

Памяти Синявского Олега Алексеевича

Головин А.С.

Офтальмологический форум памяти Олега Синявского

16 сентября 2022, Санкт-Петербург, Россия



... созидатель ...

... новатор ...

... революционер ...



Синявский Олег Алексеевич





15 мая 1960, г. Орша, ул. Гомельская, дом 18





Мама Ольга Ивановна
Отец Алексей Давидович





Школа № 3 города Орша





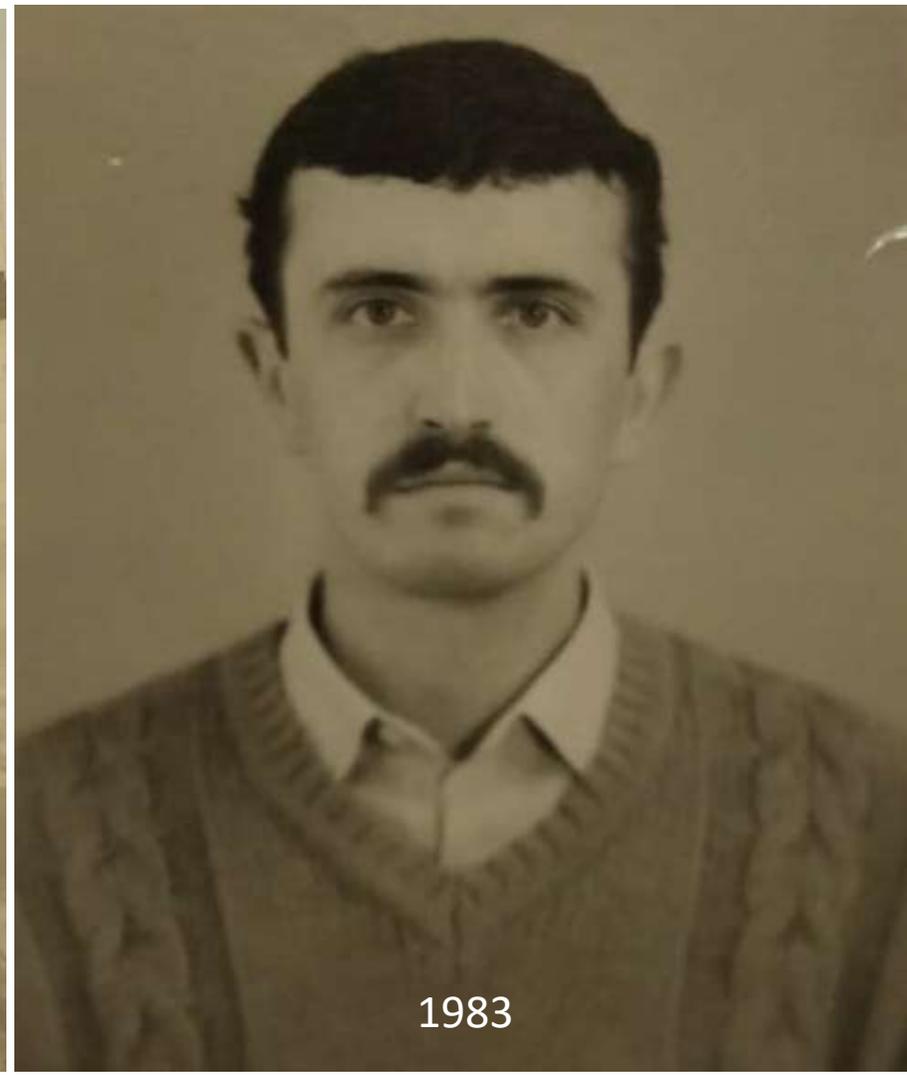
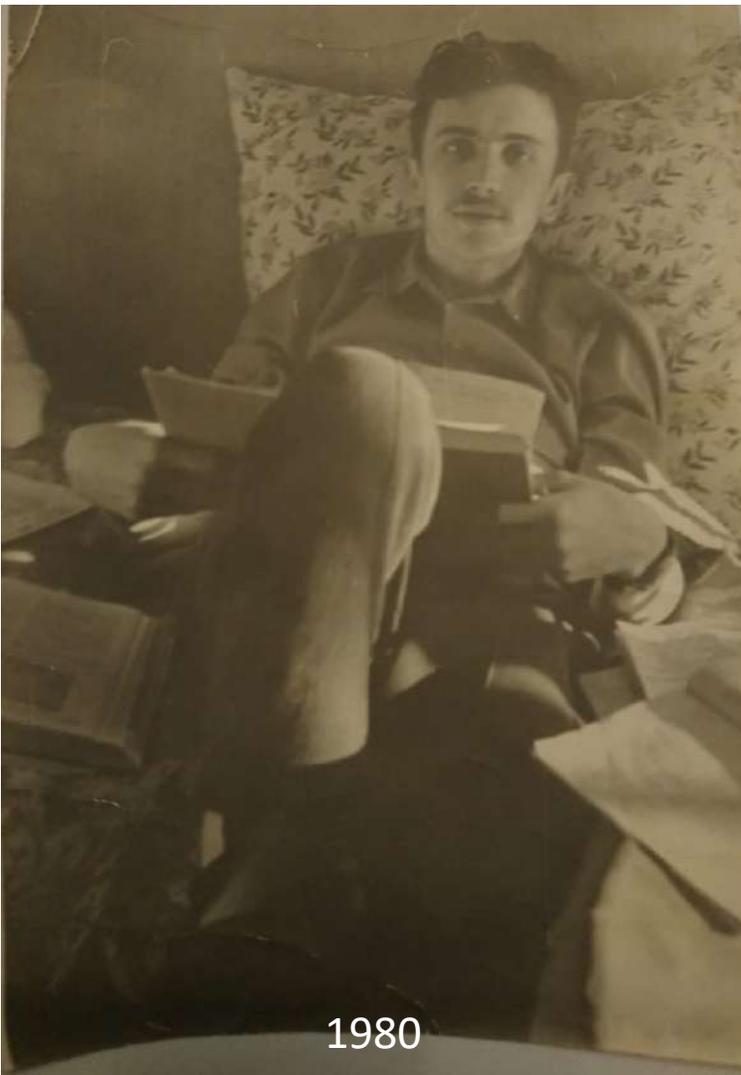
Школьные годы

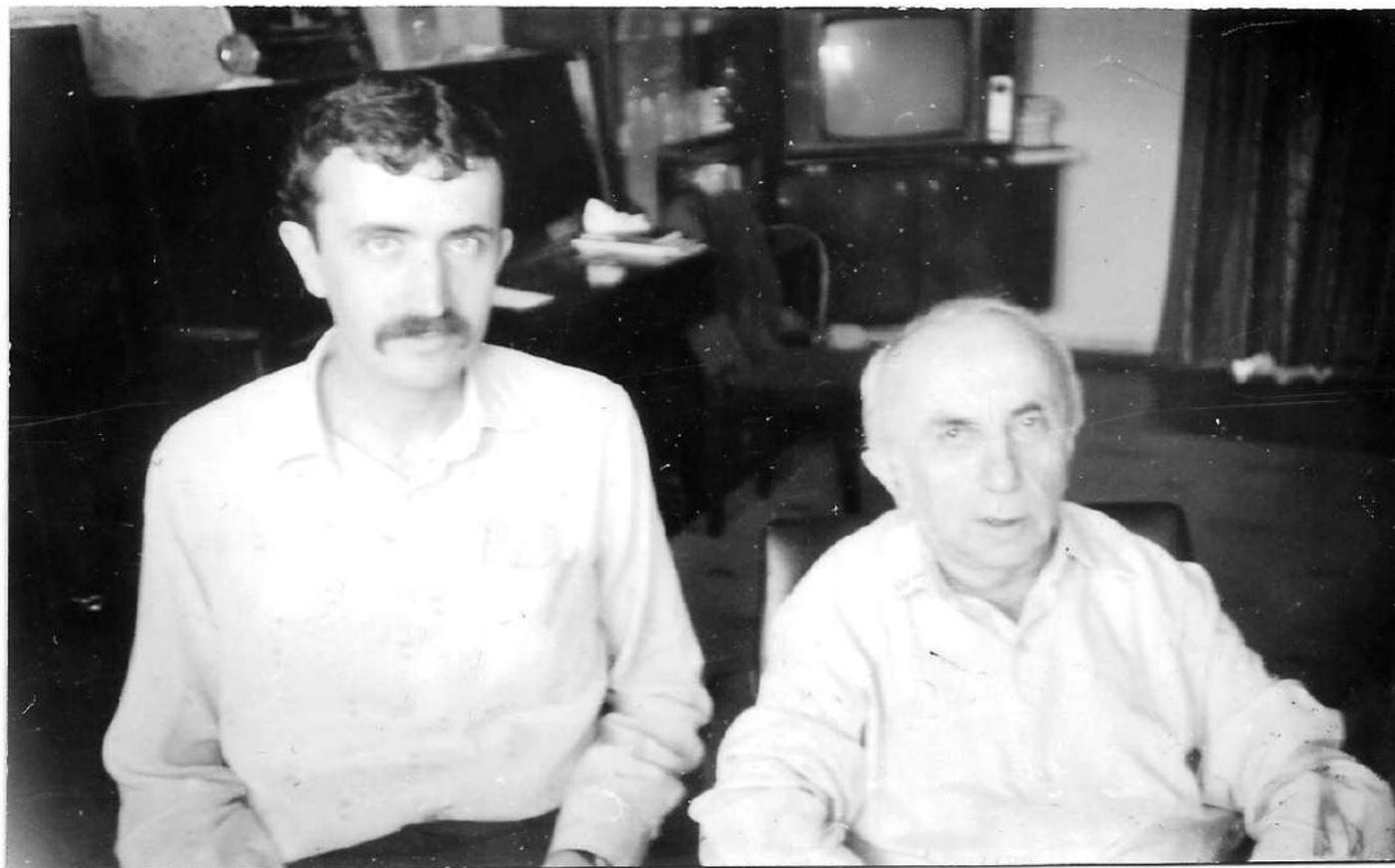


1977
окончание школы



Смоленский медицинский институт, 1977 - 1983



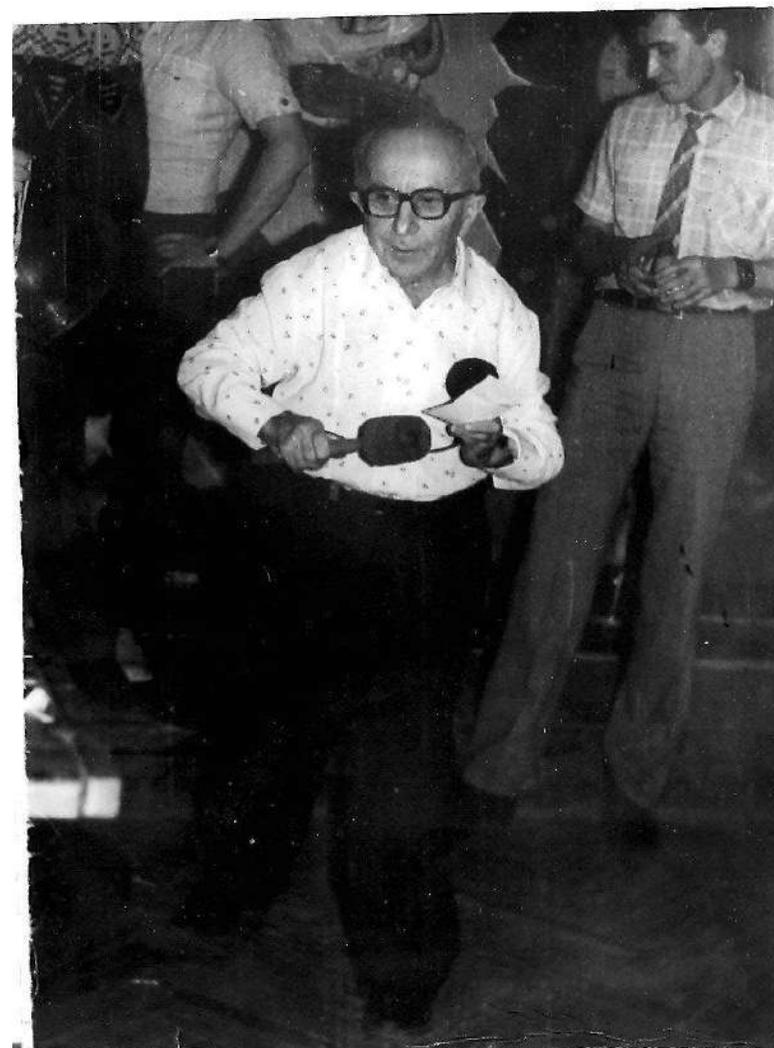


Абрам Саулович Шевелёв

человек-легенда, один из «последних могикан»
Смоленского Медицинского института второй половины прошлого века



Первые годы после окончания института



Наука и техника

А. ШЕВЕЛЕВ,
профессор,
доктор медицинских наук

ПЯТНА НА БЕЛОМ ХАЛАТЕ

В

высшей медицинской школе я преподаю вот уже 36 лет, из них 19 лет заведу кафедрой. И с каждым годом растет у меня чувство неудовлетворенности положением, которое создалось в области высшего медицинского образования. Становится все более очевидным, что огромная работа многотысячного коллектива преподавателей медицинских институтов в значительной мере ослабляется чиновничьим равнодушием, многочисленными бюрократическими преградами нормальному обучению и воспитанию будущих врачей.

Проблема качества в медицине, проблема качества врача приобрела сейчас важнейшее общегосударственное значение; от ее решения зависит судьба нашего главного богатства — здоровья народа. Тем нетерпимее все то, что мешает охранять этот национальный капитал.

Ценность каждого человека в условиях дефицита рабочей силы многократно возрастает и будет продолжать расти в чисто экономическом плане. Я уже не говорю о морально-этических аспектах. Здоровье советских людей становится сейчас важнейшим фактором, от которого зависит переход народного хозяйства к интенсивному пути развития; именно здоровье определяет в конечном итоге способность человека к повышению производительности труда.

Это значит, что и интенсификация труда медицинских работников является одним из важнейших элементов дальнейшего ускорения научно-технического прогресса.

Сейчас, как, впрочем, и раньше, возникает вопрос: неужели врач, осуществляющий профилактический «ремонт» основной производительной силы общества — человека, является менее важной частью производственной сферы, чем, скажем, механик, ремонтирующий трактор?

На что должны быть сейчас направлены основные силы нашей службы здравоохранения — на дальнейшее увеличение количества врачей или на повышение качества медицинского обслу-



Ленинградская областная больница



1990 год
знакомство с профессором
Трояновским
Романом Леонидовичем

1999 год
защита кандидатской
диссертации:
Баллонирование
заднего полюса глаза
при лечении отслоек сетчатки



Ленинградская областная больница



Ленинградская областная больница



2006 год
заведующий
офтальмологическим
отделением

2008 год
главный офтальмолог
Ленинградской области



Ленинградская областная больница



Ленинградская областная больница



Ленинградская областная больница



Ленинградская областная больница



Ленинградская областная больница



Ленинградская областная больница



2013 год
начало сотрудничества
по лечению
uveальной меланомы
с Медицинским институтом
биологических систем
им. С. Березина



Microinvasive tumor endoresection in combination with ocular stereotactic radiosurgery

Oleg A. Sinyavskiy, MD, PhD,¹ Roman L. Troyanovsky, MD, PhD,² Pavel I. Ivanov, MD, PhD,² Alexandr S. Golovin, MD,¹ Andrey V. Tibilov, MD,¹ Svetlana N. Solonina, MD, PhD,¹ Anna M. Astapenko, MD,¹ and Irina S. Zubatkina, PhD²

¹Department of Ophthalmology, St. Petersburg Regional Hospital, and ²Department of Radiosurgery, Dr. Berezin Medical Centre, St. Petersburg, Russia

OBJECTIVE The use of Gamma Knife radiosurgery (GKRS) as monotherapy in the treatment of uveal melanoma (UM) allows clinicians to achieve high local tumor control with low recurrence but does not prevent secondary enucleation due to glaucoma in cases of large tumors. The authors analyzed indications for tumor endoresection (ER), the time interval between irradiation and surgery, and the features and results of performing ER for UM after GKRS.

METHODS Thirty-seven patients between 28 and 78 years of age (16 male and 11 female patients) with UM underwent GKRS with a dose of 70 to 80 Gy that was applied to the center of the tumor with complete immobilization of the eye during the procedure. Tumor resection with histological investigation was performed in 24 eyes (transscleral resection was performed in 3 eyes, and ER was performed in 21 eyes) at 3 to 97 days after GKRS, mainly during the first 2 or 3 weeks. As a rule, ER (21 eyes) was performed to treat large, centrally localized, or equatorial UMs with exudative macula-on retinal detachment that reduced vision. The average tumor height was 8.9 mm, and the average width was 13.7 mm at the base. ER for UM included phacoemulsification, microinvasive vitrectomy with transretinal tumor resection, laser photocoagulation, and application of a temporary silicone oil tamponade. Seven patients received intraocular injections of inhibitors of angiogenesis for the prevention and treatment of radiation neuroretinopathy. The follow-up period ranged from 8 to 41 months.

RESULTS Preservation of the eyes without tumor recurrence was achieved in all 37 patients after GKRS (monotherapy and combined therapy). One patient died of liver metastases at 21 months after GKRS. In the ER group (21 eyes), drug-resistant glaucoma with low visual acuity appeared in 4 eyes (19%) with long-existing total exudative retinal detachment and delayed operations. Severe radiation neuroretinopathy with macular edema occurred in 4 of 21 cases (19%). Intraocular injections of inhibitors of angiogenesis significantly decreased retinal edema. Residual rhegmatogenous retinal detachment was revealed in 1 eye (4.8%). The conservation of the patient's primary vision or its improvement were observed in 11 eyes (52.4%). Useful vision more than 0.1 was achieved in 12 cases (57%), and more than 0.3 was achieved in 8 cases (38%).

CONCLUSIONS As a result of this research, ER for UM after GKRS proved to be an effective method of combined eye-conserving treatment for large centrally localized or equatorial tumors at high risk of the emergence and development of toxic tumor syndrome. Perfect eye immobilization, timely ER, and multiple intraocular injections of inhibitors of angiogenesis saved not only the eye in all cases, but also useful vision in many cases. Close cooperation among radiosurgeons, ophthalmologists, and vitreoretinal surgeons is the key to effective treatment.

<http://thejns.org/doi/abs/10.3171/2016.7.GKS161550>

KEY WORDS melanoma; endoresection; stereotactic radiosurgery

EYE-CONSERVING methods for uveal melanoma (UM) treatment are currently used in more than 90% of cases.¹¹ This was made possible thanks to better understanding of the ineffectiveness of enucleation in the prevention of metastasis^{3,16} and the advent of various types of stereotactic radiosurgery in recent decades, along

with brachytherapy, that broaden the treatment options for large and centrally located UM.⁸ An important role is also played by technical progress in ophthalmic surgery.

Gamma Knife radiosurgery (GKRS) has been used for treating UM since 1996, mainly as a monotherapy.²⁰ This method achieves high local tumor control with low recur-

ABBREVIATIONS ER = endoresection; GKRS = Gamma Knife radiosurgery; UM = uveal melanoma.

SUBMITTED June 14, 2016. **ACCEPTED** July 5, 2016.

INCLUDE WHEN CITING DOI: 10.3171/2016.7.GKS161550.

58 J Neurosurg Volume 125 • December 2016

©AANS, 2016



Ленинградская областная больница



Синявский О.А.

докладчик и модератор секций международных онкологических конгрессов



Ленинградская областная больница



Встреча с академиком
Воробьевым
Андреем Ивановичем



Ленинградская областная больница



2012 год
программа реорганизация
7 межрайонных хирургических
офтальмологических отделений

2012 год
2569 хирургических вмешательств

2019 год
7678 хирургических вмешательств





Олег Синявский



21 июл. 2019 г. • 👤

Рассказ Олега Синявского.

Как я искал могилу Жюль Гонена. Попытка №2.

В далеком 2011 году мы с моим Учителем профессором Романом Леонидовичем Трояновским находились в Женеве на офтальмологическом конгрессе SOE 2011. После выступления профессора В. из Лозаннской клиники имени Жюль Гонена я спросил у докладчика, где похоронен Жюль Гонен и получил удивительный ответ: "I don't know". Должен объяснить, что мой вопрос был связан с огромным пиететом, который Роман Леонидович испытывает к этому великому швейцарскому офтальмологу. Ответ потряс нас.

Представьте себе, что бы мы не знали, где покоится наш офтальмологический гений Вениамин Васильевич Волков!

Если кто не знает: Жюль Гонен (10.08.1870 – 10.06.1935) – великий офтальмолог из Лозанны, главный претендент на Нобелевскую премию по медицине в 1934 году - первым понял, что причиной отслойки сетчатки является ее разрыв. И не только понял, но и стал лечить пациентов, термически воздействуя на склеру в месте разрыва (ignipuncture via cauterization) И даже в некоторых, не очень





Синявский Олег Алексеевич

... созидатель ...

... новатор ...

... революционер ...



Спасибо за внимание!

