

I ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ОФТАЛЬМОЛОГОВ

25—29 июня 1963 г. в Красноярске состоялся I Всероссийский съезд офтальмологов. В его работе приняло участие 984 человека—378 делегатов и 606 гостей. На съезде были рассмотрены следующие вопросы: 1) состояние офтальмологической помощи населению РСФСР и задачи по ее улучшению; 2) сосудистая патология глаза (тромбоз, эмболия, спазм, дегенеративные изменения); 3) онкология глаза; 4) физиология зрения (единообразие методов исследования); 5) новые методы исследования и лечения в офтальмологии; 6) организационные вопросы.

Съезд открыл председатель правления Всероссийского научного медицинского общества офтальмологов директор Института глазных болезней имени Гельмгольца доцент А. В. Рославцев.

Программный доклад «О состоянии офтальмологической помощи населению РСФСР и мерах по ее улучшению» сделал начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения РСФСР Н. И. Матвеев. Он сообщил, что в РСФСР число глазных коек с 1950 по 1962 г. увеличилось почти в 2 раза и достигает в настоящее время 16 751. Число окулистов в 1963 г. составило 5754 против 3277 в 1950 г. В связи с укрупнением районов и созданием центральных районных больниц необходимо организовать в них глазные отделения на 25—30 коек. В ближайшие годы значительно увеличится выпуск офтальмологических аппаратов и инструментов и улучшится их качество. Докладчик подробно охарактеризовал состояние борьбы с важнейшими заболеваниями глаз и наметил конкретные задачи в области охраны зрения детей, предупреждения и лечения травм глаз, по окончательной и устойчивой ликвидации трахомы, борьбе с глаукомой, возвращению зрения излечимо слепым и слабоумным. Одной из важных задач является значительное улучшение санитарного просвещения. За последние годы проведена большая научная работа. Необходимо более активно внедрять научные достижения в широкую практику, больше привлекать к научной работе практических врачей, наладить более тесную связь с учеными других специальностей.

Кандидат медицинских наук П. Г. Макаров (Красноярск) доложил о ликвидации трахомы в Красноярском крае. В 1962 г. в крае профилактическими осмотрами на глаукому было охвачено 85 000 человек. Внедряются метод отрывных жетонов в борьбе с травмами глаз и метод 3-списков проф. А. И. Дашевского при осмотрах глаз школьников.

Врач А. Е. Крюкова (Краснодар) отметила, что сроки специализации окулистов недостаточны. Подготовка окулистов для работы в глазных отделениях центральных районных больниц должна продолжаться не менее 10—12 месяцев. А. Е. Крюкова рассказала об опыте работы офтальмологов и намечаемых мероприятиях по борьбе с глаукомой в Краснодарском крае.

Заслуженный врач РСФСР К. Е. Анисимов (Воронеж) доложил о работе Воронежской областной специализированной глазной больницы. В области работает 2 противоглаукомных кабинета. За последние годы дважды проведен профилактический осмотр всего населения на трахому. Осмотрено 1 740 000 человек. В 1963 г. трахома в области должна быть полностью ликвидирована. В 1962—1963 гг. осмотрено на глаукому свыше 50 000 человек. Все больные глаукомой, слепые и слабоумные находятся на диспансерном учете.

Кандидат медицинских наук А. З. Шутьпенкова (Чувашская АССР) рассказала о проведенной в республике в течение последних 3 лет работе по полной и устойчивой ликвидации трахомы после ликвидации ее как массового заболевания. В Чувашской АССР организованы различные циклы усовершенствования офтальмологов, длительность и тематика которых определяются стажем работы.

Врач А. Ф. Шураев (Кемерово) доложил о перестройке работы трахоматозного диспансера в связи с переходом от массового лечения к полной ликвидации трахомы. В Кемеровской области работает несколько передвижных трахоматозных пунктов. Опыт их работы заслуживает внимания и распространения.

Врач А. К. Кемарский (Борисоглебск, Воронежская область) говорил о необходимости приблизить офтальмологическую помощь к сельскому населению и открыть межрайонные офтальмологические диспансеры. Опыт работы глазного отделения и противоглаукомного кабинета Борисоглебской больницы показывает, что организация единого глазного диспансера позволит значительно улучшить офтальмо-

логическую помощь населению. В связи с широким развитием в нашей стране профессионального обучения молодежи особенно важной становится проблема оценки зрительной работоспособности подростков. О необходимости разработки эффективных методов исследования зрения при профессиональном отборе говорил также кандидат медицинских наук А. И. Коган (Москва).

Проф. Н. С. Азарова (Симферополь) указала, что направлять врачей на специализацию по глазным болезням следует сразу же после окончания института, а не через 3—4 года, как это принято в настоящее время. Необходимо: 1) организация курсов для офтальмологов и оптиков по подбору контактных линз и телескопических очков; 2) расширение сети школ с интернатами для слабовидящих; 3) создание специальных детских глазных стационаров; 4) широкий выпуск индикаторов внутриглазного давления, сконструированных в Институте имени Гельмгольца.

Проф. Т. И. Ерошевский (Куйбышев) рассказал о создании нового клинического городка по офтальмологии в Куйбышеве. Появилось большое количество новых офтальмологических аппаратов и приборов, но они медленно осваиваются промышленностью; выпускается большое количество научной литературы и руководств по офтальмологии, но наблюдаются перебои с медикаментами, которые рекомендуются в этих книгах. Следует расширить формы общения окулистов, чаще устраивать симпозиумы и конференции по актуальным вопросам офтальмологии.

Кандидат медицинских наук Н. С. Дозорова (Минусинск) указала на необходимость усилить борьбу с сельскохозяйственным травматизмом глаз. Следует переквалифицировать сестер трахоматозных диспансеров и использовать их для профилактической работы по борьбе с травмами, глаукомой и по охране зрения детей.

Заслуженный врач РСФСР О. В. Бакшеева (Куйбышевская область) обратилась к съезду с ходатайством о сохранении противотрахоматозной сети, в частности Куйбышевского трахоматозного диспансера, оказывающего oculistам области большую практическую помощь. Во время поликлинического приема необходимо выделять время для профилактического осмотра больных на глаукому.

Кандидат медицинских наук С. Х. Халитова (Башкирская АССР) рассказала о работе Башкирского научно-исследовательского трахоматозного института по ликвидации трахомы в республике.

Кандидат медицинских наук З. Т. Дюдина (Москва) говорила о задачах по улучшению офтальмологической помощи сельскому населению, о необходимости распространять опыт лучших организаторов-офтальмологов, привлекать к работе по оздоровлению населения советские, партийные организации и общественность.

Кандидат медицинских наук В. И. Понурова (Новосибирск) указала, что в Новосибирской области ликвидирована трахома, налажена экстренная круглосуточная глазная помощь. Важной задачей является выпуск удобных защитных очков сконструированных в Институте имени Гельмгольца.

В заключительном слове Н. И. Матвеев ответил на вопросы. В 1963 г. заявки с мест на офтальмологическое оборудование удовлетворяются на 90%. В дальнейшем снабжение значительно улучшится. Необходимо, чтобы главные окулисты республик и областей активно участвовали в составлении заявок. С пуском оптического завода в Изюме в ближайшее время исчезнут трудности с очковыми стеклами и оправами.

Программный доклад «Современное состояние вопроса о сосудистой патологии глаза» сделала проф. О. И. Шершевская (Новокузнецк). Она подробно остановилась на достижениях советской офтальмологии в области изучения сосудистых поражений глаз при различных общих заболеваниях, болезнях сетчатки, сосудистой оболочки и зрительного нерва. Наиболее детально в докладе освещены сосудистые изменения сетчатки при гипертонической болезни, гипотонии, ревматизме, атеросклерозе, болезни Ильса, вопрос об этиологии непроходимости центральной артерии сетчатки. В комплексе лечебных мероприятий при острой непроходимости центральной артерии сетчатки автор рекомендует применять внутривенное введение никотиновой кислоты, обладающей сосудорасширяющим и тромболитическим действием.

Член-корреспондент АМН СССР проф. В. Н. Архангельский в докладе «Патология капилляров и болезни зрительного нерва» представил новые данные о возникновении и развитии различных заболеваний зрительных нервов. Состояние и функция специфических клеток зрительного нерва, различная окраска диска в норме и патологии связаны с состоянием его капиллярной сети. Патологический процесс атрофии волокон зрительного нерва заключается в очаговых некрозах и развивается в связи с патологией концевых капилляров. В дальнейшем наступают пролиферация соединительнотканых балок, разделяющих волокна зрительного нерва, и атрофия нервных волокон от сдавления.

Доклад доктора медицинских наук А. Я. Виленкиной (Москва) был посвящен действию антикоагулянтов при нарушении кровообращения в сетчатке. В нем приведены сравнительные результаты лечения закупорки вен и артерий сетчатки синтетическими антикоагулянтами (пелентан, фенилин) и гепарином — физиологическим антикоагулянтом — в сочетании с фенилином. Последний метод дает лучшие результаты при тромбозах вен. Лечение антикоагулянтами особенно показано в преморбидном периоде при медленном образовании тромба, оно имеет профилактическое значение.

Проф. А. А. Колен и врач И. М. Шамис (Новосибирск) в докладе «Лечение острых ишемий, тромбозов и эмболий центральных сосудов сетчатки» поделились многолетним опытом применения при этих заболеваниях массивных доз йода (внутривенное введение 10—30% раствора). Они считают, что йодистая терапия не уступает по своим результатам лечению антикоагулянтами. В докладе приведены новые данные о механизме действия йодистых препаратов.

Младший научный сотрудник Е. О. Саксонова (Москва) представила результаты морфологического изучения глаз, взятых у людей, погибших от атеросклероза сосудов. Выявлены липоидные отложения в роговице, склере, строме отростков цилиарного тела. В области лимба липоиды располагались в основном по ходу сосудов, что указывает на инфильтративный характер отложений. Выявлены атеросклеротические изменения сосудов хорриоидеи, цилиарного тела, сетчатки. Отмечены липоидные отложения в задних кортикальных слоях хрусталика.

В докладе проф. М. Я. Фрадкина, кандидатов медицинских наук К. В. Трутневой, Н. А. Михайловой и врача Н. С. Ярцевой (Москва) «Дегенеративные изменения сетчатки сосудистого происхождения и их лечение» были даны рекомендации по лечению больных диабетической ретинопатией, *retinopathia diabetica proliferans* и старческими дегенерациями в области желтого пятна. Установлено увеличение числа ретинопатий при расширении диеты больных диабетом. В связи с этим рекомендуются ограничение углеводов в пище больных до 150—180 г с полным запрещением быстро всасывающихся углеводов и диета, свободная от холестерина. В комплекс терапии больных диабетической ретинопатией авторы включают лецитин, липоканн, метионин, витамины С, В₁, В₂, В₆, В₁₂, А, Е и рутин, при *retinopathia diabetica proliferans* после консультации с эндокринологом — тестостерон-пропионат и местно кортизон, при старческой дегенерации желтого пятна — терапию антикоагулянтами.

Доклад врача Г. М. Зималонг (Рязань) был посвящен морфологическим изменениям в кровеносных сосудах глаза при ревматизме. Помимо характерных для ревматизма изменений в соединительной ткани глаза, отмечены изменения в сосудах типа необлитерирующего эндартериита, панваскулита и склероза с гиалинозом артерий. Особенно сильно эти изменения выражены в сосудах радужной оболочки у лиц молодого возраста. Изменения в стенках сосудов вызваны обычно сочетанием ревматизма с явлениями застоя на почве порока сердца.

Врач Л. М. Петрова (Томск) сделала доклад об изменениях сосудистой системы органа зрения при действии ионизирующих излучений в условиях производства. При продолжительной работе и превышении предельно допустимых доз радиации отмечаются телеангиэктазии в области лимба, в конъюнктиве склеры, расширение сосудов сетчатки.

Младший научный сотрудник И. В. Шахова (Горьковская область) доложила о результатах исследования сосудов сетчатки у больных токсическим пневмосклерозом с дыхательной недостаточностью II—III степени. Как правило, отмечались расширение и извитость ретинальных вен, гиперемия и отечность диска зрительного нерва. В отдельных случаях был диагностирован застойный сосок. Динамические исследования глазного дна у больных токсическим пневмосклерозом способствуют более полной оценке эффективности лечения.

Выступившие в прениях отметили содержательность заслушанных докладов.

Проф. И. И. Исаков (Красноярск) выразил согласие с мнением проф. О. И. Шершевской о том, что не всегда можно говорить об идентичности изменений в общей сосудистой сети и сосудах сетчатки. При гипертонической болезни, атеросклерозе и других заболеваниях сосудов изменения на глазном дне могут не отражать целиком картины сосудистых поражений других органов. Правда, при гипертонической болезни нарушение тонуса артерий носит более диффузный характер, в связи с чем Комитет кардиологов Всемирной Организации Здравоохранения в 1961 г. рекомендовал рассматривать изменения глазного дна в качестве одного из критериев тяжести данного заболевания. Остановившись на докладе проф. В. Н. Архангельского, И. И. Исаков отметил, что интересны данные о том, что при разнообразии повреждающих факторов и вызванных ими патоморфологических изменений общими для всех и первичными являются изменения капилляров.

Проф. О. И. Шершевская (Новокузнецк) высказала мнение, что быстро наступающая слепота не является единственным симптомом истинной эмболии центральной артерии сетчатки (данные А. А. Колена и И. М. Шамис). Если вскоре после энергичного сосудорасширяющего воздействия нельзя вызвать пульсации ретинальных сосудов надавливанием на глазное яблоко, это также свидетельствует об эмболии. Лечение непроходимости сосудов должно быть комплексным, индивидуальным. При тромбозах у больных гипертонической болезнью особенно показано применение гепарина и витамина Е. При обследовании больных диабетом в терапевтической клинике О. И. Шершевская обнаружила более чем у половины больных изменения на глазном дне, но, как правило, эти изменения были настолько незначительными, что диагностировались лишь биомикроскопически и не снижали зрительных функций. Изучение изменений капилляров у больных с заболеваниями зрительного нерва должно послужить основой для улучшения диагностики и терапии многих поражений зрительного нерва.

Кандидат медицинских наук В. В. Скородинская (Одесса) отметила важность изучения биохимических изменений крови у больных с заболеваниями сосудов глаз. При тромбозомболической болезни наилучшие результаты дает комплексное лечение с применением антикоагулянтов и гепарина. Наряду с этим в Институте глазных болезней имени В. П. Филатова применяют тканевую терапию, оксигенотерапию, витамины Е и В₁₂ с положительными результатами. Необходимо организовать диспансерное наблюдение и санаторное лечение больных с сосудистыми поражениями глаз.

Доктор медицинских наук А. Я. Виленкина (Москва) присоединилась к мнению тех авторов, которые считают, что по состоянию сосудов сетчатки можно диагностировать гипертоническую болезнь и постатийное ее развитие. Однако в 30% случаев в первой, функциональной, стадии гипертонии глазное дно бывает нормальным. Злокачественная нейроретинопатия указывает на особую, скоротечную форму гипертонической болезни. При лечении тромбозов вен сетчатки в Институте имени Гельмгольца избегают внутривенных вливаний, так как известны тромбозы, идущие изнутри, и образование тромбов в месте прокола вены. Препараты йода дают внутри.

Кандидат медицинских наук Л. Д. Данчева (Одесса) отметила большое практическое значение доклада проф. В. Н. Архангельского. Изучение роли капилляров в патогенезе заболеваний зрительного нерва заставит офтальмологов по-новому подходить к клинике и лечению атрофий этого нерва. В лечении заболеваний зрительного нерва необходимо шире применять сосудорасширяющие средства.

Положительную оценку доклада проф. В. Н. Архангельского дал проф. А. А. Колен (Новосибирск). Касаясь доклада проф. О. И. Шершевской, он отметил роль гипотонии при тромбозе сосудов. Тромбоз вен при склерозе артерий связан с возникновением аноксемии, ухудшением питания венозной стенки и слипчиванием ее эндотелия.

Врач А. Н. Герасимов (Саратов) выразил согласие с мнением проф. О. И. Шершевской о том, что при сосудистых заболеваниях часто наблюдается расширение артерий на глазном дне; при этом калибр артерий становится почти равным калибру вен. А. Н. Герасимов отметил, что доклад Г. М. Зималонг был бы более интересен, если бы морфологические данные автор сравнивал с клиническими.

В заключительном слове председатель проф. В. Н. Архангельский отметил высокий научный уровень основного доклада, сделанного проф. О. И. Шершевской, и докладов, осветивших отдельные стороны проблемы. Получены новые данные о сосудистых заболеваниях глаз, уточнены направления разработки проблемы.

На организационном заседании были заслушаны доклад председателя правления Всероссийского научного медицинского общества офтальмологов доцента А. В. Рославцева о работе общества после 2-й Всероссийской конференции офтальмологов в Горьком в 1960 г. и отчет ревизионной комиссии (докладчик — кандидат медицинских наук А. В. Хватова). В докладе А. В. Рославцева отмечен значительный рост общества за последние годы: если в 1960 г. имелось 52 отделения общества, а число его членов составляло 2244, то в конце отчетного периода число отделений достигло 70, а число членов — 3266. Все отделения общества были объединены в 11 кустов с центрами в Москве, Ленинграде, Ярославле, Курске, Воронеже, Куйбышеве, Горьком, Челябинске, Новосибирске, Ставрополе и Чите. До сих пор не организованы офтальмологические общества лишь в Карельской АССР, Камчатской и Магаданской областях. В 1960—1963 гг. правлением общества изданы и разосланы 5 информационных писем и устав общества. Докладчик подробно остановился на работе отделений общества и задачах ближайших лет.

В прениях выступили кандидат медицинских наук З. Т. Дюдина, профессора Г. Х. Кудояров, Ф. Ф. Сысоев и Н. М. Павлов. Они положительно оценили работу правления и кустовых центров.

Доцент А. В. Рославцев доложил о проекте нового устава общества.

Съезд единогласно принял резолюцию о работе правления общества, утвердил отчет ревизионной комиссии, новый устав общества, доклад мандатной комиссии.

Доклад о работе редакционной коллегии журнала «Вестник офтальмологии» сделал ответственный редактор проф. В. Н. Архангельский.

В период работы съезда состоялся расширенный пленум правлений Всесоюзного и Всероссийского научных медицинских обществ офтальмологов, на котором были рассмотрены вопросы о программе III Всесоюзного съезда офтальмологов в 1965 г., введении единой номенклатуры глазных заболеваний и о подготовке к 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции сборника по истории развития отечественной офтальмологии.

По проблеме «Онкология глаза» на съезде было заслушано 10 докладов, из них 3 программных.

В докладе проф. М. Я. Фрадкина и кандидатов медицинских наук Л. Я. Ициксон и Е. С. Вайнштейна (Москва) «Современное состояние вопроса о первичных злокачественных внутриглазных новообразованиях» были приведены данные о диагностике, клинике и лечении меланобластом сосудистого тракта и ретинобластом. Авторы представили классификацию меланобластом, основанную на гистологической структуре опухоли, описали течение опухолевого процесса в зависи-

ности от формы, роста меланобластомы (узловой или плоскостной) и места ее расположения. Они различают следующие клинические стадии развития опухоли: 1) спокойного глаза, 2) развития осложнений (глаукома, воспалительные процессы), 3) прорастания опухоли за пределы глазного яблока, 4) генерализации процесса развитием отдаленных метастазов. Рассмотрены пути диссеминации, клиническая картина каждой стадии при различных формах меланобластом и осложнения. Наряду с общеизвестными методами диагностики опухолей авторы применяют метод, основанный на появлении меланурии после рентгеновского облучения меланобластомы. Они дали сравнительную оценку различных методов терапии меланобластомы. При ретинобластомах в последние годы, кроме энуклеации и профилактической рентгенотерапии, начали применять радиоимитические препараты (триэтиленмеламин) в комбинации с рентгеновским облучением с положительными результатами.

В докладе А. Ф. Бровкиной (Москва) «Современное состояние вопроса о различных опухолях орбиты» были представлены различные классификации орбитальных новообразований. Наиболее часто встречающиеся опухоли можно разделить на: глиомы, псевдотуморы, опухоли периферических нервов и опухоли слезной железы. В докладе дана характеристика различных видов опухолей: сосудистых (гемангиомы, гемангиоэндотелиомы, гемангиоперицитомы, лимфангиомы), врожденной (дермоидная киста, холестеатома), нейрогенных (нейрофиброма, невринома, зрительного нерва, менингиома), сарком (круглоклеточная, фибросаркома, остеосаркома, рабдомиосаркома), лимфатозных (лимфома, лимфосаркома, плазмодендрит), псевдотуморов, смешанных опухолей слезной железы. В диагностике опухолей орбиты в последние годы все более широкое распространение получают рентгенография, орбитография (контрастирование орбитальной полости), ангиография, ультразвуковое исследование, изотопный метод диагностики, биопсия. Выбор метода лечения целиком зависит от морфологической структуры опухоли, ее расположения. Докладчик рассмотрел показания к различным методам лечения и различные подходы при операциях на орбите.

Современному состоянию вопроса о диагностике и лечении эпibuльбарных опухолей и новообразований придатков глаз был посвящен доклад кандидата медицинских наук З. Т. Лариной (Москва). Из опухолей придатков глаз наиболее часто встречается рак век. Большинство карцином век относится к базальноклеточному раку. Автор привел клиническую классификацию базальноклеточного рака (Грейтер — Гритш), по которой различают следующие его формы: узловую, язвенную, разрушающую, поверхностно-склеротическую; в докладе дана клиническая характеристика каждой из этих форм рака век.

Плоскоклеточный рак век встречается реже, отличается более быстрым темпом роста и выраженным ороговением. К редким формам злокачественных новообразований относятся рак мейбомиевых желез и первичный рак конъюнктивы. Лечение рака век в настоящее время проводится несколькими методами (иссечение опухоли, лучевая терапия, комбинированные способы лечения). Наиболее распространенными методами являются хирургическое лечение и рентгенотерапия. Большинство офтальмологов отдает предпочтение близкофокусной рентгенотерапии. При лечении опухоли не более 2 см². При прорастании опухоли терапию целесообразно начинать с рентгеновского облучения жесткими лучами с последующим иссечением новообразования. Для профилактики рака рекомендуется облучение наиболее часто малигнизирующихся новообразований.

Из предраковых новообразований глазного яблока большинство локализуется в области лимба. Эпителиальные опухоли конъюнктивы и лимба можно разделить на дискератозы (лейкоплакии и болезнь Бовена), папилломы, карциномы. Пигментные эпibuльбарные опухоли в 50% случаев развиваются на почве невуса. Особенно злокачественное течение имеют амеланотические формы бластом. Кроме обычных методов диагностики, применяют метод радиоиндикации с Р³². Автор применяет люминесцентный метод диагностики (изменение цвета опухоли в ультрафиолетовом свете). Диагностика беспигментных опухолей по интенсивности накопления флуорес-

Кандидат медицинских наук А. И. Пахомова (Одесса) представила результаты исследования пунктов жидких сред (влага передней камеры, стекловидное тело, субретинальная жидкость) глаз, энуклеированных по поводу меланобластом. На основании полученных цитологических данных нельзя сделать вывод о диагностической ценности пункций.

В докладе В. О. Мазиной и С. С. Глуховской (Челябинск) отмечено большое значение рентгенографии в диагностике ретинобластом. Эффективность рентгенодиагностики связана с ранним некрозом и обызвествлением опухоли. Авторы представили в 2 из 45 случаев приостановку роста опухоли в результате ее полного излечения. В докладе даны рекомендации по дифференциальной диагностике ретинобластом.

Кандидаты медицинских наук А. В. Хватова, Л. Я. Ицксон, Е. С. Вайнштейн, И. С. Левин, врачи Е. И. Бурдянская, И. П. Дмитровская, С. С. Ярцева (Москва) привели данные о внутриглазных и орбитальных опухолях у детей, прошедших через стационар Института имени Гельмгольца с 1954 по

1961 г. (6,2% стационарированных детей). Авторы считают целесообразным проведение глубокой рентгенотерапии под контролем состава крови и химиотерапии после энуклеации глаза по поводу ретинобластомы. Хороший эффект рентгенотерапии получен при глиомах зрительного нерва и сосудистых опухолях у детей.

Описанию клиники иридоцилиарной формы меланобластомы глаза был посвящен доклад врача А. А. Тадэ (Москва). Это — особая форма опухоли с диффузным аннулярным ростом, для которой характерно одновременное поражение цилиарного тела, радужной оболочки и угла передней камеры без образования локального узла. Симптомами опухоли являются повышение внутриглазного давления, изменение цвета радужной оболочки и образование экстрабульбарных узлов в поздней стадии. Для ранней диагностики иридоцилиарной меланобластомы необходимы гониоскопические и циклоскопические исследования.

Доклад кандидата физико-математических наук Г. К. Гуртового, кандидатов медицинских наук Л. Я. Ициксон, О. В. Груши и младшего научного сотрудника Ю. М. Корецкой (Москва) был посвящен применению изотопов в диагностике глазных опухолей. Авторы применяли P^{32} и J^{131} . У большинства из исследованных 340 больных радиометрические данные подтвердили клинко-морфологический диагноз. В сообщении изложены модификации методики применения изотопов, позволившие уменьшить дозу радиоактивного фосфора и установить характер кривой накопления препарата для больных разных групп.

Кандидат медицинских наук Н. Г. Гольдфельд (Пермь) охарактеризовала методику и результаты лечения злокачественных новообразований роговично-лимбальной области хирургическим путем в сочетании с диатермокоагуляцией; она привела собственную клиническую классификацию новообразований этой области и изложила показания к оперативному лечению в зависимости от стадии болезни.

Врач Н. Д. Равинская (Горький) сообщила о результатах цитологического исследования пунктатов орбиты у больных с новообразованиями и подозрением на опухоли орбиты. Никаких осложнений при взятии пунктатов не наблюдалось. По данным докладчика, метод цитологического исследования пунктатов орбиты позволяет дифференцировать воспалительный процесс от опухолевого, экзофтальм, связанный с местной причиной, от экзофтальма, связанного с общими заболеваниями.

По заслушанным докладам развернулись оживленные прения. Все выступавшие отмечали важность обсуждения данной проблемы на съезде, хорошее качество обзорных докладов и актуальность вопросов, затронутых докладчиками.

Кандидат медицинских наук Е. С. Вайнштейн (Москва) рассказал об исследованиях поглощаемости рентгеновых лучей разной жесткости различными средами и тканями глаз. Эти исследования проведены в Институте имени Гельмгольца (Г. К. Григорьянц) при помощи специально сконструированной «игольчатой камеры», соединенной с конденсаторным дозиметром, на свежеэнуклеированных глазах. Результаты исследований показывают необходимость пересмотра применяемых доз и качества лучей при рентгенотерапии внутриглазных новообразований.

Проф. В. Е. Шевалев (Одесса) высказал мнение, что рентгенотерапия орбиты после удаления глаз по поводу меланобластом, не проросших за пределы глазного яблока, не показана, так как она может способствовать росту клеток опухоли, оказавшихся в орбите. Интересен и требует дальнейшего изучения вопрос о возможности фото- и диатермокоагуляции ограниченных опухолей сосудистого тракта.

Кандидат медицинских наук Л. Я. Ициксон (Москва) на основании изучения отдаленных результатов пришла к выводу о необходимости комбинированной терапии меланобластом. После комбинированного лечения число выживших (через 5—18 лет) было вдвое больше по сравнению с больными, лечившимися только хирургически. Л. Я. Ициксон считает показанной рентгенотерапию при эпibuльбарных опухолях, глиомах зрительного нерва и опухолях орбиты.

Кандидат медицинских наук Э. О. Котелянский (Ужгород) говорил о необходимости статистического изучения опухолей глаз, изучения вопросов географии и этнографии новообразований. Должны получить широкое развитие новые методы рентгенотерапии, химиотерапии опухолей глаз и экспериментальная онкология.

Проф. Т. И. Ерошевский (Куйбышев) указал, что в Советском Союзе в офтальмоонкологии еще мало применяются методы лечения радием, кобальтом, родоном, стронцием, слабо развивается орбитальная хирургия, совсем не используется фотокоагуляция, нашедшая за рубежом широкое применение при ограниченных меланобластомах, глиомах, карциномах лимба и опухолях кожи век.

Проф. И. Г. Ершкович (Пермь) рассказал о 2 наблюдениях, в которых опухоли сосудистой оболочки вначале отличались офтальмоскопической картиной, характерной для воспалительных очагов. Даже значительное улучшение под влиянием противовоспалительной терапии не должно уменьшать онкологическую настороженность окулиста.

Проф. Б. В. Протопопов (Горький) поделился опытом широкого применения пункционного метода в диагностике новообразований орбиты. По его данным при пункциях орбиты тонкой иглой удается установить характер опухоли в 60% случаев без каких-либо осложнений; при раке век лечение радиоактивным кобальтом и радием приводит к уменьшению числа рецидивов в 3 раза по сравнению с хирургическим лечением.

Кандидат медицинских наук В. В. Волков (Ленинград) высказал мнение, что метод радиоизотопной диагностики опухолей может применяться только как подсобный. Он высказался против рентгенотерапии при эпидемиологических опухолях из-за опасности развития катаракты даже при применении защитных протезов. При операциях у детей автор рекомендует применять склерозирующее лечение.

Кандидат медицинских наук З. Т. Ларина (Москва) внесла предложение указать в резолюции на необходимость организации глазных онкологических кабинетов, подготовки специалистов по офтальмоонкологии, учета и диспансеризации больных с опухолями глаз.

Т. Д. Костюкова (Москва) отметила, что опыт работы онкологического кабинета Московской глазной клинической больницы указывает на необходимость организации диспансерного обслуживания больных с опухолями глаз. Назрела необходимость разработки единой классификации опухолей органа зрения, единой методики применения рентгенотерапии, показаний к применению химиотерапии. Т. Д. Костюкова предостерегла против широкого применения фотокоагуляции опухолей сосудистого тракта.

Врач А. А. Тадэ (Москва) высказалась против применения послеоперационной рентгенотерапии при ретинобластомах, не проросших за пределы глазного яблока. Назначение рентгенотерапии, по ее мнению, должно быть согласовано с морфологическим строением опухоли в энуклеированном глазу.

Кандидат медицинских наук А. И. Пахомова (Одесса) поделилась опытом изотопной диагностики опухолей глаз. Этот метод, по ее мнению, должен применяться только в комплексе с другими методами диагностики. Ошибки изотопного метода наиболее вероятны при небольших опухолях, резко пигментированных образованиях в опухолях заднего отрезка глаза. При операциях в области орбиты наилучшим является трансальбеарный, интрамаргинальный подход. Такая методика операции трудна и не дает косметических дефектов.

Проф. А. А. Колен (Новосибирск) предложил указать в резолюции на необходимость разработки аппаратуры для фотокоагуляции. Он поделился опытом оперативного лечения опухолей орбиты, использования различных подходов, в том числе интракраниального.

Проф. Е. Б. Рабкин (Москва) выразил сожаление, что до сих пор в диагностике опухолей глаза и головного мозга мало используются методы исследования цветового зрения, в частности спектральной чувствительности глаза, функциональной чувствительности хроматического зрения, адиспарии.

В заключительном слове кандидаты медицинских наук Л. Я. Ициксон и Е. С. Вайнштейн ответили на поставленные вопросы. Они привели доводы в пользу того, что рентгенотерапия показана при различных видах опухолей. Дозы облучения должны быть строго индивидуальными; они зависят от формы, стадии и места расположения опухоли. После рентгеновского облучения наблюдается прекращение, а не увеличение митозов в клетках, что доказано изотопными исследованиями в диких и гистологически. Авторы согласны, что изотопный метод диагностики опухолей должен рассматриваться как подсобный.

Председатель проф. Н. М. Павлов (Ставрополь) предложил указать в резолюции на необходимость улучшения диагностики и лечения онкологических заболеваний, повышения онкологической настороженности, создания межобластных патологических лабораторий, подготовки для них квалифицированных специалистов.

Программные доклады по проблеме «Единообразие методов исследования» были сделаны доцентом А. В. Рославцевым и проф. Е. Б. Рабкиным (Москва).

А. В. Рославцев в докладе «Физиологические основы, методы и аппаратура для единообразного исследования основных зрительных функций» указал, что под единообразием следует понимать создание оптимальных, одинаковых у разных исследователей условий внешней среды перед и во время исследования зрительных функций для получения одинакового состояния адаптации обследуемых к яркости фона, определяющего уровень различных функций, проведение исследований при помощи одинаковых методов, одинаковое обозначение результатов. Особенно важно единообразие при исследовании остроты зрения, цветового зрения и поля зрения (периметрия и кампиметрия).

В Институте имени Гельмгольца автором разработан аппарат для исследования остроты зрения (освещенность таблиц 700 лк). Методика исследования остроты зрения изложена в методических указаниях, утвержденных Министерством здравоохранения РСФСР (1952, 1958), и в многотомнике по глазным болезням, т. I, кн. II. Единообразные условия для исследования поля зрения белыми объектами должны быть следующими: черный фон (к. о. 0.04), освещенность дуги периметра 75 лк, испытательные белые объекты (к. о. 0.08) диаметром 3 мм для определения наружных границ поля зрения и диаметром 1 мм для исследования поля зрения внутри его границ. Автором совместно с В. В. Линкиным разработана конструкция периметра, удовлетворяющая указанным условиям. Такие же условия рекомендуются для кампиметра (белый объект диаметром 3 мм). В докладе были даны также рекомендации по методике цветовой периметрии.

В докладе проф. Е. Б. Рабкина (Москва) «Об унификации методов исследования цветового зрения» были даны критический обзор различных классификаций

расстройств цветоощущения и рекомендации по исследованию цветового зрения при помощи пигментных таблиц и спектральных приборов. При исследовании цветового зрения пигментными таблицами необходимо естественное освещение или искусственное рассеянное освещение люминесцентными лампами дневного или холодно-белого света. Оптимальная величина освещенности таблиц 700 лк. Предварительная адаптация к белому экрану осуществляется в течение 3 минут, длительности экспозиции каждой таблицы до 5 секунд. Таблицы экспонируются с расстояния в 1 м. Каждое исследование цветового зрения должно быть завершено постановкой четкого диагноза с указанием формы и степени цветового расстройства по рекомендуемой в докладе классификации Криса и Нагеля с поправками автора.

Врач Н. К. Хачатурова (Рязань) привела результаты исследований поля зрения сравнением зрительных ощущений в физиологически равноценных или близких по чувствительности точках поля зрения одного или обоих глаз. Эти точки симметричны по отношению к центру фиксации. При некоторых заболеваниях зрительно-нервного аппарата эти исследования могут помочь в выявлении зрительных расстройств. Необходима разработка аппаратуры для унификации подобных исследований.

Врач Е. И. Анина (Херсон) указала на необходимость единообразия при исследовании темновой адаптации. При адиометрии должны учитываться возраст обследуемого и ширина зрачка. Е. И. Анина проводила исследования темновой адаптации у людей с различной шириной зрачка и с применением искусственного зрачка. Установлено, что для получения сравнимых результатов повторную адиометрию следует проводить при одинаковой ширине зрачка или должна вводиться поправка на ширину зрачка.

Все выступавшие в прениях отмечали, что научное обоснование, разработка методов и аппаратуры для единообразного исследования основных зрительных функций являются чрезвычайно важными для офтальмологической практики и развития научных исследований. Они одобрили физиологические основы, методы и аппаратуру для единообразного исследования основных зрительных функций и цветового зрения, о которых говорилось в докладах А. В. Рославцева и Е. Б. Рабкина.

Кандидат медицинских наук Н. В. Шубина (Москва) указала на необходимость введения единообразия при исследовании остроты зрения ниже 0,1, разработки единообразных тестов и новых таблиц для исследования цветового зрения у слабовидящих, так как полихроматические таблицы проф. Е. Б. Рабкина для этой цели мало пригодны. Она отметила, что результаты исследования цветового зрения у слабовидящих, проведенного в Институте имени Гельмгольца, противоречат данным З. Т. Кулиевой.

Доцент З. Т. Кулиева (Баку) выступала в прениях дважды. Выступая первый раз, она рассказала об исследованиях функциональной устойчивости цветового зрения. Исследования показали, что эта устойчивость зависит от рефракции, аккомодации и возраста обследуемого. Выступая второй раз (ответчая Н. В. Шубиной), З. Т. Кулиева указала на возможность расхождения полученных результатов из-за того, что в ее опытах определялась функциональная устойчивость к чистым спектральным лучам.

Кандидат медицинских наук А. И. Коган (Москва) говорил о важности исследования бинокулярной остроты зрения при определении зрительных возможностей обследуемого. Для широкого внедрения в практику этого метода необходимы разработка новых таблиц и введение единообразия.

Доцент В. В. Волков (Ленинград) отметил, что введение единообразия при исследовании зрительных функций должно допускать возможность апробации новых методов. Он указал на необходимость издания специального журнала по вопросам физиологии зрения и физиологической оптики.

Доцент А. В. Рославцев в заключительном слове указал на необходимость единообразия при исследовании основных зрительных функций. В то же время нельзя регламентировать все исследования; методы исследования должны совершенствоваться, при этом будут вводиться новые единообразные нормы.

Председатель проф. М. А. Дмитриев (Красноярск) рекомендовал одобрить единообразные условия исследования остроты и поля зрения, слепого пятна и цветоощущения, изложенные в докладах А. В. Рославцева и Е. Б. Рабкина, и просить Министерство здравоохранения СССР ускорить выпуск достаточного количества аппаратов с соблюдением этих условий. Всем правлениям научных обществ офтальмологов нужно принять меры к внедрению единообразных условий исследования зрительных функций.

Программный доклад «Основные направления в изучении нового в офтальмологии на современном этапе» сделал проф. Т. И. Ерошевский (Куйбышев)¹. Он остановился на последних достижениях отечественной офтальмологии, рассказал о новых методах диагностики и лечения различных глазных заболеваний (глаукома, вирусные заболевания и др.). Большое значение имеют разработка операции пере-

¹ Этот доклад, другие доклады и выступления в прениях будут опубликованы в т. II трудов I Всероссийского съезда офтальмологов, который подготавливается к печати.

стеночная протока в конъюнктивальный мешок, методов лечения ожогов глаз
роговицы, работы по пластической хирургии, исследованию цветового зрения,
особенно отслойки сетчатки, разработка учения о межзачаточном веществе сетчатки
и т. д. Разработаны новые отечественные модели щелевых ламп, прибор для исследова-
ния глаза в инфракрасных лучах, новая фреза для дакриоцисториностомии,
аппарат для объективного исследования остроты зрения, новые модели периметров
и т. д. Необходимо расширять применение пластических масс в офтальмологии, внед-
рять в практику контактные линзы, продолжать исследования по имплантации
искусственных хрусталиков. Заслуживают внимания опыт применения ультразвука,
электронной микроскопии в офтальмологии, новые методы оперативного лечения
катаракта с применением криоэкстракторов, эризофаков.

Докладчик указал, что техническому перевооружению отечественной офтальмо-
логии во многом помогло бы создание специального комитета по новой офтальмоло-
гической технике при Министерстве здравоохранения СССР.

Проф. М. А. Дмитриев (Красноярск) представил краткий обзор методов
лечения пигментной дегенерации сетчатки. Он привел случай сочетания этого
заболевания с отслойкой сетчатки на одном глазу. На этом глазу была проведена
дакриокоагуляция склеры. При обследовании через 27 лет зрительные функции
на оперированном глазу были более высокими, чем на другом. Докладчик объясняет
это улучшением питания сетчатки после диатермокоагуляции склеры и считает, что
такое наблюдение свидетельствует о возможности лечения пигментной дегенерации
сетчатки оперативным путем.

Проф. Д. Г. Бушмич и аспирант Нгуен Чонг Ньян (Одесса) доложили
об особенностях клиники ранней ретроплатации роговицы, показаниях к ней,
методах операций. Они отметили, что подобная операция спасает глаз от гибели
при осложнениях после пересадки роговицы, а в ряде случаев улучшает косметиче-
ский и оптический эффект.

Доцент Н. Л. Маланова (Горький) сообщила о результатах лечения герпе-
тического кератита γ-глобулином при местном его применении (инстилляциях, под-
конъюнктивальных инъекциях). Проведенная работа показала эффективность данного
метода лечения в свежих случаях заболевания.

В докладе кандидата медицинских наук Е. М. Орловой (Москва) были
приведены данные о коррекции контактными линзами неправильного астигматизма,
вызванного различного рода причинами, в частности помутнением и инфильтрацией
роговицы. В ряде случаев при упорных хронических кератитах назначение контакт-
ных линз не только улучшало зрение, но и приостанавливало болезненный процесс.

Кандидат медицинских наук Н. А. Завьялова (Уфа) доложила о применении
гидрокортизоновых инъекций кортизона и гидрокортизона в комплексе с другими
методами при острых невритах, нейроретинитах и атрофиях зрительного нерва.
Результаты лечения были положительными.

Доцент М. А. Пеньков и врач Г. К. Брускина (Кемерово) сообщили
о клинических данных о поражении глаз тринитротолуолом. Кроме описанной
профессиональной катаракты, они обнаружили при хронической интоксикации
тринитротолуолом изменения в периферической сосудистой сети, стекловидном теле
и сетчатке, изменения на периферии глазного дна.

Ассистент А. Ф. Кораблев (Барнаул) доложил об офтальмологических про-
изведениях капролактамовой интоксикации. Капролактамы — сырье при производст-
ве капрона. Пары его вызывают сужение сосудов сетчатки и полей зрения на
глазах.

Доклад доцента П. П. Литвака, кандидата медицинских наук М. И. Тар-
ханова и врача М. В. Резниченко (Кишинев) был посвящен прижизненному
лечению токсоплазмоза во влаге передней камеры глаза человека. Пункции передней
камеры в большинстве случаев производили амбулаторно. Из 13 больных с ослож-
ненным токсоплазмозом были обнаружены у 8, в то время как реакция связы-
вания комплемента была положительной лишь у 3 больных. Докладчики считают
токсоплазмоз одной из причин высокой близорукости.

В докладе врача А. И. Тартаковской (Москва) были приведены наблю-
дения над заживлением проникающих ранений и ожогов глаз при лечении лидазой.
Лидазу применяли в виде инстилляций или инъекций в рубцово измененную
роговицу. Докладчик указал, что рубцевание при применении лидазы более неж-
естко и рекомендовал использовать препарат при лечении последствий травм глаз.

Врач В. И. Лазаренко (Красноярск) поделился опытом применения свежих
амниотических пленок, приготовленных по методу проф. И. И. Котлярова, при лече-
нии ожогов глаз и зияющих ран роговицы. Он описал технику получения
амниотической фибриной пленки, привел результаты лечения 13 больных.

Врач И. Б. Давыдова (Кишинев) представила результаты применения мети-
лированного антигена Негра — Боке в комплексном лечении туберкулезных поражений
глаз. Этот антиген является туберкулиновым препаратом, который не вызывает
аллергических реакций. Его применяют сначала в разведенном виде (1:10),
а затем в чистом виде по определенной схеме. В результате применения этого пре-
парата вместе с другими специфическими средствами был получен стойкий эффект
лечения, у которых другие виды лечения были малоэффективными.

Проф. М. З. Попов (Смоленск) поделился опытом лечения глаукомы миопической в сочетании с аминиазином и фонуридом. В большинстве случаев это лечение давало гипотензивный эффект без применения миотиков, что подтверждает представление о центральных механизмах регуляции внутриглазного давления.

Врач И. Е. Михайловская (Новосибирск) сообщила о лечении дезоксирибонуклеазой кератитов, увеитов и конъюнктивитов вирусной этиологии. Работа проведена совместно с проф. А. А. Коленом. Препарат применяли в виде 0,1% раствора на 0,03% растворе сернокислого магния в виде инстилляций и подконъюнктивальных инъекций. Отмечен хороший лечебный эффект.

Проф. И. И. Котляров (Красноярск) теоретически обосновал защитное действие фибриногена при заживлении воспалительных очагов и нарушении целостности тканей. Применение фибриновой пленки обуславливает сдвиг процессов регенерации в сторону регенерации, что положительно сказывается на заживлении тканей и дефектов.

Кандидат медицинских наук Л. С. Кроль (Чебоксары) привел собственные наблюдения над больными с профессиональной тротиловой катарактой, рассказал об особенностях диагностики, клиники и лечения подобных катаракт.

Кандидат медицинских наук Е. М. Орлова (Москва) поддержала предложение проф. Т. И. Ерошевского об организации комитета по новой офтальмологической технике.

Проф. В. Е. Шевалев (Одесса) указал, что недостаточное внимание уделяется профилактическому направлению в детской офтальмологии. Он отметил, что диатермокоагуляция склеры вызывает некоторое улучшение питания сетчатки, но приводит к устойчивому улучшению состояния больных с пигментной дегенерацией сетчатки. Применение лидазы должно быть осторожным, так как именно лидаза введенная в стекловидное тело, дала возможность получить экспериментальную модель отслойки сетчатки.

Кандидат медицинских наук Б. А. Токарева (Москва) сделала несколько критических замечаний по поводу техники ранней ретрансплантации роговицы. Она считает более целесообразным наложение на веки фиксирующих швов и нежелательным повторное использование смещенного трансплантата. Б. А. Токарева поделилась опытом лечения герпетического кератита γ-глобулином в сочетании с фосфорилированным рибофлавином и консервированной кровью.

Кандидат медицинских наук Н. Г. Гольдфельд (Пермь) поделилась опытом лечения невритов зрительных нервов на почве заболеваний центральной нервной системы ретробульбарными инъекциями кортизона и гидрокортизона. Этот метод более эффективен, чем ранее применявшиеся средства.

Проф. Д. Г. Бушмич (Одесса) подчеркнул необходимость внедрения новых приборов и инструментов в практику. Несмотря на то что в области теории ответственные офтальмологи часто опережают зарубежных, наше продвижение в этой области задерживается из-за отсутствия приборов. Введение в глаз искусственного хрусталика чревато тяжелыми осложнениями. Поэтому осторожность, разумный скептицизм здесь вполне оправданы.

Врач Г. Г. Файнберг (Пятигорск) указывал на недостаточную оснащенность глазных стационаров и поликлинических кабинетов офтальмологической аппаратурой и инструментарием.

Проф. М. М. Золотарева (Минск) рекомендовала при лечении пигментной дегенерации сетчатки применять введение никотиновой кислоты с новокаином и витамином В₁₂ в височные мышцы. От ретробульбарных инъекций кортизона, по ее мнению, следует отказываться при малейшем подозрении на вирусную этиологию невритов. Нужно наладить широкий выпуск криоэкстракторов Полтинникова с постоянной температурой охлаждения. М. М. Золотарева высказалась против применения мочевины при лечении больных глаукомой.

Доктор медицинских наук А. Я. Виленикина (Москва) отметила, что массовое нахождение токсоплазм в жидкостях глаза — чрезвычайно редкое явление и поэтому настораживают представленные доцентом П. П. Литваком и соавторами данные о частоте выявления токсоплазмы во влаге передней камеры при осмотре близорукости. Существуют многочисленные реакции на токсоплазмоз, результаты которых помогают отбирать больных для пункции. Производство пункции передней камеры в амбулаторных условиях недопустимо.

Врач В. И. Виткин (Брянск) поддержал предложение о серийном производстве аппарата Полтинникова для криоэкстракции хрусталика.

Доцент С. Н. Федоров (Архангельск) отметил, что благодаря усовершенствованию техники и появлению новых пластмасс частота осложнений после имплантации искусственного хрусталика в глаз человека заметно уменьшилась, а визуальные результаты повысились; стало возможным в большом проценте случаев получить бинокулярное зрение при односторонней афакии.

Кандидат медицинских наук Л. Л. Крахмальников (Курган) отказался от применения пенициллина в глазной практике, расширив показания к лечению фитонцидами. Он остановился на клинике, классификации, дифференциальной диагностике ирита при аспергиллезе и методах его лечения.

Проф. А. А. Колен (Новосибирск) высказал мнение, что метод лечения герпетических кератитов дезоксирибонуклеазой является лучшим из известных. Он указал на важность разработки новых пластмасс, близких по строению к человеческим тканям.

В. А. Акимочкина (Ленинград) поделилась опытом применения мочевины в сочетании с глюкозой у больных глаукомой перед оперативным вмешательством. Кратковременное снижение внутриглазного давления в результате применения мочевины значительно облегчает проведение операции.

А. И. Липовская (Краснодар) рассказала о лечении аутокрывью ожогов герпетического кератита, о применении крови в виде инстилляций во время кератопластики и в послеоперационном периоде. Применение аминазина у больных глаукомой, по данным глазной клиники Кубанского медицинского института, позволяет значительно уменьшить количество назначаемых миотиков.

И. Е. Циринг (Челябинск) высказал мнение, что лечение пигментной дегенерации сетчатки оперативным путем малоперспективно. Он привел собственное наблюдение над больной катарактой, которая лечилась цистеином. Этот метод, по его мнению, очень эффективен.

Проф. В. Н. Архангельский отметил содержательность доклада проф. Т. И. Ершовского, но указал на отсутствие в нем истории вопроса. Технические перевооружение — не основное; главное — наша методология, которая дает возможность решать большие научные и социальные проблемы, внедрять научные достижения в широкую медицинскую практику. Клиническое применение искусственного хрусталика не может быть рекомендовано. В основе его лежат механистические установки. Наиболее рационально усовершенствование плавающих контактных линз. В этой области имеются большие достижения, которые позволяют получать у больных с односторонней афакией аналогичные результаты без ненужного риска. Криоконструктор Полтинникова должен получить широкое распространение.

В заключительном слове проф. Т. И. Ершовский положительно оценил все доклады и выступления в прениях.

Председатель проф. А. А. Колен говорил о больших достижениях отечественной офтальмологии за годы советской власти.

Вновь избранный председатель правления Всесоюзного научного медицинского общества офтальмологов доцент А. В. Рославцев, закрывая съезд, поблагодарил за оказанное доверие и высокую оценку работы прошлого состава правления. Он отметил, что на съезде обсуждались важные проблемы, обобщен опыт работы окулистов Российской Федерации, намечены наиболее перспективные пути развития офтальмологии, указаны рациональные методы диагностики и лечения многих заболеваний глаз. От имени Министерства здравоохранения РСФСР и правления Всесоюзного научного медицинского общества офтальмологов А. В. Рославцев поблагодарил Красноярский крайком КПСС, крайисполком, крайздравотдел, дирекцию Красноярского медицинского института и правление Красноярского научного медицинского общества офтальмологов за большую работу по подготовке и проведению съезда, за радушный прием. Он указал, что проведение I Всесоюзного съезда офтальмологов в Красноярске будет способствовать развитию офтальмологии в Сибири и на Дальнем Востоке.

Кандидат медицинских наук Г. С. Зарубин

ИЗ ВСТРЕЧ С А. И. ПОКРОВСКИМ (К 5-летию со дня смерти)

Алексей Иванович Покровский принадлежал к числу тех людей, общение с которыми с первых дней знакомства вызывает искреннюю и глубокую симпатию.

Впервые я встретился с Алексеем Ивановичем в 1936 г. в Научно-исследовательском экспериментальном институте глазных болезней имени В. П. Филатова. Там он в течение нескольких дней ознакомился с оперативной техникой кератопластики, которая в то время не имела еще значительного числа сторонников и применялась главным образом в Одессе. Обращали на себя внимание точность и внутренняя собранность этого простого в обращении с окружающими человека. Как мы, курсанты, ни старались рано являться в институт, особенно в операционные часы, А. И. Покровский всегда являлся раньше нас.

Узнав, что я работаю в Ульяновске, Алексей Иванович интересовался, занимается ли кератопластикой Григорий Иванович Суров, который еще в начале 30-х годов выполнил обстоятельную экспериментальную работу по пересадке роговой оболочки.

Летом 1942 г. в наш город был эвакуирован Воронежский медицинский институт. Тогда-то я снова встретился с А. И. Покровским. Эта встреча обрадовала