

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№2(82) МАРТ-АПРЕЛЬ 2024

ISSN 2221-7746

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Анна Андреевна Мейер

В 2023 году в издательстве «Апрель» вышла книга М.М. Бикбова и Ю.Ш. Галимовой «Грани света», повествующая об истории Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней. В книге представлен богатейший документальный и иллюстративный материал, описывающий основные исторические вехи становления Института, начиная с 1888 года, когда открылось Уфимское ремесленное убежище для взрослых слепых, до сегодняшнего дня.

С разрешения авторов книги мы перепечатаем отдельные главы, в которых с глубоким уважением рассказывается о первых директорах Уфимской глазной лечебницы, предтечи Уфимского НИИ глазных болезней. (Печатается с сокращениями. По вопросу приобретения книги обращайтесь в Уфимский НИИ глазных болезней: niipriet@yandex.ru)

..... > стр. 6

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Главный специалист по офтальмологии ГК «Медси», к.м.н., доцент А.В. Трубилин:

Хочешь сделать хорошо — сделай сам!

Офтальмохирург, к.м.н., доцент кафедры офтальмологии Академии пост-дипломного образования ФМБА России А.В.Трубилин — представитель известной медицинской династии. В 2017 году он стал одним из создателей «Клиники семейной офтальмологии профессора Трубилина» — успешного, динамично развивающегося лечебного заведения столицы, завоевавшего доверие пациентов далеко за пределами Москвы.

В 2019 году Александр Владимирович возглавил направление офтальмологии группы компаний «Медси» — крупнейшей в России сети многопрофильных частных клиник. Под руководством и при активном участии Александра Владимировича в ГК «Медси» в апреле 2021 года было открыто головное офтальмологическое отделение в «Центр офтальмологии МЕДСИ» в московском Клинико-диагностическом центре «На Солянке».

..... > стр. 21

ЗЕМСКИЙ ДОКТОР



Врач-офтальмолог Обоянской ЦРБ А.Е. Сухомлинов (Курская область):

Моя родная Обоянь — город с характером, с душой, с «купеческой жилкой»

В шестидесяти километрах к югу от Курска, в семидесяти километрах к северу от Белгорода, в устье реки Обоянки, расположился старинный русский город с поэтическим, звучным названием «Обоянь», административный центр Обоянского района Курской области. А.Е. Сухомлинов здесь родился и вырос. Отсюда после окончания средней школы поехал поступать в Курский государственный медицинский университет.

С 1988 года Александр Евгеньевич трудится врачом-офтальмологом Обоянской Центральной районной больницы. Он подчёркивает, что на всех этапах своей жизни, в том числе и в трудные девяностые годы, у него никогда не возникало желания сменить место работы.

..... > стр. 25

ДЕНЬ ПОБЕДЫ



Время идет,
память остается...

..... > стр. 3

КОНФЕРЕНЦИИ

Пироговский
офтальмологический
форум

..... > стр. 8

Актуальные вопросы
нейроофтальмологии.
Краниоорбитальные
процессы: травма,
новообразования,
сосудистые
и воспалительные
заболевания

..... > стр. 17

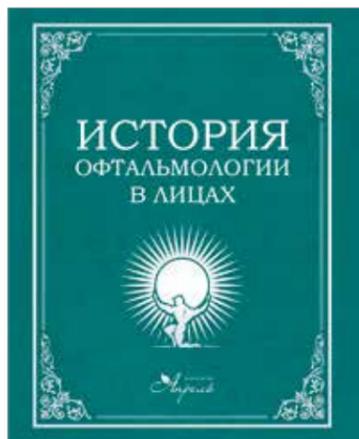
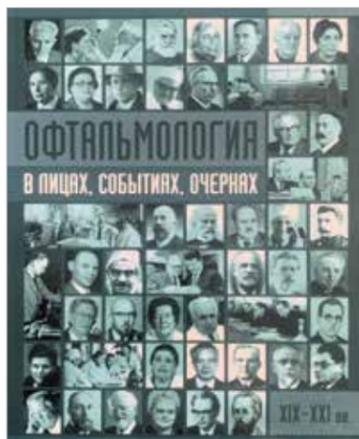
НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

..... > стр. 28

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Н.В. Ефремова:
Творчество как способ
реабилитации
Илья Бруштейн

..... > стр. 29



ОФТАЛЬМОЛОГИЯ В ЛИЦАХ, СОБЫТИЯХ, ОЧЕРКАХ

XIX-XXI вв.

Издание третье, дополненное и переработанное
Издательство «АПРЕЛЬ», Москва

Уважаемые коллеги!

Редакция книги «История офтальмологии в лицах, событиях, очерках» приглашает вас принять участие в третьем, дополненном и переработанном, издании. Планируемый срок выхода — 4 квартал 2024 г. Первое издание объемом в 424 полосы увидело свет в 2014 году, оно было составлено к.м.н. Н.С. Ярцевой. Второе, объемом в 700 полос, — в 2015 году. Составители: к.м.н. А.С. Обрубов и к.м.н. Н.С. Ярцева. Это энциклопедическое издание представляет собой самый полный современный справочник, содержащий биографические сведения о выдающихся офтальмологах прошлого и ныне здравствующих специалистах. В книге имеется алфавитный указатель. Весь материал расположен в порядке, удобном для быстрого поиска. Идея о выпуске третьего издания объясняется необходимостью обновить и расширить информацию, кроме того, к нам неоднократно обращались офтальмологи с просьбой о переиздании книги.

При подготовке третьей книги мы решили следовать прежнему алгоритму. Ниже прилагаем анкету с вопросами, на которые вам необходимо ответить. Помимо ответов на вопросы анкеты (всего их 15) мы предлагаем написать о себе, поделиться с читателями своим опытом и секретами успеха, при этом объем не должен превышать 3600 знаков с пробелами. Редакция оставляет за собой право сокращать текст пункта 16 анкеты. Редакторы отредактируют тексты и при необходимости ответят на ваши вопросы.

Важно: просим точно указывать названия организаций, ассоциаций и т.д., членами которых вы являетесь. В связи с тем, что названия, статус организаций, институтов, клиник, ВУЗов изменились, название должно соответствовать периоду, которое существовало во время вашей учебы, работы.

По запросу редакция может выслать ваш текст из второго издания (2015) для внесения изменений.

Заполненную анкету просьба присылать по адресу: aprilpublish@mail.ru для Сергея Тумара.

В теме письма указать «Анкета для книги». Контактный телефон: 8-916-926-87-67.

Анкеты принимаются до 20 июня 2024 г. К анкете необходимо приложить портретное фото.

АНКЕТА

1. ФИО;
2. Число, месяц и год рождения;
3. Место рождения, гражданство;
4. Образование (когда и какие учебные заведения окончил);
5. Специальность, квалификация по диплому;
6. Послевузовское профессиональное образование: аспирантура, адъюнктура, докторантура (указать);
7. Ученая степень, ученое звание (когда присвоены);
8. Место работы;
9. Должность;
10. Научная направленность профессиональной деятельности;
11. Диссертации: кандидатская, докторская (названия);
12. Награды;
13. Членство в обществах, ассоциациях;
14. Число научных работ (без названий);
15. Число монографий (названия);
16. Личностная характеристика (изложение свободной форме, не более 3600 знаков с пробелами) (по желанию)

«Трейдомед Инвест» расширяет сферу своей деятельности и представляет новую компанию — «Трейдомед Лизинг».

Воспользуйтесь услугой финансовой аренды оборудования для офтальмологии на выгодных условиях.

ПОЧЕМУ ЭТО ВЫГОДНО ДЛЯ ВАС

- Первоначальный взнос от 20%
- Минимальный процент удорожания
- Оборудование экспертного класса
- Рассрочка оплаты до 3 лет
- Профессиональное обучение пользователей оборудования

ОБОРУДОВАНИЕ, КОТОРОЕ МЫ ПРЕДЛАГАЕМ

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412. Тел.: +7 495 741 80 49
E-mail: info@tradomed-leasing.ru

Реклама

Время идет, память остается...

Фрагменты интервью с Нонной Сергеевной Ярцевой

(интервью «Мы были настоящими патриотами» напечатано в газете «Поле зрения» №2-2013 г.)

... В институте я очень много занималась, и вдруг — война. Ничто не предвещало такой беды. Был чудесный теплый летний день, июнь. Мы только сдали сессию. Я ехала по Невскому проспекту в сапожную мастерскую подбить набойки на туфли. Смотрю из окна трамвая на улицу, а вокруг репродукторов толпятся люди: «Война». Набойки я набила, возвращаюсь в общежитие, навстречу идет наш преподаватель марксизма-ленинизма. «Вы куда? — спрашиваю я его. — В военкомат, ухожу на фронт». Мы все, однокурсники, вместе собрались и тоже решили идти на фронт. В военкомате нам сказали, что всех на фронт не пошлют, надо поработать пока в городе. Нас отправили на Васильевский остров организовывать госпиталь в помещении дворца культуры им. Кирова. Времени на организацию госпиталя у нас практически не было. Мы таскали на себе тяжеленные железные кровати, деревянные тумбочки и прочий госпитальный инвентарь. Когда вспоминаешь эти дни, становится страшно: голодные, холодные, но из последних сил работали. Нас охватил невиданный патриотизм и не только нас — всех тех, кто остался в Ленинграде. Многие к тому времени уже ушли на фронт. Никого не надо было заставлять что-то делать.

Немцы наступали быстро, город постоянно бомбили. Фашистские войска уже настолько близко подошли к Ленинграду, что очень скоро объявили эвакуацию госпиталя. Нас направил военкомат грузиться в эшелоны. Подали деревянные вагоны. Мы сандружинницы — молоденькие девочки по 18 лет. Все хрупкие, худенькие... Опять таскали тяжеленные кровати и тумбочки, теперь уже в вагоны поезда. Носили на себе такие тяжести, что уму непостижимо! Раненых мы грузили в специальные вагоны, а сами ехали в холодных, не приспособленных для перевозки людей. Нас без конца бомбили, мы выбегали из поезда, прятались кто где. Самолеты улетали, и мы продолжали путь до следующего налета. Город мы покинули в сентябре едва ли не последними — после нас город закрыли, и началась блокада.

Мы прибыли в город Череповец, я даже не знала раньше, что такой город существует. Госпиталь располагался довольно далеко от железной дороги. Вот только госпиталем эти сооружения назвать было нельзя. В бывшем лагере для заключенных было 12 барачков. Окна одинарные, кругом грязь, все было ужасно. Мы принялись мыть, чистить, отскрести и уже в который раз таскать железные кровати. Вы не можете себе представить, две девочки поднимали носилки весом 80-100 кг. У меня тут же появилась межпозвоночная грыжа. Спать поначалу было негде, ночевали прямо на платформах, стелили фанерки, укрывались шинелями.

Наконец, все бараки были приспособлены под различные отделения. Отделение № 5 было приспособлено для самых тяжелых больных, № 12 — для легкораненых. Нас поселили в отдельный барак с двухэтажными нарами. Барак был разделен на отсеки по 4 человека. Спали мы, конечно, одеялами: 1941-й год был очень холодным, зима наступила рано, одинарные окна почти не держали тепло. Вскоре начали поступать с фронта раненые. Машин не было, мы носили их на носилках. Среди легкораненых были и так называемые «самострелы», они сами себе наносили легкое ранение, чтобы не возвращаться на фронт. Мы их лечили, а потом ими занимались сотрудники НКВД. Полевые госпитали просто не справлялись с таким количеством раненых. Сейчас невозможно себе представить, как было невыносимо тяжело. Страшная вшивость, но надо было солдат обрабатывать. Мы были очень скромными, стеснялись мужчин, когда они раздевались догола. Это было ужасно, ведь у многих были тяжелые раны.

Я работала в 5-м отделении для тяжелораненых. Главным хирургом госпиталя была Татьяна Оскаровна Карякина, она же была заведующей нашего отделения. В мирное время Татьяна Оскаровна работала



Нонна Козловская (Ярцева), 1940 г.

ассистентом ленинградского профессора И.И. Джанелидзе, известного хирурга. Мы, сандружинницы, окончили курсы медицинских сестер. Я, дочь врача, многое видела и знала, поэтому быстро освоила сестринские обязанности. Давала больным наркоз, засыпала вместе с ним, потом у меня наступала стадия возбуждения, и меня выносили из операционной. Когда впервые на моих глазах ампутировали ногу молодому человеку, упала в обморок. Я сильно переживала за этих людей, особенно молодых, которые становились инвалидами. Это было очень страшно и тяжело.

Многих раненых мы спасали. Лежал в нашем госпитале один писатель, Константин Васильев, так он написал обо мне стихотворение под названием «Грозная сестра». У меня сохранился пожелтевший от времени листочек со стихами. Мне писали раненые стихи на клочках бумаги. Кое-какие мне удалось сохранить.

Хватало ли медикаментов?

Медикаментов сначала хватало, позже стало не хватать бинтов. Больных после обработки нужно было гипсовать. Мы размачивали старый гипс, разматывали бинт и гипсовали больного. Наш госпиталь был эвакуогоспиталем. Мы делали все, что необходимо, и отправляли больных дальше. Тяжелые больные, с ранениями головы, груди, живота, оставались у нас. Как только им становилось немного лучше, их тут же отправляли дальше в тыл.

Нам было не до слез, мы делали дело

То есть Вы фактически работали на передовой?

Конечно, это был прифронтовой госпиталь. Дальше меня перевели в другой госпиталь. Наша работа не ограничивалась только уходом за ранеными. Мы старались их подерживать, ведь многие потеряли родных. Кроме физической боли, солдаты испытывали страдания моральные. Вы не представляете, какая это страшная картина. Я так переживала! Мы были по-настоящему патриотами. Помню больного по фамилии Айзенберг, никогда его не забуду. Ему нужна была кровь, так я, не раздумывая, предложила свою. Так делали все. Я ему перелила свою кровь и спасла раненому жизнь.

По семь суток мы не выходили из отделения. Положишь голову на стол, поспишь немного и опять к больным. К усталости прибавлялось постоянное чувство голода. Когда сдавали кровь, нам давали дополнительный паек — килограммовую буханку хлеба на 10 дней. Так мы его съедали за один раз. А больных кормили неплохо, давали каши, консервы, тяжелораненым полагался даже коньяк...

Так прошел 1942 год, а в 43-м в моей жизни произошло очень важное событие — я вступила в Коммунистическую партию, и приняли меня под бурные аплодисменты.



Я провожу политбеседу с ранеными в столовой госпиталя, 1943 г.

«Нонна дежурит — значит, все будет в порядке»

В начале 1944-го наш госпиталь вместе с наступающими войсками 52-й и 21-й армий въезжает в город Выборг. Город горел, взрывались мины, еще не закончились обстрелы. К зданию госпиталя мы не могли пройти — все было заминировано, кругом стреляют, раздаются взрывы. Мы прятались в разрушенных домах, туда же старались перенести раненых, чтобы оказать им первую помощь. Вскоре нам все-таки удалось перебраться. Это был шикарный госпиталь, но немцы на первом этаже здания держали лошадей, и нам пришлось все там приводить в порядок, чтобы принимать раненых.

К 1944 году Вы уже опытная медицинская сестра...

Ну, конечно. За эти годы столько пришлось пережить, многому научиться. Я уже умела делать практически все. Кроме того, была политработником, политруком 1-го отделения, комсоргом госпиталя. Проводила политбеседы, читала раненым сводки с фронта. Причем я не пользовалась бумажками, все помнила на память. С лета 1944 года мы начали принимать бывших военнопленных. Война постепенно уходила все дальше, и мы, в основном, принимали тех, кто был в немецком плену. В госпитале постоянно работал СМЕРШ. Мы, как политработники, должны были помогать этой организации. Однажды в моем отделении повесился в туалете бывший военнопленный. При нем нашли записку: «Я изменил Родине, не могу возвращаться домой». Или еще случай: слышу — в отделении шум, крики, чуть ли не драка. Я прибегаю: «Что происходит?» Быстро всех успокоила. Оказывается, двое больных опознали в соседе по палате бывшего лагерного надсмотрщика, к тому же отличавшегося особой жестокостью. Фамилия его была Фигуровский. Его грозились убить. Так этот Фигуровский ходил за мной, держась руками за край моего халата.



1950 г.

Сейчас я не знаю, что бы я с ним сделала, а тогда пришлось проявить выдержку, да и мне был всего 21 год.

Я считаю, что всех пленных нельзя было обвинять в измене Родине. Был у меня мальчик, летчик, без обеих ног. Скажите, как он мог избежать плена? Как он мог, тяжелораненый, выбраться из самолета? Надо же подходить по-человечески к каждому такому случаю. Но были и настоящие изменники — жестокие, отъявленные мерзавцы.

Наступил август 1944 года, пришло время убирать урожай хлеба, который посеяли еще финны. Вновь комсомольцы в первых рядах. Нам дали в руки серпы и — вперед. Я всегда старалась показывать пример другим ребятам: «Все за мной». Долго у меня еще сохранялся рубец на пальце после серпа.

На всю жизнь запомнила: жали мы пшеницу, и вдруг видим — лежат семь трупов советских солдат. Они уже начали разлагаться. Бои здесь закончились еще в июне. Это было страшно, вокруг меня молоденькие девочки, ни разу не видевшие мертвых. Но я всегда старалась держаться. Бегу к начальнику заставы полковнику Галышеву, докладываю, прошу прислать солдат. Вынесли убитых с поля, у троих ребят нашли именные жетоны.

За годы войны сильно изменился Ваш характер? Скромная, трогательная девушка, которая всего стеснялась, превратилась в волевою, сильную женщину?

Что Вы, конечно! Я дежурила по части, пистолет «ТТ» всегда лежал у меня в кармане. Финны долго еще «заявляли о себе». Вокруг нас разбросаны хутора, там мог прятаться кто угодно. Прихожу на дежурство, а у солдата, кого я должна сменить, горло перерезано. Я видела много страшного. В рассказе нельзя передать того, что человек при этом ощущал. Передо мной лежит человек, живой, но я знаю, что он вот-вот умрет. Это надо пережить, чтобы понять. Но надо было делать дело, поэтому было не до слез.

Вы на войне не начали курить?

Боже упаси! Не курила, не пила, была кристально чистым человеком, очень строгой. Когда я дежурила по части, в мои обязанности входило проверять кухню, питание солдат. Так мне говорили: «Нонна дежурит — значит все нормально, и каша будет вкусная, и масло дадут полностью!» Я никогда в жизни бы ничего не взяла, в нашей семье это было просто невозможно.

Войну я закончила в звании старшины медицинской службы, была на офицерской должности и могла бы дальше расти, но просила начальство не присваивать мне офицерского звания, так как очень хотела вернуться в институт.

Фрагменты интервью с Вениамином Васильевичем Волковым

(интервью «Всем смертям назло» напечатано в газете «Поле зрения» №2-2012 г.)

Вениамин Васильевич, расскажите, пожалуйста, о первых днях и месяцах войны.

Также как и, наверное, у всех людей военного поколения дата «22 июня 1941 года» навсегда врезалась в мою память. Даже сейчас, по прошествии многих десятилетий, об этих событиях трудно рассказывать. Они будто стоят перед глазами...

Как изменился Ленинград после сообщения о начале войны?

Все переменялось буквально за несколько дней. Еще не начались бомбежки, но город уже стал жить по фронтовым законам... В то время я заканчивал четвертый курс Академии, сдавал экзамены, готовился к каникулам.

Разумеется, все отпуска и каникулы сразу отменили. Всех курсантов и слушателей сразу же перевели на казарменное положение. Из числа преподавателей и слушателей был создан истребительный батальон противозушной обороны. Что это означало? Днем мы учились, а практически каждую ночь по сигналу воздушной тревоги выбегали на дежурства, которые проходили на крышах наших клиник. Необходимо было сбрасывать на землю зажигательные бомбы, а потом обезвреживать их, т.е. засыпать землей. Конечно, оказывали помощь пострадавшим, разбирали завалы. Бывало и так: мы, дежурившие на крыше, невредимы, а поддома от попадания в него фугасной бомбы — как не бывало!

Ритм учебы тоже изменился с началом войны?

Учиться стало гораздо сложнее из-за изматывающих тревог, бессонных ночей, скудного блокадного пайка. Не все мои однокурсники смогли закончить учебу. В Академии оставили только наиболее успевающих (и меня в том числе). Некоторых сразу направляли в действующую армию в качестве военных фельдшеров. Кто-то из них после окончания войны вернулся в Академию и все-таки доучился и получил врачебный диплом. А кто-то не вернулся с поля боя...

Пожалуйста, расскажите поподробнее о жизни блокадного Ленинграда?

Бомбежки города начались вскоре после начала войны, уже с июля 1941 года... Прекрасно помню солнечный день 8 сентября 1941 года. Этот день считается началом блокады. К бомбежкам прибавились артиллерийские обстрелы с Пулковских высот. Именно с этого дня ведется отсчет девятистам блокадных дней и ночей.

А почему именно 8 сентября Вам так запомнилось?

Усилились бомбежки. Замкнулось кольцо блокады и резко ухудшилось продовольственное снабжение, поскольку фашисты разбомбили Бабаевские склады... Вообще, когда вспоминаешь блокаду, невозможно не говорить о продовольственном рационе. Если Вы спросите меня о блокадном пайке, я даже не смогу Вам точно ответить... Время, к сожалению, нередко стирает из памяти конкретные детали. Но помню чувство голода. Мы, курсанты, вроде и не голодали... Но сытими мы тоже в блокадном городе никогда не были.

Всего не хватало, а именно хлеба, не говоря уже о сахаре, жирах, овощах. Мяса мы, вообще, не видели. Говорю об этом так подробно, чтобы подчеркнуть: нам, военным, еды не хватало. А что уже говорить о мирных жителях, обычных ленинградцах. У гражданских лиц паек был скуднее. Это суровые реалии блокадного времени.

Как в этих условиях реагировали простые ленинградцы?

Спокойно. Стойко и мужественно. Дисциплинированно. Без дисциплины на фронте и в тылу войну бы мы не выиграли. Но была не только дисциплина. Люди проявили себя как искренние патриоты. Напал враг. И все в меру сил рвались на защиту Отечества: старики, женщины, подростки, даже дети.

Из окон общежития Военно-медицинской академии мы видели нескончаемые потоки ленинградских ополченцев, идущих



Гвардии капитан медицинской службы
В.В. Волков, командир 39 (500) медсанбата. Июнь 1945 г.

по набережной Невы. Они шли строем защищать свой родной город. Среди ополченцев было немало людей пожилых, с явно ослабленным здоровьем. Они вряд ли подлежали бы призыву в армию, но тоже хотели сражаться с врагом.

Как долго Вы провели в блокадном Ленинграде?

Вроде бы, не так уж долго... До середины декабря 1941 года. Потом было принято решение об эвакуации Военно-медицинской академии в Узбекистан, в город Самарканд. Нужно заметить, что жизнь в блокадном городе была не менее, а в чем-то и более трудной, чем дальнейшие фронтовые годы.

Как прошла эвакуация Академии?

Мы шли пешим маршем через весь город до аэропорта, располагавшегося в районе Старой деревни. За плечами у всех слушателей были тяжелые рюкзаки с книгами из академической библиотеки, и самые необходимые вещи. В основном, рюкзаки были загружены именно учебниками.

Самолеты доставили нас в Новую Ладугу. И вот там мы по-настоящему поняли, что выбрались из блокадного кольца. Нас вперые за несколько месяцев накормили вволю нормальной едой.

Что это была за еда?

Сейчас точно даже не вспомню. Обычная еда из мирного времени. Кажется, мы там впервые поели мяса с картошкой... Я никогда в жизни не был гурманом и относился к пище сугубо функционально. Но после пребывания в блокадном городе «хлеб насущный» уже начинаешь воспринимать по-другому.

Из Новой Ладуги требовалось самостоятельно на попутных машинах добираться до Вологды. А уже в Вологде формировался железнодорожный состав до Самарканда. Но сразу отправиться в путь мы не смогли. Практически у всех нас началось сильное расстройство желудка. После блокадной «затирухи» — этим словечком мы обозначали нашу пищу — с обычной едой организму было справиться непросто.

В Самарканде Вы провели всего полгода?

Даже меньше. До конца 1942 года. После успешной сдачи госэкзаменов я стал военным врачом третьего ранга и направился в действующую армию. Современные воинские звания — «лейтенант», «майор», «полковник» — были введены только в 1943 году. Но если переводить в современные понятия, то «военный врач третьего ранга» соответствовал «капитану». В то время выпускники высших военных учебных заведений сразу получали звание «капитана», а не «лейтенанта».

Статус, в капитанском звании я прошел всю войну, хотя должности повышались:

от врача парашютно-десантного батальона, старшего врача полка до командира медсанбата.

После успешного завершения учебы Вы сразу попали на фронт?

Меня распределили в Воздушно-десантные войска. Сначала поехал в Москву, в штаб ВДВ. Именно там проходило окончательное распределение по воинским частям. Меня назначили врачом 1-го батальона 15-й парашютно-десантной бригады 7-го Воздушно-десантного корпуса.

Перед отправкой на фронт предстояло пройти десантную подготовку на базе Академии им. Жуковского в ее лагерях, расположенных в Люберцах Московской области. Именно там мне довелось совершить целых три самостоятельных прыжка с парашютом. Каждый последующий психологически был не легче, а даже труднее предыдущих.

А собственно фронтовая жизнь началась в сентябре 1942 года, когда 7-й воздушно-десантный корпус преобразовали в 34-ю Гвардейскую стрелковую дивизию и перебросили эшелонами в Астрахань и затем в Калмыкию. Нас выдвинули в калмыцкие степи, примерно в 100 километрах от Астрахани для отражения танковых атак дивизии «Мертвая голова», рвавшейся с Кавказа на помощь окруженной под Сталинградом группировке фельдмаршала Паулюса.

В калмыцких степях мы начали гнать врага с родной земли. Боевой путь 34-й Гвардейской стрелковой дивизии можно представить так: Калмыкия — Ростовская область — Украина — Молдова — Румыния — Болгария — Югославия — Венгрия — Австрия. Это и мой боевой путь.

В январе-феврале 1943 года Вам пришлось участвовать в тяжелых боях. Пожалуйста, расскажите об этом этапе войны.

Да, бои были тяжелые. Но хотел бы подчеркнуть, что это были бои наступательные. Мы освобождали свою землю, а потом и Европу. Вообще, начиная с 1942 года, советские войска почти все время находились в наступлении. Стратегическая инициатива была за нами.

Это очень важно с точки зрения военного дела, в том числе и организации медицинской службы. Несмотря на все горести и тяготы войны, наступать естественно предпочтительнее, чем отступать. Нас это вдохновляло, хотя, как известно, при хорошей организации обороны противника наступление тоже сопряжено с немалыми потерями.

Любой военный врач подтвердит мои слова, что оказывать помощь раненым, обеспечивать их успешное лечение и возвращение в строй легче осуществлять именно наступающей армии. По этой причине советская военно-медицинская служба Великой Отечественной войны действовала существенно эффективнее, чем немецкая.

Высокий профессиональный уровень немецких медиков не вызывал сомнения. По некоторым показателям, например, обеспеченности антибиотиками, они нас опережали. Но их армия постоянно отступала. А мы шли вперед. Мы тоже несли потери, также как и немцы. Но мы знали и чувствовали, что Победа близка.

Какие бои Вам особенно запомнились?

Не могу не рассказать об эпизоде, случившемся в середине января 1943 года при штурме станицы Злодейская (сейчас она называется Кировская) Ростовской области. Сопровождавшая комбата группа офицеров, и я в том числе, буквально ворвалась в первый же дом и застала следы спешного бегства противника. В том числе, среди «трофеев» оказался не успевший очухаться пьяный немецкий офицер.

Приходилось ли Вам оказывать помощь таким тяжелораненым, которые дальнейшей транспортировки могли и не выдержать? Не могли бы Вы рассказать о каких-либо примечательных случаях с медицинской точки зрения?

Никаких медицинских чудес в оказании помощи на поле боя в нашем исполнении не происходило. Оказывали первую медицинскую помощь. Специализированной помощью занимаются уже потом в медсанбатах, в тыловых госпиталях... Но расскажу об одном случае, когда необходимо было действовать без промедления, прямо в полковом медпункте, не имея необходимого оснащения.

К нам привезли бойца с перебитой осколком трахеей. Он задыхался. В таком случае необходимо немедленно вставить и закрепить в горле трахеотомическую трубку, иначе пациент задохнется. Но у нас в наличии подобных трубок не оказалось. Тогда пришлось в голову неожиданное решение. Мы использовали обычную перьевую довоенную «вставочку» (ручку), полую внутри. Ее простерилизовали, с трудом согнули. И приличная трахеотомическая трубка была готова.

Мы закрепили эту трубку в трахее, наложили необходимые крепежные швы. Убедились, что дыхание у пациента налажилось. Теперь можно было эвакуировать раненого в медсанбат.

Что Вы можете рассказать о событиях 1944 года?

Больше всего запомнилась очень теплая встреча в Югославии, а именно в Сербии, особенно в городе Петровграде. Когда мы вошли в этот город, немцев в нем уже не оставалось. Город был в руках наших боевых товарищей — югославских партизан. В Петровграде нас буквально закидали цветами. Чувствовалась огромная радость и у партизан, и у местных жителей.

Думаю, что такая встреча стала не случайной. Среди всех европейских стран именно в Югославии, в Сербии, немецко-фашистским захватчикам было оказано наибольшее сопротивление. Сербия бурно радовалась освобождению своей страны. Это была совместная победа местного ополчения и Красной армии.

Как Вы встретили День Победы 1945 года?

Мы находились в то время в окрестностях Вены. Среди трофеев в руках военных оказались склады с австрийским шампанским. Когда объявили о Победе, все, разумеется, были очень счастливы. И шампанское оказалось кстати...

Тогда со мной произошел курьезный случай, ставший уроком на всю последующую жизнь. 9 мая мы праздновали День Победы, а на 10 мая была назначена свадьба начальника службы связи нашей дивизии с одной из связисток. Я как командир медсанбата был среди приглашенных.

Но 9 мая шампанского оказалось выпито так много, что 10 мая на свадьбу мне уже попасть не удалось... Такой случай произошел со мной в первый и последний раз в жизни. Алкоголь я употреблял и употребляю редко и только в символических дозах. Но 9 мая 1945 года был особенный день...

Фрагменты интервью с Юрием Сергеевичем Астаховым

(интервью «Помню горящее небо и мамыны руки» напечатано в газете «Поле зрения» №2-2014 г.)

Юрий Сергеевич, девятистодневная защита осажденного Ленинграда — это повесть мужества и героизма ленинградцев, подвигу их нет равных. Ни бомбардировки, ни артиллерийские обстрелы не сломали волю и патриотический дух жителей города...

Если говорить о героизме людей, несомненно, он был везде. Ленинградцы находились в условиях жесточайшей блокады. Степень страдания мирных жителей в течение этих страшных 900 дней нельзя сравнить ни с чем: голод, холод, артобстрелы, бомбежки. Вы правы в том отношении, несколько не умаляя заслуги других городов-героев, Ленинград находится на особом положении.

Вы были совсем маленьким, когда началась война. Как получилось, что Вы остались в городе?

Мой отец не был военнообязанным, всю войну проработал в Институте им. Бехтерева. Представьте, маленький ребенок, ехать некуда, да и никто тогда не думал, что город будет в блокаде. Когда же пошла массовая эвакуация по «Дороге жизни», причем нередко взрослые — отдельно, дети — отдельно, семьи разлучались, было принято решение остаться всем в городе. Будь что будет, а ехать куда-то по отдельности с 50% вероятностью остаться живым... Мне сейчас трудно судить, какая была логика родителей, но думаю — «пережить вместе трудные времена, а если суждено погибнуть — тоже вместе». Но повторяю, ни у кого и в мыслях не было, что совсем скоро наступят тяжелейшие времена.

Я читал воспоминания ленинградцев, они пишут, что война уже подходила к городу, а магазины еще продолжали работать, и люди по довоенной привычке покупали 100 г масла, 200 г сыра и т.д. Никто не думал создавать дома продовольственные запасы...

Вы правы, все были уверены, что война быстро закончится.

Юрий Сергеевич, что-то осталось в Вашей памяти, или блокада для Вас — это воспоминания родных?

В памяти врезалась воздушная тревога, отбой воздушной тревоги, для меня эти звуки вполне реальны, существуют до сих пор...

...Тиканье метронома...

...Тиканье метронома, черная тарелка репродуктора, бомбежка. Немцы регулярно совершали обстрелы, бомбили город, поскольку на определенном этапе войны у них было полное превосходство в воздухе. Помню, однажды во время бомбежки меня мама поставила на подоконник, свет был погашен, и сквозь щелочку в светомаскировочных шторах я увидел картину, которую запомнил на всю жизнь: горит небо — прожектора, трассирующие пули, пожар — горел судостроительный завод, горели гигантскими факелами аэростаты воздушного заграждения... Не забуду, как дрожали стекла от залпов зенитных орудий, они стояли недалеко, рядом с Исаакиевским собором, около Александровского сада, на набережной. Остались в памяти бегающие по улицам огромные, с кошку, крысы.

В дом, где мы жили, в начале войны попал снаряд, а в 1944-м — бомба. Здание так трянуло, что распахнулись настежь закрытые на засовы тяжелые двери, и стена кабинета отца стала наружной стеной дома. На площадку можно было выйти, а соседней квартиры практически не осталось. Люди, спасавшиеся в нашей подворотне от бомбежки, погибли... Позже, когда я немного повзрослел, я спрашивал родителей, почему они не спустились в подвал во время налета. Они отвечали, что если дом разрушался, то людей в подвале заваливало обломками, а если еще и трубы прорывало — затапливало водой. Обычно мы сидели на диване в коридорчике между капитальными стенами, это считалось самым безопасным местом, иногда там же вместе с двоюродной сестрой забирались на шкаф.

Еще помню мамыны руки у меня на голове. Она сплетала пальцы рук и накрывала мою голову, когда я спал, наивно полагая, что сможет меня защитить, если начнет сыпаться штукатурка. Видите, как ни странно, осталось довольно много воспоминаний



Салют 27 января 1944 г.



Юра Астахов во время салюта 27 января 1944 г. Фрагмент документального фильма

о войне. Еще осталась в памяти печка-буржуйка и горестная обида, когда в ней жгли мои деревянные игрушки... Не забуду салют 27 января 1944 года, куда меня взяли с температурой. Об этом сняли документальный фильм, и мы с мамой попали в кадр; прекрасно помню день 9 мая 1945 года, но и, конечно, постоянное чувство голода.

Как Вы питались?

Ели то, что получали по карточкам, продавали какие-то вещи и покупали продукты...

... Юрий Сергеевич неожиданно достает из лежащей рядом книги продуктовые карточки. У меня едва не перехватило дыхание: я никогда не видел «живьем», а тем более не держал в руках этот символ блокадного Ленинграда...

Масло 5 граммов, сахар 10 граммов, макароны, мясо... То есть кроме 125 граммов хлеба ленинградцам в самые суровые месяцы блокады полагались и другие продукты. Но многие карточки остались неиспользованными...

Потому что просто не было продуктов.

У Вас сохранились какие-то вещи с тех времен?

К счастью, у нас не было крайней необходимости сжигать мебель или книги, поэтому многие вещи, теперь уже реликвии, остались: прихожая, шкафы и некоторые другие предметы, часть вещей сохранилось в квартире моей тети, ее семья живет рядом с нами.

Ваша семья потеряла многих в блокаду?

Самые близкие родственники остались живы: отец, мать и я, моя тетя, бабушка, двоюродная сестра, дядя воевал, был ранен, но вернулся домой...

Если 30-40 лет назад мы изучали ленинградскую трагедию по роману А. Чаковского «Блокада» и по одноименному фильму с участием блестящих актеров, то сегодня публикуются статьи, в которых разоблачается некомпетентность партийной верхушки города, их страх перед принятием самостоятельных и своевременных решений, что приводило к гибели многих тысяч горожан.

Сегодня у нас на приеме был пациент, который в годы войны хоронил людей на Пискаревском кладбище. За несколько месяцев его отряд похоронил около 380 тысяч человек — потери людей были колоссальными. Сказать, что это результат некомпетентности руководителей города, я не могу. Блокада явилась следствием боевых действий. Партийный руководитель, живущий в городе, где постоянно врывают снаряды, падают бомбы, где люди умирают прямо на улице, не может оставаться безучастным к происходящему. Некомпетентность всегда была нашим бичом, но сегодня мы живем в период ВОИНСТВУЮЩЕЙ некомпетентности. Я не думаю, что мы можем обвинять в этом людей, переживших все ужасы войны, пусть и несколько в иных условиях существования. Бремя чрезвычайной ответственности за неверные решения, психологическое воздействие со стороны высшего партийного руководства, постоянная угроза жизни, очевидно, влияли на их поступки. Люди просто не решались предпринимать какие-то действия, решать срочные задачи без согласования с Москвой, но они делали все, что можно было сделать в тех условиях. Кировский завод, передовая линия обороны города, выпускал танки. Как можно говорить о некомпетентности руководителей, если им удалось в таких условиях организовать военное производство; работали другие заводы, где у станков стояли дети. Я бы не

сказал, что жизнь была пущена на самотек. Город жил, зимой убирали снег на улицах. Не было паники. Я не помню, чтобы мне кто-то говорил о панических настроениях.

В Москве в октябре 41-го паника была очень серьезная, люди в страхе бежали из города.

Да, о московской панике много говорят, о ленинградской я не слышал, да и бежать было некуда — город находился в кольце.

Как Вы думаете, почему прошлое в нашей памяти живет в черно-белом изображении?

Я думаю так: когда вы решаете какую-то задачу, у вас есть много составляющих, но вывод бывает один, который и остается в памяти. Условия задачи, пути ее решения, возникающие при этом ошибки меркнут. Возможно, эти нюансы и создают цветную гамму, а когда вы знаете только начало и конец, у вас и получается черно-белое изображение. Так, наверное, но, возможно, я не прав.

Юрий Сергеевич, где для Вас проходит граница между прошлым и настоящим? Когда черно-белое «кино» становится цветным?

Очень интересный вопрос... Что считать прошлым... Прошлое может быть связано с твоей личной судьбой, когда жизнь разделена на несколько этапов, с общественно-политическими событиями, с пересмотром своих взглядов. Я не могу сказать, что у меня есть четкая грань между прошлым и настоящим. Мне кажется, слава Богу, что все изменения, которые пережила страна в течение последних десятилетий, не явились результатом жесточайшей революционной ситуации и борьбы, существовавших в 1917 году. У многих людей, переживших эти события, жизнь была разделена на до-революционную и послереволюционную. По счастью, мы не пережили подобных катаклизмов, хотя на наших глазах произошли серьезные социально-экономические изменения. Если говорить о возможностях в плане работы, о материальных благах, в разные годы они были разными, и опять же я не могу ставить где-то грань. Личная жизнь... школа — завершение одного этапа, затем институт...

Юрий Сергеевич, если бы Вам представилась возможность воспользоваться машиной времени, в какую эпоху Вы хотели бы попасть, с кем пообщаться?

Очень трудный вопрос... Но могу сказать, что меня вполне устраивает моя сегодняшняя жизнь. А если пообщаться с людьми, то, скорее всего, выбрал бы пушкинское время.

... Во время блокады папа познакомился с одной женщиной, мы стали хорошими друзьями. Звали ее Надежда Николаевна Хитрова. Жила пожилая женщина, почти старушка, на набережной Невы, в маленькой комнатке большой квартиры, которая некогда принадлежала ей. Надежда Николаевна находилась в бедственном положении...

— ... «в стесненных обстоятельствах», как говорили о себе оставшиеся в России дворяне.

Она жила в очень стесненных обстоятельствах. Но в 1942 году Иосиф Виссарионович высказался о том, что необходимо помнить своих героев: Суворова, Кутузова. Настоящая фамилия Надежды Николаевны была не Хитрова, а Кутузова-Хитрово. Мой отец работал консультантом в целом ряде учреждений, где лечилось высокое начальство, и поспособствовал тому, чтобы Надежду Николаевну, внучку легендарного фельдмаршала, возвратили из небытия. Ей дали квартиру, стали приглашать на различные торжественные мероприятия в качестве почетного гостя. Надежда Николаевна мне подарила муаровую ленту от ордена Михаила Илларионовича. Когда в Москве восстанавливали музей в Филях, это было в 60-е годы, сотрудники музея каким-то образом узнали, что у меня есть эта вещь. Поскольку я считал, что лента является достоянием народа и не должна принадлежать мне, я ее передал музею. Думаю, она там хранится...

Подготовил Сергей Тумар

Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Анна Андреевна Мейер

> стр. 1

После ухода В.И. Сушкина с конца 1904 г. в должности заведующей Лечебницей была утверждена Анна Андреевна Мейер. Ею был подписан годовой отчет за 1904 г. Согласно этому отчету, количество посещений больных в Лечебнице составило 19494 человека, при этом три месяца Лечебница не функционировала. Общее количество операций и оперативных пособий составило 1423. В отчете было указано на переходящую из года в год проблему, связанную с нехваткой мест в стационаре.

В 1905 г. количество коек в Лечебнице увеличилось до 6. При сложных операциях А.А. Мейер помогала врач Н.Ф. Метелкина-Пальчиковская, заведовавшая Пастеровской станцией Уфимского губернского земства. Председательство над Уфимским отделением Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых перешло от губернатора к его супруге С.А. Ключаревой (рис. 1).¹

Первый год заведования А.А. Мейер показал, что в 1905 г. произошло снижение показателей посещаемости Лечебницы, что можно объяснить сложной социально-экономической и политической обстановкой. Так, за 310 рабочих дней в 1905 г. в Лечебницу обратилось 3184 пациента, которые произвели в совокупности 16852 посещения, тогда как в 1906 г. за 320 рабочих дней через прием прошли 4539 человек при совокупных 24911 посещениях.

«Уфимские губернские ведомости» по-прежнему продолжали освещать жизнедеятельность Лечебницы, периодически печатая ежемесячные отчеты по консультативному приему пациентов и проводимых хирургических вмешательствах в учреждении (рис. 2, 3). Кроме статистических данных на страницах газеты размещалась общая информация о проводимой Уфимским отделением Попечительства работе в плане оказания благотворительной помощи слепому малоимущему населению...

В период заведования лечебницей А.А. Мейер за 1905-1910 гг. произошел небывалый подъем посещаемости лечебницы.² За годы своей работы заведующая ежедневно консультировала в среднем около сотни человек. О сложных условиях работы в лечебнице А.А. Мейер уведомила в своем ежегодном отчете: «...Нельзя не признать, что такая интенсивная работа без одного дня в неделю отдыха — ежедневно свыше 100 больных, людей в огромном большинстве некультурных, и работа, продолжающая 7-8 часов в



Рис. 1. Губернатор А.С. Ключарев с супругой — председателем Отделения Попечительства С.А. Ключаревой (в центре)

плохо освещенной, низкой, душной амбулатории, ведет к переутомлению медицинского персонала, которое неизбежно отзывается на продуктивности работы, не говоря уже о том, что и больным приходится долго ждать в такой неблагоприятной обстановке, а многим больным, по тесноте помещений, находиться в ожидании приема, в весеннее, осеннее и зимнее время года на открытом воздухе, что вредно сказывается на их здоровье».³

Для привлечения внимания к финансовым проблемам Совет Уфимского отделения также прибегал к услугам «Уфимских губернских ведомостей». Так, на страницах газеты печаталась информация о состоянии дел в Уфимской глазной лечебнице, а точнее о проблемах из-за недостаточности финансирования, и вследствие этого, о проводимых благотворительных спектаклях и маскарадах в пользу Глазной лечебницы (рис. 4).

Февраль 1905 года

«Объявление. 6 сего февраля, с разрешения Его Превосходительства, г. Начальника губернии состоится в соединенном собрании благотворительный маскарад в пользу Уфимской глазной лечебницы».

5 августа 1905 года

«Глазная лечебница. С 1902 года в гор. Уфе существует глазная лечебница Уфимского отделения Ведомства попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых.

Лечебница эта имеет специального врача и приспособлена для амбулаторных больных.

Содержится она исключительно на частные пожертвования, так как лечение бесплатное и предназначено преимущественно для бедного населения.

Говорить много о том, насколько важно основание здесь этой лечебницы в смысле филантропическом не приходится, так как,

чего другого, а бедноты у нас хоть отбавляй.

Но важно основание лечебницы и в том соображении, что не только специальных глазных лечебниц, но и врачей-окулистов ни в городе, ни, вообще, в нашей губернии нет, а больных глазами очень много, в особенности среди бедного, главным образом, инородческого населения, чуваш, татар.

Можно, с уверенностью сказать, что в каждой чувашской деревне редкость не встретишь больного глазами жителя, не говоря уже о малолетних детях, находящихся в самой невероятной антигигиенической обстановке.

В виду таких исключительных условий нашего края, ничего нет

удивительного в том, что только в течение трех лет (1902-1905) существования лечебницы посетило ее 48837 человек, из коих 5053 лицам произведены серьезные операции.

Зрение есть орган, без которого человек ни в коем случае обойтись не может. Лишившись этого органа, человек превращается в ничто. Он будет жить, но мир для него утрачивает уже всякое значение, и это, в особенности, тяжело и невыносимо, если лишившийся зрения здоров во всех других своих жизненных отправлениях.

Если же подобный человек еще и многосемейный и притом единственный кормилец, что можно представить себе в его положении?!

Из вышеупомянутых цифровых данных мы видим, что за врачебной помощью обращалось в лечебницу 48837 человек; серьезных же операций потребовалось лишь 5053. Значит 43 с лишком тысячи потребовали только лечения. Если же мы представим себе, что болезнь столь нежного и чувствительного органа, как глаз, должна быть опасною в смысле последствий, то поймем, что при отсутствии врачебной помощи из упомянутых выше 43 тысяч человек многие, быть может, теперь были бы слепцами и, следовательно, составляли бы ужасное бремя и для себя, и для других.

Стало быть, лечебница для нашего края необходима, а если она необходима, то нужно чтобы она и существовала.

Но как же может существовать лечебница, когда она не имеет средств, в то время когда нужно и жалование врачу, необходимо и содержание прислуге, словом, надо и то другое, третье и четвертое, а денег нет и взять их нелегко, потому что лечение бесплатное.

Остается одна надежда на добрых людей. Быть может, добрые люди, которыми не бедна и наша Уфа, не допустят, чтобы бедные несчастные больные глазами были лишены столь благотворительного для них учреждения».

Февраль 1906 года

«Объявление. Уфимская бесплатная глазная лечебница, нуждающаяся в аптекарской посуде, в особенности в мелких пузырьках и баночках, покорнейше просит гг. благотворителей, имеющихся

Из отчета о деятельности Уфимской глазной лечебницы за май месяц.	
Принято больных первич.	470.
« « повторн.	1880.
Лежало в больницъ	19.
Проведено больнич. дней	297.
Сдѣлано операций	20.
Произведено оперативныхъ пособій	90.

Рис. 2. «Уфимские губернские ведомости» от 5 июня 1905 г.

Из отчета о деятельности Уфимской бесплатной глазной лечебницы за ноябрь м. 1905 г.	
Принято первичныхъ больных	218.
« повторныхъ	1375.
Лежало в больницъ	12.
Проведено больничныхъ дней	115.
Сдѣлано операций	18.
« амбулаторно оперативныхъ пособій	92.

Рис. 3. «Уфимские губернские ведомости», ноябрь 1905 г.

Благотворительный спектакль. Въ понедѣльникъ, 8 августа, въ театрѣ Видинѣва ставится спектакль, сборъ съ котораго предназначенъ въ пользу Уфимской глазной лечебницы. Уфимская публика, вѣроятно, сочувственно отнесется къ этому спектаклю и посѣтитъ его хотя-бы ради того, чтобы поддержать вышеупомянутое полезное учреждение въ его дальнѣйшемъ существованіи. Нужда въ глазной лечебницѣ для бѣднаго населенія громадная, а средства по содержанию ея рѣшительно всѣ изсякли.

Рис. 4. «Уфимские губернские ведомости» от 5 августа 1905 г.

у них и остающуюся без употребления такую посуду, не откажут препроводить в лечебницу или известить ее на предмет непосредственного получения посуды от жертвователя. Дар этот будет принят с благодарностью».

26 февраля 1906 года

«Объявление». Сегодня 26 февраля, на сцене дворянского собрания, Уфимским обществом любителей пения, музыки и драматического искусства дан будет спектакль, сбор с которого поступит на усиление средств Уфимской бесплатной глазной лечебницы. Поставлено будет: «Милые бранятся только тешатся», шутка в 1 действии, соч. Тарновского, и «Светящийся жучок», комедия в 3 действиях, пер. С. Разсохина. По окончании спектакля танцы. Начало в 8 1/2 часа. Вечера».

Упадок сборов в пользу Лечебницы привел к тому, что в 1907 г. поднимался вопрос о возможном прекращении деятельности учреждения.⁴ В связи с этим Уфимское отделение обратилось в Совет Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых с ходатайством об отпуске единовременного пособия из центральной кассы Попечительства в размере 1 тысячи рублей на содержание Лечебницы: «... в том случае, если Совет Попечительства откажется прийти на помощь Отделению субсидированием его на содержание Лечебницы в течение 2-3 месяцев, в сумме не менее 1000 руб., Отделение поставлено будет в необходимость временно приостановить прием больных в глазную лечебницу. Между тем, деятельность Лечебницы успешно развивается, а число пользующихся ею больных весьма значительно: за первые 5 месяцев текущего года Лечебницею принято было 2094 больных, сделавших 11033 посещения. И произведено 830 операций и оперативных пособий».⁵

Несмотря на финансовые трудности, немногочисленный персонал Глазной лечебницы продолжал работать. Согласно отчетам за 1906 г. и за 1907 г. было зарегистрировано 4 539 и 3 871 больных, которыми было сделано

24 911 и 23 803 посещения соответственно. В то время как в 1905 г. было принято 3 084 человека при 20 036 посещениях. Не трудно посчитать, что средняя цифра посещений составляла 90-100 в день! В 1906 г. было проведено 171 операция и 1 839 оперативных пособий, а в 1907 г. — 132 операции и 1 837 оперативных пособий.

В 1908 г. общее количество принятых больных составило 3343 при 21580 посещениях. Число коечных больных за год составило 98 человек. Из 3343 больных мужчин было 1225, женщин — 1125 и 993 ребенка. В основном это были крестьяне (2 592 человека), много мещан (588), но были и духовного звания (33) и даже дворяне (95). В основном пациентами Глазной лечебницы были жители Уфы — 2045 человек. Приезжали в Лечебницу преимущественно из населенных пунктов, находящихся на расстоянии до 50 верст — 696 человек; до 100 верст — 415; до 150 верст — 88; до 200 верст — 53; свыше 200 верст — 46 человек. Следовательно, около 1/3 пациентов приезжали в Лечебницу из отдаленных мест Уфимской и смежных с ней губерний. Подавляющее большинство (1812) было активного трудоспособного возраста (20-60 лет), много детей и подростков (1350), а лиц старшего возраста и пожилых обратилось 181 человек. По национальному составу преобладали русские — 2439 человек и башкиры — 708. За консультацией также обращались чуваша (33), мордва (24), черемисы (11), немцы (38), латыши (17), евреи (14), поляки (12).

В отчетном 1909 г. штат Лечебницы принял 4249 больных, которыми сделано 26116 посещений — в среднем 106 посещений в день. Произведено 152 операции и 1753 оперативных пособия. В отчете А.А. Мейер пишет: «...С каждым годом растет работа Лечебницы, между тем как условия работы не изменяются».⁶

Заведующая указывала на назревшую необходимость перемен в деятельности Лечебницы, а именно ею было предложено расширить стационар учреждения, отремонтировать амбулаторию и усилить кадровый состав Лечебницы,



Рис. 5. Объявление о частном приеме доктором А.А. Мейер

пригласив второго врача. А.А. Мейер, таким образом, в очередной раз подняла проблемные вопросы, которые из года в год оставались нерешенными.

Эти же вопросы были подняты А.А. Мейер на заседании Общества врачей Уфимской губернии, где 22 марта 1910 г. был заслушан ее доклад, посвященный хирургической деятельности глазной Лечебницы за последние пять лет: «... Стационарное отделение Лечебницы только на 6 коек. Число коечных больных за 5 лет 496, число больничных дней 7 777; в среднем на каждого больного 15 дней. Принимаются больные исключительно для операции; приходится вести запись на места месяца за два. Можно с уверенностью сказать, что 2/3 нуждающихся в операциях получают отказ за неимением мест. Больных с острыми заболеваниями принимать совсем не приходится.

Амбулатория с каждым годом растет. В 1909 г. общее число больных (за 10 мес. работы) 26 116, среднее число посещений в день 106.

Прием продолжается обыкновенно 5-7 часов.

Для операций в стационарном отделении есть свободный день; для амбулаторных операций приходится брать время от приема. Свободного дня для отдыха нет.

Годовой бюджет Лечебницы с бесплатной раздачей лекарств около 5 000 руб.

За пять лет 1905-1909 гг. принято мною 19186 первичных больных, сделано ими посещений 116 446».⁷

Из отчета следует, что А.А. Мейер за 5 лет провела 8703 операции и оперативных пособий, из них неудачные исходы были в 14 (!) случаях.

Из отчета: «...Из 290 операций катаракты — экстракций 271, рассечение сумки 19, из них 7 случаев секундарной катаракты, 4 травматической и 8 врожденных у детей»; «Всего неудачных исходов операций катаракты, т.е. таких, где больные зрения не получили, 9, 3 Iridocyclitis и 6 Panophthalmitis».⁸

Таким образом, главной целью данного доклада было привлечение внимания к проблемам Лечебницы, в том числе финансовым и кадровым. Участники заседания отмечали, что Уфимское отделение Попечительства о слепых ведет обособленную жизнь и зачастую не приглашает членов Попечительства на заседания Совета. В связи с этим, как указывали члены Общества, было трудно оценить происходящие процессы в Лечебнице и понять какие виды, формы поддержки необходимы для продолжения ее продуктивной деятельности. Конструктивных предложений и методов решений проблем Лечебницы членами Общества врачей Уфимской губернии озвучено не было.

Изнутри условия труда, большие нагрузки послужили

причиной отказа от заведования Глазной лечебницей А.А. Мейер. К тому же вопрос о выделении второго врача для Глазной лечебницы так и не получил дальнейшего продвижения. В период деятельности Уфимской глазной лечебницы многие врачи (они же директора) вынуждены были отказываться от должности ввиду тяжелых условий труда и недостаточного финансирования. Еще первый директор учреждения А.А. Бельский писал, что крупнейшим недостатком в деятельности Лечебницы является нехватка денежных средств, что не позволяет персоналу выполнять свое назначение и препятствует дальнейшему развитию, несмотря на «...общее сочувствие к ней как населения, так и общественных Управлений, не говоря уже о Попечительстве о слепых».⁹ Он выражал надежду, что значительная часть населения придет на помощь неимущему большинству и хотя бы со временем получит расширение возможности «...этого пока бедного учреждения для оказания помощи все большему и большему числу больных глазами».¹⁰ К сожалению, ситуация не улучшалась. Врачи в виду небольшого жалования были вынуждены в нерабочее время принимать пациентов за определенную плату у себя на дому, либо на квартире при Лечебнице (рис. 5).

¹РГИА. Ф. 764. Оп. 1. Д. 315. Л. 136 об.

²Галимова Ю.Ш. Юбилейные даты в истории Уфимской глазной лечебницы // Точка зрения. Восток — Запад. — Уфа, 2020. — № 1. — С. 108

³РГИА. Ф. 764. Оп. 1. Д. 315. Л. 185

⁴РГИА. Ф. 764. Оп. 1. Д. 315. Л. 145-145 об.

⁵РГИА. Ф. 764. Оп. 1. Д. 315. Л. 145-145 об.

⁶РГИА. Ф. 764. Оп. 1. Д. 315. Л. 184 об.

⁷Протоколы Общества врачей Уфимской губернии за 1910 г. — Уфа: Электр. типография Товарищества «Печать», 1912. — С. 34-45

⁸Протоколы Общества врачей Уфимской губернии за 1910 г. — Уфа: Электр. типография Товарищества «Печать», 1912. — С. 34-45

⁹РГИА. Ф. 764. Оп. 1. Д. 315. Л. 39 об.

¹⁰РГИА. Ф. 764. Оп. 1. Д. 315. Л. 41

21 июня 2024

П р е м и я
и м е н и
а к а д е м и к а
С. Н. ФЁДОРОВА

г. Москва
Конгресс-центр Центра
Международной торговли
(Краснопресненская наб.,
д. 12, подъезд №4)

Премия им. академика С.Н. Федорова
включает следующие номинации для специалистов:

- «За верность профессии»;
- «Будущее профессии»;
- «За разработку и внедрение в клиническую практику инновационного метода диагностики или лечения»;
- «За проведение уникальной операции и спасение зрения пациенту».



Для организаций и учреждений
утверждены номинации:

- «Лучший социальный проект по оказанию помощи пациентам офтальмологического профиля»;
- «Лучший образовательный проект».

Организаторы:




Работа с участниками
Баранова Елена

Тел.: +7 (926) 214-63-76
Email: info@oor.ru



Э т а п ы

15 января – 30 апреля Прием конкурсных работ
1 – 19 мая Период рассмотрения работ Исполнительной дирекцией Премии
20 мая – 2 июня Рассмотрение принятых конкурсных работ Экспертным советом Премии
21 июня Торжественная церемония награждения

Пироговский офтальмологический форум

24 ноября в Москве состоялся очередной Пироговский офтальмологический форум. В «Поле зрения» №1-2024 мы осветили доклады, прозвучавшие в программе секции «Инновации в витреоретинальной хирургии». В это номере мы продолжим репортаж о прошедшей конференции.

Секция «Современные подходы хирургии макулярного разрыва»

Открыл работы секции д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург), представивший от группы авторов сообщение на тему «Клинико-экспериментальное исследование объемно-скоростных показателей образования внутриглазной жидкости на поверхности сетчатки во время хирургии макулярных разрывов в эксперименте и в клинике». Цель исследования заключалась в клинической и экспериментальной оценке актуальности многократного удаления ВГЖ, образующейся на поверхности сетчатки во время витрэктомии на этапе обмена солевого раствора на воздух. В ходе работы был проведен клинико-функциональный анализ результатов лечения макулярных разрывов (МР) при различной кратности удаления ВГЖ, экспериментальное исследование и физико-математический расчет геометрических размеров и скорости образования ВГЖ в макулярной области.

В основной группе пациентов, участвующих в исследовании, ВГЖ удалялась однократно вне проекции разрыва с последующей аппликацией БоТП; в контрольной — ВГЖ удалялась 4-кратно с 5-минутными интервалами, далее следовала аппликация БоТП.

Предоперационный статус пациентов обеих групп был одинаковым, макулярные разрывы в среднем имели размер 500 мкм.

Через 1 год после проведения операции у пациентов первой группы правильный профиль сетчатки сохранен у 93,3%, в контрольной — у 36,7%; деформация профиля сетчатки в первой группе выявлена в 6,7%, в контрольной — у 61,7%; острота зрения в первой группе составила $0,69 \pm 0,08$, в контрольной — $0,42 \pm 0,05$.

Экспериментальная часть включала расчеты объемно-скоростных показателей образования ВГЖ. На поверхность сетчатки кадаверного (свиного) глаза наносилась жидкость в объемах, полученных во время хирургии, проводилась фотосъемка, измерялись краевой угол смачивания поверхности сетчатки и высота; из формулы объема шарового сегмента определялись радиус и диаметр полученных объемов, скорость образования ВГЖ. На рис. 1 представлена динамика накопления ВГЖ на поверхности сетчатки.

На примере пациента, у которого получен наименьший объем ВГЖ, 60 мкл (рис. 2), и объем капли ВГЖ за 5-минутный интервал составил 17,98 мм, за 1-минутный — 3,59 мм или 3590 мкм, что значительно превышает макулярный разрыв любого размера.

Выводы: многократное удаление ВГЖ при хирургии МР нецелесообразно, т.к. объем ВГЖ уже в течение 1 минуты имеет диаметр равный или превышающий разрыв макулы любого размера; время появления ВГЖ в макулярной области после первого высушивания сетчатки составляет 5-7 секунд, что достаточно для аппликации БоТП и блокирования доступа ВГЖ к краям



Д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург)



К.м.н. Д.В. Петрачков (Москва)



К.м.н. Т.А. Аванесова (Москва)

разрыва; по данным клинико-морфологического анализа, кратность удаления ВГЖ не влияет на смыкание макулярного разрыва, но при однократном удалении ВГЖ существенно снижается частота нарушений профиля сетчатки и ее анатомических структур в отдаленном сроке наблюдения; по данным клинико-морфологического анализа при однократном удалении ВГЖ достоверно значимо улучшаются показатели МКОЗ в отдаленном периоде наблюдения.

Продолжил тему макулярных разрывов к.м.н. Д.В. Петрачков (Москва), выступивший от группы авторов с докладом на тему «Хирургическое лечение рецидивов макулярных разрывов». При прогнозировании результатов хирургии рецидивов сквозных макулярных разрывов (СМР) необходимо учитывать первоначально использованную методику хирургии, диаметр СМР, наличие отека в парафовеолярной зоне.

Была представлена разработанная авторами методика закрытия СМР после рецидивов. Проводится сближение краев разрыва вакуумным методом при пассивной аспирации; после мобилизации краев разрыва вводится перфторорганическое соединение, края разрыва «высушиваются»; вводится плазма, при этом края разрыва не сближаются; перфторорганическое соединение удаляется и вводится воздух.

Клинические примеры продемонстрировали эффективность методики.

«Макулярное отверстие, ассоциированное с эпиретинальной пролиферацией. Анализ клинических случаев» — тема доклада к.м.н. Т.А. Аванесовой (Москва). Эпиретинальная пролиферация (ЭП) представляет собой изореклетивное пространственно-заполненное вещество на поверхности сетчатки, часто отграниченное тонкой гиперрефлективной линией и не имеющее тракционных свойств.

Цель работы — представить особенности успешного закрытия макулярного отверстия с атипичной эпиретинальной пролиферацией на примере 4 пациентов

(мужчин) с макулярным отверстием и ЭП. Острота зрения 0,05 — 0,4; диаметр отверстия 262 — 551 мкм.

Пациентам проведена витрэктомия в ходе которой во всех случаях выявлен так называемый «феномен перифовеолярной короны». В ходе стандартной трехпортовой витрэктомии удалена «рыхлая, аморфная ткань, плотно фиксируемая к краям макулярного отверстия; далее удалена ВПМ, при этом по краям макулярного отверстия остался «венец», названный корейскими авторами «феномен перифовеолярной короны». Манипуляций, направленных на сближение краев отверстия, произведено не было, биологические адьюванты не применялись, края сомкнулись, и отверстие было закрыто; острота зрения повысилась и составила 0,2 — 0,7.

В качестве заключения докладчик обратила внимание на то, что хирургия макулярного отверстия с ЭП имеет ряд особенностей, не свойственных традиционному лечению идиопатического макулярного отверстия; наличие фиксированной перифовеолярной каймы эпиретинальной ткани является интраоперационной особенностью; сохранение перифовеолярной каймы способствует закрытию макулярного отверстия без дополнительных манипуляций или использования биологических адьювантов.

Продолжил работу секции У.Р. Алтынбаев (Уфа), выступивший с докладом «Хирургическое лечение макулярного разрыва при тапеторетинальной абнотрофии сетчатки». Среди особенностей макулярного разрыва при тапеторетинальной абнотрофии сетчатки (ТАС) автор назвал исходно низкие функциональные показатели сетчатки и зрительного нерва; исходно тяжелые морфологические изменения сетчатки; наличие на внутренней поверхности сетчатки пролиферативной эпиретинальной мембраны; возможное спонтанное закрытие макулярного разрыва.

По данным литературы, при лечении применяются стандартные макулярные

хирургические методики. Есть сообщения о том, что ретинальная абнотрофия нередко сочетается с пролиферативной эпиретинальной мембраной, в этих случаях возможно использование этой ткани для герметизации разрыва.

Автор представил клинический случай применения этой методики в хирургическом лечении пациентки с неполной осложненной катарактой, миопией слабой степени, сложным миопическим астигматизмом слабой степени, тапеторетинальной абнотрофией макулярным и ламеллярным разрывом макулы. Пациентке проведена ФЭК + ИОЛ + витрэктомия с удалением ЭРМ с покрытием макулярного разрыва остаточными лоскутами + введение PRP (тромбоцитарной массы) + воздушная тампонада. На рис. 1 представлены результаты хирургии. Острота зрения повысилась с 0,05 до 0,2 к первому месяцу и к 10 месяцу оставалась неизменной.

В заключение автор отметил, что хирургическое вмешательство при макулярном разрыве у пациентов с тапеторетинальной абнотрофией позволяет улучшить морфологию макулярной области, но не всегда со значимым улучшением зрительных функций, при этом необходимо минимизировать хирургические манипуляции, чтобы не усугубить исходные патологические изменения сетчатки.

К.м.н. А.В. Русановская (Москва) рассказала об особенностях хирургического лечения разных стадий макулярного разрыва без применения PRP и АСР. Классификация макулярного разрыва по стадиям представлена на рис. 1; по размеру макулярные разрывы подразделяются на малые (до 250 мкм), средние (до 400 мкм) и большие (> 400 мкм); по длительности существования — на свежие и персистирующие (хронические) (более 1 года).

Лечение витреомакулярного тракционного синдрома (1 стадия макулярного разрыва): удаляется задняя гиалоидная мембрана в щадящем режиме, без повреждения точки

Динамика накопления ВГЖ на поверхности сетчатки

Интервалы забора ВГЖ, мин	Объем ВГЖ, мкл (n=60)	Время появления ВГЖ в зоне МР, сек (n= 60)
1-5	160-180 (172±1,38)	5-7 (5,8±0,15)
6-10	140-160 (148±1,43)	5-8 (6,7±0,18)
11-15	90-110 (98,3±1,27)	6-10 (7,6±0,25)
16-20	60-80 (66,7±1,38)	8-12 (9,9±0,24)

- Средняя скорость накопления ВГЖ в течение всего 20-минутного интервала составила 24,3 мкл/мин.

- Общее снижение скорости накопления ВГЖ в течение 20 мин составило 61,2%.

Из доклада д.м.н. В.Н. Казайкина рис. 1

Расчет диаметра объема ВГЖ при минимальной скорости её образования на поверхности сетчатки (во время 4-го забора — 60 мкл)

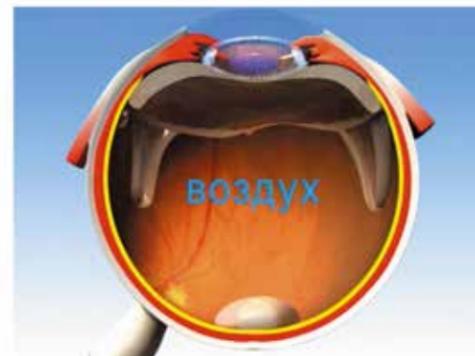
Расчет диаметра объема жидкости:

$$V = \pi h^2 \left(R - \frac{1}{3} h \right)$$

$$R = \frac{V}{\pi h^2} + \frac{h}{3}$$

$$R = \frac{60}{3,14 \cdot 1,5^2} + \frac{1,5}{3} = 8,99$$

$$d = 2R = 17,98 \text{ мм}$$



Из доклада д.м.н. В.Н. Казайкина рис. 2

плотного крепления, поднимается ВПМ методом лепесткового удаления, чтобы не повредить фовеолярную зону. Оставление ВМП может служить причиной появления эпиретинальных фиброзов в п/о периоде.

Лечение хронических макулярных разрывов 4 стадии большого диаметра: анатомическое закрытие (длительностью более года) происходит в 33-85% случаев; более низкие показатели закрытия наблюдаются у пациентов с «плоскими» разрывами; на этой стадии, как правило, наблюдается субретинальная адгезия, и происходит уменьшение эластичности сетчатки. Особенности хирургии: после удаления ВМП применяется методика так называемой «гидравлической мобилизации»; по этой методике в центральные отделы сетчатки (фовеолу) через канюлю 38 G вводится субретинальная жидкости для увеличения эластичности центральных отделов, что повышает возможность закрытия разрыва.

Результаты: в 2 случаях из 63 полного закрытия достигнуто не было. Во всех остальных случаях достигнуто полное анатомическое закрытие макулярного разрыва, в том числе при «плоских» макулярных разрывах. Закрытие разрыва происходило во всех случаях проходило «первичным» натяжением с восстановлением фовеолярной архитектуры. Осложнений, связанных с пункцией сетчатки, не наблюдалось; на ОКТ места пункций не визуализировались. Среднее значение МКОЗ до операции — 0,05, после операции — 0,4. Пациенты отмечали уменьшение или отсутствие метаморфозий. Необходимо дальнейшее изучение данной методики, а также сравнительный анализ с другими существующими методиками.

«Хирургическое лечение макулярных разрывов большого диаметра под интраоперационной ОКТ-навигацией» — тема доклада от группы авторов к.м.н. А.Л. Ярмухаметовой (Уфа). По данным большинства исследователей, хирургическое лечение макулярных разрывов диаметров до 400 микрон является прогнозируемым и высокоэффективным. Значительную проблему составляет лечение макулярных разрывов диаметром более 400 мкм.



У.Р. Алтынбаев (Уфа)

Целью современной макулопластики макулярных разрывов большого диаметра является полное закрытие дефекта с восстановлением профиля поврежденной сетчатки.

Основные современные методы макулопластики: сближение краев разрыва (механическое, методом пассивной аспирации); применение аутоплазмы (АСР, PRP); применение тампонирующих веществ (силиконового масла, ПФОС); формирование перевернутого лоскута ВПМ; применение других структур глаза, тканей сетчатки при макулопластике; комбинация методов.

Цель исследования: оценить результаты хирургии макулярных разрывов (МР) большого диаметра под контролем интраоперационной ОКТ.

Под наблюдением находились 34 пациента (23 женщины, 11 мужчин), средний возраст $57,3 \pm 7,7$ лет; диаметр разрывов 650-800 мкм, давность разрывов 6-24 месяца; острота зрения $0,06 \pm 0,04$; срок наблюдения 1 месяц.

Критерии исключения: помутнение оптических сред глаза, наличие сопутствующей патологии глазного дна.



К.м.н. А.В. Русановская (Москва)

Проводилось стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия; специальное офтальмологическое обследование: ОКТ макулярной области, интегрированный в операционный микроскоп оптический когерентный томограф.

Хирургическое вмешательство включает стандартную трехпортовую витрэктомия с пиллингом ВПМ, вводится ПФОС, с помощью вакуумной аспирации проводится сближение краев МР; с помощью ОКТ проводится оценка степени сближения краев МР (рис. 1); вводится АСР, через 1 минуту повторно вводится АСР с 5-минутной экспозицией; убираются остатки фибриновой пленки; ОКТ: контроль степени закрытия макулярного разрыва и наличие «шапки» АСР над МР; удаляется ПФОС на воздухе.

Автор обратила внимание на то, что метод капельного введения АСР под ПФОС позволяет избежать избыточного давления и расхождения краев разрыва.

На рис. 2 представлены примеры закрытия МР через 1 месяц.

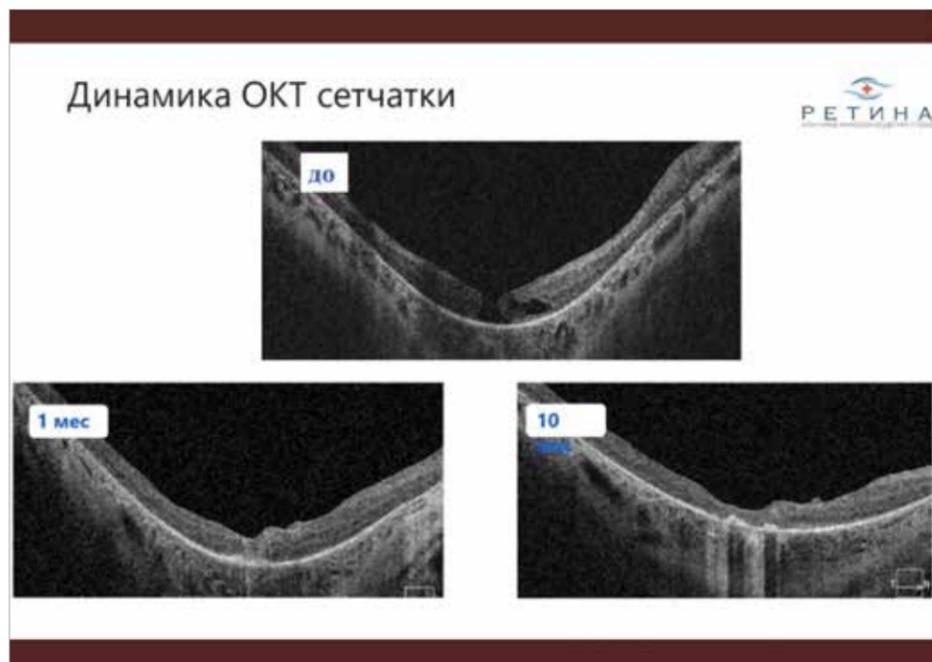


К.м.н. А.Л. Ярмухаметова (Уфа)

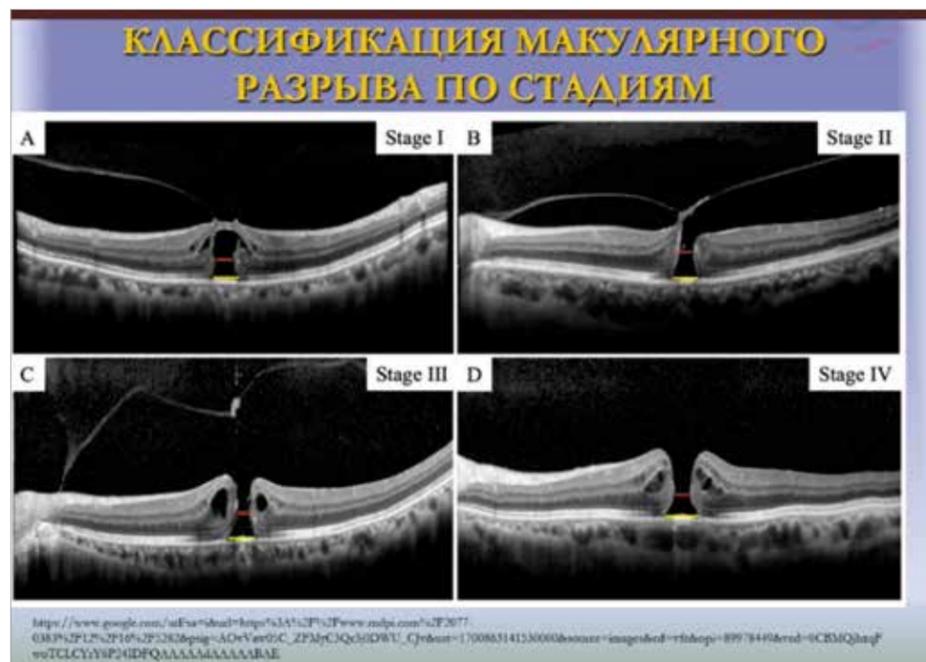
В результате проведенного хирургического лечения ОЗ повысилась с $0,09 \pm 0,04$ до $0,3 \pm 0,05$; блокирование разрывов: в 100% интраоперационно, через 1 месяц отсутствие блокирование разрыва выявлено у 1 пациента (2,9%); средняя толщина сетчатки — 165 ± 25 мкм.

Таким образом, делает вывод автор, метод пассивной аспирации АСР до сближения краев разрыва с последующим доведением АСР в среде ПФОС позволяет блокировать МР большого диаметра в 100% случаев интраоперационно и в 97% случаев через 1 месяц после операции; интраоперационная ОКТ-навигация позволяет визуализировать степень закрытия и наличие шапки АСР в области разрыва, что является залогом успешной хирургии макулярных разрывов.

«Хирургическое лечение макулярных разрывов с сохранением фовеальной ВПМ» — тема сообщения Ф.А. Авакян (Москва). Лечение макулярных разрывов (МР) малого и среднего диаметра должно обеспечивать не только анатомический успех, но и максимальное восстановление зрительных функций. В настоящее время определенный



Из доклада У.Р. Алтынбаева рис. 1



Из доклада к.м.н. А.В. Русановской рис. 1



Из доклада к.м.н. А.Л. Ярмухаметовой рис. 1



Из доклада к.м.н. А.Л. Ярмухаметовой рис. 2



Ф.А. Авакян (Москва)



С.А. Ковалев (Ростов-на-Дону)



Д.А. Устьянцева (Адыгейск)



Профессор Н.И. Курышева (Москва)

интерес представляет хирургия малых МР с сохранением фовеальной ВПМ, актуальным остается поиск шаблящих техник хирургического лечения.

Цель работы — разработка и адекватная оценка эффективности метода хирургического лечения МР с сохранением фовеальной ВПМ.

В исследование включены 40 пациентов (40 глаз) основной группы и 35 пациентов (35 глаз) контрольной группы. Проводили 3-портовую микроинвазивную витрэктомия 27 G с тампонадой воздухом. В основной группе сохранялась фовеальная ВПМ, в контрольной — проводился классический пилинг ВПМ без использования адьювантов. Сроки наблюдения составили 1, 3, 6 месяцев.

Разработанная методика заключалась в следующем: проводили контрастирование ВПМ красителем membrane blue, пинцетом захватывали ВПМ и формировали 2 одинаковых лоскута, каждый в виде полумесяца; поочередно захватывая лоскуты, вели их по воображаемой дуге, не доходя 1-2 мм до края МР; при необходимости края лоскута отсекали витреотомом; операция заканчивалась тампонадой витреальной полости воздухом.

Пациентам проведены стандартные и специальные методы исследования: ОКТ, микропериметрия, количественное исследование метаморфозий с применением компьютерной программы «Диагностика метаморфозий»; офтальмоэргонимические исследования включали определение скорости чтения (монокулярно), исследование пространственной контрастной чувствительности, низкоконтрастной остроты зрения без- и с засветом.

На рис. 1, 2, 3, 4 представлены результаты лечения к сроку 6 месяцев.

Таким образом, у пациентов с МР малых и средних диаметров, оперированных по предложенной методике с сохранением фовеальной ВПМ, выявлен достоверно больший прирост зрительных функций, что свидетельствует о лучших результатах хирургического лечения по сравнению со стандартной техникой, что позволяет рекомендовать ее для широкого внедрения в клиническую практику.

С.А. Ковалев (Ростов-на-Дону) сделал доклад «Предоперационная ОКТ-диагностика в макулярной хирургии — руководство к действию». Оптическая когерентная томография (ОКТ) — один из главных диагностических методов в практике витреоретинального хирурга, определяющий как показания

к оперативному лечению и возможный прогноз, так и тактику вмешательства в макулярной области.

При идеальной ситуации хирург самостоятельно проводит исследование пациенту с патологией витреомакулярного интерфейса (ВМИ). Либо хирург должен иметь возможность анализировать результаты ОКТ за прибором или в режиме удаленного доступа. В протокол обследования пациента помимо линейных поперечных (лучше радиальных) срезов через центр фовеа, необходимо включать режим удаленного доступа, позволяющий оценивать сетчатку послойно (en face).

Было отмечено, что ОКТ не дает точной информации о наличии или отсутствии полной задней отслойки стекловидного тела (ЗОСТ). При витреомакулярном тракционном синдроме проводится локализация «слабых» мест, где необходимо исключить тракционное воздействие.

При эпиретинальных мембранах ОКТ в режиме en face позволяет определить локализацию наибольшего диастаза — предпочтительного места первичного захвата пинцетом; локализовать места фиксации измененной задней гиалоидной мембраны.

ОКТ позволяет четко дифференцировать ретрогидалоидное кровоизлияние от

расположенного под ВПМ при преретинальных геморрагиях.

С заключительным докладом секции выступила Д.А. Устьянцева (Адыгейск), представившая клинический случай нестандартного витреомакулярного тракционного синдрома, тактику лечения и отдаленные результаты. В октябре 2022 года в клинику обратилась пациентка 65 лет с жалобами на снижение зрения и чувство «пятна» на правом глазу. Острота зрения с высокой коррекцией составляла 0,1 на обоих глазах. Результаты ОКТ представлены на рис. 1. Была проведена стандартная витрэктомия с прокрашиванием стекловидного тела, удалением ВПМ, воздушной тампонадой, введением PRP. Картина через 3 недели после операции (рис. 2): макулярное отверстие закрыто. В феврале 2023 года острота зрения с коррекцией — 0,4, на ОКТ — отслойка нейроретиниты сохраняется. Назначены капли НПВС — 1 месяц, диуретик эплеренон 50 мг/сут. — 1 месяц. В июле 2023 года острота зрения — 0,4; пациентка осталась довольна результатами, отметила улучшение качества зрения за счет повышения контрастности вследствие частичной резорбции жидкости рис. 3. Пациентка находится под динамическим наблюдением.



Из доклада Ф.А. Авакян рис. 1



Из доклада Ф.А. Авакян рис. 2



Из доклада Ф.А. Авакян рис. 3



Из доклада Ф.А. Авакян рис. 4

Секция «Стратегические решения терапии глаукомы»

Профессор Н.И. Курышева (Москва) выступила с докладом «Стартовое патогенетически ориентированное лечение глаукомы». Большое внимание в докладе было уделено роли искусственного интеллекта (ИИ) в выявлении характера заболевания и определении методики лечения.

По результатам многолетних исследований разные формы глаукомы прогрессируют с разной скоростью, при этом скорость прогрессирования может отличаться в 2-3 раза. Существуют несколько фенотипов, определяющих диагноз «глаукома»: GE — фенотип с генерализованно увеличенной экскавацией ДЗН; FI — фокально-ишемический фенотип; MY — миопический фенотип; SS — сенильно-склеротический фенотип.

Было показано, что для различных фенотипов характерны различные паттерны и скорость прогрессирования. К примеру, при миопическом фенотипе прогрессирование заболевания происходит крайне медленно; наиболее быстрое, выраженное и диффузное истончение характерно для склеротического

типа; при фокальном происходит выраженное секторальное истончение.

Ярким представителем фенотипа с генерализованной экскавацией ДЗН является пигментная глаукома (рис. 1) и ПЗУГ (рис. 2). При сканировании переднего отрезка глаза визуализируются гониосинехии, что подразумевает неэффективность лазерной иридэктомии и возможность проведения ленсэктомии. При принятии решения о методике лечения используется ИИ.

Для миопического фенотипа глаукомы характерно медленное прогрессирование, относительно невысокое ВГД. Трудности в постановке диагноза заключаются в определении характера изменений: миопические или глаукомные. По мнению автора, именно применение ИИ повысит эффективность выявления глаукомы в миопических глазах.

Фокально-ишемический фенотип заболевания является генетически обусловленным, проявляется в глаукоме нормального давления (ГНД). Характеристики: фокальный дефект решетчатой мембраны, геморрагии на ДЗН, дефекты хориокапилляров, парацентральные скотомы, медленное прогрессирование, с трудом поддается гипотензивной терапии.

Склеротический фенотип: склероз внутренней сонной артерии, глазной и задних коротких цилиарных артерий нарушает поступление крови к зрительному нерву. В результате не получающая нормального питания решетчатая мембрана трансформируется; при индексе кривизны решетчатой мембраны > 12 прогноз развития заболевания неблагоприятный.

Современные компьютерные томографы высокого разрешения позволяют определять площадь перипапиллярной атрофии (ППА) и площадь выпадения хориокапилляров, увеличивающиеся по мере прогрессирования заболевания (рис. 3).

В заключение профессор Н.И. Курышева подчеркнула, что стартовое лечение глаукомы следует проводить с учетом ее форм и фенотипов, определяемые путем детальной диагностики с применением современных средств визуализации и искусственного интеллекта.

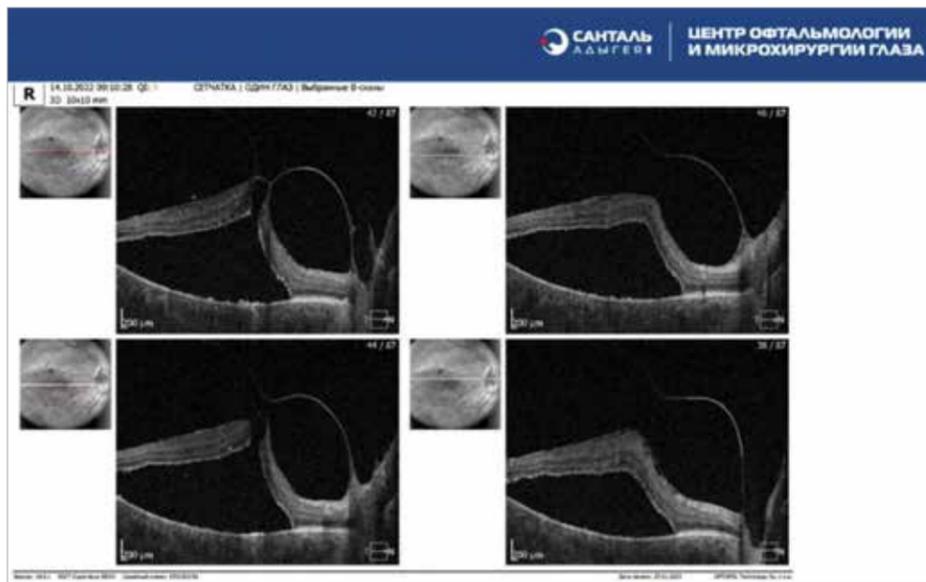
Профессор А.В. Куроедов (Москва) от группы авторов выступил с докладом на тему «Первичная открытоугольная глаукома: основные факторы, способствующие прогрессированию заболевания и определяющие развитие терминальной стадии

болезни (по результатам многоцентрового исследования группы «Научный авангард»).

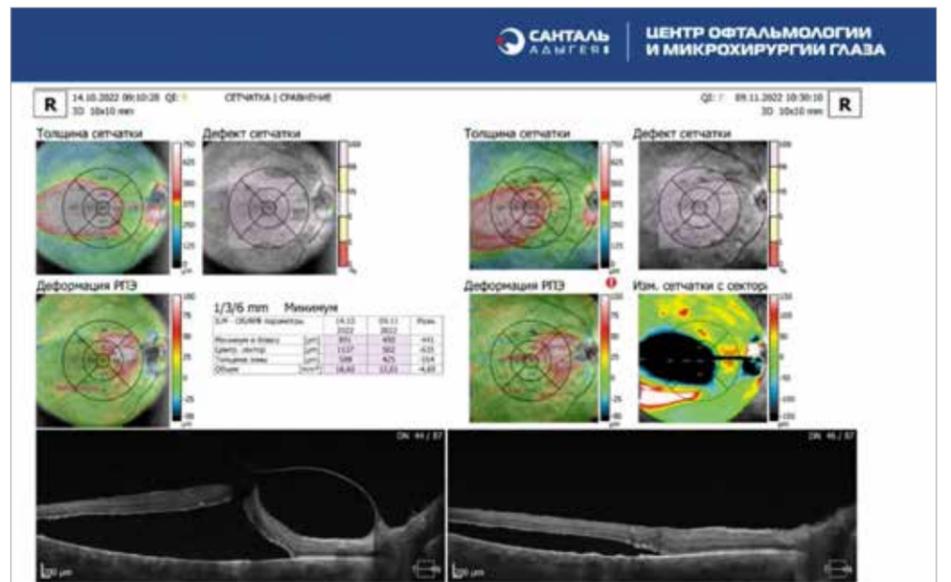
Цель работы заключалась в изучении клинико-демографических характеристик пациента с терминальной стадией ПОУГ и в определении основных предикторов развития этой стадии заболевания.

Задачи: 1. На основе анкетирования изучить спектр мнений врачей-офтальмологов о проблеме терминальной глаукомы (критерии, подходы к диагностике, мониторингу и лечению); 2. Изучить анамнез заболевания от момента постановки диагноза «ПОУГ» до развития ее терминальной стадии; 3. Изучить фенотипические особенности и системные корреляции у пациентов с терминальной стадией ПОУГ; 4. Изучить характер течения заболевания на контрлатеральном глазу у пациентов с имеющейся терминальной ПОУГ на одном глазу.

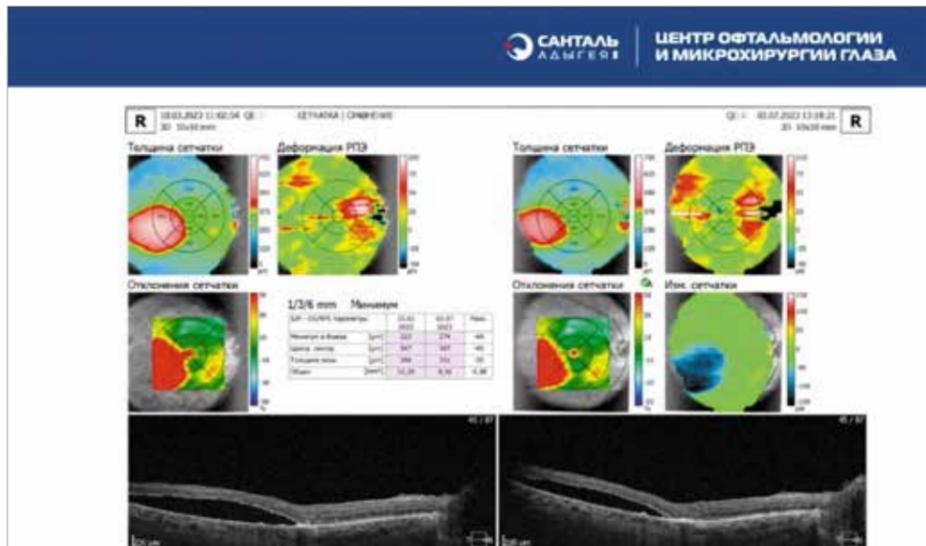
Дизайн исследования: сбор анамнеза — изучение документации и опрос (в т.ч. отдельные факторы риска, включающие ПЭС, наследственность, системные сосудистые факторы; методы лечения, приверженность к лечению. Методы исследования: общепринятые, дополнительные и специальные офтальмологические методы — визометрия



Из доклада Д.А. Устьянцевой рис. 1



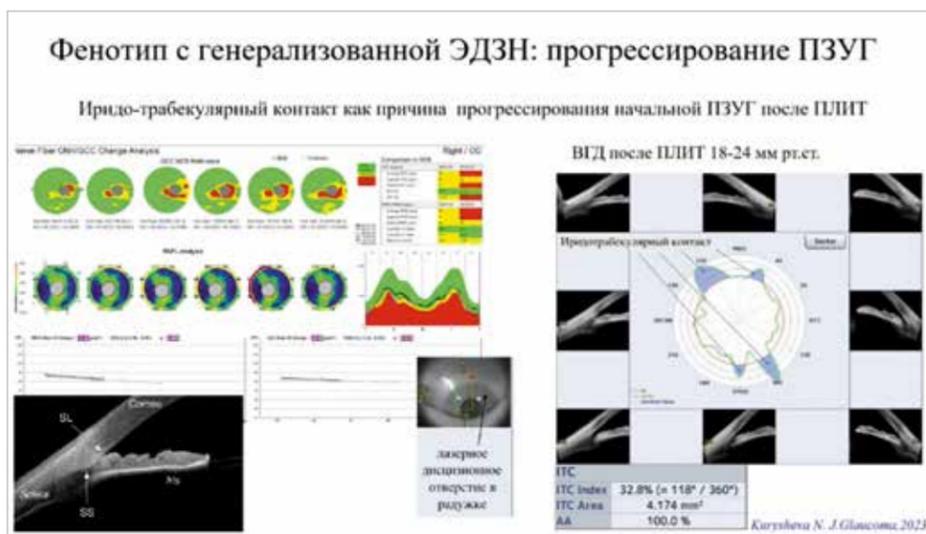
Из доклада Д.А. Устьянцевой рис. 2



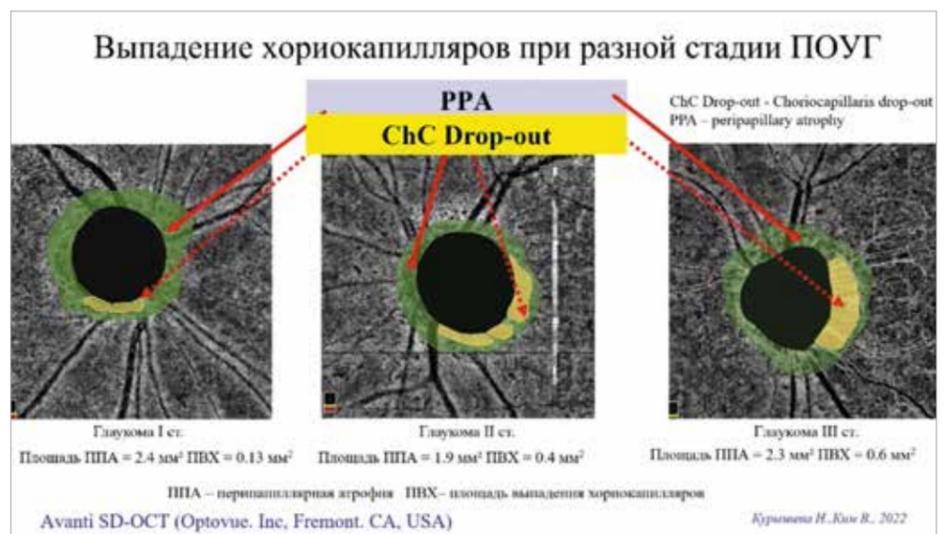
Из доклада Д.А. Устьянцевой рис. 3



Из доклада профессора Н.И. Курышевой рис. 1



Из доклада профессора Н.И. Курышевой рис. 2



Из доклада профессора Н.И. Курышевой рис. 3

(МКОЗ), тонометрия, рефрактометрия, исследование ПЗО и ЦТР, гониоскопия, стандартная автоматизированная периметрия. В исследовании приняли участие 159 человек (318 глаз) с разными стадиями ПОУГ, при этом на одном глазу — терминальная стадия; второй глаз — контроль. Тип исследования: аналитическое когортное, выборочное, научно-клиническое, многоцентровое.

Возраст пациентов (73 женщины, 96 мужчин) — 72,2 года; продолжительность анамнеза до диагностирования терминальной стадии — 3,9 лет, общий анамнез — 6,3 года; уровень ВГД на момент диагностирования заболевания — 32 мм рт. ст., на момент финального исследования — 23 мм рт. ст.; более 55% пациентов на момент финального исследования получали > 3 антиглаукомных лекарственных препаратов, при этом в контрлатеральный глаз аналогичный объем инстилляций получали 42,8% пациентов; в 74 случаях (46,5%) «терминальный» глаз не был ни разу прооперирован (!).

На рис. 1 можно видеть прогнозирование предсказания терминальной стадии глаукомы.

Наиболее выраженные изменения установлены при сочетании следующих факторов: развитая и далекозашедшая стадия глаукомы на момент установления диагноза; уровень ВГД > 20 мм рт. ст.; выполненная или невыполненная операция в анамнезе; продолжительность анамнеза как < 5 лет, так и > 5 лет. Наименее выраженные изменения установлены при сочетании следующих факторов: начальная стадия глаукомы на момент установления диагноза; уровень ВГД < 20 мм рт. ст. на момент финального исследования; выполненная или невыполненная операция в анамнезе; продолжительность анамнеза как < 5 лет, так и > 5 лет.

Таким образом, ключевое значение имеет своевременность проведения оперативного лечения, а не сам факт его проведения.

Д.м.н. В.П. Николаенко (Санкт-Петербург) сделал доклад «Применение противовоспалительных препаратов в гипотензивной хирургии глаукомы». Как любое повреждение офтальмологические операции индуцируют воспаление, как универсальную защитную реакцию организма, но чрезмерно избыточная воспалительная реакция вследствие многолетнего интенсивного фармакологического воздействия на глазную поверхность пациента с глаукомой чревато утратой фильтрации уже в ранние сроки после синустрабулэктомии.

Наряду с антибактериальной, противовоспалительная терапия с одновременным назначением как кортикостероидов, так и НПВС играет ключевую роль в периоперационном сопровождении оперированных по поводу глаукомы пациентов.

«Какую молекулу выгоднее использовать для решения данной задачи?» — задает вопрос докладчик. Всем известный дексаметазон реализует свои многочисленные эффекты через оба известных на сегодняшний день механизма — трансактивации и трансрепрессии, что обуславливает выраженный противовоспалительный, иммуносупрессивный эффект, но и сопутствующую, экспозиционно зависимую офтальмогипертензию. Появившаяся недавно молекула фторметолона реализует свое действие через механизм трансрепрессии, обладает не столь выраженным антифлогистическим эффектом, но его применение не сопровождается риском повышения ВГД. В отличие от слезозаместителей фторметолон существенно



Профессор А.В. Куроедов (Москва)



Д.м.н. В.П. Николаенко (Санкт-Петербург)

снизил популяцию провоспалительных дендритных клеток, не влияя на плотность бокаловидных клеток Бехера, играющих важную роль в поддержании функционирующей фильтрационной подушки. Фторметолон также стимулирует синтез муцинов.

НПВС оказывают влияние на все три фазы воспаления; влияют на конечные этапы метаболизма арахидоновой кислоты, что в практическом отношении означает сопоставимый со стероидами антифлогистический эффект, возможность их одномоментного назначения с ожиданием синергичного эффекта при отсутствии присущих гормонам побочных эффектов. Наиболее подходящей автор назвал молекулу бромфенака с учетом минимальной фармакологической и консервативной нагрузки, обусловленной однократным в течение суток применением.

Предоперационная подготовка. За 1 месяц до планируемой операции следует перевести пациента на БК гипотензивные препараты, что в два раза снижает риск утраты фильтрации; назначение БК слезозаместителей; 0,1% фторметолон по 1 капле 4 раза в сутки снижает потребность в манипуляциях с фильтрационной подушкой и возврате к гипотензивным препаратам по сравнению с контролем в 3 раза; при выраженных (уровень 3-4) симптомах и клинических признаках ЗПГ инстилляцией 0,09% бромфенака 1 раз в сутки за 2 недели до операции.

Докладчик обратил внимание на то, что СТЭ обладает выраженным провоспалительным потенциалом, сопоставимым со склеропластической хирургией отслойки сетчатки, что вызывает необходимость применения 0,1% дексаметазона по пролонгированной до 6 недель убывающей схеме с еженедельной отменой одной инстилляцией в комбинации с 0,09% бромфенаком в раннем (первые 3 недели) послеоперационном периоде. При часто встречающихся признаках утраты фильтрации в раннем послеоперационном периоде (рис. 1) лечение должно быть пролонгировано до двух и более месяцев с переходом через один месяц с дексаметазона на более безопасный фторметолон с НПВС.

«Профилактика рубцевания в хирургии глаукомы» — тема доклада от группы авторов Д.м.н. Е.В. Карловой (Самара). Известно, что успех хирургии глаукомы с годами снижается. Это приводит к поиску путей профилактики рубцевания, в том числе интраоперационной. Применяются

десцеметогониопунктура; сформирована аваскулярная разлитая фильтрационная подушка; компенсация ВГД (13 мм рт. ст.) в течение 1 года без медикаментозной поддержки.

Подводя итог, автор отметила, что в настоящее время хирургия глаукомы без специализированной антифибротической медикаментозной поддержки малоэффективна. Весьма перспективным представляется применение суспензии триамцинолона для стабилизации гипотензивного эффекта хирургии глаукомы.

К.м.н. А.В. Старостина (Москва) от группы авторов выступила с сообщением на тему «Современные методы визуализации зоны антиглаукомной операции». Среди существующих методов антиглаукомных операций наиболее часто применяются непроникающая глубокая склерэктомия + лазерная десцеметогониопунктура, синустрабекулэктомия, клапанный дренаж Ahmed, микросхунт ExPRESS.

Стандартным методом визуализации является биомикроскопия, позволяющая оценить (после непроникающей глубокой склерэктомии) фильтрационную подушку, состоятельность швов, положение склерального лоскута, глубину передней камеры, положение радужки и т.д.

После синустрабекулэктомии биомикроскопия дает возможность оценить фильтрационную подушку, размер колобомы радужки, проходимость колобомы радужки.

Наблюдая пациента с ExPRESS шунтом, с помощью биомикроскопии можно оценить фильтрационную подушку, положение дренажа под склеральным лоскутом, положение шунта в передней камере, проходимость дренажа (кровь, псевдоэксфолиация, пигмент и др.).

Биомикроскопия, проводимая пациенту с клапаном Ahmed, обеспечивает визуализацию дренажа в передней камере, длину трубки, дренажа в задней камере, проходимость дренажа, протрузии трубки или тела дренажа, образование капсулы вокруг тела дренажа.

Гониоскопия представляет собой контактный субъективный метод обследования с использованием местной капельной анестезии с помощью гониолинзы, который проводится за щелевой лампой. Возможно качественно оценить ширину угла передней камеры (УПК), структуры УПК; зону НГСЭ (открытие, проминенцию трабекуло-десцеметовой мембраны (ТДМ), блокаду корнем радужки); состояние зоны СТЭК (колобому, блокирование корнем радужки); положение дренажа, проходимость дренажа; васкуляризацию УПК, синехии; наличие эмульгированного силиконового масла; новообразования и т.д.

Электронная гониоскопия. Принцип работы: гониофотографии выполняются 16-зеркальной граненой автоматически вращающейся оптической контактной линзой с встроенной цветной камерой. Каждая грань захватывает 22,5°. Прибор выполняет 5 снимков с каждой грани гониолинзы — всего 80 снимков в 16 сегментах + суммарный круговой и горизонтальный снимок УПК. На рис. 1, 2 — электронная гониоскопия с клапаном Ahmed, на рис. 3 — с ExPRESS шунтом.

Результаты, n=159 (318 глаз)
Прогнозирование предсказания терминальной стадии глаукомы

УРОВЕНЬ ВГД, мм рт.ст.	ОПЕРАЦИЯ	I ст. ПОУГ на момент диагностирования		II/III ст. ПОУГ на момент диагностирования	
		Анамнез, <5 лет	Анамнез, ≥5 лет	Анамнез, <5 лет	Анамнез, ≥5 лет
<20 на момент финального исследования	СТЭ/ГСЭ не выполнялась	0,96%	8,4%	19,3%	53,17%
<20 на момент финального исследования	СТЭ/ГСЭ выполнялась	5,43%	21,45%	58,47%	87,01%
≥20 на момент финального исследования	СТЭ/ГСЭ не выполнялась	9,57%	33,49%	72,19%	92,51%
≥20 на момент финального исследования	СТЭ/ГСЭ выполнялась	38,44%	74,82%	93,87%	98,65%

Из доклада профессора А.В. Куроедова рис. 1



Из доклада Д.м.н. В.П. Николаенко рис. 1



Д.м.н. Е.В. Карлова (Самара)



К.м.н. А.В. Старостина (Москва)

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ ДЕКСАМЕТАЗОНА В КОНЬЮНКТИВЕ ПОСЛЕ ИНСТИЛЛЯЦИЙ

- Значительное снижение концентрации дексаметазона через 2 часа после инстилляций
- При пероральном применении концентрация дексаметазона в конъюнктиве значительно меньше

Araki-Sasaki, K., Katsura, O., Mano, H., Nagano, T., & Nakamura, M. (2016). The effects of oral and topical corticosteroid in rabbit corneas. BMC Ophthalmology, 16(1) doi:10.1186/s12886-016-0339-5

Из доклада д.м.н. Е.В. Карловой рис. 1

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ ДЕКСАМЕТАЗОНА ВО ВЛАГЕ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ, СТЕКЛОВИДНОМ ТЕЛЕ И ПЛАЗМЕ КРОВИ ПОСЛЕ СУБКОНЬЮНКТИВАЛЬНОЙ ИНЪЕКЦИИ

- Более длительная персистенция дексаметазона в сравнении с инстилляциями, но через 12 часов концентрация значительно снижена

Weijtens O, Feron EJ, Schoemaker RC, et al. High concentration of dexamethasone in aqueous and vitreous after subconjunctival injection. Am J Ophthalmol. 1999, 128(2): 192-197. doi:10.1016/s0002-9394(99)00129-4

Из доклада д.м.н. Е.В. Карловой рис. 2

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ ДЕКСАМЕТАЗОНА ВО ВЛАГЕ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ, СТЕКЛОВИДНОМ ТЕЛЕ И ПЛАЗМЕ КРОВИ ПОСЛЕ СУБКОНЬЮНКТИВАЛЬНОЙ ИНЪЕКЦИИ

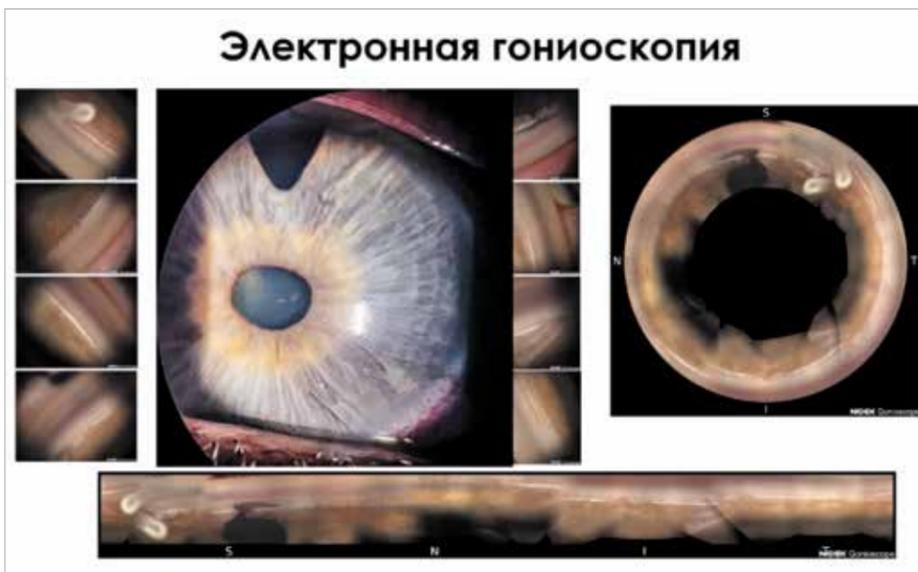
- Более длительная персистенция дексаметазона в сравнении с инстилляциями, но через 12 часов концентрация значительно снижена

Weijtens O, Feron EJ, Schoemaker RC, et al. High concentration of dexamethasone in aqueous and vitreous after subconjunctival injection. Am J Ophthalmol. 1999, 128(2): 192-197. doi:10.1016/s0002-9394(99)00129-4

Из доклада д.м.н. Е.В. Карловой рис. 3



Из доклада к.м.н. А.В. Старостиной рис. 1



Из доклада к.м.н. А.В. Старостиной рис. 2



Из доклада к.м.н. А.В. Старостиной рис. 3



Из доклада к.м.н. А.В. Старостиной рис. 4



А.С. Черкашина (Санкт-Петербург)



К.м.н. А.Ю. Расческов (Казань)



Е.А. Березенко (Москва)



Д.м.н. Н.Н. Арестова (Москва)

Обследование выполняется под местной капельной анестезией. Контактная среда — гель Карбомер 0,2%. Преимущества метода — возможность задокументировать изображение УПК для дальнейшего динамического наблюдения. Недостатки: контактный метод, пациент должен четко смотреть прямо перед собой; невозможность применения при помутнениях роговицы.

Оптическая когерентная томография (ОКТ) — объективная методика визуализации структур переднего отрезка глаза. длина волны 1310 нм, до 50 000 А-сканов/сек. возможность выполнения поперечных и аксиальных сканов; качественная и количественная оценка структур переднего отрезка глаза. Бесконтактное обследование, возможно проведение при помутнениях роговицы. Ограничения — пигментный листок радужки.

ОКТ переднего отрезка глаза после непроникающей глубокой склерэктомии (НГСЭ): фильтрационная подушка — высота (мм), склеральный лоскут — толщина (мм), интрасклеральная полость — высота (мм), ширина (мм), ТДМ — толщина (мм).

Ультразвуковая биомикроскопия — объективная методика визуализации структур переднего отрезка глаза высокого разрешения (35-100 мГц); возможность выполнения поперечных и аксиальных сканов; качественная и количественная оценка структур переднего отрезка глаза. Контактный метод, проводится при положении пациента лежа. Противопоказания: ранний послеоперационный период, инфекции передней поверхности глаза и век. Преимущества: визуализация структур, расположенных за пигментным листком (задняя камера, цилиарное тело, хрусталик, связочный аппарат хрусталика, цилиарное тело); возможно выполнение при помутнениях роговицы.

На рис. 4 — сравнение ОКТ (верхние снимки) и УМБ после НГСЭ.

В заключение автор отметила, что биомикроскопия и гониоскопия — простые и доступные методы обследования, позволяющие определить состояние зоны антиглаукомной операции на всех этапах наблюдения; преимущества электронной гониоскопии — возможность документации данных обследования для наблюдения в динамике;

наиболее удобным для качественной и количественной оценки зоны АГО и мониторинга состояния дренажной системы является ОКТ переднего отрезка глаза; преимуществом УМБ является возможность визуализации структур задней камеры глаза, хрусталика и его связок и состояния цилиарного тела.

А.С. Черкашина (Санкт-Петербург) от группы авторов сделала доклад на тему «Интраоперационный диаметр зрачка при факэмульсификации и толщина сетчатки в макулярной зоне в послеоперационном периоде у пациентов с глаукомой». Причинами недостаточного интраоперационного мидриаза являются возраст более 60 лет; ПОУГ, гипотензивные операции в анамнезе; ПЭС; воспалительные заболевания сосудистой оболочки в анамнезе с формированием синехий; некомпенсированный сахарный диабет и заболевания сердечно-сосудистой системы; применение некоторых системных препаратов; интраоперационные факторы: хирургическая травма, яркость осветителя микроскопа, реакция зрачка на аккомодацию.

Цель работы заключается в оценке корреляции между диаметром зрачка во время факэмульсификации и изменением толщины сетчатки в макулярной зоне в послеоперационном периоде в течение 6 месяцев у пациентов с ПОУГ. В исследование включено 94 пациента (108 глаз), которым планировалось оперативное лечение катаракты, разделенные на 3 группы. В 1 и 2 группы вошли 42 пациента с глаукомой, в 3 группу 52 пациента без глаукомы. Пациенты 1 группы использовали инстилляцию антибактериальных препаратов (левофлоксацин, дексаметазон), 2 группы — левофлоксацин, дексаметазон, непафенак, 3 группы — левофлоксацин, дексаметазон, непафенак.

Критерии включения: неосложненная катаракта различной степени плотности; компенсированная ПОУГ I-III стадии; гипотензивная терапия препаратами, не оказывающими влияние на диаметр зрачка; отсутствие интраоперационных осложнений.

Критерии исключения: инстилляцией аналогов простагландинов, пилокарпина; механическое расширение зрачка или интраоперационное повреждение радужной оболочки; выполнение заднего капсулорексиса; наличие сопутствующей офтальмопатологии,

операций, травм органа зрения в анамнезе; наличие сахарного диабета; прием системных препаратов, которые могут вызвать развитие макулярного отека.

Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое обследование до операции, через 2 недели, 2 месяца, 6 месяцев после операции. Биомикроскопия включала цвет радужной оболочки, состояние пигментной каймы, атрофические изменения стромы, наличие ПЭМ, плотность ядра хрусталика; ОКТ 1-миллиметровой центральной зоны; измерение диаметра зрачка проводилось в начале операции до парацентеза, в конце операции — после вымывания вискоэластика.

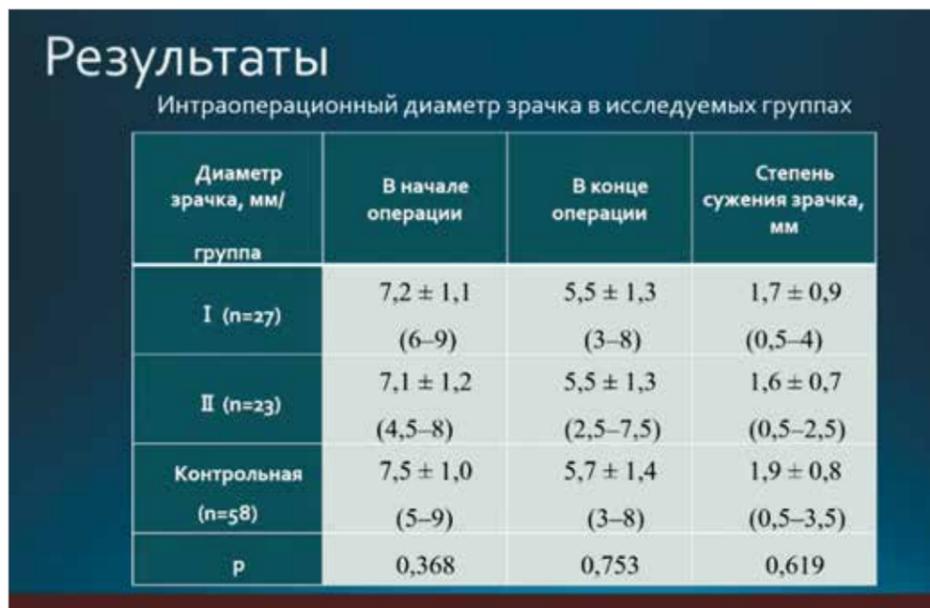
На рис. 1 приведены результаты измерения зрачка: в начале операции, в конце операции, степень сужения зрачка. На рис. 2 представлено изменение толщины центральной зоны сетчатки за весь период наблюдения. Ко второму месяцу происходит увеличение толщины сетчатки у пациентов всех трех групп, однако у пациентов 2 и 3 групп, в которых использовались НПВП наблюдается возврат к исходным значениям.

На рис. 3 представлен пророст центральной толщины сетчатки. У пациентов 1 группы, в которой не применялись НПВП чаще выявлялся субклинический макулярный отек.

Не было получено корреляции между степенью сужения зрачка и изменением толщины центральной зоны сетчатки за все сроки наблюдения; также не выявлено корреляции между степенью сужения зрачка и ультразвуковыми и гидродинамическими параметрами ФЭК в исследуемых группах.

Таким образом, применение НПВП в послеоперационном периоде способствует восстановлению толщины центральной зоны сетчатки у пациентов с ПОУГ; недостаточный предоперационный мидриаз у пациентов с ПОУГ возникает чаще по сравнению с пациентами без сопутствующей офтальмопатологии; интраоперационный миоз происходит одинаково часто как у пациентов с ПОУГ, так и у неглаукомных пациентов; интраоперационный диаметр зрачка не влияет на толщину сетчатки в макулярной зоне в послеоперационном периоде у пациентов с ПОУГ.

К.м.н. А.Ю. Расческов (Казань) выступил с сообщением на тему «Современные



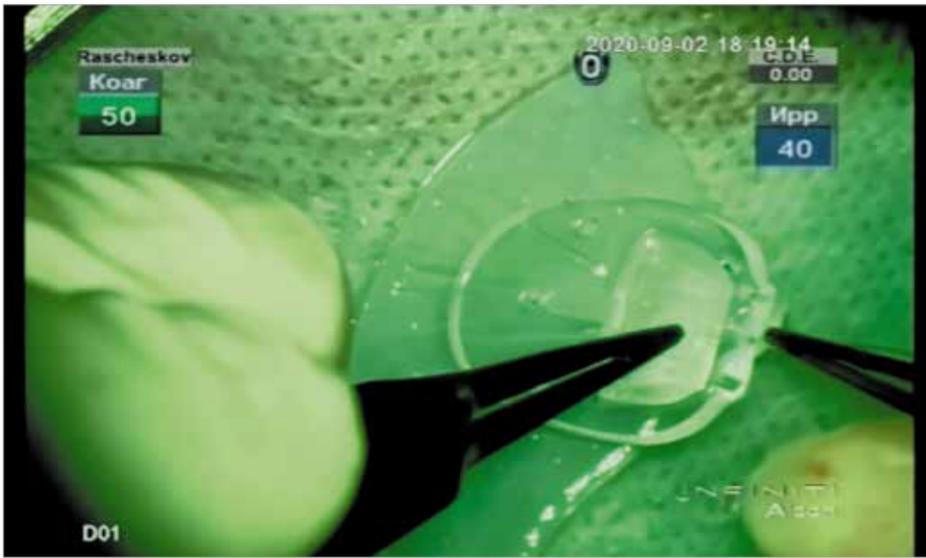
Из доклада А.Ю. Черкашиной рис. 1



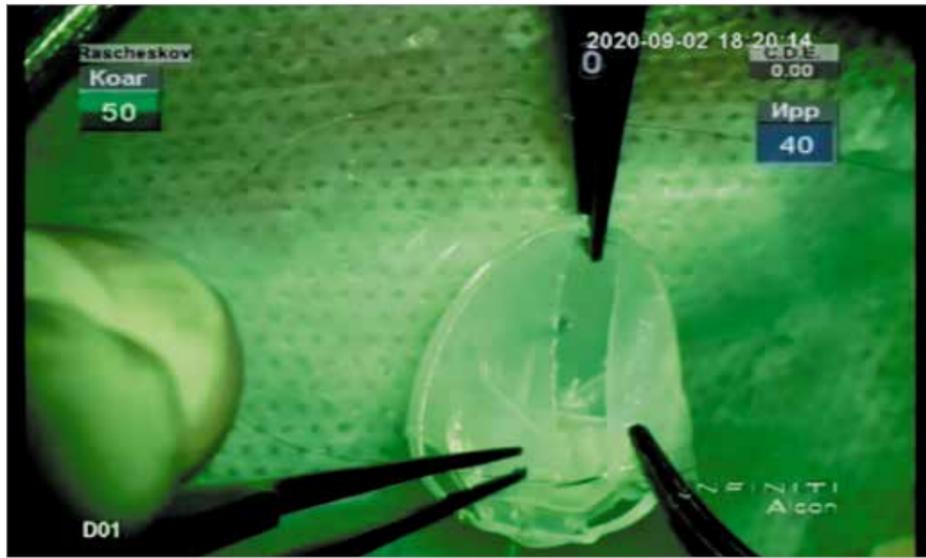
Из доклада А.Ю. Черкашиной рис. 2



Из доклада А.Ю. Черкашиной рис. 3



Из доклада к.м.н. А.Ю. Расческова рис. 1



Из доклада к.м.н. А.Ю. Расческова рис. 2

подходы к хирургии глаукомы с применением дренажа Ahmed: от принципов к практике». Клапанный дренаж Ahmed (КДА) — это искусственная альтернативная дренажная система, позволяющая снизить ВГД даже при органически закрытой естественной дренажной системе. КДА имеет полимерную конструкцию, препятствующую зарастанию искусственно созданных протоков.

Принцип действия: отведение ВГЖ в созданный эластичный резервуар в субтенонном пространстве, соединенный через клапан микротрубочкой с полостью глаза. Эластичный резервуар позволяет компенсировать флюктуацию ВГД, компенсировать возрастную гистерезис склеры. Наличие клапана препятствует рефлюксу ВГЖ и делает поток однонаправленным, что способствует нагнетанию жидкости в резервуар и более активной резорбции через межтканевые щели.

За счет эластических свойств стенок происходит сглаживание пиков суточного подъема ВГД, что уменьшает патологическое воздействие высокого ВГД на ДЗН.

Показания к применению: повышенное ВГД при различных видах глаукомы; резистентность к лазерному или консервативному лечению; вторичные глаукомы с органической блокадой, неоваскуляризация радужки, УПК; при авитии возможно введение в заднюю камеру.

Имплантация КДА является методом выбора как первичного способа лечения, так и при неуспехе проведенных операций, активирующих или восстанавливающих естественную дренажную систему глаза (лазерные АГО, хирургическая ангулопластика, бужирование шлеммова канала, трабекулопластика ab interno, замена хрусталика).

Достоинства операции с КДА: высокий послеоперационный успех; невысокий риск послеоперационных осложнений; при повторных вмешательствах перенос зоны конфликта с лимба на область резервуара; операция в основном экстраокулярная.

Результаты наблюдения за пациентами, перенесшими хирургическое вмешательство с имплантацией клапана Ahmed (более 1000 операций, срок — более 15 лет): сохранение глаза, сохранение зрительных функций, нормализация ВГД с каплями в 98%, без

капель 70%. Докладчик обратил внимание на то, что без применения клапана Ahmed после СТЭ, НГСЭ в группе с далекозашедшей глаукомой (остаточными зрительными функциями) выявлена потеря функций в течение 3-5 лет из-за нестабильности ВГД.

Среди осложнений к.м.н. А.Ю. Расческов выделил интраоперационные, возникающие в результате ошибок в хирургической технике и нарушений правил установки КДА, осложнения в раннем послеоперационном периоде (ЦХО, выраженная гипотония, тромбирование кровью, контакт с эндотелием, временное ограничение подвижности глаза), поздние (инкапсуляция, ограничение подвижности глаза, диплопия, кератопатия, протрузия, выход трубки из ПК, пролиферативное отграничение трубки).

Наиболее характерным осложнением, встречающимся в 50% случаев, является инкапсуляция корпуса КДА, т.е. образование плотной фиброваскулярной капсулы. Это осложнение приводит к снижению скорости резорбции ВГЖ, увеличению объема фильтрационного пузыря, некомпенсированному ВГД.

При правильной установке КДА основной нерешенной проблемой остается инкапсуляция пластины КДА, как следствие непосредственного контакта силиконовой пластины с васкулярной тканью, что является причиной образования фиброваскулярной мембраны и некомпенсированного ВГД.

Авторами предложен способ устранения проблемы — отграничительное обертывание КДА аллоплантом (рис. 1, 2). В результате вероятность возникновения инкапсуляции снижается до < 10%, понижается уровень ВГД, ВГД становится более контролируемым.

В заключение к.м.н. А.Ю. Расческов отметил, что опыт имплантации КДА составляет более 15 лет, за этот период проведено более 1000 операций. По мнению авторов, имплантация КДА является наиболее эффективной гипотензивной операцией и в некоторых случаях единственно возможной.

С докладом на тему «Применение микроимпульсной циклофотокоагуляции в этапной хирургии глаукомы и катаракты» от группы выступила Е.А. Березенко (Москва). Для большинства пациентов с сочетанием катаракты и глаукомы характерен целый

комплекс неблагоприятных факторов для выполнения ФЭК: псевдоэкзофиативный синдром (ПЭС), узкий ригидный зрачок, высокая плотность ядра, подвывих хрусталика, задние синехии.

Авторами отдается предпочтение последовательной хирургии глаукомы и катаракты — безопасному и эффективному способу лечения коморбидной патологии, обеспечивающей профилактику декомпенсации ВГД в раннем послеоперационном периоде, стабилизацию глаукомного процесса в отдаленном периоде, стабилизацию зрительных функций.

Одними из наиболее часто анализируемых морфометрических показателей при глаукоме различной формы и этиологии являются угол и глубина передней камеры глаза, которые изменяются после проведения стандартных антиглаукомных операций, коррелируются с уровнем гидродинамики, отражают эффективность операций, могут использоваться в качестве контроля за состоянием глаза в послеоперационном периоде.

В случаях ПОУГ классическими вариантами антиглаукомного компонента являются различные модификации проникающей и непроникающей хирургии, имеющие хорошо прогнозируемый гипотензивный эффект; хирургия в лимбо-роговичной зоне сопровождается изменениями кривизны роговицы и, следовательно, рефракции, угла передней камеры, ПЗО. Эти показатели используются для расчета оптической силы ИОЛ. Таким образом, для корректного расчета ИОЛ рекомендуются повторные исследования между операциями или удлинение интервала для стабилизации показателей.

Микроимпульсная циклофотокоагуляция (мЦФК) — новый неинвазивный способ антиглаукомной хирургии с широким потенциалом применения на различных стадиях. Особенности мЦФК являются возможность амбулаторного лечения, неинвазивность метода, лечение на различных стадиях заболевания, отсутствие коагуляционного некроза, отсутствие высоких рисков послеоперационных осложнений. Модифицированный протокол, используемый в практике авторов, представлен на рис. 1.

Цель работы заключалась в оценке двухэтапного подхода к хирургическому лечению катаракты с сопутствующей глаукомой на основе мЦФК и ФЭК.

Было прооперировано 34 пациента с ПОУГ (развитая, далекозашедшая) и осложненной катарактой, средний возраст $78,3 \pm 6,4$ года; медикаментозный режим — 2-4 препарата. Методы обследования: визометрия, тонометрия, оптическая, ультразвуковая биометрия, ОКТ. На рис. 2 — динамика изменения ширины УПК в 8 точках до и после мЦФК; на рис. 3 — площадь трабекулярно-радужного пространства до и после мЦФК; на рис. 4 — динамика ПЗО, ГПК; динамика кератометрии — на рис. 5.

На первом этапе проводилось вмешательство по методу мЦФК проводилось по модифицированному протоколу: $F = 121,8$ Дж/см²; после вмешательства наблюдалась стабильная МКОЗ; медикаментозный режим — прежний; послеоперационный период — ареактивный; средний уровень ВГД: до операции — 32 мм рт. ст., после — 14,7 мм рт. ст.

Второй этап — ФЭК через 2 недели. Послеоперационный период проходил ареактивно; ВГД — на дооперационном уровне; МКОЗ: исходная — 0,35, на первый день — 0,69, через 1 месяц — 0,85.

Полученные результаты доказывают, что мЦФК в режиме плотности потока $F = 121,8$ Дж/см² можно отнести к эффективному, безопасному и предсказуемому методу лечения. Последовательная хирургия с мЦФК на первом этапе и ФЭК — на втором характеризуется высокими функциональными результатами и минимальным риском осложнений у пациентов с коморбидной патологией.

Д.м.н. Н.Н. Арестова (Москва) от группы авторов выступила с докладом «Роль ИАГ-лазерной хирургии в лечении глаукомы у детей». Детская глаукома — гетерогенная группа заболеваний, которая характеризуется развитием офтальмогипертензии, повреждением структур глазного яблока, обусловленных повышенным ВГД, относится к разряду рефрактерных глауком. При отсутствии ранней диагностики и адекватного лечения ведет к необратимому снижению зрения и ранней инвалидизации детей. В структуре детской слепоты детская

Модифицированный протокол мЦФК

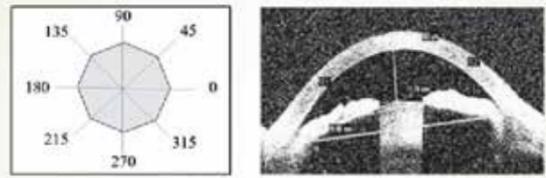


Патент № 2780277 (Июшин И.Э. С соавт.)

Параметры лазера	Значения
Мощность	2 Вт
Рабочий цикл	31,3%
Общ. время воздействия	200 сек
Время воздействия на один квадрант	50 сек
Общая энергия	125 Дж
Кол-во проходов на полусферу	5
Время, затраченное на 1 проход по квадранту	10 сек
Скорость движения световода	1,1 мм/сек
Поток энергии	121,8 Дж/см

Из доклада Е.А. Березенко рис. 1

Динамика изменения ширины УПК в 8 точках до и после мЦФК



Срок наблюдения	Фасциальные глаза, №34							
	0°	45°	90°	135°	180°	225°	270°	315°
До операции	24,8 ± 9,6	23,7 ± 6,5	24,5 ± 6,7	21,6 ± 8,6	25,9 ± 6,0	25,5 ± 6,0	28,3 ± 7,6	25,1 ± 7,6
2 недели п/о	24,6 ± 8,9	24,3 ± 6,8	25,3 ± 5,3	21,8 ± 9,2	24,1 ± 5,2	26,6 ± 5,4	28,9 ± 7,8	25,4 ± 7,5

Статистически достоверных различий между показателями не выявлено

Из доклада Е.А. Березенко рис. 2

12 **Динамика кератометрии до и после мЦФК (n=34)**

Параметры	До операции	После операции 2 недели	p
Сильный меридиан роговицы, дптр	45,00 ± 1,01	45,17 ± 0,67	0,18
Слабый меридиан роговицы, дптр	43,69 ± 0,93	43,54 ± 0,93	0,12
Ось сильного меридиана, град.	80,64 ± 54,86	81,28 ± 52,69	0,29

Статистически достоверных различий между показателями не выявлено

Из доклада Е.А. Березенко рис. 3

11 **Динамика ПЗО, ГПК, толщина хрусталика до и после мЦФК по данным ультразвуковой и оптической биометрии (n=34)**

Параметры	До операции	После операции 2 недели	p
ПЗО, мм	23,64 ± 1,16	23,63 ± 1,16	0,41
ГПК, мм	2,5 ± 0,14	2,42 ± 0,15	0,43
Толщина хрусталика, мм (А-скан)	4 ± 0,43	4,03 ± 0,43	0,14

Статистически достоверных различий между показателями не выявлено

Из доклада Е.А. Березенко рис. 4

12 **Динамика кератометрии до и после мЦФК (n=34)**

Параметры	До операции	После операции 2 недели	p
Сильный меридиан роговицы, дптр	45,00 ± 1,01	45,17 ± 0,67	0,18
Слабый меридиан роговицы, дптр	43,69 ± 0,93	43,54 ± 0,93	0,12
Ось сильного меридиана, град.	80,64 ± 54,86	81,28 ± 52,69	0,29

Статистически достоверных различий между показателями не выявлено

Из доклада Е.А. Березенко рис. 5

Клиническому полиморфизму глауком у детей соответствует многообразие видов блока путей оттока ВГЖ

Первичная врожденная глаукома	Вторичная «приобретенная» глаукома	
	Постувеальная	После травм, удаления катаракт (афаксия, артрафаксия, втор. катаракт)
<ul style="list-style-type: none"> • Претрабекулярный при ОУГ с змбр. тканью • Претрабекулярный при ЗУГ (корнем радужки, передним прикреплением ее) • Трабекулярный или интраклеральный • Сочетанные формы 	<ul style="list-style-type: none"> • Комбинированный пре- и трабекулярный (92,1%) • При врожденных увеитах чаще зрачковый блок, нередко злокачественный 	<ul style="list-style-type: none"> • Зрачковый блок (нередко неполный) • Комбинированный пре- и трабекулярный блок

После СТЭ ангулярный блок внутренней фистулы корнем радужки, экссудатом, пигментом

Гониоскопия для оценки УПК требует прозрачной роговицы, специальной подготовки врача, считается субъективной

Хватова А.В. С озаг. Врожденная глаукома: современный взгляд на патогенез и лечение/Применение функциональной оптики и ее коррекция у детей. М.: Медицина; 2005. 316-344.
 Сидоров О.Г., Миркина М.Г. Врожденная глаукома и ее лечение. М.: Медицина; 1991. 208.
 Федеральное клиническое рекомендации «Врожденная глаукома», 2017.
 Sing, C.C., Barton K. Mechanism and management of angle closure in uveitis // Curr Opin Ophthalmol. 2015. Vol. 26. No 2. P. 121-127.
 Muñoz-Negrete F.J., Morán-Montañés J., Hernández-Martínez P et al. Current approach in the diagnosis and management of uveitic glaucoma // Biomed Res Int. 2015. Vol. 5. P. 1-15.
 Kalogeropoulos D., Sung V.C. Pathogenesis of uveitic glaucoma // J Curr Glaucoma Pract. – 2018. – Vol. 12, No 1. – P. 125 – 138.

Из доклада д.м.н. Н.Н. Арестовой рис. 1

глаукома составляет в разных странах от 4 до 15%. Первичная врожденная глаукома встречается редко — 1 случай на 10-70 тысяч новорожденных, но является причиной 5% детской слепоты в мире.

Классификация детской глаукомы: А. Первичная детская глаукома: 1. Первичная врожденная глаукома; 2. Ювенильная ОУГ. Б. Вторичная врожденная глаукома: 1. Глаукома, ассоциированная с врожденными аномалиями развития глаз (аномалия Аксенфельда-Ригера, аномалия Петерса, аниридия, эктопия хрусталика, ППГСТ и др.); 2. Глаукома, ассоциированная с врожденными системными заболеваниями или синдромами (синдром Дауна, синдром Стерджа-Вебера, синдром Лоу и др.); 3. Глаукома, ассоциированная с приобретенными состояниями: травмы, увеит, РН, после удаления катаракт, опухоль.

Клинический полиморфизм глауком у детей объясняет многообразие блоков путей оттока ВГЖ (рис. 1). Среди современных объективных методов визуализации переднего отдела глаза при детских глаукомах автор отметила ультразвуковую биомикроскопию (УЗБ) (возможна при помутнении роговицы, но контактна, требует наркоза младенцам), оптическую когерентную томографию (ОКТ) (бесконтактна, возможно применение без наркоза, невозможно применение при помутнении роговицы).

Достоверными особенностями первичной врожденной глаукомы (ПВГ) по данным УЗБ и ОКТ по сравнению со здоровыми глазами являются: более широкий УПК, менее толстая радужка, более узкий или отсутствует шлеммов канал, частые аномальные тканевые мембраны, покрывающие трабекулярную сеть, часто аномальное прикрепление радужной обложки и цилиарного тела; ширина носового и височного сегмента УПК больше, толщина радужки снижена, шлеммов канал идентифицирован в 15,4% ПВГ, трабекулярная сеть идентифицирована у 34,6% при ПВГ, гиперрефлективная преангулярная мембрана у 19,2%, высокое прикрепление радужки в 100%.

Автор обратила на особую важность ОКТ для оценки послеоперационных изменений после ангулярной хирургии при ПВГ.

Лечение детских глауком — хирургическое кроме случаев юношеской ОУГ. В XXI веке сфера «ангулярных» операций расширилась: трабекулотомии с микрокератомом

Основными ИАГ-лазерными операциями при детских глаукомах являются корректирующие вмешательства после гипотензивных операций (чаще СТЭ), удаления катаракт, последствий увеитов

Клинические симптомокомплексы при глаукомах у детей/показания к ИАГ-лазерной реконструкции	ИАГ-лазерные операции
Зрачковый блок: секклюдия зрачка, бомбаж радужки с угрозой или наличием иридокорнеальных сращений, преангулярного блока	Иридотомия, иридэктомия
Блок внутренней фистулы, заращение ее после антиглаукоматозных операций	Рефистулизация (синехотомия, коррекция колобомы радужки)
Гониосинехия с преангулярным блоком	Гониосинехотомия
Иридокорнеальные сращения со зрачковым или преангулярным синехиальным блоком (в том числе мезодермальный дисгенез переднего отдела глаза)	Передняя синехотомия
Зрачковые мембраны, вторичные катаракты со зрачковым или смешанным блоком	Дисцизия зрачковых мембран, вторичных катаракт
Секклюдия зрачка (множественные задние синехии)	Задняя синехотомия
Злокачественная глаукома/иридоцилиовитреальный блок	Передняя гиалоидотомия

Из доклада д.м.н. Н.Н. Арестовой рис. 2

с подсветкой, эндоскопические гониотомии, фотодеструктивная гониотомия, однако, основным, традиционным и эффективным методом лечения является синустрабекулэктомия и ее модификации с использованием дренажей, цитостатиков и пр. хирургия детской глаукомы чревата высокой частотой неудач и осложнений.

Причины неэффективности и осложнений антиглаукомных операций у детей: искаженная анатомия глаз детей раннего возраста с глаукомой — буфтальм, растяжение лимба — ведут к ошибкам выбора места СТЭ на растянутых глазах; тонкость склеры, стафиломы — сложность формирования склерального лоскута, риск перфорации склеры, сложности ушивания лоскута; низкая жесткость склеры, анатомические особенности вторичных глауком и последствий прежних операций — предрасположенность к хирургическим и послеоперационным осложнениям (мелкая передняя камера, склонность к гипотонии, субатрофии глаза); «агрессивная реакция заживления», выраженная экссудация, пролиферация — заращение созданных путей оттока ВГЖ, колобом радужки, ангулярные сращения; аметропия, амблиопия — причина низких функциональных результатов.

Д.м.н. Н.Н. Арестова привела анализ опыта более 900 лазерных операций при детских глаукомах отдела патологии глаз у детей ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца». Возраст:

от 2 до 17 лет; 69% операций выполнены под наркозом. Использованы комбинированные лазерные установки. Деструктор — неодимовый ИАГ-лазер (1064 нм), для коагуляции радужки и сосудов — аргонный или диод-лазер (532 нм).

Наблюдение за детьми в отдаленные сроки (от 6 мес. до 15 лет) после реконструктивных лазерных операций при глаукомах подтвердило безопасность операций и стойкий высокий анатомо-реконструктивный и гипотензивный эффект. Определен перечень основных клинических симптомокомплексов при глаукомах различной этиологии, подлежащих реконструктивной ИАГ-лазерной хирургии у детей (рис. 2). Автор обратила внимание на особую эффективность ИАГ-лазерных вмешательств при зрачковом блоке (секклюдия зрачка, бомбаж радужки с угрозой или наличием иридокорнеальных сращений, преангулярного блока). Срочная ИАГ-лазерная иридэктомия применяется для восстановления тока ВГЖ из задней камеры в переднюю, профилактики иридокорнеальных сращений, помутнения роговицы, вторичной глаукомы.

Запатентованный дифференцированный способ лазерной ИЭ при зрачковом блоке у детей с эндогенными увеитами с учетом особенностей радужки и реакции глаз на воздействие разных видов лазерного излучения (ИАГ, диод) обеспечивает реконструктивный эффект в 95%, гипотензивный — в

85%. Способ атравматичен, уменьшает частоту кровоизлияний, экссудативно-пролиферативного синдрома, заращения колобом.

Востребованной операцией является ИАГ-лазерная рефистулизация. Применяется для рассечения иридотрабекулярных сращений, гониосращений, отсечения ущемленной радужки, перфорации фиброзной пленки в зоне фистулы. Сочетание расфокусированного и фокусированного излучения ИАГ-лазера эффективно и атравматично освобождает просвет ВФ, обеспечивает нормальное ее функционирование и профилактику вторичного (восходящего) рубцевания путей оттока ВГЖ, созданных в ходе СТЭ. Реконструктивный эффект составляет более 88,9%, гипотензивный — 73%. Оптимальные сроки рефистулизации — до 3 месяцев после ТЭ.

Для своевременного выявления и устранения блокады внутренней фистулы важен гониоскопический или ОКТ контроль состояния фистулы от максимально ранних до поздних сроков после СТЭ вне зависимости от возраста детей.

Гониосинехотомия высокоэффективная при единичных неплоскостных свежих гониосинехиях. Передняя синехотомия эффективна при иридокорнеальных сращениях со зрачковым и преангулярным синехиальном блоке (кроме плоскостных и старых сращений).

Таким образом, клинический полиморфизм глауком у детей обуславливает многообразие видов блокады путей оттока ВГЖ. ИАГ-лазерная хирургия — не является конкурентом СТЭ и другим антиглаукомным операциям, но эффективное неинвазивное малотравматичное средство коррекции осложнений гипотензивных операций (чаще СТЭ), удаления катаракт, увеитов и их последствий. Основные ИАГ-лазерные корректирующие операции эффективны при детских глаукомах: иридэктомия, рефистулизация после СТЭ (коррекция колобом радужки, синехотомии), деструкции зрачковых мембран. Опыт ИАГ-лазерной хирургии при глаукомах у детей разного возраста и у подростков позволяет рекомендовать шире внедрять эти операции в клиническую практику.

Материал подготовил **Сергей Тумар**
 Фото Сергея Тумара
 В материале использованы скриншоты видеозаписи докладов с сайта www.pirogovyeforum.com

Актуальные вопросы нейроофтальмологии. Краниоорбитальные процессы: травма, новообразования, сосудистые и воспалительные заболевания

26 января 2024 года в Москве состоялась XXIII научно-практическая нейроофтальмологическая конференция. С приветственным словом к участникам обратился директор ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.И. Бурденко» Минздрава России академик РАН Д.Ю. Усачев.

Часть 1. Краниоорбитальные/орбитальные опухоли

С лекцией на тему «Комплексная нейровизуализационная диагностика орбитальной патологии» выступил академик РАН И.Н. Пронин (Москва). Докладчик остановился на трех основных тематиках, используемых в диагностическом процессе, — МРТ, КТ, ПЭТ-КТ (позитронно-эмиссионная томография), рассмотрел некоторые аспекты диагностики опухолевой патологии орбиты, сосудистой патологии, поражения зрительного нерва.

Для визуализации патологического процесса применяется комплексный подход. Одним из «золотых» стандартов диагностики является МРТ как минимально инвазивный метод. Позитронно-эмиссионная томография, как правило, является «завершающим» диагностическим методом, поскольку обладает сравнительно невысокой разрешающей способностью.

Главным аспектом современных диагностических технологий с точки зрения нейровизуализации является высокоструктурное, высококонтрастное изображение, позволяющее визуализировать мельчайшие детали глазного яблока, переднего и заднего отделов, зрительного нерва и окружающего его структур.

В отличие от оптической когерентной томографии, позволяющей видеть сетчатку, хориоидею, склеру, МРТ способна идентифицировать лишь две основные структуры — хориоидею и сетчатку, чего, как правило, бывает достаточно для постановки диагноза. Диагностика опухолевой патологии орбиты позволяет визуализировать меланому сетчатки, гемангиому орбиты, менингиому оболочек зрительного нерва, гемангиобластому орбиты.

Меланома сосудистой оболочки хорошо определяется на качественно выполненной МРТ с контрастным веществом. Метод позволяет визуализировать опухолевую структуру и сопутствующую отслойку сетчатки. Основная задача МРТ томографии заключается не только в оценке самой опухоли, но главным образом в оценке инвазивных особенностей самой меланомы, поражающей зрительный нерв и склеру. Технология бесконтрастной перфузии МРТ в некоторых ситуациях, особенно при злокачественных опухолях — метастазах рака в области глазного яблока — позволяет видеть повышение кровотока, что является характерным признаком злокачественных новообразований. Будучи не лучевой методикой МРТ позволяет визуализировать динамику процесса, например, при применении в лечении лучевой терапии.

Ситуация, при которой гемангиома оболочек зрительного нерва достигла больших размеров и имеет характерные особенности, к примеру, так называемый «симптом трамвайных путей», когда опухоль окутывает зрительный



Академик РАН Д.Ю. Усачев



Академик РАН И.Н. Пронин



Академик РАН А.Ф. Бровкина



Профессор Н.К. Серова

нерв, а сам зрительный нерв хорошо виден внутри объемного образования, не вызывает особых трудностей.

Принципиально важной задачей является качественное МРТ исследование с прицельным изучением орбиты в ситуации, когда речь идет о незначительных объемах. Автор привел пример пациента с менингиомой оболочек зрительного нерва, когда только МРТ с контрастированием позволила поставить правильный диагноз.

При менингиоме, патологии, характеризующейся повышением перфузионных характеристик, используется также компьютерная перфузионная технология, позволяющая дифференцировать менингиому от глиальных новообразований.

Хорошо визуализируемым при помощи МРТ, КТ новообразованием является гемангиома орбиты, обладающая следующей особенностью: при отсроченном контрастировании опухоль может иметь частичное (пятнистое) контрастирование, при отсроченном исследовании образование практически полностью контрастируется.

При применении КТ-перфузии и МРТ-перфузии, можно выделить два основных типа опухоли: с низкой гемодинамикой (кавернозная ангиома, глиома, пилоидная астроцитома) и с высокой гемодинамикой, характерной для злокачественных новообразований (саркомы орбиты, менингиомы).

Позитронно-эмиссионная КТ в рутинной практике чаще используется в оценке системного поражения, позволяет определить распространенность патологического процесса (например, меланома хориоидеи с метастазами в печень, в костные структуры), либо наоборот — локальное поражение орбиты (неходжкинская лимфома) без системного поражения других органов.

С докладом на тему «Псевдотумор орбиты: проблема офтальмолога?» выступила академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва). Впервые термин «псевдотумор» был использован в 1930 году. Офтальмолог А. Birch-Hirschfeld под этим термином объединил все неопухолевые заболевания, включая такие тяжелые инфекционные поражения

орбиты, как туберкулез и сифилис; в 1970-х годах исследователи указывали на существование трех клинических форм псевдотумора — первичного идиопатического миозита, хронической гранулемы, липогранулематоза; в 1980-х годах J. Henderson в своей работе впервые указывает на поражение мелких сосудов орбиты, как источник развития воспалительных заболеваний; псевдотумор — это васкулит и лимфоцитарное воспаление; J. Kennerdel, S. Drescher в 1984 году дифференцировали псевдотумор на диффузный и локализованный; в 1985 году A. Schonder определяет фибросклероз как форму псевдотумора; в 1993 году А.Ф. Бровкина относит к псевдотумору первичный идиопатический миозит, васкулит, дакриoadенит, исходный фиброз; в настоящее время псевдотумор подразделяется на передний диффузный, задний (апикальный).

По мнению академика РАН А.Ф. Бровкиной, четкого понимания патологического процесса нет, и не всегда бывает легко определить термин, объединяющий несколько патологических процессов, которые имеют много общих черт в патоморфологической структуре, но отличаются по клинической картине.

Псевдотумор (ПТ) — неспецифическое воспаление мягких тканей орбиты. Вокруг вопроса об этиопатогенезе ПТ шли острые дебаты: высказывалось мнение о пансинуситах, как о пусковом механизме ПТ; G. Offret в 1950-х годах в своей работе впервые высказал точку зрения, что в основе патологии орбиты лежит поражение мелких сосудов; J. Kennerdel, S. Drescher в 1984 году, J. Garrity в 1986 году указывали на локальный васкулит.

В настоящее время ПТ может быть представлен тремя самостоятельными клиническими формами: первичный идиопатический миозит, орбитальный васкулит, дакриoadенит. При первичном идиопатическом миозите основной патологический процесс локализуется в прямых мышцах глаза; орбитальный васкулит (липогранулематоз), в основе которого — поражение мельчайших сосудов, при котором идет неспецифический воспалительный процесс в орбитальной клетчатке; дакриoadенит — одна

из наиболее часто встречающихся форм ПТ, при которой в процесс вовлекается только орбитальная порция слезной железы. Воспалительные процессы заканчиваются фибротизацией мягких тканей. При постановке окончательного диагноза важную роль играет МРТ (только не при подозрении на опухоль орбиты), а также исследование биоптата пораженной ткани. При подозрении на опухоль орбиты предпочтение должно отдаваться КТ, т.к. позволяет четко визуализировать костные стенки орбиты, особенно в зоне патологического очага.

Клинические особенности ПТ. ПТ — неинфекционный воспалительный процесс в возрасте 3-5 десятилетия жизни. Общие симптомы: внезапное начало, быстрое нарастание клинических симптомов (отек и гиперемия кожи век, боли в орбите, экзофтальм, часто птоз, репозиция глаза резко затруднена). Дакриoadенит идиопатический возникает исподволь, незаметно; симптомы: сужение глазной щели, больше в ее наружной трети, глаз слегка смещен книзу, незначительный экзофтальм.

Первичный идиопатический миозит (ПИМ): страдают экстраокулярные мышцы (ЭОМ), чаще начинается с болей, острой офтальмоплегии, экзофтальма; репозиция глаза затруднена; возможна кератопатия.

Васкулит: внезапное начало с быстрым нарастанием отека век, болей в орбите; экзофтальм осевой; репозиция резко затруднена; локализация у вершины орбиты; компрессия ЗН (резкое снижение зрения, на глазном дне — оптическая нейропатия).

Патоморфологические особенности развития ПТ: в начальной стадии — васкулит мелких сосудов; клеточная инфильтрация: лимфоциты, преимущественно Т-клетки, мононуклеарные и плазматические клетки, между которыми может быть фиброваскулярная ткань. Конечная стадия — тотальный фиброз (склероз) мягких тканей орбиты.

Лечение: глюкокортикоиды большим дозами длительно. По данным литературы, препарат Ритуксимаб может вызвать ремиссию у пациентов с рефрактерным идиопатическим воспалением орбиты;

лучевая терапия, по-видимому, дает хорошие показатели ответа.

ПТ ассоциированный с IgG4: билатеральный, часто поражающий ЭОМ, имеет вялый склерозирующий характер, нередко начинается с дакриoadенита; системное поражение проявляется вовлечением легких, параназальных синусов, паренхиматозных органов, кишечника, ЦНС.

В завершении доклада автор подчеркнула, что при диагностике ПТ обязательными являются биопсия и иммуногистохимия. Морфологически выявляется инфильтрация плазматическими клетками, фиброз, облитерирующий флебит средних и мелких вен, эозинофилия различной степени. В сыворотке крови — повышение уровня IgG4 до 1000 мг/дл при норме 4-108 мг/дл.

С лекцией на тему «Менингиома зрительного нерва: современная стратегия диагностики и лечения» от группы авторов выступила профессор Н.К. Серова (Москва). Менингиома зрительного нерва в большинстве случаев — доброкачественная, медленно растущая опухоль, развивающаяся из арахноидального эндотелия, располагающаяся между твердой и арахноидальной оболочками, как правило, муфтообразно охватывающая зрительный нерв.

В некоторых случаях, при узловом характере роста, опухоль может распространяться за пределы оболочки, что, как правило, связано с узловым характером роста опухоли. Исходом роста опухоли может стать область зрительного канала, так называемая «первичная менингиома зрительного канала».

Равно как менингиомы внутричерепные, менингиомы зрительного канала в 2-3 раза чаще встречаются у женщин, манифестация опухоли может совпасть с гормональной перестройкой в организме, что не позволяет полностью исключить гормональный характер опухоли.

Как правило, менингиома зрительного нерва представляет собой односторонний процесс. Офтальмологическая симптоматика обусловлена взаимоотношением опухоли и зрительного нерва — компрессией зрительных волокон и нарушением кровообращения в них.

Для менингиомы зрительно-го нерва характерны следующие признаки: медленное безболезненное снижение зрения; приступы приходящего снижения остроты зрения/концентрического сужения границ поля зрения; возможна сохранность восприятия зеленого и красного цветов; отек ДЗН с побледнением и возможным наличием оптоцилиарных шунтов на диске, отсутствие кровоизлияний; картина первичной атрофии зрительного нерва; экзофтальм, чаще осевой; пастозность век, бульбарная слизистая.

Особую трудность вызывает дифференциальная диагностика, когда менингиома находится в пределах зрительного канала. Для оптического неврита характерно острое начало; значительное снижение остроты зрения, чему может предшествовать болезненность при движении глаза; утрата восприятия красного и зеленого цветов; секторальное побледнение ДЗН или гиперемия диска и отек.

В диагностике важная роль отводится нейровизуализационным методам — МРТ, КТ, КТ-перфузия.

Тактика ведения пациентов определяется выраженностью клинических проявлений: наблюдение (высокие зрительные функции); стереотаксическая фракционированная радиотерапия (снижение зрительных функций, дальнейший рост опухоли); стереотаксическая радиотерапия в режиме гипофракционирования (практическая слепота/слепота); хирургическое удаление (практическая слепота/



А.Ю. Малафеева
(Санкт-Петербург)

слепота, выраженный экзофтальм, распространение опухоли в полость черепа).

С 2004 по 2022 год в НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко 140 пациентов с диагнозом «менингиома зрительного нерва» пролечено с применением метода стереотаксической радиотерапии. В подавляющем большинстве случаев процесс носил односторонний характер; 27 пациентов имели высокие зрительные функции (0,9-1,0), у 59 пациентов острота зрения составляла от < 0,4 до нуля; преимущественные дефекты поля зрения: расширение слепого пятна, скотомы, неправильное концентрическое сужение границ поля зрения; у значительного большинства пациентов наблюдались изменения на глазном дне в виде отека



Д.м.н. А.Г. Амирян

ДЗН различной степени выраженности, оптоцилиарные шунты на диске (20 пациентов).

105 пациентам проведен курс лечения методом стереотаксической фракционированной радиотерапии. Показания: сохранение зрительные функции различной степени (1,0-0,05); цель: стабилизация процесса, сохранение имеющихся зрительных функций. 35 пациентам проведен курс стереотаксической радиотерапии в режиме гипофракционирования. Показания: практическая слепота/слепота; цель: стабилизация процесса.

После проведенного лечения все пациенты осмотрены офтальмологом; у 44 пациентов выявлено улучшение зрения, без динамики — 96 пациентов (у 27 пациентов изначально были высокие



Профессор И.Е. Панова
(Санкт-Петербург)

зрительные функции, сохранившиеся на прежнем уровне); ухудшения зрения отмечено не было.

В отдаленном периоде (от 6 до 133 месяцев, в среднем 34 месяца) обследовано 109 пациентов. МРТ-контроль роста опухоли у 107 пациентов; улучшение зрения отмечено у 54 пациентов; без динамики — 55 пациентов; ухудшение — 6 пациентов (4 — радиоиндуцированная ретинопатия, 2 — продолженный рост опухоли), которые были пролечены повторно.

Таким образом, делает вывод профессор Н.К. Серова, проведение лучевой терапии пациентам с менингиомой зрительного нерва безопасно, эффективно, приводит к контролю роста опухоли, способствует не только сохранению зрительных функций, но в ряде случаев способствует их улучшению; комплексное клинико-рентгенологическое обследование позволяет не проводить диагностическую эксплоративную орбитотомию и биопсию опухоли; хирургическое удаление опухоли показано при низких зрительных функциях или слепоте на стороне поражения в сочетании с опухолью большого размера в орбите и выраженным экзофтальмом, а также с выраженным распространением опухоли в полость черепа.

«Анализ структуры и хирургической тактики лечения пациентов с новообразованиями глазницы по данным клиники офтальмологии имени профессора В.В. Волкова» — тема доклада А.Ю. Малафеевой (Санкт-Петербург). С 2015 по 2023 год в клинике имени профессора В.В. Волкова ВМА им. С.М. Кирова обследовано 336 пациентов с заболеваниями орбиты. Проведен ретроспективный анализ медицинских документов 73 пациентов, госпитализированных по поводу новообразования орбиты.

Исследования показали, что в 62 случаях распространение патологического процесса происходило локально в глазнице; в 7 случаях наблюдалось прорастание в глазницу из придаточных пазух носа (4), крылонебной ямки (1), слезного мешка (1), кожи век и височной области (2); распространение из глазницы в среднюю черепную ямку (2), в височную ямку (1).

В 88% случаев новообразования удалялись без предварительной биопсии, в большинстве случаев применялись трансконъюнктивальный и транскутанный доступы; использовались также эндоскопический трансназальный и транскраниальный доступы и надкостничная экзентерация.

В качестве выводов автор отметила, что по сравнению с данными от 2002 и 2015 годов уменьшилась доля злокачественных опухолей глазницы с 20% до 8,5%; нейрогенных опухолей с 16% до 5,8%; увеличилась доля опухолей слезной железы с 7,5% до 10,2% и врожденных кистовидных образований с 9,5% до 14,4%. Несмотря на увеличение объемов оказания хирургической помощи, в 48% случаев срок ожидания специализированной медицинской помощи оказался более 1 года.

Д.м.н. А.Г. Амирян (Москва) представила серию клинических случаев первичной меланомы орбиты. Пациентка К. 18 лет обратилась с жалобами на усиление пигментации кожи век, щеки, выстояние правого глаза в течение последних 6 месяцев. Наблюдалась с 5-летнего возраста по поводу меланоза радужки справа. При обследовании выявлен небольшой осевой экзофтальм; движения глаза в полном объеме; затруднение репозиции глаза; зрение — 1,0, ВГД в норме; меланоз глазного дна у ДЗН, вокруг макулы. КТ орбит: за глазом образование 2,0 x 1,6 x 1,7 см, утолщение ЭОМ, смещение медиальной стенки орбиты без видимых костно-деструктивных изменений.

Пациентка прооперирована, в ходе операции выявлена выраженная гиперпигментация мягких тканей орбиты, ЭОМ, жировой клетчатки, надкостницы. На фоне изменений определялась пигментная опухольевая ткань; проведено максимально возможное удаление объема опухоли. Морфологический диагноз: веретоклеточная меланома тип В с единичными митозами в поле зрения. После хирургического лечения проведена лучевая терапия (УМПП) с суммарной дозой 50 Гр (ИТЗФ). Через 6 лет у пациентки появились сильные головные боли, не купируемые наркотическими анальгетиками. Выявлена киста головного мозга. В НМИЦ нейрохирургии им. Бурденко проведено опорожнение кистозного содержимого. По данным КТ головного мозга выявлен продолженный рост опухоли в решетчатые пазухи и в головной мозг. Пациентка погибла.

Пациент П., 57 лет. Невус Ота с детства (постепенная прогрессия). Жалобы на боль, снижение зрения справа; в анамнезе (после ОРВИ) — отек, периодические боли в орбите, ограничение подвижности глаза, выстояние и смещение правого глаза; в анамнезе — базальноклеточный рак кожи. Клиника: отек век и периорбитальных тканей; экзофтальм (6 мм), смещение глаза книзу, ограничение подвижности глаза; повышение ВГД (28 мм рт. ст.); гиперемия и отек конъюнктивы. ОКТ: отек сетчатки, отек ДЗН, дегенерация РПЭ. КТ орбит: под верхней стенкой овальное образование с четкими границами 32x34 мм, компрессия глаза, отсутствие деструкции костной стенки. УЗИ: гетерогенное образование с четкими, ровными контурами, овальной формы; единичные собственные сосуды в проекции опухоли, утолщение внутренних оболочек глаза.

Пациент прооперирован. Интраоперационно выявлена пигментация всех тканей орбиты; опухоль имела форму объемного узла в псевдокапсуле, удалена единым блоком. Опухольевая ткань была представлена миоидными и веретеновидными клетками. В ткани опухоли определены фокусы спонтанного некроза, свидетельствующие о быстром росте опухоли; выявлены признаки ангиоинвазии.

Пациент направлен на адьювантную радиотерапию, которая не была проведена. Через 6 месяцев после операции боли возобновились; появились экзофтальм (11 мм), птоз; зрение 0,1 н/к. По месту жительства проведена экзентерация орбиты; через 3-4 месяца (12 месяцев после первой операции) — прогрессия заболевания (метастазы в легкие). Пациент погиб.

Пациент Е., 47 лет. Анамнез: 6 месяцев назад появились жалобы на двоение, по м/ж получал консервативную терапию без эффекта, далее заметил пелену перед левым глазом. Клиника: небольшой отек век, легкий экзофтальм слева (2 мм), ограничение подвижности глаза в стороны, репозиция глаза затруднена. Зрение OD = 1,0, OS = 0,5; ВГД в норме; на

КОМПАКТНЫЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАТОР «ОПТИМЕД»



ЭФФЕКТИВНОСТЬ и КОНТРОЛЬ

Эффективный ультразвук обеспечивает высокую скорость удаления хрусталика при низких установках мощности. Импульсно-модулированные режимы: Burst, Hyperpulse. Микропроцессорный контроль обеспечивает время реагирования менее 10 миллисекунд.

УДОБСТВО ЭКСПЛУАТАЦИИ

Эргономичная панель управления. Оперативная перенастройка параметров прибора. Двухкоординатная педаль.

МОБИЛЬНОСТЬ

Удобен даже в небольших операционных. Система передней витрэктомии полностью автономна и не требует внешних источников сжатого воздуха. Ударопрочный кейс.

ЭКОНОМИЧНОСТЬ

Максимально снижена себестоимость операции.

НАДЕЖНОСТЬ

Гарантия 2 года. Быстрота и качество сервиса.



ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»

Тел: +7 (347) 223-44-33, +7 (347) 277-61-61

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

глазном дне — застойные явления. УЗИ: в центральном отделе левой орбиты образование неправильной округлой формы с нечеткими границами, гетерогенной структуры с выраженной сосудистой сетью в режиме ЦДК, зрительный нерв на фоне образования эхографически не дифференцировался. КТ орбит: в центральном отделе левой орбиты определяли мягкотканое образование 18 x 19 x 20 мм без костно-деструктивных изменений.

Хирургическое лечение — орбитотомия слева; в ходе операции выявлено образование, инфильтрация теноновой оболочки, внутренней прямой мышцы. Гистологический диагноз — умеренно пигментированная смешанноклеточная меланома орбиты. Через 10 месяцев после операции выявлен продолженный рост опухоли в орбите (проведены ЛТ и ХТ). Через 4 года после операции выявлены метастатические очаги в головной мозг (проведено 6 курсов ХТ). 9 лет после начала лечения: пациент жив, наблюдается по м/ж, признаков локального рецидива и новых метастатических очагов не выявлено.

Пациентка С., 65 лет. Анамнез: после перенесенного ОРВИ появился выраженный отек век и периорбитальных тканей, двоение, выстояние OS, сильные боли с иррадиацией в голову. По м/ж получила курс АБ-терапии с положительным эффектом, проведено КТ — выявлено новообразование. При осмотре: легкий отек и периорбитальных тканей, незначительный экзофтальм (2 мм), подвижность глаз не изменена, репозиция ограничена, передний отрезок и глазное дно без особенностей. УЗИ: образование во внутреннем отделе левой орбиты 10 x 15 мм, в капсуле. КТ: в левой орбите за глазом вдоль внутренней стенки определялось овальное мягкотканое образование 15 x 10 x 15 мм с выраженной плотной капсулой без костно-деструктивных изменений.

Хирургическое лечение — орбитотомия с макроскопически полным (единым блоком) удалением опухоли. Морфологический диагноз — меланома веретенчатоклеточного строения типа В с умеренно выраженным пигментобразованием. Отказ от адьювантной лучевой терапии. В настоящее время (9,5 лет после орбитотомии) пациентка жива без признаков прогрессии заболевания).

По данным отдела офтальмоонкологии и радиологии НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца за 2007-2023 годы прошли курс лечения 6 больных (4 мужчины, 2 женщины) с первичной меланомой орбиты. Заболевание составляет менее 1% от всех новообразований орбиты; возраст пациентов от 18 до 65 лет; отсутствие отдаленных метастазов на момент планирования и проведения лечения; сопутствующая патология: окулодермальный меланоз (n = 2), локальный меланоз полулунной складки и слезного мясца (n = 1), меланоз орбиты (n = 1), хронический гепатит С (n = 1), БКР (n = 1). Начало заболевания: после перенесенного ОРВИ (n = 2), травма (n = 2). Длительность анамнеза от 2 недель до 2 лет. Основные жалобы: двоение, нарастающее выстояние глаза, боль (n = 1). Локализация: любая, преимущественно за задним полюсом глаза. Инструментальная диагностика: КТ — мягкотканое новообразование, четкие контуры, утолщение ЭОМ — 4 из 6 больных, отсутствие костно-деструктивных изменений. Наличие псевдокапсулы у 4 больных. Морфологические формы: веретенчатоклеточный тип В (n = 3), эпителиоидноклеточный (n = 2), смешанноклеточный (n = 1). Продолженный рост в орбите: у троих пациентов (у двух с окулодермальным меланозом). Метастазы: головной мозг, печень, легкие. Отдаленные



Член-корреспондент РАН
С.В. Саакян

результаты: 3 человека погибли в сроки 72 месяца (ВК тип В), 12 месяцев (ЭК), 36 месяцев (ЭК). 3 пациента живы: 9 лет (СК), 9,5 лет (ВК тип В), 2 месяца (ВК тип В).

Таким образом, отметила в заключение д.м.н. А.Г. Амирян, первичная меланома орбиты — редкая, агрессивная опухоль орбиты; специфическая клинико-инструментальная симптоматика отсутствует, что затрудняет диагностику и симулирует доброкачественную опухоль орбиты. Наличие одностороннего орбитального процесса и отграниченного новообразования по данным КТ (МРТ) должно насторожить (в т.ч.) о возможной меланоклеточной опухоли. Особого внимания заслуживают лица с окулодермальным меланозом и нарушением иммунного статуса (ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С) и требуют пожизненного динамического наблюдения. Учитывая вероятность развития меланомы орбиты у больных с окулодермальным меланозом, следует рекомендовать также и МРТ орбит в схеме их комплексного обследования. Хирургическое лечение с последующей адьювантной лучевой терапией остается методом выбора в виду отсутствия специфических мутаций и, соответственно, таргетного лечения.

Для улучшения понимания патогенеза заболевания необходима консолидация и проведение мультицентровых исследований с изучением генетического профиля заболевания с целью последующего поиска и разработки оптимальной терапии.

Профессор И.Е. Панова (Санкт-Петербург) представила доклад на тему «Орбитотомия глазами офтальмохирурга». В докладе речь шла об опухолях орбиты, доля которых составляет до 25% в структуре новообразований органа зрения. Среди опухолей орбиты встречаются как первичные, так и вторичные метастатические образования, доброкачественные и злокачественные образования.

Автор представила клинический случай пациентки 46 лет. С 2014 года предъявляет жалобы на снижение зрения правого глаза. В 2015 году после осмотра офтальмолога дано заключение: частичная атрофия зрительного нерва правого глаза (?). Visus OD = 0,9 sph + 0,5 = 1,0; Visus OS = 1,0 б/к. Офтальмологом по м/ж направлена к нейрохирургу.

По результату КТ исследования головного мозга без контрастного усиления в правой полости орбиты обнаружено объемное образование округлой формы с четкими, ровными контурами 15 x 14 x 18 мм, мягкотканой плотности +45+60 HU, вероятно исходящее из оболочек зрительного нерва.

Пациентке проведена костнопластическая трепанация черепа. Образование было оценено как капиллярная ангиома, однако морфологическое исследование показало злокачественную меланому. Пациентка получала адьювантную терапию в течение двух лет. Через два года пациентка обратилась



А.П. Трунова

в Санкт-Петербургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» с небольшим экзофтальмом. При офтальмологическом осмотре обнаружена опухоль, которая имела небольшую элевацию по данным ультразвука, 915 мкм по данным ОКТ с незначительной отслойкой пигментного эпителия. МРТ исследование с контрастным усилением показало наличие экстрабульбарного образования, неоднородно накапливающего контрастный препарат.

Пациентке проведена экзентерация орбиты. Орбита была усеяна депозитами, наблюдался экстрабульбарный рост около зрительного нерва. Период наблюдения составил 5 лет. На третьем году обнаружены множественные метастазы в печень. Пациентка погибла.



Н.В. Мельникова

Профессор И.Е. Панова подчеркнула, что офтальмоонколог должен самым тщательным образом изучить анамнез, провести офтальмологический осмотр; в последующем пациент направляется на исследование с контрастным усилением, нередко проводится УЗИ с цветным доплеровским картированием, позволяющим видеть экстраокулярный субстрат, часто имеющий гибкую экзогенную структуру.

Как правило, экстраокулярное распространение имеют меланомы большого размера, имеется высокая метастатическая активность, объясняющая невысокую выживаемость.

В заключение автор обратила внимание на то, что опухоли орбиты должны оперироваться офтальмологом, нейрохирургом,

оториноларингологом; при этом цели орбитальной хирургии: диагностическая, локализация процесса, декомпрессия, удаление опухоли.

Член-корреспондент РАН С.В. Саакян (Москва) от группы авторов выступила с докладом «Опухоли центрального отдела орбиты: оперировать или нет?». Опухоли центрального отдела орбиты составляют около 25% новообразований органа зрения, из которых большинство — доброкачественные. Клиническая картина самая разнообразная и зависит от локализации и размеров. Хирургические манипуляции в центральном отделе орбиты при неосторожном движении чреваты возникновением осложнений.

Методы инструментальной диагностики опухолей орбиты: экзофтальмометрия по Гертелю; измерение ширины глазной щели и угла смещения глазного яблока по Гиршбергу; рентгенография; КТ; МРТ; УЗИ; тонкоигольная аспирационная биопсия; гистологическая диагностика; иммуногистохимия.

Понятие «орбитотомия» было введено в 1904 профессором С.С. Головиным. В 1970-е годы появился термин «органосохраняющая хирургия», при которой удалялась опухоль, но глазное яблоко оставалось, что позволило снизить уровень осложнений до 4% и во многих случаях сохранять зрительные функции.

Лечение опухолей орбиты. При доброкачественных образованиях — проводится хирургическое

Современная ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ПРОТИВОГЛАУКОМНЫЕ ПРЕПАРАТЫ



БРИМОНДИН-СЗ

НПВП



ДОРЗОЛАМИД-СЗ

МИДРИАТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ



ДОРЗОЛАМИД-СЗ

СОСУДОСУЖИВАЮЩЕЕ ПРОТИВООТЕЧНОЕ СРЕДСТВО



ЛАТАНОПРОСТ-СЗ



БИМАТОПРОСТ-СЗ



БЕТАСОЛОЛ-СЗ



БРОМФЕНАК-СЗ



ФЕНИЛПРОПРАНОЛОЛ-СЗ



ВИЗОККО

БЕЗ РЕЦЕПТА!

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Северная Звезда
Нам доверяют!

полное удаление без вскрытия капсулы; при опухолях зрительного нерва — лучевая терапия; при кистозных образованиях — удаление полости, угрожающей глазу.

При злокачественных образованиях проводится комбинированное лечение: удаление максимально возможного объема без повреждения окружающих структур; комбинация различных методов воздействия: хирургия + облучение; хирургия + облучение + химиотерапия; ТИАБ + облучение + ХТ. Комбинированное лечение необходимо начинать только после подтверждения диагноза.

Исследование показателей кровотока выявило, что развитие объемного образования в центральных отделах орбиты приводит к компрессии не только глаза и зрительного нерва, но и сосудистых стволов. Сравнительный анализ доплеровских характеристик кровотока магистральных сосудов орбиты и глаза показал асимметрию в показателях большой и здоровой орбиты. Обнаружено, что достоверное изменение гемодинамики глазной артерии возникает при объеме опухоли от 1,1 см³/13 x 13 x 12 мм (при диаметре опухоли от 13 мм).

Выбор метода орбитотомии зависит от локализации опухоли. При опухолях центрального отдела орбиты показана трансконъюнктивная орбитотомия. Показанием для проведения орбитотомии при локализации у вершины орбиты является объем опухоли более 13 мм в диаметре, т.к. именно при таких показателях наблюдается изменение гемодинамики в глазной артерии, развивается ишемический синдром с развитием нейропатии и неизбежным ухудшением зрения. Автор напомнила, что операции в узком пространстве могут привести к различным как функциональным (вплоть до потери зрения), так и косметическим осложнениям — птоз, ограничение подвижности глаза, косоглазие и двоение. Такие большие должны находиться под динамическим наблюдением.

А.П. Трунова (Москва) от группы авторов выступила с докладом на тему «Орбитокраниальная/орбитальная кавернозная венозная мальформация: офтальмологическая симптоматика, результаты хирургического лечения». Цель работы заключалась в изучении офтальмологической симптоматики у пациентов с КВМО в зависимости от топографо-анатомических особенностей и оценке ее динамики после хирургического лечения в ранний и отдаленный послеоперационные периоды.

С 2004 по 2023 г. в НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко обследовано 87 пациентов (62 женщины, 25 мужчин), возрастом от 17 до 76 лет. Обследование включало офтальмологический осмотр, КТ, МРТ головного мозга, морфологическое исследование.

Доступы: костнопластическая латеральная орбитотомия — 52 пациента; супраорбитальный доступ — 26; орбитозигмомагистральный доступ — 3; эндоскопический трансназальный — 4; простая поднадкостничная орбитотомия — 1; нижнелатеральный трансконъюнктивный ретропептальный доступ — 1 пациент.

По результатам обследования пациенты были разделены на 2 группы. I группа — 50 пациентов (с распространением в полость черепа): экзофтальм 1-8 мм — 47 пациентов; зрительные нарушения — 27 пациентов; офтальмоскопическая картина (норма — 22 пациента, отек ДЗН — 7 пациентов, атрофия ДЗН — 21 пациент); глазодвигательные нарушения — 16 пациентов (у 6 пациентов вследствие поражения глазодвигательного и отводящего нервов на уровне вершины орбиты и/или кавернозного синуса); боль в области орбиты —

17 пациентов; дистопия глазного яблока — 8 пациентов; полуптоз — 5 пациентов; отек века — 11 пациентов. II группа — 37 пациентов (с локализацией только в орбите): экзофтальм 1-10 мм — 29 пациентов; зрительные нарушения — 8 пациентов; офтальмоскопическая картина (норма — 26 пациентов, отек ДЗН — 7 пациентов, атрофия ДЗН — 4 пациента); глазодвигательные нарушения — 13 пациентов; боль в области орбиты — 14 пациентов; дистопия глазного яблока — 4 пациента; полуптоз — 2 пациента; отек века — 9 пациентов.

Динамика зрительных функций после хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде. I группа — 43 пациента (с распространением в полость черепа): без динамики — 20 пациентов (из них 16 пациентов до операции были с нормальными зрительными функциями или начальными зрительными нарушениями); улучшение зрительных функций — 9 пациентов (из них 7 пациентов до операции были с начальными зрительными нарушениями); ухудшение зрительных функций — 14 пациентов (ухудшение зрительных функций чаще наблюдали при умеренных или выраженных зрительных нарушениях до операции). II группа — 31 пациент (с локализацией только в орбите): без динамики — 28 пациентов (из них 26 пациентов до операции были с нормальными зрительными функциями или начальными зрительными нарушениями); улучшение зрительных функций — 2 пациента; ухудшение зрительных функций — 1 пациент.

Динамика глазодвигательных функций в ранний послеоперационный период. I группа — 43 пациента (с распространением в полость черепа): улучшение глазодвигательных функций — 2 пациента; без динамики — 10 пациентов; ухудшение глазодвигательных функций — 31 пациент (у всех пациентов ухудшение глазодвигательных функций было обусловлено нарушением функции глазодвигательного и/или отводящего нервов; у 19 пациентов развился птоз/полуптоз; у 2 пациентов полуптоз усугубился до полного птоза. II группа (с локализацией только в орбите): улучшение глазодвигательных функций — 6 пациентов (до операции глазодвигательные нарушения у этих пациентов были обусловлены воздействием объемного образования на экстраокулярные мышцы); без динамики — 19 пациентов; ухудшение глазодвигательных функций — у 6 пациентов было обусловлено нарушением функции III и/или VI пар черепных нервов.

В обеих группах зрительные функции у большинства пациентов оставались без динамики в сравнении с ранним послеоперационным периодом.

Таким образом, подводит итог автор, офтальмологическая симптоматика обусловлена топографо-анатомическими вариантами кавернозной венозной мальформации; удаление кавернозной венозной мальформации у пациентов с распространением в полость черепа сопряжено с большим риском ухудшения зрительных функций вплоть до амавроза и развитием глазодвигательных нарушений; улучшение зрительных функций обусловлено ранней стадией зрительных нарушений; ухудшение зрительных функций связано со сложностью удаления в области вершины орбиты и/или ее распространением в полость черепа; глазодвигательные функции в поздний послеоперационный период улучшаются и/или восстанавливаются значительно чаще, чем зрительные функции.

Н.В. Мельникова (Москва) выступила с сообщением на тему «Гемангиома вершины орбиты и ПИОН». Кавернозная гемангиома относится

к порокам развития типа гамартом, представляет собой более 70% всех сосудистых новообразований орбиты. Диагностируется в возрасте 12-65 лет чаще у женщин.

Отличительные особенности: отграниченность от окружающих тканей за счет наличия капсулы; отсутствие непосредственного перехода сосудов опухоли в сосуды окружающих орбитальных тканей.

Клиническая картина: на фоне продолжительного спокойного течения заболевания внезапно возникает стационарный экзофтальм, затрудненная репозиция глаза, ограничение подвижности глаза в зону локализации опухоли; возможна диплопия.

Офтальмоскопически проявляется либо длительно существующим (несколько десятилетий) нормальным глазным дном, либо несложненными застойными ДЗН, либо нисходящей атрофией, что зависит от размеров и локализации опухоли.

Автор представила клинический случай пациента 53 лет, обратившегося с жалобами на резкое снижение остроты зрения в утренние часы после пробуждения на фоне полного здоровья. При обследовании выявилась низкая острота зрения левого глаза — 0,01; поле зрения левого глаза — остаточное верхне-назальный участок; правый глаз — практически здоровый.

При обследовании выявлен незначительный левосторонний экзофтальм, свободной репозиции; на глазном дне — уменьшение площади экскавации ДЗН, что свидетельствует об отеке ДЗН.

КТ головного мозга: у вершины орбиты во внутреннем хирургическом пространстве определялась тень опухоли в проекции мышц горизонтального действия; МРТ с контрастным усилением подтвердила локализацию опухолевого процесса у вершины орбиты; ОКТ определила истончение слоя ганглиозных клеток сетчатки в обоих глазах с преобладанием в левом глазу.

Выявленные изменения показывают участки наличия гипоксии на фоне хронической ишемической оптической нейропатии. ОКТ ДЗН подтвердило наличие отека; ОКТ-ангиография дисков зрительных нервов подтвердило нарушение кровоснабжения ДЗН обоих глаз. Индекс перипапиллярного кровоснабжения в OD снижен на 13%, OS — более 30%.

Доказательством причины утраты зрительных функций слева явились обнаруженные при проведении МРТ ГМ мелкоочаговые изменения головного мозга сосудистого генеза; увеличение уровня плазминогена до 134,0 (Н)% и АЧТВ до 43,4 сек.

Диагноз: на фоне гипертонической болезни, нестенозирующего атеросклероза брахиоцефальных сосудов — OS: ЧАЗН вследствие неартериитной формы передней ишемической нейропатии, новообразование орбиты (кавернозная гемангиома); OU: начальная катаракта, атеросклероз сосудов сетчатки, гипертоническая ангиопатия сетчатки.

В качестве выводов Н.В. Мельникова отметила, что клинико-топографический анализ кавернозной гемангиомы орбиты, зон поражения передней ишемической оптической нейропатии и клинико-лабораторные данные свидетельствуют о коморбидности характера этого поражения по времени, но не по патогенезу. Наличие кавернозной гемангиомы вершины орбиты не является причиной нарушения кровоснабжения интраокулярного отдела зрительного нерва и не препятствует его медикаментозной терапии.

К.м.н. Н.Н. Григорьева (Москва) сделала доклад «Радиоиндуцированные краниоорбитальные

менингиомы у пациентов, получивших лечение по поводу ретинобластомы». Критерии радиоиндуцированной опухоли: возникает в зоне облучения первичной опухоли; отсутствует перед проведением лечения первичной опухоли; между проведенным лучевым лечением и возникновением опухоли должен пройти значительный период; по гистологическим критериям радиоиндуцированная опухоль должна отличаться от первичного образования.

Радиоиндуцированные опухоли наиболее часто встречаются в виде глиомы, менингиомы, саркомы, злокачественных опухолей щитовидной железы. Глиомы и саркомы возникают после высоких доз облучения, менингиомы — после низких доз радиации. Риск развития вторичных радиоиндуцированных опухолей у пациентов, в детстве получивших лучевую терапию по поводу злокачественных новообразований ЦНС, составляет 10,7%. Вторичные опухоли являются второй по частоте причиной смерти у данной группы пациентов.

Под наблюдением находилось 5 пациентов в возрасте от 16 до 47 лет. Все больные получили в раннем детстве лечение по поводу ретинобластомы. В Центр нейрохирургии поступили с индуцированной менингиомой различной степени злокачественности. Ни у одного больного рецидива ретинобластомы не было. Все менингиомы были большие и гигантские, распространенные в переднюю, среднюю черепную ямку, височную ямку, у одной больной — в заднюю черепную ямку.

Опухоли подобной локализации вызывают экзофтальм, снижение зрения, глазодвигательные расстройства. У пациентов Центра диагностика была затруднена в связи с наличием анофтальма/энофтальма и отсутствием зрения на стороне развития опухоли. Всем больным проведено удаление опухоли.

Таким образом, подвела итог автор, у детей, получивших курс лечения радиотерапии по поводу ретинобластомы, возможно образование радиоиндуцированной опухоли в отдаленном периоде; поздняя диагностика радиоиндуцированной опухоли в данной группе пациентов связана с отсутствием зрения, наличием анофтальма/энофтальма на стороне радиоиндуцированной опухоли; диагноз, как правило ставится в тот период, когда опухоль достигает больших или гигантских размеров. Пациенты, пролеченные в детстве по поводу ретинобластомы, нуждаются в регулярном обследовании с проведением МРТ или КТ головного мозга не только в связи с контролем рецидива ретинобластомы, но и для своевременного выявления радиоиндуцированной опухоли.

А.М. Чичаева (Москва) от группы авторов выступила с докладом на тему «Купирование внутриглазных осложнений стереотаксической радиохимиотерапии у пациентов с ретинобластомой». Стереотаксическая радиохимиотерапия ретинобластомы проводится при химиорезистентности, невозможности продолжения ХТ и проведения локальных методов лечения при активной интраокулярной опухоли; при необходимости сохранения единственного глаза, а также в случае отказа родителей от энуклеации.

При проведении стереотаксической радиохимиотерапии возможны постлучевые осложнения, такие как катаракта (3-26%), отслойка сетчатки (1-23%), пролиферативная ретинопатия (2-20%), непролиферативная ретинопатия (4-19%), оптическая нейропатия (10-25%), кровоизлияния в СТ различной степени выраженности (2-47%).

Автор обратила внимание на тот факт, что любые интраокулярные вмешательства сопряжены с

риском диссеминации опухоли; это требует уверенности в полной и стабильной ремиссии, что не всегда представляется возможным при непрозрачных оптических средах. Таким образом, актуальным вопросом остается возможность применения консервативных методов лечения.

В силу возраста пациентов невозможно выполнять консервативное лечение традиционным методом в полном объеме. При инстилляциях, энтеральном пути введения, внутримышечных и внутривенных инъекциях невозможно достигнуть высокой концентрации препарата в тканях глаза.

К самым эффективным способам доставки лекарственных препаратов к тканям глаза относятся парабульбарные, ретробульбарные и субтенонные инъекции. Однако эти способы являются травматичными и болезненными, и для достижения высокой концентрации лекарств в тканях глаза необходимо их частое применение, что может приводить к рубцеванию ретробульбарной клетчатки и перфорации глазного яблока.

Способом избежать негативных последствий является инфузионная терапия (ИТ).

С 2015 по 2023 год сотрудниками НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» был пролечен 21 пациент (22 глаза) методом стереотаксической радиохимиотерапии (СРХ); возраст от 12 мес. до 9,5 лет. Все дети прошли предшествующее лечение с многократными сеансами химиотерапии и применением локальных методов лечения.

Показания к СРХ: химиорезистентность, спазм глазной артерии, прогрессия опухоли, рецидив опухоли, сопутствующее соматическое заболевание (синдром Хагемана), локализация опухоли (ЮП), попытка сохранения единственного глаза.

Результаты: полная регрессия — 13 глаз, частичная регрессия опухоли — 4 глаза; в 6 случаях — энуклеация (прогрессия — 4, субатрофия глазного яблока — 2); единственные глаза сохранены во всех случаях. Осложнения случались у 14 пациентов (16 глаз): катаракта — 8, тотальный геофтальм — 5, частичный геофтальм — 2, оптическая нейропатия — 3, непролиферативная ретинопатия — 3, пролиферативная ретинопатия — 1.

Пациентам с осложнениями выполнена консервативная ИТ. В 7 случаях достигнута положительная динамика. Без динамики — 7 глаз: энуклеация 2 глаза (прогрессия опухоли через 3 месяца, субатрофия через 13 мес. после ИТ); витректомию с ирригацией мелфалана (5 глаз), через 31 мес. после витректомии — энуклеация 1 глаз.

В результате витректомии ни в одном случае не выявлено активной опухолевой ткани, достигнута прозрачность оптических сред, признаков прогрессии и диссеминации ретинобластомы не выявлено ни в одном случае.

Хирургия катаракты: ни в одном случае интра- и послеоперационных осложнений не отмечено; признаков прогрессии и диссеминации ретинобластомы не выявлено ни в одном случае; 7 из 8 глаз сохранены.

В заключение автор отметила, что СРХ является эффективным методом лечения РВ в исключительных случаях; СРХ сопровождается рядом осложнений, большая часть которых является курабельными; ИТ является возможным методом купирования осложнений после СРХ; хирургия осложнений при отсутствии эффекта от ИТ возможна при достижении полной клинической регрессии, при сроках наблюдения с момента завершения лечения не менее 4-6 месяцев.

(окончание следует)

Материал подготовил **Сергей Тумар**
Фото Сергея Тумара

Главный специалист по офтальмологии ГК «Медси», к.м.н., доцент А.В. Трубилин:

Хочешь сделать хорошо — сделай сам!

Именно здесь, также как и в семейной клинике, А.В.Трубилин ведёт приём пациентов и проводит хирургические вмешательства. Кроме того, «Центр офтальмологии» имеет большое значение для дальнейшего совершенствования и развития офтальмологической службы всех клиник «Медси».

> стр. 1

Годы становления

Александр Владимирович, детский, подростковый опыт оказывает огромное влияние на формирование личности, на всю последующую жизнь человека. Хотелось бы начать нашу беседу с Ваших детских воспоминаний.

Я родился 26 июня 1987 года. Место рождения: Куйбышев (Самара). Это родина моей мамы, Марии Александровны. Там жили бабушка и дедушка. И я там появился на свет. Раннее детство прошло в Москве, но летом мы много времени проводили в Самаре и Самарской области. Поэтому оба этих города могу назвать родными, своей «малой родиной».

Когда мне было пять лет, мой отец, Владимир Николаевич, стал медицинским директором частной офтальмологической клиники в Сана, столице Йемена. Мама тоже работала в этой клинике. Четыре года мы прожили в этой стране.

Я вырос во врачебной семье, окружённый близкими людьми — врачами различных специальностей. Мама, папа, бабушки, дедушки, тётки, дяди, двоюродные братья и сёстры — все связаны с медициной. Единственный член нашей семьи, избравший другую профессию — моя сестра, но я уверен, что и для неё медицина была и остаётся важной частью жизни.

Как повлияло на Вас это обстоятельство?

Люди, которые меня окружали и окружают, достигли выдающихся успехов в лечебной работе и в организации здравоохранения. К сожалению, двух дедушек уже нет в живых. Дедушка по материнской линии — академик РАН Александр Фёдорович Краснов (1929-2015). Дедушка по отцовской линии — профессор Николай Тимофеевич Трубилин (1929-2009), организатор здравоохранения. Много лет он работал в Ростовской области, потом стал министром здравоохранения РСФСР, заместителем председателя Совета министров РСФСР.

Отец, Владимир Николаевич Трубилин, был и остаётся одним из лучших катарактальных хирургов России с огромным международным опытом и высочайшим авторитетом в профессиональном сообществе и среди пациентов. Огромное число людей стремится, чтобы их консультировал и оперировал именно Владимир Николаевич, а это — высшая награда для врача!

Мама, Мария Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, специализируется в области оптической коррекции зрения. У неё тоже большой международный опыт. Моя бабушка, Валентина Фёдоровна Краснова, врач функциональной диагностики, была удостоена звания «Заслуженный врач РФ». Другая бабушка — Майя Викторовна Трубилина, была ассистентом кафедры акушерства и гинекологии.

Когда растёшь в такой семье, в таком окружении, то начинаешь испытывать чувство ответственности. Появляется стремление быть достойным сыном своих родителей, достойным внуком бабушек и дедушек... А когда



С отцом, профессором В.Н. Трубилиным, г. Сана, Йемен 1993 г.



С семьей. Горнолыжный курорт, г. Сочи

сам принял решение стать врачом, продолжить семейную традицию, то чувство ответственности ещё больше возрастает. Также как и отец, я связал свою жизнь с офтальмохирургией.

Вероятно, Ваше окружение повлияло на выбор профессии.

Человека формирует окружение и воспитание. Мои родители, бабушки и дедушки — доктора очень увлечённые, творческие, учёные-исследователи, педагоги... Общение с такими людьми не могло не повлиять на выбор профессии.

Мне думается, что человек в полной мере осознаёт влияние семьи, уже став взрослым. Сейчас я — отец троих детей. И прекрасно понимаю, как много в меня вложили папа и мама, бабушки и дедушки, другие близкие люди.

Конечно, у нас в доме говорили не только о медицине, но и разговоров на профессиональные темы всегда было много. Из глубин памяти всплывают какие-то мелкие детали, которые являются весьма характерными, «знаковыми». Во времена моего детства были распространены видеоманитофоны, в которые вставлялись видеокассеты (ныне эти технические устройства практически вышли из обихода). И я помню ситуации, когда я включал видеоманитофон, думая, что в него вставлена кассета с мультфильмами... А на самом деле в аппарате находилась кассета с записью офтальмохирургической операции.

И Вы вместо мультфильма начинали смотреть видеозапись хирургического вмешательства?

Не могу сказать, что записи операций меня в то время интересовали. Но я знал, что мой отец — успешный офтальмохирург, гордился этим. Это повлияло на дальнейший выбор жизненного пути.

Давайте поговорим о Вашей жизни в Йемене.

Сначала я посещал в Сана международный детский сад. Там были ребята из многих стран мира. Языком общения был английский. И я заговорил на английском. В течение следующего года учился в пакистанской школе. Там тоже учебный процесс шёл на этом языке. И ещё родители пригласили для меня репетитора по английскому — носителя языка.

Получается, что с детства Вы свободно владеете языком Шекспира. Это важный навык для всей последующей жизни, тем более для учёного-медика.

Уровень владения английским позволяет мне свободно на нём общаться, читать литературу, слушать научные лекции, писать статьи. Детские навыки оказались полезными во взрослой жизни! Но я бы не стал говорить, что владею этим языком в совершенстве... Необходимо обращать внимание на языковую подготовку, больше практиковаться, следить за особенностями письменной и устной речи носителей языка. Постигание языка — это работа, которая идёт в течение всей жизни.

После года в пакистанской школе я два года учился в российской школе при нашем посольстве. Она работала по той же программе, что и школы на Родине.

Ваш отец был медицинским директором современной офтальмологической клиники в Йемене. У Вас была возможность «изнутри» познакомиться с жизнью клиники?

Будучи мальчишкой, я далеко не всё мог понять и оценить, но клиника поражала меня своим техническим оснащением! Это была клиника, оснащённая по последнему слову техники! Там работали замечательные российские доктора, мастера своего дела. Именно по их работе жители Йемена судили о России. Пациенты стремились оперироваться и лечиться «у русских».

Уже тогда мне довелось взглянуть в объектив авторефрактометра, познакомиться со щелевой лампой, другими приборами.

Можно сказать, что первое знакомство с профессией произошло у Вас именно в Йемене.

Я бы говорил не только о знакомстве с профессией, а об осознании важности профессии. Мои родители и другие российские доктора делали в далёкой арабской стране большое, важное дело, были «гуманитарными посланцами России». И я это понимал! Думаю, что эти детские впечатления тоже повлияли на последующий выбор профессии.

Вообще, я чувствовал себя в клинике очень уютно. С удовольствием туда приходил.

Расскажите о Вашей жизни после возвращения из-за рубежа.

Я учился в средней школе с углублённым изучением английского

языка № 1276. Она находится на Цветном бульваре. В пешей доступности от квартиры, где в то время жила наша семья. Исторический район Москвы. Очень приятное место, где я и сейчас с удовольствием гуляю, в том числе со своими детьми. Мне нравилось в Йемене, но в Москву вернулся с большим удовольствием.

В новой школе у меня сформировалась тесная, дружная компания. Мы до сих пор продолжаем встречаться, общаться, дружим семьями!

Какие районы Москвы Вам наиболее близки? Где у Вас возникает ощущение «своего, родного города»?

Я люблю Москву. Так получилось, что довелось пожить в различных районах города. И везде чувствовал себя комфортно. В частности, несколько лет провёл в районе метро «Сокол», у Ходынского поля. Думаю, этот район имеет свой шарм!

В настоящее время живу недалеко от нашей семейной клиники, у метро «Октябрьское поле». Отсюда совсем недалеко до Серебряного бора, Строгинской поймы. Прекрасные места! Можно сказать, «места силы». Они дают много возможностей для прогулок и занятий спортом.

В течение учебного года я жил в Москве. А каникулы — и летние, и зимние — нередко проводил в Самаре и Самарской области.

Ваш дедушка — академик А.Ф. Краснов (1929-2015). Более тридцати лет, с 1967 года по 1999 год, он был ректором Куйбышевского

медицинского института / Самарского государственного медицинского университета. С 1999 года до своего ухода из жизни Александр Фёдорович являлся почётным ректором родного вуза. Он внёс огромный вклад в развитие отечественной травматологии и ортопедии, в организацию здравоохранения и медицинского образования в Поволжье. Какое влияние оказал академик Краснов на Вас?

В детстве и в подростковом возрасте я воспринимал Александра Фёдоровича именно как дедушку, а не как выдающегося хирурга, учёного и организатора. Уже когда я сам стал врачом, то его роль в развитии медицины стала для меня понятна.

В детстве я любил вместе с ним купаться в Волге или кататься по этой великой реке на теплоходе. Зимой мы катались на санках. Мне довелось мальчишкой побывать у него в операционной, наблюдать за его работой.

Познание медицины

Расскажите, пожалуйста, о Ваших первых шагах в медицине.

Как было сказано выше, тесная связь, можно сказать, сопричастность с медициной сформировалась у меня с детства. Поэтому решение стать врачом было совершенно естественным и логичным.

В двух последних классах школы обычно начинается специализация. Но в школе №1276, где я учился, предлагалось только гуманитарное направление. Тогда встал вопрос о том, чтобы сменить школу. Я перешёл в школу №136, где имелся «медицинский класс». Что это значит? Нам усиленно преподавали химию, физику, биологию. Те предметы, которые предстояло сдавать на вступительном экзамене в вузе. «Медицинский класс» находился под патронажем Российского государственного медицинского университета (РГМУ) имени Н.И. Пирогова. В разговорной речи этот вуз нередко называют «Второй мед», так как в советское время он носил название «Второй московский государственный медицинский институт».

В школе преподавали сотрудники вуза. Для учеников устраивались экскурсии на его кафедры. После окончания школы я поступил в вуз, который над нами шефствовал, стал студентом «Второго меда».

Вам было легко поступить в вуз?

Не могу сказать, что это было легко. Всё-таки для большинства абитуриентов поступление в вуз — серьёзное испытание. Не самое трудное и драматичное испытание в жизни, но всё же — не детская игра... И я не был исключением. Готовился, волновался. В итоге всё получилось.

Какие впечатления у Вас остались от учёбы?

На первом курсе было некоторое разочарование. Ведь я шёл учиться в медицинский вуз, чтобы лечить людей. Но на первых двух курсах ожидало некое подобие школы. Те же самые школьные предметы: химия, биология... Но нам их преподавали более углублённо. И вставал вопрос: «А где же сама медицина?»

Об этом я говорил и со старшекурсниками, и с родителями. И все мне в один голос заявляли: надо потерпеть, подождать... Так всё и получилось! Начиная с третьего курса учёба стала гораздо более интересной и увлекательной. Мы стали посещать различные клинические кафедры, больницы.



В операционной

Это было знакомство с многообразием медицинских специальностей?

Каждый студент мог понять, что же именно его интересует, к чему лежит душа.

Какие у Вас были предпочтения?

С первого курса я был уверен в том, что буду хирургом, что стану работать и головой, и руками, ставить диагнозы, проводить хирургические вмешательства.

Но какую хирургическую область выбрать? Долгое время было желание стать травматологом-ортопедом. Как дедушка. Кроме того, меня привлекала урология.

А на пятом курсе у нас начался курс офтальмологии. И этот курс меня очень заинтересовал. Появилось ощущение, что многое из того, о чём нам рассказывают, я уже знаю.

Из рассказов родителей?

В том числе из рассказов родителей. Я понял, что офтальмология — это «моё». Именно та область медицины, которой хочу заниматься.

Также я увлёкся оптометрией. Её можно рассматривать и как область офтальмологии, и как отдельную специальность. Параллельно с учёбой в вузе стал заниматься в Московском колледже оптометрии. Получил диплом по этой специальности. Во время летних каникул в течение месяца прошёл учебный курс в Колледже оптометрии в Париже.

Почему оптометрия так важна для Вас?

Глаз — сложнейший оптический прибор, сложнейшая оптическая система. Чтобы разобраться в этой системе, необходимо хорошо знать законы оптики. А оптика — часть физики. Поэтому понимание физики, интерес к физике могут быть очень полезными.

Знание оптометрии помогает врачу-офтальмологу понять оптическую систему здорового глаза. Эти знания, в свою очередь, дают возможность разобраться, какие оптические процессы происходят в глазу с патологическими изменениями.

Таким образом, мы не только избежим ошибок при подборе очков и контактных линз, анализе индивидуальных зрительных особенностей и привычек пациентов, но и при составлении

предоперационного прогноза остроты зрения и других зрительных функций.

Это жизненно важно для пациента.

Пациентам важно понимать, какой именно результат даст операция, которую рекомендует врач-офтальмолог. Порой мы не можем дать точный прогноз, хотя проводить операцию необходимо. Но в любом случае знание оптики и оптометрии делает врача более подготовленным, более компетентным. Тем более в той области, где я работаю — катарактальной и рефракционной хирургии.

К сожалению, как в медицинском вузе, так и в клинической ординатуре по офтальмологии оптометрия, как правило, изучается поверхностно. Московский колледж оптометрии в моем случае существенно дополнил вузовскую программу. Это был важный жизненный опыт.

Занятия оптометрией существенно расширили мой кругозор. И, конечно, сказались влияние мамы, Марии Александровны, которая успешно занимается этой наукой на стыке физики (оптики) и медицины долгие годы.

Вы проходили клиническую ординатуру на кафедре офтальмологии Академии постдипломного образования ФМБА России. Расскажите, пожалуйста, об этом этапе Вашей жизни

Клиническая ординатура продолжалась в течение 2011 года и 2012 года. Меня с первых дней тянуло в операционную. Хотелось как можно быстрее начать оперировать.

Но реальность была такова, что значительную часть времени я, как клинический ординатор, проводил на амбулаторном приёме. Теперь я понимаю, что это был правильный путь. Чтобы стать хорошим офтальмохирургом, необходимо сначала стать квалифицированным диагностом. Необходимо научиться общаться с пациентами, проводить необходимые обследования. Слушать и слышать людей, приходящих к врачу.

Под конец ординатуры я много ассистировал отцу, Владимиру Николаевичу, в операционной. Это были операции по поводу катаракты и глаукомы. Мой путь в офтальмохирургии начался именно с катарактальной хирургии.

Не могли бы Вы подробнее рассказать о Вашей совместной работе с профессором В.Н. Трубиным?

Я ощущал огромную ответственность перед Владимиром Николаевичем и перед самим собой. Что касается уроков отца... Конечно, можно многое рассказать о его научном вкладе в развитие различных областей офтальмологии, о вопросах, с которыми я к нему обращался, об обсуждении хирургического и консервативного лечения глазных патологий.

Но для меня главный урок отца, главный урок, который я вынес после двух лет клинической ординатуры — это возможность находиться рядом с Мастером, наблюдать за тем, как он проводит операции, как он держит инструменты, какие он принимает решения в операционной.

На первый взгляд, работа ассистента в операционной может показаться рутинной: поливать физраствором роговицу, установить векорасширитель и совершать другие простые манипуляции.

Но это важный, необходимый шаг в освоении профессии. Для меня большая честь — учиться мастерству у профессора Трубина! Я и сейчас продолжаю у него учиться.

Вы не могли бы рассказать о какой-либо операции, во время которой Вы ассистировали Владимиру Николаевичу?

Отец оперировал девочку-подростка с врождённой эктопией хрусталика. Что значит «врождённая эктопия»? Связки хрусталика смещены. И возникает потребность не просто заменить «родной» хрусталик на искусственный (как при стандартной операции факосмульсификации катаракты), а провести реконструкцию передней камеры глаза.

У этой юной пациентки ко времени операции уже были серьёзные проблемы с учёбой из-за ухудшающегося зрения. А если бы Владимир Николаевич тогда не провёл хирургического вмешательства, то эти проблемы стали бы усугубляться, существенно влияя на её жизнь.

Почему Вам запомнилась именно эта операция?

Это сравнительно редкая операция. Владимир Николаевич провёл её блестяще! А мастерство хирурга во многом проявляется именно в таких редких, нестандартных

ситуациях! Кстати, в конце 2020 года я вновь встретил эту пациентку в «Клинике профессора Трубина». И убедился, что операция 2012 года дала стабильный результат. Сейчас у этой пациентки отличное зрение, она не ощущает никаких ограничений. Она — уверенная, успешная, красивая. И я уверен, что в этом есть и заслуга вовремя и успешно выполненной операции.

Вы помните свою первую операцию? Каким образом в клинической ординатуре определяется готовность к самостоятельной работе?

Хирург смотрит, как его помощник справляется с ролью операционного медбрата. Проверяются теоретические знания. И только после этого клиническому ординатору доверяют под руководством наставника проводить какие-либо этапы операции. Не всю операцию, а только отдельные этапы! Но для молодого врача каждый этап — огромное событие. Переход от теории к практике.

Впрочем, моя первая самостоятельная операция состоялась уже в первый год клинической ординатуры. Это была не факосмульсификация катаракты, а дисцизия вторичной катаракты. Лазерное вмешательство. И это событие произвело на меня сильнейшее впечатление!

Зарубежный опыт

Уже во время учёбы в вузе и клинической ординатуре Вы стали активно приобретать зарубежный опыт.

В 2009 году мне довелось побывать в Берлине, на Европейском конгрессе катарактальных и рефракционных хирургов. На этом мероприятии присутствовало несколько тысяч человек. Оно сопровождалось огромной выставкой медицинской аппаратуры. Там была удивительная атмосфера: яркая, творческая, объединяющая. В чём-то она напомнила мне атмосферу рок-фестиваля. Вероятно этот форум так врезался мне в память именно потому, что для меня это был первый международный профессиональный опыт.

Я окончил Европейскую школу повышения квалификации в офтальмологии в Лугано (Швейцария). В этом учебном заведении читали лекции и проводили практические занятия ведущие эксперты в различных областях офтальмологии. Система обучения была модульной. Продолжительность одного модуля составляла одну или две недели. Я прошёл курсы обучения хирургии роговицы, рефракционной хирургии, а также учебные модули, посвящённые катаракте, глаукоме, лазерному, медикаментозному и хирургическому лечению заболеваний сетчатки.

Нельзя не отметить открытость и демократичность преподавателей. Они разрешали их перебивать, задавать вопросы непосредственно во время доклада. Также всем участникам присылались презентации, что в нашей стране на тот момент еще не стало общепринятой практикой.

Также я стажировался в Институте Глаукомы в Нью-Йорке (США), в Медицинском центре АМО в Барселоне (Испания), в университетской клинике города Бари (Италия).

Какое влияние столь богатый международный опыт оказал на Вашу профессиональную деятельность?

Для врача важно иметь возможность общаться и взаимодействовать с лучшими представителями своей профессии в России и за рубежом. Я рад, что такая возможность у меня была и есть.

Но хотелось бы обратить внимание на другой аспект. Владимиру Николаевичу, Марии Александровне и мне довелось немало путешествовать по миру, работать и учиться за рубежом. И для нас было важно, создавая «Клинику семейной офтальмологии профессора Трубилина», перенести опыт лучших американских и европейских клиник на российскую почву.

Что именно Вы захотели перенять из зарубежного опыта?

Конечно, у каждой страны есть своя специфика. Например, в США очень популярны узкоспециализированные офтальмологические клиники, такие как «Институт Глаукомы» в Нью-Йорке, где я стажировался. В Западной Европе, также как и в России, отдают предпочтение многопрофильным клиникам.

Но существует целый ряд принципиальных моментов, которые сближают «Клинику семейной офтальмологии профессора Трубилина» с лучшими зарубежными клиниками.

Мы уделяем максимальное количество времени и внимания каждому пациенту. У каждого человека есть возможность задать все интересующие вопросы, касающиеся течения его болезни и перспектив лечения. Таким образом, пациент становится вдумчивым, осмысленным союзником врача в борьбе за своё здоровье.

Мы можем помочь пациенту преодолеть панический страх перед поставленным диагнозом, и, с другой стороны, способствовать преодолению излишне «легкомысленного» отношения некоторых сограждан к своему здоровью. Среди пациентов встречаются обе эти крайности. А нам хотелось бы, чтобы люди относились к своему здоровью серьёзно, ответственно, но, не теряя бодрого, оптимистичного настроения! Тогда врач и пациент вместе могут достичь наилучшего результата как в лечении, так и в профилактике глазных патологий.

Также в нашей клинике у пациента всегда есть возможность познакомиться с офтальмохирургом до операции, провести у него консультацию.

Вы столкнулись с этой практикой за рубежом?

Да, в частности, в США это очень важный аспект. Американские пациенты предпочитают встретиться со своим хирургом перед тем, как оказаться на операционном столе. И у нас в клинике работа организована аналогичным образом!

Ещё один пример. В США много семейных офтальмологических клиник, создателями которых являются опытные, авторитетные офтальмохирурги. И для многих пациентов ценно, чтобы их консультировал и оперировал человек, являющийся «лицом» клиники. Такая же система принята в «Клинике семейной офтальмологии профессора Трубилина». Несмотря на огромную занятость профессора, любой пациент может записаться на приём и на операцию к Владимиру Николаевичу или ко мне.

Почему эта практика так важна? Ведь в Вашей клинике работают и другие высококвалифицированные специалисты.

Конечно, Владимир Николаевич, как создатель и «лицо» клиники, полностью доверяет всем врачам и несёт ответственность за результат их работы. Но если пациент хочет, чтобы оперировал ЛИЧНО он, то мы считаем, что это желание необходимо удовлетворить.

Ещё я обратил внимание, что в США прекрасно налажено



Выпускная церемония ESASO, г. Прага, Чехия, 2013 г.

взаимодействие между различными узкоспециализированными офтальмологическими клиниками. Они направляют пациентов друг к другу, делятся информацией о результатах лечения (разумеется, с согласия пациента). В России эта тема не столь актуальна, т.к. у нас широко распространены многопрофильные клиники. Но при необходимости «Клиника семейной офтальмологии профессора Трубилина» взаимодействует с другими государственными и частными лечебными учреждениями, если какую-то операцию нельзя провести у нас. Или пациенту требуется дополнительное обследование, которое мы не проводим. В любом случае, мы не оставим пациента без помощи.

Начало профессионального пути

Как складывался Ваш профессиональный путь после окончания клинической ординатуры?

Для меня было важно за короткий срок приобрести максимальный хирургический опыт. Во время учёбы в Лугано я познакомился с к.м.н. А.Ю. Расческовым. Он создал сеть офтальмологических клиник, расположенных в крупных городах Татарстана: Казани, Елабуге и Альметьевске, а также в двух небольших посёлках: Шемордан в Сабинском районе и Хузангаево в Алькеевском районе.

Современные глазные клиники в небольших посёлках — это межрайонные медицинские центры. Александр Юрьевич предложил мне у него поработать. И я с определённой периодичностью стал ездить в Татарстан, чтобы оперировать в Шемордане. На что сразу обратил внимание? По своему оснащению, по организации работы эти лечебные учреждения в провинции ничем не уступают московским клиникам.

Это не могло не вызвать уважения! Так и должно быть во всей России. Качественная медицинская помощь необходима всем пациентам, вне зависимости от региона и удалённости от больших городов.

Рефракционную хирургию осваивал в Москве, в клинике под руководством профессора М.Д. Пожарицкого. С 2014 года по 2017 год я работал в офтальмологическом отделении Центральной клинической больницы (ЦКБ) Управления делами Президента РФ.

С 2016 года по 2017 год возглавлял это отделение.

Это, вне всякого сомнения, одно из лучших лечебных заведений России с огромными традициями. Значительная часть пациентов ЦКБ имеет возможность лечиться там, где им нравится. В любых странах мира, у любых врачей. Но они сознательно выбирают ЦКБ, поскольку доверяют этой клинике, доверяют врачам, которые там работают.

В отличие от советских времён услугами ЦКБ может воспользоваться любой человек. Для этого не нужно быть сотрудником государственных структур. Есть пациенты, которые самостоятельно оплачивают лечение. Также осуществляются медицинские услуги в рамках ДМС и ОМС. В этом плане ЦКБ ничем не отличается от любой другой государственной клиники.

Почему Вы ушли из ЦКБ, хотя должность заведующего офтальмологическим отделением давала Вам блестящие карьерные перспективы?

Работа меня полностью устраивала и доставляла большое удовольствие. Но в 2017 году была создана наша семейная клиника. И для меня стало понятно, что ей надо отдавать максимальное количество сил и энергии. Нам всем хотелось, чтобы «клиника семейной офтальмологии профессора Трубилина» обрела своё лицо, завоевала доверие пациентов. Поэтому я сосредоточился на работе здесь, а также преподавательской и научной деятельности на кафедре офтальмологии Академии постдипломного образования ФМБА России.

Семейная клиника — новый жизненный этап

Александр Владимирович, «Клиника семейной офтальмологии профессора Трубилина» открыла свои двери в июле 2017 года. Не могли бы Вы рассказать о том, как создавалось лечебное учреждение?

Путь к клинике был долгим. Это было совместное решение, совместная идея членов нашей семьи. Для меня начало работы лечебного учреждения стало новым жизненным этапом.

В течение нескольких десятилетий мой отец, профессор В.Н. Трубилин, специализируется на катарактальной хирургии. Он является

заслуженным врачом РФ, руководителем Центра офтальмологии ФМБА России, создателем Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов, членом президиума Общества офтальмологов России и Ассоциации врачей-офтальмологов России, членом Американской академии офтальмологии, Европейского и Американского обществ катарактальных и рефракционных хирургов.

Также Владимир Николаевич выполняет операции по поводу глаукомы и целый ряд других хирургических вмешательств.

К нему нередко обращаются пациенты, которым не могли помочь в других клиниках. Или хирургические вмешательства в других лечебных учреждениях прошли у них неудачно. Некоторым пациентам требуется провести сразу несколько хирургических вмешательств, например, по поводу катаракты и глаукомы. Разумеется, его опыт востребован в нашей клинике. Поэтому далеко не случайно, что именно мой отец стал «лицом» нового лечебного учреждения, дал ему свое имя!

Моя мать, Мария Александровна Трубилина, в настоящее время является нашим генеральным директором. М.А. Трубилина — признанный специалист по оптической коррекции зрения — очковой и контактной. Она работает и с детьми, и с взрослыми. Врачебную практику Мария Александровна сочетает с педагогической деятельностью. Она — кандидат медицинских наук, доцент Академии постдипломного образования ФМБА России.

Я пришёл в клинику в качестве катарактального хирурга. Одновременно провожу рефракционные операции.

Таким образом, уже при создании лечебного учреждения было понятно, что значительная часть его потребностей в высококвалифицированных кадрах может быть удовлетворена благодаря членам Вашей семьи.

Так изначально и задумывалось! Мы все любим свою профессию, преданы офтальмологии. Поэтому хотелось работать не порознь, а всем вместе, объединяя усилия!

Какие идеи удалось реализовать при создании частной клиники?

Думаю, что государственная и частная система здравоохранения прекрасно дополняют друг друга. По сути, мы решаем общие задачи: сохраняем и возвращаем здоровье нашим пациентам!

Частная медицина — важное, неотъемлемое звено национальной системы здравоохранения. Это показывает и российский, и зарубежный опыт.

Именно частные медицинские учреждения способны реализовать многие полезные, нужные начинания, которые в государственных клиниках остаются невостребованными.

Наша клиника имеет свой салон оптики. В первую очередь, это услуга Марии Александровны, т.к. это её область научной и лечебной работы. Создание собственного салона оптики даёт возможность докторам контролировать качество очков, которые изготавливаются по их рецептам. Это важно для того, чтобы проводить оптическую коррекцию зрения на максимально высоком уровне.

Ещё одно важное направление работы для частной медицины — лазерная коррекция зрения, которой я занимаюсь.

Хотел бы обратить внимание ещё на один важный аспект нашей работы: все наши врачи являются специалистами широкого профиля. Но одновременно у каждого из них есть своя специализация. Одна из таких специализаций — и она очень востребована! — работа с хирургическими пациентами.

Вы имеете в виду не хирургов, а докторов, помогающих хирургам, работающих с ними в связке, в тандеме?

К операции пациента готовят сразу два доктора: врач-диагност, который проводит предварительные обследования, а также сам хирург. Так работают все наши хирурги, и я в том числе.

Поэтому когда пациент входит в кабинет хирурга, он обычно прекрасно осведомлён обо всех деталях предстоящего хирургического вмешательства. Но если есть вопросы лично к хирургу, то их, конечно, можно задать.

Александр Владимирович, мы с Вами уже рассказали об участии Ваших родителей в развитии клиники. Не могли бы Вы рассказать о вкладе в общее дело других членов Вашей семьи?

А.В. Трубилина, моя супруга, является врачом-офтальмологом и врачом-онкологом, кандидатом медицинских наук. Она также — активный член нашей команды, хотя в настоящее время она и не занимается лечебной работой. Анна Викторовна вовлечена в решение множества организационно-административных задач: от работы с персоналом до IT-решений.

Когда мы говорим о «семейной клинике», то имеем в виду не только членов семьи Трубилиных, а всех наших сотрудников, всех пациентов, которые стали большой семьей!

Как создавался коллектив?

Случайных людей у нас нет! Всех докторов, которые стали сотрудниками клиники, мы хорошо знали.

К нам пришли на работу целый ряд бывших клинических ординаторов Владимира Николаевича из Академии постдипломного образования ФМБА России. Мы с удовольствием приняли в коллектив этих молодых докторов, т.к. в клинической ординатуре они достойно себя проявили и доказали всем нам и самим себе, что могут квалифицированно, ответственно, самостоятельно работать с пациентами. Сейчас это высококлассные специалисты!

Пациенты нашей клиники могут быть уверены в том, что все технические новинки, которые достойно зарекомендовали себя в медицинской практике и базируются на солидной научной базе, будут использованы в нашей работе!

Мы постоянно совершенствуем свою работу, расширяем спектр медицинских услуг, приобретаем новое оборудование. В течение многих лет у нас проводились операции только на переднем отрезке глаза. В настоящее время успешно проводятся хирургические вмешательства и на заднем отрезке глаза. В ближайшее время мы планируем предоставить нашим пациентам возможность осуществлять кератопластику — пересадку роговицы.

Кератопластика — одна из сложнейших офтальмологических операций... Ваши слова подтверждают тезис о том, что для нашей клиники практически нет неразрешимых задач.

Расширение спектра медицинских услуг — это, конечно, не самоцель. Но и мне, и другим нашим коллегам нравится осваивать новое, двигаться вперёд. И жизнь подтверждает правильность такого подхода!

Группа компаний «Медси»: развитие и совершенствование офтальмологической службы

Александр Владимирович, мы с Вами уделили большое внимание деятельности «Клиники семейной офтальмологии профессора Трубилина». Вы продолжаете активную работу в этом лечебном учреждении. Одновременно в 2019 году Вы стали главным специалистом по офтальмологии группы компаний «Медси».



Открытие Центра офтальмологии МЕДСИ

В первую очередь, мне хотелось бы сказать, что назначение на эту должность в 2019 году я воспринял не только как большую честь, но и, в определённой мере, как «вызов» для себя.

Самокритично оглядываясь назад, могу сказать, что, возможно, в то время мне не хватало организационного опыта, навыков топ-менеджера. Но я с большим энтузиазмом взялся за дело, в полной мере ощутил поддержку со стороны руководства группы компаний «Медси», а также

коллег-офтальмологов, с которыми мы успешно вместе работаем все эти годы.

Как Вам удаётся успешно совмещать два таких разных проекта: сравнительно небольшую семейную специализированную клинику и руководство офтальмологической службой в крупнейшей сети многопрофильных клиник?

С моей стороны было бы не совсем правильно оценивать собственную работу в группе компаний

«Медси». Пусть об этом судит руководство компании, а также наши пациенты. Но, думаю, что совмещать эти два вида деятельности удаётся успешно и плодотворно.

Работа в семейной клинике и в группе компаний «Медси» позволяет приобрести новый жизненный опыт. И главное, что я хотел бы подчеркнуть: опыт чрезвычайно разнообразный, во многом, дополняющий друг друга. В небольшой клинике и в группе компаний действует разный механизм принятия решений.

Конечно, семейная клиника — более «мобильная» структура. Это касается как внедрения новых методов лечения, так и закупки оборудования. С другой стороны, сеть клиник может оказывать качественную, высокотехнологичную помощь сотням тысяч пациентов в разных регионах нашей страны. Масштаб задач, которые приходится решать, не может не впечатлять!

Какие задачи приходится решать главному специалисту по офтальмологии группы компаний «Медси»?

Главная задача — это развитие и совершенствование офтальмологической службы. На сегодняшний день в группе компаний «Медси» около ста пятидесяти клиник по всей стране. Не во всех лечебных учреждениях, но в абсолютном большинстве ведут приём врачи-офтальмологи. У нас проводится консервативное и хирургическое лечение практически всех офтальмологических патологий.

Для того чтобы работа осуществлялась более эффективно, в апреле 2021 года был открыт «Центр офтальмологии МЕДСИ» на базе КДЦ «на Солянке» в Москве.

В группе компаний «Медси» объединены медицинские учреждения разного уровня: небольшие медицинские центры в формате «клиника у дома», заведения поликлинического приёма, крупные клинично-диагностические центры. И все эти учреждения нуждаются в центре компетенции, которым и стала клиника «На Солянке».

В беседах с коллегами, которые публикуются в газете «Поле зрения», часто звучит вопрос о жизненном девизе.

Честно говоря, раньше не задумывался над этим вопросом. Но мне близка житейская мудрость «Хочешь сделать хорошо — сделай сам!». В ней выражен важный жизненный принцип, которому я стараюсь следовать.

По характеру я — «играющий тренер», если использовать спортивную терминологию. Помимо большого пласта организационной нагрузки, я много времени — пожалуй, большую часть времени! — уделяю клинической работе. Для меня важно всегда оставаться практиком: консультировать пациентов, оперировать.

Люблю встречаться с пациентами до операции и после операции. И во время операции всегда уделяю внимание созданию и сохранению психологически комфортной, доброжелательной атмосферы.

В нашей беседе прозвучала спортивная терминология. Думаю, что это не случайно... Спорт играет важную роль в Вашей жизни?

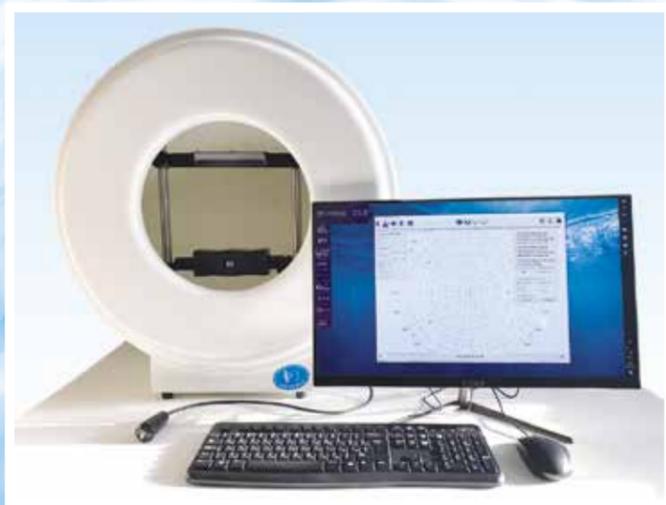
Стараюсь, по возможности, вести здоровый образ жизни, уделять внимание физической активности. Конечно, не надо забывать, что физическая и психологическая выносливость — одно из важных качеств для любого хирурга.

Играю в большой теннис. Люблю велосипед, сноуборд. Любовь к зимнему отдыху разделяют все члены нашей семьи. У нас с Аней трое детей. Тимофею уже десять лет. Сёстрам-двойняшкам Полине и Алине — шесть лет. Все дети уже уверенно держатся на лыжах. Нас с женой это не может не радовать! Пример родителей всегда очень важен. В том числе в спорте!

Позвольте поблагодарить Вас за интересную беседу и пожелать Вам успехов в Вашей плодотворной работе!

Беседу вёл **Илья Бруштейн**
Фото из архива А.В. Трубилина

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 YG, 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 полноформатным 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

«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 «OCTOPUS» 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 тяжёлыми патологиями органа зрения **с учётом возрастных изменений**, осуществление единого подхода оценки данных пороговой периметрии глаза с зарубежными публикациями, корректировка динамики лечения.

Врач-офтальмолог Обоянской ЦРБ А.Е. Сухомлинов (Курская область): Моя родная Обоянь — город с характером, с душой, с «купеческой жилкой»

О таких докторгах говорят: человек на своём месте. Его душевные качества, способность сопереживать пациентам способствуют эффективному лечению.

Александр Евгеньевич не только успешный практик, но и учёный-исследователь. Он регулярно публикуется в научных журналах, принимает участие в научно-практических конференциях и форумах офтальмологов.

Наша беседа затрагивала не только медицинские темы. А.Е. Сухомлинов — патриот и знаток Курской земли. Он с большим увлечением рассказывает об особенностях и достопримечательностях своей малой родины.



> стр. 1

Курская земля — соловьиный край

Александр Евгеньевич, название Вашего родного города «Обоянь» легко запоминается и, вероятно, вызывает интерес у людей, интересующихся российской историей. К сожалению, готовясь к нашей беседе, мне не удалось получить информацию, что же означает это красивое слово.

Однозначного ответа на этот вопрос нет. Есть много версий... Пусть об этом спорят историки! Могу рассказать, какие объяснения дают местные жители. У нас нередко говорят, что основателями города были два человека с одинаковыми именами «Ян». «Оба Яна — Обоянь» — вот такое объяснение!

Хотел бы подчеркнуть, что речь идёт о народном мифотворчестве. Никаких научных подтверждений у этой версии нет. Ещё одна легенда, популярная в нашем городе, говорит о том, что именно здесь родился и жил знаменитый древнеславянский певец и сказитель Боян. В честь него и назвали Обоянь.

В любом случае, речь идёт о старинном русском городе. Первое письменное упоминание о нем относится к 1649 году, городской статус был получен в 1779 году. У нас сохранилось немало памятников архитектуры. В последние годы город активно благоустраивается. Думаю, что он интересен для туристов. Поездку в Обоянь можно совместить с посещением Курска или Белгорода.

Хотелось бы более подробно узнать о Вашем родном городе и Обоянском районе.

В настоящее время население Обоянского района составляет двадцать девять тысяч жителей. Около четырнадцати тысяч человек живут в районном центре, пятнадцать тысяч человек — в других населённых пунктах района. Моя родная Обоянь — город с характером, с душой, с «купеческой жилкой».

О «купеческой жилке» я говорю не ради красного словца. В последние годы у нас в городе появился целый ряд успешно работающих частных предприятий. Это — консервный завод, древесно-стружечное производство, резино-техническое предприятие, крупнейшее фермерское хозяйство АО «Артель». Именно ему принадлежат обоянские яблочные сады.

В Обоянском районе развивается сельское хозяйство. Особенно хотелось бы отметить наши яблочные сады. Не будет преувеличением сказать, что Обоянь — «яблочная столица» российского Черноземья.

В советское время садоводство в районе развивалось очень активно. Но потом страна развалилась. И общий развал затронул и эту сферу. Многие думали, что традиции, наработанный опыт, знания садоводов утеряны безвозвратно.

Но благодаря энергии, «купеческой жилке» местных жителей, о которой я упоминал — садоводство удалось возродить. В настоящее время урожай уже существенно превышает советские показатели. Продукция востребована в Курской области и за её пределами. Обоянский бренд «Фруктовое Обаяние» завоевал широкую



Москва, октябрь 2023 г.



Новая поликлиника

известность. Яблоки крупные, сочные, вкусные, ароматные!

Курский край нередко называют «соловьиным»... Часто ли Вам удаётся слышать соловьиные трели?

Как известно, соловьи не поют «по расписанию». Но в весенние дни я регулярно могу слышать соловьиные напевы прямо возле своего дома, работая в саду или на огороде. По-другому и быть не может. Соловьиное пение — достояние Курской земли!

У Вас есть любимые места в Курской области?

Мы с семьёй часто посещаем Курскую Коренную пустынь — самую известную православную обитель нашего региона. Туда стекаются паломники со всей страны.

Очень люблю Воробьёвку — родовую усадьбу поэта Афанасия Фета. Ежегодно в первое воскресенье июля там проходят «Фетовские чтения».

В селе Красниково Пристенского района сохранилась водяная мельница первой половины восемнадцатого века. Недавно она была отреставрирована и стала интерактивным музеем. Туристы могут не только осмотреть этот интересный объект, но и принять участие в помоле зерна, а потом увести с собой на память мешочек муки. В будущем в этом месте планируется построить большой туристический комплекс с этнографической деревней.



Знаменитые Обоянские яблочные сады

Первые шаги в медицине

Александр Евгеньевич, хотелось бы узнать о Вашем пути в медицине.

Я родился в Обояне 26 июля 1964 года. Папа и мама были геологами. Но после моего рождения они оба решили уйти из этой профессии, т.к. воспитание сына было сложно совместить с многочисленными командировками. Папа, Евгений Тимофеевич, стал муниципальным служащим. Долгие годы он возглавлял отдел социального обеспечения Обоянского района. Ему было присвоено звание «Заслуженный работник социальной защиты населения России», он стал почетным гражданином Обояни.

После ухода на пенсию папа — человек деятельный, активный, энергичный! — не сбавил трудового ритма и нашёл себя в общественной работе. Как председатель городского Совета ветеранов он всегда был в гуще событий.

Мама, Пелагея Филипповна, до выхода на пенсию работала на местном мясокомбинате, обеспечивала работу холодильного оборудования. В течение многих лет мама создавала надёжный тыл для всех членов нашей семьи. Она была очень доброжелательным и душевным человеком.

С медициной в нашей семье никто не был связан. В школе меня интересовали разные предметы, но особый интерес был к математике, физике и химии, биологии. В районной олимпиаде по биологии когда-то

заял первое место. Были мысли поступать после школы в какой-то технический вуз. Но потом всё-таки решил стать врачом.

В вузе решение стать офтальмологом пришло рано. Меня привлекло, что врачи-офтальмологи имеют дело с большим количеством приборов, проводят микроскопические манипуляции и различные расчеты. Например, необходимо проводить расчеты, чтобы подобрать очки. Это было именно то, чем я хотел заниматься!

На третьем курсе принимал участие в работе научного студенческого кружка при кафедре офтальмологии. Это стало для меня первым шагом на долгом пути познания офтальмологии. Первым человеком, которого я встретил в кружке, был ассистент кафедры офтальмологии В.И. Баранов. Именно он был научным руководителем (куратором) студенческого объединения.

В настоящее время д.м.н., профессор Валерий Иванович Баранов возглавляет кафедру офтальмологии. Когда меня спрашивают об Учителях, то первым хочется назвать профессора Баранова.

Валерия Ивановича я воспринимаю не только как Учителя, но и старшего товарища. Важнейшие черты его характера: доброжелательность, внимание к людям, искренний интерес к каждому собеседнику. Это проявляется по отношению к студентам, к коллегам, к пациентам и т.д.

Первую беседу с В.И. Барановым запомнил на всю жизнь. Валерий Иванович



Яблочная ярмарка. Губернатор Р.В. Старовойт (в центре), мэр города, глава районной администрации на Площади им. Петрова



Смоленская церковь, 1790 г.



Центральный парк юных пионеров



Педагогический колледж, 1888 г.



Старая поликлиника. Построена в 1882 г.



Храм Александра Невского, 1891-1907 гг.

подробно ввёл меня в курс дела, рассказал о работе научного офтальмологического кружка. Я почувствовал его увлечённость, энергию.

Хотелось бы назвать ещё двух курских офтальмологов, ставших моими Учителями. Это д.м.н., профессор Д.С. Кроль и офтальмохирург А.В. Левченко. Даниил Соломонович Кроль возглавлял кафедру офтальмологии, когда я учился в вузе. Его по праву можно назвать «мотором» кафедры, генератором идей. Под его руководством я написал и защитил дипломную работу по офтальмологии.

Александр Васильевич Левченко был замечательным хирургом, человеком энциклопедических знаний, который всегда стремился постигать новое. Помню, как он приносил мне научные книги, статьи... Он был легким, душевным человеком, общение с ним было очень ценно для меня!

Какими воспоминаниями студенческих лет Вы могли бы поделиться?

На пятом и шестом курсах я совмещал учёбу в вузе и работу медбрата в офтальмологическом отделении Курской областной клинической больницы. Было много ночных дежурств. Запомнился случай, когда корова ударила пациентку рогами в глаза.

«Скорая помощь» привезла женщину в больницу, а глаз у неё был вырван из орбиты. Он висел на щеке, висел всего на одной мышце. Это была страшная картина!

Собрали врачебный консилиум. Помню, как во время консилиума профессор Д.С. Кроль сказал, что хотя глаз пациентки и утратил зрительные функции, но из эстетических соображений он может и должен быть сохранён. Так и было сделано! Даниил Соломонович провёл операцию и поставил глаз на место.

На следующем курсе у нас была так называемая «субординатура» по офтальмологии. Позже, после окончания вуза, я год учился в профильной интернатуре.

ЦРБ: вчера и сегодня

Александр Евгеньевич, в 1988 году, после окончания интернатуры, Вы стали работать врачом-офтальмологом в поликлиническом отделении Обоянской ЦРБ. Как изменилась Ваша работа за эти годы?

В первую очередь, я бы рассказал не об изменениях в своей работе, а в системе здравоохранения и в ритме жизни людей. Вряд ли сейчас кто-то поспорит с тем, что наши сограждане, в том числе жители небольших городов, таких как Обоянь, а также сельских районов, стали более мобильными.

Что это значит? Когда я только начинал работать, для всех было очевидно, что если у жителя Обоянского района возникли какие-то проблемы со здоровьем, то он обращается в Центральную районную больницу. При необходимости мы могли направить

пациента к областным специалистам в Курск. Также существовала возможность направить пациента в Москву, в федеральные медицинские учреждения.

Такие же возможности существуют и сегодня. Что же изменилось?

Существенная разница состоит в том, что сейчас пациенту совсем не обязательно обращаться в ЦРБ. Есть много частных клиник и в Курске, и в Белгороде, и в Москве. Также можно напрямую обратиться в областные или столичные государственные медицинские учреждения.

Получается, что районное звено здравоохранения, в определённой мере, утратило свою роль.

Районное звено продолжает оставаться очень важным, но у пациента появился выбор. Особенно это касается тех людей, которые привыкли пользоваться услугами частной медицины. С другой стороны, социальное значение государственного сектора здравоохранения и сегодня остаётся очень значимым.

Возможность выбора для пациента — позитивная особенность нашего времени!

Можно только приветствовать, что пациентам сейчас легче выбрать врача, который бы соответствовал их желаниям и представлениям. Но, одновременно, мы наблюдаем и другое явление, увя, не столь радостное: увеличилось количество случаев самолечения. Вместо того чтобы пойти к врачу пациенты начинают искать ответы на свои вопросы в Интернете или советуются в аптеке.

Несвоевременное обращение к доктору — это упущенное время!

У меня создаётся впечатление, что таких случаев сейчас стало больше, чем в конце восьмидесятых годов, когда я только начал работать.

Что Вы скажете о техническом оснащении?

Разумеется, в течение этих десятилетий оборудование в моём кабинете неоднократно обновлялось. Но главное событие, о котором хотелось бы рассказать — переезд в новую поликлинику, который состоялся в феврале 2024 года.

До недавнего времени поликлиническое отделение ЦРБ располагалось в элегантном здании, построенном ещё в 1882 году, при императоре Александре Втором. В те времена строили на века! Надеюсь, что это здание сохранится в Обояни как ценный исторический и архитектурный памятник. Но, конечно, переезд в новостройку назрел. И я очень рад, что он состоялся в этом году.

Мы получили не только новое, современное здание. Произойти полная замена оборудования во всех медицинских кабинетах. И это было, на мой взгляд, правильным, разумным решением! Жители Обояни и Обоянского района теперь имеют

поликлинику, которая соответствует всем медицинским стандартам и нормативным актам.

Сейчас Вы довольны техническим оснащением своего кабинета?

У меня есть всё необходимое для работы. Но, как говорится, нет предела совершенству! Например, было бы замечательно иметь во врачебном кабинете оптический когерентный томограф (ОКТ). Такое оборудование имеется в Курске, но и у нас в городе оно бы пригодилось!

Научная работа и повышение квалификации

Александр Евгеньевич, Вы успешно совмещаете практическую работу с научным поиском, повышением квалификации. Хотелось бы подробнее познакомиться с этой стороной Вашей жизни.

Каждый год я прохожу курсы повышения квалификации в Институте им. Гельмгольца в Москве. Довелось познакомиться с работой практически всех отделов и подразделений этого федерального научного центра.

Запомнились учебные курсы по ожогу глаза, иммунологии глаза, оптике глаза и многие другие. Доктора из регионов, которых направляют лечебные учреждения, могут учиться бесплатно. Это важный организационный момент!

Также регулярно участвую в конференциях, которые организует головной институт МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова, а также региональные подразделения МНТК. Мне довелось побывать на мероприятиях, по катарактальной хирургии, витреоретинальным хирургическим вмешательствам, воспалительным заболеваниями органа зрения. С удовольствием приезжаю на «Фёдоровские чтения». На этой ежегодной масштабной конференции можно узнать о новинках во всех без исключения сферах офтальмологии.

Ещё один научный форум, который меня привлекает — «Белые ночи» в Санкт-Петербурге. И, конечно же, активно участвую во всех профильных мероприятиях, которые проводятся в родном Курском государственном медицинском университете.

Вы ведь не только являетесь участником научных форумов, но и пишете статьи для научных журналов, в том числе в соавторстве с профессором В.И. Барановым.

Первая моя статья «Опыт лечения халязиона в начальных стадиях развития» была опубликована в 2009 году в научном-практическом сборнике, посвященном юбилею кафедры офтальмологии нашего вуза. Там впервые, как потом оказалось в мире, было предложено зондировать мейбомиевую железу металлическим зондом.

В дальнейшем практика показала, что металлический зонд травматичен для мейбомиевой железы. И тогда я предложил

использовать для этих целей собственную ресничку пациента. Сама природа подсказала это решение: в практике очень часто ресницы являются инородным телом, попадая в проток мейбомиевой железы. Коллеги-офтальмологи, в том числе профессор В.И. Баранов, эту идею поддержали!

В соавторстве с профессором В.И. Барановым был разработан «алгоритм лечения мейбомииитов», который включал зондирование мейбомиевой железы, вскрытие и комплекс консервативной терапии. Статья «Алгоритм консервативного лечения мейбомииитов» была представлена на международном офтальмологическом конгрессе «Белые ночи» в 2021 году, опубликована в Белорусском государственном медицинском университете в Минске, Курском государственном медицинском университете.

Основываясь на своем многолетнем опыте лечения мейбомииитов, была разработана в соавторстве с профессором В.И. Барановым классификация мейбомииитов. Статья «Классификация и алгоритм лечения мейбомииитов» была опубликована в «Российском офтальмологическом журнале» в 2022 году. В 2023 году в «Российском офтальмологическом журнале» опубликована в соавторстве с профессором В.И. Барановым статья «Клинические случаи мейбомииитов», где нами были представлены четыре клинических случая лечения мейбомииитов. В статье показана эффективность нашего метода лечения, удобства и наглядности предложенной классификации мейбомииитов.

Вся жизнь доктора — в «клинических картинах» пациентов!

Александр Евгеньевич, на мой взгляд, «изюминка» рубрики «Земский доктор» это — «клинические картины» пациентов, случаи из практики, которыми делаются коллеги в беседе с журналистом. Хотелось бы, чтобы и наша с Вами беседа не стала исключением!

Вся жизнь доктора — в «клинических картинах» пациентов. Если пациенту удастся эффективно помочь — это приносит огромное моральное удовлетворение. Конечно, в первую очередь в памяти остаются сравнительно редкие случаи.

Однажды ко мне пришла пациентка 63 лет. Она обратила внимание на помехи, которые мешают ей хорошо видеть. Как будто какая-то тень возникла у неё перед глазами. Я обнаружил хориоретинальную опухоль на сетчатке небольшого размера. Пациентка была направлена в Москву, в Институт Гельмгольца.

Коллеги из Москвы успешно применили метод брахитерапии. С помощью радиоактивных веществ удалось справиться с опухолью. При этом никаких негативных последствий для органа зрения не наступило. После брахитерапии зрение у пациентки не снизилось, здоровые ткани не пострадали, катаракта не развилась.



Площадь имени В.В. Петрова



Свято-Троицкий собор, 1898 г.



Памятник В.В. Петрову, первооткрывателю сварочной дуги



Спортивный комплекс с двумя плавательными бассейнами



Улица Ленина

Коллеги из Москвы провели виртуозную работу! Это не само собой разумеется! Речь идёт о сложной органосохранной операции, где необходимы точнейшие расчёты и «золотые руки» хирургов.

Мне этот случай запомнился именно потому, что он наглядно показал возможности брахитерапии. В дальнейшем в течение многих лет я наблюдал эту пациентку, рецидивов у неё не было.

Это пример того, как врачи-офтальмологи могут полностью излечить человека, в том числе при онкологическом заболевании.

Вскоре после проведения операции ко мне обратился муж этой пациентки с похожими жалобами. Ему был поставлен тот же диагноз. Но, к сожалению, у него была большая опухоль. В этой ситуации брахитерапию применить было уже невозможно. Единственным выходом, к сожалению, стала энуклеация глазного яблока и последующее протезирование.

Как Вы думаете, почему у обоих супругов было диагностировано офтальмоонкологическое заболевание?

У меня нет ответа на этот вопрос. Механизм возникновения всех онкологических заболеваний, в том числе органа зрения, ещё до конца не изучен. Поэтому мы не можем сказать, имелись ли какие-либо факторы, которые повлияли и на женщину, и на мужчину. Нельзя исключить и совпадения, случайности. Конечно, такие случаи остаются в памяти врача-офтальмолога!

Расскажу ещё одну историю. Однажды ночью меня вызвали в больницу. Пациентку привезли после ДТП. Я обнаружил, что верхнее веко разорвано, но глаз не пострадал. Стал осматривать и промывать рану. Грязь, мельчайшие осколки стекла — всё было промыто.

Вроде бы я сделал своё дело, промыл, зашил рану — можно было идти домой... Но я решил внимательнее изучить рану. И тогда обнаружил между глазом и верхней костной стенкой орбиты крошечные щепки и частицы краски.

Слава Богу, что эти частицы были обнаружены! Ведь если бы это не было сделано, у пациентки могло бы начаться воспалительное заболевание. Внимательное отношение к пациентам — основа деятельности врача. Если речь идёт о травмах, то это правило особенно актуально!

Из таких случаев и состоит врачебная практика!

Ещё один пример. В мой кабинет входит, даже не входит, а врывается взволнованный молодой мужчина и кричит: «Доктор! У меня в глазу проволока!»

И действительно, из глаза торчал тонкий кусочек проволоки. Пациент моргает, а проволока шлёпает по ресницам. Я провёл осмотр и увидел, что проволока пробила роговицу и застряла в ней. Ни радужка, ни хрусталик не были задеты.

Никакой операции здесь не требовалось. Я вытащил проволоку рукой из глаза, надел контактную линзу, выписал пациенту капли. Мужчина был очень испуган, его важно было успокоить, объяснить, что ему повезло, ничего страшного не произошло. Важно, чтобы эта ситуация стала для него уроком, научила соблюдать технику безопасности при проведении любых хозяйственных работ.

В этот раз он, по сути, отделался лёгким испугом, рана сама слиплась, истечения внутриглазной жидкости не было. Но в следующий раз есть риск лишиться глаза!

Ещё один примечательный случай. Пациентка 66 лет, перенесшая COVID, обратилась ко мне по поводу затуманенного зрения и сыпи по всему телу. Был поставлен диагноз: тотальный древовидный герпетический кератит. Редко такое бывает!

За две недели с заболеванием удалось справиться. Этот случай запомнился мне потому, что стал примером того, как COVID подавляет иммунную систему человека. Это оказывает влияние на весь организм, в том числе на орган зрения.

Однажды ко мне пришла на приём молодая мама с малюткой на руках. Девочке исполнился всего один месяц. Глазик загноился. У младенцев нередко встречаются конъюнктивиты. Поэтому, конечно, сначала я подумал об этом.

Что показал осмотр? На роговице младенца я обнаружил инородное тело: металлическую стружку, которая возникла при работе с болгаркой. Я рассказал об этом маме и спросил, мог ли ребёнок в течение последних дней оказаться в досягаемости работающей болгарки?

«Это, по всей вероятности, вчера произошло, — ответила мне молодая женщина. — Муж работал с болгаркой, а дочка была у меня на руках. Он попросил меня помочь, что-то подержать. Мы вдвоём к нему подошли... Конечно, если бы я знала, что в глаз ребёнка попадёт металлическая стружка, то не сделала бы этого!»

Остаётся надеяться, что эта история станет уроком для обоих родителей!

Аналогичный комментарий можно дать и другой истории. Однажды во врачебный кабинет вошли двое мужчин. По их облику было видно, что накануне они что-то активно отмечали, употребляли алкогольные напитки.

Одновременно пришли сразу два пациента? Подобная история не так часто происходит!

Я обратил внимание не только на этот аспект. Примечательным был внешний вид обоих пациентов. У одного пылала красным цветом правая сторона лица, у другого — левая сторона. У обоих слезились глаза.

Я стал расспрашивать, что же с ними вчера произошло. Оба друга живут в Обояне и работают в Москве вахтовым методом. После возвращения в родной город они решили отметить встречу в гараже одного из них. Выпито было немало...

Откуда появился ожог лица?

Это любопытная история! Я с удивлением узнал о том, что уже длительное время в гараже висит кварцевая лампа из операционной нашей больницы.

Как же кварцевая лампа попала в гараж?

Лампа подлежала утилизации, и кто-то из сотрудников больницы, нарушив все инструкции и правила, не стал утилизировать это оборудование, а передал его мужчине.

Эта история произошла больше десяти лет назад. Уверен, что сейчас в нашей больнице ничего подобного случиться не может!

Получается, что оба мужчины несколько часов простояли под кварцевой лампой. У одного обгорела правая сторона лица, у другого — левая.

Так всё и было! У обоих мужчин также пострадали глаза. Правда, всё прошло в течение нескольких дней. Я им прописал дезинфицирующие и ранозаживляющие капли для глаз. Им повезло в том, что в гараже оказалась старая кварцевая лампа, подлежащая утилизации. Там излучение не такое сильное, как у нового оборудования. Иначе ожог мог быть гораздо сильнее, с необратимыми последствиями для органа зрения.

А злосчастную лампу пациенты с извинениями вернули для утилизации в нашу больницу. Они поняли, что в гараже ей не место. На ближайшую помойку её тоже выбрасывать нельзя! Как говорится: всё хорошо, что хорошо кончается!

Хотел бы рассказать ещё об одном случае. На приём пришла женщина 57 лет с жалобами на снижение зрения и спросила, не появилась ли у неё возрастная катаракта.

Катаракты я у неё не обнаружил, но с удивлением увидел, что на один глаз надета контактная линза. Видимо, пациентка уже давно носила эту линзу, не снимая. У неё развился гипоксический кератит, отёк роговицы.

Линза на одном глазу? Как же так получилось?

Оказалось, что некоторое время назад пациентка решила начать носить контактные линзы вместо очков. По словам женщины, одна сделала одну-единственную попытку. Надела линзы, потом их сняла — и больше таких попыток не предпринимала. Этот опыт ей не понравился!

Вероятно, женщина была убеждена в том, что она сняла линзы с обоих глаз, но, на самом деле, на одном глазу линза осталась!

Эту линзу она проносила месяц, думая, сняла ее. К сожалению, это не единичный случай! И это — опасно! Длительное ношение контактных линз, нарушение правил их эксплуатации — в том числе и невольное — может привести к самым печальным последствиям!

В данном случае, последствия были не такими драматичными. Линзу я снял, с

гипоксическим кератитом мы сравнительно быстро справились.

Ещё одна история. Обратился папа пяти-месячного малыша. К веку ребёнка присосался клещ.

Почему этот случай мне запомнился? Наверное, потому, что он был единственным за мою долгую практику. Кроме того, извлекающая клеща, мне удалось применить «народный способ», о котором узнал из Интернета. Ниточкой я обмотал клеща за хоботок и потом крутящими движениями вынул его. Как будто бы вывинтил лампочку из розетки. Отличный способ. Удобный для доктора и безболезненный для пациента!

Александр Евгеньевич, позвольте поблагодарить Вас за интересную беседу!

*Беседу вёл Илья Бруштейн
Фотографии из архива А.Е. Сухомлинова*

ТРАНСКОНТАКТ

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

23 G
25 G
27 G

Аппарат для кроссликинга роговицы глаза «Локолинк»

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

ИАГ-лазерная деструкция стекловидного тела при травматическом гемофтальме и влияние его на агрегацию тромбоцитов

А.Н. Иванов, Е.М. Дегтярева

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва

Актуальность

Первичный гемостаз обеспечивается, в основном, адгезией и агрегацией кровяных пластинок. Еще до взаимодействия с сосудистой стенкой тромбоциты быстро подвергаются внутренней перестройке — меняют свою форму из плоской дискоидной в неправильную мешотчатую, образуют длинные отростки-псевдоподии, приобретают способность приклеиваться друг к другу и к соединительной ткани. Указанная перестройка тромбоцитов в кровотоке происходит до того, как они достигнут поврежденного участка сосуда, в силу чего к последнему они доставляются уже подготовленными к адгезии и агрегации.

Главный стимулятор агрегации тромбоцитов — АДФ, источником которого служат как поврежденная сосудистая стенка и

клетки эндотелия, так и эритроциты, подвергающиеся мацерации в зоне гемостаза.

Методика ИАГ-лазерного витреолизиса позволяет разрушить шварты стекловидного тела различной плотности с последующим лизисом, увеличить подвижность стекловидного тела, усилить эффект консервативной терапии.

Цель

Представить данные об изменении функциональной активности тромбоцитов в ответ на ИАГ-лазерное воздействие.

Материал и методы

Для определения агрегации тромбоцитов использована методика по Vogt в модификации Лысенко В.С., Муха А.И., 1997 г., максимально приближенная *in vivo*.

Исследована функция (агрегация) тромбоцитов 10 больным с травматическим гемофтальмом до и в процессе ИАГ-лазерного витреолизиса.

ИАГ-лазерное воздействие проводили по методике Иванова А.Н., Степанова А.В. 1997 г.:

на конгломераты крови оказывали ИАГ-лазерное ударное воздействие до разрушения гемофтальма и его лизиса.

Результаты и обсуждение

До ИАГ-лазерного воздействия коэффициент агрегации находился в пределах возрастной нормы (N до 45) и составлял от 4 до 30 мм.

После проведения ИАГ-лазерного воздействия на стекловидное тело при гемофтальме, во всех случаях наблюдалось повышение агрегации тромбоцитов в периферической крови: в 4-6 раз у 6 больных, что составило от 105 до 140 мм, в 3 раза у 2 больных (30-45 мм), у одного больного отмечалось незначительное повышение данного показателя с 10 до 17 мм. В одном случае отмечено повышение агрегации тромбоцитов в 19 раз (от 10 мм до 190 мм) через 30 минут после ИАГ-лазерного воздействия.

При продолжении ИАГ-лазерного воздействия у 3 больных отмечено снижение агрегации тромбоцитов до 4-12 мм. После

двухнедельного перерыва лечения данный показатель составил 10-30 мм. При следующем курсе ИАГ-лазерного витреолизиса наблюдалось повторное повышение функциональной активности тромбоцитов до 120-140 мм. Данные изменения могут быть обусловлены снижением количества тромбоцитов в периферической крови.

Повышение агрегации тромбоцитов, вероятно, вызвано лизисом эритроцитов во время ИАГ-лазерного разрушения патологического компонента стекловидного тела и высвобождением из них гемоглобина.

Выводы

После проведения ИАГ-лазерного витреолизиса у больных с травматическим гемофтальмом наблюдается значительное повышение агрегации тромбоцитов в периферической крови. Это следует учитывать при ИАГ-лазерном лечении пациентов с общесоматическими заболеваниями, сопровождающимися повышением агрегации тромбоцитов, и пожилых пациентов с повышенным риском тромбообразования.

Оптическая когерентная томография в ангиорежиме в оценке ангиоархитектоники переднего отдела глаза

В.В. Макухина, Т.Н. Киселева, С.В. Саакян, К.В. Луговкина, С.В. Милаш, О.А. Иванова

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва

Цель

Изучить возможности оптической когерентной томографии в ангиорежиме в оценке качественных и количественных характеристик сосудистой сети конъюнктивы и радужки в норме и при различных заболеваниях.

Материал и методы

Обследовано 20 здоровых добровольцев (20 глаз), 20 пациентов (20 глаз) с невусами и меланомами конъюнктивы, 46 пациентов (46 глаз) с невусами и меланомами иридоцилиарной зоны, 2 пациента (2 глаза) с глазным ишемическим синдромом (ГИС) и 2 пациента (2 глаза) с васкуляризацией роговицы. Проводили оптическую когерентную томографию (ОКТ) и оптическую когерентную томографию в ангиорежиме (ОКТ-А) переднего отдела глаза (ПОГ) с качественной оценкой (ход и калибр сосудов, наличие их патологической извитости) и количественным анализом ангиограмм с определенным показателем сосудистой плотности (PD, %): средней (MPD), максимальной (MaxPD) и PD перифокальных тканей (PPD).

Результаты

В норме по 8 сегментам конъюнктивы выявлялись преимущественно радиально ориентированные сосуды, имеющие одинаковый калибр на всем протяжении; более крупные сосуды чаще выявлялись в глубоких слоях конъюнктивы. Минимальное значение PD регистрировали в нижнем секторе (29,9%), максимальное — во внутреннем (36,7%). Невусы конъюнктивы характеризовались наличием собственных разнокалиберных сосудов, неравномерным их распределением с формированием участков плотного скопления, а также аваскулярными зонами, соответствующими кистам. Меланомы отличались увеличением числа зон «кружевного паттерна» и наличием зон «сливного паттерна»; средний показатель MaxPD составил более 50%. Выявлена разница между значениями показателя MPD в норме и при меланоме конъюнктивы.

В норме сосуды радужки по 4 квадрантам ориентированы радиально, незначи-

тельно извиты, просвет равномерный. Максимальная сосудистая плотность зарегистрирована в нижнем квадранте (43,9%), минимальная — в темпоральном (38,5%). В невусах радужки определялась собственная сосудистая сеть, организованная по типу сети либо клубка и перпендикулярная радужке ориентация сосудов. Просвет их чаще был равномерным, а значения показателя PD не превышали нормальные. При меланоме радужки собственные сосуды были расположены хаотично либо ориентированы вдоль оси новообразования. Просвет их чаще был неравномерным. Значения MaxPD приближались к верхней границе нормы, остальные показатели не превышали нормальные значения.

У пациентов с ГИС выявлено снижение толщины и сглаженность рельефа передней поверхности радужки. При ОКТ-А радужки с рубезом визуализировалось увеличение сосудистой плотности, а показатели PD были повышены во всех квадрантах с максимальным значением 77,8%.

У пациентов с лейкомой роговицы при поверхностном расположении на томограмме выявлены штопорообразно извитые новообразованные сосуды, а при помутнении, расположенном в задних слоях роговицы, новообразованные сосуды визуализировались менее отчетливо, имели разнообразный вариант хода, сохраняли равномерный калибр на протяжении.

Выводы

ОКТ-А ПОГ является высокоинформативным методом для визуализации сосудов конъюнктивы и радужки в норме и при их новообразованиях. Метод информативен у пациентов с неоваскуляризацией роговицы, а при глазном ишемическом синдроме ОКТ и ОКТ-А переднего отдела глаза могут выявить дополнительные диагностические признаки гипоперфузии и ишемического поражения глаза. Для оценки количественных характеристик сосудистой плотности помимо MPD и PPD следует использовать показатели MaxPD.

Сборник научных трудов «XVI Российский общенациональный офтальмологический форум — 2023»




МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ НОЖИ
КАИ (ЯПОНИЯ)

ЯПОНСКОЕ КАЧЕСТВО



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



Н.В. Ефремова: Творчество как способ реабилитации

В газете «Поле зрения» регулярно публикуются интервью с руководителями и активистами региональных организаций Всероссийского общества слепых (ВОС), которые развивают яркие, интересные реабилитационные проекты.

Наталья Владимировна Ефремова с 2015 года возглавляет Красносельскую межрайонную организацию ВОС, объединяющую более полутысячи незрячих и слабовидящих людей, проживающих в Красносельском и Петродворцовом районах Санкт-Петербурга, а также Ломоносовском районе Ленинградской области.

Н.В. Ефремова убеждена в том, что главное условие реабилитации людей с инвалидностью — активная жизненная позиция, вовлечённость в настоящее дело, стремление помочь своим товарищам по несчастью, поделиться с ними своими знаниями и навыками.

С 2017 года Н.В. Ефремова развивает творческий проект «Слепому подарили краски», в рамках которого инвалиды по зрению под руководством профессиональных художников постигают основы художественного творчества и декоративно-прикладного искусства. Эта деятельность доступна не только слабовидящим людям, но и тем, кто полностью лишён зрения.

Результаты совместной творческой работы профессионалов и «любителей с особыми потребностями» вызвали большой интерес у петербургской общественности. Масштабные художественные выставки уже состоялись на различных городских площадках, в том числе в духовно-просветительском центре «Святодуховский» Александро-Невской Лавры и в Законодательном собрании Санкт-Петербурга (Мариинском дворце). В 2024 году с картинами «особых» петербуржцев смогут познакомиться москвичи — запланирован показ художественных работ в выставочном зале Храма Спасителя.

В январе 2023 года в Красносельской межрайонной организации ВОС родился новый проект: незрячие и слабовидящие женщины стали вязать шерстяные носки и плести маскировочные сети для военнослужащих, находящихся в зоне СВО.

«Слепому подарили краски»

Наталья Владимировна, один из самых известных и успешных Ваших проектов носит необычное название «Слепому подарили краски». Его цель — приобщение людей с инвалидностью по зрению к художественному творчеству и декоративно-прикладному искусству, организация их взаимодействия с профессиональными деятелями искусства, организация мастер-классов, пленэров, художественных выставок. Не могли бы Вы подробнее рассказать об этой работе?

Художественное творчество интересовало меня всю жизнь, с самого детства. Это было моим увлечением, несмотря на проблемы со зрением. Хотя о карьере профессионального художника никогда не мечтала! Живописи стала уделять больше внимания с 2015 года. Как раз в это время меня избрали председателем Красносельской межрайонной организации ВОС.

В Санкт-Петербурге познакомилась со многими профессиональными художниками, посетила их мастер-классы. В 2017 году в Интернете натолкнулась на замечательное стихотворение московской поэтессы и барда Марины Желтовой, которое называется «Слепому подарили краски». Мне подумалось, что эти строки могут стать названием нашего нового проекта.

В стихотворении Марины Желтовой проникновенно описывается выставка незрячего художника «И все смотрели, восхищаясь...// Один художник знаменитый// Слез не скрывая, тихо плакал,// Сливаясь с шумною толпой...// Воспитанник хорошей школы,// Любимый многими, маститый,// Он понял, что впервые в жизни// Он пожалел, что не слепой...»

Марина Желтова пишет в своём стихотворении о художнике, который не видит, но создаёт свои картины благодаря «внутреннему зрению», душевному порыву: «Без школ, пособий и уроков// Наставниками не изучен// Он выливал в картинах душу,// Он отдавал — не рисовал...// Он отдавал себя, не глядя,// Не так, как мог бы быть научен,// Не так, как мог бы это видеть// А так, как сердцем понимал».

Это стихотворение посвящено конкретному незрячему художнику?

Когда мы лично познакомилась с Мариной Желтовой и она приехала на открытие нашей выставки, то она рассказала мне, что никогда не была связана ни с художественным творчеством, ни с

реабилитацией инвалидов по зрению и сюжет стихотворения ей приснился. В стихотворении говорится о том, как человек преодолевает внешние обстоятельства: слепота не должна становится препятствием для творчества! Творчество — это тоже способ реабилитации!

Суть нашего проекта заключается в том, что профессиональные живописцы, члены Союза художников России, еженедельно проводят мастер-классы для слабовидящих людей. С 2017 года в этой работе принимают участие сразу шесть замечательных мастеров: Дарья Кашуба, Наталья Козлинская, Серафима Калинина, Дина Байметенова, Дмитрий Роза и Вугар Мамедов.

Каждый мастер-класс даёт возможность написать картину за один день! Всего за несколько лет существования проекта было создано более тысячи работ. На наших выставках мы демонстрируем лучшие.

У самодеятельных художников имеется остаток зрения?

Как правило, присутствует остаток зрения, порой совсем небольшой. Хотя у нас были примеры, когда тотально незрячие тоже принимали участие в мастер-классах. Они наносили краски на холст не кистями, а непосредственно пальцами. И там было много краски, картина имела объём!



Художественный мастер-класс

Как идёт взаимодействие между профессиональными художниками и слабовидящими людьми?

Я бы сравнила этот процесс с тифлокомментированием. Наверное, почти все читатели знают, что в современном кинопроизводстве выпускаются фильмы, специально адаптированные для незрячих и слабовидящих людей. Это значит, что «особые» зрители не только слушают речь героев, но и получают информацию о том, что происходит на экране. Это могут быть описания окружающего ландшафта, костюмов героев, их жестов, мимики и т.д.

Тифлокомментатор описывает всё, что помогает незрячему и слабовидящему зрителю понять содержание фильма.

Точно также можно представить работу художника во время проведения мастер-класса. Ему необходимо подробно объяснять всё, что люди не могут увидеть. Это касается и композиции картины, и художественных приёмов.

Итог работы: создание живописных полотен, которые в дальнейшем радуют самодеятельных художников долгие годы, которые несут в себе огромный заряд позитивной энергии! А на выставках они интересны зрителям: и с художественной точки зрения, и как пример успешной реабилитации!



В декоративно-прикладном искусстве тоже очень много возможностей: мозаика, рисунки на фольге, объемная аппликация, различные поделки из картона, из гофрированной бумаги т.д.

Как финансируются мастер-классы, покупка расходных материалов, организация выставок?

Как правило, участники мастер-классов должны сами приобрести только холсты для картин, если они хотят необычный размер. Краски, кисти, мольберты покупаются на деньги благотворителей. К сожалению, постоянных источников финансирования у нас нет. Наши замечательные художники, в основном, работают на добровольных началах. Иногда удаётся организовать поддержку со стороны Санкт-Петербургской региональной организации ВОС.

О выставках мы договариваемся самостоятельно, или нас приглашают сами организации. С подготовкой картин и доставкой помогают сами художники. У нас чудесная команда! Каждый старается помочь. И благодаря этому проект продолжает жить!

В последнее время Вы проводите мастер-классы не только в Санкт-Петербурге, но и в других регионах.

У нас уже были мастер-классы в Кирове, Нальчике, Махачкале. Планируются выезды в Томск, Казань, Крым, Беларусь и Армению. В такие командировки мы ездим вдвоём: профессиональный художник и я. Как правило, нас принимают региональные организации Всероссийского общества слепых. В Татарстане мы планируем организовать мастер-класс для людей с различными формами инвалидности.

Мы берём с собой всё необходимое: мольберты, краски, холсты... В чём идея этих выездных мастер-классов? Показать сотрудникам ВОС, моим коллегам, что такая форма работы нужна и востребована, в том числе, и в их регионе!

На мой взгляд, для проведения мастер-классов разумно привлекать студентов художественных вузов и колледжей. А такие учебные заведения есть во многих городах. Юноши и девушки могут получить замечательную педагогическую практику, попробовать себя в волонтерстве.

Какое значение для Вас имеет проведение художественных выставок?

Каждая выставка — это не только возможность представить широкой общественности наше художественное творчество, но и рассказать о многих других



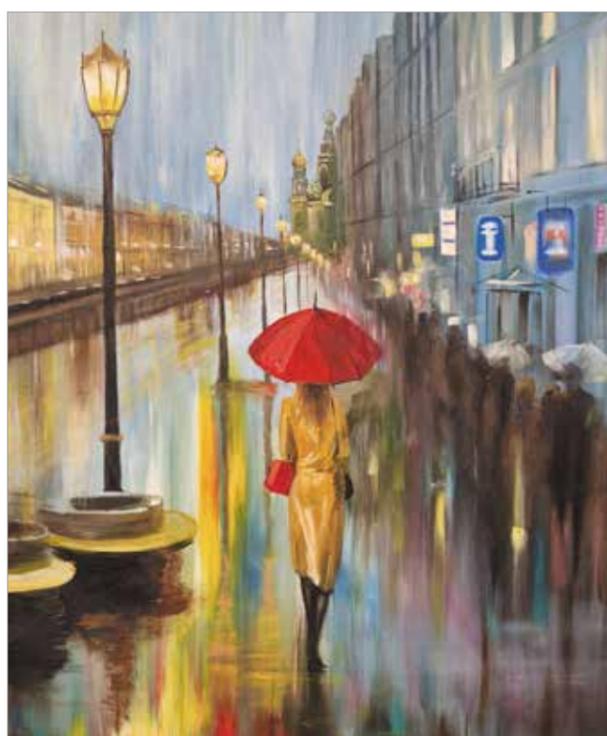
Совместное фото перед экскурсией



Н.В. Ефремова проводит экскурсию по выставке



Н.В. Ефремова за мольбертом



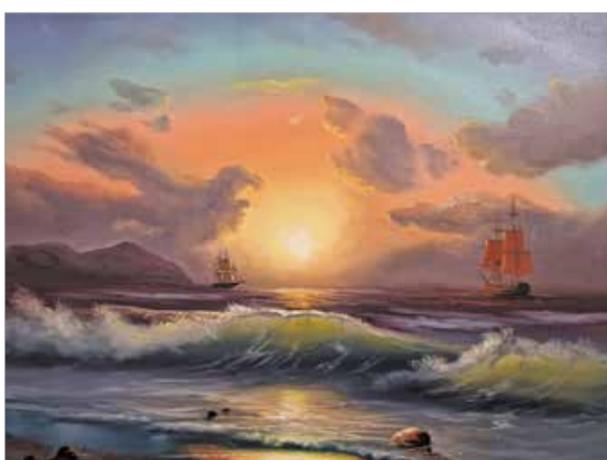
Н.В. Ефремова «Любимый Питер»



Работа участницы выставки З. Великой «Ирисы»



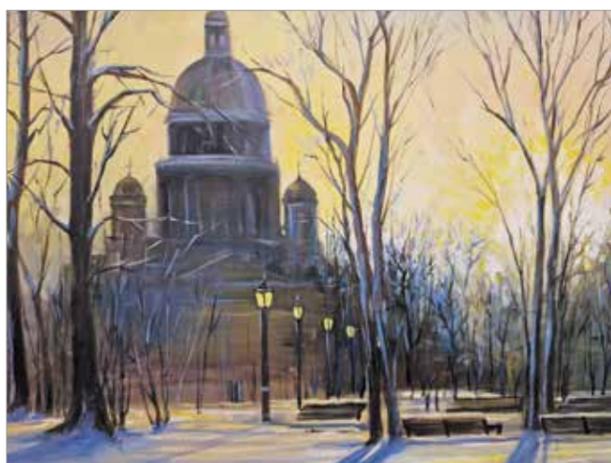
Н.В. Ефремова «Летом»



Н.В. Ефремова «Алые паруса»



Н.В. Ефремова «Валаам»



Н.В. Ефремова «Исаакиевский собор»



Работа участницы выставки З. Великой «Друзья»



Поделки незрячих петербуржцев



Физкультура радует в любом возрасте!

аспектах деятельности Общества слепых. Выставка — это шанс обрести новых друзей и помощников!

Экспозиция в духовно-просветительском центре «Святодуховский» Александро-Невской Лавры, а также в выставочном зале Храма Христа Спасителя — особая честь и ответственность для нас. Именно Вера помогает многим нашим самодеятельным художникам преодолевать тяготы инвалидности. Все традиционные конфессии учат нас не роптать на Судьбу, сохранять внутренний стержень, нести в мир добро... Художественное творчество — зримое проявление Веры, божественного начала в человеке.

Наталья Владимировна, в стихотворении Марины Желтовой, которое мы уже цитировали, есть такие строки: «В его картинах солнце — грело // В его ручьях — сводило ноги... // Гудели тучи, пели птицы, // Журчали нежно ручейки... // Шумели клены и березы, // И друг о дружку бились вишни, // Стеклянным звоном наполняя фруктовый садик у реки...»

Московская поэтесса говорит об искренности незрячего художника, особой проникновенности его творчества! Думаю, что зрители могут ощутить эту искренность на наших выставках. Каждая из них — важный стимул для продолжения работы.

Кстати, хотела бы обратиться к читателям газеты «Поле зрения», которые придут на наши выставки, с небольшой просьбой. В «Книге отзывов» люди часто пишут, что «все работы очень понравились». Это замечательно! Но выставки у нас групповые. А каждому художнику очень ценно и приятно, когда отмечают именно его работу... Поэтому, пожалуйста, не стесняйтесь писать в отзывах, какие работы особенно понравились и тронули душу!

Для людей, полностью лишённых зрения, на наших выставках всегда есть экспонаты, доступные для тактильного восприятия. Это объёмные картины ленточками, нитками, из меха. Поэтому знакомство с выставкой может стать первым шагом к собственному художественному творчеству.

И танцы, и песни, и карвинг

Красносельскую межрайонную организацию ВОС Вы возглавили в 2015 году. Расскажите, пожалуйста, о Ваших первых шагах на этом посту, о том, как сейчас строится Ваша работа?

Председатель межрайонной организации — выборная должность. На ежегодное общее собрание приглашаются все члены ВОС, которые зарегистрированы в нашей организации.

Когда меня выбрали на должность председателя, то прошлый руководитель уже не работала в организации. Поэтому практически вся реабилитационная работа сошла на нет. Мне никто не «передавал дела», надо было начинать с чистого листа. Но у меня тогда и сейчас работают чудесные помощники, мои секретари. Была Ландина Лидия Григорьевна, а сейчас — Трендецкая Маргарита Викторовна. Одна мне все объясняла, вторую уже я вводила в курс дела. И без этих «волшебниц» мне было бы значительно сложнее!

Особенность работы ВОС состоит в том, что каждая районная или межрайонная организация фактически находится на «самообеспечении». Центральное правление оплачивает содержание офиса, обеспечивает небольшую зарплату для председателя и секретаря, оказывает

организационно-методическую поддержку. Но чтобы работа продвигалась, должна быть «инициатива снизу». В том числе, связанная с поиском финансирования, преподавателей-волонтеров.

Не могу не отметить постоянную организационно-методическую помощь и поддержку, внимание к нашим делам со стороны председателя Санкт-Петербургской региональной организации Всероссийского общества слепых Алексея Борисовича Колосова.

В настоящее время у нас работает вокальная студия «Адреналин» под руководством Натальи Фроловой. У неё разнообразный репертуар. Есть и солисты, и хоровая группа. Создан реабилитационно-хореографический коллектив «Позитив». Его преподаватель — Татьяна Амельченко. Изюминка состоит в том, что мы активно работаем с людьми со множественными сопутствующими заболеваниями. С помощью танцев даже проводится реабилитация после инсульта.

Интересна судьба и второго хореографического коллектива под руководством Ирины Шадиной. Она обучает танцу «чарльстон» и другим направлениям как наших подопечных, так и жителей Красносельского района. Этот коллектив выступил на празднике к 50-летию района и Санкт-Петербургском фестивале «Старшие в городе». Летом занятия проходят в парке, среди каштанов.

Это и есть настоящая инклюзия!

Мы всегда очень рады, когда в наших мероприятиях принимают участие самые разные люди, в том числе не имеющие проблем со зрением! У нас действует две группы адаптивной физкультуры. Одна из них круглый год — в том числе зимой! — занимается на свежем воздухе, под открытым небом с Игорем Дмитриевым. Вторая группа собирается в офисе организации, где есть многофункциональное просторное помещение. Она носит название «Поверь в себя». Руководитель — Вячеслав Маслов. В основном, используется китайская методика «Цигун».

Не могу не упомянуть ещё об одном нашем направлении работы — это группа карвинга.

Карвинг — художественная нарезка овощей и фруктов с помощью специальных ножей. Можно создавать «розочки» из репы, различные съедобные поделки из огурцов и помидоров и т.д.

Карвинг — это изысканное украшение стола, хорошее настроение. Мне очень приятно, что члены ВОС могут овладеть такими полезными и востребованными в жизни навыками! А еще, это очень сближает поколения, когда наши бабушки, вместе с внуками, дома вырезают из картошки лапоток с фаршем, а вечером угощают членов семьи. Или вместе создают фруктово-ягодный букет.

Вы часто ездите на экскурсии, не сидите на месте!

Поездки, путешествия — неотъемлемая часть нашей работы. Мы даже выделили это в отдельный проект «Узнаем мир вместе!» Участвуем в бесплатных экскурсиях по достопримечательностям региона, которые организуют для пенсионеров, инвалидов и других категорий граждан муниципальные власти. Регулярно ездим на экскурсии по музеям, добираясь группой на метро и электричках. Кроме того, у нашей организации налажены контакты с турфирмами и



Посылка для фронтовиков

круизной компанией «Водоход», позволяющие путешествовать с большой скидкой.

Также есть программы «Аэрофлота», позволяющие ветеранам один раз в год получить бесплатный билет на самолёт вместе с сопровождающим. Мы помогаем воспользоваться этой возможностью. Я заранее списываюсь с городами, куда планируется совершить поездку. Как правило, нам удаётся на льготных условиях разместиться в гостиницах, получить бесплатные экскурсии, театральные билеты. Таким образом, туризм становится доступным для людей с ограниченными возможностями здоровья!

Найти настоящее дело!

Наталья Владимировна, хотелось бы побольше узнать о буднях председателя местной организации Общества слепых. С какими вопросами приходят к Вам люди?

По профессии я — социальный работник. Вроде бы есть и практический опыт, и теоретическая подготовка, чтобы помочь людям, и ответить на все возникающие вопросы.

Но в реальной жизни порой возникают драматичные ситуации, надолго остающиеся в памяти и оставляющие зарубки на сердце. Около пяти лет назад мне позвонила женщина, которая не могла сдержать слёз во время телефонного разговора. Она рассказала о том, что её сын Сергей, который как раз заканчивает школу, слепнет у неё на глазах...

Пригласила взволнованную маму в наш офис. Разговор продолжался три с половиной часа... Потом мы общались втроем, вместе с Серёжей.

Как можно помочь в такой ситуации?

Я убеждена в том, что социальный работник всегда должен предлагать чёткий, конкретный и реалистичный план действий в любой жизненной ситуации. Ограничиваться общими словами, положительными примерами и оптимистичными призывами — недопустимо! И ещё: только настоящее дело может помочь человеку!

Для Серёжи таким планом действий, важным, настоящим делом стала учёба на юридическом факультете вуза. Учёба, ставшая самой лучшей реабилитацией! Недавно он получил диплом и с гордостью написал мне письмо: «Наталья Владимировна, готов Вас с радостью консультировать по всем юридическим вопросам!» А ещё Серёжа стал посещать специализированный реабилитационный конноспортивный клуб, увлёкся керамикой.

Другая жизненная ситуация: ко мне обратилась незрячая молодая женщина с высшим образованием. Творческий, талантливый человек. Но, к сожалению, в силу ряда причин реализовать себя на профессиональном поприще она не смогла. Конечно, страдала от этого... Возникла совместная идея: создать группу в Ватсапе «Blind Spb» — «Незрячие Петербурга».

Что особенного? Ещё одна группа в Ватсапе! Но на самом деле удалось создать востребованную виртуальную платформу, объединяющую инвалидов по зрению Северной столицы. В группе люди общаются, обмениваются информацией, договариваются о встречах «вживую». Завязываются дружеские контакты, собираются компании для совместных экскурсий, выездов на природу. Быть модератором и активным участником такой Интернет-платформы тоже может стать настоящим делом для человека, который раньше был невостребован!

Если можешь помочь — помоги!

Члены Вашей организации регулярно отправляют посылки в зону СВО. Как возникла эта идея?

Всероссийское общество слепых — неотъемлемая часть общества. Всё, что происходит в стране, не может нас не волновать! Тем более, что СВО — это не что-то абстрактное, что показывают только по телевизору... У многих членов организации в зоне боевых действий находятся близкие, родные люди, за которых болит сердце. Самую первую посылку мы передали с командиром бригады, который возвращался из госпиталя к своим ребятам.

Один из давних друзей нашей организации, руководитель петербургской компании «Ленремонт» Денис Николаевич Сорокин, регулярно совершает поездки из Санкт-Петербурга в зону СВО. Его служебный микроавтобус всегда заполнен посылками. После этих командировок появляются фото- и видеоотчёты в социальных сетях.

Люди знакомятся с этими отчётами и появляется желание помочь?

У членов нашей организации тоже возникло желание принять участие в этом добром деле. Наш жизненный принцип: если можешь помочь — помоги!

В каждую посылку мы вкладываем по рукописному письму и рисунку. Письмо написано членами нашей организации, пожилыми людьми, ветеранами. Есть у нас и члены ВОС, которые детьми пережили Ленинградскую блокаду. Они обращаются к бойцам, опираясь на свой жизненный опыт... А рисунок — от детей или подростков. Мы обратились к учителям и учащимся близлежащих школ. И нам стали приносить рисунки для бойцов. Иногда рисунки тоже сопровождаются рукописными посланиями.

В посылке обязательно находится место для тёплых шерстяных носков. Некоторые наши женщины настолько проворны, что могут за неделю связать несколько пар. А кто-то одну пару вяжет целый месяц... Но, в любом случае, все носочки связаны с большой теплотой и любовью! Также в каждую посылку мы кладем кофе, сладости, козинаки, энергетические и зерновые батончики. Всё, что может порадовать бойцов!

Проявление солидарности с воинами — продолжение и развитие традиций Всероссийского общества слепых. В годы Великой Отечественной войны незрячие люди вязали шерстяные носки, плели маскировочные сети. Артилы незрячих выполняли заказы оборонных заводов.

Всё это — часть нашей истории, которую хочется вспомнить именно сейчас! В 2024 году Ленинградская (Санкт-Петербургская) организация ВОС отмечает своё столетие. Намечается открытие памятника «слухачам» — двенадцати незрячим бойцам специальной части противовоздушной обороны Ленинградского фронта, которые благодаря своему обострённому слуху представляли важную информацию о приближении вражеских самолётов.

Незрячие люди не подлежали призыву в армию. Все 12 слухачей были добровольцами. Они прошли жёсткий отбор из нескольких десятков желающих послужить Родине. Помня об этих традициях, о героях прошлого, члены ВОС и сегодня хотят быть полезными родной стране.

Илья Бруштейн
Фотографии автора
и из архива Н.В. Ефремовой



TELEON[®]
Surgical Optics

AKTive[®]
ITALY
Ophthalmic Instruments

Surgix

ophthalmic surgical products

Эксперт в поставке материалов
для офтальмологии.

Проверен временем.

HOYA
SURGICAL OPTICS

aptissen

ebiga
VISION



ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ

- Предустановленные устройства для интраокулярной коррекции зрения производства HOYA Corporation, Япония
- Премиальные интраокулярные линзы семейства LENTIS®: варифокальные и с технологией EDOF производства Teleon® Surgical B.V., Нидерланды

ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

- Микрохирургические инструменты и расходные материалы производства AKTive®, Италия

ХИРУРГИЯ ГЛАУКОМЫ

- Вискоэластичное дренажное средство HEALflow производства APTISSEN S.A., Швейцария

СЕТЧАТКА И СТЕКЛОВИДНОЕ ТЕЛО

- Микронутриенты МакуЛюкс, МакуКап, ВитроКап производства ebiga-VISION GmbH, Германия



Дистрибьютор 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, Подмоскowie 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: апрель 2024. Тираж 1000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 212. © «Поле зрения», 2024. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.