



Межобластной лазерный офтальмологический центр

2005 год явился знаменательным для офтальмологического центра — исполнилось 20 лет с момента его основания. Тогда, 20 лет назад, в союзном государстве были открыты первые 10 центров. В их числе повезло оказаться и нам. Открывал и начинал оснащать центр Алексей Александрович Тихомиров, ставший впоследствии главным офтальмологом Ярославской области. Это был первый кабинет с единственным аппаратом «ОК-1» (офтальмокоагулятор). Центр был открыт на базе 4-го офтальмологического отделения и оказывал специализированную помощь в основном пациентам, проходившим там курс лечения. В его штате был один врач и одна медсестра (Т. Ю. Мишина). Первыми операциями, проводимыми в центре, стали операции на сетчатке. Тогда их было немного. «ОК-1» в то время уже устарел, и приходилось прикладывать немало сил, чтобы добиться на нем «чуда». Собственными силами аппарат неоднократно модернизировался. И вот таким «чудом» явилась последняя для этого аппарата операция — счастливым оказался тогдашний коммерческий директор завода «Ярославльнефтегазсинтез». Вовремя проведенная операция на сетчатке позволила вернуть ему 100% — ное зрение, утраченное в результате гипертонического криза. Узнав о том, что это была последняя операция, проведенная на данном аппарате, руководство завода, возглавляемое тогда Е. Н. Заяшниковым, приняло решение оказать спонсорскую финансовую помощь в оснащении центра, которая явилась большим толчком в его дальнейшем развитии.

Постепенно штат центра увеличивался. Оказываемая населе-

нию узкоспециализированная помощь перешла границы Ярославской области: нашими пациентами стали жители Вологодской, Ивановской, Костромской и др. областей.

В 1991 году центр был выделен в самостоятельное структурное подразделение областной клинической больницы, а я был назначен его заведующим.

За год мы проводили около 2500 операций на органе зрения, примерно 30% этих операций сопровождались моментальным оптическим эффектом, что приводило к восстановлению или улучшению зрения уже в ходе операции.

В последнее время все большее значение в медицине приобретает профилактическое направление. Профилактическими все больше становятся операции при миопии, дегеративно-дистрофических заболеваниях. Первоочередной задачей таких операций является предотвращение развития осложнений, приводящих к потере зрения и в конечном итоге инвалидизации. Развитию таких осложнений могут способствовать зрительная нагрузка на близком расстоянии (чтение, работа за компьютером и т. д. и физическая нагрузка, связанная с подъемом тяжестей и вибрацией). Особенно нужно отметить увеличение риска осложнений со стороны органа зрения (разрывы и отслойка сетчатки) у беременных женщин, страдающих дистрофическими заболеваниями сетчатки, близорукостью, во время родов.

С введением в состав центра лаборатории контактной коррекции зрения стало возможным оказывать помощь пациентам с высоким астигматизмом, кератоконусом; лицам, которым по какой-либо причине противопока-



зана лазерная коррекция зрения.

На сегодняшний день в центре трудится более 20 сотрудников. Все врачи и медицинские сестры — специалисты высшей и первой квалификационной категорий, постоянно повышающие свой профессиональный уровень на базе кафедры глазных болезней ЯГМА и на таких центральных базах, как НИИ глазных болезней им. Гельмгольца и МНТК им. С. Н. Федорова.

За время существования центра внедрены новые технологии в лечении пациентов с офтальмопатологией:

- билатеральный метод лечения торпидно текущих язв и кератитов (сроки лечения сокращаются в 2-4 раза);

- щадящая методика лазерной иридэктомии;

- методика определения степени отека сетчатки, плоской отслойки сетчатки при помощи луча лазера;

- методика лазерной рефрактометрии;

- метод транспупиллярной термотерапии при макулярных отеках и субретинальных неоваскулярных мембранах.

Задачи центра:

- оказание специализированной лечебно-диагностической и консультативной помощи на амбулаторном этапе;

- разработка и внедрение новых методов лазерного лечения, диагностики, контактной коррекции зрения;

- отбор больных и своевременное направление их на госпитализацию в офтальмологическое отделение ЯОКБ.

В центре оказываются помощь пациентам, страдающим:

- диабетической ретинопатией, а также окклюзией артерий и вен сетчатки;

- сенильной макулярной дегенерацией, воспалительными заболеваниями сетчатки (хореоретиниты);

- периферической витреохориоретинальной дистрофией;

- разрывами и отслойкой сетчатки;

- первичной глаукомой;

- вторичной катарактой при афакии и артефакции, с преципитатами и фиброзными отложениями на поверхности ИОЛ;

- кровоизлияниями в стекловидное тело;

- эрозиями, кератитами и язвами роговицы;

- новообразованиями придатков глаза.

В центре проводятся:

- ангиографические исследования заднего отдела глаза для диагностики и оптимального лазерного вмешательства на сетчатке, что позволяет сократить сроки нетрудоспособности пациента;

- компьютерная тонография для диагностики глаукомы;

- компьютерная периметрия для объективного наблюдения за динамикой процесса в ходе лечения;

- фоторегистрация и компьютерная регистрация изменений в переднем и заднем отрезках глаза для динамического наблюдения.

Тел.: (0852) 24-16-56, 24-12-34.

Лаборатория контактной коррекции зрения оказывает услуги:

- изготовление жестких контактных линз из полимерных материалов, газопроницаемых, кератоконусных, сфероторических (при больших степенях астигматизма);

- ремонт жестких линз (полировка, шлифовка сколов);

- изготовление мягких контактных линз из отечественного и импортного материалов.

Тел.: (0852) 24-84-04

Заведующий МЛОЦ
А. А. Дорофеев.

4-ое офтальмологическое отделение ЯОКБ существует со дня основания больницы. В настоящее время отделение развернуто на 60 коек и рассчитано на лечение взрослого населения г. Ярославля и Ярославской области. Все специалисты отделения имеют сертификаты по офтальмологии, основной состав отделения — это врачи высшей категории по специальности «Офтальмология».

Отделение оснащено современным диагностическим оборудованием как отечественного, так и импортного производства (США, Германии), позволяющим проводить весь спектр необходимых исследований (А-сканирование, компьютерная тонография и периметрия, бесконтактная тонометрия, авторефрактометрия, электрофизиологические исследования сетчатки и др.).

В операционном блоке имеются 4 операционных зала, оснащенных 6-ю микроскопами.



Все операции выполняются с помощью самого современного инструментария с применением высококачественных материа-

Офтальмологическое отделение

лов. Врачами отделения в год проводится более 1500 операций, и число послеоперационных осложнений составляет менее 2% (при Российском показателе 3,2%), все операции выполняются на микрохирургическом уровне. Наибольшее количество операций (около 800) составляют операции по удалению катаракты. В 90% случаев имплантируется искусственный хрусталик как отечественного, так и импортного производства.

За последнее время врачами отделения освоены и внедрены в практику высокотехнологичные со-

временные методы удаления катаракты — лазерная экстракция катаракты (ЛЭК) и ультразвуковая факоэмульсификация (ФЭ). Эти методы позволяют удалять катаракты через малые (от 1,5 до 3 мм) самогерметизирующиеся тоннельные разрезы без наложения швов.

Выполняются новые виды операций по имплантации интраокулярных линз (ИОЛ) для коррекции высоких степеней близорукости и дальнозоркости.

Производятся все виды операций при глаукоме, отслойках сетчатки, прогрессирующей близорукости.

В лечении используются:

- лазеротерапия;

- магнитотерапия;

- электростимуляция зрительного нерва;

- физиотерапевтические методы лечения;

- гирудотерапия;

- иглорефлексотерапия.

Врачи отделения постоянно повышают свой профессиональный уровень, обучаясь на кафедре глазных болезней ЯГМА, в различных специализированных российских клиниках (г. Москва, г. С-Пб и др.); участвуют в международных и российских съездах и конференциях.

Заведующая отделением
И. Г. Слезкина

Катаракта и ее лечение

Катаракта — одно из самых распространенных заболеваний в мире. Рано или поздно с этой проблемой сталкивается более половины населения земного шара. Механизм возникновения катаракты хорошо изучен: нарушение обменных процессов в глазу приводит к потере хрусталиком прозрачности, на пути лучей света возникает преграда. Острота зрения начинает падать вплоть до полной его потери.

Катаракта — греческое слово, обозначающее в переводе «водопад», что связано с представлением о мутной пленке, закрывающей зрачок в виде водопада.

На самом деле, катаракта — это помутнение прозрачного хрусталика, вызывающее стойкое снижение остроты зрения.

Известно следующее:

— Изменения в хрусталике являются нормальным возрастным процессом.

— Существует взаимосвязь с определенными заболеваниями, например диабетом.

— Некоторые препараты стимулируют возникновение помутнений в хрусталике, например, длительный или в больших дозах прием гормональных препаратов (преднизолон и т. п.).

— Возникновение катаракты может быть связано с травмой глаза или воспалительным процессом внутри глаза.

— Развитию катаракты способствуют некоторые виды излучений.

— Катаракта может быть врожденной.

Возможные симптомы катаракты включают:

— Расплывчатость изображения, которое не поддается очковой коррекцией.

— Изменение зрения в сторону близорукости. Некоторые пациенты начинают читать без очков.

— Ощущение бликов, вспышек, особенно в ночное время. Чувствительность к свету, но без боли.

— Появление ореолов вокруг источников света, двоение.

— Ухудшение цветового зрения.

При появлении этих симптомов необходимо обратиться к офтальмологу. При начальной катаракте врач назначит Вам витаминные капли: квивнакс, катахром, витаюдурол, тауфон и др.

Лечение незрелой и зрелой катаракты только хирургическое, никаких капель или других препаратов, способных ликвидировать или приостановить помутнение в хрусталике на этих стадиях, не существует.

Хирургическое вмешательство рекомендуется в том случае, когда больной испытывает затруднения при выполнении необходимых повседневных работ, при вождении автомобиля или начинает ощущать зрительный дискомфорт.

В большинстве случаев операция по поводу катаракты — это решение пациента. Она может быть сделана тогда, когда больному это удобно. Отсрочка операции неосложненной катаракты не опасна.

Хирургическое лечение катаракты.

Впервые операции по удалению катаракты начали проводиться в Индии около 2,5 тыс. лет назад, когда с помощью специальной иглы проводили так называемую реклинацию, т. е. смещение хрусталика в стекловидное тело, в результате чего световые лучи получали свободный доступ к сетчатке. Пробразом современного метода хирургии катаракты стала предложенная французом Жаком Дэвизелем в 1752 году экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК): удалялось ядро хрусталика и хрусталиковых масс с сохранением капсулярного мешка. В 1961 году польским офтальмологом Крвавичем был



предложен метод интракапсулярной экстракции катаракты (ИЭК), который получил широкое распространение из-за относительной простоты выполнения, невысоких требований к инструментам. При этом методе хрусталик удалялся целиком, включая капсульный мешок. Сначала производили разрез склеры длиной 10–12 мм, раскрывали рану, обеспечивая доступ к хрусталику, затем, приморозившись к нему предварительно опущенным в жидкий азот специальным наконечником, медленно вытягивали. Риск осложнений при подобных операциях был велик, поэтому их выполняли лишь тогда, когда полностью созреет катаракта. С 1980-х годов хирурги вернулись к экстракапсулярной экстракции катаракты, т. е. удалять стали только ядро хрусталика и хрусталиковые массы. Предварительно в передней капсуле хрусталика формируется «окошечко» (так называемый капсулорексис). Таким образом, оболочка хрусталика, или капсульный мешок, который при катаракте обычно не мутнеет, сохраняется. Большое значение при этом также имеет сохранение задней капсулы, играющей роль своего рода пленки, которая отделяет стекловидное тело от передней камеры. Перемещение стекловидного тела в переднюю камеру глаза при разрыве задней капсулы (что иногда бывает при удалении сложных катаракт), может повлечь за собой ряд осложнений. После удаления катаракты глазное яблоко остается без хрусталика. Отсутствие хрусталика называется афакией (от греч. «факос» — хрусталик). Так как хрусталик — это один из основных оптических элементов глаза, фокусирующих изображения предмета на сетчатку, то его удаление при катаракте требует обязательной оптической коррекции. Раньше пациенту после операции выписывали сильные очки (+10, +12 дптр. для дали, а для чтения +13, +15 дптр.). Тяжелые, искажающие поле зрения, они создавали пациенту массу неудобств, хотя зрение в них, безусловно, повышалось. Во время II Мировой войны английский офтальмолог

Гарольд Ридли обследовал пилотов, получивших ранения глаз. Он обратил внимание, что осколки пластика, из которого изготавливался колпак кабины самолета, попав в глаз пилотам, не дают никаких побочных реакций. Так Ридли пришла в голову идея создания искусственного хрусталика. 8 ноября 1949 года Ридли имплантировал первый искусственный хрусталик из полиметилметакрилата (ПММА), который представлял собой точную копию человеческого хрусталика. Несмотря на несовершенство хрусталиков Ридли, его идея стала подлинной революцией в офтальмологии. В 1999 году 94-летнему Гарольду Ридли королевой Елизаветой было присвоено рыцарское звание. Со временем искусственные хрусталики совершенствовались — у них появилась оптическая часть и опорные элементы (гаптика), служившие для

фиксации ИОЛ в определенном положении.

В России разработка и имплантация искусственных хрусталиков была начата С. Н. Федоровым в 50-е годы прошлого века. Его модель искусственного хрусталика под названием «Спутник» (разработанная совместно с В. Д. Захаровым) долгое время оставалась самым популярным искусственным хрусталиком в мире. И только в конце 90-х годов эта модель, с внедрением новых технологий в хирургии катаракты (ультразвуковая факоемульсификация), стала вытесняться специально приспособленными для этого типа хирургического вмешательства эластичными, гибкими ИОЛ. В настоящее время ИОЛ изготавливаются из силикона, полиметилметакрилата, лейкосапфира, гидрогеля. Одними из наиболее инертных признаются недавно созданные эластичные искус-

ственные хрусталики из акрила и гидрогеля. В связи с высокой биосовместимостью современных искусственных хрусталиков, они имплантируются после удаления катаракты в 99% случаев. Не зря офтальмологи говорят, что «афакия — первое осложнение экстракции катаракты».

Современная хирургия катаракты.

По своей сути современные методы хирургии катаракты — это различные модификации экстракапсулярной экстракции катаракты. Дальнейшее совершенствование техники ЭЭК привело к уменьшению разреза для операции — длина его стала 3–6 мм. Кроме того, изменился профиль самого разреза — он стал тоннельным, самогерметизирующимся и практически не требующим наложения швов.

Разновидностью ЭЭК, ее «высшим пилотажем» является ультразвуковая факоемульсификация и лазерная экстракция катаракты (ФЭ или ЛЭК). Если мягкие хрусталиковые массы можно легко удалить, то, чтобы убрать твердое ядро хрусталика через маленький разрез, его необходимо раздробить. Это возможно механическим путем, «распилив» его на несколько мелких кусочков (факофрагментация), с помощью ультразвука (ФЭ) или лазера (ЛЭК).

С помощью ультразвука или лазера можно удалить ядро через разрез шириной всего от 1,5 до 3,5 мм (таков диаметр ультразвукового или лазерного наконечника). Однако диаметр искусственного хрусталика больше 5,5–6 мм. Поэтому были созданы гибкие, эластичные искусственные хрусталики, которые имплантируются в сложенном виде и внутри глаза расправляются. Такой «сдающийся» метод операционного вмешательства позволил хирургам перейти на амбулаторное лечение катаракты, когда пациент непосредственно после операции отправляется домой. Кроме того, катаракту стали оперировать в стадии начальной и незрелой катаракты, когда 50–80% зрения еще сохранено. **Ждать в настоящее время полного созревания катаракты не имеет смысла!**

Исключением, пожалуй, является случай, когда у пациента имеется катаракта на единственном видящем глазу, которым он еще может читать.

Наши офтальмологические отделения оснащены современным оборудованием, позволяющим выполнять операции по удалению катаракты с использованием высоких технологий (ультразвуковая и лазерная экстракция катаракты), в частности, факоемульсификация катаракты осуществляется на аппарате «Ortli OS-3» производства Швейцарии, а лазерная экстракция катаракты — на отечественном лазере «Ракот-6» пр-ва С.-Петербург. Лазерная энергия является реальной альтернативой ультразвуку. Хочется отметить, что импортные лазеры рассчитаны на удаление только мягких, незрелых катаракт, тогда как отечественная лазерная установка позволяет разрушать хрусталиковую ткань более эффективно, поэтому применяется для удаления катаракт любой степени плотности (зрелых и перезрелых).

С введением новых технологий удаления катаракты уменьшился риск развития осложнений во время и после операции, уменьшилась травматичность за счет малого разреза, увеличилась острота зрения в послеоперационный период.

Заведующая 4-ым офтальмологическим отделением, врач высшей категории И. Г. Слезкина



Глаукома — хроническое заболевание глаз, при котором повышается внутриглазное давление, поражается зрительный нерв и снижается зрение, вплоть до слепоты. Слепота, порожденная глаукомой, носит необратимый характер, так как погибает зрительный нерв. Вернуть зрение ослепшему в этом случае уже невозможно.

К сожалению, глаукома — довольно распространенное заболевание. Им страдают преимущественно люди в возрасте старше 40 лет. Но этот недуг может поразить и молодых (юношеская глаукома) и даже новорожденных (врожденная глаукома).

Термин «глаукома» происходит от греческого слова «глаукос» — «зеленый» и совсем не отражает сущности данной болезни. Поводом для него, видимо, послужило то, что в запущенных случаях болезни зрачок пораженного глаза, освещенный ярким светом, может приобретать иногда желтовато-зеленый оттенок. Отсюда, вероятно, и принято в обиходе название этой болезни — «желтая» или «зеленая» вода.

В экономически развитых странах глаукома является второй по частоте причиной необратимой слепоты. Ежегодно в России заболевают глаукомой более 50 тыс. человек. Общее же число больных составляет в настоящее время более 600 тыс. Неуклонно продолжает увеличиваться процент больных с запущенными стадиями заболевания. Эта тенденция обусловлена многими факторами, важнейшие из которых — прекращение профилактических осмотров в поликлиниках, ускорение темпов старения населения, рост числа сердечно-сосудистых заболеваний, неуверенность в будущем, неудовлетворенность настоящим, неблагоприятная экологическая обстановка. Такова невеселая статистика.

Сложность еще и в том, что первичные признаки заболевания зачастую скрыты, «размазаны», трудноразличимы. Порой болезнь обнаруживается случайно.

Глаукома Что это такое?

Чаще глаукомой болеют люди, страдающие сахарным диабетом, гипертонией, атеросклерозом. Наследственность — тоже существенный фактор возникновения глаукомы. Если у родителей или кого-то из родственников пациента была глаукома, он в группе риска, и нужно быть бдительным.

Главный признак глаукомы, который определяет картину болезни, ее возможные последствия и направленность лечебных воздействий, — это повышение внутриглазного давления.

Внутри глаза, в передней и задней камере, а также в стекловидном теле, находится жидкость. Эта жидкость оказывает на стенки глаза давление, которое называется внутриглазным. Внутри глаза происходит постоянный обмен, непрерывная циркуляция жидкости. Часть ее образуется вновь, часть оттекает из глаза по специальной дренажной системе, которая находится в углу передней камеры глаза. Процесс обновления жидкости — необходимое условие правильного питания глазных тканей. Этот процесс тонко регулируется организмом, так что между количеством вновь образовавшейся и количеством оттекаемой жидкости сохраняется определенное равновесие. Этим обеспечивается и относительное постоянство внутриглазного давления. На протяжении суток внутриглазное давление колеблется: утром оно несколько выше, чем вечером.

В результате сложных, еще недостаточно изученных изменений

как в самом органе зрения, так и в общем состоянии организма, когда нормальный процесс циркуляции жидкости в глазу нарушается, повышается внутриглазное давление. Это особенно сказывается на деятельности сетчатки и зрительного нерва. Больше всего чувствителен к повышению ВГД зрительный нерв. При повышении ВГД начинают атрофироваться его волокна, и у пациента суживается поле зрения, превращаясь постепенно в так называемое «трубочное», которое впоследствии тоже исчезает — глаз слепнет. При такой полной атрофии зрительного нерва ни один офтальмолог в настоящее время помочь восстановить зрение уже не сможет.

Нормальными цифрами внутриглазного давления, измеренного тонометром Маклакова (контактный метод с помощью грузов) считаются показатели от 16 до 25 мм рт. ст., а при бесконтактном измерении (с помощью специального прибора) — от 9 до 20 мм рт. ст.. **Пациенты, страдающие глаукомой, должны знать и помнить цифры своего внутриглазного давления** также, как, например, больные гипертонической болезнью знают показатели своего артериального давления. **Для каждого человека внутриглазное и артериальное давление строго индивидуальны.**

Подозрение на глаукому должны вызывать периодически появляющиеся перед глазами туман и радужные круги при взгляде на

источник света, ощущение тяжести и напряжения в глазах, чувство увлажнения глаз, но прежде всего — ухудшение зрения.

Существуют две основные формы глаукомы: закрытоугольная и открытоугольная.

Открытоугольная форма долго протекает бессимптомно и выявляется уже в поздних стадиях. Это как бы «хроническая» форма глаукомы. Она может протекать совершенно бессимптомно, и пациент может долго не знать о своей болезни. Изменения заметны лишь окулисту, который использует специальную аппаратуру.

Закрытоугольная форма более откровенна: при сильно повышенном давлении (до 60 мм рт. ст.) она может заявить о себе острым приступом. Это состояние характеризуется внезапной острой болью в глазу и соответствующей половине головы. Глаз краснеет, значительно снижается зрение. Иногда ухудшается и общее состояние, появляются тошнота, рвота, может повыситься температура. Если возник такой приступ, нужно немедленно обратиться к главному врачу.

Диагностика глаукомы включает в себя измерение ВГД, исследование полей зрения и оценку состояния зрительного нерва.

В настоящее время существуют три основных направления в лечении глаукомы: медикаментозное, лазерное и хирургическое.

Лечение традиционно начинают с применения лекарственных препаратов (в основном капель),

снижающих внутриглазное давление. Гипотензивные лекарственные препараты при глаукоме должны применяться с постоянным контролем внутриглазного давления и зрительных функций со стороны окулиста.

Для лечения открытоугольной глаукомы применяются такие капли как окупрес (аналоги арутимол, окумед, тимолол и др.), траватан (ксалатан), азопт (труксопт). При закрытоугольной глаукоме назначаются пилокарпин, фотил.

Если под влиянием медикаментозного лечения внутриглазное давление не снижается или снижается недостаточно, то прибегают к **лазерному** (в начальных стадиях глаукомы) или **хирургическому** вмешательству. Лазерная операция (иридэктомия) — обязательно должна быть проведена всем пациентам с закрытоугольной глаукомой. Смысл операций при глаукоме заключается в том, чтобы с их помощью улучшить отток внутриглазной жидкости из глаза и тем самым вызвать более или менее стойкое снижение внутриглазного давления.

Кафедра глазных болезней ЯГМА уже давно занимается изучением проблем глаукомы. Сотрудниками кафедры, работающими совместно с офтальмологами больницы, разработаны и внедрены в практику новые антиглаукоматозные операции, вызывающие меньшее количество осложнений в послеоперационный период.

Основной профилактики возможных последствий глаукомы является ее раннее выявление. **Каждому человеку старше 40 лет необходимо хотя бы один раз в год обращаться к главному врачу**, чтобы проверить состояние своих глаз, даже если признаков болезни еще нет.

Доцент кафедры глазных болезней ЯГМА, канд. мед. наук, врач высшей категории С. М. Косенко

Близорукость — это нарушение зрения, при котором человек хорошо видит предметы, расположенные вблизи, а удаленные от него — плохо. К сожалению, близорукость весьма распространена, она встречается как у детей, так и у взрослых.

По данным Всемирной организации здравоохранения, 800 миллионов людей на нашей планете страдают близорукостью.

Почему развивается близорукость.

Существует много причин, вызывающих возникновение близорукости. Но главными из них врачи считают следующие:

- чрезмерная зрительная работа на близком расстоянии от предмета (без отдыха для глаз и при плохом освещении);

- наследственная предрасположенность, выражающаяся в особенностях строения глазного яблока и обмена веществ в нем;

- ослабленная склера, которая не оказывает должного сопротивления чрезмерному росту глаза;

- недостаточно развитая аккомодационная мышца глаза, которая отвечает за «настрой» хрусталика на разные расстояния.

Для улучшения зрения близорукие люди вынуждены носить контактные линзы или очки с минусовым значением. Нередко у них возникает необходимость в частой смене стекол и линз в связи с ухудшением зрения. Однако следует знать, что очки не могут остановить развития близорукости, они лишь исправляют преломление света. Если зрение

Близорукость



ухудшается, и очки приходится менять на более сильные, значит, близорукость прогрессирует. Это происходит из-за все увеличивающегося растяжения глазного яблока.

Прогрессирующая близорукость — это не безобидный дефект зрения, устраняемый с помощью очков, а болезнь с серьезными последствиями. Прогрессирующей близорукостью страдают дети чаще всего в возрасте от 7 до

15 лет. Растяжение глазного яблока приводит к тому, что сосуды, находящиеся внутри глаза, удлиняются, нарушается питание сетчатки, снижается острота зрения. Сетчатка, подобно натянутой нежной вуали, местами «разползается», в ней появляются дырочки.

Далее осложнения развиваются следующим образом. Через образовавшееся в сетчатке отверстие под сетчатку попадает внутриглазная жидкость и отслаивает сетчатку. Отставшая от своего привычного места, сетчатка перестает функционировать, т. е. перестает воспринимать свет, как раздражитель. Пациенты с отслоившейся сетчаткой описывают этот факт, как появление «шторки», сквозь которую ничего не видно. Размеры мешающей шторки зависят от площади отслоившейся сетчатки. Как правило, пропадает часть периферического зрения. Центральное зрение вначале сохраняется, сохраняется и достаточно высокая острота зрения. Но это ненадолго.

По мере того, как распространяется отслойка, увеличивается и площадь «мешающей шторки». Как только отслойка сетчатки до-

стигает центральных отделов, острота зрения падает со 100% до 2–3%, т. е. такой человек большим глазом в состоянии увидеть только движение предметов у лица.

Своевременное обращение к офтальмологу поможет Вам предупредить осложнения близорукости и сберечь зрение.

Только специалист может определить степень Вашей близорукости и выбрать наиболее подходящий для данного случая метод лечения.

Методы лечения близорукости можно разделить на консервативные, лазерные и хирургические.

Медленно прогрессирующая миопия (0,25–0,5 диоптрий в год) в некоторых случаях может остановиться и при консервативном лечении. Офтальмологи нашего отделения проведут необходимое обследование с помощью высокоточного оборудования и назначат необходимое лечение. Консервативное лечение пациентов проводится в специализированном оборудованном кабинете и включает лазерную терапию, цветоимпульсивную терапию, компьютерные программы, тренировки аккомодационной мышцы с помощью «-» и «+» линз.

Быстро прогрессирующая (более 1,0 диоптрий в год) требует оперативного вмешательства — склеропластики. Склеропластические операции проводят, чтобы остановить рост глаза. Во время такой операции за глазное ябло-

Близорукость

ко вводят полоски биологических материалов, которые, подобно бандажу, охватывают глаз и не дают ему растягиваться. Со временем в эти материалы врастают сосуды, и глаз начинает получать больше крови и питательных веществ, чем до склеропластики.

Для предупреждения осложнений близорукости помимо склеропластики в ряде случаев проводят лазерное лечение. Выявленные очаговые изменения сетчатки подлежат лазерному барражу: отграничению слабых участков сетчатки путем «приваривания» сетчатки к подлежащей оболочке лучом лазера. «Приварка» сетчатки представляет собой нанесение лучом лазера серии строго дозированных коагулятов (ожогов) на сетчатку вокруг очага или дырчатого дефекта сетчатки.

В течение 7–10 дней в этой зоне идет асептическое (т. е. без участия микробов) воспаление, в результате которого между сетчаткой и сосудистой оболочкой глаза образуются прочные спайки, которые и будут удерживать слабые участки сетчатки от дальнейшего растяжения.

Коррекция близорукости проводится различными способами: очками, контактными линзами и с помощью хирургических и лазерных операций.

Самый современный способ коррекции близорукости — это коррекция с помощью эксимерного лазера. Этот метод применяется в Ярославской межрегиональной клинике лазерной коррекции зрения.

Профилактикой развития близорукости и ее осложнений является соблюдение правил гигиены зрения при работе на близком расстоянии: чтение, работа с компьютером и др.

Поскольку компьютер прочно занял место в нашей жизни, мы хотим дать следующие рекомендации пользователям ПК:

— постарайтесь расположить экран дисплея немного выше уровня Ваших глаз, расстояние от монитора до глаз должно быть 60–70 см;

— вечером оптимальным будет освещение комнаты голубоватым цветом с яркостью примерно равной яркости экрана;

— если у Вас близорукость или дальнозоркость, пользуйтесь очками или контактными линзами во время работы;

— экран монитора не должен располагаться напротив окна или других источников света;

— после двух часов работы с компьютером необходимо делать перерыв, ни в коем случае нельзя использовать перерывы для игры за компьютером. Через каждые 40–45 минут необходимо проводить физкульт-микропаузы, выполняйте легкие упражнения для глаз;

— периодически делайте гимнастику для шеи, спины.

Помните, что близорукость — это не просто «несовершенство оптики», которое можно исправить, надев очки, контактные линзы или проведя корректирующую операцию. **Близорукость — это заболевание, прогрессирующее, которое может привести к тяжелым последствиям. Своевременное обращение в офтальмологу поможет Вам сберечь зрение и избежать осложнений.**

*Врач-офтальмолог высшей категории
А. А. Дорофеев,
врач-офтальмолог высшей категории
И. Г. Слезкина*

А ЭТО, чтобы лучше видеть



При заболеваниях органов зрения широко используют настои лекарственных трав, соки ягод, овощей и фруктов. Они содержат витамины, микроэлементы и биологически активные вещества, так необходимые для поддержания остроты зрения.

Фитотерапия-лечение травами.

Сборы, укрепляющие сосудистую стенку, препятствующие развитию атеросклероза, содержащие необходимые для сохранения остроты зрения витамины А, С, РР и микроэлементы медь, марганец, железо, необходимы при заболеваниях органов зрения.

Сбор 1:
листья черники-2 части,
листья земляники-1 часть,
листья брусники-1 часть.
Смешать и заварить 2 ст. л. сбора на 500 мл кипятка в термосе на ночь. Принимать по 150 мл настоя 3 раза в день до еды при снижении остроты зрения для улучшения состояния и препятствия атеросклерозу сосудов, питающих глазное яблоко.

Сбор 2:
плоды шиповника-2 части,
плоды рябины красной-2 части,
плоды черники-2 части,
корень одуванчика-1 часть.
Измельчить и заварить 2 ст. л. сбора на 500 мл кипятка в термосе на ночь.

се на ночь. Принимать в течение дня вместо чая как источник витаминов и микроэлементов.

Сборы содержат витамины А, С, РР; микроэлементы: медь, марганец, железо.

Сокотерапия-лечение соками ягод, овощей и фруктов.

Свежевыжатые соки содержат витаминов, микроэлементов и биологически активных веществ в несколько раз больше, чем цельные продукты, т. е. в процессе их приготовления происходит более полное разрушение клетки растения с выходом из нее всех полезных веществ.

Сок черники.

Содержит витамин С, марганец, медь, каротин. Он полезен людям, чья профессиональная деятельность связана с повышенной нагрузкой на орган зрения. С лечебно-профилактической целью рекомендуется принимать 1 стакан сока натощак ежедневно.

Сок черники и красной рябины.

Содержит витамин С, Р-активные вещества, марганец, фосфор, магний, железо (его в 4 раза больше, чем в яблоках).

Соки малины и ирги.

Содержат фитостерин и биофлавоноиды, препятствующие развитию атеросклероза и укрепляющие стенки сосудов, питающих глазное яблоко. Они полезны при всех заболеваниях органа зрения.

Сок моркови и свеклы.

3/4 стакана сока свеклы, 1/4 стакана сока моркови 2–3 раза в день — вот рецепт хорошего зрения на долгие годы. Эти природные источники витаминов А, С, Е и незаменимых аминокислот, железа, йода так необходимы в нашей напряженной высококомпьютеризированной жизни.

*Врач-фитотерапевт
реабилитационного центра
Н. С. Воловенко*



Салон оптики «Власьевский»

Салон предлагает:
— большой выбор медицинских оправ;
— очковые линзы;
— аксессуары оптики;
— коллекции солнцезащитных очков;
— средства ухода за контактными линзами;
— очки-тренажеры;
— антикомпьютерные очки;
— очки для подводного плавания.

Изготовим очки любой сложности на современном технологическом оборудовании фирмы WECO (Германия).
Гарантия на установку линз в оправу 1 год.



К Вашим услугам опытные продавцы-консультанты и врач-офтальмолог, который подберет Вам нужные очки бесплатно.
Тел.: (0852) 73-24-73,
ул.Свободы, д.8/38.
Лицензия:
15/2002-0359-0466 от 11. 06. 02.



В нашей больнице работает справочно-информационная служба.
Телефон 24-84-61

Полную информацию о нашей больнице смотрите на сайте
www.yrh.yar.ru

В рубрике «Женская страничка» открыты новые разделы.

По телефону Вы можете узнать порядок записи на консультацию к специалистам в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.

Руководители *О. П. Белокопытов, Г. В. Костина.*
Редактор, администратор *В. А. Радовская.* Фото *В. А. Радовская.*
Техническая поддержка *В. Ю. Маслов.* Дизайн *Г. И. Радовский.*



Газета **Здоровья Вам!** зарегистрирована в Верхне-Волжском межрегиональном территориальном управлении МПТР России Россия, 170000, г. Тверь, ул. Новоторжская, 6.
Регистрационный номер ПИ № 5-0485 от 5 июня 2002 г.
Распространяется бесплатно

Учредитель: Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области Ярославская областная клиническая больница, 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7, телефон/факс: 24-47-79
Главный редактор — главный врач ЯОКБ *О. П. Белокопытов*
Ответственный редактор *В. А. Радовская, фото В.А.Радовская*

Отпечатано в типографии «Printex» ООО «Рико Экспресс», тел.: (0852) 795-795, 795-894.
Тираж 12000.
Заказ №