

# НОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

**NE CEDE MALIS  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!**

**№ 8  
1999**

## НАУКА И ПРАКТИКА

**Московский НИИ  
глазных болезней  
им. Гельмгольца**

**СТР. 3 - 8**

Препараты для  
лечения  
заболеваний  
глаз

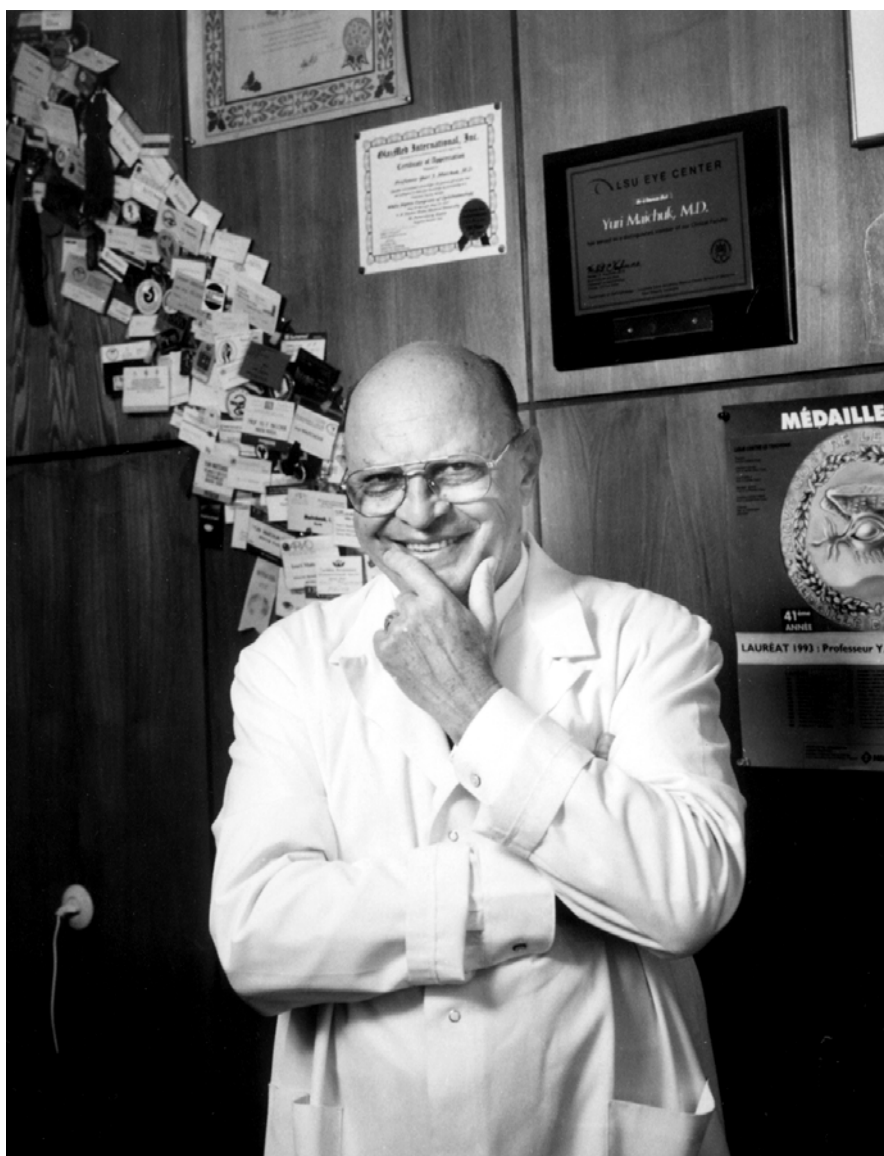
**SIBAVision®**

**СТР. 10 - 13**



МЕДИЦИНА  
И  
ИСКУССТВО

**СТР. 14 - 15**



*За создание комплексной системы лечения хламидийной инфекции глаз профессор Ю. Ф. Майчук награжден международной золотой медалью. В этом году Юрию Федоровичу присвоено почетное звание "Заслуженный деятель науки России". Поздравляем!*



Научно-практическая конференция педиатров России  
«БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ:  
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА»

Медицинская специализированная выставка  
«ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ:  
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12  
Центр международной торговли 20–21 сентября 1999 г.

#### Уважаемые господа!

Приглашаем Вас принять участие в работе Научно-практической конференции педиатров России «Болезни органов дыхания у детей: диагностика, лечение, профилактика» и Медицинской специализированной выставки «Охрана здоровья детей: новые технологии», которые пройдут в Москве 20–21 сентября 1999 года.

Тематика конференции охватывает практически все основные аспекты заболеваний органов дыхания у детей и включает в себя такие важнейшие направления, как респираторные вирусные инфекции у детей, хронические и рецидивирующие болезни легких, бронхиальная астма, туберкулез легких, аллергические болезни и др. Большое внимание конференция уделит вопросам организации пульмонологической помощи детям, экологической пульмонологии, хирургическим методам лечения в пульмонологии, образовательным программам и т. д. В этом представительном форуме примут участие ведущие специалисты из многих регионов страны.

Помимо пленарных заседаний, два дня работы конференции будут насыщены сателлитными симпозиумами, секционными заседаниями, «круглыми столами», презентационными выступлениями. Оргкомитет предлагает заинтересованным организациям и компаниям возможность спонсорского участия в конференции.

Приглашаем Вас стать участниками этих традиционно привлекающих внимание широкой медицинской общественности мероприятий. Надеемся, что и в этот раз они будут местом полезного профессионального общения для специалистов, участвующих в конференции, экспонентов и посетителей выставки.

Организаторы: Министерство здравоохранения РФ, Российская академия медицинских наук, Союз педиатров России, Научный центр здоровья детей РАМН. Выставочная компания «Медкомцентр», АО «Экспо Стандарт».

Председатель оргкомитета Конференции, председатель исполкома Союза педиатров России академик РАМН А. А. Баранов.

## «Карл Цейсс» более 150 лет ИННОВАЦИЙ В ОПТИКЕ

Основанное в 1846 году предприятие «Карл Цейсс» приобрело мировую известность благодаря своим оптическим приборам и точной механике.

В настоящее время 15 производственных подразделений группы «Цейсс» по всей Германии и совместные предприятия во многих странах мира, в том числе и в СНГ, выпускают микроскопы и геодезические приборы, военную технику и очковую оптику, медицинские и аналитические приборы, планетарии и телескопы.

#### Для офтальмологии «Карл Цейсс» выпускает:

- операционные микроскопы
- офтальмологические лазеры
- офтальмологические рабочие места
- Фундус-камеры
- целевые лампы
- рефрактометры
- периметры
- корнеатопографические системы
- автоматические диоптриметры
- тонометры
- системы архивирования изображения
- офтальмометры
- фороптеры
- оптические когерентные томографы
- проекторы знаков

Кроме поставок оборудования «Карл Цейсс» занимается комплексным планированием, строительством и модернизацией лабораторных и клинических учреждений, специализированных центров и учебных заведений. Последние реализованные фирмой проекты на территории Российской Федерации в области здравоохранения – комплексное оснащение медицинской техникой Центральной поликлиники Федеральной службы безопасности, Онкологического научно-го центра им. Блохина в Москве, поставки оборудования для Медицинского Центра Управления делами Президента РФ, модернизация многопрофильной больницы № 2 в Санкт-Петербурге и оснащение сорока двух салонов очковой оптики для фирмы «Оптика» по всей России.

Мы гордимся тем, что многие наши офтальмологические приборы успешно используются и врачами Института глазных болезней им. Гельмгольца.

**Фирма «Карл Цейсс» сердечно поздравляет руководство и сотрудников Института с предстоящим юбилеем, благодарит за многолетнее сотрудничество и желает коллективу Института новых достижений и успехов на благо пациентов и российской науки.**

Подробную информацию о медицинской технике «Карл Цейсс» Вы можете получить в Российском представительстве фирмы по адресу:  
109180, Москва, ул. Б. Якиманка, 31  
Тел.: (095) 238 7606, 238 7610  
Факс: (095) 238 7617  
E-mail: zeiss@dol.ru, lacher@zeiss.org

### ШЕСТАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА "АПТЕКА-99"



В рамках выставки проводится  
**ПЕРВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ  
АССАМБЛЕЯ**

#### "НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ"

- ПСИХИАТРИЯ
- АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- ОБЩАЯ ДИАГНОСТИКА
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ
- ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
- ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

**14 - 18 СЕНТЯБРЯ  
МОСКВА, СК "ОЛИМПИЙСКИЙ"**

Организаторы:  
M.S.I. Vertriebs GmbH (Австрия)  
совместно с ОАО "Фармимэкс" (Россия)



M.S.I. Vertriebs GmbH

Офис M.S.I. в Москве:  
Россия, 121069, Москва, ул. М. Никитская, 23  
Тел.: 7/095 290-40-13, 202-93-49  
Факс: 7/095 290-60-02  
Http://www.mr.ru  
Http://www.msi-vystavki.ru

Офис M.S.I. в Вене:  
Neudegggasse 8/2 1080 Vienna/Austria  
Tel.: 43/1 402-88-54 Fax: 43/1 402-89-54-54  
Http://www.msi-fairs.com  
E-mail: apteka@msi-fairs.com



ФАРМИМЭКС  
ОАО "Фармимэкс"

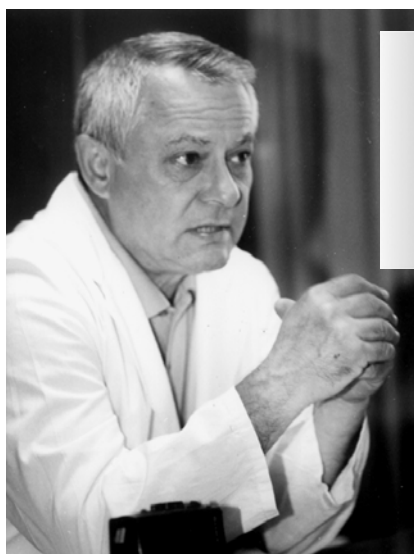
Россия, 101423  
Москва, ул. Б. Дмитровка, 7/5  
Тел.: 7/095 292-52-17  
Факс: 7/095 292 98-89

Информационная поддержка:



*Этому офтальмологическому центру на Садовом кольце скоро исполнится сто лет. И все эти долгие годы, начиная со дня открытия, сюда приходят за помощью люди, страдающие заболеваниями глаз. Само долголетие этого медицинского учреждения говорит о том, что лечили и лечат здесь хорошо – умело и талантливо.*

*Сегодня каждый второй житель страны болен той или иной глазной болезнью или имеет нарушение рефракции, ежегодно регистрируется до 500 тысяч инвалидов по зрению. О том, как представляют себе решение этой проблемы сотрудники одного из старейших научно-практических учреждений страны – беседа с его руководителем.*



## Директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, академик Международной академии информатизации, профессор, главный офтальмолог Минздрава РФ Александр Михайлович Южак

**– Александр Михайлович, в 2000 году институту исполняется 100 лет. Пожалуйста, несколько слов о его истории и сегодняшнем дне...**

– Все началось с обычной глазной больницы, построенной в 1900 году на средства известной благотворительницы Варвары Андреевны Алексеевой. В 1936 году больница была преобразована в Государственный институт глазных болезней им. Гельмгольца, известного немецкого физиолога. За прошедшие столетия у нас сформировалась самостоятельная научная школа, признанная не только в России, но и во всем мире. Институт является головной организацией в системе офтальмологической службы России. Наша роль заключается в научно-методической помощи и главное – в подготовке кадров практических врачей-офтальмологов и ученых в этой области. В настоящее время клиника института имеет 300 плановых коек, персонал – около 1000 человек. Докторов медицинских наук более 30, 17 профессоров, из них пять – заслуженные деятели науки, сто кандидатов наук. Вот таков наш научный потенциал.

Если взять все болезни глаз и распределить их по блокам, получится примерно следующее: травмы глаза и их последствия, глаукома, патология глаз у детей, патология сетчатки и зрительного нерва и т. д. Соответственно этим блокам сформирована структура института: самостоятельные научно-практические подразделения с двумя штатными расписаниями – наука и клиника. По-

добным образом построена экспериментально-теоретическая база, состоящая из целого ряда лабораторий и помогающая научно-практическим подразделениям планировать и внедрять в практику здравоохранения новые технологии в области диагностики и лечения глазных заболеваний.

Всего у нас более 50-ти структурных подразделений, перечислять их не имеет смысла. Но вот что важно. Ситуация с офтальмологией в стране не очень благополучная. И это неблагополучие сложилось давно – еще до перестройки. Я назову только две цифры: каждый второй житель страны болен какой-то глазной болезнью или имеет нарушение рефракции; ежегодно регистрируется до 500 тысяч инвалидов по зрению. Это страшно.

Мы проанализировали причины. Одна из них – отсутствие интеграции в службе, в ее информационном обеспечении, а отсюда – нет единого подхода к решению проблем. Кроме того, в последние годы были в значительной степени утрачены не только горизонтальные, но и вертикальные связи по управлению службой. Мы пришли к выводу о необходимости структурной перестройки офтальмологической службы, и, прежде всего, внедрения программно-целевого планирования научно-исследовательских работ. Разработана отраслевая программа по офтальмологии, которая будет, при соответствующей поддержке, выполнена в течение пяти-шести лет. Она поможет нам восстановить нарушенные связи, укрепить их, создать единое информационное пространство на современном уровне и существенно повысить эффективность оказания помощи больным.

В чем смысл программы? Во-первых, она определяет три уровня оказания специализированной офтальмологической помощи. На первом – территориальном – система поликлиник, ЦРБ, городские и областные больницы, которые, при наличии у них соответствующего оборудования, могут осуществлять свою часть работы. Не надо стремить-

ся из глазного отделения в 15–20 коек в городской больнице делать крупный научно-практический центр. А вот на втором – региональном уровне – есть смысл создать в России 15 хорошо оснащенных центров, которые могли бы оказывать офтальмологическую помощь на самом современном уровне. Мы разработали типовые таблицы оснащения таких центров, проработали вопросы подготовки кадров.

Это все наши планы и мечты. Для реализации программы нужны средства. А реалии таковы. Институт финансируется из бюджета Минздрава, а этого явно недостаточно. Выжить нам помогает то, что мы организовали систему платных услуг. По нормам Минздрава они могут составлять до 40% от объема оказываемой помощи, но мы до этих процентов не дотягиваем и никогда их не наберем. Почему? Есть целая категория больных, которые не могут заплатить, плюс – масса льготников. Фактически платные услуги у нас не превышают 20%.

Увеличение финансирования нам необходимо на проведение текущих и капитального ремонтов. Сто лет простояли наши здания, теперь рунтятся буквально на глазах. Где найти благотворителей, способных повторить благородные жесты дворян и купцов конца прошлого века? Единственный сравнительно новый корпус – это амбулаторный, построенный когда-то на деньги Всероссийского общества слепых.

Но, несмотря на старые стены, оборудованы мы на достаточно современном уровне. Недавно организовали Российское отделение ISER (Международного Общества Исследователей Глаза) и получили признание офтальмологов из других регионов. В марте этого года в Санкт-Петербурге создано региональное отделение ISER, объединяющее офтальмологов Северо-Запада. Это все результат наших усилий по интеграции офтальмологов. Работа проводится спокойно, без спешки и ненужной шумихи.

**Из пяти органов чувств, дарованных человеку, больше всего радости ему дает зрение. Синева моря, зелень лесов, прелесть цветка и изящество женщины – весь мир входит в человека через раскрытые глаза. К сожалению, немногие могут пользоваться этим даром в полной мере: с раннего детства орган человеческого зрения подвергается опасностям.**

**Мы проведем сегодня наших читателей по отделам НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, познакомим с его достижениями, проблемами и перспективами.**

**Репортаж начинаем с отдела инфекционных и аллергических заболеваний. Отдел, которым руководит профессор, заслуженный деятель науки РФ Ю. Ф. Майчук – единственная в России специализированная клиника по данной проблеме.**

## Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца



Ежегодно за помощью в лечении воспалительных заболеваний глаз у нас в стране обращается около 16 миллионов человек. Эти пациенты составляют 40–60% всех больных, пришедших на прием к окулисту. Самые распространенные заболевания – конъюнктивиты и блефариты, а наиболее опасные, нередко приводящие к слепоте – язва роговой оболочки глаза и увеит. Вирусные конъюнктивиты легко передаются в семье, дают вспышки в коллективах, а некоторые типы вирусов могут привести к тяжелым осложнениям и даже потере зрения. В отделе разработаны эффективные методы профилактики, лечения и предупреждения осложнений. Созданы комплексные схемы лечения для бактериальных, паразитарных и аллергических конъюнктивитов.

Сотрудники отдела участвуют в различных международных акциях ВОЗ по профилактике слепоты, в том числе в исследованиях по борьбе с хламидийной инфекцией глаз. Хламидийные конъюнктивиты являются важной медико-социальной проблемой не только в России,

но и в некоторых странах Европы и Америки. В отделе разработана эффективная комплексная система лечения, включающая не только использование лекарств, но и, в некоторых случаях, щадящее лазерное разрушение фолликулов. Лечение обеспечивает стопроцентное выздоровление в короткие сроки и без рецидивов. За эту работу Ю. Ф. Майчук награжден международной золотой медалью.

Малейшая травма роговицы, попадание соринки, инородного тела на производстве, царапина ногтем, веткой, хронические или острые конъюнктивиты и блефариты – все это может вызвать язву роговицы. По данным ученых 55% язв развивается под воздействием герпетической инфекции, она же является в 60% случаев причиной роговичной слепоты. Очень бурно развиваются бактериальные язвы, которые уже через два–четыре дня могут привести к трагическому исходу.

В последние годы участились грибковые поражения глаз: грибок прорастает всю толщу роговицы и без специфического лечения приводит к полному ее разрушению. Чаше

стали обращаться с поражением роговицы, вызываемым акантамебой, те, кто носит контактные линзы. Здесь изучена динамика акантамебных кератитов, разработаны методы их выявления и терапии.

Лечение язвенных поражений глаз всегда строится комплексно и состоит из специфического и патогенетического. Вот некоторые наиболее эффективные схемы фармакотерапии. При тяжелой герпесвирусной язве: местно – мазь *Зовиракс* или глазные капли *концентрированного интерферона Локферона*, внутрь – *Зовиракс* или *Валтрекс* в таблетках; метаболическая терапия – глазные капли *Витасик* или *Карнизон*, *Тауфон*, *Слеза натуральная*. Противовоспалительная терапия – глазные капли *Аломид*, *Кромгогексал*, *Наклоф*; иммуномодулирующая – *Ликопид*, *Аввинолейкин*.

Наиболее эффективная антибактериальная терапия при тяжелой язве роговицы, вызванной синегнойной палочкой, включает: местно – глазные капли *Тобрекс* или *Окацин*, парабальбарные инъекции – *Тобрамицин*, *Гентамицин*, *Цефотаксим*; системная



терапия – *Максаквин, Ципрофлоксацин*, инъекции *Цефотаксима*.

Эффективное антибактериальное лечение при язве роговицы, вызванной стафилококком, стрептококком, пневмококком, более вариативно: местно – *Тобрекс, Окацин, Колбиоцин, Витабакт, Хлорамфеникол*; парабюльбарные инъекции – *Тобрамицин, Амикацин, Цефазолин*; системно – *Максаквин, эритромицин, доксициклин, сульфаниламиды* в таблетках.

Как показали проведенные здесь исследования, в патогенезе многих инфекционных заболеваний глаз различного генеза большую роль играет аллергия. Поэтому в схему комплексного лечения острых и хронических заболеваний глаз входят противоаллергические средства: *Аломид, Кромогексал, Аллергодил, Сперсаллерг*. В отделе также проводится эффективная терапия неинфекционных глазных аллергозов: поллинозных конъюнктивитов, весеннего катара, лекарственных, косметических, бытовых аллергических конъюнктивитов, а также аллергических конъюнктивитов при ношении контактных линз и при синдроме «сухого глаза».

О новизне научных исследований говорят цифры: получено более 30 изобретений и патентов, издано около 40 методических рекомендаций. Профессор Ю. Ф. Майчук, удостоенный в этом году почетного звания «Заслуженный деятель науки РФ», написал целую серию монографий – «Вирусные заболевания глаз», «Аллергические заболевания глаз», «Лечение трахомы и праратрахомы», «Антибиотики в офтальмологии», «Глазные лекарственные пленки».

**Полное название отдела, который возглавляет проф. Р. А. Гундорова, заслуженный врач РФ и заслуженный деятель науки РФ, член-корр. РАЕН, довольно длинное: отдел травмы органов зрения, восстановительной хирургии, пластической хирургии и глазного протезирования.**

Больные, поступающие сюда, как правило, очень тяжелые. Сейчас много пациентов с травмами от применения газовых и воздушных пистолетов, которые стали доступны всем желающим и продаются без документов. За последние два-три месяца здесь оказалось около тридцати человек, в основном, подростки, которым пришлось удалить глаз из-за того, что «пулька» разбила его вдребезги. Интересно то, что в 1986 году никаких «пулек» среди инородных тел, удаленных из глаза, не было, а сегодня они преобладают. Очень много сейчас и военной травмы, отдел работает вместе с Центром катастроф, иногда сотрудники выезжают и в горячие точки.

Тяжелые травмы и последствия этих травм привели к созданию специального подразделения – пластической хирургии. Такого в России больше нет: здесь проводят уникальные операции по реконструкции глаза – пересаживают трупную роговицу или высушенную, пересаживают ресницы, вживляют искусственный хрусталик, а также делают операции по по-

воду врожденного птоза, эпикантуса и их комбинации. Разработана операция по замене рубцово-измененной слизистой оболочки слизистой оболочкой внутренней части века. Здесь также лечат больных после тяжелых ожогов, извлекают из глаз инородные тела. Металлические осколки, например, удаляют особым, созданным здесь же, магнитом.



**Отделом патологии глаз у детей заведует д. м. н., профессор, заслуженный деятель науки, главный детский офтальмолог Минздрава РФ А. В. Хватова.**

Здесь занимаются разработкой методов диагностики и лечения инвалидизирующих заболеваний глаза, которые приводят к слепоте и слабослыдению – врожденная катаракта и глаукома, врожденные воспалительные процессы, различные аномалии развития, патология сетчатки и зрительного нерва. В течение многих лет проводятся исследования в этом направлении, накоплен уникальный опыт. При врожденной катаракте, например, которую лечат хирургическим путем, очень важно тщательно выбрать тактику и сроки хирургического вмешательства, правильно подготовить больного к операции. Как только у ребенка выявляется эта патология – надо сразу же проводить профилактику амблиопии, то есть, заставлять глаз реагировать на свет. Только после этого следует хирургическое вмешательство, а после операции необходима коррекция – очковая, контактная и интраокулярная. Затем снова лечение амблиопии, и уже в самом конце – устранение косоглазия. Вот такой длительный цикл мероприятий.

Успехи в лечении врожденной катаракты связаны с общими успехами в микрохирургии глаза. Применяется ультразвук, механически



дробящий катаракту, лазерное вмешательство, разработаны и дифференцированные сроки операций. Если катаракта понижает зрение до светоощущения или до очень низкого – 1–2% зрения, и если велика опасность развития обскуриционной амблиопии, ребенка надо оперировать как можно раньше, в 2–4 месяца. А если остаточное зрение достаточно высоко – 0,3–0,4, спешить не следует. Таким образом, разработанные критерии оценки катаракты вносят полную ясность в сроки оперативного лечения.

Чего же удалось достичь? У 98,2% прооперированных здесь детей получен хороший оптический результат – чистый зрачок. 30% детей приобретают возможность обучаться в нормальной школе. И еще 50% – в школе для слабовидящих. Оставшиеся 20% идут в школу слепых, но у них тоже имеется повышение зрения – до 0,04 и 0,05. Скромный результат у этой группы больных связан обычно с сопутствующей патологией зрительного нерва и сетчатки.

Следующая проблема, которой много занимаются сотрудники отдела – врожденная глаукома. Опасность заболевания заключается в том, что у большинства детей давление начинает подниматься очень рано, когда оболочки глаза податливы и растяжимы: под влиянием давления глаз растягивается до 30–34 мм, вместо 24 мм в норме. В тканях происходят дистрофические изменения, страдает зрительный нерв, сетчатка. Лечение должно быть своевременным, операцию надо провести сразу после установления диагноза. Что должно заставить родителей заподозрить глаукому у новорожденного? Чересчур крупное глазное яблоко, помутнение роговицы. К сожалению, ле-

чить таких детей, как правило, начинают слишком поздно.

Сейчас возникла новая проблема – ретинопатия недоношенных, тяжелейшая патология, которая приводит к разрастанию пролиферативной ткани, к фиброзам и отслойкам сетчатки. Она развивается у 26% детей с весом менее полутора килограммов. Правильное проведенное профилактическое лечение позволяет у половины недоношенных детей сохранить зрение! Проблема требует, помимо научных разработок, серьезных организационных мероприятий.

Как организована работа с этим контингентом детей в Москве?

Институт им. Гельмгольца работает совместно с Институтом педиатрии на базе ГКБ № 13.

Все 65 хирургических коек, на которых расположен отдел, постоянно заняты. Лечатся здесь не только москвичи, но и больные со всей России. Инвалиды лечатся бесплатно. Не берут денег и с детей до года, не успевших



сформировать инвалидность. Кстати, таких маленьких оперируют только здесь, другие центры, в частности РНТК “Микрохирургия глаза”, берут пациентов после пяти лет.

**Отдел охраны зрения** был создан как отдел для лечения косоглазия, однако постепенно его проблематика расширилась. Профессор, заслуженный деятель науки Э. С. Аветисов, возглавляющий отдел более 35 лет, начал заниматься детской близорукостью,

а позже – лечением нистагма. Затем появилось направление по коррекции аметропий, а самое последнее направление – офтальмоэргономика (зрение и работа). Отдел состоит из трех структурных подразделений – отделения глазодвигательной патологии, занимающийся косоглазием и нистагмом (профессор Т. П. Кашенко), группы по изучению близорукости (д. м. н. Е. П. Тарутта) и лаборатории офтальмоэргономики и оптометрии (проф. Ю. З. Розенблюм).

Каковы же основные разработки ученых в этом направлении? Косоглазие, как правило, сопровождается амблиопией – ухудшением зрения косящего глаза. Методы лечения амблиопии – первое крупное достижение Э. С. Аветисова, предмет его докторской диссертации. Парадокс состоит в том, что на Западе несколько лет назад почти отказались от функциональных методов лечения косоглазия, они посчитали, что главное – сделать операцию. Но сегодня там начинают понимать важность функционального лечения. Оно состоит из трех этапов: плеоптика (борьба с амблиопией при помощи специальных приборов), хирургическое лечение и ортоптика – методика правильной установки глаза и взаимодействия обоих глаз. В отделе родился и четвертый этап, который называется – диплоптика. Это особый вид функционального лечения:

искусственно вызывается двоение видимых объектов, которое потом переходит в совместное зрение обеими глазами. Для этого здесь создан целый ряд специальных аппаратов.

Операция по лечению косоглазия с начала века мало подверглась изменению. Одно из новшеств, разработанных Э. С. Аветисовым и сотрудниками, это операция по лечению паралитического косоглазия,

которое обычно наступает после тяжелых черепно-мозговых травм, нейрохирургических операций и инфекций. Таких случаев сейчас становится все больше и больше.

Близорукость – проблема века – стала выдвигаться на одно из первых мест как причина инвалидности. С чем это связано? Скорее всего, с ранней зрительной нагрузкой. Сейчас дети учатся читать чуть ли не раньше, чем ходить. И садятся за компьютер раньше, чем начинают правильно держать



ложку в руках. Если раньше нижняя граница возникновения близорукости была 10–14 лет, то сейчас она зачастую начинается в дошкольном возрасте. Наиболее опасна прогрессирующая близорукость, которая приводит к осложнениям, вплоть до слепоты. Поэтому основное направление работы отдела – профилактика именно этого вида близорукости.

Группа специалистов под руководством Е. П. Тарутты разработала целый ряд методов, консервативных и хирургических, для профилактики прогрессирования близорукости. Они не уменьшают близорукость, но именно останавливают ее дальнейшее развитие и предупреждают осложнения.

В институте работает **Всероссийский центр контактной коррекции**,

которым руководит профессор А. А. Килаев. Мы задали вопрос – есть ли альтернатива очкам? Да, считают в центре, контактные линзы – лучший способ коррекции близорукости. Реже их применяют для лечения дальнозоркости и астигматизма. Сейчас дело идет к тому, что будут появляться контактные линзы длительного ношения, которые можно не снимать несколько дней.

В последнее время очень много говорят об оперативной коррекции близорукости. По мнению сотрудников отдела, многие средства массовой информации уж слишком шумят по этому поводу и преподносят лазерные методы как безопасное лечение, как избавление от близорукости. Это не так. Изменения, вызванные в глазу близорукостью, все равно остаются. Операцию по коррекции можно уподобить постоянно одетой контактной линзе. Начинать эти операции академик Святослав Федоров, потом инициативу перехватили англичане и американцы, именно они предложили использовать для этой цели эксимерный лазер. Он удаляет часть роговицы, может придать ей любую форму. Допустим, у пациента близорукость 5 диоптрий. Роговицу, которая представляет из себя линзу, надо сделать более плоской, чтобы фокусное расстояние умень-

шилось на 5 диоптрий. Компьютер производит расчеты и говорит, сколько надо убрать ткани, а лазер производит это удаление. Очень эффективно – человек на второй день снимает очки. Но нельзя говорить, что это безопасно! Осложнения бывают как и при любой операции. Ее нельзя, например, делать людям моложе 18 лет, потому что у них близорукость может расти, и людям старше 40 лет – у них есть опасность развития катаракты и т. д. В институте тоже производят эксимер-лазерную кератэктомию (так называется эта операция). Главное, что заботит ученых – найти пути к профилактике послеоперационных осложнений.

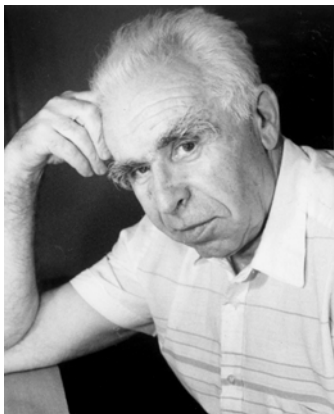
И, наконец, третья проблема, которой занимаются в отделе – офтальмоэргонномика. Недавно сотрудница отдела Т. А. Корнюшина защитила докторскую диссертацию в Институте медицины труда на тему “Механизмы зрительного утомления и перенапряжения и их профилактика”. Группа сотрудников занималась с людьми, выполняющими разного вида работы со зрительным напряжением: на предприятиях электронной промышленности, где процессы ведут под микроскопом, в ГОХРАНЕ с сортировщиками алмазов, с судоводителями на речном транспорте, шоферами, пользователями компьютеров. Вот что оказалось. Как ни стараются производители улучшить компьютер, сделать монитор более совершенным, но он все равно вызывает повышенное утомление зрения. Причем, опасность связана не с излучениями, а с особенностями изображения, которое мало контрастно, светится и мелькает. Именно это вызывает нагрузку на зрение. Меньше всего “напрягают зрение” компьютеры типа Ноутбук с активной матрицей, но и они не страхуют от утомления. Как же с ним бороться? Выяснилось, что

положительное влияние на зрение оказывают окрашенные очки и некоторые методы функционального лечения, применяемые при косоглазии и близорукости. Совместно с институтом химической физики и фирмой “Лорнет-М” были разработаны оптимальные фильтры, которые можно использовать и при различных заболеваниях глаз, и для нормально видящих.

Многолетняя работа, проводимая конструкторами космической техники, позволила значительно уменьшить утомляемость и повысить эффективность работы этих людей (руководит этой лабораторией к. м. н. А. А. Фейгин). Помимо очков для работы с компьютером созданы различные световые покрытия стекол, помогающие при некоторых глазных заболеваниях, а также при вождении автомобиля ночью и в плохих погодных условиях.

Наряду с сотрудниками института в этой работе принимали участие физиолог Ф. Ф. Зак и оптик П. Е. Голиков.

**Существует еще одно подразделение, которым институт может гордиться: отдел онкоофтальмологии, которым руководит профессор Алевтина Федоровна Бровкина.** К сожалению, ветшающая материальная база института привела к тому, что теперь отдел не имеет собственного помеще-



ния, и его пациентов размещают на свободных койках других отделений. Тем не менее, коллектив продолжает функционировать в качестве **Российского центра онкоофтальмологии**.



Клиника, возглавляемая профессором А. Ф. Бровкиной, существует в институте без малого 20 лет и пользуется заслуженным уважением у коллег из ближнего и дальнего зарубежья. Осенью прошлого года сюда на научно-практическую конференцию съехалось более 300 участников. Выступали не только ученые, но и практические врачи, которые разбирали сложные клинические случаи из своей практики. Это был своеобразный консилиум, очень полезный для всех. А в этом году специалисты отдела сами участвовали в Международном конгрессе онкоофтальмологов в Филадельфии (США), где сделали сообщения о работе единственного Российского центра. Кстати, в мире всего 16 центров по данной проблеме.

Самым большим достижением отечественных специалистов являются органосохраняющие операции, то есть операции, сокращающие показания к удалению пораженного опухолью органа. Радикализм, как здесь считают, оправдан не всегда, особенно на ранних стадиях заболевания. До распада Союза, при существовавшей системе диспансеризации, врачам удавалось предотвращать самое худшее в 75% случаев. Сегодня этот процент, к сожалению, уменьшился.

Органосохраняющий подход относится ко всему спектру заболеваний – к внутриглаз-

ные прикладываются к склере. Аппликаторы – продукция отечественного производства, а разработаны они здесь, в институте, с помощью физиков из Обнинска. Что же касается микрохирургических методов удаления опухоли, то и здесь наши ученые были застрельщиками. Казанский МИЗ создал по их заказу специальный набор инструментов для орбитальных операций.

Российский центр онкоофтальмологии стремится работать на уровне мировых стандартов. В техническом плане есть только одна проблема – отсутствие соответствующего оборудования для проведения термотерапии при внутриглазных опухолях.

Результаты, достигнутые здесь в лечении онкологических больных очень хорошие, высок процент пятилетней выживаемости после операции. Плохо только то, что сейчас разрушена система диспансерного наблюдения за больными, перенесшими операцию. Это совершенно необходимая вещь и для пациентов, и для врачей, которые таким образом теряют возможность контроля за качеством своей работы.

**Мы заканчиваем наш репортаж в отделении, где глазные болезни**

**лечат нетрадиционно – рефлексотерапией, иглоукальванием и другими подобными методами. Рассказывает А. Н. Иванов:**

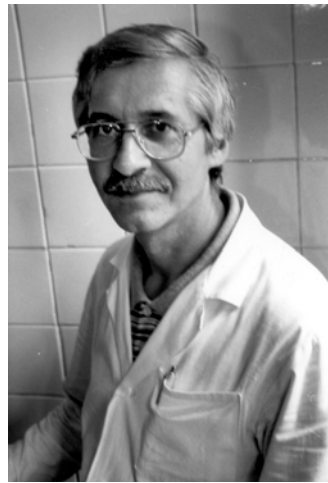
– Эти методы правильнее называть традиционными, ибо они имеют многовековую ис-

торию. Применяются они в сочетании с современными аппаратными методами диагностики и лечения. Здесь лечатся дети и

взрослые с различными заболеваниями глаз, но прежде всего с патологией сетчатки и зрительного нерва. Все специалисты владеют методами рефлексотерапии, мануальной и биорезонансной терапии, используется и гомеопатия. Руководит отделением на общественных началах директор института А. М. Южаков, а заведует М. С. Матвеев.

Лечение проводят комплексное. От пациента требуют адекватного участия в лечебном процессе – даются рекомендации по изменению образа жизни, по питанию, дозированным физическим нагрузкам, короче – по всему, что повышает резервные возможности организма. Наряду с общеукрепляющими комплексами используются и местные методики – так при иглоукальвании делается акцент на специфических точках, влияющих на орган зрения. Используются также магнитофорез – магнитотерапия на область глаза, воздействие переменного магнитного поля и лекарственных веществ, которые безинъекционно вводятся с помощью этого поля в ткани глаза. Наконец, используется электростимуляция зрительного нерва. Это местная методика, которая при правильном применении позволяет улучшить функцию и центральных мозговых структур, и самого глаза. Данные, полученные в отделении, уже начали публиковаться как в отечественных периодических изданиях, так и в зарубежных. Специалисты других стран заинтересовались уникальным опытом работы этого отделения, сотрудники которого участвовали в работе Конгресса исследователей органа зрения в Париже, подготовили доклад и на Конгресс, который скоро будет проходить в Стокгольме.

**Материалы из института подготовила Т. Нефедова.  
Фото В. Афанасьева**



ным опухолям, к опухолям орбиты и век. Он заключается в сочетании хирургических методов лечения с лучевой терапией. Технология лечения сложна, но зато она значительно улучшает качество жизни больных, в частности, уменьшает косметические де-







В. А. Алексеева

На рубеже XIX – XX веков медицинскую помощь москвичам оказывала всего тысяча врачей. На миллион жителей было всего две глазных больницы. Между тем в Москве свирепствовала масса глазных заболеваний, то и дело возникали вспышки эпидемий трахомы, постоянно рос травматизм глаз у заводских и фабричных рабочих.

В это время в российской общественной жизни ширилось движение, которое называли филантропией или благотворительностью – помощь и покровительство нуждающимся. В роли благотворителей выступали дворяне, купцы и промышленники.

В 1878 г. в Московский Попечительный Комитет о бедных Ведомства Императорского Человеколюбивого Общества поступили деньги от жены коллежского советника Перепетуи Степановны Волудской и ее мужа Антона Матвеевича Волудского, жителей села Иваново Любимского уезда Ярославской губернии. К сожалению, попытки узнать подробнее о личности дарителей и мотивах их пожертвования, предпринятые через несколько лет, остались безуспешными. Известно лишь, что Антон Матвеевич окончил Медицинскую Академию, и что семья была бездетной.

Согласно духовному завещанию Волудских в комитет Человеколюбивого Общества поступило 40 000 рублей на постройку бесплатной глазной лечебницы. Этой суммы оказалось недостаточно для строительства нового здания, поэтому Комитет решил устроить ее в помещении Набилковского богадельного дома, расположенного в районе Замоскворечья.

Лечебница была открыта 20 января 1880 года и состояла из двух отделений: амбулатории и стационара на 10 кроватей. Пациенты пользовались бесплатно лечением, бельем, одеждой, прислугой.

После революции эта больница была закрыта, а имя и благородный поступок Волудских, естественно, забыты.

Спустя десять лет после того, как открылась больница Волудских, глазной врач Константин Львович Адельгейм обратился к известной московской благотворительнице Варваре Андреевне Алексеевой,

## ИЗ ИСТОРИИ ДВУХ МОСКОВСКИХ ГЛАЗНЫХ БОЛЬНИЦ

вдове коммерсанта Андрея Алексеевича Алексеева, с просьбой о средствах для постройки новой глазной больницы. Варвара Андреевна сочувственно отнеслась к идее и оставила по духовному завещанию на эти цели капитал в 250 000 рублей, который к окончанию строительства возрос до 280 000.

На возведение больницы Городское Управление употребило 155 тысяч рублей, а 125 были положены в Государственный Банк как неприкосновенный капитал имени жертвовательницы, проценты с которого должны были идти на содержание известного числа призываемых в больницу бедных.

Городская глазная больница, основанная в память Императора Александра III, была открыта 17 ноября 1900 года на углу Садовой-Черногрязской улицы и Фурманного переулка. Доктор К. Л. Адельгейм был назначен, согласно воле основательницы, первым пожизненным директором и главным врачом.

Первоначально больница состояла всего из трех зданий – Главного больничного корпуса (ныне корпус 1 Института), жилого дома для служащих и корпуса хозяйственных построек. Она имела стационарные отделения – детское на 21 место, женское на 23, мужское на 24 и 4 отдельные палаты на 1 место



каждая, для платных больных. Амбулаторный прием составлял ежедневно от 150 до 300 человек.

Новая глазная больница быстро завоевала популярность у городского населения. Это и понятно: бесплатный прием, бесплатная выдача лекарств, а самым беднейшим – очков, круглосуточная неотложная помощь. Кроме того, здесь было

обособленное детское отделение, что являлось большим новшеством для того времени. В первый отчетный год амбулатория зафиксировала 40 тысяч посещений, а спустя 15 лет, в 1916 году, эта цифра увеличилась в шесть раз – 240 тысяч. Помимо практической деятельности врачи больницы достаточно активно занимались научной работой. Уже в течение первых трех лет с момента открытия ее сотрудниками был сделан целый ряд научных сообщений в медицинских журналах того времени.

Штат больницы был небольшим – директор (он же главный врач), четыре врача-офтальмолога, один провизор и вспомогательный персонал, состоявший из 28 человек. Больница содержалась за счет городского бюджета и обходилась городу в 25 тысяч рублей в год.

В 1936 году больница была переименована в Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца. Сегодня институт – ведущее научно-практическое офтальмологическое учреждение, широко известное в стране и за рубежом.

Учреждения, созданные и существо-

вавшие на пожертвования частных лиц, не только живые памятники добрых дел, но и пример для подражания. В будущем году институту им. Гельмгольца исполнится 100 лет. Где те меценаты, которые захотят войти вместе с ним в историю второго тысячелетия?

**Н. Емельянова**

## ГЛАЗНЫЕ МАЗИ ЭУБЕТАЛ И КОЛБИОЦИН В ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНЫХ КОНЪЮНКТИВИТОВ

Ю. Ф. Майчук, Е. С. Вахова, Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца

В настоящее время конъюнктивиты являются преобладающим видом глазной патологии, с которой ежедневно приходится сталкиваться офтальмологу на амбулаторном приеме. От общего числа конъюнктивитов от 3 до 30% составляют хламидийные конъюнктивиты. В развитых странах отмечается стойкая тенденция к росту как урогенитальной, так и глазной хламидийной инфекции и значительное омоложение пораженного контингента.

Длительное время основными средствами борьбы с этой инфекцией были препараты тетрациклинового ряда. Сегодня к числу активных противохламидийных препаратов относятся макролиды и наиболее известный из них – эритромицин. Высокой противомикробной активностью в отношении *Chlamydia Trachomatis* обладают азалиды (азитромицин). Большую группу противохламидийных препаратов составляют фторхинолоны, такие как цiproфлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин.

В наших исследованиях была рассмотрена и дана сравнительная оценка различных схем системного лечения хламидийного конъюнктивита. Исследования показали, что при одинаковом местном лечении, тетрациклин при пероральном применении по своей терапевтической эффективности уступал Сифлоксу (ципрофлоксацину), а последний в свою очередь был несколько слабее Максаквина (лемефлоксацина). Необходимым условием успешной терапии являлось сочетание общего лечения и местного применения глазных мазей и капель.

Для местного лечения хламидийного конъюнктивита более 30 лет традиционно применяли и продолжают использовать отечественные глазные мази с антибиотиками: тетрациклиновую или эритромициновую. Недостатками этих мазей является необходимость их частого (до 6–7 раз в день) закладывания, и, как следствие, не всегда хорошая переносимость, частое возникновение токсических и аллергических реакций как на сам антибиотик, так и на недостаточно очищенную мазевую основу.

Целью настоящего исследования явилось оценить и сравнить терапевтическую эффективность глазных мазей Эубетал и Колбиоцин в местном лечении хламидийного конъюнктивита.

### Материалы и методы

Изучали и сравнивали терапевтическую эффективность следующих препаратов:

**Эубетал** (Eubetal antibiotico, pomato

oftalmica, SIFI, Италия). Состав: тетрациклин 0,5; бетаметазон 0,1; хлорамфеникол 1,0; колистин 18 000 000 ЕД; ланолин 20; вазелиновое масло 30; вазелин глазной – до 100 г; в глазных тубах 3 г.

**Колбиоцин**, глазная мазь (Colbiocin, pomato oftalmica, SIFI, Италия). Состав мази: тетрациклин 0,5; хлорамфеникол 1,0; колистин 18 000 000 ЕД; ланолин 20; вазелиновое масло 30; вазелин глазной – до 100 г; в глазных тубах 3 г.

**Тетрациклиновая глазная мазь 1%**, производства объединения “Татхимфармпрепараты”, в тубах по 10 г. В 1 г мази содержится 0,01 г тетрациклина гидрохлорида 10 000 ЕД.

Сравнительное изучение терапевтической эффективности охватывало 325 больных хламидийным конъюнктивитом в возрасте

одинаковое системное лечение – 10-дневный курс Сифлокса (ципрофлоксацина) по 1 таблетке (250 мг) 2 раза в день.

### Результаты и обсуждение.

Как видно из таблицы, наиболее эффективной следует признать мазь Эубетал. Больные, получавшие эту мазь, отмечали субъективное улучшение состояния значительно раньше, чем при применении других препаратов: уменьшилась светобоязнь, слезотечение, гиперемия и отек слизистой. Мы связываем это с наличием в составе мази кортикостероида – бетаметазона.

По терапевтической эффективности мазь Колбиоцин уступала Эубеталу и была сопоставима с тетрациклиновой мазью, хотя субъективно лучше переносилась больными из-за более нежной мазевой основы. Не было отмечено случаев аллергической реакции на препарат.

Следует отметить, что тетрациклиновая мазь переносится значительно хуже и в отдельных случаях вызывает токсико-аллергическую реакцию. В нашем исследовании из 75 больных, получавших тетрациклиновую мазь, аллергическая реакция наблюдалась у 12 человек, у 3 реакция сопровождалась выраженным отеком и гиперемией век, зудом, шелушением кожи лица и век. У 4 больных усилилась гиперемия и отек конъюнктивы глазного яблока, век и нижнего свода, фолликулы увеличились в размерах. Еще у 2 пациентов были отмечены проявления по типу аллергического лимбита – отек, гиперемия и круглые инфильтраты вдоль лимба. Кроме того, у 3 больных была зарегистрирована выраженная эпителиопатия роговицы.

Наши наблюдения показали, что добавление инсталляций дексаметазона 2 раза в день, начиная с 3 недели лечения тетрациклиновой мазью, не только улучшает ее переносимость, снимая возможные аллергические реакции, но и значительно повышает терапевтическую эффективность местного лечения в этой группе больных.

Таким образом, сравнительные наблюдения показали наибольшую эффективность в местном лечении хламидийного конъюнктивита и наилучшую переносимость глазной мази Эубетал. При использовании мазей Колбиоцин или тетрациклиновой, эффективность и переносимость препаратов повышается при добавлении инсталляций дексаметазона.

### Эффективность местной терапии в лечении хламидийного конъюнктивита

Препарат	Количество больных	Количество излеченных (от сроков лечения)	
		4 недели	6 недель
I гр. Мазь Эубетал	110	79 (71,8%)	95 (86,4%)
II гр. Мазь Колбиоцин	37	16 (43,2%)	23 (62,1%)
III гр. Мазь Тетрациклин	75	34 (45,3%)	49 (65,3%)
IV гр. Мазь Тетрациклин + капли дексаметазона	103	65 (63,1%)	86 (83,5%)

от 15 до 20 лет, находившихся на амбулаторном лечении.

В зависимости от местного лечения, все больные подразделялись на 4 группы: I группа – 110 человек, получавших мазь Эубетал, II группа – 37 человек, получавших мазь Колбиоцин, III группа – 75 человек, получавших тетрациклиновую глазную мазь и IV группа – 103 человека, также получавших тетрациклиновую мазь, а с 3-й недели дополнительно – глазные капли дексаметазон 2 раза в день. Более раннее назначение дексаметазона может спровоцировать обострение воспалительного процесса.

У всех больных глазная мазь применялась 4–5 раз в день в течение первой недели лечения, 3–4 раза в день на второй, 2–3 раза в день в течение третьей недели и 1–2 раза четвертую неделю. Всем пациентам проводилось

## КСАЛАТАН – НОВЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ

*Академик РАМТН профессор Е. А. Егоров, кафедра глазных болезней Российского государственного медицинского университета*

Проблема медикаментозного лечения глаукомы является одной из наиболее важных в терапии глазных заболеваний. Около 60% больных различными формами глаукомы вынуждены постоянно использовать различные медикаментозные препараты.

Цель лечения – снизить повышенное внутриглазное давление. Тем не менее, только половина от общего числа начавших медикаментозную терапию получает его стойкую нормализацию на длительный срок. Несмотря на все успехи фармацевтики, лазерного и хирургического лечения, до 15–20% больных глаукомой обречены на необратимую слепоту.

В последние два–три года в мировой офтальмологической литературе появилось большое количество сообщений об успешных результатах применения **Ксалатана** – представителя нового класса гипотензивных средств, воздействующих на задний путь оттока внутриглазной жидкости из глаза.

Глаукома является заболеванием, при котором внутриглазное давление повышается из-за несоответствия между большим притоком и плохим оттоком жидкости из глаза. Поэтому одна из главных задач ее лечения – улучшить отток.

В глазу различают передний путь оттока жидкости – через дренажную систему глаза вперед под конъюнктиву и задний – назад по увеосклеральному пути. До последнего времени все лечение было направлено на стимуляцию оттока жидкости вперед, так как считалось, что задний путь малозначим и лекарства на него не действуют.

У человека по увеосклеральному пути оттекает от 5 до 20% водянистой влаги.

До последнего времени реальных возможностей воздействовать на интенсивность увеосклерального оттока у больных глаукомой не было. Единственный препарат, который в некоторой степени стимулировал его, был адреналин. Однако основное действие эпинефрина проявлялось в подавлении секреции и повышении оттока внутриглазной жидкости вперед через склеральный синус.

Первые клинические исследования исследования ксалатана – аналога простагландин F2 альфа в виде изопропилового эфира показали его высокую гипотензивную эффективность.

Изучение механизма гипотензивного эффекта ксалатана показало, что он снижает внутриглазное давление за счет повышения увеосклерального оттока.

Ксалатан в концентрации всего-навсего 0,005%, применяемый один раз в день, снижает офтальмотонус на 26–38% от исходного уровня. По гипотензивному действию препарат, по данным международных и отечественных мультицентровых исследований, приближается к наиболее широко применяемому в мире бета-адреноблокатору тимололу малеату, однако, в отличие от тимолола малеата, ксалатан применяется у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и органов дыхания и при этом не вызывает ухудшения состояния пациентов.

Все имеющиеся в распоряжении глазных врачей лекарственные средства наряду с положительными лечебными свойствами в различной степени обладают и нежелательными побочными эффектами на глаза или на весь организм (см. таблицу).

По результатам клинического опыта было установлено, что ксалатан обладает и рядом побочных эффектов, среди которых наиболее значимыми является небольшая гиперемия конъюнктивы после инстилляций и изменение цвета радужки через 3–6 мес после начала лечения.

С точки зрения возможных осложнений новый антиглаукоматозный препарат ксалатан в настоящее время является наиболее безопасным и эффективным. В мире ксалатан получают более полутора миллионов пациентов с глаукомой.

### Заключение

Новый производный простагландин F2 альфа **ксалатан в концентрации 0,005% и закапываемый в глаз всего один раз в день** является высокоэффективным гипотензивным препаратом для лечения различных форм глаукомы. Он хорошо переносится больными, не оказывает побочных реакций общего типа. Однако при длительном (свыше 3 месяцев) применении ксалатана отмечается усиление пигментации радужной оболочки глаза, при этом меняет цвет от светлого до темно-коричневого (орехового).

Более подробную информацию о препарате **Ксалатан** можно получить в Представительстве фирмы «Фармация и Апджон» по адресу: 113035, Москва, Б. Ордынка, 21, стр. 2. Тел.: 737 3400, факс: 737 3401.



Сравнительный анализ действия и побочных эффектов различных гипотензивных средств для лечения глаукомы

Наименование препарата	Группа	Механизм действия	Схема применения	Побочные эффекты
<b>Ксалатан (латанопрост)</b>	Аналог простагландин F2 α	Увеосклеральный отток	1 раз в день 0,005%	Гиперемия конъюнктивы, изменение цвета радужки
<b>Унопрост</b>	Аналог простагландин F2 α	Увеосклеральный отток	1–2 раза в день 0,12%	Гиперемия конъюнктивы
<b>Пилокарпин</b>	Холиномиметик	Передний путь оттока	2–4 раза в день 1–2%	Миоз, затуманивание зрения
<b>Тимолол</b>	Бета-адреноблокатор	Снижение продукции жидкости	1–2 раза в день 0,25–0,5%	Синдром сухого глаза
<b>Эпинефрин</b>	Адреномиметик	Передний путь оттока, снижение продукции	1–2 раза в день 1–2%	Резь, покраснение, пигментация конъюнктивы, кистовидный отек макулярной области

## СИБА ВИЗИОН

## CIBAVision®

**Наклоф** (0,1% раствор диклофенака натрия) – нестероидный препарат для лечения и профилактики воспалительных и аллергических заболеваний глаз, уменьшающий глазную боль и подавляющий послеоперационный миоз.

Препарат обладает противовоспалительным и обезболивающим действием. Это определяется фармакологическими преимуществами диклофенака, способного воздействовать на обе ветви каскада арахидоновой кислоты: ингибировать синтез медиаторов циклооксигеназного ряда (простагландины, простаглицлин, тромбосан), но и ингибировать синтез медиа-

торов липоксигеназного ряда (лейкотрины). Последним приписывают патогенетическую роль в развитии таких воспалительных нарушений, как повышение проницаемости сосудов, а так же диапазон иммунного ответа при хроническом воспалении.

В отличие от стероидных препаратов Наклоф не задерживает репаративные процессы при травме роговицы, не вызывает повышения внутриглазного давления, не способствует развитию так называемой стероидной катаракты, не оказывает иммунодепрессивного действия при герпетических и бактериальных кератитах.

**Показания к применению:** ингибирование миоза во время операции по поводу катарак-

ты; воспалительные процессы после операций по поводу катаракты и других хирургических вмешательств; профилактика цистойдного макулярного отека до и после операций, связанного с удалением и имплантацией хрусталика; воспалительные процессы неинфекционной природы с вовлечением передних отделов глаз (например, хронической неинфекционной конъюнктивит); посттравматический воспалительный процесс при проникающих и непроникающих ранениях глазного яблока (как дополнение к местной противоиононционной терапии).

**Способ применения и дозировка:** до операции по 1 капле 5 раз в течение 3 часов; после операции по 1 капле 3 раза в первые два часа после вме-

## НАКЛОФ

шательства, затем по 1 капле 3–5 раз в день, в других случаях по 1 капле 4–5 раз в день в зависимости от тяжести состояния.

При острых аллергических конъюнктивитах, связанных с поллинозом, протекающих на фоне анафилактической гиперчувствительности типа I глазные капли Наклоф целесообразно применять 5–6 раз в день.

**Противопоказания:** гиперчувствительность к диклофенаку натрия или этилтиосалицилату ртути, пациенты у которых ацетилсалициловая кислота или другие ингибиторы простаглицлин-синтетазы провоцируют развитие приступов бронхиальной астмы, появление уртикарной сыпи или острого ринита.

**Витабакт** (пиклоксидин 0,05%) – офтальмологический раствор, в состав которого входит антисептик для лечения инфекций переднего отрезка глаза с широким антибактериальным действием.

Препарат эффективен против многих видов бактерий, вызывающих такие широко распространенные инфекцион-

ные заболевания глаз, как конъюнктивиты острые и хронические, блефароконъюнктивиты, блефариты. Как антисептическое средство Витабакт применяется и при тяжелых заболеваниях роговицы таких, как кератиты, язва роговицы. В отделе инфекционных и аллергических заболеваний глаз МНИИ ГБ им. Гельмгольца

проходили курс амбулаторного и стационарного лечения больные, у которых была обнаружена микрофлора: стафилококк патогенный, пневмококк, стафилококк + пневмококк, стрептококк, кишечная палочка, палочка Ксероза. При использовании в лечении глазных капель Витабакт положительный терапевтический эф-

## ВИТАБАКТ

фект отмечен у всех больных.

Препарат закапывают по 1 капле 2–6 раз в день. Продолжительность лечения не должна превышать 10 дней. Витабакт обладает хорошей переносимостью, противопоказанием к применению может служить аллергия на один из компонентов препарата.

**Витасик** – глазные капли, стимулирующие репаративные процессы. Оригинальное сочетание 5 нуклеозидов и нуклеотидов (аденозин, тимидин, цитидин, уридин, гуанозин-5-динатрий монофосфат) способствует быстрому вос-

становлению роговой оболочки. Витасик назначается при лечении кератитов, последствий кератопластики, при ожогах, ранах и травматических язвах.

При лечении больных с роговичными поражениями при

синдроме сухого глаза было отмечено, что глазные капли Витасик способствуют более тонкому рубцеванию глубоких процессов в роговице и определяют значительно лучшие исходы по остроте зрения, чем другие «витаминные капли»

## ВИТАСИК

(Катахром-Офтан, Витадрал).

Препарат закапывают по 1–2 капле 3–6 раз в день.

Противопоказанием к применению Витасика является аллергия на один из компонентов препарата.

**Окацин** (ломефлоксацин 0,3%) – высокоэффективное синтетическое химиотерапевтическое средство широкого спектра действия, выпускаемое в виде глазных капель по 5 мл во флаконе.

Окацин относится к группе антимикробных препаратов дифторхинолонов. Высокочувствительными к Окацину являются грамположительные бактерии (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus sapro-*

*phyticus*); грамотрицательные (*Citrobacter diversus*, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria* sp.) и другие микроор-

ганизмы (*Chlamydia trachomatis*).

Противопоказанием для применения Окацина является гиперчувствительность к препаратам хинолонового ряда.

## ОКАЦИН

**Более подробную информацию о препаратах фирмы «CIBA VISION» и возможности их закупки можно получить Представительстве фирмы «Prespharm» по адресу: Москва, Электродный проезд, 6, стр.1, оф. 37, 38, тел.: (095) 176 7052, факс: (095) 232 55 63.**

## САНТЭН



Финская фармацевтическая компания «АО САНТЭН», являющаяся европейским подразделением крупного японского концерна «САНТЭН», представляет на российский рынок новый препарат **Офтан Дипивефрин** (дипивефрина гидрохлорид 1 мг/мл) – глазные капли для альтернативного лечения открытоугольной глаукомы в тех случаях, когда противопоказаны бета-блокаторы. Актив-

ное вещество – дипивефрина гидрохлорид – предшественник адреналина. После закапывания в глаз Офтан Дипивефрин быстро проникает через роговицу в переднюю камеру глаза, где подвергается гидролизу с образованием адреналина, который проникает в цилиарные отростки и трабекулярную ткань глаза и снижает внутриглазное давление за счет усиления оттока внутриглазной жидкости. При этом способность Офтан Дипивефрина проникать через роговицу в 17 раз выше, а концентрация в 10 раз меньше, чем у адреналина.

## ОФТАН ДИПИВЕФРИН

Препарат рекомендовано применять при открытоугольной глаукоме у молодых пациентов, у больных с начальной стадией катаракты, в качестве дополнительного лечения при недостаточной эффективности другой антиглаукомной терапии, при повышении ВГД на фоне инфекционных заболеваний глаз, при глаукоме после операции по поводу катаракты.

Офтан Дипивефрин хорошо переносится больными. В отличие от пилокарпина не вызывает миоза, затуманивания зрения или снижения темновой адаптации. Даже при длительном применении не наблюдалось более серь-

езных местных побочных эффектов, чем незначительное покраснение конъюнктивы и мидриаз. Следует отметить, что при применении Офтан Дипивефрина у больных с ядерной катарактой может улучшаться зрение за счет расширения зрачка.

Препарат противопоказан больным с закрытоугольной глаукомой. Офтан Дипивефрин назначают по одной капле два раза в сутки в пораженный глаз.

*Более подробную информацию о препарате и возможности его закупки можно получить в Московском представительстве «АО САНТЭН» по тел.: 230 0288, тел./факс: 230 0387.*

## ПРОМЕД ЭКСПОРТС

## ПРОМЕД ЭКСПОРТС

**Дикло-Ф** (0,1% раствор диклофенака натрия) – это специально разработанная лекарственная форма для местного применения в офтальмологической практике.

Дикло-Ф уменьшает проницаемость капилляров, стабилизирует лизосомы, тормозит выработку макроэргических фосфатов, инактивирует медиаторы воспаления (проstagландины), обладает цитостатическим действием.

Дикло-Ф позволяет предупредить сужение зрачка в ходе операционных вмешательств.

Препарат закапывается в течение двух часов с интервалом в 30 минут до вмешательства, т. е. всего 4 раза. Препарат рекомендуется использовать для профилактики миоза при экстракапсулярной экстракции катаракты, операциях по поводу отслойки сетчатки, лазерных вмешательствах на глазном дне, а также после оперативных вмешательств на переднем отрезке глаза, при антиглаукоматозных операциях для предотвращения развития реактивного синдрома. Дикло-Ф назначается 4 раза в день

по 1 капле курсом 5–14 дней; после экстракции катаракты 4–6 раз в день в течение 10–14 дней после операции.

Дикло-Ф применяют при блефаритах, бактериальных кератитах (параллельно с антибактериальными препаратами), конъюнктивитах, увеитах, эписклеритах и склеритах, иритах и иридоциклитах, а также при проникающей и непроникающей травме глаза. Препарат назначается по 1 капле 3–4 раза в день в течение 2–4 недель, в зависимости от течения заболевания.

С осторожностью рекомендуется применять препарат у

## ДИКЛО-Ф

лиц с повышенной чувствительностью к производным фенилуксусной и ацетилсалициловой кислот, а также у больных со склонностью к кровотечениям и пониженной свертываемостью крови. Капли не рекомендованы беременным, кормящим матерям, детям.

*Справки о приобретении Дикло-Ф можно получить в компании «Промед Экспортс Пвт. Лтд.» по адресу: 105315 Москва, ул. Щербаковская, 3, офис 401, тел.: 369 97 77, факс: 369 6301, а также в компаниях «СИА Интернейшнл» и «Протек».*

Энциклопедия  
международных  
благотворительных  
фондов  
и организаций

1999

Ни одно даже самое богатое государство в современном мире не в состоянии обеспечить решение актуальных проблем, существующих в обществе. Поэтому во всех развитых странах действуют многочисленные благотворительные организации и фонды, призванные оказывать поддержку и помощь тем, кто стремится осуществить свои планы и проекты в различных областях науки, культуры, общественной жизни.

К сожалению, информация о большинстве из этих международных фондов и благотворительных организаций практически недоступна российским студентам и преподавателям, работникам науки, здравоохранения и культуры, поскольку такие организации не имеют возможности широко рекламировать себя и даже не имеют своих страничек в сети Интернет.

«Энциклопедия международных благотворительных фондов и организаций» является первой попыткой создания такого справочника для граждан России и СНГ. В ее основу положена «Большая книга фондов» – уникальный настольный справочник, издаваемый шведской фирмой «SoS AB». На 500 страницах этой книги представлены данные о 2500 различных фондах и стипендиях, а также образцы оформления заявок.

Мы надеемся, что это издание станет незаменимым путеводителем, помогающим правильно и быстро сориентироваться в поиске наиболее подходящих фондов для реализации ваших проектов.

## МНЕ ВЕЗЛО НА ЯРКИЕ ЛИЧНОСТИ



“Я в больнице не лежала” – так прореагировала Мира Андреевна Сизова на нашу просьбу высказать свой взгляд литературоведа на медицину. Доктора филологических наук, автора ряда книг по истории русской литературы можно понять – и сейчас, на “заслуженном отдыхе”, лишнего времени Мира Андреевна не имеет. Но такая уж у журналиста работа – отрывать людей от дела...

– Простите, но все же трудно поверить, что вам удалось избежать внимания врачей...

– Это они избежали моего внимания. Конечно, к концу седьмого десятка, я иногда навещаю в поликлинику, но недоедать докторам не хочу. А вообще я к ним отношусь очень серьезно и уважительно. Мне, филологу, представляется, что врач делает то же, что и художник в широком понимании слова – восстанавливает гармонию в телах, а значит, и в душах людей. Ведь большой человек прежде всего некрасив, даже если это не проявилось внешне, внутреннее его “устройство”, гармоничность работы органов, данная ему изначально, рассыпалась. Врачи – от косметолога до хирурга пытаются ее возвратить. Ну, а в больнице, если честно, я лежала – просто это было всего один раз и очень давно.

...Мне 16 лет. Война, эвакуация, украинский город Артемовск. Помешанная на литерату-

ре, с азартом пишу сочинение по Гоголю. А температура – сорок. Уже смутно помню, как пришел единственный оставшийся в городе врач и с диагнозом “сыпной тиф” быстренько отправил меня в больницу. Потом уже узнала, как доктор доставала пенициллин, как, несмотря на переполненность больницы (русские, немцы, румыны...), находила для меня время, как не дала умереть. Когда я вернулась домой, эта женщина неожиданно зашла к нам, поговорила с мамой, сказала, что мне нужно лучше питаться... А после ее ухода мы обнаружили на подоконнике завернутые в газету две серебряные ложки – те самые, что были отданы врачу в знак благодарности. Цену такому поступку поймет лишь переживший военный голод... Ложки, конечно, были сразу обменяны на продукты.

– Для меня, признаться, это все уже далекая история. А в сегодняшних больницах неужели все-таки никогда не бывали?

– Как пациентка – нет. Имея троих детей представляю лишь обстановку в родильных домах. Но и там старалась не задерживаться. А в больницах была как посетительница родственников, друзей, знакомых, общалась и с врачами. Любой стационар – это такой перекресток отношений, характеров, судеб! Это самая точная модель общества со всеми его недугами. Здесь в человеке проявляется все – и лучшее, и худшее, здесь ставятся диагнозы – и пациентам, и врачам, и медсестрам...

– Это уже говорит литератор.

– Любой человек, имеющий дело с литературой и искусством, ставит диагноз, будь то болезнь

души или тела, что всегда взаимосвязано, впрочем, это делает и любой наблюдательный, думающий человек, просто у творческих людей “наблюдение”, как составляющая профессии, прочно вошло в жизнь. Врачи, в свою очередь (а лучшие из них, безусловно, люди творческие), не раз говорили мне, как даже в нерабочей обстановке сразу замечают все мелочи во внешности человека, в его поведении, речи, эмоциональном состоянии. Поэтому в том, что существует целая плеяда писателей-врачей, от Гете и Конан Дойля до Чехова и Булгакова, нет ничего удивительного. Франсуа Рабле не забыл о своей профессии врача, в предисловии к “Гаргантюа и Пантагрюэлю” написал: “Забавляйтесь, друзья



мои, и веселите себя этим чтением, телу на удовольствие, почкам на пользу!”...

– Занимаясь литературой, вы всегда выделяли в ней медицинскую тему?

– Да, но раньше она для меня была именно темой, не более того. “Записки врача”, “Добрый доктор”, “Я отвечаю за все”, “Спутники”... – произведения разных авторов, писавших о медицине и людях в ней. Может быть с возрастом, может быть, с появлением таких слов и словосочетаний, как психотерапия, психосоматика, психическое здоровье, многое приобрело для меня научную важность и интерес. Скажем,

знала и раньше, как в жизни полагали людям выстоять художественные произведения, на себе ощущала, как обновляешься после посещения выставки или концерта, но лишь не так давно узнала о библиотерапии, арттерапии... Оказалось, что всему есть научное объяснение – у человека меняется не только душевное, но и физиологическое состояние! Теперь, перечитывая, казалось бы, выученные наизусть книги, отмечаю для себя новые, связанные с медициной, вещи. К примеру, помните, Алеша у Горького (“В людях”) “заболевал” чтением, говорит: “Читая, я чувствовал себя здоровее, сильнее...” А рассказал мальчику о прелести и пользе книг аптекарь...

– *Знаю, что и о Горьком, и о других писателях у вас немало статей и книг, а со многими известными людьми вы были знакомы лично. Расскажите.*

– Сейчас литература прежних лет за свою “советскость” оказалась как бы перечеркнутой. Но ведь в каждой эпохе встречаются разные писатели. Мне в этом плане везло на личности яркие, талантливые, самобытные. Общаюсь с ними у себя или у них дома, всегда поражалась их уму, живому, образному языку, желанию высказать то, что тревожит. В. Астафьев, Ф. Абрамов – писатели-фронтовики, открытые, темпераментные люди, поднимающие в своих произведениях темы, актуальные до сих пор. Ф. Абрамов, “деревенщик”, к примеру, много лет назад говорил и писал о необходимости отдать крестьянам землю. А что, кроме восхищения, могло вызвать общение с Дмитрием Лихачевым! Он читал лекции в Ленинградском университете, где я училась, и вызывал неизменный восторг студентов. Позднее, преподавая древнерусскую литературу, я встречалась с ним вновь, и снова поражалась, как после всех тягот жизни (ссылка на Соловки, Ленинградская блокада и т. д.) ученый смог сохранить доброту, утонченность, интерес к жизни. Когда-то на встрече с читателями в Остан-

кинской студии, на вопрос об интеллигентности, Дмитрий Сергеевич сказал: “Человек может избразить любое качество, ему не присущее – доброту, честность, даже ум, но интеллигентность, если ее нет, сыграть невозможно. Очень быстро ее отсутствие все равно проявится”.

Запомнились мне встречи и с Лилей Брик – музой Маяковского. О ней писали и пишут самое разное, но для меня она остается человеком добрым, щедрым, сделавшим очень многое для сохранения наследия поэта.

С Людмилой Ильиничной, последней женой Алексея Толстого, меня свела судьба при работе над диссертацией о его творчестве. Довелось присутствовать у нее дома и на встрече с П. Беляевым, командиром танка, построенного для фронта на средства А. Толстого. Так решил использовать писатель свою государственную премию за роман “Хождение по мукам”. Любой художник сильнее других переживает отрицания людей. Людмила Ильинична говорила, что хотя причиной смерти мужа и была болезнь – рак легких, огромную негативную роль сыграло его участие в работе Комиссии по расследованию немецко-фашистских злодеяний. Зрелище всех ужасов, сотворенных захватчиками, вызывало у Алексея Николаевича желание... уничтожить всех немцев! Но как гуманист он знал – нельзя убить ни одного человека. Эта раздвоенность и погубила его, считала жена писателя.

– *Похоже, профессии, связанные с человеческими судьбами, всегда драматичны...*

– Трагичны! Бальзак писал: “Моя наблюдательность приобрела остроту инстинкта... она позволяла мне жить жизнью того, на кого была обращена... отождествлять с ним себя самого”. Не правда, что писатель воспринимает все только как материал для будущих книг, хладнокровно. Никто не рыдал бы тогда над страницами, не мучился бы вместе с героями! Так же и в медицине: хладнокровных врачей нет!

Елена Макина

Министерство здравоохранения РФ, Международный центр финансово-экономического развития, Правительство Москвы, журнал «Здравоохранение» приглашают Вас принять участие в работе

I Всероссийской конференции  
**«НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В  
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИИ  
АКУШЕРСКО-  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ  
СЛУЖБЫ»**

Конференция состоится в Москве, в Конгресс-зале отеля «Космос», 27–28 октября 1999 г.

**Основные проблемы,  
обсуждаемые на конференции:**

- Материально-техническое и лекарственное обеспечение акушерско-гинекологических учреждений
- Порядок и источники финансирования службы в современных условиях
- Медицинское страхование в деятельности акушерско-гинекологических учреждений (лицензирование, стандартизация, аккредитация)
- Правовые основы репродуктивного здоровья и планирования семьи
- Формирование федеральных и региональных программ по охране здоровья матери и ребенка на 2001–2005 гг.
- Законодательная и юридическая база в деятельности акушерско-гинекологических учреждений, нормативная документация
- Региональная модель организации акушерско-гинекологической службы

**Приглашаем фирмы к участию в выставке, проводимой в рамках конференции.**

Полную информацию о конференции и условия участия Вы можете получить по телефонам:  
**(095) 215 6610, 215 8210, 234 1390.**  
Факс: **(095) 215 7680.**



ИЗДАТЕЛЬСТВО

Редакция газеты "Больница" и издательство "Пульс" готовы помочь лечебным учреждениям, медицинским центрам и НИИ в подготовке и выпуске печатной продукции:

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезни)

Журналисты редакции помогут собрать и отредактировать оригинальные материалы по любой актуальной для Вас тематике, а художники и фотокорреспонденты сделают иллюстрации.

**Контактный тел./факс 465 4854  
399 8493.**

### Врачам

Работа с фармакопейными препаратами. По рецептам.  
Тел.: 406 9153.

## Партнер надежный и выгодный

**ЗАО "Медицина-Фармация" уже пять лет работает на отечественном фармацевтическом рынке, обеспечивая аптечные предприятия и лечебно-профилактические учреждения изделиями медицинского назначения и медицинской техникой. О том, какие конкретно услуги фирма предлагает своим клиентам, рассказывает ее директор Алексей Владимирович Соловьев:**

– Мы пришли на фармацевтический рынок в те годы, когда больницы и аптеки ощущали острый дефицит перевязочных и расходных материалов и другой крайне необходимой продукции медицинского назначения, и создали свою фирму, чтобы помочь медицинским учреждениям решить эти насущные проблемы.

Сотрудничая с такими отечественными и зарубежными предприятиями, как "Ватиз", Городищенская отделочная фабрика, "Навтекс", "Полимед 111", Тюменский завод медицинского оборудования, Армавирский завод резиновых изделий, а также "Бектон Дикенсон", "Хельм", "SFM Hospital Products" и др., мы осуществляем крупномасштабные поставки и поэтому продаем продукцию по ценам производителей, с нулевой наценкой. Среди предлагаемых нами изделий медицинского назначения и медицинской техники – стоматологическая, рентгеновская и флюоропленка, одноразовые шприцы с качественными поршнями российского и испанского производства, тончайшие иглы для инъекций, хирургические и смотровые перчатки, бактерицидные и перцовые пластыри, тесты для определения беременности, инфузионные и трансинфузионные системы производства Германии и др.

Одно из основных направлений нашей деятельности – реализация перевязочных средств. Поставляем отбеленную марлю, стерильные бинты и высококачественную отечественную вату, которая изготавливается из совместно закупаемого сырья предприятием "Емельян Савостин". Вата, выпускаемая этим предприятием, отличается высокой степенью очищенности и отбеленности, а, следовательно, и высокой гигроскопичностью. Мы предлагаем кипную и фасованную гигиеническую и, более качественную, хирургическую вату в широком ассортименте фасовок: 25 г, 50 г, 100 г, 125 г, 200 г, 250 г, 5 кг и 50 кг. Согласитесь, это очень удобно для любого потребителя – от госпиталя и аптеки до розничного покупателя в аптечном киоске.

Повторю, что большие масштабы закупок дают возможность продавать продукцию по доступным ценам. Добавлю, что мы поставляем продукцию во все регионы России – от Ставрополя до Сахалина и Курил. Отправляем заказы как коробками, так и целыми контейнерами.

Четко организованная транспортная служба дает возможность поставлять заказанную продукцию в кратчайшие сроки автомобильным, железнодорожным и авиационным транспортом. Выгодные условия заключенных нами договоров обеспечивают максимальное снижение транспортных расходов.

Мы тщательно учитываем пожелания клиентов и предоставляем им максимальные льготы и скидки. Время от поступления заявки до отгрузки не превышает одного-двух дней.

Полагаю, что условия наших поставок заинтересуют многих потенциальных клиентов в разных уголках страны. Обращайтесь к нам, и вы воочию убедитесь в надежности и выгоды такого сотрудничества.

**Тел./факс: (095) 304 0038, 304 0061.**

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

**Главный редактор Г. Денисова**  
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445  
[www.hospital.da.ru](http://www.hospital.da.ru); E-mail – [hospital@dataforce.net](mailto:hospital@dataforce.net)

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство "Пульс"  
© Газета "Больница"

ЦЕНА  
ДОГОВОР-  
НАЯ