

# НОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

*NE CEDE MALIS*  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 8  
2003

НАУКА  
И ПРАКТИКА

**30 лет  
ГУ НИИ  
ГЛАЗНЫХ  
БОЛЕЗНЕЙ РАМН**

СТР. 3–9

СТРАНИЦЫ



ИСТОРИИ  
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ  
ОФТАЛЬМОЛОГИИ

СТР. 10

ЛЕКАРСТВА И  
МЕДИЦИНСКАЯ  
ТЕХНИКА

СТР. 11–15



*С. Э. Аветисов: «Зрительный нерв является для офтальмологов запретной зоной. Но сейчас мы стали делать операции и на самом нерве и на структурах, располагающихся рядом с ним. А раньше эти больные считались бесперспективными».*

## ПОЗДРАВЛЯЕМ!



*Академику РАМН, профессору, Заслуженному деятелю науки РФ Аркадию Павловичу Нестерову исполнилось 80 лет. Этому событию посвящена конференция «Актуальные вопросы глаукомы», которая состоится 25 сентября. Ученики выдающегося ученого, его коллеги, друзья сердечно поздравляют своего научного руководителя с днем рождения, желают ему дальнейших творческих успехов, здоровья и долгих лет жизни. К этим поздравлениям и пожеланиям присоединяются коллектив редакции и читатели газеты «Больница».*

Аркадий Павлович Нестеров известен в нашей стране и в мире как клиницист-офтальмолог и ученый. Им опубликовано 320 научных работ, в том числе 14 монографий и книг, 306 статей, он является соавтором учебника по офтальмологии для медицинских вузов (три издания) и «Федерального руководства для врачей по использованию лекарственных средств». Его ученики возглавляют кафедры офтальмологии в медицинских вузах Москвы (3 кафедры), Казани, Свердловска, Перми, Омска, Благовещенска, Душанбе. Заслуженный изобретатель СССР – он автор 42 изобретений. Разработанные ими новые приборы, микрохирургические инструменты, операции нашли широкое клиническое применение. В 1985 году Государственным комитетом по делам открытий и изобретений зарегистрировано открытие А. П. Нестерова (№ 281) «Явления функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза человека – эффект Нестерова».

А. П. Нестеров является основателем нового направления, которое легло в основу изучения патогенеза, диагностики и лечения глаукомы. Им разработаны теория патогенеза глаукомы, классификация глауком, успешно реализована идея управляемого воспаления для лечения ишемических и гипоксических состояний внутренних структур глаза.

Аркадий Павлович награжден орденом Отечественной Войны II степени и орденом Трудового Красного Знамени. Он лауреат Государственной премии СССР, премии АМН им. академика М. И. Авербаха, премии Правительства РФ. А в прошлом году ему присуждена премия им. Т. И. Ерошевского – за лучшую монографию в области медицинской геронтологии.

Неутомимый ученый активно участвует в общественной жизни. Он избран заместителем академика-секретаря отделения клинической медицины РАМН, председателем общества офтальмологов г. Москвы, является консультантом Медицинского центра при управлении делами президента РФ, главным редактором журнала «Клиническая офтальмология», руководителем Московского глаукомного центра. В 2002 году он был избран почетным заведующим кафедрой глазных болезней лечебного факультета РГМУ.

По инициативе А. П. Нестерова в 2002 году был создан новый журнал «Клиническая офтальмология», который стал одним из авторитетных научных изданий по проблемам офтальмологии и включен в список изданий, рекомендованных ВАК РФ.



ГУ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ  
РАМН

26–27 сентября 2003 г. в Москве в ГУ НИИ глазных болезней РАМН состоится юбилейный симпозиум «Актуальные проблемы офтальмологии», посвященный 30-летию образования института. Этому событию посвящен сегодняшний номер нашей газеты.

11 декабря 2003 года ГУ НИИ глазных болезней РАМН совместно с компанией «Bausch & Lomb» проводит научно-практическую конференцию «Актуальные вопросы контактной коррекции зрения»

В рамках конференции будут рассмотрены вопросы применения современных мягких контактных линз (плановой замены, торических и мультифокальных), использования контактных линз в офтальмопедиатрии, с лечебной и диагностической целью, а также профилактики возможных осложнений.

Место проведения ГУ НИИ ГБ РАМН, ул. Россолимо, 11а.

По вопросам участия обращаться по телефону 248 3991, факс 248 0125, Егорова Галина Борисовна, Бородин娜 Наталья Владимировна.

Представительство «Bausch & Lomb» телефон 969 2130, факс 969 2129.

## НАУЧНЫЙ СИМПОЗИУМ В «НОВОЙ ОПЕРЕ»

Научный симпозиум эндокринологов из Москвы и других городов России был посвящен представлению нового эффективного препарата «Глюкофаж», применяющегося при лечении сахарного диабета II типа. На симпозиуме присутствовало более 500 специалистов-эндокринологов. Председательствовала на столь представительном форуме д.м.н., профессор, вице-президент Российской ассоциации эндокринологов, директор Института клинической эндокринологии РАМН Г. А. Мельниченко. Научный симпозиум был открыт Президентом компании Никомед Россия-СНГ Йостейном Дэвидсеном.

После завершения работы компания Никомед, сделавшая возможным проведение столь представительного научного форума, пригласила участников на дружеский фуршет, а затем врачи смогли увидеть спектакль московского театра «Мастерская П. Фоменко» «Двенадцатая ночь» в исполнении таких замечательных актеров, как Полина и Ксения Кутеповы, Мадлен Джабраилова, Андрей Казаков и другие.

Этот чудесный финал научного мероприятия, по отзывам врачей, помог им отвлечься от будничных забот и окунуться в волшебный мир, где возможны самые чудесные превращения.



**Научно-исследовательский институт глазных болезней Российской Академии Медицинских Наук отмечает свой 30-летний юбилей. С началом перестройки этот коллектив, как и многие другие научные центры страны, переживал трудные времена. Сейчас ситуация меняется к лучшему. Два года назад директором института стал член-корреспондент РАЕН, потомственный офтальмолог, профессор Сергей Эдуардович Аветисов.**

## ХРАНЯ ТРАДИЦИИ – ДВИЖЕМСЯ ВПЕРЕД

**– Что удалось сохранить из опыта прошлых лет и какие новации появились в работе коллектива? – наш первый вопрос директору.**

– Сохранить удалось все, но почти все пришлось перестроить с учетом современных требований практического здравоохранения и науки. Мы ведь единственный институт глазных болезней, работающий в системе РАМН, и поэтому в плане научной отда-

чи к нам предъявляются особые требования.

Каковы наши сегодняшние планы? Мы взяли курс на омоложение коллектива. К нам приходят сотрудники из других учреждений, причем, не только ординаторы, аспиранты, но

и кандидаты и доктора наук. Расцениваем это как положительное явление, нам важно, чтобы исследования шли интенсивно по новым, мало изученным направлениям. Сплав опыта и молодости – это то, что сейчас крайне необходимо. Надеюсь, что все получится, ибо впервые за долгие годы заявок в аспирантуру у нас было больше, чем мест.

Что касается научных задач, то, как и прежде, на первом месте стоит глаукома – проблема, которая была, есть и будет. Над ней работают офтальмологи во всем мире, многого удалось добиться, но остается еще достаточно нерешенных моментов в диагностике, изучении патогенеза, оперативного и консервативного лечения,

Что касается хирургии, то здесь очень важно совершенствование технологического подхода. Вы знаете, что В. П. Филатов не был первым хирургом, пересадившим роговицу, но он довел эту операцию до такого уровня, что она вошла в широкую медицин-



скую практику, а он справедливо считается родоначальником метода.

Зрительный нерв является для офтальмологов как бы запретной зоной, его трогать не рекомендуется. Но сейчас, при далеко зашедших стадиях глаукомы, сопровождающейся атрофией зрительного нерва, мы стали делать операции и на самом нерве и на структурах, располагающихся рядом с ним. Эти операции дают улучшение, а раньше все эти больные считались бесперспективными.

В плане хирургии переднего отрезка у нас есть отделение реконструктивной хирургии, которым заведует профессор А. А. Каспаров. Благодаря усилиям специалистов этого отделения, возможности кератопластики значительно повысились – без преувеличения она доведена до совершенства, а главное – значительно расширены показания к ней. Причем, Аркадий Александрович предложил такой термин, как ургентная кератопластика, в отличие от кератопластики плановой. Теперь мы делаем эту операцию при тех заболеваниях и в таких случаях, при которых она раньше была не очень показана, например, при вирусных заболеваниях глаз. Здесь используется комплексный подход: терапевтический метод сочетается с хирургией – чаще всего с кератопластикой.

– **Несколько слов о хирургии катаракты.**

– Эта операция очень приятная для хирурга, очень эффективная. Недаром ее называ-

ют жемчужиной глазной хирургии – если нет сопутствующих заболеваний, то в подавляющем большинстве случаев удается сразу добиться улучшения зрения. Какие здесь достижения? Существует так называемая хирургия малых разрезов, которая не требует швов, длительного послеоперационного пребывания больного в стационаре, ее можно делать даже амбулаторно. Технически эта операция доведена до совершенства. Но есть клинические ситуации, мы их называем нестандартными, которые до недавнего времени считались противопоказанными для имплантации хрусталика. Мы занимаемся изучением именно этих редких состояний, добываясь того, чтобы противопоказаний для имплантации стало меньше.

Переместимся к заднему отрезку глаза – это так называемая витрео-ретиальная хирургия. Витреум – стекловидное тело, ретина – сетчатка, структура, на которой еще двадцать-тридцать лет тому назад вмешательства считались почти невозможными или сводились к минимуму. Сейчас это направление бурно развивается, но требует очень серьезной материальной базы, поскольку эта хирургия очень высокотехнологична. И техника и квалификация хирургов должны быть самого высокого уровня. С гордостью могу сказать, что это отделение института всем этим высоким требованиям соответствует. Именно наш профессор, Г. Е. Столяренко, одним из первых в России начал внедрять эти операции. И еще важный момент. Существует такой метод диагностики, как

томография сетчатки. Мы сейчас закупили прибор, которых в Москве всего два или три. Он позволяет в самых начальных стадиях заболевания проводить точную динамическую оценку тех изменений, которые могут наступать при различных состояниях, в том числе при диабете, атрофии зрительных нервов, глаукоме и т. д. Этот метод диагностики значительно расширяет возможности наших хирургов.

Есть очень много больных с патологией слезных путей. Группа специалистов, возглавляемая профессором В. Г. Белоглазовым, эффективно работает в этом направлении. Здесь широко применяются методы эндохирургии, с использованием эндоскопической техники.

Надо сказать, что не вся офтальмология – это хирургия. Опыт показывает, что большинство наших больных терапевтического профиля. У нас есть отдел терапевтической офтальмологии, который занимается лечением больных сахарным диабетом, близок к нему по задачам отдел лазерных методов лечения. Лазерные методы являются паракхирургическими, они не инвазивны и занимают промежуточное положение.

– **Изменилась ли лекарственная составляющая в терапии глазных болезней?**

– Из новых препаратов необходимо отметить направление фотодинамической терапии. Оно развивается в онкологии, но в офтальмологии тоже есть блок заболеваний, где патологическим субстратом являются новообразованные сосуды. Зарубежные пре-



параты этого вида есть, но стоят очень дорого. Совместно со специалистами других учреждений ученые нашего института проводят исследования по разработке отечественных средств для фотодинамической терапии. А вот для лечения вирусных заболеваний глаз препараты нами уже созданы и широко используются. Например, очень хорошо зарекомендовал себя индуктор цитокинов – полудан, он считается сейчас препаратом первого выбора.

– **У вас недавно открылось отделение функциональной диагностики и офтальмоэргномики. Расскажите о нем поподробнее.**

– Поскольку мы являемся научно-исследовательским учреждением, то должны иметь возможности полноценно оценивать полученные результаты. Обычных методов для этого часто недостаточно. Поэтому существует целый блок более тонких методик, помогающих не только в оценке результатов, но и в предоперационной или предтерапевтической подготовке – для адекватного выбора метода лечения. Одна из задач отделения – совершенствовать эти методики.

Офтальмоэргномика – специальность, которая изучает функцию органа зрения применительно к требованиям профессиональной деятельности. Это направление сформирова-

### Новая клиника Центра восстановления зрения

В 1997 году по инициативе академика РАМН М. М. Краснова при НИИ Глазных болезней РАМН был открыт Центр восстановления зрения. В настоящее время научным руководителем Центра является член-корреспондент РАЕН, профессор С. Э. Аветисов.

Центр восстановления зрения – это медицинское учреждение нового поколения, призванное оказывать адекватную высококвалифицированную помощь пациентам.

Клиника ЦВЗ оборудована новейшей медицинской техникой от ведущих мировых производителей. Благодаря этому специалисты центра имеют возможность уже на ранних стадиях диагностировать практически все глазные болезни и в кратчайшие сроки проводить хирургическое лечение в соответствии с мировыми стандартами.

Внедрение последних достижений медицины, привлечение ведущих специалистов в области офтальмологии, чуткость персонала и индивидуальный подход к каждому пациенту, обратившемуся к нам – это традиционное отношение к работе в ЦВЗ.

12 сентября 2003 года состоялось торжественное открытие новой клиники Центра восстановления зрения по адресу: Москва, ул. Лобачевского, 108.

ровалось сравнительно недавно. Чем оно занимается? Есть вполне здоровые люди, которые, тем не менее, испытывают трудности, связанные с необходимостью выполнять работу со значительной зрительной нагрузкой. То есть, мы изучаем зрительные расстройства и пути их профилактики у здоровых пациентов, предупреждая тем самым развитие той или иной патологии. Это направление в плане отдаленных результатов и для пациентов и для национального здравоохранения в целом, на мой взгляд, очень перспективно.

Вот пример: работа на компьютере. В практику офтальмологов уже вошел термин «компьютерный зрительный синдром». Это целый ряд зрительных расстройств, которые, естественно, снижают трудоспособность, а в ряде случаев могут приводить и к серьезным заболеваниям, особенно у детей.

– **Кстати, насколько актуальна проблема детской близорукости?**

– У нас нет детского отделения, но проблема существует. Собственно, здесь две

проблемы. Первая – профилактика возникновения и прогрессирования близорукости, а вторая – ее коррекция. Вторая – более легкая и лучше разработанная. Вопрос возникновения близорукости сложнее: мы не знаем точно, несмотря на многие исследования, почему она возникает. Предлагают разделять близорукость на два типа: первый – это оптическая установка глаз, не дающая патологических изменений (близорукость до 2,0 диоптрий), которая, по мнению японцев, для людей, занимающихся умственным трудом даже полезна, поскольку позволяет работать вблизи без всякого напряжения. Второй тип – близорукость более сильная, которая может привести к значительной патологии.



**– Все хирурги – от онкологов до кардиохирургов говорят о реконструкции. Что это означает в офтальмологии?**

– Применительно к глазу этот термин вполне правомерен. Например, есть травматическое поражение переднего отрезка глаза. При этом поражается роговица, радужка, мутнеет хрусталик. Можно одновременно пересадить новую роговицу, сделать пластику радужки, удалить катаракту, поставить искусственный хрусталик, фактически реконструировать передний отдел глаза. То есть, мы не используем старое – мы меняем все на новое.

**– Есть ли у вашего НИИ контакты с зарубежными учеными?**

– Раньше, при советской власти, эти связи развивались, потом все рухнуло, но теперь снова начинает налаживаться. Вот сейчас у нас есть проект (очень надеюсь, что он будет реализован) совместной работы с американцами. Он касается интересной проблемы: доказано, что человеческий хрусталик не абсолютно прозрачен для спектра лучей света. Академик М. А. Островский объяснил, что задержка лучей определенного спектра положительно сказывается на состоянии сетчатки, являясь своеобразным барьером, но когда мы убираем «родной» хрусталик и ставим абсолютно прозрачный искусственный – этот барьер разрушается. М. А. Островский предложил хрусталик аналогичный естественному, задача программы – изучить, как этот новый хрусталик будет влиять на состояние сетчатки. Это особенно актуально, в частности, для больных со старческой дегенерацией сетчатки – патологии широко распространенной в мире. Американцы, во всяком случае, проявляют к этому большой интерес.

**– Хотелось бы узнать ваше мнение об уровне работы ваших коллег – поликлинических офтальмологов?**

Складывается впечатление, что сложности в работе первичного звена идут не столько от уровня технического оснащения кабинетов, сколько от уровня офтальмологического мышления врачей. Простой пример: там, где больному можно эффективно помочь хирургически, они лечат терапевтически, считая, что эффективных хирургических методов не существует. До сих пор бытует мнение, что катаракта должна созреть и только потом ее можно оперировать. Сейчас абсолютно не важно созрела она или нет – единственным критерием служит то, насколько она снижает зрение! У одного больного это может быть 50%, у другого – 30%. Вопрос об операции решается индивидуально, степень «зрелости» никакого значения не имеет!

Другое дело – пациенты с глаукомой. Здесь ошибки в диагностике и лечении обходятся дороже. При глаукоме существуют два подхода в лечении – консервативный, с помощью капель, и хирургический. Основной принцип такой: если после назначения капель процесс продолжает прогрессировать, то надо срочно ставить вопрос об операции. Критерием прогрессирования является не только высокое внутриглазное давление, но и состояние зрительного нерва и сетчатки. Но на последнее часто не обращают внимания, поэтому пациенты иногда поступают в таком состоянии, что, даже нормализовав давление, мы не можем вернуть функцию зрения.

Проблема диабета. Выживаемость этих пациентов и средняя продолжительность их жизни увеличилась, но, одновременно резко увеличилось число больных с диабетической

ретинопатией. Эти больные должны быть под особым контролем, и офтальмологи должны знать, что сегодня наиболее эффективным способом лечения диабетической ретинопатии является лазерная коагуляция.

Конечно, мы ведем разъяснительную работу среди практических врачей, проводим семинары, симпозиумы, выпускаем книги, методички, есть журнал «Вестник офтальмологии», на базе института проводятся заседания Московского офтальмологического общества. Надеемся, что рано или поздно произойдет качественный скачок, поможет и неизбежная смена поколений. С другой стороны, медицина должна быть несколько консервативной, нужно постепенно убеждать людей в своей правоте. Кавалеристы нам не нужны – они опасны.

**– Сергей Эдуардович, вы ведь из потомственных офтальмологов?**

– Да, мой отец Эдуард Сергеевич Аветисов работал в Институте им Гельмгольца всю жизнь – с 1957 по 2001 год. А я стал офтальмологом в 1973 году. Мой приход на кафедру глазных болезней ММА им. И. М. Сеченова совпал с открытием этого НИИ. Все эти годы кафедра и институт были вместе – у нас общие темы, общие конференции. Михаил Александрович Пальцев, академик РАН и РАМН, профессор, ректор ММА им. И. М. Сеченова, с которым мы работаем очень тесно, нам много помогает, мы вообще стараемся все вопросы решать вместе.



Материалы из ГУ НИИ глазных болезней РАМН подготовил М. Кукулевич.  
Фото В. Бахарева.

## ИНСТИТУТ – КУЗНИЦА КАДРОВ

**Слово ветерану – Ирине Ивановне Кузнецовой, ученому секретарю института.**

– Наш институт был образован в сентябре 1973 года постановлением Совета Министров СССР как Всесоюзный НИИ глазных болезней Минздрава СССР. Директором назначили профессора М.М.Краснова. За разработку и внедрение метода микрохирургии он был удостоен Ленинской премии и звания Героя Социалистического Труда. Поэтому сразу, практически с момента основания, институт стал ведущим в стране по разработке и внедрению принципиально новых направлений в офтальмологии, в первую очередь – микрохирургии и лазерной хирургии. Были организованы обучающие циклы, на которые приглашались специалисты из ведущих клиник страны, а потом уже они, наши ученики, передавали полученный опыт коллегам на местах. Помимо Всесоюзного центра микрохирургии на базе института стали действовать Всесоюзный лазерный центр, Центр по офтальмогерпесу. Работа по подготовке кадров на базе клиник шла постоянно, а помимо этого проводились выездные семинары в самых отдаленных регионах – Алма-Ате, Актюбинске, Ташкенте. Автобус-операционная, оснащенный лазерной установкой, с бригадой сотрудников исколесил пол России, был на Украине, в Белоруссии, Латвии, Литве. Консультировали, лечили, учили... По самым приблизительным

подсчетам мы подготовили около 1000 специалистов по различным разделам офтальмологии.

Надо сказать, что, несмотря на широкий круг организационно-практических задач, с не меньшей интенсивностью велась научно-исследовательская работа. Совершенствовались методы диагностики, лечения и профилактики всех основных заболеваний глаз. Был разработан целый ряд уникальных операций при катаракте, глаукоме, включая прямые вмешательства на зрительном нерве, заболеваниях сетчатки, травмах глаз и орбиты, новые методы лечения вирусных заболеваний.

Много прекрасных специалистов работало и работает в этих стенах, не перечислить имен всех, кто внес свой вклад не только в становление института, но и в развитие отечественной офтальмологии. Вот, пожалуй, самые заслуженные: С. Э. Аветисов, М. М. Краснов, Б. Н. Алексеев, И. А. Мустаев, В. Р. Мамиконян, И. И. Кузнецова, В. Г. Белоглазов, А. В. Большунов, В. Е. Бочаров, В. И. Боев, О. В. Груша, Г. Г. Зиангирова, А. А. Каспаров, Т. Н. Киселева, В. А. Лазук, Г. С. Полунин, Г. Е. Столяренко, А. А. Федоров, В. Ф. Шмырева, В. М. Шелудченко, С. И. Харлап, Н. Юсеф.

В настоящее время в институте трудятся более 450 сотрудников. В клинических подразделениях работают 64 врача, из которых 42 имеют высшую категорию, а шесть являются кандидатами медицинских наук. 12 научных подразделений объединяют 102 научных сотрудника, среди которых академики и члены-корреспонденты РАМН и РАЕН, 16 докторов медицинских наук (из них восемь профессоров), и 61 кандидат медицинских наук.



С момента основания в институте работает диссертационный совет, в состав которого входят не только сотрудники института, но и ведущие специалисты других офтальмологических учреждений Москвы. Мы являемся также соучредителями самого известного офтальмологического издания России – журнала «Вестник офтальмологии».

На базе института располагается кафедра глазных болезней ММА им. И. М. Сеченова. Такое объединение значительно расширяет возможности подготовки молодого пополнения. Сейчас у нас 12 аспирантов, 27 клинических ординаторов и 5 интернов.





**В последние годы приемные отделения больниц подчас напоминают медсанбаты военного времени: больные с множественными огнестрельными ранениями, ожогами от взрывов, люди, покалеченные во время массовых драк на стадионах... Не зря Академик Б. В. Петровский назвал одну из своих последних книг «Военно-городская хирургия»: поколению врачей, выросших без войн, пригодился опыт отцов. Освоились в новой ситуации молодые хирурги и травматологи, а вот что касается глаз, то порой даже у опытных врачей-офтальмологов знания в этой области гораздо скромнее. Поэтому нам предоставляется полезной беседа с ученым секретарем кафедры глазных болезней ММА им. И. М. Сеченова, доцентом Я. О. Грушей, специалистом по лечению заболеваний век и орбиты.**

## ДАЛЕКО НЕ ВСЕ ВРАЧИ ЗНАЮТ...

**– Ярослав Олегович, на кафедре накоплен большой опыт оперативного лечения при травмах придаточного аппарата глаза. Расскажите, пожалуйста, как развивается это достаточно узкое направление офтальмологии?**

– Легендарный русский офтальмолог, работавший на нашей кафедре, Сергей Селиванович Головин более ста лет назад прославился уникальными операциями на орбите. И все эти годы развитие офтальмопластики – реконструктивного лечения при травматической, возрастной, поствоспалительной, послеоперационной и врожденной патологии орбиты и век – неуклонно шло вперед. Многие разработки сотрудников кафедры по данной проблеме являются новаторскими и оригинальными: защищены 70 авторскими свидетельствами и патентами РФ. Около 40 лет школой руководит профессор Олег Васильевич Груша. Произведено более 1000 операций при деформациях орбиты, дислокациях глазного яблока и связанных с ними функциональных расстройствах (нарушения зрения, бинокулярное двоение, ограничения подвижности глазного яблока, патология зрительного нерва и др.). Получены высокие функциональные результаты в реабилитации этой группы пациентов, а также пациентов с деформациями и дефектами век, возникшими в результате травм.

**– Известно, что пластика – это многочасовые реконструкции, длительное многоэтапное лечение. Какая патология самая тяжелая?**

– Пожалуй, это исходы тяжелых ожогов, например, поражение глаз при взрывах, катастрофах, когда возникают сращения между глазным яблоком и веком, развивается несмыкание глазной щели деформации век, трихиаз. Хочу обратить ваше внимание на то, что значительная часть усилий офтальмолога при лечении таких состояний связана с медикаментозной терапией рубцовой патологии. От хирургического лечения в течение, как минимум, первого года после ожога целесообразно воздержаться. Это очень важный момент. Должно проводиться, как вы правильно заметили, многоэтапное комплексное лечение. Могу сказать, что у сотрудников нашей кафедры помимо большого опыта есть оригинальные методики (консервативное, физиотерапевтическое лечение), направленные на подготовку век, конъюнктивальных сводов, защиту роговицы. У больных с такой тяжелой патологией переднего сегмента глаза оптико-реконструктивное вмешательство должно выполняться в последнюю очередь. Только такая тактика в перспективе может дать шанс на зрение.

**– Как действовать врачам при оказании первой медицинской помощи, чтобы позднее у пластических хирургов было меньше проблем?**

– В отличие от ургентности при травмах головы и внутриглазных ранениях, повреждения век редко требуют экстренных мер. Но эти поражения должны устраняться именно офтальмологом, желателен пластиком, в самые ранние сроки. Хочу обратить внимание врачей: при ранении области века медиальнее слезной точки (что часто бывает при тупой травме) – необходимо исключить повреждение слезных канальцев. В случае их пересечения мы рекомендуем восстанавливать канальцы одновременно с пластикой века. Если все будет сделано правильно и своевременно, то необходимость в последующих пластиках часто отпадает.

Но есть случаи, которые требуют экстренного вмешательства, например, компрессия зрительного нерва при ретробульбарной гематоме. Представьте такую ситуацию: получив удар по глазу, человек с сотрясением головного мозга поступает в больницу. В травматологическое отделение офтальмолога могут не вызвать. Зачем? Пациент особо не жалуется – глаз «заплыл» как у всех. И прогрессирование экзофтальма с резким падением зрения остается незамеченным несколько суток! А экзофтальм, нарушение зрения, полей зрения, подвижности глаза, появление афферентного зрачкового дефекта должно было быть выявлено и прооперировано в первые часы после возникновения! Потом, к сожалению, будет уже поздно. Зрения не вернуть.



– **Расскажите о вашей наиболее интересной работе последних лет.**

– Одной из новинок можно назвать очень эффективную операцию коррекции птоза (опущения) верхнего века. При выраженных степенях опущения показания оперативно-го лечения очевидны. Но в ряде случаев птоз небольшой – миллиметр-полтора, вроде – бы ерунда, но это может серьезно сказываться на внешности. Пациенты, особенно молодые люди, часто желают устранить асимметрию. К сожалению, далеко не все врачи знают о том, что сегодня эта беда поправима. В нашем арсенале появилась простая и остроумная технология, позволяющая корригировать ширину глазной щели, сделать из «сонных» глаз более привлекательные. В чем она состоит? Пациенту закапывают 2,5% р-р фенилэфрина, который, стимулируя  $\alpha$ 2-адренергические рецепторы симпатической мышцы верхнего века, приводит к подъему века. Пациент смотрит в зеркало и решает, устраивает ли его такой результат теста. При операции резекции верхней тарзальной мышцы в 95–98% случаев достигается именно этот (заранее согласованный с пациентом) уровень. Операция проводится через конъюнк-

тиву, ее длительность 10–15 минут. Как правило, на второй день после хирургического вмешательства пациент может приступать к работе.

– **А если восточный человек, например монгол, считает, что у него от природы слишком узкий разрез глаз – вы сможете ему помочь?**

– Особенность монголоидного разреза глаз связана с физиологическим вариантом прикрепления сухожилия леватора верхнего века. При необходимости можно провести рефиксацию этого сухожилия и разрез глаз станет иным.

– **Вернемся от эстетики к патологии. В чем главные причины возникновения птоза?**

– Из приобретенной патологии чаще встречаются апоневротические, при которых растягивается сухожилие мышцы, поднимающей верхнее веко, что возникает с возрастом, после глазных операций. В этих случаях хирургическое лечение очень эффективно.

Примером нейрогенного птоза является окулосимпатический паралич, при котором возникает синдром Горнера (сужение глазной щели, миоз и ангидроз части лица). Диагностический поиск направлен на определение причины нарушения симпатической иннервации глаза, начиная с уровня гипоталамуса: это может быть энцефалит, новообразование, в том числе и верхушки легкого, аневризма внутренней сонной артерии и многие другие причины. Опущение века при этом синдроме офтальмологи стараются не оперировать, но резекция верхней тарзальной мышцы также позволяет с высокой гарантией добиваться успеха.

Острый полный паралич глазодвигательного нерва развивается при патологии основания черепа, как правило, пред-

ставляющей угрозу для жизни. Такие пациенты нуждаются в консультации невролога.

– **С какими еще проблемами приходится сталкиваться пластическим хирургам?**

– К специфике нашей сегодняшней работы я бы отнес достаточно большой контингент пациентов после косметической блефаропластики. В связи с ежегодным 10% ростом количества пластических операций эта проблема особенно актуальна. Дело в том, что кожа век до известных пределов может «прощать» неполную адекватность фиксации, чрезмерный объем резекции, другие дефекты техники. Но в ряде случаев особенно после повторных, многократных, блефаропластик (подтяжек лица) возникают рубцовая патология, приводящая к выворотам век, лагофтальму, тяжелым поражениям роговицы. Лечение здесь должно быть направлено, прежде всего, на защиту роговицы и воздействие на рубцовую ткань века (ферменты, стероиды, гомеопатические препараты и др.). При обращении в ранний период удастся избежать тяжелых осложнений, помочь пациенту в значительной части случаев без дополнительной операции.

– **Какой совет вы чаще всего даете своим пациентам?**

– Быть осторожным, беречь глаза. Воспоминаю историю об одном таксисте, который вел машину очень аккуратно. И на вопрос пассажира – отчего он так осторожен, шофер ответил, что везет помимо него еще своих троих детей, поэтому он такой внимательный. Словами о профилактике травматизма мне бы хотелось завершить и эту беседу.



С. Э. Аветисов, Я. О. Груша

## ИЗ ИСТОРИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ



Медицинский факультет Императорского Московского университета (ныне – Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова) стал одним из центров зарождения и развития отечественной офтальмологии. Курс глазных болезней значится уже в уставе медицинского факультета с 1804 года. Преподавание началось с 1805 г., проходило вначале вместе с курсом хирургии, а с 1836 года проводилось самостоятельно. Клинической базой являлась глазная больница на Тверской улице.

В 1892 году Императорский Московский университет получил собственную, специально построенную за счет казны глазную клинику. В стационаре были 34 койки и 4 палаты для платных больных. Специально для преподавания имелись аудитория, операционная, диагностические кабинеты для исследования функций органа зрения и кабинеты для офтальмоскопирования. Кроме того, были помещения для проведения научно-исследовательской работы, лаборатория, фотографический и бактериологический кабинеты, библиотека.

Создателем и первым директором клиники, а также заведующим кафедрой глазных болезней был всемирно известный ученый Алексей Николаевич Маклаков (1837–1895).

Ему принадлежит заслуга в создании (1884) непревзойденного по простоте и точности аппланационного тонометра для измерения внутриглазного давления, совершившего переворот в изучении глаукомы. Известны пионерские работы А. Н. Маклакова в области физиотерапии, вибрационного массажа роговицы, применения люминесцирующих сенсibilизаторов при лечебном облучении глаза, профзаболеваний глаз (поражение ультрафиолетовыми лучами). Им же была предложена (1886) операция кривой склерэктомии, явившейся прототипом фистулизирующих операций при глаукоме. Для демонстрации студентам он написал маслом много рисунков и изготовил серию рисунков глаза на стекле.

Крупнейшим деятелем отечественной офтальмологии явился и его преемник на посту директора глазной университетской клиники штатный профессор А. А. Крюков (1849–1908). Потомки

знают его, прежде всего, как автора великолепного учебника по глазным болезням, который на протяжении полувек многократно переиздавался. Но ему принадлежит и ряд глубоких научных трудов, посвященных исследованиям проницаемости роговицы, сферической аберрации, силы экстраокулярных мышц. В диссертации «Объективное цветоощущение на периферических частях сетчатки» им была впервые описана кампиметрия цветными объектами на сером фоне. Он предложил новые способы удаления новообразования радужки, подхода к заднему полюсу глаза, блефаропластики.

Адриан Александрович Крюков был не только замечательным ученым, «одним из лучших русских офтальмологов», но и необыкновенным человеком. На заседании Московского офтальмологического общества в прощальном слове, посвященном его памяти, профессор Московского университета, проф. А. А. Маклаков (сын А.Н. Маклакова) подметил одну удивительную черту его характера: «*Чтобы человек, делающий свои маленькие открытия, был прославлен, чтобы о нем говорили, от него требуется стремление говорить о себе, требуется нечто обратное скромности. Часто мы видим, что какое-либо пустое видоизменение операции, сделанное предприимчивым автором, увековечивает его имя, тогда как имя главного творца, давшего саму идею операции, понемногу забывается. Вот именно этого-то умения показать товар лицом не было у Адриана Александровича. Не было у него желания заставлять говорить о себе.*»

Профессор Крюков не любил говорить о себе, зато клиникой своей он гордился чрезвычайно. Большим событием для России было проведение в 1897 г. в Москве XII Международного съезда врачей. Оснащенная по последнему слову техники клиника глазных болезней вызвала восхищение иностранных гостей, прибывших на офтальмологическую секцию съезда. «Эта клиника из числа лучших и красивейших, которые я видел на четырех континентах», – отметил гость из Германии. Восхищенные отзывы крупнейших европейских офтальмологов, участников съезда свидетельствуют о том, насколько важным со-

бытием в масштабах мировой офтальмологической науки явилось ее создание.

К этому времени объем работы клиники значительно увеличился, стало тесно и врачам и пациентам. Проф. А.А. Крюков поручил С.С. Головину руководство постройкой отдельного здания амбулатории с особым входом с Погодинской улицы. Новоселье состоялось в 1901 году. Амбулатория, с большим залом ожидания, регистратурой, архивом, оптометрической и смоторовой, рассчитанной для работы 5–6 офтальмологов, позволила увеличить прием до 100 и более больных в день.

Величайшей заслугой проф. А. Н. Маклакова и его ученика проф. А. А. Крюкова является создание московской школы офтальмологии, воспринявшей лучшие традиции отечественной клинической медицины. Они воспитали целую плеяду талантливых ученых и врачей, чьи имена навеки вписаны в мировую науку и составили славу, честь и гордость русской офтальмологии: С. С. Головин, В. П. Филатов, М. И. Авербах. Как сказал один из учеников, эта школа «характеризуется в отношении науки простотой, скромностью, спокойным священнодействием, верой в силу человеческих знаний, объективностью и твердостью убеждений, осторожностью и отсутствием слабых струнок, в отношении людей — терпимостью, оптимизмом, мягкостью и красотой души».

Клинику после проф. А. А. Крюкова принял проф. А. А. Маклаков (1909–1918), которого сменил проф. В. П. Одинцов (1918–1939). После его смерти клинику и кафедру возглавляли его талантливые ученики проф. А. Я. Самойлов (1939–1952) и проф. В. Н. Архангельский (1953–1973).

С 1973 г. начинается новая эпоха, связанная с созданием на базе кафедры и клиники Всесоюзного НИИ глазных болезней АМН и образованием учебно-научно-лечебного объединения под руководством выдающегося советского академика М. М. Краснова. Сегодня клиника глазных болезней ММА им. И. М. Сеченова базируется в здании ГУ НИИ глазных болезней РАМН. К сожалению, старое здание прославленной клиники уже не относится к офтальмологии.

## ФТОРХИНОЛОНОВЫЕ АНТИБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЯЗВ РОГОВИЦЫ

Ю. Ф. Майчук

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца

Бактериальные язвы роговицы, которые относятся к числу тяжелых заболеваний глаз, трудно поддающихся лечению, обычно приводят к снижению или потере зрения, а в 23,7% случаев – к потере глаза. Среди наблюдавшихся нами 12010 больных с патологией роговицы 33,2% имели первичную и 37,2% вторичную бактериальную язву, возникшую на фоне герпетического кератита.<sup>74</sup>

Наиболее частыми возбудителями бактериальных язв роговицы (более 80% всех случаев) являются: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *S. pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*. Наиболее агрессивный возбудитель – синегнойная палочка, вызывающая бурное течение бактериальной язвы с последующим развитием эндофтальмита и перфорации роговицы.

В последние годы выявились отрицательные эпидемиологические тенденции в группе экзогенных факторов риска: контактные линзы (с ними связывают от 27% до 33% всех бактериальных кератитов), травма роговицы (23,7%), нарушение слезной пленки (сухой глаз).

Бактериальные язвы могут быть поверхностными или глубокими, могут поражать любую часть роговицы, но инфекция центральной зоны протекает более тяжело, труднее поддается лечению и рубцевание в этой области всегда приводит к потере зрения.

В изменении возбудителей бактериальных язв роговицы в последние годы можно выделить следующие тенденции: рост числа антибиотико-резистентных возбудителей и рост более чем в два раза удельного веса грамотрицательных возбудителей, в том числе синегнойной палочки.

Трудности в лечении язвы роговицы связаны еще и с тем, что в 44,8 – 52,7% случаев не удается выделить возбудителя и лечение выбирается в соответствии с клинической картиной заболевания. В

этих условиях предпочтительнее применять антибактериальные средства с широким спектром действия и малым удельным весом резистентных возбудителей. Именно этими преимуществами обладает новое поколение антибактериальных препаратов – фторхинолонов, которые эффективны в отношении почти всех возбудителей, вызывающих бактериальные и хламидийные заболевания глаз, используются они и при акантамебных кератитах. Фторхинолоны хорошо переносятся при введении внутрь, а также в виде глазных мазей и капель.

Системное применение фторхинолонов мы начинали с ципрофлоксацина, затем перешли на ломефлоксацин, а теперь отдаем предпочтение левофлоксацину.

Левофлоксацин – Таваник (Tavanic) – фторхинолоновый антибиотик нового поколения, высокоэффективное химиотерапевтическое средство широкого спектра действия выпускается в таблетках по 250 и 500 мг (Aventis, Франция, Германия).

В офтальмологии левофлоксацин занял место наиболее перспективного препарата среди фторхинолонов для системного применения в лечении тяжелых бактериальных инфекций глаз и хламидийных конъюнктивитов в сочетании с местной антибактериальной терапией.

Обладая широким антимикробным спектром, благоприятными фармакокинетическими свойствами, низкой токсичностью при системном применении, левофлоксацин применяется в лечении бактериальной инфекции глаз различной локализации. Как показали сравнительные исследования глазной микрофлоры (грамположительной и грамотрицательной), число чувствительных штаммов было наибольшим к левофлоксацину, меньше к офлоксацину и наименьшим к ципрофлоксацину.

Левофлоксацин длительно циркулирует в организме в концентрациях актив-

ных против большинства возбудителей (в течение 24 часов), что позволяет считать достаточным прием препарата 1 раз в сутки. В лечении тяжелой глазной инфекции мы применяем левофлоксацин в течение 10 дней в сочетании с местной антибактериальной терапией: Окацин – глазные капли 0,3% ломефлоксацина (Novartis) или Флоксал – глазные капли 0,3% офлоксацина (Bousch & Lomb, Германия). При тяжелой инфекции капли применяют в первый день форсированным методом: первые 2 часа – каждые 15 мин, затем, до конца суток – каждый час, последующие сутки – каждые 2 часа, в дальнейшем 5 раз в сутки. В случаях стафилококковой легкой инфекции глаза хороший терапевтический эффект получен при сочетании левофлоксацина внутрь с глазным гелем Фуциталмик, который назначается 2 раза в день.

Дополнительная патогенетическая терапия включает: метаболическую (глазные капли Витасик или глазной гель – Корнерегель) и антиаллергическую (Сперсаллерг или Лекролин).

Сравнительные исследования показали, что схема лечения с применением левофлоксацина высокоэффективна и превосходит таковую в другой группе, где системно применяли гентамицин. Сроки исчезновения микрофлоры в мазках и посевах составили 3,4 дня в первой группе пациентов и 5,3 дня – во второй. При системном применении левофлоксацина удалось сократить длительность лечения на 6,2 дня по сравнению со второй группой пациентов (гентамицин).

В заключение можно сказать, что алгоритм терапии на основе использования Таваника (таблетки левофлоксацина) в сочетании с Окацином (глазные капли левофлоксацина) или Флоксала (глазные капли офлоксацина) может быть рекомендован к широкому применению у больных с тяжелыми бактериальными язвами роговицы.

## МЕСТО КСАЛАТАНА В ГИПОТЕНЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Е. А. Егоров

Российский государственный медицинский университет

Проблема медикаментозного лечения глаукомы является одной из наиболее важных в современной офтальмологии. Около 60% больных постоянно используют гипотензивные препараты с той или другой степенью успеха. Тем не менее, только половина от общего числа начавших медикаментозную терапию, получает стойкую нормализацию внутриглазного давления в течение длительного срока. Несмотря на все успехи фармацевтики, лазерного и хирургического лечения, до 15% больных глаукомой обречены на необратимую слепоту.

Повышенное внутриглазное давление (ВГД) и значительные его колебания на протяжении суток представляют существенный фактор риска при глаукоме. В настоящее время показано, что уровень ВГД является главным показателем, определяющим прогрессирование процесса и состояние сетчатки и зрительного нерва. Соответственно, при лечении глаукомы первоочередной задачей является снижение ВГД.

К сожалению, современный подход к лечению глаукомы, предполагающий начинать терапию с применения бета-блокаторов, может быть недостаточно эффективен у целого ряда больных.

Бета-адреноблокаторы противопоказаны некоторым пациентам, так как обладают рядом побочных эффектов в отношении сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Они не являются наиболее сильнодействующими среди доступных препаратов, снижающих ВГД, и их гипотензивный эффект относительно непродолжителен. В связи с этим, представляют интерес исследования, направленные на разработку новых подходов к лечению глаукомы.

**Средства, улучшающие отток водянистой влаги:**

- **М-ХОЛИНОМИМЕТИКИ** – пилокарпин
- **СИМПАТОМИМЕТИКИ** (а- и б-стимуляторы) – дипивефрин
- **ПРОСТАГЛАНДИНЫ** – латанопрост, унопростон, травопрост, биматопрост

В последние два-три года в мировой офтальмологической литературе появились сообщения о результатах клинических испытаний нового класса гипотензивных средств, воздействующих на увео-склеральный путь оттока внутриглазной жидкости из глаза, простагландин F2 альфа.

Одними из первых сообщений о функциональной активности оттока жидкости из глаза

с использованием заднего направления были работы Bill (1966), Biill, Phillips (1971), которыми было показано, что водянистая влага из угла передней камеры оттекает двумя путями: обычным – через шлеммов канал и увеосклеральным, вдоль волокон цилиарной мышцы, а возможно и прямо через склеральную шпору в передний отдел супрахориоидального пространства. Из последнего жидкость фильтруется через склеру в орбиту.

Проведенные исследования (А. П. Нестеров, 1976; И. Н. Черкасова, 1977) показали, что увеальный отток функционирует при условии, что давление в передней камере превышает давление в супрахориоидальном пространстве не менее чем на 2 мм рт. ст.

Повышение офтальмотонуса не сопровождается усилением увеального оттока, так как на ту же величину повышается и давление в супрахориоидальном пространстве, которое к тому же суживается. Миотики уменьшают увеосклеральный отток, а циклоплегические препараты увеличивают его. У человека по увеосклеральному пути (Bill и Phillips, 1971) оттекает от 4 до 27% водянистой влаги.

### Медикаментозная стимуляция увео-склерального оттока

В офтальмологии с термином простагландины до последнего времени связывалось понятие о воспалительном процессе, реактивном операционном и послеоперационном синдроме. Однако, появившиеся в восьмидесятых годах сообщения о применении простагландинов для экспериментального снижения офтальмотонуса (Camras and al., 1981; Bito and al., 1989), привлекли к ним внимание клиницистов,

Изучение механизма гипотензивного эффекта латанопроста (ксалатана) показало, что он снижает внутриглазное давление за счет повышения увео-склерального оттока. Латанопрост не влияет на продукцию внутриглазной жидкости, концентрацию белка во влаге передней камеры и проницаемость продуцирующих отростков цилиарного тела (Haria, Spenser, 1996; Patel, Spenser, 1996).

Латанопрост в концентрации 0,005%, применяемый один раз в день, снижал офтальмотонус на 26–38% от исходного уровня истинного внутриглазного давления в 23–25 мм рт. ст.

Однако было установлено, что производные простагландина обладают и рядом побочных эффектов, среди которых наиболее значимы

являются тенденция к гиперемии конъюнктивы после инстилляции и изменение цвета радужки через 3–6 мес после начала лечения (Azuma et al., 1992; Alm et al., 1995; Camras, 1996). Следует отметить, что наибольшее количество побочных эффектов местного и системного проявления обнаруживаются в 4 стадии клинических испытаний, то есть при их широком внедрении в клиническую практику.

### Преимущества ксалатана перед другими препаратами, назначаемыми в виде монотерапии

Ксалатан клинически более эффективен, чем тимолол, показано в ряде клинических исследований. Найдено, что снижение ВГД до 21 мм рт. ст. через 6 месяцев лечения отмечалось у 84% больных, принимавших ксалатан, и лишь у 79% пациентов, леченных тимололом. Гипотензивный эффект ксалатана более продолжителен, чем действие тимолола, и он переносится лучше, чем комбинации тимолола с пилокарпином.

На фоне сочетанной терапии тимололом и пилокарпином у 30% больных отмечалась нечеткость зрения, в то время как при монотерапии ксалатаном подобные симптомы не возникли ни у одного из пациентов. В целом, 12 из 49 пациентов, лечившихся тимололом с пилокарпином, были исключены из исследования по следующим причинам: нечеткость зрения и боль в глазах (6 человек), снижение остроты зрения (2 человека), гиперемия конъюнктивы (3 человека) и острая одышка (1 пациент). В то же время участие в исследовании прекратили лишь четверо из 49 пациентов, получавших ксалатан.

Новое производное простагландин F2 альфа латанопрост (ксалатан) является высокоэффективным гипотензивным препаратом для лечения различных форм глаукомы. Он хорошо переносится больными, не оказывает побочных реакций общего типа. Однако при длительном (свыше 6 месяцев) применении латанопроста (ксалатана) отмечается усиление пигментации радужной оболочки глаза. В раннем послеоперационном периоде или при скрытом течении переднего увеита может провоцироваться усиление воспалительных явлений в переднем отделе глаза.

Тем не менее, ксалатан является высокоэффективным и безопасным гипотензивным средством и входит в препараты первого выбора для лечения глаукомы.

## ЦИКЛОСПОРИН В ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ УВЕИТОВ

Л. Т. Архипова

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца

По современным представлениям в патогенезе увеитов различной этиологии ведущее значение принадлежит иммунным факторам, связанным с формированием тканеспецифических аутоиммунных реакций и межорганной аутоиммунизации. В связи с этим основное место в медикаментозном лечении увеитов занимают иммуносупрессивные препараты. Следует отметить, что для успешного лечения увеитов важное значение имеет выбор препарата, доза и длительность его применения, выраженность побочных эффектов и способы применения при различной локализации и степени тяжести воспалительного процесса.

На сегодняшний день основное место в терапии увеитов занимают кортикостероиды (КС), обладающие выраженным противовоспалительным и иммуносупрессивным действием. Более чем 50-летний опыт применения КС в офтальмологии, в том числе в терапии увеитов, показал, что они являются универсальными противовоспалительными препаратами, влияя на все звенья патогенеза увеитов, оказывая выраженный местный и системный лечебный эффект.

В последние годы распространение при тяжелых неинфекционных и системных пануевитах получает лечение ударными дозами КС-пульстерапия. С этой целью внутривенно капельно (в 400–500 мл физ. р-ра) вводится метипред в дозе 500–1000 мг по различным схемам: ежедневно в течение 3–4 дней или через день при двукратном снижении дозировок в течение 1–3-х недель с последующим переходом на таблетированные формы КС в дозе 0,5–0,25 мг/кг/24 часа. Высокие дозы КС оказывают быстрый противовоспалительный эффект, способствуя рассасыванию в начальной стадии экссудативных очагов и в последующем формированию пролиферативных изменений. Применение пульс терапии при увеитах в определенной степени способствует улучшению их прогноза и сокращению длительности лечения. Широкое использование КС при данных заболеваниях изменило их клиническое течение, привело к снижению тяжелых исходов и постувеальных осложнений. Однако по-прежнему серьезным остается вопрос о выраженном побочном действии КС, особенно при длительном лечении, о развитии стероидорезистентности и стероидозависимости. В связи с этим в настоящее время большие надежды возлагаются на применение в лечении увеитов селектив-

ных иммуносупрессивных препаратов, к которым прежде всего относится Циклоспорин А (ЦА). Он представляет собой циклический полипептид, выделенный впервые в 1970 году из штаммов плесневых грибов. Обладая слабой противогрибковой активностью, основное влияние ЦА оказывает на иммунную систему. В отличие от классических иммуносупрессантов, циклоспорин – селективный иммуносупрессант, он не оказывает общего цитотоксического действия, а избирательно действует на отдельные звенья иммунного ответа, прежде всего, активность Т-хелперов, продукцию ИЛ-2, цитотоксических Т-клеток, подавляя в итоге преимущественно клеточные иммунные реакции.

Известны два препарата ЦА – Сандиммун и Сандиммун Неорал (фирма Novartis Pharma, Швейцария). Сандиммун Неорал представляет собой микроэмульсионную лекарственную форму с улучшенными фармакокинетическими показателями. Выпускается в виде желатиновых капсул, содержащих по 25, 50 и 100 мг препарата и во флаконах по 50 мл, содержащих по 100 мг ЦА в каждом флаконе. После перорального приема ЦА максимальная концентрация в плазме крови достигается через 1–3 часа и двукратный прием препарата с 12-часовым интервалом достаточен для поддержания его в крови в терапевтической концентрации. По сравнению с другими иммуносупрессивными препаратами ЦА дает значительно меньше побочных действий, которые, как правило, обратимы при снижении дозировок. Чаще всего побочные эффекты проявляются при применении больших доз ЦА – до 10–15 мг/кг/24 часа. Специфическим осложнением терапии ЦА является нефротоксичность, которая приводит к увеличению уровня креатинина в сыворотке крови. Среди других побочных эффектов возможны гипертонзия, гипертрихоз, гиперплазия десен, тремор, головная боль, которые обычно проходят после отмены препарата.

Опыт применения ЦА, начиная с 1983 года, при лечении тяжелых задних увеитов или пануевитов – при болезни Бехчета, синдроме Фогт-Койанаги-Харада, симпатической офтальмии и др. показал его эффективность почти у 50% больных со стероидорезистентными формами. Первоначально ЦА применяли в высоких дозах – 10 мг/кг/24 часа, что сопровождалось развитием у ряда больных осложнений. В связи с этим в последующем ЦА стали применять

в более низких дозах, не превышающих 4–5 мг/кг/24 часа, что способствовало снижению частоты побочных эффектов.

Судя на публикации, наибольший опыт применения ЦА при лечении увеитов накоплен в нашем институте при лечении тяжелых пануевитов и задних увеитов у взрослых и детей – при болезни Бехчета, идиопатических увеитах, синдроме Фогт-Койанаги-Харада, увеитах ревматической этиологии, симпатической офтальмии и др. стероидорезистентных неинфекционных увеитах (Ермакова Н. А., 1996, Танковский В. Э., 1999; Катаргина Л. А., 2000), свидетельствующий о положительном эффекте у 2–3 больных при раннем назначении.

Мы применяли ЦА у 6 больных с симпатическим пануевитом. Сандиммун назначали в средних дозах – начальная доза составила 3,0–3,5 мг/кг/24 часа. Давность воспалительного процесса колебалась от 2-х мес до 3-х лет. Имеющийся у нас опыт применения у 6 больных с тяжелыми стероидорезистентными или стероидозависимыми формами симпатического пануевита свидетельствует об эффективности использования ЦА в данной группе больных.

На основании собственного опыта применения и имеющихся отечественных и зарубежных публикаций можно было бы определить тактику назначения ЦА при увеитах. Показаниями к назначению ЦА служат тяжелые неинфекционные увеиты и пануевиты или часто рецидивирующие стероидорезистентные увеиты. ЦА назначается в дозе 3,0–3,5 мг/кг/24 часа с контролем уровня креатинина через каждые 2–4 недели. Как правило, в начальной стадии проводится комбинированное лечение в сочетании с КС в дозе 0,5 мг/кг/24 часа. При положительном эффекте лечение продолжается в течение 3–6 мес с постепенным снижением дозы КС и последующим переходом на монотерапию в течение нескольких месяцев. Средняя продолжительность лечения обычно составляет от 6 до 24 мес. При клинической ремиссии осуществляется снижение дозировок в среднем на 0,5 мг/кг/24 часа через каждые 2–2,5 мес.

Наш опыт применения ЦА а также обзор литературных данных показывают, что ЦА является эффективным иммуносупрессивным препаратом, практически безопасным при использовании умеренных дозировок, расширяющим возможности патогенетического лечения задних форм увеитов.

## ОКОВИДИТ УЛУЧШАЕТ МЕТАБОЛИЗМ И ГЕМОДИНАМИКУ ТКАНЕЙ ГЛАЗА

Э. М. Миронова, ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Фёдорова

Во всем мире, особенно в индустриально развитых странах, люди все чаще стали ощущать возрастающую нагрузку на глаза. В числе причин – компьютеризация многих сфер деятельности, экологические проблемы, стрессы и т. д. Все чаще возникает вопрос – как уменьшить зрительное утомление, остановить развитие дистрофических процессов, в частности синдрома «сухого глаза», и других видов офтальмопатологии.

В последнее время наблюдается рост интереса к лекарственным средствам, изготовленным из субстанции натурального растительного происхождения, а также к препаратам с трансдермальной доставкой активного вещества.

Всем этим требованиям отвечает новое отечественное лекарственное средство Оковидит гель 1% (РН# 000510/01-2001), разработанный российскими учеными и выпускаемый фирмой ЗАО «Диоптра». Препарат Оковидит успешно прошел клинические испытания в крупных офтальмологических центрах: ГУ НИИ глазных болезней РАМН, ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Фёдорова, МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского.

Основным действующим веществом препарата является экстракт морской бурой водоросли ламинарии. Лечебные свойства ламинарии связаны с тем, что она содержит оптимальный для человека состав и концентрацию биологически активных компонентов, включающих аминокислоты, макро- и микроэлементы, витамины, органически связанный йод и т. д. Эти вещества легко усваиваются тканями и способствуют улучшению обмена веществ, кровообращения, повышению иммунитета и энергетического баланса клеток, обладают антиоксидантным, регенерирующим, рассасывающим и стимулирующим действием. Примене-

ние препарата Оковидит сопровождается уменьшением дистрофических и воспалительных явлений, отеков, способствует улучшению зрительных функций, рассасыванию помутнений и более быстрому заживлению повреждений роговицы различного происхождения, уменьшению зрительного утомления и т. д. Устойчивый лечебный эффект обеспечивает за счет длительной, дозированной и безболезненной доставки препарата в ткани глаза с использованием трансдермального (через кожу века, с помощью специальных пластырей) введения. Этому способствуют свойства основы – полиэтиленгликоля, обладающего способностью улучшать прохождение лекарственных веществ через кожу.

Препарат Оковидит успешно применяется при различных видах офтальмопатологии: при дистрофических заболеваниях переднего отдела глаза (дистрофиях роговицы, конъюнктивы); для снятия болевого синдрома и ускорения процессов регенерации роговицы после операций и травм; при помутнениях роговицы различного происхождения (последствиях вирусных кератитов, бактериальных язв, травм и ожогов глаза); при повреждении роговицы в результате пользования контактными линзами. Его использование способствует снятию зрительного утомления и астенопических жалоб при работе с компьютером.

Результаты проведенных исследований показали эффективность препарата при лечении дистрофических заболеваний сетчатки и зрительного нерва, в частности, возрастной макулярной дегенерации и глаукомы. Оковидит, улучшающий метаболизм и гемодинамику тканей глаза, способствует повышению зрительных функций при дистрофических заболеваниях.

В настоящее время прогрессивно увеличивается количество больных с синд-

ромом «сухого глаза» развивающегося как после хирургических вмешательств, так и вследствие напряженной работы с компьютером – «офисный синдром». Оковидит является препаратом, который способствует не только регенерации роговицы, но и стимуляции деятельности слезных желез.

Трансдермальное применение оковидита включает следующие простые процедуры. На тканевую прокладку предварительно подготовленного медицинского лейкопластыря из тубы выдавливается и равномерно распределяется полоска геля длиной 7–8 мм. Пластырь приклеивают на нижнее веко, отступая 2 мм от ресничного края, на 1–3 часа ежедневно. Допускается (например, при синдроме «сухого глаза», пользовании контактными линзами, при работе с компьютером) нанесение геля непосредственно на веки без использования лейкопластыря. Лечение можно проводить и во время ночного сна (до 8–10 часов). Курс лечения 10 дней, при необходимости он может быть продлен до 30 дней.

Оковидит практически не имеет противопоказаний к использованию. Однако его не рекомендуется применять при аллергических и медикаментозных дерматитах век, острых аденовирусных и бактериальных конъюнктивитах, при наличии аллергии на препараты йода.

Опыт клинического применения нового лекарственного средства Оковидит свидетельствуют о том, что у офтальмологов появился надежный помощник, который как в комплексе с другими препаратами, так и самостоятельно поможет в лечении многих видов глазных заболеваний.

Более подробную информацию о препарате и возможности его приобретения можно получить в ЗАО «Диоптра» по тел./факсу: (095) 335 1955; e-mail: dioptra@mail.ru

## Лазерный сканирующий ретиноангиограф Heidelberg Retinoangiograph HRA-2 – новое слово в ангиографии глазного дна

*В отличие от любой фундус-камеры Heidelberg Retinoangiograph производит съемку глазного дна путем лазерного сканирования с поточечной регистрацией интенсивности лазерного излучения отраженного или рассеянного каждой точкой глазного дна.*

Поскольку флуоресценция красителей возбуждается сравнительно узкой спектральной полосой излучения, использование лазеров для возбуждения значительно более эффективно по сравнению с обычной лампой-вспышкой. Доза светового облучения сетчатки при ангиографии с HRA-2 составляет около 1% от соответствующей дозы при обычной ангиографии.

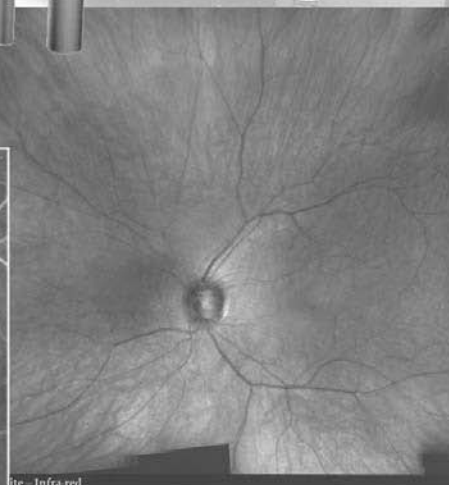
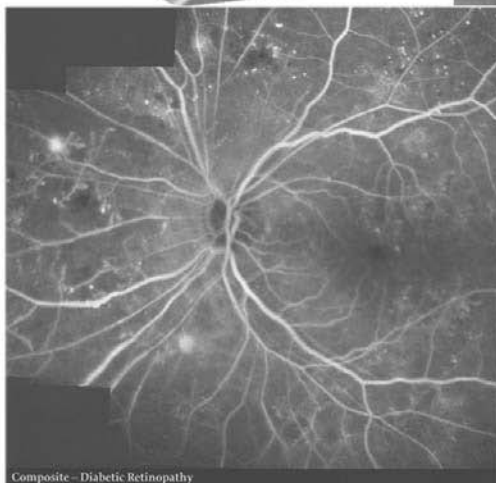
Кроме того, ангиография возможна и без расширения зрачка, что особенно важно для пациентов с диабетом.

**В приборе имеется три источника лазерного излучения – для регистрации, соответственно, отражения в ближней инфракрасной области, флуоресценции флуоресцеина и флуоресценции индоцианина зеленого.**

Использование такой технологии позволяет значительно ускорить процесс регистрации ангиографических изображений, а именно, снимать ангиограммы с частотой до 16 кадров в секунду. Более того, имеется возможность одновременной съемки двух ангиограмм (с флуоресцеином и индоцианином при одновременном внутривенном введении обоих красителей) с частотой 9 кадров в секунду для каждого красителя.

**Специальная технология записи изображений в компьютер (так называемый, кольцевой буфер) позволяет начать запись серии изображений за 2 секунды до нажатия педали.**

Имеется возможность панорамной съемки глазного дна с размером поля зрения до 120° путем совмещения серии последовательно снятых изображений. При этом сохраняется высокое разрешение изображения (до 5 микрон) во всей области. С использованием специальных линз размер поля зрения может быть увеличен до 150°.



**HEIDELBERG  
ENGINEERING**

## Вторая Московская Ассамблея «Здоровье столицы»

18-19 декабря 2003 года  
Здание Правительства Москвы



### Информационная поддержка:

«Фармацевтический вестник», «Московские аптеки»,  
«Больница», «Ремедиум», «Medi.ru».

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм  
Диалог». Тел.: (095) 915 2303, 915 4999,  
109 1330; e-mail: info@infomedfarm.ru,  
<http://www.infomedfarm.ru>



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

"МЕДСТИЛЬ"

Фирма «Медстиль» – разработчик  
и изготовитель современной  
медицинской одежды – предлагает  
свою продукцию, удостоенную  
Золотых и Платиновых Знаков  
качества XXI века.

Вас приятно удивят не только наш ассортимент  
и разнообразие моделей, но и цены.

127521, Москва, 17-й проезд Марьиной рощи,  
дом 9а, e-mail: [medstyle@medstyle.ru](mailto:medstyle@medstyle.ru);  
<http://www.medstyle.ru>;  
телефон/факс: (095) 218-63-63, 219-82-35

## «RUDOLF RIESTER» В РОССИИ

Несмотря на огромный выбор фирм, предлагающих свое оборудование, компания «RUDOLF RIESTER GmbH & Co. KG» (Германия) давно пользуется заслуженным доверием в Европе, а теперь и в России. Она заслужила доверие врачей всех уровней не только качественным и точным производством, но и приемлемыми ценами. Образованная в 1948 г., фирма производит высококачественное диагностическое оборудование для врачей различных специальностей по минимальным ценам. В ассортимент продукции RUDOLF RIESTER входят высокоточные тонометры (механические, ртутные и цифровые), стетоскопы, термометры, офтальмоскопы и тонометры для измерения глазного давления, отоскопы, ларингоскопы, дерматоскопы, спирометры, динамометры, налобные осветители, камертоны, гинекологические зеркала и другие диагностические инструменты высокого качества. Все поставляемое компанией оборудование соответствует требованиям Европейского стандарта. Имеет сертификат соответствия и регистрационное удостоверение Минздрава.

Официальный дистрибьютор  
RUDOLF RIESTER –  
ООО «Планета  
УСПЕХ».

Телефон: 211-07-22  
E-mail: [info@uspech.org](mailto:info@uspech.org)



## Медицинские песни в Доме композиторов

Московский Дом композиторов  
приглашает врачей и их  
пациентов на вечер-презентацию  
двойного диска медицинских песен  
«Приходи ко мне лечиться». В нем  
принимают участие поющие  
доктора и барды. Ведущий – врач  
Николай Игнатов.  
Вечер состоится 24 октября в  
19.00 по адресу: Москва,  
Брюсовский пер., д. 8/10 стр. 2  
«Дом композиторов»  
Тел. для справок: 229 1365.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся с 1993 года  
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая  
больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Галина Денисова  
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854  
[www.medicus.ru](http://www.medicus.ru); E-mail: [hospital47@mtu-net.ru](mailto:hospital47@mtu-net.ru)  
Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ