

# ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№3(89) МАЙ-ИЮНЬ 2025

ISSN 2221-7746

## ЮБИЛЕИ



Академик РАН А.Ф. Бровкина:

### «Относись к больным как к своим родным»

Интервью с академиком РАН, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки РФ Алевтиной Федоровной Бровкиной

Алевтина Федоровна, 5 лет назад, завершая интервью газете, Вы произнесли такие слова: «Конечно, когда задумываешься о возрасте, закрадывается мысль: «Не пора ли остановиться? — Но через мгновение — Ну уж нет! И продолжаешь носиться колбасой. Ну, такая я, что делать...» Вы продолжаете «носиться колбасой»: лечите пациентов, читаете лекции, выступаете с докладами на конференциях в Москве и в других городах. Опишите свой типичный распорядок дня.

Я всегда была жаворонком. В школе, когда готовилась к экзаменам, во время учебы в институте всегда рано вставала. Сейчас мой день начинается в 5.15-5.20, причем встаю я

не по будильнику. Будильник ставлю на 6.00, но просыпаюсь раньше, при этом стараюсь ложиться в полдесятого — в десять. Встаю, завтракаю, привожу себя в порядок и на работу. Сегодня с утра была кафедра, апробация кандидатской диссертации, потом лекция, сейчас беседую с вами, потом надо будет посмотреть больного. По вторникам и средам — операционные дни. Завтра в 10.00 — ученый совет, операционный день придется перенести. В 16.00 дня ректор собирает академиков ...

... Вечером возвращаешься домой, сбрасываешь обувь и думаешь: «Боже, как же я устала, как хочется просто лечь и полежать» ...

.....> стр. 16

## ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Доктор медицинских наук М.В. Будзинская:

### «Я такая, какая я есть»

Интервью с профессором кафедры офтальмологии ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» доктором медицинских наук Марией Викторовной Будзинской

Мария Викторовна, это первое наше с Вами интервью, хотя предложения выступить в нашей газете Вам поступали и раньше. Спасибо, что согласились пообщаться со мной сегодня. Вы — представитель медицинской династии. Мама — офтальмолог, папа — хирург-проктолог. Позвольте начать с близких Вам людей.

Я росла в медицинской среде. Мама работала в МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, защищалась в отделении травматологии и реконструктивной хирургии глаза, которым руководила Роза Александровна Гундорова, затем была заведующим отделением в научно-клиническом отделе офтальмоонкологии и радиологии, его организатором и руководителем была Алевтина Федоровна Бровкина. После служебной командировки в

Алжир продолжила работать в отделении глаукомы у Валерия Петровича Еричева.

Бабушка работала акушеркой, папа — проктологом. С папиной профессией связана интересная история. Ученикам нашего класса задают вопрос, чем занимаются родители. Я отвечаю, мама — офтальмолог, лечит глазки, папа — проктолог... «Машенька садись, дальше не надо!»

Папины братья тоже врачи, один — детский анестезиолог, работал в Филатовской больнице, другой — терапевт. В доме было много книг по медицине, в том числе «в свободном доступе» полная медицинская энциклопедия, и я не представляла себе, что кроме медицины существует какой-то другой мир.

.....> стр. 18

## ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Доктор Н.Р. Марупова:

### «Хочу сделать что-то хорошее для людей»

Интервью с доктором Наргис Риводжидиновной Маруповой получилось абсолютно спонтанным. В перерыве между заседаниями V Международного научно-образовательного форума «Офтальмогеронтология — инновационные решения проблем» мы оказались за одним кофейным столиком, познакомились, разговорились. Мне оставалось только включить диктофон.

Наргис Риводжидиновна, скажите, пожалуйста, что привело Вас на эту конференцию?

Прежде всего, на эту конференцию меня привела любовь к офтальмологии. Кроме того, я получила приглашение, благодаря которому узнала о предстоящем форуме. Поэтому хочу передать слова благодарности оргкомитету, приславшему мне приглашение.

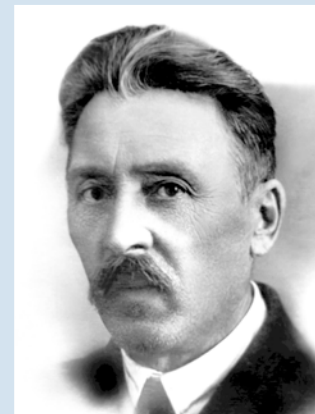
Давно Вы испытываете «нежные чувства» к офтальмологии?

Давно, с самого детства.

В школе мне очень нравилась биология, химия и анатомия человека. А любовь к офтальмологии проявилась в 2011 году, когда я окончила лечебный факультет Новосибирского государственного медицинского университета, и нужно было выбрать специальность. Я остановилась как раз на офтальмологии, и через год, в 2012 году, окончила интернатуру и стала врачом-офтальмологом.

.....> стр. 20

## ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Иосиф Андреевич Агарёв

.....> стр. 3

## ИЗ ВОСПОМИНАНИЙ...

Елена Павловна Каптурина (Петрова):

«Невероятная история: как Святослав Николаевич Федоров изменил мою жизнь и подарил мне зрение»

.....> стр. 5

## КОНФЕРЕНЦИИ

Офтальмогеронтология — 2025

.....> стр. 6

Офтальмология — одна из отраслей, которая максимально технологически шагнула вперед

.....> стр. 12

## НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

.....> стр. 11

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Записки земского офтальмолога

А.А. Воронцов

.....> стр. 22

## К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

В.Н. Довыденков:

Предпочитаю размышлять не об ограничениях, а о возможностях каждого человека!

Илья Бруштейн

.....> стр. 27

## ЧТЕНИЕ ДЛЯ ДУШИ

Сирия, которая у всех на слуху

Л.И. Балашевич

.....> стр. 29

# День медицинского работника. Ежедневный подвиг, профессиональные традиции, преемственность поколений

15 июня в России отмечался День медицинского работника.

Врачи, фельдшеры, медсестры и медбратья — без этих людей невозможна жизнь ни огромного мегаполиса, ни маленького городка, ни села. Вы совершаете подвиги каждый день, причем делаете это самоотверженно и незаметно, предпочитая лишний раз не говорить о своих заслугах.

Вас объединяет не только преданность профессии, но и особые личные, человеческие качества: неравнодушие и отзывчивость, глубокое понимание важности своей миссии. Ведь во многом от вашей самоотдачи зависит жизнь и здоровье миллионов людей, решение повседневных, порой очень сложных проблем.

В каждом номере газеты мы печатаем интервью с врачами, где они рассказывают о любви к своей профессии, об особенностях работы с пациентами.

**В этом номере мы публикуем интервью с академиком РАН, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки РФ Алевтиной Федоровной Бровкиной:**

« 11 июня 2026 года исполнится 200 лет со дня открытия Московской глазной больницы. Московский офтальмологический центр Боткинской больницы является правопреемником, продолжателем Московской глазной больницы. Хочу сказать, что Боткинская больница является фундаментом нашего офтальмологического центра.

Мы — единое целое. При этом принципы приема больных, их обследования и лечения, заложенные еще много лет назад в старой глазной больнице, в центре свято соблюдаются. В больнице витал свой дух, аромат общения с больным. Нас учили именно... задушевному разговору с пациентом, наверное, только не хватало чашки чая. Больной ведь должен раскрыться... »

**Интервью с профессором кафедры офтальмологии ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» доктором медицинских наук Марией Викторовной Будзинской:**

« Трудности бывают у всех. У кого их нет? У нас с вами есть проблемы. Такого не бывает, чтобы прямая дорога, под аплодисменты...

Хочу еще раз вспомнить своего папу. Один раз меня очень сильно обидели, и папа, выслушав мою историю, сказал: «Маша, запомни: любят только сырых и убогих. В той ситуации ты проявила свои знания, настойчивость и получила за это. Тебе остается сделать выводы, чтобы в следующий раз более корректно вести себя с оппонентами. С другой стороны, конфликт показал, что ты уже что-то собой представляешь, и в тебе видят конкурента». К сожалению, конкуренция не всегда бывает честной. Так было, так будет, и неважно, где ты работаешь, в крупном институте или в районной поликлинике. »

**Интервью с доктором Наргис Риводждиной Маруповой, врачом двух частных клиник:**

« ...Врач должен приходить на работу с удовольствием, выполнять с полной самоотдачей свои обязанности, при этом дарить пациентам радость, улыбку. А такое возможно только в клинике, где в коллективе царит доброжелательная атмосфера и есть современное оборудование.

Знаете, чем мне нравится офтальмология? Даже не тем, что это моя первая медицинская специальность. А потому, что в офтальмологии люди реально обмениваются опытом. И делают это с удовольствием. »

## Арт-терапия для любимых читателей



Товий возвращает зрение отцу своему

**Иван Степанович Ксенофонтов (1817-1875)**

**ТОВИЙ ВОЗВРАЩАЕТ ЗРЕНИЕ ОТЦУ СВОЕМУ (1849).** Холст, масло. Научно-исследовательский музей при Российской академии художеств

### Особенности картины:

После путешествия в город Экбатана Товий, герой книги Товита, входящей в Ветхий Завет, вернулся домой со своим спутником архангелом Рафаилом. С собой он принес желчь выловленной рыбы, из нее он смог сделать лекарство для глаз. И.С. Ксенофонтов выбирает сюжетом для своей картины важный момент повествования: Товий смазывает глаза отца лекарством, после чего тот прозревает.

### О художнике:

За эту картину художник получил большую серебряную медаль

Иван Степанович Ксенофонтов — живописец, в 1843-1852 годах учился в Императорской Академии художеств у К.П. Брюллова и Ф.А. Бруни. В 1852 году получил большую золотую медаль за программу «Ной благословляет сыновей своих Сима и Афета и отвергает неблагословенного им сына Хама» и аттестат 1-й степени на звание классного художника. В 1853-1862 годах — пенсионер академии в Италии. В 1863 году был удостоен звания академика «... в уважении искусства и отличных познаний в художествах», за картины собственного

сочинения «Славословие ангелов при рождении Христа», «Явление ангела женам мироносицам», образ «Успение Пресвятой Богородицы», написанный для церкви русской миссии в Иерусалиме и копию с картины Якопо Пальмы Старшего «Святая Варвара». По возвращении в Петербург писал церковные образа.

В 1871-1872 годах исполнил клеевыми красками картины на темы из русской истории, украсившие Марсово поле во время празднования двухсотлетия Петра Великого в Петербурге. В последние годы жизни состоял членом комиссии от Императорской Академии художеств по надзору за художественными произведениями в Исаакиевском соборе в Петербурге. Там же производил реставрационные работы.



Уличный доктор

**Ян Викторс (1619-1676)**

**УЛИЧНЫЙ ЛЕКАРЬ (после 1676).** Картина нидерландского художника Золотого века, написанная около 1654 года. Размер полотна — 90,5×98 см, холст, масло. Серпуховской историко-художественный музей.

### Особенности картины:

Авторский акцент сделан на толпе, а не на фигуре лекаря. На картине изображено сборище безответственных зевак, пришедших не за лечением, а за праздной забавой.

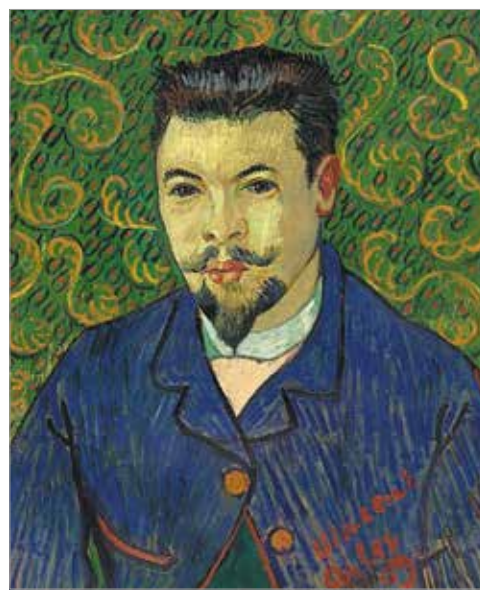
В центральной части картины изображена женщина, которая так увлечена зрелищем, что не замечает, как мальчишка крадет из её корзины виноград. Виноград в этом случае символизирует христианскую благодать. О качестве оказываемых услуг повествуют агония на лице и сжатые кулаки у нарисованного клиента.

### О художнике:

О Яне Викторсе известно, что он был учеником Рембрандта, писал сцены из Ветхого

Завета и древней истории, а также бытовые сцены. Для его творчества характерны темы болезни, лечения и здоровья.

Некоторые факты из биографии: В 1676 году художник оставил живопись и завербовался в Ост-Индскую компанию в качестве «утешителя больных» (санитара). В 1676 году Викторс умер в Голландской Ост-Индии. Работы художника находятся во многих музеях мира, включая российские (Эрмитаж, Серпуховский историко-художественный музей).



Портрет доктора Рея

**Винсент Ван Гог (30 марта 1853 — 29 июля 1890)**

**ПОРТРЕТ ДОКТОРА РЕЯ (1889).** Холст, масло. 63 × 53 см. До 1918 года портрет находился в собрании С.И. Щукина в Москве, потом в Государственном музее нового западного искусства, а с 1948 года находится в Музее изобразительных искусств имени Пушкина в Москве.

### Особенности картины:

Художник завершал лечение в арльском госпитале после первого приступа душевной болезни. За время пребывания в больнице он успел сблизиться с лечащим врачом — доктором Феликсом Реем (1865–1932), который, кроме заботы о пациенте, проявил интерес к его творчеству. Стремясь отблагодарить врача, Ван Гог решил написать его портрет, о чём и сообщил в письме брату 7 января 1889 года. К 17 января работа была уже закончена.

Картина отличается подчеркнuto ярким колоритом, плоскостностью и почти полным отсутствием светотеневых моделировок. Максимально приближенный к фигуре декоративный фон (скорее всего, обои фабричного производства с крупными оранжевыми орнаментальными завитками) как будто замыкает доктора в атмосфере обыденности.

По свидетельству современников, портрет отличался удивительным сходством с оригиналом. Это следовало из того, как было написано полное, пышущее здоровьем лицо персонажа с тщательно и аккуратно подстриженной бородкой, не выражающее тревог или переживаний, и его франтоватый наряд с кричащими сочетаниями синего пиджака, оранжевых пуговиц, полосатого галстука и зелёной жилетки.

Ван Гог подарил эту картину доктору Рею. Известно, что она не понравилась матери доктора, но и сам доктор Рей не оценил подарка. Существует предание, что картина была сначала сослана на чердак в доме Рея, а затем прикрывала дыру в курятнике.

### О художнике:

Нидерландский художник-постимпрессионист, не получивший почти никакого специального образования. За недолгие 10 лет своей творческой карьеры написал огромное количество полотен, многие из которых стали признанными мировыми шедеврами живописи.

Некоторые особенности творчества Ван Гога:

Работа в разных стилях. Первые полотна выполнены в стиле классического реализма, которому присущи тёмные тона и анатомическая точность. Затем под влиянием импрессионистов на его картинах появляются светлые блики.

Использование техники «импасто». Художник наносил толстый слой краски на картину, создавая рельеф. Зачастую он размазывал краски пальцами и не смешивал оттенки, используя чистые цвета.

Влияние японского искусства. Ван Гог вдохновлялся японским искусством: писал картины в одном оттенке и обводил контуры однотонных объектов тёмной краской.

Создание картин очень быстро. Ван Гог стремился выразить мимолетные эмоциональные состояния, поэтому многие картины кажутся скорее набросками.

Ван Гог не обрёл известности при жизни, мировая слава досталась ему посмертно. Творчество Ван Гога стало популярным и продаваемым только после смерти художника.

# Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Иосиф Андреевич Агарёв

В 2023 году в издательстве «Апрель» вышла книга М.М. Бикбова и Ю.Ш. Галимовой «Грани света», повествующая об истории Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней. В книге представлен богатейший документальный и иллюстративный материал, описывающий основные исторические вехи становления Института, начиная с 1888 года, когда открылось Уфимское ремесленное убежище для взрослых слепых, до сегодняшнего дня. С разрешения авторов книги мы перепечатаем отдельные главы, в которых с глубоким уважением рассказывается о первых директорах Уфимской глазной лечебницы, предтечи Уфимского НИИ глазных болезней.

(Печатается с сокращениями. По вопросу приобретения книги обращайтесь в Уфимский НИИ глазных болезней: [niipriem@yandex.ru](mailto:niipriem@yandex.ru))

После В.Н. Табакова институт возглавил И.А. Агарёв (рис. 1). По воспоминаниям профессора Р.Г. Кудрякова он был «...исключительным человеком по профессиональным качествам, по высокой культуре и доброте... бывший земский врач, воплощавший в себе черты чеховского доктора Астрова».<sup>1</sup>

Иосиф Андреевич Агарёв, 1878 года рождения, был родом из села Вырыпаево Саранского уезда Пензенской губернии, русский, беспартийный, сын учителя. В 1899 г. И.А. Агарёв окончил Нижегородскую духовную семинарию. В 1908 г. получил степень лекаря в Томском университете: «...со всеми правами и преимуществами. В удостоверение сего и дан сей диплом г. Агарёву за надлежащею подписью и с приложением печати Управления Западно-Сибирского учебного округа» (рис. 2).<sup>2</sup> Здесь он также получил специальность врача по глазным болезням, а в 1910 г. — квалификацию специалиста по лечению туберкулеза (рис. 3).

В 1905–1915 гг. И.А. Агарёв был врачом в Белебеевском земстве, далее в больницах с. Киргиз-Мияки и с. Верхне-Троицкое (рис. 4). И.А. Агарёв владел башкирским, латинским, немецким и греческими языками, что давало ему возможность общения с многонациональным населением региона. «...Только через 10 лет службы в деревне, среди бедноты, среди крестьян Агарёв переехал в г. Стерлитамак в 1915 г. Он сам путем настойчивой, усидчивой работы, путем самоусовершенствования изучает науку о глазных болезнях и скоро становится врачом, научно образованным в этой области, конечно, не оставляя и других областей медицины, с которыми ему волей-неволей пришлось иметь дело в качестве земского врача-универсала. Но эта работа была прекрасной школой, давшей прекрасную общую подготовку врача, каковая нужна для специалиста, что не всегда достаточно оценивается молодыми врачами, неохотно берущими общую медицинскую работу даже на первых шагах своей деятельности».<sup>3</sup>

С переездом в Стерлитамак И.А. Агарёв начал работать в должности городского врача, заведя постоянной амбулаторией



Рис. 1. Иосиф Андреевич Агарёв

и оказывая необходимую медицинскую помощь пациентам на дому. С 1 января 1917 г. он стал исполнять обязанности городского (правительственного) врача. Затем в период распространения на территории города эпидемии сыпного тифа руководил деятельностью персонала заразно-эпидемического барака.

В период с 1915 по 1924 гг. И.А. Агарёв последовательно работал врачом приемного покоя, преподавателем гигиены в женской гимназии, заведующим лечебным и санитарным отделами при Стерлитамакском уездном исполкоме Малой Башкирии<sup>4</sup>, заведующим амбулаторией и санитарным врачом г. Стерлитамака, заведующим лечебным отделом и членом коллегии Башнаркомздрава Малой Башкирии, заведующим Стерлитамакским кантздравотделом.<sup>5</sup> Затем в июне 1924 г. И.А. Агарёв прибывает в Уфу в качестве ординатора Глазной лечебницы и тубдиспансера (до 1926 г.).<sup>6</sup>



Рис. 2. Диплом И.А. Агарёва об окончании университета



Рис. 3. И.А. Агарёв с сокурсниками в годы учебы в Императорском Томском университете



Рис. 4. И.А. Агарёв в годы работы в с. Верхне-Троицкое



Рис. 5. И.А. Агарёв за проведением очередного научного исследования



Рис. 6. И.А. Агарёв в кругу семьи



Рис. 7. Сотрудники Института прощаются с И.А. Агарёвым, 2 января 1951 г.

С 1926 г. он переходит в Башкирский трахоматозный институт на должность ординатора: «...совершенствуя свой опыт в Трахоматозном институте под руководством проф. Одинцова В.П., он сам становится чрезвычайно полезным для молодых кадров, которым всегда охотно передает свой годами накопленный опыт» (рис. 5).<sup>7</sup>

И.А. Агарёв вел разностороннюю деятельность и умело совмещал работу в Институте с членством в Бюро врачебной секции и Секции научных работников, был секретарем комсомола одной из школ Уфы, депутатом Ждановского (Советского) и Ленинского райсоветов, читал лекции по глазным болезням в Башкирской фельдшерско-акушерской школе.<sup>8</sup>

Из воспоминаний современников: «...В середине 20-х годов около глазной больницы на Пушкина, 88 можно было увидеть людей из деревень. Их сюда привёл бич того времени — трахома. Как-то заболели глаза и у меня. Отец, ещё будучи студентом Казанского университета, ездил на борьбу с трахомой у северных народов. Посмотрев мои «ясны оченьки», сказал: «Нужно будет к Агарёву пойти — не трахома ли?». И мы пошли к таинственному Агарёву.

В общем зале ожидания народу — битком. Врач Попов<sup>9</sup> к врачу Агарёву прошёл, минуя очередь. Я послушно плёлся за ним. Рассматривая глаза юного пациента, Иосиф Андреевич даже шутил. Очень ловко вывернул веки, кому-то дал задание сделать анализ и для начала на всякий случай прижёт глазоньки каким-то «карандашом». Эта неприятная процедура вызвала у меня неприязнь к доктору. Визиты в глазную больницу через какое-то время отец заменил домашним прижиганием. Применялись два специальных «карандаша»: мутно-белёсый и мутно-голубой. И с детства их латинские названия застряли в голове: аргентум нитрикум и купрум сульфурикум (ляпис и медный купорос).

Пройдёт много лет, и с моей мамочкой подружится приятная дама с лёгким дефектом произношения звука «р» — Анна Иосифовна Агарёва, дочь Иосифа Андреевича, в прошлом тоже врач-офтальмолог. Мне вспомнились мои визиты в глазную больницу, доктор Агарёв и прижигания, и я не удержался от шутки: «Помнят, помнят мои глазки вашего папеньку».<sup>10</sup>

А.И. Агарёва и в самом деле после окончания Омского медицинского Института пошла по стопам отца. В Трахоматозный институт она устраивалась дважды: в начале 1935 г. в качестве ординатора, проработав полгода в данной должности, и в 1946 — 1949 гг. — в должности ординатора амбулатории. В семье И.А. Агарёва было трое детей (рис. 6).

И.А. Агарёв более 20 лет своей жизни отдал Глазной больнице и Трахоматозному институту, показывая высокие результаты как в лечебной, так и административной деятельности. Умер И.А. Агарёв 30 декабря 1950 г. в возрасте 72 лет после продолжительной болезни (рис. 7). И.А. Агарёв имел звание заслуженного врача РСФСР, был награжден орденом Ленина (посмертно).



И.Э. Иошин

## МИКРОИМПУЛЬСНАЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ (ВЕРСИЯ 2.0)

Издательство:

ООО Издательство «АПРЕЛЬ»

Количество страниц: 192

Тип обложки: твердая

Формат: 160 × 230 мм

ISBN 978-5-6050300-4-1

Во втором издании монографии (версия 2.0) представлены новые сведения о микроимпульсной циклофотокоагуляции. Подробно описаны морфометрические изменения переднего отрезка глаза после лазерного воздействия, уточнены особенности послеоперационного периода. Добавлены результаты применения микроимпульсной циклофотокоагуляции в детской офтальмологии. Отдельно рассмотрены варианты комбинации микроимпульсной циклофотокоагуляции с другими лазерными и хирургическими вмешательствами. Определены перспективы развития метода с учетом безопасных и эффективных энергетических параметров. Предложено новое название операции — трансклеральная лазерная циклопластика, более точно отражающее механизм вмешательства.

Монография предназначена для врачей-офтальмологов.

### КАК ЗАКАЗАТЬ КНИГУ:

1. На сайте интернет-магазина [www.glazbook.ru](http://www.glazbook.ru); ВКонтакте <https://vk.com/glazbook>; Телеграм-канал <https://t.me/glazbook>

2. Для юридических лиц надо написать заявку на электронную почту издательства «АПРЕЛЬ» [aprilpublish@mail.ru](mailto:aprilpublish@mail.ru)

### ЧЕРЕЗ ИЗДАТЕЛЬСТВО «АПРЕЛЬ».

Информацию о заказе присылайте письмом на электронный адрес издательства [aprilpublish@mail.ru](mailto:aprilpublish@mail.ru).

### В письме должно быть указаны:

1. Название организации
2. Полный почтовый адрес доставки с индексом
3. Контактный телефон с кодом города; мобильный телефон
4. Количество книг
5. Фамилию, имя, отчество ответственного лица для юридических лиц

После получения заявки на адрес издательства [aprilpublish@mail.ru](mailto:aprilpublish@mail.ru) 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. Вы можете приехать к нам в издательство и получить оригинал счета и договора на руки, а также написать или позвонить по указанному в письме телефону в издательство. После оплаты необходимо прислать электронное письмо с пометкой «Микроимпульсная циклофотокоагуляция».

<sup>1</sup>Кудояров Г.Х. Моя жизнь — офтальмология. — Уфа: Гилем, 2010. — С. 157

<sup>2</sup>НА РБ. Ф. Р-443. Оп. 1. Д. 721. Л. 2

<sup>3</sup>Характеристика на И.А. Агарёва// Из личного архива Агарёвых. Л. 1

<sup>4</sup>Малая Башкирия — первоначальная территория автономного Башкортостана (Башкурдистана), провозглашённого 15 ноября 1917 года и утверждённого в декабре на III Всебашкирском учредительном курултае как первый этап реализации автономии.

<sup>5</sup>Удостоверение Отдела здравоохранения Самары-Златоустовской железной дороги от 4.12.1928 г. на имя Агарёва И.А.

<sup>6</sup>Трудовой список Агарёва И.А. (1905-1946 гг.). Л. 2

<sup>7</sup>Характеристика на И.А. Агарёва// Из личного архива Агарёвых. Л. 2

<sup>8</sup>Трудовой список Агарёва И.А. (1905-1946 гг.). Л. 3

<sup>9</sup>М.В. Попов — выпускник Императорского Московского университета, врач по внутренним болезням (терапевт), врач-бактериолог, работал врачом в Уфе, Волоколамске, Истре.

<sup>10</sup>Попов Б.Л. Мы были немного знакомы// Бельские просторы. — Уфа, 2011. — № 9 (154)

Елена Павловна Каптурина (Петрова):

## «Невероятная история: как Святослав Николаевич Федоров изменил мою жизнь и подарил мне зрение»

Я была первой пациенткой, и все об этом знают. Сначала Святослав Николаевич проводил эксперименты на кроликах, а первым человеком, которому он поставил искусственный хрусталик, стала я. Он точил его у себя на кухне и потом не раз повторял: «Я до сих пор удивляюсь, как эта топорная работа — хрусталик — прижился в её глазу».

И вот этот искусственный хрусталик он поставил мне 5 июля 1960 года. Это произошло в Институте имени Гельмгольца — филиале, что на Волге недалеко от церкви в Чебоксарах.

Операция продолжалась долго, я не засекала время, но потом говорили, где-то полтора часа или чуть больше, кажется, даже и два. И что было интересно, я всё слышала, потому что операция проводилась под местной анестезией. Я была пациенткой. А дело пациентки в чём? Лежать на столе в операционной. И всё.

Врачи-хирурги работают. Конечно, главным был Святослав Николаевич. Сегодня меня называют и героиней, и исторической личностью, но я не считаю себя героем. Я обычный пациент, как и все остальные. Хотя, конечно, я была первым пациентом с искусственным хрусталиком. Быть первой, безусловно, почётно, но у меня нет особых заслуг, поэтому не нужно возвеличивать меня до какого-то подвига и героизма, делать из меня легенду. Это не делает мне чести, это нескромно, несправедливо и некрасиво. На моём месте мог оказаться любой пациент. Людей, страдающих от катаракты, было много и тогда, есть они и сейчас, будут и в будущем, пока люди живут.

В то время таких приборов и инструментов, как сейчас, конечно же, не было. Под микроскопом, обычным ученическим, школьным микроскопом оперировал Святослав Николаевич. Разрез, конечно, был большой. Я лежала без движения на спине семь суток, особенно головой нельзя было вертеть туда-сюда, лежала и терпела, не знаю как. На восьмые сутки меня посадили, голова кружилась, я говорила, что хочу лечь, сил не было.

Ладно, меня отвели в процедурную комнату, проверили зрение. Помню, тогда прочитала сверху вниз восемь строчек. Это был очень большой успех, конечно. Никогда в жизни так не видела, как тогда. Потому что родилась я с врождённой катарактой, мы с детьми играли, кого-то там по имени называли. Я видела силуэт, но не могла понять, кто это: Ваня, Петя, Галя или Оля. Они спрашивали меня: «Ты что, Лена, не видишь?» А я отвечала: «Вижу». Мне казалось, что все видят так же, как и я.

Когда операция уже подходила к концу, я лежала на операционном столе и заметила яркий свет на потолке. Он резал глаза, было больно. Я сказала об этом Святославу Николаевичу, он спросил, вижу ли я его пальцы. Я ответила утвердительно. Тогда он стал показывать мне два пальца, три — я считала, сколько раз он поднимает руку. Уже тогда, ещё лёжа в операционной, я стала видеть гораздо лучше.

После этого мне наложили повязку. Забинтовали оба глаза так, чтобы я не моргала ни одним из них. В таком состоянии я пролежала какое-то время. Святослав Николаевич приходил каждый день. Повязку нужно было снимать, чтобы закапать капли, промыть глаза и сделать всё необходимое. Конечно, это было не так просто, как сейчас, в современных условиях. Но даже в таких простейших условиях сделали сложнейшую операцию.

Святослав Николаевич был в восторге, когда проверил моё зрение. Я была счастлива, потому что никогда так хорошо не видела. Только тогда я поняла, каково это — хорошо видеть.

И потом было много всего. На восьмой день после операции меня перенесли обратно в палату, где проверили зрение. Мне хотелось лежать, но я сидела. Святослав Николаевич сказал мне: «Сиди здесь, я сейчас приду». Я осталась с медсестрой Зиной. Потом он вернулся. Он подарил мне большую книгу сказок Андерсона, на которой написал: «Моей терпеливой и послушной



Елена Павловна Каптурина



Первая пациентка с искусственным хрусталиком



«Моя терпеливая и послушная больная»



С Изольдой Григорьевной и Зинаидой

больной». Там была ещё одна книга — со сказками русских писателей. Также он подарил коробку шоколадных конфет, металлическую коробочку леденцов и маленькую куклу.

Интересно, что когда я пришла в палату, меня сопровождала не только Зинаида, но и Изольда Георгиевна. Когда я открыла коробку с конфетами, там лежали чёрные конфеты. Я сказала: «Фу, какая гадость, чёрные конфеты я есть не буду».

Мы, деревенские жители, в 60-е годы не знали, что такое шоколадные конфеты. В наших магазинах продавались подушечки, посыпанные сверху небольшим количеством сахарного песка. Это были единственные конфеты, которые мы покупали по праздникам. Тогда жизнь в деревне была гораздо тяжелее, чем сейчас: условия были хуже, конфет было не достать, сахара было мало, а денег за работу в колхозе не платили.

Я раздала все полученные шоколадные конфеты тем, кто лежал со мной в палате, и сама их есть не стала. Только потом я

поняла, что это были шоколадные конфеты, а леденцы из металлической коробочки я рассасывала сама.

Святослав Николаевич для меня как земной бог. Благодаря ему я начала хорошо видеть и смогла окончить школу. Когда я ещё училась в школе, он всё время спрашивал меня: «Кем ты хочешь стать? Учительницей?»

Школу я окончила и поступила в педагогический институт, чтобы стать учительницей. На третьем курсе я встретила с ним в Москве. Он спросил, как у меня дела, и я рассказала. Тогда он сказал мне: «Ну что ты нашла в этой педагогике? Оставь её. Иди в медицину». Я ответила, что уже три года училась и забыла физику и химию. Он предложил свою помощь, но я отказалась.

Чтобы стать врачом или учителем, нужно иметь призвание. Есть специалисты с дипломами, а есть те, кому талант дан Богом. Видимо, у меня было такое призвание. Я пошла в педагогику и окончила институт. Перед гибелью Святослава Николаевича состоялась наша последняя встреча.

Он приезжал в Чебоксары, чтобы баллотироваться в депутаты Госдумы. И тогда он снова заговорил о педагогике.

«Сколько ты получаешь?» — спросил он. Я ответила: «500 тысяч». Тогда зарплату считали миллионами, а сейчас это 500 рублей, если убрать три нуля. А он мне в ответ: «Сиди на своих 500. Работала бы у меня, получала бы миллионы».

Конечно, я глубоко ему благодарна. Святослав Николаевич живёт в моей памяти и моём сердце всю жизнь. У меня есть его фотографии, книги про него, даже газетные статьи. Своего сына я назвала в честь него. Кто-то знает об этом, кто-то нет, но сына зовут Святославом. Сейчас он живёт и работает в Москве, у него семья. В общем, в нашей семье нет врачей и людей, связанных с медициной.

Материал подготовила **Марина Иванова**, специалист по связям с общественностью Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

# Офтальмогеронтология — 2025

15-16 мая 2025 года в Москве состоялся V Международный научно-образовательный форум «Офтальмогеронтология — инновационные решения проблем». Организатором выступил ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней имени М.М. Краснова». В работе форума приняли участие более 900 офтальмологов, более 650 человек следили за ходом конференции в режиме онлайн.

Участников и гостей форума приветствовали министр науки и высшего образования В.Н. Фальков, депутат Государственной Думы С.Д. Леонов, заместитель министра здравоохранения РФ А.Н. Плутницкий, директор ФГБНУ «Научный центр неврологии» академик РАН М.А. Иратов, главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава России, директор ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» академик РАН В.В. Нероев, генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Д.Г. Арсютлов.

## Секция «Возрастная патология хрусталика»

«Врожденная патология хрусталика, современные технологии решения проблемы» — тема первого доклада, с которым выступил д.м.н. Юсеф Юсеф. Докладчик представил результаты многолетних исследований, проведенных в НИИГБ имени М.М. Краснова. Ранние зрительные расстройства влияют на формирование двигательных навыков и когнитивных функций. Патологические особенности врожденной глазной патологии связаны с возможностью их негативного влияния на сенситивный период развития зрительного анализатора. Сенситивность — оптимальное сочетание условий для развития функциональных процессов в определенные возрастные периоды; амблиопия — снижение зрения при нарушении «нормального» развития и функционирования зрительной системы в сенситивный период.

Потенциальные факторы развития амблиопии при врожденной патологии хрусталика — обструкционный, рефракционный. В первом случае — в результате помутнения хрусталика нарушается функция цветопроектирования; во втором — функция светопреломления, как следствие изменения формы хрусталика при синдроме Марфана или отсутствия хрусталика после хирургического вмешательства.

Врожденная катаракта. Основные причины различий в лечении врожденных и возрастных катаракт: возможность развития амблиопии; нестабильность размеров глаза с тенденцией к увеличению; практическая равнозначность различных этапов лечения врожденной катаракты (ВК); длительность лечения и наблюдения.

Комплексная система лечения врожденной катаракты, разработанная в НИИГБ, включает микроинвазивную хирургию в оптимальные сроки; дифференцированный подход к лечению двух- и односторонней врожденной катаракты; стимуляционная профилактика и лечение амблиопии.

Алгоритм оптической коррекции афакии после ранней хирургии односторонней ВК: контактная коррекция + вторичная (отсроченная) имплантация ИОЛ; первичная имплантация ИОЛ. При двухсторонней катаракте методом выбора после хирургии является очковая коррекция. В возрасте 5-6 лет при стабильности размера глаза возможна вторичная или отсроченная имплантация ИОЛ. Автор обратил внимание на необходимость обеспечения сохранности периферических отделов капсулы хрусталика для бесшовной заднекамерной фиксации линзы. Применение очковой коррекции при односторонней ВК невозможно из-за существенной межочковой разницы в рефракции. В этом случае применяется контактная коррекция или первичная имплантация ИОЛ.

НИИГБ является пионером в применении КЛ после хирургии ВК. Алгоритм оптической коррекции афакии после ранней хирургии односторонней ВК: 1. Контактная коррекция + вторичная (отсроченная) имплантация ИОЛ; 2. Первичная имплантация ИОЛ.

Известными вариантами выбора оптической силы ИОЛ после ранней хирургии односторонней ВК являются: достижение близкой к соразмерной рефракции после операции; достижение близкой к соразмерной рефракции в отдаленном периоде.

Далее д.м.н. Юсеф Юсеф остановился на методах лечения синдрома Марфана. Синдром Марфана — системное генетически обусловленное заболевание, причиной которого является мутация в расположенном на 15-й хромосоме гене FBN1 и наследуется



Д.м.н. Юсеф Юсеф



В.Н. Фальков



С.Д. Леонов



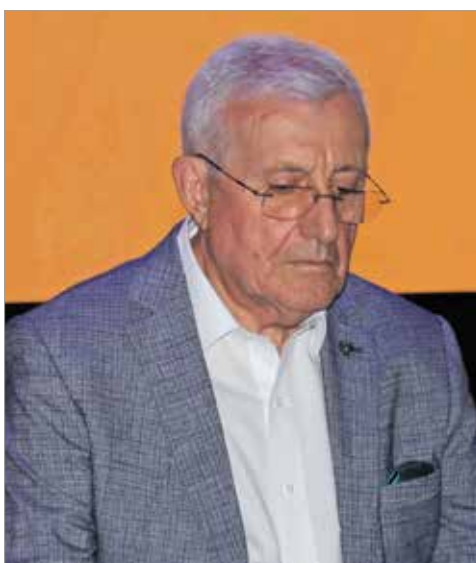
Академик РАН В.В. Нероев



А.Н. Плутницкий



К.м.н. Д.Г. Арсютлов



Академик РАН С.Э. Аветисов



Профессор Н.С. Ходжаев



Профессор М.А. Фролов

аутосомно-доминантным путем. Одним из ключевых признаков заболевания является нарушение положения (эктопия) хрусталика. Изменения анатомического комплекса хрусталика по данным ультразвуковой биомикроскопии могут включать увеличение толщины и уменьшение диаметра хрусталика; увеличение протяженности волокон цинновой связки; уменьшение толщины цилиарного тела. Причинами снижения зрения при эктопии хрусталика на фоне синдрома

Марфана являются сдвиг рефракции в сторону миопии, усиление оптических аберраций, хрусталиковый астигматизм, развитие амблиопии.

Методами лечения глазных проявлений синдрома Марфана являются корригирующий и хирургический, при этом критериями перехода от корригирующего к хирургическому методу являются увеличение миопии, индуцированный хрусталиковый астигматизм.

Таким образом, отметил в заключение автор, современные методы диагностики, хирургического лечения и оптической коррекции обеспечивают высокий уровень кураторности врожденных заболеваний хрусталика. Решение проблемы имеет междисциплинарный характер на стыке двух специальностей — офтальмологии и педиатрии.

Академик РАН С.Э. Аветисов выступил с докладом на тему «Показания к факохирургии: современные тенденции». За последние



Д.м.н. А.Ж. Фурсова, к.м.н. Ф.Е. Шадричев, д.м.н. М.В. Будзинская, к.м.н. И.И. Малиновская

50 лет (небольшой срок для развития медицинских специальностей) произошла существенная трансформация в показаниях к хирургическому вмешательству на хрусталике, и это, главным образом, связано с переходом от структурной характеристики («зрелость» катаракты) к оценке влияния изменений хрусталика на функциональное состояние глаза. Основой этого перехода стали совершенствование диагностических и хирургических технологий и развитие методов интраокулярной оптической коррекции афакии.

Автор остановился на потенциальных задачах современной факохирургии в контексте функции хрусталика. Функция светопроведения страдает из-за помутнения вещества, что определяет задачу факохирургии, а именно: полноценное удаление вещества хрусталика. Функция светопреломления, включая динамичность рефракции: за счет ИОЛ моделирование клинической рефракции. Структурообразующая функция, поскольку хрусталик принимает участие в формировании задней и передней камеры глаза, имеющих важное значение в гидродинамике глаза.

Функциональный подход при определении показаний к факохирургии с целью восстановления светопроведения базируется на методе определения остроты зрения; задача врача заключается в определении степени влияния помутнения хрусталика на качество жизни. Клинический опыт показывает, что показания можно разделить на группу «повседневное зрение» (пациенты старшего возраста), вторую группу составляют пациенты с высокой зрительной активностью.

Существует ряд клинических ситуаций, при которых применяется структурный подход. Речь идет о ситуациях, связанных с механическим уплотнением ядра, что потенциально способно осложнить проведение микроинвазивной факохирургии. Это — так называемые «бурые катаракты»; в этих случаях основным критерием оценки является цветовая градация.

Клинические ситуации превалирования рефракционного компонента при определении показаний к факохирургии: миопизация, индуцированная катарактогенезом; индуцированные факохирургией нарушения дооперационной изометропии; первичные аметропии высокой степени; возрастные нарушения аккомодации.

Остановившись на вопросе профилактики и коррекции нарушений гидродинамики, академик РАН С.Э. Аветисов отметил, что нарушения гидродинамики могут быть связаны с изменениями положения и размеров хрусталика. В клинической практике выделяются состояния, при которых обсуждается вопрос хирургического лечения катаракты с изменениями гидродинамики. Это — неосложненная катаракта и ПОУГ. Фактогенные нарушения гидродинамики: факотопические — смещение хрусталика, факотические — лизис вещества хрусталика, факоморфические — абсолютное увеличение объема хрусталика.

При фактогенных нарушениях гидродинамики факохирургия является обязательным компонентом, однако клинические наблюдения показывают, что необходимое снижение ВГД достигается не во всех случаях. Дополнительными элементами лечения являются местная гипотензивная терапия, лазерное лечение, антиглаукомная хирургия.

Потенциальные нарушения гидродинамики в «коротких» глазах. «Привычная» характеристика структур переднего сегмента глаза при существенном уменьшении переднезадней оси (ПЗО): микрокорнея, мелкая передняя камера, узкий угол передней камеры, макрофакия (большой хрусталик) относительно объемов глаза.

При существенном уменьшении ПЗО методами выбора профилактики и коррекции нарушений гидродинамики являются местная медикаментозная терапия, лазерное лечение, антиглаукомная хирургия, факохирургия.

Подводя итог, автор напомнил, что показания к факохирургии при приобретенных изменениях хрусталика могут быть связаны с необходимостью восстановления прозрачности хрусталика, коррекции рефракционных нарушений, индуцированных изменениями или отсутствием хрусталика, профилактики и лечения нарушений гидродинамики.

Профессор Н.С. Ходжаев выступил с докладом «К вопросу о возможном влиянии ФЭ на ткани глаза в аспекте электронной цитохимии». Золотым стандартом факохирургии является ультразвуковая факоэмульсификация, обеспечивающая микроинвазивность, сохранность капсульного мешка, возможность имплантации через микроразрез и внутрикапсульная фиксация ИОЛ. Постоянно растущий характер научных и технологических исследований и разработок определяет инновационный характер развития ФЭ. Помимо аппаратной модернизации приборов для ФЭ использование фемтосекундного лазера обеспечило в значительной степени большую предсказуемость и безопасность катарактальной хирургии.

Среди активно развивающихся направлений выделяется «пул» исследований, направленных на изучение воздействия низкочастотного ультразвука на тонкие структуры ткани глаза. Базовым механизмом ФЭ, содержащим ятрогенный эффект, является кавитация. Кавитация — это формирование балансирующих пузырьков воздуха в озвучиваемой среде. Уровень кавитации зависит от мощности используемого ультразвука. Кавитационные полости визуализируются и служат для хирурга ориентиром, позволяющим определять допустимый диапазон ультразвуковой нагрузки.

Однако еще на этапе, предшествующем появлению кавитационных пузырей, на молекулярном уровне происходят звукохимические реакции, вызывающие деполимеризацию биологических молекул, нарушения внутриклеточной организации. В первую очередь, страдают липидные структуры. На этапе кавитации происходят морфологические изменения, приводящие к клеточной деструкции.

При звукохимическом воздействии, при отсутствии видимой кавитации, большое значение имеет состояние структур, подвергающихся «озвучиванию». Речь идет о так называемом «компенсаторном потенциале клеток», свидетельством которой является аутосинтетическая активность клетки. При снижении аутосинтетической активности могут наступить деструктивные изменения вплоть до гибели клетки.

Ведущим фактором, повреждающим клеточные структуры, является образование свободных радикалов и окислительный стресс. В водной среде ультразвук вызывает



Д.м.н. А.С. Стоюхина, академик РАН А.Ф. Бровкина, академик РАН С.Э. Аветисов

образование гидроксильных радикалов и активных форм кислорода. При окислительном стрессе во время ФЭ антиоксиданты могут уменьшить повреждение клеток. По данным литературы, в качестве протекторов при проведении ФЭ предлагается использовать инфузию аскорбиновой кислоты, водородсодержащие соединения окисленного и восстановленного глутатиона.

Цель исследования заключалась в изучении ультразвукового воздействия ФЭ на структуры глаза и оценка протекторного действия препарата «Карнозин». Карнозин — эффективный протектор нейронов в условиях окислительного стресса, предотвращает накопление свободных радикалов в клетках, подавляет процессы, ведущие к смерти клеток как по пути апоптоза, так и некроза. Эксперимент строился на анализе глаз животных: интактных, после ЭЭК и ФЭ. Объекты исследования: эндотелий роговицы, фоторецепторы сетчатки. Препараты: световые и ультратонкие срезы.

Методики приготовления и изучения препаратов: световая микроскопия, электронная микроскопия, электронная гистохимия (реакция на АТФ-АЗУ).

В исследовании приняли участие МНТК «Микрохирургия глаза», НИИ вирусологии им. Н.Ф. Гамалеи, НИИ радиологии им. Герцена.

По результатам проведенных исследований, были сделаны следующие выводы: ведущим фактором биологического действия ФЭ является деструкция мембранных комплексов и связанные с этим структурно-функциональные изменения клетки. В условиях сочетанного воздействия ультразвука и Карнозина ультраструктура мембранных комплексов практически не отличалась от нормы. На основании этого можно утверждать, что Карнозин повышает порог стабильности мембранных структур клетки. По мнению профессора Н.С. Ходжаева, представляется перспективным дальнейшее исследование клеточных протекторов в контексте повышения прогнозируемости ФЭ в контингенте пациентов высокого риска различного этиопатогенеза.

К.м.н. О.В. Шиловских (Екатеринбург) в сообщении от группы авторов привел отдельные результаты хирургии катаракты с фиксацией ИОЛ к радужке. При нарушении поддержки связочного аппарата, возникающего при псевдоэкзофалиативном синдроме (ПЭС), применяются переднекамерные ИОЛ, ИОЛ с самостоятельной фиксацией к склере, применяется шовная фиксация ИОЛ к радужной оболочке, шовная фиксация ИОЛ к склере. При этом фиксация ИОЛ к радужке может вызвать овализацию зрачка, нарушение диафрагмальной функции зрачка, пигментную глаукому, лизис шовного материала, децентрацию ИОЛ, синдром Эллингсона, КМО, гемофтальм, иридоодит. Фиксация ИОЛ к склере связана с большой продолжительностью операции, повреждением гиалоидной мембраны, сложностью центрации; может вызвать лизис шовного материала, децентрацию ИОЛ, наклон ИОЛ, синдром Эллингсона, КМО, гемофтальм, вторичную глаукому, протрузию фланцев (фитильный эндофтальмит).

По данным зарубежных авторов, наиболее низкий процент осложнений наблюдается при фиксации ИОЛ к радужке, при этом осложнение в виде глаукомы при фиксации ИОЛ к радужке возникает с 3% случаев, при склеральной фиксации ИОЛ — в 13%.

Авторами был проведен анализ отдаленных результатов ФЭК с имплантацией ИОЛ и фиксацией ИОЛ к радужке за два опорных элемента. Были использованы преимущественно трехчастные ИОЛ; в 38 случаях из 43 прооперированных глаз проводилось удаление капсульного мешка. В 16 случаях проведена витрэктомия, в 1 случае — субтотальная витрэктомия. В 16 случаях ФЭК+ИОЛ проведена с одномоментной антиглаукомной операцией.

В раннем послеоперационном периоде гипертензия зафиксирована в 5 случаях, десцеметит — в 4, децентрация ИОЛ — 4, экссудативная реакция — в 1, ОСО — в 1, хрусталиковая масса — в 1, гифема — в 1, неосложненная грыжа стекловидного тела — в 1.

В позднем послеоперационном периоде грыжа стекловидного тела выявлена в 8 случаях, деформация зрачка — 7, развитие глаукомы — в 1, дислокация ИОЛ — 0, лизис шовного материала — 0.

Острота зрения до операции — 0,2, после операции — 0,54; ВГД до операции — 21 мм рт. ст., после операции — 14 мм рт. ст.

К.м.н. О.В. Шиловских подчеркнул, что техника фиксации ИОЛ к радужной оболочке за 2 дужки продемонстрировала высокую остроту зрения, стабильный уровень ВГД (повышение ВГД на одном глазу с отсутствием глаукомы), стабильность положения ИОЛ, отсутствие лизиса шовного материала. В позднем послеоперационном периоде возникновение грыжи выявлено в 8 случаях, деформация зрачка в 7 случаях, КМО в 2 случаях.

Докладчик также показал результаты хирургии осложненной катаракты с фланцевой фиксацией ИОЛ к радужной оболочке в мешке за 2 опорных элемента (29 глаз): относительно небольшая продолжительность операции, сохранение капсульного мешка, отсутствие повреждения передней гиалоидной мембраны, отсутствие спонтанных грыж стекловидного тела, при правильной технике подшивания — прогнозирование фиксации, отсутствие деформации зрачка и влияния на диафрагмальную функцию, отсутствие наклона ИОЛ, отсутствие лизиса шовного материала, минимальное количество случаев индуцированной глаукомы.

«Нестандартная фиксация ИОЛ для нестандартных случаев хирургии катаракты» — тема доклада профессора А.А. Кожухова. Хирургическое вмешательство при несостоятельности или отсутствии связочно-капсулярного аппарата хрусталика требует от хирурга дифференцированного подхода к выбору метода операции, конструкции и способа фиксации ИОЛ. Необходимо выбирать минимально травматичную технику операции с целью профилактики специфических осложнений, которые могут возникнуть в ходе фиксации ИОЛ.

Показаниями к склеральной фиксации ИОЛ являются подвывих или вывих хрусталика в стекловидное тело; обширные повреждения капсулы во время экстракции катаракты; сублюкация или люксация ИОЛ в стекловидное тело; афакия.

Авторами разработана классификация методов (их более 15) склеральной фиксации ИОЛ, которую условно можно разделить на три основные группы: методы транссклеральной шовной фиксации, методы интрасклеральной бесшовной фиксации, методы склерокорнеальной шовной фиксации. Каждый метод имеет свои преимущества и недостатки.



К.м.н. Лаис Алхарки



Д.м.н. Р.Р. Файзрахманов



Д.м.н. П.Л. Володин

Автор подробно остановился на методе склерокорнеальной фиксации, запатентованном в 2010 году. Особенность метода заключается в том, что рядом с местом выхода нитей, привязанных к гаптике ИОЛ из склеры, в 2,5 мм от лимба производится вкол с прохождением иглы в толще склеры в сторону парacentеза, расположенного в том же меридиане. Игла с внутренней стороны парacentеза входит в его просвет и выводится наружу тупым концом. Далее производится формирование узла и фланца, которые остаются в парacentезе. Метод практически исключает протрузию или проваливание фланца в витреальную полость, т.к. склеральный канал достаточно длинный. Суть метода заключается в проведении через склеру и фиксацию нитей (узлов или фланцев) в парacentезах роговицы. Длинный склеральный канал плотно удерживает нить и фланец (узел), что позволяет надежно фиксировать ИОЛ.

Преимущества метода: пожизненная биомикроскопическая визуализация точек подшивания, что полезно в случае проведения АГО, ВРХ, ИВИ; отсутствие разрезов конъюнктивы и склеры, меньше травма и время операции; физиологичное положение ИОЛ в з/к; отсутствие контакта с эндотелием роговицы, структурами угла передней камеры, радужкой; сохранение функции радужки; снижение риска зрачкового блока, дисперсии пигмента, вторичной глаукомы. Подходит для любых типов ИОЛ.

Недостатки: техника, требующая специальных навыков; риск кровотечения (гемофтальм); риск раздражения цилиарного тела гаптическими элементами.

К.м.н. А.В. Трубилин представил сообщение «Катаракта: фокус на глазную поверхность». Перед проведением ФЭК в беседе с пациентом необходимо обращать внимание не только на зрительные функции и морфологические особенности хрусталика, но и на глазную поверхность.

Согласно определению DEWS II, синдром «сухого глаза» (ССГ) — это многофакторное симптоматическое заболевание, характеризующееся изменением состава слезной пленки, и/или глазной поверхности. Этиологическую роль в развитии заболевания играют нарушение стабильности слезной пленки, гиперосмолярность, воспаление глазной поверхности и нейросенсорные нарушения. Для ССГ характерны как количественные изменения (гипосекреция), так и качественные изменения слезной пленки, а именно: повышение испаряемости — снижение стабильности слезной пленки, что часто связано с дисфункцией мейбомиевых желез. Частота дисфункции мейбомиевых желез (ДМЖ) увеличивается с возрастом, в той или иной степени встречается у всех пациентов, идущих на ФЭК.

Исследования распространенности заболеваний глазной поверхности и ССГ у пациентов перед ФЭК, проведенные в США и Канаде, показали, что в 59% случаев субъективные жалобы на ССГ отсутствовали, при этом у 80% пациентов присутствовало изменение состояния глазной поверхности, у 50% пациентов без жалоб отмечалось нарушение осмолярности слезы, время разрыва слезной пленки (ВРСП) составляло менее 5 секунд. Прокрашивание роговицы выявлено в 77% случаев, центральное прокрашивание — в 50%.

Автор обратил внимание на вероятность искажения показателей кератометрии и топографии при снижении ВРСП и эпителиопатии.

По данным литературы, дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ) выявляется в 50% случаев у пациентов, идущих на ФЭК, при этом 49% пациентов не предъявляли субъективных жалоб до хирургии. После проведенной хирургии у 40% пациентов выявлена симптоматическая стадия, т.е. появились жалобы. Предоперационная диагностика и лечение ДМЖ является важным этапом обследования пациентов с катарактой. ДМЖ влияет как на субъективный, так и на функциональный результат операции.

Факторами риска, на которые следует обратить внимание перед операцией, являются аллергия, гормональные препараты, розацеа, органические изменения век, косметологические процедуры.

Комплексная диагностика должна включать определение неинвазивного времени разрыва слезной пленки, неинвазивное измерение высоты слезного мениска, определение липидного слоя, оценку функции мейбомиевых желез, детальное фото края века, анализ гиперемии конъюнктивы, снимок роговицы, окрашенной флюоресцеином.

В заключение к.м.н. А.В. Трубилин отметил, что несмотря на распространенность ССГ у возрастных пациентов, эта патология нередко остается недооцененной на этапе диагностики и планирования операции. Заболевания глазной поверхности приводят к рефракционной ошибке, что особенно критично для пациентов с мультифокальными и торическими ИОЛ.

С докладом на тему «Влияние эндовитреальных вмешательств на состояние хрусталика» выступил к.м.н. Лаис Алхарки. Эндовитреальные вмешательства являются самым быстрорастущим сегментом офтальмологических услуг за последние 10 лет. В понятие «эндовитреальные вмешательства» входят интравитреальные инъекции анти-VEGF препаратов, интравитреальные имплантации депо стероидов, эндовитреальная хирургия.

Автор отметил актуальность влияния анти-VEGF препаратов на состояние хрусталика. По данным литературы, разрыв задней капсулы при ФЭК у пациентов, получающих ИВИ, происходит в 1,01% случаев; существует связь между количеством ИВИ и частотой развития катаракты; риск интраоперационного разрыва задней капсулы хрусталика увеличивается на 4% для каждой последующей ИВИ.

Однако на сегодняшний день механизм развития и характер нарушения задней капсулы, предшествующий ее разрыву, а также изменения других отделов хрусталика, происходящих на фоне эндовитреальных вмешательств, остаются неизвестными.

Авторами проведены исследования влияния на состояние хрусталика в результате ИВИ афлиберцепта, бролуцизумаба, ИВВ депо (имплант) дексаметазона «Озурдекс», эндовитреальной хирургии с тампонадой стерильным раствором BSS, эндовитреальной хирургии с тампонадой газовой смеси гексафторэтана.

Исследования показали, что ИВИ анти-VEGF препаратов приводят к увеличению угла наклона и децентрации хрусталика; депо (имплант) дексаметазона приводит к увеличению толщины хрусталика через 3 месяца, к увеличению заднего радиуса кривизны хрусталика через 6 месяцев, к увеличению угла наклона и децентрации хрусталика. В результате эндотампонады стерильным раствором BSS через 18 месяцев происходит увеличение толщины хрусталика, увеличение переднего радиуса кривизны хрусталика,

уменьшение заднего радиуса кривизны хрусталика; наблюдается тенденция к увеличению угла наклона хрусталика. Эндотампонада газовой смесью гексафторэтана привела к увеличению толщины хрусталика через 18 месяцев, увеличению переднего радиуса кривизны хрусталика через 2 года, уменьшению заднего радиуса кривизны хрусталика через 1 год.

Д.м.н. А.А. Касьянов представил сообщение «ИОЛ с расширенной глубиной фокуса: показания к имплантации и функциональные результаты». Цели разработки EDOF ИОЛ: минимизация уровня положительных дисфотопсий (присущих дифракционным трифокальным ИОЛ) при сохранении высокой остроты и качества зрения на дальней дистанции; достижение высокого уровня независимости от очков, пролонгация фокуса до средней дистанции.

Классификация EDOF ИОЛ: ИОЛ с малой апертурой, дифракционные, аберрационные.

Механизм увеличения глубины фокуса аберрационных EDOF ИОЛ: трансформационный элемент на передней поверхности центральной зоны линзы с высокодискретным изменением оптической силы (или иным механизмом); индукция сферических аберраций высоких порядков; трансформация волнового фронта; изменение аберрометрического профиля; увеличение глубины фокуса (миопический дефокус ~ 1,5 дптр).

Показаниями к применению EDOF ИОЛ являются коррекция афакии в ситуациях, когда необходимо и достаточно создание среднего уровня псевдоаккомодации без дисфотопсий при условии достижения высоких показателей некорригированной остроты зрения вдаль, на средней дистанции и минимально достаточного уровня функционального зрения на ближней дистанции. EDOF ИОЛ применяется при наличии противопоказаний коррекции трифокальными или ИОЛ полного диапазона фокуса; в случае если для пациента неприемлемы явления положительных дисфотопсий; при необходимости рефракционной замены хрусталика у пациентов с гиперметропией средней и высокой степени; при односторонней катаракте в сочетании с пресбиопией +1,5 дптр; почти всегда вместо монофокальной ИОЛ.

Завершил работу секции доктор Мохамед Атиф Миян (Бахрейн), выступивший с докладом «Псевдоэкзофалиативный синдром в хирургии катаракты».

### Секция «Возрастная патология сетчатки»

Работу секции открыла д.м.н. А.Ж. Фурсова (Новосибирск), представившая сообщение «Ретиальная ангиоматозная пролиферация: от альфа до омега».

Профессор Р.Р. Файзрахманов выступил с докладом «Хирургия субретинальных геморрагий». Субмакулярное кровоизлияние (СМК) — острая патология, которая характеризуется выходом крови в макулярную область между пигментным эпителием и нейросенсорной частью сетчатки. Проявляется немедленным снижением остроты зрения. Случается на фоне неоваскуляризации, без неоваскуляризации, на фоне системных заболеваний. В 90% случаев причиной является возрастная макулярная дегенерация. СМК может быть также ассоциировано с травмой и разрывом хориоидеи.

Патогенез: скрытая мембрана (голубовато-серая), приросшая к нижней поверхности ПЭС; сокращение ХНВ индуцирует силы

растяжения, которые действуют в плоскости ПЭС, прикладывая наибольшее механическое напряжение в месте перехода прилегающей части. В этом месте действуют две противоположные силы: тяговые силы от сокращения ХНВ и адгезии ПЭС к подлежащим слоям; увеличение сокращения приводит к нарушению анатомической целостности ПЭС на стыке прилежащего и отслоенного ПЭС. Свободный край ПЭС оборван и отводится в сторону ХНВ; высота отслойки ПЭС более 580 мкм; большая площадь, а также большой линейный диаметр отслойки ПЭС; образование специфической субретинальной щели, повышающей давление под ПЭС; наличие микроразрывов ПЭС с подтеканием флуоресцеина по краям отслойки ПЭС в субретинальное пространство; наличие складок ПЭС в виде гиперрефлективных зон. У пациентов со свежей отслойкой ПЭС — в ответ на анти-VEGF терапию вследствие выраженного сокращения ХНВ.

Риск развития СМК увеличивается в 4 раза при каждом приеме антикоагулянтов или антиагрегантов.

Классификация СМК: малые (1-5 диаметров ДЗН), средние (от 5 диаметров ДЗН до границы височных сосудистых аркад), массивные (выходящие за границы сосудистых аркад).

Патоморфология: 1-е сутки — образование нитей фибрина, тракционный отрыв фоторецепторов, выход макрофагов, начало необратимой деструкции наружного ядерного слоя; со 2 по 7 сутки — нарастающее повреждение фоторецепторов, дегенерация макрофагов с их поглощением клетками ПЭС и клетками Мюллера; 7-14 сутки — внешний ядерный слой полностью отсутствует, внутренний ядерный слой — признаки кариолиза; 15-21 сутки — резорбция сгустка; 21-60 сутки — формирование фиброзного рубца. Особенности патоморфологических изменений определяют сроки начала лечения — до 14 суток с момента кровоизлияния.

Современные стратегии лечения: пневмодислокация с интравитреальным введением фибринолитика; витрэктомия, субретинальное введение фибринолитика и пневмодислокация; монотерапия анти-VEGF (пациенты с ВМД).

При лечении авторами применяется тактика так называемого «двойного подхода»: ВРХ, введение препарата Гемаза в субретинальное пространство, на следующем этапе — антивазопролиферативная терапия.

Профессор Р.Р. Файзрахманов обратил внимание на то, что рецидивы СМК наступают в сроки от 2-4 недели после ВРХ без анти-VEGF терапии. Исследования ex vivo предполагают, что фибринолитик потенциально может деактивировать анти-VEGF препараты. Наличие сгустка в макулярной зоне является барьером для диффузии анти-VEGF препаратов. Таким образом, на первом этапе лечения проводится ВРХ с сохранением стекловидного тела, сгусток смещается на периферию, во втором (до 14 суток) — анти-VEGF в режиме treat and extend после трех загрузочных инъекций. Автор подчеркнул, что без антивазопролиферативной терапии зрение неизбежно будет падать; второе кровоизлияние вызовет непоправимый ущерб зрительным функциям.

К.м.н. И.И. Малиновская (Минск) от группы авторов представила доклад на тему «Дисфункция пигментного эпителия сетчатки: колоть нельзя, помиловать». Основными функциями пигментного эпителия сетчатки (ПЭС) являются фагоцитоз внешних сегментов фоторецепторов; поглощение избыточного света; обработка ретиноидов для фототрансдукции; поддержание внешнего гематоретинального барьера; секреция факторов роста, цитокинов и липопротеиновых частиц; «насосная» функция.

Наличие неоваскуляризации и «жидкости» не всегда указывает на неоваскулярную ВМД. Хориоидальная неоваскуляризация может быть ассоциирована с ВМД, патологической миопией, наследственными хориоретинальными дистрофиями, увеитом, центральной серозной хориоретинопатией, внутриглазными опухолями, ангиоидными полосами сетчатки, макулярной телеангиоэктазией 2 типа. Хориоидальная неоваскуляризация может быть идиопатического генеза.

«Жидкость» по данным ОКТ может определяться при различных патологических состояниях: не-неоваскулярной ВМД, неоваскулярной ВМД, миопической ХНВ, центральной серозной хориоретинопатии, дистрофии



Д.м.н. Е.В. Карлова, к.м.н. Е.К. Педанова

Беста, острой экссудативной полиморфной вителлиформной макулопатии, болезни Фогта-Конаяги-Харада, заднем склерите, синдроме белых точек, меланоме хориоидеи, кавернозной хориоидальной гемангиоме.

Цель работы заключалась в определении видов интра- и субретинальной жидкости, не являющейся истинно экссудативной, а также в определении тактики ведения пациентов с дегенеративной ИРЖ/СРЖ.

Дегенеративная интратретинальная жидкость. Впервые описана в 2010 году как «ретинальные псевдокисты»; расположенные кист преимущественно во внутреннем ядерном слое; может быть результатом дисфункции глиальных клеток Мюллера; обычно расположены над зоной сRORA (полная атрофия ПЭС и наружных отделов НЭС).

Дегенеративная субретинальная жидкость может располагаться над большими друзами или друзеноидной отслойкой ПЭС. Ее наличие свидетельствует о неблагоприятном прогнозе в плане развития макулярной атрофии вследствие дисфункции и гибели клеток ПЭС.

Три паттерна дегенеративной СРЖ: на вершине друзеноидной отслойки ПЭС; у основания большой друзы или друзеноидной отслойки ПЭС или в виде крипты между двумя большими друзами; щелевидное расположение над сливающимися друзами.

Механизм возникновения дегенеративной СРЖ: при возникновении друзеноидной отслойки пигментного эпителия происходит увеличение расстояния между ХК и ПЭС, что приводит к дисфункции ПЭС и как следствие к аккумуляции СРЖ.

Дегенеративная субретинальная жидкость (вителлиформная дистрофия взрослых) является следствием дисфункции ПЭС и угнетения фагоцитарной активности. Важно отличать от субретинального гиперрефлективного экссудативного материала; требует динамического наблюдения; имеет неблагоприятный прогноз для развития макулярной атрофии.

В заключение автор подчеркнула необходимость дифференцировать не-неоваскулярную жидкость, чтобы избежать необоснованной анти-VEGF терапии. Необходимо проведение ангио-ОКТ для дифференциальной диагностики и исключения наличия МНВ при подозрении на дегенеративный характер интра- и субретинальной жидкости; рекомендуется применять протокол «наблюдай и расширяй» в случаях подозрения на не-неоваскулярный характер жидкости.

Технология селективной микроимпульсной индивидуальной ретинопластики в лечении центральной серозной хориоретинопатии (ЦСХРП) была представлена д.м.н. П.Л. Володиным. Ключевыми характеристиками ЦСХРП являются: возможность спонтанного разрешения (относительно благоприятный прогноз при острой ЦСХРП); высокая частота рецидивов; пациенты молодого трудоспособного возраста; высокие зрительные функции; частая локализация в фoveальной аваскулярной зоне.

Современные требования к лазерному лечению — высокая эффективность при минимальном риске побочных эффектов.

На сегодняшний день широко применяется фокальная лазерная коагуляция глазного дна — метод лечения, входящий в программу ОМС. Однако метод неприменим в фoveальной аваскулярной зоне. Широко используется в клинической практике, в т.ч. в лечении ЦСХРП, лазерное воздействие в микроимпульсном режиме. Основное преимущество микроимпульсного режима

заключается в возможности избирательно-го воздействия на ретиальный пигментный эпителий (РПЭ). Термическое повреждение прилежащих к РПЭ структур (сетчатки и хориоидеи) нежелательно и ассоциировано с негативными эффектами лечения.

Подходы к снижению дозы лазерного воздействия и уровня повреждения тканей глаза: субпороговые методы лазерного лечения, селективная ретиальная терапия. Субпороговые методы реализуются на современных серийных лазерных установках, требуют предварительного тестирования, при этом сохраняется достаточно высокая степень повреждения прилежащих к РПЭ структур. Селективная ретиальная терапия реализовалась только экспериментальных установках.

Цель исследований, проведенных авторами, — разработка технологии, способной на серийных лазерах осуществлять избирательное воздействие на РПЭ, которая подходила бы для широкого клинического применения, с возможностью проведения селективной микроимпульсной индивидуальной ретиальной терапии (СМИРТ) без предварительного тестирования.

В ходе фундаментальных исследований по взаимодействию лазерного излучения с тканями глаза созданы модели деструкции гетерогенных биоструктур (сетчатка) под воздействием лазерного излучения; проведены многочисленные эксперименты на животных, проведен анализ протоколов тестирования и лечения (около 5000 пациентов).

В ходе работы создана модель для описания повреждения хориоретиального комплекса человеческого глаза. Модель позволяет количественно определять распределение температуры, степень повреждения РПЭ, нейросенсорной сетчатки и хориоидеи; проводить сравнение различных режимов лазерного излучения. Внедрены термины «эффективности», «селективности», «вреда». Определен диапазон параметров микроимпульсных режимов, позволяющих достигать селективного воздействия на РПЭ.

Д.м.н. П.Л. Володин подчеркнул, что для лечения ЦСХРП селективными микроимпульсными режимами требуется предварительное тестирование и учет индивидуальных особенностей пациентов. Недостатки предварительного тестирования: необходимо специальное диагностическое оборудование и дополнительное лазерное воздействие; требуется значительное время врача и пациента для выполнения тестирования и оценки его результатов для подбора параметров.

Этапы разработки СМИРТ: методология определения повреждения РПЭ при воздействии селективными режимами, сбор данных тестирования; определение ключевых наблюдаемых признаков для прогноза индивидуального порогового повреждения РПЭ; разработка терапии БЕЗ этапа предварительного тестирования; оценка и сравнение клинических результатов лечения ЦСХРП.

Чувствительным методом регистрации порогового повреждения РПЭ была определена аутофлюоресценция (488 нм). Ключевые индивидуальные характеристики: коэффициент прохождения лазерного излучения от роговицы до сетчатки; коэффициент поглощения лазерного излучения ретиальным пигментным эпителием. Авторами было отмечено, что за повреждения ретиального пигментного эпителия селективным микроимпульсным режимом отвечают три ключевых показателя: тип внешности,



К.м.н. О.В. Шиловских, профессор А.А. Кожухов

возраст пациента, мощность лазерного излучения как основной параметр.

Материал и методы для создания СМИРТ. Группа 1: 33 пациента (33 глаза) с острой центральной серозной хориоретинопатией; возраст 30-65 лет; 1-4 тип внешности по шкале Фитцпатрика. Применялся селективный микроимпульсный режим (50 мкс, 2,4%, 10 мс, 100 мкМ); количество аппликаций 1584; навигационная лазерная установка Navilas 577s.

Возраст и тип внешности по шкале Фитцпатрика являются ключевыми индивидуальными показателями, предсказывающими степень прохождения и поглощения лазерного излучения тканями глаза. С использованием инверсии логистической регрессии можно получить формулу для расчета мощности селективного лазерного режима (50 мкс, 2,4%, 10 мс (5 импульсов)), при которой достигается требуемый уровень вероятности визуализации пятна (ВВП) по данным аутофлюоресценции для конкретного пациента.

Группа 2: 40 пациентов (40 глаз) с острой ЦСХРП; возраст 32-63 года; 1-4 тип внешности по шкале Фитцпатрика. Пациенты группы были разделены на группу 2.1 (ВВП 50%), группу 2.2 (ВВП 70%), группу 2.3 (ВВП 90%) и группу 2.4 (контроль).

Лечение ЦСХРП в группах 2.1, 2.2, 2.3 проводилось селективным микроимпульсным режимом. Мощность для каждого пациента подбиралась индивидуально и рассчитывалась с учетом возраста и типа внешности.

Исследования показали следующие результаты. Лечение ЦСХРП с селективными микроимпульсными режимами с предварительным тестированием: индивидуальный подход к каждому пациенту; применение минимальной дозы лазерного облучения, достаточной для достижения значимого клинического результата; безопасное лечение без повреждения нейросенсорной сетчатки и хориоидеи. Однако, необходимо специальное диагностическое оборудование; требуется дополнительное лазерное воздействие, время врача и пациента для выполнения тестирования и оценки его результатов; метод сложно реализуем в рутинной клинической практике.

Лечение ЦСХРП по технологии СМИРТ без предварительного тестирования: индивидуальный подход к каждому пациенту; применение минимальной дозы лазерного облучения, достаточной для достижения значимого клинического результата; безопасное лечение без повреждения нейросенсорной сетчатки и хориоидеи. Не требуется специальное оборудование; не требуется дополнительное лазерное воздействие для подбора параметров; легко реализуется в повседневной клинической практике.

Таким образом, разработана технология селективной микроимпульсной индивидуальной ретиальной терапии (СМИРТ), реализуемая на серийных лазерных установках. СМИРТ показала высокую клиническую эффективность при лечении ЦСХРП и рекомендована для применения в макулярной зоне, включая фoveальную аваскулярную зону.

С докладом на тему «Лечение неоваскулярной формы возрастной макулярной дегенерации. Доступность, комплаентность как основные параметры эффективности» выступил к.м.н. Ф.Е. Шадрин (Санкт-Петербург). Автор привел пример пациентки с нВМД, которой за 17 лет наблюдений было проведено 128 ИВВИ на единственно

видящем глазу. Острота зрения на сегодняшний день составляет 0,9. Составляющей успеха лечения, в первую очередь, является своевременность обращения. Доступность: пациентка могла себе позволить оплачивать инъекции, когда не было возможности бесплатного лечения. Комплаентность: пациентка — активно работающий человек, прекрасно понимала, что может произойти с единственным глазом. Безопасность: 128 инъекций. Эффективность — зрение 0,9.

Как отметил докладчик, перечисленные составляющие успеха имеют непосредственное отношение к комплаентности, приверженности протоколу. Важнейшую роль играют озабоченность пациентки своим заболеванием, удобство лечения и диагностики, стоимость лечения (могла позволить себе платить за лечение), установившиеся доверительные отношения между врачом и пациенткой, престиж медицины в обществе, являющийся одним из залогов успеха лечения таких пациентов; вторичная выгода от лечения: пациентка хотела сохранить высокооплачиваемую работу.

Д.м.н. Е.В. Карлова (Самара) сделала доклад на тему «Недостаточный ответ анти-VEGF терапии: очевидные и неочевидные решения». Широкий резонанс вызвали результаты проведенных исследований, которые свидетельствуют о том, что больше половины всех пациентов с диабетическим макулярным отеком не дают адекватного ответа на анти-VEGF терапию. В последние годы появились несколько статей, в которых четко и понятно представлена система критериев оценки, по которым отечественные офтальмологи (далеко не всегда специалисты-ретинологи), должны принимать решения относительно ведения пациентов.

Коллеги-ретинологи продолжают публиковать обзоры, касающиеся конкретного, простого, понятного описания биомаркеров, и сведения их в таблицы, для понимания того, насколько биомаркеры могут определять недостаточный ответ и служить точкой принятия решений, чтобы, наконец, прекратить ненужное назначение анти-VEGF терапии и назначать ее только в тех случаях, когда это необходимо.

Автор, будучи экспертом Федерального фонда ОМС, привела пример анализа двухсот историй «одного уважаемого практического учреждения здравоохранения», в которых оказалось, что 150 пациентов не нуждались в анти-VEGF терапии. В случае с ВМД доля неправильных назначений может достигать до одной трети.

К.м.н. Е.К. Педанова выступила с сообщением на тему «Задняя кистозная дегенерация при пахиоидальных состояниях». Интратретинальная жидкость, интратретинальные кисты представляют собой важнейшим признаком экссудативного процесса, выполняющего роль триггера либо старта анти-VEGF терапии, либо ее более активного продолжения. Необходимо четко различать экссудативные кистозные изменения сетчатки, когда показана анти-VEGF терапия, и дегенеративные изменения, не связанные с неоваскуляризацией.

В 2003 году впервые было проведено четкое разделение между кистозным макулярным отеком, встречающийся при макулярной неоваскуляризации, диабетических изменениях, увеитах, связанных с экссудативной природой процесса, и кистозной макулярной дегенерацией. Основным параметром, отличающим одно состояние от другого, — отсутствие ликеджа на флуоресцентной ангиографии.



В перерыве между заседаниями

со сниженными параметрами. Результаты применения при ЗКРД на 25 глазах с тяжелыми формами хронической ЗСХ (31%): полная резорбция кист у 44% пациентов; частичная резорбция в 48% случаев; кисты сохранялись в 52% через 2 года после лечения.

Анализ данных 62 пациентов (83 глаза): вариабельность результатов ФДТ; отмечается снижение ликеда; не всегда удается достичь полной резорбции кист; острота зрения часто остается без изменений.

Применение фторметалона для лечения ЗКРД за счет снижения толщины склеры (5 глаз с ЗКРД, резистентных к ФДТ): фторметалон применялся в течение 6 недель; выявлена значительная резорбция кист; выявлено снижение толщины склеры.

В заключение автор отметила, что ЗКРД чаще встречается с пахихориоидальными состояниями и может быть ассоциирована с большим возрастом пациента, стажем заболевания и диффузным паттерном просачивания красителя в хориоидеи. Интратетинальные кисты и плоская ОПЭ не являются безусловным биомаркером неоваскуляризации. ЗКРД должны быть от дифференцированы от нВМД. ФДТ показывает относительно высокую эффективность в плане резорбции кист, однако прибавки по остроте зрения отмечается не всегда. Пациенты могут оставаться резистентными к лечению.

Завершил работу секции профессор М.А. Фролов, выступивший от группы авторов с докладом «Комбинированное лечение дегенерации макулы и заднего полюса глаза». Основываясь на теориях патогенеза дегенерации макулы и заднего полюса являются старения ретинального пигментного эпителия и мембраны Бруха, окислительный стресс, первичные изменения глазного яблока, генетические дефекты. Важным представляется поиск новых методов ретинопротекции. Особый интерес представляет препарат пептидной природы «Ретиналамин», обладающий тканеспецифическим действием на сетчатку, а также создание дополнительных методов питания заднего отрезка глаза с помощью хирургических подходов, а именно операции ревазуляризации. Ретиналамин оказывает нейтрализующее действие на последствия ишемического каскада, влияет на количество выживших клеток.

Цель работы заключалась в мониторинге клинко-функциональных результатов при комбинированном лечении дегенераций сетчатки.

В исследовании принял участие 61 пациент (117 глаз) с диагнозом «дегенерация макулы и заднего полюса сетчатки». В первую группу вошли 35 пациентов, которым было проведено комбинированное лечение, во вторую — 26 человек, которым проведен традиционный курс ретробульбарных инъекций Ретиналамина.

При проведении хирургического вмешательства применялась методика, в основе которой — однолюсчатая склеропластика по Нурмамедову, разработанная в 1960-е годы, модифицированная по Беляеву склеропластика, а также операция ревазуляризации.

Проведенные исследования показали, что комплексное лечение дегенерации сетчатки, включающее пептидный биорегулятор «Ретиналамин» в сочетании с операцией ревазуляризации, позволяет достичь наиболее эффективных результатов по сравнению с традиционной терапией. Результаты свидетельствуют об эффективности данного метода лечения и указывают на целесообразность дальнейших исследований.

Репортаж подготовил **Сергей Тумар**  
Фото Сергея Тумара



## ВЫБЕРИТЕ СВОЙ СОБСТВЕННЫЙ ПУТЬ

- Адаптив Флюидикс
- Ультразвуковая рукоятка Аттюн
- Витреотомы Би-Блейд
- Инновационное освещение
- Беспроводная педаль с двойным линейным контролем



Информация предназначена для медицинских работников

**BAUSCH + LOMB**  
Видеть лучше. Жить лучше

ООО «Бауш Хелс»  
Россия, 115093, г. Москва  
ул. Павловская, д. 7, стр. 1  
www.bausch.ru

Р/У Система офтальмологическая микрохирургическая Stellaris Elite™ (Stellaris Elite™) с принадлежностями РЗН 2023/20206 от 11.05.2023

Реклама

Спектр пахихориоидальных состояний: центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ), пахихориоидальная пигментная эпителиопатия (ППЭ), пахихориоидальная неоваскулопатия (ПНВ), полипозная хориоидальная васкулопатия/аневризматический тип 1ХНВ (ПХВ/А1ХНВ), фокальная хориоидальная экскавация (ФХЭ), перипапиллярный пахихориоидальный синдром (ППС).

Общие признаки пахихориоидальных состояний: фокальное или диффузное утолщение хориоидеи; истончение хориокапилляров и слоя Сатлера; патология ретинального пигментного эпителия над пахисосудами; расширенные сосуды слоя Галлера; повышение сосудистой проницаемости.

Клинические особенности задней кистозной ретинальной дегенерации (ЗКРД) на основе анализа данных 62 пациентов (83 глаза): преимущественно мужской пол (88%); возраст при диагностике ЗКРД — 59 лет; манифестация ЗКРД через 6 лет после ЦСХ.

ОКТ: интратетинальные кисты, расположенные во всех слоях сетчатки, но преимущественно в ее наружных слоях (30-280 мкм); под зоной кистозных изменений аномалии РПЭ в виде участков атрофии с повышенной гипертрамиссией сигнала, либо в виде плоской отслойки РПЭ с содержимым высокой плотности по типу плотной фиброзной ткани; изменение хориоидеи (пахисосуды).

ОКТ-ангио: ОКТ-ангио в этих областях не выявило наличие патологического кровотока под РПЭ; может вводить в заблуждение признак двойного слоя (плоские ОПЭ), который не является безусловным биомаркером неоваскуляризации. Для подтверждения МНВ необходима комплексная оценка данных ОКТ (высота и гомогенность содержимого), ОКТА (кровоток) и ИЗАГ.

Паттерны ИЗАГ и задняя кистозная ретинальная дегенерация (ЗКРД): унифокальный, мультифокальный, диффузный. Диффузный паттерн просачивания ИЗАГ при ЦСХ ассоциирован с большим возрастом пациента, с худшим зрением, с наличием зон атрофии РПЭ, с наличием ЗКРД.

При лечении применяется фотодинамическая терапия (визудин)

# Новые возможности применения отечественной установки «КЕРАТОЛИНК» для кросслинкинга роговичного коллагена в лечении пациентов с пеллюцидной маргинальной дегенерацией

А.Т. Ханджян, Е.Н. Иомдина, А.В. Иванова,  
А.С. Склярова, Н.В. Ходжабекян, И.В. Манукян

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

Актуальность

Актуальность проблемы первичных кератэктазий определяется их высокой распространенностью и тенденцией к росту заболеваемости, двусторонним характером поражения органа зрения, а также социальной значимостью в связи с прогрессирующим характером течения, что нередко становится причиной инвалидизации пациентов по зрению.

Пеллюцидная маргинальная дегенерация (ПМД) — невоспалительное дистрофическое заболевание, характеризующееся истончением и выпячиванием роговицы в ее нижнем отделе от 4 до 8 часов, интактными остаются 1-2 мм роговицы между зоной истончения и лимбом. Центральная толщина роговицы обычно остается неизменной. Первоначальное изменение биомеханических свойств роговицы при ПМД является очаговым, роговица вне зоны эктазии остается интактной. Классическими паттернами кератотопогаммы при развитой стадии ПМД являются «целующиеся птички» или «клешни краба». Достоверных данных о частоте встречаемости ПМД роговицы нет, указывается на спорадический характер ее возникновения. ПМД клинически проявляется в более позднем, чем кератоконус возрасте, чаще в 40-50 лет.

В последние годы активно развивается научно-практическое направление, посвященное изучению механизмов кросслинкинга роговичного коллагена (УФКЛ) и склеры с помощью ультрафиолета А-диапазона (УФА) в сочетании с рибофлавином и возможностям клинического применения этой технологии для лечения первичных кератэктазий и других кератопатий. Кросслинкинг — это фотополимеризация волокон стромы роговицы, возникающая в результате сочетанного воздействия на нее фотосенсибилизирующего вещества (рибофлавин) и низких доз ультрафиолетового (УФ) излучения. В результате этого процесса формируются дополнительные связи между волокнами коллагена стромы роговицы, что увеличивает ее механическую устойчивость и сопротивляемость к эктазии.

Цель

Оценить эффективность и безопасность применения отечественного устройства для ультрафиолетового кросслинкинга роговицы «КЕРАТОЛИНК» в лечении пациентов с пеллюцидной маргинальной дегенерацией.

Материал и методы

Кросслинкинг роговичного коллагена с помощью отечественной установки «КЕРАТОЛИНК» проведен 14 пациентам (16 глаз) с пеллюцидной маргинальной дегенерацией. Возможность устройства «КЕРАТОЛИНК» (длина волны светодиодного источника УФ излучения 370±10 нм) менять диаметр

пятна УФ излучения в зависимости от размера зоны эктазии в пределах от 3 до 9 мм позволяет проводить процедуру локально, не подвергая воздействию всю роговицу. Доступны 3 программы УФ воздействия: 1 — «стандартный кросслинкинг — СКЛ» от 2,5 до 3,0 мВт/см<sup>2</sup>, продолжительность воздействия 30 мин; 2 — «ускоренный кросслинкинг — УКЛ 1»: от 8,0 до 9,0 мВт/см<sup>2</sup>, продолжительность воздействия 10 мин; 2 — «ускоренный кросслинкинг — УКЛ 2»: от 16,0 до 18,0 мВт/см<sup>2</sup>, продолжительность воздействия 5 мин. Во всех случаях нами применялась программа излучения УКЛ 2.

После проведения местной инстилляционной анестезии выполнялась скарификация эпителия в зоне кератэктазии с учетом топографической карты роговицы. Далее инстиллировался раствор рибофлавина (0,1% рибофлавин и 20% декстран) по 1-2 капли каждые 2 минуты в течение 30 минут (15 закапываний). Затем проводилась точная фокусировка излучения на зону эктазии, избегая воздействия на лимб, при этом расстояние между излучателем и роговицей пациента составляло 5 см и выполнялась активация УФ излучения. Одновременно продолжались инстилляции рибофлавина (1-2 капли каждые 2 минуты). Продолжительность УФ воздействия составляла 5 минут после чего роговицу промывали физиологическим раствором, закапывали антибактериальный препарат и накладывали мягкую контактную линзу. В послеоперационном периоде назначали инстилляции кортикостероидных, антибактериальных, репаративных и увлажняющих препаратов. Режим стероидной терапии составил 45 дней по убывающей схеме.

Офтальмологическое обследование до УФКЛ и через неделю, 1, 3, 6 месяцев после него включало визометрию, авторефрактометрию, биомикроскопию, исследование на Шаймпфлюг-анализаторе Galilei G6 (Ziemer, Швейцария), оптическую когерентную томографию роговицы (Anterion, Heidelberg Engineering, Германия), aberрометрию (OPD-scan III, Nidek, Япония), конфокальную биомикроскопию (ConfoScan 4, Nidek, Япония), определение биомеханических показателей роговицы — фактора резистентности роговицы (ФРР) и корнеального гистерезиса (КГ) на приборе ORA (Reichert Inc., США).

Лечение проводилось после подписания информированного согласия пациентом.

Результаты и обсуждение

Все процедуры прошли без осложнений. Полная эпителизация роговицы наблюдалась в сроки от 2 до 4 дней.

Через 6 месяцев после процедуры среднее значение НКОЗ повысилось с 0,21±0,12 до 0,28±0,08, а среднее значение КОЗ с 0,66±0,17 до 0,75±0,14 (табл. 1).

Таблица 1. Клинико-функциональные показатели пациентов с ПМД

| Показатель                                              | До УФКЛ      | 7 дней после УФКЛ | 1 месяц после УФКЛ | 3 месяца после УФКЛ | 6 месяцев после УФКЛ |
|---------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| НКОЗ                                                    | 0,21±0,12    | 0,11±0,06*        | 0,18±0,08*         | 0,22±0,08*          | 0,28±0,08*           |
| КОЗ                                                     | 0,66±0,17    | 0,41±0,14*        | 0,56±0,13*         | 0,66±0,14*          | 0,75±0,14*           |
| Показатель кератометрии по оси сильного меридиана, дптр | 49,36±2,10   | 51,16±2,59*       | 49,84±2,10*        | 48,94±2,13*         | 48,45±2,11*          |
| Показатель кератометрии по оси слабого меридиана, дптр  | 42,75±3,83   | 44,47±3,38*       | 43,44±3,66*        | 45,52±3,74*         | 41,90±3,84*          |
| Максимальный показатель кератометрии, дптр              | 52,64±2,88   | 54,24±2,88*       | 53,28±2,95*        | 52,14±2,56*         | 51,53±2,84*          |
| Сферический компонент рефракции, дптр                   | -1,50±1,29   | -2,72±1,52*       | -2,01±1,27*        | -1,40±1,19*         | -1,22±1,17*          |
| Цилиндрический компонент рефракции, дптр                | -6,25±2,09   | -7,33±2,08*       | -6,48±1,97*        | -5,97±1,99*         | -5,67±1,89*          |
| КГ, мм рт. ст.                                          | 7,64±0,87    | 8,67±0,77*        | 8,78±0,81*         | 8,85±0,77*          | 8,98±0,73*           |
| ФРР, мм рт. ст.                                         | 8,02±0,68    | 9,01±0,68*        | 9,19±1,2*          | 9,12±0,96*          | 9,13±0,97*           |
| RMS                                                     | 4,35±1,05    | 4,81±1,12*        | 4,48±1,07*         | 4,21±1,07*          | 3,93±1,05*           |
| Минимальная толщина роговицы, мкм                       | 485,01±54,26 | 486,56±58,23*     | 469,87±38,95*      | 462,69±53,33*       | 457,0±51,67*         |

Примечание: п — число глаз, \*различия показателей до и через 6 мес. после операции статистически достоверны (p<0,05).

Через 6 месяцев после кросслинкинга среднее значение сферического компонента рефракции снизилось с -1,50±1,29 дптр до -1,22±1,17 дптр, цилиндрический компонент рефракции уменьшился с -6,25±2,09 до -5,67±1,89 дптр. По данным Шаймпфлюг-анализатора среднее значение максимальной кератометрии снизилось с 52,64±2,88 до 51,53±2,84 дптр в течение 6 месяцев послеоперационного наблюдения.

По данным анализатора биомеханических свойств роговицы через 6 месяцев после процедуры отмечалось повышение ФРР с 8,02±0,68 до 9,13±0,97 мм рт. ст. и КГ с 7,64±0,87 до 8,98±0,73 мм рт. ст., что свидетельствует об повышении ригидности и биомеханической устойчивости роговицы.

Отмечается снижение минимальной толщины роговицы с 485,01±54,26 мкм до процедуры до 457,0±51,67 мкм через 6 месяцев после нее.

Анализ aberрометрических данных показал снижение значе-

ния RMS в течение 6 месяцев с 4,35±1,05 до 3,93±1,05.

По данным конфокальной биомикроскопии эндотелий сохранил постоянную плотность и морфологию во время всего исследования, что свидетельствует о безопасности проведенной процедуры УФКЛ.

**Закключение**

Проведенные нами клинико-функциональные исследования доказали эффективность и безопасность использования отечественной установки «КЕРАТОЛИНК» для локального кросслинкинга роговицы при лечении пеллюцидной маргинальной дегенерации. Снижение показателей офтальмометрии, повышение биомеханических показателей роговицы и остроты зрения, свидетельствуют об улучшении оптических и биомеханических свойств роговицы и приостановлении патологического процесса. Проведение кросслинкинга роговичного коллагена с применением отечественного устройства «КЕРАТОЛИНК» является

безопасным, технически несложным, малоинвазивным способом лечения пеллюцидной маргинальной дегенерации, позволяющим добиться биомеханической стабилизации роговицы и замедления прогрессирования заболевания. Использование ускоренного алгоритма со значительным уменьшением времени процедуры повысило ее переносимость пациентами и способствовало отсутствию послеоперационных осложнений. Применение локальной топографически ориентированной методики УФКЛ позволяет получить стабилизирующий эффект в зоне эктазии роговицы, повысить безопасность лечения за счет уменьшения потребляемой дозы УФ-воздействия на роговицу и глубжележащие структуры глаза. Сокращение продолжительности эпителизации роговицы обуславливает более комфортный ранний послеоперационный период для пациентов.

*Сборник научных трудов «XVII Российский общенациональный офтальмологический форум — 2024»*

# Офтальмология — одна из отраслей, которая максимально технологически шагнула вперед

9-10 августа 2024 года в Чебоксарах прошла ежегодная XII Всероссийская научно-практическая конференция «Новые технологии в офтальмологии», посвященная дню рождения основоположника отечественной офтальмологии, выдающегося ученого и врача Святослава Николаевича Федорова.

В программе конференции приняли участие 395 человек, приехавших из самых разных городов и регионов России: Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Кирова, Новосибирска, Ижевска, Саранска, Йошкар-Олы, Нижнего Новгорода, Калуги, Самары, Ульяновска, Волгограда и др. В рамках конференции, проходившей в течение двух дней, было организовано 10 секций, представлен 51 доклад от 46 спикеров.

**Т**оржественное открытие конференции состоялось 9 августа в ТЮЗе им. М. Сеспеля. Гостей приветствовала директор Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор Надежда Александровна Поздеева: «Мы рады видеть вас всех у нас в гостеприимной Чувашии. Наше офтальмологическое сообщество увеличилось по сравнению с предыдущими годами. В этом году мы попытались сделать программу разнообразной, чтобы было интересно и оперирующим хирургам, и коллегам, работающим в первичном звене». К торжественному открытию при помощи телемоста присоединился генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, к.м.н., заслуженный врач Российской Федерации Дмитрий Геннадьевич Арсютков. «Надеюсь, что эта традиционная конференция, проводимая Чебоксарским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза» в дань уважения великому офтальмологу Святославу Федорову, станет не менее значимым праздником науки и дружбы не только для системы МНТК, но и для всей офтальмологии. Сегодня у всех есть возможность ознакомиться с новыми и интересными фактами и открытиями, пообщаться между собой, поделиться новой информацией и, самое главное — сформировать тот командный, совместный и перспективный путь вперед к новым победам офтальмологии».

На торжественном мероприятии первый заместитель министра здравоохранения Чувашской Республики Владимир Юрьевич Гладнев обозначил задачи перед системой здравоохранения в офтальмологическом сегменте: «Офтальмология — одна из отраслей, которая максимально технологически шагнула вперед. Но остается очень большой объем работы, связанный с профилактикой. В Чувашской Республике есть подобный опыт, и есть чем поделиться».

Первую секцию конференции «Фармакотерапия и диагностика в офтальмологии» открыла к.м.н. С.Р. Кидралеева (Москва). В своем выступлении она рассказала о роли окислительного стресса в патогенезе таких заболеваний, как катаракта, возрастная макулярная дегенерация (ВМД), синдром «сухого глаза» (ССГ) и рассказала о возможности применения антиоксидантов в профилактике и лечении этих заболеваний. Далее в своем сообщении к.м.н. Т.А. Морозова (Чебоксары) акцентировала внимание на особенностях контроля воспалительных послеоперационных состояний, таких как реактивная офтальмогипертензия,



Д.м.н. Н.А. Поздеева  
(Чебоксары)



Д.м.н. А.Н. Куликов  
(Санкт-Петербург)



Д.м.н. Ю.Ю. Калинин  
(Москва)



К.м.н. Р.Ф. Гайнутдинова (Казань)



Д.м.н. Т.Н. Киселева (Москва)



Е.А. Тачева (Москва)

острый эндофтальмит, токсический синдром переднего отрезка глаза, кистозный макулярный отек, синдром атоничной радужки и стромальный асептический отек роговицы у пациентов после катарактальной и рефракционной хирургии. Серия сообщений была продолжена к.м.н. Р.Ф. Гайнутдиновой (Казань), выступившей с докладом о современных подходах лечения эндокринной офтальмопатии и выступлением главного внештатного детского специалиста-офтальмолога Минздрава Чувашии С.В. Никитиной, которая рассказала о первом случае успешного лечения пациента с нейротрофическим кератитом препаратом Ценегермин. О дифференциальном подходе к эхографии глаза рассказала д.м.н., профессор Т.Н. Киселева (Москва). Ее доклад был посвящен таким методам диагностики, как А- и В-scan, ультразвуковая биомикроскопия, в том числе с оценкой скорости кровотока. В сумме все эти методы являются высокоинформативными

и объективными, а при нарушении прозрачности оптических сред глаза еще и безальтернативными методами диагностики офтальмопатологии.

В рамках спутникового симпозиума при поддержке компании «Surgix» выступил к.м.н. А.Г. Руховец (Санкт-Петербург). Он рассказал об особенностях коррекции астигматизма слабых степеней, посоветовал выполнять коррекцию обратного астигматизма начиная с 0,3 дптр, а прямого астигматизма — с 0,9 дптр. Важным условием рефракционного успеха является точность расчета торической линзы, основанной на стабильности величины и оси астигматизма при повторных измерениях.

К.м.н. Н.С. Тимофеева (Чебоксары) в своем докладе обратила внимание на существование особенностей коррекции обратного астигматизма с помощью ИОЛ Lentis Comfort, которая обеспечивает высокие показатели остроты зрения вне зависимости от ориентации аддитивного сегмента и

предполагает необходимость интраоперационного контроля положения оптической части линзы относительно зрительной оси глаза.

Спутниковый симпозиум «Clareon collection» при поддержке компании Alcon открыла к.м.н. Е.А. Карауловская (Н. Новгород). Ее доклад был посвящен демонстрации клинических случаев имплантации ИОЛ Clareon пациентам с эпиретинальным фиброзом в качестве первого этапа комбинированного хирургического вмешательства. Л.Р. Тухфатулина (Казань) рассказала об особенностях имплантации ИОЛ Vivity пациентам с наличием кераторефракционных операций в анамнезе, предъявляющих высокую требовательность к остроте зрения и очковой независимости в послеоперационном периоде. ИОЛ с увеличенной глубиной фокуса является отличным выбором для пациентов с рефракционным анамнезом, а удлиненное фокусное расстояние данной ИОЛ может быть особенно полезным у пациентов с нестабильностью

оптической силы роговицы. К.м.н. А.А. Расческов (Казань) познакомил с особенностями расчета ИОЛ у пациентов с ССГ. Единственным надежным способом точного расчета ИОЛ у которых является полное восстановление гомеостаза глазной поверхности.

Спутниковый симпозиум компании Johnson&Johnson «Премиальная коррекция пресбиопии — от МКЛ до ИОЛ» открыл к.м.н., заместитель директора по лечебной работе Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» А.М. Иванов. Он представил клинические случаи хирургии катаракты с имплантацией ИОЛ TECNIS Synergy с углубленным фокусом, которая сочетает в себе дифракционные технологии мультифокальной ИОЛ TECNIS® и ИОЛ TECNIS Symphony® для обеспечения неизменно высокого качества зрения на всех расстояниях с высокой контрастностью. Далее технологии мультифокальности были представлены к.м.н. Е.А. Корниловой (Москва), которая познакомила с методом контактной коррекции пресбиопии при помощи линзы Acuvue Moist Oasys с технологией «оптимизации оптической зоны». Данная технология основана на том, что асферическая центральная часть линзы повторяет естественную форму роговицы, чтобы сохранить структурную целостность сложной оптики на передней поверхности, а сферическая периферическая часть обеспечивает, в свою очередь, отличное центрирование линзы у пресбиопов.

Центральное место в научной программе конференции было отведено секции «Кератопластика и современные технологии в хирургии роговицы». Открыл заседание ассистент кафедры офтальмологии Ижевской государственной медицинской академии, главный врач БУЗ УР «Республиканской офтальмологической больницы» МЗ УР, к.м.н. С.В. Иванов (Ижевск). Он продемонстрировал свой опыт нормативно-правового обоснования возможности проведения кератопластических операций с использованием нативного донорского материала в условиях офтальмологического стационара. Далее обсуждение техник кератопластических вмешательств были представлены в зависимости от объема хирургии. Своим опытом выполнения задних послойных кератопластик при дистрофии Фукса поделился заведующий детским офтальмологическим отделением Чебоксарского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» к.м.н. М.В. Синицын. Он отметил преимущества технологии пересадки десцеметовой мембраны вместе со слоем Дуа (PDEK), отличающейся практически полным отсутствием случаев отслоения трансплантата в послеоперационном периоде.

К.м.н. С.Ю. Калинникова (Москва) в своем докладе о реабилитации тяжелых пациентов с односторонним синдромом лимбальной недостаточности рассказала о необходимости двухэтапного подхода к хирургическому лечению данной патологии: I этап — аутологичная реконструкция эпителия роговицы методом бесклеевой простой лимбальной эпителиальной трансплантации (GSLET); II этап — сквозная кератопластика через 1-1,5 года после ранее проведенной реконструкции эпителия.

Об иммунных поражениях роговицы и способах их лечения рассказал д.м.н. С.В. Труфанов (Санкт-Петербург). Он отметил необходимость тесного взаимодействия офтальмологов с другими профильными специалистами в связи с проблемой несоответствия глазной манифестации аутоиммунного заболевания с его системной активностью. На сегодняшний день кератопластика с оптической целью у пациентов с последствием иммунных поражений малоперспективна и крайне опасна.

О показаниях к проведению лечебной сквозной кератопластики при инфекционных кератитах сообщила к.м.н. Е.А. Каспарова (Москва). Основными показаниями к хирургии являются угроза перфорации, десцеметомеле, расплавление роговичной ткани, распространение инфекции с вовлечением лимба и/или склеры. Обязательная предоперационная подготовка должна включать оценку состояния стекловидного тела для исключения эндофтальмита, оценку сохранности зрительных функций глаза, санацию всех очагов хронической инфекции, определение проходимости слезных путей для исключения случаев повторного инфицирования.

Опыт фемтокератопластики с одномоментной имплантацией разомкнутого кольца в трансплантат у пациентов с кератоконусом поделился д.м.н., профессор Ю.Ю. Калинин (Москва). Имплантация интрастромального кольца является эффективным и безопасным способом профилактики послеоперационного роговичного астигматизма, что особенно актуально в лечении пациентов с кератоконусом. Однако в ходе дискуссии был обсужден вопрос о более предсказуемых результатах имплантации кольца MyoRing в отсроченном периоде, а именно, после снятия швов с трансплантата, по сравнению с проведением одномоментной комбинированной хирургии.

К.м.н. К.И. Катмаков (Чебоксары) в своем сообщении рассказал о различных видах микро- и макроперфораций десцеметовой мембраны, возникающих на этапе выполнения глубокой передней пересадки роговицы, и эффективных методах борьбы с этим явлением.

Секцию «Хирургия катаракты» открыла к.м.н. Т.А. Морозова (Чебоксары). Докладчик подробно рассказала о современных видах интраокулярной коррекции: монофокальных ИОЛ (сферических и асферических), линзы с расширенной глубиной фокуса, мультифокальные, аккомодирующие, торических, добавочных, факичных, телескопических и т.д. Автор напомнила, что независимо от выбора конкретной модели линзы, существуют разнообразные подходы к расчёту премиальных ИОЛ, что не существует стандартной технологии их производства, так как производители используют самые разнообразные оптические технологии для создания мультифокальности и псевдоаккомодации.

В рамках секции результатами первичной имплантации ИОЛ со сборной оптикой у детей первого года жизни поделился к.м.н. Е.Н. Батьков (Чебоксары). Данный



Секция «Кератопластика и современные технологии в хирургии роговицы»

уникальный метод интраокулярной коррекции на сегодняшний день применяется только в Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза». Ex vivo сборка минимально меняет стандартную хирургическую технику, демонстрирует приемлемый интра- и среднесрочный послеоперационный профиль безопасности, обеспечивая открытую фиксационную платформу для освобождения пациента от

технологического уклада, существовавшего на момент первичной имплантации.

О методах интраокулярной коррекции у пациентов с сопутствующей витреоретинальной патологией рассказал к.м.н. И.А. Фролычев (Чебоксары), отметив, что ИОЛ LuxSmart (Bausch+Lomb) с расширенной глубиной фокуса может быть имплантирована пациентам с макулярным разрывом I и II

стадии, эпиретинальным фиброзом, отслойкой сетчатки без вовлечения макулярной области.

Глаукомную секцию открыл д.м.н., профессор В.Ю. Махмутов (Москва). В рамках своего доклада он осветил проблемы врожденной глаукомы и подходов к ее лечению, отметил неэффективность консервативной терапии в 95% случаев. Операциями первого выбора, по-прежнему, остаются хирургические

вмешательства проникающего типа (синустрабекулэктомии), при повторной хирургии — имплантации ангиолакомных клапанов.

Главный внештатный специалист офтальмолог Минздрава Нижегородской области, к.м.н. И.Ю. Мазунин рассказал о своих результатах одномоментной диодной инфракрасной линейной трабекулопластики в сочетании с динамическим микроимпульсным инфракрасным

### Прибор для исследования поля зрения «Периграф ПЕРИКОМ»



#### ПОРОГОВЫЕ И НАДПОРОГОВЫЕ ТЕСТЫ ПЕРИМЕТРИИ ГЛАЗА

- цвет световых стимулов белый, фон подсветки белый (КТРУ 26.60.12.119 — 00000726)
- цвет стимулов тах видности YG, фон подсветки белый (КТРУ 26.60.12.119 — 00000730)

#### Комплектность поставки

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

— поставка с цветным струйным или лазерным принтером

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

— поставка с цветным струйным или лазерным принтером

#### Производитель:

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

### «ПЕРИКОМ» — золотой стандарт периметрии российской офтальмологии

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

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

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

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



Школа молодого ученого



Стенд компании Стормофф

лазерным цикловодействием в лечении пациентов с ранними стадиями открытоугольной глаукомы. В настоящий момент лазерная хирургия глаукомы может рассматриваться как операция выбора, которая позволяет без рисков осложнений фильтрационной, клапанной или шунтирующей хирургии провести функционально сохраняющую операцию на ранних стадиях заболевания. Проведение двух лазерных операций последовательно суммирует их гипотензивные эффекты и позволяет добиться достижения давления цели.

Результаты оценки эффективности и безопасности циклофотокоагуляции с интраоперационным трансиллюминационным контролем представил Р.А. Яковлев (Чебоксары). В своем сообщении он доложил, что данная методика обладает сопоставимым гипотензивным эффектом по сравнению с непрерывно-волновой циклофотокоагуляцией, меньшим количеством осложнений и менее выраженной воспалительной реакцией в послеоперационном периоде.

Об эффективности применения механического трабекулоклининга в комбинированном лечении первичной глаукомы и осложненной катаракты рассказала О.Г. Макарова (Чебоксары). Она продемонстрировала ранние результаты использования механического трабекулоскрепера, воздействие которого в углу передней камеры по данным сканирующей электронной микроскопии приводит к увеличению межтрабекулярных щелей с минимальным повреждением структуры трабекулярной сети на фоне сохранности эндотелия роговицы. Клиническая эффективность процедуры подтверждалась также результатами гистологического исследования, которое показало улучшение проходимости путей оттока внутриглазной жидкости в участках выполнения механического трабекулоклининга.

Завершил работу глаукомной секции к.м.н. А.С. Балалин (Волгоград). В своем сообщении он поделился результатами оптимизированной YAG-лазерной трабекулостомии в лечении первичной открытоугольной глаукомы, для выполнения которой была разработана методика топографической оценки расположения коллекторных каналов по данным оптической когерентной томографии (ОКТ) переднего отрезка глаза. Данный метод лазерной хирургии может быть эффективным способом лечения больных не только с начальной и развитой стадиями глаукомы, но и с далекозашедшей стадией в качестве альтернативного метода снижения внутриглазного давления (ВГД).

В рамках секции «Аномалии рефракции: от скрининга до современных стратегий контроля и реабилитации» выступил д.м.н., профессор А.Н. Трунов. Рабочей группой Новосибирского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» была разработана программа для дистантного скринингового обследования зрительных функций, которая позволяет в короткие сроки и с минимальными финансовыми затратами обследовать большие группы детей школьного возраста и формировать группы риска по нарушению зрения. ОКТ-биомаркеры, которые указывают на прогрессирование миопии, были представлены в докладе к.м.н. С.И. Жуковой (Иркутск). К ним относятся истончение хориоидеи в нижнем квадранте макулярной области более 56 мкм, формирование перипапиллярной атрофии и увеличение ее площади.



Конкурсные фотоработы

В своем докладе к.м.н. Н.В. Майчук (Москва) рассказала о преимуществах твердотельных лазеров, которые за счет длины волны 213 нм, независимости лазера от температуры и влажности помещения, стабильности энергетических параметров открывают перспективы дальнейшего применения твердотельной абляции в офтальмологической практике.

Завершающим в рамках данной секции был доклад к.м.н. К.А. Александровой (Чебоксары), в котором она рассказала о ведении пациентов с врожденной анизометропической амблиопией при гиперметропии высокой степени. Важным фактором в лечении амблиопии у детей является полная коррекция рефракционного нарушения «от простого к сложному». Выполнение рефракционной операции как альтернативы традиционным методам лечения, проводится исключительно по медицинским показаниям при отсутствии эффекта от общепринятых методов.

Впервые в рамках конференции была проведена секция «Неотложная офтальмология», освещающая вопросы urgentных состояний, требующих быстрого принятия решения и своевременного оказания медицинской помощи. Данную секцию открыла Т.Ю. Николаева (Чебоксары) с сообщением о важнейших аспектах дифференциальной диагностики и подходов к лечению флегмон орбиты, которая может имитировать некротизирующий фасциит, подкожную эмфизему, злокачественное новообразование орбиты, новообразование слезной железы, эндокринную офтальмопатию, аллергический отек век и т.д. При несвоевременной установке диагноза и неправильном подходе к лечению исходом этого состояния могут быть тромбоз кавернозного синуса, субдуральная эмпиема, менингит и смерть пациента.

О неотложной помощи при открытой травме глаза рассказал главный офтальмолог Министерства обороны РФ, начальник кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.Н. Кирова МО РФ, д.м.н., профессор А.Н. Куликов (Санкт-Петербург). Современная концепция

офтальмотравматологии базируется на опыте кафедры при оказании специализированной офтальмологической помощи во время последних военных конфликтов и принципах военно-полевой хирургии. Выполнение первичной хирургической обработки — относительно простое офтальмохирургическое вмешательство, однако способное при правильном выполнении снизить интенсивность воспалительного, в том числе пролиферативного ответа, уменьшить риски осложнений открытой травмы глаза, способствуя достижению максимально возможного функционального результата в ее исходе.

Об этиологии инфекционных кератитов после лазерных кераторефракционных хирургий рассказала к.м.н. И.А. Риск (Санкт-Петербург). Она обратила внимание аудитории, что следует, в том числе, рассматривать атипичную микобактериальную флору в качестве источника воспаления, однако чаще всего ее лабораторная диагностика очень сложна. В первые часы следует назначать частые форсированные инстилляции (через каждый час в течение суток) антибактериальных препаратов фторхинолонового (III и IV поколения) и аминогликозидного ряда (нетилимицин).

Об особенностях дифференциальной диагностики и тактике ведения приступа закрытоугольной глаукомы рассказала заведующая отделением хирургии глаукомы, к.м.н. Н.Ю. Горбунова (Чебоксары). Она напомнила о необходимости дифференцированного подхода к оценке характера головной боли, возникающей у пациентов с острым приступом глаукомы. Основные триггеры острого приступа закрытоугольной глаукомы: длительное пребывание пациента в темном помещении, нахождение в положении лежа на животе, прием некоторых лекарственных препаратов (антидепрессанты, м-холинолитики), инстилляционная миопия. Несвоевременная постановка корректного диагноза и потеря драгоценного времени у таких пациентов по-прежнему остается актуальной проблемой.

Профессор кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.Н. Кирова МО РФ, д.м.н. Д.С. Мальцев (Санкт-

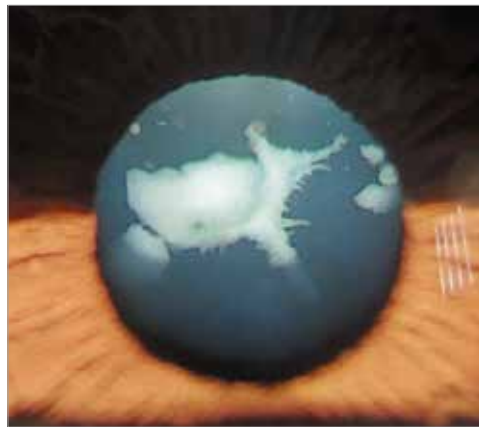
Петербург) еще раз обратил внимание на то, что ишемические процессы являются причиной острой односторонней безболезненной потери зрения и важными проявлениями коморбидной патологии. Частота ишемических поражений головного мозга по данным МРТ у пациентов с окклюзией центральной артерии сетчатки составляет 31%. Консервативное лечение, включающее назначение излорбидина динитрата сублингвально, инстилляций тимолола 0,5% местно, пентоксифиллина системно, ингаляции 10% углекислого газа, гипербарическая оксигенация, массаж глазного яблока, прием ацетазоламида внутрь, маннитола внутривенно, выполнение парацентеза передней камеры, гемодилюции, прием стероидов, аспирина, как правило, неэффективно. Однако проведенная в течение 72 часов с момента сосудистой катастрофы системная тромболитическая терапия с использованием препаратов алтеплазы дает обнадеживающие результаты, позволяя сохранить остаточные зрительные функции.

Последним докладом в рамках данной секции стало выступление к.м.н. И.А. Фролычева (Чебоксары), который подробно рассказал о красных «флагах» эндофтальмитов, к которым относят: резкое снижение остроты зрения, появление гипопиона, болевой синдром и экссудации в витреальной полости, возникающие в сроки до 2 недель после оперативного вмешательства. Немаловажно помнить о необходимости компенсации ССГ после проведенного оперативного лечения у таких пациентов с целью восполнения всех слоев слезной пленки. ССГ, как правило, развивается вследствие длительного послеоперационного лечения топическими стероидами, антибактериальными препаратами, а также после многократного субконъюнктивального введения лекарственных препаратов.

В завершающей секции первого дня конференции «Правовые основы деятельности врача» выступила медицинский юрист А.А. Романовская (Волгоград). Она поделилась аспектами юридических рисков в работе врача-офтальмолога, включая вопрос использования врачами в своей работе фото- и видеоматериалов и необходимости обязательного получения письменного согласия пациента на любую публикацию его личных данных.

Второй день конференции открыл круглый стол по вопросам макулярной патологии, на котором к.м.н. А.А. Воскресенская (Чебоксары) рассказала о существующих в офтальмологии биоаналогах и поделилась промежуточными результатами применения первого биоаналога российского происхождения (ранибизумаба) в офтальмологической практике. Биоаналогами или биосимуляторами называют биологические лекарственные препараты, имеющие сопоставимый с оригинальными биопрепаратами клинический профиль эффективности и безопасности. Их вывод на рынок занимает меньше времени по сравнению с референсными препаратами, что снижает затраты по их производству и делает их более экономически доступными для потребителя.

Опытом применения двойного ингибитора ангиогенеза (VEGF и Ang-2) в лечении пациентов с неоваскулярной ВМД поделилась д.м.н., профессор Т.Г. Каменских (Саратов). По ее данным, применение



фарисимаба в течение 8 месяцев у 10 пациентов показало высокую эффективность даже в самых трудных клинических ситуациях (в т.ч. на фоне геморрагического синдрома), а длительная стабилизация достигнутых в фазу загрузки морфологических и функциональных результатов позволила выбрать более длительные межинъекционные интервалы.

В завершении секции об альтернативных подходах лечения макулярной неоваскуляризации (МНВ) без признаков нВМД рассказала Д.В. Борисова (Чебоксары). Ею были рассмотрены случаи лечения пациентов с МНВ на фоне ангиоидных полос сетчатки, остео, посттравматической ретинопатии, миопической дегенерации, хориодермии, мультифокальным хориоидите, дистрофии Сорби, хориоретините, болезни Штаргардта и др. В докладе было отмечено, что, учитывая непостоянную выработку фактора роста эндотелия сосудов, а также наличие воспалительных триггеров, необходим выбор кастомизированного режима лечения данной группы пациентов в зависимости от активности процесса и этиологии МНВ.

Впервые в рамках конференции «Новые технологии в офтальмологии» была проведена «Школа молодого ученого», в котором слушатели смогли вместе с наставником по ораторскому мастерству Е.А. Тачевой (Москва) отработать навыки подготовки к публичным выступлениям, узнать секреты владения вниманием аудитории и нюансы борьбы с волнением. С мастером по подготовке успешных презентаций Л.А. Самохиной (Москва) были разобраны успешные составляющие создания презентации. Автор обратила внимание слушателей на необходимость предварительной оценки места выступления и его технического оснащения, подбора правильной цветовой гаммы для оформления презентации и оценки контрастности изображений. Фундаментальная часть секции была представлена докладом заместителя директора по инновационному развитию медицинских технологий Оренбургского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза», к.м.н. В.А. Трубникова о методологических основах построения любой научной работы: от оригинальной статьи до диссертационного исследования. Правильно поставленные цели и задачи исследования являются важными факторами успешного продвижения к результату, однако требует и неоднократной корректировки в ходе исследовательской работы. Современными возможностями обработки, систематизации,

графического оформления и статистического анализа поделился создатель и главный редактор интернет-портала MEDSTATISTIC.RU — Дамир Марапов. В настоящее время интернет-пространство предлагает большое количество возможностей от программ Worftune, Consensus, ChatGpt до библиографических менеджеров Zotero, Mendeley, X9, Literat и табличных редакторов, которые могут облегчить и заменить рутинные этапы научной работы, но не должны полностью исключать исследовательский подход и мысль автора. Насыщенный день конференции завершился участием «молодых» ученых в игре, основанной на статистических методах анализа, которая позволила еще раз закрепить полученные знания. Востребованность представленной информации стала поводом для включения «Школы молодого ученого» в ежегодную программу конференций.

Уже традиционным и ожидаемым стало проведение фотоконкурса «Битва офтальмофотографов–2024», который позволил продемонстрировать интересные клинические случаи из практики офтальмологов. Ведущий эксперт фотоконкурса, заведующий научно-образовательным отделом Иркутского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза», к.м.н. и победитель ежегодного международного конкурса по фотобиомикроскопии «Slit Lamp Imaging Competition-2021» Дмитрий Самсонов отметил: «По сравнению с прошлой битвой офтальмофотографов подход участников и качество работ заметно выросли. Работа жюри была сложной. Ни один член жюри не знал ни автора, ни места его работы, ни оборудования, на котором был сделан снимок. В итоге мы выбрали победителей».

По результатам голосования профессионального жюри:

1 место заняла работа «Стакан наполовину полон» — автор Гаврилюк Илья Олегович (ООО «Российская академия офтальмологии»). Снимок выполнен на фотощелевой лампе Haag-Streit BM900.

2 место: «Стальные канаты» — автор Исабеков Руслан Сражудинович (ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» г. Москва). Снимок выполнен на фотошелевой лампе Haag-Streit BM900.

3 место: «Сгушались тучи» — автор Попов Сергей Владимирович (КО ГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница»). Снимок выполнен на щелевой лампе Carl Zeiss SL120 с фотомодулем.

В номинации «Лучшая фотография, сделанная со смартфона» победил Нестеренко Александр Сергеевич (Новосибирский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова») с фотографией «Танцы разорванных связок», выполненной на щелевой лампе Seiko SM-2N + Samsung s23 ultra.

Далее состоялось награждение победителей по версии зрительского голосования.

1 место: «След улитки» — автор Ивачёв Евгений Александрович (ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Пенза). Работа выполнена на щелевой лампе Tomey-5000.

2 место: «Пустыня в глазах» — автор Аль Дарраджи Исса Оудах Хуссейн (Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»). Снимок сделан на фотошелевой лампе MediWorks.

3 место: «Ледяной взгляд» — автор Дзамихов Инал Каральбиевич (ФГБНУ «НИИ глазных болезней им. М.М. Краснова», г. Москва). Фото выполнено на щелевой лампе CSO SL-9800 с фотомодулем Mizar (осветитель в режиме холодного белого света).

С фото- и видеоматериалами, записями трансляции можно познакомиться на сайте и в личном кабинете конференции <https://cheboksary-ophtalmo.ru/>

Ваши лучшие фотографии, а также короткие видеоролики (ophthalmoshorts), выполненные на фотощелевых лампах, длительностью не более 15 секунд, мы будем ждать в следующем году!

**Ждем всех 8-9 августа 2025 года в Че-  
боксарах!**

**Следите за анонсами!**

Репортаж подготовила **Р.Р. Садыкова**  
Фото предоставлены  
оргкомитетом конференции



Фокус  
Медицина и Фармацевтика

**BIO-HYALUR**

# РАСТВОРЫ ВИСКОЭЛАСТИЧНЫЕ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ



**BIO-HYALUR CS**



**BIO-HYALUR PLUS**

**2% Гиалуронат Натрия &  
2% Хондроитинсульфат Натрия**

---

Стекланный шприц **1 мл**  
Канюля Luer Lock 27 Ga

**1,4% Гиалуронат Натрия**

---

Стекланный шприц **1 мл**  
Канюля Luer Lock 27 Ga

## НЕ ТРЕБУЕТ ХОЛОДИЛЬНОГО ХРАНЕНИЯ

**+7 (495) 646-72-51**

**info@focus-m.ru**

**www.focus-m.ru**



Стекланный шприц 1 мл  
Канюля Luer Lock 27 Ga



Стекланный шприц 1 мл  
Канюля Luer Lock 27 Ga

НЕ ТРЕБУЕТ ХОЛОДИЛЬНОГО ХРАНЕНИЯ

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

Академик РАН А.Ф. Бровкина:

# «Относись к больным как к своим родным»

&gt; стр. 1

«Родилась 30 июня 1930 г. в Москве. В 1954 г. с отличием окончила лечебный факультет 1-го Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М. Сеченова. Работала врачом-офтальмологом в Брянской областной больнице, в поликлинике Московской клинической больницы № 36. После окончания клинической ординатуры в 1959 г. работала в Московской офтальмологической клинической больнице. В 1965 г. защитила кандидатскую, а в 1970 г. — докторскую диссертацию.»

В 1980 г. Алевтине Федоровне присвоено звание профессора. С 1970 по 2004 гг. работала в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Здесь она прошла путь от старшего научного сотрудника до руководителя офтальмоонкологической службы, организовала первый в стране научно-клинический отдел офтальмоонкологии и радиологии. Отдел занимался разработкой современных методов ранней диагностики и лечения тяжелейшей, нередко угрожающей жизни пациента, патологии. »



А.Ф. Бровкина в окружении участников конференции «Офтальмогеронтология»

А что же Вам мешает просто лечь и полежать? Вы же в своем доме.

Я должна послушать последние известия. Я человек политизированный, никуда не денешься, живу со страной. Это не для красного словца.

Я понимаю.

Да, я так воспитана.

Как часто Вам приходится уезжать из Москвы в командировки?

Раньше ездила часто. Сейчас реже. Так случилось, что в этом году, в апреле-мае, два раза ездила в Питер.

Знаю по себе, что Вы пунктуальный человек. «Точность — вежливость королей». Это про Вас!

Не люблю, когда ко мне опаздывают, и не люблю сама опаздывать. Пусть это покажется невежливым, но я всегда и везде прихожу раньше назначенного времени.

Как Вы оцените фразу, произнесенную академиком В.М. Бехтеревым: «Если после разговора с врачом больному не становится лучше, то он не врач».

Целиком и полностью согласна. Врач может словом дать больному надежду жить, и врач может убить больного словом, жестом или мимикой. После чего больной уходит, опустив плечи. Врач должен быть целителем души. Не священник, а именно врач.

Я много лет, всю жизнь, занимаюсь офтальмоонкологией и вот что заметила: приходит на прием раскисший пессимист, ты его «собираешь», «склеиваешь по кусочку», а он опять «распадается». И ты ничего не можешь поделать, и обязательно метастаз выскочит.

А шансов поправиться у него было бы больше, если бы он не терял надежду на выздоровление?

Вы знаете, я уверена в том, что внутреннее убеждение, надежда, позитивный настрой пациента играют большую роль, настраивают организм бороться.

Того же убеждения придерживается американский кардиолог, изобретатель дефибриллятора, Бернард Лоун. В своей книге «Утерянное искусство врачевания» он писал, что слова могут убить, могут и исцелить. И врач лечит словами не в меньшей степени, чем лекарствами и операциями. Он описал случай, когда после звонка злой матери скоропостижно скончался пациент, который шел на поправку. Другой случай: доктор Лоун дал практически безнадежному пациенту расписку, что тот проживет еще пять лет. И этот пациент прожил пять лет, обзавелся семьей и снова пришел за

распиской. И стал жить дальше. Как не жить, ведь доктор расписку дал?

Абсолютно верно. Есть русская пословица «Слово лечит, слово калечит», особенно если это слово исходит из уст доктора.

Понимаете, сейчас врачи завязаны на компьютер, на время для приема. Время выходит — компьютер отключается. Рабочее время врача истекло. Этого нельзя делать. Нельзя врача посадить в технические рамки машины. Все люди разные. Одного больного надо буквально разбудить, начинаешь с ним о чем-то говорить, постепенно вызывая к себе доверие. Но если врач не сумел этого добиться, визит больного к нему будет бесполезен, как бы врач ни «разливался соловьем», что бы ни обещал. Это первое. Второе: больному можно говорить правду, но осторожно, «под микроскопом». Нельзя у больного убивать веру. Если больному суждено «уйти в мир иной», он должен уходить, веря, что все будет хорошо. Человек не может сказать другому человеку: «Ты — безнадежен». Когда пациент задает мне вопрос, что у него, я никогда не говорю «злокачественная опухоль», я считаю, что такой ответ может «убить» человека. Я отвечаю, что есть опухоль, типа меланомы. «Это что, рак? Это безнадежно?», — спрашивает пациент, на что я с чистой совестью отвечаю: «Меланома — одно, рак — другое, а надежда умирает последней. Надежда есть всегда, нам надо лечиться».

В этом, очевидно, и заключается искусство врачевания?

Понятие «искусство врачевания» я бы разделила на две категории. Первое: относись к больному так, как ты хотел бы, чтобы отнеслись к тебе. В любой момент ты можешь оказаться в положении пациента и ощутить на себе воздействие общения с доктором. Второе: ты смотришь больного, он тебе рассказывает о своих ощущениях — слушай, думай, анализируй, войди на его боль, чтобы понять, что с пациентом. Поставить диагноз по перечню симптомов нельзя. Одни и тот же симптом имеет различные механизмы проявления. Относись к больным как к своим родным. С родными же мы носимся, ищем лучшего врача, так ведь?

Индивидуальный подход, персонализированные методы лечения и клинические рекомендации. Как обеспечить баланс?

Я Вам так скажу: фразу «персонализированные методы лечения» заездили. В России всегда практиковался персонализированный подход к лечению пациента. Наши учителя, профессора, я могу назвать с десяток знаменитых терапевтов, говорили: «Выслушай больного, смотри на его поведение, анализируй и назначай лечение». Что такое персонализированный подход?

«Под руководством и при непосредственном участии А.Ф. Бровкиной разрабатывались и внедрялись органосохраняющие оригинальные методы хирургического лечения и лучевой терапии опухолей глаза и орбиты с использованием микрохирургических технологий, активно разрабатывались современные методы иммунотехнологий.»

По инициативе и при участии А.Ф. Бровкиной созданы первые отечественные офтальмоаппликаторы для локального облучения опухолей глаза и его придаточного аппарата, разработан методика облучения узким медицинским протонным пучком опухолей глаза и орбиты. »

Назначить лечение с учетом особенностей течения заболевания у этого конкретного человека.

Теперь о клинических рекомендациях. Я считаю, что клинические рекомендации — это «взгляд в нечто». Клиническими рекомендациями ограничивать лечебные, терапевтические возможности врача нельзя. Все врачи разные. Есть начинающий доктор, находящийся в поиске, которому клинические рекомендации и справочники помогут. Хотя, конечно, врач всю жизнь должен искать, учиться. Есть врачи опытные. Некоторые клинические рекомендации вызывают недоумение. Мне остается только хмыкнуть и про себя подумать: «Глупость написали». Потому что я эту область ЛУЧШЕ ЗНАЮ. Исходить надо из своих знаний и опыта. Еще раз повторюсь: относись к больным как к своим родным.

Алевтина Федоровна, помните слова героя фильма «Ирония судьбы, или С легким паром!» Жени Лукашина: «Я — представитель самой консервативной профессии. У нас есть собственное мнение, особенно трудно: а вдруг оно ошибочно? Ошибки врачей дорого обходятся людям». Вы разделяете эту точку зрения?

Не согласна с Женей Лукашиным. Имей собственное мнение. Не бойся его отстаивать. Всю жизнь отстаиваю, жива и работаю. Мой богатый жизненный опыт показывает, что людей, которые боятся высказать свое мнение, боятся что-то сказать в лицо начальству, всю жизнь пинают. Женя Лукашин — не герой моего романа.

Случайно увидел в интернете анонс 4-й научно-практической конференции для пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ, проведение которой намечено на 17 мая этого года. Цитата: «На конференции выступят эксперты от медицинского профильного сообщества, эксперты в области управления здравоохранением и лекарственным обеспечением, а также представители пациентских

организаций. Подготовленные на конференции предложения и рекомендации будут направлены в профильные ведомства». Имеют ли смысл такие конференции? Возможно ли проведение подобных мероприятий в офтальмологии?

Я считаю, что нет. Бронхиальная астма и ХОБЛ — тяжелые хронические легочные заболевания. Если пациент знает больше врача, то врач ему не нужен. Как бы ни был пациент образован, как бы глубоко он ни изучал свое заболевание, он все экстраполирует на себя. Врач, когда обследует больного, полагается, прежде всего, на свой профессиональный опыт, приобретенный в результате работы с большим количеством больных. Пациент не способен дать оценку своему состоянию, поскольку он не обладает клиническим опытом, клиническим мышлением. В его распоряжении лишь статьи из интернета, его взгляд на проблему носит исключительно поверхностный характер. Я никогда не буду дискутировать с больным, каким бы «опытным» он ни был, на тему методов лечения его заболевания, но обсудить методы лечения (хирургический, медикаментозный), если есть выбор, следует.

Когда я прихожу к доктору со своей больничкой, и доктор начинает мне подробно что-то объяснять, сразу ему говорю: «Я этого не знаю, лечите меня». Я не лезу в «чужой огород». Что касается упомянутой Вами конференции, считаю, что речь идет о заигрывании с пациентами. А это некрасиво.

И в офтальмологии проводить такие конференции просто смешно. Хотя в офтальмологии есть много тяжелых, хронических заболеваний, заканчивающиеся утратой зрения, но я никогда не пойду на такие совещания.

Когда такие совещания имеют смысл? Например, когда речь идет о тяжелых, хронических заболеваниях в детском возрасте, когда необходимо объединить родителей в одном: как за такими детьми ухаживать, как их вести, как обращаться. Но если пациент будет мне указывать, как его лечить, я пошлю его лесом.



Фрагмент интерьера кабинета А.Ф. Бровкиной

« В 2000 г. Алевтина Федоровна избрана членом-корреспондентом, а в 2005 г. — действительным членом РАМН. С 2013 г. действительный член РАН, заслуженный деятель науки РФ. С 2004 г. Алевтина Федоровна Бровкина является профессором кафедры офтальмологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО) Минздрава России. Академик А.Ф. Бровкина — блестящий организатор: по ее инициативе была

организована уникальная офтальмоонкологическая служба в Советском Союзе, первые 10 офтальмоонкологических центров в стране позволили качественно изменить подходы к диагностике и лечению опухолевых и опухолеподобных заболеваний глаза, его придаточного аппарата и орбиты. К концу 1980-х гг. в стране 75% больных выявляли в ранней стадии роста опухоли, что и явилось основой для создания системы органосохранного лечения опухолей глаза и его придаточного аппарата. »

Вы приняли участие в первой научно-практической конференции «Генетика глазных болезней». Ваши впечатления о прошедшем мероприятии? Представьте, пожалуйста, свой доклад.

Мой доклад назывался «МикроРНК — регулятор клинической формы эндокринной офтальмопатии» и касался роли микроРНК в диагностике некоторых форм эндокринной офтальмопатии, в частности, липогенного варианта. МикроРНК — это малые некодирующие молекулы РНК, представляют собой осколки РНК. Они играют большую роль в связи генома и всего организма с внешней средой. В западных странах (которым я никогда не кланялась, всегда была упертой) исследователи говорят, что есть орбитопатия Грейвса, активная и неактивная стадии. Мне никто и никогда не докажет, что сегодня болезнь есть, а завтра ее нет. Такого не бывает. Существует временной период заболевания: острота процесса, стихание и окончание — либо хорошее, либо нет. Есть различные формы орбитопатии Грейвса или эндокринной офтальмопатии. В частности, доказано (не нами, а очень известными, мудрыми учеными Запада) существование при некоторых формах заболевания избыточного количества жировой клетчатки. При этом формирование избытков жировой клетчатки происходит за счет абсолютно нормальных жировых клеток. До сих пор считалось, что эта форма не поддается лечению с применением глюкокортикоидной терапии. И, действительно, нормального человека

лечить бессмысленно, можно его только загубить, так и нормальные клетки лечить бесполезно.

Из пяти форм микроРНК, что были в нашем распоряжении, три формы прекрасно сработали. Они продемонстрировали увеличение своей экспрессии, их насыщенности в периферической крови у больных с так называемым липогенным вариантом отечного экзофтальма. При липогенном варианте отечного экзофтальма увеличивается количество жировых клеток клетчатки, образующих дольки жира. Единственным методом лечения является хирургическое удаление этой избыточной массы. Красивый вариант. Думаю, будем продолжать двигаться в том же направлении.

**Как Вы считаете, генетика в офтальмологии делает первые шаги, или по каким-то направлениям достигнуты ощутимые результаты?**

Генетики, конечно, могут меня убить... Я впервые принимала участие в генетической конференции, внимательно прослушала все доклады. Безусловно, с одной стороны, генетика в своем развитии сделала огромные шаги. Ученые выделили колоссальное количество генов, но они не знают, что с ними делать. С другой стороны, генетика находится пока еще на пути поиска. Что касается офтальмологии... Понимаете, я клиницист. Мне необходимо четко понимать, а это почему, а это зачем, что с этим делать, как это убрать, чтобы человеку стало легче. Я задавала

« А.Ф. Бровкина является автором более 520 научных работ, из них 23 книги, монографии и учебники для студентов медицинских вузов. Под ее руководством выполнено 39 кандидатских и 12 докторских диссертаций по офтальмоонкологии и орбитальной патологии. А.Ф. Бровкина — автор и руководитель приоритетных научных исследований по офтальмоонкологии и орбитальной патологии, создатель научной школы и

первого отечественного руководства по офтальмоонкологии, автор многочисленных патентов на изобретения. Заслуги Алевтины Федоровны Бровкиной отмечены многочисленными наградами и премиями: в 1984 г. ей присуждена Государственная премия СССР, в 1988 г. награждена орденом Дружбы народов, в 2002 г. — присуждена премия Правительства Российской Федерации. »

некоторые вопросы, пыталась увязать одно с другим, но пока не на все из них получила ответ.

Генетика, разумеется, играет большую роль в лечении офтальмологических заболеваний. За очень короткий период достигнуты большие успехи! Возьмем, к примеру, микроРНК: в 1993 году их нашли у нематоды (класс круглых червей), а в 2003 году — у больного, страдающего злокачественной лимфомой, в 2008-м — в опухоли в глазу. В 2012 году было показано, что микроРНК следует искать в плазме крови, и для этого не нужно «лезть» в опухоль. Поиски продолжаются, и они закончатся успехом, я в этом не сомневаюсь.

**Интернет переполнен призывами оказать финансовую помощь в лечении детей с тяжелыми недугами, в том числе с офтальмоонкологией. Государственная медицина не в состоянии оказать бесплатную помощь?**

Я ЭТОГО ПОНЯТЬ НЕ МОГУ! Если есть государственная система лечения, в частности, детей, страдающих онкологическими заболеваниями, то, что происходит? Если я ставлю больному, откуда бы он ни приехал, диагноз «злокачественная опухоль», тут же оформляются все необходимые документы, и лечение проводится БЕСПЛАТНО! Я не в состоянии понять, когда на лечение требуются миллионы. Конечно, лечение стоит дорого. Предупредить и начать лечить заболевание на ранней стадии обходится государству значительно дешевле. Лечить тяжелые, запущенные формы тяжелее. Я работала в Московской глазной больнице с 2004 года и не помню случая, когда бы мы лечили онкологию за деньги. Я не слышала, чтобы больной жаловался на то, что с него требуют какую-то плату за лечение. Конечно, больные платят, если хотят «влезть» без очереди и попадают на платный прием. Но это их проблемы. Если ты идешь по закону, ты лечишься бесплатно. У меня невольно возникает чувство недоверия, когда я вижу подобные обращения. Тем более, у государства все внимание обращено сегодня на онкологических больных.

**11 июня 2026 года исполнится 200 лет со дня открытия Московской глазной больницы. Считаете ли Вы, что Московский офтальмологический центр является наследником той старой больницы, или ее история завершена?**

Московский офтальмологический центр Боткинской больницы является правопреемником, продолжателем Московской глазной больницы. Хочу сказать, что Боткинская больница является фундаментом нашего офтальмологического центра. Мы — единое целое. При этом принципы приема больных, их обследования и лечения, заложенные еще много лет назад в старой глазной больнице, в центре свято соблюдаются. В больнице витал свой дух, аромат общения с больным. Нас учили именно... задушевному разговору с пациентом, наверное, только не хватало чашки чая. Больной ведь должен раскрыться...

**Алевтина Федоровна, в заключение хочу поделиться своим наблюдением, которое касается рук женщин-офтальмологов. Смотришь на Ваши руки, на руки Ваших коллег разного возраста — красивые ладони, изящные, тонкие пальцы... Это — «издержки» профессии или, может быть, простое совпадение?**

Я много лет оперирую, работаю под микроскопом. Во время операции руки работают самостоятельно. Я еще не успею подумать об очередной манипуляции, а они

уже это делают. Должна быть особая чувствительность кончиков пальцев. Даже не знаю... Но должна Вам сказать, что когда я пришла в глазную больницу в 1958 году, первое, на что я обратила внимание, это то, что глазные хирурги не копали картошку, не чистили овощи (в те годы хирурги работали без перчаток), у всех «ухоженные ручки». Они говорили, что «черновую» работу офтальмохирург делать не может, иначе руки будут «не такие».

**То есть не из-за опасности занести инфекцию?**

Нет, из-за боязни, что кончики пальцев могут потерять чувствительность. Надо же нитку почувствовать, а она толщиной в одну десятую миллиметра.

Знаете, Вы натолкнули меня на мысль о том, что у хирургов мужчин, как правило, руки тоже «музыкальные». У Аркадия Павловича [Нестерова] была маленькая ладонь и длинные тонкие пальцы.

**Алевтина Федоровна, в заключение хотелось бы просить Вас дать расписку в том, что мы продолжим нашу беседу через 5 лет.**

(Смеется) Не буду, я суеверная.

**Спасибо Вам большое за беседу, всего Вам самого доброго!**

Интервью подготовил Сергей Тумар

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

Биосовместимость ☒  
Безопасность ☒  
Эффективность ☒

**Дренаж коллагеновый антиглаукоматозный**

**Линза интраокулярная мягкая заднекамерная "Иол - Бенц-25"**

**Канюли офтальмологические стерильные**

23 G  
25 G  
27 G

**Аппарат для кроссликинга роговицы глаза «Локолинк»**

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

Доктор медицинских наук М.В. Будзинская:

# «Я такая, какая я есть»

> стр. 1

Однако в школе мне нравилась физика, я с медалью окончила физико-математический класс и даже подала документы в МГУ. Это были 90-е годы, и папины аргументы в пользу медицины оказались весомее: «Время тяжелое, точными науками ты себя не прокормишь, а в медицине тоже есть физика». Так я стала студенткой РГМУ. Позже, при подготовке кандидатской диссертации, я сотрудничала с Институтом общей физики. Папины слова оказались пророческими. Тема работы касалась фотодинамической терапии и носила больше теоретический характер.

В докторской диссертации значительное место занимала уже клиническая часть. Докторская диссертация в большой мере стала возможна благодаря тогдашнему мэру Москвы Юрию Михайловичу Лужкову. Он курировал медицину и давал большие гранты на развитие различных медицинских программ, которые были доступны. В те годы я, молодая девчонка, смогла попасть в программу. Кроме меня в ней участвовали представители разных направлений: гинекологи, стоматологи, гастроэнтерологи. Гранты Правительства Москвы давали реальные возможности воплотить в жизнь научные идеи. Грант позволил нам сделать первый отечественный прибор для проведения фотодинамической терапии. Хорошо помню, как ездила в Сергиев Посад на Загорский оптико-механический завод (ЗОМЗ). Там я буквально дневала и ночевала. Для меня было важно, чтобы каждая гайка, каждая деталь строго соответствовала проекту. Это было интересно, захватывающе. Мой папа оказался прав: в медицине меня не оставила ни физика, ни математика.

**Скажите, Ваши требования воспринимались всерьез сотрудниками завода?**

Поначалу меня никто всерьез не воспринимал. Но когда они поняли, что я приеду завтра, послезавтра, что они от меня просто так не отделаются, все было сделано как надо.

**Позвольте вернуться немного назад и задать традиционный вопрос, почему офтальмология?**

На самом деле у меня была идея пойти в гинекологию, либо общую хирургию. Мой папа, замечательный, умный человек, никогда не говорил «нет». Но при этом он каким-то образом давал понять, что этого делать не следует. Он пригласил меня, тогда еще студентку, к себе в 31-ю больницу на дежурство и добавил, что у хирургов дежурство утром не заканчивается, что утром я не поеду домой спать. «Потом у тебя будет полноценный рабочий день, экстренные вызовы», — наставлял меня папа. Меня ставили на каждую операцию на ассистенцию, кроме того, я выполняла обязанности медицинской сестры и санитарки вплоть до мытья полов в операционных. Папа не делал мне никаких поблажек. Он говорил: «Когда будешь врачом, ты не должна давать дурацкие задания ни нянечкам, ни сестрам, ни санитарам». Я прошла и сестринскую, и санитарскую практику, что позволило мне усвоить, что и как работает в больнице. В итоге продержалась неделю и поняла, что просто физически не потяну. Я поняла, что хирургия и гинекология, если полностью им отдаваться, это — тяжкий физический и моральный труд, что очень тяжело переживаю смерть человека и вряд ли смогу к этому адаптироваться. К сожалению, не все, кто идет в медицину, понимают, что пациенты не только выздоравливают, что в некоторых специальностях врачи в значительном проценте случаев сталкиваются с летальным исходом. И всякий раз, когда доктор пропускает через себя уход человека, происходит выгорание. Хочет он того или не хочет.

Мне очень нравились ревматология и эндокринология — там меньше надо работать руками, но больше головой — и я металась между этими двумя специальностями. Но мама предложила мне попробовать себя в офтальмологии, аргументируя свое мнение



Д.м.н. М.В. Будзинская

тем, что в офтальмологии есть и эндокринология — эндокринная офтальмопатия, и ревматология — увеиты. В тот момент, учась в институте, я работала медсестрой в неотложной помощи МНИИ ГБ им. Гельмгольца и видела практически весь спектр острой офтальмологической патологии, в том числе гемофтальм при диабете. Я поняла, что офтальмология — многоликая, интересная специальность, что и определило мой конечный выбор.

Благодаря маме познакомилась со Львом Абрамовичем Кацнельсоном. Я присутствовала на его консультациях, и, хотя еще мало разбиралась в офтальмологии, поняла, что это именно то, что я хотела. Так родилась моя любовь к главному дну: все специальности, которые мне нравились, сосредоточены именно здесь. В свою очередь Лев Абрамович отвел меня к Тамаре Иосифовне Баляшанской, которая фактически выполняла обязанности медтехника и делала для Льва Абрамовича ангиографию. Я сидела с ней на флюоресцентной ангиографии, и она примерно так комментировала обследование: «Я не могу точно сказать, что это. Но вот смотри, здесь сосуд идет так, здесь такие изменения, а здесь такие». В те годы при обследовании глазного дна еще не использовалась цифровая камера. Снимки делались на пленочный фотоаппарат с 36 кадрами, и ты не имел права на неправильный кадр. Благодаря Тамаре Иосифовне я освоила ФАГ, а интерпретировать уже училась в отделении. Я очень благодарна Надежде Алексеевне Ермаковой, которая научила меня смотреть глазное дно, читать медицинскую литературу, в том числе иностранную. Она говорила, что при чтении нужно обязательно обращать внимание на все ссылки. Довольно часто мы пользуемся неправильными источниками. Допустим, открываем статью, где написано, что NN сказал то-то. Надо обязательно поднять статью NN, а в ней может быть ссылка на то, что PP сказал то-то. Наконец, ты добираться до первоисточника, а там может быть все совсем другому. Надежда Алексеевна научила меня оценивать статьи по методологии, т.е. смотреть, при каких методах исследования получены какие результаты, оценивать выборку пациентов. Одно дело, когда исследование проведено на 12 пациентах, совсем другое, когда в исследовании участвовали 300 человек. Надежда Алексеевна научила меня «складывать пазл» при исследовании глазного дна. Ведь оно при одной и той же патологии совершенно разное, при этом признаки одинаковые. Важно в голове «сложить пазл» и провести диффдиагностику.

**Мария Викторовна, когда Вам показало, что по мастерству исследования глазного дна Вы сравнялись со своим наставником?**

К сожалению, моя судьба сложилась так, что я не смогла работать с Надеждой

Алексеевной столько, сколько бы мне хотелось. Я опять же вспоминаю слова Льва Абрамовича Кацнельсона, который мне говорил, что если я начну смотреть по 30 глазных доньев в день, то через 5 лет научусь видеть, а через 10 лет — понимать, что я вижу. И он прав. Сейчас, когда ко мне приходят ученики, я повторяю им слова Льва Абрамовича. Они смеются и мне не верят. Правда, сейчас у некоторых моих учеников стаж исследования глазного дна перевалил за 10 лет, и они говорят: «Мария Викторовна, Вы были правы».

То есть опыт складывается из количества осмотров, анализа, общения с коллегами. Сейчас в рамках ежегодной конференции мы проводим антиангиогенный клуб. Не секрет, что ретинологи учатся по клиническим случаям. Доктора представляют свои кейсы, обсуждают сложные случаи, делятся своими мыслями. Клинические случаи вызывают живой интерес, в отличие от вебинаров по клиническим исследованиям. Я часто говорю фармкомпаниям, что можно показать один график, два графика, но это скучно, неинтересно. В конце концов, все умеют читать статьи, что такое-то лекарство в определенной дозировке дало положительный результат. Другое дело — клинические случаи, в каждом клиническом случае ты узнаешь своих пациентов, а разбор картины глазного дна помогает правильно поставить диагноз и правильно выбрать тактику ведения. Патология глазного дна насчитывает более 230 нозологий, это широкий спектр для диффдиагностики.

**Вы говорите, чтобы научиться «читать» глазное дно, необходима ежедневная клиническая практика в течение многих лет. Не происходит ли «замыливания» глаза доктора? Не начинает ли исследователь «видеть» то, чего нет и в помине? Происходит ли такое явление?**

Да, такое случается в нашей специальности. Чтобы этого не происходило, сейчас используются удобные диагностические методы исследования: сфотографировал — сделал томографию — отложи — почитай — вернись обратно. Конечно, бывают urgentные ситуации, такие как окклюзии артерий сетчатки, острый некроз сетчатки, отслойка сетчатки, но они, к счастью, возникают не так часто, и при подозрении на эти случаи не стесняйтесь пользоваться помощью более опытных коллег.

Сейчас, кстати, произошло интересное разделение на medical retina и витреоретинальную хирургию. За рубежом и у нас это совершенно разные специальности.

Конечно, надо собираться с коллегами, обсуждать клинические случаи. Мне очень повезло, что среди моих друзей Анжела Жановна Фурсова, Елена Константиновна Педанова, Федор Евгеньевич Шадринцев, Инна Ивановна Малиновская из Белоруссии, и мы иногда в ватсапе «перекидываемся» своими случаями: «Как ты думаешь, что это? — Я думаю, то-то и то-то, но давай еще кого-то спросим». Мы стараемся держаться вместе, обсуждаем интересные клинические случаи, показываем их в презентациях, слушаем мнение других врачей, в том числе молодых коллег. Сейчас делаем один очень интересный проект с Ринамом Рустамовичем Файзрахмановым, человеком с потрясающей эрудицией и энергией, ему удалось собрать и воспитать замечательную команду молодых офтальмологов. Сейчас молодежь очень талантливая, начитанная, иногда у них больше фундаментальных знаний, чем практических, и общение с молодыми докторами доставляет истинное удовольствие. Хочу обратить внимание на уровень докторов, окончивших не столичные ВУЗы. Многим москвичам и петербуржцам есть чему поучиться у этих ребят.

Только что на антиангиогенном клубе доктор из Казани сделал настолько блестящий доклад, что президиум слушал его, буквально, затаив дыхание. Я давно не слышала подобных выступлений и с методологической точки зрения, и с точки зрения

подачи материала, абсолютно правильно разобранная диагностика, лечение... Великолпно!

**Как Вы думаете, у докторов, работающих не в крупных институтах, а, допустим, в районных больницах, есть ли возможность профессионального самовыражения?**

Я не могу ответить за своих коллег. Думаю, у них есть определенные сложности. У кого их нет? У нас с вами есть проблемы. Такого не бывает, чтобы прямая дорога, под аплодисменты...

Хочу еще раз вспомнить своего папу. Один раз меня очень сильно обидели, и папа, выслушав мою историю, сказал: «Маш, запомни: любят только сырых и убогих. В той ситуации ты проявила свои знания, настойчивость и получила за это. Тебе остается сделать выводы, чтобы в следующий раз более корректно вести себя с оппонентами. С другой стороны, конфликт показал, что ты уже что-то собой представляешь, и в тебе видят конкурента». К сожалению, конкуренция не всегда бывает честной. Так было, так будет, и неважно, где ты работаешь, в крупном институте или в районной поликлинике.

**После Института им. Гельмгольца Вы перешли на работу в НИИГБ. Я правильно понимаю?**

Да, я перешла в НИИГБ, где в 2004 году защитила кандидатскую диссертацию и позже — докторскую. Хочу выразить глубокую признательность Сергею Эдуардовичу Аветисову за то, что он в меня поверил и взял на работу, на ставку лаборанта. Сейчас некоторые молодые доктора морщат нос, когда им предлагают должность младшего научного сотрудника, а хотят сразу быть «владычицей морскою». Таким ребятам я отвечаю, что защитила кандидатскую, работая на должности лаборанта-исследователя, и только позже меня взяли на младшего. А когда я защитила докторскую, пришла комиссия и задала руководству института вопрос, почему доктор наук сидит на ставке научного сотрудника. Я никогда не придала значения должности. По мне «хоть горшком назови, только в печку не ставь». Я такая, какая я есть, и неважно, какая табличка висит на моем кабинете, какой бейджик прикрепили на халат. Не надо вешать на меня ярлыков.

**В 2011 году Вы защитили докторскую диссертацию. Вы ранний доктор наук?**

Да, можно сказать, что ранний. Более того, я одна из ранних докторов наук по специальности «офтальмология». Опять же благодаря Юрию Михайловичу Лужкову, программам грантов, я смогла подготовить диссертационную работу. Еще раз повторюсь, что мне очень повезло попасть в эту программу. Деньги очень нужны в научно-исследовательской работе: это и реактивы, и приборы. В голове может возникнуть множество идей, но как их воплотить, если нет средств на оборудование?

**Ваша докторская диссертация была ли продолжением темы, начатой в кандидатской диссертации?**

Не совсем. Кандидатская работа касалась экспериментов с меланомой (тема «Возможность применения отечественного препарата «Фотосенс» при флуоресцентной диагностике и фотодинамической терапии опухолевых и псевдоопухолевых заболеваний глаз (экспериментальное исследование) — прим. ред.), а докторская — «Система новых подходов к диагностике и лечению субретинальной неоваскулярной мембраны» — была посвящена хориоидальной неоваскуляризации при различных патологиях. Однако в обеих работах исследования касались глазного дна.

**Как долго Вы работали в должности заместителя директора по научной работе? Какие основные обязанности легли на Ваши плечи?**

Около пяти лет. Это была интересная, но очень тяжелая работа. Я заведовала отделением клинических исследований в офтальмологии (затем переименованного в отделение патологии сетчатки и зрительного нерва), и когда шла на должность заместителя директора, дала понять, что отделение — это мое дитя, я его не брошу и оно всегда для меня будет в приоритете. Но это было крайне тяжело — фактически работать на двух работах. Но мне повезло: со мной рядом был Сергей Эдуардович. Сколько слез было выплакано в его жилетку! Без него я бы не справилась.

Работа на должности заместителя директора включала формирование научных отчетов, сбор научных отчетов, формирование плана. Если помните, в тот период произошло переподчинение института, переход в ведение ФАНО (Федеральное агентство научных организаций). То есть вечером мы могли заснуть с одним госзаданием, а проснуться уже с другим...

**... которое могло перечеркнуть усилия, приложенные по первому госзаданию?**

Не только могло, а перечеркивало! Сейчас я рада, что наступила фаза стабильности в плане госзадания, таких сильных колебаний, как раньше, уже нет. Как гласит древняя пословица: «Не дай вам бог жить в эпоху перемен».

Как заместителю по науке приходилось также решать вопросы обеспечения материально-технической базы для научно-исследовательской работы. Были случаи, когда приходилось разбираться в конфликтных ситуациях.

Я хочу поблагодарить директора института профессора Юсефа. Он возглавил институт перед КОВИДом, и когда мы попали в КОВИД... То, что мы пережили, трудно описать словами. Лишь благодаря тому, что были единой командой, мы сумели пережить тяжелейший период. Не буду вдаваться в подробности, но благодаря усилиям доктора Юсефа, нам удалось спасти институт. Он находился в очень тяжелой ситуации и, если бы не доктор Юсеф, не знаю, что нас могло ожидать. У нас была устаревшая материально-техническая база, один оптический когерентный томограф. Сейчас их 14, и все работающие. Представьте, сколько директор сделал за это короткое время? Я знаю, что у некоторых коллег могло сложиться необъективное мнение об этом человеке. Просто они его не знают, не работали с ним в одной упряжке. Да, он трудоголик сам работает много и требует полной отдачи от окружающих. Конечно, мы ругались, мирились, не всегда одинаково смотрели на вещи. Но находили консенсус. У меня не было опыта административной работы, а у него огромный. Он иногда просто говорил: «Маша, это так, потому что так». И, действительно, через некоторое время я понимала, что это работает так и никак по-другому работать не может.

**У меня сложилось впечатление, что доктор Юсеф многое может. На открытии одной из первых конференций «Офтальмогеронтология» в качестве почетных гостей были руководитель «Ростехнологии», министр здравоохранения, министр высшего образования и науки, депутаты Государственной Думы.**

Он многое может и много работает. Честно признаться, я в своей жизни не встречала человека с такой феноменальной работоспособностью. Мы могли сованиваться в 12 ночи, обсуждая поднятые днем вопросы, и решение которых приходило поздно ночью. А с утра мы оба были уже на работе. Я не знаю, как он выдерживал такой ритм. Он много времени уделяет развитию молодых кадров. Если раньше в нашей ординатуре обучались десять ординаторов, сейчас — больше сорока. Добиться от министерства такого количества мест... Он заставил нас полностью пересмотреть систему обучения. Мы переписали все лекции, переработали учебный план. На базе института появилась кафедра, которая занимается координацией обучения ординаторов и аспирантов, контактируя непосредственно с научными подразделениями. Нам всегда недоставало такого связующего звена, и, наконец, оно появилось. Появился ветлаб, у директора есть прямой чат с ординаторами. Представляете, директор института напрямую общается с ординаторами!



Д.м.н. Юсеф Юсеф, д.м.н. М.В. Будзинская

**Я Вас понимаю! Не во всех учреждениях рядовые сотрудники имеют доступ к руководителю.**

А здесь прямой чат с директором! И я знаю, что он его читает, по тому, что некоторые темы, которые мы обсуждаем, пришли из чата. С одной стороны министры, с другой — ординаторы. И у него на все есть время.

**Сейчас Вы работаете в Израиле, при этом не теряете контакт с институтом.**

Я, действительно, не теряю контакт с институтом, опять же благодаря доктору Юсефу. В режиме онлайн я работаю на кафедре, читаю лекции. Кроме того, занимаюсь обработкой научных данных, с применением методов математической статистики и искусственного интеллекта, пишу статьи, работаю с диссертантами. Сейчас специалисты, работающие в medical retina, могут использовать данные мультимодальной диагностики и работать из любой точки мира. Именно поэтому, когда смотришь место работы наших ведущих спикеров то видишь «Дели-Лондон» или «Сингапур-Нью-Йорк». Я счастлива, что наш институт обладает такой же научно-технической базой, как и ведущие клиники мира и расстояние над нами уже не властно.

Как ни пафосно это может прозвучать, но я хочу для будущих поколений сохранить метод флуоресцентной ангиографии. Проблема в том, что флуоресцина нет в России уже семь лет, но я надеюсь, что рано или поздно он появится, и этот диагностический метод вновь заработает в отечественных клиниках.

**Может ли появиться полноценная замена флуоресцентной ангиографии?**

С 1976 года найти замену не удалось. Есть ОКТ-ангио, но это — не совсем то.

**Учреждение, в котором Вы сейчас работаете, это научный институт или клиника?**

В отличие от российских НИИ, где ведется как научная, так и лечебная работа, в Израиле существует четкое разделение между фундаментальной наукой и клиникой. Научные институты в этой стране не занимаются лечением пациентов, они проводят только научные исследования, в основном фундаментального характера. Лечебная работа ведется в клинических учреждениях. В моем случае это государственный медицинский и университетский центр «Барзилай». На нашей базе проходят обучение студенты университета имени Бен Гуриона. На базе клиники работает Хельсинкский комитет, поэтому мы проводим и клинические исследования с участием пациентов. Надо сказать, мне опять повезло с руководителем: это замечательный человек, один из ведущих нейроофтальмологов доктор Элай Алони. Скажу только, что нейроофтальмология — это еще более сложная наука, чем ретинология.

**Как Вы общаетесь со своим руководителем, на английском, иврите?**

Сначала мы общались на английском, но поскольку я веду прием, консультирую

пациентов, делаю инъекции, мне пришлось освоить иврит.

**Иврит — сложный язык?**

Очень. Тому, кто говорит, что иврит — простой язык, не верьте. Это язык, у которого отсутствуют гласные при написании, но существуют в устной речи. Поэтому ты должен знать все слова, чтобы, читая текст, мог понять его смысл. Вообще, это очень интересно. Профилактика Альцгеймера — в действии!

**То есть гражданам Израиля эта болезнь не грозит.**

Для граждан Израиля это родной язык.

**Понятно, им не надо напрягаться. Ну, и как пел Владимир Семенович, «там на четверть бывший наш народ».**

Конечно, приходят и пациенты, говорящие на русском языке. В клинику обращаются много франкоязычных граждан.

Дело в том, что в городе, в котором я живу, Ашкелон, живет много людей, предки которых бежали из Франции, Бельгии и Голландии в годы холокоста в Южную Африку, а после образования государства Израиль обосновались в этом городе. Хотя сам город известен со времен неолита, городом он стал во времена ханаанцев около 2000 до н.э. Сохранились арочные ворота и крепостная стена тех времен. Своего расцвета город достиг при финикийцах. В детстве я зачитывалась повестью Василия Яна «Финикийский корабль», и вот, я на этой земле, которая несет в себе огромное количество исторических событий: нашествие из Вавилона, скифы, Древний Рим, остатки дворца царя Иудеи Ирода (или его сестры). В 1192 году Ричард Львиное Сердце тоже побывал в этих землях. В городе сохранились прекрасные византийские мозаики, остатки византийской церкви Санта Мария Виридис. Сейчас в городском парке идут археологические раскопки и восстановление римского храма. На территории больницы Барзилай, где я работаю, находится место паломничества в память о шейхе Хусейне, сыне Али, внуке пророка Мухаммеда, жившего в VII в. н. э.

Сейчас моя мечта выучить арабский язык, в Израиле это второй государственный язык. В детстве я жила с родителями в Алжире и очень жалею, что не выучила. У меня много друзей, коллег и пациентов, для которых это родной язык, я уже не говорю о том богатом культурном наследии, в которое можно погрузиться, обладая арабским.

**Ваши близкие пошли в медицину?**

Сын и невестка окончили 2-й мед., подтвердили дипломы. Невестка выбрала гематологию, идет «на стаж» (похоже на интернатуру, но нет специализации, ребята по очереди проходят через все отделения, чтобы лучше узнать нюансы работы и определиться с будущей специализацией) в клинику «Шибба», входящую в десятку лучших клиник мира. Сын выбрал хирургию, как мой папа, и планирует пройти стажировку в клинике «Ихиллов», которая борется с «Шиббой» за первое место в Израиле. Я не теряю

надежды, что кто-то из них после интернатуры выберет офтальмологию, но давить на ребят не буду.

Дочь пока учится в школе, ей 15 лет. В Израиле потрясающе занимаются детьми. Для детей, которые хотят учиться, открыты все дороги. В школе, где учится дочь, в течение года организуются 10-15 поездок по различным университетам страны, по разным кафедрам. Им показывают возможные направления, чтобы ребенок смог сделать выбор. И она выбрала IT-программирование, математику, и сейчас учится в специализированном математическом классе для одаренных детей. У нее сто-балльный аттестат (в Израиле стобалльная система) несмотря на то, что начала учебу без знания языка, сейчас помимо русского у нее английский, французский и иврит.

**Дети, очевидно, адаптировались в стране. А Вы?**

Прежде всего, я не теряю связи со своей Родиной и со своим институтом. Сейчас время новых технологий, которое стирает границы между странами. Я сторонник свободного перемещения людей по всему миру.

Чего не хватает в Израиле? Мне не хватает русского классического театра, не хватает балета. В Израиле балет отсутствует в принципе. Зато Тель-Авивская опера великолепна! Хотя я живу в провинции (по местным меркам), но до оперного театра доезжаю за 40 минут на машине. Но есть и плюсы: у меня появилось больше времени на научную работу по своей специализации, я переписала все свои лекции, написала новые, появилось время для новых проектов в ретинологии. Нагрузка, которую я на себя взвалила в НИИГБ, была выше моих сил. К сожалению, я максималист, не могу остановиться. Вот организм и не выдержал, начались проблемы со здоровьем и пришлось искать компромисс.

**В каком случае у Вас возникает ощущение, что Вы приехали домой?**

Не могу этого объяснить, но, наверное, я — человека мира. Я дома здесь, я дома там. И в Москве, и в Израиле мне комфортно. Очень люблю Италию, Болгарию. Мне нравятся страны с глубокой историей, страны, сохранившие свои традиции и культурное наследие.

**Что бы Вы в заключение хотели сказать читателям газеты?**

Хотела бы сказать про свой отдел. Это — замечательный отдел, который я собирала буквально по крупицам и вложила все свои знания, всю свою душу. Сейчас отделом руководит Анна Анатольевна Плюхова, моя ученица. Пришлось переложить на ее хрупкие плечи тяжелейшую ношу. В начале ей было очень трудно, но сейчас я вижу, как Анна Анатольевна растет в административном плане (как специалист она уже давно выросла). Огромное спасибо доктору Юсефу за то, что он помогает развивать и совершенствовать отдел, что он всегда рядом, в курсе не только всех удач, но и проблем, которые, с присущей ему мудростью, он решает.

Помимо ведущих специалистов, работающих в НИИГБ много лет и составляющих «фундамент» отдела, — Наталии Леонидовны Шеремет, Дианы Владимировны Анджеловой, Ирины Валентиновны Андреевой, Татьяны Вячеславовны Смирновой, Ирины Адольфовны Ронзиной — есть и молодые специалисты (некоторые уже защитили докторские диссертации, но пусть на меня не обижаются, для меня они всегда молодые). Это были «неограниченные алмазы», сейчас — настоящие бриллианты офтальмологии. Они прошли огонь и воду. Осталось самое сложное — «медные трубы». Пусть им всегда и везде сопутствует удача!

Читателям газеты хочу пожелать не терять достоинства, стремиться к новым знаниям, совершенствоваться в специальности, ведь о нас судят по нашим поступкам, по нашим пациентам, статьям, книгам. Хочу закончить цитатой из одного из моих любимых фильмов-сказки «Золушка» (по мотивам пьесы Евгения Шварца): «Никакие связи не помогут сделать ножку маленькой, душу — большой и сердце — справедливым».

**Мария Викторовна, спасибо за то, что уделите время нашей газете! Пусть и Вам сопутствует удача!**

Интервью подготовил **Сергей Тумар**  
Фото Сергея Тумара

Доктор Н.Р. Марупова:

# «Хочу сделать что-то хорошее для людей»

&gt; стр. 1

Вспомните, пожалуйста, своих учителей.

Кафедра офтальмологии имела две учебные базы: Городская клиническая больница №1, где заведующим кафедрой был Владимир Васильевич Лантух, и Новосибирская областная клиническая больница, где отделением заведовала Анжела Жановна Фурсова. Я училась на базе городской больницы. С теплом вспоминаю профессора Владимира Васильевича Лантуха, доцента кафедры Татьяну Юрьевну Ким и Наталью Олеговну Пытель, очень отзывчивых и всегда готовых помочь в любых вопросах. У Владимира Васильевича Лантуха своя клиника в Новосибирске, где он знакомил нас с фактоэмульсификацией катаракты, так как в городской больнице №1 катаракту оперировали методом экстракапсулярной экстракции. Если не ошибаюсь, так и продолжают работать по этой методике по сей день.

После окончания интернатуры я два года проработала доктором в поликлинике, затем перешла в компанию Abbott, где работала по направлению офтальмология и терапия, а затем в Alcon, куда меня пригласили на должность тренера по фактоэмульсификации катаракты. Я занималась обучением

офтальмологов по международной программе под названием «Phaco Development». В должности тренера по ФЭК я проработала 6 лет с молодыми и опытными офтальмохирургами как государственных, так и частных клиник от Омска до Иркутска. В рамках программы я подготовила 25 хирургов, из которых 22 человека сейчас активно оперируют. Многие из них уже заведуют отделениями, кто-то уехал в другие города Сибири, кто-то поближе к Москве и на юг.

Сейчас я работаю офтальмологом, однако в 2024 году окончила ординатуру по специальности «пластическая хирургия» в Сеченовском университете. Таким образом, у меня две врачебные специальности.

**Почему вдруг пластическая хирургия?**

Несколько лет назад в Москве я встретила свою подругу, которая в 2016 году окончила ординатуру по пластической хирургии и открыла собственную клинику в Новосибирске. Она пригласила меня в операционную, и я увидела, как операция изменила состояние пациентки. После маммопластики молодая женщина буквально расцвела, как будто ей для полного счастья

чего-то в жизни не хватало, а тут она это получила. Однако, важно понимать, что после пластической хирургии пациент не сможет изменить свою жизнь, если, прежде всего, не изменит свою «голову», т.е. взгляды и жизненные установки.

**То есть, насколько я понял, люди идут на пластическую хирургию не только для того, чтобы изменить внешность, но и надеются, что операция изменит их жизнь?**

Конечно! Кроме того, я учусь на клинического психолога и прекрасно понимаю, что человек — это не только тело, но, самое главное — его мысли и душа. То, как мы думаем, влияет на формирование нашего окружения, наши поступки и восприятие мира. Приходя к пластическому хирургу, люди чаще всего ставят перед собой две цели: похорошеть и изменить свою жизнь через операцию. Но важно, чтобы пациент понимал, что после изменения своей внешности, окружение человека остается неизменным. Понятно, что для людей творческих профессий, например, актеров, их талант и внешность являются рабочим инструментом, и ее изменение в лучшую сторону (если!) может изменить их

дальнейшую актерскую судьбу. Но надеяться на продвижение по карьерной лестнице менеджеру по продажам в результате пластической операции очевидно не стоит. Если я буду понимать, что человек пришел на операцию в надежде изменить не какой-либо внешний дефект или асимметрию, а сколько свою жизнь и свое окружение, я буду стараться всячески отговорить его от операции.

**В каком соотношении в Вашей клинической практике находятся офтальмология и пластика?**

Примерно 50 на 50. Пластика — это больше про красоту, устранение незначительных, а иногда и значительных, дефектов внешности. Офтальмология в моем случае — это лечение каких-то острых и хронических состояний: конъюнктивиты, блефариты, ячмени, халазионы, синдром сухого глаза и т.д. Я люблю заниматься именно передним отрезком глаза. Поскольку я была тренером по ФЭК, мне нравится рассказывать все про катаракту и единственный способ ее лечения — фактоэмульсификацию. Стараюсь максимально подробно и простым языком объяснять пациентам преимущества и недостатки различных моделей ИОЛ, внушить человеку, что искусственный хрусталик — это раз и навсегда, и его выбор определяет качество дальнейшей жизни пациента. Конечно, иногда хирургам приходится менять ИОЛ после операции, но это когда что-то явно пошло не по плану.

Как я уже говорила, 9 месяцев назад я окончила ординатуру по пластической хирургии в Сеченовском университете, и для меня новое направление — совершенно другой мир. Должна сказать, что между офтальмологами и пластиками часто возникает спор, кто лучше делает блефаропластику. Мне стало интересно, что получится, если соединить во себе эти две специальности.

**Сегодня в одном из докладов прозвучала мысль о том, что клинические рекомендации, к сожалению, не учитывают ситуации, при которых лечение требует участия специалистов разных направлений, то есть не прописаны варианты междисциплинарного взаимодействия.**

Полностью с этим согласна. Положение, действительно, довольно сложное. Вчера я в онлайн режиме принимала участие XI Съезде Российского общества медицинских генетиков с международным участием, в рамках которого состоялась I научно-практическая конференция «Генетика глазных болезней». Данное мероприятие проходило в Санкт-Петербурге. Было крайне интересно послушать коллег, увидеть редкие клинические кейсы. Генетика играет все большую роль в лечении различных офтальмологических заболеваний. Прошедшая конференция — это только один пример того, каких результатов можно добиться в результате междисциплинарного взаимодействия.

Когда я училась в ординатуре по пластической хирургии, кафедра направила меня на учебный симпозиум, где одним из главных докладчиков был профессор Ярослав Олегович Груша. В своем сообщении он подробно разобрал клинический случай пациента с эндокринной офтальмопатией, в

лечении которого участвовали оториноларингологи (ЛОРы), офтальмологи, эндокринологи, т.е. использован мультидисциплинарный подход. В таких случаях у докторов должно быть четкое понимание, как лечить, куда маршрутизировать пациента, на что обращать особое внимание, когда оперировать и т.д. То есть врачи умеют находить способы объединяться, принимать совместные решения, и такое объединение должно найти отражение в клинических рекомендациях и протоколах.

Есть люди, которые двигают науку вперед, взаимодействуют, объединяют различные направления в медицине, что обязательно найдет свое отражение в новых профессиональных стандартах. Я бы, например, с удовольствием посвятила себя такого рода деятельности. Это крайне важно для врачей.

Конечно, появление клинических рекомендаций подразумевает огромное финансирование, обеспечение врачей всех уровней необходимым современным оборудованием, заявки врачей должны оперативно выполняться. Не секрет, что в некоторых больницах еще нет аппаратов для ФЭК...

**Лет 10 тому назад я впервые услышал от одного доктора, что в районных больницах порой возникала ситуация, когда приходит новое современное оборудование, те же аппараты ФЭК, а заведующий хирургическим отделением - человек «старой закалки» — продолжает проводить операции по устаревшей технологии, при этом оборудование пылится без надобности. Более того, он не позволяет молодым хирургам, у которых руки заточены под новую методику, на нем работать. Потому что молодые доктора перебыли ему...**

... его поток.

**Честно говоря, я думал, что «с этим делом мы покончили давно».**

Это, действительно, случается, но бывает и обратная ситуация: приходит новое оборудование, и доктора, не умея на нем оперировать, за него садятся.

**Это уже другая крайность...**

Помимо операционных осложнений, которые приходится исправлять, люди могут получать негативный опыт и транслировать его своим коллегам, таким образом перекрывая приход новых технологий.

Чем мне нравилось работать в компании Alcon? Во-первых, программа обучения бесплатная. Мы ездили по разным городам, у нас были специальные ветлабы в Москве, Санкт-Петербурге и Казани, куда приезжали участники программы, слушали лекции опытных хирургов. Материал был стандартизирован, т.к. основатель проекта - американский хирург-офтальмолог Larry Fay обратил внимание, что может быть один аппарат, одни и те же расходники, но результаты операции абсолютно разные у разных хирургов. Поэтому он разработал единые стандарты, касающиеся методики как самой техники фактоэмульсификации катаракты, так и отбора пациентов, движения от простых случаев к сложным и т.д. Основная цель программы — безопасная хирургия для пациента. Начинающие хирурги, у которых случались осложнения или опытные, понимающие, что им нужно

**СОВРЕМЕННАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ**

Северная Звезда Нам доверяют!

**ПРОТИВОМИКРОБНОЕ СРЕДСТВО**  
БЕЗ РЕЦЕПТА!  
Пиклонорд

**СОСУДОСУЖИВАЮЩЕЕ, ПРОТИВООТЕЧНОЕ СРЕДСТВО**  
БЕЗ РЕЦЕПТА!  
Визокко

**ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО**  
Олопатадин-СЗ

**НЕСТЕРОИДНЫЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ**  
Кромонакс-СЗ

**АНТИОКСИДАНТ, АНГИОПРОТЕКТОР**  
Нордипин-СЗ

**МИДРИАТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ**  
Фенилэфрин-СЗ

ns03.ru

НАЛИЧИЕ В АПТЕКАХ, АПТЕЧНЫХ СЕТЯХ, НА МАРКЕТПЛЕЙСАХ И АГРЕГАТОРАХ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ГМР

больше знаний в сложных случаях или расчетах премиальных хрусталиков, проходили специальный отбор, затем включались в программу. После чего мы вместе ехали на ветлаб, где прослушивали курс теории, а потом практиковались под моим наблюдением на операционном оборудовании. Далее мы возвращались в клинику, где работал хирург, и он приступал к реализации полученных навыков опять же под моим наблюдением и, если нужно, под контролем опытного хирурга клиники (которому накануне я проводила брифинг по нашим стандартам). Для начинающего хирурга наличие опытного коллеги рядом в операционной было обязательным условием (иногда приходилось привозить докторов из других городов). На первом этапе отбирали самых простых пациентов, чтобы исключить осложнения. В микроскоп монтировалась камера, все этапы операции записывались, после чего мы разбирали каждый этап операции и все интраоперационные ошибки, если таковые случались, также давались рекомендации по их устранению. У нас была целая таблица с пятибалльной шкалой оценок каждого этапа операции с описанием требуемого стандарта.

Таким образом оттачивалось хирургическое мастерство. Всего я подготовила 22 практических хирурга. Сегодня ребята, с кем я работала, — очень успешные хирурги, кто-то заведует отделением, один мой бывший ученик разработал онлайн курс по факоемульсификации катаракты. Некоторые уже обучают молодых ребят и, встречаясь со мной, иногда восклицают: «Наргис, как тебе хватало терпения с нами заниматься и все подробно объяснять? Только начав обучать других, мы поняли, как это сложно!»

Вот такой мой скромный вклад в офтальмологию, но я им горжусь! Надеюсь принести еще большую пользу моей любимой офтальмологии.

Возвращаясь к Вашей ремарке о неиспользованном оборудовании, я бы назвала еще несколько причин, почему при общей нехватке современной техники в региональных клиниках бывают случаи его простоя. Разумеется, это мое личное мнение. Возможно, в приобретении этого оборудования не было необходимости изначально;

оно не используется, потому что люди не умеют им пользоваться; негативный опыт его применения; консервативный подход, нежелание его использовать и т.д. Надо разбираться в причинах. Техника должна работать, а не пылиться в подвалах.

**Наргис Риводжидиновна, давайте представим себе ситуацию, что Вы — лицо, принимающее решение, крупный администратор. Какова была бы последовательность Ваших шагов или решений, для реализации тех мер, о которых Вы говорили?**

Начну с того, как мы поступали при отборе людей в программу. В первую очередь, я оценивала исходные данные клиники: кадры, диагностика, оборудование, политика, которой данная клиника придерживается. При этом сбор информации ведется из максимального числа источников: опросы сотрудников, пациентов, интернет и т.д. Далее — определение потребностей. Рассмотрим на примере лечения глаукомы. Если, предположим, отделение хочет заниматься глаукомой, то зачем ему иметь лазерное оборудование для рефракционной коррекции зрения? Смотрим, есть ли специалисты, готовые заниматься глаукомным направлением, обладают ли они необходимыми навыками. Если нет, возникает необходимость в организации их обучения на базе клиники, где современные технологии лечения глаукомы хорошо работают. Если обучающиеся вдруг понимают, что глаукома — не их профиль, надо их переводить в другие отделения или клиники...

Врач должен приходиться на работу с удовольствием, выполнять с полной самоотдачей свои обязанности, при этом дарить пациентам радость, улыбку. А такое возможно только в клинике, где в коллективе царит доброжелательная атмосфера и есть современное оборудование.

... Получив всю необходимую информацию, мы понимаем, возможно ли добиться такого положения вещей в данном лечебном учреждении или отделении. Если такого понимания нет, можно начать с нуля: сделать отдельную пристройку, оборудовать ее всем необходимым (иногда с привлечением меценатов), пригласить докторов, сотрудников, желающих работать в

выбранном направлении. Человек должен гореть и хотеть помогать пациентам. В этом случае можно рассчитывать на позитивное развитие событий.

Однако решение многих вопросов связано с финансированием. Не все регионы пока еще могут похвастаться достойным финансированием здравоохранения. В своих суждениях, я исхожу, прежде всего, из собственного опыта. Конечно, Москва — это совсем другой мир. Но я хочу, чтобы любой человек, в каком бы регионе страны он бы ни жил, мог рассчитывать на достойное медицинское обслуживание.

**Позвольте подробнее коснуться Вашего профессионального пути. После окончания интернатуры Вас почти сразу пригласили на работу в компанию Alcon?**

Как я уже говорила, в 2011 году я получила диплом НГМУ по специальности «лечебное дело», поступила в интернатуру по офтальмологии, которую окончила в 2012 году. Два с половиной года работала в двух поликлиниках без выходных дней. Вела поликлинический прием, работала в профкомиссиях. Этот период совпал с эпидемией аденовирусного конъюнктивита, которая охватила всю Россию. То были тяжелые времена, с тех самых пор я и полюбила передний отрезок глаза (смеется!).

В течение двух лет, с 2014 по 2016 годы, проработала медпредставителем в компании Abbott, затем попала в компанию Alcon тренером по факоемульсификации катаракты международной программе Phaco Development. В мои обязанности входили поездки по регионам и обучение хирургов технологии ФЭК. Фактически мы были персональными тренерами. Представьте себе, что вы идете в зал, чтобы самостоятельно накачать мышцы, и, вероятно, это будет долго, а с персональным тренером — значительно быстрее. Уровень развития, который я давала ребятам, в обычных условиях они могли бы получить за 10 лет. Но программа Phaco Development позволяла сократить срок профессионального становления хирурга в 5 (!) раз, до двух лет! Правда это был колоссальный труд! Я неделями не вылезала из командировок: Кемерово, Томск, Бийск, Новокузнецк, Омск — это далеко не

полный список городов. Исколесила на машине всю Западную Сибирь. Как оказалось, мой труд не пропал зря: многие мои ученики очень скоро «перерастали» в профессионализме своих более старших коллег.

**Здесь, видимо, не обошлось без педагогического дара.**

Процесс преподавания мне нравился еще в детстве. Мама рассказывала, что я маленькой любила играть в школу: усаживала кукол на диван и ходила перед ними с книжкой в руках, изображая учительницу.

... Если получится, я сделаю свой курс факоемульсификации, потому что программа Phaco Development, к сожалению, больше не работает в России, а знания остались, и очень бы хотелось их с пользой применить. Я планирую пройти курс педагога дополнительного профессионального образования, чтобы официально работать преподавателем ДПО.

**Наргис Риводжидиновна, Вы постоянно учитесь. «Век живи — век учись» это про Вас.**

Я очень люблю учиться! Классно то, что сейчас можно обучаться онлайн. Что бы ни говорили некоторые о том, что обучаться враческим специальностям в таком режиме плохо. Конечно, интернет-сет никогда не заменит живое общение. Но если у человека нет возможности поехать в Москву, Санкт-Петербург или Новосибирск для участия в научной конференции, всегда можно подключиться к трансляции и с таким же успехом слушать лекции, задавать вопросы докладчикам, участвовать в дискуссии. Сейчас работает платформа «Медзнания», на которой можно проходить обучение, набирать баллы НМО, просматривать записи. На этой платформе выкладываются очень интересные доклады и клинические кейсы, там можно обмениваться опытом в комментариях.

Знаете, чем мне нравится офтальмология? Даже не тем, что это моя первая медицинская специальность. А потому, что в офтальмологии люди реально обмениваются опытом. И делают это с удовольствием.

**А врачи других специальностей такой возможности не имеют?**

Например, «пластика» — это больше про мир конкуренции. В этой среде обмен опытом возможен только за большие деньги, либо если у тебя очень доверительные отношения с коллегами.

Опять же, работая с кардиохирургами, у меня была возможность оценить уровень научных конгрессов и конференций. Офтальмологические конференции всегда проводятся на высочайшем уровне, прекрасно организованы, коллеги открыты для общения.

**Где Вы работаете сейчас?**

После 6 лет работы в компании Alcon переехала в Москву после того, как мне предложили вакансию специалиста по развитию территории в компании Medtronic. Моя работа была связана с оборудованием для кардиохирургии. Но вскоре я решила вернуться в медицинскую практику как врач. Сейчас я работаю в двух частных клиниках, в одной — офтальмологом, в другой — пластическим хирургом. Как офтальмолог веду прием пациентов, не оперирую. Как пластический хирург, поскольку я только прошлым летом окончила двухлетнюю ординатуру, ассистирую на операциях. В будущем планирую заниматься блефаропластикой и маммопластикой.

У молодых специалистов есть одна проблема: очень сложно искать пациентов. В государственных больницах такой проблемы обычно не существует. Она существует в частных клиниках, где пациенты идут к более опытным докторам, что вполне естественно. Но я планирую, что со временем у меня появится свой круг пациентов.

**Спасибо Вам, что согласились на интервью!**

**Послесловие:** Признаюсь, не часто выпадает удовольствие общаться с человеком, настолько преданным своему делу. Несмотря на то, что за свою еще сравнительно недолгую профессиональную жизнь героиней интервью сделано немало, молодая доктор полна решимости не останавливаться на достигнутом, а продолжать творить «добро другим во благо, не за красивое «спасибо» услышавшего тебя рядом»\*...

Интервью подготовил  
**Сергей Тумар**  
Фото Сергея Тумара  
\*Александр Медведев (Шура)  
«Твори добро»

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Апрель

www.aprilpublish.ru

Выпускаем в Свет научные издания

Главная

Издательство

Периодические издания

Книги

Авторам

Услуги

Контакты

# Записки земского офтальмолога

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

## ГЛАВА 1. Периорбитальная область и вспомогательные органы глаза (окончание)

### 1.20. Дакриоаденит

#### Пациент № 1.

Женщина 65 лет. Анамнез болезни: остро без видимых причин возник 4 недели назад и постепенно то усиливался, то становился меньше болезненный отёк век и периорбитальной области (фото 1.30). Обращалась к стоматологу и терапевту. Лечение антибиотиками и антигистаминными препаратами не дало эффекта. Когда отёк стал больше, была направлена ко мне.

Жалобы: отёк, боль в верхнем веке, боль при взгляде вверх.

Зуда, чувства шевеления под кожей, повышения температуры тела не было. Подобный эпизод первый в жизни. Аллергические реакции отрицает. Страдает гипертонической болезнью.

Объективно: Визус не снижен (была у меня год назад по поводу пресбиопии), ДЗН и сосуды на нём не изменены. Движения глазных яблок в полном объёме, но болезненны справа при взгляде вверх. Проптоза нет. Зрачковые реакции в норме. Передний отрезок глаза не изменён. Глазная поверхность спокойна, гиперемия лишь в верхнем своде при осмотре его с помощью векоподъёмников. Отёк век и периорбитальной области мягкий, гиперемия слабо выражена. Область слёзного мешка не изменена. При глубокой пальпации отмечается болезненная разлитая инфильтрация над хрящом по всему верхнему веку, главная слёзная железа также увеличена и болезненна при пальпации (но инфильтрация не оканчивается лишь границами слёзной железы!). Предушный лимфоузел не изменён. Rg пазух и исследования крови не выявили отклонений.

Назначено лечение «М» затем «П», в пятницу она уже выглядела здоровой, но «Г» продолжены. Фото будет свежее завтра.

**1. Какой диагноз (какой конкретно подтип болезни)?**

**2. Какое лечение вы бы назначили (ваша тактика)?**

Комментарии:

Дмитрий Яровой

Я бы поставил острый дакриоаденит как вариант псевдотумора орбиты, назначил бы стероиды в каплях.

Владимир Рудакевич

О. дакриоаденит. Декс в каплях, АБ внутрь.

Глеб Арсланов

Дакриоаденит с возможным вовлечением окружающих структур (периостит, миозит, фасциит), подострое течение, если хотите — вялотекущее, раз нет ничего общего, кроме отека и болей. Если разбирать топографию, то с латеральной стороны железа с костью граничит, клетчатка — позади, с медиальной — межмышечная фасция (между наружной и верхней прямыми). Снизу — сама наружная прямая. Спереди — тарзоорбитальная фасция (или глазн. перегородка), собственно, в ее функцию и входит ограничить возможное воспаление кпереди и, что более характерно — наоборот. Раз уж на разлитой инфильтрации было акцентировано внимание, то как-то так. Еще смущает тургор отечной кожи в/века после давления пальцем — хотя бабуле уже 65, но, возможно, это и есть подсказка к верному или более точному решению. До большего пока не додумался. Псевдотумор — тоже «перхалпс», но 4 недели «туда-сюда» — не знаю, все может быть. Наверное, назначил бы гидрокортизон местно.

Андрей Воронцов

Обещанное фото сегодняшнего дня (фото 1.31). Никаких симптомов болезни, описанных выше нет. Но преднизолон с отменой 5 мг в сутки продолжает.

Дмитрий Яровой

Андрей, а зачем системно?



Фото 1.30. Дакриоаденит справа

Андрей Воронцов

Дмитрий, таков был выбор пациентки, я информировал её о международных подходах к идиопатическому неспецифическому воспалению орбиты, в том числе и к передней его форме (мягкие ткани верхнего века + слёзная железа).

Дексаметазон в каплях тоже был назначен.

1. НПВС она не любит; 2. Мучилась уже месяц; 3. Хотела быстрого эффекта; 4. Я не против; 5. Меня так учили; 6. Мы так лечили; 7. Литература, которую я прочёл, не противоречит. Выбор был сделан.

Дмитрий Яровой

Не, хорошо, просто на дексе в каплях ушло б с такой же скоростью, по-моему). Заинтересованность орбиты небольшая, все в своде, экзофтальма нет... Если б шло с мизитом и т.д., я б подумал о системном назначении... А так... Можно, кстати, дипропан или кеналог уколоть.

Андрей Воронцов

Дмитрий, согласен с Вами.

Пациент № 2.

5 дней назад вечерний вызов на скорую помощь. Мальчик 9 лет. Жалобы: боль, покраснение и опущение верхнего века правого глаза (фото 1.32). Анамнез: данные симптомы появились за день до обращения. За два дня до обращения стукнулся верхнениаружным краем глазницы в школе о дверь (не сильно). За 3-5 дней до обращения были явления ОРВИ и температура 37,4° С.

Положение глаз правильное, движения глаз в полном объёме (справа болезненны немного), среды прозрачны, глазное дно в норме, зрительные функции в норме. Зрачковые реакции в норме. Левый глаз и придаточный аппарат в норме. Правый глаз: ссадин, гематом кожи лица, крепитации век, пальпируемых изменений костной орбиты нет.

Увеличения околоушной железы нет, орхита нет. Увеличены и болезненны ипсилатеральные поднижнечелюстные лимфоузлы. Свободные края век чистые. Тарзальная конъюнктивита без локальных признаков мейбомитов/ячменей/халазионов. Гиперемия, припухлость верхнего века, больше в наружной половине. Отёк век ненапряжённый. Веко негорячее. Намёк на S-образный птоз. Резкая болезненность при пальпации наружной трети верхнего века. Никаких образований в толще века не пальпируется. Хемоз и инъекция конъюнктивы в верхнениаружном сегменте глазного яблока и верхнего века. Умеренно слизисто-водянистое отделяемое из конъюнктивальной полости. При осмотре видимая часть слёзной железы увеличена, сильно гиперемирована, при касании стеклянной палочкой резко болезненна, при нажатии плоской частью стеклянной палочки на поверхность слёзной железы для анемизации слизистой отмечен намёк на желтоватый оттенок железы.

**1. Поставьте полный клинический диагноз.**

**2. Какие дополнительные методы диагностики необходимы, чтобы поставить клинический диагноз и назначить лечение?**



Фото 1.31. Улучшение состояния

Ответ: никакие! Ни КТ, ни МРТ, ни биопсия не являются необходимыми.

**3. Есть ли показания к госпитализации?**

Ответ: нет! Этого пациента должны амбулаторно лечить поликлинические окулисты по месту жительства.

**4. Какие Ваши врачебные/лечебные мероприятия (опишите пошагово) после первичного стандартного офтальмологического осмотра должны последовать?**

Комментарии:

Алёна Кондратьева

Острый дакриоаденит. Чаше идиопатический, реже вирусный, ещё реже бактериальный.

Андрей Воронцов

Диагноз «Острый дакриоаденит справа» и вправду несложен.

В первый день обращения я дополнил его словом «инфекционный?», учитывая болезненность регионарных лимфоузлов, ОРВИ с умеренной температурой, предшествующую травму как пусковой механизм (или совпадение), желтоватый оттенок слёзной железы при надавливании, слишком выраженный болевой синдром, что наряду с детским возрастом не очень укладывалось в неспецифическое неинфекционное воспаление.

Назначен аугментин внутрь и антибиотик местно.

При осмотре на следующий день была более заметная инфильтрация слёзной железы. При разрезе (проколе лезвием) получен жёлтый гной.

Лечение продолжено.

Диагноз уточнён как «Острый гнойный/бактериальный дакриоаденит справа».

Но слава Богу, обошлось без онкологии, специфики и т.д.

На 5-й день ребёнок уже почти выздоровел и на 6-й день пошёл в школу.

Настя Бушуева

Андрей, а прокол лезвием вы как делали? Как я поняла, со стороны конъюнктивы? А перед этим закапали анестетик, а после прокола чем-то тушировали?

Андрей Воронцов

Настя, инокан, настольная лампа (которую держал помощник), лезвие-держатель, одноразовое лезвие и просто прокол через конъюнктиву в месте, где слёзная железа проминирует и имеет наиболее выраженное жёлтое просвечивание. Гной просто вытек, дренаж не ставил, не тушировал, просто промыл физраствором и закапал антибиотик.

СПРАВКА

Острый дакриоаденит чаще всего является следствием воспалительного и реже — злокачественного (н-р, лимфопрлиферативного) заболевания. Чаше воспаление неинфекционное, реже инфекционное (бактериальные грам-позитивные или грам-негативные бактерии при локальном очаге воспаления по соседству или травме, или при гематологическом заносе инфекции). Наиболее частой вирусной причиной является вирус Эпштейна-Барр. При эмпирическом лечении важно покрытие спектром



Фото 1.32. Дакриоаденит у ребенка

антибиотика метициллин-резистентных стафилококков (MRSA).

Дополнительная справка — в разделе «Идиопатическое воспаление орбиты».

Источники: ААО BCSC 7 2020/2021

### 1.21. Контагиозный моллюск века

В первую же неделю в поликлинике будущим коллегам Надежде Александровне и Марии Алексеевне и мне вместе с ними посчастливилось увидеть ребёнка 3 лет с контагиозным моллюском, первые элементы сыпи у которого стали появляться на туловище 1,5 мес. назад (со слов мамы) (фото 1.33, 1.34).

**1. В какие сроки такие пациенты с контагиозным моллюском являются заразными для других людей?**

**2. Ваша тактика ведения/лечения пациента?**

**3. Может ли ребёнок посещать детский сад?**

Комментарии:

Алёна Кондратьева

1. От начала первых высыпаний. Заразным человек перестает быть, когда последнему элементу сыпи будет 18 недель (закончится его инволюция).

2. Обычно наступает самоизлечение, особенно у детей. Что касается век — механическое удаление/коагуляция/обработка антисептиками (так как моллюск располагается у края века, есть риск конъюнктивита, кератита, образования фолликулов конъюнктивы, рубцевания, васкуляризации).

Антон Вурдафт

CDC пишет, заразным является пациент с элементами на коже. Нет элементов — нет заразности. Вирус может распространяться, за всеми элементами можно просто не уследить.

Артём

Если вы не уберете одновременно все элементы с тела ребенка, то убрав только с век получите рецидив... Не наблюдал ни одного самоизлечения, а вот гигантские формы с 1 см в диаметре видел, когда родители говорили само пройдет и ждали больше 6 мес., убирают по крайней мере всегда механически (по крайней мере у нас в РК)...

Андрей Воронцов

Артём, их больше ста на теле. Считаете, что мне нужно их все удалить?

Артём

Ниже шеи не спускался никогда, остальное в тот же день удаляли дерматовенерологи в КВД... Со слов которых, даже если вы оставите хотя бы несколько элементов (были случаи наличия элементов в перинальной области и ягодиц, которые пропустили), то купая или умываясь, высок риск большего обсеменения (такие случаи тоже наблюдали) ...

Антон Вурдафт

Удаление механически просто поведёт за собой инокуляцию всех соседних мест на



Фото 1.33. Множественный контагиозный моллюск верхнего века

коже. Не показано при множественных моллюсках и может повлечь за собой не только рецидивы, но ненужные шрамы. Тактика по моллюскам описана отлично на сайте CDC, «обсеменения» можно избежать, не трогая (и прикрывая пластырями) эти элементы.

**Артём**  
У каждого своя правда. Однако шрамов после механического удаления не видел, а вот после коагуляции частенько... Не трогать элементы звучит хорошо, но исходя из практики, когда ребенок ходил с элементами на ягодицах и, сходя в баню (только на помывку), пришел уже к нам с элементами на лице и веках... Как уследить, чтобы ребенок не трогал элементы?

**Алёна Кондратьева**  
Коллега, 1,5 месяца высыпаний для ветрянки многовато.

**Андрей Воронцов**  
Коллега, это нормально. Not all the papules have a central umbilication, so it helps to take a moment and look for a papule that has this characteristic morphology. If all features point to molluscum and no single lesion has central umbilication, do not rule out molluscum as the diagnosis.

**Андрей Воронцов**  
Коллеги, что скажете на счёт посещения детского сада?

**Антон Вурдафт**  
Нехорошая идея. В тактике — обучение личной гигиене, личные полотенца, тесты ВИЧ и сахар...

**Андрей Воронцов**  
Антон, пока отправил маму на больничный по уходу и рекомендовал посетить дерматолога. Генитальные высыпания тоже есть. Хирург и онколог сказали, что это папилломы и их надо просто удалить, но они, разумеется, неправы.

Day Care Centers and Schools  
If you notice bumps on a child’s skin, it is reasonable to inform the child’s parents and to request a doctor’s note. Only a healthcare professional can diagnose molluscum contagiosum because there are many other causes of growths on the skin, both infectious and non-infectious.

Антон, There is no reason to keep a child with molluscum infection home from day care or school.

Я правильно понимаю, что посещение детского сада не запрещено?

**Антон Вурдафт**  
Андрей, там дальше написано, что имеет смысл покрыть каждый элемент, если ему нужно посещать школу или сад. Это возможно? Если нет, не думаю, что это хорошо.

**Андрей Воронцов**  
Антон, ну да, покрыть, особенно лицо, — не получится...

**Антон Вурдафт**  
Андрей, если у них есть нужда, срезать на лице и шее, остальное пусть прикрывают.

**СПРАВКА**  
Molluscum contagiosum — это инфекционное кожное поражение, вызванное roxvirus. Поражения, которые могут появиться в любом месте на поверхности тела, в т.ч. на краю века и на конъюнктиве, и персистировать там в среднем до 6-12 мес. При наличии иммунодефицита представляет собой классическую оппортунистическую инфекцию. Поражения («моллюски») представляют собой маленькие приподнятые белые или розовые твёрдые папулки, как правило, с вдавлением посередине. Образования саморазрешаются без образования рубцов,



Фото 1.34. Контагиозный моллюск на туловище

однако в некоторых случаях это может длиться несколько лет. Поражения могут чесаться, краснеть, болеть и опухать. Возможно заражение других лиц или диссеминация инфекции через прямой контакт с моллюском. Поражения век могут провоцировать фолликулярный конъюнктивит. Cochrane: «Ввиду отсутствия надёжных доказательств, ввиду самостоятельно разрешения поражений в течение нескольких месяцев, их можно наблюдать без дополнительных вмешательств».

CDC: «Лечение необязательно, но для предотвращения диссеминации инфекции или заражения других лиц — возможно. Из физических методов возможно: крио, кюретаж или лазер. Для лечения детей возможно применение таблеток циметидина (не столь эффективно для поражений лица). У СПИД-больных основной целью и методом лечения моллюска является восстановление числа CD4-клеток».

Источники:  
1. AAO BCSC 8 2020/2021

1.22. Хронический каналикулит

Женщина 70 лет. Очередной впервые выявленный хронический гнойный каналикулит (фото 1.35).

**Комментарии:**  
**Антон Вурдафт**  
А причина хронии? Может ей не только терапевтическое лечение нужно?

**Андрей Воронцов**  
Антон, обсудили с ней, что ДЦРС возможно понадобится, если консервативная не поможет. Попробуем, полечим, посмотрим.

**Антон Вурдафт**  
Я просто подумал, может если проблема именно канальцевая, расширить их точки?

**Андрей Воронцов**  
Антон, точки не сужены.

**Антон Вурдафт**  
Андрей, тут пишут про возможные варианты хир. лечения и называют это способами излечения:



**Андрей Воронцов**  
Антон, о, сегодня уже встречал эту же статью. Спасибо.

**Антон Вурдафт**  
Андрей, я её по поводу ДЦРС (кажется излишней).

**Андрей Воронцов**  
Антон, это понятно. ДЦРС — это тяжёлая артиллерия. У меня есть несколько таких больных. Антибиотики, массаж и промывания им сильно помогают. А кому нет, то на ДЦРС.



Фото 1.35. Хронический гнойный каналикулит

**Антон Вурдафт**  
Андрей, почему ДЦРС, если советуют выскабливания, расширение точек и вскрытие канальцев? Я к этому.

**Андрей Воронцов**  
Антон, я имел в виду только случаи непроходимости жидкости в нос после купирования симптомов каналикулита.

**Антон Вурдафт**  
В общем, мы тут побеседовали лично, и насколько я понял, при истинном каналикулите для ДЦРС места нет, если только нет попутного блока в слёзном мешке.

**Андрей Воронцов**  
Да, коллеги, простите. В моей первой строке «обсудили с ней, что ДЦРС возможно понадобится, если консервативная не поможет». Я не упомянул о тех этапах, которые держал в голове, а именно: «Вылечили каналикулит. Нет гноя, нет симптомов воспаления, а эпифора осталась. Зондтики (расширители) проходят в слёзный мешок, промываю, а жидкость в нос не идёт. Значит там приобретённая обструкция дистального отдела слёзного мешка или носослёзного протока, застой, обострение каналикулита и всё по кругу, раз нет пассажа слезы, тогда снова лечи каналикулит, в ремиссии отправляем на ДЦРС и всё. Симптомы больше не повторяются. Может тут имеет место сочетание дакриоцистоканаликулит. Но обычно всё проходит))) Без дцрс, т.е., я в курсе, что дцрс — это не метод лечения каналикулита». Не хотел вводить в заблуждение.

**Антон Вурдафт**  
Кански за первое лечение антибиотиками.

1. Topical antibiotics such as levofloxacin q.i.d. for 10 days may be tried initially but are rarely curative alone.  
2. Canaliculotomy involving a linear incision into the conjunctival side of the canaliculus and curetting of the concretions is the most effective treatment which should be combined with topical antibiotics. Occasionally it may result in scarring and interference with canalicular function.

**Андрей Воронцов**  
Wills Eye Manual 6th >  
Actinomyces israelii (streptothrix): Most common. Gram-positive rod with fine, branching filaments. Other bacteria (e.g., Fusobacterium and Nocardia species). Fungal (e.g., Candida, Fusarium, and Aspergillus species). Viral (e.g., herpes simplex and varicella zoster). Retained punctal plug or foreign body.

**Work-Up**  
Apply gentle pressure over the lacrimal sac with a cotton-tipped swab and roll it toward the punctum while observing for mucopurulent discharge or concretions.  
Smears and cultures of the material expressed from the punctum, including slides for Gram stain and Giemsa stain. Consider thioglycolate and Sabouraud cultures.  
Ask about a history of punctal plug placement in the past.

**Treatment**  
Remove obstructing concretions or retained plug. Concretions may be expressed through the punctum at the slit lamp. A canaliculotomy is usually required for complete removal or in the setting of a retained punctal plug. If necessary, marsupialize the horizontal canaliculus from a conjunctival approach and allow incision to heal by secondary intention.  
If concretions are removed, consider irrigating the canaliculus with an antibiotic solution (e.g., trimethoprim sulfate/polymyxin B, moxifloxacin, penicillin G solution 100,000



Фото 1.36. Незавершённая канализация нижней слёзной точки

units/mL, iodine 1% solution). The patient is irrigated while in the upright position, so the solution drains out of the nose and not into the nasopharynx.

Treat the patient with antibiotic drops (e.g., trimethoprim sulfate/polymyxin B, moxifloxacin) q.i.d. and oral antibiotics for 1 to 2 weeks (e.g., doxycycline 100 mg b.i.d.).  
If a fungus is found on smears and cultures, nystatin 1:20,000 drops t.i.d. and nystatin 1:20,000 solution irrigation several times per week may be effective. If evidence of herpes virus is found on smears, treat with trifluridine 1% drops five times per day. Silicone intubation along with appropriate antiviral therapy is sometimes required in viral canaliculitis.

Apply warm compresses to the punctal area q.i.d.  
Complications of the surgery include scarring and dysfunction of the lacrimal pump, the need for intubation or stent placement, recurrent infection, or need for reoperation. Additionally strictures, obstruction, continued epiphora, and mattering after canaliculotomy have been reported. In contrast to canalicular strictures, canalicular dilation may also develop.

**Антон Вурдафт**  
И всё-таки, умные книги пишут, что исчерпывающее лечение — только кюретаж канальца без или с вскрытием. Думаю, тебе нужно звать её на эту процедуру. Сделать 3 snip punctoplasty и выскрести стенки.

**СПРАВКА**  
Каналикулит проявляет себя постоянным отделяемым и слезотечением и часто сопровождается фолликулярным конъюнктивитом у внутреннего угла глаза. Слёзная точка, часто набухшая и покрасневшая. Отделяемое часто можно спровоцировать нажатием ватной палочкой на область набухшего слёзного канальца. Инфекция может быть вызвана бактериями, вирусами и грибами, но чаще вызывается Actinomyces israelii. Консервативные методы лечения (прогревания, массаж, местная и системная антибактериальная терапия) возможны, но дакриолиты (конкременты) или дислоцированные в каналец obturators могут препятствовать успешному излечению. Поэтому часто необходимы кюретаж и каналикулотомия.

Источники: AAO BCSC 2019/2020

1.23. Незавершённая канализация слёзной точки

Пациентке 50 лет. Жалобы на выраженное одностороннее слезотечение (слева). Анамнез. Слезотечением страдает лет 20. Никаких глазных болезней и травм не было. Женщина хорошо выглядит, за ней не числятся системные болезни, живёт в достатке. Краситель, закапанный в конъюнктивальный мешок, исчезает быстро в правом глазу и совсем не исчезает в левом. Положение век правильное (на фото нижнее веко немного отогнуто, чтобы я смог сфотографировать слёзную точку). Обе слёзные точки в левом глазу закрыты плотной васкулярной мембраной, под которой едва угадывается (возможно, мне так показалось) вертикальная часть слёзного канала (фото 1.36). Слёзные пути в правом глазу без патологии. В остальном офтальмологический статус OU непримечателен.

Диагноз (но не стеноз!)? Как полечим амбулаторно-хирургически?

Комментарии:  
Антон Вурдафт



Но, наверное, должно быть врождённое. Ссылка на сообщение о случае incomplete punctal canalization.

Коллега из Германии отметила, что там используют специальные порты для реканализации при проблемах со слёзными точками, что является малоинвазивной хирургией, и при этом в щелевой лампе порты не видны, а жалобы пациентов исчезают.

Андрей Воронцов

Мне бы для русской сельской поликлиники вариант. Антон, читаю. Спасибо. Похоже.

Антон Вурдафт

Как вариант, после вскрытия мембраны оставить там (в канальцах) шов 5-0 с бляшкой на конце на неделю.

Андрей Воронцов

Антон, как понять «с бляшкой»? То, что рассекать мембрану надо, это я понимаю, но ведь зарубцуется (после удаления материала из канальца).

Антон Вурдафт

Андрей, если конец подплавить и сплющить, получится шляпка как у гвоздя:) не даст зарости.

Андрей Воронцов

Антон, нейлон 6/0 не пойдёт? Тонковат? А то, ещё есть леска рыболовная.

Антон Вурдафт

Андрей, прикинь по размеру, думаю подойдёт, но проще будет не плавить, а пластырем прицепить конец к коже. Я этого не делал, но мне кажется недели будет многовато даже.

Андрей Воронцов

Антон, snip procedure добавлять не нужно?

Антон Вурдафт

Если после вскрытия тест с исчезновением краски будет в норме, то незначе.

Андрей Воронцов

Антон, мембранотомию можно сделать самым тонким зондиком для расширения слёзных канальцев или лезвием одноразовым?

Антон Вурдафт

Андрей, думаю, что и то, и другое подойдёт с одинаковым успехом, если остриё тонкое. А то и вообще иглой 23G (синяя) сделать.

Анатолий Обрубов

Я бы попробовал сначала пробуживать. Если мембрана вскрылась и есть «провал», проверить дальнейшую проходимость промыванием и зондом. А уже после этого решать по дальнейшей тактике.

Андрей Воронцов

Анатолий, Вы имеете в виду, сначала вскрыть, а потом уже будет, что буживать, ведь у нас не стеноз (или полный стеноз). Термин «атрезия» подходит для этой ситуации или всё же лучше incomplete punctal canalization — variant of the external membrane?

Андрей Воронцов

Антон, это от шприца 2,0 мл?

Анатолий Обрубов

Андрей, честно говоря, по картинке не могу понять, где что и на каком уровне происходит. Но саму слезную точку вижу — значит вход есть. Как я понимаю, мембрана внутри нее. Так что все одновременно — вскрывать и дальше пытаться буживать.

Андрей Воронцов

Сегодня сделал, как рекомендовали. Мембранотомия верхней слёзной точки,

расширение слёзной точки и канальца коническими зондами, промывание, жидкость потекла в рото- и носоглотку. Мембранотомия нижней слёзной точки, расширение слёзной точки и канальца коническими зондами, а также расширение отверстия в мембране конъюнктивальными ножницами, промывание, жидкость прошла в рото- и носоглотку, установил нить нейлон 6/0 1 см в каналец с узлом в слёзной точке и фиксацией к коже. Также я подробнее поговорил с пациенткой, и она призналась, что левый глаз слезится с самого детства, так что, Антон, спасибо за диагноз. Incomplete punctal canalization with an internal membrane, как её правильнее на русский язык перевести? Незавершённая канализация слёзной точки с внутренней мембраной?

СПРАВКА

Для подтверждения диагноза достаточно выявить заросшую мембраной слёзную точку. В этом случае достаточно перфорации острым зондом и последующей временной интубации слёзной точки (силиконовым окклюдером) или слёзного канальца. В случае же, если слёзная точка на положенном ей месте отсутствует, возможно найти интактную анатомию слёзных канальцев и точек путём хирургического надреза края века в месте предполагаемого залегания точки. Возможна также ретроградное зондирование слёзного канальца через слёзный мешок и общий слёзный каналец. В случае полного отсутствия канальцевой системы для нивелирования слезотечения может помочь конъюнктивальная дакриоцисториностомия.

Источники: ААО BCSC 2019/2020

1.24. Приобретённая обструкция носослёзного канала

Мужчина 62 года. 8 лет постоянно слезится, иногда краснеет левый глаз. Периодически замечает «ниточки слизи-и-гноя» в левом глазу. Из операций — только механическая факофрагментация катаракты левого глаза 7 лет назад. Роговица и конъюктива без проблем, остальное нас в этой задаче не интересует. Область над слёзными мешками не изменена с обеих сторон. Справа слёзные пути проходимы. Слева — нет. Смотрите ниже самую интересную часть процедуры промывания. Видео записывала медсестра. Лор-врач смотрел, ничего плохого не нашёл.



- Каков предположительный диагноз?
- Какова дифференциальная диагностика (в скобках укажите, какие методы обследования необходимы для подтверждения каждого альтернативного диагноза)?
- Ваша тактика?

Комментарии:

Анна Иванченко

Хронический дакриоцистит, рентген слёзных путей с контрастом, посев (грибковая инфекция?), ждем обследований...)

Михаил Артемов

- OS хронический (гнойный?) дакриоцистит.
- Носослезная проба с красителем.
- Вначале промывание антисептиком в дальнейшем зондирование канала (либо доведение до флегмоны слезного мешка и выполнение ДЦРС, но это шутки).

Кирилл Кондратьев

- Хронический гнойный дакриоцистит. Стеноз просвета слезного мешка (?). Стеноз носослезного канала (?).
- Зондирование слезного мешка: зонд не доходит до кости — стеноз просвета слёзного мешка есть / зонд доходит до кости — стеноза просвета слёзного мешка нет; попытка промывания сжатой верхней слёзной точкой — жидкость в нос не попадает

совсем / попадает / попадает под давлением каплями — определиться со степенью стеноза носослезного канала.

3. Промывание слезных путей р-ром антибиотика + антимикотика (+ назначить курс инстиляционно). При подтверждении стеноза носослезного канала с/без стеноза просвета слезного мешка — операция — дакриоцисториностомия.

Елена Красникова

- Микотический каналикулит OS.
- Хр. дакриоцистит, стеноз, дакриолиты слёзных канальцев (промывание с последующим посевом отделяемого, цветная носослёзная проба, рентгенография слёзоотводящих путей с контрастированием).
- Лечебное промывание 0,25% борной кислотой, антигистаминный препарат перорально, «Актинолизат» 3,0 мл 2 раза в неделю в/м (10 инъекций) и промывание им же (по возможности) также дважды в неделю 10 раз.

Андрей Воронцов

На видео характер оделяемого кажется совсем уж чёрным, хотя на самом деле зеленовато-коричневое кремовое гноеподобное, вроде не пахнет, хотя я особо-то и не принюхивался. Пока промываю, гноя стало меньше, зонд свободно прошёл в проксимальную часть носослёзного протока а дистальнее — твёрдая обструкция. Форсировать не стал.

Попробую дать свои ответы:

1. Приобретённая непроходимость левого носослёзного канала. Хронический гнойный дакриоцистит слева (Chronic suppurative dacryocystitis).

Решение: из условия задачи мы видим, что слёзные пути слева непроходимы, а жидкость для промывания регургитирует через верхнюю слёзную точку с примесью гноя, значит система канальцы-мешок проходима. Неизменённая область над слёзным мешком и канальцами исключает лишь острый процесс, но не хроническое воспаление указанных локализаций. Так почему же дакриоцистит, а не каналикулит? Только фактор вероятности. Мы ведь с вами ставим наиболее предположительный диагноз у данного пациента, хотя коэкзистенцию никто не отвергает.

2. Основными предположительными диагнозами для дифференциального поиска могут быть следующие:

- Хронический каналикулит: — актиномикозной или другой бактериальной природы, грибковой этиологии (в зависимости от предполагаемой патологии исследовать содержимое слёзных канальцев: по Граму, по Гимза, исследование культуры (среды для анаэробов, среда Сабуро, кровяной агар, Calcofluor-белый при подозрении на грибковую инфекцию) и чувствительности, сканирующая электронная микроскопия; — связанный с аллергией или системными аутоиммунными заболеваниями (анамнез, соответствующая клиника).
- Дивертикулы (УЗИ с высоким разрешением (20-MHz) может выявить эктазии в канальцах и конкременты до 1-2 мм в диаметре, дакриосцинтиграфия, Гадолиний-магниторезонансная дакриоцистография.)

в) PANDO — первичная непроходимость носослёзного протока (диагноз исключения, см. ниже).

г) SALDO — вторичная непроходимость слёзной дренажной системы.

Различают 2 типа приобретённой непроходимости слёзных путей (NLDO):

первичную (PANDO) — идиопатическое воспаление или фиброз слёзного канала без конкрементов, а также дезэпителизация слёзно-носового канала у женщин при гормональных изменениях в организме и вторичную (SALDO).

Общие категории причин SALDO включают инфекционные, воспалительные, опухолевые, травматические и механические. Бактерии (Actinomyces, Propionibacterium, Fusobacterium, Bacteroides, Mycobacterium, Chlamydia, Nocardia, Enterobacter, Aeromonas, Treponema pallidum и Staphylococcus aureus), вирусы (herpes simplex и zoster, ветряная оспа, эпидемический кератоконъюнктивит), грибки (Aspergillus, Candida, Pityrosporum, and Trichophyton) и паразиты (Ascaris lumbricoides) могут выступать в качестве инфекционных причин обструкции слезного канала.

==> нативная микроскопия, микроскопия фиксированных препаратов, культура, чувствительность.

Эндогенно возникающие воспаления, связанные со слёзной обструкцией: гранулематоз Вегенера и саркоидоз, рубцовый пемфигOID, синусовый гистиоцитоз, болезнь Кавасаки и склеродермия.

==> анамнез, клиника, антицитоплазматические антитела при подозрении на гранулематоз Вегенера.

Экзогенными причинами рубцовой обструкции являются глазные капли, радиация, системная химиотерапия (5 фторурацил, доцетаксел, йод 131, синдром Стивенса-Джонсона, в т.ч. лекарственно обусловленный) и трансплантация костного мозга. (==> анамнез).

Опухоли чаще метастазируют из соседних тканей, например, базальноклеточная и сквамозно-клеточная карциномы век. Возможно распространение из полости верхней челюсти и носоглотки, назофарингеальная карцинома (КТ), орбитальная рабдомиосаркома и редко метастазы из опухоли молочной железы и простаты.

В большинстве серий истинных новообразований слезного мешка от 50% до 60% возникали из эпителиальной выстилки мешка. Сквамозно-клеточная, переходноклеточная и смешанно-клеточная папилломы, карциномы, меланомы, онкоцитарная аденокарцинома, неврилеммома, аденоакантома, гемангиоперицитомы, фиброзная гистиоцитомы.

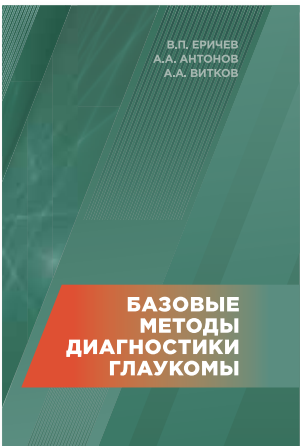
(==> анамнез, клиника, КТ, дакриоцистография, ЛОР-врач, стоматолог, обзорная рентгенограмма лицевого скелета).

Врождённое менингоэнцефалоцеле, этмоидальное или фронтотэмоидальное мучоцеле, дермоидная киста могут имитировать опухоли (=> КТ). В одной серии около трети из «опухолей» были псевдоопухолями и были описаны как неспецифическая гранулема, риносклерома, лимфоматозное поражение, саркоид, сифилис, грибы.

Механические, в т.ч. ятрогенные причины включают чрезмерно агрессивное зондирование и другие процедуры и операции в челюстно-лицевой, орбитальной и

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

БАЗОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ



ISBN 978-5-905212-99-4

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.

ЛОР- хирургии, косметическая ринопластика, боковая остеотомия, процедура Caldwell-Luc, формирование назоантрального окна, операция Ogura (трансантральная декомпрессия орбиты), а также травмы, переломы костей лица с повреждением костного носослезного канала (Lefort II and LeFort III), инородные тела в просвете носослезного протока. Механическая непроходимость может быть вызвана компрессией ринолитами, носовыми инородными телами или мукоцеле, одонтогенной кистой верхней челюсти. Гипертрофия слизистой носа, open nasal space syndrome with epiphora, при котором гипертрофированная нижняя носовая раковина obturiрует клапан Hasner (исследования как в двух пунктах выше).

[Цистографически] выделяют следующие типы обструкции:

Класс 1. Задержка контраста в дистальной части носослезного протока.

Класс 2. Задержка контраста в проксимальной части носослезного протока.

Класс 3. Задержка контраста на уровне слезного мешка или на уровне до слезного мешка.

КТ-дакриоцистография (CTDCG) используется, если подозреваются травматические, опухолевые или механические причины обструкции.

Возможна контрастированная гадолинием магниторезонансная дакриоцистография.

3. Уточню анамнез в отношении выше сказанного. Возьму материал из канальцев для нативной микроскопии, микроскопии фиксированных препаратов. Назначу местный и системный антибиотик широкого спектра, проведу несколько повторных промываний слезной системы с усиленным антибиотиком из цефалоспоринов, проведу диагностическое зондирование. Обеспечу повторную консультацию ЛОР-врача и стоматолога с указанием на возможные причины. Постараюсь обеспечить рентгеноконтрастное исследование слезной системы (с этим проблемы из-за отсутствия контраста), посев культуры. Морально подготовлю пациента к будущей ДЦРС. Что касается данного больного, то история ещё не закончилась...

СПРАВКА

Приобретённая непроходимость носослезного канала выявляется простым промыванием слезных путей через слезные точки. Возможные этиологии хорошо рассмотрены в представленной дискуссии. Самой частой причиной приобретённой обструкции является сенильная обструкция носослезного канала (когда в основном показана дакриоцистириностомия). Не упомянуты в обсуждениях возможные обструкции из-за оставленных или дислоцированных в слезных путях obturаторов слезных канальцев или частей силиконовых стентов носослезного канала.

Возможными опциями лечения являются биканаликулярное стентирование слезного пути силиконовыми стентами (при частичной обструкции может быть эффективным без операции) и дакриоцистириностомия (метод выбора при большинстве приобретённых обструкций). Последняя особенно показана при рецидивировании дакриоцистита, при хроническом слезистом отделяемом и при тяжело переносимой эпифоре. Предпочтительнее операция в «холодном периоде» после стихания активного воспалительного процесса. Операция выполняется через нос (эндоназальная ДЦРС с эндоскопом) или наружно, разрезом через кожу в проекции слезного мешка. Обе вариации (примерно эквивалентно эффективные) заканчиваются наложением биканаликулярного силиконового стента. В то время как естественный выход носослезного канала залегает в нижнем носовом проходе, операция создаёт фистулу между задней стенкой слезного мешка и слизистой носа в среднем носовом проходе. При неудачной первичной операции возможна повторная ДЦРС (в т.ч. с применением антимиотолита — митомицина).

Источники: ААО BCSC 7 2020/2021, стр. 305

1.25. Синдром Sturge-Weber

Женщина 40 лет. Поражение кожи одностороннее в зоне распределения V1 и V2 ветвей тройничного нерва слева имеет с рождения (фото 1.37). Изменяется только цвет и поверхность, а не площадь поражения. Из всех жалоб ко всем специалистам

фигурирует только одна — косметический дефект, который она не хочет исправлять.

Других подобных пятен на теле пациентки нет, психиатрических, неврологических, эндокринных и скелетных нарушений и варикозной болезни не выявлено соответствующими специалистами за весь период жизни.

- 1. Назовите хотя бы два международных термина для этого поражения.
- 2. Как бы вы провели дифференциальную диагностику этого состояния с типом II (бисистемная болезнь) синдрома Sturge-Weber и другими синдромами, для которых характерно подобное поражение кожи лица, у данной больной?
- 3. Какие возможные (вообще, а не только у этой пациентки) механизмы развития глаукомы кроме дисгенеза угла и повышения давления в эписклеральных сосудах вы бы смогли назвать?
- 4. Каков риск (в %) развития глаукомы левого глаза у этой пациентки?

Комментарии:  
Александра Яковенко  
Гемангиома?

Глеб Арсланов

За неполных 7 месяцев первичной специализации успел увидеть девочку 10 лет с синдромом Стерджа-Вебера в детском микрохирургическом. Подобное поражение кожи (у нее была менее яркая окраска) в тех же проекциях ветвей V нерва, в анамнезе — судороги, стойкое повышение ВГД в одном глазу, МРТ подтверждает новообразование в мягкой мозговой оболочке. Парезов вроде бы не было. примерно с полгода была на каплях (какой-то из простагландинов и тимолаз), ВГД толком не снизилось, при поступлении было около 30-35 (БТ), госпитализирована на анти/гл. Теперь про эту пациентку: судя по клинике (с возрастом поменялся цвет пятна) и вроде бы полному отсутствию системности здесь имеет место «пламенный» (пламенеющий?) или «винный» невус (англ. — «port-wine stain», «nevus flammeus»), «родинка» кожных капилляров, чисто локальное образование. Просто раз уж если расположено в этих зонах, действительно имеет смысл думать о тех самых факоматозах и проводить дифдиагноз, ну, как минимум. Расспрос/обследование/невролог/МРТ и далее. Но если в анамнезе, объективно и у других специалистов совсем ничего не нашли, и женщине уже 40, то тут надо просто наблюдать, спокойно себе сказав, что это тот самый невус. Вероятность глаукомы все же остается, тем более с возрастом, в % не скажу, но естественно значительно ниже, чем при тех же факоматозах.

Андрей Воронцов

Во многом согласен с Глебом и Александрой. Лишь для порядка и соблюдения традиции напишу свои ответы, которые опираются только на данные литературы.

«Port-wine stain», «nevus flammeus». Старое название «гемангиома» гистологически и клинически неверное (это к вопросу Александры). Здесь и далее я буду пользоваться понятием «port-wine stain» (PWS), так как оно мне понятно и имеет общее признание как термин описательный, говорящий о наличии какого-то пятна цвета портвейна на коже и не вносящий сумятицу и разногласия, как гемангиомы и невусы, хотя в своей экзаменационной задаче 6 лет назад я пользовался термином «nevus flammeus», меня это название тогда прикалывало, возможно из-за своей рифмованности :).

Трудность ответа на вопрос о дифференциальной диагностике изолированного PWS со II типом синдрома Sturge-Weber состоит только в том, что нет чётких критериев и единогласия между различными авторами. В пользу синдрома Sturge-Weber у данной пациентки говорит лишь наличие PWS в зоне распределения 1-й ветви тройничного нерва, но нет других критериев — неврологических (эпилептические припадки, умственная отсталость и т.д.) и офтальмологических, кроме гемангиомоподобных поверхностных изменений глазного яблока и век. Нет ни глазного дна цвета томатного кетчупа, ни ипсилатеральных кожных проявлений, ни гетерохромии радужек, ни извилистости ретинальных сосудов с артериовенозными шунтами, ни диффузной хориоидальной гемангиомы, которая бывает в 40-50% случаев этого синдрома, ни соответственно вторичных по отношению к ней



Фото 1.37. Синдром Sturge-Weber

изменений сетчатки, таких как дистрофия пигментного эпителия сетчатки, друзы, хориоретинальная адгезия, потеря фоторецепторов, фиброзная метаплазия, кистозная дегенерация сетчатки, отслойка сетчатки, субретинальный фиброз в макулярной области, кистовидный макулярный отёк; нет ни врождённой, ни приобретённой глаукомы, офтальмогипертензии, нет даже реже встречающихся при синдроме Sturge-Weber таких изменений, как колобома ДЗН, катаракта и осложненный в виде депривационной или анизометропической амблиопии. При их наличии понятие «синдром» было бы уместно. Не так ли, коллеги?

С другой стороны, мы не ошибёмся грубо, если отнесём это поражение ко второму типу синдрома Sturge-Weber (так называемая бисистемная болезнь, т.е. кожа + глаз, приняв во внимание ангиоматоз век + глазной поверхности), потому как, повторюсь, нет никаких чётких критериев различия между двумя этими состояниями. Одно «но»! Зачем усложнять единственную находку целым синдромом, если это не даёт нам ничего, кроме лишь большего в процентном выражении риска в отношении глаукомы, если при изолированном PWS риск развития глаукомы составляет 10-45%, то при синдроме Sturge-Weber он уже 30-71%. Другие же типы синдрома Sturge-Weber не подходят по определению.

— Infantile hemangioma. Самое частое, с чем путают PWS, так это с гемангиомой, и это даже отражается в некоторых из многочисленных названий PWS. PWS — это сосудистый порок. Гемангиома — это опухоль. NB! Речь идёт лишь о гемангиомах, которые выявлены при рождении, как и PWS у этой пациентки. Такие гемангиомы и PWS имеют различные гистологические и клинические признаки. Для гемангиомы не совсем характерны такие значительные размеры, не было также и характерной для гемангиомы эволюции — быстрого роста в первые 4-6 мес. жизни, превышающего скорость роста ребёнка; замедления роста в 6-12 мес., а затем — обратной инволюции. В первый год жизни отличительных особенностей можно найти ещё больше, но нашей даме уже 40 лет, и вся картина говорит, что это не гемангиома, хотя внутри этого сосудистого порока запросто могут быть внутрисосудистые гемангиомы. Intravascular Pyogenic Granuloma, если помните.



— Klippel-Trenaunay syndrome. Нет характерных для этого синдрома варикозной болезни вен и гипертрофии скелетной системы, а также отсутствию PWS на других участках тела.

— Parkes-Weber syndrome. Отсутствие признаков выше названного синдрома Klippel-Trenaunay делает нецелесообразным включение синдрома Parkes-Weber в дифференциальный диагноз.

— Diffuse capillary malformation with overgrowth. Не было быстрого роста костей и мягких тканей и асимметрии различных участков тела в размерах, нет и диффузного характера PWS с множественными поражениями кожи и нечёткостью границ.

— Cobb syndrome. Нет характерных поражений спины.

— Wyburn-Mason syndrome. Нет характерных изменений сетчатки и неврологической симптоматики.

— Macrocephaly-capillary malformation. Тут множественные врождённые пороки. Этого явно нет.

- Capillary malformation-arteriovenous malformation (CM-AVM) syndrome. Характерны множественные PWS меньших размеров.
- Phakomatosis pigmentovascularis. Не подходит ни один из её типов, так как нет пигментных невусов.
- Rubinstein-Taybi syndrome. Множественные пороки.
- von Hippel-Lindau syndrome. Нет ретинальных изменений, PWS не является критерием этого диагноза.

Другие синдромы ещё менее подходящие.

— Гиперсекреция внутриглазной жидкости цилиарным телом, хориоидальной гемангиомой (если таковая есть при PWS), механическая обструкция угла, преждевременное старение трабекулярной сети.

— Глаукома встречается примерно у 10% пациентов с изолированными лицевыми капиллярными пороками развития. Глаукома поражает 27-45% пациентов, когда капиллярные пороки включают участки кожи, иннервируемые как глазной (V1), так и верхнечелюстной (V2) ветвью тройничного нерва, как у нашей дамы. Существует ещё правило верхнего и обоих век, т.е. при поражении обоих век риск глаукомы больше в пределах указанного диапазона, при поражении только верхнего — меньше, а при поражении только нижнего — существенно меньше. Мы у данной пациентки видим ангиоматоз обоих век.

Мой диагноз: изолированная лицевая капиллярная мальформация в виде пятна «цвета портвейна» в зоне иннервации V1 и V2 ветвей тройничного нерва слева или проще — изолированный nevus flammeus.

Такие капиллярные мальформации более часто поражают голову и шею. 45% из них более или менее ограничены одной из 3 ветвей V пары ЧМН, а 55% затрагивают область иннервируемую более чем 1 ветвью указанного нерва с пересечением средней линии или даже с двусторонним поражением. Офтальмологические и ЦНС вовлечения развиваются в 9,5% случаев лицевых PWS. Спасибо за участие.

СПРАВКА

Синдром Sturge-Weber (энцефалофациальный ангиоматоз) — один из факоматозов, включает в себя сосудистые мальформации лица (обычно односторонние пятна цвета портвейна, пламенеющий невус) и ипсилатерально расположенные сосудистые мальформации мягкой мозговой оболочки. Неврологически это может проявляться судорогами, фокальными неврологическими дефицитами и различными когнитивными нарушениями. При синдроме может наблюдаться диффузная хориоидальная гемангиома (часто сопровождающаяся вторичной глаукомой с повышенным эписклеральным венозным давлением).

Пламенеющий невус (сосудистые мальформации!) следует отличать от невуса Ота (окулодермальный меланоцитоз). Глаукома может быть как врождённой, так и приобретённой в раннем детстве. При глаукоме может быть достаточно глазных гипотензивных капель, но как правило контроль достигается несколькими гипотензивными операциями. К специальным рискам хирургии таких глауком относится повышенный риск хориоидальных эффузий или кровоизлияний. Косметически васкуляризацию кожи лица можно уменьшить импульсными лазерами на красителях.

Источники: ААО BCSC 6 2020/2021, стр. 401

1.26. Фтизис глаза

Просто кадр из сегодняшней диспансеризации взрослого населения соседнего района (фото 1.38).

- Жалобы на глаза есть?
- Нет!

Комментарии:

Родион Нестеренко

Он вообще в курсе, что у него глаз то незрячий?)

Андрей Воронцов

Родион, конечно, я анамнез слепоты всегда пытаюсь узнать у пациентов. Вот его: 50 лет назад кинули в глаз еловой шишкой — контузия? — выписан с отделения с визус 1,0 — спустя год обнаружил, что глаз



Фото 1.38. Фтизис глаза



Фото 1.39. Стеатоблефарон на нижнем веке правого глаза

слепой (наверное, отслойка сетчатки) — никуда не обращался — через 5 лет роговицы стала мутнеть — никуда не обращался — через 10 лет заметил, что глазик стал чуть меньше — решил, что уже не стоит обращаться. Сейчас ноль и шикарный фтизис — решил, что уже нет повода жаловаться, даже если офтальмолог перед носом. По профессии сучкоруб. Предложил ему пользоваться защитными очками.

#### Антон Вурдафт

Это точно фтизис, не атрофия? Яблоко смотрится довольно неплохо, пока что-то различается.

#### Андрей Воронцов

Антон, я даже не знаю, как это различить и насколько это принципиально. То что глаз не сморщенный — это да, но он не функционирующий и прилично уменьшенный в размерах и это приобретённое.

Если я назову это субатрофией, так будет правильнее? Вообще, есть какая-то градация между фтизисом, субатрофией и атрофией глазного яблока?

#### Антон Вурдафт

Андрей, термин субатрофия — не частый. Есть атрофия без сморщивания, со сморщиванием, со сморщиванием и дезорганизацией. Последнее = фтизис.

#### Андрей Воронцов

Антон, понял. Значит здесь атрофия без сморщивания. Спасибо. Буду знать.

#### Антон Вурдафт

С такими глазами ещё скользкий момент есть — повышенный риск онкологии, скрытые меланома или лимфома. Здесь где-то статистику вывешивал давно. Поэтому в идеальном мире он будет получать б-скан ежегодно.

В онлайн-ресурсе «pathologyoutlines.com» отмечают, что дегенеративные изменения глазного яблока затрагивают все его ткани и обычно развиваются в течение нескольких лет, часто после травмы или хирургического вмешательства. Эти изменения могут возникнуть у пациентов с удалёнными глазами из-за слепоты, боли, глаукомы или воспаления. Из-за снижения выработки внутриглазной жидкости уменьшается внутриглазное давление (гипотония), что приводит к сморщиванию глаза. Также возможно образование кальциатов и даже костной ткани. Микроскопически наблюдается дезорганизация внутриглазных структур, помутнение сред, рубцы на роговице, экссудат в передней и задней камерах, катаракта, утолщение склеры и полное отслоение сетчатки. В редких случаях можно обнаружить скрытые опухоли, такие как меланома или лимфома.

Вот о частоте опухолей при атрофии:



#### Кирилл Зеленцов

Я пользуюсь классификацией субатрофий Гундоровой и Вериги Просто по степеням.

Классификация посттравматической субатрофии глаза:

I стадия — стадия начальных изменений; переднезадняя ось глаза от 23 до 18 мм, рубцовые изменения роговицы и склеры, дистрофия роговицы, травматическая катаракта (набухающая, пленочная), атрофия и васкуляризация радужки, атрофия и единичные фиксированные помутнения стекловидного тела, плоская ограниченная отслойка сетчатки.

II стадия — стадия развитых изменений; ось глаза 20-17 мм, грубые васкуляризованные рубцы роговицы, уменьшение ее диаметра, грубые втянутые рубцы склеры, атрофия и васкуляризация радужки, окклюзия зрачка, катаракта в виде плотных тканевых пленок с новообразованными сосудами, множественные фиксированные помутнения стекловидного тела, распространенная отслойка сетчатки и реснитчатого тела.

III стадия — стадия далекозашедших изменений; ось глаза 17-15 мм и менее, уменьшение, уплощение роговицы и ее рубцовое перерождение, рубец и атрофия радужки, прочные тканевые пленчатые новообразования в области хрусталика, расширяясь в переднюю камеру и стекловидное тело, фиброз и швартообразование в стекловидном теле, тотальная отслойка сетчатки.

#### Андрей Воронцов

Согласно обзору Sympathetic Ophthalmia от Yan и Hobbs, Симпатическая офтальмия — это редкий двухсторонний гранулематозный увеит, который возникает после проникающей травмы или хирургического вмешательства на одном глазу и угрожает зрению второго глаза, вызывая в нём воспаление.

#### Кирилл Зеленцов

Я работаю в офтальмологическом отделении, которое помимо всего занимается травмами. При обширных разрывах склеры и сохраняющемся увеите через 7-10 дней назначаем схему метипреда на 2 месяца. При дальнейшем сохранении увеита выполняем анализ на антитела к тканям глаза в Гельмгольца. Это помимо витрэктомии и других хирургических методик.

#### СПРАВКА

В результате травм или хронических болезней глазное яблоко и его содержимое могут атрофироваться, сморщиваться и дезорганизовываться. Сморщивание особенно происходит при значительном хроническом снижении внутриглазного давления.

Фтизис является конечной стадией атрофии. Атрофия без сморщивания возникает в начале процесса. Она переходит в атрофию со сморщиванием (глазное яблоко становится меньше и в результате тяги прямых мышц приобретает прямоугольную конфигурацию. Возникает аталамия (отсутствие передней камеры) и помутнение роговицы. Всё содержимое глаза атрофируется. При фтизисе длина сморщенного глазного яблока достигает размеров 16-19 мм вместо нормальных 23-25 мм. Большая часть содержимого глаза дезорганизуется.

Фтизис действительно представляет собой сложность для косметической реабилитации. Удаление глаза, которое эстетически обычно лучше решается с помощью эвисцерации (выскабливания содержимого глазного яблока), в случае фтизиса сопряжено с повышенными рисками непредвиденной эвисцерации содержимого глазного яблока со злокачественной опухолью (см. ссылку в обсуждении). Б-сканирование положено перед любой эвисцерацией и особенно для фтизисных глаз.

Ранее считалось, что эвисцерация сопряжена с повышенными рисками симпатической офтальмии для парного глаза. Однако в зарубежных руководствах по окулопластике последних десятилетий этот риск больше не считается решающим фактором при выборе метода удаления глаза.

Источники:

AAO BCSC 4 2020/2021

AAO BCSC 7 2020/2021

### 1.27. Стеатоблефарон

Женщина 60 лет. Образование на нижнем веке правого глаза заметила 2 недели назад (фото 1.39). Оно мягкое, безболезненное и легко вправляется при пальпации.

1. Каким термином (одно слово!) обозначается данное состояние?

2. С какими заболеваниями оно может быть патогенетически связано?

Комментарии:

Данил Лаптев

Грыжа жирового тела орбиты.

Андрей Воронцов

Мои ответы:

1. Стеатоблефарон. (Steatoblepharon). Никаких дополнительных данных, кроме тех, что указаны в задаче, не требуется, для точного окончательного клинического диагноза.

2. Это инволюционное явление, представляющее собой пролапс орбитальной клетчатки только не субконъюнктивальной, а пальпебральной локализации, которое может быть ассоциировано с блефарохалазисом, дерматохалазисом, синдромом атоничных век, блефароптозом. Патогенетически стеатоблефарон может быть связан с процессами, приводящими к отёку и инфильтрации тканей позади глазничной перегородки. Наиболее примечательной из таких патологий является орбитопатия Грейвса. Стеатоблефарон может наблюдаться и у молодых, как семейное явление, даже не связанное со старением глазничной перегородки, а также быть следствием её травм, в т.ч. ятрогенной природы, например, частые ретробульбарные или перибульбарные трансептальные инъекции.

#### СПРАВКА

Дерматохалазис — это термин, используемый для описания наличия дряблой и избыточной кожи век. Хотя дерматохалазис более выражен на верхних веках, он также может поражать нижние веки. Часто он может быть связан с жировой грыжей орбиты, известной как стеатоблефарон, и опущением век, известным как блефароптоз.

Источники:





## ГИАЛВИСК

РАСТВОР ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ВИСКОЭЛАСТИЧНЫЙ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ

КОНТРОЛИРУЕМЫЙ  
КАПСУЛОРЕКСИС

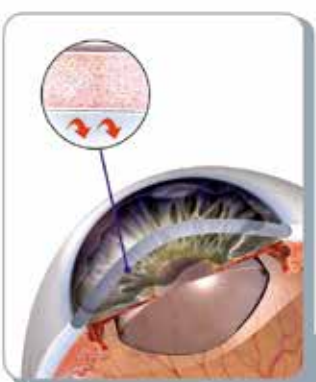
БЕЗОПАСНАЯ  
ФАКОЗМУЛЬСИФИКАЦИЯ

ПРЕДСКАЗУЕМОСТЬ  
ИМПЛАНТАЦИИ  
ВСЕХ ТИПОВ ИОЛ

- Долговременно поддерживает объем передней камеры глаза или капсульного мешка
- Имеет идеальную прозрачность для максимальной видимости во время хирургии
- Формирует защитный барьер тканей глаза
- Обеспечивает отличную визуализацию для работы с микроинструментом и имплантации ИОЛ
- Производится из гиалуроната натрия высокой степени очистки методом биоферментации
- Когезивный - легко удаляется, предотвращая подъем внутриглазного давления
- Полная прозрачность роговицы на первые сутки после операции
- Предназначен для всех типов операций



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



ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»

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

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



**Преподаватель компьютерных технологий  
Центра медико-социальной реабилитации для инвалидов  
по зрению В.Н. Довыденков (г. Санкт-Петербург):**

## **Предпочитаю размышлять не об ограничениях, а о возможностях каждого человека!**

В.Н. Довыденков полностью потерял зрение в десятилетнем возрасте. С 2007 года он работает преподавателем компьютерных технологий Санкт-Петербургского Центра медико-социальной реабилитации для инвалидов по зрению. Также уже в течение двадцати лет Владимир Николаевич — бессменный редактор интернет-портала «Тифлокомп» — старейшей и крупнейшей платформы в виртуальной сети, посвящённой использованию компьютера без визуального контроля.

В.Н. Довыденков — известный в России человек среди инвалидов по зрению. Он с удовольствием консультирует и опытных незрячих пользователей компьютера, и новичков. Кроме того, Владимир Николаевич является знатоком всевозможных электронных гаджетов, существенно облегчающих жизнь и повышающих самостоятельность незрячих и слабовидящих пользователей.

В нашей беседе речь шла не только о компьютерных технологиях, но и об увлечениях преподавателя. В числе этих хобби в последние годы всё большее место стала занимать физическая активность, в том числе управление парусной яхтой.

### **Первое знакомство с компьютером**

**Владимир Николаевич, все мы — родом из детства. Откуда Вы родом? Где прошло Ваше становление?**

Мой родной город — Новосибирск. Масштабный, многоликий мегаполис. Новосибирск можно назвать городом, который никогда не спит и никогда не затихает. В истории страны он проявил себя научными достижениями Академгородка, знаменитым театром оперы и балета (кстати, крупнейшим в России!) и величественной архитектурой Красного проспекта.

### **У Вас с детства проблемы со зрением?**

Я родился с врождённой катарактой и целым рядом других офтальмологических патологий. Доктора тогда установили, что ребёнок незрячий. Но в полтора года мне была сделана операция на один глаз, в два с половиной года — на второй глаз.

В детстве зрение было плохим, но всё-таки некоторый визуальный опыт я приобрёл. В шесть лет ослеп на один глаз, в десять лет — на второй. В первый класс меня родители определили в обычную общеобразовательную школу. Но там из-за проблем со зрением учиться было сложно. Поэтому во второй класс я отправился в Новосибирскую школу-интернат для незрячих и слабовидящих детей. Обычно выходные дни я проводил дома, с родителями, а в будни оставался в интернате.

### **Какие воспоминания Вы сохранили о школьных годах?**

Я занимался во многих кружках. Научился играть на баяне. Когда в школе появился собственный эстрадный ансамбль, то освоил бас-гитару. Но никогда не было планов становиться профессиональным музыкантом. Музыка была и остаётся одним из увлечений.

В 1994 году в Новосибирской областной специальной библиотеке для незрячих и слабовидящих появился первый персональный компьютер с брайлевским дисплеем. В то время библиотеку возглавлял замечательный человек и прекрасный организатор Ю.Ю. Лесневский. Мне очень приятно, что Юрий Юрьевич — не просто директор, а душа и «мотор» библиотеки, и сейчас, тридцать лет спустя, остаётся у руля этой замечательной организации!

### **С этого времени, с 1994 года, началось Ваше увлечение компьютером?**

Да. Я сразу загорелся, когда узнал о его появлении в библиотеке. Заинтересовался компьютером. И с тех пор проводил в библиотеке максимально возможное количество времени.

### **Одноклассники разделили Ваше увлечение?**



Владимир Довыденков

Было несколько учащихся школы, которые также интересовались новыми технологиями. У нас образовался неформальный молодёжный компьютерный клуб при библиотеке. Все участники этого клуба имели остаток зрения. Я был в то время единственным «тотальником», который мог и хотел работать на компьютере. Кстати, большинство соучеников, большинство ровесников в то время относились к компьютеру равнодушно.

### **Как Вы можете объяснить это явление?**

В середине девяностых годов компьютеры играли в жизни людей, в том числе инвалидов по зрению, другую роль, чем сейчас. Само слово «компьютер» было гораздо менее распространено. Как правило, использовалось сокращение ЭВМ (электронно-вычислительные машины).

### **Молодёжь ЭВМ в то время не особо привлекали?**

Я бы не делал таких обобщений. Во времена моей юности тоже были люди, которые интересовались компьютерными технологиями. Но есть и существенное отличие от нынешней эпохи: в то время компьютер не воспринимался как неотъемлемая составная часть повседневной жизни. Тем более, почти отсутствовал развлекательный компонент.



Урок компьютерных технологий

### **Эпоха компьютерных игр ещё не наступила?**

Компьютерные игры уже существовали, но они были мало распространены. Специальных игр для незрячих не было совсем.

### **Чем же Вас заинтересовал компьютер?**

Уже в то время я понимал, что для незрячего человека компьютер открывает новые возможности познания мира. Например, уже в первые месяцы знакомства с компьютером у меня появились три компакт-диска, на которых размещались сотни интересных книг. В конце девяностых годов я стал обладателем «Библиотеки в кармане» на компакт-дисках, где уместились десятки тысяч книг. Больше, чем во всей нашей библиотеке!

### **Брайлевский дисплей, которым Вы пользовались в середине девяностых годов, отличался от современных дисплеев?**

Разумеется, за эти тридцать лет компьютерное оборудование очень изменилось. Современные дисплеи имеют много дополнительных кнопок, которых раньше не было. Эти кнопки дают новые возможности управления компьютером. Но всё-таки кое-что осталось неизменным. Например, все эти три десятилетия наиболее популярным

и востребованным остаётся дисплей из сорока клеток. За это время появлялись дисплеи, состоящие из восьмидесяти клеток, из двадцати четырёх клеток. Но они не получили широкого распространения.

Кроме того, неизменным остаётся «компьютерный Брайль» — восьмиточие. Как известно, классическая брайлевская система — это шеститочие. «Компьютерный Брайль» дополняет шрифт, созданный великим французским изобретателем. Восьмиточие позволяет отобразить больше знаков, чем шеститочие. «Брайлевское восьмиточие» включает в себя 256 компьютерных символов русского и латинского алфавитов, знаков препинания, апострофов и т.д.

**Существует мнение, что появление компьютера вдохнуло новую жизнь в брайлевскую систему. Вместе с тем, компьютером могут пользоваться и незрячие люди, не владеющие рельефно-точечным шрифтом.**

Оба эти утверждения верны. Развитие компьютерных технологий ещё раз показало всем нам универсальность и огромный потенциал брайлевской системы. Кстати, в 1994 году я осваивал компьютер именно с помощью брайлевского дисплея. На моём первом компьютере не был установлен синтезатор речи, не было соответствующего программного обеспечения.

Если же синтезатор речи имеется, то теоретически можно работать на компьютере и без использования брайлевского дисплея. Синтезатор речи может озвучивать любые тексты. Это позволяет не только получать всю необходимую информацию, но и самостоятельно писать, контролировать написанное.

Синтезатор речи озвучивает то, что зрячий человек видит глазами. Брайлевский дисплей представляет ту же самую информацию в виде «компьютерного Брайля», сочетания осязаемых точек.

### **Значит ли это, что эти инструменты могут заменить друг друга?**

Я бы не стал так ставить вопрос. Самое оптимальное и эффективное решение — использовать в повседневной жизни и брайлевский дисплей, и синтезатор речи. Например, вполне возможно заниматься бытовыми делами и одновременно с помощью синтезатора речи прослушивать книги. Особенно когда речь идёт о развлекательной литературе, «лёгком чтении».

С другой стороны, с помощью брайлевского дисплея можно эффективно изучать учебную и научную литературу, произведения писателей-классиков. Брайлевский дисплей незаменим в тех случаях, когда важно досконально понять структуру текста. Синтезатор речи даёт возможность прослушать информацию, а брайлевская система



Владимир Довыденков (второй слева) на парусной яхте



Парусная регата

— прочесть всё самостоятельно, остаться «наедине» с автором текста, без посредника в форме искусственного голоса.

Специалисты-реабилитологи нередко подчёркивают, что чтение по Брайлю можно сравнить с чтением текстов зрячими людьми. Это действительно так! Кончики пальцев в этом случае могут заменить глаза.

До развития компьютерных технологий все эти преимущества брайлевской системы тоже существовали, но, прямо скажем, количество текстов всё-таки было ограниченным. Издание литературы по Брайлю — дело трудоёмкое и дорогостоящее.

Когда я, будучи пятнадцатилетним подростком, понял, что теперь любую книгу я смогу прочесть с помощью брайлевского дисплея, что любую книгу мне сможет озвучить синтезатор речи — это воспринималось на чудо!

**Когда Вы решили, что хотите связать свою жизнь с компьютерными технологиями?**

Это произошло быстро и как бы само собой. Я много времени проводил в библиотеке, «наедине» с компьютером. И стало понятно, что именно этим я и хочу заниматься во взрослой жизни.

### Время студенчества: учёба и работа

**Как складывалась Ваша жизнь после окончания школы-интерната?**

Уже в школьные годы мне довелось познакомиться с преподавателем факультета математики и информатики Новосибирского педагогического университета Ю.Е. Самариним. Он стал одним из первых моих наставников. Юрий Евгеньевич тоже имеет инвалидность по зрению. Он — слабовидящий. Именно он предложил мне поступать в этот вуз.

Я с радостью согласился. Не только потому, что хотел связать свою жизнь с компьютерными технологиями. Мне хотелось стать преподавателем. И было ощущение, что у меня это неплохо получается!

Первый преподавательский опыт приобрёл ещё в школе. Самые разные люди — не только подростки, но и взрослые — стали просить меня помочь им разобраться с компьютером. Я соглашался и стремился достичь наилучшего результата.

**Чем Вам запомнились годы учёбы в вузе?**

Я учился и одновременно в течение всех студенческих лет работал в Новосибирской областной специальной библиотеке для незрячих и слабовидящих в качестве техника. Так официально называлась эта должность. Фактически занимался всеми вопросами, связанными со специальными компьютерами в библиотеке, с компьютерной грамотностью инвалидов по зрению. И людей обучать доводилось, и в подготовке брайлевских книг принимал участие. Библиотека ведь не только хранит книги, но и осуществляет собственные издания.

В студенческие годы увлёкся программированием. И сейчас эта сфера продолжает меня интересовать. В частности, уже в студенческие годы я писал программы, управляющие синтезатором речи, адаптировал интернет-сайты для нужды незрячих.

### Поиск информации в интернете можно сравнить с охотой!

**Владимир Николаевич, почему в апреле 2003 года Вы решили переехать из Новосибирска в Санкт-Петербург?**

Я успешно завершил обучение в университете. Наступил новый жизненный этап, надо было ставить перед собой новые задачи. Возникло желание переехать в Северную столицу, город, где я уже бывал, который меня очень интересовал. В Питере я чувствовал особую «сопричастность с историей». Ходил по его улицам и думал о том, что здесь жили Пушкин, Гоголь, Достоевский, Чайковский, Римский-Корсаков и множество других великих людей.

**В 2004 году Вы вместе с Анатолием Камыниным стали создателем интернет-портала «Тифлокомп». С тех пор Вы его бессменный редактор и один из ведущих авторов. Какие задачи Вы ставите перед собой?**

Как известно, за двадцать лет сменяется целое поколение. Это большой срок. Когда создавался Тифлокомп, он замыслился как виртуальная платформа единомышленников, незрячих людей, увлечённых компьютером.

**Эта концепция изменилась в последнее время?**

Изменилась окружающая действительность. Компьютерные технологии получили широчайшее распространение, в том числе среди незрячих. Поэтому в настоящее время компьютер — это не хобби отдельных людей.

Компьютерная грамотность стала необходима всем без исключения нашим согражданам. Вне зависимости от возраста, наличия инвалидности, каких-то других увлечений и предпочтений.

Аудитория портала «Тифлокомп» существенно расширилась, она стала гораздо более неоднородной. Для кого-то компьютер — это хобби, которому хочется посвящать как можно больше времени. А кто-то стремится ограничиться базовыми навыками и знаниями, необходимыми в повседневной жизни.

Оба эти подхода, разумеется, имеют право на существование. Мы стремимся к тому, чтобы интернет-портал был интересен и полезен для всех: и для начинающих пользователей компьютера, и для знатоков.

**С 2007 года Вы преподаёте компьютерные технологии в Центре медико-социальной реабилитации для инвалидов по зрению. Как строятся Ваши занятия? Какой опыт Вы приобрели за эти годы?**

Все занятия — индивидуальные. Я помогаю людям получить те знания и навыки, которые им нужны. Это касается не только работы на стационарном компьютере, но также использования любых электронных гаджетов: ноутбуков, планшетов, смартфонов и т.д.

**Таким образом, Ваши учащиеся фактически могут сами определять программу занятий?**

Так и получается. Например, у меня занимаются пожилые люди, которые хотят научиться пользоваться электронными библиотеками, другими Интернет-порталами. Им нравится с помощью компьютера знакомиться с художественной и научно-популярной

литературой, слушать музыку, смотреть фильмы... Да, именно «смотреть». Когда незрячий человек знакомится с кинофильмом или телевизионной передачей, то используются глаголы «смотреть» и «видеть». В том числе и в тех случаях, когда у человека нет остатка зрительных функций. Но всё равно музыку мы слушаем, радиопередачи слушаем, а кинофильмы и телевизионные передачи — смотрим. И всё это возможно осуществить с помощью компьютера.

**Хотят ли Ваши учащиеся научиться общаться в социальных сетях, используют ли они возможности, которые предоставляют поисковые системы интернета, в частности, Гугл и Яндекс?**

Желания и потребности у людей разные. Есть немало любителей виртуального общения, а кто-то предпочитает общаться только с теми, кого знает лично.

Интерес к поисковым системам проявляют многие учащиеся. И я с удовольствием показываю им, как находить в интернете необходимую информацию. Порой это может быть непросто. Однажды ко мне пришла пожилая дама, которая совсем недавно потеряла зрение. Она была увлечена Пушкинианой. Её интересовала любая информация, связанная с жизнью великого поэта, его творчеством, памятью о нём. При этом была одна тема, которая вызывала особый интерес: памятники и бюсты поэту в самых разных городах и регионах нашей страны.

**Наверное, по этой теме информации в сети очень много.**

С одной стороны, информации действительно много. Но, с другой стороны, не существует ни одного сайта, где были бы перечислены все памятники и бюсты нашего национального гения. А ведь они установлены не только в тех местах, где он жил или бывал. Это могут быть скромные бюсты перед любой средней школой, библиотекой или домом культуры в любом регионе России.

Для этой дамы было важно найти в интернете как можно больше памятников, о которых она раньше не знала. Не могу сказать, что эта задача была полностью выполнена. Но я постарался помочь ей обнаружить новые пласты информации. Поиск информации в интернете можно сравнить с охотой!

### Встречи в «Добром доме»

**Владимир Николаевич, кроме преподавания в Центре медико-социальной реабилитации для инвалидов по зрению Вы также занимаетесь с людьми, имеющими нарушения не только зрения, но и слуха. Эта работа имеет свою специфику?**

В деревне Князево Ломоносовского района Ленинградской области, на границе с Петродворцовым районом Санкт-Петербурга, расположен «Добрый дом». Это проект Фонда поддержки слепоглухих «Со-единение», где реализуется сопровождаемое проживание людей с одновременным нарушением зрения и слуха.

Большинство жителей «Доброго дома» кроме нарушений слуха и зрения имеют целый ряд других проблем со здоровьем. Как правило, в Князево приезжают те, кому в значительном объёме требуется помощь и уход. А у себя дома, по месту жительства, они не могут это получить.

Я посещаю «Добрый дом» еженедельно. Не только работаю с подопечными этого социального учреждения, но также с другими слепоглухими людьми нашего региона, которые специально приезжают на занятия.

Специфика работы обусловлена конкретными особенностями каждого человека. Есть, например, учащиеся с остатком слуха. Им надо говорить громко, чётко, сравнительно медленно... Вообще, подавляющее большинство слепоглухих людей имеют остаток слуха и/или зрения.

**А totally слепоглухие люди могут освоить компьютерные технологии?**

Такие учащиеся у меня тоже есть. Мы общаемся друг с другом с помощью письменных сообщений, например, по Ватсапу. Эти письменные сообщения totally слепоглухой человек считывает с помощью брайлевского дисплея. И, конечно, он может сразу же ответить.

Единственное отличие при работе с totally слепоглухими — это невозможность использовать синтезатор речи. Вся информация воспринимается исключительно с помощью брайлевского дисплея.

**Вы обратили внимание на какие-то психологические особенности при работе со слепоглухими людьми?**

Разумеется, одновременные нарушения слуха и зрения означают значительные ограничения в жизни человека. Но я предпочитаю размышлять не об ограничениях, а о возможностях каждого человека! И эти возможности всё равно были и остаются значительными.

Многие слепоглухие люди успешно осваивают компьютер. И не просто как пользователи! Например, они ведут страницы в социальных сетях. А, значит, компьютер становится не просто источником информации, но и средством самовыражения.

### В мире увлечений

**Владимир Николаевич, как Вы любите отдыхать? Как проводите свободное время?**

В жизни у меня всегда было много увлечений. В последние годы стал много времени и внимания уделять физической активности. Сначала мы с супругой стали вместе посещать бассейн. Потом этого показалось мало — и я стал заниматься в тренажёрном зале.

Также увлёкся шоу-даун — настольным теннисом слепых. И ещё одно увлечение — яхтинг в инклюзивной команде. Что такое «инклюзивная команда»? Это значит, что управление яхтой совместно осуществляется спортсменами с инвалидностью по зрению и людьми без физических ограничений.

Конечно, капитаном или рулевым незрячий человек быть не может, но, например, освоить управление парусами вполне реально. Для парусного спорта необходимы такие качества как выносливость, умение работать в команде, сноровка, решительность, целеустремлённость, воля к победе.

Надо уметь чувствовать ветер, быстро реагировать на любые изменения погодных условий. Одно неловкое движение может привести к снижению скорости яхты. А ведь во время регаты важна каждая секунда!

**Илья Бруштейн**  
Фотографии из личного архива  
В.Н. Довыденкова

# Сирия, которая у всех на слуху

Л.И. Балашевич

Путевые заметки 1984 год. (Продолжение)

## Дамаск. Прогулка по городу

В древности город был окружён мощной защитной стеной с цитаделью, которая частично сохранилась до нашего времени. На изображении плана древнего города, найденном мною в интернете, цитадель видна справа (фото 1). Со стен цитадели и сегодня можно любоваться сиянием огней вечернего Дамаска (фото 2).

Среди подсвеченных зданий особенно выделяется железнодорожный вокзал Хиджас, который можно считать знаменитым уже тем, что он является вокзалом нефункционирующей дороги, которую начали строить турки в 1900 году, чтобы связать Стамбул с Меккой и тем облегчить паломникам путь в святые места. Спустя 17 лет выросший при дворе турецкого султана талантливый архитектор испанец Фернандо де Арандо Гонзалес построил роскошный железнодорожный вокзал, который украсил город и является самым ярким памятником османского периода в истории Сирии. В период нашего визита он использовался как зона отдыха с фонтаном и прекрасным буфетом (фото 3).

Рядом с офицерским отелем, в котором мы жили, а это недалеко от старого города, уже при президенте Хафезе Аль-Асаде были построены целый ряд современных отелей,

в том числе и огромный «Meridien». Приход в отельный бизнес авторитетных международных фирм поднял престиж города как столицы государства (фото 4, 5).

Что же касается более отдалённых от старого города кварталов, то они в то время выглядели как обычный удобный для жизни город с покрытыми асфальтом улицами, жилыми домами в 4-5 этажей и оживлёнными перекрестками (фото 6, 7). Некоторые старые кварталы так и остались тесными и неприглядными, но именно своей необычностью привлекающими внимание иностранных гостей города (фото 8). Кварталы, в которых живёт элита страны, отличаются и чистотой, и дорогами автомобилями, и хорошо одетыми прохожими (фото 9).

Первое, что бросилось нам в глаза в Дамаске, так это обилие и разнообразие марок автомобилей. Мы в Ленинграде привыкли видеть на улицах только редкие «Москвичи», «Волги» и в конце 70-х и начале 80-х редкие ещё тогда «Жигули». Даже Невский проспект выглядел тогда вот так: (фото 10).

В Дамаске же даже не очень оживлённые перекрестки были буквально забиты автомобилями разных марок из разных стран, которых мы никогда раньше вообще не видели, так как Советский Союз машины из-за границы не ввозил и население ими не искушал (фото 11).

Автомобили отличались не только марками, но и возрастом. Наряду с современной для того времени «Маздой» по улицам курсировали такие музейные раритеты, которых в европейских странах не выпустили бы из гаража (фото 12).

В Дамаске же полиция относится к этому, как, впрочем, и к соблюдению правил дорожного движения, с философским спокойствием, не штрафует водителей, а только приходит на помощь, когда они попадают в аварии (фото 13).

Второе, что тоже резко отличало улицы города от привычных нам советских городов — это разнообразие этнического состава и, соответственно, внешности людей на улицах. Здесь в одном кадре можно было увидеть и человека в турецкой феске, и в арабском платке, и вообще без головных уборов (фото 14).

Что касается женщин, то в видеоискатель моего фотоаппарата лишь один раз на улице попала женщина в предписанной шариатом черной накидке и закрытым лицом (фото 15). Как правило же женщины одеваются в обычную европейскую одежду и даже позволяют себе носить джинсы (фото 16).

Единственное место, где ношение накидки обязательно для женщин — это мечеть. Например, на входе в мечеть Омейядов такую накидку выдают каждой женщине, которая вступает на территорию храма.

Пожалуй, стоит упомянуть и ещё об одной детали, которая бросается в глаза любому европейцу как в Дамаске, так и в других местах Сирии.

Речь идёт о детях и их поведении в общественных местах. В мусульманских семьях в Сирии много детей. В Хомсе нам показали мужчину, у которого было 40 детей от его четырёх жён. На улицах мы нигде не видели маленьких девочек — им не разрешают гулять за пределами дома и без сопровождения взрослых, их с детства готовят быть в подчинении мужчин и вести домашнее хозяйство. Мусульманские мужчины помнят, что написано в Коране: «Женщина — это верблюд, которая должна пронести мужчину через пустыню жизни». Зато мальчишки снуют всюду. Они с юного возраста начинают зарабатывать кто чем может — продают газеты, чистят обувь и разносят еду (фото 17-19).

Те, кто трудиться не хочет или не может, выбирают самый простой вид заработка — поджидают туристов и буквально атакуют их, выпрашивая монетку. На первом снимке группа мальчишек высматривает туристов на смотровой площадке (фото 20), а на следующем я сфотографировал профессора Шиляева, отбивающегося от попрошайек во время посещения нами замка крестоносцев (фото 21).



Фото 1.

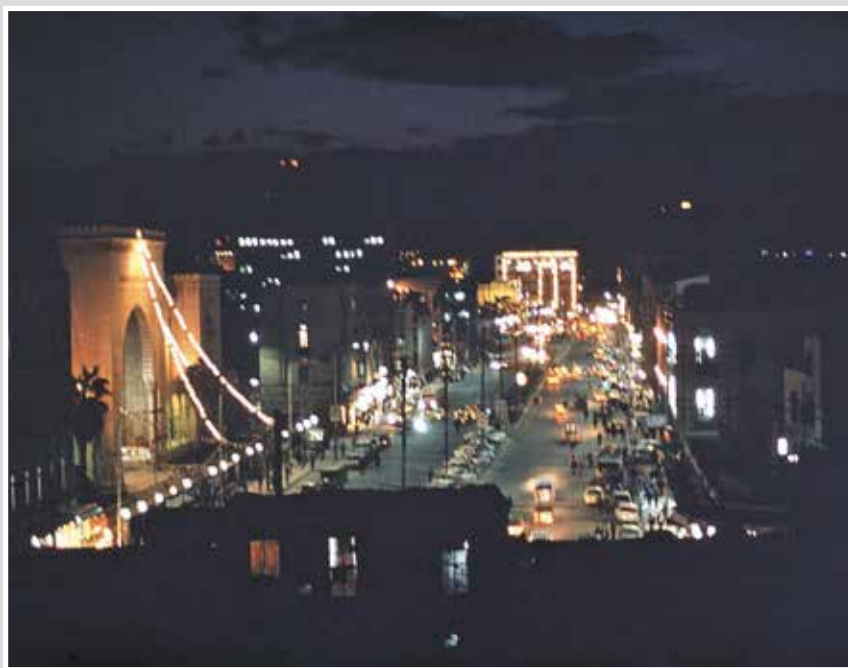


Фото 2.



Фото 3.



Фото 4.



Фото 5.



Фото 6.



Фото 7.



Фото 8.



Фото 9.



Фото 10.



Фото 11.



Фото 12.



Фото 13.



Фото 14.



Фото 15.



Фото 16.



Фото 17.

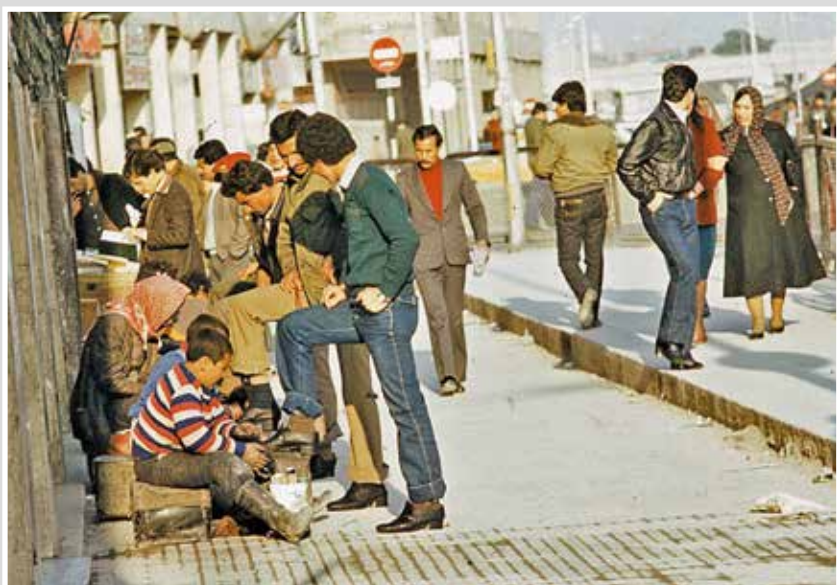


Фото 18.



Фото 20.

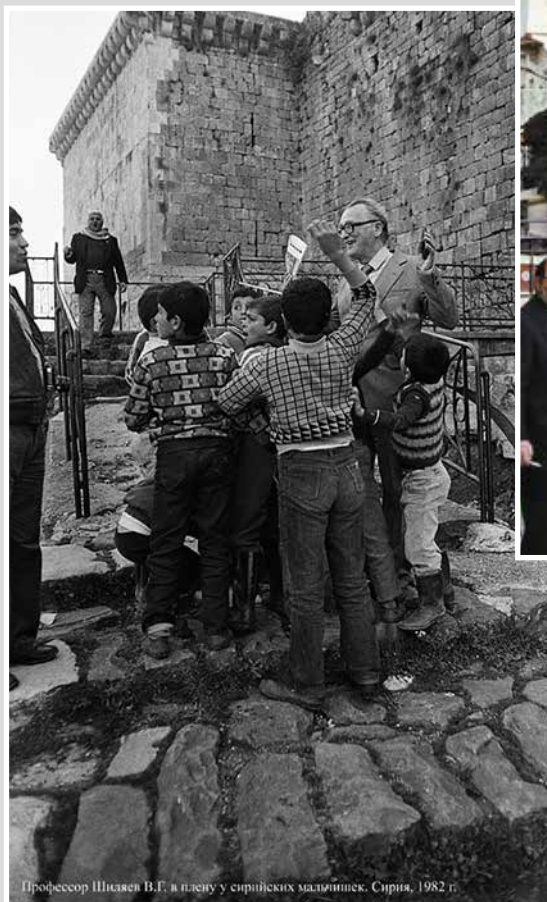


Фото 21.



Фото 19.

# Vivinex™ Toric iSert™

## ИДЕАЛЬНОЕ ЗРЕНИЕ И ВЕЛИКОЛЕПНАЯ РОТАЦИОННАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ



- Гидрофобный, свободный от глестенига, акриловый материал ИОЛ
- Запатентованная асферическая конструкция оптики улучшает качество изображения
- Обработка активным кислородом, гладкая поверхность и прямоугольный оптический край снижают вероятность помутнения задней капсулы (ПЗК)
- Средняя ротация 1.1° [диапазон: 0.0° – 5.0°]  
100% линз (n=103) показали **не более 5° ротации** от целевой оси в конце операции и во время всех последующих посещений: **через 1 час, 1 неделю, 1 месяц и 6 месяцев**
- Привычный и надежный инжектор iSert® обеспечивает контролируемую имплантацию

**HOYA**  
SURGICAL OPTICS

**Surgix**

ophthalmic surgical products

Дистрибьютор ООО «Серджикс»  
www.surgix.ru | +7 495 543 74 73 | info@surgix.ru



на правах рекламы

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
*Апрель*

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

Подписной индекс: **15392**  
[www.aprilpublish.ru](http://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 2025. Тираж 1000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 212. © «Поле зрения», 2025. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.