

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№1(93) ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2026

ISSN 2221-7746

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



Олег Шиловских:

«Авторитарный стиль мне совсем не близок»

В январе 2026 года исполнилось 25 лет с момента, когда Олег Шиловских возглавил Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза». Он сменил в этой должности своего учителя и первого директора клиники Христо Перикловича Тахчиди (ныне академик РАН), которому после гибели Святослава Николаевича Фёдорова предложили руководство всем комплексом МНТК «Микрохирургия глаза». Генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Свердловской области, заслуженный врач Российской Федерации Олег Шиловских за 25 лет на посту сформировал свое понимание лидерства. Он определяет его как умение выстроить процесс, при котором команда видит свои возможности ярче, а цели — четче.

Газета «Поле зрения» подготовила интервью с Олегом Владимировичем Шиловских, в котором герой рассказал о своем личном пути и карьере в медицине: людях, технологиях и созданной в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза» системе, где чудо прозрения стало частью рабочего графика.

.....> стр. 18

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Мне искренне хочется помогать людям

Интервью с заведующим кафедрой офтальмологии с клиникой им. проф. Ю.С. Астахова Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, доктором медицинских наук, профессором Сергеем Юрьевичем Астаховым.

Первый вопрос был обращен к Сергею Юрьевичу, как главному внештатному офтальмологу Северо-Западного федерального округа.

Сергей Юрьевич, как строились отношения с главными офтальмологами областей, входящих в Северо-Западный округ? Какими реальными возможностями обладают главные офтальмологи?

Еще не так давно в областных центрах, проводились достаточно масштабные научно-практические конференции, во время работы которых мы находили возможность встречаться с главными офтальмологами и обсуждать задачи, входящие в круг наших обязанностей. С завидным постоянством у меня случались поездки в Мурманск,

Вологду, Калининград, Псков, Петрозаводск, Новгород. Потом — 2020 год — пандемия. Количество конференций снизилось. Значительное число иностранных компаний, выступавших спонсорами мероприятий, ушли с рынка, а отечественные производители предпочитают акцентировать свое внимание на крупных событиях, в основном в Москве и Санкт-Петербурге. Таким образом, общение ограничилось рамками крупномасштабных конференций: «Белые ночи», РООФ и некоторых других.

.....> стр. 11

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ



Пироговский офтальмологический форум

21 ноября в Москве состоялся очередной Пироговский офтальмологический форум, один из ведущих офтальмологических конгрессов в Российской Федерации. Организаторами мероприятия выступили ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; кафедра глазных болезней Института усовершенствования врачей Пироговского Центра. В конференции приняли участие руководители медицинских учреждений, главные внештатные специалисты-офтальмологи Минздрава России из различных регионов страны, зарубежные гости, ведущие офтальмологи и начинающие молодые врачи. Общее количество участников в офлайн- и онлайн-форматах — свыше 1500 специалистов из России и стран СНГ.

случаев, у 10-20% пациентов наблюдаются субретинальные тяжи, которые удаляются. Клинически следует различать два типа субретинальной пролиферации — первичные и послеоперационные субретинальные тяжи, что обусловлено, прежде всего, морфологическим составом.

Первичные субретинальные тяжи чаще встречаются у молодых пациентов при

хронический РОС. Состав: фиброциты, глиальные клетки, коллаген. Тяжи инертные, имеют низкую сократительную способность, как правило, не приводят к сокращению сетчатки.

По данным литературы, хорошо поддаются лечению методом эписклерального пломбирования.

.....> стр. 3

КОНФЕРЕНЦИИ



Современные технологии катарактальной, рефракционной и роговичной хирургии

25-Всероссийский научно-практический конгресс с международным участием

.....> стр. 8

К ГОДОВЩИНЕ СНЯТИЯ БЛОКАДЫ ЛЕНИНГРАДА

Изменения глазного дна при гипертонической болезни в 1942-1943 гг. в Ленинграде

Доцент Р.А. Батарчуков

.....> стр. 16

ИЗ ИСТОРИИ УФИМСКОГО НИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Борьба с трахомой

.....> стр. 22

ИСТОРИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИИ В ЛИЦАХ

Гейликман Ошер Борисович

Гильтебрандт Федор Андреевич

Гинзбург Исаак-Айзик Ильич (Елиевич)

Гишман Леонард

Леопольдович

Глезеров Савелий Яковлевич

Глинчук Ярослав Иосифович

Глоба Яков Федорович

Гмыря Алексей Иванович

Головин Сергей Селиванович

.....> стр. 24-27

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Записки земского офтальмолога

А.А. Воронцов

.....> стр. 28

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Владислав Паняев:

Реабилитация — это всегда преодоление!

Илья Бруштейн

.....> стр. 30

Сессия «Вызовы и инновации в витреоретинальной хирургии»

Открыла работу сессии к.м.н. Т.А. Аванесова (Москва), представившая доклад на тему «Изолированная субретинальная ПВР при РОС: обзор литературы и клинический опыт». Проллиферативная витреоретинальная ретинопатия (ПВР) осложняет течение регматогенной отслойки сетчатки (РОС) в 5-10%



Борис Кустодиев «У окна», 1910 год.

Дорогие наши читательницы!

От души поздравляем вас с праздником весны! Желаем счастья, любви! Самое лучшее, что вы можете сделать для себя – это принять как неоспоримый факт, что все всегда – к лучшему. В любой ситуации.

Редакция газеты «Поле зрения», коллектив издательства «Апрель»

Порой часы обманывают нас, Чтоб нам жилось на свете безмятежней. Они опять покажут тот же час, И верится, что час вернулся прежний. Обманчив дней и лет круговорот: Опять приходит тот же день недели,

И тот же месяц снова настает — Как будто он вернулся в самом деле. Извустно нам, что час невозвратим, Что нет ни дням, ни месяцам возврата. Но круг календаря и циферблата Мешает нам понять, что мы летим

С.Я. Маршак

fr.pinterest.com

Пироговский офтальмологический форум

> стр. 1

Послеоперационные субретинальные тяжёлые развиваются после витрэктомии/ПВР. Состав: α-SMA + микрофибробласты, клетки ПЭС, воспалительные клетки. Обладают высокой сократительной способностью, часто приводящей к рецидивам РОС. Хирургический подход: витрэктомия + удаление субретинальных мембран.

В 2015 году опубликованы результаты ретроспективного исследования (2007–2014 гг.) 44 пациентов (44 глаза) с регматогенной отслойкой сетчатки и субретинальными тяжёлыми. Морфология тяжёлых: первичные, глиальные, не контрактильные. Всем пациентам было выполнено эписклеральное пломбирование; субретинальные тяжёлые не удалялись. Витрэктомия проводилась только в 11% случаев. Тактика вмешательства: «сначала пломба» у молодых фактивных пациентов; при отсутствии ретинальных складок тяжёлые не удалялись; проводилось дренирование субретинальной жидкости. В результате наблюдалось значимое улучшение зрения.

Таким образом, по мнению автора, тактика пломбирования при субретинальных тяжёлых у молодых пациентов является абсолютно оправданной. Далее к.м.н. Т.А. Аванесова представила несколько клинических примеров молодых пациентов с хронической РОС + СР ПВР. Алгоритм принятия хирургического решения: изолированная СР ПВР (молодые пациенты с хронической РОС) — пломбирование; если сетчатка не прилегла, проводится витрэктомия без удаления СР мембран (в большинстве случаев). При послеоперационных / контрактильных СР мембранах проводится витрэктомия + удаление СР тяжёлых.

Данный подход основан на личном опыте автора и на данных литературы.

Д.П. Глушко (Гомель, Республика Беларусь) представил доклад на тему «Рецидив регматогенной отслойки сетчатки на фоне силиконовой тампонады: тактика и перспективы». Регматогенная отслойка сетчатки (РОС) встречается с частотой 10–15 случаев на 100 000 населения, без хирургической помощи приводит к необратимой слепоте. Метод субтотальной витрэктомии с тампонадой витреальной полости силиконовым маслом (СМ) при хирургическом лечении РОС является эффективным методом и позволяет добиваться адаптации сетчатки во время первичной хирургии в ~75% случаев, при повторной — до 91%. В зависимости от длительности наблюдения рецидивы РОС выявляются в 10–25%, после экстрезии СМ случаи рецидива могут достигать 34%.

Самой распространённой причиной неудач как первоначального хирургического вмешательства при отслойке сетчатки (ОС), так и хирургии рецидивов ОС является пролиферативная витреоретинопатия (ПВР), которая встречается у 5–15% больных. Нередко при «нижних» рецидивах ОС операции завершаются тампонадой легким СМ, и при его пребывании внутри глаза в нижних отделах остаётся пространство между нижним мембраном силиконового пузыря и поверхностью сетчатки, где может прогрессировать ПВР. Кроме того, нижние разрывы сложнее блокировать с помощью легкого силикона.

Ключевым фактором, запускающим развитие ПВР, является миграция и пролиферация клеток пигментного эпителия сетчатки (ПЭС), что приводит к образованию фиброциллюлярных мембран. Это, в свою очередь, может привести к натяжению обеих поверхностей сетчатки и формированию фиксированных складок сетчатки, новых разрывов и повторному открытию ранее заблокированных разрывов.

В исследовании с применением сканирующей электронной микроскопии выявлен эпиретинальный слой стекловидного тела (СТ) толщиной 3–5 мкм, фиксированный к поверхности сетчатки даже после задней отслойки СТ и удаления кортикального СТ. Считается, что он может играть роль в патогенезе ПВР.

Цель исследования заключалась в анализе предрасполагающих факторов и



К.м.н. Д.О. Шкворченко комментирует очередной доклад



Слева профессор М.М. Шишкин



Е.В. Касатикова



Д.П. Глушко (Гомель)



И.Р. Омариева

результатов лечения «нижних» рецидивов РОС на фоне тампонады СМ, в оценке эффективности и безопасности периферической ретинопластики в лечении рецидивов РОС во время тампонады СМ, в оценке эффективности эписклерального пломбирования в лечении рецидивов РОС во время тампонады СМ.

Был проведен ретроспективный анализ 12 случаев рецидивов РОС на фоне силиконовой тампонады после первичной витреоретинальной хирургии, выполненной одним хирургом за 2022–2024 годы.

Материалы и методы: 7 женщин, 5 мужчин, средний возраст 58 лет; 3 случая — предметное зрение (до 0,08), 9 — светопроекция. Диагноз — субтотальная/тотальная ОС с захватом макулярной зоны; давность — 1,33 месяца; 4 пациентом ранее (3–6 мес. до РОС) была выполнена неосложненная ФЭК с имплантацией ИОЛ. В 7 случаях — один разрыв сетчатки, в 4 — два разрыва, в 1 — множественные; в 8 случаях разрывы располагались в нижней полусфере глазного яблока, в 4 случаях — в верхних сегментах. В 4 случаях — ПВР С1 и С2, в 2 — ПВР С3, в 1 — ПВР D1.

Оперативное лечение. Первичная хирургия — комбинированная 3-портовая 25 G фактВРХ (8 случаев), ВРХ (4 случая) с тампонадой витреальной полости СМ. Повторная хирургия — 2 случая секторального ЭСП (блокирование вновь открытых нижних разрывов из-за ПВР), 8 случаев — повторная ВРХ с удалением эпиретинальных мембран и выполнением ретинопластики на 180°. Срок наблюдения — 3–10 месяцев после окончательной экстрезии СМ.

Во всех случаях достигнуто улучшение остроты зрения. После хирургии рецидива ОС функциональный результат не был

потерян; после удаления СМ получена значительная прибавка ОЗ. НКОЗ максимально приблизилась к МКОЗ, т.к. ИОЛ были рассчитаны на авитрио. Длительность тампонады СМ составила более 6 мес. Во всех случаях достигнуто анатомическое прилегание сетчатки без тампонирующих веществ в период наблюдения. ВГД компенсировано (в 2 случаях назначен комбинированный гипотензивный препарат в связи с развитием вторичной глаукомы); гипотонии в группе ретинопластики не отмечалось. В 1 случае при периферической ретинопластики наблюдался диффузный макулярный отек.

Подводя итог, автор обратил внимание на то, что ПВР тип С1 и тяжелее при первичной хирургии РОС с нижними разрывами могут привести к рецидиву ОС, тактика хирургического лечения требует дополнительного исследования. Эписклеральное пломбирование на авитреальных глазах с силиконовой тампонадой способствует блокированию нижних разрывов при прогрессировании ПВР. Послабляющая ретинопластика редко рекомендуется в качестве первичной процедуры, однако позволяет улучшить анатомический и функциональный результаты лечения РОС при тяжелой ПВР и снижает риск повторного рецидива ОС после удаления СМ.

«Безопасная тампонада витреальной полости при хирургии отслойки сетчатки» — тема сообщения к.м.н. Е.И. Хаценко (Москва). Тампонада витреальной полости при витреоретинальной хирургии отслойки сетчатки проводится с применением различных силиконовых масел, газов, воздуха, ПФОС. По данным литературы, тампонада витреальной полости может проводиться с использованием двух различных веществ, например, ПФОС + легкий силикон, легкий + тяжелый силикон. Однако в

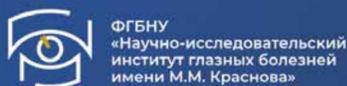
России данные методы не получили широкого распространения.

Каждый вид тампонирующих веществ имеет свои преимущества и недостатки, поэтому вопрос тампонады витреальной полости при хирургии отслойки сетчатки остается актуальным.

В докладе автором были представлены два клинических примера, в которых были применены различные виды тампонирующих веществ.

В первом случае пациенту 49 лет поставлен диагноз «отслойка сетчатки с гигантским разрывом (macula on), гемофтальм, артрафия, осевая миопия высокой степени». План операции: витрэктомия + ЭЛКС + газ/силикон (решение о применении тампонирующего вещества было принято на операционном столе). В ходе вмешательства выполнена витрэктомия 25G, периферия тщательно обработана, «подрезаны» края разрывов, проведена замена жидкости на воздух, проведено дренирование субретинальной жидкости; эндотелеркоагуляция проведена только вокруг разрывов; в витреальную полость дополнительно введен 1 мл 50% газа SF6.

Через 8 дней ОЗ повысилась до 0,75, газовый пузырь занимал < 1/3 объема витреальной полости, через месяц ОЗ повысилась до 1,0. Выбор тампонады объяснялся готовностью пациента соблюдать послеоперационные рекомендации, разрывы находились в верхнем сегменте, макула прилежала, ПВР — в стадии А, существовала возможность обработать периферию на артрафакционном глазу. Центральная зона сетчатки находилась в приемлемом состоянии. Однако через 2 месяца пациент предъявил жалобы на искажение, ОЗ снизилась до 0,7 — был выявлен эпиретинальный фиброз. По мнению автора, это могло быть связано со значительным



ФГБНУ
«Научно-исследовательский институт глазных болезней имени М.М. Краснова»

Курсы повышения квалификации для офтальмологов

Институт им.М.М. Краснова предлагает уникальную возможность для врачей-офтальмологов, аспирантов и ординаторов повысить квалификацию на учебной площадке с передовым техническим оснащением под руководством практикующих хирургов — профессионалов мирового уровня.

Обучающимся предоставляется доступ к новейшим достижениям и технологиям в области офтальмологии.

Одной из ключевых целей Института является создание уникальной офтальмологической школы — сообщества единомышленников, где открытое общение и обмен знаниями направлены на повышение качества жизни пациентов.

Вступайте в сообщество Института Краснова и прокладывайте путь к новым знаниям и навыкам в области офтальмологии!

О КУРСАХ

Наш Институт представляет более 40 специализированных программ для офтальмологов, в том числе рекомендованных к обучению в системе НМФО и размещенных на портале edu.rosminzdrav.ru.

Курсы повышения квалификации основываются на передовых научных исследованиях и клинической практике, что позволяет слушателям оставаться на передовой офтальмологических инноваций и успешно внедрять в свою деятельность достижения специалистов нашего института.

Такой подход обеспечивает максимальную эффективность и актуальность обучения, позволяя участникам осваивать уникальные методы и техники, апробированные в ходе хирургической деятельности.

Преподаватели — опытные практикующие врачи, готовые делиться своими знаниями и опытом.

Курсы повышения квалификации по офтальмологии в нашем учебном центре выделяются не только практической направленностью, но и индивидуальным подходом к каждому участнику.



Циклы ДПО
2026 г.

Контакты: г. Москва, ул.Россолимо, 11А
Часы работы: Пн — Пт с 9.00 до 17.00, каб.517
Тел.: +7 (985) 420-06-21. E-mail: dpo@niigb.ru



МЕСТО ВСТРЕЧИ — профессиональные форумы: где и когда ждать «Трейдомед Инвест» в 2026 году?

Открытый диалог и практика: приглашаем на стенды компании для знакомства с технологиями экспертного класса

«Трейдомед Инвест», более 30 лет поставляющая высокие технологии в клиники России и стран СНГ, приглашает вас стать частью ключевых научных событий в России и Центральной Азии

Календарь мероприятий 2026

27–28 марта (Алматы) — I Международный форум «День зрения в Казахстане»

2–3 апреля (Москва) — Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской офтальмологии»

3–4 апреля (Санкт-Петербург) — 23-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии»

28–29 апреля (Екатеринбург) — X Юбилейная Евро-Азиатская конференция по офтальмологии

4–5 июня (Москва) — Научно-практическая конференция «Федоровский Форум: наследие и будущее офтальмологии»

23–25 сентября (Москва) — XIX Российский Общественный Офтальмологический Форум (РООФ)

3–4 октября (Самарканд) — V Международный офтальмологический конгресс IOC Uzbekistan 2026

8–10 октября (Москва) — 26-й Всероссийский научно-практический конгресс с международным участием «Современные технологии катарактальной, роговичной и рефракционной хирургии – 2026»

Что ждет участников на стендах «Трейдомед Инвест»

- ✓ **Практический опыт:** драйлабы и ветлабы, где каждый врач сможет лично протестировать высокотехнологичное оборудование экспертного класса.
- ✓ **Экспертный диалог:** мастер-классы и встречи с ведущими офтальмологами.
- ✓ **Персональный тур:** специалисты компании представят ключевые новинки и покажут в действии оборудование, экспонируемое на стенде.

Наш сайт

Все события компании: календарь встреч



Наш Telegram

Оперативные новости и анонсы



«Трейдомед Инвест»: традиции инноваций с 1992 года!

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412. Тел.: (495) 662-78-66
E-mail: publication@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru



С докладом выступает К.Н. Руссков



К.м.н. М.Б. Агаммедов

объемом ЭЛКС и выходом большого количества клеток пигментного эпителия через разрыв в витреальной полости. Проведена двухпортовая ревизия витреальной полости с мембранопилингом, была проведена замена жидкости на воздух. Через 2 месяца ОЗ повысилась до 0,95, пациент отметил уменьшение искажений. Пациент находится под наблюдением.

Во втором случае пациенту 40 лет поставлен диагноз «регатогенная отслойка сетчатки в наружных квадрантах (macula off)». Из анамнеза — злоупотребление внутривенными наркотиками, алкоголь. План операции: витрэктомия + ЭЛКС + газ/силикон (решение о применении тампонирующего вещества было принято на операционном столе). Пациенту выполнена 25G витрэктомия, введено ПФОС, проведено отделение задней гиаловидной мембраны, под сетчаткой визуализирована густая субретинальная жидкость, в результате «поддавливания» во всех квадрантах выявлены мелкие периферические разрывы; в момент операции выявлен и удален субретинальный тяж; проведена замена ПФОС на воздух, затем последовала круговая ЭЛКС с последующей тампонадой витреальной полости силиконовым маслом 1300. Через 2 месяца ОЗ — 0,25, ВГД — 15 мм рт. ст., хрусталик прозрачный, под сетчаткой сохраняется незначительное количество субретинальной жидкости. Выбор силиконовой тампонады был одобрен анамнезом пациента (были опасения, что пациент не будет строго соблюдать врачебные рекомендации), ИВР — в стадии С posterior (по классификации Махемера), наличием субретинального тяжа и разрывов во всех квадрантах. Пациент находится под наблюдением на предмет удаления силикона.

В заключение Е.И. Хаценко отметил, что для максимальной безопасности при тампонаде витреальной полости по поводу хирургии отслойки сетчатки следует учитывать различные факторы: количество и локализация разрывов, стадия ИВР; консистенция субретинальной жидкости; наличие стационара в клинике; личные особенности пациента: комплаентность, вредные привычки, социальный и трудовой статус, планы на будущее, сопутствующие заболевания; экономическая составляющая. Требуется дальнейшее исследование на предмет того, какое тампонирующее вещество, на какой период, в какой концентрации и в каком объеме использовать в каждом конкретном случае с целью сократить количество оперативных вмешательств и/или упростить последующие операции для сведения к минимуму послеоперационные ограничения.

К.м.н. И.В. Злобин (Москва) представил клинический случай

удаления ПФОС из-под фовеа. Высокая актуальность темы объясняется тем, что ПФОС оказывает значительное токсическое воздействие на сетчатку: находясь в субмакулярном пространстве, ПФОС вызывает механическое разобщение фоторецепторов от ПЭС, а также оказывает прямой токсический эффект, приводящий к необратимой потере фоторецепторов и атрофии сетчатки. Исследования на животных моделях демонстрируют, что даже незначительное количество ПФОС под сетчаткой вызывает воспалительную реакцию, апоптоз клеток ПЭС и фоторецепторов, что гистологически проявляется в виде потери наружных сегментов фоторецепторов и дегенерации ПЭС. Попадание ПФОС под макулу приводит к резкому и часто необратимому падению центрального зрения, при этом восстановление зрения даже после успешного удаления пузыря часто бывает неполным. Автор также отметил, что удаление ПФОС из субмакулярного пространства технически сложно и сопряжено с риском дополнительного повреждения сетчатки и ПЭС.

Офтальмокопически визуализируется яркий пузырек в виде капли, сетчатка над ней приподнята, может создаваться визуальная картина «кратера». ОКТ позволяет точно определить локализацию и размеры пузыря, оценить состояние сетчатки. Пациент предъявляет жалобы на снижение зрения, искажение изображения (метаморфопсии), появление темного пятна в поле зрения.

Механизмы попадания ПФОС под сетчатку. Наличие так называемых «входных ворот»: большого разрыва сетчатки или ретинономии; недиагностированный разрыв или ятрогенное повреждение сетчатки, неудаленная тракция, натяжение сетчатки с подсосыванием ПФОС. Давление сверху: при введении ПФОС в полость стекловидного тела создается избыточное давление, которое «проталкивает» жидкость через разрыв в субретинальное пространство. «Турбулентность»: избыточное ирригационное давление может вызвать фрагментацию пузыря ПФОС и заброс мелких пузырьков субретинно. Динамические маневры: резкие движения пациента или хирурга во время операции могут способствовать попаданию ПФОС под сетчатку.

Хирургическая тактика. Субмакулярная хирургия через ретинономию: создается небольшая ретинономия непосредственно над краем субмакулярного пузыря ПФОС. Ретиномию стараются делать эксцентрично, не в центре макулы. Использование канюли 41 калибра: через ретиномию в субретинальное пространство вводится канюля (41G), ее кончик подводится к пузырю ПФОС, и

проводится аккуратное аспирирование. «Всплывающий маневр»: в некоторых случаях, особенно при небольших пузырях, можно использовать другой пузырь ПФОС для «вытеснения» субмакулярного пузыря через существующий ретинониальный разрыв. В полость глаза вводят ПФОС, который своим давлением выталкивает более легкий (по сравнению с новым ПФОС) субретинальный пузырь через разрыв обратно в стекловидную полость. Этот метод рискованный и может привести к увеличению субретинального пузыря, поэтому применяется редко. Метод «поплавок на воде»: после создания ретинономии солевой раствор BSS вводится под сетчатку с помощью канюли. Этот поток жидкости заставляет «уплывать» пузырек ПФОС и выталкивает его со своего места. Затем происходит его аспирация канюлей через разрыв, либо ретиномию.

Далее автор привел клинический пример пациентки 67 лет с жалобами на отсутствие предметного зрения правого глаза. В стекловидном теле наблюдалась геморрагическая взвесь, на периферии в зоне 11 часов слабо визуализировался крупный клапаный разрыв сетчатки. Была выполнена 25G витрэктомия + эндолазерная коагуляция + газовоздушная тампонада. После рассасывания газа острота зрения 0,05, сетчатка прилежала во всех сегментах, в фовеа субретинально визуализировался пузырек ПФОС. Проведено удаление субретинального содержимого путем постепенной аспирации пузырька ПФОС с использованием экстракционной канюли 25G. Вмешательство привело к повышению остроты зрения до 0,6.

Доктор Г.М. Сиразетдинова (Казань) от группы авторов представила сообщение «Резидуальная отслойка сетчатки. Мониторинг по ОКТ в режиме Shadowgram». Выбор тактики лечения отслойки сетчатки из-за множества особенностей регматогенных отслоек в каждом случае носит индивидуальный характер. Существуют экстраклетральное пломбирование, пневморетинопексия, витрэктомия либо комбинация этих методов.

Резидуальная или остаточная отслойка нейросенсорного слоя сетчатки встречается после хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки, после блокирования разрывов. При резидуальной отслойке может выявляться остаточная субретинальная жидкость между нейросенсорной сетчаткой и пигментным эпителием. Чаще встречается при «несвежих» отслойках, при отслойках сетчатки с привлечением макулы, а также при несоблюдении рекомендованного положения головы после проведения задней витрэктомии. Основные жалобы: метаморфопсии, искажения предметов,

отслоения сетчатки». Успешное обнаружение разрывов сетчатки является важным этапом в хирургии, что позволяет предотвратить рецидив заболевания, при этом правила определения разрывов сетчатки на основании конфигурации субретинальной жидкости сложнее применять в случае рецидивующих отслоек сетчатки и пролиферативной витреоретинопатии. В 2005 году была предложена методика, предусматривающая использование красителя для идентификации разрывов сетчатки во время повторной хирургии.

Автор привел результаты ретроспективного анализа 4 пациентов с повторной РОС после лечения — «para plana витрэктомия» в качестве первичного метода лечения сетчатки во время повторной хирургии проводилось введение трипанового синего в субретинальное пространство.

Автор представил клинический пример оперативного вмешательства при лечении рецидива отслойки сетчатки. Первичный разрыв находился в 11 часах. В верхнем сегменте выполнена ревизия витреальной полости. Поиск разрывов результатов не дал. Введено перфторорганическое соединение, проведено дополнительное окрашивание для лучшей визуализации разрывов, проводится замедленная тампонада на воздух. Далее проведено дренирование, коагуляция, введение газовоздушной смеси. Таким образом, техника экстракции красителя облегчила обнаружение скрытых разрывов, которые находились в зонах преддущего воздействия лазера. Во всех случаях было достигнуто стойкое приращение сетчатки, осложнений не наблюдалось. Использование интраоперационного диагностического метода позволяет хирургу обнаружить разрывы сетчатки, что снижает объем хирургического вмешательства и повышает его эффективность. Использование перфторорганического соединения перед инъекцией красителя может снизить риск токсического повреждения нейросенсорной сетчатки к макуле.

На снимках, выполненных в режиме Shadowgram, наблюдаются затененные участки в виде полос; при наблюдении пациентов с резидуальной отслойкой сетчатки в динамике можно видеть положительную динамику теней, которая коррелируется с повышением остроты зрения и уменьшением метаморфопсий.

Затем автор продемонстрировала несколько клинических случаев, при этом подчеркнула, что для успешного оперативного лечения отслойки сетчатки и рассасывания резидуальной жидкости необходимо соблюдать следующие условия: должны быть обнаружены все разрывы; при экстраклетральном пломбировании разрывы должны быть адекватно тампонируемы эластичной пломбой; после витреоретинопексии операций с применением газовоздушной тампонады необходимо рекомендовать пациенту в раннем послеоперационном периоде вынужденное положение «лицом вниз» до рассасывания субретинальной жидкости, что является необходимым условием для прилегания сетчатки.

Подводя итог выступлению, докладчик напомнила, что интраоперационные снимки в режиме Shadowgram позволяют выявить площадь распространения остаточной жидкости после хирургии отслойки сетчатки в динамике и выбрать дальнейшую тактику лечения; тактика ведения резидуальной отслойки сетчатки — выжидательная; резидуальная жидкость рассасывается в течение года, складки разглаживаются с улучшением зрительных функций и исчезновением метаморфопсий. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с остатками силикона или ПФОС под сетчаткой, а также с дупликациями ретинониальных складками.

Доктор К.Н. Руссков (Москва) от группы авторов выступил с докладом на тему «Идентификация разрывов сетчатки во время повторной витрэктомии при рецидиве

газовоздушной тампонады». Золотым стандартом хирургического лечения сквозного макулярного разрыва (СМР) является витрэктомия с мембранопилингом + тампонада газовоздушной смесью. Варианты: перевернутый лоскут ВПМ, аппликация аутоплазмы, сохранение ВПМ, сочетание методик, различные варианты тампонады. Варианты эндотампонады: газовоздушная смесь силиконовое масло, стерильный раствор BSS.

Среди преимуществ, которыми обладает тампонада BSS, автор выделила отсутствие необходимости вынужденного положения «вниз лицом»; быстрое восстановление качественного зрения; уменьшение риска транзиторной офтальмогипертензии; скорая оценка результата хирургического лечения; возможность авиаперелетов.

На сегодняшний день существуют два вида БоТП: богатая тромбоцитами плазма (PRP) и аутологичная плазма (АСР). АСР плазма обладает большим количеством тромбоцитов по сравнению с PRP и практически полным отсутствием лейкоцитов, что исключает возможность возникновения локальных иммунных реакций, выработку про- и противовоспалительных цитокинов.

Методика хирургического лечения СМР без интра- и послеоперационной тампонады: стандартная трехпортовая 25G центральная витрэктомия — стандартное окрашивание ВПМ — круговой ВПМ-рексис — сближение краев разрыва путем пассивной аспирации без касания краев разрыва — аппликация PRP. Острота зрения повысилась с 0,1 до операции до 0,8 через один месяц.

Далее автор привела пример применения бинарной аппликации БоТП: трансретинальное введение PRP — смыкание — далее следует нанесение АСР для формирования тромбобитарной мембраны. Обязательным условием является положение тела строго горизонтально на спине в течение нескольких часов после операции. Острота зрения повысилась с 0,2 до операции до 0,8 через один месяц после вмешательства.

С заключительным докладом сессии на тему «Регматогенный гематофтальм. Рассасывать нельзя, оперировать» выступила от группы авторов доктор И.Р. Омариева (Москва). Частота встречаемости нетравматического гематофтальма — 7 случаев на 100 000 населения в год. Причинами нетравматического гематофтальма являются: влажная форма ВМД, посттромботическая ретинопатия, диабетическая и другие пролиферативные ретинопатии, более редкие патологии (болезнь Ильса, ретинопатия Вальсальвы). До 30% случаев нетравматического гематофтальма имеют регматогенную природу.

Механизм возникновения гематофтальма при ретинономии: разрыв кровеносного сосуда, расположенного над клапаном разрыва сетчатки — кровотечение — регматогенный гематофтальм. Общепринятая тактика ведения. При непрозрачных оптических средах офтальмоскопия невозможна, стандартное УЗИ не всегда является информативным. При ультразвуковой картине гематофтальма с прилежащей сетчаткой обочерпной тактикой является выжидательная консервативная тактика (ангиопротекторы, гемостатические препараты, антикоагулянты, ферментные препараты). Однако, консервативное лечение может приводить к возникновению отслойки сетчатки.

В-сканирование также имеет ряд недостатков: разрешающая способность датчика 100 мкм; имеется «мертвая зона», находящаяся перед датчиком. Ультразвуковая



Лауар Мохаммед Сали



Профессор И.Э. Иошин

биомикроскопия: разрешающая способность датчика 50 мкм; метод позволяет оценить периферический витреоретинониальный интерфейс. Комбинация двух методик позволяет в полной мере оценить состояние глазного дна при непрозрачных оптических средах.

Цель работы заключалась в разработке системы диагностики, основанной на комплементарности методов ультразвукового исследования, подтверждающей регматогенный генез гематофтальма, и оценке эффективности раннего хирургического лечения при регматогенном гематофтальме.

В исследовании приняли участие две группы пациентов. Основную группу составили 43 пациента с гематофтальмом, сетчатка прилежала; диагностика включала В-сканирование + УМБ. Вторую группу составили 39 пациентов с отслойкой сетчатки на фоне консервативного лечения

гематофтальма; диагностика включала В-сканирование.

Авторами разработан двухэтапный протокол УЗ-диагностики. На первом этапе проводилось В-сканирование, которое выявило в 26 случаях из 43 преретинальные признаки разрыва; преретинальные гиперэхогенные включения стекловидного тела; фиксация задней гиаловидной мембраны к сетчатой оболочке, вызывающей ее локальную приподнятость; прямые признаки разрыва в 5 случаях из 43. Ультразвуковая биоимикроскопия подтвердила 26 предположений; выявлено 16 дополнительных разрывов.

Во всех случаях проведены следующие манипуляции: ФЭК с имплантацией ИОЛ, микроинвазивная субтотальная витрэктомия, введение ПФОС, витрэктомия базиса и прецилиарных отделов СТ, лазеркоагуляция сетчатки, последовательная замена ПФОС/воздух.

Применение данного подхода позволило своевременно провести хирургическое лечение, что предотвратило развитие отслойки сетчатки и способствовало достижению высоких анатомических и функциональных результатов.

Сессия «Авангард витреоретинониальной хирургии»

Профессор И.Э. Иошин (Москва) выступил с докладом на тему «Профилактика эндофтальмита после интравитреальных инъекций (ИВИ). Медикаментозное сопровождение (антибиотик или антисептик)». При интравитреальных инъекциях сохранение остроты зрения в клинической практике связано с преемственностью терапии. При адекватном лечении в зависимости от его эффективности и выбора препарата в первый год число инъекций составляет от 5 до 7, во второй год — от 3 до 5, далее — 2–3 инъекции в год. Помимо эффективности возрастает актуальность обеспечения безопасности ИВИ.

Автор представил общесоматические (сердечно-сосудистые) побочные эффекты после ИВИ различных молекул. Раннимизмаб: при инъекции в стекловидное тело (СТ) возможно развитие артериальных тромбозов, осложнений. Риск развития инсульта может быть выше при наличии у пациентов факторов риска, включая перенесенный ранее инсульт или транзиторные нарушения мозгового кровообращения в анамнезе. Брололизумаб: при интравитреальном введении возможно развитие системных побочных эффектов, включая кровотечения, внеглазную локализацию и артериальные тромбозы. Существует вероятная теоретическая связь этих явлений с ингибированием

«ПЕРИКОМ» — золотой стандарт периметрии российской офтальмологии

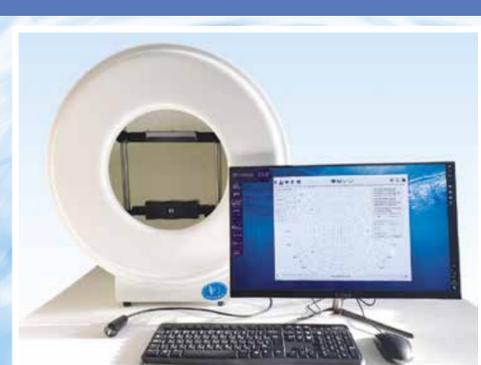
Прибор для исследования поля зрения «Периграф ПЕРИКОМ» единственный выпускаемый в Российской Федерации периметр уровня европейского «Золотого стандарта» входит в обязательный перечень Минздрава России оснащения кабинета офтальмолога.

В группе автоматических статических периметров «ПЕРИКОМ» по диагностическим возможностям соответствует периметрам европейского уровня «Золотого стандарта» — проекционным моделям «ОСТОРУС» и «HUMPHREY».

Прибор в рядовом лечебном учреждении позволяет проводить тесты по надпороговой (упрощенной) периметрии, а также по единым пороговым тестам стандартного Европротокола.

Цель — в рядовых лечебных учреждениях России повышение качества диагностики и контроля динамики заболевания у пациентов с глаукомой, дистрофией сетчатки, заболеваниями зрительного нерва, окклюзиями сетчатки и другими тяжелыми патологиями органа зрения с учетом возрастных изменений, осуществление единого подхода оценки данных пороговой периметрии глаза с зарубежными публикациями, корректировка динамики лечения.

Прибор для исследования поля зрения «Периграф ПЕРИКОМ»



Пороговые и надпороговые тесты периметрии глаза

— цвет световых стимулов белый, фон подсветки белый (КТРУ 26.60.12.119 — 00000726)

— цвет стимулов тах видности УГ, фон подсветки белый (КТРУ 26.60.12.119 — 00000730)

Комплектность поставки

Периграф «ПЕРИКОМ» с компьютером в корпусе «mini» с широкоформатным монитором 19.5" или моноблоком 23.8", лицензионным WINDOWS 10 и установленным прикладным ПО

— поставка с цветным струйным или лазерным принтером

Периграф «ПЕРИКОМ» с полно-размерным ноутбуком 17.3", лицензионным WINDOWS 10 и установленным прикладным ПО

— поставка с цветным струйным или лазерным принтером

Производитель:

ООО «СКТБ Офтальмологического приборостроения «ОПТИМЕД»
www.optimed-sktb.ru e-mail: info@optimed-sktb.ru
тел. 8(495) 741-45-67; 8(495) 786-87-62



Д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург)



К.м.н. К.А. Урх (Астана)



Справа к.м.н. П.А. Илхохин

VEGF. Данные по безопасности применения брочулизумаба у пациентов с ВМД с инсультом, транзиторной ишемической атакой или инфарктом миокарда в анамнезе за последние 3 месяца ограничены. Таким пациентам брочулизумаб следует применять с осторожностью. Афилиберцепт: после ИВИ ингибиторов VEGF были отмечены системные нежелательные явления, в т.ч. кровоизлияния вне органа зрения и тромбоэмболия артерий. Существует теоретический риск связи этих явлений с ингибированием VEGF. Фаримидаб: после интравитреального введения отмечались системные нежелательные явления, в т.ч. тромбозы артерий. Существует теоретический риск того, что они могут быть связаны с ингибированием VEGF. В клинических исследованиях препарата у пациентов с нВМД, ДМО и макулярным отекom вследствие ОВС наблюдалась низкая частота новых случаев явлений артериальной тромбоза.

Местные побочные эффекты ИВИ: кровоизлияния под конъюнктиву, переходящие болевые ощущения, плывающие включения в СТ, кратковременное повышение ВГД, катарактогенный эффект. Хирургические осложнения ИВИ: отслойка сетчатки, повреждение хрусталика, эндофтальмит (внутриглазное воспаление). Внутриглазная хирургическая контаминация может возникнуть в момент манипуляций (операция, инъекции, и др.), блокируется антисептиками и после манипуляций (операции с разрезами, в т.ч. «бесшовные») блокируется антибиотиками.

Механизм контаминации при ИВИ: инфицирование препарата при вводе препарата в шприц; занос с видимой в полость глаза контаминированной инъекционной иглой; рефлюкс содержимого конъюнктивальной полости через инъекционный канал.

Частота эндофтальмита при ИВИ. Проанализирована частота эндофтальмита после 353 978 ИВИ анти-VEGF препаратов при различной патологии. При неоваскулярной ВМД — 119 случаев из 296 017 (эндофтальмит 1/2487, 0,040%); при диабетическом отеке — 12 случаев из 24 541 (эндофтальмит 1/2045, 0,049%); при венозных окклюзиях — 4 случая из 32 418 (эндофтальмит 1/8104, 0,012%). Риск эндофтальмита выше при диабете, чем при венозных окклюзиях. Средний возраст пациентов при ВМД — 81,9 лет, сахарном диабете — 64,7 лет, венозных окклюзиях — 73,4 лет.

Основным источником контаминации при ИВИ — микрофлора конъюнктивы и век. Повидон-йод существенно сократил риск эндофтальмита. Исследование

результатов применения повидон-йода показало низкую частоту эндофтальмита после ИВИ; отказ от местного использования повидон-йода существенно повышает риск возникновения эндофтальмита; использование местных антибиотиков не является более стандартом протокола ИВИ.

Автор отметил, что вместо повидон-йода возможно применение хлоргексидина. Это — антисептический препарат, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий; субстанция хлоргексидина биологически выпускается в виде 20% водного раствора. Для обработки операционного поля разводит 20% до 0,5%, применяется 2 раза с интервалом в 2 минуты. Обработка век проводится 10% раствором, слизистых — 5% раствором. Дополнительно возможна обработка в конце процедуры. Частота эндофтальмита в группе 40 535 ИВИ составила 0,0074% — 3 случая. Таким образом, применение хлоргексидина доказывает первоочередную роль антисептики.

Д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург) от группы авторов выступил с докладом, в котором продолжил тему лечения эндофтальмита. В сообщении речь шла об эффективности применения квантовых точек при лечении эндофтальмита, вызванного синегнойной палочкой. Докладчик напомнил, что эндофтальмит представляет собой воспаление внутренних оболочек глаза с образованием экссудата в витреальной полости/передней камере. В настоящее время наблюдается тенденция к снижению заболеваемости, связанная с совершенствованием методик, повышением стерильности, профилактическим применением АВ. Однако число после операционного эндофтальмита остается высоким вследствие роста количества офтальмологических вмешательств.

Анализ собственных данных, касающихся распределения бактериальных эндофтальмитов, показал, что в значительном проценте случаев (28,7%) выявлено отсутствие чувствительности к антибиотикам. В этой группе пациентов отмечены максимально низкие анатомические и функциональные результаты.

Цель работы заключалась в разработке экспериментальной технологии лечения лекарственно резистентного эндофтальмита с помощью конъюнктов на основе наночастиц (квантовых точек).

У лабораторных животных первой группы, получавших традиционное лечение — ИВВ 2,25 мг/0,1 мл цефтазидима, наблюдался минимальный регресс заболевания; кролики второй группы, получавшие ИВВ раствора Ag (10%)/InP/ZnS OPA 0,1 мл в стандартной 10%, 0,1% и 0,01% концентрациях продемонстрировали выраженный

регресс; кролики третьей группы, получившие ИВВ Ag(10%)/InP/ZnS 0,1 мл в 10%, 0,1% и 0,01% концентрациях, в сочетании с 2,25 мг/0,05 мг цефтазидима продемонстрировали полный регресс.

К.м.н. П.А. Илхохин (Москва) от группы авторов выступил с докладом на тему «Новая роговичная линза интегрируемого типа для проведения витреоретинальных операций при непрозрачности роговицы». В большинстве случаев успех витреоретинальной хирургии зависит от прозрачности сред. Современные подходы к решению проблемы включают эндоскопические системы, временные кератопротезы, послойная кератопластика, однако методы имеют как преимущества, так и недостатки.

Авторы поставили перед собой задачу, которая заключалась в разработке нового устройства, способного решить проблемы донорского материала, обеспечить высокое качество визуализации, снизить инвазивность, обеспечить возможность разделения этапов. Устройство представляет собой роговичную линзу т-образную линзу, интегрируемую в минимальный линейный разрез. Линза позволяет создать вертикальную оптически прозрачную среду, не требует постоянной шовной фиксации, позволяет развести во времени витреоретинальную хирургию и сквозную кератопластику. Диаметр шляпки линзы 4 мм, диаметр ножки 2,5 мм, высота ножки 2 мм. Поверхность ножки матирована, что обеспечивает высокий коэффициент трения.

Принцип действия: линза имплантируется в линейный роговичный разрез, возможно использование ретроградных швов для разведения краев роговичного разреза. Приведенные клинические примеры продемонстрировали возможности Т-линзы, а именно: устройство позволяет обеспечить качественную визуализацию заднего отдела при помутнении роговицы или трансплантата; снизить травматичность вмешательства за счет малого линейного разреза и отсутствия необходимости в немедленной сквозной кератопластике; разделить по времени этапы витреоретинальной хирургии и переднюю роговицу, что особенно важно в условиях дефицита донорского материала и при неотложных показаниях.

«Вектор на устойчивый контроль экссудативных заболеваний сетчатки» — тема доклада к.м.н. К.А. Урха (Астана, Казахстан). К экссудативным заболеваниям сетчатки относятся две группы заболеваний: нВМД (проведено исследование Pulsar) и ДМО (исследование Photon). Основные потребности врачей и пациентов: 1. Пролонгированность действия, чтобы повысить удобство врачей и пациентов, благодаря снижению бремени

лечения; 2. Уверенность в достижении устойчивого улучшения зрения без компримиссов по безопасности с использованием предсказуемого и хорошо известного препарата; 3. Резорбция отечка сетчатки, как параметр успешности лечения.

Исследование Pulsar проводилось в 223 центрах в 26 странах мира. Мультицентровое рандомизированное двойное слепое исследование III фазы у пациентов с нВМД, ранее не получавших лечение. Дизайн исследования: сравнение афилиберцепта 2 мг при дозировании каждые 8 недель с 2 группами афилиберцепта 8 мг.

Критерии включения: мужчины или женщины в возрасте > 50 лет с нелеченой нВМД; активная субфовеальная ХНВ с общей площадью > 50% от общей площади поражения в исследуемом глазу; наличие ИРЖ и/или СРЖ в центральной зоне на ОКТ; МКОЗ 78-24 буквы (эквивалент Снеллена 20/32-20/320) со снижением зрения из-за ВМД.

Критерии исключения: ДР, ДМО или любое заболевание сосудов сетчатки, кроме нВМД, в любом глазу; разрывы ПЭС, рубцы, фиброз или атрофия в центральной зоне исследуемого глаза; общий размер поражения > 12 площадью ДЗН (30,5 мм², включая кровь, рубцы и неоваскуляризации) по оценке ФА в исследуемом глазу; неконтролируемая глаукома (ВГД > 25 мм рт. ст., несмотря на прием антиглаукомных препаратов) в исследуемом глазу; экстра/периокулярная инфекция или воспаление в любом глазу при скрининге/рандомизации; неконтролируемое артериальное давление (САД > 160 мм рт. ст. или ДАД > 95 мм рт. ст.).

Режим дозирования: пациентам получали 3 начальные ежемесячные инъекции афилиберцепта, далее проводилось лечение в соответствии с выбранным интервалом и дозировкой. Начиная с 16 недели пациенты совершали видный скрининг/рандомизацию. Начиная с 16 недели пациенты совершали видный скрининг/рандомизацию. Начиная с 16 недели пациенты совершали видный скрининг/рандомизацию. Начиная с 16 недели пациенты совершали видный скрининг/рандомизацию.

Пациентам из групп терапии 8 мг интервал между инъекциями мог быть изменен при возникновении активности заболевания, критериями которого являлось увеличение толщины центральной зоны сетчатки > 25 мкм или новая неоваскуляризация в фовеа или кровоизлияние в фовеа.

Результаты Pulsar. Пациенты из всех групп продемонстрировали сопоставимую прибавку МКОЗ на 48-й неделе (первичная конечная точка, которая поддерживалась до 96-й недели). Уже после 3 ИВИ афилиберцепта большинство пациентов достигло отсутствия экссудации в сетчатке с сохранением тенденции к 48-й неделе. Наблюдалось сопоставимое уменьшение ТПЗС к концу 2-го года исследования между обеими группами. В

среднем пациенты из групп терапии афилиберцептом 8 мг за год лечения получили менее 6 инъекций, за два года — менее 10 инъекций. Профиль безопасности относительно глазных НЯ афилиберцепта в дозировке 8 мг был сопоставим с афилиберцептом в 2 мг.

Исследование Photon проводилось в 138 центрах в 7 странах мира. Дизайн исследования — сравнение афилиберцепта 2 мг в фиксированном режиме с 2 группами афилиберцепта 8 мг. Многоточечное, рандомизированное двойное слепое исследование фазы II/III с участием ранее леченных и нелеченных пациентов с ДМО.

Критерии включения: взрослые с диабетом I или II типа; ДМО с центральной поражением при ЦТС > 500 мкм в исследуемом глазу по данным считывающего центра; МКОЗ 78-24 букв (эквивалент Снеллена 20/32-20/320) со снижением зрения из-за ДМО.

Критерии исключения: активная ПДР в исследуемом глазу; ПРЛК или лазерная фотокоагуляция в исследуемом глазу в течение 12 недель до скринингового визита; внутриглазные или периокулярные стероиды в исследуемом глазу в течение 16 недель до скринингового визита.

Пациенты в группе 2 мг получили пять загрузочных ежемесячных инъекций; три загрузочные ежемесячные инъекции в группах 8 мг. Пациенты проходили лечение в соответствии с назначенным интервалом и дозировкой; начиная с 16 недели пациенты совершали видный скрининг/рандомизацию; неконтролируемое артериальное давление (САД > 160 мм рт. ст. или ДАД > 95 мм рт. ст.).

Результаты. Пациенты из обеих групп 8 мг продемонстрировали сопоставимое улучшение МКОЗ по сравнению с группой 2 мг. Улучшение МКОЗ, достигнутое на 48-й неделе, сохранялось до конца исследования в группах 2 мг и 8 мг. Наблюдалось сопоставимое уменьшение ТПЗС к концу второго года исследования между всеми группами. Пациенты в группах афилиберцепта 8 мг за первый год получили менее 6 ИВИ, за два года — менее 10 инъекций. Профиль безопасности относительно глазных НЯ афилиберцепта в дозировке 8 мг был сопоставим с афилиберцептом в 2 мг.

К.м.н. Д.В. Черных (Новосибирск) выступил с докладом «Когда точка, которая поддерживалась до 96-й недели». Уже после 3 ИВИ афилиберцепта большинство пациентов достигло отсутствия экссудации в сетчатке с сохранением тенденции к 48-й неделе. Наблюдалось сопоставимое уменьшение ТПЗС к концу 2-го года исследования между обеими группами. В

чертами лица и телосложения, нарушениями слуха, при котором происходит нарушение структуры коллагена II, IX, XI типов. В 1965 году американский врач Г.Б. Стиклер выделил новое заболевание, основными симптомами которого были прогрессирующая миопия, заканчивающаяся отслойкой сетчатки, а также преждевременные изменения в суставах, их гипермобильность и расширение эпифизов. Частота встречаемости — 1 случай на 7500-10 000 человек.

Выделяют пять типов синдрома Стиклера. Для синдрома Стиклера I, II и III типов характерен аутоиммунно-доминантный тип наследования; достаточно получить от родителей хотя бы одну копию «дефектного» гена, чтобы проявилась патология. Для синдрома Стиклера IV и V типов характерен аутоиммунно-рецессивный тип наследования: болезнь проявляется в том случае, если ребенок получает от родителей по одной копии гена с мутацией, сами родители при этом являются бессимптомными носителями мутаций.

Заболевание дебютирует в младенчестве или в детском возрасте. Развернутая клиническая картина наблюдается после 30-летнего возраста и постоянно прогрессирует. У новорожденных и в раннем возрасте отмечаются увеличение и гиперподвижность суставов. В подростковом периоде появляются боль и тугоподвижность в суставах; после 30 лет — выраженная дегенеративная артропатия (поражение суставов дистрофической природы) таза, коленных и голеностопных суставов.

Глазные патологии: миопия, отслоение сетчатки, катаракта, глаукома, аномалии стекловидного тела.

Далее автор привел клинический случай пациента 15 лет, который обратился с жалобами на резкую потерю зрения левого глаза в течение 3 дней. Острота зрения при обращении 0,001. Мелили лазерная фотокоагуляция в исследуемом глазу в течение 12 недель до скринингового визита; внутриглазные или периокулярные стероиды в исследуемом глазу в течение 16 недель до скринингового визита.

Пациенты в группе 2 мг получили пять загрузочных ежемесячных инъекций; три загрузочные ежемесячные инъекции в группах 8 мг. Пациенты проходили лечение в соответствии с назначенным интервалом и дозировкой; начиная с 16 недели пациенты совершали видный скрининг/рандомизацию; неконтролируемое артериальное давление (САД > 160 мм рт. ст. или ДАД > 95 мм рт. ст.).

Результаты. Пациенты из обеих групп 8 мг продемонстрировали сопоставимое улучшение МКОЗ по сравнению с группой 2 мг. Улучшение МКОЗ, достигнутое на 48-й неделе, сохранялось до конца исследования в группах 2 мг и 8 мг. Наблюдалось сопоставимое уменьшение ТПЗС к концу второго года исследования между всеми группами. Пациенты в группах афилиберцепта 8 мг за первый год получили менее 6 ИВИ, за два года — менее 10 инъекций. Профиль безопасности относительно глазных НЯ афилиберцепта в дозировке 8 мг был сопоставим с афилиберцептом в 2 мг.

Продемонстрированные автором клинические случаи подтвердили высокую эффективность витректомию в качестве основного хирургического метода лечения эндофтальмита. Ведущую роль в борьбе с послеоперационным эндофтальмитом играет комплексная профилактика, основой которой является строгое соблюдение

протокола, а именно: выявление факторов риска — тщательное предоперационное обследование пациентов с целью идентификации индивидуальных факторов риска развития инфекции; соблюдение мер предосторожности; антисептическая обработка — обязательное использование 5% раствора повидон-йода для обработки операционного поля (перiorбитальная зона) и поверхности глаза; антибиотикопрофилактика — рутинное интракамерное введение антибиотиков в конце операции; тактика лечения — при развитии эндофтальмита необходимо незамедлительно назначать мощную эмпирическую противомикробную терапию с последующей ее коррекцией по результатам бактериологического исследования.

С докладом на тему «Двухэтапная стратегия лечения эндофтальмитов» от группы авторов выступил доктор И.В. Мышко (Москва). Докладчик напомнил, что при эндофтальмите витректомию выполняют не только функцию доставки антибактериальных препаратов в полость глаза, но и способствует снижению микробной и воспалительной нагрузки.

Современные тренды лечения эндофтальмитов заключаются в ранней pars plana витректомию с разными вариантами эндотампонады + комбинации различных гидрофильных АВ.

Автор привел клинический случай пациентки, которой накануне было выполнено ИВВ по поводу ВМД. Пациентка поступила на операцию с неправильной проекцией. На глазном дне — выраженная инфильтрация, гнойная воспалительная экссудация, для улучшения визуализации проведен рексис, через небольшой разрез введено незначительное количество перфтордекалина для механической диссекции этой ткани, затем удаляются пузыри перфтордекалина с гнойными преципитатами, операция заканчивается тотальным введением перфтордекалина, введением воздуха в передний отдел глаза, субтеноновым введением раствора триамцинолона ацетонида. Через 5 дней проведено мультимодальное обследование, которое выявило, что роговица приемлемо прозрачна, ПФОС — в переднем отделе глаза, геморрагическая отслойка пигментного эпителия сетчатки. Через 1,5 месяца — глаз спокоен, некоторое повышение остроты зрения. На втором этапе проводится удаление ПФОС, в случае необходимости — лазерное вмешательство, смена ПФОС на воздух/БСС/газ/силиконовое масло в случае нестабильности сетчатки. Через 4 месяца после проведения второго этапа — МКОЗ = 1,0; проведена вторичная имплантация с 4-точечной фиксацией ИОЛ к склере с получением хорошего функционального исхода.

Завершила работу сессии О.В. Сафонова (Екатеринбург), представившая доклад на тему «Хирургические подходы к лечению хронического эндофтальмита (на примере клинического случая)». Хронический эндофтальмит (ХЭ) на артрафикационном глазу развивается вследствие попадания низковирулентной бактериальной инфекции в капсульный мешок с последующим развитием хронического воспаления. Для ХЭ характерны позднее начало, преципитаты, гипопион, витрит, специфический фиброз и белесватые бляшки в пределах капсульного мешка. Консервативная терапия имеет малую и кратковременную эффективность.

Варианты хирургических вмешательств для лечения ХЭ: промывание капсульного мешка антибиотиком; ИВВ антибиотиков; витректомию pars plana с ИВВ антибиотиков; витректомию pars plana

с частичной капсулэктомией и ИВВ антибиотиков; введение раствора антибиотика в витреальную полость с тампонадой ПФОС. Однако, как показывает опыт, эти варианты не эффективны.

Золотым стандартом лечения является удаление ИОЛ с капсульным мешком единым блоком, витректомию pars plana с ИВВ антибиотиками. На ранних стадиях возможно удаление ИОЛ с капсульным мешком единым блоком передним доступом с одномоментной заменой ИОЛ или отсроченной вторичной имплантацией ИОЛ.

Автором был представлен клинический случай пациентки 65 лет, прооперированной по поводу катаракты и получавшей последующее лечение в другой клинике в течение 10 месяцев. Пациентке проведена стандартная хирургия катаракты на правом глазу с хорошим визуальным результатом. На вторые сутки произошло безболезненное резкое снижение зрения. Поставлен диагноз «иридодихлит с гипопионом», пациентка успешно пролечена с положительной динамикой. Через 10 дней последовало ухудшение, курс консервативной терапии эффекта не имел. Проведена задняя тотальная витректомию + удаление ИОЛ + взятие содержимого на посев + промывание ПК ванкомицином + ИВВ ванкомицина и цефтазидима. Пациентка была выписана с улучшением. ОЗ правого глаза = 0,6.

В последующий период ежемесячно наблюдались обострения воспалительного процесса,

присоединился кистозный макулярный отек. Пациентка получала значительное количество АВ местно и системно, длительно применяла метилпреднизолон. Проведено промывание витреальной полости.

По результатам посева выявлены грамотрицательные облигатные аэробы, обладающие природной устойчивостью ко многим антибиотикам. Вызывают гнойно-воспалительные процессы в органе. В глазу вызывают эндофтальмиты, кератиты. Имеют свойство плотно прикрепляться к стенкам капсульного мешка и вызывать вторичную имплантацию ИОЛ.

Пациентка обратилась в ЕЦ «Микрохирургия глаза» в апреле 2025 г. Острота зрения правого глаза 0,005, тонометрия — 33 мм рт. ст., незначительное гнойно-воспалительное воспаление роговицы. С 2024 года — стероидный диабет, синдром Кушинга, токсический (лекарственный) гепатит, миалгия, дерматит, прибавила в весе 8 кг. Диагностическое обследование выявило умеренное количество преципитатов, взвеси в витреальной полости, умеренно выраженный кистозный макулярный отек; по данным ультразвуковой биомикроскопии выявлены остатки капсульного мешка. В ходе операции проведена ревизия передней гиалюидной мембраны, передним доступом удален капсульный мешок со всем патологическим содержимым (взято на посев), проведена ревизия витреальной полости, удалены остатки передней гиалюидной мембраны,

инфильтрированные участки стекловидного тела в передних отделах. Для санации полости и достижения хорошей визуализации применена техника склеродепрессии. В задних отделах изменения практически не выявлены.

Результаты микробиологического исследования выявили обильный рост *Achromobacter Xylosoxidans* в содержимом капсульного мешка. Через 5 месяцев после вмешательства острота зрения 0,9, глаз спокойный; на момент доклада пациентка находилась без местной терапии 1 месяц, без системной терапии 4 месяца, произошла нормализация веса, планируется вторичная имплантация ИОЛ.

Таким образом, консервативное лечение хронического эндофтальмита на артрафикационном глазу не излечивает, а только обеспечивает его ремиссию; рецидив воспалительного процесса (даже однократный) при ХЭ является показанием для хирургического лечения — удаления ИОЛ с капсульным мешком; рецидив воспалительного процесса после удаления ИОЛ при ХЭ может быть вызван даже небольшим остаточным фрагментом капсульного мешка (можно задействовать УВМ). Для полного выздоровления при ХЭ эффективно только полное удаление капсульного мешка.

(продолжение следует)

Репортаж подготовил

Сергей Тумар

Фотографи с сайта

pirogovforum.com

в свободном доступе

ГИАЛВИСК

РАСТВОР ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ВИСКОЭЛАСТИЧНЫЙ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ

КОНТРОЛИРУЕМЫЙ
КАПСУЛОРЕКСИС

БЕЗОПАСНАЯ
ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ

ПРЕДСКАЗУЕМОСТЬ
ИМПЛАНТАЦИИ
ВСЕХ ТИПОВ ИОЛ

Долговременно поддерживает объем передней камеры глаза или капсульного мешка

Имеет идеальную прозрачность для максимальной видимости во время хирургии

Формирует защитный барьер тканей глаза

Обеспечивает отличную визуализацию для работы с микроинструментом и имплантацией ИОЛ

Производится из гиалуроната натрия высокой степени очистки методом биоферментации

Когезивный - легко удаляется, предотвращая подъем внутриглазного давления

Полная прозрачность роговицы на первые сутки после операции

Предназначен для всех типов операций

ГИАЛВИСК

Полимер	Биоферментация
Концентрация гиалуроната натрия	1,2%; 1,4%; 1,6%
pH раствора	6,8 - 7,6
Осмолярность раствора	300 - 360 мОсм/кг
Молекулярный вес гиалуроната натрия	1,9 - 2,1 MD
Вязкость при нулевом сдвиге	40 000 мПа·с
Хранение	от +2°C до +25°C
Канюля	25 G

ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»

Телефон/факс: (347) 223-44-33, 277-61-61, 277-62-62

e-mail: market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru

Современные технологии катарактальной, рефракционной и роговичной хирургии

25-Всероссийский научно-практический конгресс с международным участием

2-4 октября, г. Москва

Организаторы: ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России; Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

В работе форума приняли участие 3803 офтальмолога (2132 очно, 1671 онлайн) из 62 регионов России и 10 зарубежных стран. Было проведено 16 операций в прямом эфире, 132 докладчика выступили с 299 докладами в ходе работы 39 научных секций.

Секция «Проблемы и решения в хирургии катаракты и интраокулярной коррекции»

Открыл работу секции д.м.н. Н.П. Соболев (Москва), выступивший от группы авторов с докладом «От сложного к элегантному: оптимизация техники имплантации искусственной радужки в капсульный мешок». Докладчик поделился опытом реконструкции поврежденной радужной оболочки или при ее потере, которые часто встречаются при проникающих ранениях, при контузии, открытой и закрытой травме, что во всех случаях приводит к низкой остроте зрения, светобоязни, засветам, косметической неудовлетворенности.

На первом этапе вмешательства с помощью специальной палеты определяется площадь дефекта радужки для принятия решения о проведении либо шовной пластики, либо о замещении с применением искусственной радужки (ИР).

Имплантация искусственной радужки проводится в капсульный мешок, в цилиарную борозду, а также методом подшивания. При имплантации в капсульный мешок используется модель FO, либо модель, производимая в ЭТП «Микрохирургия глаза». Показаны случаи имплантации ИР в капсульный мешок являются посттравматические дефекты (посттравматический мириаз, ириодолиаз, больше по размеру колобомы); послеоперационные дефекты (колобомы радужной оболочки после удаления ее новообразования); врожденные дефекты (врожденная полная или частичная аниридия, врожденные больше по размеру колобомы).

Среди сложностей данной технологии д.м.н. Н.П. Соболев назвал интраоперационные осложнения, а именно: разрыв края капсулорексиса, разрыв задней капсулы хрусталика, разрывы связок хрусталика, смещение капсульной сумки, смещение ИОЛ, несоответствие размеров капсульного мешка и ИР, дислокация комплекса в полость стекловидного тела.

Меры профилактики: капсулорексис увеличенного диаметра (около 6 мм), стабилизация дефекта связочного аппарата с помощью интракапсульного кольца (ВКК), стабилизация капсульного мешка с линейным увеличением размера капсулорексиса, использование комбинации вискоэластиков, протекция роговицы дополнительным инструментом в момент расплавления искусственной радужки. При имплантации ИР большого диаметра в капсульные мешки авторами предлагается использовать иридокапсулярные крючки, производимые ЭТП «Микрохирургия глаза», обеспечивающие безопасность, прогнозируемость результата, сохранность связочного аппарата хрусталика. Технология



Профессор К.Б. Першин, профессор В.Н. Трубилин

применима при способе раздельной имплантации ИОЛ и ИР. Далее д.м.н. Н.П. Соболев привел клинические примеры применения технологии при врожденной полной аниридии с рождения при гиперметропии высокой степени; при имплантации ИР в результате драки; иридоциклосклерозитом по поводу новообразования радужки и цилиарного тела.

В заключение автор отметил, что имплантация ИР в капсульный мешок является наиболее безопасным методом; раздельная техника имплантации ИР с использованием капсульных крючков демонстрирует высокий уровень безопасности; методика отличается щадящим отношением к тканям и высокой предсказуемостью результатов; техника обеспечивает сохранность связочного аппарата хрусталика. Идея раздельной имплантации, по словам автора, была высказана академиком РАН Х.П. Тахчиди.

С докладом на тему «Развитие сохраняющих функцию радужки технологий подшивания ИОЛ» выступил академик РАН Х.П. Тахчиди. Докладчик обратил внимание на то, что основная задача микроконструктивной хирургии глаза состоит в минимализации объема манипуляций и неразрывно связанной с ней атравматичности. Исследование причин перемещения комплекса «ИОЛ-капсульный мешок», как правило, выявляет разрушение цинновых связок верхней полусферы. Использование фиксирующего ресурса сохранившихся связок нижней полусферы привело авторов к логичной идее ограничения подшиванием одного верхнего опорного элемента. В результате манипуляции вдвое уменьшается объем и травматичность операции. При этом всегда остается возможность в отсроченном периоде подшить нижний опорный элемент. В основе подшивания верхнего гаптического элемента лежит запатентованная автарами технология.

Переход на фиксацию одного опорного элемента ставит такие технологические задачи, как максимальное сохранение при подшивании целостности цинновых связок нижней полусферы, обеспечение центрации ИОЛ при использовании одной точки фиксации. Это достигается за счет отсутствия тракционного воздействия на «комплекс» при подшивании и обеспечивается стабильностью передней камеры в течение всей операции; охватом опорного элемента одним проколлом капсулы «комплекса» острой иглой; захватом, удержанием и выведением наружу выходного конца нити специально разработанным «шпатель-крючком».

Стабильность передней камеры в течение всей операции удерживается за счет использования герметичных микропарцентезов, замещения внутриглазной жидкости вискоэластиком. Охват гаптики осуществляется одним движением иглы, которая проходит транслимбально через корень радужки за «комплекс» в визуальную зону зрачка, где охватывает основание гаптики, прокалывает капсулу «комплекса» и по ходу иглы выкалывается в переднюю камеру, далее через периферию роговицы выходит наружу. Захват, удержание и выведение выходного конца нити осуществляется через микропарцентез и микроколобом корня радужки в 2-3 мм от места вкола иглы при помощи разработанного авторами «шпатель-крючка».

Таким образом, в корне радужки формируется фиксационный узел на верхнем гаптическом элементе, при этом в ходе операции комплекс «ИОЛ-капсульный мешок» не перемещается, что обеспечивает сохранность цинновых связок нижней полусферы. Обеспечение центрации ИОЛ при одной точке фиксации зависит от правильности выбора места фиксации на корне радужки и определяется на мириазе в



Профессор М.Д. Пожарицкий, профессор А.А. Кожухов

соответствии со схемой «цифер-блата часов» (шкалой TABO). Для этого до операции исследуется топография ИОЛ в положении «сидя» и ее изменение в положении «лежа». В положении «сидя» оценивается расположение ИОЛ по отношению к зрачку и оптической оси, модель линзы, локализация гаптических элементов. В положении «лежа» оценивается перемещение ИОЛ к строме радужки; фиксация в цилиарной борозде — размещение ИОЛ в пространстве между радужкой и цилиарными отростками; транссклеральная фиксация — проведение фиксирующих элементов через склеру; интрасклеральная фиксация — размещение гаптических элементов в тоннеле склеры.

По типу фиксирующего материала: шовная фиксация — полипропиленовые швы, полиэфир-тротиленовые швы, полиэфирные швы; при бесшовной фиксации применяется фланцевая фиксация, фиксация с использованием фибринового клея, фиксация с использованием склеральных карманов.

По хирургическому подходу: ab externo — проведение фиксирующих элементов снаружи внутрь, ab interno — проведение фиксирующих элементов изнутри наружу; комбинированные техники. Далее автор привел сравнительные характеристики различных вариантов техник фиксации ИОЛ, а также сравнил методы одноэтапной и двухэтапной хирургии. Показаниями для проведения одноэтапной хирургии торической ИОЛ являются регулярный астигматизм 1,5-6 дптр, стабильная рефракция, необходимость быстрой реабилитации; противопоказания: нерегулярный астигматизм, астигматизм >6,0 дптр, показаниями для двухэтапной хирургии (монофокальная ИОЛ + лазер) являются нерегулярный астигматизм, астигматизм >6,0 дптр, возможность отсроченной коррекции; противопоказания:

тонкая роговица (<480 мкм), кератоконус/кератоглобус. «Гаптико-проеционная диод-лазерная транссклеральная термотерапия цилиарного тела в лечении синдрома Эллингсона: отдаленные результаты трех случаев» — тема доклада от группы авторов, с которым выступил профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург). Синдром Эллингсона представляет собой осложнение после имплантации ИОЛ, возникающее в результате травматизации внутриглазных структур краями ИОЛ с последующим развитием характерной триады симптомов: увеит, гифема, глаукома.

Первые случаи были описаны после имплантации переднекамерных ИОЛ. Несмотря на появление современных моделей ИОЛ, изготовленных из высококачественных биоэнергетических материалов, отказ от имплантации переднекамерных ИОЛ, синдром Эллингсона встречается до сегодняшнего дня.

Чаще всего развивается в течение нескольких месяцев после операции, однако в некоторых случаях первые признаки заболевания могут появиться спустя много лет после хирургического вмешательства. На начальном этапе лечения применяются консервативные методы — глюкокортикостероиды, НПВС, гипотензивные препараты. В случае неэффективности медикаментозной терапии применяются хирургические методы, вплоть до удаления ИОЛ.

Хирургические методики: лазерная иридопластика при прободении гаптическим элементом ИОЛ радужки; периферическая лазерная иридэктомия на фоне обратного зрачкового блока, развившегося при установке ИОЛ в сулькус; ампутация гаптического элемента ИОЛ; репозиция ИОЛ с подшиванием к радужке или к склере; удаление ИОЛ или капсульного кольца; имплантация капсульного кольца и др.

Автор обратил внимание на то, что варианты лечения не универсальны, применение их связано с конкретной клинической ситуацией, зависит от локализации повреждающего фактора (радужка или цилиарного тела). Важным аспектом в лечении синдрома Эллингсона является поиск методов лечения, при которых существует возможность сохранения ИОЛ.

Цель работы — представить отдаленные результаты лечения трех пациентов с синдромом Эллингсона, развившимся в результате травматизации цилиарного тела, которым применили авторскую методику лазерного лечения.



Профессор Н.П. Паштаев, профессор И.Б. Медведев

Профессор Н.Э. Темиров, к.м.н. Г.Ш. Аржиматова, профессор Э.Н. Эскина, академик РАН Х.П. Тахчиди

Профессор Р.Р. Файзрахманов, профессор Н.С. Ходжаев

Через один год после проведенного лазерного лечения не зафиксировано ни одного случая гифемы; МКОЗ и ВГД: пациент 1 — 0,65 и 17 мм рт. ст.; пациент 2 — 0,55 и 15 мм рт. ст.; пациент 3 — 0,7 и 21 мм рт. ст.

Профессор Э.В. Бойко обратил внимание на то, что в отличие от коагуляции, для которой характерны такие осложнения, как увеит, гифема, гемофтальм, гипотония, повреждение склеры, а также симптом «щелчка», термокоагуляция редко сопровождается осложнениями, температура тканей в зоне поглощения лазерной энергии на превышает 60°C (симптом «щелчка» отсутствует), существует возможность проведения повторных сеансов.

Таким образом, разработанная технология является достаточно безопасной и минимально травматичной, при этом ИОЛ сохраняется. Выполнение лазерного воздействия в проекции гаптических элементов ИОЛ связано с тем, что именно эти зоны, как правило, являются источником появления симптомов при травматизации цилиарного тела краями ИОЛ. Воздействие лазером в конкретной зоне обуславливает минимальную травматизацию и прицельную методику, изменения, происходящие в цилиарном теле (некроз, тромбоз сосудов, атрофия) блокируют патогенетические механизмы развития клинических симптомов.

Разработанная технология может применяться как первый этап лечения, который в случае своей неэффективности может служить дифференциально-диагностическим критерием вовлеченности в процесс других структур, в частности, радужки.

Профессор Н.А. Поздеева (Чебоксары) от группы авторов представила доклад «Отечественные ИОЛ: исторический и актуальный портфель российских производителей». В 2025 году отмечается 75-я годовщина первой в мире имплантации искусственного хрусталика, проведенной английским хирургом Гарольдом Ридли, и 65-я годовщина первой в СССР имплантации ИОЛ, выполненной в 1960 году С.Н. Федоровым.

На первом этапе проводились интракапсулярные экстракции катаракты с использованием переднекамерных ИОЛ. Однако с пониманием того, что эта методика не безопасна, появились зрачковые ИОЛ — «злонка» Эварда Эштейна (ЮАР); в 1958 году Корнелиус Бинхорст (Голландия) предложил ирис-клипсу с 4 параллельными



Профессор Н.Э. Темиров, к.м.н. Г.Ш. Аржиматова, профессор Э.Н. Эскина, академик РАН Х.П. Тахчиди

дужками; в 1963 году — ирис-клипса Бинхорста-Федорова с 4 перпендикулярными дужками, при этом одна пара дужек располагалась перед радужкой, вторая — за радужкой.

В дальнейшем, в результате модификации ИОЛ Бинхорста-Федорова появилась линза «Спутник» Федорова-Захарова, затем — модель Т-19 — достаточно эффективная и безопасная жесткая ИОЛ, способная решать ряд проблем, например, при необходимости сформировать зрачок, ушить колобому, в случаях травмы.

С переходом на экстракапсулярную экстракцию катаракты появилась линза Т-26 из ПММА, первая ИОЛ с желтым фильтром; реверсный вариант ИОЛ Т-26 с наклонно гаптическими элементами был создан для имплантации при миопии высокой степени.

Уфимский НИИ глазных болезней организовал производство линзы «Уфален» из ПММА.

С появлением технологии фактоумультификации, имплантации через малый разрез, ЭТП «Микрохирургия глаза» была предложена ИОЛ из сополимера коллагена. Материал позволял создавать как заднекамерные модификации, так и зрачковые линзы. Так появились линзы РСР-1, РСР-2, РСР-3.

Хорошая биосовместимость привела к появлению фактичных ИОЛ РСР-1, РСР-3. МНТК «Микрохирургия глаза» была продана лицензия на производство фактичных ИОЛ компании Staar Surgical. На сегодняшний день по всему миру имплантировано более 3 млн фактичных линз производства Staar Surgical.

Сополимер коллагена послужил материалом для производства иридохрусталиковой диафрагмы с раздельной оптикой и гаптикой.

В 1997 году на рынке появилась компания «Ревер-НН», которая на первом этапе предложила большой портфель жестких ИОЛ, затем с изменением в технологии фронтальной полимеризации начало производство эластичных ИОЛ. На сегодняшний день на рынке представлены сферические, асферические линзы, линзы с усиленной гаптикой, желтым фильтром. Совместно с Чебоксарским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза» была разработана модель гидрофобной мягкой ИОЛ МИОЛ-23/24, предназначенная для имплантации в осложненных случаях в цилиарную борозду (на остатке капсулы), в том числе без подшивания, в передний капсулорексис (при разрыве капсулы), к радужке, к склере в вариантах 2-х и 4-точечной фиксации к склере.

Совместно с Тамбовским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза» компанией «Ревер-НН» разработана модель переднекамерной, монофокальной торической МИОЛ-29/30 из гидрофобного акрила. Особенности имплантации: коррекция афакии и астигматизма;

минимизация механического давления на структуры угла передней камеры; метки обрезки для варьирования общего диаметра линзы от 12,5 до 11 мм; метки на линзе позволяют определить угол ее разворота и ось вращения цилиндра линзы, который располагает перендикулярно корригируемому меридиану.

Модель МИОЛ-Аккорд — бифокальная дифракционно-рефракционная ИОЛ с зрачково-независимой дифракционной структурой на задней поверхности линзы. Среди других особенностей: децентрация до 146 ± 205,7 мкм не влияет на остроту зрения; ОЗ при пониженном контрасте до 25% + ослепление: 0,64 ± 0,8; двусторонняя имплантация восстанавливает бикулярное зрение в 100% случаев; НОА: 0,51 ± 0,02 мм.

Автором также были представлены модели МИОЛ-Рекорд, МИОЛ-26, МИОЛ-РРР21 (Торсион), МИОЛ-Радужка (иридохрусталиковая диафрагма), модель МИОЛ-РРР13 (Градиол), модульная ИОЛ (начало производства запланировано на 2026 г.).

Производственным объединением Наноптика с 2015 г. выпускаются ИОЛ «Аквамарин/Аквамарин ТТ, Цитрин/Цитрин ТТ/Цитрин Асiон. Материал: гидрофильный акрил Copatamac, Actiion. Среди особенностей моделей — возможность как интракапсульной, так и внекапсульной, в том числе превентивной фиксации; сниженная степень подженности к гистенину.

В настоящее время в России работает несколько производителей ИОЛ: ЭТП, НЭП, Ревер-НН, Латан, Оптимед, Наноптика.

Подводя итог, профессор Н.А. Поздеева отметила, что за 65 лет развития отечественное производство ИОЛ прошло этап становления, бурного роста, глобального влияния и упадка; многие технологии, использовавшиеся мировой офтальмологией в прошлом и применяющиеся по сей день, имеют российское происхождение; российский производителям удалось сохранить элементы технического суверенитета, но зарубежная продукция de facto занимает доминирующее положение на отечественном рынке; отечественная наука обладает серьезным потенциалом развития; при создании благоприятных условий и поддержке отечественное производство в сотрудничестве с иностранными производителями может обеспечить российский рынок продукцией высокого качества.

Д.м.н. О.И. Оренбуркина (Москва) выступила с докладом на тему «Астигматизм слабой степени в эру премиум-ИОЛ: когда коррекция действительно необходима?» При отсутствии сопутствующей офтальмопатологии основным препятствием на пути к эстетической в хирургии катаракты является наличие астигматизма. По данным литературы, астигматизм до 0,75 дптр снижает остроту зрения и уменьшает



Профессор Р.Р. Файзрахманов, профессор Н.С. Ходжаев

глубину резкости, а также в большей степени влияет на функциональный результат, по сравнению с другими абберациями высшего порядка.

Несколько лет назад в МНТК «Микрохирургия глаза» было проведено исследование роговичного астигматизма при различной офтальмопатологии. В исследовании приняли участие 130 тыс. пациентов. Результаты показали, что роговичный астигматизм >1 дптр встречался в 26% случаев; пациенты с роговичным астигматизмом и катарактой обращались за хирургическим лечением на 10 лет раньше. Астигматизм до 0,75 дптр чаще встречался на правом глазу, от 2 дптр и выше — на левом.

Применение торических ИОЛ при наличии возрастной катаракты с регулярным роговичным астигматизмом позволяет в 2 раза повысить НКОЗ по сравнению с применением сферических ИОЛ.

Автор напомнила, что доля прямого астигматизма составляет 50%, обратного — 30%, с косыми меридианами — 20%. Задний роговичный астигматизм может составлять до 0,78 дптр и способен внести свои поправки в коррекцию астигматизма, что отразится на качестве зрения. При расчете линзы с торическим компонентом необходимо иметь в виду, что задняя поверхность роговицы ведет себя как минусовая линза. Ошибка в учете астигматизма задней поверхности при расчете торической линзы может привести к избыточной коррекции цилиндра для глаз с прямым астигматизмом и к недокоррекции для глаз с обратным астигматизмом передней поверхности роговицы. Как астигматизм передней поверхности, так и астигматизм задней поверхности вносят свой вклад в полный роговичный астигматизм.

Цель исследования заключалась в сравнительном анализе результатов коррекции астигматизма слабой степени при имплантации мультифокальных (МИОЛ) и мультифокально-торических ИОЛ (МТИОЛ).

Прооперировано 65 пациентов с астигматизмом до 0,75 дптр. Первую группу пациентов составили 35 пациента, которым была имплантирована МТИОЛ, второй группе пациентов (31 человек) имплантирована МИОЛ. Оценивались следующие показатели: НКОЗ вдаль, НКОЗ вблизи, в фотопических, мезопических условиях; послеоперационная рефрактометрия; субъективная удовлетворенность по результатам анкетирования.

Результаты. Послеоперационный сферозивалент (СЭ) в преленлах +0,5 дптр через 1 месяц после операции был достигнут в 1 группе в 92,1% случаев, во 2 группе — в 74,4%; остаточный астигматизм: 1 группа — 0,22 ± 0,07 дптр, 2 группа на 0,91 ± 0,25 дптр. К 3 месяцу после операции ОЗ вдаль 0,8 и выше была достигнута в 1 группе в 94,7% случаев, во 2 группе — в 81,1%.



Д.м.н. А.В. Терещенко,
академик РАН Х.П. Тахиди



Д.м.н. Н.П. Соболев, к.м.н. В.В. Тепловодская,
профессор В.Н. Аюпян



К.м.н. Я.В. Байбородов, профессор Э.В. Бойко



Выставка офтальмологического оборудования



«Овальный капсулорексис» — тема доклада к.м.н. Я.В. Байбородова (Москва). Осложнения комбинированной хирургии, при проведении ФЭК с имплантацией ИОЛ, могут возникнуть как во время хирургии, так и в послеоперационный период. Интраоперационные осложнения: ятрогенные разрывы сетчатки, вывих ИОЛ в переднюю камеру, отек роговицы, разрыв задней капсулы. Послеоперационные: помутнение задней капсулы, повышение ВГД, фибриновые реакции, захват радужки за край ИОЛ, выход силикона или газа в переднюю камеру, кальцификация ИОЛ.

Для профилактики осложнений применяются следующие методы: установка портов в меридианах, отличных от расположения роговичных разрезов; капсулорексис меньшего диаметра, капсулорексис большего размера, использование миотиков в конце операции, имплантация ИОЛ с большим диаметром оптической части.

Цель исследования — усовершенствовать технику комбинированной операции (ФЭК с витректомией), позволяющей минимизировать осложнения.

В сравнительное исследование включены 110 пациентов (110 глаз) с начальной катарактой и отслойкой сетчатки. Всем пациентам была выполнена 25 G витректомию с тампонадой газозооночной смесью или силиконом и ФЭК с имплантацией мультифокальных ИОЛ, при этом на 60 глазах был сделан обычный 5 мм круглый капсулорексис, на 50 — овальный (7x4 мм) капсулорексис.

Особенности техники комбинированной хирургии: овальный капсулорексис (7x4 мм) с установкой оси гаптки перпендикулярно длинному диаметру рексиса. Образуется «замок», удерживающий ИОЛ в мешке, при «измельчении» передней камеры вследствие избыточного давления газа или силикона изнутри. Для предотвращения вторичной катаракты в некоторых случаях витреотомом выполняется задний капсулорексис меньшего диаметра, исключая выход силикона в переднюю камеру.

Из 60 глаз с круглым капсулорексисом выявлено смещение иридохрусталиковой диафрагмы в 8 случаях, захват ИОЛ — в 4, задние синехии — в 4, бомбаж радужки — в 4, выход силикона в переднюю камеру с витреальным блоком — в 2 случаях. Из 50 глаз с овальным капсулорексисом только у 2 пациентов образовались задние синехии. Других осложнений не было, ИОЛ не выходила

из капсулорексиса и не ущемлялась зрочковым краем радужки, фимоза передней капсулы не было, силикон в переднюю камеру не выходил.

Таким образом, техника овального капсулорексиса с перпендикулярной ориентацией стандартных моделей мультифокальных ИОЛ предотвращает выход силикона в переднюю камеру, не требует наложения шва на тоннель, проста в применении, не требует затрат и уменьшает осложнения комбинированной терапии.

К.м.н. Я.В. Белоноженко (Хабаровск) выступил с сообщением на тему «Фактомультисификация осложненной катаракты при травматическом подвывихе хрусталика 2-й степени с имплантацией мультифокальной ИОЛ». Автор представил клинические случаи имплантации ИОЛ «премиум класса» в капсульный мешок; несмотря на неоптимальные условия для мультифокальной линзы во всех случаях получено правильное и стабильное ее положение. Результаты вмешательства позволили сделать вывод о том, что современные модели ИОЛ «премиум класса» отличаются предсказуемым функциональным результатом с максимальным повышением остроты зрения, короткими сроками медико-социальной реабилитации, высокой стабильностью, прогнозируемостью конечных результатов.

К.м.н. Н.С. Рязанцев (Москва) от группы авторов сделал доклад «Интраоперационный имплант в хирургии осложненной катаракты». Сублюксация хрусталика — офтальмологическая патология, при которой происходит частичная смещение естественного хрусталика вследствие неполного разрыва цинновых связок. Базовыми вспомогательными средствами при хирургии осложненной катаракты являются внутрикапсульное кольцо, иридо-капсулярный ретрактор, витреотом, петля. Однако при использовании перечисленных средств не исключается вероятность люксации хрусталиковых масс в витреальную полость.

Совместно с ЭИП «Микрохирургия глаза» авторами разработан имплант для предотвращения люксации. Имплант выполнен из силикона заданного диаметра, имеет перфорацию; имплантируется в переднюю камеру для перекрытия зрачка с целью предотвращения люксации хрусталиковых масс во время проведения ФЭК.

Далее автором был представлен клинический случай использования импланта при удалении катаракты.

Предложенный способ хирургии осложненной катаракты при выраженной слабости цинновых связок или дефекте задней капсулы хрусталика позволяет уменьшить травматичность операции, сократить время хирургического вмешательства и сроки реабилитации пациентов.

Д.Р. Еремин (Калуга) от группы авторов выступил с докладом на тему «Применение фемтосекундного лазера для сохранения опорной функции капсульного мешка хрусталика при удалении ВГИТ через переднюю камеру глазного яблока». Среди существующих способов удаления ВГИТ автор отметил передний, диасклеральный, трансвитреальный, комбинированный. Выбор способа удаления ВГИТ определяется тяжестью травмы, локализацией ИТ, его размером и свойством (металл, стекло).

Недостатки. Трансвитреальный: риск гипотонии, риск ущемления СТ в ране, гематофтальм, супрахориоидальное кровоизлияние. Передний: риск выпадения СТ в переднюю камеру, неконтролируемое расширение заднего капсулорексиса, радиализация. Диасклеральный: риск ущемления СТ в ране, гематофтальм, отсутствие визуализации, супрахориоидальное кровоизлияние.

Показаниями к применению комбинированного способа удаления ВГИТ являются наличие ИТ размером более 4 мм, наличие травматической катаракты. Преимущества комбинированного способа: хорошая визуализация ВГИТ, минимизация ятрогенной травмы, универсальные варианты захвата и удаления ВГИТ, улучшение исходов лечения ОТП. Недостатки: риск повреждения передней и задней капсулы хрусталика, риск потери опорной функции капсульного мешка.

С целью сохранения опорной функции капсульного мешка задний капсулорексис может выполняться вручную или при помощи витреотома. При проведении мануального капсулорексиса существует риск радиализации капсулорексиса, при этом требуется высокая квалификация хирурга. Недостатками витреорексиса являются фстончатый край и риск радиализации капсулорексиса.

Цель работы заключалась в изучении возможности применения технологии заднего капсулорексиса у пациентов с открытой травмой глазного яблока с целью минимизации риска потери опорной функции капсульного мешка хрусталика при комбинированном пути удаления ВГИТ.

Автор привел результаты лечения пациентов с открытой травмой глазного яблока с ВГИТ. Этапы хирургии: факоаспирация или факомультисификация травматической катаракты или прозрачного хрусталика; имплантация внутрикапсульного кольца; выполнение заднего фемтолазером диска задней капсулы хрусталика, субтотальная 25G витректомию по стандартной методике; удаление ВГИТ комбинированным способом (магнит-пинцет, пинцет-пинцет); имплантация ИОЛ в капсульный мешок.

Ограничение методики: обширное повреждение роговицы, обширное повреждение/разрыв капсулы хрусталика; значительное повреждение связочного аппарата хрусталика; обширное повреждение глазного яблока.

Приведенные клинические примеры показали, что фемтолазерная методика заднего капсулорексиса позволила сохранить опорную функцию капсульного мешка для имплантации ИОЛ за счет выполнения заднего капсулорексиса округлой формы и диаметра с минимальными рисками радиализации.

Репортаж подготовил
Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара



TRANSCONTACT

transcontact.info tk-sales@yandex.ru
+7 (495) 605-39-38

Биосовместимость
Безопасность
Эффективность

Дренаж коллагеновый антиглаукоматозный



Линза интраокулярная мягкая заднекамерная "Иол - Бенц-25"



Канюли офтальмологические стерильные



Аппарат для кросслинкинга роговицы глаза «Локولينк»



105318, Россия, г. Москва,
ул. Ткацкая, д. 5, стр. 3

Мне искренне хочется помогать людям

Интервью с заведующим кафедрой офтальмологии с клиникой им. проф. Ю.С. Астахова Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, доктором медицинских наук, профессором Сергеем Юрьевичем Астаховым.

> стр. 1

На сегодняшний день в России сформированы рыночные отношения, эффективность которых зависит от наличия или отсутствия финансовой составляющей. Что мы можем? Давать рекомендации. Но если денег в бюджетах нет, соответственно, наши рекомендации выполнены не будут. Однако сейчас можно наблюдать ситуацию, когда главными офтальмологами регионов становятся руководители частных клиник. Например, главным внештатным специалистом Республики Карелия является Максим Александрович Шашлов, кандидат медицинских наук, главный врач клиники «Офтальмологический центр Карелии». В ноябре 2025 года он проводил научно-практическую конференцию, где с ним встретились и обсудили насущные проблемы. Но это, скорее исключение.

Сергей Юрьевич, в Северо-Западном федеральном округе входят области, далеко не равнозначные в экономическом отношении и, как следствие, в здравоохранении. Если Санкт-Петербург и Ленинградская область находятся на передовых позициях в выявлении и лечении офтальмопатологии, в других областях округа картина может быть иной. Существует ли необходимость нивелировать положение дел? Или житель условного Сыктывкара продолжит ездить в Петербург на высокотехнологичную операцию, и это нормально?

В связи с открытием офтальмологического корпуса в Первом медицинском университете, наше руководство, поскольку мы являемся федеральным учреждением, очень настроено на то, чтобы не меньше 50% пациентов представляли регионы. Таким образом, мы должны будем выполнять функции федерального центра.

Позволю обратиться к своему собственному опыту. Когда-то я пошел по стопам Юрия Сергеевича [Астахова] и в 1989 году стажировался в Швеции, в Университете Уппсалы (старейший университет Швеции и Скандинавии, основан в 1477 году по инициативе архиепископа Якова Ульфсона — прим. ред.). В университетском центре «Биомедикум» работали такие известные ученые, как Андерс Билл, Эрнст Барани, Альберт Альм, открывшие и изучавшие увеосклеральный путь оттока водянистой влаги при глаукоме. Уппсала — маленький город, с населением чуть больше 190 тысяч человек. Размах клиники в этом небольшом городке был огромный: многопрофильный центр по различным направлениям на 1500 коек, самое современное оборудование, передовые технологии диагностики и лечения. В период расцвета «шведского социализма» было принято считать, что граждане страны должны пользоваться всеми благами общества социальной справедливости: практики «не выходя из дома». Но реалии таковы, что в небольших городах нет такого количества населения, чтобы медицинские центры могли использовать весь свой потенциал. Более того, в начале



С профессорами В.В. Волковыми
и О.А. Джалишвили



Кафедра офтальмологии ГИДУВа с профессорами
А.А. Куглеевым и П.И. Лебеховым



С Dr. Sam Gelbart в Сан-Франциско в 1993 г.



С Michel Puech. Париж, 2018 г.



С Rudolf Guthoff из Постокского университета



В.Н. Трубилин, L. Buratto, Jose L. Gueli, Ю.В. Тахтаев

У нас есть дом в деревне, в 290 километрах от города, на границе между Лодейнополюским и Подпорожским районами. Население в основном состоит из певцов, малоцифленного народа финно-угорской языковой группы. Езжу я в эту деревню уже 50 лет. Раньше в районе работали совхозы мясомолочного направления, лесхозы. Каждый день в 6 утра меня будило стадо коров, которое гнало на пастбище. Полторы тысячи буренок, все с колокольчиками. «Господи! — думал я про себя. — Господь не дает, чтобы получить высокотехнологичную помощь — езжай в Хельсинки. Думаю, что по понятным причинам России ближе второй вариант.

Не думаю, что высокотехнологичное оборудование будет распространяться в отдаленных точках. Я помню, как в Институте Гельмгольца проходила защита кандидатской диссертации по теме лечения глаукомы в Якутии. Территория колоссальная, плотность населения ничтожно мала. Там есть места, куда приехать сродни прилету на Марс. За один присест врач должен поставить диагноз, провести лечение и уехать с пониманием того, что он уже вряд ли туда вернется. Так что я думаю, что будущее за большим федеральными центрами.

Еще один немаловажный вопрос. Мы живем в эпоху великих

школы-интернаты, центральная районная больница. Сейчас — проблемы с фельдшерско-акушерским пунктом. Последние 36 км до дома еду по грунтовой дороге, которая и 50 лет назад выглядела так же. Казалось бы, почему не заасфальтировать? А для кого, если народа нет? Поля, на которых раньше выращивали картофель, капусту, тимopheвку, горох для рекультивации, поросли лесом. Я думал, что только тропические джунгли способны в короткий срок скрыть следы цивилизации каких-нибудь майя или ацтеков. Оказывается, нет. Северная природа так же быстро берет свое. Если раньше была жизнь, теперь ее нет. И следов не осталось.



Историческое здание, в котором располагается клиника и кафедра офтальмологии, до начала ремонта. 2019 год.

демотиваторов. Пытаюсь проводить работу по профориентации своих сыновей. Один учится на первом курсе, второй — на пятом. Сложно объяснить, почему нужно заниматься медициной, а сейчас еще обязательная после окончания учебы в ВУЗе работа, а зарплаты — знаете какие... Расуждения на тему: Партия сказала «надо», комсомол ответил «есть», после долгих лет «рыночных» реформ на молодёжь не действуют. А кадры по-прежнему решают всё. Или ничего. Если кадров нет.

Какие зарплаты могут получать молодые офтальмологи, я могу себе представить...

Чтобы стать специалистом-офтальмологом, необходимо пройти большой путь.

Это — безусловно.

А ведь вы можете войти в IT-сектор, даже не получив высшего образования. И если у вас голова хорошо соображает, вполне возможно, вы будете быстро востребованы, другое дело, что ненадолго. После достижения 40-летнего возраста вы станете слишком нужны для создания программных продуктов. Креативность, пластичность мозга в более зрелом возрасте уже не та. Говорят, что в Гугл специалисты берут сроком на 5 лет. Они зарабатывают свои миллионы, а дальше уходят на преподавательскую работу в хороший университет за меньшую зарплату, но более спокойную жизнь.

12 января в торжественной обстановке был открыт новый университетский корпус, куда переехала офтальмологическая клиника. Но я слышал, что новый корпус дешевле «обшелся» старому, историческому зданию, в котором располагались кафедра офтальмологии и клиника.

Это точно. Старая клиника была открыта и освящена 24 ноября 1907 года. Для своего времени она была почти роскошной. На первом этаже располагались вестибюль, швейцарская, амбулатория из двух комнат, лаборатория, комнаты врача, двух служителей и 8 сиделок. На втором этаже размещалась операционная, перевязочная, 5 палат для женщин и детей на 26 коек, 2 комнаты для фельдшериц и санузел. На третьем этаже была собственная аудитория для чтения лекций, кабинет профессора, ординаторская, 4 палаты для мужчин на 14 коек, буфет, бельевая, водонагревательная и ванная комната. Клиника работала в годы Первой мировой и Гражданской войн.

... даже в самый трагичный период блокады Ленинграда велась научная работа, принимали пациентов.

Работа не останавливалась ни на один день. И блокада города, тяжелейшие, невыносимые условия, в которых жили ленинградцы, диктовали ранее неведомые темы научных исследований. Приведу один пример. Доцент кафедры Р.А. Батарчуков в 1944 году выступил в Наркомздраве с описанием так называемой «блокадной гипертонии». Как ни странно, количество больных с околочными, проникающими ранениями и количество больных, страдающих

от поражения глаз на фоне злокачественной блокадной гипертонии, было примерно одинаковым.

Строительство нового корпуса велось в непосредственной близости от исторического здания. В начале июля 2020 года, когда сооружение цокольной части нового корпуса было завершено, горе-строители решили убрать металлические шпунтовые сваи, которые использовались для ограждения котлована. Возможность их многократного применения и желание «экономить», при очевидной необходимости монтировать ограду на постоянной основе, привели к сползанию грунта и появлению трещин в историческом здании офтальмологической клиники. Ректор университета вместо того, чтобы заставить виновников произошедшего провести «работу над ошибками», полагая, что на это потребуются дополнительные финансовые и временные затраты, которые не позволят завершить строительство и начать эксплуатацию нового корпуса в 2021 году, решил заняться реконструкцией исторического объекта «хозяйственным» способом. В результате новый корпус был создан только в 2026 году с многомиллионными издержками и качеством работ, которое трудно назвать удовлетворительным. Историческое же здание всё это время стоит в полуразрушенном виде, а ведь это памятник промышленной архитектуры начала XX века. Строительство его осуществлялось за счет средств знаменитой семьи Нобелей. Больницу строили из того же кирпича, что и корпуса завода «Людвиг Нобель», позже переименованного в «Русский Дизель». Внутри были красивые интерьеры, метлахская плитка, кованные перила лестниц.

Я был в этом здании в 2014 году, когда был интервью у Юрия Сергеевича. Там стены буквально дышали историей...

А сейчас... Здание уже пять с половиной лет находится в бедственном положении, и существует опасность, что оно просто не перенесет такого варварского к себе отношения. К огромному сожалению, здание не является объектом или выявленным объектом культурного наследия, хотя и относится к числу исторических. В планах руководства университета осуществлять ремонт по мере появления свободных средств и без согласования с Комитетом по государственному контролю, использованию и охране памятников истории и культуры. Кроме того, ректор университета, предложил перепрофилировать два этажа старого здания под реабилитацию постинсультных больных. При таком отношении к делу не исключена вероятность того, что в конце концов будет принято решение о его сносе, как менее затратном варианте «реконструкции».

Сергей Юрьевич, позвольте немного отвлечься от грустной темы. На сайте Университета, на страничке, посвященной истории кафедры офтальмологии, есть такая фраза: «С 2013 года кафедра процветает (выделено мной) под руководством профессора С.Ю. Астахова». Поясните, пожалуйста, по каким направлениям «процветает»?



Так было



Так стало

Честно говоря, я не слежу за сайтом и не знаю, кому принадлежит эта забавная фраза. По-хорошему сайт надо переделывать. Что касается 2013 года, когда я стал заведовать кафедрой, она в значительной степени действительно процветала. Юрий Сергеевич [Астахов] сумел собрать замечательный коллектив профессионалов, среди которых — 5 докторов наук. Такого на нашей кафедре раньше никогда не было. Фактически у нас была возможность обеспечить работу по всем основным направлениям современной офтальмологии. И такое положение дел просуществовало с 2013 по 2020 год. Пандемия — это водораздел. Что я себе могу поставить в заслугу? Последние пять с половиной лет мы выжидали. В нашем распоряжении было 19 коек в отделении пересадки почки. Всё! Но нам удалось сохранить коллектив. За исключением пяти человек, которые покинули этот мир. Это три профессора: Юрий Сергеевич Астахов, Сергей Александрович Новиков, Елена Ивановна Устинова; один аспирант, получивший прекрасную подготовку — Дмитрий Андреевич Яровой и больничный ординатор, очень хороший офтальмохирург — Валерий Русланович Грабовецкий. Трое из пяти сотрудников умерли от ковида. Это — невыполнимые потери. Поэтому с 2013 по 2020 год фраза «кафедра процветает» близка к истине, а с 2020 года по сегодняшний день, как я уже сказал, для нас настал период выживания.

Есть специальности, где период подготовки очень продолжительный, а период расцвета довольно короткий. Офтальмохирургия — одна из них. Это надо вовремя понять. Юрий Сергеевич, например, после 65 лет в операционную уже не ходил, хотя был одним из тех, кто стоял у истоков микрохирургии в Советском Союзе. Он был очень хороший офтальмохирург.

Речь идет о глаукомных операциях или не только?

Не только. Он выполнял разные операции. В 1997 году, первый в Санкт-Петербурге, начал проводить эксимер-лазерную коррекцию зрения. Прекрасно владел различными методами экстракции катаракты. И я, кстати, придя в офтальмологию в 1984 году застал ещё интракапсулярную экстракцию катаракты. Несколько позже перешли к экстракапсулярной экстракции, а затем наступила эпоха факэмульсификации (ФЭ). Мне довелось застать хирургов, которые оперировали без операционного микроскопа. А сейчас...

Впервые попал в Соединенные Штаты в 1993 году, я посетил ряд частных клиник, которые принадлежали выдающимся офтальмохирургам. Это были широко образованные и весьма уважаемые люди, которые могли позволить себе приобрести на аукционах работы Ренуара и Фаберже. Они могли небрежно махнуть рукой, узнав, что я оперировал катаракту экстракапсулярным методом, а на вопрос, какие у них были осложнения, отвечали, что осложнений у них не бывает. Это вовсе не была фигура речи. Эти хирурги оперировали по 30-40 больных в день. Они не теряли время на бумажную работу, а просто говорили на диктофон всю необходимую информацию.

Операционный день начинался в 8 утра. Хирург работал в дух смежных операционных. Он подходил к операционному столу — операционная сестра на месте, пациент на месте, операционное поле обработано, векорасширитель вставлен. Хирург проводит ФЭ, переодевает халат и перчатки и переходит в соседнюю операционную, где его ждет полностью подготовленный к вмешательству следующий больной. Десять минут на операцию и вновь перемена рабочего места. Так был организован операционный день американского катарактального хирурга в далёком 1993 году, а в это время у нас активно обсуждали тему конвейера. О чем тут говорить.

На нашей кафедре есть хирурги, которые могут делать по 1500 — 2000 операций в год. Если бы не бумажная работа, могли бы выполнять и больше. Японский хирург Т. Акахоши делал от 8 до 10 тысяч операций в год. Один! На самом деле все упирается в организацию труда. Я, при всем желании, больше трех человек в час прооперировать не могу: если на собственно операции уходит 10-15 минут, то на подготовку пациента, закапывание капель, обработку операционного поля и т.д. требуется почти столько же.

Так вот, возвращаясь к американским хирургам. Это были врачи, нередко военные, поколения Юрия Сергеевича, которые прошли Вьетнам, Камбоджу, Лаос, которые могли провести операцию подручными инструментами в соломенной хижине.

Позже, в конце 90-х годов, в начале 2000-х, в Америке я познакомился с молодыми хирургами, которые делали тысячи однотипных операций — факэмульсификаций, лазерных коррекций. Но им было необходимо хорошее оборудование и качественные инструменты. Они уже не представляли себе как вообще можно работать без этого. Разумеется, технологический прогресс не останавливается, но бывают ситуации, требующие знаний и умения работать в разных условиях. Мне, как руководителю кафедры и клинике офтальмологии приходится, отнюдь не от большого желания, а вследствие того, что положение обязывает, братья за сложными болезнями, с многочисленными сочетанными патологиями. Конечно, когда вы делаете четвертую по счету пересадку роговицы, а предыдущие три сделаны не вами, рассчитывать на гарантированный хороший результат не приходится. Но пациент надеется, следовательно должен надеяться и врач.

Мы дружим с Эрнстом Рифатовичем Мулдашевем. Некоторые коллеги скептически относятся к его техникам, аллоплату и т.д., но он работает на своем поле, не возделанном, куда никто особенно не стремится. К сожалению, не являются исключительными ситуации, когда имеющиеся в распоряжении врача методики не приводят к положительному результату. Я помню, как у одного нашего доктора умирала супруга от онкологии. У неё была терминальная стадия болезни, несмотря на три десятилетия равноправной борьбы, колоссальную силу воли и желание жить. Методы современной «европейской» медицины оказались бессильны, и врачи отказывались продолжать лечение. А ведь больной должен каким-то образом



Так стало



Так стало



С.Э.Р. Мулдашев



Dunbar Hoskins и Ю.С. Астахов. Последняя встреча. Сан-Франциско, 2019 г.

с этим доживать, и желательно не в хосписе. Поскольку не все способны осознать, что наша жизнь, это короткий эпизод в судьбе и мелочь по сравнению с Вечностью, нужна надежда. Э. Мулдашев даёт пациенту надежду на исцеление. И важно, что в ряде случаев оно происходит.

Извините за небольшое отступление. И возвращаясь к теме процветания, думаю, что в новых условиях мы сможем к нему вернуться. Хотя ясно понимаю, что далеко не все благополучно. Особенно, в деле подготовки молодого поколения врачей.

Пожалуйста, поясните.

Я начинал в ГИДУВе. Мой первый руководитель и заведующий кафедрой Петр Иванович Лебеков во время Великой Отечественной войны был главным офтальмологом Северного флота, имел звание полковника, работал в Военно-морской медицинской академии (в 1956 году преобразована в военно-морской факультет ВМА им. С.М. Кирова — прим. ред.) говорил, что для преподавателя института усовершенствования врачей на первом месте стоит подготовка кадров, на втором — лечебная работа, на третьем — научная деятельность.

В любом университете на первом месте должна стоять подготовка смены. А какая смена растёт у нас? Взять, к примеру, ЕГЭ. Я, конечно, многое понимаю — у меня два сына поступали недавно, и я догадываюсь, откуда приезжают абитуриенты с самыми высокими баллами и почему у нас принимают, скажем, тысяча человек на все факультеты, а заканчивают 700. С самого начала закладывается процент на «усышку и утруску». Речь идет о молодых людях, которые, вследствие, скажу мягко, разных требований в разных регионах нашей большой страны получали на ЕГЭ около трехсот баллов, а иногда и выше, становились студентами, а затем, в силу крайне низкого уровня подготовки, отчислялись.

Аналогичная система с приёмом в клинику ординатуры. Уже не первый год к нам приходят ординаторы, которых мы вообще не знаем! Когда я работал в ГИДУВе, было всё понятно: своей базы для подготовки нет. У нас учились слушатели из Первого медицинского, Санитарно-гигиенического, Педиатрического институтов, Военно-медицинской академии, которые затем формировали кадровый состав кафедры Института усовершенствования врачей.

Казалось бы, работа со студентами в университете — иное дело. Начиная с 4-5 курса, преподаватели уже присматриваются к ним, чтобы понять, для кого представляют интерес будущая специальность и кто может представлять интерес для профессии. Но пошёл процесс деградации. Он начался с ликвидации субординатуры, затем упразднили интернатуру. Сейчас из всех заинтересованных студентов, мы, в лучшем случае можем взять в клинику ординатуру лишь старосту СНО (Студенческого Научного Общества), то, если у него после окончания университета будет достаточно баллов! А что делать молодым людям, которые мечтают связать свою профессиональную жизнь с офтальмологией, которые ещё на 4-5 курсе определились с выбором,

которые «ходят и слушают», готовят и выступают с очень интересными докладами на ежегодных студенческих конференциях. Но теперь для поступления в ординатуру нужны баллы, а для получения баллов — публикации в рецензируемых журналах, волонтерство, аккредитация, стаж не менее двух лет в качестве среднего персонала и т.д. О чем мы вообще говорим...

Вы уже частично коснулись зарубежных поездок. Расскажите о них подробнее. Я знаю, Вам есть что вспомнить.

Моя первая поездка в Соединенные Штаты была, по большому счету, случайной. В Петербург прилетел Тэд Черни, тогда владелец нескольких частных клиник в Глендейле — северном пригороде Лос-Анджелеса, а впоследствии — профессор Вандербильтского университета в Нэшвилле.

... С кем Юрий Сергеевич организовал первую конференцию «Белые ночи» ...

Точно! В 1993 году, Тэд Черни, как потомок русских эмигрантов первой волны решил посетить Родину своих предков. Его дедушка, военный врач Сергей Николаевич Черных и бабушка Валентина Васильевна, вынужденные были покинуть Иркутск и перебраться в 1921 году через Иокгому в Сан-Франциско. Отец Тэда, тоже врач, Леонид Сергеевич Черных упростила фамилию для лучшего восприятия в англоязычной стране. Бабушка Тэда была урождённой Валентиной Васильевны Второвой, родственницей Н.А. Второва, обладателя крупнейшего состояния в России начала XX века, «русского Моргана», убитого в 1918 году. По иронии судьбы, его московский особняк в Спасо-Сковском переулке, так называемый «Спасо-Хаус», стал резиденцией американского посла в СССР и России. Широкой аудиторией это место стало известно благодаря тому, что мест США У. Буллстрит устроил в нём Фестиваль весны, превратившийся в романе М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита» в Великий Бал у Сатаны. Итак, поскольку любовь к родине предков в 1993 году стала относительно безопасной, то Тэд Черни приехал по приглашению А.А. Собчака в Петербург и выразил желание выступить с докладом перед врачами городской глазной больницы на Моховой, 38. Доклад был на тему поражения глаз у больных с сахарным диабетом. Поскольку русским языком он только собирался овладеть, а у технического переводчика, присланного тогдашним Комитетом мэрии по здравоохранению знания по медицине вообще и по офтальмологии в частности, отсутствовали, то врачи, собранные на мероприятие, сильно заскучили, а Юрию Сергеевичу, окончившему с золотой медалью первую ленинградскую мужскую английскую школу, пришлось взять на себя функцию ведущего. Всё прошло хорошо и у наших новоселившихся американских друзей (Тэд приехал со своей женой Арлин, которая вела его бизнес и сопровождала в поездках, пока позволяло здоровье) возникло желание пригласить грамотного молодого англоговорящего офтальмолога на съезд Американской академии офтальмологии (ААО), который в тот год проводился в Чикаго. Выбор пал на меня, поскольку я уже был доцентом кафедры

офтальмологии ГИДУВа и мог поделиться приобретённой информацией с большим количеством врачей, приехавших для повышения квалификации. На съезде я «проходил» как офтальмолог-резидент из Глендейла, поскольку участие для иностранцев, не являющихся членами ААО было недёшево. Мне выдали соответствующий бейдж, и я стал почти местным жителем. Из Чикаго мы перелетели в Лос-Анджелес, где я имел возможность познакомиться с работой офтальмологической службы UCLA (University of California, Los Angeles). Первый офтальмологический госпиталь произвел на меня неизгладимое впечатление, так как уже тогда в офтальмологии США произошёл переход на амбулаторную хирургию. Я очутился, как мне показалось, в недостижимом будущем: одно-, двухместные палаты с большими телевизорами, отдельными санузлами; посты медсестёр, оборудованные компьютерами, и... совершенно пустые коридоры. Нет людей. Если помните, в свое время нас пугали нейтронной бомбой, после которой людей не будет, а материальные ценности останутся. Меня не покидало ощущение, что на госпиталь упала нейтронная бомба. Всё здорово, а пациентов нет! Потому что хирургия одного дня. Потому что самое дорогое — содержать койку, гораздо дешевле — прооперировать и отпустить.

В тот приезд мне удалось побывать и в Институте офтальмологии Джулиуса Штайна (Jules Stein Eye Institute) и в научно-исследовательском центре Доры Штайн, находящемся на территории кампуса Калифорнийского университета Лос-Анджелеса (UCLA). Преди Джулиуса Штайна переехали в Америку из Российской империи, сам он окончил Чикагский университет, работал офтальмологом, неплохо играл на скрипке и саксофоне, подрабатывая на свадьбах. В конце концов он оставил врачебную деятельность, полностью переключился на индустрию развлечений и стал одним из основателей корпорации MCA. Заработав много денег, стал филантропом и в 1966 году основал институт офтальмологии имени себя при Калифорнийском университете. Хороший пример того, как богатство одного человека может приносить пользу многим.

Из Лос-Анджелеса я поехал в Сан-Франциско, где находится штаб-квартира Американской академии офтальмологии (ААО). В те годы на посту исполнительного вице-президента ААО находился Данбар Хоскинс (Dunbar Hoskins), потомственный офтальмолог, известный учёный, продолживший дело своего учителя — Роберта Шаффера, и выдающийся организатор, благодаря которому Академия превратилась в крупнейшую в мире ассоциацию офтальмологов, объединяющую 32 тысячи специалистов из многих стран. Он занимал свою должность с 1993 по 2009 год. Американская академия офтальмологии сродни парламентской республике, где президент избирается на один год, выполняет представительские функции и фактически решает не так много. Управление Академией возложено на исполнительного вице-президента. Данбар решал все вопросы. С Юрием Сергеевичем они были ровесниками и добрыми приятелями. Он приехал к нам в гости, мы приехали к нему.

Последняя встреча отца с Данбаром произошла в ноябре 2019 года в Сан-Франциско, когда там проходил очередной съезд ААО.

В свое время я слышал от своей бабушки, 51 год проработавшей на кафедре электрохимии Ленинградского университета и стажировавшейся в 1969-1970 гг. в Чехословакии, а в 1972 году в Венгрии, что в этих странах заведующие кафедрой, достигшие пенсионного возраста не цепляются за место, поскольку за ними сохраняется большая часть зарплаты, рабочий кабинет и уважение. Они получают статус «professor emeritus» и продолжают вести исследовательскую работу, не отвлекаясь на решение административных вопросов. Вы остаёшься востребованным человеком, с мнением которого продолжают считаться. И Данбар Хоскинс до своего ухода из жизни в январе 2024 года продолжал заниматься вопросами развития Академии, был professor emeritus кафедры офтальмологии Калифорнийского университета в Сан-Франциско (UCSF) и director emeritus в основном им Фонде Исследования Глаукомы (Glaucoma Research Foundation), инвестировавшего в исследования более 70 млн долларов.

Там же, в Сан-Франциско, я познакомился с молодыми офтальмологами, которые теперь определяют лицо американской офтальмологии. Их статьи я часто вижу в журнале «Ophthalmology», печатном органе ААО.

В 1994 году в Санкт-Петербурге открылся городской офтальмологический центр на 300 коек на базе многопрофильной больницы №2, куда фактически переехала Моховая, 38. Центр был оснащен самым современным по тем временам оборудованием. Само здание на 1500 коек было еще советского образца, но внутренняя отделка операционных с моющимися панелями на стенах, отъезжающими дверями, оснащение современными «вейсковскими» микроскопами, «гейдеровскими» инструментами, «шторцевским» оборудованием были выше всяких похвал. Эти работы выполнялись немцами «под ключ».

В том же году по приглашению фирмы Carl Zeiss, которая поставляла оборудование в Санкт-Петербургский офтальмологический центр, я с группой врачей и медсестёр поехал в Германию, в город Йена, осваивать новую технику. Это была уже объединенная Германия. Руководителей кафедр Йенского университета имени Фридриха Шиллера периода ГДР заменили на профессоров из ФРГ. Кафедрой офтальмологии с 1992 года стал заведовать профессор Юрген Штробель из знаменитого университета западногерманского города Гисена. Он активно внедрял новые стандарты офтальмологической помощи на восточногерманской земле и обучал меня несколько старомодной, «однокурой», технике факэмульсификации. Его «фирменной» операцией была вторичная имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ). Дело в том, что в ГДР широко применялся метод интракапсулярной экстракции катаракты без имплантации ИОЛ. Люди были вынуждены носить очки с толстыми стеклами, увеличивающими изображение и искажающими их, что неудобно. Штробель поставил на поток вторичную имплантацию интраокулярных линз.



В Подпорожском районе

картин, причём в большинстве случаев не выдающихся («*Малые голландцы*» — условное название голландских художников XVII века, писавших небольшие, тщательно отделанные картины. Хотя они не представляли собой единой школы, их произведениям свойственны некоторые общие черты: оптоичность техники, ясность композиции, тонкая нюансировка деталей» — Википедия). Теперь они высоко ценятся прежде всего потому, что сохранилось около 1% из этих работ. В детстве я, как и многие мои сверстники, собирал марки и рано понял, что ценность определяется не красотой или нарисованным на них номиналом, а количеством сохранившихся экземпляров.

Если Вы посмотрите, сколько в XVII веке, стоила картина того же Рембрандта, я уже не говорю о рядовых мастерах, то увидите, что она стоила дешевле, чем отделка комнаты богатого гражданина тисненными кожаными обоями с позолотой. Картины мастеров посерьезнее использовались как незатейливые детали интерьера, наподобие того современного массового «искусства», которое украшает стены приличных сетевых отелей. Помните, как в «Простоквашино»: «От этой картины на стене очень большая польза — она дырку на обоях загоразживает». И только когда художник становился обеспеченным, у него появлялось время для творчества, которое, могло уже и не вдохновлять.

Офтальмохирургия — работа достойная и гуманная. В идеале хорошо, если ты не сильно зависишь от неё финансово. Приезжая в Соединенные Штаты, я видел, как офтальмологами работали представители из богатых семей, у которых были не только дорогие дома, спортивные автомобили, но собственные вертолеты и самолеты. Они могли не работать. Но работали, потому что выросли в баптистском поеве Америки. В их протестантской морали что-то генетически детерминированное сформировалось на поколения вперед, и эти доктора работали «из любви к ближнему». В Европе я такого не встречал.

Сейчас открывается много частных клиник, да и страховая медицина далеко не бесплатна. Платная медицина, конечно, допустима, но если наша работа претендует на какой-то элемент творчества, то её не должна определять только финансовая составляющая. Говорю это не потому, что я из советского прошлого. Работа в операционной не является прямой обязанностью заведующего кафедрой и руководителя клиники. Но на мою подготовку было потрачено много времени, сил и средств, меня хорошо учили, и я считаю, что обязан делиться знаниями и приобретенным опытом.

Пока могу. Осознаю, однако, что на определённом этапе в операционной ходить станет непросто. Уже есть первые симптомы. В отделе от ещё недавнего прошлого уже без особого рвения стремлюсь осваивать новую технику. Например, с трудом перехожу на систему NGENUITY. У меня отличный «цейсовский» операционный микроскоп LUMERA 700, мне удобно и привычно на нем работать. Известно, что любой переход от старых проверенных технологий к новым на этапе освоения связан с ростом числа осложнений. Например, переход от хорошо освоенной экстракапсулярной экстракции катаракты к факоэмульсификации приводит к увеличению количества случаев разрыва капсулы и выпадения стекловидного тела. Спрашивается, зачем, когда у тебя хорошие результаты, нужно осваивать что-то новое? На этот вопрос есть простой ответ: «Отсутствие прогресса — это регресс».

Вы упомянули о том, что Вас хорошо учили. Или Вы хорошо учились?

У меня есть товарищ, который не получил научных званий, но по своей эрудиции может дать фору многим академикам. У него три высших образования. Он прекрасно учился, был старостой нашей группы. Теперь он периодически воспитывает моих детей, внуша им, что если делаешь что-то, делай это хорошо, если учишься, то только на высший балл. Иначе смысла нет. Он понимает, что разница между четверкой и пятеркой не такая большая, между четверкой и тройкой — колоссальная, между тройкой и двойкой тоже небольшая.

У меня диплом с отличием. За годы обучения в институте получил только две четверки. Одну по патологической анатомии, другую — по марксистско-ленинской философии, которая теперь и философия не считается. Всё меняется. Боюсь, однако, что сейчас по балльно-рейтинговой системе я бы не сильно утешался.

Сейчас хорошо учат? Или будущий успех в профессии целиком зависит от того, что человек должен учиться сам? Насколько это корректное суждение?

Базовые знания должны быть. И учителя должны быть. Самоучки в нашей профессии не приветствуются. Мне с учителями повезло. В клиническую ординатуру ГИДУВа я пришел сразу после окончания института. Разница в возрасте между заведующим кафедрой и мной была 40 лет. Периодически я слышу истории, как притесняют начинающих сотрудников, боятся конкуренции со стороны молодых. Я с этим не сталкивался. Петр Иванович Лебехов (руководил кафедрой с 1971 по 1990 год) 1921 года рождения, Александр Александрович Куглеев (руководил кафедрой с 1990 по 1997 год) 1932 года рождения. Мои руководители относились ко мне по-отцовски. Они прекрасно понимали, что жили тогда, когда меня не было, а я должен жить, когда не будет их. Мы — представители разных поколений, и ситуация, при которой ученик слишком быстро шагает и его следует притормозить, возникнуть не могло. Мне всегда старались помочь, и я благодарен за это своим наставникам, своим старшим товарищам, поскольку понимаю, насколько это важно.

В каком возрасте Вы приступили к преподавательской работе?

Преподавать я начал после окончания клинической ординатуры, ещё в очной аспирантуре, которую досрочно окончил и перешёл на должность ассистента кафедры. Мне тогда исполнилось 26 лет. Было нелегко, поскольку в качестве врачей-слушателей приезжали офтальмологи из многих республик Советского Союза с гораздо большим стажем и опытом, нередко заведующие офтальмологическими отделениями, иногда преподаватели других институтов. Поэтому у меня изначально не возникало желания «воспитывать», а на экзаменах я всегда ставил пятерки. Периодически у меня вызывает удивление, когда преподаватели, не всегда способные научить чему-либо, проявляя излишнюю требовательность к студентам, существенно переоценивая значимость преподаваемой дисциплины для дальнейшей жизни обучаемых. Да и потом, никто не отменял русскую поговорку: «В 20 лет ума нет и не будет...». Если вы хотите показать, что в своей области знаете больше, то дружите с знаниями это все равно не прибавит, а осадочек останется... Поэтому я придерживаюсь старого

профессорского подхода: оценивать знания «с запасом», чтобы людям было приятно, и чтобы они не уходили с ощущением униженности и озлобления.

Как я уже говорил, меня учили хорошо, ненавязчиво. Что касается того, как учил я, то было по-разному. Жуже всего получается учить своих друзей и знакомых. Я уже был ассистентом кафедры, когда к нам в качестве клинических ординаторов поступили на обучение мои однокурсник и однокурсница из соседней группы. Мы были знакомы с 17-ти лет и они, учитывая этот факт, небезосновательно рассчитывали на ряд предпочтений. Очевидно, такая ситуация не способствовала укреплению трудовой дисциплины, но два года пролетели быстро. Чему лично я был рад. Но с тех пор к обучению у меня выработался такой же подход, как и к лечению. Это дело добровольное. Над душой каждого постоянно стоять не будем. Поэтому хочешь получать знания — получай, хочешь отдохнуть на время учебы — отдыхай. Это личное дело каждого.

И ещё один печальный факт. У меня было много толковых клинических ординаторов с хорошими руками, которые, в силу различных обстоятельств, оказались вне хирургии. Кто-то на поликлиническом приеме, кто-то на научной работе, кто-то вообще ушёл из специальности. Конечно досадно, когда ты долго учишь человека, а потом всё это — в никуда. Возможно, причина заключалась в «эпохе перемен». Мы окончили институт в 1984 году, а дальше — 90-е. Я знаю многих представителей своего поколения, которые, после окончания ВУЗа, а иногда и ординатуры с аспирантурой никакого отношения к медицине в дальнейшем не имели.

В июне 2015 года в Санкт-Петербурге состоялся 41 международный конгресс EPOS Европейского офтальмологического педиатрического общества. Едва ли не единственный случай, когда в России проводился конференция, статус которой можно смело назвать «международным». Существует ли шанс у конгресса «Белые ночи» перейти от формулировки «международным участием» (хотя по-английски он и звучит как «International») к «международному» в полном смысле слова?

Некорректная постановка вопроса. Этот конгресс был организован 31 год назад Юрием Сергеевичем и Эдмом Черни. Это был российский-американский конгресс, на первых порах, скорее, американо-русский. К нам приезжали пять президентов Американской академии офтальмологии. У нас был весь цвет тамошней медицины...

...которые приезжали как докладчики. А я под статусом «международный» имею в виду конгресс, куда бы приезжали офтальмологи из разных стран в качестве участников.

В свое время турки к нам приезжали, их было человек 150, офтальмологи из Ирана, большими группами приезжал доктор из Узбекистана, Казахстана, других близких союзных республик. Когда-то «Белые ночи» считались самым крупным офтальмологическим форумом на Северо-Западе Европы. Надеюсь, когда-нибудь конгресс вернет себе прежний статус.

Не могу не задать вопрос о Вашем отце, Юрии Сергеевиче Астахове. В одном из интервью газете «Поле зрения» Юрий Сергеевич сказал, что Вы, окончив университет, продолжили учебу в ГИДУВе, 23 года там проработали и вернулись в университет уже в профессорском звании.

Для меня Юрий Сергеевич — старший товарищ. У меня с детьми не такой контакт, какой был между мною и отцом. Я появился на свет, когда Юрию Сергеевичу было 21 год, а я свою семью создал только в 40 лет. Понимаете, разрыв между мной и детьми — 20 лет, а между мной и отцом — 40 и 45. Это поколенческий разрыв. Однако, в моем случае это хорошо, потому что, благодаря детям я «остаюсь в теме». С ними легче понимать, чем живет, что хочет подрастающее поколение.

Кстати, Юрий Сергеевич не очень-то и хотел, чтобы я был офтальмологом. У нас не было четкой установки пойти в этом направлении. В нашей семье четыре поколения врачей, подрастает пятое. И почти никто не повторял специальности...

«Так что никто не может обвинить меня в том, что Сергей «вырос» благодаря мне». Каким Юрием Сергеевичем остался в Вашей памяти? Что Вы унаследовали от отца?

Для меня Юрий Сергеевич — старший товарищ. У меня с детьми не такой контакт, какой был между мною и отцом. Я появился на свет, когда Юрию Сергеевичу было 21 год, а я свою семью создал только в 40 лет. Понимаете, разрыв между мной и детьми — 20 лет, а между мной и отцом — 40 и 45. Это поколенческий разрыв. Однако, в моем случае это хорошо, потому что, благодаря детям я «остаюсь в теме». С ними легче понимать, чем живет, что хочет подрастающее поколение.

Кстати, Юрий Сергеевич не очень-то и хотел, чтобы я был офтальмологом. У нас не было четкой установки пойти в этом направлении. В нашей семье четыре поколения врачей, подрастает пятое. И почти никто не повторял специальности...

...специальности да, не повторяли, но шли в медицину.

Медицину да, повторяли, но как обширную часть общечеловеческих знаний, искусства. Меня крайне удивил факт объединения РАМН с Академией наук, потому что с моей точки зрения, медицина к науке, как таковой, если сравнивать с математикой, физикой, химией, отношения не имеет. Даже на эмблеме Первого медицинского института написано изречение Гиппократова Medicina Ars Nobilissima — «Медицина — благороднейшее из искусств», заметьте — искусство, но не наука!

Поскольку мы дружили с Владимиром Андреевичем Алмазовым, заведующим кафедрой факультетской терапии и основателем Института кардиологии (в настоящее время НИИЦ имени В.А. Алмазова), я поначалу думал стать кардиологом. Полтора года проработал в отделении интенсивной терапии, первая моя научная статья была посвящена нестабильной стенокардии. Но однажды, когда я учился на 5 курсе, меня вызвал к себе Отари Александрович Джалишвили, который заведовал тогда кафедрой глазных болезней Первого медицинского института и задал мне вопрос, есть ли такая область медицины, без которой я не представляю свою жизнь. Я был несколько ошарашен вопросом. «Честно говоря, я вообще могу представить свою жизнь без медицины», — ответил я. «Тогда, что тут думать, иди в офтальмологию. Тебе что, Алмазов поможет больше, чем твой отец или я?» И он был прав, потому что Отари Александрович был моим оппонентом и на кандидатской, и на докторской диссертации. Более того, он был великолепный методист. Когда я отдал один экземпляр кандидатской Отари Александровичу, а второй — своему научному руководителю профессору П.И. Лебехову, а затем получил их обратно, то увидел, что в них взаимоисключающие замечания. А тогда много писали, писали от руки, на обратной стороне страницы или между абзацами. Я исправил всё, на что указал О.А. Джалишвили, принес П.И. Лебехову, и он, перечитав сказал: «А вот теперь всё хорошо!»

Отари Александрович был моим оппонентом и на докторской диссертации и фактически он определил выбор моей медицинской специальности. Он был нормальный, трезвомыслящий грузин: «Лучше, чем я и отец тебе никто не поможет. У тебя прекрасная библиотека — сэкономим на книгах, когда будет необходимо, мы тебя поддержим. Офтальмология — красивая специальность, не пожалейте». И поскольку человеку, свойственно искать линию наименьшего



Барселона, IMO (Institut de Microcirurgia Ocular) Институт микрохирургии глаза)



IMO — старинное оборудование вдоль стен центра. Барселона

сопротивления, я подумал, а зачем штурмовать новые высоты с подножия горы. Это было логично. Могу с уверенностью сказать, Отари Александрович на 100 процентов был прав. Я ни разу не пожалел.

Ещё несколько слов об учителях. Будучи аспирантом и ассистентом, я регулярно дежурил по «скорым» дням. А в период между клинической ординатурой и очной аспирантурой был даже оформлен на должность врача-дежуранта Городской глазной больницы №7. Городская глазная больница, клиническая база кафедры ЛенГИДУВа, дежурила большую часть недели. Часто поступали больные с травмой глаза и его придаточного аппарата. Поскольку офтальмотравматология — самая сложная область в нашей профессии, это была хорошая школа, но сказывался недостаток опыта. Чтобы компенсировать его, во время дежурства я мог позвонить Юрию Сергеевичу, Александру Александровичу Куглееву, Отари Александровичу Джалишвили в любое время, в 3 часа ночи, в 5 часов утра. Всегда получал от них дельные советы, которые помогали мне, а следовательно, и пострадавшим. Честно говоря, сейчас я с трудом представляю себе, что кто-то из ординаторов может среди ночи набрать номер профессора или академика и попросить о консультации. А ректор наш, главный специалист по скорой помощи, вообще решил, что дежурства нам не нужны, и отказался от них. Хотя каждый вторник раньше всегда был фиксированным днём дежурства по городу для клиники глазных болезней 1-го медицинского института. Не думаю, что в условиях резкого роста глазного травматизма было целесообразно убирать из системы подготовки специалистов эту часть работы.

«Капсула времени» — проект Первого медицинского университета. Вы, как офтальмолог, какие предметы, связанные с офтальмологией, вложили бы в капсулу времени, чтобы через 100 лет ее открыли наши потомки?

Я очень скептически отношусь ко всем этим делам. Не буду останавливаться на деталях того, что там замуровали. Это было освещено в средствах массовой информации. Не уверен, что потомков это сильно порадует и заинтересует. А вот предметы, связанные с офтальмологией, которые интересно было бы посмотреть через 100 лет в капсулу не поместятся. Между тем, есть достойные примеры того, как можно протянуть связующую нить этого времени. И пространство для этого можно найти. И не замуровывать, а демонстрировать процесс

эволюции. В 2017 году я приехал в Барселонский Институт микрохирургии глаза (IMO). Клинический центр, площадью в 24 000 кв. метров, современной архитектуры знаменитого Жозепа Льянса, великолепное оснащение, прекрасные специалисты. Вдоль стен расположены ниши, закрытые стеклянными панелями, а за ними наша история в виде тех приборов и оборудования, которые когда-то использовались в работе нашими предшественниками. Это выглядит

очень эффектно и напоминает эволюционное древо человека.

42 года назад, впервые придя в городскую глазную больницу на Моховой улице, которая существует там с 1840 года, я увидел дореволюционные периметры Ферстера, офтальмометры Жавала, рефрактометры Хартингера, старинные щелевые лампы, первые операционные микроскопы и первые отечественные лазеры. Все это было и могло бы составить прекрасную экспозицию. После получения нового

оборудования вся эта роскошь была спрятана в подвал. Подвал, как водится, затопило, и всю технику выкинули на помойку. Жаль!

Сергей Юрьевич, благодаря Вас за интервью и позвольте выразить уверенность в том, что у нас еще будет не один повод для радости!

Интервью подготовил Сергей Тумар Фото из личного архива С.Ю. Астахова

СОВРЕМЕННАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Северная Звезда Нам доверят!

ПРОТИВОМИКРОБНОЕ СРЕДСТВО

БЕЗ РЕЦЕПТА!

СОСУДОСУЖИВАЮЩЕЕ, ПРОТИВОТЕЧНОЕ СРЕДСТВО

БЕЗ РЕЦЕПТА!

ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

НЕСТЕРОИДНЫЙ ПРОТИВОСОСЛАНИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

АНТИОКСИДАНТ, АНГИПРОТЕКТОР

НОВИНКА!

ИММУНИТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

ns03.ru

НАЛИЧИЕ В АПТЕКАХ, АПТЕЧНЫХ СЕТЯХ, НА МАРКЕТПЛЕЙСАХ И АГРЕГАТОРАХ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

GMP

Изменения глазного дна при гипертонической болезни в 1942-1943 гг. в Ленинграде

Доцент Р.А. Батарчуков

Из глазной клиники (директор — заслуженный деятель науки профессор В.В. Чирковский) / ЛМИ им. акад. И.П. Павлова

Посвящается профессору В.В. Чирковскому в связи с 45-летием его научной деятельности (Доклад был сделан на пленуме Ученого совета Наркомздрава РСФСР 14 августа 1944 года в Ленинграде)

Несмотря на большую современную литературу, посвященную изучению гипертонической болезни, еще и теперь нет единогласия по целому ряду вопросов, касающихся этого тяжелого заболевания. Нет до сих пор единства взглядов и в отношении, казалось бы, хорошо видимых в офтальмоскоп и установленных изменений со стороны глаза у гипертоников. Это, нам кажется, дает право еще раз поделиться своими новыми наблюдениями над изменениями глазного дна при гипертонической болезни в годы Отечественной войны (1942-1943 гг.) в Ленинграде. Мы считаем излишним предпосылать литературный обзор вопроса нашему сообщению, полагая, что эта сторона дела хорошо всем известна, тем более что в основном это нами уже сделано в 1939 г. на страницах «Советского врачебного журнала». С тех пор новых сообщений, принципиально отличных от уже опубликованных работ, в советской литературе не появлялось. За два года (1942 и 1943) под нашим наблюдением было 212 гипертоников. Эти больные в большей своей части находились на стационарном лечении в факультетской терапевтической клинике I ЛМИ; значительно меньшая часть больных пользовалась стационарным же лечением в глазной клинике, и наконец несколько человек были под наблюдением госпитальной терапевтической клиники I ЛМИ. Жизнь города-фронта создала почти одинаковые условия для всех наших больных. Вот почему почти в каждом анамнезе, наряду с нервным и физическим перенапряжением, мы встречаем перенесенную в той или другой степени алиментарную дистрофию, 140 от легких до тяжелых форм ее. У многих больных во время нашего наблюдения были налицо не только остаточные явления этого страдания, но и выраженные ее проявления. Различного рода авитаминозы и гиповитаминозы также наблюдались как у мужчин, так и у женщин. Обращает на себя внимание аменорея у наших пациенток, способных жить половой жизнью, длящаяся до большой, то меньшей промежуток времени. Поражает также большая частота сердечной недостаточности различных степеней у наших гипертоников, которую мы имели возможность наблюдать у 80 больных, т. е. почти в 38%, и поразительно малое количество случаев кардиосклероза по сравнению с прежними наблюдениями. Последнее заболевание среди рассматриваемых гипертоников мы нашли только у 10 человек. Останавливают на себе внимание также высокие цифры минимального кровяного давления у многих гипертоников 1942-1943 гг. Среди 212 гипертоников, бывших под нашим наблюдением, было только 25 мужчин и 187 женщин.

Из 212 больных гипертонической болезнью у 35 человек (16,5%) глазное дно было вовлечено в процесс. В остальные 177 случаев, т. е. в 83,5%, глаз был поражен в той или другой степени. По данным Байяра и по нашим наблюдениям, в доверное время глаз оставался пощажением гипертонией в 23,5%. Теперь же мы видим снижение этого процента до 16,5%, т. е. поражение глаз при гипертонической болезни в Ленинграде наблюдалось значительно чаще.

Такое заметное увеличение пораженного глаза при общем повышении кровяного давления представляет своеобразную особенность ленинградской гипертонии. Кроме того, по литературным данным и нашему опыту, участие в процессе самой ткани ретины в прежние годы колебалось от 23 до 25%, по нашим же наблюдениям 1942/43 г. поражение ретины имело место у 123 гипертоников, т. е. у 69,5% наших больных. Иначе говоря, почти у 70% больных наблюдались тяжелые изменения дна глаза, и в этом еще одно отличие проявлений гипертонии в указанный период времени. Изменения глазного дна касались или только сосудистой системы ретины, или / и сама сетчатка и зрительный нерв принимали то или другое участие в них. Случаев, когда были поражены только сосуды нервной оболочки глаза, мы насчитали среди своих больных 54 (30,5%), а у 123 больных (69,5%) имелись изменения в самой сетчатой оболочке. Для большей наглядности все изменения глазного дна, наблюдавшиеся у гипертоников в 1942-1943 гг., мы разделили на отдельные группы. К первой группе мы отнесли 54 случая, в которых изменения касались только сосудов ретины. Во вторую группу вошли 52 гипертоника, у которых имелись еще и сравнительно легкие поражения сетчатой оболочки. У этой категории больных картина глазного дна сводилась к заметному побледнению соска зрительного нерва, границы которого выглядели достаточно резко по сравнению с нормой; сетчатка вокруг соска представлялась на различном ее протяжении помутневшей — от степени легкой вуали до ясного белесоватого тона; артерии сужены и в некоторых случаях с неравномерным калибром; наоборот, вены расширены и часто извиты; феномен Салоса II и III степени. Третью группу, значительно меньшую, составили 14 гипертоников, у которых к только что описанным изменениям глазного дна присоединились еще кровоизлияния различной формы и в различном количестве. 49 случаев с типичной картиной так называемого neuroretinitis albuminurica, описанной Грефе, образовали четвертую группу больных. Наконец 8 случаев гипертонической болезни, осложнившихся эмболией центральной артерии глаза, объединены в последней, пятой группе. Таким образом морфологическая картина глазного дна при гипертонической болезни в 1942-1943 гг. в Ленинграде заметно не отличается от той, которая была описана нами в 1939 г. по данным той же факультетской клиники I ЛМИ. Однако, как мы увидим дальше, степень выраженности этих изменений, их комбинация друг с другом, время появления их, в ряде случаев их лабильность, и наконец, способность, несмотря на их высшее проявление, к обратному развитию, значительно отличают клиническую картину глазного дна при гипертонии военного времени от такой же картины мирного времени. В первой группе, в которой имеется лишь поражение сосудистой системы ретины, изменения сосудов ничем не отличались от обычных картин гипертонического дна, и степень сужения артерий ретины, в общем, соответствовала высоте кровяного давления. Ничего нового не удалось подметить и относительно симптома Салоса. Получалось впечатление, что в

последние годы при гипертонической болезни тромбозы отдельных венозных ветвей встречались чаще, чем в мирное время, и часто были связаны с местами пересечений сосудов ретины. У трех гипертоников нами отмечен тромбоз главного ствола центральной вены, причем у одной пожилой больной процесс осложнился вторичной глаукомой и дело кончилось энуклеацией глаза. Не явились неожиданными для нас и изменения глазного дна у 52 гипертоников второй группы, у которых на первый план выступают явления отека сетчатой оболочки без очаговых ее поражений. Однако до 1939 г., по нашим наблюдениям, такие картины глазного дна встречались редко; обычно, если имелся отек сетчатки, особенно в заметной степени, то имелись и очаговые изменения ретины в виде красных и белых фокусов, хотя бы в небольшом количестве. Наблюдения над изменениями глазного дна при гипертонии 1942/43 г. позволяют нам утверждать, что фокусы красного цвета — кровоизлияния без очаговых изменений в ретине — встречались чаще, чем это наблюдалось в доверное время. Примером этому является наша третья группа больных. Наиболее характерной особенностью гипертонической болезни военного времени являются частые поражения органа зрения в форме neuroretinitis albuminurica. Очевидно в целом ряде случаев гипертонии субъективные расстройства со стороны органа зрения вынуждали больного впервые искать врачебной помощи и в первую голову обращаться к врачу-окулисту. Мы не раз были свидетелями того, что гипертоник, прежде всего, приходил в глазную клинику и только через окулиста попадал под наблюдение терапевтов. Наш материал в этом отношении особенно демонстративен. Так, среди 177 гипертоников с поражением самой ретины мы имели 49 случаев neuroretinitis albuminurica, что составляет 27,5%. В доверное время эта форма заболевания среди гипертоников встречалась значительно реже. По нашим наблюдениям, нейроретинит тогда встречался только в 8,4% (10 случаев у 154 гипертоников). Из 49 случаев нейроретинит 15 раз наблюдался или при явной недостаточности почечной деятельности, или при наличии нефросклероза. В дальнейшем описании нейроретинита у наших больных мы будем иметь дело только с той категорией больных (34 случая), у которых не было исключено вовлечение в процесс почеч. Кровяное давление в названной группе больных колебалось в широких размерах. Максимальное кровяное давление от 130 до 150 мм имелось у 4 больных, от 151 до 170 мм — у 7, от 171 до 200 мм — у 14 и выше 200 мм — у 9. В 15 случаях нейроретинит наблюдался при выраженных явлениях сердечной недостаточности. Нарушение мозгового кровообращения имело место у 5. В 4 случаях, наряду с гипертонией, был распознан скорбут. У одного гипертоника нейроретинит сопровождался авитаминозом комплекса В, у одной больной имелась алиментарная дистрофия.

Во всех случаях нейроретинита обращает на себя внимание, прежде всего, отек ретины как в отношении своей большой выраженности, так и распространенности. Конечно, и прежде в отдельных случаях ретинит сопровождался резко выраженным



отеком ткани сетчатой оболочки. В настоящее же время отек, можно сказать, преобладает над другими признаками, характерными для этой картины болезни. В наших случаях отечный сосок являлся обычным явлением. Обращает на себя также внимание среди фокусных изменений в сетчатке явное количественное преобладание красных очагов и очажков над белыми. Особенно в картине нейроретинита, по нашему мнению, надо считать и преимущественное наличие мелких беловато-блестящих точек и даже «брызг», которые особенно поражают своей массой при прямой офтальмоскопии; крупные белые фокусы, особенно в форме «комочков ваты», отходят на второй план. Во всех 34 случаях отмечено поражение и желтого пятна. Редко в наших случаях дело ограничивалось только помутнением желтого пятна; чаще же дело шло о фокусных изменениях его в виде беловато-блестящих точек и черточек, то лежащих в виде кучек, то располагающихся лучеобразно, образуя часть, то полную фигуру звезды. Поражение области желтого пятна при гипертоническом нейроретините без поражения почек мы наблюдали 13 раз; при этом у 5 гипертоников желтое пятно было занято звездой в обоих глазах, в 4 случаях она имелась на одном глазу, у остальных 4 больных была неполная фигура звезды, причем во всех случаях лучи были направлены в сторону соска зрительного нерва. Нейрорбинит чаще всего у наших больных был двусторонний, но в 5 случаях мы встретили его только на одном глазу. И до войны мы имели возможность наблюдать, как иногда и выраженная картина нейроретинита при гипертонической болезни без поражения почек подвергалась обратному развитию вместе с падением кровяного давления. Однако при гипертонической болезни 1942/43 г. эта способность к обратному развитию нас часто удивляла. На основании своих наблюдений мы с полным правом можем утверждать, что в ряде случаев картина резко выраженного нейроретинита отличалась большой лабильностью и способностью к полному или почти полному обратному развитию. За два года нам приходилось наблюдать в клинике немало больных, у которых первое впечатление от изменений глазного дна получалось самое тяжелое, и мы были не мало поражены, когда через сравнительно короткий промежуток времени тяжелой картина нейроретинита сменялась нормальным состоянием глазного дна. Получается впечатление, что иной раз достаточно только постельного режима, чтобы высокое кровяное давление начинало падать, и вместе с ним уменьшаться буквально на глазах явления со стороны глазного дна; в первую очередь идет на убыль отек. Для иллюстрации сказанного мы позволим себе привести короткие выписки из историй болезни двух наших гипертоников с нейроретинитом, причем вторая больная, по нашему мнению, представляет интерес и с точки зрения этиопатогенеза поражения глаза.

1. Больной Б., 35 лет, ответственный работник, находился на лечении в клинике с 24/V по 5/VIII 1943 г. по поводу гипертонической болезни без нарушений сердечной и почечной деятельности, но осложнившейся двусторонним нейроретинитом. При поступлении обычные жалобы: головная боль, общая слабость, к чему три недели назад присоединилось еще и падение зрения на оба глаза. Головными болями страдает 2-3 месяца; они очень продолжительны, часто сопровождаются тошнотой. Рвоты не было. Заболевание свое связывает с большим умственным напряжением и недостатком питания, хотя дистрофией не страдал и цынки у больного не было. Д о заболевания практически был здоров. В детстве перенес бронхопневмонию, в 1924 г. — верхушечный туберкулез. Много курил с 20 лет, спиртные напитки употребляет умеренно. Общее состояние больного удовлетворительное, в больницу пришел сам. Гипертоник, правильное телосложения, хорошего питания. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца слегка увеличены влево, тоны сердца ритмичны, чисты, акцента на сосудах нет. Легкие — без существенных отклонений от нормы. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезнен, печень и селезенка не прощупываются. Кровяное давление 165/100 мм. Со стороны дна глаза в день поступления отмечено следующее. Правый глаз. Сосок зрительного нерва бледен, с заметно ступеобразными контурами, сетчатка вокруг него мутна. На самом соске в середине его височной половины — кровоизлияние в виде тире. Непосредственно от соска зрительного нерва наружу, начиная от горизонтального меридиана и выше имеется целый ряд тонких струйчатых кровоизлияний. Ниже этих кровоизлияний располагается ландкраутобразный белый очаг, длинный диаметр которого равен диаметру соска, а короткий — 1/3 диаметра соска зрительного нерва. В фокусе, над артериальным сосудом, в конце описанного струйчатого поля кровоизлияний — белая бляшка со среднюю чечевичу величиной, а дальше к периферии опять располагается струйчатые кровоизлияния в значительном количестве. Область желтого пятна мутна и занята нежными, беловато-блестящими пятнышками с наклонностью располагаться лучами. Артериальные сосуды сужены, несколько извиты с резкой срединной полостью. Салос II. Л е в ы й глаз. Сосок зрительного нерва бледноват, не достаточно резко контурирован, сетчатка вокруг соска мутновата, книзу и кнутри от соска зрительного нерва на подлимаетерю его — белая, угловатая, со среднюю чечевичу величиной бляшка, книзу и наружу от соска зрительного нерва, отступая на один диаметр от него, между главной веной и артерией — штрихообразные кровоизлияния. Артерии узки, частично неравномерны, с резким выраженной срединной полостью. Салос II на обычных местах. Острота зрения в правом глазу 0,3, в левом 0,8. Стекла зрения не улучшают. Поле зрения в пределах нормы в обоих глазах. R W — .

Исследование мочи: отклонений от нормы нет. Исследование крови: эритроцитов 3 790 000, гемоглобина 68%, лейкоцитов 6200, палочкоядерных 4%, сегментоядерных 64%, лимфоцитов 30%, моноцитов 2%. Рентгенокопия: аорта слегка удлинена и повернута, размеры сердца заметно не увеличены, пульсация умеренной амплитуды, ритмичная, слева в нижнем легочном посяе старый очаг Гона, а у корня легкого — мелкие плотные железы; подвижность диафрагмы нормальная. Предписан строгий постельный режим. Paraverin и Luminal, внутривенно As, ascorbinol, местно — в оба глаза Sol. Dionini 1-3% два раза в день. I/V1 кровяное давление 150/80 мм. Головные боли, особенно в затылке, продолжают, плохой сон. С 8 /VI вводится ежедневно внутривенно 40% глюкоза. Резкое улучшение состояния больного. Получается впечатление, что иной раз достаточно только кровяное давление 160/60 мм. 26 /I, через месяц после поступления, общее состояние больного вполне хорошее, головных болей нет, сон и аппетит хорошие. Кровяное давление 120/70 мм. Острота зрения: правый глаз 0,6, левый 0,9. Глазное дно правого глаза. Сосок зрительного нерва достаточно хорошо контурирован, нормальной окраски, помутнения сетчатки нет, кровоизлияний нет. Между наружным краем соска, ближе к области желтого пятна, имеется кучка нежно-блестящих, поршхообразных очажков. В области еще мутного желтого пятна

— несколько белых пятнышек, располагающихся лучами. Выше описанного поля белых пятнышек проходит артерия, над которой разбросаны на достаточном большом пространстве точечные беловато-блестящие очажки. Кровоизлияние на самом соске рассосалось. Состояние сосудов без заметных изменений.

Левый глаз. Сосок зрительного нерва удовлетворительного питания, помутнений сетчатки нет, фокусных изменений нет, артерии узковаты, феномен Салоса держится. В описанном состоянии 5/VIII больной выписан из клиники для продолжения амбулаторного лечения и отдыха. Кровяное давление в день выписки 100/45 мм. Больной продолжал периодически показываться. 2/IX 1944 г. он чувствовал себя вполне здоровым, исполнял обычную для него работу, кровяное давление 120/65 мм. Глазное дно в обоих глазах в пределах нормы, острота зрения — 1,0.

Второй случай представляет собой пример тяжелейшего двустороннего нейроретинита. Больная 56 лет, служащая, находилась на излечении в терапевтической клинике с 3/VI по 31/VIII 1943 г. по поводу шипертонической болезни и скоробута. Гипертония четырехлетней давности. До 1940 г. удовлетворительное состояние, временами сильная головная боль. Кровяное давление в это время колебалось от 140 до 1700 мм. В 1940 г. — нарушение мозгового кровообращения. Постельный режим в течение полутора месяцев и соответствующая терапия. После этого достаточно хорошее состояние, больная снова работала, следя за своим кровяным давлением. Оно равнялось 170/90 мм. В 1942 г. выраженные явления алиментарной дистрофии, скоробута. В 1943 г. весной переносит сухой плеврит. Во время этой болезни измерение кровяного давления дало 245/180 мм, и после этого оно ниже 245/140 не опускалось. Заметила понижение зрения. В конце мая 1943 г. первая офтальмоскопия дала в обоих глазах выраженную картину нейроретинита. Особенно поражал своей выраженностью отек сетчатки и соска зрительного нерва с картиной типичного застойного соска. Тогда же обратило на себя внимание обилие кровоизлияний различной формы и величины, сравнительно немного бляшек белого цвета с нерезкими границами, со среднюю чечевичу величиной; в области желтого пятна полувзвезда из тонких черточек белого цвета. Артерии сужены, вены широкие и извиты. Салос II и III.

При поступлении 3/VI в клинику кровяное давление 240/180 мм. С 4/VI по 5/VI строгий постельный режим и обычное лечение гипертонической болезни. За это время исследования почек не обнаружилось изменений их деятельности. Кровяное давление в этот промежуток времени остается высоким. 5/VII кровяное давление снизилось до 190/150 мм. Около этого же времени обнаружено спадение явлений отека сетчатки. Видна масса «асбестовых брызг» вокруг соска зрительного нерва, появились новые значительные величины кровоизлияния. 28/VII жалобы на боли в области правого бедра зажили. В подколенных областях отмечены кожные кровоизлияния размером 6x8 см, в области мышц бедра справа сзади — глубокие болезненные кровоизлияния 8x8 см. С 29/VII по 12/VIII внутривенно вводится аскорбиновая кислота. Кровяное давление к этому времени достигает цифр 180/105, иногда 160/110 мм. За это время повторная офтальмоскопия показывает постепенное, но заметное обратное развитие нейроретинита в обоих глазах.

Последняя запись картины глазного дна такова. На правом глазу границы соска зрительного нерва недостаточно резки, сетчатка вокруг соска мутновата, вокруг соска зрительного нерва имеются беловато-бледные пятнышки в виде «брызг абеста», но более крупных белых очажков и кровоизлияний нет, артерии остаются узкими. В области желтого пятна отмечается нарушение строения звезды. В левом глазу изменения пошли еще дальше. Звезда в области желтого пятна еще более нарушена в своем строении, и «асбестовых брызг» вокруг соска также заметно меньше, чем в правом глазу.

Больная продолжала временами посещать клинику; картина глазного дна в обоих глазах пришла пости к норме, оставались только небольшие группы мелких беловато-блестящих точек наружу и вверх от соска зрительного нерва. В области

желтого пятна очаговых изменений не было. Зрение в обоих глазах — 1,0, поле зрения в пределах нормы. Кровяное давление оставалось в пределах 180/115 мм, т. е. оно равно обычному кровяному давлению больной до заболевания глаз. Самочувствие вполне хорошее. Приступила к работе.

Последняя группа наших больных включает 8 человек, у которых гипертоническая болезнь осложнилась односторонней картиной эмболии центральной артерии ретины. Это высшее проявление спазма артериального сосуда наблюдалось один раз у мужчины 66 лет, в остальных 7 случаях у женщин в возрасте от 42 до 57 лет. Кровяное давление у этих пациентов различное — от 150/95 до 240/110 мм. У двух из этих больных имелись явления сердечной недостаточности, у остальных 6 больных была неосложненная гипертоническая болезнь. В одном из этих случаев мы были свидетелями внезапно наступившего ангиоспазма: на наших глазах во время офтальмоскопии калибр артерии уменьшился вследствие ее резкого сужения. Одновременно больная заявила о сильном понижении зрения. Почему же нейроретинит при гипертонической болезни в 1942/43 г. в Ленинграде наблюдался чаще, чем это было в доверное время? Как объяснить отмеченные нами отличия в клинических его проявлениях по сравнению с нейроретинитом мирного времени? Мы не можем касаться здесь этиопатогенеза нейроретинита при гипертонической болезни во всей его широте. Известно, что и до настоящего времени нет единого взгляда на этот труднейший вопрос. Не отрицая влияния различных патогенетических факторов на развитие нейроретинита, мы, по нашему опыту и литературным данным, считаем наиболее приемлемым объяснением изменений дна глаза предположение о первичном сужении сосудистой стенки ретинальных сосудов. Особенно нас убедили в этом больные, у которых мы имели возможность проследить развитие нейроретинита и у которых при первоначальных осмотрах глазного дна отмечено было только заметное сужение артериальных сосудов ретины.

Мы думаем, что не одно только увеличение количества случаев гипертонической болезни повело к увеличению числа нейроретинитов при ней. Наши данные, как нам кажется, позволяют утверждать, что гипертония в 1942/43 г. в Ленинграде имела очень частое (в 69% по данным проф. Черноуцко) острое течение. В ее клинической картине отчетливо выявились регионарные ангиоспазмы сосудов мозга, сердца, глазного дна, почек (Гротзль, Черноуцкая). По данным проф. Черноуцко, 56,5% острых гипертоний относятся к нервномозговому варианту. И у наших больных нередко терапевты и невропатологи распознавали мозговую форму гипертонической болезни, следовательно и в этих случаях участие в процессе глаза является делом объяснимым. Наконец нельзя исключить влияние на течение гипертонии алиментарной дистрофии и авитаминозов в различных их разновидностях и степенях. Поэтому в основе большинства отеков сетчатки при нейроретините, захватывающих область желтого пятна и переходящих на сосок зрительного нерва, лежит, возможно, не только повышение внутричерепного давления, но может быть имеет значение и повреждение сосудистой стенки названными процессами с выхождением плазмы из них. В преобладании красных фокусов — кровоизлияний — над белыми очагами сетчатки в картине изменений глазного дна при военной гипертонической болезни, помимо высокого кровяного давления, может быть можно видеть в известной степени печать авитаминозов или гиповитаминозов. По литературным данным, на почве скоробута, например, образуются не только кровоизлияния в сетчатке, но, по свидетельству Мекензи (1880), могут возникать картины, схожие с нейроретинитом.

Мы думаем, что во втором нашем случае, история болезни которого приведена выше, в изменениях глазного дна, по крайней мере в отношении быстро появлявшихся и так же быстро исчезающих кровоизлияний, можно видеть влияние скоробута, осложнившего и без того тяжелой форму гипертонической болезни. Заметный сдвиг к лучшему болезненного процесса у нашей больной после проведенного курса лечения аскорбиновой кислотой также говорит за наше предположение. Белые фокусы, как мелкие так и в виде белых комочков ваты, являются постоянными спутниками тяжелого нейроретинита. Происхождение их различных авторы объясняют по-разному. Мы думаем, что быстрое появление белых очагов и довольно скорое их исчезновение позволяют считать, что в основе их лежит отек. Наблюдения над изменением глазного дна при гипертонической болезни показывают с достаточной ясностью, что на основании одних только данных о состоянии глазного дна делать заключение о прогнозе гипертонии трудно. Наш опыт не позволяет нам подтвердить наблюдения Брана и Радной о том, что состояние сосудов дна глаза дает лучшую точку опоры для прогноза, чем тяжесть изменений сетчатки. Наоборот, мы можем согласиться с названными авторами в том, что встречающиеся случаи высокого кровяного давления, когда степень сужения сосудов сетчатки не соответствует величине кровяного давления в плечевой артерии. Очевидно, это те случаи, когда давление в центральной артерии глаза до известной степени автономно по отношению к общему кровяному давлению и не изменяется параллельно ему. Мы видели благоприятное влияние люмбальной пункции на нейроретинит, степень развития которого, по нашему мнению, была наивысшей возможной. С другой стороны, нейроретинит в наших случаях наблюдался во всех возрастных группах и при различных стадиях гипертонической болезни и не один раз достигал чрезвычайной степени своего развития. Однако с ухудшением общего состояния он на наших глазах претерпевал обратное развитие вместе с нормализацией кровяного давления. Лабильность нейроретинита у ряда наших гипертоников позволяет отнять у него установленное за ним уже много лет тяжелое прогностическое значение в случаях гипертонической болезни без нарушения функции почек, оставив за ним все его прогностическое значение для случаев гипертонии с поражением почек. По нашему мнению, надо согласиться с Штокемером — 15 больных, имевших или явную почечную недостаточность, или развитую форму нефросклероза. В этих случаях нейроретинит не был неожиданным. С другой стороны, гипертоническая болезнь в 1942/43 г. в Ленинграде имела очень частое (в 69% по данным проф. Черноуцко) острое течение. В ее клинической картине отчетливо выявились регионарные ангиоспазмы сосудов мозга, сердца, глазного дна, почек (Гротзль, Черноуцкая). По данным проф. Черноуцко, 56,5% острых гипертоний относятся к нервномозговому варианту. И у наших больных нередко терапевты и невропатологи распознавали мозговую форму гипертонической болезни, следовательно и в этих случаях участие в процессе глаза является делом объяснимым. Наконец нельзя исключить влияние на течение гипертонии алиментарной дистрофии и авитаминозов в различных их разновидностях и степенях. Поэтому в основе большинства отеков сетчатки при нейроретините, захватывающих область желтого пятна и переходящих на сосок зрительного нерва, лежит, возможно, не только повышение внутричерепного давления, но может быть имеет значение и повреждение сосудистой стенки названными процессами с выхождением плазмы из них. В преобладании красных фокусов — кровоизлияний — над белыми очагами сетчатки в картине изменений глазного дна при военной гипертонической болезни, помимо высокого кровяного давления, может быть можно видеть в известной степени печать авитаминозов или гиповитаминозов. По литературным данным, на почве скоробута, например, образуются не только кровоизлияния в сетчатке, но, по свидетельству Мекензи (1880), могут возникать картины, схожие с нейроретинитом.

Мы думаем, что во втором нашем случае, история болезни которого приведена выше, в изменениях глазного дна, по крайней мере в отношении быстро появлявшихся и так же быстро исчезающих кровоизлияний, можно видеть влияние скоробута, осложнившего и без того тяжелой форму гипертонической болезни. Заметный сдвиг к лучшему болезненного процесса у нашей больной после проведенного курса лечения аскорбиновой кислотой также говорит за наше предположение. Белые фокусы, как мелкие так и в виде белых комочков ваты, являются постоянными спутниками тяжелого нейроретинита. Происхождение их различных авторы объясняют по-разному. Мы думаем, что быстрое появление белых очагов и довольно скорое их исчезновение позволяют считать, что в основе их лежит отек. Наблюдения над изменением глазного дна при гипертонической болезни показывают с достаточной ясностью, что на основании одних только данных о состоянии глазного дна делать заключение о прогнозе гипертонии трудно. Наш опыт не позволяет нам подтвердить наблюдения Брана и Радной о том, что состояние сосудов дна глаза дает лучшую точку опоры для прогноза, чем тяжесть изменений сетчатки. Наоборот, мы можем согласиться с названными авторами в том, что встречающиеся случаи высокого кровяного давления, когда степень сужения сосудов сетчатки не соответствует величине кровяного давления в плечевой артерии. Очевидно, это те случаи, когда давление в центральной артерии глаза до известной степени автономно по отношению к общему кровяному давлению и не изменяется параллельно ему. Мы видели благоприятное влияние люмбальной пункции на нейроретинит, степень развития которого, по нашему мнению, была наивысшей возможной. С другой стороны, нейроретинит в наших случаях наблюдался во всех возрастных группах и при различных стадиях гипертонической болезни и не один раз достигал чрезвычайной степени своего развития. Однако с ухудшением общего состояния он на наших глазах претерпевал обратное развитие вместе с нормализацией кровяного давления. Лабильность нейроретинита у ряда наших гипертоников позволяет отнять у него установленное за ним уже много лет тяжелое прогностическое значение в случаях гипертонической болезни без нарушения функции почек, оставив за ним все его прогностическое значение для случаев гипертонии с поражением почек. По нашему мнению, надо согласиться с Штокемером — 15 больных, имевших или явную почечную недостаточность, или развитую форму нефросклероза. В этих случаях нейроретинит не был неожиданным. С другой стороны, гипертоническая болезнь в 1942/43 г. в Ленинграде имела очень частое (в 69% по данным проф. Черноуцко) острое течение. В ее клинической картине отчетливо выявились регионарные ангиоспазмы сосудов мозга, сердца, глазного дна, почек (Гротзль, Черноуцкая). По данным проф. Черноуцко, 56,5% острых гипертоний относятся к нервномозговому варианту. И у наших больных нередко терапевты и невропатологи распознавали мозговую форму гипертонической болезни, следовательно и в этих случаях участие в процессе глаза является делом объяснимым. Наконец нельзя исключить влияние на течение гипертонии алиментарной дистрофии и авитаминозов в различных их разновидностях и степенях. Поэтому в основе большинства отеков сетчатки при нейроретините, захватывающих область желтого пятна и переходящих на сосок зрительного нерва, лежит, возможно, не только повышение внутричерепного давления, но может быть имеет значение и повреждение сосудистой стенки названными процессами с выхождением плазмы из них. В преобладании красных фокусов — кровоизлияний — над белыми очагами сетчатки в картине изменений глазного дна при военной гипертонической болезни, помимо высокого кровяного давления, может быть можно видеть в известной степени печать авитаминозов или гиповитаминозов. По литературным данным, на почве скоробута, например, образуются не только кровоизлияния в сетчатке, но, по свидетельству Мекензи (1880), могут возникать картины, схожие с нейроретинитом.

Олег Шиловских:

«Авторитарный стиль мне совсем не близок»

> стр. 1

Олег Владимирович, когда и почему Вы решили стать офтальмологом?

В 1986 году я окончил Свердловский государственный медицинский институт. На протяжении учебы у меня долго не было четкого представления о будущей специализации. Определенность пришла лишь на пятом курсе, когда настало время выбирать направление: акушерство, хирургия или терапия. Переломный момент наступил, когда я познакомился с ассистентом кафедры глазных болезней, который пробудил во мне интерес к офтальмологии. Это был Христо Периклович Тахиди (российский офтальмолог, доктор медицинских наук, академик РАН. Заслуженный врач Российской Федерации). Поскольку он курировал студенческий научный кружок при кафедре, я пришел к нему — так начался мой путь в выбранной специальности.

После института по распределению уехал в Первоуральск, в Межрайонное глазное отделение. Я собирался и дальше работать в Первоуральске, но все изменилось в одночасье — Христо Периклович назначили директором Свердловского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», и он пригласил меня на работу. Мне было всего 25 лет, когда я стал заместителем директора клиники. По тем временам это было из ряда вон выходящее событие. Думаю, я был самым молодым в стране в таком статусе.

Получается, что ещё в студенческие годы Вы стали работать



Стаж в профессии О.В. Шиловских 40 лет

вместе с Христо Перикловичем. А когда у Вас появилась возможность лично познакомиться со Святославом Николаевичем Федоровым?

Увлечись офтальмологией, еще студентом однажды поехал на конференцию в Москву, в институт Федорова. Сам Святослав Николаевич встречал нас, водил по институту, показывал операционные. То, что я там увидел, меня потрясло — искусственные хрусталики, выездной операционный автобус, иностранные пациенты, американские хирургические стажеры. Это был настоящий прорыв! Работать в таком учреждении было из разряда фантастики. Но прошло всего пару лет, и вот я — в структуре МНТК самого Святослава Федорова!

Все началось с того, что я приехал в Москву, на работу меня принимал его заместитель — Александр Дмитриевич Семенов. Это было 12 октября 1987 г. Потом я уже встречался с Федоровым по работе: Христо Периклович часто брал меня с собой на директорат. Хотел погрузить меня в процесс — чтобы я был «в теме». Мы, конечно, встречались и на разных мероприятиях.

Первая фотография, которую Федоров мне подписал, датируется 2 ноября 1988 г. — в день открытия нашего Центра. Вот как это было. Александр Дмитриевич подвел меня к Святославу Николаевичу и сказал: «Вот, смотрите, это парень, которого Христо Тахиди первым взял в свою команду». Федоров пожал мне руку, подписал и подарил свою фотографию. Она у меня до сих пор на

почетном месте. Другой памятный снимок с его 70-летия. Я сидел за столом напротив, по диагонали от него. Он подозвал меня к себе, достал фото и подписал его мне. Федоров умел подписывать так, что в паре слов схватывал самую суть человека. И делал это искренне, не формально.

Можно знать многих, но главное — чтобы знали тебя. Федоров знал меня — и с этим до сих пор живу. При этом я никогда не считал себя его учеником. Мы не работали вплотную, и он не был моим непосредственным наставником. Мой настоящий учитель — Христо Периклович Тахиди. Он взял меня еще студентом, и я 13 лет проработал у него заместителем. Именно под его руководством я сделал серьезные шаги в хирургии и в руководстве.

Что Вы чувствовали в 1987 году, начиная работу в МНТК?

Недавно мне подарили книгу про события конца 20-х годов прошлого века. Название поразило: «Энергия мечты». Точно подмечено! Люди искренне верили, что создают самое передовое общество и жили, вдохновленные этой верой. Вот и в перестройку тоже самое повторилось — железный занавес упал, и вдруг все стало возможно: открывать валютные счета, покупать оборудование напрямую, выезжать за границу. Стали для нас свежим ветром перемен. Все вновь поверили в прекрасное будущее.

А ведь сопротивление новому в СССР было колоссальное. Возьмем, к примеру, знаменитого

хирурга-ортопеда, изобретателя Гавриила Илизарова, который впоследствии основал и развивал Курганский научно-исследовательский институт экспериментальной и клинической ортопедии и травматологии.

В свое время он никак не мог пробыться, пока не взялся за Валерия Брумеля — чемпиона мира, рекордсмена по прыжкам в высоту. Тот после авткатастрофы не мог вернуться в спорт из-за укорочения одной ноги, и никто не знал, что с ним делать. А Илизаров поставил его на ноги — и с этого все началось. Этот случай принес Илизарову мировое признание.

Остеосинтез Илизарова, а потом искусственный хрусталик Федорова — препятствия возникли страшные. «Нельзя! Это невозможно! Инеродное тело внутри глаза — ты с ума сошел?!» Обвинения в лженауке, скепсис, непонимание. И все это — в научных кругах.

С новыми экономическими условиями появились другие подходы. И что очень важно — кардинально изменилась оценка эффективности медицинских технологий.

Святослав Федоров взял и свел все к простой арифметике: ВВП поделил на число работающих в стране людей. Одно действие — деление. И вот тебе результат — 70 тыс. долларов: столько денег приносит стране каждый гражданин в год.

А потом выдал такую мысль: «Любой пациент, которого мы возвращаем к жизни, приносит тот же самый результат. И дальше — расчет навалом: «Если я прооперировал 50 тыс. больных, умножим на 70 тыс. долларов — вот вам и экономический эффект, который мы обеспечиваем».

С точки зрения экономики, может, и не совсем точно. Но как наглядно! И ведь это еще не все. Ты не просто цифры складываешь — ты человеку полноценную жизнь возвращаешь: человек после операции снова может работать, строить семью — выходить замуж, жениться, детей рожать. А было бы это, если бы не та самая положительная перемена? Вряд ли.

По сути, Святослав Николаевич изменил экономические взгляды в медицине?

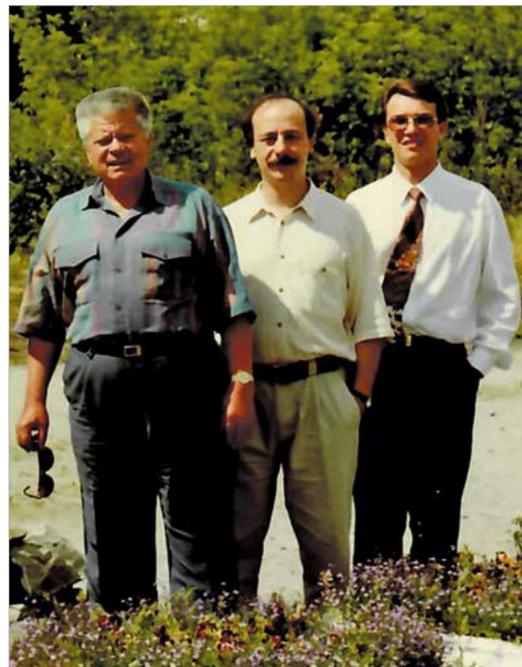
Святослав Федоров считал быстро, а мысли подавал ёмко. Я до сих пор помню его фразы — с тех линеек, где мне довелось присутствовать.

Одна из самых ярких: «Ребята, запомните: изобретение денег — второе по значимости изобретение человечества после колеса». Так он переводил разговор о здравоохранении в плоскость экономики — четко, по делу, без перегибов. Не «любой ценой», а с пониманием реальной ценности человеческого здоровья.

Можно ли сказать, что МНТК «Микрохирургия глаза» стал одним из первых отечественных бизнес-проектов в сфере медицины?

Мы начинали в особых условиях: у нас был стопроцентный государственный заказ. Но тогда впервые появилось понятие «цена услуги». Нам платили за количество операций, каждая из которых имела стоимость.

Схема проста: вот заказ, вот работа, вот деньги. И самое важное — появилась возможность этими деньгами распоряжаться самостоятельно. Никаких сверху ограничений — кроме одного: зарплата не должна превышать



С.Н. Федоров с визитом в Екатеринбург. Слева направо С.Н. Федоров, Х.П. Тахиди, О.В. Шиловских

30-35% от дохода. И все. Никаких других рамок.

Заработал больше — можешь больше платить сотрудникам. Хочешь закупить оборудование? Бери деньги и закупай. Никто не требовал заранее составлять сметы и согласовывать покупки с начальством: «Что вам нужно приобрести? Почему именно это?» Ты же руководитель — сам решаешь.

Даже штатное расписание мы утверждали сами, без участия Москвы. Сколько нужно медсестер, врачей, санитарок — решил руководитель. «Бери столько, сколько требуется. Ты здесь командующий — так команду!»

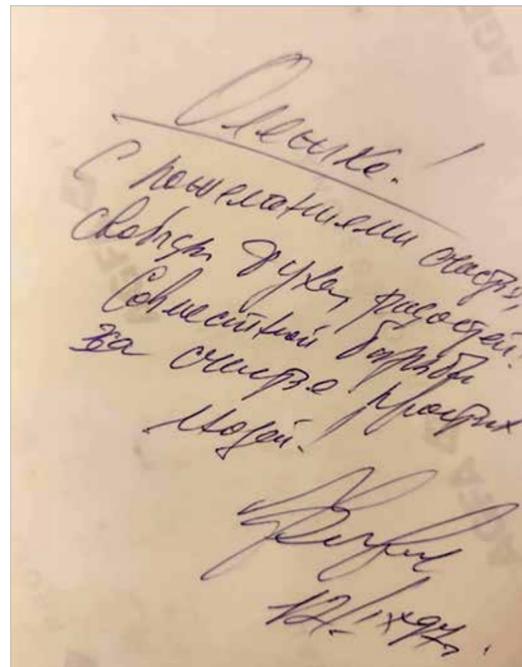
Хочешь справиться двумя врачами? Отлично. Нужно трое? Бери троих. Фонд зарплаты у тебя есть — дели его разумно: на 100 человек или на 10. Действуй эффективно, думай сам.

Все это формировалось буквально на ходу, тогда еще не существовало школы частного предпринимательства. Не было готовых рецептов, как вести дела «изнутри». Мы учились по мере развития событий, сами находили решения в процессе работы.

Святослав Николаевич повлиял не только на офтальмологию, но и на отечественную медицину в целом, ведь созданные им центры МНТК «Микрохирургия глаза» кардинально отличались от государственных больниц того времени и уровнем экономики, и инновационностью, и сервисом?

В 1989 г. медучреждение стало арендным предприятием. Схема была простая до удивления: брешь в аренду государственное имущество и платишь государству арендную плату — и все. А дальше — деньгами, которые зарабатываешь, распоряжайся как хочешь: плати зарплату, покупай оборудование. Это было похоже на свободу. Настоящая? Абсолютная? Федоров говорил — да, абсолютная.

Конечно, отчеты оставались: сначала интересовались только количеством операций. Потом стали внедрять оценку качества — уже спрашивали про результаты.



С.Н. Федоров умел подписывать фотографии — его пожелания всегда звучали искренне и шли от сердца

Дальше пошли глубже, как у тебя с перечнем услуг, внедряешь ли новые технологии, какой получаешь доход.

Постепенно начали закупать свое оборудование — как только рынки открылись и смогли валюту добыть. Тогда еще никакой свободной конвертации не было, но на Урале работали предприятия-экспортеры. Они продавали продукцию за границу и имели валютные запасы.

Мы договорились с ними и схему отладили четко. Профком на предприятия составлял списки нуждающихся в лечении. Списки передавали нам, мы вызывали пациентов. Предприятие платило нам рублями за каждую операцию. А валюту перечисляли отдельно — специально для закупки оборудования. За пару лет мы серьезно расширили парк: например, купили лазеры, которых у нас раньше не было.

А еще тогда появились международные выставки, например такие, как «Больница-89». Собирались производители со всего мира, выставляли оборудование. Мы ходили, смотрели — опыта-то сначала не было совсем. Подходишь к стенду, берешь проспект... Помню, удивлялся: можно просто взять! Вот такие тогда были времена.

Сегодня они лежат у меня, где-то в архиве — молчаливые свидетели времени, когда каждое «можно просто взять» становилось маленьким открытием. Мы учились быть самостоятельными — и это давало плоды.

На выставках встречались с представителями западных фирм, изучали предложения, уточняли комплектацию, подписывали соглашения и проводили оплату через банк.

Никакой централизованной системы — только прямая работа с поставщиками. Оборудование (наша поступало в Москву у нас еще не было таможи), а отсюда его переправляли к нам.

Что особенно запомнилось?

Полная ответственность за решение. Никто не диктовал, что покупать, не требовал согласований

«наверху». Ты сам оценивал потребности, считал экономику, выбирал поставщиков. Это была настоящая школа предпринимательства — без учебников, но с реальными результатами.

Как создавался коллектив вашего центра и каким он стал сейчас?

Ядро нашего Центра пришло как раз из офтальмологического студенческого кружка, и очень многие еще работают в нашей команде. В 1987 году нашего учителя Х.П. Тахиди назначили директором организуемого Свердловского филиала, ему удалось эту команду собрать. Команду увлеченных людей. Этот зазор, который тогда был заложен, не угас. Кстати, я рекомендовал для работы в клинику и товарищей по стройотряду, потому что был уверен в этих людях. И они меня не подвели!

И сегодня говорить о достижениях Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» невозможно без представления команды. Это коллектив, который умеет работать. Мы оперируем в год 50 тыс. пациентов, консультируем 265 тыс. человек. Еще больше к стенду, берешь проспект... Помню, удивлялся: можно просто взять! Вот такие тогда были времена.

Сегодня они лежат у меня, где-то в архиве — молчаливые свидетели времени, когда каждое «можно просто взять» становилось маленьким открытием. Мы учились быть самостоятельными — и это давало плоды.

На выставках встречались с представителями западных фирм, изучали предложения, уточняли комплектацию, подписывали соглашения и проводили оплату через банк.

Никакой централизованной системы — только прямая работа с поставщиками. Оборудование (наша поступало в Москву у нас еще не было таможи), а отсюда его переправляли к нам.

программ: мы поддерживаем дополнительную пенсию наших ветеранов, даем дотации на детский отдых и санатории, выезды, у нас есть свой ВИА, своя хоккейная команда, каждый матч которой — большой праздник, и мы едим болеть за нее, где бы она ни играла.

Правда ли, что попасть в штат Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» можно только со студенческой скамьи, пройдя у вас ординатуру? Как выстроена система обучения?

Мы предпочитаем самостоятельно воспитывать кадры в своей культуре и идеологии, чтобы обеспечить единство подхода к лечению пациентов. Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» — клиническая база Уральского государственного медицинского, а теперь и Тюменского университетов. В течение многих лет мы сотрудничаем с ними в рамках целевой программы: принимаем в ординатуру перспективных студентов, обучаем их в течение двух лет и даже платим стипендию (40 тыс. руб. в месяц). При этом не все выпускники остаются в Центре: мы гарантируем высочайшее обучение, но не рабочее место. Например, был год, когда из пяти человек приняли в штат только одного, остальные ушли в систему здравоохранения.

Для Центра это своего рода социальная инвестиция, поскольку чем больше компетентных врачей вокруг, тем меньше запущенных пациентов. У выпускников нашей ординатуры крепкие знания, хорошие базовые навыки и главное — современное клиническое мышление.

У Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» 18 представительств в 15 городах УрФО. Практически в каждом из них пациенты могут получить офтальмологическую помощь по полисам ОМС. И эти проекты не столько коммерческие, сколько социально значимые. Несмотря на непростую экономическую ситуацию, мы планируем построить в регионах новые клиники, где



Врачебный коллектив Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»



Традиционный праздник «Посвящение в профессию» — выпускной ординаторов Центра в День медицинского работника



На матче любимой хоккейной команды «Микрохирургия глаза» в Сочи на Всероссийском турнире «Кубок Гиппократ»



Олег Шиловских проводит миллионную операцию Центра, 2018 год

будут не только диагностические линии и кабинеты для консервативного и лазерного лечения, но и операционные залы для проведения хирургии. Поэтому процесс воспитания кадров и для нас самих очень важен.

Как вам удается удерживать и высококлассных специалистов? Что делает Центр привлекательным для работы?

Я бы выделил три составляющих. Во-первых, важна среда, отношения с коллегами и руководством. Если атмосфера доброжелательная, на работу ходишь с удовольствием. В нашем коллективе, как мне кажется, она создана.

Во-вторых, врачу необходимо видеть траекторию профессионального развития на высшем уровне. В Центре есть современное оборудование, возможность обучения, поощрение научной деятельности. При этом отсутствуют искусственные ограничения в духе: «эту операцию делает только Петров». Подобная «эксклюзивность» мешает росту одних специалистов и создает основу для формирования лжеавторитетов. Мы придерживаемся принципа: если хочешь совершенствоваться, добейся признания, — учись, работай, советуйся с коллегами. Все в твоих руках.

В нашем коллективе доктора сфокусированы на развитии, они ведут научную деятельность, и это материально поощряется.

Ежегодно у нас проходит несколько защит кандидатских и докторских диссертаций, мы публикуем порядка 30 научных статей и получаем два десятка патентов. Мы уже выпустили два интерактивных клинических атласа (сейчас в печати третий), в которых описаны технологии, которые были изобретены и внедрены именно в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза» — по нестандартной хирургии переднего, заднего отрезков глаза, в дакриохирургии. Описание каждого пациента сопровождается поясняющим текстом, фото инструментов и QR-кодом, по

которому открывается запись операции в высоком разрешении. Мы охотно делимся своими идеями. Опыт показывает, что замкнутые системы, которые ни с кем ничем не обмениваются, неизменно деградируют. Системы должны быть открытыми, ведь обмен опытом, мнениями, идеями движет медицину вперед. Впрочем, не только ее...

Третье — это зарплата. Безусловно, важная составляющая часть нашей системы — экономическая. Заработная плата должна быть заработной и зависеть от того, насколько ты хорошо работаешь — так говорил нам Святослав Николаевич Федоров. Плоды труда должны принадлежать тем, кто их заработал.

У нас она достойная, кроме того, врачи могут влиять на свой доход. Чем выше квалификация, тем выше зарплата — мы поддерживаем сотрудников в желании развиваться. Кроме того, хирурги могут по выходным оперировать в наших представительствах, имея за это дополнительную оплату.

Олег Владимирович, Вы заняли высший административный пост в совсем молодом возрасте. Уже четверть века являетесь руководителем клиники. Что помогло Вам осваивать искусство управления? Что было самым сложным?

В моей жизни сложилось так, что пришлось одновременно осваивать и премудрости хирургии, и организацию здравоохранения. Как известно, хирург должен учиться всю жизнь, внедрять новые технологии, анализировать клиническую картину заболевания, особенности разных методов лечения. Руководитель тоже должен учиться всю жизнь.

В 2001 г., отработав 13 лет заместителем, я стал директором центра МНТК «Микрохирургия глаза». Все случилось как-то само собой, эволюционно. Но я тогда никак не мог осознать, что моя жизнь в этом коллективе начнется буквально с чистого листа...

Я всегда твердо знал, что не брошу врачебную специальность и не буду чисто администратором. Мое мнение, когда ты являешься действующим врачом и коллектив тебя уважает как специалиста, это только усиливает твои административные позиции. И принимаемые решения, как правило, находят понимание и поддержку.

Коллеги нуждаются во мне не просто как в директоре. Они видят во мне прежде всего специалиста. И это важно.

25 лет — большой срок. Что Вы считаете своим главным достижением в должности генерального директора?

Самое значимое событие при моем руководстве — концессионное соглашение с Минздравом РФ. Это платформа для развития на 25 лет вперед. Кроме того, Центр приобрел новый статус и избавился от необходимости каждые пять лет продлевать с государством договор аренды здания на ул. Бардина. Постоянно собирать документы, доказывать, кто ты, было страшно тяжело и затратно по времени. Концессия — это по-настоящему судьбоносное решение. Его инициировала в 2014 г. министр здравоохранения РФ Вероника Игоревна Скворцова. Она предложила: «Давайте попробуем государственно-частное партнерство. Это будет отличный проект!» И она верила в это искренне.

И знаете — проект оправдал себя на 100%. Было подписано концессионное соглашение сроком на 25 лет между Правительством Российской Федерации и Екатеринбургским центром МНТК «Микрохирургия глаза». Мы прошли большой путь, чтобы это состоялось. Сейчас я уверен: проект получился блестящим. Государству не нужно беспокоиться о содержании здания и его реконструкции — ни копейки из бюджета на это не уходит. Мы сами вкладываемся в коллектив, сами зарабатываем, при этом решаем огромную социальную задачу — ежегодно мы проводим

25 тысяч операций по программе ОМС, бесплатно для пациентов.

Если говорить о достижениях, которые я могу записать в свой личный актив, — пожалуй, это климат в коллективе. У всех в Центре товарищеские и деловые отношения. Сотрудники знают, что инициатива поощряется, у них есть желание профессионально расти, предлагать идеи и решения, которые могут способствовать развитию общего дела.

Вообще, задача руководителя состоит в создании благоприятных условий для людей. Важно позаботиться о том, чтобы всем сотрудникам было выгодно, интересно и комфортно работать. На мой взгляд, в нашем Центре созданы условия для профессиональной реализации. Как и механизмы, позволяющие получать достойную зарплату. Все успехи и достижения — результат «коллективного труда». Я не помню ни одного проекта, авторство которого мог бы приписать себе. Наши удачные мысли рождаются в общих дискуссиях, и зачастую невозможно установить, кто же был автором идеи.

Мои 25 лет в качестве руководителя Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» — это путь через споры, ошибки и сомнения — к победам, которые особенно ценны.

Авторитарный стиль мне совсем не близок. Быть лидером — не командовать, а вести за собой: слушать, принимать решения, передавать знания. И всегда держать в голове: «Действуй эффективно, думай сам!».

Я не боюсь дискуссий: они выявляют слабые места и рожают лучшие решения. Не боюсь признавать ошибки — ведь отступление порой ведёт к большему прогрессу. А самое важное — я стремлюсь растить тех, кто увидит то, чего пока не видят другие. Если через годы мои ученики будут вести за собой других, значит эти 25 лет были не зря.

Фото из архива ЕЦ МНТК «Микрохирургия глаза»



**ЮБИЛЕЙНАЯ
X ЕВРО-АЗИАТСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ**

**ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ
СОВРЕМЕННОЙ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ**

28–29 АПРЕЛЯ 2026 • ЕКАТЕРИНБУРГ



eako-ural.ru

**ОТКРЫТА
РЕГИСТРАЦИЯ**

- «ЖИВАЯ» ХИРУРГИЯ
- РЕФРАКЦИОННАЯ ХИРУРГИЯ
- ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ
- ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ
- ОПТИКО-РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ
- ХИРУРГИЯ ГЛАУКОМЫ
- ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ
- ОФТАЛЬМОАНЕСТЕЗИОЛОГИЯ
- ОКУЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ
- ВИДЕОСЕКЦИЯ «НЕСТАНДАРТНАЯ ХИРУРГИЯ»
- ПОСТЕРНАЯ СЕКЦИЯ С УСТНОЙ ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
- WETLAB
- ПО ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ, ГЛАУКОМЫ, ИНТРАВИТРЕАЛЬНЫМ ИНЪЕКЦИЯМ, МАСТЕР-КЛАСС ПО РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ
- МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА
- НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «ОТРАЖЕНИЕ»
- КУЛЬТУРНАЯ ПРОГРАММА



**ДЕЛОВОЙ ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
ЕКАТЕРИНБУРГ • КУЙБЫШЕВА, 44 А/1**



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**



**ПОД ЭГИДОЙ
ОБЩЕСТВА
ОФТАЛЬМОЛОГОВ
РОССИИ**

**ОРГАНИЗАТОР
ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ
ЦЕНТР МНТК
«МИКРОХИРУРГИЯ
ГЛАЗА»**

**УЧАСТИЕ В КОНФЕРЕНЦИИ
БЕСПЛАТНОЕ**



Уважаемые читатели!

В начале 2025 года издательство «Апрель» выпустило в свет третье издание книги «История офтальмологии в лицах». Составители: к.м.н. А.С. Обрубов, С.Н. Тумар, Л.С. Тумар. Издание подготовлено под редакцией д.м.н., профессора, директора ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» Юсефа Юсефа. В формате энциклопедии книга знакомит читателей с жизнью и деятельностью отечественных офтальмологов, внесших значительный вклад в развитие науки о глазных заболеваниях и их лечении. Газета «Поле зрения» продолжает серию публикаций статей, вошедших в последнее издание.

ГЕЙЛИКМАН Ошер Борисович

15.09.1887-1942

Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник

Родился 15 сентября 1887 г. в Москве в купеческой семье. После окончания городского училища в Гомеле работал в Москве аптекарским учеником. В 1908 г. экстерном выдержал экзамены на аттестат зрелости, но из-за процентной нормы для евреев не мог попасть в университет, вследствие чего поступил в зубоврачебную школу. В 1910 г., не окончив зубоврачебной школы, после вторичного экзамена на аттестат зрелости, был принят на медицинский факультет Московского Университета. В 1915 г. был мобилизован зауряд-врачом

и отправлен на фронт, где работал младшим врачом тяжелого артиллерийского дивизиона до марта 1918 г., когда был возвращен в Москву для окончания медицинского факультета. В конце 1918 г. после сдачи государственного экзамена был мобилизован в Красную Армию, где работал на фронте сначала младшим врачом, а потом помощником главврача перевязочного отряда бригады 52 стрелковой дивизии.

В июле 1921 г. был откомандирован из Красной Армии в Наркомздрав, там работал в течение года в организационном отделе. После чего стал заниматься исключительно офтальмологией. С 1922 г. — ординатор Глазной больницы им. Гельмгольца. В 1924 г. окончил ассистентуру при Глазной больнице им. Гельмгольца и до января 1932 г. занимал в ней должность ординатора, а в 1932 г. — заведующего хирургическим корпусом.

Одновременно вел и научно-общественную работу: занимался

с молодыми врачами, состоял с конца 1930 по 1932 г. секретарем журнала «Архив Офтальмологии». С апреля 1929 г. по сентябрь 1932 г. по совместительству работал в глазном кабинете профконсультации при Институте по изучению профзаболеваний им. Обуха. Здесь было организовано под председательством профессора И.М. Авербаха «Совещание глазных врачей по профотбору», вырабатывающее показания и противопоказания со стороны органа зрения к выбору профессий.

В конце 1932 г. Наркомздравом откомандирован в Монголию, где до мая 1935 г. заведовал глазным кабинетом в отделении гражданской больницы в Улан-Баторе, а с мая по 1 декабря 1935 г. — в научно-исследовательской экспедиции Наркомздрава. В Монголии кроме производственной работы, за которую был трижды премирован монгольским правительством, вел большую работу по подготовке национальных кадров, занимаясь с практикантами и учащимися

метехникума, состоял секретарем Научного общества медицинских и ветеринарных работников Монголии, был членом месткома (руководил производственным сектором) и Уполномоченным советских граждан.

15 декабря 1935 г. вернулся из Монголии в СССР и после отпуска работал в Центральном научно-исследовательском и клиническом институте офтальмологии им. Гельмгольца в качестве сотрудника травматологического сектора, принимая активное участие в общественной и производственной жизни института.

28 июня 1937 г. О.Б. Гейлирману присуждена ученая степень кандидата медицинских наук без защиты диссертации. В 1936-1937 гг. проходит сборы начсостава медицины ПВО г. Москвы. Затем назначен заведующим мужским хирургическим отделением института. В 1939 г. присвоено звание старшего научного сотрудника.

Доктор Гейлирман в качестве ординатора глазной больницы

имени Гельмгольца является одним из лучших преподавателей молодых ассистентов, стажеров и экстернов. Напечатанные им труды благодаря большой продуманности и тщательности обработки материала обладают большой литературной ценностью, благодаря чему авторы всех последующих работ по тем же вопросам делают ссылки на данные, указанные доктором Гейлирманом.

Учредитель и член ревизионной комиссии Московского офтальмологического общества, был одним из самых активных членов объединенного Общества глазных врачей в Москве, в котором несколько лет состоял секретарем.

С начала Великой Отечественной войны призван по мобилизации в ряды Красной Армии. Был послан под Киев, где работал военврачом 27 отдельной роты. 21 сентября 1941 г. в Байковщине попал в плен к немцам. 2 марта 1942 г. из лагеря для военнопленных в г. Белая Церковь был передан СД, а затем расстрелян.



его дядя, Иван Дороевич, профессор анатомии и физиологии при медицинской школе в Москве, в 1790 г. вызвал его в Москву и определил волонтером в Московский генеральный военный госпиталь. Здесь он в 1792 г. произведен в звание лекаря.

Медицинская коллегия присвоила ему звание адъюнкта химии и ботаники, одновременно он исполнял должность врача в Московском госпитале, а 12 августа 1800 г. Коллегия утвердила его в звании адъюнкта анатомии и физиологии.

В 1801 г., выдержав экзамен и защитив диссертацию «Tragocephali monographia», посвященную тяжелым головным болям, он становится доктором медицины и хирургии, а затем, помимо анатомии и физиологии, начинает преподавать науку о переломах и вывихах в существовавшей тогда при Московском генеральном госпитале костоправной школе.

В 1804 г. медицинская коллегия поручила ему сделать операцию удаления катаракты штаб-лекаря Шванну. В этом же году, он был назначен экстраординарным профессором хирургии в Московский университет. В 1805 г. организовал палаты для глазных больных на базе Голицынской больницы, которые стали фактической первой в мире глазной больницей.

С 1807 г. состоял консультантом Марининской больницы.

В 1808 г. назначен ординарным профессором по хирургии и клиникой наружных болезней в Московскую медико-хирургическую академию.

В 1812 г. в день вступления французов в Москву выехал из города во Владимир, сопровождая транспорт раненых. Известно, что именно он был приглашен к

раненому в Бородинском сражении выдающемуся русскому полководцу Петру Ивановичу Багратиону.

Когда Москва была очищена от неприятеля, Ф.А. Гильтебрандт вернулся к своим прежним занятиям, которые продолжил до 1830 г. В 1817 г. он произведен в коллежские советники, в 1822 г. — в статские советники, а в 1819 г. утверждён в звании академика.

В 1817 г. под его руководством защитил диссертацию бундучий ректор Московского университета А.А. Альфонский на тему «De keratonyxide, ide. nova suffusionis chirurgica» («О проколке роговицы, также о новой хирургии катаракты»).

В 1830 г., получив звание заслуженного профессора и почетного члена университета, он оставил преподавание теоретической и практической хирургии в Московской медико-хирургической академии.

5 декабря 1827 г. был «Высочайше пожалован дипломом с гербом на российское дворянство». В 1832 г. произведен в действительные статские советники, а в 1834 г. утвержден заслуженным профессором Медико-хирургической академии. Но в 1839 г. он оставил службу в академии в звании почетного члена, но сохранил за собой службу только в Марининской больнице. В 1844 г. в связи с ухудшением здоровья он ушел из Марининской больницы.

Он награжден Золотой, с вензелем Его Императорского Величества имени, бриллиантами украшенную табакерку. Еще раньше получил ордена Св. Владимира I ст. (1810) и III ст. (1825), Св. Анны II ст. (1816, с алмазными знаками — 1822) и Св. Станислава II ст. со

Звездой (1836), орден Св. Станислава I ст. (1844).

Гильтебрандт пользовался большой известностью как хирург, в частности, «снятием» катаракт.

Был автором многочисленных трудов, среди которых «Начальные основания всеобщей патологии» (1808 г.), «О средствах сберегать глаза и зрение до самой глубокой старости; сочинение, изданное по произволу ои и другие, сложные по тем временам операции, такие как ампутация конечности, операция зоба, удаление груди.

В 1804 г. вместе с другими профессорами Гильтебрандт основал в Москве Физико-медицинское общество, а впоследствии был избран его почетным членом. Кроме того, он был почетным членом Московского общества испытателей природы, Геттингенского и Туринского университетов.

Светских удовольствий не любил, главным отдыхом для него была музыка Гайдна и Моцарта. Любил заниматься садоводством: в саду в Москве сажал цветы и деревья.

Умер 15 сентября 1845 г. Похоронен на Введенском кладбище в Москве рядом с дядей Иваном Дороевичем. Надпись на его могиле — «Vivo humanissimo».

Его сын, Иван Федорович, продолжил врачебное, хирургическое дело отца и достиг на медицинском поприще чина действительного статского советника. Много внимания уделял изучению глазной офтальмологии — лечил различные заболевания глаз, оперировал, преподавал курс глазных заболеваний студентам в Московском университете и медико-хирургической академии.

И.Ф. Гильтебрандт перевел на русский язык книгу немецкого хирурга И.Х. Юнкена «Руководство к исследованию болезней глаза».

В Московском генеральном госпитале, в клиниках Московского университета и медико-хирургической академии, в Марининской больнице для бедных Гильтебрандт развернул активную хирургическую деятельность. Так, он произвел более 3000 одних только операций вырезывания камня мочевого пузыря, причем подавляющее число их окончилось успешно. Успешно производил он и другие, сложные по тем временам операции, такие как ампутация конечности, операция зоба, удаление груди.

В 1804 г. вместе с другими профессорами Гильтебрандт основал в Москве Физико-медицинское общество, а впоследствии был избран его почетным членом. Кроме того, он был почетным членом Московского общества испытателей природы, Геттингенского и Туринского университетов.

Светских удовольствий не любил, главным отдыхом для него была музыка Гайдна и Моцарта. Любил заниматься садоводством: в саду в Москве сажал цветы и деревья.

Умер 15 сентября 1845 г. Похоронен на Введенском кладбище в Москве рядом с дядей Иваном Дороевичем. Надпись на его могиле — «Vivo humanissimo».

Его сын, Иван Федорович, продолжил врачебное, хирургическое дело отца и достиг на медицинском поприще чина действительного статского советника. Много внимания уделял изучению глазной офтальмологии — лечил различные заболевания глаз, оперировал, преподавал курс глазных заболеваний студентам в Московском университете и медико-хирургической академии.

И.Ф. Гильтебрандт перевел на русский язык книгу немецкого хирурга И.Х. Юнкена «Руководство к исследованию болезней глаза».

ГИНЗБУРГ Исаак-Айзик Ильич (Елиевич) 1862-1929

Приват-доцент

Родился в 1862 г. Окончил Киевскую гимназию, поступил в Киевский университет. В связи с участием в студенческом общественном движении был отчислен из университета.



ГИРШМАН Леонард Леопольдович

13(25).03.1839-03.01.1921

Доктор медицины, заслуженный ординарный профессор

Родился 13 марта 1839 г. в Тукумсе — небольшом городе в Курлянской губернии. Из купцов. Уже в конце 1840-х гг. семья переехала в Харьков. Леонард Леопольдович учился в 1-й Харьковской гимназии и в 16 лет окончил ее с золотой медалью. Поступил на медицинский факультет Императорского Харьковского университета. По



ГЛЕЗЕРОВ Савелий Яковлевич

9(21).08.1887-21.10.1956

Доктор медицинских наук, профессор

В 1887 г. оканчивает Московский университет и начинает специализацию у профессора А.Н. Маклакова и С.Н. Ложечникова в Тверской глазной больнице.

В 1889–1905 гг. служит в Воронежской губернской земской больнице в качестве сверхштатного ординатора, а затем — заведующего глазным отделением.

За участие в революционных событиях 1905 г. получает 8 месяцев тюремного заключения. Был послан за границу. Учился у профессора Фукса в Вене, затем в Берлине работал платным ассистентом в клинике профессора Гиршберга.

В 1908 г. возвращается в Россию и работает в одной из лучших

Киевских клиник — т.н. «еврейской». Затем в 1-й рабочей больнице являлся первым помощником известного офтальмолога Э. Мандельштама.

После смерти Э. Мандельштама Исаак Ильич проходит по конкурсу на его должность — заведующего глазным отделением, оставаясь им до самой смерти. Одновременно являлся приват-доцентом кафедры глазных болезней медицинского факультета Киевского университета, а затем Киевского института усовершенствования врачей.

Ему было 67 лет, когда однажды вечером он готовился к предстоящему Всеукраинскому съезду

окончании учёбы в 1860 г. получил диплом с отличием (в дипломе отметка: Cum eximia laude — «Выше всяких похвал»). Для продолжения обучения молодой специалист отправился в Гейдельбергский университет — старейший научный центр Германии, где находился до 1868 г. Здесь он слушал лекции видных ученых Кюнье, Дюбуа-Раймона, Вирхова, Реклинггаузена, Грефе. Побывал юный доктор во Франции, Австрии, Италии. Работал в лабораториях Дюбуа-Раймона и Гельмгольца, в клиниках Кнаппа и Пагенштегера.

О способностях и трудолюбии молодого специалиста говорит и тот факт, что в 1865 г. он был избран в члены знаменитого немецкого Гейдельбергского офтальмологического общества.

В 1868 г. вернулся в Харьков. С собой привозит офтальмоскоп — подарок знаменитого учёного Германа Гельмгольца. Это был первый офтальмоскоп в Харькове. В том же году защитил диссертацию на степень доктора медицины по теме «Материалы для физиологии светоощущения». В 1870 г. утверждён штатным приват-доцентом и стал читать частный курс офтальмологии. Курс, по данным его современников, преподавался в квартире, так как не было отдельного помещения. В 1874 г. избран экстраординарным профессором, а в 1884 г. — ординарным профессором кафедры офтальмологии Императорского Харьковского университета. В 1893 г. ему было присвоено звание заслуженного профессора. Имел чин действительного статского советника (с 1889 г.).

Л.Л. Гиршман много работал до конца жизни. У него не было последнего часа работы, а был последний больной. Подсчитали, что за 61 год своей практики он принял около миллиона пациентов. Он был блестящий клиницист и замечательный ученый и педагог. Его научные работы были посвящены миозу и мириаду,

демообликации в 1917-1918 гг. работал участковым врачом в селе Варнавино и сотрудником глазного отделения Ветлужской больницы в Костромской губернии. В 1918-1919 гг. заведовал глазным отделением той же больницы.

В июле 1919 г. был зачислен на военную службу в Красную Армию ординатором глазного отделения Гродненского военного госпиталя в Костроме. Одновременно был врачом-окулистом 1-й Костромской городской больницы. В мае 1920 г. был переведён на службу в Самару врачом-окулистом Плешановской больницы, затем сотрудником глазного отделения Самарской губернской больницы.

30 ноября 1920 г. на заседании Медицинского факультета Самарского государственного университета утверждён временным ассистентом при кафедре глазных болезней медицинского факультета. Одновременно состоял бригадным врачом 145-й стрелковой бригады РККА.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г. выходит его работа на тему «Рефракция и острота зрения у детей школьного и дошкольного возраста». Занимался разработкой научных вопросов по темам «Поле зрения при нисходящих и восходящих невритах», «Техника и показания экстрапации хруста верхнего века и влияние операции на течение трахомы».

В 1923 г. начал свою врачебную деятельность в качестве участкового врача в Нижегородской области. С 1923 по 1930 гг. заведовал глазным отделением больницы в Красном Сорнове, а с 1931 по 1941 гг. — глазным отделением Горьковского краевого (с 1936 г. — областного) трахоматозного центра. В 1937 г. без защиты диссертации был утверждён в степени кандидата медицинских наук.

С июля 1921 г. по март 1923 г. являлся постоянным штатным ассис-

тентом глазной клиники Самарского государственного университета. Одновременно заведовал амбулаторией глазной клиники университета. Вёл практические занятия со студентами 4 и 5 курсов. В 1921 г



ГЛЮБА Ярослав Иосифович

06.01.1942-1996

Доктор медицинских наук

Родился 6 января 1942 г. После окончания средней школы поступил в 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова, который окончил в 1962 г. В 1964 г. поступил в клиническую ординатуру на кафедру глазных болезней Московского медико-

стоматологического института, а в 1967 г. — аспирантуру на этой же кафедре.

В 1975 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Хирургическое лечение гемофтальмов и помутнений стекловидного тела методом закрытой витректоми». В 1975 г. после защиты диссертации прошел по конкурсу на должность ассистента кафедры.

В 1981 г. перешел на работу в МНИИ «Микрохирургия глаза» на должность старшего научного сотрудника, с 1983 г. — заведующего отделом патологии оперированного глаза, а с 1990 г. — директора центра хирургии заднего отрезка глаза.

Помимо работы врачом, Яков Федорович ведет и большую общественную работу: он организует работу по устройству артезианского водоснабжения, председательствует в комиссии по осужению болот в уезде, организует драматический кружок и кружок хорового пения. Организует вокруг себя лучшие силы района, строит больницу и реальное училище.

В 1916-1917 гг. Я.Ф. Глоба — старший полковой врач Северного фронта. С началом революции избрана в члены санитарного совета 12-й армии и одновременно исполняет обязанности армейского эпидемиолога.

После Октябрьской революции Яков Федорович в качестве гарнизонного врача г. Москвы

в 1987 г. Я.И. Глинчук защитил докторскую диссертацию на тему «Роль витректоми в лечении заболеваний глаз травматической, дегенеративной и воспалительной этиологии» (научный консультант — член-корреспондент АМН СССР, профессор С.Н. Федоров).

Основным направлением научной и клинической деятельности Я.И. Глинчука и его сотрудников стало хирургическое лечение патологии глазного яблока, связанной с диабетом, воспалением, травмами, а также разработка методов профилактики и лечения операционных осложнений глазной хирургии.

Им были опубликованы 200 научных работ, получены 34 авторских свидетельства на изобретения.

Я.И. Глинчук уделял много внимания обучению ординаторов, аспирантов, молодых врачей тонкостям микрохирургических операций.

Под его руководством защищены 12 кандидатских диссертаций.

Умер в 1996 г. В 1999 г. Я.И. Глинчуку (посмертно) с соавторами была присуждена Государственная премия РФ в области науки и техники за создание перфторуглеродных сред для управления жизнедеятельностью клеток, органов и организма.

Умер в 1996 г. В 1999 г. Я.И. Глинчуку (посмертно) с соавторами была присуждена Государственная премия РФ в области науки и техники за создание перфторуглеродных сред для управления жизнедеятельностью клеток, органов и организма.

Умер в 1996 г. В 1999 г. Я.И. Глинчуку (посмертно) с соавторами была присуждена Государственная премия РФ в области науки и техники за создание перфторуглеродных сред для управления жизнедеятельностью клеток, органов и организма.

практического внедрения достижений медицинской науки.

По результатам его доклада на Всероссийском съезде по охране здоровья детей и подростков в 1924 г. «О распространении травмы среди детей и мерах борьбы с ней». Деткомиссия при ВЦИК ассигнует необходимые средства, а в губерниях Поволжья открывается ряд детских трахоматозных домов и несколько глазных отрядов.

Я.Ф. Глоба принимал также активное участие в работе издательской комиссии «Русского офтальмологического журнала» и работе Общества слепых.

Умер 21 января 1928 г., похоронен в колумбарии Новодевичьего кладбища в Москве.

Амбулатория в новом здании начала работать 3 февраля, стационар открылся 27 сентября, первая операция была проведена 10 октября 1905 г.

С.С. Головин учил обследовать больных тщательно, обращая внимание на этиологию заболевания и на связь со всем организмом.

В операционной производились не только сложные глазные операции, но также оперировались лобные пазухи и решетчатый лабиринт, делались всевозможные пластические операции.

С.С. Головиным была разработана комбинированная экзентерация глазницы и соседних плоскостей, которая получила дальнейшее развитие в операции экстраорбитальной экзентерации, впоследствии предложенной В.П. Филатовым и Н.К. Лысенковым.

Работая в новой клинике, С.С. Головин написал монографию «О слепоте в России» (1910 г.), а сотрудники клиники были подготовлены 4 диссертации, в т.ч. диссертации В.П. Филатова (1908 г.) и К.А. Юдина (1910 г.), который позже стал организатором и первым руководителем кафедры глазных болезней в Саратове.

В Одессе Головиным было создано Одесское офтальмологическое общество. Как научный руководитель, профессор С.С. Головин досконально изучал работы своих учеников, участвовал в экспериментах, следил за процессом написания работы, вместе с учеником разрабатывал план статьи или монографии, часто просил читать вслух написанные главы.

С.С. Головин посещал собрания различных научных обществ, университетских советов, активно участвовал в текущей университетской жизни.

6 марта 1911 г. умер главный врач и управляющий Московской глазной больницы С.Н. Ложечников, и на эту должность был избран С.С. Головин. А 9 августа 1911 г. одновременно С.С. Головин защитил диссертацию на степень доктора

заслуги, «За победу над Германией», значком «Отличник здравоохранения СССР» и грамотами республиканского правления общества «Знание». За создание и внедрение в педагогический процесс учебных кинофильмов награжден грамотой Миниздрава УССР. А.И. Гмыря является автором одного из первых в стране пособий по программированию курса глазных болезней.

За изобретательскую деятельность он награжден значком «Изобретатель проблем кератопластики, пересадки переднего отрезка глаза и кератопротезирования.

Он автор 158 печатных работ, 3 изобретений, 32 рационализаторских предложений. Под его руководством выполнены 1 докторская и 5 кандидатских диссертаций.

А.И. Гмыря награжден 7 медалями, в том числе «За боевые заслуги», значком «Отличник здравоохранения СССР» и грамотами республиканского правления общества «Знание». За создание и внедрение в педагогический процесс учебных кинофильмов награжден грамотой Миниздрава УССР. А.И. Гмыря является автором одного из первых в стране пособий по программированию курса глазных болезней.

Умер 26 октября 2005 г.

А.К. Голенков воспитал много учеников, среди которых кандидаты и доктора наук.

Он любил поэзию. К 15-летию Калужского филиала издал брошюру с афоризмами, предпослав ей свой девиз: «Если врач знает только медицину, то какой он врач?»

За заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд А.К. Голенков был отмечен званиями и государственными наградами: «Отличник здравоохранения» (1979), «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» (1997), медалью Ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2004).

Ушел из жизни 30 декабря 2010 г. на 77-м году жизни.

ГЛОБА Яков Федорович

21.03.1879-19.01.1928

Родился 21 марта 1879 г. на Кубани. Еще в детстве потерял родителей, но окончил среднюю школу и без гроша в кармане уехал из своей станицы в университетский город. Затем были долгие годы лишений, упорного труда без какой-либо помощи извне (и физический труд ради заработка, и пенне в церковном хоре, и переписка бумаг, и частные уроки и т.п.), но несмотря на все трудности, на 27-м году жизни Яков Федорович успешно оканчивает медицинский факультет.



ГМЫРЯ Алексей Иванович

30.03.1925-26.10.2005

Доктор медицинских наук, профессор

Родился 30 марта 1925 г. в г. Железнодорожного района Донецкой области, из крестьян. С 1943 по 1945 гг. принимал участие в Великой Отечественной войне, дважды ранен. В 1947 г. поступил и в 1952 г. окончил Донецкий медицинский институт. После окончания оставлен клиническим ординатором клиники глазных болезней того же института. После обучения в клинической ординатуре по офтальмологии работал офтальмологом в городе Дзержинске Донецкой области. С 1955 по 1956 гг. работает больничным ординатором. В 1956 г. сумел организовать там межрайонное офтальмологическое отделение, которым заведовал около

года. В 1957 г. защитил кандидатскую диссертацию «Некоторые вопросы экстракции катаракты». В 1957 г. утвержден ассистентом кафедры глазных болезней Донецкого медицинского института. С 1962 по 1964 гг. занимал должность доцента кафедры. В 1964 г. утвержден в звании доцента и одновременно заведующим кафедрой глазных болезней Донецкого медицинского института. С 1964 г. состоял также главным областным окулистом. В 1970 г. успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Операция расширенной реконструкции переднего отрезка глазного яблока в клинике и эксперименте». Через год присвоено учено звание профессора. Для учебного процесса Алексей Иванович создал многочисленные учебные кинофильмы и цветные диафильмы.

Кафедрой заведовал до 1980 г. В 1980 г. организовал кафедру глазных болезней факультета усовершенствования врачей при том же институте, которой руководил до 1990 г. С 1990 по 2000 гг. работал профессором этой же кафедры. Основными направлениями его научной и лечебной деятельности было усовершенствование способов экстракции катаракты, хирургического лечения глаукомы, он внес существенный вклад в разработку проблем кератопластики, пересадки переднего отрезка глаза и кератопротезирования.

Он автор 158 печатных работ, 3 изобретений, 32 рационализаторских предложений. Под его руководством выполнены 1 докторская и 5 кандидатских диссертаций.

А.И. Гмыря награжден 7 медалями, в том числе «За боевые заслуги», значком «Отличник здравоохранения СССР» и грамотами республиканского правления общества «Знание». За создание и внедрение в педагогический процесс учебных кинофильмов награжден грамотой Миниздрава УССР. А.И. Гмыря является автором одного из первых в стране пособий по программированию курса глазных болезней.

Умер 26 октября 2005 г.



ГОЛЕНКОВ Артур Константинович

05.06.1934-30.12.2010

Кандидат медицинских наук, доцент

Родился 5 июня 1934 г. Окончил Донецкий государственный медицинский институт и был направлен в Володарскую районную больницу (Донецкая область), где проработал в статусе районного окулиста 3 года. На курсах усовершенствования врачей был замечен

профессором И.И. Меркуловым, который предложил ему аспирантуру в Украинском научно-исследовательском институте глазных болезней им. Л.Л. Гиршмана.

Здесь под руководством профессора И.И. Меркулова в 1968 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Эписклеральное кровообращение глаза в норме и при ряде патологических состояний».

С 1969 по 1984 гг. возглавлял кафедру глазных болезней Целиноградского медицинского института. Был утвержден в ученом звании доцента.

С 1988 по 1995 гг. — первый директор Калужского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад.

С.Н. Федорова», а с 1995 по 2010 гг. — совмещал должности заместителя директора по лечебному контролю и научного консультанта филиала.

Спектр научных работ Артура Константиновича был весьма широким. По всем ключевым проблемам он высказывал свое мнение, но основным направлением его научной мысли всегда была нейроретинальная офтальмология.

«Венный путь сетчатки» (1992 г.) посвящена исследованию венного пульса при застойных дисках зрительного нерва. В ней он предложил более чувствительный индикатор внутричерепного давления — спонтанный пульс вен сетчатки.

С.С. Головин воспитал много учеников, среди которых кандидаты и доктора наук.

Он любил поэзию. К 15-летию Калужского филиала издал брошюру с афоризмами, предпослав ей свой девиз: «Если врач знает только медицину, то какой он врач?»

За заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд А.К. Голенков был отмечен званиями и государственными наградами: «Отличник здравоохранения» (1979), «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» (1997), медалью Ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2004).

Ушел из жизни 30 декабря 2010 г. на 77-м году жизни.

Ушел из жизни 30 декабря 2010 г. на 77-м году жизни.

Ушел из жизни 30 декабря 2010 г. на 77-м году жизни.

Ушел из жизни 30 декабря 2010 г. на 77-м году жизни.

Ушел из жизни 30 декабря 2010 г. на 77-м году жизни.

Ушел из жизни 30 декабря 2010 г. на 77-м году жизни.

Ушел из жизни 30 декабря 2010 г. на 77-м году жизни.



ГОЛОВИН Сергей Селиванович

14(26).07.1866-

28.04.1931

Доктор медицины, профессор

С.С. Головин родился 14 июля 1866 г. в городе Болхове Орловской губернии, из дворян. В 1884 г. окончил Орловскую гимназию и поступил на медицинский факультет Московского университета.

С.С. Головин считал, что в студенческие годы судьба подарила ему счастье быть учеником действительно прекрасных учителей. «В одно время сошлись они все и образовали чудное созвездие, как будто для того, чтобы озарить наступивший потом долгий период усталости и ослабления родного факультета».

Среди его учителей были: А.И. Бабухин (гистология), Д.Н. Зернов (анатомия), Ф.П. Шереметьевский (физиология), Ф.Ф. Эрисман (гигиена), Л.Г. Захарин (внутренние болезни), А.А. Остроумов (внутренние болезни), Н.Ф. Филатов (детские болезни), А.Я. Кожевников (детские болезни), С.С. Корсаков (психиатрия), А.И. Поспелов (кожные болезни), Н.В. Склифосовский (хирургия), Ф.И. Синицын (хирургия, патология и урология), В.Ф. Снегирев (гинекология).

На последнем курсе он усердно посещал лекции своего первого учителя по офтальмологии, профессора Г.И. Брауна (1827-1897 гг.), в Московской глазной больнице на Тверской улице. В 1889 г. С.С. Головин окончил курс Московского университета и получил место помощника земского врача в Серпуховском уезде Московской губернии. Здесь он убедился в большом распространении глазных болезней, но врачей, умеющих лечить эти заболевания, не было. Он вернулся в Москву и в течение нескольких месяцев специализировался по офтальмологии под руководством профессора А.Н. Маклакова. Убедившись в исключительных способностях С.С. Головина, А.Н. Маклаков рекомендовал его в качестве врача-окулиста в частную лечебницу доктора С.В. Топурия в городе Кутаиси.

В 1892 г. открылась новая университетская глазная клиника на Девичьем поле в Москве и ее директором, профессором А.Н. Маклакова, предложил С.С. Головину место ординатора. Работа под руководством выдающегося клинициста расширила его научные горизонты.

Вскоре из заграничной командировки вернулся приват-доцент клиники Ф.О. Евсецкий, крупнейший специалист в области патологической анатомии глаза. Под его руководством С.С. Головин изучал эту дисциплину.

В 1895 г. С.С. Головин защитил диссертацию на степень доктора

медицины на тему «Офтальмометрические исследования». Вскоре после защиты диссертации С.С. Головин был избран приват-доцентом и в этом же году утвержден в должности старшего ассистента глазной клиники, которой в то время руководил выдающийся окулист профессор А.А. Крюков.

А.А. Крюков предоставил С.С. Головину полную свободу в ведении всей внутренней жизни клиники. Кроме того, он поручил С.С. Головину руководство строительством отдельного здания амбулатории клиники, которая считалась образцовой. Как приват-доцент, С.С. Головин зарекомендовал себя блестящим преподавателем. С 1895 по 1903 гг. успешно развивалась его научная деятельность. С.С. Головин несколько раз ездил за границу и побывал у таких корифеев, как Михель и Гирберг (Берлин), Эвербуш (Мюнхен), Лебер (Гейдельберг), Фукс (Вена), Грош (Будапешт), Пфлюгер (Берн), Гааб (Цюрих), Дандаль и де Беккер (Париж).

27 марта 1903 г. С.С. Головин избран на должность экстраординарного, а в 1905 г. ординарного профессора на кафедре офтальмологии Новороссийского университета (г. Одесса). По приезде в Одессу С.С. Головин принял активное участие в создании глазной клиники. Открытие кафедры офтальмологии состоялось 25 сентября 1903 г. вступительной лекцией С.С. Головина «О слепоте в России». Автор подчеркнул, что из 300 тысяч слепых в России не менее 180 тысяч ослепли из-за отсутствия медицинской помощи как результата тяжелых социальных условий и неверной культурной отсталости царской России, где на 120 миллионов населения было всего 209 квалифицированных окулистов.

С.С. Головин горячо любил свою Родину, нашу отечественную офтальмологию. Им предлагали за рубежом профессорскую кафедру в одном из лучших университетов, но он отказался.

В 1928 г. С.С. Головин в качестве члена оргбюро принял участие в созыве первого Всероссийского съезда глазных врачей в Ленинграде. По итогам Съезда постановили возбудить ходатайство о присвоении С.С. Головину звания заслуженного деятеля науки, но не был в нем утвержден по политическим причинам.

С.С. Головина был почетным членом целого ряда офтальмологических обществ страны (Московского, Ленинградского, Одесского, Саратовского, Казанского, Северо-Кавказского и Ташкентского), а также почетным членом немецкого и Французского офтальмологических обществ.

Зарубежные офтальмологи охотно отзывались на литературное сотрудничество профессора Головина по поводу 40-летия его деятельности отправки своих работ в юбилейный номер «Русского офтальмологического журнала» в 1929 г.

Здоровье Сергея Селивановича постепенно ухудшалось. 28 апреля 1931 г. он скончался от сильного сердечного приступа.

Был похоронен на Дорогомиловском кладбище. После закрытия и ликвидации кладбища в 1948 г. перезахоронен на Новодевичьем кладбище.

С.С. Головин — один из ведущих отечественных офтальмологов первой четверти XX века, блестящий клиницист и хирург, автор приоритетных исследований по офтальмохирургии, проблемам слепоты, дигностики и лечения заболеваний глаз, создатель научной школы.

Состоял редактором журнала «Вестник офтальмологии» (1911-1917), членом редколлегии «Русского офтальмологического журнала» (1922-1930), членом Немецкого

профессором Московского университета по кафедре офтальмологии (это вызвало длительный конфликт с заведующим кафедрой профессором А.А. Маклаковым).

С началом Первой мировой войны (1914 г.) профессор Головин устроил в глазной больнице лазарет для раненых, в котором он и его помощники работали бесплатно, одновременно продолжая преподавательскую деятельность.

После Февральской революции 1917 г. Сергей Селиванович был уволен с должности профессора, а в начале 1918 г. с должности главного врача и управляющего Московской глазной больницы.

С января 1918 г. до июня 1919 г. — практикующий врач в Москве.

В июне 1919 г. С.С. Головин был избран профессором офтальмологии Высшей медицинской школы, где проработал до 1924 г. (до слияния со 2-м Московским университетом) Здесь вместе с ассистентом Д.А. Сивьевым разработал оригинальную таблицу для проверки остроты зрения, которая используется до сих пор.

1 апреля 1924 г. на заседании Московского общества глазных врачей С.С. Головин был избран почетным членом Московского офтальмологического общества, что привлекло к расколу общества на два самостоятельных общества (объединились они лишь в 1930 г.).

В ноябре 1924 г. был арестован по делу «Ордена русских фашистов» и после кратковременного заключения освобожден.

5 июня 1925 г. С.С. Головин был утвержден в должности сверхштатного профессора и директора параллельной глазной клиники 1-го Московского университета, помещенной в здании бывшей Ново-Екатерининской больницы. Периодически в клинику проходили научные конференции.

С.С. Головин горячо любил свою Родину, нашу отечественную офтальмологию. Им предлагали за рубежом профессорскую кафедру в одном из лучших университетов, но он отказался.

В 1928 г. С.С. Головин в качестве члена оргбюро принял участие в созыве первого Всероссийского съезда глазных врачей в Ленинграде. По итогам Съезда постановили возбудить ходатайство о присвоении С.С. Головину звания заслуженного деятеля науки, но не был в нем утвержден по политическим причинам.

С.С. Головина был почетным членом целого ряда офтальмологических обществ страны (Московского, Ленинградского, Одесского, Саратовского, Казанского, Северо-Кавказского и Ташкентского), а также почетным членом немецкого и Французского офтальмологических обществ.

Зарубежные офтальмологи охотно отзывались на литературное сотрудничество профессора Головина по поводу 40-летия его деятельности отправки своих работ в юбилейный номер «Русского офтальмологического журнала» в 1929 г.

Здоровье Сергея Селивановича постепенно ухудшалось. 28 апреля 1931 г. он скончался от сильного сердечного приступа.

Был похоронен на Дорогомиловском кладбище. После закрытия и ликвидации кладбища в 1948 г. перезахоронен на Новодевичьем кладбище.

С.С. Головин — один из ведущих отечественных офтальмологов первой четверти XX века, блестящий клиницист и хирург, автор приоритетных исследований по офтальмохирургии, проблемам слепоты, дигностики и лечения заболеваний глаз, создатель научной школы.

Состоял редактором журнала «Вестник офтальмологии» (1911-1917), членом редколлегии «Русского офтальмологического журнала» (1922-1930), членом Немецкого

офтальмологического общества. Принимал активное участие в деятельности Попечительства слепых и работе инициативной группы по организации Всероссийского общества слепых.

Вся жизнь Сергея Селивановича была наполнена кипучей творческой деятельностью. Как ученый, С.С. Головин оставил богатое наследство, которое насчитывает 105 научных работ. Среди них особенно место занимают работы, посвященные офтальмохирургии.

Разработал и выполнил перевязку верхней глазничной вены как оперативный метод лечения пульсирующего экзофтальма при аневризме кавернозного синуса, прием подвлагалищного удаления доброкачественных опухолей зрительного нерва; операцию орбитосингулярной экзентерации при обширных опухолях орбиты, распространенных в придаточные пазухи носа, что помогало радикально устранить ретробульбарные опухольные изменения в регуляции внутриглазного давления, а в нарушении их реакции позволили увидеть причину глаукомы. Значение кровеносных сосудов было доказано им в работе по исследованию внутриглазного давления после прижигания сонной артерии.

Сергей Селиванович описал ряд новых болезней: подвижная слезная железа, склероз орбиты и другие. Он описал доброкачественный тип опухоли зрительного нерва воспалительного характера и дал наиболее совершенную классификацию опухолей зрительного нерва.

С.С. Головин дал подробное описание изменений глаз при анэцефалии, установив собственную классификацию этого порока.

В 1925 году С. С. Головин завершил свой капитальный труд «Клиническая офтальмология», вышедший в 3-х частях и посвященный методике исследования и симптоматологии глазных болезней. Книга в течение многих лет была настольной для отечественных офтальмологов.

Учениками С.С. Головина были В.П. Филатов, К.А. Юдин, Л.И. Сергиевский, В.К. Вербицкий и многие другие. Пользовался большим уважением у большинства коллег, которые, несмотря на недоброе отношение к нему власти, оказывали ему поддержку, публично заявляли о признании его заслуг.

Офтальмолог, считал С.С. Головин, должен изучить несколько европейских языков, чтобы следить за уровнем развития офтальмологии в других странах. Он советовал офтальмологу в часы досуга не забывать об общении с искусством. «Умение хотя бы немного рисовать еще более способствует развитию полезного глазомера, что так необходимо офтальмологу-хирургу», — говорил профессор С.С. Головин.

Предложил гипотезу цитотоксического происхождения симпатической офтальмии, классификацию клинических форм слепоты, таблицу для определения остроты зрения, таблицу перевода показателей внутриглазного давления, метод определения угла скрытого косоглазия на простом и проекционном периметрах, метод локализации внутриглазных инородных тел с помощью рентгена и игл, введенных в орбиту.

Сконструировал офтальмоскоп без центрального отверстия, удобную модель периметра Ферстера и многие другие полезные усовершенствования

Не менее важны его работы по глаукоме. В его докторской диссертации показано практическое значение тонометра Маклакова, установлены границы ошибки показаний и впервые дано исчерпывающее описание влияния миотиков и мидриатиков как на зрение, так и на большой глаз. Исследования С.С. Головина показали значение кровеносных сосудов в регуляции внутриглазного давления, а в нарушении их реакции позволили увидеть причину глаукомы. Значение кровеносных сосудов было доказано им в работе по исследованию внутриглазного давления после прижигания сонной артерии.

Сергей Селиванович описал ряд новых болезней: подвижная слезная железа, склероз орбиты и другие. Он описал доброкачественный тип опухоли зрительного нерва воспалительного характера и дал наиболее совершенную классификацию опухолей зрительного нерва.

С.С. Головин дал подробное описание изменений глаз при анэцефалии, установив собственную классификацию этого порока.

Записки земского офтальмолога

Уважаемые читатели! В конце 2024 года издательством «АПРЕЛЬ» была выпущена в свет книга А.А. Воронцова «Записки земского офтальмолога», трагически погибшего 21 июля 2020 года. Книга представляет собой собрание клинических случаев с детальным разбором и комментариями участников сообщества ВКонтакте «Терра-Офтальмика». За короткий срок практически весь тираж был распродан. С разрешения коллектива редакторов «Записок...» газета «Поле зрения» публикует некоторые фрагменты из книги.

ГЛАВА 2. Передний сегмент глаза (окончание)

2.20. Морганиева катаракта

Мужик 75 лет с морганиевой катарактой год лечит этот глаз своей мутной мочой, не просто закапывая её, а обильно промывая ею свой глаз, и говорит: «Мне нравится, я чувствую улучшение». Какое тут может быть улучшение, в глазу только светоощущение. Единственное улучшение может быть связано только с тем, что ядро хрусталика уплыло вниз (фото 2.22). Задача лечащего врача не состоит в том, чтобы угодить бредовым идеям пациента и/или мнению своего старшего по званию или сроку службы коллеги.



Фото 2.22. Морганиева катаракта

Комментарии:
Кирилл Зеленцов

В книге «Народная медицина» способ лечения катаракты — перетертые дождевые черви, приготовленные в духовке. Не шутка. Сам видел.)) О чем говорить!!!! И, конечно, моча и алоэ.

СПРАВКА

Интересным является эпизод данного термина. Анатом Giovanni Battista Morgagni жил и работал в Италии в 17-18 веках в одном из старейших университетов, в городе Падуа. Описанная им перезрелая катаракта представляет собой твёрдое ядро, плавающее в капсуле, наполненной молокообразным растворённым кортикальным материалом хрусталика. Данный «факолизис» может стать причиной повышения глазного давления (т.н. «факолитической» глаукомы). Жидкое содержимое капсулы может представлять определённые технические трудности при экстракции подобной катаракты.

Источники:



2.21. Миграция склерального импланта

Пациентка из соседнего к моему району 1960 г.р. с эмметропией, которую я весной 2014 года направлял на ВМП с нижневисочной регматогенной отслойкой сетчатки,

Комментарии:
Алексей Суетов
Друзья, поделитесь доводами за хирургическую ситуацию! Я выбрал наблюдение



Фото 2.23. Миграция склерального импланта. Инеродное тело (эксплантат) расположено латеральнее слёзного мясца под конъюнктивной полулунной складкой

исходя из того, что в целом глаз спокоен (хотя и есть жалобы, приведенные здесь).

Анатолий Обрубов

Именно исходя из наличия жалоб. Просто не понимаю, а чего, собственно, будем наблюдать — пока прорезается или даст воспаление? А вообще, по-хорошему ее нужно было убрать еще когда витрео делали.

Глеб Арсланов

Согласен, стоило убрать, зачем тогда в/э была с ПФОС и ЭЛК, раз репозицию пломбы сделали? Непонятно, значит что-то не понравилось. Впрочем, здесь трудно судить. В крайнем случае когда ПФОС меняли с нормальной картиной, можно было и тогда убрать (это если витрео было в два этапа, а не применение перфтора интраоперационно).

СПРАВКА

В настоящее время силикон общепризнан как материал выбора в склеральном пломбировании из-за высокой биосовместимости, химической инертности и долгосрочной стабильности в естественных условиях. Силиконовые импланты достаточно хорошо переносятся тканями глаза. Тем не менее, даже при тщательном соблюдении операционной техники и использовании имплантов необходимой конструкции, имеются доказательства неблагоприятных реакций местных тканей в послеоперационном периоде, таких как: воспаление, повышение внутриглазного давления, эрозия склеры под имплантом, экстррузия в

полость стекловидного тела, миграция импланта, диплопия, боль и ощущение инородного тела.

Источники:



2.22. Помутнение ИОЛ

С частотой примерно 1 раз в год на общем поликлиническом приёме попадают пациенты с поздним помутнением ИОЛ. Не путать с помутнениями капсулы хрусталика/вторичной катарактой/фиброзом/фиброзом капсулы/помутнениями/наложениями на ИОЛ и за ИОЛ. На этот раз помутнела «мягкая ИОЛ ВЛ 125Е» у пожилой пациентки спустя месяцы после имплантации. Помутнение сильно снижает зрение и потребовало направления на эксплантацию помутневшей ИОЛ и имплантацию новой ИОЛ.

Вопрос: коллеги, если пациенту была установлена ИОЛ в частной клинике и за счёт пациента, то при необходимости замены помутневшей ИОЛ пациент может рассчитывать на какую-то скидку или платит в полном объёме как за новую ИОЛ, так и за новую хирургию?

Комментарии:

Михаил Серьезный

Помутнений ИОЛ не встречал, при значительной рефракционной ошибке — оплата только расходных материалов. Это случается крайне редко.

Ирина Маслова

Помутнение ИОЛ встречается в менее чем 0,1% случаев, конечно об этом хирург должен честно говорить, отвечая на первый вопрос пациента. Вероятность мала, но есть. Конечно, встречаясь с таким осложнением, хирург не должен проходить мимо, а оповещать производителя о сложившейся ситуации. Но я не считаю нужным эксплантацию и реимплантацию с материалами оплачивать пациенту за счет клиники.



Фото 2.24. Расположение эмульгированного силиконового масла в передней камере глаза

Как вариант: шов действительно мог быть наложен на место трансклилярного порта при 20-25 G витректомию. Насчет силикона согласен. Замена должна быть рассмотрена хирургом уже в 2-месячные сроки после интравитреальной тампонады, токсичность никто не отрицает.

Анатолий Обрубов

Если риска реотслойки не будет — на газозаполненную смесь. А так по ходу операции хирург будет решать... Оставлять или нет — решать хирургу. Причем в основном тому, кто вводил. Тут заранее не скажешь, не видя пациента и не зная всех тонкостей его глазного дна после травмы. Про конференции: на витреоретинальной в МНТК в принципе регулярно обсуждают.

Андрей Воронцов

Анатолий, то что всё решает хирург, это понятно. Но считаю своим долгом разобраться хотя бы в таких вопросах, как:

1. Не направляя, когда не надо.
2. Направляя, когда есть показание.
3. Если связываешься с хирургом, то уметь объяснить ситуацию чётко и грамотно.

А для этого надо тоже что-то знать. Не так ли?)
Тем более основную беседу о до- и послеоперационных прогнозах проводить мне, даже если я эту хирургию только в ютубе видел.

Анатолий Обрубов

Ну, если есть возможность поговорить с хирургом, то все просто: обсуждаешь что и когда делали, что имеешь сейчас (т.е. статус), хирург говорит о рисках у конкретного пациента (т.е. насколько велик риск осложнений), и взвешиваются все «за» и «против», в т.ч. с пациентом (т.е. пользы и возможных осложнений).

А с остальным — если операция была, и оставлен силикон, то через 1-2 месяца к хирургу для его удаления или по крайней мере он (хирург) должен объяснить, почему не будет удалять или отсрочит эту операцию (оценить все риски врачу поликлиники вряд ли возможно, т.к. есть вещи, которые видны именно во время операции и о которых знает хирург пациента). Если операции было несколько, то, к сожалению, многие хирурги боятся снова лезть в глаз...

Антон Вурдафт

Анатолий сопротивляется мотивам Андрея. Я поддерживаю. Показания и противопоказания и типичные осложнения необходимо знать вне зависимости от практических навыков. Даже при отсутствии навыков можно в большинстве случаев понять, ху из ху и ду или не ду.

Анатолий Обрубов

Я только за!!!). Просто пока сам не помотришь (про делать не говорю) операции в живую, не пообщаешься с разными хирургами, это будет сплошь теория (даже если ты считаешь, что по всему надо делать, но хирург не возьмет, то ты останешься ни с чем в итоге, если сам только не пойдешь со всеми рисками). Но типичные осложнения и риски, конечно, надо знать. Я про них тут особо не стал расписывать, т.к. не счел необходимым. Они в общем известны... К тому же хирург сам не всегда знает, чем закончится операция)). Но грамотный и опытный готов к разным поворотам ситуации).

Родион Нестеренко

Согласен с Анатолием. Осложнения являются относительными, а именно — относительно риска повторного вмешательства, оценкой которого занимается оперирующий хирург.

Антон Вурдафт

Его уже отсрочили на год или более. И делать ничего не собираются. Трабекула конечно именно из-за того, что кто-то почитал эти относительные показания. Конечно, если считать стандартом после силикона ангиоукломатозное вмешательство с дренажом и замену роговицы, то всё идёт по плану.

Родион Нестеренко

До 1 месяца максимум отсрочка с тяжелым, до 3 месяцев — с легким силиконом. Про год не заметил, извинаясь. В таком случае, речи нет, удалять надо по абсолютному во избежание ЭЭД. После если целевое ВГД достигается, то медикаментозно вести, нет — вопрос по АГО.

Андрей Воронцов

На вопросы задачи ответы правильные дал Глеб.

Те швы, которые видно на склере, это место входного отверстия. Год назад и далее по ходу событий: вызов ночью по скорой, открытая травма, ТОТАЛЬНЫЙ ГЕМОФТАЛЬМ, с ВГИТ (при работе бензокосилкой (триммером)), вколоченное в носовую ретину, гемофтальм, ПХО, ушит, увеит, лечен; через неделю: катаракта, отслойка сетчатки, ФЭК с ИОЛ + витрео + удаление инородного тела + силикон.масло + ЭНДОЛАЗЕР, период затишья; через 3 мес.: витреоретинальная пролиферация + тракционная отслойка сетчатки, лазерная коагуляция сетчатки, активность пролиферации стихает, стабильность тракций ещё на 2 мес.; затем вторичная катаракта, лаз. дисцизия, через месяц эмульгирование силиконового масла, офтальмогипертензия Po=40, снижение ВГД медикаментозно, направлен на удаление силиконового масла, операция отложена из-за опасности реотслойки, дополнительная лаз. коагуляция, отправлен под мед. наблюдение, через год от травмы (сегодняшний день) эмульгация усилилась, сетчатка стабильна, Po=15, ждём очереди на удаление силиконового масла.

Макула хорошая, визус с кор. 0,3, диск тоже, лишь покрыты уймой капелек силиконового масла. Весь процесс: тракционная стабильная локальная отслойка, рубец

сетчатки, пролиферации от рубца к диску и к назальной периферии, постлазерный хориоретиноз в носовой части сетчатки.

СПРАВКА

Силиконовое масло впервые было предложено в 1960-х годах в качестве внутриглазной тампонады. Оно стало предпочтительным средством для тампонады в случаях с высоким риском рецидива отслойки сетчатки. Эмульгирование силиконового масла остается одной из самых серьезных проблем витреоретинальной хирургии. Находясь в глазу, силиконовое масло со временем превращается в эмульсию (взвесь мелких капелек) и проникает в окружающие ткани, вызывая вторичную глаукому, кератопатию, помутнение хрусталика и другие осложнения.

Частота повышения ВГД после инъекции силиконового масла составляет примерно 2% через шесть месяцев и 56% через восемь месяцев.

Повышение ВГД на первый день после операции может свидетельствовать о переезбке силиконового масла, что требует частичной аспирации масла витреоретинальным хирургом через pars plana. В большинстве случаев высокого ВГД, связанного с силиконом маслом, можно контролировать медикаментозно. При отсутствии эффекта может быть рассмотрен вариант удаления масла, если риск повторной отслойки сетчатки низок. Если же риски отслойки высоки, то можно рассмотреть возможность установки шунта. Другим хирургическим вариантом является циклофотокоагуляция (могут требоваться повторные процедуры). Блокада зрачка, вызванная силиконом маслом, требует лазерной иридомии или хирургической иридэктомии.

Источники:






МИКРОПИНЦЕТЫ И МИКРОНОЖНИЦЫ

25G



1286.ED05
Микроножницы вертикальные



2286.CD305
Пинцет Ultra peel



1286.WD05
Пинцет концевых захватывающий по Eckardt

27G



1286.WRD04
Пинцет расширенный охват — широкий захват



1286.WPD04
Пинцет по Eckardt усиленный

+7 (495) 646-72-51 info@focus-m.ru www.focus-m.ru

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Апрель

www.aprilpublish.ru



Выпускаем в Свет научные издания

Главная
Издательство
Периодические издания
Книги
Авторам
Услуги
Контакты



Владислав Паняев:

Реабилитация — это всегда преодоление!

Незрячий петербуржец Владислав Паняев способен общаться с миром с помощью двух слуховых аппаратов. С сентября 2017 года он является актёром инклюзивного театра «Не зря», где люди с тяжёлыми формами инвалидности выступают на сцене вместе с профессиональными актёрами.



Владислав Паняев



На отдыхе



Работа с глиной — любимое увлечение

Владислав Игоревич, Вы являетесь актёром театра «Не зря» с момента его создания. Какие цели ставит перед собой театр?

Программа театра, его послание миру заключено в ёмких, многозначных словах «Не зря». У нас действительно собраны люди, лишённые зрения.

Но, как известно, в русском языке выражение «Не зря» имеет ещё одно значение. «Не зря» — это значит, что всё в нашей жизни происходит не напрасно и не случайно. Любые жизненные обстоятельства, любой опыт, в том числе опыт ограничений, болезней, инвалидности и т.д. формирует характер, внутренний мир.

Слепота или слепотухота — тоже часть собственного «Я», которая может быть интересна другим людям. Новый театр был создан после того, как группа театральных деятелей, в том числе наш будущий художественный руководитель и главный режиссёр Борис Павлович, режиссёр и педагог по актёрскому мастерству Дмитрий Крестянкин, посетили Санкт-Петербургский Центр медико-социальной реабилитации для инвалидов по зрению.

Я тоже проходил там курс реабилитации. В Центре незрячие и слабовидящие люди могут получить консультацию психолога, усовершенствовать навыки передвижения с белой тростью, научиться самостоятельно готовить еду, пользоваться компьютером и электронными гаджетами без визуального контроля и т.д.

Почему Вы решили принять участие в новом проекте?

Меня с детства восхищал театр. В школе-интернате для незрячих и слабовидящих детей участвовал в работе театральной студии. Удалось сыграть Троекурова в пьесе «Дубровский», Мельника — в пушкинской «Русалке», Осла — в «Бременских музыкантах».

В театре «Не зря» привлекло то, что незрячие люди играют на сцене вместе с профессиональными актёрами. В настоящее время в нашей работе, в основном, принимают участие актёры Большого драматического театра им. Г.А.Товстоногова (БДТ) — одного из ведущих театров страны. Кстати, репетиции часто проходят в БДТ.

С нами занимаются профессиональные режиссёры, хореографы, педагоги сценической речи, мимики и пантомимики и т.д. Подготовка новых спектаклей — это важная, но только небольшая часть деятельности инклюзивного театра. Самое главное — каждодневная учебно-реабилитационная работа, распространение нашего опыта, взаимодействие с людьми с инвалидностью и теми, кто им помогает.

Театр «Не зря» способствовал созданию аналогичных проектов. Например, с 2020 года в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске и Казани действуют театральные мастерские «Инклюзион», созданные специально для интеграции в мир театра слепых людей.

Оказывает, что в театральной среде можно интегрировать людей с тяжёлыми нарушениями зрения и слуха. И даже тех, у кого полностью отсутствует и слух, и зрение. Театр может быть эффективным средством реабилитации!

Как театральный проект изменил Вашу жизнь?

Думаю, история инклюзивного театра — это история преодоления. Вообще, реабилитация — это преодоление, это способность и желание работать над собой, достигать поставленных целей. А инклюзивный театр делает этот процесс более осознанным и результативным для всех участников.

Мы чувствуем поддержку друг друга, вне зависимости от наличия или отсутствия инвалидности.

За годы театральной жизни я стал более раскрепощённым, внутренне свободным. Я гораздо чаще ощущаю внутреннюю гармонию в повседневной жизни. Изменилась речь. Всё-таки занятия сценической речью очень полезны! Стало легче общаться с людьми, прислушиваться к ним, учитывать их интересы, но при этом формулировать собственную позицию.

В театре я встретил много людей, которых хочется восхищаться, у которых хочется учиться!

Владислав Игоревич, во всех спектаклях Вы играете исключительно незрячих и слепоглухих людей. В этом нет какого-то ограничения? Разве инклюзивный театр не предполагает стирание всех границ?

«Не зря» — иммерсивный театр, где огромное значение имеет личный жизненный опыт всех актёров, где зрители максимально глубоко погружаются в «ткань» спектакля, фактически становятся участниками сценического действия.

Это совсем не значит, что незрячие актёры играют самих себя! Наши роли — сочетание реальности и фантазии. Театр показывает зрителям образ жизни, способ познания мира незрячего человека. Его радости и горести. Для меня инклюзия не означает попытку стереть все границы. Я — незрячий в жизни и на сцене. Это нормально и естественно. Мы уважаем и ценим друг друга, в том числе и потому, что мы такие разные!

До недавнего времени в труппе театра присутствовали только незрячие, слепоглухие, а также актёры без физических ограничений. Но недавно с нами стала работать девушка на инвалидной коляске. И это пошло театру на пользу! Теперь в наших спектаклях присутствуют не только «обычные» танцы, но и танцы на колясках — замечательный творческий жанр!

Недавно во время репетиции возникла ситуация, заставившая меня о многом задуматься... Неожиданно раздался какой-то грохот. Резкий, неприятный звук... И сразу

почувствовалась тревога вокруг. Кругом слышались возгласы: «Что случилось? Что произошло?»

Оказалось, что во время танца коляска перевернулась — танцовщица оказалась на полу, под собственной коляской. Коллеги хотели срочно искать врача, вызывать «Скорую помощь»... Но девушка, с которой произошла эта неприятность, сразу стала нас успокаивать. Мол, ничего страшного не случилось... По её словам, она совсем не пострадала. Актриса попросила присутствующих помочь ей снова сесть в коляску, и была полна решимости продолжить танец.

Она действительно не пострадала при падении?

Допускаю, что на самом деле падение было болезненным. Но мужественность, готовность к преодолению, к работе над собой, к «движению вверх» характерна для всех наших актёров и других сотрудников театра. Вне зависимости от наличия или отсутствия инвалидности. А танцы на колясках — это ещё одно украшение спектаклей!

В каких ситуациях Вам приходится преодолевать себя?

Самое трудное — взаимодействие со слуховыми аппаратами. Ну, это излишне деликатно сформулировано... Если говорить откровеннее, то речь идёт о зависимости от слуховых аппаратов, необходимости постоянно подстраиваться под их возможности, под их «характер».

Без аппаратов я не слышу практически ничего. Для незрячего человека терять слух особенно тяжело. Я незрячий почти с самого детства. До семи лет чуть-чуть мог видеть, даже до сих пор помню цвета. Но минимальное остаточное зрение на жизнь почти не влияло. Поэтому когда в первом классе школы полностью ослеп — это не стало трагедией.

А с потерей слуха всё было по-другому. Медленный, «тягучий», болезненный процесс.

Судя по Вашей успешной театральной карьере, Вам удалось «пожуриться» со слуховыми аппаратами и вести максимально активную жизнь.

В течение многих лет с каждым годом я слышал всё хуже и хуже. Несмотря на самые современные аппараты! Но сейчас есть ощущение, что уже несколько лет слуховые

Вы опасались полной потери слуха?

Именно это и было самым страшным: опасение полной потери слуха, тотальный

слепоглухоты. Приходят навязчивые мысли о том, что может наступить момент, когда слуховые аппараты уже не смогут помочь... Это не пустые опасения! Даже самые современные аппараты способны помочь не всем людям. Но таким мыслям необходимо противостоять, гнать их из своей головы! В этом и состоит преодоление для незрячего человека, теряющего слух.

Мы ведь не просто слышим звуки, как все зрячие люди. Но и одновременно «видим» эти звуки, живём в мире «звучковых картин». И сны видим тоже звуковые, и фантазии — звуковые. А тут получается, что эти «звучковые картины» ты уже не можешь писать сам. Вместе с тобой их создаёт чудо-аппарат с мини-компьютером.

Слуховые аппараты можно сравнить с протезами конечностей. С помощью протезов ног можно ходить и даже бегать. Благодаря протезам рук люди и едят, и на компьютере печатают. Но с собственными конечностями это сложно сравнить... Точно также и звуковое восприятие с помощью слухового аппарата отличается от естественного слуха.

Наше с Вами интервью состоялось именно благодаря слуховым аппаратам.

Они отлично работают! Но есть одна досадная особенность... Для идеальной работы слуховых аппаратов необходимы идеальные условия. Лучше находиться в сравнительно небольшом помещении. Чтобы не было эха. Не было посторонних источников шума. Допустим, собеседник говорит чётко. Не слишком громко, не слишком тихо. Не комкая слова и предложения... В таких замечательных условиях я его прекрасно слышу. Но если мы, например, выйдем на улицу, то звуковая картина будет уже совсем другой!

Вспоминается песня Александра Вертинского: «Отлив ливню ткет по дну// Узоры пенных кружев// Мы пригласили тишину на наш прощальный ужин».

У нас на спектакле царил такая же душевно-שמущая атмосфера, характерная для песен Вертинского. По сюжету пьесы речь шла не об обычной коммуналке, а об инклюзивной. Половину её жильцов составляли слепые, а половину — зрячие.



Актёры театра Не зря



Владислав Панаев на сцене



возможности остаются на одном уровне. А, значит, есть надежда, что «маятник» может качнуться в другую сторону. Всё-таки техника не стоит на месте. Надеюсь, в будущем смогу уловить ещё больше звуковых нюансов и оттенков!

Именно хороший слух помогает незрячим людям ориентироваться в пространстве. Наверное, с ослабленным слухом передвигаться по городу самостоятельно становится сложнее.

Это для меня болезненный и деликатный вопрос. Конечно, в самостоятельных поездках в моей жизненной ситуации есть определённый риск... Можно было бы везде ездить на такси или с сопровождающим. Но я очень люблю перемещаться по городу самостоятельно. Чувствуя каждой клеткой тела независимость и свободу!

Расскажите, пожалуйста, о любимых ролях.

Огромное впечатление произвёл на меня спектакль «Библиотека», который был представлен в Санкт-Петербургской государственной библиотеке для слепых и слабовидящих и создан специально для этого учреждения. Мы пригласили публику на второй этаж библиотеки, где раньше располагалась коммунальная квартира. Потом эту квартиру расселили. Жильцы разехались, получили отдельные жильё. На втором этаже проходил ремонт. Он готовился к использованию для библиотечных нужд.

Вы играли спектакль в помещении, которое находилось в состоянии ремонта?

Ремонт нам совсем не помешал. Он даже способствовал созданию визуального образа! Идея спектакля состояла в том, чтобы в бывшей коммунальной квартире представить коммунальную квартиру. Вернее, мы представляли прощальный вечер в коммуналке перед расселением. Якобы жильцы, собираясь покидать квартиру, уже собрали почти все вещи и настроившись на новую жизнь, пригласили друзей на прощальный ужин.

В роли гостей вечеринки оказались зрители, купившие билет на Ваш спектакль?

У нас люди не сидели в зале. Спектакль одновременно проходил в разных комнатах «коммуналки». Можно было свободно перемещаться из комнаты в комнату. В каких-то комнатах проводили разговоры, где-то пели... Люди общались между собой. Невозможно было определить, кто именно является актёром, а кто — зрителем.

Вы использовали подлинные предметы интерьера расселённых жильцов коммуналки, их личные вещи?

Нет, конечно. Для этого спектакля были специально созданы декорации, подобранный реквизит. Расселённая коммуналка оживила и пригласила зрителей на «грустный праздник», вечер прощания с домом.

Вспоминается песня Александра Вертинского: «Отлив ливню ткет по дну// Узоры пенных кружев// Мы пригласили тишину на наш прощальный ужин».

У нас на спектакле царил такая же душевно-שמущая атмосфера, характерная для песен Вертинского. По сюжету пьесы речь шла не об обычной коммуналке, а об инклюзивной. Половину её жильцов составляли слепые, а половину — зрячие.

Мой герой, Александр Сергеевич, был педагогом баяна, а ещё — он работал редактором в издательстве. Я в этом спектакле и на баяне играю, и о мыловарении рассказываю, и о свечеварении.

Это ведь действительно Ваши увлечения: самостоятельно создавать ароматические свечи и душистое мыло!

Единственное, что меня огорчило, что мы не включили процесс варки мыла и создания свечей в канву спектакля. Не получилось из-за недостатка времени.

Эта роль была очень проникновенной, трепетной. И актёры, и зрители забывали, что находятся на спектакле. Мы жили в коммунальной квартире, мы все прощались с родным домом.

В школьные годы у меня был многолетний опыт проживания в коммунальной квартире вместе с родителями. Поэтому вполне представляю и плюсы, и минусы этого образа жизни.

Ещё один яркий спектакль — «Зримые вещи», представленный в Российском этнографическом музее. Это спектакль-экскурсия, призванный «оживить» экспозицию музея, сделать её более понятной и доступной для разных категорий посетителей. И для незрячих, и для людей без ограничений по здоровью. Было много предметов для тактильного осмотра.

Особенность Вашего театра — активное взаимодействие со зрителем.

В «Зримых вещах» мы пытались проверить, знают ли люди предназначение различных вещей из музейной экспозиции. Это могла быть, например, утварь для печи или для выполнения сельскохозяйственных, ремесленных работ.

Приходя на спектакль, зрители задумывались о том, что в их собственных городских квартирах, на дачах нередко хранятся предметы, представляющие интерес с музейной точки зрения.

К таким предметам относятся и старинные ножницы для обрезки копыт свиней, и элегантно-воздушный фарфоровый чайничек. В Российском этнографическом музее по песчинкам собирают свидетельства материальной культуры. Наш спектакль помог зрителям «надыхаться историей». У многих людей возникло желание прийти в музей ещё раз. Для самостоятельного осмотра или для участия в других проектах.

Как и «Библиотека», спектакль «Зримые вещи» также одновременно проходил в нескольких залах. Мне была доверена роль ведущего, конференсье, человека, встречающего зрителей в музейном холле.

Первый спектакль Вашего театра был представлен широкой публике в ноябре 2018 года на Новой сцене Александринского театра.

Этот спектакль называется так же, как и наш театр — «Не зря». Он посвящён феномену зрения, роли зрения в жизни человека и, одновременно, размышлениям о жизни тех, кто зрение лишен.

Сценическое действо соединило личные истории незрячих участников, их жизненные наблюдения, с разноплановым литературным материалом. Использовалось исследование Гёте «К теории цвета», работы Василия Кандинского и Людвиг Витгенштейна, эссе Ольги Седаковой «Путешествие с закрытыми глазами. Письма о Рембранте».

В этом спектакле ни у кого нет отдельных ролей. Все выступления актёров

воспринимаются как маленькие «пластинки», бусинки, керамические осколки, составные элементы общей театральной мозаики. Разноплановый, разрозненный материал обретает единство и гармонию.

Как незрячие актёры ориентируются на сцене или в тех пространствах, где Вы играете: от библиотеки до этнографического музея?

Для каждого спектакля создаётся своя система ориентиров. Это могут быть палочки, тросточки, верёвочки, какие-то предметы... Для незрячих артистов они играют функциональную роль, помогая перемещаться по сценическому пространству свободно, крепко, легко. Но зрители, как правило, не воспринимают эти «вспомогательные средства» как ориентиры. Они становятся составной, естественной частью визуального образа спектакля. В этот и состоит мастерство театральных художников!

Владислав Игоревич, хотелось бы узнать об основных вехах и событиях Вашей жизни.

Родился в Архангельске в семье военком-лужащих. Когда мне было пять лет, семья переехала в Питер. Этот переезд, во многом, был связан именно с моей жизненной ситуацией. В то время в Архангельске не существовало школы для незрячих и слабовидящих детей. А питерская специализированная школа-интернат, носящая имя К.К. Грота, считается одной из лучших в стране. Поэтому и в советское время, и сейчас многие родители «особых детей» стремятся попасть в Северную столицу.

В семь лет, ещё учась в первом классе, стал осваивать баян. Люблю этот инструмент всем сердцем! Особенно мне нравилось играть на баяне произведения классического репертуара: Чайковского, Баха, Моцарта.

Мне думается, что именно баян в наибольшей мере отражает широту и размах русской души. Поэтому и произведения зарубежных композиторов, в том числе созданные для симфонического оркестра или органа, на баяне звучат с особым русским колоритом и «огоньком».

Восприятие звуков баяна близко к восприятию человеческого голоса. Этот инструмент способен создать хрустальную, звонкую мелодию. Вслушиваясь в игру баяниста, кажется, что звучит высокий, проникновенный женский голос!

Несмотря на проблемы со слухом, я с детства «слился» с инструментом. Не просто на нём играл, а мог выразить то, что было на душе, что радовало или тревожило. Многих слушателей завораживает тянущийся, незатаивающий звук баяна. Он обрывается благодаря меху, через который гонят воздух. В этом звуке есть какое-то волшебство!

Вы хотели в детстве стать профессиональным баянистом?

Я с удовольствием играл на праздниках у друзей и родственников. Участвовал в школьных торжествах. Но всё-таки в будущем видел себя, в первую очередь, не сценическим исполнителем, а педагогом баяна. Но, к сожалению, после окончания школы мне не удалось поступить на отделение баяна Санкт-Петербургского музыкального училища им. М.П. Мусоргского.

Преподавателем баяна Вы в реальной жизни не стали, зато сыграли эту роль в спектакле «Библиотека»!

Это привилегия актёрской профессии — осуществить на сцене то, что не получилось в жизни! В музыкальном училище мне так и не довелось поучиться. Зато я успешно закончил Институт дефектологического образования и реабилитации Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. На кафедре тифлопедагогике, которая занимается методикой обучения незрячих детей, на своём курсе я оказался единственным незрячим студентом.

Это был интересный и в чём-то забавный опыт. Скурсники и даже преподаватели воспринимали меня в качестве «эксперта»!

Сейчас в Вашей жизни главное место занимает театр. А как любите проводить свободное время?

О мыловарении и свечеварении мы уже упоминали. Ещё занимаюсь керамикой в Студии незрячих художников. Люблю рисовать, используя грифель и специальную бумагу для письма рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом. Оказывается, что грифелем можно не только писать, но и рисовать, вернее, продавливать линии на бумаге, тактильно контролируя получившийся рисунок!

Занимаюсь общественной работой, взаимодействую с благотворительным фондом «Дом слепоглухих». Я никогда не скрывал свою инвалидность, не стеснялся её. К сожалению, некоторые люди не хотят иметь дело со своими товарищами по несчастью... Но ведь помогаю другим, мы можем помочь и самим себе! Тянуться к здоровым людям — правильно и логично. Но зачем избегать тех, кто находится в таком же положении, что и ты? А нередко и в более тяжёлой жизненной ситуации!

В нашей беседе Вы упомянули, что реабилитация — это всегда преодоление. А что делать тем людям, которые не готовы к преодолению? Не чувствуют для этого сил, энергии, мотивации.

В качестве первого шага можно порекомендовать составить для себя расписание на неделю. А лучше — сразу на месяц или на несколько месяцев вперёд. Необходимо заполнить время какими-либо разумными, полезными занятиями: работа, домашние дела, прогулки, экскурсии, мастер-классы и т.д.

Этот совет может показаться очевидным и банальным. Но многолетний опыт общения с людьми с инвалидностью показывает, что многие погружаются в депрессию, усугубляют свою жизненную ситуацию из-за большого количества свободного времени, которое, в буквальном смысле, давит на человека.

Это, в первую очередь, касается людей, почти не покидающих своих четырёх стен, не способных к самостоятельной пространственной ориентировке, полностью зависящих от своих родных, близких или социальных работников в бытовых делах.

Но ведь эту ситуацию можно изменить! Не нужно бояться слова «преодоление». Преодолевая себя, человек выходит на «новый уровень». Жизнь становится лучше! Ради этого, в том числе, и работает театр «Не зря».

Позвольте пожелать Вам новых успехов и в жизни, и на сцене!

Илья Бруштейн
Фотографии из архива В.И. Паняева

Surgix

ophthalmic surgical products

Эксперт в поставке материалов для офтальмологии
Проверен временем

Витреоретинальная хирургия

ОДНОРАЗОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

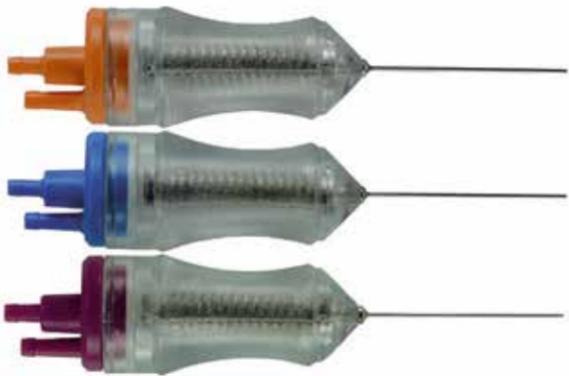
20G

23G

25G

27G

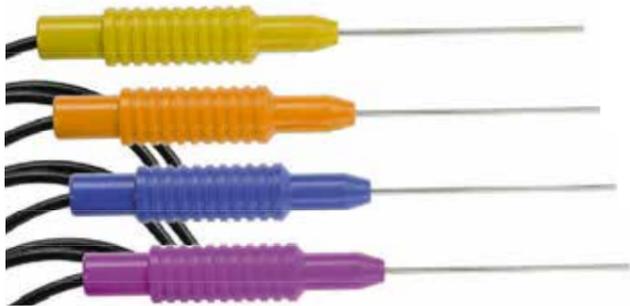
AKTive[®]
ITALY
Ophthalmic Instruments



ВИТРЕКТОРЫ

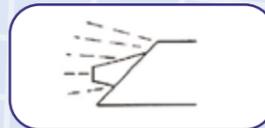
с двойным циклом

- ◇ Повышенная эффективность работы¹
- ◇ Независимость аспирации от частоты резов²
- ◇ Минимизация рисков ятрогенных разрывов за счет снижения пульсаций³
- ◇ Порт всегда открыт

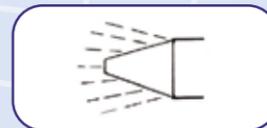


ЗОНДЫ

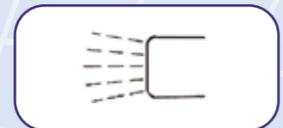
осветители



экранированный



широкоугольный

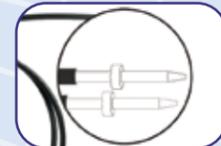


стандартный

широкоугольные типа «люстра»



в комплекте с троакаром



эндолазерные



прямые



изогнутые

TWEEZER
PRECISION IN RETINA
ITALY



ПИНЦЕТЫ И ПИНЦЕТЫ-НАСАДКИ

- ◇ Удобная рукоятка
- ◇ Минимум усилий для сжатия
- ◇ Полный контроль наконечника
- ◇ Надежная удерживающая сила
- ◇ Выбор: для тонких и плотных мембран

^{1,2} Valeri Kolesnitchenko; Matt Hanlon; David Fleg; George Lau. ARVO Annual Meeting Abstract | June 2020. Comparative analysis of water and vitreous flow rates with single and dual cutting guillotine style vitrectors of various gauges. <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2770070> ³ Oravec, R., Uthoff, D., Schrage, N. et al. Comparison of modern high-speed vitrectomy systems and the advantages of using dual-bladed probes. Int J Retin Vit 7, 8 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40942-020-00277-2> | <https://journalretinavitreal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40942-020-00277-2#citeas>
AKTive® является торговой маркой AKTive®. РУ № ПЗН 2021/14037 от 16.04.2021г., РУ № ПЗН 2021/14118 от 22.04.2021г., РУ № ПЗН 2020/9620 от 11.02.2020г., РУ № ПЗН 2021/15700 от 08.11.2021г.

ООО «Серджикс»

www.surgix.ru | +7 495 543 74 73 | info@surgix.ru

на правах рекламы



ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей. Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Подписной индекс: **15392**
www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственность за представленный материал (научные тексты, иллюстрации, рекламные блоки, текстовую рекламную информацию). Авторы гарантируют, что их статьи не являются плагиатом полностью или частично произведением других авторов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: февраль 2026. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 212. © «Поле зрения», 2026. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.