	0,082	
Вестник Российской военно-медицинской академии	0,199	
Вестник современной клинической медицины	0,149	
Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 11: Медицина	0,079	
Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки	0,071	
Вестник трансплантологии и искусственных органов	0,320	WoS

цитирования?

Вестник Уральской медицинской академической науки	0,120	
ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии	0,142	
Вопросы реконструктивной и пластической хирургии	0,061	
Вопросы современной педиатрии	0,432	
Врач	0,318	
Врач-аспирант	0,104	
Врачебный консилиум (Consilium Medicum)	0,580	
Вятский медицинский вестник	0,019	
Дальневосточный медицинский журнал	0,206	
Детская и подростковая реабилитация	0,260	
Детская хирургия	0,155	
Доктор.Ру	0,221	
Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке»	0,087	
Иммунопатология, аллергология, инфектология	0,385	
Казанский медицинский журнал	0,204	WoS
Клиницист	0,280	
Клиническая геронтология	0,212	
Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия	1,182	WoS
Клиническая практика	0,145	
Кубанский научный медицинский вестник	0,142	
Лазерная медицина	0,318	WoS
Лечащий врач	0,687	
Лечебное дело	0,268	
Лечение и профилактика	0,267	
Медицина в Кузбассе	0,130	
Медицинская визуализация	0,235	
Медицинская иммунология	0,355	
Медицинская наука и образование Урала	0,047	
Медицинские технологии. Оценка и выбор (MEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENT AND CHOICE)	0,148	
Медицинский альманах	0,293	
Медицинский вестник Башкортостана	0,091	
Медицинский вестник Северного Кавказа	0,317	
Медицинский вестник Юга России	0,023	
Медицинский совет	0,218	
Московский хирургический журнал	0,073	
Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация	0,063	
Общественное здоровье и здравоохранение	0,089	
Опухоли головы и шеи	0,170	
Педиатрия – приложение к журналу «Consilium Medicum»	0,196	WoS
Пермский медицинский журнал	0,072	
Практическая медицина	0,157	
Проблемы стоматологии	0,122	
Профилактическая и клиническая медицина	0,143	
Профилактическая медицина	0,526	
Российская оториноларингология	0,115	
Российский аллергологический журнал / Russian Journal of Allergy	0,388	WoS
Российский биотерапевтический журнал	0,419	Chemical Abstracts, WoS
Российский журнал боли	0,732	
Российский медицинский журнал	0,433	WoS
Российский онкологический журнал	0,324	WoS
Российский педиатрический журнал	0,332	WoS
Саратовский научно-медицинский журнал	0,278	
Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи	0,066	
Сибирский медицинский журнал	0,183	
Сибирский научный медицинский журнал (прежнее название: Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук)	0,478	WoS
Сибирский онкологический журнал	0,421	
Системный анализ и управление в биомедицинских системах	0,118	
Скорая медицинская помощь	0,160	
Современная онкология	0,221	
Современные проблемы науки и образования	0,306	
Тихоокеанский медицинский журнал	0,254	
Трудный пациент	0,465	
Ультразвуковая и функциональная диагностика	0,274	
Ульяновский медико-биологический журнал	0,093	
Уральский медицинский журнал	0,132	
Успехи геронтологии	0,398	PubMed, Scopus, Springer, WoS
Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова	0,051	
Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология	0,450	
Фарматека	0,391	
Хирургическая практика	0,071	

Рекомендации авторам:

- размещать статьи следует в научных профильных журналах, все статьи в которых проходят тщательную научную экспертизу и рецензирование;
- издания должны быть широко известны, размещаться в открытом доступе в сети Интернет;
- статьи в непрофильных журналах малодоступны специалистам;
- для повышения импакт-фактора «своего» журнала следует давать ссылки на статьи «своего» журнала, а также активно информировать коллег о статьях данного авторского коллектива, опубликованных в журнале.

2. Индекс цитирования

Индекс цитирования – количество ссылок (цитат), распределенных по годам, на данную статью в других источниках.

Принят в научном мире как показатель значимости трудов какого-либо ученого, представляющий собой число ссылок на публикации ученого в реферируемых научных периодических изданиях. Во-первых, индекс характеризует степень актуальности и важности проводимых исследований для тех областей знаний, в которых работают конкретные ученые или научные коллективы. Во-вторых, высокий индекс цитирования в определенной степени служит официальным признанием конкретного ученого научным сообществом и подтверждением его приоритета. Наличие в научных организациях ученых, обладающих высоким индексом цитирования, говорит о высокой эффективности и результативности деятельности организации в целом.

3. Индекс Хирша

Помимо индекса цитируемости, другим весьма информативным библиометрическим показателем считается индекс Хирша (h-индекс). Индекс Хирша был разработан, чтобы получить более адекватную оценку научной продуктивности исследователя, чем могут дать такие простые характеристики, как общее число публикаций или общее число цитирований.

Хирш охарактеризовал свой индекс так: учёный имеет индекс h, если h из его Np статей цитируются как минимум h раз каждая, в то время как оставшиеся (Np – h) статей цитируются не более, чем h раз каждая. Иными словами, учёный с индексом h опубликовал h статей, на каждую из которых сослались как минимум h раз.

4. Как и кем рассчитываются показатели цитирования?

Источниками библиографических данных являются «Цитатные базы данных», аналитические надстройки над ними называются индексами цитирования (citation index).

Их можно разделить на группы: международные и национальные научные индексы цитирования. Самыми авторитетными из существующих международных систем цитирования, чьи индексы признаются во всем мире, являются: «Web of Science» и его конкурент - система «Scopus». Журна-

лы, входящие в эти системы, официально признаются Высшей аттестационной комиссией (ВАК).

В России с 2010 г. Научной электронной библиотекой (www.elibrary.ru) создается национальный **Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)**. РИНЦ – это национальная информационно-аналитическая система, включающая более 2 миллионов публикаций российских авторов, а также информацию о цитировании этих публикаций из более 2000 российских журналов. Она предназначена не только для оперативного обеспечения научных исследований актуальной справочно-библиографической информацией, но является также и мощным инструментом, позволяющим осуществлять оценку результативности и эффективности деятельности научно-исследовательских организаций, ученых, уровень научных журналов и т.д. По базе РИНЦ согласно Приказу N 406 Минобрнауки РФ от 14.10.2009 г. при анализе публикационной активности цитируемость учитывается за пять лет, предшествующих текущему году. Аналитическая надстройка над РИНЦ, позволяющая проводить более детальные аналитические исследования и рассчитывать более сложные наукометрические показатели, чем это возможно сейчас в базовом интерфейсе РИНЦ, называется **SCIENCE INDEX** (рис. 2).

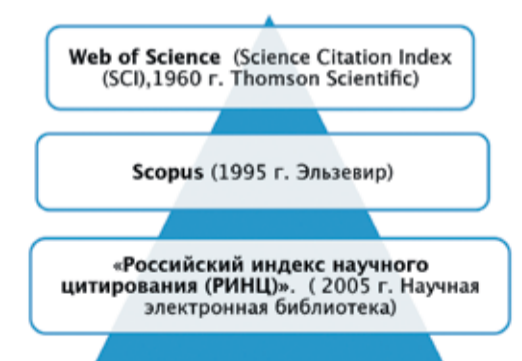


Рис. 2. «Цитатные базы данных»

Проверить индекс Хирша автора в Scopus можно по ссылке: <http://www.scopus.com/search/form/authorFreeLookup.url>

На сайте РИНЦ <http://elibrary.ru> можно ознакомиться с:

- импакт-факторами журналов,
- библиометрическими показателями организаций,
- библиометрическими показателями авторов.

В целях повышения библиометрических показателей авторам следует зарегистрироваться в РИНЦ и регулярно редактировать свой авторский профиль, такая возможность есть и в системах Scopus, Web of Science.

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Как повысить показатели цитирования?

- Рекомендуется публиковать:
- оригинальные статьи, имеющие теоретическое значение и практическое применение;
 - статьи, обобщающие накопленные результаты, на которые могли бы ссылаться другие авторы;
 - статьи обзорного характера.

При подготовке статьи следует:

- молодых авторов ставить в соавторстве с рейтинговыми учеными;
- сократить количество незначимых соавторов;
- составлять качественные рефераты, отражающие суть статьи;
- внимательно относиться к правильному библиографическому оформлению своих статей и пристатейных списков литературы, к написанию фамилии и инициалов, названию организации.

К.п.н. Политова Е.А.
Денисова Е.В.

На портале «Российская офтальмология онлайн» размещены в открытом доступе электронные версии журналов:

«Офтальмохирургия» – с 2003 г.



«Новое в офтальмологии» – с 2004 г.



«Современные технологии в офтальмологии» – с 2014 г.



«Российская детская офтальмология» – с 2011 г.



Газета «Мир офтальмологии» – с 2011 г.



СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Информация о защитах диссертаций в 2016 г.

Диссертационный совет при ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России

9 февраля 2016 г.

Склярова Анна Сергеевна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Экзимерлазерная коррекция аномалий рефракции после успешного хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки».

Червоняк Ирина Александровна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Прогнозирование течения ретинопатии у недоношенных детей, рожденных от многоплодной беременности».

Диссертационный совет при ФГБНУ «НИИ глазных болезней»

21 марта 2016 г.

Усов Александр Валерьевич

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Трансцилиарное дренирование витреальной полости как способ лечения гипертензионного болевого синдрома при терминальной стадии глаукомы».

Даниленко Ольга Викторовна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Влияние лазерной иридектomie на анатомо-функциональные показатели при первичной закрытоугольной глаукоме».

Шептулин Владимир Аркадьевич

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Применение инъекционных имплантатов на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты при патологии век и орбиты».

15 февраля 2016 г.

Чжан Гофан

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Влияние разгрузочных проб на биомеханические параметры фиброзной оболочки глаза при первичной открытоугольной глаукоме».

Цзинь Дань

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Морфофункциональные критерии в оценке эффективности нейропротекторной терапии при глаукомной оптической нейропатии».

Диссертационный совет при ГБОУ ВПО Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации

13 января 2016 г.

Гигинеишвили Дареджан Нугзаревна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Ранняя диагностика и профилактика прогрессирования диабетической ретинопатии при сахарном диабете второго типа и сопутствующей гипертонической болезни».

Кочергин Александр Сергеевич

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Оказание офтальмологической помощи пациентам, находящимся в условиях реанимационных отделений».

Диссертационный совет при ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России

27 апреля 2016 г.

Арутюнян Лусине Левоновна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Многоуровневый анализ состояния корнеосклеральной оболочки глаза в реализации новых подходов к диагностике и лечению первичной открытоугольной глаукомы».

Диссертационный совет при ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

15 февраля 2016 г.

Колесник Антон Игоревич

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Разработка и экспериментальное обоснование использования интравитреального имплантата для доставки лекарственных веществ к структурам заднего сегмента глаза».

Янченко Татьяна Валентиновна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицин-

ских наук на тему: «Клинико-эпидемиологические риски развития ретинобластомы на территории Кемеровской области».

14 марта 2016 г.

Русановская Анна Владимировна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Клинико-функциональное обоснование тактики ведения и хирургического лечения пациентов с витреофовеолярным тракционным синдромом».

Юханова Ольга Александровна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Прогнозирование исходов и оценка результатов лечения идиопатического макулярно-разрыва».

Васильева Ольга Александровна

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Патогенетический анализ формирования и терапии рецидивирующего инфилтративного поражения роговицы после перенесенного аденовирусного кератоконъюнктивита».

Полные тексты авторефератов и диссертаций по офтальмологии с 2011 г. размещены в свободном доступе на информационном ресурсе «Российская офтальмология онлайн»





Поздравляем с юбилеем доктора медицинских наук Андрея Александровича Ярового!

В декабре 2015 г. отметил 50-летний юбилей доктор медицинских наук, заведующий отделом офтальмоонкологии и радиологии ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России Андрей Александрович Яровой.

После окончания в 1992 году 2-го Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова и в 1994 году ординатуры по офтальмологии на кафедре глазных болезней Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко он начал трудовой путь в аспирантуре на той же кафедре на базе МНТК «Микрохирургия глаза». Судьбоносная встреча с одним из основателей российской офтальмоонкологии Леонидом Феодосиевичем Линником положила начало того профессионального пути, которому сегодня посвящена деятельность Андрея Александровича. Леонид Феодосиевич был не только научным руководителем, но и идейным вдохновителем, примером высочайшего профессионализма и человеколюбия для молодого аспиранта. С мудрой руки наставника Андрей Александрович в 1997 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Эффективность комбинированного лечения новообразований кожи век и конъюнктивы», а в 2010 году – докторскую диссертацию на тему «Органосохраняющее и

функционально-сберегающее лечение меланомы хориоидеи на основе брахитерапии с рутением – 106 и лазерной транспупиллярной термотерапии».

Будучи искренним и достойным учеником своего выдающегося учителя Л.Ф. Линника, Андрей Александрович создал отдел офтальмоонкологии и радиологии, где сегодня трудятся уже его ученики, стараясь успевать за его новаторскими идеями в сфере лечения офтальмоонкологических пациентов, полноценно воплощать их в жизнь и, следуя его примеру, понимать не только клинические, но и психоэмоциональные проблемы такого сложного контингента больных. Преисполненные благодарности пациенты помнят его многие годы.

Андрей Александрович является автором более 200 научных публикаций и более 35 патентов на изобретения и полезные модели, наставником четырех молодых ученых. Двое из них защитили кандидатские диссертации. Именно благодаря его личному участию и под его непосредственным руководством вошли в жизнь отечественной офтальмоонкологии транспупиллярная диод-лазерная термотерапия меланом хориоидеи и ретинобластомы, трепанобиопсия опухолей орбиты, экспериментально обоснована возможность проведения брахитерапии с йодом-125 опухолей орбиты.

Благодаря уникальному таланту Андрея Александровича в научной, коммуникативной и общечеловеческой сфере сегодня научная и клиническая практика офтальмоонкологического направления института посвящена решению проблем в вопросах лечения больших меланом хориоидеи (внедряются в практику стереотаксические методы лечения и технологии их эндовитреального удаления), совершенствованию инвазивных методов диагностики опухолей органа зрения, внедрению новых технологий в борьбе с ретинобластомой, хирургической тактике при орбитальных новообразованиях, опухолях век и конъюнктивы, лечению эндокринной офтальмопатии, хирургическим методам удаления опухолей иридоцилиарной зоны, разработке метода эндопротезирования



при ликвидационных методах лечения и вопросам брахитерапии внутриглазных опухолей доброкачественной и злокачественной природы.

Офтальмоонкология – одна из наиболее многогранных, трудных и драматичных направлений офтальмологии. Избран для себя эту стезю, Андрей Александрович отстаивает в ней не только высокопрофессиональные идеи, но с мудрым достоинством противостоит лжеисследованиям в этом направлении.

Ваша внутренняя справедливость, бескомпромиссность в вопросах этики, глубокое уважение к истинным научным и семейным ценностям, умение видеть правду и потрясающая работоспособность были и остаются для нас примером не только в сфере профессиональной деятельности, но и в повседневной жизни. Коллектив отдела офтальмоонкологии и радиологии желает Вам профессионального роста, достойных учеников и личного счастья.

Коллектив ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России присоединяется к поздравлениям и желает Вам профессиональных успехов



ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ
 КАЗАНЬ 2016, 8 АПРЕЛЯ
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ
 Хирургия Online хирургия Сестринское дело
 Терапия Оптометрия Секция молодого ученого
 офтальмологи-россии.рф

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие во Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в офтальмологии», которая состоится 8 апреля 2016 г. в городе Казани. Место проведения: ГТРК «КОРСТОН», ул. Ершова, д. 1а.

Вас ожидает очень насыщенная научная программа, включающая в себя:

- Хирургию
- Терапию
- On-line хирургию
- Оптометрию
- Сестринское дело
- Секцию молодого ученого
- Планируется организация ветлабов

Более полная информация о конференции на сайте:

<http://08.04.2016.xn----7sbjubaqairdbd1aqa9a8l.xn--p1ai/>

Витреотомы
с двойным циклом резов (TDC)
 Новый фокус на витректомию

23G, 25G, 27G

+7 (495) 646-72-51 info@focus-m.ru www.focus-m.ru



«Российская офтальмология онлайн» – Ваш информационный партнер!



- ✓ Электронные журналы
- ✓ Электронные сборники
- ✓ Видеосборники
- ✓ Online-трансляции конференций

В базе данных более 5000 статей по офтальмологии

Счастье в глазах человека должно сиять каждый день

Эффективное лечение инфекционных заболеваний глаз.

Офтоципро мазь глазная

- Двойной механизм действия глазной мази Офтоципро: нарушает синтез ДНК, рост и деление бактерий;
- Высокая биодоступность действующего вещества за счет микроstructures (размер частиц действующего вещества 8 микрон) обеспечивает высокий уровень комфорта для глаз;
- Хорошие адгезивные свойства обеспечивают длительный защитный лечебный слой на пораженной области слизистой оболочки и надежный противомикробный эффект;
- Мазевая основа наряду с отсутствием раздражающего действия предусматривает хорошую распределяющую способность и достаточную гидрофильность.



www.tatpharm.ru

О наличии противопоказаний к применению и использованию необходимо ознакомиться с инструкцией по применению или получить консультацию специалистов

ОФТАЛЬМОФЕРОН® Интерферон альфа-2b + 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 эксимерлазерной рефракционной хирургии роговицы
- профилактика герпетической инфекции при кератопластике
- содержит интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный и противоаллергический компонент

Рег. уд. Р N 002902/01

Реклама



БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
ФИРН М www.firm.ru



Отпуск без рецепта
Информация для специалистов

Инструкция по медицинскому применению препарата Oftalmoferon® утверждена Минздравсоцразвития РФ, Р N 002902/01-240212

Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с текстом инструкции по медицинскому применению

Новый препарат АЛЛЕРГОФЕРОН®

Интерферон альфа-2b + лоратадин
ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО
И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ



НОВЫЙ ПОДХОД
К ЛЕЧЕНИЮ
АЛЛЕРГИИ!

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



Реклама



Отпуск по рецепту
Информация для специалистов

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
ФИРН М www.firm.ru

Инструкция по медицинскому применению препарата Allergoferon® утверждена Минздравсоцразвития РФ, ЛП 000656-280911

Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с текстом инструкции по медицинскому применению

Газета «Мир офтальмологии», № 1 (27), март 2016

Профессиональная газета для офтальмологов и оптометристов

В газете публикуются материалы электронного издания «Российская офтальмология онлайн» www.eyepress.ru

Учредитель – Общество офтальмологов России
Главный редактор – Ходжаев Н.С., д.м.н., профессор
Выпускающий редактор – Шиманова М.Ю.
Корректор – Шапошников В.А.
Дизайн и верстка – Марнин Е.В., Моисеева Е.П.
Менеджер по рекламе – Будилина С.М.

Директор редакции – Политова Е.А., к.п.н.

Адрес редакции:

Издательство «Офтальмология»
Россия, 127486, Москва, Бескудниковский б-р, 59а
Тел.: (499) 488-8925. E-mail: publish_mntk@mail.ru
По вопросам размещения рекламы обращаться по телефону: (499) 906-17-68

Тираж – 3000 экз. Заказ № 16 07 09. Подписано в печать 18.03.2016.
Периодичность выхода газеты – 1 раз в 2 месяца.
Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-25746



Совет медицинских редакторов

Верзин А.А., к.м.н.
Головин А.В., к.м.н.
Климова Т.Л., к.м.н.

Копсава В.Г., д.м.н., профессор
Мороз З.И., д.м.н., профессор

Редакционный совет

Балашевич Л.И., д.м.н., профессор
Бикбов М.М., д.м.н., профессор
Бойко Э.В., д.м.н., профессор
Дога А.В., д.м.н., профессор
Егоров В.В., д.м.н., профессор
Канюков В.Н., д.м.н., профессор
Лишман Е.С., д.м.н., профессор
Малогин Б.Э., д.м.н., профессор
Паштаев Н.П., д.м.н., профессор
Сахнов С.Н., к.э.н., к.м.н.

Сидоренко Е.И., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Терещенко А.В., д.м.н.
Фабрикантов О.Л., д.м.н.
Фокня В.П., д.м.н., профессор
Черных В.В., д.м.н., профессор
Шиловских О.В., к.м.н.
Шинкин М.М., д.м.н., профессор
Шпак А.А., д.м.н., профессор
Щуко А.Г., д.м.н., профессор