

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№3(65) МАЙ-ИЮНЬ 2021

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ



Общая и военная офтальмология

В соответствии с планом научных мероприятий Главного военно-медицинского Управления МО РФ (ГВМУ МО РФ) и Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМедА) 14-15 мая 2021 г. состоялась юбилейная конференция «Общая и военная офтальмология», посвященная 100-летию со дня рождения профессора В.В. Волкова. В ходе работы конференции были проведены сборы главных специалистов-офтальмологов военных округов и флотов МО РФ с обсуждением вопросов организации офтальмологической помощи в ВС РФ.

В конференции приняли участие руководство Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации, руководство ВМедА имени С.М. Кирова, представители кафедры офтальмологии имени профессора В.В. Волкова ВМедА, ГВКГ им. Бурденко, главные офтальмологи округов и флотов, сотрудники ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России, ФГБНУ «НИИГБ», Северо-Западного медицинского университета, Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета, филиалов ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России и других научных и медицинских учреждений страны. > стр. 7

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



К.м.н. А.Б. Качанов:

Мы помогаем пациентам лучше видеть, в том числе разглядеть «вторую половинку»

Заведующий отделением рефракционной хирургии и контактной коррекции Санкт-Петербургского филиала ФГАУ НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова Минздрава РФ, к.м.н. А.Б.Качанов — один из самых опытных офтальмохирургов Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова. За свою жизнь он выполнил более тридцати тысяч операций (хирургия переднего и заднего отрезков, вспомогательного аппарата глаза, офтальмотравматология и т.д.).

С 2000 года, когда Андрей Борисович стал сотрудником рефракционного отделения Санкт-Петербургского филиала МНТК, он осуществил более 28000 эксимерных и фемтосекундных лазерных рефракционных вмешательств. В 2019 году опытный доктор возглавил отделение рефракционной хирургии и контактной коррекции. На фемтосекундном лазере VISUMAX А.Б. Качанов осуществил более 7000 операций ReLEx® SMILE. > стр. 15

ЗЕМСКИЙ ДОКТОР



Главный офтальмолог Псковской области Т.К. Борисова:

Я радею за Псковщину!

В прошлом номере газеты «Поле зрения» мы познакомили читателей с новой рубрикой — «Земский доктор». Она посвящена нашим коллегам из областных и районных центров России, их достижениям и проблемам. В этот раз собеседником корреспондента газеты «Поле зрения» стала заведующая офтальмологическим отделением Псковской областной клинической больницы, главный офтальмолог Псковской области Т.К. Борисова.

Псковская область — регион пограничный. Её соседями являются сразу три зарубежных государства: Беларусь, Эстония и Латвия. «Россия начинается здесь!» — с этим звучным девизом местные туристические компании рекламируют экскурсионные поездки по древней земле, знаменитой своими белокаменными храмами и средневековыми крепостными стенами. Красоты псковщины увековечены в стихах А.С. Пушкина, музыке М.П. Мусоргского и картинах Н.К. Рериха.

Наша беседа поможет узнать много нового об организации офтальмологической помощи в этом регионе. > стр. 19

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА

«Жизнь и деятельность
тайного советника
Эдуарда Андреевича
Юнге»

В.А. Рейтузов, А.Ф. Соболев,
Ю.А. Кириллов, М.В. Юхно

> стр. 3

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



«Голубой океан Артема
Власенко»

Интервью с руководителем
компании «Оптик-Центр»
А.В. Власенко

> стр. 18

ЛЕКЦИИ

НПВС нового поколения:
эффективность
и безопасность

В.П. Еричев

> стр. 20

Новые возможности
диагностики и лечения
сетчатки

Н.В. Муратова

> стр. 23

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ



«Офтальмология —
первая отрасль
медицины, в которой
стали применять лазеры»

Интервью
с д.м.н. И.А. Мушковой

> стр. 26



«К отличному зрению —
еще быстрее»

Репортаж о пресс-конференции
Санкт-Петербургского
филиала «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова»

> стр. 27

Также в номере:

Конференции > стр. 9, 12

Научные статьи > стр. 31-34

Чтение для души > стр. 35

К незримому солнцу > стр. 41

К отличному зрению — еще быстрее

16 апреля 2021 года в Санкт-Петербургском филиале ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» состоялась пресс-конференция «К отличному зрению — еще быстрее», посвященная презентации первого в Санкт-Петербурге и Северо-Западном федеральном округе эксимерного лазера нового поколения SCHWIND AMARIS 1050RS. Поставки прибора на российский рынок осуществляются компанией «Трейдомед инвест».

В пресс-конференции приняли участие директор Санкт-Петербургского филиала ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, заслуженный врач Российской Федерации профессор Э.В. Бойко, первый заместитель главы Администрации Фрунзенского района Санкт-Петербурга Ю.Г. Фролова, заведующий отделением рефракционной хирургии и патологии роговицы Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» А.В. Титов и заведующий отделением рефракционной хирургии и контактной коррекции Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» к.м.н. А.Б. Качанов.

.....-> стр. 27



НОВОСТИ

Раствор для контактные линз превратит их в лекарство от глаукомы

Белгородский государственный национальный исследовательский университет (НИУ «БелГУ»), сообщает ТАСС, создал раствор для контактных линз с лечебными и профилактическими свойствами при глаукоме. Данный раствор для насыщения мягких контактных линз имеет встроенную систему лекарственной доставки, эффективную при лечении глаукомы, осложненной миопией.

Состав раствора позволяет снизить внутриглазное давление и регенерировать ткани глаза. Так как это не обычные капли, а раствор, насыщающий линзы, достигается пролонгированный эффект и возрастает эффективность лечения. Комментирует врач-офтальмолог Белгородской областной детской клинической больницы Наталья Кривошапова: «Насыщенные лекарственным

веществом глазные вставки обладают рядом преимуществ, увеличением времени контакта лекарственного вещества с поверхностью глаза, уменьшением системных побочных эффектов».

В рамках исследования ученые разобрались с проблемой быстрого вымывания препарата вследствие низкой вязкости. Поэтому при изготовлении раствора используется гиалуронат натрия (применяют в так называемой «искусственной слезе»). Линзы помещаются в контейнер с лекарственным раствором на определенный срок, в течение которого происходит связывание действующих веществ с поверхностью линз. В итоге получают равномерно покрытые тонким лекарственным слоем контактные линзы.

Источник: meddaily.ru

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	Периграф «ПЕРИКОМ» с полно-размерным ноутбуком 17.3", лицензионным WINDOWS 10 и установленным прикладным ПО
— поставка с цветным струйным или лазерным принтером	— 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

Технология «подключает» камеру к мозгу и подает в него изображение напрямую, без помощи глаз

В России создали первый отечественный имплант для головного мозга, который позволит вернуть зрение многим слепым людям, сообщают «Известия». Разработка была представлена на Петербургском международном экономическом форуме.

По словам создателей, вернуть зрение с помощью проекта ELVIS (Electronic Vision) смогут как минимум 20% слепых из России.

Технология подойдет тем людям, которые имели зрительный опыт, однако полностью потеряли зрение. При этом у них не должен быть поврежден мозг. Разработка предусматривает «подключение» камеры к мозгу и предоставление изображения в него напрямую, без помощи глаз.

Подобный процесс обеспечивают три блока системы, благодаря синхронной работе которых слепой человек сможет увидеть силуэты предметов и людей, понимать, где и что находится.

«Нейроимплант ELVIS поможет слепым людям, для которых сегодня больше не доступны никакие методы терапевтического и хирургического лечения. К этой группе относятся пациенты с такими сложными заболеваниями, как терминальная глаукома, которая занимает первое место во

всем мире как причина необратимой слепоты, терминальный пигментный ретинит и другие генетические дистрофии сетчатки, тотальная отслойка сетчатки, опухоли зрительного нерва и зрительных путей. Также кортикальный имплант позволит видеть людям, у которых по какой-либо причине физически отсутствуют глаза», — рассказал руководитель проекта, директор лаборатории «Сенсор-Тех» Денис Кулешов.

Как отмечают эксперты, работающие со слепыми людьми, даже частичное восстановление зрительных функций способно открыть новые возможности для слепого человека и облегчить жизнь его родственникам.

Исполнительный директор фонда поддержки слепоглухих «Со-единение» Наталья Соколова подчеркнула, что человек сможет ориентироваться в пространстве без посторонней помощи и перестанет нуждаться в сопровождении.

Сейчас компоненты системы ELVIS испытывают на грызунах, а затем ее протестируют на обезьянах. В 2023 году имплант планируется установить десяти незрячим добровольцам. Разработчики полагают, что с 2027 года операции станут широко доступны в России, а затем и в других странах.

Источник: Ren.tv

Исследователи приблизились к излечению глаукомы с помощью пересадки клеток

Ученые МФТИ и эксперты из Гарварда представили искусственно выращенные клетки сетчатки, способные интегрироваться в сетчатку. Это первая успешная попытка трансплантации ганглиозных клеток (нейронов сетчатки, разрушаемых глаукомой), полученных из стволовых клеток в лабораторных условиях. Ученые протестировали технологию на мышах и установили, что клетки интегрировались и выжили в течение года, пишет Eurek Alert.

В будущем исследователи планируют создать специализированные банки клеток, которые позволят проводить индивидуальную терапию для каждого пациента. Ганглиозные клетки сетчатки, которые обычно повреждаются при глаукоме, отвечают за передачу визуальной информации. Ученым удалось не только вырастить нейроны (ганглиозные клетки сетчатки считаются специализированными нейронами), но и пересадить их в глаза мышей, добившись правильного вставания искусственной ткани сетчатки.

Источник: meddaily.ru

Жизнь и деятельность тайного советника Эдуарда Андреевича Юнге

В.А. Рейтузов, А.Ф. Соболев, Ю.А. Кириллов, М.В. Юхно

В 2021 г. исполняется 190 лет основоположнику школ российских и украинских офтальмологов Эдуарду Андреевичу Юнге. В течение 22 лет он руководил кафедрой офтальмологии Императорской Медико-хирургической академии (ИМХА) (1860 — 1882). Эдуард Андреевич Юнге являлся доктором медицины (1860), профессором (1860), академиком ИМХА (1872), тайным советником (1881), совещательным член Военно-медицинского ученого комитета, членом Совета министра государственных имуществ, директором и академиком Петровской лесной и земледельческой академии (1883 — 1890) в г. Москве.

Эдуард Андреевич Юнге (Johann Eduard Junge) родился 12 ноября 1831 г. в городе Митау Курляндской губернии (в настоящее время г. Елгава, Латвия) в семье Иоганна Генриха Юнге (Johann Heinrich Junge) и Гертруды Вильгельмины Гейдель (Gertruda Wilhelmine Geidel). Рижскую гимназию он окончил в 1850 г., а в 1851 г. поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета.

После его окончания с отличием в 1856 г. произведен в лекари. Именно в это время Рудольф Вирхов опубликовал свои работы по целлюлярной патологии, совершившие переворот в медицине. Врачи, в т.ч. офтальмологи, отказались от парадигмы нарушения обмена жидкостей, которая лежала в основе медицинских воззрений более двух тысячелетий, и стали изучать морфологические и физиологические изменения, приводящие к заболеваниям. Этому способствовало развитие оптического производства в Германии, в частности разработка в г. Йене микроскопов на научной основе (синусы Аббе).

В 1856 г. Э.А. Юнге за свой счет отправился за границу для «усовершенствования в офтальмологии». Он занимался изучением глазных болезней в клинике профессора Альбрехта фон Грефе, лабораториях Германа фон Гельмольца, Рудольфа Вирхова, Иоганна Мюллера. А. фон Грефе доверил ему читать частный курс анатомии глаза, привлекал к проведению занятий по офтальмокопии.

Э.А. Юнге показал себя видным офтальмоморфологом. Им был опубликован ряд работ, посвященных гистологии глаза: Zur Histologie der Glashaute /Medic. Centralbl. —

1857. (Гистология стекловидного тела); Beitrage zur pathologischen Anatomie in der getigten Nerzhaut. / Archiv f. Ophthalmologie. — 1859. (Прибавления к патологической анатомии тигроидной сетчатки); Ueber die intraocularn Druckverhaltnisse / Vortrag. in Congress der Ophthal. in Heidelberg. — 1859. (О внутриглазном давлении); Ophthalmologisch microscopische Notizen /Archiv f. Ophthalmologie. — 1859, V.2. — P. 124. (Заметки по офтальмологической микроскопии.); Veranderungen der Netzhaut nach continuirlichen Druck eines Tumors auf den Nervus opticus (Исследование сетчатки после длительного сдавления опухолю зрительного нерва).

Своими научными публикациями, а также участием в преподавательской работе у самого А. фон Грефе Э.А. Юнге привлек внимание Президента Императорской Медико-хирургической академии (ИМХА) П.А. Дубовицкого, который старался организовать обучение офтальмологии по европейскому образцу.

Через своего секретаря он предложил Э.А. Юнге возглавить академическую (факультетскую) клинику глазных болезней, которую планировали открыть в 1860 г.

Э.А. Юнге не отказывался от предложенной должности, но продолжал заниматься организацией клиники факультетской офтальмологии в Москве. В это время в Императорском Московском университете, также как и в Императорской Медико-хирургической академии, проводилась реформа, основанная на идее этапности клинического преподавания. В университете организовывались три типа клиник: пропедевтические, в которых студенты 3-го года обучения осваивали пропедевтику и семиотику внутренних и хирургических болезней; факультетские, в которых у студентов 4-го курса формировалось клиническое мышление и шло освоение искусства работы с больными; госпитальные, где выпускники университета в ходе самостоятельной работы должны были приобрести собственный опыт диагностики и лечения.

В начале 1860 г. Э. А. Юнге защитил в Императорском Московском университете докторскую диссертацию на тему «Beitrag zur Pathologischen Anatomik in der getigten Netzhaut» (прибавления к патологической анатомии «тигroidной» сетчатки — тапеторетинальной абииотрофии сетчатки).



Эдуард Андреевич Юнге

Между военным ведомством и Министерством просвещения возникло соревнование за право приглашения Э.А. Юнге на должность руководителя кафедры факультетской офтальмологии. 10 сентября 1860 года на медицинском факультете Императорского Московского университета, в котором Юнге собирался продолжить свою лечебную и научную деятельность, он был избран экстраординарным профессором при клинике факультетской хирургии и немедленно приступил к работе. Экстраординарный профессор мог организовать лишь курс глазных болезней, выделение палат для вновь формируемой клиники офтальмологии было встречено без энтузиазма.

Указом императора Александра II 28 июня 1860 г. была открыта кафедра офтальмологии в ИМХА. По положению Военного совета, утверждённому указом Императора Александра II, среди новых пяти кафедр была открыта самостоятельная кафедра для преподавания учения о глазных болезнях.

19 сентября 1860 г. конференция ИМХА по предложению её Президента профессора П.А. Дубовицкого единогласно избрала Э.А. Юнге на должность ординарного профессора кафедры.

Перед молодым профессором встал непростой выбор. Некоторые историки медицины считают, что это был этический выбор, но это не так. Дело в том, что ординарный профессор получал чин VI класса, который приравнялся в воинскому званию подполковник. Оклад ординарного профессора был в два раза выше, чем у экстраординарного профессора, а самое главное, он был самостоятелен в выборе теории и практики преподавания, — а именно этого и добивался Э.А. Юнге. Последующие годы становления офтальмологии в России показали, что 29-летний Э. А. Юнге — самый



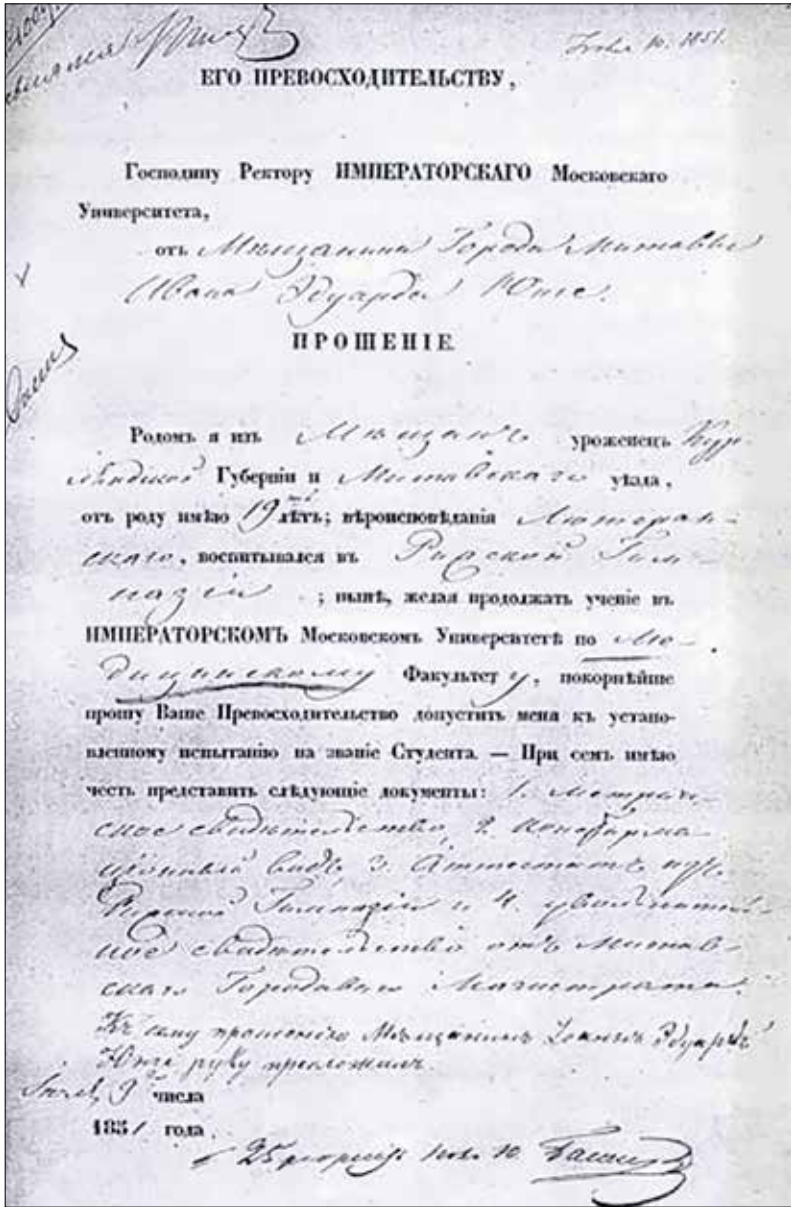
Императорский Московский университет. Фото из открытых источников

ОСТ- 130 000 А-сканов\сек

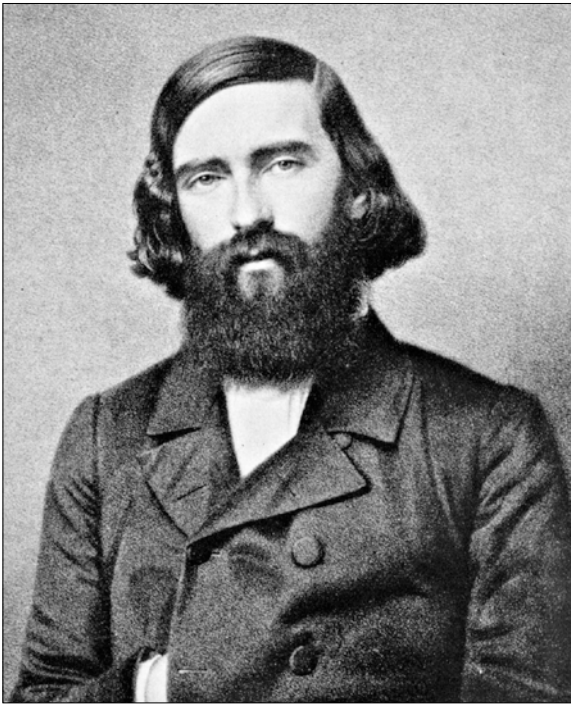
Режим ОКТА с современными возможностями аналитики

www.stormoff.com
oko@stormoff.com
optic@stormoff.com

(495) 780-7691
(495) 956-0557



Прошение Э.А. Юнге о поступлении в университет



А. фон Грефе, 1858 г.
Фото из открытых источников



П.А. Дубовицкий — реформатор Императорской
Медико-хирургической академии

районам Египта, Ливии и Туниса. Он лечил трахому, выполнял операции экстракции катаракты. Операции проводились в огромной палатке с отдельным входом и выходом. Больные входили с одной стороны палатки, в течение нескольких минут им выполнялась экстракция катаракты, и из палатки они выходили уже прозревшими. Некоторые пациенты утверждали, что Юнге их вычлел прикосновением руки.

За короткий срок слава о докторе, «несомненно, посланном Аллахом», разнеслась по всем окрестным селениям. В 1863 г. Бей Туниса Хайрадин-паша награждает Э.А. Юнге орденом Нишана (Славы) 3-й степени.

По возвращении из командировки Юнге опубликовал статью «Несколько слов о так называемой Ophthalmia militaris» («Московская Медицинская Газета», 1861).

Для лечения эпидемических заболеваний (особенно трахомы) среди военнослужащих Э.А. Юнге выезжал в гарнизоны, где обучал врачей методом диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний. Отчеты о поездке в войска публиковались в «Военно-медицинском журнале» и являлись по существу руководством для военных врачей.

По инициативе Э.А. Юнге с целью профилактики глазных болезней и организации специализированной помощи в армии в 1875 г. Э.А. Юнге в Северной Африке обросло легендами. В одежде бедуна он вместе с проводником проехал по отдаленным пустынным

Во время войны с Турцией 1877 — 1878 гг. профессор Э.А. Юнге совместно с доцентом В.Н. Добровольским командированы Главным управлением Красного Креста в Дунайскую армию, где оказывали военно-полевую специализированную офтальмологическую помощь.

Э.А. Юнге добился внедрения в России метрической системы, предложенной Ф.К. Дондерсом в 1875 г. на конгрессе окулистов в Гейдельберге; создал таблицу для исследования остроты зрения на русском языке; настоятельно рекомендовал оптикам России шлифовать оптические стекла «на научной основе», заложив основы оптического производства в России.

Взяв за образец учебный план А. фон Грефе, Юнге внес в учебный процесс существенные изменения. Лекции читались в аудитории 4 раза в неделю и включали теоретическую часть и подробный разбор больных. Практические занятия проводили ассистенты 2 раза в неделю по 2 часа. Дважды в неделю проводился обход больных.

Кроме того, приват-доцентами читались отдельные частные курсы по различным отделам офтальмологии. Ассистент академической клиники, избранный приват-доцентом В.И. Добровольский вел курсы по офтальмологии и физиологии органа зрения. В 1874 г. он перевел с французского языка, дополнил и прокомментировал «Руководство к изучению глазных болезней» (1875) Э. Мейера и с немецкого — «Аномалии рефракции и аккомодации глаза» А. Нагеля

(издавалось в 1869, 1881), которые использовались в качестве учебных пособий.

Приват-доцент А.В. Ходин написал пособие по глазным болезням «Практическая офтальмология» (1879), посвятив её в знак благодарности и уважения своему учителю, профессору Э.А. Юнге. С 1879 по 1899 гг. вышло 5 изданий этого пособия. Он также опубликовал работу «Офтальмоскопия и ее применение к офтальмологии и общей медицине» (1880) и «Курс глазных болезней» (1881).

К числу важных заслуг Э.А. Юнге следует отнести дальнейшее активное внедрение в учебный процесс офтальмоскопии, начатое в 1858 г. И.И. Кабатом в госпитальной клинике офтальмологии.

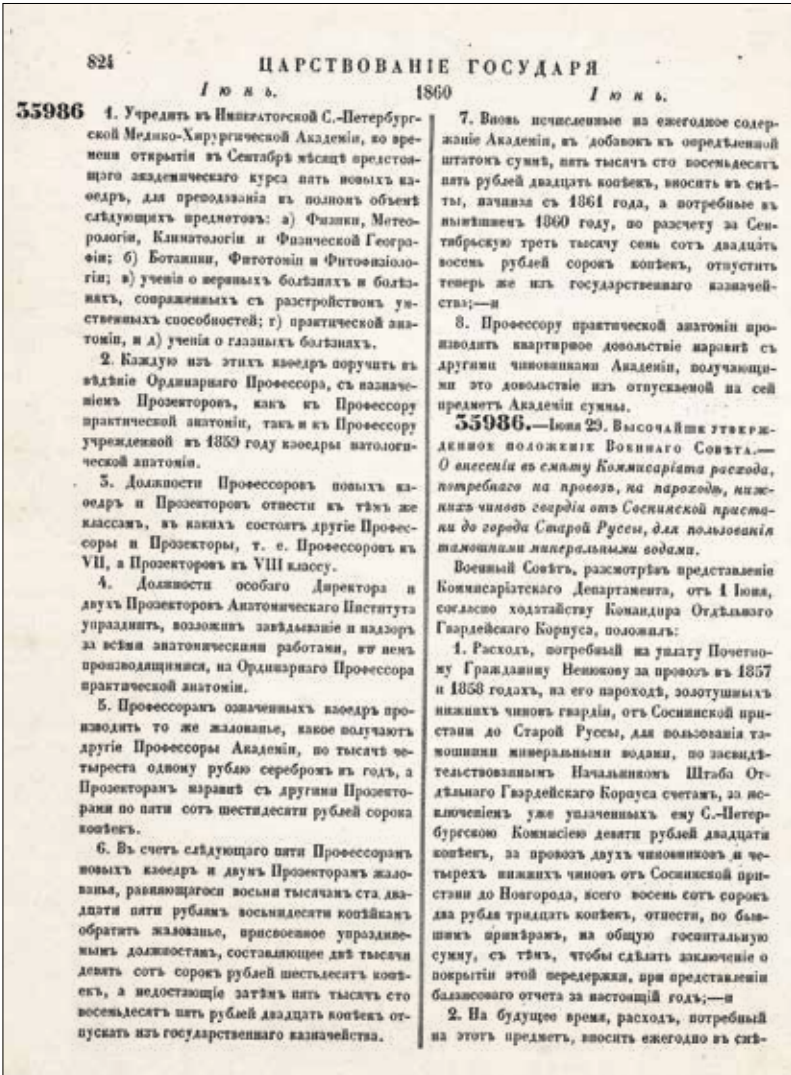
Э.А. Юнге ходатайствовал перед Конференцией академии о выдаче выпускникам академии офтальмоскопов, которые вместе со стетоскопом и термометром позволяли бы лекарю проводить диагностику заболевания у больного. Медицинский департамент Военного Министрства подготовил Указ Императора Александра II о выдаче офтальмоскопов студентам после окончания курса обучения, который был издан в мае 1861 г.

Традиция, когда каждому выпускнику академии, вместе с дипломом вручали ручной зеркальный офтальмоскоп, сохранялась многие годы, вплоть до 60-х годов XX в.

Диагностике заболеваний с помощью офтальмоскопии стали придавать настолько важное значение, что в 1878 г. на Конференции академии внесли предложение создать самостоятельную кафедру офтальмоскопии. Э.А. Юнге не без труда удалось убедить коллег в целесообразности выделения офтальмоскопии из учения о глазных болезнях.

Э.А. Юнге стоял у истоков высшего женского медицинского образования в России. При ИМХА в 1872 г. стараниями Главного военно-медицинского инспектора Н.И. Козлова были открыты «Курсы учёных акушерок». Это были первые высшие женские медицинские курсы не только в России, но и в мире. Э.А. Юнге начал читать лекции, а после перевода курсов на базу Николаевского клинического военного госпиталя, преподавание перепоручалось его ассистентам.

В 1861 г. по рекомендации П.А. Дубовицкого Э.А. Юнге был назначен профессором-консультантом военных госпиталей, что давало ему возможность переводить больных в глазные клиники как для лечения, так и для учебного процесса.



Указ Императора Александра II об утверждении положения Военного Совета «Об учреждении новых кафедр и упразднении некоторых должностей в Императорской Медико-хирургической академии»

При кафедре офтальмологии в академии 8 января 1861 г. открыта академическая (факультетская) клиника на 24 койки, в которой Э.А. Юнге внедрил в практику современные для того времени хирургические вмешательства. Клиника располагалась вначале в клиническом военном госпитале на берегу Невы, а 23 декабря 1873 г. переведена Михайловскую клиническую больницу, построенную на средства, завещанные бывшим Президентом академии баронометом Я. В. Виллие, в которой разместились все академические (факультетские) клиники.

Академическая окулистическая клиника занимала площадь 150,08 кв. саженей, располагалась на верхнем этаже правого бокового флигеля больницы. В клинике были развернуты кабинет заведующего флигеля больницы. В клинике были размещены кабинет ассистента с приёмной комнатой, буфетная, вспомогательные помещения, квартиры фельдшера и надзирательницы. В середине 80-х г. XIX в. были организованы лаборатории

для микроскопических, физиологических и патологических исследований. В клинике было восемь палат на 20 больных: две палаты на 4 и шесть палат на 2 человека. На каждого больного приходилось 4,45 кубических саженей воздуха. Вентиляция вытяжная. Отопление осуществлялось голландскими печами и каминами. Освещение было газовым, а в 90-х годах XIX в. заменено на электрическое.

На производственное содержание больного полагалось 33 копейки в день. Из 20 коек 4 были платными (от 45 до 60 рублей в месяц). Отбор больных осуществлялся с учётом лечебных и учебных интересов.

Клиника работала в течение 9 учебных месяцев. Прием стационарных больных начинался в сентябре и оканчивался во второй половине апреля. В нижнем этаже здания находились помещения для практических занятий студентов и врачей офтальмоскопией, а также помещений для проведения амбулаторных операций. Амбулатория



Учебное пособие по офтальмологии, составленное по лекциям Э.А. Юнге

36976.—Мая 6. Именной, объявленный в приказе по военному ведомству. — О снабжении офтальмоскопами выпускаемых в казенную медицинскую службу, в звании лекарей, казеннокоштных воспитанников Императорской Медико-Хирургической Академии и Университетов.

Государь Император, по всеподданнейшему докладу представления Медицинского Департамента Военного Министерства, в 6 день текущего Мая Высочайше повелеть соизволил: всём казеннокоштным воспитанникам Императорской Медико-Хирургической Академии и Университетов, выпускаемых в казенную медицинскую службу в звании лекарей, снабжать безденежно простышками и удобнейшими офтальмоскопами, подобно тому, как им безденежно отпускаются лекарские карманные наборы, отнеся необходимый расход на изготовление потребного числа означенных снарядов на операционные суммы Медицинского Департамента Военного Министерства.

Указ Императора Александра II от 06 мая 1861 г.

работала до 1 июня. В клинике по штату числились профессор, ассистент, фельдшер, надзирательница, два служителя и четыре сиделки.

Приём больных производился 4 раза в неделю ассистентом клиники. Операции проводились дважды в неделю, на них разрешалось ассистировать прикомандированным для обучения врачам.

Благодаря усилиям избранного в 1872 г. академиком ИМХА Э.А. Юнге клиника была оснащена современными на тот период инструментами и приборами для исследования органа зрения, а также для проведения морфологических исследований. С этой целью для клиники в 1874 г. было выделено 1028 рублей (на оснащение всех клиник в Михайловской больнице было выделено 3 000 рублей), а в последующем выделялось до 300 — 600 рублей ежегодно.

В 1869 г. после перевода И.И. Кабата на вышестоящую должность профессор Э.А. Юнге также возглавил госпитальную офтальмологическую клинику. В ней были палаты для офицеров, солдат, гражданских лиц благородного происхождения и простолудных. В помощь Э.А. Юнге ассистентом был назначен Н.И. Тихомиров.

Для улучшения и расширения научных исследований академика Э.А. Юнге организовал при госпитальной клинике vivarium (животных), на его содержание выделялось 60 — 100 рублей в год.

Под руководством Э.А. Юнге было подготовлено более 30 диссертаций.

Столь значительное даже для руководителей современных кафедр количество подготовленных научных работ было обусловлено тем, что с 1858 г. в ИМХА стали оставлять 10 лучших её выпускников для подготовки диссертации доктора медицины (так называемый «профессорский институт»). Они прикомандировывались к клинике ИМХА на трехлетний срок для написания научной работы под руководством профессора. Трех лучших выпускников «профессорского института», отправлялись на два года за границу для ознакомления с постановкой научного, учебного и лечебного дел в ведущих университетах и клиниках Европы. После этой командировки они, как правило, зачислялись в постоянный состав клиники.

Остальные молодые доктора медицины, которых не командировали за границу, направлялись в распоряжение Военно-медицинского ведомства на руководящие должности. Количество выполненных диссертационных работ в академии резко возросло.

Основные направления научных исследований академика Э.А. Юнге: анатомия и гистология органа зрения, физиология зрения, физиологическая оптика. Многие работы были выполнены

на высоком методическом уровне, соответствующем европейским стандартам.

Нормальной и патологической анатомии, гистологии органа зрения были посвящены докторские диссертации В.П. Розова «О зернистом глазном пигменте человека и некоторых млекопитающих животных» (1862); И.П. Суворова «О нервных сплетениях и нервных ячейках в радужной оболочке глаза» (1862); И.И. Белещко «О грануляциях на соединительной перепонке век или о так называемой Ophthalmia Militaris» (1863); П.П. Пелехина «Фонтанов канал, несправедливо называемый Шлеммовым» (1865); Н.П. Бетлинга «О новообразованиях сетчатой оболочки глаза (Pseudoplasma Retinae)» (1866); Н.Ф. Толочникова «Об окончании нервов в эпителиальном слое роговой оболочки человека» (1867); В.А. Миллиота «Опыт возрождения нормального хрусталика у некоторых млекопитающих животных, после удаления его лоскутным сечением» (1868); М.П. Николаева «К гистологии роговой оболочки человеческого глаза» (1868); А.М. Руднева «О стекловидных образованиях в сосудистой оболочке человеческого глаза и о стекловидном перерождении сосудов её» (1869); А.А. Потехина «О клетках стекловидного тела» (1879); С.В. Посадского «Патолого-анатомические изменения сетчатки при некоторых общих заболеваниях» (1882).



Здание управления Императорской Военно-Медицинской академии, 1873 г.
Фото из открытых источников



Здание Михайловской клинической больницы, в которой разместились академические клиники



Вид на Коктебель, 30-е годы XX в.

Не менее важное значение придавалось научным исследованиям в области физиологии, фармакологии и физиологической оптики. Были выполнены диссертационные исследования М.И. Меморского «О влиянии местных условий на кровообращение и о явлениях диффузии внутри глаза» (1863); Г.Г. Прозорова «О физиологическом действии лекарственных веществ на слизистую оболочку век в гистологическом отношении» (1863); К.А. Котовича «О влиянии некоторых лекарственных веществ на соединительную оболочку век» (1865); А.Д. Марсикани «Исследование Мариоттова пятна глаза» (1866); Н.И. Тихомирова «Материалы для изучения вопроса о явлениях диффузии чрез живую роговую оболочку» (1867); В.И. Добровольского «Прибавление к учению об аномалиях рефракции и аккомодации глаза» (1868); Э.Г. Траутфеттера «Определение путём физиологического опыта нерва, заведующего приспособлением глаза» (1868); Н.В. Ушакова «О границах поля зрения в глазах с различным преломлением» (1868); П.И. Гольдгаара «Опыт определения наименьших количеств рассеянного света, ощущаемого глазом» (1869); В.В. Киселева «К вопросу о проникании жидкостей через роговую оболочку животного глаза» (1869); И.Г. Демченко «К физиологии отделения и проведения слёз» (1871); М.И. Рейха «Материалы для определения границ поля зрения и условий мышечной работы в глазах с различным преломлением» (1871); В.П. Рубашкина «О влиянии общих кровоупусканий на травматическое воспаление роговой оболочки и о регенерации эпителия на язвенной поверхности её» (1871); Г.А. Миткевича «К вопросу об остроте центрального зрения и отношении его к границам поля зрения в глазах различной рефракции» (1874); А.А. Тена «Об остроте зрения и интенсивности светового ощущения на периферии сетчатки» (1875); А.А. Никитина «К вопросу о количественном определении цветоощущения» (1879); Д.Н. Данилова «К вопросу об аномалиях цветоощущения» (1880); Д.И. Белова «Материал к учению об условиях динамического равновесия наружных и внутренних прямых мышц в глазах различной рефракции» (1881); Л.М. Хашкевича «Фармакологическое и терапевтическое значение пилокарпина вообще и в офтальмологии в частности» (1881).

Ученики профессора Э.А. Юнге внесли существенный вклад в развитие отечественной офтальмологии, их работы широко цитировались в трудах отечественных и зарубежных офтальмологов.

Четыре ученика академика Э.А. Юнге стали ординарными профессорами. Профессор В.И. Добровольский, преемник Э.А. Юнге по кафедре офтальмологии в ИВМА, успешно защитил диссертацию на тему «Прибавление к учению об аномалиях рефракции и аккомодации глаза» (1868). В ней он впервые в мире описал хрусталиковый астигматизм. В.И. Добровольский был членом Гейльдебургского научного медицинского общества офтальмологов.

Профессор А.В. Иванов в 1867 г. был прикомандирован к ИВМА для усовершенствования в клинике глазных болезней. Э.А. Юнге, будучи цензором диссертации А.В. Иванова, помог ему оформить

докторскую диссертацию на тему «Материал для нормальной и патологической анатомии хрусталика». Работа была основана на исследованиях, выполненных им в лаборатории Н. Müller'a. После защиты докторской диссертации А.В. Иванов, страдавший легочной формой туберкулёза, получил назначение ординатором в глазное отделение Киевского военного госпиталя. Президент ИМХА П.А. Дубовицкий по ходатайству Э.А. Юнге добился выделения денег за счёт средств Военного министерства для научной командировки в Германию А.В. Иванова для окончания научных исследований. Именно в 1867–1869 гг. А.В. Иванов опубликовал работы по сравнительной анатомии цилиарных мышц в глазах с различной рефракцией, строению сетчатки и сосудистой оболочки. Эти работы получили мировую известность. После возвращения из заграничной командировки в 1869 г., А.В. Иванов избран экстраординарным профессором, а затем — первым ординарным профессором клиники офтальмологии в Киевском университете.

А.В. Ходин, защитил докторскую диссертацию «К вопросу о точке вращения в глазах различной рефракции» (1873), этой темой ранее занимался сам Э.А. Юнге. С 1877 г. А.В. Ходин работал ассистентом в ИМХА. Он избран вторым ординарным профессором клиники офтальмологии Университета Святого Владимира в Киеве. В 1883 г. А.В. Ходин основал журнал «Вестник офтальмологии» — первое периодическое издание для офтальмологов, который до сегодняшнего дня является самым авторитетным профессиональным журналом.

Профессор Ф.А. Ерофеев, организатор и первый руководитель кафедры офтальмологии Новосибирского университета при научной консультации А.В. Ходина подготовил докторскую диссертацию о мышцах глаза. В 1876–1878 гг. проходил военную службу ординатором при Киевском военном госпитале. В 1880 г. после защиты диссертации в ИМХА (Э.А. Юнге был её цензором) на тему «К учению о внутриглазных мышцах человека» ему присвоена учёная степень доктора медицины. В 1891 г. Ф.А. Ерофеев избран экстраординарным, а с 1893 г. — ординарным профессором по кафедре офтальмологии Томского университета (избирался членом правления университета).

Среди учеников Э.А. Юнге — Н.И. Тихомиров. Будучи студентом, он подготовил записи лекций Э.А. Юнге по офтальмологии, которые были литографированы и стали учебным пособием. Н.И. Тихомиров в 1869–1882 гг. работал ассистентом в госпитальной глазной клинике ИМХА, в 1883 г. был назначен начальником отделения Николаевского военного госпиталя — окружным окулистом Санкт-Петербургского военного округа. Пожалован почётным лейб-окулистом в 1886 г., а в 1897–1913 гг. он — лейб-окулист Высочайшего двора, получил чин действительного тайного советника (соответствует званию генерал-полковника), внёс существенный вклад в развитие офтальмологии.

Профессор Э.А. Юнге лично опубликовал более 100 собственных научных работ, трижды участвовал в международных офтальмологических конгрессах: в Париже (1867), в Лондоне (1872), в Нью-Йорке (1876).

Начиная с 70-х гг. XIX в. в учебных заведениях, в том числе ИМХА, стал проявляться результат разрушительной работы революционеров, «пошедших в народ». Установленный порядок в академии стал нарушаться шумными демонстрациями против какого-либо непопулярного члена Конференции.

Главный Военно-медицинский инспектор и Конференция академии были отстранены от непосредственного управления студентами. Вместо них 2 ноября 1874 г. была учреждена временная «Комиссия для управления делами Академии». Председателем этой комиссии назначался генерал, имевший непосредственный доклад у Военного министра. Вместе с руководителем академии, в эту комиссию входили некоторые профессора, в т.ч. получивший чин тайного советника (соответствует званию генерал-лейтенанта) в 1881 г., академик Э.А. Юнге. После покушения и гибели Императора Александра II ИМХА 1 июня 1881 г. была реорганизована. Она была переименована в Императорскую Военно-медицинскую академию и подчинена Военному министру. Во «Временном положении об академии», предусматривавшим меры чрезвычайного характера, направленные на урегулирование ситуации в академии численность обучаемых была резко сокращена. Вместо двух первых курсов, служивших источниками волнений, было принято решение сформировать так называемый подготовительный курс с небольшим количеством кафедр, где могли бы дополнить своё образование студенты, прослужившие два курса физико-математического факультета. На старшие курсы принимались студенты медицинских факультетов из других университетов.

Из-за категорического несогласия с проводимой в Академии реорганизацией, академик Э.А. Юнге отказался от уже принятого решения Конференции об очередном продлении срока руководства кафедрой и в 1882 г. вышел в отставку. Как авторитетному организатору и педагогу, имевшему умеренные монархические взгляды, в 1883 г. Э.А. Юнге предложили возглавить в Москве Петровскую земледельческую и лесную академию. В то время руководство, профессорско-преподавательский состав и студенчество этой академии отличалось политической неблагонадежностью. Директору академии были предоставлены расширенные полномочия, в том числе право приостанавливать решения Совета академии, а также право отчислять студентов.

За время своего руководства тайный советник Э.А. Юнге существенно реорганизовал педагогический процесс. Было закрыто лесное отделение академии с целью большей специализации академии. Он придал практическую направленность обучению, упорядочил работу, укрепил дисциплину всех подразделений академии. Однако, в 1890 г. революционные выступления студентов, выступивших против принятия нового Устава академии, привели к прекращению приема обучающихся, закрытию академии (с последующим преобразованием её в институт) и к уходу Э.А. Юнге в отставку.

Тайный советник, Э.А. Юнге был кавалером орденов Святой Анны I и II степени, Святого Владимира II и III степени, Святого Станислава I и II степени, Белого орла, тунисского ордена Нишана III степени, Золотой Демидовской медали.

Выйдя в отставку, Э.А. Юнге поселился в Крыму, в окрестностях Коктебеля. Еще в конце 1870-х гг. он открыл для себя это место, прибыв туда верхом по горам. Местность его поразила, он задумал превратить засушливую и дику Коктебельскую долину в цветущий сад.

*С тех пор как отроком у молчаливых
Торжественно-пустынных берегов
Оннулся я — душа моя развлялась,
И мысль росла, лепилась и ваялась
По складкам гор, по выгибам холмов.
Огнь древних недр и дождевая влага
Двойным резцом ваяли облик твой, —
И сих холмов однообразный строй,
И напряжённый пафос Карадага,
Сосредоточенность и теснота
Зубчатых скал, а рядом широта
Степных равнин и мреющие дали.*

М. Волошин, Коктебель, 1918

За 12 тысяч рублей Э.А. Юнге купил всю долину. Он построил имение и все последние годы жизни занимался его благоустройством.

Э.А. Юнге построил запруду для орошения земель, вырастил плодовый сад, виноградник, сформировал хозяйственный двор с кухней, амбаром, конюшней, свинарником, занялся виноделием.

Его сыновья В.Э. Юнге (1864 — 1902), технолог по образованию, Ф.Э. Юнге (1866 — 1928), инженер-механик по образованию, и в особенности, А.Э. Юнге (1872 — 1921), агроном и винодел, гласный земского собрания (1907 — 1916) продолжили начатое отцом дело и наладили промышленное виноделие в Коктебеле.

В 1893 г. Э.А. Юнге продал небольшой участок П. фон Теш и его гражданской жене Е.О. Кириенко-Волошиной. С ними поселился её сын Максимилиан Волошин, ставший известным поэтом. Постепенно стал формироваться посёлок Коктебель. Впоследствии Коктебель стал центром притяжения лучших представителей интеллигенции Серебряного века России.

Такой была жизнь и деятельность этого неординарного человека. Э.А. Юнге скончался 15. 09. 1898 г. в Ялте после тяжелой и продолжительной болезни и был похоронен в склепе на древнем кургане на берегу моря в Коктебеле.

Список литературы:

1. Балашевич, Л.И. Очерки по истории офтальмологии в Санкт-Петербурге / Л.И. Балашевич, В.Г. Шилев — СПб.: СПбМАПО, 2000. — 334 с., ил.
2. Бойко Э.В. Глазная (окулистическая) клиника Михайловской клинической больницы / Э.В. Бойко, В.А. Рейтзюв, Ю.А. Кириллов. Глазная (окулистическая) клиника Михайловской клинической больницы // Михайловская клиническая больница баронета Виллие (к 140-летию основания больницы) под ред. В.В. Тиренко. — СПб.: ВМедА, 2013, — 186 с.
3. Даниличев, В.Ф. [ред.] Первая в России и вторая в мире кафедра офтальмологии / В.Ф. Даниличев [ред.]. — СПб., ВМедА, 1994. — 118 с.
4. Дельов, В.С. Материалы для истории офтальмологии в России: дис. ... д-ра медицины / В.С. Дельов — СПб., 1895 — 144 с.
5. Кириллов, Ю.А. Юнге Э.А./ Ю.А. Кириллов, Э.В. Бойко, М.В. Юнко // «Немцы России: энциклопедия». — т. 3: П-Я/Редкол.: О. Кубицкая (пред. редкол) и др. — М.: ЭРН, 2006. — С. 859 — 860.
6. Пауштин, В.В. Краткий очерк Императорской Военно-медицинской академии за 100 лет её существования/ В.В. Пауштин — СПб, тип. И. Меркушева, 1899. — 38 с.
7. Поляк, Б.Л. Первая в России кафедра офтальмологии/ Б.Л. Поляк — Л.: ВМА, 1969. — 40 с.
8. Саркисов, А.С. К истории создания кафедры офтальмологии Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии // А.С. Саркисов, С.А. Саркисов. — Невские Горизонты ~2014: Материалы науч. конф. офтальмол./ СПб.: Политехника-сервис, 2014. — С. 30 — 34.
9. Скориченко, Г.Г. Столетие Военного Министерства 1802 — 1902: Императорская Военно-медицинская (Медико-хирургическая) академия/ Г.Г. Скориченко — СПб.: синодальная тип. — 1902. — 506 с.
10. Шагов М.А. История кафедры офтальмологии Военно-медицинской (бывшей медико-хирургической) академии им. С.М. Кирова: дис. ... канд. мед. наук/ М.А. Шагов. — Л., 1951. — 463 с.

Общая и военная офтальмология

Юбилейная конференция посвященная 100-летию со дня рождения профессора В.В. Волкова

Место проведения конференции: Отель «Холидей Инн Московские ворота» Санкт-Петербург.

Дата проведения: 14-15 мая 2021 г.

Организатор конференции: ГВМУ МО РФ, ВМедА имени С.М. Кирова, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга.

В конференции приняли участие 398 человек: от органов военного управления присутствовал 1 делегат, от организаций Вооруженных Сил — 32 участника, от военных образовательных организаций — 73; среди участников — 86 кандидатов медицинских наук и 47 докторов медицинских наук.

> стр. 1

Основной целью проведения конференции явилось памятное событие в истории медицины — 100-летие со дня рождения профессора В.В. Волкова, который внес огромный вклад в развитие отечественной офтальмологии. Открыл конференцию и выступил с вступительным словом заместитель начальника Главного Военно-медицинского управления Министерства Обороны Российской Федерации генерал-майор медицинской службы А.А. Сергосенцев.

С приветственным словом выступили: — вице-губернатор Санкт-Петербурга О.Н. Эргашев; — генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации А.М. Чухраёв; — начальник ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ Е.В. Крюков;

— заместитель директора ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России по организационно-методической работе, ведущий научный сотрудник отдела патологии сетчатки и зрительного нерва, кандидат медицинских наук О.В. Зайцева.

По окончании торжественной церемонии начальник кафедры офтальмологии ВМедА имени проф. В.В. Волкова Главный офтальмолог МО РФ доктор медицинских наук полковник м/с А.Н. Куликов продемонстрировал участникам конференции видеofilm, посвященный В.В. Волкову.

В ходе работы конференции было сформировано 8 пленарных заседаний:

1. Офтальмотравматология;
2. Ожоги глаз. Лимбальная недостаточность;
3. Ретинальная патология;
4. Витреоретинальная хирургия;
5. Реконструктивная офтальмохирургия;
6. Современные аспекты консервативного, лазерного и хирургического лечения глаукомы;



Президиум во время торжественного открытия конференции

НА КОНФЕРЕНЦИИ БЫЛИ РАССМОТРЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ:

- Исторические и современные аспекты развития кафедры офтальмологии им. профессора В.В. Волкова, включающие основные этапы жизни и профессиональной деятельности В.В. Волкова, его вклад в развитие отечественной медицины.
- Обсуждение актуальных вопросов диагностики и лечения офтальмологических болезней.
- Внедрение современных технологий в практику врачей-офтальмологов для повышения эффективности лечебно-диагностических и профилактических мероприятий при заболеваниях и травмах органа зрения.
- Современное состояние и перспективные направления развития офтальмологической службы Вооруженных сил Российской Федерации.

7. Особенности патогенеза, ранней диагностики и мониторинга глаукомы;
8. Секция молодых ученых.

Первое пленарное заседание было посвящено вопросам офтальмотравматологии (президиум: А.Н. Куликов, Н.С. Ходжаев, Э.В. Бойко, Н.А. Поздеева, А.Д. Чупров, Д.Г. Арсютков, О.В. Унгурьянов). Всего в него вошло 8 докладов. Доктор медицинских наук А.Н. Куликов представил доклад, посвященный вкладу профессора В.В. Волкова и кафедры офтальмологии ВМедА в развитие офтальмотравматологии. Доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по организационной работе и инновационному развитию ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Н.С. Ходжаев посвятил свой доклад гидродинамике глаза после имплантации иридохрусталиковой диафрагмы при посттравматической аниридии. Н.А. Поздеева, доктор медицинских наук, директор Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад.

С.Н. Федорова» Минздрава России в своем сообщении представила данные о транссклеральной фиксации отечественной искусственной иридохрусталиковой диафрагмы модели D при посттравматической аниридии и афакии.

В рамках второго пленарного заседания «Ожоги глаз. Лимбальная недостаточность» состоялось 7 докладов (президиум: Б.Э. Малюгин, Е.В. Ченцова, С.В. Чурашов, В.Ф. Черныш).

Вклад профессора В.В. Волкова и кафедры офтальмологии ВМедА в разработку проблем ожогов глаз и лимбальной недостаточности, а также классификация ожогов глаз были рассмотрены в докладах доцента кафедры офтальмологии имени проф. В.В. Волкова Военно-медицинской академии, к.м.н., заслуженного врача РФ В.Ф. Черныша. Б.Э. Малюгин, доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, заслуженный деятель науки Российской Федерации в своем докладе рассказал о хирургическом лечении

одностороннего синдрома лимбальной недостаточности. Е.В. Ченцова, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела травматологии и реконструктивной хирургии ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России представила исторические аспекты и перспективы лечения ожоговой болезни.

Третье пленарное заседание было посвящено ретинальной патологии (президиум: О.В. Зайцева, Ю.А. Иваннико, П.Л. Володин, И.В. Зольникова, Д.С. Мальцев). Работу данной секции открывал доклад «Вклад профессора В.В. Волкова и кафедры офтальмологии ВМедА в изучение проблемы световых поражений макулярной области», который представила кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии имени проф. В.В. Волкова Военно-Медицинской академии имени С.М. Кирова подполковник медицинской службы Н.Н. Харитонов. О.В. Зайцева, кандидат медицинских наук, заместитель директора по организационно-методической работе, ведущий научный сотрудник отдела патологии сетчатки и зрительного нерва ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России в своем докладе осветила проблемные вопросы оказания помощи больным с заболеваниями сетчатки. И.В. Зольникова, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отдела клинической физиологии зрения им. С.В. Кравкова ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России рассказала о диагностике наследственных заболеваний сетчатки.

В четвертом пленарном заседании по теме «Витреоретинальная хирургия» было заслушано 13 докладов (президиум: М.М. Шишкин, Г.Е. Столяренко, Д.О. Шкворченко, А.Н. Самойлов, В.Н. Казайкин, А.А. Кожухов, Д.В. Петрачков, Я.В. Байбородов). С обзорным докладом, посвященным истории и современным показаниемм экстрасклерального пломбирования выступил М.М. Шишкин, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, действительный член РАЕН, заведующий кафедрой глазных болезней Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. Доктор медицинских наук, профессор Г.Е. Столяренко



Делегаты конференции



Открыл конференцию и выступил с вступительным словом заместитель начальника Главного Военно-медицинского управления Министерства Обороны Российской Федерации генерал-майор медицинской службы А.А. Сергovenцев



Выступление с приветственным словом вице-губернатора Санкт-Петербурга О.Н. Эргашева



Выступление с приветственным словом генерального директора ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача Российской Федерации А.М. Чухраёва



Выступление с приветственным словом начальника ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАН, заслуженного врача РФ Е.В. Крюкова



Выступление начальника кафедры офтальмологии ВМедА имени проф. В.В. Волкова Главного офтальмолога МО РФ доктора медицинских наук полковника м/с А.Н. Куликова



Выступление с приветственным словом заместителя директора ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России по организационно-методической работе, ведущего научного сотрудника отдела патологии сетчатки и зрительного нерва, кандидата медицинских наук О.В. Зайцевой

представил доклад о хирургических алгоритмах лечения сложных случаев тракционного макулярного синдрома. Доклад доктора медицинских наук, профессора кафедры глазных болезней Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова Р.Р. Файзрахманова был посвящен принципам щадящей макулярной хирургии. А.Н. Самойлов, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, действительный член РАЕН, заведующий кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России доложил результаты хирургического лечения полного макулярного отверстия у пациентов с миопией высокой степени.

Пятое пленарное заседание было посвящено реконструктивной офтальмохирургии (президиум: Д.В. Давыдов, В.П. Фокин, М.Г. Катаев, И.Л. Плисов, С.В. Слобникова). Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой реконструктивно-пластической хирургии с курсом офтальмологии ФГК МР Медицинского института РУДН Д.В. Давыдов в своих докладах раскрыл возможности современной диагностики и реконструкции посттравматических деформаций орбиты. В докладе доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделом реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России М.Г. Катаева обсуждалась последовательность реконструкции при

травмах орбитальной области. И.Л. Плисов, доктор медицинских наук, врач-офтальмолог Новосибирского филиала ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России в своем сообщении изложил современные представления о тактике и методах лечения посттравматического косоглазия.

Шестое пленарное заседание было посвящено современным аспектам консервативного, лазерного и хирургического лечения глаукомы (президиум: А.Н. Куликов, А.В. Золотарев, В.В. Бржеский, В.П. Николаенко, Т.Н. Малишевская, Н.И. Курьшева, И.И. Хуснидинов, Д.И. Иванов, А.А. Антонов). Доктор медицинских наук А.Н. Куликов в своем докладе рассмотрел вклад проф. В.В. Волкова и кафедры офтальмологии ВМедА в развитие проблемы лечения глаукомы. Т.Н. Малишевская, доктор медицинских наук, заведующая отделением аналитической работы ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России провела анализ антиглаукомной работы в субъектах РФ и представила статистические аспекты глаукомы. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии СПб Государственной педиатрической медицинской академии В.В. Бржеский в своем первом докладе подробно остановился на специфике глаукомного процесса у детей, а во втором — на сочетании у пациентов глаукомы и синдрома сухого глаза. В.П. Николаенко, доктор медицинских наук, профессор

кафедры оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета Санкт-Петербургского университета, заместитель главного врача по офтальмологии городской многопрофильной Больницы №2 (г. Санкт-Петербург) рассмотрел проблему зависимости комплекса от пола пациентов.

В седьмом пленарном заседании «Особенности патогенеза, ранней диагностики и мониторинга глаукомы» было представлено 11 докладов (президиум: В.В. Егоров, В.В. Страхов, А.В. Куроедов, Н.И. Курьшева, И.Л. Симаклова, А.Н. Журавлева, Е.Н. Иомдина). И.Л. Симаклова, доктор медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии им. профессора В.В. Волкова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ посвятила свой доклад научным изысканиям, разработкам и достижениям профессора В.В. Волкова и сотрудников кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в изучении глаукомы. Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела глаукомы ФГБНУ «НИИ глазных болезней», заслуженный врач Российской Федерации В.П. Еричев выступил с докладом «Периметрия с позиций клинических рекомендаций» (on-line). А.Н. Журавлева, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела глаукомы ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России в своем докладе отразила концепцию патогенеза глаукомы

В.В. Волкова на современном этапе. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой глазных болезней Ярославской государственной медицинской академии, заслуженный врач РФ В.В. Страхов познакомил слушателей с некоторыми патогенетическими особенностями первичной глаукомы. В восьмом пленарном заседании (президиум: В.В. Бржеский, С.А. Коскин, И.Л. Симаклова, В.Ф. Черныш, Н.Н. Харитонов) были заслушаны доклады молодых ученых: Д.Ф. Белова, А.С. Васильева, А.А. Казак, А.С. Харакозова, Я.Я. Волковой, Е.В. Кабардиной, А.Р. Сулеймановой.

В рамках конференции была проведена видеосекция клинических случаев «Инновационные технологии при осложнённой офтальмохирургии» где было представлено 10 докладов (президиум: С.В. Чурашов, Д.О. Шкворченко, Ю.В. Тахтаев, А.В. Головин, В.Н. Казайкин, Р.Р. Файзрахманов, О.В. Унгурьянов). Доктор медицинских наук А.Н. Куликов представил доклад о преимуществе применения системы 3D визуализации в офтальмохирургии травм. Ю.В. Тахтаев, доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России осветил клинические случаи хирургического лечения морганиевой катаракты. С сообщением о микроинвазивной экстракции катаракты у пациента после перенесенной электротравмы выступил А.В. Головин, кандидат медицинских наук, заведующий оперблоком Московского филиала ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

В ходе конференции были проведены 4 спутных симпозиумов:

1. «Лечение нВМД: как уравновесить силу патологического действия и терапевтического противодействия»;
2. «Глаукома: практики, тенденции, технологии»;
3. «Новые парадигмы в лечении глаукомы и катаракты»;
4. «TECNIS 20 лет: клинические успехи от монофокальных ИОЛ до EDOF».

В период проведения конференции проводилась выставка медицинской аппаратуры и техники, расходных хирургических материалов, лекарственных препаратов и медицинской литературы.

По окончании конференции с заключительным словом выступил доктор медицинских наук А.Н. Куликов.

По результатам работы участниками конференции были приняты следующие решения: 1. Считать научную программу конференции, выполненной в полном объеме. 2. Вопросы, обсужденные на конференции, являются актуальными проблемами современной офтальмологии. Необходимо продолжать всестороннее развитие военной офтальмологии при решении наиболее актуальных проблем в рамках общей стратегии строительства и развития Вооруженных Сил Российской Федерации. 3. Ввиду актуальности обсуждаемых вопросов профилактики, диагностики и лечения заболеваний и травм органа зрения планировать регулярное проведение конференций, приуроченных к юбилейным памятным датам. 4. Выразить благодарность организаторам конференции.

Конференция была проведена в соответствии с планом в полном объеме на высоком организационном уровне. В ходе проведения конференции были всеобъемлюще рассмотрены исторические и современные аспекты развития кафедры офтальмологии им. профессора В.В. Волкова, включающие основные этапы жизни и профессиональной деятельности В.В. Волкова, его вклад в развитие отечественной медицины. Конференция позволила оценить ту огромную работу, которая проводилась и проводится на кафедре офтальмологии ВМедА при участии профессора В.В. Волкова, оценить личный вклад этого замечательного ученого в развитие отечественной офтальмологии. Особая привлекательность конференции заключается в том, что она позволила врачам на современном уровне оценить возможность оказания специализированной офтальмологической помощи при заболеваниях и травмах органа зрения при использовании современной диагностической аппаратуры (on-line). А.Н. Журавлева, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела глаукомы ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России в своем докладе отразила концепцию патогенеза глаукомы

Оргкомитет конференции

XIII Российский общенациональный офтальмологический форум — 2020

Научно-практическая конференция с международным участием в формате онлайн

Даты проведения: 14-16 декабря 2020 г.

Организаторы: Министерство здравоохранения Российской Федерации; ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России; Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»; ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова».

Окончание. Начало репортажа читайте в №1, 2, 2021

Секция «Современные тенденции в диагностике и лечении глаукомы и глаукомной оптической нейропатии»

Открыл работу секции д.м.н. С.Ю. Петров (Москва), представивший современные международные тенденции в диагностике и лечении глаукомы.

«Мелатонин как универсальный координатор в регуляции циркадных ритмов при глаукоме» — тема сообщения д.м.н. Т.Н. Малишевской (Москва). Мелатонин смягчает проявления циркадного десинхронизма при ПОУТ, а именно: снижает ВГД (более выражено у лиц с более высоким исходным ВГД); уменьшает внутреннее рассогласование между системными (температура тела) и локальными (внутриглазное давление) циркадными ритмами; улучшает показатели ЭРТ; улучшает продолжительность, эффективность и качество сна в зависимости от стадии ПОУТ — более значительно при прогрессирующем течении.

Профессор Е.Н. Иомдина (Москва) от группы авторов представила доклад на тему «Нарушение протеома склеры при первичной открытоугольной глаукоме», посвященный изучению молекулярных механизмов развития глаукомного поражения, связанных с патологией соединительнотканых структур глаза, в частности, с нарушением биомеханических и биохимических свойств корнеосклеральной оболочки глаза как фактора, влияющего на уровень ВГД.

Биомеханические характеристики корнеосклеральной оболочки глаза в норме и при глаукоме определяют ее структуру и биомеханическими показателями. По мере развития глаукомного процесса содержание коллагена в склере увеличивается. По данным дифференциальной сканирующей калориметрии, температура денатурации коллагена как мера поперечной связанности коллагена увеличивается по мере развития глаукомного процесса.

Накопление в склере нерастворимого коллагена 1-го типа — основного фибриллярного белка, морфологическая деструкция коллагеновых волокон свидетельствуют о нарушении при глаукоме метаболизма коллагена.

Эти сдвиги обнаруживаются уже при начальной стадии ПОУТ и нарастают по мере прогрессирования глаукомного поражения, что обуславливает изменение биомеханических свойств склеры глаукомного глаза в сторону повышения жесткости.

Метаболизм и биомеханические свойства склеральной ткани определяют не только коллагеновыми структурами, но и другими компонентами экстрацеллюлярного матрикса — неколлаженовыми белками, которые участвуют в ремоделировании коллагена, а также влияют на функциональную активность фибробластов. Биохимические исследования неколлаженовых белков в склере глаукомных глаз практически не проводились.

Цель работы заключалась в проведении протеомного анализа склеры глаз с различными стадиями ПОУТ; выявлении и идентификации белков, ассоциированных с глаукомным поражением; определении их принадлежности к кластеру белков экстрацеллюлярного матрикса соединительной ткани.

Материалом исследования послужили образцы склеры передней оболочки, полученные во время глубокой непроникающей склерэктомии, проведенной у 67 пациентов в возрасте 63-73 лет с различными стадиями ПОУТ. Контрольные образцы взяты

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Современные подходы к диагностике и лечению социально значимых заболеваний глаз;
- Достижения в реконструктивной хирургии глаза;
- Диагностика и лечение в детской офтальмологии, включая рефракционные и глазодвигательные нарушения;
- Тенденции развития в офтальмоонкологии;
- Современные тенденции в диагностике и лечении глаукомы и глаукомной оптической нейропатии;
- Фундаментально-прикладные исследования в офтальмологии.

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ БЫЛИ ПРОВЕДЕНЫ:

- Президиум ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
- Сателлитные симпозиумы, доклады и презентации известных специалистов-офтальмологов;
- Онлайн-выставка офтальмологического оборудования и инструментария, лекарственных препаратов от ведущих отечественных и зарубежных фирм-производителей.

post mortem из аналогичной склеры 9 глазных яблок доноров в возрасте 45-60 лет без офтальмопатологии.

В результате исследований впервые выявлены изменения протеома склеры человека, в частности идентифицированы белки, ассоциированные с ПОУТ: тромбоспондин S4, виментин, ангиопатин-подобный белок 7, аннексин 2, альбумин, Р-компонент сывороточного амфилоида, коллаген альфа-1 (VI). Обнаружено, что различные стадии ПОУТ характеризуются специфичным паттерном этих белков, соответствующим их роли в развитии нарушений биохимии и биомеханики склеры, связанных с глаукомным поражением.

В целом выявленные нарушения, отражающие патологические изменения склеры, преимущественно относятся к структуре экстрацеллюлярного матрикса, гликолизированию белков, связыванию кальция, к регуляции цитоскелета фибробластов, а также к окислительному и воспалительному ответу.

Будущие исследования, отметила профессор Е.Н. Иомдина, позволят интегрировать эти результаты в общее представление о патогенезе ПОУТ и применить их для разработки новых направлений эффективной таргетной терапии этого заболевания.

Профессор О.И. Лебедев (Омск) рассказал о возможности повышения эффективности НГСЭ. Как отметил докладчик, добиться снижения ВГД на 50% и более от исходного уровня и уменьшить суточный перепад ВГД до физиологического уровня на сегодняшний день удается лишь хирургическими методами.

Цель работы заключалась в усовершенствовании НГСЭ для уменьшения избыточного рубцевания зоны хирургического вмешательства.

Исследование проведено на глазах 127 пациентов с ПОУТ. Средний возраст — 69±5,3 года. С начальной стадией ПОУТ — 50 больных, с развитой — 50 больных, с далеко зашедшей — 27. Пациентам была выполнена усовершенствованная НГСЭ с размером поверхностного лоскута склеры 4,0х5,0 мм.

На первом этапе проводится выкраивание поверхностного лоскута склеры

традиционным методом, затем намечается глубокий лоскут склеры, который коротко поверхностного на 2 мм, что приводит к формированию в зоне вмешательства ступеньки. После обнажения дренажной системы в этой зоне выполняются стандартные манипуляции; поверхностный лоскут склеры отсекается таким образом, чтобы остался примерно 2 мм, которые лишь прикрывают зону фильтрации; швы не накладываются.

Группа контроля — 70 глаз больных ПОУТ, которым выполнена НГСЭ по классической методике с размером лоскута склеры 4,0х5,0 мм. Средний возраст 68±6,9 лет. С начальной стадией — 30 пациентов, с развитой — 30, с далеко зашедшей 10.

Через одну неделю после операции в контрольной группе ВГД составляло 14,3±2,74 мм рт.ст., через месяц — 15,7±2,81 мм рт.ст. В группе, где была выполнена НГСЭ по усовершенствованной методике ВГД через одну неделю было 10,1±2,35 мм рт.ст., через месяц — 11,0±2,49 мм рт.ст.

Согласно результатам исследования усовершенствованный вариант НГСЭ обладает большим гипотензивным эффектом (в ближайшие сроки наблюдения) по сравнению с классической техникой вмешательства.

Данный вариант НГСЭ целесообразнее применять в случаях возникновения технических трудностей при выделении элементов дренажной системы и десцеметовой оболочки, а также при недостаточной фильтрации ВГЖ через трабекулу и десцеметовую оболочку.

К.м.н. А.Н. Журавлева (Москва) от группы авторов выступила с сообщением на тему «Маркеры дифференциальной диагностики нейрооптикотипной глаукомы и нейродегенеративного генеза». Нейродегенерация представляет собой прогрессирующую потерю структуры или функции нейронов, включая их гибель. Среди нейродегенеративных заболеваний — болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, болезнь Ханнинтона, глаукома.

Эмбриологическая, анатомическая и физиологическая общность головного мозга

и глаза создают предпосылки для возникновения в них схожих патологических процессов.

Связь ПОУГ с нейродегенеративными заболеваниями (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона) прослеживается через возраст пациента, тенденцию к прогрессированию с медленной потерей функций, через наличие патологических изменений белого вещества головного мозга, отложение нейротоксического белка β-амилоида, нарушающего процессы клеточного транспорта, селективную потерю определенных популяций нейронов в результате апоптоза, распространение патологического процесса путем транссинаптической нейродегенерации, через общие механизмы клеточной смерти: окислительный стресс, глутаматная токсичность, нейровоспаление.

При глаукоме нейродегенеративный процесс захватывает сетчатку, зрительный нерв, зрительный путь, отдельные участки мозга.

В 2003 году McKinnon назвал глаукому «болезнью Альцгеймера глаза». Параметры структурных изменений внутренних слоев сетчатки в макуле при болезни Альцгеймера: снижение толщины слоя ГКС перифовеолярно в нижнем, верхнем, височном квадранте и парафовеолярно в нижнем квадранте; увеличение толщины СНВС в височном квадранте парафовеолярной области; снижение толщины ВПС в височных квадрантах пара- и перифовеа, нижних квадрантах пара- и перифовеолярно.

Параметры структурных изменений ДЗН при глаукоме и болезни Альцгеймера: статистически значимые отличия минимальной ширины нейроретинального пояса во всех секторах по сравнению с возрастной нормой; параметры СНВС перипапиллярно статистически значимо снижены во всех секторах, кроме височного и носового; с наибольшей степенью статистической значимости толщина СНВС отличалась от группы сравнения в верхне-височном и нижне-височном секторе.

Результаты нейropsychологического обследования пациентов с глаукомой показали, что в группе открытоугольной глаукомы превалировали зрительно-пространственные нарушения, снижение семантической речевой активности при сохранной фонетической речевой активности, а также нарушения памяти по гиппокампальному типу; у больных с открытоугольной глаукомой умеренные когнитивные нарушения отмечены более чем у 50% пациентов; пациенты с БА, с сопутствующей геронтоофтальмологической патологией имели более выраженные нарушения когнитивных функций по сравнению с больными без сопутствующей офтальмологической патологии. Наиболее значимые нарушения отмечались при сочетании БА и глаукомы, а также БА и ПЭС. У больных СОД подобная тенденция не отмечалась.

Всем больным с первично нейродегенеративным поражением головного мозга, а также пациентам с подозрением на глаукому и когнитивными нарушениями необходимо проводить тщательное специальное офтальмологическое (ОКТ) и электрофизиологическое обследование, которое позволяло бы выявить возможную нейродегенеративную патологию на ранних и доклинических этапах.

Выявление офтальмологических заболеваний, которые ассоциируются с повышением риска развития болезни Альцгеймера, может быть полезным при проведении скрининга у больных с когнитивными

снижением. Это представляется особенно важным, учитывая, что развитие офтальмологических заболеваний может привести к утрате зрения, и возникшая сенсорная депривация будет способствовать еще более быстрому прогрессированию когнитивных нарушений.

«Управление репаративными процессами в хирургии глаукомы: проблемы и перспективы» — тема доклада профессора А.В. Золотарева (Самара). Управление репаративными процессами в хирургии глаукомы, по мнению автора, должно осуществляться по следующим направлениям: борьба с избыточным рубцеванием (минимизация операционной травмы, использование дренажей, ревизии/реоперации, применение антиметаболитов), применение препаратов off-label, профилактика избыточного рубцевания, включающая отказ от консервантов, повышение эффективности лечения за счет высокой комплаентности.

Профессор А.В. Золотарев обратил внимание на то, что широкое клиническое применение антиметаболитов в настоящее время сдерживается недостаточной изученностью многих потенциально эффективных молекул и другими факторами, в том числе, юридическими.

Профессор Т.Н. Юрьева (Иркутск) представила доклад «Послеоперационная гипотония — хороший гипотензивный эффект или причина хориоидальной эффузии?» Превышение толерантного уровня ВГД влияет на увеличение градиента ретчатой мембраны, приводит к нарушению ретроградного аксонального транспорта нейротрофических факторов ГКС, уменьшению кровоснабжения зрительного нерва, вызывает интранеуральную ишемию, нарушение трофики и гибель ганглиозных клеток.

По данным литературы, установлено снижение хориоидального кровотока в головке зрительного нерва у больных с ПОУГ и ГНД; исследование с использованием технологии EDI-OCT выявили уменьшение толщины сосудистой оболочки у больных с ПОУГ по сравнению со здоровыми пациентами; проведение трабекулэктомии сопровождается увеличением толщины хориоидеи.

Снижение ВГД приводит к уменьшению давления на сосудистую оболочку, к увеличению диаметра сосудов, увеличению притока крови к сосудистой оболочке, увеличению толщины хориоидеи.

Для ответа на вопросы, может ли являться увеличение толщины хориоидеи в раннем послеоперационном периоде триггером к развитию хориоидальной эффузии и отслойки сосудистой оболочки, и какие структуры вовлечены в процесс адаптации при резком перепаде ВГД, авторами был проведен сравнительный анализ изменения толщины хориоидеи у пациентов с ПОУГ до и после проведения трабекулэктомии.

В исследовании приняли участие 36 пациентов среднего возраста 54 лет с нормальной длиной глазного яблока, с сопоставимыми размерами ДЗН, с развитой стадией глаукомы, с повышенным уровнем ВГД. У пациентов отсутствовали серьезные сосудистые изменения на глазном дне, диабет, инсульт, инфаркт в анамнезе. Пациентам проведена трабекулэктомия одним хирургом, интраоперационные осложнения отсутствовали, после завершения операции всем пациентам восстановлена глубина передней камеры с введением раствора BSS, без дополнительного введения воздуха и вискоэластика. Пациенты осматривались перед операцией, на 1-е и 3-и сутки после операции.

Эти критерии гарантировали отсутствие гиперфильтрации и адекватную адаптацию интрасклеральных и склеральных лоскутов. Толщина хориоидеи оценивалась в четырех сегментах в горизонтальном и вертикальном меридианах с определением среднего значения.

Толщина хориоидеи у пациентов была достоверно ниже, чем в группе контроля. Наиболее значимое уменьшение толщины хориоидеи выявили в нижнем и назальном квадрантах, которые соответствовали нижним темпоральным зонам ДЗН.

После операции, в зависимости от уровня ВГД пациенты были разделены на 2 группы: пациенты, у которых произошло умеренное снижение ВГД (средний уровень 9,3 мм рт.ст.), и пациенты, получившую значимую гипотонию (3,5 мм рт.ст.). Глубина передней камеры во всех случаях не имела значимых отличий от дооперационных значений.

У пациентов при умеренном снижении ВГД (74%) было получено увеличение



Д.м.н. С.Ю. Петров



К.м.н. А.Н. Журавлева

толщины хориоидеи как в центре, так и перипапиллярно на 23 и 27% соответственно, т.е. умеренное увеличение толщины хориоидеи. При сравнении исходных и послеоперационных данных было выявлено, что до операции у этих пациентов была полностью сохранена сегментация хориоидеи, четко визуализировался слой хориокапилляров, сосуды среднего и крупного калибра, при этом крупные сосуды занимали 2/3 объема сосудистой оболочки; вход в сосуды был преимущественно параллельный, их диаметр был приблизительно одинаковым на протяжении всего скана. Хорошо визуализировалось супрахориоидальное пространство и склерохориоидальное сочленение.

В послеоперационном периоде толщина хориоидеи увеличилась равномерно за счет увеличения диаметра всех сосудов.

Во второй группе пациентов произошло более значимое снижение ВГД, толщина хориоидеи увеличилась на 48% в центре и практически на 60% перипапиллярно; было установлено уменьшение длины глазного яблока, т.е. произошло уменьшение аксиальной длины от эпителия роговицы до пигментного эпителия, достигающего 0,3 мм. Были выявлены участки локальной отслойки пигментного эпителия, эффузия хориоидеи и плоская цилиохориоидальная отслойка.

По мнению авторов, это произошло в результате структурных изменений и гемодинамических нарушений, т.е. трабекулэктомия привела к уменьшению объема передней камеры, вследствие чего произошло неравномерное увеличение толщины и площади хориоидеи для сохранения объемного гомеостаза (за счет увеличения диаметра крупных сосудов; при этом сформировался избыток поверхности хориоидеи относительно сопряженных участков склеры и мембраны Бруха; возникло отслаивание сосудистой оболочки от склеры, накопление жидкости в супрахориоидальном пространстве. Эти процессы сопровождалась нарушением механизмов регуляции хориоидеи.

Известно, что хориоидальные сосуды, в отличие от ретинальных, лишь частично подвержены ауторегуляции. Сосуды хориоидеи имеют миогенную и метаболическую поддерживаемую регуляцию. К факторам, влияющим на толщину хориоидеи, относятся возраст, длина глазного яблока, давление в хориоидальных венах и артериях, осмотическое давление в экстраклеточном пространстве и ВГД. Давление хориоидальной жидкости, содержащейся в увеальной ткани и супрахориоидальном пространстве, примерно на 2 мм рт.ст. ниже, чем в стекловидном теле.

В ответ на послеоперационную гипотонию происходит снижение градиента давления между внутриглазными вортикозными и глазничными венами, снижение венозной перфузии, повышение трансмурального давления в капиллярах, повышение проницаемости сосудистой стенки, развивается хориоидальная эффузия. Основным условием для формирования хориоидальной эффузии является наличие ферестрированной стенки хориокапилляров, отсутствие разницы

онкотического давления во внутри- и внесосудистых пространствах, отсутствие лимфатических сосудов.

В предоперационном периоде было установлено, что у пациентов второй группы исходно нарушена сегментация хориоидеи, т.е. у этих пациентов преобладают сосуды крупного калибра, наблюдалось большое количество перекрещенных сосудов, и в результате снижения ВГД происходит резкое увеличение их объема, появляется избыток хориоидальной ткани. При использовании спектральной ОКТ супрахориоидальное пространство и склеро-хориоидальное сочленение не визуализируется.

Таким образом, в послеоперационном периоде у пациентов первой группы наблюдается нормальная сегментация, склеро-хориоидальное сочленение, умеренное повышение толщины хориоидеи за счет всех сосудов.

У пациентов второй группы наблюдается значительно большее увеличение толщины хориоидеи в центре и по периферии, и в большинстве случаев визуализируются только сосуды крупного калибра.

Остановившись на значении исследования, профессор Т.Н. Юрьева отметила необходимость в раннем послеоперационном периоде влиять на состояние хориоидеи с целью не допустить развития клинически значимой отслойки сосудистой оболочки. Необходимо восполнить объем передней камеры, достичь нормотонуса для приведения хориоидеи в нормальное состояние и не допустить развития полноценной эффузии и отслойки сосудистой оболочки.

В раннем послеоперационном периоде под местной анестезией через парacentез, который был сформирован в ходе операции, вводится вискоэластик, и выполняется объем передней камеры. Это приводит к повышению ВГД, к созданию нормальных условий для работы сосудистой оболочки. При необходимости процедуру можно повторить несколько раз, пока не сформируется хорошая фильтрационная подушка.

В заключение докладчик отметила, что увеличение толщины хориоидеи как в центральных, так и в перипапиллярных отделах свидетельствует об улучшении кровотока, может служить критерием эффективности трабекулэктомии.

Дисбаланс структурных взаимоотношений, нарушение сегментации хориоидеи, по данным ОКТ и ОКТ-А, позволяет прогнозировать риск развития цилиохориоидальной отслойки до проведения хирургии.

Профессор Н.И. Курышева (Москва) в докладе «Сосудистая теория патогенеза глаукомной оптикопатии» отметила, что по данным многоцентровых исследований сосудистые факторы вовлечены в формирование глаукомной оптикопатии, а наличие сердечно-сосудистых заболеваний в 2,33 раза повышает риск прогрессирования глаукомы независимо от уровня ВГД.

Нарушение кровотока при глаукоме реализуется двумя путями: на уровне ретчатой мембраны склеры и ганглиозных клеток сетчатки в результате «вторичного инсульта» вследствие сбоя ауторегуляции и нейрососудистого взаимодействия. Отражением

сосудистых нарушений в ретчатой мембране является исчезновение спонтанной пульсации в центральной вене сетчатки на диске, на что необходимо обращать самое серьезное внимание.

О причинах негативного сценария развития первичной глаукомы на фоне компенсированного ВГД рассказал профессор В.В. Страхов (Ярославль). Среди причин неустойчивости глаукомы после нормализации ВГД можно выделить псевдонормализацию ВГД, глаукомную склеропатию, глаукомную ретинопатию и глиальный компонент.

Псевдонормализация ВГД — это достижение уровня индивидуального ВГД при гипотензивном лечении глаукомы, при этом под повышенным ВГД следует понимать превышение уровня индивидуального ВГД. Снижать ВГД необходимо до уровня индивидуального ВГД любым путем, т.к. достижение уровня индивидуального ВГД сопровождается нарушением его ауторегуляции с неконтролируемыми колебаниями в течение суток, в основном, под воздействием многочисленных факторов внешней среды.

Глаукомная склеропатия представляет собой системное органоспецифическое поражение структуры соединительной ткани наружной капсулы глаза в виде потери ее эластичности и соответствующего нарастания ригидности. Патогенетическая сущность глаукомной склеропатии одновременно реализуется в важных интраструктурах склеры, имеющих непосредственное отношение к глаукоме, как трабекулы дренажной системы глаза и трабекулы ретчатой пластины ГЗН. По мнению автора, прогрессирование нейроретинопатии при нормализованном ВГД вполне может быть связано с необоротностью склеропатического ремоделирования ретчатой пластины, сдавливающей аксоны ГЗН. На сегодняшний день повлиять на процесс ремоделирования ретчатой пластины нельзя, остается лишь максимально снизить ВГД для уменьшения градиента давлений (ВГД/ВЧД) по обе ее стороны.

Д.м.н. А.Ж. Фурсова (Новосибирск) в докладе на тему «Гемодинамические изменения у пациентов с сахарным диабетом и ПОУГ по данным ОКТ-ангио» со ссылкой на результаты проведенного исследования подтвердила ухудшение показателей гемодинамики в парафовеолярной и перипапиллярной области у коморбидных пациентов в отличие от пациентов с изолированными заболеваниями.

Сочетанное течение ПОУГ и СД даже на начальных стадиях заболевания сопровождается выраженным ухудшением гемодинамических показателей ДЗН и макулярной области, а по мере прогрессирования глаукомного процесса эти изменения нарастают.

Дальнейшие исследования микроциркуляторных параметров ДЗН и макулы во взаимосвязи со структурными и функциональными изменениями необходимы для широкого внедрения возможной ОКТ-А в алгоритмы диагностического обследования пациентов на ранних стадиях заболевания и мониторинга лечения.

К.м.н. В.В. Гарькавенко (Красноярск) от группы авторов выступила с докладом на тему «Спектрофлуориметрическое исследование зоны лимба у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой». По данным многих авторов, препаратом выбора в лечении ПОУГ являются аналоги простагландинов. Среди побочных действий аналогов простагландинов — гиперемия. Целью работы явилось сравнение степени флуоресценции конъюнктивы (спектрофлуориметрические показатели НАНД, коллагена и FAD) глазного яблока у пациентов с ПОУГ при медикаментозном лечении в комбинации с аналогами простагландинов и без них.

Для оценки гипоксического состояния использовали отношение данных суммарной флуоресценции коллагена и НАНД (410 нм) и флавопротеинов FAD (525 нм). Известно, что соотношение флуоресценции НАНД/FAD является показателем гипоксии.

В результате исследования, проведенных с участием пациентов с ПОУГ (развитой и далекозашедшей стадией), были определены максимально различные величины в реперных диалях волн 410 и 525 нм, соответствующих флуоресценции НАНД, коллагена и FAD конъюнктивы в области лимба.

Показатели гипоксического состояния конъюнктивы в зоне лимба достоверно выше у пациентов, принимающих простагландины.

Секция «Роль фундаментально-прикладных исследований в развитии офтальмологии»

Работу секции открыла профессор Н.Б. Чеснокова (Москва), которая рассказала об истории и основных направлениях исследований отдела патофизиологии и биохимии ФГБУ «НМИЦ ГВ им. Гельмгольца» Минздрава России.

О роли ФГБУ «НМИЦ ГВ им. Гельмгольца» в развитии офтальмоиммунологии доложила к.б.н. Н.В. Балацкая.

Профессор М.А. Ковалевская (Воронеж) выступила с докладом на тему «Антиоксидантная защита биологических жидкостей глаза». Благоприятная система антиоксидантной защиты (АОЗ) обеспечивается поддержание физиологически допустимых концентраций оксидантов. При превышении некоего концентрационного порога оксиданты индуцируют ответ со стороны АОЗ. АОЗ включает низкомолекулярные соединения, являющиеся «ловушками электронов», которые связывают ионы железа или обрывают цепную реакцию образования липидных перекисей.

В настоящее время одной из доминирующих теорий катарактогенеза является теория окислительного стресса. При исследовании хрусталиков пациентов с катарактой, в отличие от нормальных возрастных изменений, обнаруживается окисление белков не только мембран, но и цитоплазмы, изменение их конфигурации с обнажением тиольных групп, которые в норме находятся внутри белковой структуры, окисление метионина, цистеина, а также окисление липидов мембран. Кроме того, для катаракты характерно формирование высокомолекулярных белковых комплексов, ковалентно связанных дисульфидными связями.

Образование таких белковых агрегатов приводит к тому, что прозрачность хрусталика снижается, и свет в этих участках рассеивается.

«Исследование CD4-клеток у ВИЧ-инфицированных пациентов офтальмологических стационаров» — тема доклада профессора Т.В. Гавриловой (Пермь). Результаты проведенных исследований показали, что среди ВИЧ-инфицированных пациентов, госпитализированных в офтальмологические стационары, чаще имела место патология органа зрения воспалительного генеза (55%), реже — травмы (24%) и дистрофические заболевания глаз (18%).

Офтальмопатология чаще имела место у лиц со сниженным уровнем CD4-клеток (500 и менее кл/мм³) — в 72% случаев.

Дополнительно отягощало как течение ВИЧ-инфекции, так и глазной патологии наличие коинфекции — в 81% случаев.

Большинство пациентов (63,6%) с тяжелой глазной патологией не получали антиретровирусную терапию, снижающую тяжесть клинических проявлений ВИЧ-инфекции.

При глазной патологии с длительным торпидным течением, необходима осторожность офтальмологов в отношении ВИЧ-инфекции.

К.м.н. Н.Л. Лепарская (Москва) от группы авторов выступила с докладом на тему «Значение исследования липосом для адресной доставки лекарственных препаратов при лечении заболеваний заднего отрезка глаза». Задача исследования заключалась в оценке антипролиферативного действия препарата Мелфалан в малых дозах в отдаленном периоде (6 мес.), а также в определении роли stealth-липосом диаметром 500 нм для профиликации развития побочного эффекта Мелфалана при лечении экспериментальной ПВР у кроликов по сравнению с использованием монопрепарата.

Интравитреальное введение Мелфалана в малых дозах через 6 мес. показало устойчивый антипролиферативный эффект: у животных отсутствовала ПВР с развитием тракционной отслойки сетчатки. Однако при использовании дозы 2,5 мкг в отдаленном периоде отмечалось образование единичных атрофических очагов в сетчатке.

Показано антипролиферативное действие малых доз Мелфалана: ингибирующее и редуцирующее действие на ЭРМ при экспериментальной ПВР.

Впервые установлено, что использование Мелфалана, включенного в stealth-липосомы диаметром 500 нм, способствует минимизации ретинотоксического эффекта Мелфалана. Отмечалось образование единичных атрофических очагов вблизи ДЗН.

К.м.н. Т.А. Павленко (Москва) от группы авторов представила сообщение «Биоме-



К.м.н. Н.В. Нероева



Профессор Н.Б. Чеснокова

ханические и физиологические изменения в глазу как биомаркеры системных и локальных нейродегенеративных процессов». В качестве перспективного объекта исследования при нейродегенеративных заболеваниях (НДЗ) авторами был использован глаз, а именно: сетчатка, передний отдел, слезная жидкость. Исследовалось изменение ВГД при болезни Паркинсона, а также изменение биохимических маркеров в слезе при патологиях глаза, сопровождающихся нейродегенеративным процессом.

Изменение нейроректотектоники сетчатки рассматривают как потенциальный биомаркер ранней стадии НДЗ (при болезнях Альцгеймера, Паркинсона, боковом амиотрофическом склерозе).

Обнаружено сходство патогенетических механизмов нейродегенеративных процессов в сетчатке при болезнях Альцгеймера и Паркинсона с таковыми при глаукоме, ВМД и диабетической ретинопатии.

Исследование переднего отдела глаза представляет интерес как дополнительный способ выявления ранних признаков СГ, морфофункциональные изменения роговицы, выявление катаракты, изменение accommodation, изменение скорости реакции зрачка на свет).

Исследование состава слезной жидкости является высокочувствительным, неинвазивным, оригинальным и перспективным методом исследования как при системных, так и при локальных НДЗ, особенно на ранних стадиях заболевания, когда еще нет выраженных морфофункциональных изменений.

По мнению авторов, взаимосвязь между нейродегенеративными процессами в мозгу и глазу открывает новую перспективу использования офтальмологического профилактического обследования для выявления системных нейродегенеративных заболеваний (НДЗ).

О.В. Безнос (Москва) от группы авторов сделала доклад «Участие мелатонина в патогенезе глазных болезней и возможности его применения в офтальмологии». Мелатонин синтезируется эпифизом, фоторецепторами сетчатки, цилиарными эпителием, клетками хрусталика. Рецепторы к нему обнаружены почти во всех структурах глаза.

В глазу мелатонин принимает участие в регуляции ВГД, процессов свободнорадикального окисления, воспаления, ангиогенеза и др. Благодаря многообразию терапевтических свойств, высокой биодоступности и крайне низкой токсичности он может быть использован в качестве лекарственного препарата.

Экспериментальные исследования на животных показали, что мелатонин может применяться при заболеваниях глаз, сопровождающихся окислительным стрессом, повышением ВГД, хроническим воспалением, ишемией, патологической неоваскуляризацией, в составе комплексной терапии для повышения ее эффективности, в случаях нерешаемости традиционных препаратов, а также при необходимости длительного применения кортикостероидов или других препаратов с тяжелыми побочными эффектами для снижения их дозы.

О роли брадикинина как прогностического биомаркера развития диабетического

макулярного отека от группы авторов доложила к.м.н. Т.Д. Охочимская (Москва). В обследуемую группу входили пациенты с пролиферативной диабетической ретинопатией. Первую группу составили пациенты с ДМО, вторую — пациенты без ДМО.

Исследования выявили существенные различия в содержании компонентов ренин-ангиотензиновой системы (ангиотензин-превращающий фермент (АПФ)) и калликреин-кининовой системы (брадикинин) в крови больных с ДМО и без него.

Для пациентов с ПДР и ДМО характерно повышенное содержание брадикинина, который способствует увеличению проницаемости сосудистой стенки и приводит к развитию отека, при этом содержание АПФ практически не изменено.

Отсутствие повышения содержания АПФ при ДР способствует увеличению концентрации брадикинина вследствие снижения его разрушения этим ферментом. Поэтому у пациентов с ПДР с повышенным содержанием брадикинина и с неизменным содержанием АПФ существует высокая вероятность развития ДМО.

У пациентов с ПДР без ДМО выявлено более высокое содержание АПФ в крови, которое приводит к снижению уровня брадикинина.

Данные биохимические показатели — концентрация брадикинина и АПФ в крови и их соотношение (брадикинин/АПФ) — могут рассматриваться как предикторы развития ДМО при ДР.

К.м.н. Н.В. Нероева (Москва) от группы авторов сделала доклад на тему «Морфофункциональные признаки ремоделирования сетчатки после индукционной атрофии ретинального пигментного эпителия в эксперименте». Цель работы заключалась в изучении особенностей ремоделирования сетчатки на основании инструментальных, функциональных и морфологических данных на модели атрофии РПЭ.

В работе использованы экспериментальные модели атрофии РПЭ, основанные на субретинальном введении 0,9% раствора хлорида натрия и субретинального введения раствора бевацизумаба.

Инструментальные и функциональные исследования подтвердили наличие локального повреждения РПЭ и дистрофических изменений в сетчатке и хориоидеи в обеих моделях.

По данным ЭФИ введение 0,9% раствора хлорида натрия и бевацизумаба являлось триггером специфических изменений в сетчатке, которые отражают ремоделирование нейронной сетчатки второго и третьего порядка.

Изменение гангфельд ЭРГ и РЭРГ в глазах кроликов с обеими моделями атрофии РПЭ показывают преимущественное угнетение активности фоторецепторов по сравнению с биоплярными клетками.

По данным ЭРГ установлен более агрессивный характер повреждения на модели с введением бевацизумаба в сравнении с моделью, полученной при аналогичном введении 0,9% раствора хлорида натрия, что следует учитывать при выборе моделей для различных целей.

В модели атрофии РПЭ, созданной введением бевацизумаба, ослабляется функ-

циональный симбиоз клеток Мюллера с биоплярными клетками.

Окулокулярная реакция парных глаз в обеих моделях атрофии РПЭ характеризуется умеренным снижением амплитуды b-волны ЭРГ и активацией глио-нейрональных взаимоотношений.

Результаты проведенного исследования, по мнению авторов, могут быть использованы в разработке методов лечения поражений РПЭ.

«Роль моноаминов в патогенезе ретинопатии недоношенных» — тема сообщения, сделанного от группы авторов к.м.н. А.Ю. Пановой. Целью исследования являлось изучение патогенетической роли моноаминов в патогенезе РН на экспериментальной модели заболевания на крысах и в клинике.

Анализ патогенетической роли моноаминов при РН в эксперименте и клинике показал наличие возможных проаггеногенных свойств у норадреналина, а также участие в ангиогенных процессах серотонина и L-ДОФА.

Выявленные системные биохимические изменения позволяло рассматривать L-ДОФА, серотонин и норадреналин в качестве прогностических маркеров развития и прогрессирования РН и открывают широкие перспективы их дальнейшего изучения с целью совершенствования системы скрининга РН, а также рассмотрения их в качестве терапевтических мишеней.

«Первый опыт получения клеточной культуры увеальной меланомы и оценка ее химиочувствительности» — тема сообщения, с которым от группы авторов выступил к.м.н. А.Ю. Цыганков (Москва). Цель работы заключалась в попытке создания первичной клеточной культуры увеальной меланомы и оценке лекарственной устойчивости к химиопрепаратам.

В результате проведенной работы только в семи случаях из двенадцати пролиферация была достаточной для постановки МТТ-теста; была определена эффективность шести химиопрепаратов.

По мнению авторов, для более детальной оценки химиочувствительности первичных увеальных меланом необходимы дальнейшие исследования.

Материал подготовил Сергей Тумар

Фото предоставлены оргкомитетом конференции

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

Аппарат для кросслинга роговицы глаза "Локолинк"

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

того, осложнения могут интраоперационные, послеоперационные; потенциально угрожающие зрению, безопасные для зрения; ранние, поздние.

Осложнения, общие для всех процедур могут быть связаны с абляцией, воспалительные и не воспалительные процессы.

Осложнения, связанные с абляцией, — недокоррекция или гиперкоррекция, индуцированный астигматизм, децентрированная абляция, дисфотопсии или повышенная светочувствительность, индуцированная кератэктазия, интрогенный кератоконус).

Воспалительные и не воспалительные процессы характерны, как правило, для послеоперационного периода. Это — субэпителиальное помутнение роговицы, обострение ССГ, индуцированные длительным применением кортикостероидов (повышение ВГД, длительные рецидивирующие дефекты эпителия); инфекционные кератиты, стерильные инфильтраты.

Осложнения после LASEK и Epi-LASIK — интраоперационные: расхождение спиртового раствора, тонкий эпителиальный лоскут, полное отделение лоскута; послеоперационные (ранние и поздние): боль, замедление заживления эпителия, медленное восстановление зрения, стерильные инфильтраты, инфекционные кератиты, рецидивирующие эрозии роговицы, haze, повышение ВГД.

Осложнения ФРК — интраоперационные: неравномерное удаление эпителия (крайне редкие); послеоперационные (ранние и поздние): боль, замедление заживления эпителия, медленное восстановление зрения, стерильные инфильтраты, инфекционные кератиты, рецидивирующие эрозии роговицы, haze (ранний или поздний), повышение ВГД.

Ранний haze (до 20% случаев) рассматривается как побочный эффект поверхностной абляции, поздний (0,5-4%) как тяжелое осложнение.

95% осложнений LASIK (механический микрокератом) связаны с этапом создания лоскута: потеря вакуума, тонкий, неравномерный лоскут, частичный или полный buttonhole, неполный срез, полный срез, эрозии или дислокации эпителия.

Осложнения, характерные для FemtoLASIK: неполный срез, частичный или полный buttonhole, децентрация лоскута, вертикальный (эпителиальный) прорыв газа, дефекты эпителия — эрозия, дислокация, пузыри в передней камере могут попадать в ПК через Шлеммов канал при прохождении фотоволны в строме роговицы; непрозрачный пузырьковый слой OBL связан с фото-разрушающим механизмом фемтолазера; ранний или тяжелый пузырьковый слой, поздний пузырьковый слой; потеря вакуума;

сложности при поднятии лоскута. Иногда связаны с особенностями строения роговицы, но чаще — с неправильными настройками лазера.

Послеоперационные осложнения (LASIK, Femto LASIK): эпителиопатия, дислокация лоскута, складки лоскута. Складки лоскута могут быть значимы для зрения (макрострии) и незначимы для зрения (микрострии); инфекционные процессы; отек лоскута как реакция на хирургическую травму (24-72 часа); haze интерфейса (локальное помутнение под лоскутом возникает через 2-3 недели); синдром транзитной светочувствительности (встречается только после фемтопроцедуры); диффузный ламеллярный кератит; центральная токсическая кератопатия; врастание эпителия под лоскут; обострение ССГ; субконъюнктивальные кровоизлияния; макулярные кровоизлияния; ятрогенный кератоконус.

Доклад «Современная тактика хирургического лечения постувеальных катаракт у детей» представила к.м.н. Е.В. Денисова (Москва). Частота развития катаракт при увеитах в детском возрасте достигает 80%. Частота развития катаракт зависит от локализации воспалительного процесса, течения, тяжести и длительности увеита, возраста дебюта увеита, своевременности диагностики увеита, адекватности лечения.

Ведущие патогенетические механизмы: действие воспаления; действие кортикостероидов как при локальном, так и при системном применении, возможный механизм — дисбаланс электролитов, приводящий к нарушению клеточного метаболизма; связь частоты развития катаракты с интенсивностью и длительностью применения кортикостероидов.

В отделе патологии глаз у детей ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» проводится хирургическое лечение 70-80 детям с осложненными катарактами. 80% операций — с имплантацией ИОЛ, 20% — комбинация интравитреальных вмешательств (экстракция катаракты+вitreомакьюляция). Особенности постувеальных катаракт у детей: у детей младшего возраста — быстрое развития диффузной катаракты; в старшем возрасте — формирование задних макулярных катаракт с медленным прогрессированием; быстрое развитие амблиопии даже при частичной депривации; наличие сочетанных осложнений, что затрудняет решение вопроса о роли помутнения хрусталика в снижении зрения, выбор сроков и объема операции, ухудшает функциональный прогноз.

Показания к операции: помутнения хрусталика, существенно влияющие на зрение, изолированные или в сочетании с заращением зрачка или наличием выраженных помутнений стекловидного тела (показание для комбинированной операции с витреотомией); частичное помутнение хрусталика с клинической картиной злочащественного блока.

Предоперационное обследование. Цель: оценить активность воспалительного процесса; определить характер сопутствующей патологии и ее влияния на ход операции и прогноз по зрению; определить объем операции и соответствующую предоперационную подготовку; выбор метода коррекции афакии.

Неактивный увеит — количество клеток во влаге передней камеры менее 0,5+ по критериям SUN и отсутствие других признаков воспаления.

Сроки операции — неактивный увеит не менее 3 месяцев.

Длительность развития катаракты не должна превышать 6-12 месяцев, т.к. амблиопия и необратимое снижение зрения развивается достаточно быстро; при длительном существовании катаракты отмечается фибрирование капсул и кальцификация вещества хрусталика, что ведет к увеличению травматичности вмешательства и риска осложнений.

Оптимальным методом коррекции афакии является интраокулярная. Появление нового поколения биоэлектронных высокоэластичных ИОЛ, адекватных технологиям малых разрезов, применяемых в детской практике, позволили расширить показания к ее применению.

ИОЛ выбора — гидрофильная акриловая линза.

Противопоказания к имплантации ИОЛ при постувеальных катарактах: субатрофия или гипотония глаза; протяжные передниеращения с развитием эндотелия роговицы; плохо контролируемый воспалительный процесс.

Ограничения к применению контактной коррекции афакии при увеитах: лентовидная дистрофия роговицы; ССГ; гипотония глаза; корнеальный синдром; необходимость частых инстилляций.

Этапы операции: роговичные тоннельные разрезы; разделение передних и задних сращений, удаление прехрусталиковой мембраны; при узком ригидном зрачке использование ирис-ретракторов; круговой передний капсулорексис,

использование ножниц при фибрировании передней капсулы хрусталика; витреомакьюляция фиксации ИОЛ; скарификация при выраженной лентовидной дистрофии роговицы; витреотомия через плоскую часть цилиарного тела при интенсивных помутнениях стекловидного тела.

О.А. Павловский (Москва) от группы авторов выступил с сообщением на тему «Оперативное лечение макулярных разрывов с сохранением внутренней пограничной мембраны». Макулярный разрыв (МР) представляет собой сквозной эффект всех слоев сетчатки в центральной зоне макулы, включая внутреннюю пограничную мембрану (ВПМ) и слой фоторецепторов.

Патогенез развития идиопатического сквозного МР: синехизис — патологическая адгезия — витреомакулярная тракция с формированием дефекта в ВПМ и формированием фовеолярной кисты — сквозной МР.

Классификация макулярных разрывов по Gass: витреомакулярная адгезия стадия 1а — витреомакулярная адгезия стадия 1б — сквозной макулярный разрыв 2 стадии — сквозной макулярный разрыв 3 стадии — сквозной макулярный разрыв 4 стадии.

На сегодняшний день единственным способом лечения макулярных разрывов является проведение хирургической операции. Существуют различные методики закрытия макулярных разрывов: механическое сопоставление краев разрыва, PRP-методики, дренирование субретинальной жидкости, методика инвертированного лоскута.

«Золотым стандартом» лечения является проведение трехпортовой витреотомии 25 G и 27 G с последующим прокрашиванием и удалением ВПМ так называемым «пилином» внутренней пограничной мембраны и проведением газозамещающей тампонады.

Недостатки пилинга ВПМ: удаление клеток во влаге передней камеры менее 0,5+ по критериям SUN и отсутствие других признаков воспаления. Сроки операции — неактивный увеит не менее 3 месяцев. Длительность развития катаракты не должна превышать 6-12 месяцев, т.к. амблиопия и необратимое снижение зрения развивается достаточно быстро; при длительном существовании катаракты отмечается фибрирование капсул и кальцификация вещества хрусталика, что ведет к увеличению травматичности вмешательства и риска осложнений.

Цель исследования заключалась в оценке отдаленных анатомических и функциональных результатов новой методики вмешательства по поводу макулярного разрыва с частичным сохранением ВПМ.

Результаты исследования показали, что предложенная методика является менее травматичной, чем стандартная; при применении новой методики сохраняется ВПМ, что снижает риск интраоперационного повреждения слоев сетчатки; получен высокий функциональный и анатомический результат.

Требуется динамическое наблюдение за пациентами в более позднем послеоперационном периоде.

Вторая часть «Пироговской офтальмологической академии» была посвящена разбору сложных случаев витреоретинальной и катарактальной хирургии, которые были представлены молодыми хирургами для обсуждения. В обсуждении приняли участие их более опытные коллеги, участвовавшие в лекционной части конференции.

Материал подготовил
Сергей Тумар

Заведующий отделением рефракционной хирургии и контактной коррекции Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава РФ, к.м.н. А.Б. Качанов:

Мы помогаем пациентам лучше видеть, в том числе разглядеть «вторую половинку»

Интенсивную лечебную работу петербургский офтальмолог сочетает с научной, педагогической, а также изобретательской деятельностью. С 1997 года по 2006 год он являлся ассистентом кафедры офтальмологии С-Пб МАПО, с 2006 года и по настоящее время — доцент кафедры офтальмологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

В 1998 году защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук на тему «Диодлазерная трансклеральная контактная циклокоагуляция в лечении осложнённых форм глауком и офтальмогипертензий» (научный руководитель — проф. В.В. Волков). Автор 11 патентов на изобретения, более 300 научных публикаций, 3 монографий.

В 2015 году за многолетнюю плодотворную работу награждён почётным знаком «Отличник здравоохранения» Минздрава РФ. Член Европейского Общества Катарактальных и Рефракционных Хирургов (ESCRS).

Андрей Борисович — человек увлечённый, с «огоньком» в глазах, влюблённый в профессию. Во время беседы с ним сразу возникает атмосфера радушия и доброжелательности. Он не только обладает блестящими мануальными навыками, аналитическим мышлением и огромным профессиональным опытом, находит подход практически к каждому пациенту. А.Б. Качанов умеет ответить на любой вопрос пациента или коллеги простым, доступным языком.

В беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» Андрей Борисович рассказал об основных вехах своей жизни, о развитии рефракционных технологий в Санкт-Петербургском филиале МНТК, об особенностях, показаниях и противопоказаниях различных рефракционных вмешательств. Мы также уделили внимание психологическим аспектам взаимодействия врача и пациента.

> стр. 1

Андрей Борисович, перед тем как начать говорить на профессиональные темы, хотелось бы больше узнать об основных этапах Вашей жизни, о Вашем становлении как врача-офтальмолога, хирурга и учёного-исследователя.

В этом интервью хотелось бы уделить больше внимания не мне лично, а всему коллективу Санкт-Петербургского филиала МНТК. Мне повезло, что уже в течение двух десятилетий я работаю именно здесь.

В МНТК получили развитие самые разные хирургические технологии. Но наша беседа посвящена рефракционной офтальмохирургии. Санкт-Петербургский филиал является одним из ведущих офтальмологических центров в этой сфере. Не только в России, но и в мире. Ежегодно у нас проводится более пяти тысяч (!) рефракционных вмешательств. Мы находимся в группе лидеров и по техническому оснащению, и по квалификации персонала, и по цифрам хирургической активности, и по многим другим показателям.

Почему я заговорил об этом в самом начале нашей беседы? Успех в медицине — это успех коллектива. И если бы не два десятилетия работы в МНТК, то, думаю, моя профессиональная жизнь сложилась бы совсем по-другому.

Отрадно, что в МНТК Вы смогли реализовать свой профессиональный потенциал. Мои первые вопросы будут вполне традиционными. Хотелось бы узнать о Вашем детстве, юности, о годах учёбы, о Ваших учителях, о первых шагах в медицине. Это именно тот «багаж», который формирует врача.

Я родился в 1965 году в городе Гатчина Ленинградской области. Вся жизнь с детства до сего дня связана с Ленинградом (Санкт-Петербургом). Ещё в детстве у меня сформировалась такая особенность: я всегда запоминал цвет глаз человека, с которым общался.

В детстве и в подростковом возрасте я не предавал этому свойству своей памяти никакого значения, но сейчас — оглядываясь назад! — могу сказать, что это происходило не случайно. Возможно, судьба с детских лет готовила меня к профессии врача-офтальмолога.

В школе всегда интересовался биологией, химией, физикой. А уже в старших классах была твёрдая уверенность в том, что буду поступать в медицинский вуз. Так и получилось. В 1982 году поступил в



А.Б. Качанов, Walter Sekundo. Стажировка в г. Марбурге. 2016 год

Ленинградский педиатрический медицинский институт, а в 1988 году с отличием его окончил.

Офтальмология меня заинтересовала уже с первых курсов. Думаю, что это заслуга тогдашнего заведующего кафедрой офтальмологии нашего вуза, профессора А.И. Горбана. Именно он, друг и сподвижник академика С.Н. Фёдорова, стал первым директором Ленинградского (Санкт-Петербургского) филиала МНТК и занимал эту должность до 1994 года.

Анатолий Иванович был человеком ярким, харизматичным. Он умел читать лекции живо, проникновенно. У него было большое чувство юмора. Лекции А.И. Горбана убедили меня в том, что офтальмология — это интересно! Это именно то, чем я хочу заниматься! Уже с третьего курса стал посещать студенческое научное общество офтальмологов. Его курировала ассистент кафедры Эмма Лазаревна Сапегина. Впоследствии она в течение многих лет была заместителем директора Санкт-

Петербургского филиала МНТК и внесла большой вклад в его развитие.

Шестой курс в медицинском вузе носил в то время название «субординатура», и для меня она стала счастливым билетом — это была субординатура по офтальмологии и, по сути, первый год практической работы в избранной специальности.

Можно сказать, «боевое крещение».

Да. Именно в субординатуре парни и девушки могли удостовериться, правильно ли они выбрали специальность, приносят ли они пользу врачебному коллективу, умеют ли они находить общий язык с пациентами и вызывать у них доверие. Это время, когда ты одновременно учишься и работаешь.

А вот уже клиническую ординатуру на кафедре офтальмологии я проходил на базе Мариинской больницы (тогда она носила имя В.В. Куйбышева). Руководителем офтальмологического отделения был Лев Васильевич Каргаши, опытный офтальмохирург, человек огромной эрудиции. Не могу

не отметить его талант рисовальщика. По сути, он был настоящим художником. Целый ряд научных офтальмологических трактатов профессора А.И. Горбана иллюстрированы рисунками Льва Васильевича.

Мне хочется назвать имена моих замечательных преподавателей в ординатуре по офтальмологии в Педиатрическом институте. Это, конечно же, профессор Евгений Евгеньевич Сомов, принявший эстафету руководства кафедрой офтальмологии из рук Анатолия Ивановича Горбана, доцент Семён Михайлович Чутко, опытные офтальмохирурги и мои первые хирургические наставники — Борис Яковлевич Кесель, Владимир Александрович Шерешевский, Наталья Дмитриевна Серебрянникова и другие.

Кстати, среди моих сокурсников по вузу оказалось немало коллег, впоследствии добившихся больших успехов в офтальмологии. Могу упомянуть нынешнего заместителя директора С-Пб филиала НМИЦ ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза» по клинической и организационной работе д.м.н. М.В. Гацу, доктора А.А. Варава и других.

Как сложилась Ваша профессиональная жизнь после окончания вуза?

В 1990 году я стал работать в Городской офтальмологической больнице №7. Место это, без преувеличения, знаменитое. «Улица Моховая, дом 38» — этот адрес знают не только петербуржцы, но и, наверное, значительная часть окулистов России. Больница №7 — прямая наследница первой в России и второй в мире специализированной офтальмологической клиники, основанной в 1824 году.

В 1997 году стационар больницы переехал в многопрофильную больницу №2, а на Моховой, в историческом здании, осталось только диагностическое отделение.

Говоря о своей работе в этой клинике, не могу не упомянуть два имени. В первую очередь, это профессор Вениамин Васильевич Волков, выдающийся отечественный офтальмолог, создатель крупнейшей ленинградской-петербургской офтальмологической научной школы. В 1989 году, уйдя с военной службы и покинув стены Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, В.В. Волков стал профессором-консультантом больницы №7. Одновременно при этой больнице была создана межотраслевая научно-исследовательская лаборатория «Офтальмологическая оптика», которую возглавил Вениамин Васильевич.



Профессор В.В. Волков, А.Б. Качанов. 2007 год

В то время я работал в глазком-ном отделении больницы, много оперировал и одновременно стал сотрудником лаборатории В.В. Волкова. Вениамин Васильевич стал научным руководителем моей кандидатской диссертации «Диодлазерная транскслеральная контактная циклокоагуляция в лечении осложнённых форм глауком и офтальмогипертензий», защита которой состоялась в 1998 году.

И второй человек, которого нельзя не упомянуть в этой беседе, — профессор Юрий Сергеевич Астахов, который в то время был главным офтальмологом Ленинграда (Санкт-Петербурга). Эту должность он занимал более тридцати лет. Он не являлся моим непосредственным учителем, но мне довелось с ним общаться. Это один из тех людей, которые внесли огромный, неоценимый вклад в организацию офтальмологической помощи в Северной столице, в том числе в работу больницы №7 и Офтальмологического центра многопрофильной больницы №2.

Как состоялось Ваше знакомство с профессором В.В. Волковым? Как началось сотрудничество?

Знакомство произошло в коридоре больницы. Я поздоровался с

профессором, он обратил внимание на нового молодого сотрудника, начал задавать вопросы, пригласил познакомиться с работой лаборатории. Конечно, я не мог упустить такого шанса!

Ваша научная работа была связана с лечебной деятельностью в офтальмологическом отделении?

Конечно. В моей диссертации анализируется применение диодных лазеров для лечения осложнённых форм глауком и офтальмогипертензий. Могу привести конкретный пример. При терминальной болейшей глаукоме порой единственным выходом является энуклеация (удаление) глазного яблока. Это связано с болевым синдромом, с которым бывает трудно справиться.

Применение диодного лазера помогает решить эту проблему. Происходит не только снижение внутриглазного давления, но и существенное снижение или даже полное исчезновение болевого синдрома. Это происходит в результате того, что диодный лазер производит дозированное разрушение ресничного тела, уменьшая продукцию внутриглазной жидкости.

При терминальных формах глаукомы стандартные операции

часто неэффективны из-за опасности кровотечений, которые могут привести к разрушению глаза. Поэтому использование лазера является единственно возможным выходом. Я очень рад, что данная методика до сих пор активно применяется в офтальмологической практике и существенно улучшает качество жизни глаукомных больных.

С 1997 года Вы стали ассистентом кафедры офтальмологии МАПО. Это произошло ещё до защиты Вашей диссертации.

В то время кафедру возглавлял директор Санкт-Петербургского филиала МНТК, профессор Леонид Иосифович Балашевич, ученик В.В. Волкова. Леонид Иосифович предложил мне стать ассистентом кафедры и одновременно стал регулярно приглашать в гости в МНТК. Сотрудником филиала я стал в 2000 году, но наше взаимодействие началось гораздо раньше.

Как и почему Вы заинтересовались рефракционной хирургией?

Это произошло благодаря Л.И. Балашевичу. Именно он, уделявший рефракционной хирургии большое внимание, посоветовал мне углубиться в эту область медицины. Леонид Иосифович впервые в системе МНТК организовал специализированное отделение экспериментальной рефракционной хирургии, которое тогда возглавлял замечательный офтальмохирург Сергей Александрович Никулин. И с 1998 года я иду по этому пути. А в 2000 году стал сотрудником Санкт-Петербургского филиала МНТК.

Для меня рефракционная хирургия стала новой областью. Эта работа потребовала значительной психологической перестройки. Основное отличие от других офтальмологических специализаций состоит в том, что рефракционные хирурги работают со здоровыми глазами. Если быть точнее, с относительно здоровыми глазами. Суть рефракционных операций состоит в том, чтобы повысить качество жизни пациента.

Когда я проводил хирургические вмешательства по поводу глаукомы, катаракты или других заболеваний глаз, то они были для пациента жизненно необходимыми. Во многих случаях отказ от операции нёс с собой опасность слепоты и слабоумия.

В рефракционной хирургии, за редкими исключениями, ситуация другая. Необходимость операции лежит скорее не в медицинской, а в психологической плоскости. Есть люди, которые с удовольствием носят очки и контактные линзы и

полностью к ним привыкли. Вместе с тем есть и немало пациентов, для которых избавление от необходимости пользоваться оптической коррекцией — важная жизненная цель.

Получается, что в рефракционной хирургии пациентов не нужно мотивировать, не нужно убеждать в необходимости проведения операции.

Если быть точнее, то именно мотивация со стороны пациента является основным показателем к лазерной коррекции зрения. Огромное число людей после успешного проведения операции испытывают чувство радости, счастья, восторга. Они говорят о том, что их жизнь стала гораздо лучше, что они получили именно то, о чём мечтали. Избавление от очков и контактных линз становится долгожданным, желанным событием.

Мечты сбываются!

Именно это чувство «привыкает» меня к рефракционной хирургии. Я помогаю сделать жизнь людей лучше, а благодарные пациенты, в свою очередь, дарят мне как хирургу позитивную энергию.

С 1997 года в Санкт-Петербургском филиале МНТК было успешно проведено почти сто тысяч рефракционных операций лазерной коррекции зрения. Это соответствует населению крупного города!

Хотелось бы поговорить с Вами об особенностях различных технологий, применяемых в офтальмохирургии.

На сегодняшний день у пациентов нашей клиники большой популярностью пользуется технология SMILE. При этой технологии лентикула (полоска ткани округлой формы, выкроенная с помощью фемтосекундного лазера в строме роговицы) удаляется через микронадрез (инцизию). Таким образом, SMILE не требует формирования лоскута на роговице. Благодаря этому восстановительный период проходит максимально быстро и безболезненно. Ещё одно преимущество данной технологии: она обеспечивает высокую биомеханическую устойчивость глаза.

Мне повезло, что в ходе одной из моих стажировок по освоению операции SMILE было посещение университетской офтальмологической клиники и кафедры в немецком городе Марбург, которые возглавляет всемирно известный офтальмолог, создатель технологии лентикулярной хирургии SMILE профессор Вальтер Секундо. К слову сказать, с ним у нас сложились прекрасные дружеские отношения.

Что означает понятие «биомеханическая устойчивость» в практической жизни пациента?

Биомеханическая устойчивость, в первую очередь, проявляется тогда, когда человек сталкивается с травмами органа зрения. Даже при осторожном, осмотрительном поведении никто из нас, к сожалению, не застрахован от травм. Высокая биомеханическая устойчивость позволяет глазу лучше справиться с негативным воздействием, в том числе, травмой, сохранив высокий уровень зрения.

Но дело не только в этом! Высокая биомеханическая устойчивость возможна только при максимально малоинвазивных, «щадящих» хирургических вмешательствах. Это важный показатель здоровья глаза.

Хотел бы также представить ещё одну технологию, которую мы активно применяем, правда, не так часто, как SMILE. Речь идёт о фторорефракционной кератоктомии (ФРК). Эта технология также не требует формирования лоскута. И биомеханическая устойчивость у ФРК такая же высокая, если не больше, чем у операции SMILE.

Именно поэтому ФРК в качестве метода коррекции зрения почти всегда выбирают профессиональные спортсмены (в том числе боксёры), военнослужащие, работники силовых структур и т.д. В силу их профессиональной деятельности риск глазного травматизма у них выше, а значит и требования к биомеханической устойчивости — более высокие.

Кстати, говоря о биомеханической устойчивости глаза, хочется отметить, что на протяжении уже более 20 лет мы успешно проводим совместные исследования по биомеханике глаза, начатые ещё с участием профессора В.В. Волкова, в том числе, применительно к рефракционной хирургии, с механиками и математиками Санкт-Петербургского государственного университета — профессором Светланой Михайловной Бауэр, кандидатом физико-математических наук Борисом Александровичем Зиминим, академиком Никитой Фёдоровичем Морозовым, профессором Петром Евгеньевичем Товстиком и другими.

Правда, ФРК имеет два недостатка, не позволяющие данной операции стать такой же популярной, как SMILE. Во-первых, восстановительный период у ФРК довольно длительный. Он может составлять несколько недель. Во-вторых, первые несколько дней после операции пациенту приходится мириться с болезненными ощущениями. Эти два фактора делают данную технологию менее комфортной.

Недавно в Санкт-Петербургском филиале МНТК появился новый эксимерный лазер, применяемый для ФРК и всех вариантов операции ЛАЗИК и ФемтоЛАЗИК: Schwind Amaris 1050 RS. Это изменилось в Вашей работе, например, при выполнении операции ФРК, когда Вы стали использовать новую технику?

Само приобретение этого лазера и непрерывное развитие эксимерных и фемтосекундных технологий в нашем филиале (трансФРК, ФемтоЛАЗИК, SMILE) стало возможно, в первую очередь, благодаря усилиям руководства нашей клиники, которую в настоящий момент возглавляет заслуженный врач Российской Федерации, заведующий кафедрой офтальмологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова профессор Эрнест Витальевич Бойко.

У лазера Schwind Amaris 1050 RS есть многочисленные уникальные возможности в плане эксимерной рефракционной хирургии, а также выполнения различных операций при патологии роговицы: технологии коллагенового кроссликинга для укрепления роговичной ткани при кератоконусе. Существует возможность применения нового лазера и для эксимерной кератопластики. Но даже полный перечень новых опций требует обстоятельного отдельного разговора.

Лазер Schwind Amaris 1050 RS привнёс в существенным изменениям в технологии всех эксимерных операций, начиная с ФРК. Так, специалисты теперь говорят о «транспигментальной ФРК» (коротко, трансФРК). Классическая технология ФРК предполагала два этапа операции. Сначала хирург удалял эпителий роговицы, как правило, механическим или химическим способом, с помощью специального этилосодержащего раствора. А уже потом проводилась эксимерная лазерная обработка депигментированной поверхности роговицы.

В транспигментальной ФРК эти два процесса происходят одновременно. Операция стала ещё менее инвазивной, очень короткой по времени и деликатной для пациента. После операции зрение восстанавливается быстрее. Максимальная острота зрения может быть достигнута уже через неделю.

Важно, чтобы у пациентов был выбор. Существует группа пациентов, которым SMILE противопоказан, а ФРК возможен. Например, при дальнозоркости, смешанном астигматизме и очень тонкой роговице SMILE не применяется.

Кроме того, ФРК вообще не оставляет внешних следов на роговице. Хотя и при SMILE эти следы незначительны, но для некоторых пациентов важно, чтобы никто не мог определить, что была проведена лазерная коррекция зрения.

В каких случаях это может быть важно?

Например, если молодой человек хочет стать профессиональным спортсменом, военным лётчиком или пилотом гражданской авиации, этот фактор может иметь значение. После ФРК даже члены медкомиссии не распознают, что глаз был прооперирован.

Мы с Вами говорили о двух рефракционных технологиях: SMILE и ФРК. Не секрет, что существует ещё одна технология, которая на сегодняшний день, прямо скажем, не пользуется особой популярностью среди пациентов. Речь о так называемом «стандартном ЛАЗИК» т.е. технологии ЛАЗИК без использования фемтосекундных лазеров. Приходилось слышать мнение



Э.Л. Сапегина, Е.Е. Сомов, А.Б. Качанов. 2006 год

коллег-врачей, что от LASIK необходимо отказаться. Мол, это технология устаревшая, не отвечающая реалиям сегодняшнего дня. Вы разделяете эту точку зрения?

На самом деле, в профессиональной литературе отмечается такой недостаток стандартного LASIK, как снижение биомеханической устойчивости глаза. Также у некоторых пациентов существует опасность кератоконуса, т.е. истончения роговицы и потеря её биомеханической устойчивости.

Но вместе с тем я бы не стал называть эту технологию устаревшей. Во-первых, у неё есть своя «ниша». Когда мы проводим рефракционную коррекцию пациентам с глубоким рубцом на роговице — обычно такой рубец образуется после травм — то нередко единственным возможным технологией является именно стандартный LASIK. Ни SMILE, ни ФРК, ни LASIK с фемтосекундным сопровождением здесь могут не подойти.

Кстати, классические технологии ФРК и ЛАЗИК мы внедряли и активно применяли с коллегами из МНТК во время работы в Китайской Народной Республике, где я находился в длительных командировках в 2005 году и в 2008 — 2009 годах. Я работал в Китае в качестве рефракционного хирурга и медицинского директора совместного Российско-Китайского Офтальмологического Центра в клинике Харбинского Медицинского Университета.

Во-вторых, у операции LASIK (как и при ФемтоЛАЗИК) очень высокая предсказуемость зрительного результата, которая может быть выше, чем у других рефракционных технологий. Многие зависят от мастерства хирурга. Это тоже надо учитывать! В-третьих, LASIK, также как и другие технологии, предполагает использование качественного оборудования, в частности, современных механических микрократомов. Они продолжают выпускаться.

В-четвёртых, LASIK в последние годы был дискредитирован офтальмологическими клиниками-лоукостерами, вставшими на путь жёсткого ценового демпинга в ущерб качеству работы, интересам врачей и пациентов.

Фирмы-лоукостеры, как правило, применяют исключительно стандартный LASIK!

Тот факт, что недобросовестные дельцы активно используют эту медицинскую технологию, не может дискредитировать LASIK! Проблема в другом. Эти фирмы-лоукостеры используют подержанное оборудование, подчас старые некачественные микрократомы. Они, как правило, задействуют

Андрей Борисович, хотелось бы попросить Вас рассказать о случаях из врачебной практики, оставшихся в памяти.

Мне запомнилась двадцатилетняя пациентка с близорукостью и астигматизмом. В пятнадцатилетнем возрасте, т.е. за пять лет до обращения ко мне, девушке была проведена операция сквозной тотальной кератопластики.

Сложнейшая операция! Честно говоря, до нашего с Вами разговора я не знал о том, что после кератопластики, вообще, возможно проведение рефракционных операций.

Ситуация осложнялась тем, что девушка просила осуществить ей операцию именно по технологии SMILE. ФРК или стандартный ЛАЗИК были бы более простым решением для хирурга.

Вы решили пойти девушке навстречу, исполнив её желание?

Я тщательно проанализировал, возможно ли в данном случае использовать технологию SMILE? И ответ был: да, возможно, да, целесообразно. У меня есть видеозапись этой операции. Я неоднократно докладывал об этом случае на научных конференциях.

Операция, проведённая этой девушке, наглядно показала возможности SMILE даже в таких сложных случаях. Это не может не вдохновлять!

Хотел бы привести ещё один пример. В один день я оперировал по поводу близорукости парня 29 лет и девушку 24 лет. А через месяц они вместе пришли ко мне приём, держась за руки. И они рассказали мне удивительную историю. Оказывается, они познакомились в день операции, в коридоре нашей гостиницы (пансионата) для пациентов. И вспыхнула страстная любовь. Уже через месяц эта парочка обсуждала будущую свадьбу. А девушка сказала мне такую фразу: «Спасибо Вам за операцию! Я даже своего будущего мужа смогла разглядеть!»

Ребята действительно поженились?

Да. Сейчас они ребёнка растят.

В начале нашей беседы мы говорили с Вами о том, что рефракционная хирургия повышает качество жизни. Оказывается, это относится и к личной жизни. Андрей Борисович, благодарю Вас за интересный разговор! Пусть общение с пациентами всегда дарит Вам только положительные эмоции!

Искренне надеюсь, что рефракционная офтальмохирургия и дальше будет занимать достойное место на страницах нашей любимой газеты «Поле зрения». В этой области есть ещё немало тем и сюжетов!

Беседу вёл Илья Бруштейн

Фото из архива А.Б. Качанова

Последнее поколение эксимерлазерных систем SCHWIND AMARIS

- Частота работы лазера до 1050 Гц
- Активный трекинг и компенсация движений глаза по всем шести измерениям с минимальной задержкой
- Тип лицензий для рефракционного и терапевтического модуля — бесплатные
- Только для модели 1050RS: технология 7D для компенсации времени задержки
- Автоматический подбор целевой асферичности и плавной переходной зоны
- Алгоритм термического контроля ИТЕС обеспечивает стабильный температурный режим независимо от длительности абляции

Профиль ФРК при коррекции миопии

Профиль транспигментальной ФРК при коррекции миопии

- Уникальная, полностью бесконтактная, одноступенчатая транспигментальная ФРК — технология SmartSurf
- Комбинированная диагностическая система SCHWIND SIRIUS 2 в 1: Шоймплюк камера и Кольца Пласидо
- Высокая точность коррекции без использования номограмм
- Оптимизированный рабочий процесс: максимально быстрый и простое планирование операций
- Широчайшие возможности персонализации и тандемсбережения
- Уникальная технология коррекции пресбиопии PresbyMAX, использующая мультифокальность и контроль асферичности для обеспечения качественного зрения на любом расстоянии
- Уникальные возможности персонализации ФРК, в том числе эксимерлазерной кератопластики

Эксклюзивный дистрибутор «SCHWIND» (Германия) в России и странах СНГ — фирма «Трейдомед Инвест»

SCHWIND
eye-tech-solutions

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

Уважаемые читатели газеты «Поле зрения»!

В 2021 году вы можете оформить подписку на газету через агентство «Урал-Пресс» (индекс 15392). Подписка производится на полугодие (3 номера).

СПОСОБЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПОДПИСКИ ЧЕРЕЗ ИЗДАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ:

Юридические лица могут оформить подписку как через агентство «Урал-Пресс» (индекс 15392), так и в издательстве «АПРЕЛЬ»

Для подписки **через издательство** необходимо прислать письмо-заявку на электронный адрес издательства «АПРЕЛЬ» aprilpublish@mail.ru

Газета будет приходить к вам по почте на адрес, который вы укажете в письме-заявке. В адресе доставки обязательно должна присутствовать следующая информация: ФИО полностью, почтовый индекс.

После получения заявки мы выставим счет, а также вышлем договор. Договор будет отправлен на адрес электронной почты, с которого пришла заявка, либо на любой другой, который вы укажете в письме.

По всем вопросам, связанным с оформлением подписки, получением газеты и документов, обращаться по телефону: (916) 875-96-55

Вы можете приехать к нам в издательство и получить оригинал счета и договора на руки, а также написать или позвонить по указанному ниже телефону в издательство, сообщить период, на который хотите оформить подписку. Вам будет выставлен счет, договора. Документы будут отправлены по почте с газетой.

ВНИМАНИЕ! Для своевременного получения газеты необходимо:

Произвести предоплату по реквизитам, указанным в счете.

В ПИСЬМЕ-ПОРУЧЕНИИ УКАЗАТЬ:

- полный почтовый адрес доставки (с индексом);
- контактный телефон с кодом города; мобильный телефон;
- фамилию, имя, отчество ответственного лица;
- адрес электронной почты.

После оплаты необходимо позвонить или прислать электронное письмо с пометкой в теме «ПОДПИСКА» в издательство, чтобы зарегистрироваться в качестве подписчика, уточнить свой почтовый адрес и телефон для своевременного получения газеты.



Голубой океан Артема Власенко

Интервью с руководителем компании «Оптик-Центр», челябинским бизнесменом, дипломированным врачом-офтальмологом Артемом Валерьевичем Власенко.

(Репортаж об открытии офтальмологической клиники «Оптик-Центр» читайте в газете «Поле зрения» №2, 2021 г.)

Почему выбор пал на офтальмологию? Вы уже в те годы понимали, что впоследствии на офтальмологии можно неплохо заработать?

Конечно, я не представлял, какую роль в моей жизни будет играть офтальмология. То, чем я руководствовался в выборе будущей медицинской специальности, может вызвать снисходительную улыбку. Рассуждал я примерно так: «Глаз маленький, надежное, и болезней, связанных со зрением, не так много». Как же я ошибался! Со временем, прочитав кучу литературы, основательно погрузившись в тему, понял, что офтальмология — сложнейшая специальность. Помню, как после одной из первых имплантаций, мы ехали в лифте с заведующей отделением, она сказала: «Ну, Артем, беги за бутылкой!».

Время шло, я много оперировал, но все чаще мне приходила в голову мысль о том, что в жизни надо что-то менять.

Когда Вы открывали первые оптические салоны, возникали у Вас мысли об офтальмологическом центре?

Нет, так далеко я не заглядывал. Первая двухэтажная офтальмологическая клиника появилась в 2006 году, спустя 7 лет после открытия первого оптического салона. К тому моменту у нас уже работали 12, существовала солидная клиентская база. Более того, были случаи, когда клиенты обращались к нам за подбором очков или контактных линз, а доктора находили у них катаракту в начальной стадии или того хуже — глаукому. Все эти моменты привели к тому, что было принято решение расширить сферу нашей деятельности. Появились диагностические центры, затем — клиники, где стали проводиться хирургические вмешательства, и только что открытый офтальмологический центр. (Подробно о недавнем открытии офтальмологической клиники «Оптик-Центр» читайте в «Поле зрения» №2, 2021 г. — прим. ред.)

Существует версия, что один из филиалов МНТК «Микрохирургия глаза» планировали организовать в Челябинске. Так что новый центр в какой-то степени «восстановил историческую справедливость». Я, конечно, шучу, но в нынешних условиях жители города и области могут рассчитывать на получение практически любого вида лечения по полису ОМС в прекрасных, комфортных условиях. Я горжусь этим.

Вы — успешный предприниматель. Какие принципы являются для Вас основополагающими в бизнесе?

Принципы, которым я следую сейчас, были заложены родителями, например, незапятнанность в бизнесе. Я очень трепетно отношусь к имиджу компании, свято верю в порядочность, всячески стараюсь вести деловое, интеллигентно, цивилизованно. Я строю бизнес «в долгу». Мне нравится точка зрения американского экономиста Саймона Синека, которую он высказывает в книге «Бесконечная игра». Он пишет, что в бизнесе побеждает тот, кто не участвует в гонке. Бизнес — это не спорт, где главная цель — победить здесь и сейчас. Кто стремится выиграть в краткосрочной перспективе, неизбежно проигрывает. Могу привести массу примеров, когда в стремлении получить сиюминутные дивиденды известные производители ведут себя не вполне прилично. Я без них проживу, а выживут ли они без меня в нашем регионе — большой вопрос. Я не иду на контакт с такими компаниями. Со стороны может показаться, что я веду себя излишне жестко, но я не хочу превращать врачей-офтальмологов в продавцов коробок с дешевыми линзами, и в этом меня поддерживают мои сотрудники.

Иногда я задаю себе вопрос, что должно произойти, чтобы я прервал отношения с людьми, с которыми работал 10-15 лет. Очевидно, это предательство или попусту,

противоречащий моим базовым принципам. Не скажу, что это часто происходит, но случается.

Руководитель бизнес-структуры должен обладать знаниями в области политики, экономики, финансов, знать конъюнктуру рынка, уметь налаживать деловые связи с партнерами, клиентами, создать благоприятный климат в коллективе и т.д. Об этом написано в учебниках, об этом читают лекции на бизнес-семинарах. Что лично Вы, исходя из собственного опыта, добавили бы в этот список качеств делового человека?

На первых этапах я вел бизнес, не связывая его с собственной личностью. Но в последние годы мое видение изменилось. Ключевое значение имеет имидж компании, который в немалой степени зависит от деловой репутации ее руководителя, от того, как он сумеет выстроить отношения с партнерами, клиентами, с некоторыми из которых у нас сложились длительные дружеские отношения. Я этим очень дорожу, и, надеюсь, ни один человек в отрасли не скажет дурного слова ни нашей компании, ни о ее руководителе.

Позволю себе процитировать Вас: «В бизнесе мы должны учиться на примере других компаний». Какие компании послужили примером для Вас?

Я прочел много книг, в которых приводятся примеры успешного роста компаний в различных сферах. В книге Карла Сьюэлла и Пола Брауна «Клиенты на всю жизнь» авторы рекомендуют делать ставку на постоянных клиентов, Джон Шоул в публикации «Первоклассный сервис как конкурентное преимущество» на примере американских автомобильных компаний показывает, что отлично организованный сервис способствует процветанию компании наравне с мощным маркетингом и высококачественным продуктом. Мне очень импонирует то, как строит свой бизнес Ричард Бронсон, владелец корпорации Virgin Group, или авиаперевозчик Southwest Airlines. В своей работе я стараюсь следовать принципам ведения бизнеса (разумеется, в применении к нашим реалиям), представленным в этих книгах, которые я называю «мои бизнес-буквари».

Для меня концепция магазина хорошего зрения — это не продажа очков, линз — это поиск оптимального решения в зависимости от запросов и мотивации клиента, пациента.

В бессмертной комедии «Кавказская пленница» один из героев произнес фразу, ставшую крылатой: «Имею желание купить дом, но не имею возможности, имею возможность купить козу, но не имею желания...» Когда Вы поняли, что Ваши желания совпадают с возможностями?

Такое ощущение пришло лет 5 тому назад. До этого все ресурсы вкладывали в развитие. Одни считают, что мы правильно поступили, у других может быть иное мнение. Однако сегодня мы с вами сидим в красивом кабинете на 6-м этаже прекрасной клиники, значит поступали правильно.

Какие требования Вы прежде всего предъявляете своим докторам?

С любовью относиться к пациентам. Раньше существовала точка зрения, что врачам надо платить высокую зарплату, и тогда они будут хорошо работать, любить и уважать пациентов. Я считаю, что это не так. Если по своей натуре человек холодный, черствый, то он и за миллион рублей не сможет проникнуться уважением к пациенту. Я своим примером пытаюсь показать, как нужно относиться к клиентам в оптиках, к пациентам в клинике. Пациентов надо любить, как близких тебе людей, общаться с людьми общим языком, быть с ними

на одной волне. Я воспитал в себе такое отношение к людям, работая в Дорожной клинической больнице, и хочу, чтобы сотрудники вели себя подобным образом. Речь идет о внутренней культуре человека, которую я стараюсь прививать, развивать и укреплять.

У меня есть в голове некий психотип личности, по которому я определяю, наш это человек или нет. Если в нем высокий уровень компетенции совпадает с внутренней культурой, заложенной в его генетическом коде, это — счастье.

Много желающих устроиться к вам на работу?

У нас есть открытые вакансии, и все кто хотел или мог работать, уже работают у нас. Сейчас готовим сотрудников из студентов медицинской академии.

Сегодня медработники в государственных лечебных учреждениях получают вполне достойные деньги, и частные клиники не всегда могут конкурировать с государственными по уровню зарплаты. И мы, со своей стороны, делаем все, чтобы стать лучшим работодателем в отрасли: с прекрасными условиями работы, замечательной рабочей атмосферой и плюс с достойной зарплатой.

В частной медицине принято считать, что пациенты идут не в клинику, а к конкретному специалисту: «к профессору Столяренко», «к профессору Коновалову», «профессору Трубилину», «профессору Кожухову» и т.д. В Вашем случае «к кому идут» пациенты «Оптик-Центра»?

Я бы не сказал, что в нашем случае пациенты идут к кому-то конкретно. На нас работает имидж «Оптик-Центр». Мы много лет находимся на этом рынке, и уровень доверия к компании весьма высок. Наша цель — максимально высокий результат, об этом наши пациенты знают не понаслышке. Одним из показателей доверия является то, что в клинику оперируются наши родные и близкие, которые ни секунды не сомневаются в мастерстве врачей.

Ваши слова мне напомнили давнюю традицию мостостроителей. Сдавая, например, железнодорожный мост приемной комиссии, строители, включая рабочих, инженеров, руководителей стройки, становились под ним, и по мосту проезжал тяжелогруженный состав. Таким образом, строители демонстрировали качество и надежность нового моста.

Это — ровным счетом про нас.

Артема Валерьевича, открыв центр, Вы выполнили «программу максимум»?

Новый офтальмологический центр — для меня очередная отсечка. Альберт Эйнштейн сравнивал жизнь с ездой на велосипеде: «Чтобы не упасть, надо все время двигаться вперед». В бизнесе нельзя топтаться на месте, иначе тебя просто обгонят, добавляю я от себя. Мыслей у меня в голове достаточно много, так что будет двигаться вперед.

В 1968 году на Олимпиаде в Мехико американец Боб Бимон, прыгнув в длину на 8 м 90 см, убил надежды нескольких поколений прыгунов. Открытие нового офтальмологического центра оставляет ли шанс Вашим конкурентам в регионе удержаться на плаву?

Хочу повторить одну мысль, которую я уже однажды высказывал: «Синергия оптики и офтальмологии — голубой океан, в котором я хочу плавать. Я не хочу конкурировать, проливать кровь в бизнес-войнах. Это моя ниша. Мы отпустили себя чувством в этом океане, и так будет, пока кто-нибудь не подберется к нам и не захочет с нами в хорошем смысле побороться. Что ж, я не против. Уверен, я иду по правильному пути.

Благодарю Вас за интересную беседу. Удачи Вам!

Материал подготовил Сергей Тумар
Фото из архива А.В. Власенко

Заведующая офтальмологическим отделением Псковской областной клинической больницы, главный офтальмолог Псковской области Т.К. Борисова:

Я радею за Псковщину!

> стр. 1

Татьяна Константиновна, с 1980 года Вы трудитесь в офтальмологическом отделении Псковской областной клинической больницы. С 2009 года Вам доверено возглавлять офтальмологическую службу региона. Хотелось бы узнать, какое место занимает Псковская область в Вашей жизни? Вы родились и выросли в этих краях?

Моя родина — Ярославль. Окончила Ярославский медицинский институт. В Псков, в областную клиническую больницу, попала по распределению. Как это было принято в советскую эпоху. Тогда выпускники вузов обязаны были отработать три года в тех регионах страна, куда их направит государство. Нередко далеко от дома.

В Пскове в то время не существовало медицинского вуза. Поэтому молодые специалисты направлялись из других регионов страны. Немало коллег являлось, также как и я, выпускниками Ярославского медицинского института. Много докторов приехало из Костромы.

Я радею за псковщину, люблю эту землю! Здесь я сформировалась как профессионал. Хотелось бы внести свой вклад в развитие здравоохранения региона.

Почему Вы решили стать врачом-офтальмологом?

Не могу сказать, что в вузе меня привлекала именно офтальмология. Мне были интересны самые разные медицинские специальности. В том числе интересовала патология, имеющая важное значение для криминалистики, расследования преступлений. После окончания вуза появилась возможность пройти интернатуру по офтальмологии в Псковской областной клинической больнице. Я согласилась.

Азы профессии осваивала именно здесь. В дальнейшем, в 1986-1988 годах, обучалась в санитарио-гигиеническом институте им. И.И. Мечникова. Моим научным руководителем был профессор В.Н. Алексеев. К моменту поступления в ординатуру я уже приобрела значительный опыт как врач-офтальмолог и офтальмохирург.

Не могли бы Вы представить работу офтальмологического отделения?

У нас 38 коек. В штате — пять докторов. Два специалиста — молодые мамы. В настоящее время они находятся в декретном отпуске. Поэтому пока мы работаем втроем. В год проводится около 1600 хирургических вмешательств. Мы осуществляем все основные виды операций на переднем отрезке глаза. По поводу катаракты, глаукомы, косоглазия. Много работаем с последствиями травм.

Витреоретинальные операции у нас пока не проводятся. Но в ближайшее время, к моей радости, ситуация изменится. В рамках модернизации Псковской областной клинической больницы выделены средства для закупки соответствующего оборудования. Я прошла обучение и получила сертификат витреоретинального офтальмохирурга. Возможно, витреоретинальные операции будут осуществляться и другие коллеги.

Витреоретинальные вмешательства планируется осуществлять уже в этом году?

Думаю, что это произойдет уже в следующем, 2022 году. Не нужно забывать, что в настоящее время еще не сняты противоэпидемиологические ограничения, оказывающие влияние на всю систему здравоохранения, в том числе на офтальмологическую службу. Поэтому процесс модернизации лечебных учреждений по объективным причинам замедлился. Все силы брошены на борьбу с ковидом.

Но уверена, что в следующем году мы будем делать витреоретинальные операции. В них есть насущная потребность у жителей региона.

Лазерное лечение у Вас проводится?

Такой опыт у нас есть. Но в настоящее время в штате нет лазерного офтальмохирурга. Кроме того, оборудование нуждается в модернизации. Думаю, что в течение текущего и следующего года вопрос будет решен. Без лазерного лечения я не могу представить себе полноценную работу офтальмологического отделения!

Рефракционными операциями Вы тоже занимаетесь?

Нет. Одна из частных клиник Пскова оказывает такие услуги. Кроме того, псковичи могут в любой момент поехать в Санкт-Петербург, который находится совсем недалеко от нас. Я не считаю, что в государственных лечебных учреждениях необходимо в обязательном порядке развивать рефракционную офтальмохирургию. Коллеги из частных клиник с этой задачей отлично справляются.

Не секрет, что во многих государственных клиниках пациенты не могут своевременно получить хирургическую помощь по поводу катаракты. Образуется длинные очереди. Вас затронула эта проблема?

В настоящее время в течение трех месяцев мы можем прооперировать всех нуждающихся. Но ранние очереди действительно были. Люди ожидали своей очереди до двух лет.

Какие проблемы, на Ваш взгляд, стоят перед офтальмологической службой региона?

Главная проблема — нехватка врачей-офтальмологов. В Псковской области на сегодняшний день проживает 620 000 жителей, у нас имеется два городских округа (Псков и Великие Луки) и 24 муниципальных района. На всю Псковскую область — всего 25 глазных врачей. Значительная часть — коллеги пенсионного, как сейчас говорят, «золотого» возраста. Если они после долгих лет работы в ближайшие годы решат уйти на заслуженный отдых, то количество глазных врачей может сократиться в два раза!

Уже сейчас в большинстве муниципальных районов области нет ни одного глазного врача. Если ничего не предпринимать, то ситуация может стать еще более драматичной. Например, в городе Острове, третьем по численности городе псковщины, где проживает более двадцати тысяч жителей, окулисты отсутствуют.

В последние годы в регионе создаются межрайонные медицинские центры, которые обслуживают население сразу нескольких муниципальных районов, в основном, малонаселенных. Идея хорошая! Но, к сожалению, в некоторых межрайонных поликлиниках и больницах также отсутствуют офтальмологи.

Вакансии не заполнены? Или этих вакансий не существует?

Необходимо разбираться в каждом конкретном случае. На практике имеют место две варианты. Где-то есть незаполненные вакансии, а где-то существует потребность в расширении штатного расписания. Это технический вопрос. Самое главное, чтобы пациентам оказывалась своевременная, квалифицированная помощь!

Какая численность врачей-офтальмологов, на Ваш взгляд, была бы оптимальной для Псковской области?

Нижняя граница — 50 человек. В два раза больше, чем работает сегодня! А 60 докторов — оптимальная цифра.

Этих цифр реально достичь?

При поддержке федеральных органов государственной власти это реальная задача! Озвученные выше цифры — это не только

моя экспертная оценка. Организаторы здравоохранения региона также согласны с тем, что проблема существует.

Из-за чего возник кадровый дефицит?

В Псковской области и в советское время, и в новой России не существовало медицинского вуза. Медицинский факультет Псковского государственного университета был создан совсем недавно. Специалистов он еще не выпускал... Конечно, молодые жители региона выбирают врачебную стезю, в том числе профессию врача-офтальмолога. Но, в основном, выпускники медицинских вузов не возвращаются на малую родину. А системы централизованного распределения сейчас нет.

В настоящее время отсутствует такая форма подготовки врачебных кадров, как интернатура. Организация клинической ординатуры по офтальмологии в Пскове пока не предусмотрена.

Конечно, сказывается и сравнительно невысокий общий уровень оплаты труда в регионе. Он затрагивает практически все специальности, в том числе и врачей. Вместе с тем, мне думается, что, несмотря на объективные трудности, дефицит кадров в офтальмологии возможно устранить в ближайшее время.

Наверное, кадровый голод — не единственная проблема, с которой сталкиваются врачи и организаторы здравоохранения.

В сфере офтальмологии я вижу две «болевые точки»: нам необходимо глазное отделение Псковского областного травматологического пункта. На сегодняшний день всей работой с последствиями травм занимаются доктора нашего отделения. В целом, мы справляемся, но, думается, было бы гораздо лучше, если бы в Пскове существовал «особый» глазной травмпункт. При круглосуточных дежурствах требуется участие врачей разных специальностей. Также необходим средний медицинский и вспомогательный персонал.

Это была бы разумная инвестиция в здоровье наших граждан, в сохранение здоровья глаз. Таким образом, врачи нашего отделения могли бы сосредоточиться на оказании плановой медицинской помощи, а коллеги-травматологи взяли бы на себя все экстренные случаи.

Вторая «болевая точка»: необходимость создания областного диабетического центра.

Как сейчас оказывается помощь пациентам с диабетом?

У нас есть эндокринологическое отделение больницы. Наше отделение занимается офтальмологическими осложнениями диабета. Но диабет — это болезнь двадцать первого века. Число пациентов растёт. Было бы разумно объединить усилия эндокринологов, офтальмологов и других специалистов в борьбе с этим недугом.

Во многих регионах России специализированные диабетические центры доказали свою востребованность и эффективность. В Псковской области такой центр тоже нужен. Кстати, обе эти идеи — и специализированного «глазного» травмпункта, и диабетического центра — поддержаны областными властями, но до этапа практической реализации данного проекта пока не дошло.

Татьяна Константиновна, у Вас огромный профессиональный опыт. Не могли бы Вы рассказать о нескольких запоминающихся, примечательных случаях из врачебной практики?

Одного пациента укусил за веко комар. Была занесена личинка, которая привела к появлению в веке паразита (гельминта дифиллирии). Разумеется, человек не мог предположить такое развитие событий!



Веко стало самопроизвольно двигаться... Житель Пскова обратился в нашу больницу. Насекомое мы извлекли!

Читателям без медицинского образования этот случай может показаться забавным и курьёзным. Но коллеги прекрасно поймут меня, что в данном случае человек находился в шаге от потери зрительных функций глаза. Если бы паразит оказался в органе зрения, то глаз мог безвозвратно ослепнуть. Мы его уберегли от большой беды!

Ваш пример наглядно показывает, насколько важно обращаться к доктору вовремя!

Именно поэтому я и вспомнила об этом злосчастном червяке! Мы, врачи, всегда радуемся, когда удаётся оказать помощь своевременно, избежать трагических последствий.

Ещё один запомнившийся случай. Произошла тяжёлая авария. Жительница Пскова получила ранение и контузию. Мы диагностировали травматическую катаракту. Была проведена факэмульсификация катаракты с имплантацией торической линзы. Посттравматический рубец мы убрали. Острота зрения после операции составила 60%.

Вроде бы в этом случае нет ничего удивительного. Он, можно сказать, рядовой. Но мне приятно отметить, что наши врачи успешно используют самые современные линзы премиум-класса. В том числе торические линзы. И это даёт результат! Пациентам оказывается квалифицированная помощь, соответствующая самым высоким стандартам.

Расскажу ещё об одном пациенте. Мужчине 60 лет в течение долгого времени дружит с алкоголем, регулярно участвует в потасовках, драках. Одно из таких «столкновений» привело к тяжёлым последствиям. Нанесённый ему удар в глаз стал причиной разрыва склеры с выпадением хрусталика и кровоизлиянием. Хрусталик был удалён вместе с радужкой. Установлена иридохрусталиковая диафрагма.

Острота зрения у данного пациента составила 20%. Она могла быть и существенно выше, но у этого человека имеется макулодистрофия. В любом случае, мы сделали для него всё, что могли.

Нельзя исключать, что это его не последняя офтальмологическая травма, учитывая образ жизни данного пациента.

Такие «хронические» драчуны, к сожалению, есть в каждом регионе. Сегодня их побили, завтра они кого-то покалечат. И всё равно эти люди могут рассчитывать на Вашу квалифицированную помощь.

Моя профессия доставляет мне большую радость! Хотелось бы завершить нашу беседу на позитивной ноте. Уверена, что, несмотря на все трудности, коллектив офтальмологического отделения и дальше будет успешно помогать нашим землякам. Надеюсь, что «офтальмологическая семья» псковщины будет пополняться и укрепляться. Наша работа нужна и востребована!

Беседу вёл Илья Бруштейн
Фотография из архива Т.К. Борисовой

Нестероидные противовоспалительные средства нового поколения: эффективность и безопасность

Роль и значение нестероидных противовоспалительных лекарственных средств в современной офтальмологии трудно переоценить, особенно, когда речь идет о их применении в практике послеоперационной терапии.

В.П. Еричев

ФГБУ «НИИ глазных болезней»

Известно, что в результате любого повреждения тканей, сопровождающееся нарушением клеточной мембраны, происходит образование фосфолипидов, представляющих собой фрагменты липидной оболочки поврежденных клеток. В этот момент запускается сложный каскад клеточных реакций. Фосфолипиды взаимодействуя с ферментом фосфолипазой с образованием арахидоновой кислоты. Дальнейшие преобразования могут пойти по двум сценариям, образуя цикл триглицеридов: взаимодействуя с циклооксигеназой I или II типа с образованием эндогенных простагландинов. Клинически это проявляется возникновением вазодилатации, боль, повышением температуры, увеличением проницаемости сосудов. Взаимодействие арахидоновой кислоты с другим ферментом — липооксигеназой — приводит к образованию лейкотриенов, ответственных за возникновение отека тканей и усиливая сосудистую проницаемость (рис. 1). А это и есть классический симптомокомплекс любого воспаления. В контексте сегодняшнего разговора речь идет об асептическом воспалении, протекающем как комплексной местной реакции организма на повреждение тканей, проявляющийся в виде альтерации, экссудации и пролиферации.

С точки зрения терапии такого состояния логично предположить возможность воздействия на любое звено этого каскада реакций, что, безусловно, приведет или может привести к снижению вероятности возникновения асептического воспаления и минимизации возможных последствий воздействия медиаторов воспаления.

В качестве таких агентов рассматривают кортикостероидные и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Кортикостероиды действуют на более раннем этапе развития воспалительной реакции — на этапе взаимодействия фосфолипидов с фосфолипазой. А НПВС прерывают реакцию взаимодействия циклооксигеназы и арахидоновой кислоты. Было бы логичным предположить, что с точки зрения терапевтической эффективности предпочтительно более раннее вмешательство, и оно связано с использованием именно кортикостероидов. Однако результаты сравнительных исследований терапевтического действия кортикостероидов и НПВС показали, что по таким критериям, как противовоспалительный, анальгезирующий эффект и другие факторы воздействия НПВС оказывают более выраженный эффект, в том числе достаточно энергично ингибируют воздействие медиаторов воспаления на сфинктер радужной оболочки, предупреждая возникновение миоза. Действие кортикостероидов ограничивается лишь выраженным противовоспалительным эффектом, они практически не оказывают анальгезирующего эффекта и крайне слабо предупреждают возникновение миоза, что особенно важно при таких операциях, как факэтомия.

Преимущества НПВС перед кортикостероидами выражаются также в минимальном количестве побочных действий. Применение же кортикостероидов способно вызвать повышение внутриглазного давления (ВГД), привести к замедлению эпителизации; в ряде случаев описывают достаточно интенсивное развитие катаракты как следствие прямого воздействия кортикостероидов.

Важное значение для купирования асептического воспаления, которое сопровождает любое хирургическое вмешательство и может повлиять на его исход, имеет выбор правильных и корректных подходов к лечению.

Компоненты асептического воспаления клинически проявляются в виде боли, светобоязни, слезотечения, эффекта Тиндаля, миоза, повышение ВГД, в ряде случаев может развиваться кистозный макулярный отек.

Выброс простагландинов при любом хирургическом вмешательстве в контексте асептического воспаления вызывает нарушение гематоофтальмического и гематоретинального барьеров, оказывает влияние на сфинктер радужной оболочки и нервные окончания роговицы, проявляющееся в виде болевого синдрома, светобоязни, слезотечения, провоцируют подъем ВГД.

Простагландины за очень короткое время вызывают нарушение гематоофтальмического барьера, провоцируют нарушение проницаемости сосудистой стенки. Это нарушение проницаемости позволяет протеиновым и воспалительным клеткам проникать в переднюю камеру глаза, что при осмотре в свете щелевой лампы определяется как опалесценция влаги передней камеры или эффект Тиндаля.

Нарушение проницаемости сосудов, вызванное простагландинами, нарушает также гематоретинальный барьер с возможным исходом в кистозный макулярный отек. Последний является результатом скопления жидкости в слоях сетчатки заднего полюса глазного яблока. Если эти изменения продолжают длительный период, они могут вызвать функциональные нарушения. Кистозный макулярный отек как и синдром Ирвина-Гасса — это серьезное послеоперационное осложнение после экстракции катаракты, особенно без имплантации искусственного хрусталика.

К этому осложнению могут приводить не только эндогенные простагландины, возникающие при хирургическом вмешательстве, но и экзогенные простагландины, которые в виде топической терапии нередко применяют для снижения ВГД. В связи с этим купирование послеоперационной офтальмогипертензии с применением экзогенных простагландинов необходимо проводить с осторожностью.

Реакция на операционную травму связана не только с образованием в зоне



Рис. 1



Рис. 2

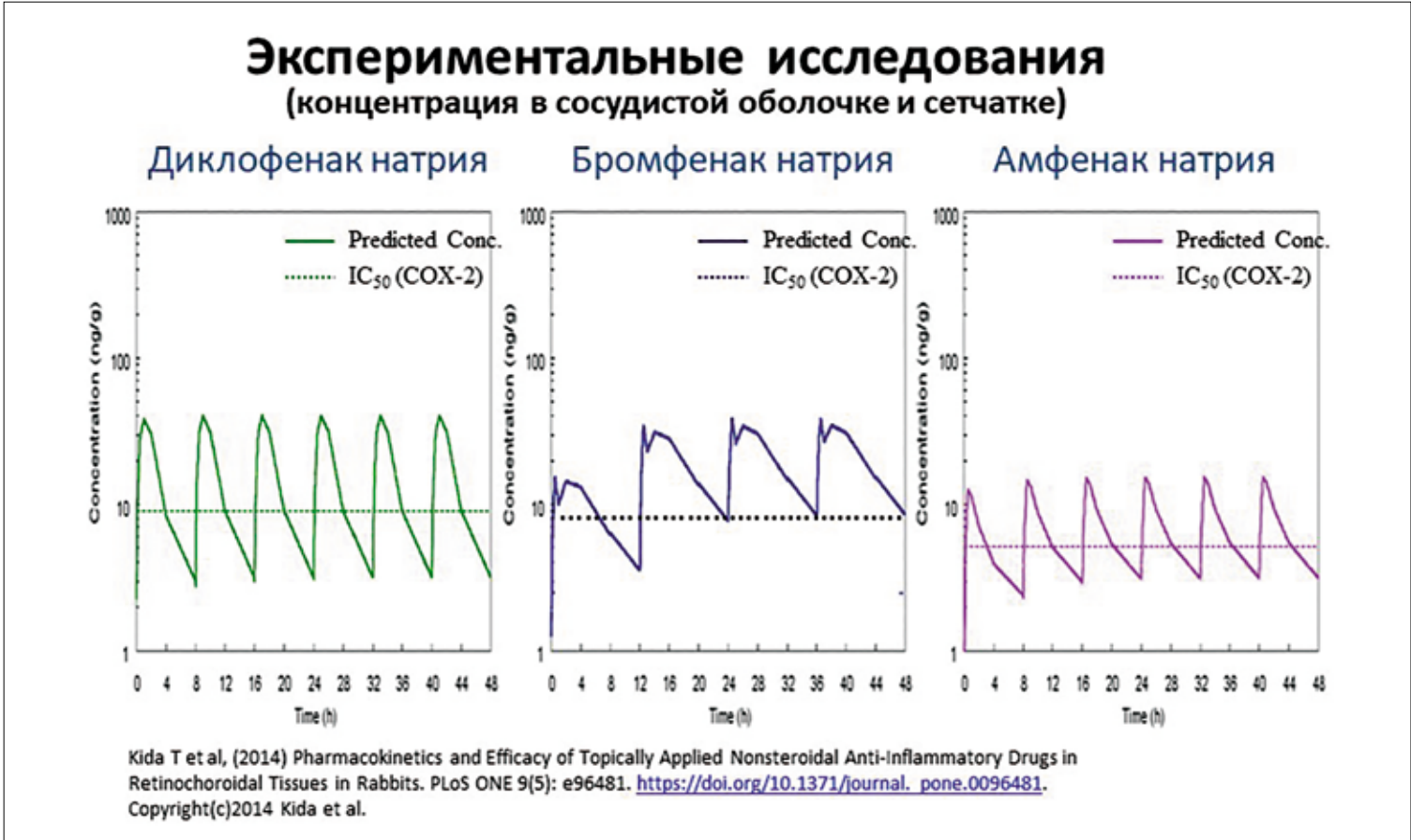


Рис. 3

Клинические исследования			
Исследователь	Препарат / дозировка	Число пациентов (всего / контроль)	Результат сравнения с плацебо
Donnenfeld et al.	Бромфенак 0,09% 2 р/д	527 / 171	64% против 43,3% *
Silverstein et al.	Бромфенак 0,09% 1 р/д	455 / 225	73,9% против 40,4%*
Gow et al.	Бромфенак 0,07% 1 р/д	440/ 218	71,2% против 39,4% *

*на день 15 (P<0,0001)

Рис. 4

хирургического вмешательства, но и других биологически активных веществ таких, как нейтропептиды, ацетилюлин, субстанция Р — специфический медиатор, вызывающий особенно выраженное действие на сфинктер радужной оболочки, вызывая миоз. А сужение зрачка во время операции является серьезным осложняющим фактором как на ее этапах, так и в послеоперационном периоде, повышая риски развития осложнений. Эти же факторы через воздействие на нервные окончания роговой оболочки и вызывают болевой синдром, слезотечение, светобоязнь особенно при кераторефракционных операциях с использованием лазеров.

Результатом нарушения гематоофтальмического барьера является и повышение ВГД как результат обструкции дренажной системы, вызванной проникновением во влагу передней камеры протеинов, воспалительных клеток, других депозитов, так и отеком трабекулярной ткани.

Хорошо известен симптом гиперемии конъюнктивы, связанный с вазодилатацией, вызванной действием простагландинов и лейкотриенов.

Развитие раневого процесса, где одним из основных факторов является асептическое воспаление, диктует необходимость медикаментозного воздействия на этапах его клинического проявления. В начале XXI века для купирования асептического воспаления был предложен нестероидный противовоспалительный препарат для применения в офтальмологии — бромфенак, разработанный японской компанией Senju. Этот препарат применяется не только для терапии в послеоперационном периоде, но и для симптоматического лечения при таких воспалительных состояниях, как блефарит, конъюнктивит, склерит, эписклерит, а также при дополнительной терапии при возрастной макулярной дегенерации.

Для повышения терапевтической эффективности базовая формула бромфенака была усилена атомом брома (рис. 2). Включение брома обеспечивает усиление липофильности молекулы, что способствует повышению скорости и глубины проникновения; продлевает анальгезирующее и противовоспалительное действие; увеличивает подавляющее действие на циклооксигеназу, особенно второго типа.

Проведенные экспериментальные исследования подтвердили значительный терапевтический эффект бромфенака по сравнению с аналогичными препаратами (рис. 3). Пиковые значения концентрации бромфенака в эксперименте превышали критическую линию,

что свидетельствовало о более высокой терапевтической эффективности препарата.

Доклинические исследования, проведенные на репрезентативной группе добровольцев, показали, что препарат практически полностью ингибировал повышенное содержание белка в водянистой влаге после парацентеза или воздействия лазерным облучением. В высоких концентрациях бромфенак обнаруживался в роговице и конъюнктиве. Для оценки местного раздражающего действия бромфенак ежедневно в течение 4 недель вводили в глаза кроликам, при этом местное раздражающее действие препарата было незначительным. Бромфенак не обладает репродуктивной или тератогенной токсичностью.

В Японии было проведено многоцентровое, двойное слепое сравнительное исследование с активным контролем (ранопрофен) в терапии послеоперационного воспаления.

Результаты показали, что общий уровень эффективности ранопрофена при постоперационном воспалении, по оценке исследователей, составил 67,6%, для бромфенака этот показатель соответствовал 83,8%.

Частота развития неблагоприятных побочных реакций (ADRs) в группе ранопрофена составила 1,8%, в группе бромфенака — 0,9%.

На основании полученных данных, глазные капли бромфенак натрия гидрата 0,1% были оценены как эффективный и безопасный препарат при лечении воспаления переднего отрезка глаза при таких заболеваниях, как блефарит, склерит, эписклерит.

Клинические исследования, проведенные в различных офтальмологических центрах, также продемонстрировали высокую терапевтическую эффективность препарата бромфенак (рис. 4). Это объясняется тем, что концентрация препарата в роговице и радужке превышает концентрацию сравниваемых препаратов той же фармакологической группы.

Для оценки терапевтической эффективности и глазного воспаления использовалась сводная балльная шкала SOIS (рис. 5). За основу была принята оценка состояния прозрачности влаги передней камеры от «незначительной опалесценции» до «выраженного фибринозного содержимого». Эта прозрачность зависила от количества попавших во влагу передней камеры в процессе асептического воспаления протеинов, воспалительных клеток, иных депозитов.

На рис. 6 показана преимущественная терапевтическая эффективность бромфенака (применение

Сводная балльная шкала оценки глазного воспаления		
SOIS = Оценка количества клеток в передней камере глаза + Оценка степени помутнения в передней камере глаза		
Оценка	Помутнение	Количество клеток
0	Полностью отсутствует	Не наблюдается-5 (следовые кол-ва)
1	Незначительное (радужка «прозрачная»)	6-15
2	Умеренное (радужка и зрачок «прозрачны»)	16-25
3	Выраженное (радужка и зрачок «мутны»)	26-50
4	Ярко-выраженное (фибриновый сгусток)	>50

Рис. 5

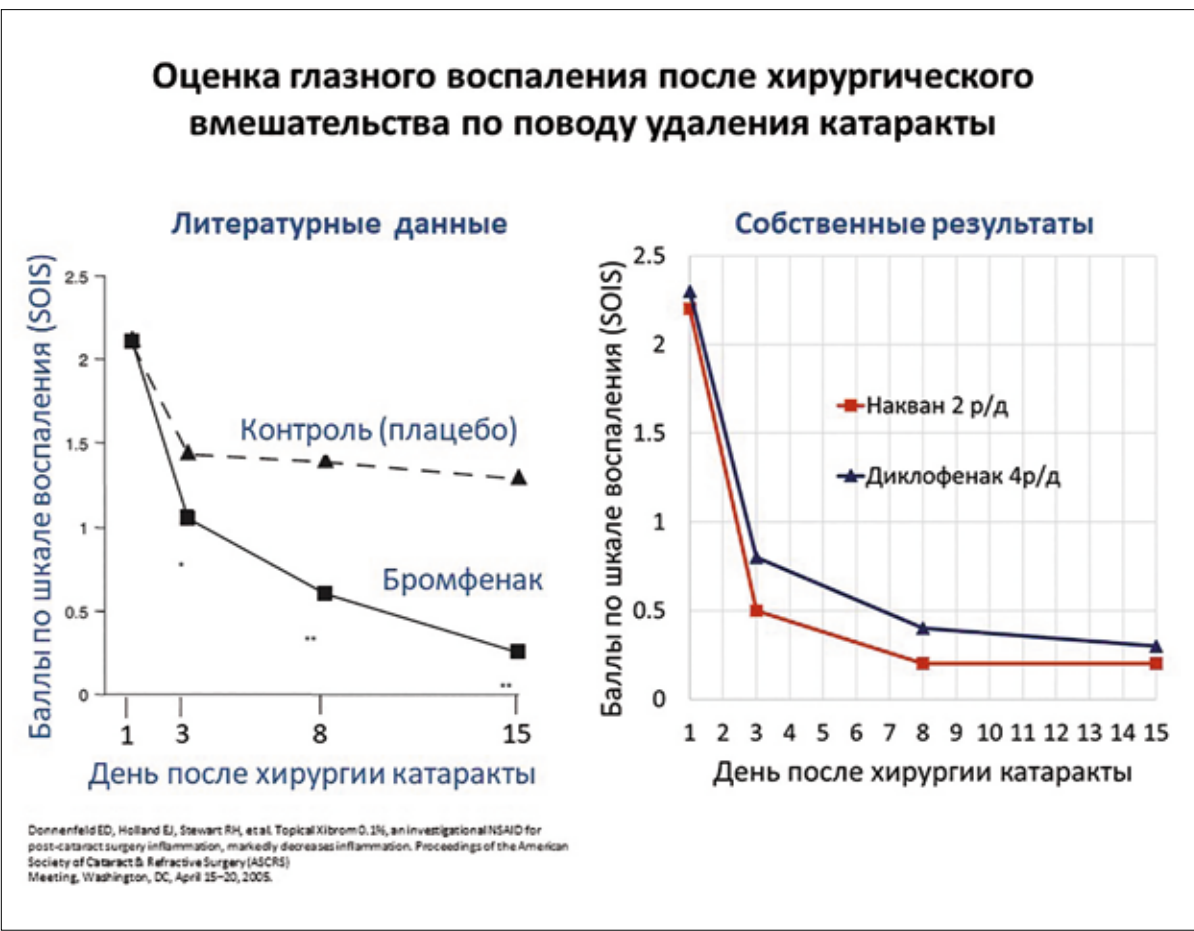


Рис. 6

В.П. Еричев, А.А. Антонов, А.А. Витков

БАЗОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ

НОВИНКА

БАЗОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ

В книге обстоятельно изложены базовые методы диагностики первичной глаукомы — одного из основных инволюционно зависимых заболеваний, приводящих к необратимому снижению зрительных функций. Верификация диагноза глаукомы основывается на нескольких признаках, так как ни один моносимптом не может рассматриваться основанием для суждения о наличии или отсутствии заболевания. В связи с этим роль базовых методик исследования в диагностике глаукомы приобретает особую важность. Они также важны в оценке эффективности лечения и динамики развития глаукомного процесса. Офтальмолог должен не только владеть этими методиками (к ним мы относим тонометрию, офтальмоскопию, периметрию и гониоскопию), но и правильно трактовать результаты исследования. Книга рассчитана на врачей-офтальмологов.

Издание подготовлено издательством «АПРЕЛЬ» в 2021 г.

ISBN 978-5-905212-99-4

Частота и характер симптомов		
Симптом	Бромфенак	Контроль (плацебо)
Ирит	7.0%	18.1%
Неприятное ощущение в глазу	6.5%	8.2%
Боль в глазу	4.2%	11.7%
Зуд	3.9%	2.9%
Помутнение задней капсулы	3.9%	4.1%
Небольшое снижение зрения	3.1%	9.4%
Симптомы раздражения глаза, включая жжение и покалывание*	2.5%	4.7%
Покраснение глаза	2.2%	7.6%
Конъюнктивальная гиперемия	2.2%	11.1%
Светобоязнь	2.0%	11.1%

*Жжение и покалывание на фоне бромфенака = 1.4%.

Data on file, JDA Pharmaceuticals, Inc.
Donnenfeld ED, Donnenfeld A. Global experience with Xibrom (bromfenac ophthalmic solution) 0.09% the first twice-daily ophthalmic non-steroidal anti-inflammatory drug. Int Ophthalmol Clin. 2006;46(4):29-40.

Рис. 7

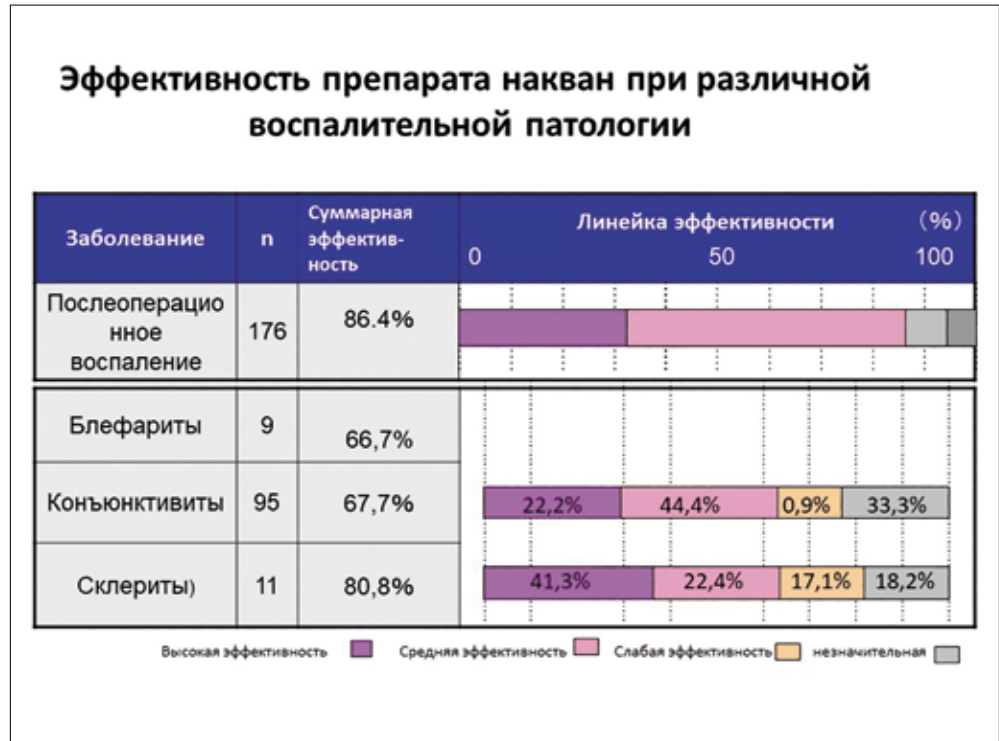


Рис. 9



Японская фармацевтическая компания представляет в России свои офтальмологические препараты

Японское качество. Для уверенного взгляда в будущее.

НАКВАН®
Капли глазные 0.09%
Стерильно
5 мл

КАТАЛИН®
Офтальмологический раствор

НПВС, действующее вещество - Бромфенак (капли глазные)
Антикатарактный препарат, действующее вещество - Пиреноксин (офтальмологический раствор)

Частота и характер симптомов		
Симптом	Накван 2 р/д	Диклофенак 4 р/д
Конъюнктивальная инъекция	1,6%	8,2%
Светобоязнь	0%	6,6%
Выделения из глаз	0%	6,6%
Зуд	6,6%	12,2%
Ощущение инородного тела	12,2%	6,6%
Нечеткое зрение	6,6%	6,6%
Ирит	6.0%	17.3%
Боль в глазу	6,6%	12,2%

Собственные результаты

Рис. 8

Накван как вспомогательный компонент anti-VEGF терапии		
Афлиберцепт	2015 n-30	Wyględowska-Promieńska D, Piotrowska-Gwóźdź A, Piotrowska-Seweryn A, Mazur-Piotrowska G. <i>Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research</i> . 2015;21:3906-3912. doi:10.12659/MSM.895977.
Бевацизумаб	2014 n-26	Wyględowska-Promieńska D, Piotrowska-Gwóźdź A, Piotrowska-Seweryn A, Mazur-Piotrowska G, Rokicki W. <i>Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research</i> . 2014;20:1168-1175. doi:10.12659/MSM.890671.
Ранибизумаб	2012 n-30	Flaxel C., Schain M.B., Hamon S.C., Francis P.J., Prospective randomized controlled trial of combination ranibizumab (Lucentis) and bromfenac (Xibrom) for neovascular age-related macular degeneration: a pilot study. <i>Retina</i> . 2012 Mar;32(3):417-23. doi: 10.1097/IAE.0b013e318229b0af.

Рис. 10

2 раза в день) по сравнению с диклофенаком (применение 4 раза в день). При этом, по данным балльной оценки, в послеоперационном периоде при применении бромфенака получены более высокие цифры терапевтической эффективности.

По данным литературы, при оценке частоты и характера симптомов (рис. 7) по сравнению с группой контроля бромфенак в значительной степени оказался более эффективным препаратом.

На рис. 8 показаны результаты собственных исследований пациентов, которым была выполнена факосмульсификация; пациенты в послеоперационном периоде получили инстилляцию бромфенака в терапевтической дозе.

По данным Ю.Ф. Майчука, воспалительными заболеваниями переднего отрезка глаза ежегодно страдают 16 млн человек. На такие заболевания, как блефарит, склерит, эписклерит, кератит, увеит приходится около 40% первичного приема, временная нетрудоспособность достигает 80%, многие пациенты нуждаются в госпитальном лечении, некоторые случаи могут быть причиной слепоты и слепоты.

Клиническая эффективность применяемого в таких случаях бромфенака в виде инстилляций наквана составляет, по литературным данным, 77,3%, при этом высокая терапевтическая эффективность

препарата была зафиксирована в 31,3% случаев при лечении склерита и эписклерита. Аналогичные результаты были получены при лечении и послеоперационного воспаления (рис. 9).

Особый интерес может представлять применение наквана в качестве вспомогательного компонента при интравитреальном введении анти-VEGF препаратов при лечении возрастной макулярной дегенерации с применением ингибиторов ангиогенеза (рис. 10).

Пилотные исследования показали, что применение наквана как вспомогательного компонента анти-VEGF терапии позволяет уменьшить частоту интравитреальных инъекций при сохранении высокой эффективности лечения. Этот фактор не только с медицинской, но и с экономической точки зрения является существенным.

Препарат накван обладает выраженным противовоспалительным и анальгезирующим эффектом у пациентов, перенесших такие операции как факосмульсификация, антиглаукомные вмешательства, лазерные кераторефракционные операции. Благодаря хорошей переносимости и удобства применения (частота инстилляций два раза в день), незначительное число нежелательных явлений, применение препарата накван повышает compliance и приверженность пациентов лечению.

Новые возможности диагностики и лечения сетчатки

к.м.н. Н.В. Муратова

Директор по медицине и развитию бизнеса компании «МД ВИЖН» (Москва)

Микропериметрия представляет собой субъективное, количественное, неинвазивное диагностическое исследование для оценки функционального и анатомического состояния сетчатки. Оценка зрительной функции имеет чрезвычайно важное значение для определения прогрессирования или степени любого заболевания сетчатки.

Морфология сетчатки и функция сетчатки — разные вещи. Морфология оценивает анатомическую структуру и форму сетчатки, с этой целью проводят исследование в инфракрасном свете, аутофлюоресценцию, оптическую когерентную томографию (ОКТ), конфокальную сканирующую лазерную офтальмоскопию, фоторегистрацию глазного дна.

Функциональное исследование показывает, как работает сетчатка. Для ее определения используется стандартная периметрия и тест остроты зрения. При проведении компьютерной периметрии карта абсолютной чувствительности не связана с анатомическими структурами глазного дна и не является достаточно точным исследованием. Дается общая оценка поля зрения при отсутствии локализованного обнаружения скотомы, что осложняет выявление патологии.

Определение остроты зрения позволяет получить лишь общую оценку зрительных функций и не дает возможности оценить состояние сетчатки.

Микропериметрия была разработана и запатентована компанией NIDEK, как первое диагностическое исследование сетчатки, которое объединяет морфологический и функциональный анализ и обеспечивает строгую корреляцию между ними.

Микропериметр MP-3 (рис. 1) позволяет проводить ретинографию (морфологическое исследование), анализ фиксации (функциональное исследование), микропериметрию (функциональное исследование) и зрительную реабилитацию на основе биологической обратной связи (рис. 2). Технические характеристики представлены в таблице 1.

Морфологическое исследование сетчатки (рис. 3) проводится с помощью 12-мегапиксельной камеры (45°), высокое разрешение которой обеспечивает детальное изображение глазного дна.

При проведении микропериметрии (рис. 4) световые стимулы проецируются на сетчатку через зрачок (аналогично обычной периметрии) с заданной интенсивностью по сравнению с фоном. Пациента просят подтвердить восприятие стимула внутри его поля зрения. Основное отличие и преимущество перед стандартной автоматической периметрией заключается в том, что чувствительность сетчатки измеряется одновременно с её визуализацией в режиме реального времени (рис. 5).

Микропериметр позволяет судить о поведении пациента в процессе фиксации: как пациент фиксирует взгляд: стабильно,

Таблица 1. Технические характеристики микропериметра MP-3

Полностью автоматизирован	Анализ фиксации пациента. Автоматическая система наведения и слежения за глазом (30 Гц). Автоматический захват изображения. Функция "Follow-up Examination" — повторное исследование с автоматическим поиском и точным распознаванием ранее исследованного участка.
Максимальная интенсивность стимулов	10031.4 asb — для более точного определения скотомы
Высокий динамический диапазон	34 dB — для гораздо более высокой способности к распознаванию = раннее выявление
Высокое разрешение фундус-камеры	12-мегапиксельная камера (45°) обеспечивает детальную съемку поражения сетчатки
Программное обеспечение	Navis Ex



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

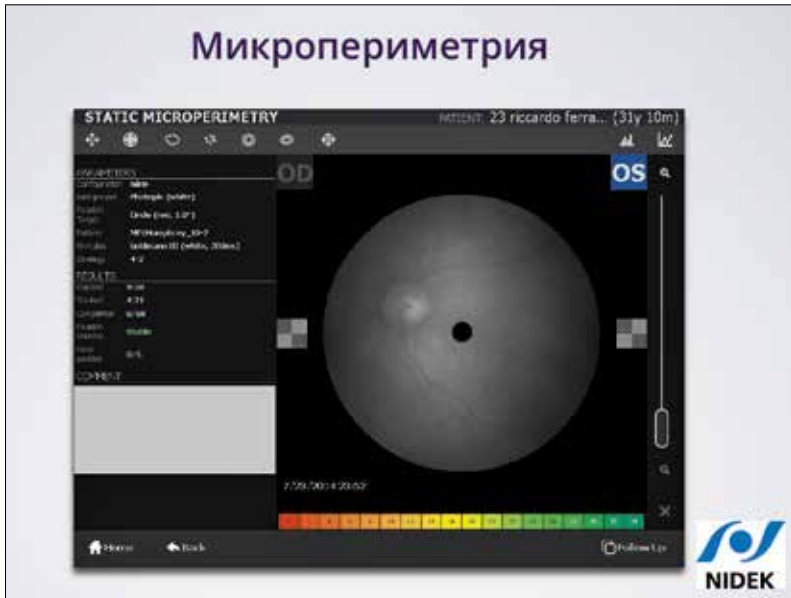


Рис. 5

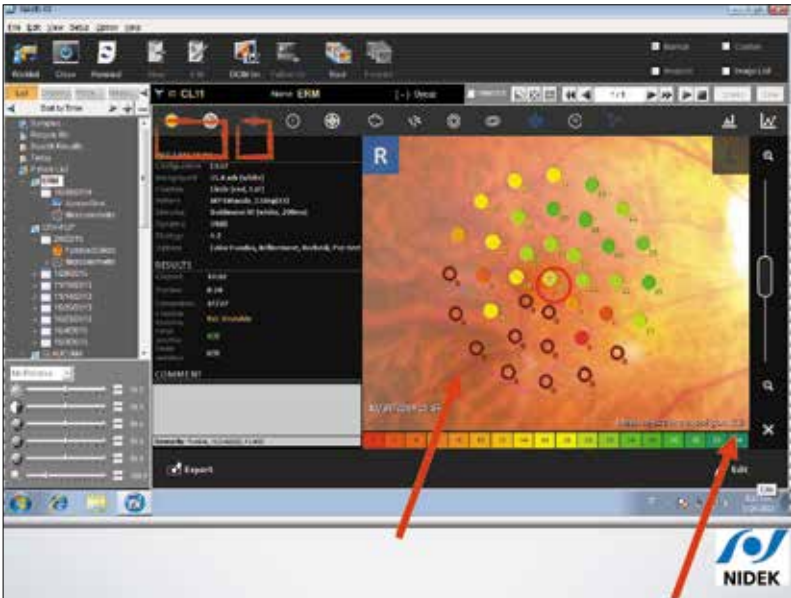


Рис. 6

относительно нестабильно, нестабильно; где пациент фиксирует взгляд; какую область сетчатки использует пациент, чтобы посмотреть на цель. Никакой другой прибор не анализирует фиксацию.

На рис. 6 представлено изображение экрана. Зеленые точки отображают нормальную чувствительность сетчатки; чем ближе к красному, тем слабее чувствительность сетчатки. Прибор позволяет визуализировать зону, которой пациент видит, и зону, которой он не видит. Красными стрелками обозначены зоны от полностью отсутствующей чувствительности (красная зона 0), до функционально — нормальной сетчатки (зеленая зона 35).

Врач получает цветную картинку глазного дна, на которой в виде точек отображаются результаты функционального исследования (рис. 2).

Позвольте представить несколько клинических случаев. Рис. 7 — возрастная макулодистрофия: выраженные атрофические изменения на глазном дне, изменение фиксации, при сохранении чувствительности сетчатки вокруг макулы, атрофические зоны, в которых отсутствует чувствительность, обозначены красными точками; рис. 8 — центральная серозная хориоретинопатия: нестабильная фиксация, при относительно сохраненной чувствительности сетчатки; рис. 9 — эпиретинальная мембрана: нестабильная фиксация и выраженная зона атрофии с выраженным нарушением чувствительности, обозначенная красным; рис. 10 — географическая атрофия 1 — снижение чувствительности сетчатки в макулярной области и полностью отсутствует чувствительность сетчатки в зоне атрофии; рис. 11 — географическая атрофия 2: снижение чувствительности сетчатки в макулярной области и полностью отсутствует чувствительность сетчатки в зоне атрофии; рис. 12 — ВМД в динамике — динамическое снижение чувствительности сетчатки.

Перейдем к вопросу зрительной реабилитации при помощи микропериметрии. Реабилитация — сложный процесс, проходящий в несколько этапов.

Шаг 1 — анализ фиксации: предпочтительный locus сетчатки (PRL) показывает участок сетчатки, который пациент использует для фиксации взгляда (рис. 13). В данном случае мы наблюдаем нестабильную (эксцентричную фиксацию): менее 75% точек расположены внутри диаметра в 2 градусах. У пациента с атрофическими изменениями в макулярной зоне фиксация проецируется на границу атрофической зоны и функционально действующей сетчатки.

Шаг 2 — микропериметрия (рис. 14).

Шаг 3 — выбор тренируемого локуса сетчатки (TRL) на основании данных периметрии и анализа фиксации (рис. 15). Цель которого заключается в том, чтобы использовать тренируемый locus сетчатки (TRL), как новую точку фиксации. В этой зоне лучше чувствительность, меньше движения глаз, улучшается стабильность фиксации, улучшается качество зрения.

Ситуация практически всегда одна и та же: предпочтительный locus сетчатки (PRL) расположен на границе атрофической зоны с нестабильной фиксацией; основываясь на данных микропериметра, врач может найти зону с лучшей чувствительностью.

Как это происходит? Врач просит пациента посмотреть немного в сторону (мы помним, что пациент должен всегда смотреть вперед), и как только пациент начинает смотреть тренируемым локусом



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10

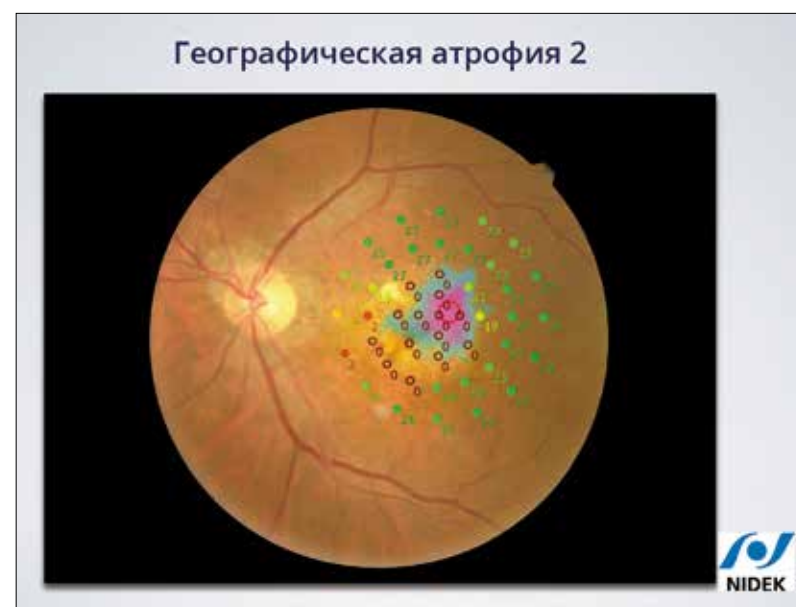


Рис. 11

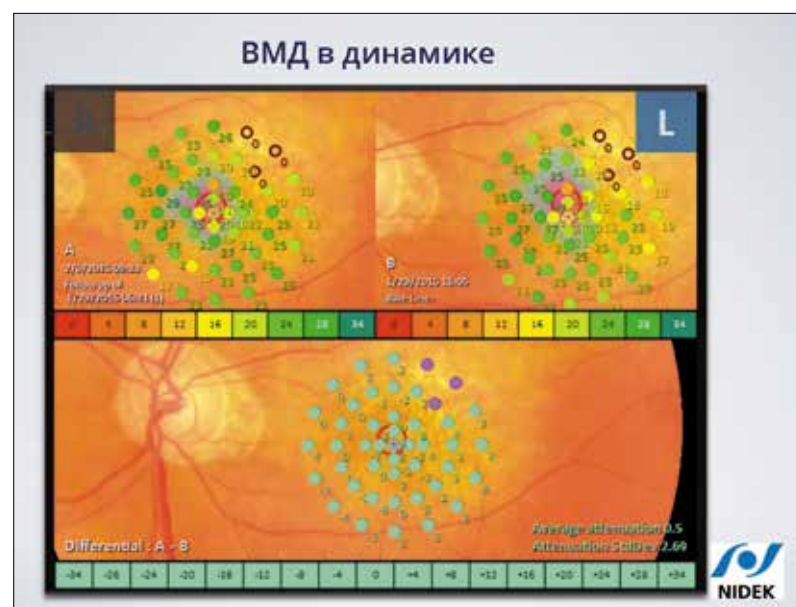


Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14



Рис. 15

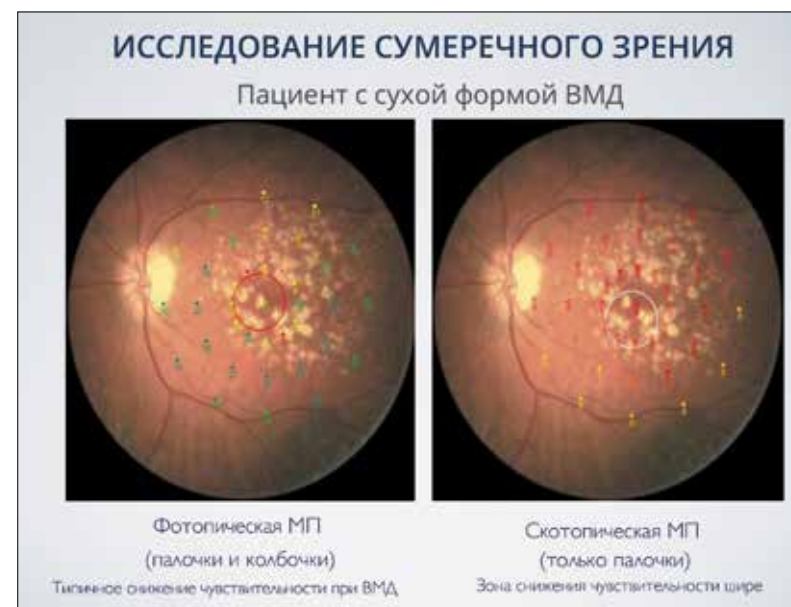
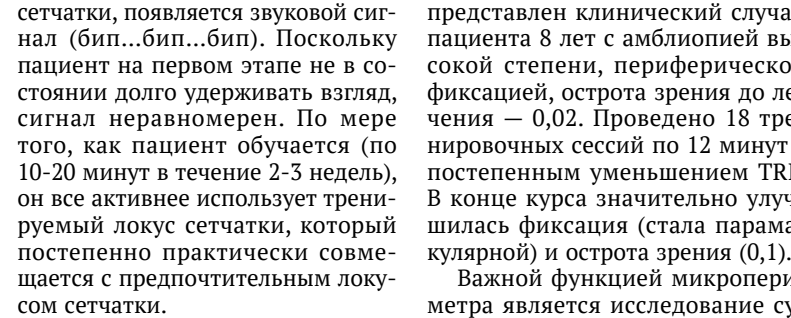


Рис. 16



На рис. 16 (предоставлен С.В. Милашем и Хубиевой Р.Р., ФГБУ «НМИЦ ГВ им. Гельмгольца»)

представлен клинический случай пациента 8 лет с амблиопией высокой степени, периферической фиксацией, острота зрения до лечения — 0,02. Проведено 18 тренировочных сессий по 12 минут с постепенным уменьшением TRL. В конце курса значительно улучшилась фиксация (стала парамаккулярной) и острота зрения (0,1).

Важной функцией микропериметра является исследование сумеречного зрения. Пациенту в течение 20 минут необходимо находиться в темноте, чтобы перевести

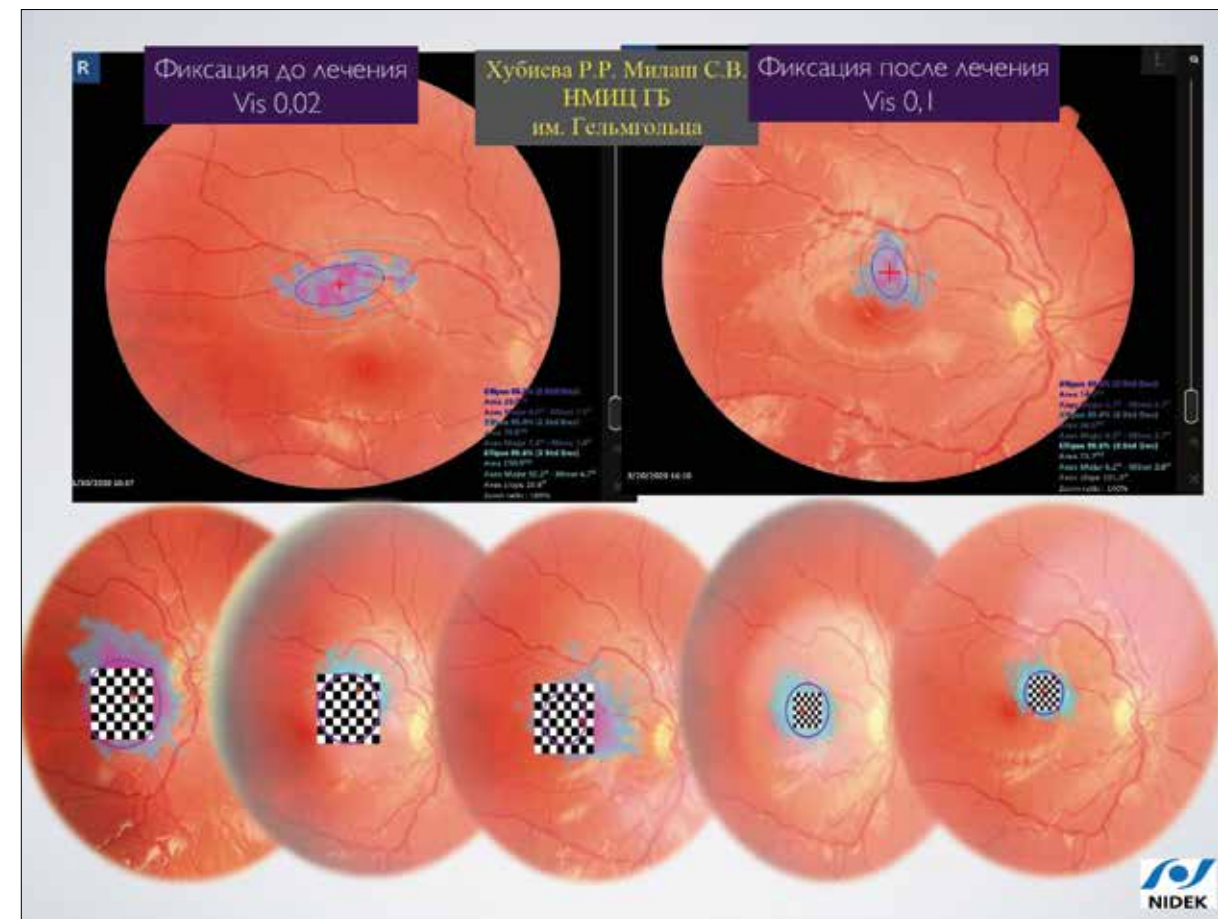


Рис. 16

чувствительность глаза из фотопического в скотопическое восприятие. Это единственная возможность исследовать отдельно функцию палочек.

На рис. 17 приведен пример пациента с сухой формой ВМД. На левой части рисунка представлена фотопическая МП (палочки и колбочки), где мы видим типичное снижение чувствительности сетчатки при ВМД; на правой части представлена скотопическая МП (только палочки), при этом визуализируется существенно более широкая зона снижения чувствительности сетчатки.

Таким образом, визуализация сетчатки с высоким разрешением в сочетании со скотопической микропериметрией позволяет выявить корреляцию между структурой и функцией при заболеваниях с более высокой уязвимостью палочек по сравнению с колбочками. Существует статистически достоверная связь между прогрессирующей потерей чувствительности палочек и прогрессированием ВМД.

Итак, микропериметр МР-3 не только обладает функцией определения чувствительности сетчатки, но также может применяться в качестве метода лечения у пациентов с эксцентричной или нестабильной фиксацией при широком спектре заболеваний.

Диагностическая линия прибора компании NIDEK очень широка: с использованием фундус-камеры проводится морфологическое исследование глазного дна; сканирующий лазерный офтальмоскоп «Mirante» является мультимодальной универсальной ультра 4K HD системой для диагностики глазного дна, сочетающей возможности ультра широкого поля зрения (до 163° и дополнительным панорамированием), с получением цветных снимков в режиме с-SLO, с использованием лазеров зеленого, красного, голубого и инфракрасного диапазонов (в том числе уникальный Retro режим), ОКТ, ОКТ-А и ангиоанализ.

Компания «МД ВИЖН» является эксклюзивным дистрибутором компании NIDEK в России. Слоган компании NIDEK: «Забота о зрении как искусство». Компания «МД ВИЖН» подхватила этот слоган и воплощает все усилия, чтобы полностью ему соответствовать.

Мы работаем в полном объеме, готовы оказывать консультационные и сервисные услуги по оборудованию, в кратчайшие сроки произвести поставку и монтаж наших приборов.

www.nidek.ru

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Апрель

www.aprilpublish.ru

Выпускаем в Свет научные издания

Главная
Издательство
Периодические издания
Книги
Авторам
Услуги
Контакты

Офтальмология — первая отрасль медицины, в которой стали применять лазеры



Ирина Альфредовна, с чего началось развитие лазерных технологий?

Основная волна великих открытий в области квантовой физики пришла на вторую половину XX века. В 1954 году американский физик Чарльз Таунс экспериментально продемонстрировал первый лазер — двухуровневый квантовый генератор, излучающий когерентные волны в радиодиапазоне. Параллельно работы над лазером велись и в СССР. В 1955 году советские ученые Александр Прохоров и Николай Басов из Физического института АН СССР им. Лебедева предложили трехуровневую схему лазера, позволившую существенно повысить эффективность генерации.

С открытием первого оптического квантового генератора — твердотельного лазера на рубине с длиной волны 694 нм, работавшего в импульсном режиме, и созданием первого газового гелий-неонового лазера история лазеров развивалась стремительными темпами. Практически каждый год появлялись новые виды лазеров, в которых в качестве активной среды использовались вещества во всех агрегатных состояниях.

Экспериментально-клиническая оценка разработанных лазерных офтальмологических установок видимого (488-632 нм), инфракрасного (10,6-1,54 мкм) и ультрафиолетового (193 нм) спектральных диапазонов позволяет рекомендовать их для применения в клинической практике. Данные установки обеспечивают развитие новых перспективных технологий лазерной микрохирургии и позволяют расширить арсенал лазерных оптико-реконструктивных вмешательств на тканевых структурах глаза.

В чем преимущества лазера перед традиционной хирургией?

Хочу обратить внимание читателей на тот факт, что офтальмология — первая отрасль медицины, в которой стали применять лазеры. Оптическая система глаза оказалась идеальным объектом для бесконтактного воздействия лазерного луча.

Основными преимуществами лазерной технологии по сравнению с традиционной мануальной хирургией является отсутствие контакта инструмента с тканью, стерильность, выполнение хирургических процедур без вскрытия глаза и т.д., что существенно повысило предсказуемость и эффективность вмешательства и минимизировало риски осложнений; возможность доставки излучения внутрь глаза с помощью волоконно-оптических систем; избирательное действие и точная дозировка воздействия на ткани — от коагуляции тканей до их абляции и разреза.

Напомните, пожалуйста, в лечении каких заболеваний находят применение лазерные технологии?

Лазерные операции стали применяться в 1968 г., когда аргонный лазер с длиной волны 531 нм был использован для коагуляции отслоившейся сетчатки. Укрепление сетчатки лазером является одним из самых отработанных и широко практикуемых методов лазерного вмешательства.

Лазерное лечение остается одним из самых распространенных и важных методов в офтальмологии. В настоящее время лечение таких серьезных заболеваний, как диабетическая ретинопатия, возрастная макулярная дегенерация, сложные аномалии рефракции глаза, как правило, проводится с применением лазерных технологий. Поэтому чрезвычайно важно знать разновидности лазерного излучения и при каких заболеваниях их надо применять, чтобы вовремя помочь больному и сохранить зрение. В настоящее время разработка и совершенствование новых приборов и лазерных технологий продолжается.

Редакция газеты «Поле зрения» обратилась к доктору медицинских наук, заведующей отделом лазерной рефракционной хирургии ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Ирине Альфредовне Мушковой с просьбой рассказать о применении современных лазерных технологий в офтальмологии.

Впоследствии аргонный лазер был заменен на более современный — с диодной накачкой.

Другое заболевание глаза, при котором активно используется излучение лазера, — глаукома, характеризующаяся накоплением жидкости в глазу. Лазер играет роль своеобразной иглы, обеспечивая создание каналов для оттока жидкости. Но самое широкое применение лазерная микрохирургия нашла в коррекции рефракции. Оптическая сила глаза как линзы (т.е. величина, обратная фокусному расстоянию) более чем на 70% определяется кривизной роговицы. Следовательно, изменяя форму последней, можно влиять на рефрактивные характеристики зрения.

В 1990 году С.Н. Федоров с соавторами обозначили следующие направления использования лазеров в офтальмологии: лазеркоагуляция, фотодеструкция, фотоиспарение, фотоабляция, лазерстимуляция. Не могли бы Вы коротко рассказать о каждом из этих направлений.

Лазеркоагуляция. В основе лазеркоагуляции лежит кратковременное термическое повреждение ткани с последующим формированием рубца. Этот механизм позволяет получить выраженный терапевтический эффект при патологии сетчатки и сосудистой оболочки глаза, используется также для коагуляции новообразованных сосудов роговицы и радужки. Лазеркоагуляция лежит в основе проведения трабекулопластики. Среди лазеров, позволяющих коагулировать ткани, в настоящее время по-прежнему наиболее популярным и часто используемым является аргонный лазер.

Фотодеструкция (фотодисцизия). Благодаря высокой пиковой мощности лазерного излучения происходит рассечение тканей. Сущность метода заключается в электрооптическом «пробое» ткани, возникающем вследствие высвобождения большого количества энергии в ограниченном объеме. При этом в точке воздействия лазерного излучения образуется плазма, которая приводит к созданию ударной волны и микро-разрыву ткани. Для получения данного эффекта используется неодимовый YAG-лазер (1064 нм). Показанием к его использованию является фиброз задней капсулы хрусталика. Также он используется при проведении иридэктомии, гониодесцеметопунктуры.

Фотоиспарение (фотонизация). Эффект фотонизации заключается в длительном тепловом воздействии, сопровождающемся испарением ткани. С этой целью используются ИК CO2-лазер (10,6 мкм), который применяют для удаления поверхностных образований конъюнктивы и век.

Фотоабляция (фотодекомпозиция). Принцип действия заключается в удалении ткани путем испарения под воздействием сверхчастотных и ультракоротких лазерных излучений, вследствие чего происходит перепрофилирование поверхности. Это свойство лежит в основе работы всех эксимерлазерных установок. Эксимерные лазеры генерируют излучение в УФ-диапазоне спектра (193–350 нм). Область применения: кераторефракционная хирургия (коррекция

рефракционных нарушений, устранение помутнений роговицы различной этиологии, оперативное лечение рецидивирующих эрозий роговицы).

Лазерстимуляция. С этой целью в офтальмологии используется низкоинтенсивное красное излучение He-Ne-лазеров. Установлено, что при взаимодействии данного излучения с различными тканями в результате сложных фотохимических процессов запускается противовоспалительный, десенсибилизирующий и рассасывающий эффекты, происходит стимуляция репаративных процессов. В офтальмологии лазерстимуляция применяется в комплексном лечении кератитов, гемофтальмов, помутнений и деструкций стекловидного тела, преретинальных кровоизлияний, ожогов и рецидивирующих эрозий роговицы. Противопоказаниями для данного направления являются уевиты туберкулезной этиологии, гипертоническая болезнь в стадии обострения, кровоизлияния сроком давности менее 6 дней.

Одним из наиболее значимых достижений в рефракционной хирургии стало изобретение и внедрение в практику фемтосекундного лазера.

Вы правы. Фемтолазерная технология способствует получению лучших рефракционных результатов и делает их более прогнозируемыми, уменьшает вероятность развития синдрома «сухого глаза» и осложнений, связанных с флэпом, а также снижает степень aberrаций высокого порядка. Разрезание ткани при воздействии фемтосекундного лазера происходит за счет фотодеструкции: во время лазерного импульса генерируется плазма, которая раздвигает ткани, формируя кавитационные пузырьки. Фемтосекундные лазеры работают в глубоком инфракрасном диапазоне, поглощаемом поверхностными слоями глаза, что позволяет использовать их в хирургии роговицы. В клинической практике применяются лазерные установки различных моделей: LenSx Laser System, ZEISS VisuMax Femtosecond Laser, Victus Technolas Perfect Vision и др.

Ирина Альфредовна, расскажите об основных направлениях применения лазерных технологий в системе МНТК «Микрохирургия глаза».

В системе МНТК «Микрохирургия глаза» лазерные технологии широко применяются для выполнения современных рефракционных, лазерных и хирургических вмешательств на органе зрения. В рефракционной хирургии используются в основном фемтосекундные и эксимерные лазеры. Их применение обеспечивает выполнение высокоточных срезов роговицы (операция фемтоЛАЗИК), формирование лентиклы и микроразреза (технология SMILE), а также абляцию роговичной ткани для изменения оптической силы роговицы с целью коррекции миопии, гиперметропии и астигматизма.

Решение сложных проблем рефракционной хирургии (коррекция помутнений, индуцированных аметропий, лечение после предшествующих операций, травм и воспалений) в современной рефракционной

хирургии невозможно без использования современных технологий. Расчет операций по персонализированным алгоритмам (по кератотопограмме, с учетом Q-константы, по волновому фронту) способен решить большинство оптических проблем любой сложности. Наличие помутнений, рубцов роговицы и других видов патологических изменений ее поверхности ранее представляло собой нерешаемые проблемы, но при наличии современного арсенала лазерных установок возможно формирование фемто-лоскута и выполнение современной операции с минимальными сроками заживления.

Операция ФРК также в настоящее время не потеряла своей актуальности и выполняется транслентально по персонализированным алгоритмам в случаях невозможности выполнения лоскутных и безлоскутных технологий другого типа.

Применение лазеров не ограничивается рефракционной хирургией. Существуют лазерные системы, в которые вмонтирован блок для выполнения ультрафиолетового кроссликинга, который используется при кератоконусе. В хирургии катаракты широко используется фемтолазер. Аргонный и IAG-лазер применяются в хирургии глаукомы и отслойки сетчатки, в том числе с профилактической целью.

Буквально несколько недель назад в арсенале головной организации, Санкт-Петербургского и Краснодарского филиалов МНТК «Микрохирургия глаза» появились эксимерные лазеры последнего поколения. В чем их преимущества?

В настоящее время использование эксимерного лазера в кераторефракционной хирургии с целью коррекции различных аномалий рефракции является залогом получения высокого и качественного результата как для хирурга, так и для пациента. Несмотря на активное и успешное применение эксимерного лазера в рамках такого направления офтальмологии, как рефракционная хирургия, мировые производители по-прежнему продолжают совершенствовать свои технологии и постоянно проводят оптимизацию параметров эксимерлазерных систем.

Практически каждые несколько лет компаниями-производителями предлагается несколько новых эксимерлазерных систем. Некоторые установки представляют собой модернизацию уже известных эксимерных лазеров, а другие — принципиально новые машины. В настоящее время одной из основных тенденций в развитии технических характеристик лазерных установок является увеличение частоты генерации импульсов. Повышение частоты импульсов сокращает время проведения операции, что, в свою очередь, положительно влияет на комфорт пациента в течение процедуры. Кроме того, с увеличением частоты можно уменьшать энергию импульса и диаметр пучка лазерного излучения, что приводит к снижению амплитуды акустической волны в роговице и уровня локального повышения температуры.

Ирина Альфредовна, спасибо за интервью!

Беседа велa Лариса Тумар

К отличному зрению — еще быстрее

16 апреля 2021 года в Санкт-Петербургском филиале ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» состоялась пресс-конференция «К отличному зрению — еще быстрее», посвященная презентации первого в Санкт-Петербурге и Северо-Западном федеральном округе эксимерного лазера нового поколения SCHWIND AMARIS 1050RS. Поставки прибора на российский рынок осуществляются компанией «Трейдомед инвест».

В пресс-конференции приняли участие директор Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» заслуженный врач Российской Федерации, профессор Э.В. Бойко; первый заместитель главы Администрации Фрунзенского района Санкт-Петербурга Ю.Г. Фролова, заведующий отделением рефракционной хирургии и патологии роговицы Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» А.В. Титов и заведующий отделением рефракционной хирургии и контактной коррекции Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» к.м.н. А.Б. Качанов.

Открывая пресс-конференцию, директор Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» профессор Э.В. Бойко сказал: «Вы находитесь в Санкт-Петербургском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Эта мощная система, созданная Свято-Славоном Николаевичем Федоровым в 1986 году. 24 апреля 1986 года было подписано Постановление ЦК КПСС и Совета министров СССР о создании межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза», включающего головной институт в Москве и 11 филиалов по всей стране. В 2022 году исполнится 35 лет со дня основания Санкт-Петербургского филиала.

Вчера мне случайно попало в руки Положение о Ленинградском филиале МНТК «Микрохирургия глаза», подписанное С.Н. Федоровым 25 марта 1987 года. Хотел бы озвучить один фрагмент из этого документа: «Ленинградский филиал должен обеспечить ускоренное внедрение новых методов и средств для диагностики и хирургического лечения глазных заболеваний». Эти принципы остаются актуальными и на сегодняшний день», — подчеркнул профессор Э.В. Бойко.

Обращаясь к участникам пресс-конференции, первый заместитель главы Администрации Фрунзенского района Санкт-Петербурга Юлия Геннадьевна Фролова отметила,

что Санкт-Петербургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» является «брендом, жемчужиной района. Его жители имели возможность наблюдать, как воплощались в жизнь принципы, заложенные основателем системы МНТК С.Н. Федоровым. Между поликлиническим звеном Фрунзенского района и институтом налажено тесное взаимодействие. Специалисты МНТК всегда готовы помочь в повышении квалификации офтальмологов, работающим в районных поликлиниках, что является огромным плюсом для жителей района и для развития системы здравоохранения».

О возможностях лазерной установки SCHWIND AMARIS 1050RS рассказал заведующий отделением рефракционной хирургии и патологии роговицы Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» А.В. Титов: «Наше новое приобретение, эксимерный лазер SCHWIND AMARIS 1050RS, позволяет за несколько секунд получать максимальный результат. На коррекцию 1 дптр требуется всего 1,3 сек. Аналогов с подобными характеристиками на российском рынке нет. Лазер отслеживает движение глаза в 7 измерениях, что делает операцию абсолютно безопасной. Седьмое измерение — это способность лазера, благодаря совершенному программному обеспечению, предугадать местоположение глаза в следующий момент времени.

Лазер дает возможность коррекции: близорукость, дальнозоркость, астигматизм; позволяет исправлять кривизну роговицы после различных заболеваний или травм.

Позвольте чуть подробнее остановиться на преимуществах нового лазера. Приведу такой пример. При проведении фоторефракционной кератэктомии (ФРК) по старой технологии на первом этапе хирург убирал эпителиальный слой роговицы, что вызывало чувство дискомфорта у пациента, и на втором этапе работал лазер. SCHWIND AMARIS 1050RS работает по методике «ТрансФРК Smart Surf». Лазер аккуратно и деликатно, не касаясь глаза пациента, «испаряет» поверхностный слой роговицы на необходимую глубину. Вмешательство абсолютно безболезненно, пациент не испытывает ни малейшего дискомфорта. Кроме того, значительно сокращается время послеоперационного заживления роговицы.

SCHWIND AMARIS 1050RS — лазер двухчастотный, 500 и 1050 Гц. На первом этапе машина убирает большие погрешности, далее происходит тонкая шлифовка оставшихся неровностей. Особенностью новой модели заключается также в том, что диаметр лазерного луча составляет всего 0,54 мм, это значительно тоньше, чем у аналогичных аппаратов, а его новая форма позволяет проводить особо гладкую шлифовку тканей.



Ю.Г. Фролова, профессор Э.В. Бойко, А.В. Титов

Новый лазер позволяет проводить вмешательства по методике фемтоЛАЗИК, продолжительность которых составляет не более двух минут. На первом этапе с помощью фемтосекундного лазера происходит выкраивание и поднятие роговничного лоскута, при этом пациент не испытывает практически никакого дискомфорта, и далее работает эксимерный лазер.

Возраст, при котором наиболее часто выполняется лазерная хирургия на роговице, — 18-40 лет.

Опция PresbyMax позволяет исправлять аметропию пациентам пресбиопического возраста, т.е. после 40 лет. Происходит мультифокусная абляция роговицы, после проведения которой пациенту возвращается возможность прекрасно видеть вдаль и вблизи, т.е. человек избавляется и от близорукости, и от дальнозоркости.

Таким образом, мы не только получили супермашину, но и значительно расширили наши возможности оказания помощи возрастным пациентам 40-50-55 лет.

Возможности нового лазера не ограничиваются только коррекцией зрения. Он позволяет лечить роговицу методом кроссликинга, специальной процедуры, направленной на стабилизацию роговицы и ее патологии при таких заболеваниях, как кератоконус.

Кератопластика — еще одно направление в лечении заболеваний роговицы, которое можно проводить с помощью лазера SCHWIND AMARIS 1050RS».

После насыщенного операционного дня своими впечатлениями о новом эксимерном лазере поделился к.м.н. А.Б. Качанов: «Сегодняшний операционный день включал вмешательства на замечательной установке SCHWIND AMARIS. На сегодняшний день лазер SCHWIND AMARIS 1050RS — это космос. Очень немногие клиники в мире и в нашей стране имеют такие великолепные возможности для максимально быстрой и точной коррекции широкого спектра аномалий рефракции и смешанного астигматизма».

Профессор Э.В. Бойко: «Если продолжить тему отличий лазера SCHWIND AMARIS 1050RS от аналоговых установок, то, как я уже говорил, у новой установки 7 точек контроля за движением глаза: вверх-вниз, влево-вправо, вперед-назад и точка предстоящего отклонения глаза. Это — чрезвычайно важная характеристика лазера, т.к. малейшее отклонение глаза, даже на 1 мкм, нарушает точность вмешательства, что приводит к снижению результата по остроте зрения, к примеру, со 120% до 100%. Новый лазер позволяет свести к минимуму возможные потери.

Хотел бы также обратить внимание на уровень полировки тканей. SCHWIND AMARIS позволяет приблизить степень гладкости поверхности роговицы к идеальной, что также в итоге способствует прибавке послеоперационной остроты зрения. Если предыдущие



А.В. Титов

К.м.н. Качанов



Во время пресс-конференции



Валентина Бортовик (портал «Городовой.ру»)



Татьяна Тюменева («Российская газета»)

технологии позволяли достичь 100% остроты зрения, новая технология — 110-120%, доказательством чего являются результаты большого количества проведенных исследований».

К.м.н. А.Б. Качанов: «Коллектив Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», который возглавляет Э.В. Бойко, выполнил огромное количество операций по поводу коррекции аномалий рефракции, более 95 тысяч только лазерных вмешательств».

Сегодня во время операционного дня я проводил операции пациентам с разными степенями близорукости: -1,5 дптр, -1,25 дптр, -8,0 дптр — и лазер проредемонстрировал фантастическую скорость абляции: на исправление близорукости в 1,5 дптр установке потребовалось всего 2-3 секунды.

Хочу также отметить, что благодаря богатому опыту лазерных вмешательств коллективу хирургов удалось быстро освоить новую технологию.

Система SCHWIND обеспечивает не только уникальные возможности для хирургических вмешательств, но и позволяет проводить на высоком уровне диагностические исследования органа зрения. SCHWIND Sirius — это высокоточное multifunctionальное диагностическое оборудование, которое объединяет ротационную шамплиф-камеру и топографическое устройство с дисками Пачидо. Кератотопограф Sirius проводит трехмерный анализ роговицы и переднего отрезка глаза. Захват изображения занимает менее одной секунды; разрешающая способность (до 1 мкм) и более 100 000 точек измерения позволяют обнаружить мельчайшие отклонения на поверхности роговицы и провести точный анализ аберраций, проанализировать волновой фронт всей роговицы, топографию ее передней и задней поверхностей, а также передней камеры глаза.

SCHWIND Sirius проводит вычисление кератометрических показателей роговицы и может применяться для расчета оптической силы ИОЛ и КЛ.

Установка SCHWIND Peramis включает функцию aberrometra с пирамидальным сенсором, позволяющую проводить исследования по 45 000 точек измерения. Даже малейшие неоднородности роговицы Peramis определяет с высочайшим разрешением в 1 мкм, что обеспечивает предельную точность диагностики аберраций роговицы и всего глаза».

Вопрос Сергея Хорошавина («АиФ», Санкт-Петербург): «Чем лазер SCHWIND AMARIS отличается от аналогов, чем обусловлен выбор этого лазера? Как быстро пациент возвращается к нормальной жизни после хирургического вмешательства?»

Профессор Э.В. Бойко: «Одним из важных отличий нового лазера является частота импульсов, которая составляет 1050 Гц. Современные аналогичные лазерные установки имеют частоту импульсов 500, 700 Гц. Частота в 1050 Гц обеспечивает новое качество в глазной хирургии. При такой частоте операция длится считанные секунды, глаз не успевает подсохнуть и мы получаем запрограммированный результат, плюс 10-20% дополнительного остроты зрения в качестве своеобразного бонуса. Помимо этого, технология позволяет сохранить идеальную прозрачность роговицы, в отличие от других методов, способных вызвать хейз».

А.В. Титов: «Диагностическая система Sirius, приобретенная в дополнение к новому лазеру, позволяет строить его работу не только на сфере и цилиндре; программа учитывает пол, возраст пациента. Известно, что с возрастом гидратация тканей меняется, этот фактор учитывается и принимается в расчет программой, в результате

чего качество зрения у пациента в послеоперационном периоде становится намного выше».

К.м.н. А.Б. Качанов: «SCHWIND AMARIS открывает максимальные возможности персонализированной медицины именно для этого глаза с учетом всех его оптических погрешностей».

Профессор Э.В. Бойко: «После травмы поверхность роговицы может быть irregularной, на ней могут возникнуть неровности — бугры, ямки и т.д., и система персонализации позволяет максимально точно выровнять irregularности роговицы. Таким образом, система SCHWIND обеспечивает индивидуальный, персонализированный подход к каждому пациенту».

Вопрос Анны Москаленко («Вечерка», Санкт-Петербург): «Сама процедура коррекции происходит быстро и качественно. Как долго происходит восстановление нормального зрения?»

Профессор Э.В. Бойко: «Полное восстановление зрения происходит в течение суток, когда острота зрения пациента достигает 100% и более высоких показателей. Не могу не отметить, что у некоторых пациентов обычное закапывание капель может вызвать синдром «сухого глаза». В связи с этим мы проводим предварительный отбор пациентов. Если у пациента серьезные жалобы, то мы можем отказать ему в хирургическом лечении. Иногда проявления «сухого глаза» минимальны, но после операции они могут усилиться. Причина не в операции, а в каплях, которые мы назначаем пациенту после хирургии. Незначительные ощущения раздражения, которые легко купируются лекарственными препаратами, у некоторых пациентов могут продолжаться неделю, у некоторых — месяц. Большинство пациентов вовсе не испытывают послеоперационного дискомфорта».

А.В. Титов: «Хотел бы поделиться с вами недавней историей. Я оперировал вашу коллегу, блогера, молодую красивую девушку, которая выкладывала в Stories свои ощущения на следующий день после операции. Она с восторгом делилась с подписчиками эмоциями, а я ждал, когда же кончится ее «батарея». Часам к 12 ночи она выложила последнее видео и завершила репортаж словами: «Все, у меня закончились силы, энергия, но уйти в тот мир, в котором я жила до операции, не могу. Пошла спать»».

Вопрос Сергея Тумара («Поле зрения», Москва): «У каждого хирургического вмешательства есть абсолютные и относительные противопоказания. Каковы эти противопоказания в случае хирургии с применением лазера SCHWIND AMARIS?»

Профессор Э.В. Бойко: «Да, безусловно, есть абсолютные противопоказания. Задача хирургов, оптометристов заключается в том, чтобы провести правильный отбор пациентов на операцию. Прежде всего к абсолютным противопоказаниям относятся кератоконус, очень неприятное заболевание, на первом этапе напоминает прогрессирующую близорукость. Прогрессирование происходит очень быстро, истончается роговица, что может привести к ее прободению. Замечательно, что лазер комплектуется особо точной диагностической линией, способной определить у пациента начальный кератоконус».

Второе абсолютное противопоказание — тонкая роговица. Критерием служит толщина в 500 мкм. Бывают случаи вмешательства на более тонкой роговице, но это — отдельная история.

Противопоказанием для хирургии являются выраженный синдром «сухого глаза»; хронические воспалительные заболевания — кератиты, конъюнктивиты; общие



А.В. Титов в операционной



К.м.н. А.Б. Качанов в операционной

системные заболевания — ревматоидный артрит, заболевания соединительной ткани.

Противопоказанием является степень рефракции, выходящая за рамки показаний. По диоптрийности противопоказанием для этого метода является близорукость в 20 — 25 дптр. Однако это вовсе не означает, что мы не сможем оказать пациенту помощь, мы можем предложить ему, к примеру, внутриглазные очки, о которых мечтал Святослав Николаевич Федоров, это методика имплантации искусственного хрусталика на свой хрусталик. Конечно, таких пациентов немного, но помочь им — большое счастье для врачей.

Противопоказания по дальнозоркости составляют порядка 3-4 дптр».

Вопрос Сергея Тумара («Поле зрения», Москва): «Вы упомянули о возможности проводить кросслинкинг роговицы на установке SCHWIND AMARIS. Означает ли это, что с помощью этого лазера можно проводить сочетанную операцию пациенту с кератоконусом: на первом этапе — кросслинкинг, на втором — рефракционную хирургию?»

Профессор Э.В. Бойко: «Именно для пациентов с кератоконусом предусмотрено такая возможность в этом лазере. На первом этапе методом кросслинкинга происходит укрепление роговицы, на втором этапе на укрепленной роговице проводится рефракционное вмешательство».

А.В. Титов: «Обычно процедура кросслинкинга роговицы занимает больше 1 часа. Но благодаря излучателю, установленному в этом лазере, время воздействия облучения на роговицу сокращается до 5 минут. Таким образом, если хирург сочтет возможным, кросслинкинг роговицы и рефракционная операция проводятся одновременно».

Профессор Э.В. Бойко: «Хочу обратить внимание, что в настоящее время изменены некоторые приказы, касающиеся профессиональной пригодности. Существуют специальные требования, требующие определенных величин по остроте зрения. Это — монтажники-высотники, военнослужащие, сотрудники силовых структур, моряки, пилоты. Сейчас после проведения лазерной коррекции зрения люди, желающие работать по этим специальностям, становятся профессионально пригодными».

Вопрос Янины Никифоровой («АиФ», Санкт-Петербург): «Результат проведения операций на этом лазере пожизненный?»

А.В. Титов: «В медицине ничего не бывает один раз и на всю жизнь. Мы растем, стареем, в нашем организме идут постоянные изменения. Сегодня среди ваших коллег я встретил свою пациентку, которую я оперировал более 10 лет назад. Думаю, она до сих пор не пожалела об этом».

Вопрос Валентины Бортовик (портал «Городовой.ру»): «Спрос на проведение

рефракционных операций, наверняка, большой, и в будущем он будет только расти. Хватит ли количества установок, чтобы удовлетворить спрос?»

Профессор Э.В. Бойко: «В развитых странах существуют расчеты, в соответствии с которыми одна подобная установка должна удовлетворить спрос 400-500 тыс. населения. В Санкт-Петербурге и области проживают примерно 8 млн человек. Таким образом, спрос есть, и он довольно велик».

Вопрос Татьяны Тюменевой («Российская газета»): «Не могли бы вы рассказать подробнее об операции по пересадке роговицы, в каких она случаях применяется. Второй вопрос касается операций по поводу близорукости для людей, занятых в тяжелом производстве, требующем больших физических нагрузок, например для работников горячих цехов. Показаны ли рефракционные операции этим людям?»

Профессор Э.В. Бойко: «Пересадка роговицы — это огромная социальная проблема, состоящая из двух моментов. Первый момент касается трансплантологии. Вы, как журналист, прекрасно понимаете, насколько остро стоит вопрос пересадки различных органов, тканей. Время от времени появляются публикации на эту тему. Сейчас, слава Богу, этот вопрос решен на уровне правительственного постановления, и мы имеем легитимную базу для выполнения пересадки роговицы. Второй момент

заключается в огромной востребованности этой операции. В нашем филиале очередь достигает 200 человек. В прошлом году был создан специальный банк роговичных тканей, и мы в полной мере выполняем этот вид операций».

Вы должны помнить, что приоритет по пересадке роговицы принадлежит нашей стране. Академик В.П. Филатов еще в начале XX века успешно проводил операции по пересадке роговицы.

Технологии, конечно, с тех пор претерпели значительные изменения. Если раньше роговицу пересаживали целиком, сейчас ее расщипывают до микронных слоев и селективно заменяют только пострадавшие, помутневшие слои. В результате мы получаем несравненно лучшую приживаемость, прозрачность, а пациент — высокое качество жизни».

Отвечая на второй вопрос, хочу сказать, что существуют различные методики проведения рефракционных операций. Есть лоскутные операции и беслоскутные, к примеру, операции по методике фоторефракционной кератэктомии (ФРК), при которой происходит шлифовка поверхности роговицы без поднятия лоскута. Именно эти, беслоскутные, операции показаны людям, которые в своей профессиональной жизни сталкиваются с повышенным риском травм».

После сессии вопросов и ответов участников пресс-конференции проводили в операционную, где им был продемонстрирован новый эксимерный лазер SCHWIND AMARIS.

Лучший прибор экспертного класса

После посещения операционного зала участники пресс-конференции, профессор Э.В. Бойко, к.м.н. А.Б. Качанов и А.В. Титов, ответили на вопросы газеты «Поле зрения». В удаленном режиме в интервью приняла участие заведующая отделением эксимерлазерной хирургии Краснодарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» к.м.н. О.А. Клокова.

Все современные лазеры обладают превосходными качественными характеристиками, позволяют получать замечательные рефракционные результаты. Клиники МНТК оборудованы первоклассной техникой, в том числе для проведения рефракционной хирургии. Теперь в арсенале Санкт-Петербургского филиала появился лазер SCHWIND AMARIS 1050 RS. Почему выбор пал именно на этот аппарат, вам его не хватало в вашей клинической практике?

Профессор Э.В. Бойко: «Святослав Николаевич Федоров говорил: «Главное, на мой взгляд, — в ясном понимании цели, в страстном желании не допустить халтуры. Нет хорошей аппаратуры? Найди, добейся! Нет нужных игл? Большой не должен знать о твоих проблемах, ты обязан его вылечить на самом современном уровне. Иначе надо выбирать другую профессию».

Что касается выбора эксимерного лазера SCHWIND AMARIS. Некоторое время назад была создана группа экспертов, состоящая из ведущих хирургов, работающих в системе МНТК. В задачи этой группы входило изучение ситуации на рынке лазерного оборудования, по существующим технологиям лазерных вмешательств. Таким образом было сформировано экспертное мнение о том, что на сегодняшний день за счет целого ряда параметров наилучшими возможностями обладает именно этот аппарат.

Безусловно, на рынке присутствуют эксимерные лазеры, способные обеспечить примерно такие же результаты, тем не менее SCHWIND AMARIS на полшага впереди своих конкурентов. Среди преимуществ — высокая частота абляции, благодаря которой снижается до нескольких секунд продолжительность операции и, соответственно, не происходит дегидратации роговицы.

Отсюда — более предсказуемые результаты. Как уже было сказано, лазер обеспечивает контроль за движениями глаз в 7 измерениях, на новом качественном уровне проводится шлифовка поверхности роговицы.

В итоге пациент получает чуть лучшую остроту зрения, на 10-20%, чуть лучшую контрастную чувствительность за счет минимального повреждения роговицы и отсутствия такого осложнения, как затуманивание.

В качестве краткого итога могу сказать, что на сегодняшний день SCHWIND AMARIS — это лучший прибор экспертного класса. **К.м.н. О.А. Клокова:** «AMARIS 1050 RS — новейший эксимерный лазер премиального уровня. Почти космическая частота работы нового эксимерного лазера (1050 Гц) в два раза выше всех своих европейских и американских аналогов, это позволяет значительно сократить время операции».

Лазер не только отслеживает микродвижения глаза по шести осям (тремя линейными и тремя ротационными измерениями), но и по специально рассчитанному алгоритму «предугадывает» следующее положение глаза, в котором он будет находиться в момент контакта с лазерным излучением. Это — уникальный «трекинг без задержки».

AMARIS 1050 RS — единственный лазер, который имеет два уровня энергии, что позволяет добиваться наиболее деликатного воздействия на роговицу, система теплового контроля поддерживает стабильность температуры роговицы независимо от длительности абляции. Эти технологические особенности лазера обеспечивают быстрое восстановление роговицы и исключают ее перегрев».

Выше всяческих похвал заложенные в софт лазера автоматический подбор целевой асферичности, учёт потерь энергии.



Анна Москаленко («Вечерка С-Пб»)



Янина Никифорова («АиФ» г. Санкт-Петербург)



Журналисты перед входом в операционную



Профессор Э.В. Бойко



К.м.н. А.Б. Качанов



А.В. Титов



К.м.н. О.А. Клокова

Второй уровень энергии предназначен для «шлифовки» роговицы с целью минимизации светорассеивания и максимально быстрого восстановления зрения.

Совокупность этих и многих других технологических преимуществ лазера позволяют нам дать каждому пациенту максимально качественное зрение вне зависимости от сложности его случая».

Кто из хирургов входил в состав экспертной группы?

Профессор Э.В. Бойко: «А.В. Титов, А.Б. Качанов — у них за плечами до 30 000 рефракционных операций. Мы опирались также на мнение хирургов, работающих в головной организации. Недаром первый лазер этой модели в системе МНТК был приобретен в Москве. Важным было для нас и мнение коллег из Краснодарского филиала».

При решении о приобретении лазерной установки SCHWIND AMARIS все эксперты высказались «за» или у кого-то было особое мнение?

К.м.н. О.А. Клокова: «Мы внимательно относимся к выбору оборудования, руководствуясь главным принципом со времён Гиппократ: «Воздержусь от того, что может нанести вред». Наши требования к каждому новому закупаемому прибору повышаются в соответствии с развитием технологий. Мы каждый раз должны подниматься как минимум на один уровень выше, поэтому самым тщательным образом изучили российский и европейский опыт хирургии на установке AMARIS. Мнение экспертов в структуре МНТК и клиник из разных стран, которые имеют опыт хирургии на нем, было единодушным — это лазер премиум-класса на данный момент».

Когда я услышал о возможности лазера предугадывать направление движения глаза, мне невольно припомнилась фраза, сказанная канадским хоккеистом Уэйном Гречки: «Какая разница между классным игроком и великим? Классный игрок находится там, где шайба, великий — там, где шайба окажется через мгновение...»

Первый лазер SCHWIND AMARIS 1050 RS появился в России больше двух лет назад в частной клинике «К+31» в Москве, в системе МНТК — только сейчас. Как бы Вы пояснили столь продолжительную выжидательную позицию?

Профессор Э.В. Бойко: «В этом есть свой положительный резон. Любое решение, а тем более касающееся приобретения дорогостоящего оборудования, должно быть взвешенным. Безусловно, мы принимали в расчет и отзывы наших коллег, работающих в частных клиниках».

К.м.н. О.А. Клокова: «SCHWIND AMARIS 1050 RS появился в клинике «К+31» в начале 2019 года, в системе «МНТК «Микрохирургия глаза» — в августе 2019 года. Именно тогда он был взят на апробацию в головном учреждении в Москве. После того как была подтверждена его высокая клиническая эффективность и безопасность, стала рассматриваться возможность приобретения аппарата для нашего филиала в соответствии с графиком модернизации оборудования. В каждом филиале есть свой список морально устаревшего или технически

изношенного оборудования, требующего замены. И закупки проводятся в соответствии с утверждённым бюджетом и планом-графиком закупок».

А.Б. Качанов: «Когда мы только получили это оборудование, провели первые операции, мы поняли, что именно его нам не хватало. ТрансФРК — это просто фантастика! После операции создается впечатление, что вмешательства вообще не было».

А.В. Титов: «Вместе с лазером мы получили уникальное диагностическое оборудование, которое позволяет нам выявлять все неточности оптики, планировать операцию еще на этапе диагностических мероприятий. В операционной мы можем просто нажимать на педаль и лазер будет работать по программе, которую мы построили, еще сидя в кабинете, после сбора всех необходимых диагностических исследований».

Этот лазер уникален еще тем, что кроме рефракционных операций мы можем проводить вмешательства, связанные со спасением роговицы и глаза пациента, такие как кросслинкинг и кератопластику. Хочу напомнить, что процедура кроссликинга сократилась с 60 минут до 30, при этом продолжительность облучения составляет всего 5 минут.

Машина прекрасная! Она позволяет за единицу времени сделать большее количество людей счастливыми».

А.Б. Качанов: «Небезызвестный в широких офтальмологических кругах Вальтер Секундо говорил, что для него лазеры мечты являются Visumax последнего поколения и SCHWIND AMARIS. И для нас, в отличие от Вальтера, такая мечта стала реальностью. В течение последнего месяца мы получаем истинное удовольствие от работы на новом оборудовании, а пациенты — великолепные результаты».

Конечно, хирургу нужно привыкнуть, но последнюю неделю у меня сложилось впечатление, что если проводить эксимерное воздействие, то только на лазер SCHWIND AMARIS. Это — шикарный лазер в руках опытных хирургов».

Профессор Э.В. Бойко: «Новый лазер является шагом к автоматизации хирургического процесса. Многие вещи делает техника, искусственный интеллект, однако хирург выполняет главную роль: диагностика, общение с пациентом, выбор рефракции цели, оценка особенностей пациента, в том числе психологических и т.д. — все это хирург обязан интегрировать в своем сознании и выбрать единственное правильное решение в отношении конкретного пациента, конкретной роговицы, в отношении применяемой методики. И завершающим аккордом такой интеграции «прозвучит» нажатие на педаль в операционной. Можно провести параллель: оператор нажимает кнопку, и ракета взлетает. Но мы все понимаем, что старту предшествовала кропотливая, тонкая, штучная работа тысяч людей».

Возвращаясь к вашему вопросу относительно выжидательной позиции, скажу, что проблема выбора существовала, на рынке много хороших аппаратов, но выбор сделан в пользу SCHWIND AMARIS, потому что этот лазер имеет максимально возможный набор функционала».

Чтобы в совершенстве овладеть техникой работы на современном лазере, в

частности на SCHWIND AMARIS, надо ли пройти все ступени профессионального совершенствования, которые прошли вы? Или молодой хирург может «с ходу» овладеть этой технологией и с успехом оперировать? Я задаю этот вопрос, т.к. на одной из конференций прозвучала мысль о том, что овладеть навыками работы на лазерной технике вполне по силам хирургу средней квалификации. Речь в докладе шла о фемтолазере одного из уважаемых производителей.

А.В. Титов: «Без определенных научных знаний, мануальных навыков даже на совершенном оборудовании нельзя получить идеальный результат. Хирург должен совершенствоваться не только в интеллектуальном плане, но и в физическом отношении, оттачивать мануальное мастерство».

К.м.н. О.А. Клокова: «Несмотря на техническое совершенство лазера AMARIS 1050 RS, не менее важную роль для достижения оптимального результата лазерной коррекции играют квалификация и опыт хирурга. Но эргономика работы на этом лазере, программное обеспечение, безусловно, облегчают работу хирурга и гарантируют получение запланированного врача для конкретного пациента результата».

Профессор Э.В. Бойко: «Некоторое время назад в Соединенных Штатах Америки все шло к тому, чтобы разрешить оптометристам оперировать на эксимерном лазере. Хорошо, что вовремя спохватились. Я, как руководитель, не допустил бы молодого врача без должного опыта к сложному операционному оборудованию. Чисто технически можно ввести нужные показания, противопоказания и провести хирургию «на автомате». Наверное, можно. Но процент осечек может оказаться весьма критичным, при этом у опытного хирурга доля осложнений стремится к нулю, благодаря умению быстро и правильно реагировать на непредвиденные ситуации».

А.В. Титов: «Нам обещают бесконечно долгое служение».

Представьте, пожалуйста, клинические случаи, когда лечение проводилось на новом лазере.

А.Б. Качанов: «В клинику обратился пациент: смешанный астигматизм высокой степени, +3,0 сфера, -6,0 цилиндр в одном глазу, глаз амблиопичный, острота зрения 0,7 с очень сложной коррекцией. Была сделана операция на SCHWIND, и на следующий день получили 0,8 без коррекции. Это — пример возможностей нового лазера».

Профессор Э.В. Бойко: «За эти три недели у нас были пациенты, которые в результате операций получили остроту зрения выше, чем у них было до операции с коррекцией. Причем Андрей Борисович представил очень нерядовой случай, со сложной коррекцией, и новый лазер обеспечивает персонализированный подход, позволяя устранять подобную аномалию рефракции».

К.м.н. О.А. Клокова: «Близорукость слабой и высокой степени, с астигматизмом и без, с изменениями поверхности роговицы и без таковых, а также наличие синдрома «сухого глаза» или его отсутствие, возраст, профессия, хобби человека — все это делает каждый случай лазерной коррекции интересным и уникальным. Мы не имеем права на ошибку, так как чаще всего оперируем пациентов со стопроцентной корригированной остротой зрения. И благодаря новому эксимерному лазеру SCHWIND AMARIS 1050 RS мы уверены в том, что надежду каждого пациента на восстановление зрения оправдаем».

Материал подготовил Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара

Если судить по первым неделям применения нового лазера, каково предположительное количество вмешательств в год?

А.В. Титов: «На самом деле все зависит от пожеланий наших пациентов. Есть пациенты, которым можно провести все операции на SCHWIND AMARIS, есть пациенты, которым мы ничего не сможем сделать, кому-то подойдут одни методы и не подойдут другие. Но, по моему мнению, с аппаратом SCHWIND AMARIS произойдет некоторое уменьшение количества пациентов, прооперированных по технологии SMILE, в пользу трансФРК на SCHWIND. Мы уже отказались от стандартного метода ФРК, который предполагал убирать эпителий механическим путем, и практически в 100% случаях проводим трансФРК. Кросслинкинг делаем теперь только на новой машине».

К.м.н. О.А. Клокова: «3 000 — 4 000 операций в год».

Сколько лет может прослужить новая машина? Велик ли ее запас апгрейда?

К.м.н. О.А. Клокова: «Производитель эксимерного лазера SCHWIND AMARIS 1050 RS, компания SCHWIND, гарантирует, что ресурс лазерного излучателя составляет не менее 500 000 000 импульсов, это очень серьезный ресурс даже при интенсивной нагрузке для успешной эксплуатации лазера в течение нескольких лет. Фирма регулярно, не реже одного раза в год, осуществляет апгрейд программного обеспечения для совершенствования работы лазера».

А.В. Титов: «Нам обещают бесконечно долгое служение».

Представьте, пожалуйста, клинические случаи, когда лечение проводилось на новом лазере.

А.Б. Качанов: «В клинику обратился пациент: смешанный астигматизм высокой степени, +3,0 сфера, -6,0 цилиндр в одном глазу, глаз амблиопичный, острота зрения 0,7 с очень сложной коррекцией. Была сделана операция на SCHWIND, и на следующий день получили 0,8 без коррекции. Это — пример возможностей нового лазера».

Профессор Э.В. Бойко: «За эти три недели у нас были пациенты, которые в результате операций получили остроту зрения выше, чем у них было до операции с коррекцией. Причем Андрей Борисович представил очень нерядовой случай, со сложной коррекцией, и новый лазер обеспечивает персонализированный подход, позволяя устранять подобную аномалию рефракции».

К.м.н. О.А. Клокова: «Близорукость слабой и высокой степени, с астигматизмом и без, с изменениями поверхности роговицы и без таковых, а также наличие синдрома «сухого глаза» или его отсутствие, возраст, профессия, хобби человека — все это делает каждый случай лазерной коррекции интересным и уникальным. Мы не имеем права на ошибку, так как чаще всего оперируем пациентов со стопроцентной корригированной остротой зрения. И благодаря новому эксимерному лазеру SCHWIND AMARIS 1050 RS мы уверены в том, что надежду каждого пациента на восстановление зрения оправдаем».

Материал подготовил Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара



Серия статей посвящена 120-летию образования ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца»

Отдел травматологии. История и современность

Е.В. Ченцова, П.В. Макаров, Е.Н. Орлова

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

Травма глаза была и остается одной из основных причин ухудшения и потери зрения.

С момента формирования Алексеевской глазной больницы в 1900 году (в дальнейшем переименованной в Глазную больницу им. Гельмгольца (1923 г.); Центральный институт офтальмологии им. Гельмгольца (1935 г.); МНИИ ГБ им. Гельмгольца, в НМИЦ ГБ им. Гельмгольца (2019 г.)) лечение травмы глаза стало одним из главных направлений научной деятельности учреждения.

Непосредственно отдел травматологии глаза был учрежден в 1961 году, но базисом для его организации послужили фундаментальные труды сотрудников института предыдущих лет: монографии профессора М.И. Авербаха «Промышленный травматизм и основа борьбы с ним», «Повреждение глаз и окружающих их тканей»;

профессора М.М. Балтина «Рентгенодиагностика и рентгенотерапия в офтальмологии»; профессора Э.Ф. Левкоевой «Раневой процесс в глазу»; научные работы сотрудников института.

Основные достижения в травматологии глаза и успехи в работе отдела связаны с именем Розы Александровны Гундоровой, руководившей отделом с момента организации вплоть до 2016 года.

Уникальный коллектив сотрудников, созданный и воспитанный Розой Александровной, к 2010 году состоял из 5 профессоров, 11 докторов наук, 6 кандидатов наук!

Научный потенциал отдела позволил Розе Александровне создавать службу офтальмотравматологии России.

Конференции, курсы усовершенствования врачей, аспирантура, ординатура были и остаются настоящей школой воспитания врачей-офтальмотравматологов.

Все современные методы лечения были разработаны или внедрены в практику при активном участии профессора Р.А. Гундоровой и сотрудников её отдела.

Первые опыты по витрэктомии (Быков В.П., Степанов А.В.), микрохирургии травм глаза (Бойко А.В.), реконструктивной хирургии переднего и заднего отрезка глаза (Бордюгова Г.Г., Вериги Е.Н., Полякова Л.Я., Неров В.В., Ченцова Е.В., Алексеева И.Б., Орлова Е.Н., Оганесян О.Г., Синельщикова И.В., Лепарская Н.Л.), пластической хирургии

последствий травм органа зрения (Морозова О.В., Катаев М.Г., Филатова И.А.), внедрению нанотехнологий и клеточных технологий в офтальмотравматологию (Катаев М.Г., Ченцова Е.В.), разработке методов лазерной хирургии (Степанов А.В., Иванов А.Н.), новых методик лечения инфекции глаза (Быков В.П., Кваша О.И.) — далеко не полный перечень приоритетных исследований отдела травматологии.

Все сообщество офтальмотравматологов современной России и государства постсоветского пространства в той или иной мере являются учениками профессора Р.А. Гундоровой.

В условиях децентрализации служб офтальмотравматологии это позволило сохранить и продолжить лучшие традиции, заложенные отделом травм глаза НМИЦ ГБ им. Гельмгольца.

В настоящее время отдел продолжает научно-исследовательскую работу под руководством профессора Е.В. Ченцовой.

Приоритетными являются направления:

— имплантация иридохрусталиковой диафрагмы (ИХД) в лечении последствий открытой травмы, осложненной аниридией и афакией, в т.ч. в сочетании со сквозной кератопластикой. Технология закрытой иридопластики при дефектах радужки (Ченцова Е.В., Лутовкина К.В., Зеленцов С.Н. и др.);

— фемтолазерная послойная и сквозная кератопластика при посттравматических бельмах (и в комбинации с ФЭК+ИОЛ) (Ченцова Е.В., Оганесян О.Г., Ракова А.В.);

— дренажная хирургия при посттравматической глаукоме (Степанов А.В., Кольчева С.Ю., Тедеева Н.Р., Гамзаева У.Ш., Белевцева Т.А., Низов А.В. и др.).

— микроинвазивные комбинированные операции при ВГИТ (Лепарская Н.Л., Власова В.В.);

— внедрение клеточных технологий в лечение травм глаза (Ченцова Е.В., Арутюнова И.Р., Фомина И.А., Пак Н.В., Николаева Л.Р., Купрашвили И.Т., Егорова Н.С., Ходжабеян Г.В., Петрова А.О.);

— применение богатой тромбоцитами плазмы в лечении ожогов и механических повреждений роговицы (Ченцова Е.В., Федосеева Е.В., Боровкова Н.В.);

— расширение показаний к кроссликингу при рецидивирующих язвах роговицы различного генеза (Ченцова Е.В., Хазамова А.И., Флора С.В.);

— фундаментальные исследования по применению антипролиферативных препаратов при тяжелой посттравматической витреоретиальной патологии (Лепарская Н.Л., Хорошилова-Маслова И.П.);

— экспериментальные исследования по применению наночастиц для пролонгирования лечебного эффекта препаратов при интравитреальном введении (Лепарская Н.Л., Хорошилова-Маслова И.П.).

История развития и современные достижения отдела пластической хирургии и глазного протезирования

И.А. Филатова, И.М. Мохаммад, С.А. Шеметов, Ю.П. Кондратьева

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

Развитие направления реконструктивной и пластической хирургии вспомогательного аппарата глазной болезни им. Гельмгольца ведёт свое начало с того момента, когда в 1942-1945 годах во втором хирургическом корпусе института размещался военный глазной госпиталь, где проходили лечение военнослужащие с самыми различными боевыми травмами глаза и окружающих тканей.

В то же время заместителем директора по научной работе Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца с 1943 года назначен профессор Арон Абрамович Колен, который с 1944 по 1951 годы был директором нашего института. Позже с 1967 года профессор А.А. Колен работал профессором-консультантом МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Основные направления его научной деятельности: пластическая хирургия, лечение боевых травм глаза и его вспомогательного аппарата. Профессора А.А. Колена можно считать основоположником развития пластической и реконструктивной офтальмохирургии, которая из раздела «прочее» сформировалась в отдельное направление офтальмологии.

В его «Руководстве по пластической хирургии в области глаза» представлен опыт лечения боевых травм глаза и вспомогательного аппарата с помощью реконструктивно-пластических операций. Данное руководство служило настольной книгой для нескольких поколений офтальмохирургов.

В 1977 г. на базе лаборатории глазного протезирования отдела травматологии Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца в соответствии с приказом МЗ СССР был создан Всесоюзный научно-методический центр глазного протезирования. Возглавляла центр руководитель отдела травматологии профессор Р.А. Гундорова. В задачи Центра входила организационно-методическая деятельность, руководство офтальмологическими и лечебно-профилактическими учреждениями по оказанию реконструктивной офтальмохирургической помощи в области орбиты и века, а также деятельности лабораторий индивидуального глазного протезирования и пунктов по подбору глазных протезов на территории страны. Оказывалась лечебно-консультативная помощь; осуществлялись координация научных исследований; внедрение новых методов

диагностики, лечения и реабилитации пациентов с анофтальмом; разработка современных приборов, материалов, хирургического инструментария для применения в пластической офтальмохирургии и совершенствования методик глазного протезирования при врожденном анофтальме и микрофтальме, а также подготовка офтальмохирургов по пластической хирургии в области века и орбиты, врачей-глазопротезистов. У истоков данной проблемы были такие ученые и врачи, как А.А. Колен, Р.А. Гундорова, В.И. Морозов, О.Д. Морозова, Е.Н. Вериги, М.Г. Катаев, И.А. Филатова, В.П. Быков и др.

В настоящее время лаборатория переименована в отдел пластической хирургии и глазного протезирования, руководит отделом доктор медицинских наук Ирина Анатольевна Филатова. Основные направления научных исследований отдела: разработка и совершенствование хирургических методик в пластической и реконструктивной офтальмохирургии, новые методы исследования, новые имплантационные материалы.

Клиническая работа отдела включает:

— хирургическое лечение блефароптоза, исправление посттравматического паралитического косоглазия с достижением стабильного положительного результата;

— реконструктивные вмешательства при врожденных и сенильных изменениях век;

— хирургическое лечение паралитического лагофтальма;

— восстановительную хирургию века и орбиты после тяжелых ожогов и огнестрельных ранений;

— хирургическое восстановление одного и/или двух век, утраченных в результате тяжелых травм;

— удаление глаза с формированием подвижной опорно-двигательной культи, реконструктивные вмешательства при анофтальме;

— хирургическую реконструкцию вспомогательного аппарата глаза, в том числе с использованием различных имплантатов (углерод, политетрафторэтилен) и пересадкой различных аутоотсплантатов (кожи, слизистой, дерматожировых лоскутов);

— пересадку ресниц при их отсутствии;

— хирургическое восстановление слезных путей;

— хирургическую реконструкцию века и орбиты при лучевой атрофии тканей после лечения злокачественных опухолей.

На базе отдела имеется кабинет глазного протезирования, в котором проводят протезирование с использованием различных типов протезов при анофтальме и отдаленные сроки после операции, при субфторной глаукоме, при врожденном анофтальме и микрофтальме.

Одно из направлений работы отдела — подготовка кадров. Ежегодно проводятся курсы для врачей «Пластическая офтальмохирургия».

Лекции по актуальным вопросам окулопластической хирургии читаются сотрудниками отдела и на ежемесячных сертификационных курсах по офтальмологии, проводимых в МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца кафедрой глазных болезней ФПО МГМСУ.

Собственные разработки и нововведения, научные исследования включают совместную разработку с НИИ «Графит» уникальных имплантатов из углерода для реконструкции опорно-двигательной культи и орбиты, которые в настоящее время широко внедрены по России и странам СНГ. Проводится разработка нового поколения имплантатов для реконструктивных операций на веках из политетрафторэтилена (ПТФЭ). Разработан целый комплекс реконструктивных вмешательств с помощью метода радиоволновой хирургии на приборе Surgitron (USA). Создана система реабилитации пациентов с анофтальмом. Разработана система реабилитации детей с врожденным анофтальмом и микрофтальмом.

Научные исследования ведутся по направлениям: совершенствование методик удаления глаза, новые методы пластики века, поиск новых путей лечения при патологии слезоотводящих путей, разработка новых видов имплантационных материалов для реконструктивных операций на придатках глаза и орбите.

В своей работе мы продолжаем дело, начатое нашими учителями и коллегами.

Роль радиоволновой хирургии в стационарных и амбулаторных условиях

И.А. Филатова, Ю.П. Кондратьева

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

Актуальность

Различные виды деформаций век могут быть причиной не только тяжелых функциональных нарушений органа зрения, но и причинить моральные страдания пациенту. Реконструктивные операции на веках у пациентов после травм, различных воспалений, врожденных и сенильной патологий, а также после исходов многократных операций в современной офтальмологии занимают важную роль. В настоящее время существует значительное количество методов операций на вспомогательном аппарате глаза с использованием хирургических инструментов, а также с помощью электро- и радиоприборов. Исследования, проведенные различными авторами, позволяють выделить преимущество радиохирургического ножа над другими методами.

Радиоволновая хирургия не только обеспечивает адекватный гемостаз и точность разреза, но и оказывает положительное влияние на процессы регенерации.

Цель

Оценка эффективности метода радиоволновой хирургии при различных видах патологии глаза и его придаточного аппарата.

Материал и методы

Клиническую группу составили 4030 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет, находившихся на хирургическом лечении в отделе пластической хирургии и глазного протезирования НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца. Из них было 2565 (63,64%) мужчин, 1465 (36,36%) женщин. Пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа — операцию проводили в стационарных условиях — 2 968 (73,64%) случаев, 2-я группа — операцию проводили в амбулаторных условиях — 1062 (26,36%) случая.

Комплексное клинико-диагностическое обследование пациентов включало традиционные методики (визометрия, тонометрия, определение полей зрения, биомикроскопия, офтальмоскопия), а также комплекс электрофизиологических, эхографических, рентгенологических (в том числе

компьютерная томография (КТ) при сопутствующих патологиях и травмах орбиты), иммунологических исследований.

В 1-й группе выполнены следующие виды оперативного лечения: устранение блефарохалазиса верхнего века, устранение заворота и выворота век, устранение птоза верхнего века, энуклеация и эвисцерация глазного яблока с и без пластики культи, пластика век местными тканями и/или с пересадкой свободных кожных лоскутов, экстирпация слезного мешка. Во 2-й группе — радиоэксцизия халазиона век, вскрытие абсцесса слезного мешка, радиоэксцизия новообразования кожи век, радиоэксцизия ксантелазм век, коагуляция лукович ресниц с неправильным ростом.

Оперативное лечение проведено с использованием метода высокочастотной радиоволновой хирургии (3,8-4,2 МГц) на 3-х режимах: I режим — разрез без коагуляции ткани, II режим — легкая коагуляция и разрез, III режим — коагуляция без разреза. В зависимости от вида патологии подбирали режим работы радиоволнового ножа и определенный электрод из базовой комплектации. Срок наблюдения составил от 1 года до 5 лет.

Результаты и обсуждение

Во всех случаях у пациентов 1 и 2-й групп заживление произошло в ранние сроки, отеки разрешились через 1–3 недели. Это обусловлено работой радиоволнового метода хирургического лечения, при котором регенерация ткани происходит без некроза и обугливания ткани.

Высокочастотная энергия концентрируется на кончике электрода, тем самым радиохирургический разрез проводится легким движением без давления, что позволяет исключить электроожог и деформацию ткани.

Также немаловажным положительным свойством данного метода является возможность исключить наложение гемостатических зажимов и различных тампонад. Это позволяет сократить время операции, снизить возможные осложнения во время и после операции, а щадящий режим коагуляции позволяет добиться хорошей адаптации тканей и формирования нежного рубца.

Швы после операции снимаются в различные сроки в зависимости от вида хирургического лечения: кожные швы на 7-10 сутки, тракционные и рафические швы на 21-30 сутки по мере разрешения отека.

При динамическом наблюдении за пациентами на протяжении 2 лет мы не отмечали отрицательных результатов во 2-й группе. В 1-й группе у пациентов были выявлены следующие осложнения: опущение верхнего века через 4 месяца после хирургического лечения (после тяжелой ОРВИ), рецидив заворота век через 1 год после операции (при наличии блефароспазма у пациента), отторжение plombировочного материала через 5 лет после операции (несоответствие правил гигиены и инфицирование раны). В ранний послеоперационный период у пациентов 1-й группы осложнений выявлено не было.

Заключение

Сокращение времени операций и снижение возможных осложнений способствуют улучшению реабилитации раны после операции, тем самым повышают качество жизни пациентов после хирургического вмешательства. А снижение продолжительности временной потери трудоспособности дает возможность существенно разгрузить стационары за счет выполнения ряда распространенных операций в амбулаторных условиях.

хирургического лечения. Некоторых пациентов удалось наблюдать в течение 10-11 лет.

Первую смену протеза производили через 1 месяц после операции, т.к. на фоне разрешения отека менялась глубина расположения протеза. После чего пациентов обучали способам ухода за глазным протезом. Снятие и обработку протеза пациенты проводили самостоятельно 1 раз в 10-14 дней. Спустя 6 месяцев после операции пациентов направляли в Центр глазного протезирования для изготовления индивидуального протеза, после чего проводили оценку результатов.

Анализ результатов, полученных в отдаленном периоде у пациентов, оперированных методикой эвисцерации (группа 1), показал, что подвижность культи в среднем составила (147,5±3,6°), что заметно выше, чем у пациентов групп 2 и 3, оперированных методом энуклеации (128,3°) и пластики культи (115,1°).

Подвижность протеза у пациентов группы 1, оперированных методикой эвисце-

рации, составила в среднем 115,6±2,2°, что выше, чем у пациентов 2 и 3-й групп (108,2° и 96,2° соответственно).

Западение протеза после эвисцерации глаза (группа 1) встречалось реже, чем у пациентов после энуклеации глаза (группа 2), на 14,5%. А средняя величина западения протеза (мм) была ниже на 78,0%. Западение верхнего века также встречалось реже на 16,7%, и средняя величина западения верхнего века (мм) ниже на 37,3%.

Различия между результатами, полученными у пациентов групп 1 и 2, являются статистически достоверными (p<0,05).

По критериям лагофтальма и асимметрии глазной щели отмечена тенденция к снижению показателей у пациентов группы 1 по сравнению с группами 2 и 3, но эти данные статистически недостоверны (p>0,05).

За период исследования у пациентов, оперированных в отделе пластической хирургии и глазного протезирования НМИЦ ГБ им. Гельмгольца, выявлены следующие виды осложнений:

Особенности контузионной травмы у пациентов специализированного стационара

Е.В. Ченцова, И.Б. Алексеева, А.Н. Иванов

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

Введение

В настоящее время повреждения органа зрения продолжают оставаться одной из основных причин потери зрения и инвалидности. Частота глазного травматизма в России, по данным последних лет, достигает 114,5 человек на 100 000 населения. До 32% коечного фонда офтальмологических стационаров занято пациентами с травмами глаз [2]. В структуре глазного травматизма увеличилась доля контузионной травмы, до 36,5-53% пострадавших, которая характеризуется особой тяжестью и может приводить к гибели глаза [1, 4]. По данным Р.А. Гундоровой [3], современная контузионная травма глазного яблока определяется полиморфизмом клинических проявлений и высоким удельным весом тяжелой сочетанной патологии (до 27,9% пострадавших).

Цель

Изучение особенностей современной контузионной травмы органа зрения на основе архивного материала отдела травматологии ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» МЗ РФ.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с закрытой травмой органа зрения и ее последствиями, находившихся на стационарном лечении в отделе травматологии ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» МЗ РФ в период с 2015 по 2017 гг. Всего изучено 235 историй болезни.

Клиническими критериями оценки характера постконтузионной патологии являлись: тяжесть и давность травмы, острота зрения пораженного глаза при поступлении и выписке, внутриглазное давление пораженного глаза при поступлении и выписке.

Все пациенты были разделены на 3 основные группы по степеням контузии (согласно классификации Г.А. Петропавловской от 1975 г.). В первую группу вошли пациенты с контузиями, не вызывающими значительного снижения зрения и характеризующимися временными обратимыми изменениями (отек и эрозии роговицы, отек сетчатки, кольцо Фоссиуса, спазм аккомодации и др.). Во вторую группу вошли пациенты с контузиями, вызывающими стойкое снижение зрения вследствие глубоких эрозий роговицы, локальных контузионных катаракт, разрывов фактуса зрачка, ретрогенеральных кровоизлияний и др. В третью группу

вошли пациенты с закрытой травмой, для которой характерны крайне тяжелые изменения, влекущие за собой резкие гидродинамические сдвиги: стойкую гипертензию глаза; глубокую стойкую гипотонию глаза; массивные кровоизлияния, отслойки оболочек, грубые нарушения структур переднего отрезка.

При поступлении в стационар всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее визометрию, тонометрию, периметрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, электрофизиологические и ультразвуковые исследования.

Острота зрения определялась с помощью проектора оптических и стандартного набора очковых линз. В дополнение к обычным методам проводилась визометрия по методике С.Э. Аветисова с использованием диафрагмы 1,5 мм для определения возможной остроты зрения.

Тонометрию проводили с помощью тонометра Маклакова или бесконтактным способом.

Биомикроскопическое исследование переднего отрезка глазного яблока всем пациентам проводилось на щелевой лампе. При этом особое внимание обращали на состояние роговой оболочки, глубину передней камеры, состояние радужной оболочки, хрусталика, его передней капсулы, цинновых связок, наличие передних и задних синехий.

Осмотр глазного дна на ранних стадиях, если позволяла степень помутнения хрусталика, осуществляли в условиях медикаментозного мидриаза с помощью прямого электрического офтальмоскопа, а также с помощью фундус-камеры всем больным с целью исключения патологических изменений на глазном дне.

Эхографические исследования проводились в лаборатории ультразвука с целью определения размера переднезадней оси травмированного глаза, состояния хрусталика, стекловидного тела и внутренних оболочек глазного яблока. При В-сканировании применялась трансальберальная методика. Последовательно производили сканирование наружного, внутреннего, верхнего и нижнего сегментов задних отделов глаза. При изменениях в переднем отрезке проводились исследования с помощью УЗБ-методик.

В ряде случаев возникала необходимость в проведении рентгенологического исследования и компьютерной томографии.

— обнажение и отторжение орбитального имплантата выявлено у 3 пациентов (0,23% случаев), у которых был установлен факт нарушения режима ношения глазного протеза и ухода за конъюнктивальной полостью;

— грануляционные полипы конъюнктивы были выявлены у 16 пациентов (1,26% случаев) за период исследования. Причиной развития полипов в основном явилось ношение индивидуальных протезов с острыми краями, которые причиняли хроническую травму конъюнктивы за достаточно долгий период.

За более чем 10-летний период наблюдения других осложнений не выявлено. Отмечено стабильное положение имплантата в орбите, хорошая переносимость материала, отсутствие инфицирования за счет возможности пропитывания имплантата растворами антибиотиков. Структура имплантата позволяет его моделировать при необходимости.

Выводы

1. Орбитальный имплантат из политетрафторэтилена является доступным мате-

риалом для проведения данного вида операций, обладает высоким уровнем биосовместимости и низкой частотой послеоперационных осложнений.

2. Отечественный орбитальный имплантат из ПТФЭ отвечает всем требованиям, предъявляемым к орбитальным имплантатам. Он является пористым, что позволяет пропитывать его раствором антибиотиков и способствует прорастанию окружающих тканей в толщу имплантата, что в свою очередь обеспечивает фиксацию имплантата в полости орбиты и предотвращает его миграцию.

3. Проведенное исследование подтверждает, что лучшие функциональные и косметические результаты глазного протезирования достигаются после выполнения эвисцерации глазного яблока с одномоментной пластикой культи.

4. Осложнения в виде обнажения и отторжения орбитальных имплантатов в основном связаны с нарушением пациентами режима использования и ухода за глазами протезами.

Многолетний опыт применения орбитальных имплантатов из политетрафторэтилена

И.А. Филатова, И.М. Мохаммад, С.А. Шеметов, Ю.П. Кондратьева, В.О. Денисюк

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

Актуальность

Удаление глазного яблока выполняют вследствие различных патологических состояний, что составляет порядка 1–4% от числа всех офтальмологических операций.

В настоящее время достигнуты большие успехи в области реконструктивно-пластической офтальмохирургии, благодаря новым методикам удаления глаза и появлению современных биосовместимых материалов в качестве орбитальных имплантатов, что позволяет получить желаемые косметические результаты глазного протезирования.

В настоящее время в РФ наиболее широкое применение нашли имплантаты из политетрафторэтилена (ПТФЭ), благодаря доступности материала, его биосовместимости, отсутствию необходимости дополнительных вмешательств на организме пациента для забора аутоканек и низкой частоте осложнений.

В НМИЦ ГБ им. Гельмгольца накоплен многолетний опыт применения орбитальных имплантатов из ПТФЭ. Выполнено более 1000 оперативных вмешательств с имплантацией данного вкладыша. Мы решили проанализировать наш многолетний опыт за период более 10 лет.

Цель

Оценка отдаленных результатов применения орбитальных

имплантатов из политетрафторэтилена у пациентов с анофтальмом.

Материал и методы

Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и лечения 1260 пациентов за период с 2008 по 2019 гг. на базе отдела пластической хирургии и глазного протезирования ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава РФ (руководитель отдела — д.м.н. И.А. Филатова).

Клиническую группу составили 1 260 пациентов со слепыми и бесперспективными глазами и с анофтальмом. Все больные были распределены на 3 группы.

Группу 1 составили 793 пациента (793 глаза). Возраст пациентов варьировал от 5 до 84 лет (средний возраст 43±6,7 года). Больным данной группы глаз был удален по методике эвисцерации глаза различными модификаций. В группу 2 вошли 262 пациента, которым глаз был удален методикой энуклеации. Группу 3 составили 205 пациентов с анофтальмом, которым выполняли отсроченную пластику культи после ранее выполненной энуклеации или эвисцерации глаза.

Всем пациентам групп исследования было проведено комплексное клинико-диагностическое обследование пострадавшего и парного глаза до хирургического лечения.

«макула на-Дону»

2021

ПЕРЕНЕСЕНА на 20-22 августа

Ростов-на-Дону

ИНТЕР ЮНО

IX ВСЕРОССИЙСКИЙ (с зарубежным участием) семинар – «круглый стол»

45 лет ростовской школе лазерной микрохирургии глаза.

30 лет профессиональному товариществу «ЮНО» и 18 лет нашим «МАКУЛАМ»

НАУЧНАЯ ТЕМАТИКА семинара, в целом, прежняя: **патология макулы – патогенез, клиника, лечение, систематизация** и т.д. В том числе:

- Выдержки из фундаментальных работ по **(пато-) морфологии и (пато-) физиологии макулы**. Нейролингвистика и нейроконика. Зрение и стресс. Глаз в невесомости.
- Проблемы достоверной и корректной оценки функций фовеа.
- **ЦСХРПатия – лечение без Ф.А.Г.?** Ангажированный миф или желанная перспектива?
- **Макулопатии: миопические, диабетические, возрастные**. Принципы и методы лечения.
- **Новые** ноансы в хирургическом лечении патологии макулы.
- Роль и место **«классической» лазеркоагуляции**. Другие методики лазерного лечения.
- Медикаментозное лечение патологии макулы (антиVEGF- и другие препараты): принципы, эффективность, проблемы, осложнения. Целесообразность и мотивация антиVEGF-монотерапии.
- Оптимальная артрафакторкоррекция при патологии макулы.
- **Отдельные клинические наблюдения** (демонстрации, парад мнений), **«релакс-разминки» и «релаксы» ретинолога**. Видеофестиваль «Фовеа-на-Дону».
- **В рамках 7 «круглых столов» предполагается обсудить более 35 докладов ведущих ученых. Из них более трети – доклады и микролекции от коллег из Зап. Европы и Сев. Америки.**

Все вопросы участия на сайте: www.interyuna.ru/macula; e-mail: macula@interyuna.ru тел. оргкомитета: +7(863) 292-44-33. Заезд участников 18-19 августа. Размещение в отелях - самостоятельное бронирование (рекомендации по отелям – см. на нашем сайте)

для пациентов с синдромом сухого глаза

ТЕАЛОЗ-ДУО

Содержит 1% Тетрагидроксиэтилэстера 0,03%

МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАНИЕ

БОЛЬШЕ, ЧЕМ УВЛАЖНЕНИЕ...

УНИКАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ДЛЯ БИОПРОТЕКЦИИ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

◆ Биопротекция и осмопротекция

◆ Без консервантов и фосфатов

◆ Гипотоническая формула

◆ Мгновенный комфорт и длительное облегчение симптомов

ТРЕГАЛОЗА

ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА

Иновационный флакон АБАК®

- легко закапывать
- 300 дозированных капель
- до 3-х месяцев использования после вскрытия
- можно закапывать на контактные линзы

Увлажняющий и смазывающий раствор для защиты глаз «Теалоз-Дуо»
РЭН 2020/11881 от 09.03.2020.000 «Теа Фарма» 115280 Российская Федерация, г. Москва,
ул. Ленинская Слобода, д. 2б, этаж 2, пом. 112, тел.: +7 495 787 75 35, info@teafarma.ru
ДАННЫЙ МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

Théa

В подавляющем большинстве случаев лица с закрытой травмой глаза имели возраст от 20 до 50 лет, то есть наиболее трудоспособный возраст (63,83% случаев). Максимальное количество обращений в стационар с закрытой травмой глаза приходится на возраст от 21 до 30 лет (25,11% от общего числа случаев). Отмечен значительный процент юношеского травматизма, достигающий 16,17% случаев.

В зависимости от давности контузии все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли пациенты, госпитализированные сразу после травмы или в первые три дня. Эти пациенты рассматривались нами как группа со свежей травмой глаза, которая явилась самой многочисленной — 169 человек (71,9% от общего числа пациентов).

Вторая группа включала 23,8% пациентов с давностью контузии до 1 месяца. И, наконец, в третью группу вошли пациенты с давностью контузии более месяца, которые были госпитализированы повторно с последствиями перенесенной травмы для проведения оптико-реконструктивного и органосохранного лечения, либо по каким-либо причинам ранее к врачу не обращались. Численность этой группы составила 10 человек (4,3% от общего числа пациентов).

В общей структуре глазного травматизма, по данным архивного материала за 2005–2007 гг., явно превалирует бытовой (31,06% от общего числа случаев). Производственный травматизм, лидировавший до конца 90-х гг., занимает второе место (27,24%) и криминальный (24,26%) — третье место. Кроме того, отмечается высокий удельный вес спортивного травматизма (11,06%). В бытовых условиях наиболее частыми причинами закрытой травмы явились следующие факторы: при падении — 9,36% от всех пострадавших, при взрыве петарды — 4,25%, при попадании в глаз пробки от шампанского — 4,25%, при домашних работах и в саду — 12,62%.

Основными причинами травматизации на производстве были: повреждение диском от болгарки — 7,67%, при работе с металлом — 5,96%, при работе с деревом — 6,8%, с резинowymi предметами — 6,8%.

Криминальная травма была получена во время драки в 15,32% от всех пострадавших, при выстреле из пневмопистолета — 5,1%, при ударе различными предметами — 3,4%.

В случае спортивной травмы игра в пейнтбол стала причиной контузии в 3,83% всех случаев, игра в футбол или хоккей привела к закрытой травме в 5,1%.

У подавляющего большинства больных в результате тяжелой степени закрытой травмы глаза при поступлении в стационар отмечалось резкое снижение остроты зрения. У основной массы пациентов (59,15%) зрение упало ниже 0,1; из них 13,62% пациентов имели неправильную светопроекцию, в 5,1% травмированных глаз зрение отсутствовало (VIS = 0 (ноль)).

Сравнительно высокое зрение (0,1–0,8) при поступлении сохранялось у 34,89% больных со II степенью контузии.

Для I степени контузии характерно незначительное обратимое ухудшение зрения в пределах 0,9–1,0 (14% пациентов).

При поступлении на ранних сроках 29 (12,34%) пациентов с тяжелой степенью закрытой травмы глаза имели выраженную контузионно глазного яблока (ниже 11 мм рт.ст., в некоторых случаях недиагностируемую). 60 (25,53%) пациентов поступили с гипертензией (выше 28 мм рт.ст.).

На поздних сроках обращения (более 1 месяца) и при повторной госпитализации гипотонический синдром развился у 14 (5,96%) пациентов, вторичная гипертензия была обнаружена у 22 (9,36%) пациентов.

Одним из наиболее частых проявлений контузионной травмы глаза было кровоизлияние в переднюю камеру (частичная гипе-ма у 14,04% больных, тотальная гипе-ма у 40,42% больных) и стекловидное тело (травматический гемофтальм у 92 больных — 39,15%). Дислокация хрусталика (ИОЛ имплантирована до травмы) наблюдалась у 70 пациентов (в переднюю камеру — 24 случая, в стекловидное тело — 46 случаев). Кроме того, у 114 пациентов (48,51% всех больных) наблюдались различные повреждения радужной оболочки: ириододиа-лиз у 33 (14,04%) пациентов, травматиче-ский мириаэ, разрывы сфинктера — у 81 (34,47%) пациента.

У 70 больных (29,79% всех случаев) выявлялся целый комплекс изменений, характеризующий тяжелую степень травмы: гипе-ма, ириододиализ, подвывих хрусталика, гемофтальм, отслойка цилиарного тела и со-судистой оболочки.

При обследовании глазного дна были выявлены следующие изменения: отек сет-

чатки (13,19%), отслойка сетчатки (16,59%, в том числе с разрывом — 6,38%), субре-тинальное кровоизлияние (5,11%), разрыв со-судистой оболочки (2,98%).

Данные рентгенологического исследова-ния и компьютерной томографии позволи-ли выявить перелом стенок орбиты в 12,76% случаев, повреждение зрительного нерва в 2,55% случаев. У одного пациента был обнаружен отрыв зрительного нерва и вывих глазного яблока из орбиты.

В результате УЗБ-исследования глаз по-сле закрытой травмы на разных сроках ци-лохориоидальная отслойка была выявлена у 30 пациентов (12,77% всех случаев), в то время как клинически ЦХО была обнаруже-на у 27 (11,49%) пациентов и отслойка ци-лиарного тела — у 5 (2,13%) пациентов. От-слойка сетчатки с помощью В-сканирования была выявлена у 45 (19,15%) пациентов, при офтальмоскопии эта цифра составила 39 (16,59%) случаев.

На поздних сроках развития постконту-зионных осложнений глаз по данным кли-нического и инструментального исследо-вания (1 месяц и более) преобладала сле-дующая посттравматическая патология: травматическая катаракта — 40 (17,02%) пациентов, вторичная гипертензия — 22 (9,36%) пациента, посттравматический уве-ит — 13 (5,53%) пациентов, гипотонический синдром в результате отслойки цилиарного тела или сосудистой оболочки — 14 (5,96%) пациентов, отслойка сетчатки — 23 (9,79%) пациента. У 13 (5,53%) пациентов на фоне гипотонического синдрома развилась суба-трофия глазного яблока.

Всем пациентам с тяжелой степенью кон-тузии глаза на разных сроках после травмы были проведены различные хирургические вмешательства (реконструктивные опера-ции на переднем отрезке, удаление травма-тической катаракты и люксированных хру-сталиков с имплантацией ИОЛ, витреореги-нальная хирургия, операции на цилиарном теле и сетчатке, лазерные операции).

При выписке пациентов из стационара у подавляющего большинства пациентов на-блюдалось значительное улучшение зре-ния. Сравнительно высокое зрение (0,4–0,8 с корр.) наблюдалось у 72 (30,64%) пациентов, поступивших с II–III степенью контузии. Почти полностью зрение восстановилось у 21 (8,94%) пациента с контузией I–II степе-ней. У пациентов с III степенью контузии

более низкое зрение (0,01–0,3) наблюдалось у 90 пациентов, а 52 (22,11%) больным зре-ние восстановить не удалось.

Обсуждение

С точки зрения эпидемиологии характер-ной особенностью современной стационар-ной травмы является преобладание тяжелых повреждений органа зрения, в подавляющем большинстве случаев у лиц трудоспособно-го возраста. Высок удельный вес юношеского травматизма. В общей структуре глазно-го травматизма явно превалирует бытовой. Производственный травматизм, лидировав-ший до конца 90-х гг., занимает второе ме-сто, а криминальный, соответственно, тре-тье. По данным клинического исследования на разных сроках обращения пациента с за-крытой травмой глаза в стационар выявля-ется следующая патология: травматическая катаракта, вторичная гипертензия, посттрав-матический увеит, гипотонический синдром в результате отслойки цилиарного тела и хо-риоидеи, отслойка сетчатки.

Несмотря на комплексный подход к хи-рургическому восстановительному лечению больных с закрытой травмой, исходы этого лечения оставляют желать лучшего, так как довольно высокому проценту оперирован-ных больных зрение восстановить не уда-ется, что связано с изначальной тяжестью полученных повреждений или поздним обра-щением. Активная хирургическая такти-ка в целом позволяет значительно снизить процент низких функциональных исходов, что, безусловно, создает предпосылки для полноценной реабилитации пациентов с за-крытой травмой.

Литература

- Волков В.В., Даль Г.А., Куликов В.С. Многочо-бразие современных криминально-бытовых повре-ждения глаз и тактика их лечения. В кн.: Клиника и лечение повреждений глаз при экстремальных и криминальных ситуациях. МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. М., 1993: 21–22.
- Гундорова Р.А., Кашников В.В. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях. СО-РАМН, 2002. 240 с.
- Гундорова Р.А., Нероев В.В., Кашников В.В. Травмы глаза. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009: 383–394.
- Мошетева Л.К., Бенделик Е.К., Алексеева И.Б. Контузии глаза, клиническая характеристика и ис-ходы. Вестник офтальмологии 1999; 3:10–13.
- Поллак Б.Л. Повреждения органа зрения. М.: Медицина; 1972: 358–376.

Погружение в Финляндию

Леонид Балашевич

Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, многолетний директор Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Л. И. Балашевич — давний друг и постоянный автор газеты «Поле зрения». В ближайших номерах газеты нашим читателям предстоит познакомиться с книгой Леонида Иосифовича «Погружение в Финляндию».

Документальное повествование о стране — соседке России вышло в свет в Северной столице в 2015 году. Эта книга, изданная небольшим тиражом, вызвала большой интерес и у жителей Северо-Западного региона РФ, интересующихся жизнью зарубежных соседей.

Популярность книги во многом связана с обширными, разнообразными контактами россиян и граждан страны Суоми. Наши соотечественники с удовольствием ездят в «страну тысячи озёр» на отдых, за покупками, расширяются деловые контакты. Во всяком случае, так происходило до пандемии...

Для многих жителей Финляндии, особенно приграничных с Россией районов, Санкт-Петербург воспринимается как ближайший к их стране город-миллионник, куда они приезжают, чтобы почувствовать пульсирующий ритм мегаполиса, где жизнь не замирает ни днём, ни ночью. С другой стороны, для уставших от городской суеты петербуржцев Финляндия стала одним из любимых мест тихого семейного отдыха. В этой стране, когда-то бывшей составной частью Российской империи, можно встретить первозданную природу, прекрасный сервис и душевное отношение к гостям.

Леонид Иосифович в достаточной степени владеет финским языком, чтобы общаться с жителями Финляндии и в подлинниках изучать издающуюся там историческую литературу и следить за публикациями финской прессы и финского сегмента Интернета.

«Погружение в Финляндию» — книга разнообразная и многоплановая. Она даёт обзор исторических событий, в первую очередь, обращая внимание на взаимодействие, взаимное влияние русского и финского народов на протяжении столетий.

Автор подробно анализирует трагические страницы нашей совместной истории, к числу которых можно отнести Гражданскую войну в России и Финляндии, начавшуюся вскоре после Революции 1917 года и развала Российской империи, а также советско-финскую войну. Эта война оставила Леонида Балашевича сиротой. Его отец погиб на фронте, также как и тысячи советских солдат и офицеров.

Хотя документальное повествование нашего постоянного автора увидело свет шесть лет назад, оно не потеряло своей актуальности. Конечно, реалии сегодняшнего дня не могут не внести свою лепту в восприятие книги. К сожалению, в настоящее время из-за продолжающейся пандемии коронавируса поездки россиян за рубеж, в частности, в страны Европейского Союза, к которым относится и Финляндия, существенно ограничены.

«Мы скучаем по тебе, Финляндия! Мы скучаем по тебе, Россия!», — эти слова сейчас нередко можно услышать по обе стороны границы.

Несмотря на эти обстоятельства, Леонид Иосифович, продолжающий поддерживать активные контакты с Финляндией и много времени проводящий в этой стране, убеждён в том, что ситуация со временем обязательно нормализуется. Это отвечает интересам обоих народов, связанных тесными узами. Перед началом публикации корреспондент газеты «Поле зрения» Илья Бруштейн побеседовал с автором.

Леонид Иосифович, как возникла идея написания книги?

Как это часто бывает, идею подсказала сама жизнь. Мои коллеги по МНТК, а также родственники, друзья и знакомые нередко расспрашивали меня о различных аспектах жизни в Финляндии, о возможностях отды-ха в этой стране. И я подумал: «Зачем раз-ным людям рассказывать одно и тоже? По-разному лучше написать книгу, которая дала бы ответы на все вопросы».

Ещё один аспект этой темы: моё увле-чение фотографией. Практически всю свою жизнь я фотографировал всегда и везде. В отпуске, в командировках, в родном Питере. Состоялось у меня и несколько персональ-ных фотовыставок.

Разумеется, не расставался с фотоаппа-ратом и во время поездок в Финляндию. Накопилось много примечательных сним-ков. Но как их представить зрителю? Устро-ить тематическую выставку? Я решил по-другому. Захотелось написать книгу, что-бы текст и фотографии составляли единое целое.

Как долго шла работа над этим проектом?

Около шести лет. С 2008 года по 2014 год. Это были годы, когда я был директором Санкт-Петербургского филиала МНТК, про-фессором и заведующим кафедрой в МАПО. Конечно, в этой ситуации на любые прое-кты, не связанные с медициной, оставалось мало времени. Поэтому работа шла урывка-ми, в редкие свободные часы.

Но в течение всех этих лет я был убеж-дён, что мне удастся завершить книгу, удастся осуществить то, что задумал.

С чем была связана эта уверенность?

Мне было интересно то, чем я занимался. И была надежда, что читателям книга будет интересна и полезна, что она поможет не только лучше организовать отпуск в Суоми, но и попытаться понять менталитет жите-лей соседней страны.

Хотелось бы напомнить читателям газеты «Поле зрения», что Вы являетесь не только автором фундаментальных

научных монографий по офтальмологии, но и книг, предназначенных для широ-кого круга читателей.

Думаю, что моя главная книга — «Про-зрение». Она посвящена истории создания МНТК «Микрохирургия глаза». Первое из-дание увидело свет в 2015 году. Второе — расширенное и дополненное — в 2017 году. Многих людей, которые вместе с Святос-лавом Николаевичем Фёдоровым стояли у истоков МНТК, уже, к сожалению, нет в жи-вых. И я считал своим долгом рассказать то, что знаю, участвовать в сохранении истории МНТК для следующих поколений. Приятно отметить, что избранные главы из этой ки-ги публиковались в газете «Поле зрения».

Ещё одна книга — «Дневник корабельно-го врача». Она основана на моих дневнико-вых записях 1960 года, когда мне довелось участвовать в большом переходе на подво-дной лодке из Севастополя в бухту Про-видения и затем в Петропавловск-Камчатский. В 2016 году эти дневниковые записи были отредактированы, переведены в цифровую форму и составили книгу. Она тоже была опубликована в газете «Поле зрения».

Также хотелось бы упомянуть и третью книгу. Она носит название «Деревья без корней» и не предназначена для широкой общественности. Речь идёт о воспоминани-ях, написанных исключительно для членов моей семьи, для детей и внуков.

Леонид Иосифович, радостно созна-вать, что читатели нашей газеты смо-гут лучше узнать Финляндию благодаря Вашей книге. После завершения работы над «Погружением в Финляндию» про-шло уже шесть лет. Вы не планируете на-писать продолжение?

Пока таких планов у меня нет. Но давай-те вернёмся к этому вопросу после заверше-ния публикации. Возможно, у читателей и редакции сложится впечатление, что какие-то интересные, важные темы финской жи-зни я не затронул или осветил недостаточно подробно. Если возникнут такие вопросы, то я не исключую, что специально для газеты напишу ещё одну или две главы, которые можно будет воспринимать как продолже-ние книги.

Над какими проектами Вы сейчас работаете?

Над фотографическим проектом «Про-винциальная Финляндия». Это серия фо-тографий, представляющих «непарадную Суоми», с которой обычно не сталкивают-ся туристы. Фотографии, отражающие по-вседневную жизнь людей в небольших го-родках, на хуторах, на фермах.

У меня уже была запланирована фотовы-ставка в Петербурге, но КОВИД нарушил все планы. Надеюсь, что эта выставка в обзор-ной перспективе всё же состоится. Недав-но в самой Финляндии состоялась презента-ция этого проекта во время заседания одно-го из отделений Ротари-клуба (это автори-тетная международная благотворительная и просветительская организация) в провин-ции Итя-Хаме. Я сделал доклад на финском языке о своей работе фотографа и, конечно, продемонстрировал собравшимся наиболее удачные, на мой взгляд, снимки. Им было интересно узнать мнение иностранца, рос-сиянина, о своей стране.

Взгляд со стороны?

Да, конечно. Нам тоже в России интерес-но, как нас видят иностранцы. И финны это любопытно.

Также в настоящее время я много читаю финскую историческую литературу, каса-ющуюся российско-финляндских отноше-ний. Интерес к этой теме возник давно в связи с гибелью моего отца во время «зим-ней войны». В данный момент меня инте-ресует освещение в финоязычной литера-туре роли личности маршала Карла Густава Маннергейма, одной из ключевых фигур в истории Финляндии, в отношениях между двумя странами.

В книге «Погружение в Финляндию» представлены многие аспекты поведс-венной жизни этой страны, но о здра-воохранении Вы ничего не пишете.

Во время работы над книгой у меня ещё не было соответствующего опыта. В ос-новном, я приезжал в Финляндию во вре-мя летнего отпуска, и в медицинские уч-реждения этой страны обращаться тогда не доводилось.

Но в последние годы у меня появил-ся и сравнительно небольшой опыт в роли «финского пациента». Два раза мне в Фин-ляндии провели операции. К счастью, ни-чего серьёзного, экстренного или угрожа-ющего жизни у меня не было. Кроме того, тема здравоохранения, разумеется, время от времени всплывает в беседах со знако-мыми и приятелями в этой стране. Поэто-му представление об этой стороне жизни у меня есть.

Финляндия — социальное государство. Здесь сравнительно высокие налоги, что, разумеется, осложняет жизнь предпри-имателей. Но, с другой стороны, государ-ство следит за тем, чтобы каждый гражда-нин страны имел высокий уровень социаль-ной защищённости, в том числе бесплатную медицинскую помощь.

Основа национальной системы здраво-охранения — государственные клиники, ра-ботающие в рамках системы аналога на-шего обязательного медицинского стра-хования (ОМС). Первичное звено здраво-охранения — «Дома здоровья». Их можно сравнить с российскими районными по-ликлиниками. Но отличие состоит в том, что в «Домах здоровья» нет узких специ-алистов. Там работают только терапевты общей практики.

Пациент обращается в «Дом здоровья» и в случае необходимости получает на-правление к соответствующему специали-сту. Предварительно могут быть проведены необходимые анализы и обследования. Так произошло и со мной, когда у меня после тяжёлой физической работы (я самосто-ятельно занимался ремонтом нашего фин-ского домика) образовалась паховая грыжа.

Я обратился в ближайший «Дом здоро-вья». Терапевт направил меня к хирургу, предварительно я сдал анализ крови. Надо сказать, что все данные о пациентах хра-нятся в Финляндии в единой компьютерной программе. И любой врач — и терапевт, и узкий специалист — может получить доступ к этим данным. Поэтому, когда я пришёл на приём к хирургу, то он смог посмотреть все материалы о моём состоянии здоровья. Мне быстро назначили дату операции, она про-шла вполне успешно.

Современные тенденции в лечении ожоговой травмы глаза

Е.В. Ченцова, П.В. Макаров, А.О. Петрова

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

Ожоги являются тяжелым видом повреждений органа зрения, при котором нередко поражаются оба глаза. Тяжелые и особо тяжелые ожоги часто являются серьёзной причиной снижения зрения и слепоты.

По мнению большинства авторов, не-смотря на разнообразие веществ, вызывающих ожог, картина изменений тканей глаза во многом сходна. То есть, несмотря на особен-ности поражения глаза тем или иным повреждающим агентом, клиническая кар-тина ожоговой травмы в большей мере за-висит от степени поражения и качества ока-занной помощи при ожоге.

Один и тот же повреждающий агент в зависимости от его концентрации, време-ни воздействия и температуры может вызы-вать как легкое, так и тяжелейшее повреж-дение тканевых структур.

Характерной особенностью ожогов глаз является распространение патологических изменений далеко за пределы первично травмированной ткани.

Клиническая картина ожоговой болезни глаз разнообразна и зависит от степени по-ражения и стадии процесса.

В ФГУ МНИИ ГБ им. Гельмгольца Росмед-технологий была признана весьма удобной

и широко используется классификация, предложенная Н.А. Пучковской. Принимая в целом оценку глубины поражений глаза, предложенную Поляком, данная класси-фикация учитывает также ранние сопутст-вующие симптомы.

Н.А. Пучковская с соавторами выделяет условно 2 этапа: первичное повреждение тканей глаза и развитие основных звеньев ожогового процесса или 4 стадии.

- Стадию первичного некроза.
- Стадию острого воспаления.
- Стадию выраженных трофических рас-стройств с последующей васкуляризацией.
- Стадию рубцевания и поздних дист-рофий.

Несомненно, определяющую роль в ле-чении ожогов глаз играют хирургические методы лечения в ранние сроки ожогово-го процесса. Необходимым этапом ока-зания хирургической помощи при тяжелых ожогах глаз является некрэктомиа, транс-плантация амниотической мембраны, ау-тотенонопластика, кератопластика, одна-ко до сих пор нет однозначного мнения о методах, сроках и объеме хирургического вмешательства.

До некоторого времени основным пока-занием к хирургическому вмешательству

было развитие осложнений ожоговой тра-вмы — разрушение наружных оболочек гла-за, перфорация роговицы, набухающая ка-таракта, рубцовая деформация века.

Препятствием к внедрению ранних вме-шательства было отсутствие методов оцен-ки жизнеспособности пораженных тканей и определения границ их некрэктомии. Од-ним из подобных методов является флюо-ресцентная ангиография сосудов конъюн-ктивы, требующая специального оборудова-ния, отсутствующего в большинстве травма-тологических учреждений.

В настоящее время акцент в лечении на ранних сроках ожоговой травмы перенесен на проведение реанимационных мероприя-тий, т.е. восстановление микроциркуля-ции пораженных тканей. В этом качестве на фоне интенсивной консервативной со-судистой, ангиопротекторной, репараци-онной терапии проводится неоднократная трансплантация амниотической мембраны. В процессе этого площадь необратимого по-ражения конъюнктивы сокращается, форми-руется демаркационная линия некротиче-ских тканей, что облегчает принятие реше-ния об объеме некрэктомии.

К реанимационным мероприятиям мож-но отнести и аутогенонопластику по Reim. Участки склеры, обнаженные после некрэ-ктомии, необходимо закрывать лоскутом собственной теноновой и конъюнктиваль-ной оболочки.

Частные клиники в Финляндии пользуются популярностью?

В Финляндии, как и в России, имеются самые различные частные клиники. У них тоже есть своя «ниша». Но по личному опыту и на основании общения с финнами могу сказать, что у гражданина или постоянного жителя Финляндии нет веских оснований обращаться именно в частную клинику.

В рамках аналога нашей системы ОМС в этой стране можно получить высококачественную медицинскую помощь, получить все необходимые медицинские услуги. Возможно, для кого-то взаимодействие с частными клиниками более удобно, какие-то услуги можно получить быстрее. Но и в

государственном здравоохранении очереди на плановые операции не критичны.

Кроме того, ОМС покрывает значительную часть расходов на лекарства. Это тоже важный аспект.

В Вашей книге большое внимание уделяется теме дачи, летнего отдыха. Чем финская дача отличается от российской?

У нас в России дачей могут назвать и роскошный загородный коттедж, и скромную деревянную избушку, хозяева которой не живут в ней круглый год, а приезжают только на лето. Но всё же не погрешу против истины, если отмечу две фундаментальные особенности российских дач: огород и

забор... Если некоторые дачники в последнее время отказываются от огородов, то от заборов пока в нашей стране ещё никто не отказывается.

Как обстоят дела в Финляндии?

Ни огородов, ни заборов там нет! Роль забора может выполнять «живая изгородь» из кустарников, часто и её нет.

Огородничество на дачах в Финляндии не принято, выращиванием овощей занимаются профессиональные фермеры. Финские дачники разводят цветы, ухаживают за лужайками.

Финские дачи почти всегда располагаются одновременно в лесу и у воды. Это может

командиров меньшего ранга были расстреляны советским командованием, что ничего не изменило, а лишь прибавило число бессмысленных жертв.

Затем появились в русском переводе книги Юкки Куломаа «Финская оккупация Петрозаводска» и немецкого генерала В. Эрфурта «Финская война 1941-1945 гг.». В 2005 году вышла серьезная монография российского историка Элеоноры Йюффе «Линии Маннергейма. Письма и документы, тайны и открытия», из которой я получил интригующую информацию на основе реальных документов той войны. Из этих книг мне стало понятно, почему у моего отца не было шанса выжить.

Войну с Финляндией планировалось завершить за три недели силами войск лишь Ленинградского военного округа. Сталин и его окружение не считали ее серьезным противником и недооценили готовность финского руководства и народа бороться за свою независимость. В связи с этим советская сторона действовала цинично, устроила провокацию с обстрелом своих войск в приграничной деревне Майнила и использовала ее как повод для начала войны. Систематично велась оскорбительная для руководства Финляндии пропаганда в средствах массовой информации, а советским солдатам внушалось, что целью войны является освобождение финских трудящихся от оков капитализма. В первые дни войны было даже объявлено о создании марионеточного Финского правительства во главе с финским коммунистом Отто Куусиненом, который бежал в Советский Союз после разгрома красных белыми войсками во главе с Карлом Густавом Маннергеймом. Сталин объявил Куусинена единственным законным представителем Финляндии.

Неожиданное для советского руководства упорное сопротивление финской армии и ее успешные действия в первые недели войны заставили Сталина перейти к полномасштабной войне с привлечением войск из других военных округов, в том числе и выполнивших свою задачу по «освобождению» восточной Польши, где был и мой отец. Пришлось забыть и новое финское «правительство», у которого по определению не могло быть никакой поддержки со стороны финского народа. Цена этой авантюры была катастрофической: 127 000 погибших офицеров и солдат и 190 000 раненых. Чтобы понять масштаб этих потерь, достаточно привести такую цифру: в первый период Второй мировой войны Германия завоевала территории Франции, Бельгии, Голландии, Норвегии, Югославии и Греции, потеряв убитыми 74 000 человек!

Надо сказать, что в Финляндии до сего времени продолжают выходить все новые книги о «зимней войне». Например,

быть берег реки или озера. Обязательной частью дачи является сауна.

Финны очень любят рыбалку, любят проводить время в лесу, собирать грибы и ягоды. Финские дачи позволяют соединить эти увлечения. Почти каждая дача имеет свой причал, а также лодку или небольшой катер для рыбалки и отдыха на воде.

Леонид Иосифович, сердечно благодарю Вас за интересный рассказ и возможностью познакомиться с Вашей книгой!

Спасибо вам лично и редакции газеты «Поле зрения» за интерес к моему творчеству!

в 1975 году опубликована объемная книга под редакцией Esa Anttala "Talvisota" (Зимняя война), в 2013 году, накануне 74-й годовщины начала войны, опубликована уникальная работа Ilkka Enkenberg "Talvisota: Päivä päivältä" («Зимняя война: день за днем»), в которой последовательно описаны события всех 105 дней войны, каждому из которых отведен один разворот книги.

В нашей стране книги русских авторов о «зимней войне» появились лишь в последние годы. Мне, в частности, известны работа К.В. Якимовича «На фланге линии Маннергейма», крайне тенденциозная книга А.Б. Широкограда «Три войны «великой» Финляндии» и книги Б. Иринчеева «Финская война: забытые кадры» и основательная монография «Штурм линии Маннергейма», вышедшая в 2018 году. Важную информацию удалось получить и из книг известного российского биографа Маннергейма Леонида Власова.

Из художественной литературы самое сильное впечатление произвела на меня книга Вайно Линны «Неизвестный солдат» (Väino Linna. «Tuntematon sotilas»), появившаяся в переводе на русский язык лишь через полвека после публикации в Финляндии. Из нее, а также из прочитанной уже на финском языке книги Serrro Prorgvali "Minä, Maagokan kauhu", я получил представление о том, что пережили и как воспринимали эту войну простые финские солдаты и офицеры. Война, закончившаяся, несмотря на их героическое сопротивление, отторжением от страны почти 50 000 квадратных километров территории, где проживало 10% населения страны, ставших беженцами, было тяжелым ударом для финского народа.

Не мудрствуя лукаво, Сталин отнял у страны великодушно присоединенную к ней в свое время Александром I «Старую Финляндию», отвоюванную у шведов еще в начале 18-го века Петром I. Официально было провозглашено, что это делалось для того, чтобы отодвинуть государственную границу от Ленинграда и обеспечить его безопасность. Некоторые «историки» и сейчас внушают не знакомым с истинной историей событий, что именно благодаря этому выступал Ленинград. Думаю, что в этом утверждении много лукавства. Настоящей целью Сталина, как стало понятно из многих ныне рассекреченных документов, изначально было присоединение Финляндии к Советскому Союзу, поскольку в соответствии с пактом Молотова-Риббентропа она, как и другие прибалтийские государства (Латвия, Литва и Эстония), вошла в зону интересов СССР. Иначе зачем было «городить огород» с марионеточным правительством Куусинена, которое должно было обеспечить Сталину советскую власть в Финляндии?

На самом деле именно агрессия со стороны СССР подтолкнула маршала Маннергейма пойти на союз с Германией, поскольку и Швеция, и Франция, и Англия, по сути, бросили Финляндию в критический для нее момент на произвол судьбы, ограничившись преимущественно моральной поддержкой. Но даже в этих условиях, несмотря на настойчивые требования немецкой стороны, Маннергейм в критический для Ленинграда период так и не дал команды своим войскам перейти старую государственную границу и тем спас город от полного уничтожения. Чтобы не быть голословным, цитирую самого Маннергейма, который в переведенной на русский язык книге «Линия жизни. Как я отделился от России», писал: «Я принял на себя обязанности главнокомандующего с тем условием, что мы не предпримем наступления на Ленинград». И далее: «Сопrotивляясь участию наших войск в наступлении на Ленинград, я исходил прежде всего из политических соображений, которые, по моему мнению, были весомее военных. Постоянным обоснованием русских при нарушении границы Финляндии являлось утверждение, что независимая Финляндия якобы представляет собой угрозу второй столице Советского Союза. Поэтому нам разумнее было не давать противнику в руки оружия в этом спорном вопросе, который даже после окончания войны не был снят с повестки дня».



Фото 4

О том, что перемещение границы в действительности было лишь поводом, но не главной целью войны, свидетельствуют и рассекреченные документы советского Генштаба, суть которых опубликована Марком Солониным и Владимиром Дайнесом в книге «Великая Отечественная: хотели ли русские войны». После первой неудачи, равно через полгода после заключения мира с Финляндией, 18 сентября 1940 года тогдашний нарком обороны маршал Тимошенко направил Сталину план новой войны по окончательному захвату Финляндии в виде докладной записки №103203 «Соображения по разветыванию Вооруженных Сил Красной Армии на случай войны с Финляндией». Сталин одобрил эти «соображения», и уже 25 ноября в Ленинградский военный округ была направлена Директива НКО и Генштаба о разработке плана оперативного развертывания войск по разгрому и оккупации Финляндии. В марте 1941 года проводилась интенсивная разведка местности с выездами представителей Ленинградского, Архангельского и Уральского военных округов в приграничные районы, одновременно резко ухудшились дипломатические отношения с Финляндией вплоть до отзыва послов, что обычно бывает перед началом войны. Финляндию спасла от судьбы прибалтийских государств только наметившаяся реальная угроза войны с Германией, заставившая Сталина в середине апреля 1941 года сделать крутой поворот в своих планах.

Со времени начала «зимней войны» прошло три четверти века, но память о ней остается незаживающей раной в сознании финнов старшего поколения. В 2014 году в Финляндии отмечалось 75-летие начала этой войны, в связи с чем были выпущены специальные номера журналов с воспоминаниями ветеранов и описанием событий того времени. В каждом финском городке можно увидеть около городских церквей тщательно ухоженные могилы погибших в этой войне жителей (фото 3).

Немного истории.

Княжество Финляндское

В процессе знакомства с литературой о «зимней войне» и «войне-продолжении» появился интерес и к общей истории этой страны. Оказалось, что я очень мало знал о финской истории, в том числе о том столетии, когда она входила в состав Российской империи. К счастью, в тот период, когда посещение Финляндии стало для моей семьи регулярным, вышли из печати на русском языке и продавались в финских книжных магазинах обстоятельные исследования финских историков об этой эпохе. Это, в частности, монография Матти Клинге «Имперская Финляндия» (издательство «Коло», 2005 год) и обширное исследование Осмо Юссили «Великое княжество Финляндское» (издательство Ruslania, 2009 г.). Из этих книг я с удивлением узнал, что царский период вовсе не был только периодом национального угнетения и бесправного рабства для народов Российской империи, как нас учили в советской школе. Наоборот, после



Фото 3



Фото 5



Фото 6

завоевания восточных провинций Швеции и их вхождения в 1808 году в состав Российской империи Александр I сохранил за ними все привилегии и права, которые они имели в составе Швеции, сохранил Сейм и даровал княжеству Финляндскому широкую автономию. Он гарантировал, что эти права будут уважаться и всеми последующими наследниками Российского престола. Финляндия как национальное образование появилась на карте мира именно под протекторатом России. Матти Клинге так и начинает свою книгу: «Нынешняя Финляндия сформировалась в период с 1809 по 1917 год, когда входила в состав Российской империи». Более того, император в 1811 году передал в состав Финляндского княжества территорию «Старой Финляндии», т.е. Выборгской губернии, которая была отвоюена у шведов еще в ходе войн 1721 и 1743 годов! Создается впечатление, что Александр I видел в сословном и государственном устройстве Финляндского княжества, не знавшего крепостного права, будущее всей Российской империи и потому заботился о его сохранении.

Великое княжество Финляндское указом Александра II в 1860 году получило свою валюту — марку, таможенно и другие атрибуты самостоятельного государства. С 1879 года и вплоть до 1901 года оно имело даже собственную армию, которая была предназначена, правда, только для обороны и не могла быть использована за пределами княжества. Многие представители высших кругов финско-шведского общества считали для себя честью служить в императорской армии. В те годы на русской службе находилось 340 офицеров финского происхождения, в числе которых только на флоте было 9 полных адмиралов, 21 вице-адмирал и 46 контр-адмиралов! Не исключением была и императорская гвардия — достаточно назвать имя барона Густава Карловича Маннергейма, как его звали в России, который 30 лет провел на русской службе и закончил ее в чине генерал-лейтенанта.

Во второй половине XIX столетия интенсивно развивалась промышленность княжества. В 1856 году был открыт действующий до настоящего времени Сайменский канал, по которому в Россию и обратно проходило до 3 тысяч судов в год. В 1862 году была построена первая в Финляндии железная дорога от Хельсинки до Хямеенлинны, а спустя 8 лет железная дорога связала столицу Финляндии с Санкт-Петербургом, что значительно оживило взаимную торговлю.

В имперский период сформировалась современная финская письменность и литература, был записан финский фольклор, в том числе знаменитая «Калевала». Кстати, именно собиратель народных рун и автор

«Калевалы» Элиас Лённрот предложил назвать финские деньги маркой. В Германии марка появилась лишь 10 лет спустя. Ни о чем подобном финны не могли и мечтать в период нахождения в составе Швеции. Именно поэтому финское общество с симпатией относилось к русским монархам, о чем свидетельствует тот факт, что на Сенатской площади в столице Финляндии Хельсинки до сих пор центральное место занимает памятник Александру II (фото 4). Около городка Юми бережно сохраняется построенная в 1888 году летняя дача Александра III у водопада Лангинкоски (фото 5), куда он часто приезжал на рыбалку. Кстати, последний раз он побывал здесь в июле 1894 года за три месяца до своей кончины (фото 6).

Только в период последнего царствования началось давление на финскую автономию и финский язык и были предприняты попытки русификации Финляндии. Они не дали существенного результата и привели лишь к убийству генерал-губернатора Бобривка финскими националистами и породили взаимную неприязнь. Неудивительно, что в начале XX столетия финские политики больше всего опасались укрепления «демократии» в России, так как черносотенные партии в Думе открыто требовали уничтожения гарантированных императором, «по совместительству» Великим князем Финляндским, дарованных Финляндии прав и свобод. Революция в России разрешила эту коллизии, и в декабре 1917 года Финляндия получила независимость.

В сохранении независимости Финляндии и её защите огромную роль сыграл финляндский барон и бывший русский генерал Карл Густав Маннергейм, в связи с чем у меня возникло естественное стремление познакомиться глубже с его биографией. В связи с этим после того, как я в 2017 году окончательно расстался с работой в области офтальмологии, которой я отдал 60 лет своей жизни, я получил достаточно свободного времени для занятия своими увлечениями в других областях. К этому времени и степень владения финским языком уже позволяла мне читать и понимать серьезные тексты на финском языке. Первым делом я разыскал на книжной ярмарке оригинальное издание мемуаров Маннергейма 1952 года. Оказалось, что это целых два тома объёмом около 450 страниц каждый, в то время как два издания на русском языке, с которыми я уже был знаком, были сокращены вдвое, так что значительная часть интересных сведений в них просто отсутствовала. Затем мне удалось разыскать все 8 томов вышедшей в 60-е и 70-е годы серии книг о Маннергейме шведского историка и родственника Маннергейма С. Ягершёльда, чтение которых

заняло у меня более двух лет! За ними последовало двухтомное издание бывшего начальника генштаба при ставке Маннергейма в военные годы генерала Хейнрихса «Маннергейм в судьбе Финляндии» и многие другие книги, которых в Финляндии издано более сотни! Получаемая из этих книг информация даёт возможность посмотреть на проблемы с другой стороны и настолько интересна, что от этого чтения трудно оторваться, и это занятие не даст мне возможности скучать все немногие оставшиеся мне годы жизни...

Первый опыт общения с загадочными финнами

Разумеется, на основании только чтения книг и изучения истории трудно составить полное представление о стране и особенно о ее людях. Финская писательница Анна Лена Лаурен, опубликовавшая свою ставшую бестселлером книгу «У них что-то с головой, у этих русских», прожила в Москве десяток лет, прежде чем составила свое представление об особенностях русского характера и решила рассказать о своих впечатлениях. Для этого нужно видеть страну и общаться с ее жителями.

Мне впервые довелось поприкоснуться с «живыми финнами» в годы «перестройки» в Советском Союзе в 1987 году. В это время финская фирма «Полар» строила здание Ленинградского филиала офтальмологического комплекса «Микрохирургия глаза», основанного знаменитым российским офтальмологом Святославом Федоровым. Как раз тогда я закончил свою военную карьеру, и Святослав Николаевич пригласил меня на работу в строящийся филиал в качестве заместителя директора по клинической работе.

Здесь надо пояснить читателю, что в советское время привлечение для строительства медицинского объекта иностранной фирмы было делом необычным и даже неслыханным. Тут совпала относительно теплая порада горбачевской перестройки и пробивная способность Федорова, который считал, что такой новаторский проект должен быть осуществлен на европейском уровне. Так в течение апреля — декабря 1987 года, вплоть до сдачи объекта в эксплуатацию, я стал свидетелем финского стиля работы, нередко общался с финскими строителями и руководителями стройки Ханну Икявалко, Пассу Ристо и Матти Мяконненом.

Первое, что произвело тогда на меня очень сильное впечатление — это высокий уровень организации работ. Буквально через 10 дней после приемыи от советских строителей нулевого цикла были завезены,



Фото 1



Фото 2



Фото 7

смонтированы и подключены к инженерным сетям уютные мобильные домики со всеми удобствами для размещения начальника строительства, прорабов, представителя заказчика, рабочих. Отдельно размещался пищеблок со столовой, таможня и склады. Все помещения были обеспечены горячей водой, центральным отоплением и отличались чистотой и уютом. Продукты питания для рабочих доставлялись из Финляндии, из них же готовились полноценные обеды. У нас в стране это было время тотального дефицита продовольствия и бытовых товаров. Сегодня смешно вспоминать, но во время нечастых обедов в финской столовой я впервые в жизни увидел горчицу в тубиках, впервые попробовал диковину, для нас йогурт фирмы “Валио”, который только после исчезновения Советского Союза стало возможным купить в любом питерском универсаме.

На стройке не было суеты, все как-то росло само собой, без видимого для постороннего глаза напряжения. Рабочие были вооружены разными современными механизмами, облегчавшими труд, обеспечены спецодеждой, касками. Работу свою выполняли исключительно добросовестно, так как оплата шла не по проведенным на работе часам, а по количеству и качеству конкретно

выполненной работы. В результате финская сторона начала стройку 1 декабря 1986 года и ровно через год, 1 декабря 1987 года, строительство и оснащение клиники были завершены. О качестве работ можно судить по тому, что и сейчас, после более 30 лет интенсивной эксплуатации, все здания и внутренние помещения выглядят прекрасно.

Как раз в тот же период через квартал от нашей клиники советские строители начали возведение корпусов детской больницы. Строительство длилось... 10 лет! Это было для меня первым доказательством того, что не только мозги, но и руки у нас и у финнов действительно устроены как-то иначе.

После распада СССР и по мере либерализации общественной жизни и у нас появилась возможность без особых препятствий выезжать за границу и без опасения за свою судьбу общаться с иностранцами. Заместителем директора нашей клиники по общим и инженерным проблемам стал Вячеслав Михайлович Иваха, который как раз представлял сторону заказчика и много общался с финскими строителями. Каким-то образом он вышел на руководство общественной организации “Lions Club” в городке Veikkola чуть западнее Хельсинки и решил под его патронажем организовать первый такой клуб в России. Дело в том, что



Фото 8

по уставу этого движения новый клуб может быть организован только под покровительством другого, уже работающего клуба. Вячеславу Михайловичу удалось привлечь в него некоторых наших начинающих бизнесменов, вступил в клуб и я.

В 1991 году в гостинице «Пулковская» мы с помпой приняли делегацию клуба из Вейкколы и организовали презентацию первого в Ленинграде, да, наверное, и в России, «Клуба львов» (фото 7). Через два года, в 1993 году, группа активистов клуба, в которую вошел и я, нанесла ответный визит в Вейкколу. К тому времени у новоявленных российских бизнесменов из числа членов нашего клуба появились первые шальные деньги, которые, конечно же, были потрачены на покупку дорогих импортных автомобилей, так что отправились мы в Финляндию на двух шикарных мерседесах. Наши новые финские друзья также организовали нам прием. В Вейкколе нас встретили на центральной площади весьма торжественно, прошли несколько официальных переговоров, а на второй день мы собрались с новыми финскими друзьями в загородной сауне на берегу дивного лесного озера. Как выяснилось, это было место регулярных «заседаний» клуба. Единственным угощением в нём было отличное финское пиво — “olut”.

После нескольких заходов в сауну, чередовавшихся с погружением в холодную воду озера, хотелось взлететь, так как появилось ощущение невесомости собственного тела и какого-то первобытного восторга.

В период наших контактов с финским «Лайонс — клубом» я познакомился с одним из его членов — своим коллегой, врачом общей практики крупной проектной фирмы в Хельсинки Антеро Кокконеном. Питерский «Лайонс-клуб», а это благотворительная организация, просуществовал недолго, в условиях периода «дикого капитализма» в России было не до альтруизма, все было озачинено больше личным выживанием, чем заботой о ближнем. Однако наши личные отношения с Антеро оказались более прочными. Примерно году в 1995 он пригласил меня с семьей к себе в Вейкколу на выходные дни. Тогда впервые я получил представление об условиях повседневной жизни типичной финской семьи среднего достатка. Антеро с женой и двумя дочерьми жили в длинном одноэтажном доме, разбитом на отдельные секции, с небольшой лужайкой с одной стороны и навесом для машины — с другой. Уже годы спустя, когда поездки в Финляндию стали регулярными, я узнал, что такие дома называются “rivitalo”, и они очень популярны среди финнов. Строят их, как правило, среди нетронутой природы, иногда среди леса, и каждая секция включает, помимо жилых комнат, небольшую “keittio” — кухню, сауну и кладовку. Жилье такое по нашим нынешним меркам довольно скромное, но очень удобное и экологичное (фото 8). Во время этого короткого визита мы впервые бегло увидели Хельсинки, побывали в спа-центре с саунами, бассейном и водными аттракционами, и, конечно, в огромных универсамсах с обилием всяких товаров, к которым сегодня мы уже привыкли, а тогда на фоне нашей разрухи это казалось какой-то фантастикой. Во время той поездки произошел эпизод, который, мне кажется, в известной степени характеризует финский менталитет.

Перед отъездом из Вейкколы мы зашли в местный универсамс и купили продукты на дорогу. В суете прощания о пакете мы забыли, и он так и остался лежать у стены универсамса. Вспомнили мы о нем только во время пересечения границы в ожидании своей очереди. По приезду домой я позвонил Антеро, сообщил о нашем благополучном возвращении и между прочим сказал о забытом пакете. Через два дня Антеро позвонил мне и сказал, что пакет наш он нашел в холодильнике универсамса, куда его передал кто-то из прохожих, и поскольку продукты скоропортятся, то жена пустила их в дело.

После этого мелкого эпизода прошло порядка пяти лет, и как-то Антеро позвонил мне и сказал, что его дочь, изучавшая испанский язык и часто бывавшая и работавшая в Испании, вышла там замуж за испанца, и он решил привести зятя в Петербург, чтобы показать ему город. Мы договорились встретиться в гостинице «Ленинград», где они остановились. Посидели в баре, поговорили, выпили по кружке пива, и в конце встречи Антеро мне говорит: «Я тебе передаю пакет, который ты забыл в Вейкколе. Продукты тут, правда, уже другие, свежие». При этом он вручил мне пакет, объемом явно в два раза больше!



Фото 9



Фото 10



Фото 11

Опыт отдыха в Финляндии

В 2005 году с женой и маленьким сыном мы впервые решили провести рождественские каникулы в самом близком к границе финском городе Иматра. Мы зарезервировали домик в спа-центре Кюльполя и прожили там чудную неделю комфортного и тихого отдыха. В следующем году уже не было сомнений, где провести Новый год — в Иматре! На этот раз мы остановились в старинном Балтион-отеле около знаменитого водопада Иматранкоски, и еще раз убедились, что лучшее место для семейного отдыха трудно себе представить. Из этой поездки остался в памяти прежде всего пуск водопада в новогоднюю ночь, когда открывалась плотина и подсвеченная прожекторами вода под музыку Сибелиуса с грохотом вырывалась из водохранилища (фото 9). Во время прогулок мы любовались живописными берегами Вуоксы, а я с увлечением фотографировал первый снегопад, ледяные торопы на реке и ранние туманные сумерки (фото 10). Именно с этой поездки началось мое увлечение съемкой финских пейзажей, людей и сценок из повседневной жизни, которое к настоящему времени реализовалось в создании фотографического цикла «Провинциальная Финляндия моими глазами».

Через два года созрело намерение весь летний отпуск провести в Финляндии. Через турфирму мы арендовали летний домик в финской «глуши» северо-восточнее городка Кангасниemi. Это было небольшое селение Ораваселья на берегу озера Кюювеси. Красота местных пейзажей, огромные водные просторы, изумительная экология, прекрасная рыбалка произвели на нас настолько сильное впечатление, что мы уже не мыслили в последующие годы другого отдыха. Для меня, все годы военной службы проведенного на севере, финская природа казалась настолько близкой и комфортной, что никакого желания проводить лето на юге с его жарой и бесцельным лежанием на пляже не возникало. Немалое значение имело и то, что для меня, как опытного фотографа, северные пейзажи с их переменчивым освещением, отсутствием резких теней, дымкой и туманами, живописными облаками и игрой водных отражений были неисчерпаемым источником эстетического наслаждения и объектом съемки.

На следующий год мы решили провести летний отпуск где-нибудь в окрестностях городка Липпери, который стал знаменит у нас в стране благодаря легендарному фильму Леонида Гайдая «За спичками», который был снят по одноименной повести финского писателя Майо Лассила и в котором главную роль сыграл знаменитый русский актер Евгений Леонов. Мы арендовали летний домик у местного фермера на оконечности небольшого полуострова, который вдаётся в озеро Оливеси южнее Липпери. Домик стоял прямо на берегу озера с его огромными просторами и покрытыми растительностью берегами. Здесь я впервые почувствовал прелесть финской рыбалки — большие щуки подходили прямо к нашему причалу и нагло плавали, не боясь попасть на крючок. Среди белого дня я ловил я поймал на обычную поплавочную удочку, без всяких ухищрений, двух огромных лещей (фото 11). Плотву и окуней мы ловили прямо с причала, для этого не надо было даже выходить в озеро. Вокруг домика простирались сосновый лес, там мы собирали малину, чернику и грибы.

К сожалению, нам не удавалось тогда в полной мере оценить менталитет местных жителей, поскольку мы еще не созрели до изучения финского языка, а легенда о том, что все финны прекрасно знают английский, оказалась сильно преувеличенной. Зато мы впервые оценили тогда финскую деликатность. Нашему хозяину, усадьба которого находилась буквально в сотне метров от нашего домика, понадобилось выяснять у нас некоторые детали относительно потребностей русских туристов, поскольку все больше наших соотечественников выражали желание арендовать у него летние домики. Если бы это было у нас в России, то на правах хозяина он бы просто без церемоний заявился в дом. Но здесь все было обставлено по-другому: хозяин позвонил нам заранее, долго извинялся за беспокойство и попросил встречи в удобное для нас время. Пришел он на нее точно в условленный час и не один, а со специально нанятым для этого русскоязычным переводчиком!

Приятным открытием этого сезона был для нас зоопарк в районе Китее, расположенный на огромной территории в живописном лесу недалеко от магистральной



Фото 12

дороги. Строго говоря, это скорее не зоопарк в привычном для нас представлении с его неперемными клетками для животных, а скорее своеобразный пансионат или дом отдыха, где животные находятся в обширных вольерах в привычной для них среде обитания, но в то же время не обременены заботой о пропитании. Для фотографа это уникальная возможность с минимальными усилиями, вооружившись зеркалкой с телеобъективом, снимать животных практически в естественных условиях (фото 12, 13).

На лето 2008 года мы арендовали домик чуть южнее, в деревне Раякюля. Поездка к месту, мы позвонили по указанному нам телефону, и женский голос ответил на английском: «Рядом с вашим домиком есть второй дом, там на улице на столбике прикреплен почтовый ящик, в нем возьмите ключ». Дом оказался абсолютно новым, еще не обжитым, очень просторным, со всеми удобствами. Рядом с домом — небольшое сооружение для барбекю с запасом дров. До берега озера было не больше 10 метров, вокруг лес, так что чернику можно было собирать прямо у крыльца. У небольшого причала стояла весельная лодка, но весь берег на протяжении около 50 метров был покрыт высоким плотным камышом, пробиться через который на лодке было невозможно.

Мы позвонили предполагаемому хозяину, объяснив проблему, и на следующий день к нам пришел высокий сильный мужчина среднего возраста, который начал общаться с нами на русском языке. Пока мы объясняли ему проблему, кто-то позвонил ему по мобильному телефону, и он начал говорить на прекрасном лондонском диалекте английского языка. Естественно, я спросил,

где он изучал язык, в ответ на что он рассмелся и сказал: «Да я родился и вырос в Лондоне». Потом оказалось, что мы разговаривали по телефону вовсе не с хозяйкой дома, а с соседкой, а дачный дом построен сестрой нашего гостя, условно назовем его Джоном, которая живет в Лондоне и приезжает сюда отдыхать не более чем на неделю, а в остальное время сдает дом в аренду через турагентство. Сам Джон — инженер-строитель. Каким-то образом он попал после перестройки в Россию, занимался строительным бизнесом в Сибири, там его «кинули» русские партнеры, и он перебрался в Карию. В провинциальной и заботой богом Кемии он познакомился с молодой вдовой, которая жила там с сыном от распавшегося брака, женился на ней и перебрался в Финляндию. Здесь, в Раякюле, он купил гектар земли на берегу озера, своими руками построил просторный дом и подрабатывал на стройках у местных жителей. Вот такие необычные судьбы встречаются и в наше прозаичное время.

Поскольку нас не разделял языковой барьер, мы быстро нашли общий язык. На следующий день он прикатил к нам на огромном бульдозере, который привёз в полный восторг маленького тогда Мишку, и вычистил бульдозером берег, проделав в камышах проход для лодки. Мы побывали у него в гостях, познакомились с женой и сыном и даже вместе ходили на рыбалку на его катере (фото 14). Рыбалка же в этом районе — сказка! Берега здесь пологие, илстые, покрыты камышом — идеальное место для обитания рыбы. В первый же выход на катере с Джоном крупная щука оторвала у меня леску вместе с блесной и едва не вырвала из



Фото 13



Фото 14

рук спиннинг. В камышах рядом с домом на поплавочную удочку брали такие крупные язи, что леска рвалась как обычная нитка.

Наша соседка жила в просторном доме с мужем и дочкой примерно такого же возраста, как и наш Миша, и он повадился бегать к ним играть с девочкой в маленьком детском домике, который отец для нее построил. Хозяйка же оказалась нештатным корреспондентом местной газеты, свободно владела английским. Мы познакомились, и она попросила нас дать интервью для своей газеты, что мы с женой охотно сделали. Конечно, оно касалось в основном того, почему мы выбрали для отдыха именно Финляндию, что нас в ней привлекает и как мы здесь себя чувствуем. Сделать это было легко, поскольку нам не надо было думать о дипломатии, а можно было просто говорить правду о том, что здесь нас привлекает нетронутая природа, дивные пейзажи, прекрасная экология, привычный для нас климат, полная безопасность, качественные и экологически чистые продукты питания, обилие воды и хорошая рыбалка. Газету с этим интервью и фотографией нашей семьи мы получили по почте уже по возвращении из отпуска.

В 2009 году мы арендовали домик на Кюювеси севернее Кангасниemi. Он принадлежал местному фермеру, который жил в полукилометре от нас в большом двухэтажном доме с женой, детьми и пожилыми родителями. Вокруг дома простирались обширные угодья, где выращивался овес, пшеница, ячмень и кормовые травы. Если для нас это было время отдыха, то для фермера и его семьи — горячая страдная пора, в течение которой нужно не только вырастить и собрать



Фото 15



Фото 16



Фото 17



Фото 18



Фото 19



Фото 20



Фото 21



Фото 22



Фото 23



Фото 24

урожай, но еще и уделять внимание своим дачникам. С полевыми работами на таком огромном хозяйстве управлялся, по сути, только один хозяин благодаря высочайшему уровню механизации. Рядом с нашим домиком было обширное поле кормовой травы, и в один из июльских дней на поле приехал на тракторе с сенокосилкой наш хозяин. Буквально через пару часов все поле было скошено, и он отправился на другие работы. Через некоторое время, когда трава высохла, снова появился трактор уже с другим прицепом, с помощью которого за полдня она была собрана в большие круглые цилиндры, которые на следующий день с помощью специальной прицепной машины, напоминающей те, что используются в аэропортах для упаковки в пластик чемоданов, и на порядок большего размера, были превращены в огромные герметично упакованные белые коконы. В таком виде они были свезены к краю поля, где и оставлены на хранение под открытым небом. Вся эта огромная работа была выполнена одним человеком буквально за два — три рабочих дня! (фото 15).

Наш летний домик на этот раз находился на самой северной оконечности озера на берегу мелкокопного живописного заливища, и, хотя место было красивым, но для рыбалки, всегда бывшей важной составляющей отдыха в Финляндии, малоприспособлен (фото 16). Домик тоже был далеко не новый, с темными бревенчатыми стенами, не

очень удобно спланированный. О его немалом стаже на службе у туристов говорила толстая тетрадка для отзывов постояльцев, среди которых оказалось почему-то больше всего немцев. Один из этих отзывов я помню до сих пор. На немецком языке была сделана запись: «Отдых был бы совсем замечательным, если бы не «Военно-воздушные Силы Финляндии!». Имелись, конечно, в виду комары и мошки, к которым мы, северяне, относились философски, но для немцев они создавали определенный дискомфорт.

Были и другие мелкие неудобства, которые мы раньше, может быть, и не замечали, просто сработал какой-то механизм насыщения. Мы вдруг подумали: а стоило ли каждый год покупать ката в мешке, который обходится минимум в 3200 — 3500 евро за месяц плюс дорога и расходы на питание? Может быть, выгоднее купить свой домик, в котором мы будем хозяевами и сможем обустроить его на свой вкус? Все равно мы уже «прикипели» к Финляндии, к северному отдыху, и не собирались менять привычек. Что же касается моей страсти к фотографии, то мы могли бы совершать короткие одно-двухдневные поездки в разные точки страны, поскольку она не так уж велика.

Начав изучать этот вопрос, мы выяснили, во-первых, что для покупки дома или земли в Финляндии не нужно добиваться никаких разрешений — русские, как и

другие иностранцы, могли это делать тогда свободно. Во-вторых, оказалось, что приобретение дачного дома с участком под Петербургом, пригодного для относительно комфортного проведения летнего отдыха, обошлось бы нам в два-три раза дороже, чем в Финляндии. Кроме того, здесь не надо было думать о затратах на охрану, поскольку в Финляндии не принято поселять на чужую собственность. Ну, и в-третьих, наконец, оказалось, что в Финляндии работают русскоязычные риэлтеры, которые могут помочь найти подходящий вариант и оформить несложную процедуру покупки недвижимости.

Так в октябре 2009 года у нас появилось постоянное собственное место отдыха в Финляндии недалеко от берега живописного Таёжного озера, в совершенно безлюдном сосновом лесу. Жилой дом одноэтажный, небольшой, площадью всего 64 квадратных метра, но очень удобно спланированный, а главное — со встроенной отопляемой дровяной сауной и автономным водоснабжением, и канализацией. Для нашей маленькой семьи, не избалованной излишествами, это было вполне достаточно. На защищенном от ветров девственном сосновом лесом участке был свой особый микроклимат, усиливший ощущение покоя и умиротворенности. Главным же достоинством этого глухого уголка для меня было то, что сюда можно было приезжать не только во время летнего отпуска, но и в любое

другое время года, например, во время новогодних и майских каникул и даже на выходные дни, и снимать в разное время года и суток при разной освещенности и разной погоде. Надо сказать, что в Финляндии, как северной стране, нет таляндии. Кроме того, здесь не надо было думать о затратах на охрану, поскольку в Финляндии не принято поселять на чужую собственность. Ну, и в-третьих, наконец, оказалось, что в Финляндии работают русскоязычные риэлтеры, которые могут помочь найти подходящий вариант и оформить несложную процедуру покупки недвижимости.

Когда мы впервые приехали в собственный домик, чтобы встретить здесь новый, 2010 год, и вышли к озеру, оно предстало перед нами холодной безлюдной снежной пустыней, подсвеченной розоватым светом заходящего солнца. Тишина, покой, и ничего живого — ни людей, ни птиц, ни животных. Только холодная демонстрация вечности и незыблемости природы, равнодушной к нашей суете и заботам (фото 20). Через короткое время уходит за горизонт солнце,

лес и лесные дорожки погружаются в холодные зимние сумерки, подсвеченные только затухающим светом неба, и начинается длинный предновогодний вечер...

Но вот мы приезжаем сюда в конце апреля — и всё выглядит уже совсем иначе. Спускаясь к озеру по лесной дорожке, можно любоваться распускающейся вербой, глянцевыми, еще желтоватыми и искрящимися в контрольном свете весеннего солнца березовыми листочками, испуганно выглядывающими из прошлогодней травы первыми подснежниками. Маститый фотограф скажет — мелкая лирика, избитые сюжеты, но если не быть снобом, то надо признать, что после полуночи мрака и слякоти мегаполиса эти невзыскательные картинки вызывают детский восторг и желание оставить их не только в своей памяти, но и на матрице фотоаппарата (фото 21).

Во время летнего отпуска большинство длинных летних дней мы проводили на озере Корпьярви, и оно становилось на этот период главным объектом для фотографирования. Теперь оно выглядело совсем другим, чем в короткие зимние дни. В тихие июльские вечера в хорошую погоду здесь полный штиль, и можно бесконечно любоваться неподвижными отражениями в зеркале воды живописных островков и извилистых заливищ (фото 22). На многочисленных каменных островках у чаек появляются птенцы. Для этого вполне достаточно телеобъектива с фокусным расстоянием в 200 мм (фото 23).

Но как только налетает сильный северо-западный ветер, озеро преобразается. Вода приобретает темносиний оттенок, покрывается рябью, небо заполняют темные штормовые облака, всё приходит в движение, на озере становится неуютно, но в то же время невозможно оторваться от картины на глазах меняющегося ландшафта.

Особое очарование берега Таёжного озера приобретают в дни ранней осени, когда начинают опадать желтеющие листья, окружающий лес расцвечивается теплыми тонами красок, пустеют его берега, улетают птицы... (фото 24).

Продолжение следует



Илья Бруштейн

Любовь Геннадьевна, Вы посвятили свою жизнь слепоглухим. Эта тема в последние годы вызывает большой общественный резонанс, в прессе появляется немало публикаций. Вместе с тем многие читатели не вполне понимают, о ком идёт речь? Часто приходится слышать, что слепоглухие — это люди, которые ничего не видят и не слышат. Но ведь действительность гораздо сложнее.

Люди, которые ничего не видят и не слышат, действительно есть. Их называют «тотальными», инвалидами с наиболее тяжёлой формой слепоглухоты. Но здесь надо сделать оговорку: значительная часть «тотальников» в прошлом видели и/или слышали. Например, есть люди, полностью лишённые зрения и слуха, но обладающие хорошей, внятной речью. К ним относится, например, главный редактор журнала для слепоглухих «Ваш собеседник» Татьяна Борисовна Крёмнёва.

В полной темноте и тишине она оказалась в возрасте около сорока лет. Поэтому она не только является уверенным пользователем компьютера, успешно пишет и редактирует тексты, но и может давать интервью для радио и телевидения. С вопросами журналиста её знакомит помощник с помощью тактильной азбуки, когда каждая буква выстукивается на ладони, а ответить Т.Б. Крёмнёва может своим голосом. Вполне внятно и чётко. Таких людей немало!

Ещё одна группа слепоглухих: глухие слабослышащие. Как правило, зрительные возможности этих людей достаточно, чтобы с помощью глаз воспринимать жестовый язык и тактильную азбуку.

Давайте напомним нашим читателям или расскажем тем, кто об этом не знает, что жестовый язык и тактильная азбука — это основные способы коммуникации и глухих, и части слепоглухих людей.

В языке жестов для каждого понятия, каждого существительного и каждого глагола есть отдельный жест. Например, жестами можно поприветствовать, можно рассказать всё, что угодно. Проблема заключается в том, что для свободного общения надо изучить несколько тысяч жестов. Сделать это во взрослом возрасте бывает нелегко.

Коммуникация глухих и слепоглухих людей почти не отличается. Просто одни могут воспринимать жесты глазами, а другие — тактильно. По системе «рука в руке». Слепоглухой человек «читает» жест ладонью.

Язык жестов не нужно путать с тактильной азбукой, хотя внешне — для несведущего человека! — они очень похожи. В тактильной азбуке каждая буква и каждый знак препинания русского языка (или любого другого языка) передаётся отдельным жестом.

Каждой букве соответствует определенная комбинация пальцев. Конечно, этих жестов (комбинаций) в сотни раз меньше, чем в жестовом языке. Поэтому освоить тактильную азбуку гораздо легче. Но общение с помощью неё происходит гораздо медленнее.

Для полноты картины нам остаётся упомянуть ещё две группы слепоглухих: незрячих слабослышащих и слабоговорящих слабослышащих.

Незрячие слабослышащие обычно не владеют языком жестов и тактильной азбукой, но они часто пользуются рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом. Этот навык тоже можно применять для коммуникации между людьми.

Слабоговорящие слабослышащие — это вроде бы самая «лёгкая» группа среди слепоглухих. К ней я сама принадлежу. Но у этих людей тоже немало проблем.

Любовь Малофеева: Наслаждаться красотой всеми доступными чувствами!

Существуют люди, о которых просто необходимо рассказать на страницах газеты «Поле зрения». Они делают нашу жизнь лучше, добрее, светлее, интереснее. К таким «звёздочкам» относится и Л.Г. Малофеева из Ижевска. Любовь Геннадьевна — инвалид по зрению с детства, училась в школе-интернате для незрячих и слабовидящих детей в селе Якшур-Бодья Республики Удмуртия. Она выбрала профессию библиотекаря, с 1987 года по 2019 год работала библиотекарем и заведующей отделом в Региональном Центре библиотечного обслуживания слепых и слабовидящих граждан Национальной библиотеки Республики Удмуртия.

Во время учёбы в вузе после перенесённого гриппа у нашей героини существенно ухудшился слух. Но, несмотря на эти жизненные обстоятельства, молодая женщина не сдалась перед ударами Судьбы. Она не только стала успешным библиотекарем, но и с 2009 года занялась активной общественной работой со слепоглухими людьми — своими товарищами по несчастью.

В этой деятельности Малофееву активно поддержало и руководство библиотеки, и товарищи из Ижевской местной организации Всероссийского общества слепых. В 2014 году, когда в Москве был создан Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение», Любовь Геннадьевна стала его одной из самых ярких региональных активисток. Она возглавила Досуговый центр слепоглухих при Центре библиотечного обслуживания и стала экспертом фонда «Со-единение» по Республике Удмуртия.

В 2019 году Л.Г. Малофеева ушла из Национальной библиотеки. Сейчас она возглавляет библиотеку Ижевского техникума радиоэлектроники и информационных технологий им. А.В. Воскресенского, но общественная работа со слепоглухими земляками продолжает оставаться делом её жизни. В беседе с корреспондентом нашей газеты Любовь Геннадьевна рассказала о многогранной реабилитационной работе Досугового центра, о судьбах слепоглухих жителей Удмуртии, об их горестях и радостях, проблемах и путях их решения.

Л.Г. Малофеева убеждена в том, что, несмотря на поражение двух главных органов чувств, жизнь человека может быть яркой и наполненной. Этому она способствует словом и делом.



Библиотекарь Л.Г. Малофеева

Разумеется, не каждый человек с одновременным нарушением зрения и слуха является слепоглухим. Речь идёт о глубоких одновременных нарушениях двух важнейших органов чувств, существенно влияющих на жизнь человека, коммуникацию с другими людьми, мобильность и т.д.

Суть реабилитационной работы с незрячими и слабоговорящими состоит в том, что отсутствие зрения или нарушение зрительных функций компенсируется обострённым слухом. Это не значит, что слепые слышат

лучше, но они с помощью своих ушей получают гораздо больше информации о мире, чем люди без ограничений.

В реабилитации глухих и слабослышащих огромную роль играет зрение. В жизни слепоглухих всё по-другому. Компенсаторные возможности человеческого организма, к сожалению, не работают таким же образом, как с инвалидами по зрению и по слуху. Именно поэтому слепоглухота — особая группа инвалидности, а не просто сочетание двух недугов.

Если остаток зрения и /или слуха у человека сохраняется, то, конечно, их можно и нужно использовать, чтобы повысить качество жизни, дать новые жизненные перспективы. Но сделать это бывает непросто!

Получается, что слепоглухие — небольшая группа в инвалидном сообществе. Но данная группа делится ещё на пять подгрупп. Каждая из них имеет специфические потребности.

Деление на пять групп, в целом, верно, но всё-таки условное. Жизненная ситуация каждого человека индивидуальна. Она зависит и от возраста, и от предшествующего развития, и от общего состояния здоровья, и от семейного положения, и от материальных условий.

Но есть и общее для всех без исключения групп слепоглухих. Люди чувствуют себя оторванными, изолированными от мира. Им сложно общаться с другими людьми, чувствовать свою сопричастность с ними. Это способствует развитию чувства тревожности, а потом и депрессии, а также может привести к появлению или обострению психосоматических заболеваний.

Для всех людей важно чувствовать локоть ближнего. И в горе, и в радости. И в работе, и в празднике. Слепоглухим этой поддержки окружающего мира очень не хватает. Кроме того, с этой тяжёлой инвалидностью человеку трудно реализовать себя, воплотить свои мечты.

Проблемы присутствуют и у людей, которые живут в семьях, получают хороший уход и вроде бы ни в чём не нуждаются. Но многие из них очень редко покидают свои квартиры. Фактически они заперты в четырёх стенах.

На семейных праздниках и торжествах слепоглухие нередко оказываются в вынужденном одиночестве, если они сидят



Встреча участников Досугового центра со священником



Общение по системе «рука в руке»

за общим столом, но из-за своих ограничений не могут участвовать в общем разговоре. Получается, что весь праздник сводится для слепоглохого к еде и питью. В этой ситуации совершенно естественно возникает чувство обиды и неудовлетворённости.

С начала двухтысячных годов в стенах Регионального Центра библиотечного обслуживания слепых и слабовидящих граждан Вы начали регулярно проводить мероприятия для слепоглохих читателей. Как и почему Вы занялись этой работой?

Наша библиотека всегда была связана тесными узами с Удмуртской республиканской и Ижевской местной организацией Всероссийского общества слепых. Будучи библиотекарем, я стала замечать, что на обычных мероприятиях для читателей слепоглохые люди не могут присутствовать. По разным причинам. Во-первых, для них нужны особые средства коммуникации, о которых я говорила выше. Может потребоваться индивидуальный тифлосурдопереводчик, т.е. человек, осуществляющий перевод тактильной азбукой или жестовым языком «рука в руку».

Во-вторых, часто людям сложно добраться до библиотеки. Книги они могут получить на дому (и плоскпечатные книги, и рельефно-точечные, и звуковые), но для участия в мероприятии нужен сопровождающий. В-третьих, в работе с этими людьми необходим системный подход. Не имеет никакого смысла «для галочки» провести какое-то мероприятие. Необходимо работать на регулярной, постоянной основе. Только так можно получить реабилитационный эффект и, вообще, не обмануть ожидания людей.

Я посоветовалась с руководством библиотеки и с товарищами из ВОС, рассказала о своём желании работать со слепоглохими, помогать этим людям. Меня поддержали. Регулярные мероприятия для слепоглохих читателей включили в план работы Регионального Центра библиотечного обслуживания. Без каких-либо бюрократических формальностей.

В каждом мероприятии всегда участвуют несколько тифлосурдопереводчиков. Один специалист всегда находится рядом с выступающим (докладчиком). Он переводит для тех, кто может воспринимать жесты глазами. Ещё несколько тифлосурдопереводчиков работают по системе «рука в руке». С незрячими слабослышащими и слабовидящими слабослышащими коммуникация осуществляется с помощью голоса. Но в этом случае также важно задействовать тактильные ощущения. Например, при посещении музея используются муляжи и макеты, образцы тканей и т.д. Экскурсия обычно включает в себя экспонаты, с которыми можно ознакомиться кончиками пальцев.

Вероятно, в бюджете библиотеки не предусмотрены средства для оплаты тифлосурдопереводчиков и сопровождающих. Кроме того, проведение самих

мероприятий также сопряжено с расходами. Как решались и решаются эти вопросы?

Эти расходы всегда оплачивались из спонсорской помощи. И почти всегда нам удавалось найти финансирование. С 2004 года нас регулярно поддерживало Общество социальной поддержки слепоглохих «Эльвира», авторитетная общероссийская общественная организация.

В 2014 году был создан Фонд поддержки слепоглохих «Со-единение». По всей стране, во всех городах, где проживает значительное количество слепоглохих, появились досуговые центры для данной категории инвалидов. Один из них стал работать при Региональном Центре библиотечного обслуживания. Мне поручили его возглавить. Конечно же, теперь организационные и финансовые вопросы решаются гораздо легче.

Но мы и раньше справлялись и не теряли оптимизма! До возникновения фонда «Со-единение» единственной общенациональной структурой, которая занималась проблемами слепоглохих, было Всероссийское общество слепых. Разумеется, эта работа велась и ведётся не в ущерб другим группам инвалидов. Но в ВОС всегда особенно внимательно относились к тем, кому приходится тяжелее всего: totalmente незрячим, одиноким людям, слепоглохим и т.д.

Когда возник фонд «Со-единение», то значительная часть досуговых центров и других проектов помощи слепоглохим стало возникать именно при организациях ВОС и специализированных библиотеках для слепых и слабовидящих. В этом плане пример Ижевска не является уникальным.

Сколько сейчас слепоглохих проживает в Удмуртии?

В Ижевске более ста человек. По всей Удмуртии — около трёхсот. Это те люди, которых выявил фонд «Со-единение» во время переписи. Вполне возможно, что реальное число в полтора-два раза больше. Вроде бы для региона с населением в несколько миллионов человек — это совсем немного. Но если подумать о конкретных людях, которые живут в темноте и тишине и для которых каждая прогулка, каждый поход в лес или на речку, является важным событием, то цифры статистики воспринимаются по-другому. Важно сделать лучше жизнь каждого человека.

Любовь Геннадьевна, позвольте задать Вам несколько личных вопросов. Ваша многолетняя работа со слепоглохими связана с Вашей личной жизненной ситуацией?

Со слепоглохими я чувствую глубокую, неразрывную связь. Мы скоеваны одной цепью. Я — одна из них. Поэтому эта реабилитационно-просветительская работа не может завершиться. Она — неотъемлемая часть моей жизни.

Расскажите, пожалуйста, об основных вехах Вашей биографии.

Я родилась в Удмуртии, в деревне Зантемушур Игринского района. По нацио-

нальности — удмуртка. Программу первого и второго класса освоила в нашей деревенской школе. Сидела на первой парте из-за плохого зрения. Но в обычной школе учиться не смогла. Поэтому меня направили в интернат для незрячих и слабовидящих детей в селе Якшур-Бодья.

Это было непростым решением и для меня, и для родителей. Мне нравилось учиться и жить в интернате, но очень скучала по дому. А интернат находился от дома далеко. Меня забирали только на летние и зимние каникулы. Мобильных телефонов тогда не было, стационарная телефонная связь тоже была малодоступна. Простые люди в деревне не имели домашних телефонов. Выручали обычные бумажные письма. Я их посылала домой. И с нетерпением ждала ответа.

Думаю, что моя последующая работа в специализированной библиотеке связана именно с пребыванием в интернате.

Все мы родом из детства.

За долгие годы погружаешься в мир незрячих и слабовидящих людей, в их проблемы и радости. Кстати, в то время в Удмуртии, в селе Якшур-Бодья существовала только неполная средняя школа для слепых и слабовидящих. А последние два класса я провела в специализированной школе-интернате в Свердловской области, в селе Пышма. Эта школа-интернат считалась и считается одной из лучших в стране. Поэтому мне повезло, что старшие классы прошли именно там. Знания давались крепкие!

Почему Вы решили стать библиотекарем?

Я всегда любила читать. Хотелось приобщить к чтению окружающих, в том числе незрячих людей. После окончания школы поступила в Ижевске в Республиканский культурно-просветительский техникум на библиотечный факультет. После окончания учёбы стала работать в Региональном Центре библиотечного обслуживания слепых и слабовидящих граждан. В то время это была самостоятельная структура — специализированная библиотека для слепых и слабовидящих.

Мне хотелось углублять свои знания. Поэтому поступила на заочное отделение филологического факультета Удмуртского государственного университета. Там как раз стали готовить библиотекарей-библиографов.

Когда у Вас появились проблемы со слухом?

Во время учёбы в вузе. И меня это, конечно, испугало. Сразу возникли вопросы. Смогу ли я закончить учёбу? Смогу ли я работать? Как я буду дальше жить? Как я буду общаться с окружающими?

Как в настоящее время «двойная инвалидность» влияет на Вашу жизнь?

Затруднена мобильность. Бывает сложно ориентироваться в пространстве, особенно в незнакомых местах.

Одно ухо у меня совсем не слышит, возможности другого ограничены. Что это означает? Даже если я что-то слышу, то, к сожалению, не могу определить источник звукового сигнала. Допустим, мне сигналист машина. Но где находится эта машина? Слева или справа? Как далеко она от меня? Возникает много проблем, о которых большинство здоровых людей не догадываются.

Пользуетесь ли Вы слуховыми аппаратами?

Это предрассудок, что каждый слабослышащий человек может использовать слуховой аппарат, чтобы лучше слышать. Эти аппараты действительно многим помогают. И они постоянно совершенствуются. Но далеко не все нарушения можно скорректировать с помощью слухового аппарата. Мне приходится довольствоваться тем уровнем слуха, который есть.

Как происходит Ваша коммуникация с людьми?

Я хорошо слышу ясную, чёткую, сравнительно громкую речь, когда собеседник находится вблизи от меня. Лучше, если мы будем находиться в сравнительно небольших помещениях, чтобы звук не «уходил» в сторону.

Если же человек говорит невнятно, нечётко, слишком тихо или, наоборот, слишком громко, если он находится далеко от меня, то могут возникнуть коммуникационные проблемы.

Как Вы решаете эти проблемы?

Разумеется, окружающие люди не виноваты в том, что я плохо слышу. С другой стороны, я тоже в этом не виновата. Поэтому о существующих проблемах надо сообщить собеседнику спокойно, доброжелательно, без малейшего раздражения, смущения или заискивания. Ни один нормальный человек не обидится и не изменит к вам отношения, если ему придётся что-то повторить, что-то пояснить.

Кстати, дикторов и ведущих по телевизору и радио я, как правило, понимаю хорошо, т.к. речь у них поставленная, профессиональная, чёткая. В обычной жизни люди не могут так говорить. С этим нужно смириться.

Этот же принцип действует по отношению к ограничениям по зрению. Здесь тоже необходимо не скрывать это от окружающих, а при необходимости деликатно попросить о помощи.

Что Вам помогает справиться с имеющимися физическими ограничениями?

По натуре я человек оптимистичный и жизнелюбивый. Стремлюсь наслаждаться красотой и гармонией мира всеми доступными чувствами. Никогда не забываю, как много мне в жизни дано! Например, это огромное счастье при моих ограничениях иметь стабильную работу. Всегда сравниваю своё положение с теми, кому приходится гораздо тяжелее, чем мне, с totally слепоглохими. Я люблю помогать людям. Это придаёт силу и энергию.



Слепоглохота не мешает игре в боулинг

Давайте поговорим о судьбах слепоглохих в Удмуртии, о Ваших читателях.

Слепоглохые, в большинстве своём — благодарные читатели. Книга — одна из немногих радостей в их жизни.

Расскажу о семейной паре. Татьяна и Николай. Пожилые люди. Женаты уже 47 лет. Детей нет. Оба — инвалиды первой группы. Татьяна в детстве лишилась зрения. Десять лет назад полностью потеряла слух. Николай — тоже totally незрячий. Он — слабослышащий. Воспринимает только громкую речь в ухо.

В чём-то они несчастные, а в чём-то и счастливые. Несмотря на все трудности, они не сломались, не сдались, не впали в депрессию. На судьбу не жалуются, не ропщут! Достойно несут выпавшие на их долю испытания.

Несмотря на отсутствие детей, эти люди не одиноки. К ним регулярно приходит социальный работник, помогает в решении бытовых дел. Их навещают родственники. Мы в библиотеке и Досуговом центре слепоглохих тоже стараемся помочь, привлекаем к различным мероприятиям.

Отрадно, что не всё в жизни этих людей печально и тягостно. Есть и светлые стороны жизни.

Татьяну как активную читательницу я знаю давно. Простая, душевная, скромная женщина. Настоящая труженица. После окончания школы-интерната для слепых и слабовидящих в Якшур-Бодье много лет работала на Ижевском учебно-производственном предприятии ВОС. В свободное время она всегда любила читать брайлевские книги. Это пристрастие к книгам в настоящее время помогает женщине пережить тяжесть totalной слепоглохоты.

Ко всему прочему, сейчас у Николая, мужа Татьяны, серьёзные проблемы с ногами. Уже около десяти лет он передвигается только с помощью ходунков, давно не выходит за пределы своей квартиры. Раньше он обеспечивал семью продуктами, ходил в магазин. А сейчас Татьяна сама ходит в ближайший к их дому магазин за провизией. Одна. Без сопровождения.

Как же она посещает магазин, не имея ни слуха, не зрения?

Это ближайший к её дому магазин, где все работники её прекрасно знают. Несмотря на totalную слепоглохоту, у неё сохраняется внятная речь. Поэтому в магазине она говорит продавцу, что ей нужно, даёт деньги. Ей дают всё необходимое, отсчитывают сдачу.

Она ходит в магазин не в силу какой-то острой необходимости. Ей социальный работник в любом случае может принести продукты на дом. Но Тане важно сохранить максимально возможную самостоятельность. Она и убирается сама, и готовит. У них дома чисто. Есть домашняя еда, которую всегда можно разогреть в микроволновке. Татьяна гордится тем, что является хорошей хозяйкой.

Почему я рассказываю об этих бытовых мелочах? Кто-то скажет, что есть дела гораздо интереснее, чем сходить в магазин, убрать квартиру и приготовить борщ. Но в данном случае эти мелкие дела составляют суть реабилитации слепоглохих. Во всяком случае, для многих людей, которые находятся в таком же положении, как Татьяна и Николай.

Татьяна освоила тактильную азбуку. Поэтому теперь она может общаться с другими слепоглохими и глухими людьми. Правда, это общение происходит у неё очень медленно.

Николай много пишет для Татьяны по Брайлю. Он слушает новости в наушниках, а потом пишет для жены подробные записки брайлевским шрифтом. А ещё он регулярно пишет ей любовные письма. После 47 лет брака!

Сейчас всё бытовое общение в паре происходит с помощью брайлевских записок друг другу. Так и живут!

Как Вы думаете, в чём секрет семейной гармонии этой пары?

Всё то же самое, как и у людей без физических ограничений. Они дополняют друг друга: Татьяна — эмоциональная, иногда может быть вспыльчивой и капризной. Николай — спокойный, уравновешенный. Настоящий джентльмен.

Интервью подготовил Илья Бруштейн

Окончание в следующем номере газеты «Поле зрения».

Новый магнито-лазерный офтальмологический аппарат для орбитального воздействия в бегущем режиме

“АМО-АТОС-ИКЛ”

Магнитолазерный излучатель с бегущим характером двух факторов воздействия (магнитное поле и ИК-лазерное излучение)

ПОКАЗАН при:

- глаукоме (снижение внутриглазного давления, нейропротекторная терапия)
- тиреоидной офтальмопатии
- отслойках сетчатки
- послеоперационных осложнениях и их профилактике
- нарушениях аккомодации (спазм, ПИНА)

Разработчик и изготовитель ООО “ТРИМА”

410033, г. Саратов, ул. Панфилова, 1. Тел./факс: (8452) 450-215, 450-246, 340-011. trima@trima.ru www.trima.ru

Пример использования лечебного терминала аппарата “АМО-АТОС-ИКЛ” в орбите глаза

Surgix

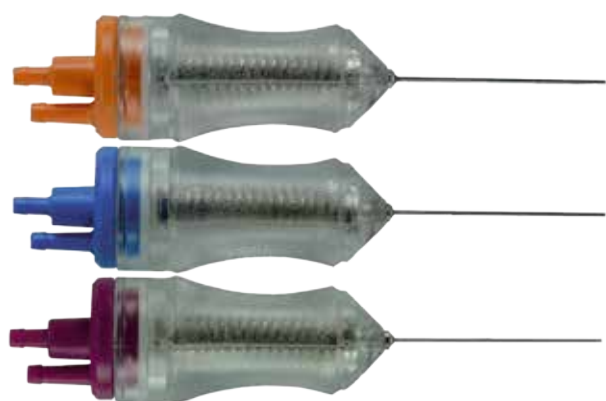
ophthalmic surgical products

Эксперт в поставке материалов для **офтальмологии**
Проверен временем

Витреоретинальная хирургия

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

AKTive[®]
ITALY
Ophthalmic Instruments



ВИТРЕКТОРЫ

С **ДВОЙНЫМ ЦИКЛОМ**:

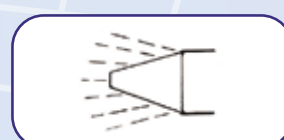
- ♦ Повышенная эффективность работы¹
- ♦ Независимость аспирации от частоты резов²
- ♦ Минимизация рисков ятрогенных разрывов за счет снижения пульсаций³
- ♦ Порт всегда открыт



ЗОНДЫ – ОСВЕТИТЕЛИ



ЭКРАНИРОВАННЫЙ



ШИРОКОУГОЛЬНЫЙ



СТАНДАРТНЫЙ



ТРОАКАРНЫЕ НАБОРЫ

С **ВНЕШНИМ КЛАПАНОМ**:

- ♦ Высокая жесткость материала
- ♦ Модифицированное MVR лезвие
- ♦ Склеральный разметчик

23G

25G

27G

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

000 «Серджикс»

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

на правах рекламы



ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

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

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

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственность за представленный материал (научные тексты, иллюстрации, рекламные блоки, текстовую рекламную информацию). Авторы гарантируют, что их статьи не являются плагиатом полностью или частично произведением других авторов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: июнь 2021. Тираж 1000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 212. © «Поле зрения», 2020. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.