

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№4(90) ИЮЛЬ-АВГУСТ 2025

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ



(продолжение)

Секция «Сухой и красный глаз»

С докладом на тему «Развитие проблемы синдрома сухого глаза в материалах DEWS III» выступил профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург). «Сухой глаз» представляет собой многофакторное симптоматическое заболевание, характеризующееся изменением состава слезной пленки / или глазной поверхности, этиологическую роль в развитии которого играют нарушение стабильности слезной

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.

пленки, гиперосмолярность, воспаление глазной поверхности и нейросенсорные нарушения. В материалах DEWS, отметил докладчик, акцент будет сделан на гендерных различиях, а именно: распространенность «сухого глаза», морфология слезной железы, отличия биомаркера слезы у мужчин и женщин, гормональные регуляции и т.д. В вопросе этиологии особое внимание будет обращено на пациентов молодого возраста и детей. В материалах DEWS III причиной воспалительного процесса называется отсутствие ответа на слезозаместительную терапию: гиперосмолярность влияет на активные формы кислорода, на антиоксидантную систему, протеазы слезы и т.д. В DEWS III включены параметры слезной

пленки и симптомы синдрома «сухого глаза», т.е. конкретное нарушение слезной пленки сопровождается конкретным симптомом и его выраженностью; связи между параметрами слезной пленки (липиды, муцины, белковый состав слезы); факторы риска ССГ, дисфункции мейбомиевых желез практически идентичны DEWS II. В DEWS III включены синдром жжения глаз, повреждение эпителия глазной поверхности трением век; описаны дегенерация и регенерация нервов под контролем конфокальной микроскопии. В главе, посвященной ятрогенному ССГ, добавлено упоминание ботулотоксина, более подробно описан кросслинкинг, радиотерпия, лучевая терапия.

> стр. 5

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Ерошевские чтения — 2025

С 19 по 21 июня 2025 года в Самаре состоялась ежегодная научно-практическая конференция «Ерошевские чтения», которая собрала ведущих специалистов в области офтальмологии и инновационных технологий. Мероприятие стало важной платформой для обмена передовым опытом, обсуждения новых методов диагностики и терапии, а также презентации последних научных достижений.

В рамках конференции были представлены доклады, посвященные широкому спектру вопросов, в том числе связанных с использованием лазерных технологий в лечении глаукомы и сопутствующих заболеваний.

Живая хирургия

19 июня в рамках международной офтальмологической конференции «Ерошевские чтения — 2025» прошла секция «Живая хирургия», посвященная демонстрации передовых достижений в области офтальмохирургии. Трансляция из операционных проходила в инновационном 3D формате, что дало уникальную возможность для присутствующих специалистов наблюдать за сложными хирургическими вмешательствами в реальном времени.

В этот день ведущие специалисты страны собрались в Самаре, чтобы представить свои новейшие разработки и клинические

решения. В мероприятии приняли участие 13 высококвалифицированных хирургов из различных регионов России: О.П. Антонова (Москва), В.Е. Белкин (Москва), к.м.н. П.А. Замыцкий (Самара), д.м.н. Д.И. Иванов (Екатеринбург), д.м.н. Е.В. Карлова (Самара), С.В. Кирносов (Самара), А.А. Кравченко (Оренбург), Т.С. Кузнецова (Москва), А.Е. Милудин (Самара), профессор К.Б. Першин (Москва), к.м.н. Д.В. Петрачков (Москва), А.А. Ролдугин (Воронеж), С.Ю. Туровский (Самара). Особое внимание участников конференции привлекла прямая 3D онлайн-трансляция хирургического вмешательства, которую провёл один из ведущих специалистов «НИИГБ

им. М.М. Краснова» к.м.н. Д.В. Петрачков. Значительным событием дня стала первая в рамках конференции имплантация микрочунта PreserFlo, проведённая д.м.н. К.Б. Першиным. Данная операция представляет собой важный шаг в развитии микроинвазивной хирургии глаукомы.

Первый день конференции прошёл в дружелюбной и непринуждённой атмосфере, стал площадкой для обмена знаниями и опытом между ведущими специалистами. Отличительной чертой секции «Живая хирургия» является презентация результатов операций на следующий день.

> стр. 10

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



О времени и о себе

Интервью с заведующей Офтальмологическим центром глазной хирургии «СМ-Клиника» кандидатом медицинских наук Марианной Геннадиевной Комаровой

Мы встретились с Марианной Геннадиевной во время работы научной конференции «Лечение глаукомы: инновационный вектор — 2025». Одним из направлений исследовательской работы, которым занимается доктор Комарова, — снижение риска интраоперационных и послеоперационных осложнений у пациентов с высокой осевой миопией. Этой проблеме был посвящен ее доклад. «О таких пациентах, — говорит Марианна Геннадиевна, — необходимо заботиться как о недоношенных детях».

С М.Г. Комаровой мы беседовали после окончания мероприятия, и я невольно обратил внимание на яркий значок на лацкане жакета.

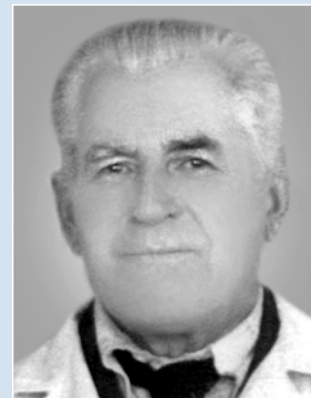
Марианна Геннадиевна, что это за интересный значок у Вас на жакете?

Это знак отличия, которым меня наградили за долгую и успешную работу в многопрофильном медицинском холдинге «СМ-Клиника». «Золотой статут» — логотип «СМ», выполненный из золота и бриллиантов.

Он дает право награжденному и его ближайшим родственникам на пожизненное бесплатное медицинское обслуживание в клиниках холдинга. Слава Богу, пока редко пользуюсь, но очень ценю эту награду.

> стр. 15

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Владимир Иосифович Спасский

> стр. 3

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



Забота о зрении как искусство

Н.В. Муратова

> стр. 18

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Записки земского офтальмолога

А.А. Воронцов

> стр. 20

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

> стр. 22

ИСТОРИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИИ В ЛИЦАХ

> стр. 24

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Капитан Сборной команды России по футболу слепых Сергей Манжос: Критерий успеха в спорте — движение вверх!

Илья Бруштейн

> стр. 28

ЧТЕНИЕ ДЛЯ ДУШИ

Сирия, которая у всех на слуху

Л.И. Балашевич

> стр. 30



Издательство «АПРЕЛЬ» анонсирует: «История офтальмологии в лицах», 3-е издание, переработанное и дополненное

Вышла в свет книга «История офтальмологии в лицах». Это — третье, дополненное и переработанное, издание. Книга подготовлена под редакцией доктора медицинских наук, профессора, директора ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова», главного внештатного специалиста офтальмолога Московской области Юсефа Юсефа. Составители: А.С. Обрубов, С.Н. Тумар, Л.С. Тумар. В монографии собраны краткие биографические данные о профессиональной деятельности отечественных врачей-офтальмологов с XIX по XXI век.

Глубокоуважаемый читатель!

«Настоящее — дочь прошлого и мать будущего». Думать о том, что будет, и понимать, что происходит, можно, только зная, что было. Единственный предсказатель грядущего — минувшее. Так М.М. Краснов начал свою книгу «Микрохирургия глауком», и это символично для этого издания. На протяжении всей своей многолетней истории Московское научное общество офтальмологов неизменно следовало традициям бережного отношения к истории, почитания учителей и объединения разных поколений коллег-офтальмологов. Перелистывая страницы этой книги, вы сможете не только погрузиться в историю офтальмологии, но и, возможно,

задумаетесь о своем месте в этой истории. Отходят на второй план многие окружающие нас мелочи и повседневная суета, книга заставляет подумать о главном. Каждый эпизод, каждая фотография, каждый человек — это мгновения нашей летописи, уникальные и неповторимые. Оглядываясь на прошедшие годы, мы строим планы на перспективу. Мы гордимся достигнутыми успехами, но уверены, что впереди нас ждут новые победы и свершения! Задача современной офтальмологии — это и разработка новых методов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, и трансляция современных эффективных технологий

в клиническую практику, и, конечно же, всесторонняя подготовка научных кадров, а также обучение и повышение квалификации офтальмологов нашей страны и не только. В XXI веке многократно возросли и объемы информации, и вариативность лечения, появляются принципиально новые инструменты, а главное — каждый день открываются новые просторы для полета научной мысли. В это время особенно актуально остановиться и, посмотрев вокруг, оценить себя и коллег в мире этой прекрасной науки.

Директор ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова», доктор медицинских наук, профессор **Юсеф Юсеф**

КАК ЗАКАЗАТЬ КНИГУ:
По вопросам приобретения обращаться в ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» по тел.: +7 (916) 289-18-40
Мадина Росланбековна Мачаидзе
Получатель: УФК по г. Москве (ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» л/с 20736У93950)
Единый казначейский счет (счет банка получателя) — 40102810545370000003
Казначейский счет (расчетный счет) — 03214643000000017300
БИК: 004525988
Банк: ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве г. Москва
КБК: 000000000000000000440
Просим указывать полностью наименование ПОЛУЧАТЕЛЯ и КБК для корректного зачисления денежных средств на наш расчетный счет
Цена: 4000 руб. без учета доставки

Год издания — 2025
Количество страниц — 735 с иллюстрациями
СОСТАВИТЕЛИ:
А.С. Обрубов, Московский городской офтальмологический центр (МГОЦ)
ГБУЗ Московский многопрофильный научно-клинический центр (ММНКЦ) имени С.П. Боткина ДЗМ
С.Н. Тумар, издательство «Апрель»
Л.С. Тумар, издательство «Апрель»
ISBN 978-5-6050300-8-9

Уважаемые офтальмологи!

Кафедра глазных болезней Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы приглашает врачей-офтальмологов на **Всероссийскую научно-практическую конференцию с международным участием «Актуальные вопросы офтальмологии 2025».**

Конференция состоится **7 ноября 2025 г.** по адресу: г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8, Медицинский институт, зал № 2.

Формат проведения — очно и онлайн.

Начало регистрации в 8:00.

Начало научной программы в 08:50.

Аккредитовано в НМО на **6 ЗЕТ**

Участие для врачей бесплатное

Председатель: Фролов М.А. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой глазных болезней, директор Офтальмологического центра КДЦ Медицинского института ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы»

Уважаемые офтальмологи!

Кафедра глазных болезней Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы приглашает врачей-офтальмологов на **цикл повышения квалификации по теме: «Современные методы диагностики и лечения глаукомы» (18 часов)**

5, 6, 7 ноября 2025 года.

Цикл будет проходить очно и дистанционно с 09.00 до 15.00. В программу включены сессии «живой хирургии», лекции, семинарские, практические занятия, клинические случаи.

Адрес проведения занятий: г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 10, Офтальмологический центр.

Стоимость обучения 8 тысяч рублей.

В рамках цикла 7 ноября 2025 г. пройдет **Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы офтальмологии 2025».**

Аккредитовано в НМО на **6 ЗЕТ**

Запись на цикл по телефону:
+7 (903) 204-97-79



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

ПРИГЛАШАЕМ ВАС НА САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ «ТРЕЙДОМЕД ИНВЕСТ»

в рамках научно-практической конференции

«XVIII Российский общенациональный офтальмологический форум» (РООФ 2025)

«Практика ОКТ-ангиографии»

24 сентября 2025 года, 17.00 – 18.00 ч., зал «Толстой»

ПРОГРАММА

Президиум: В. В. Нероев, М. М. Архипова, Д. С. Мальцев. **Модератор:** М. М. Архипова

1. В. В. Нероев (ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва)

Приветственное слово 5 мин.

2. Т. Д. Охочинская (ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва)

ОКТА спешит на помощь 8 мин.

3. М. М. Архипова (НКЦ №2 ФГНБУ «РНЦ имени акад. Б. В. Петровского)

Телеоангиоэктазии, аневризмы, эксудаты – что нам делать, как нам быть, как нам Коатс победить?! 12 мин.

4. **Д.С. Мальцев, А. Н. Куликов** (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург)

Узелок завяжется – узелок развяжется 10 мин.

5. Е. В. Ерохина (ФГАН «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Калуга)

Охота на невидимку: ловим хориоидит за хвост 11 мин.

6. **Д.С. Мальцев, А. Н. Куликов, Я. А. Калининчева** (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург)

Друзья разные виды, друзья разные важны 11 мин.

7. **Ответы на вопросы** 3 мин.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Москва, площадь Евразии, д. 2 (станция м. «Киевская»),
отель «Рэдиссон Славянская», зал «Толстой»

**ЖДЕМ ВАС НА СИМПОЗИУМЕ
И БУДЕМ РАДЫ ВСТРЕЧЕ С ВАМИ НА НАШЕМ СТЕНДЕ**

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



Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Владимир Иосифович Спасский

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)

В 1934 г. по рекомендации В.П. Однцова на должность директора Института был назначен Владимир Иосифович Спасский. В книге приказов от 11 октября 1934 г. есть запись, посвященная этому назначению: «Директора — Профессора Спасского В.И. полагать работающим в Институте с 1/VIII с/г. Основание: выписка из приказа БНКЗдрава от 10/10 с/г. § 5. Заместителем директора назначается доктор Агарёв И.А.»

По этому поводу профессор Г.Х. Кудояров написал: «...По старому обычаю через несколько дней после своего приезда Владимир Иосифович сделал к нам визит вежливости, при этом за сутки вперед предупредил нас. Владимир Иосифович продолжительное время жил в Германии, Чехословакии, бывал в Швейцарии, Югославии, Франции, Швеции и Норвегии. Он долго сидел у нас и все рассказывал».¹

С приходом В.И. Спасского, как отмечал в своих воспоминаниях профессор Г.Х. Кудояров, началась активная борьба с трахомой.² Его дочь И.В. Спасская так охарактеризовала своего отца: «В. Спасский одним из первых в России еще в 20-е гг. разработал тактику оперативного лечения трахомы. В журнале «Вестник офтальмологии» за 1923 г. профессор Я. Варшавский писал: «В России, кроме Лобанова, только Спасский является ревностным приверженцем хирургического лечения трахомы». Работая над этой проблемой, он еще в 1913 г. побывал в Германии, где увидел своими глазами положительные результаты такого лечения. Прочитал много медицинской литературы и обнаружил информацию, свидетельствующую о том, что великий врач древности Гиппократ применял хирургическое лечение трахомы, и небезуспешно. Это помогло Владимиру Иосифовичу в борьбе с противниками. На его стороне был только Лобанов, остальные длительное время отвергали этот метод. И лишь в 1926 г. после доклада В.И. Спасского «16-летний опыт лечения трахомы» подавляющее большинство делегатов Всероссийского съезда окулистов его поддержало. В то время как в 1913 г., когда был сделан первый доклад, метод хирургического лечения не был принят. Жизнь Владимира Иосифовича можно разделить на два периода: смоленский (до 1933 г.) и башкирский (до 1955 г.). К 1934 г. у него за плечами было 36 лет интересной и успешной работы в медицинских учреждениях Смоленска, уважение людей, можно было подумать и об отъезде. Но он решил по-другому и ... отправился на борьбу с трахомой в Башкирию, где это заболевание носило массовый характер. Владимир Иосифович считал, что чем труднее и сложнее труд, тем он интереснее и тем счастливее жизнь, а счастье — это любовь, это радость, это здоровье. «Настоящий специалист, — говорил он, — должен проверить свои знания в экстремальных условиях».³

Открытие на базе Института в 1936 г. кафедры глазных болезней Башкирского государственного медицинского института расширило возможности проведения научных исследований по изучению распространенности и клиники трахомы, осуществлению мер борьбы с ней. Первым заведующим кафедрой был В.И. Спасский (1936-1955 гг.) (рис. 1).

НЕМНОГО О ВРАЧЕ. Владимир Иосифович Спасский (рис. 2) родился 9 мая 1874 г. в с. Рождество Калужской области в семье сельского учителя. По окончании медицинского факультета Московского университета в 1902 г. работал на участке заведующим фельдшерской школой и состоял



Рис. 1. Профессор В.И. Спасский со своими студентами

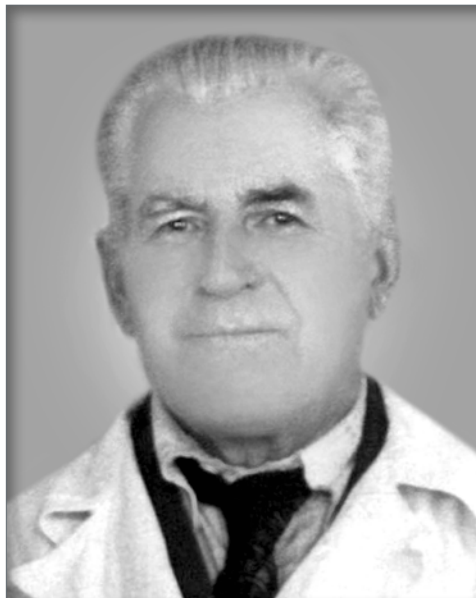


Рис. 2. Профессор В.И. Спасский



Рис. 3. Аттестат профессора В.И. Спасского

ординатором глазного отделения Екатеринославской⁴ губернской больницы (1902-1910 гг.). В годы империалистической войны в 1914-1916 гг. как военный врач служил в госпитале и удостоен ордена Святого Святослава 3-й степени. После окончания войны, вплоть до 1934 г., последовательно работал в Смоленске в должностях заведующего глазным отделением Второй Советской больницы, младшего врача военного госпиталя, окружного окулиста Западного военного округа, заведующего трахоматозным отделением Областной глазной больницы. В 1926-1934 гг. был приват-доцентом Смоленского университета. В 1939 г. защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук на базе 2-го Московского государственного медицинского института. В этом же году В.И. Спасский получил звание профессора (рис. 3).

Выбор будущей профессии В.И. Спасским, возможно, был предопределен. Династия медиков Спасских берет начало от Ивана Тимофеевича Спасского (1795-1859), доктора медицины, профессора и почетного члена Санкт-Петербургской медицинской хирургической академии, действительно статского советника. По отзывам своих современников, был «многообразованным и хорошим латинистом... одним из весьма

дельных представителей медицины того времени... одним из лучших русских профессоров, у которого студенты многому научились... владел даром слова... пользовался заслуженной репутацией и в публике, и между врачами». И.Т. Спасский был кавалером орденов Св. Анны 2-й степени с императорской короной, Св. Станислава 2-й степени и Св. Владимира 4-й степени, был личным врачом великого русского поэта А.С. Пушкина.

«...Уже в пятнадцатилетнем возрасте отца местные жители называли «лекарем», — вспоминает дочь В.И. Спасского Ирина Владимировна. — А родственники всякий раз узнавали в нем черты характера Ивана Спасского. Владимир Иосифович стал окулистом... Дома, мы, дети, только и слышали от родителей: глаза, глаза, глаза. Отец очень расстраивался, что у сына плохое здоровье, а значит, тот не может пойти по его стопам. Сам он считал, что медик обязательно должен иметь хорошее здоровье».⁵

Профессор В.И. Спасский был человеком интеллигентным, добрым. Отличался теплым отношением к коллегам, примером может служить характеристика на заместителя директора Трахоматозного института И.А. Агарёва, подписанная В.И. Спасским: «...Всю эту многогранную работу Агарёв

умел проводить с энтузиазмом, которому может позавидовать любой врач, и зажигая своим примером других товарищей. Его чуткое, внимательное отношение к больным создавало ту благоприятную атмосферу, в которой должна постоянно проходить деятельность советского врача».⁶

Многочисленные восторженные отзывы в адрес В.И. Спасского от его студентов, несомненно, доказывают, что профессор обладал даром общения со студентами и очень любил свою преподавательскую деятельность. Среди личных документов В.И. Спасского сохранились стихотворение, адресованное Владимиру Иосифовичу, от имени его студентов перед их уходом на фронт. Стихотворение, как нам кажется, раскрывает все замечательные человеческие качества профессора.

**ПОСВЯЩАЕТСЯ
учителю Владимиру Иосифовичу
СПАССКОМУ
от благодарных учеников,
уходящих на фронт
1917 год.**

Прими сердечное признание
Учитель милый, дорогой,
От всей группы благодарности
И стих сердечный и простой!
Вы нас искренно учили
Своей отзывчивой душой,
На подвиг нас подготавливая
Многострадальной Родины святой!
Стремилась Вы всегда сердечно
Горизонт наш озарить,
Чтоб в медицинскую науку
Нас всецело посвятить!
Мы что могли, то почерпнули,
Сколь слабый у нас мог вместить.
Свои старанья мы приложим,
Чтоб пользу ближним принести!
И жалко с Вами расставаться,
Не видеть доброго лица,
Не слышать ласкового слова,
Как от любимого отца!
Но час пробил, мы уезжаем
На фронт кровавый, боевой,
Вы нам остались незабвенный,
Прощай, наш гений дорогой!
А. Чирков.
10 августа 1917 г.
г. Смоленск.

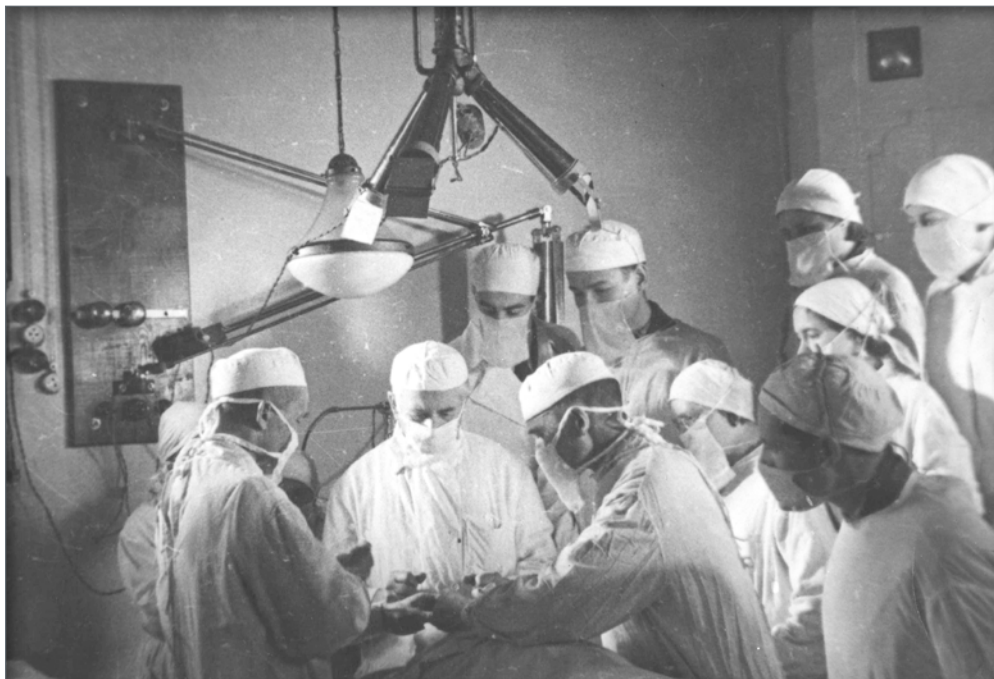


Рис. 4. В.И. Спасский в операционной Института



Рис. 5. Профессор В.И. Спасский с учениками



Рис. 6. Сотрудники Института Н.Х. Мещерова, И.А. Агарёв, В.И. Спасский, Г.Х. Кудояров, А.В. Чубуков, З.И. Воронцова, 1946 г.

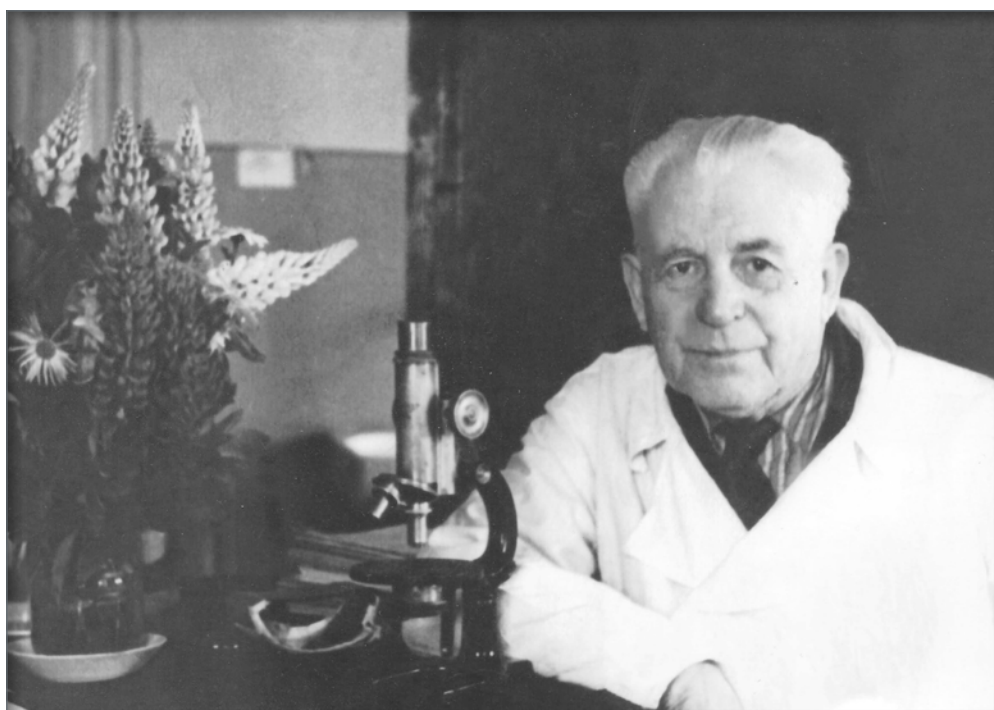


Рис. 7. Профессор В.И. Спасский за рабочим столом

Профессор Р.Г. Кудояров в своих воспоминаниях отзывается о В.И. Спасском как о ярком, высокообразованном человеке, любившем поэзию: «...В 1934 г. он возглавил Башкирский научно-исследовательский институт по проблемам трахомы. Владимир Иосифович ввел в практику метод эмбриопластики для лечения паннуса (воспалительного состояния роговицы, приводящего к слепоте). ... Я представляю его очень ясно с момента приезда в Уфу, далее во время моей учебы в медицинском институте, когда он пытался увлечь меня идеями пересадки глаза. Помню также, что заседания офтальмологического общества завершались у нас стихами».⁷

В.И. Спасский автор более 100 научных трудов. Им впервые был применен метод исследования микротрещинов для ранней диагностики трахомы. Книга «Мой опыт хирургического лечения трахомы» (1938 г.) в двух томах стал в те годы настольным учебником башкирских окулистов. Профессор В.И. Спасский ввел в практику также один из видов тканевой терапии — подсадку консервированной эмбриональной ткани — пуповины, получившей широкое клиническое применение при лечении различных заболеваний органа зрения и его придатков (рис. 4).

«...Любопытно, что в последние годы жизни он приступил к исследованиям по пересадке глаза. При всей фантастичности идеи им предложен рациональный момент возможности использования височной наружной сонной артерии для улучшения кровообращения глаза. Эта идея успешно использовалась в клинике Святослава Николаевича Федорова при глаукоме и злокачественной близорукости», — вспоминал профессор Р.Г. Кудояров.⁸

В период военного лихолетья 1941-1945 гг. В.И. Спасский оказывал помощь уфимскому эвакугоспиталю в лечении больных с травмами глаз, хотя был безмерно загружен работой в клинике.⁹ В.И. Спасский прожил долгую жизнь: он скончался 17 марта 1955 г. на 81-м году жизни, до последних дней

продолжая работать в должности заведующего кафедрой глазных болезней Башкирского государственного медицинского института (рис. 5).

Вместе с супругой, которая также была врачом, В.И. Спасский воспитал трех дочерей и сына: Ирина Владимировна выбрала путь отца — она стала офтальмологом, Тамара Владимировна — врач-патологоанатом, Вера Владимировна — артистка балета, Георгий Владимирович — историк. Правнуки В.И. Спасского также своей стезей избрали медицину.

Профессора В.И. Спасского, председателя Общества офтальмологов БАССР, заслуженного деятеля науки БАССР, кавалера орденов Трудового Красного Знамени, Знак Почета и Святого Святослава III степени полностью характеризуют его же слова: «Труд — ваша судьба, чем он сложнее и интереснее, тем счастливее ваша судьба» (рис. 5, 6, 7).¹⁰

¹Кудояров Г.Х. Моя жизнь — офтальмология. — Уфа: Гилем, 2010. — С. 73

²Кудояров Г.Х. Моя жизнь — офтальмология. — Уфа: Гилем, 2010. — С. 73.

³Спасская-Волчкова И. Одержимый// Медицинская газета. — 1994. — 16 ноября. — №89.

⁴г. Днепрпетровск

⁵В. Евланова. Останутся ли с нами три кита?// Медицинская газета. — 1992. — 1 января. — №1.

⁶Характеристика на И.А. Агарёва //Из личного архива И.А. Агарёва.

⁷Г.Х. Кудояров. Моя жизнь — офтальмология. — Уфа: Гилем, 2010. — С. 156.

⁸Г.Х. Кудояров. Моя жизнь — офтальмология. — Уфа: Гилем, 2010. — С. 156.

⁹Г.Х. Кудояров. Моя жизнь — офтальмология. — Уфа: Гилем, 2010. — С. 156.

¹⁰В. Евланова. Останутся ли с нами три кита?// Медицинская газета. — 1992. — 1 января. — №1.



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.

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

Офтальмогеронтология — 2025

> стр. 1

Д.м.н. Д.Ю. Майчук выступил с сообщением «Хронические конъюнктивиты у пожилых пациентов после хирургии катаракты». Автор привел клинический случай пациентки 72 лет, которая перенесла ФЭК+ИОЛ. Через месяц после операции обратилась по месту жительства к врачу с жалобами на красный глаз и жжение. Пациентка проходила лечение от аллергии без видимых результатов. В МНТК «МК» пациентке проведен тест Ширмера, который показал «0» на одном глазу, на другом — «1 мм». Исследования также выявили наличие стафилококка эпидермального с резистентностью к гентамицину. Пациентка до операции не предъявляла жалобы на синдром «сухого глаза», однако прием различных препаратов привел к развитию лекарственной аллергии.

Авторами было проведено исследование 218 пациентов, у которых развился конъюнктивит через 1 месяц после проведения хирургии катаракты и которые до операции не обращались к офтальмологу. Пациентам сделаны мазки и посевы с конъюнктивы, которые у большинства пациентов показали отрицательные результаты. У 16 пациентов выявлен эпидермальный стафилококк (непатогенная микрофлора), среди них у 11 — резистентный, патогенные возбудители найдены у 3 пациентов, из них у 1 — резистентный. Клиническая картина классического бактериального конъюнктивита ни одного пациента не наблюдалась.

Проведенный тест Ширмера выявил «норму» только у одного пациента, у остальных пациентов — значительное снижение. Жалобы пациенты стали предъявлять через 1-3 недели после окончания послеоперационных назначений. После операции пациентам назначаются НПВС, антибиотик и стероид. В результате приема препаратов происходит высушивание глазной поверхности; после их отмены пациенты начинают ощущать симптомы ССГ, который был и до операции, но не проявлялся.

Наличие клинической картины лекарственной аллергии выявлено у 5 пациентов (0,5%), данные за наличие топиического аллергического конъюнктивита в анамнезе отсутствовали.

Возвращаясь к клиническому случаю пациентки, перенесшей ФЭК+ИОЛ, автор отметил, что ей был назначен противоаллергический препарат 3 р/д, экспресс увлажнение 3 р/д, антигистаминный препарат внутрь, при этом кортикостероиды не использовались, т.к. пациенты после хирургического вмешательства получают эти препараты. Автор обратил внимание на то, что после хирургии катаракты пожилым пациентам следует назначать противоаллергические капли, выбор которых зависит от остроты процесса. Через 7 дней лечения картина улучшилась, однако 100% результат получен после назначения дексаметазона.

Подводя итог, д.м.н. Д.Ю. Майчук отметил, что в 99% случаев причиной конъюнктивита у лиц пожилого возраста является синдром «сухого глаза». В раннем послеоперационном периоде следует наряду с основной терапией назначать препараты искусственной слезы. При обращении к врачу в поликлинике с жалобами на конъюнктивит пациенту необходимо назначать либо кортикостероиды, либо антигистаминный препарат, плюс в обязательном порядке препарат искусственной слезы.

К.м.н. Т.Н. Сафонова от группы авторов представила сообщение на тему «Комбинированное лечение рефракторного заднего блефарита». Локализация воспалительного процесса на краях век предполагает вовлечение мейбомиевых желез, которое с возрастом становится более обширным. К 70 годам дисфункция мейбомиевых желез достигает 100% случаев. Причинами развития рефракторного блефарита является недооценка клинической картины, низкая комплаентность пациента, наличие коморбидных состояний, атрофия мейбомиевых желез на поздних стадиях.

Автор остановилась на изменении видового состава микробиома глазной поверхности. Пожилые пациенты часто обращаются с уже сложившимся блефаритом, с нарушением гомеостаза глазной поверхности, дисфункцией мейбомиевых желез, дестабилизацией слезной пленки, ССГ. При этом



Профессор В.В. Бржецкий



Д.м.н. Е.Л. Атькова, д.м.н. Д.Ю. Майчук



Секция «Сухой и красный глаз»



Справа — профессор В.Р. Мамиконян



Д.м.н. Г.А. Осипян, профессор В.М. Шелудченко

микробиом глазной поверхности меняет видовой состав в пользу энтеробактерий, кластридиума и др., что приводит к формированию токсических соединений, провоцирует воспалительных маркеров, таких как матриксные протеиназы, способствующих поддержанию воспалительных процессов на краях век и формированию рефрактерности, что осложняет лечение.

По данным литературы, стандартного лечения хронических блефаритов не существует. Для лечения рефракторного состояния авторами предлагается гигиена век, инстилляцией липидсодержащих препаратов в качестве обязательной подготовки, которая зависит от клинической картины, стадии заболевания, соматического статуса и может продолжаться от 2 до 4 недель. Такая подготовка включает прием местных антибиотиков внутрь. Терапия дополняется ангиопротекторами в зависимости от возрастных микроциркуляторных изменений, метаболическими препаратами, антиоксидантами,

антигипоксантами, способствующими получению дополнительного эффекта. Через 1 неделю после проведения зондирования рекомендуется проведение IPL-терапии с массажем век в сочетании с инстилляцией циклоспоринона.

К.м.н. О.М. Андрюхина выступила с сообщением на тему «Синдром «сухого глаза» на фоне лечения некоторых заболеваний гидроксиклорохином». Гидроксиклорохин широко применяется как иммуномодулирующее средство при лечении дерматологических, ревматологических заболеваний, онкологических заболеваний в качестве ингибитора аутофагии и ингибитора эпителиально-мезенхимального перехода. Побочные действия чаще связаны с ретинопатией и кератопатией, что вызывает настороженное отношение пациентов к препарату. Токсичность гидроксиклорохина зависит от суточной дозы и длительности приема. При использовании препарата необходимо обращать внимание на разовую дозу, кумулятивный эффект, состояние печени, почек.

Авторами было проведено исследование, касающееся применения препарата гидроксиклорохин при лечении пациентов с аутоиммунными дерматологическими заболеваниями — склеродермия, красный плоский лишай, системная красная волчанка. Было

отмечено, что у пациентов уже присутствовал выраженный ССГ, на который они не обращали внимания. Через 2 недели после начала лечения дерматологических заболеваний наблюдалось значительное улучшение состояния глазной поверхности. У пациентов, длительно принимавших гидроксиклорохин, наблюдались наилучшие показатели глазной поверхности, благодаря положительному иммуномодулирующему эффекту.

В заключение автор указала на необходимость информировать пациента о том, что кератопатия возникает только в 5% случаев и проходит после прекращения терапии.

А.Ю. Васильева (Чебоксары) от группы авторов в своем докладе рассказала о хирургических методах лечения синдрома «сухого глаза» (ССГ). Блокирование слезооттока можно разделить на две группы: обратимые методы и необратимые методы. Автор остановилась на необратимых методиках лечения, к которым относятся хирургические методы, термические методы. Хирургические методы: покрытие слезной точки тарзальной конъюнктивой, бульбарной конъюнктивой, наложение узлового шва на слезный канал, точечная тарзорфия, эктропионизация слезной точки, экцизия слезных канальцев, экстирпация слезного мешка. Термические методы: блокирование



К.м.н. Е.В. Яни



К.м.н. Г.М. Чернакова



Пленарное заседание

с помощью раскаленного зонда, диатермокоагуляция, гальванокоагуляция, окклюзия слезных точек аргоновым лазером.

Автор подробнее остановилась на радиохирургическом методе. Метод базируется на низкотемпературном воздействии на слизистую слезных каналов, приводящему к стойкому закрытию их просвета и блокированию пассажа слезной жидкости. Радиоволновая коагуляция в отличие от электрокоагуляции не вызывает обугливания тканей и не образует ожоговый струп. Метод технически прост, затраты по времени минимальные, болевая реакция снижена, использование расходных материалов минимально. Процедура проводится радиохирургическим аппаратом «Сургитрон» в режиме СОАГ, мощность 2,4 — 3,5 Вт. Используются игольчатые электроды (средний диаметр рабочей части, длина 9,5 мм), в некоторых случаях биполярный пинцет. Игольчатый электрод вводится до устья слезного канала, затем при ретроградном его выведении проводится коагуляция сначала горизонтального отдела слезного канала, затем вертикальной его части. Процедура завершается наложением баражирующих точечных коагулятов вокруг слезной точки, при кипящей слезной точке методом зажима с применением биполярного пинцета накладывается коагулят непосредственно на слезную точку.

Автор обратила внимание на то, что применение данного метода должно основываться на взвешенном решении, поскольку метод неабсолютен. Проводится по определенным показаниям: при тяжелых формах ССГ с макропризнаками сращения глазной поверхности, ассоциированными с такими заболеваниями, как заболевания соединительной ткани — ревматоидный артрит, синдром Шегрена, системная красная волчанка, склеродермия, артерииты; на фоне эндокринной патологии, на фоне рубцующихся заболеваний глазной поверхности, при аутоиммунных процессах отторжения трансплантата. Метод также применяется при отсутствии эффекта от консервативных, репаративных, противовоспалительных методов лечения. Возраст пациентов — 50–60+. Клинических рекомендаций и четких протоколов по данной тематике на сегодняшний день нет.

С докладом на тему «Персонализированный подход к терапии синдрома «сухого глаза» выступила к.м.н. Е.В. Яни. Дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ) — это хроническая диффузная патология, характеризующаяся закупоркой терминальных протоков и/или качественными/количественными изменениями секрета желез, что приводит к ухудшению качества мейбума, дестабилизации слезной пленки, неполноценности защиты глазной поверхности и развитию симптомов «сухого глаза».

Клинические изменения переднего отдела глаза при ДМЖ: изменения со стороны век — со стороны кожи, со стороны протоков мейбомиевых желез, нарушение конгруэнтности век, нарушение натяжения слезной пленки при мигательных движениях; развития дефектов эпителия, развитие дефектов конъюнктивы.

Для ДМЖ характерны следующие патогенетические изменения: изменение качества и количества секрета мейбомиевых желез (МЖ), и/или их обструкция приводят к нарушению липидного состава слезы и повышению ее испарению; большое количество кератина в составе мейбума увеличивает его плотность; повышение температуры

фазового перехода мейбума приводит к образованию плотных «пробок» из кератинизированных клеток; застой мейбума вызывает кистозное расширение протоков МЖ; повышение концентрации специфических провоспалительных медиаторов в слезной пленке вызывает хроническое вялотекущее воспаление.

Воспалительные изменения и синдром «сухого глаза»: снижение секреторной способности желез, дегенеративные изменения; развитие ССГ различной степени тяжести как следствие системной патологии; хронические блефариты, блефароконъюнктивиты приводят к нарушению конгруэнтности век, атония век — к нарушению натяжения слезной пленки при мигательных движениях; снижение местного иммунитета кожи приводит к увеличению микробной нагрузки, что повышает риск развития бактериальных процессов при различных оперативных вмешательствах; причиной развития ССГ может служить применение топических и системных лекарственных препаратов.

Направления лечения ССГ включают применение нейростимуляторов, противовоспалительных препаратов, стабилизаторов муцины, регенерирующих агентов, восстанавливающих нервы.

Лечение ДМЖ: гигиенический туалет век; тепловые компрессы; слезозаместительная терапия препаратами высокой вязкости; топические или системные антибиотики; противовоспалительные препараты (гликокортикоиды и циклоспорины); аутологичная сыворотка; экспрессия мейбомиевых желез с помощью медицинского массажа.

Лечение ДМЖ методом фотомодуляции с применением технологии IPL. Технология воздействия импульсного света (Intense Pulse Light — IPL) на кожу заключается в коротких импульсах некогерентного и полихроматического света с длиной волны от 1200 нм. Определенные участки кожи подвергаются воздействию света в течение коротких вспышек через гелевую прослойку с целью вызвать коагуляцию поверхностных кровеносных сосудов. IPL не удаляет поверхностные слои кожи, но вызывает фототермолиз без термического повреждения окружающих анатомических структур.

Принцип работы системы LUMENIS M22 OPTIMA с модулем IPL. IPL нагревает участок кожи, прилегающий к мейбомиевым железам, способствуя разжижению и усиленной экспрессии мейбума; IPL-индуцированная абляция мелких сосудов по краям век уменьшает местное воспаление за счет снижения уровня провоспалительных медиаторов; экзоскелет клеца Demodex уязвим для энергии IPL, что способствует уменьшению количества демодекса на веках, снижению микробной нагрузки и, следовательно, уменьшению воспаления глазной поверхности; фотомодуляция МЖ стимулирует клеточную активность и внутриклеточные изменения самих желез.

Показания для IPL-терапии: ССГ при дисфункции мейбомиевых желез; блефариты на фоне ДМЖ; демодексное поражение век. Противопоказания: фототип кожи IV–VI по Фитцпатрику; нарушение целостности кожи век и лица; прием препаратов, повышающих фоточувствительность; период беременности и лактации; онкологические заболевания; острые воспалительные процессы ПОГ.

Автор обратила внимание на необходимость избегать активной инсоляции за месяц до начала курса лечения; за неделю не

проводить химического и механического раздражения кожи (пилинг и др.); не принимать ретиноиды за 2–4 недели до предполагаемой даты проведения лечения; для профилактики точечных поверхностных гематом прекратить прием антиагрегантов и НПВС за 1 неделю.

Медикаментозное сопровождение IPL-терапии. ССГ легкой степени — гиалуроновой кислоты натриевая соль 2 мг/мл в инстилляциях от 3 до 6 раз в день; ССГ средней степени — гиалуроновой кислоты натриевая соль 1 мг/мл в инстилляциях от 3 до 6 раз в день; ССГ тяжелой степени — гиалуроновой кислоты натриевая соль + декспантенол в инстилляциях от 3 до 4 раз в день; НПВС в инстилляциях 1–2 раза в день 3–5 дней; асептические препараты в инстилляциях 2 раза в день в течение 5 дней.

В заключение к.м.н. Е.В. Яни напомнила, что ДМЖ является одной из ведущих патогенетических причин развития ССГ у лиц пожилого возраста. Коррекция развивающегося на фоне ДМЖ повышения испаряемости слезной пленки и развитие липидной и мукодефицита осуществляется препаратами средней и высокой вязкости, а также мазевыми и гелевыми комбинациями слезозаместительных препаратов, обеспечивающих протезирования липидного слоя слезной пленки на глазной поверхности; подбор и эффективность слезозаместительной терапии имеют индивидуальные особенности и требуют персонализированного подхода; IPL-терапия является более эффективным лечением ДМЖ по сравнению с классической методикой массажа век, что подтверждается динамическими изменениями показателей диагностических проб и тестов у пациентов с синдромом «сухого глаза».

К.м.н. Г.М. Чернакова выступила с докладом «Кератокант одноносусогенной этиологии как организационная проблема офтальмологии». За истекшие пять лет в Московском городском офтальмологическом центре Боткинской больницы прооперировано более 500 пациентов методом сквозной трансплантации роговицы. Внимание исследователей было заострено на пациентах, у которых функциональная и анатомическая гибель роговицы произошла в результате воспалительных заболеваний тканей глаза, прежде всего, в результате развития язвы роговицы с перфорацией или ее угрозой или исхода воспалительного заболевания в формировании васкуляризованного бельма. Многолетний опыт лечения таких пациентов позволяет утверждать, что хронический латентный (манифестный) синусит, а также фокальные очаги воспаления в субconjunctivalной системе, которые можно визуализировать исключительно с использованием КТ пазух носа и conjunctivalной системы, являются патофизиологической основой всех последующих событий. По мнению автора, одним из самых распространенных пусковых факторов является ношение контактных линз. При любом исходе роговицы гибнет либо в результате перфорации, либо формирования васкуляризованного бельма. Пациент слепнет, и единственный вариант вернуть ему зрения — сквозная трансплантация роговицы. Однако высокая вероятность развития болезни трансплантата, связанной с наличием воспалительных очагов в ротоносоглотке.

Автор подчеркнула, что в основе проблематики рецидивирующих воспалительных заболеваний глаз лежит организационно-юридическая разобщенность смежных с

офтальмологией специалистов: ЛОРы, стоматологи, ЧЛХ, рентгенологи. Немаловажное значение имеет безответственность пациента перед собственным здоровьем.

Представленный клинический случай иллюстрирует оба тезиса. До 2017 года у пациента было скрыто протекающее воспаление в виде очагов в ротоносоглотке. В период с 2017 по 2022 годы наблюдались интермиттирующие двусторонние кератоканты, язвы роговицы с перфорациями/болезни трансплантата, проведено 9 безуспешных послойных и сквозных кератопластик на обоих глазах. В 2024 году проведены успешные 10-я и 11-я трансплантации роговицы с прозрачным приживлением. Из истории болезни: пациент в течение многих лет страдал одонтогенным кистозным полисинуситом, в правой гайморовой пазухе был выявлен пломбировочный материал, что послужило явным отягощающим риском восходящей инфекции, в ротовой полости выявлено 12 очагов восходящей инфекции — хронический апикальный периодонтит и кариес 10 зубов. В биологических секретах была выявлена продукция ДНК вируса Эпштейн-Барра в слезе 680 коп/мл и слюне 110 коп/мл; бактериологический посев отделяемого из конъюнктивальной полости выявил культуру Klebsiella Pneumonia. К лету 2024 года проведено несколько курсов системной противовирусной терапии с полной санацией биологических секретов от ДНК герпес-вирусов; терапевтическое, затем хирургическое лечение ЛОР-патологии (резекция одонтогенных кист обеих ВЧП); полная санация полости рта (12 очагов фокальной инфекции); воспалительный процесс обоих глаз регрессировал с исходом в плотные васкуляризованные бельма обоих глаз. В июне 2024 года проведена сквозная трансплантация роговицы левого глаза. Зрение после операции 0,05 в силу выраженного процесса фиброза в левом отрезке глаза. Через 5 месяцев проведена трансплантация роговицы правого глаза нативным донорским материалом с одновременной имплантацией ИОЛ, а также передняя и задняя дисцизии фибротических мембран. В результате пациент получил зрение 0,6.

Фармакологическое сопровождение трансплантации роговицы. Противовоспалительная и АБ терапия: «Сигницеф» (левофлоксацин 0,5%) по 1 капле 4 раза в день 14 дней; «Флоас Моно» (фторметолон 0,1%) по понижавшей схеме от 6 раз в день пролонгированно; «Броксинак» (бромфенак 0,09%) после лазерной дисцизии. Репаративная терапия: «Хилопарин-Комод» 6–8 раз в день и «Корнерегель» 3–5 раз в день пролонгированно.

По состоянию на март 2025 года наблюдается наличие прозрачных сквозных трансплантатов обоих глаз. Полученные высокие анатомические и зрительные результаты билатеральной трансплантации роговицы есть результат как сложнейшего офтальмохирургического вмешательства, так и тщательной предоперационной подготовки. С заключительным докладом на тему «Тактика лечения пациентов со вторичным стенозом слезной точки» от группы авторов выступила д.м.н. Е.Л. Атькова. Частота встречаемости патологии слезной точки, данным литературы, достигает более 50%. По данным 2023–2024 годов, стеноз слезной точки был диагностирован у 21% пациентов, обратившихся в НИИГБ им. М.М. Краснова по поводу слезотечения. Автор отметила, что единство анатомического и гистологического строения



К.м.н. Г.Ш. Архиматова

слезных точек и каналов предполагает возможность возникновения сочетанной патологии данных структур.

Цель исследования заключалась в проведении сравнительной оценки эффективности применяемых методов лечения идиопатического воспаления слезных точек и каналов. В исследование вошли 26 пациентов (44 наблюдения), 4 мужчины, 22 женщины, средний возраст 54 года; длительность жалоб от 1 до 36 месяцев.

Пациентам проведено общепринятое офтальмологическое обследование, которое было направлено на исключение факторов гипопродукции слезы и «сухого глаза». Проведены цветные пробы, в результате которых исключены стенозы или обструкция дистальной слезной пленки и слезных каналов.

Обследование на щелевой лампе: среднее время разрыва слезной пленки; высота слезного мениска; индексы гиперемии назальной и височной части бульбарной конъюнктивы. ОКТ слезной точки: наружный и внутренний диаметр слезной точки (на уровне ее сужения); расстояние до внутреннего конъюнкты; слезный колодец; глубина слезной точки; толщина эпителия слезной точки и вертикального слезного канала; диаметр просвета слезного канала (при его наличии); толщина соединительно-тканного и мышечного слоев.

Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от получающей терапии. Первая группа получала инстилляции кортикостероидов; вторая группа — инстилляции циклоспорина А; пациентам третьей группы проводилась реканализация горизонтального отдела слезоотводящих путей с введением лабиринтного импланта; пациентам четвертой группы проведено введение лабиринтного импланта в слезоотводящие пути на фоне инсталляции циклоспорина А.

Результаты через 3 месяца. У пациентов первой группы (Дексаметазон) выявлено уменьшение выраженности слезотечения по шкале Munk, уменьшение высоты слезного мениска при ОКТ-менискометрии, увеличение глубины слезной точки по ОКТ. К концу срока наблюдения отмечено увеличение индекса назальной гиперемии бульбарной конъюнктивы. У пациентов второй группы (циклоспорин А) выявлено уменьшение выраженности слезотечения по шкале Munk, значительное уменьшение выраженности гиперемии тарзальной конъюнктивы, уменьшение высоты слезного мениска при ОКТ-менискометрии, увеличение глубины слезной точки по ОКТ. У пациентов третьей группы (MiniMonoka) выявлено уменьшение выраженности слезотечения по шкале Munk, наибольшее увеличение размера слезной точки по шкале Kashkoul, наибольшее увеличение внутреннего диаметра слезной точки по ОКТ, увеличение глубины слезной точки по ОКТ. В четвертой группе положительные изменения менее выражены, чем в других группах.

Таким образом, отметила д.м.н. Е.Л. Атькова, ОКТ является объективным методом определения состояния слезной точки и вертикальной части слезного канала, а также оценки проводимого лечения в динамике. Применение инсталляций кортикостероидов в лечении идиопатического воспаления слезной точки и слезного канала обладает высокой краткосрочной эффективностью, которая имеет тенденцию к снижению на фоне длительного лечения или



Выставка офтальмологического оборудования

отмены препарата. Лечение инсталляциями циклоспорина А — высокоэффективный метод лечения идиопатического воспаления слезной точки и слезного канала и может являться альтернативой применению реканализации горизонтального отдела слезоотводящих путей с интубацией лабиринтным имплантом. Необходимо проведение дальнейших исследований с увеличением размера выборки и более длительным периодом наблюдения.

Секция «Витреоретинальная хирургия»

К.м.н. П.В. Лыскин представил доклад на тему «Макулярная хирургия без удаления внутренней пограничной мембраны (контрагументы к тезису о целесообразности удаления ВПМ для профилактики эпилептического фиброза)». Традиционный подход к хирургии эпилептического фиброза — удаление ЭРМ вместе с ВПМ. Удаление ВПМ рекомендуется проводить для профилактики рецидивов эпилептического фиброза. Пилинг ВПМ, кроме лечения макулярных отверстий, рекомендуют в хирургии отслойки сетчатки и ПДР. Как отметил автор, тезис об удалении ВПМ, как средства профилактики рецидива ЭРФ не получил объективного подтверждения.

При удалении ВПМ происходит нарушение микроархитектуры в слое нервных волокон — часть СНВ отрывается и остается на удаленной ВПМ. Происходит обнажение и частичное разрушение СНВ. Таким образом, результаты собственных исследований автора показывают, что невозможно прогнозировать толщину нервных волокон, остающихся на поверхности удаленной ВПМ после пилинга. В области пилинга в 100% случаев происходит «диссоциация» СНВ, значимо проявляется к трем месяцам после операции, прогрессирует со временем, сопровождается истончением сетчатки в зоне удаленной ВПМ. Пилинг ВПМ во всех случаях приводит к снижению капиллярного кровотока в поверхностных сосудистых сплетениях сетчатки, при этом докладчик обратил внимание, что площадь снижения капиллярного кровотока превосходит площадь удаленной ВПМ, а светочувствительность в области удаленной ВПМ существенно снижается.

Технологические подходы в макулярной хирургии: технология хирургического лечения макулярных отверстий и ЭРФ с удалением ВПМ; хирургическое лечение макулярных отверстий с полным сохранением ВПМ; хирургическое лечение ЭРФ с полным сохранением ВПМ.

Авторами разработана технология сохранения ВПМ в хирургии макулярных отверстий и ЭРФ и провели ее эффективности. В исследовании вошел 251 клинический случай (макулярные отверстия, эпилептические мембраны). Анатомическая эффективность хирургии была одинакова. Сравнение плотности сосудистого сплетения с традиционной хирургией показало отчетливое снижение в случаях удаления ВПМ. Изменение микроанатомии и толщины сетчатки: в основной группе (без удаления ВПМ) не выявлены признаки инволюционных микроструктурных изменений; в контрольной группе (удаление ВПМ) микроструктурные инволюционные изменения выявлены во всех случаях. Максимальная корригированная острота зрения незначительно, но отличалась в лучшую сторону в случаях сохранения ВПМ.

Сравнение по хирургическим параметрам в отдаленный период: более высокая острота зрения; более высокая общая светочувствительность сетчатки; более высокая минимальная светочувствительность сетчатки; меньшее количество скотом; толщина сетчатки не уменьшалась; общая плотность глубокого сосудистого сплетения одинаковая.

Таким образом, сохранение ВПМ в «макулярной» хирургии показывает близкую анатомическую эффективность в сравнении с традиционным методом, но по большинству сравниваемых параметров превосходит технологию с удалением ВПМ; тезис о целесообразности удаления ВПМ для профилактики рецидива ЭРФ не подтверждается хирургической практикой.

Профессор А.А. Кожухов в своем докладе остановился на особенностях хирургического лечения макулярной патологии у пациентов со сверхвысокой миопией. Среди трудностей витреоретинальной хирургии на глазах со сверхвысокой миопией автор назвал дефицит оболочек глаза и их истончение, частичная или полная ЗОСТ; атрофия

хориоидеи и, как следствие, снижение визуализации витреоретинального интерфейса; повышенный риск атрогенных повреждений истонченной сетчатки в центре и на периферии; истончение решетчатой пластинки и повышенный риск гидродинамических повреждений волокон глаза; сверхвысокая длина глаза (более 28 мм) и недостаточная длина стандартных витреоретинальных инструментов.

Цель работы заключалась в усовершенствовании техники хирургии витреомакулярной патологии у пациентов со сверхвысокой миопией. В исследовании приняли участие 20 пациентов (20 глаз) в возрасте 31–68 лет; острота зрения с коррекцией 0,03–0,3; миопия от -17,5 до -28 Д; ПЗО 29–33,9 мм; ВГД 13–17 мм рт.ст; сроки наблюдения 3 мес. — 2 года. Макулярный разрыв — 7 глаз; эпилептический фиброз — 12 глаз; макулярный разрыв + центральный миопический ретинолизис — 2 случая.

Особенности витреомакулярной хирургии при сверхвысокой миопии: использование удлинённых хирургических

Фокус

Материалы для микрохирургии

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ ОТ КОМПАНИИ SMI (БЕЛГИЯ)

Сургикрил PGA

Сургикрил 910

РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ

Полное рассасывание от 60 до 90 дней

Полное рассасывание от 56 до 70 дней

Полипропилен Синий

Полиэстер

Даклон Нейлон Черный

Шелк Плетеный

Шелк Крученный

НЕРАССАСЫВАЮЩИЙСЯ

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

инструментов и работа без троа- каров; многократное прокрашива- ние; работа на пониженном да- влении; пониженная мощность ос- ветителя, освещение под разными углами и с разными светофильтра- ми; применение АСР для закрытия макулярных разрывов.

После операции: острота зрения с коррекцией 0,1-0,6; рефракция от -2,25 до -3,0 Д; закрытие макуляр- ного разрыва во всех случаях; ВГД 12-19 мм рт.ст. — 9 случаев, тран- зиторная офтальмогипертензия 28 мм рт.ст. — 3 случая (купирова- но на каплях); 1 случай отслойки сетчатки, проведена реоперация с тампонадой силиконом. Таким образом, хирургическое лечение макулярной патологии у пациен- тов со сверхвысокой миопией с применением специальных ин- струментов, хирургических прие- мов и способов визуализации по- казало высокую эффективность и безопасность.

Д.м.н. С.В. Чурашов (Санкт- Петербург) от группы авторов сде- лал доклад на тему «Особенности хирургической тактики при удале- нии внутриглазных инородных тел из заднего сегмента при артифика- ки». Цель работы — оценить ре- зультаты удаления ВГИТ из заднего сегмента при артификаки; выявить особенности тактики в зависимо- сти от размеров ВГИТ.

Клинический случай 1: проника- ющее склеральное ранение с ВГИТ; первичная хирургическая обработ- ка, попытки удаления ВГИТ, ПФОЖ на артификачном глазу; ВГИТ



К.м.н. Д.В. Петрачков

включено в оболочки заднего по- лоса. Задача хирурга — иммоби- лизация и защите ИОЛ. Через сфор- мированный задний капсулорек- сис пинцетом с одной стороны, с другой стороны микрошпатель- ным ВГИТ переводится в передний сег- мент и удаляется через тоннель- ный разрез.

Клинический случай 2: ВГИТ в витреальной полости, артификаки, структуры заднего полюса не по- вреждены. Небольшой осколок удаляется трансквитреально, при этом артификаки упрощает задачу хирургу.

Как отметил автор, ВГИТ на ИОЛ — не частая патология. Пред- ставленные клинические примеры показывают, что при проведении операции задача хирурга — уда- лить ВГИТ с минимальной трав- мой ИОЛ и окружающих тканей. Модификация комбинированного пути при больших ВГИТ и транскви- треальное удаление при размерах ВГИТ 1 мм и меньше — оптималь- ная тактика.

К.м.н. Я.В. Байбородов в своем сообщении представил отдаленные результаты пяти способов лечения патологии витреомакулярного

интерфейса с сохранением сте- кливидного тела без витрэктомии. В норме, как отметил докладчик, структуру витреомакулярного ин- терфейса образуют две мембраны: задняя гиалоидная мембрана сте- кливидного тела (ЗГМ) и внутрен- няя пограничная мембрана сет- чатки (ВПМ). Ранее проведенные исследования показали преимущ- ества хирургического удаления мембран с сохранением стекловид- ного тела без витрэктомии в срав- нении с классическим подходом, предполагающим витрэктомии и окрашивание мембран.

Удаление стекловидного тела приводит к повышению риска от- слойки сетчатки, поскольку глаз лишается дмпфера. В проведе- нии витрэктомии нет необходи- мости, она несоизмерима по объе- му с габаритами ЭРМ. Витрэктомия приводит к снижению остроты зре- ния, вследствие истощения клеток сетчатки в результате избыточной световой нагрузки на сетину. Витрэктомия запускает процесс ста- реения глаза, ее главное осложне- ние — развитие катаракты (до 87% случаев через 6 месяцев).

Цель исследования: оценить результативность дифференциро- ванного подхода к хирургии па- тологии витреомакулярного ин- терфейса с сохранением стекло- видного тела без витрэктомии. В исследование было включено 190 пациентов (230 глаз) с различной патологией витреомакулярного интерфейса. В контрольную груп- пу входило 60 пациентов (80 глаз). Исследовали результаты классиче- ской трехпортовой витрэктомии, а в основной группе 130 пациентов (150 глаз) оценивали результаты новых методов шадящей двухпо- ртовой хирургии без витрэктомии.

Автор назвал 5 типов оператив- ного вмешательства с сохранени- ем стекловидного тела: 1. Механи- ческое отделение ЗГМ от фовеолы (фовеолярная хирургия). Приме- няется при перовой стадии маку- лярного разрыва и начальной ста- дии ДР без ОКТ признаков фибро- за ВПМ; 2. Отделение и удаление ЗГМ. Применяется при фибро- зе ЗГМ, при отсутствии жалоб па- циента на искажение предметов; 3. Отделение ЗГМ и удаление ВПМ через кольцо Вейса. Применяет- ся при первой стадии макулярно- го разрыва при наличии ОКТ при- знаков фиброза ВПМ; 4. Однове- рное удаление ЗГМ и ВПМ. Приме- няется при макулярных отеках, при наличии ОКТ признаков фи- броза ВПМ; 5. Последовательное удаление сначала ЗГМ, затем ВПМ. Применяется при макулярных оте- ках, при наличии ОКТ признаков фиброза ВПМ и жалоб пациента на выраженное искажение предметов. Сравнительный анализ функ- циональных результатов контрольной и основной групп по остроте зре- ния и толщины сетчатки в центре макулы показал лучшие результа- ты в группе пациентов без витрэк- томии; хирургия без витрэктомии снизила риск отслойки сетчатки в 4 раза и катаракты в 5 раз.

Д.м.н. Р.Р. Файзрахманов высту- пил с сообщением «Альтернативная фиксация ИОЛ в комбинированной хирургии». В докладе речь шла о ле- чении пациентов, имеющих витрео- ретинальную патологию и афакию. Причинами гипертензии при такой патологии могут служить избыток силиконового тампонады, приво- дящий к сдвигу иридохрусталико- вой диафрагмы к передней камере глаза; локальная слабость цинно- вых связей приводит к выходу си- ликонового масла в переднюю ка- меру глаза и перекрытие путей от- тока ВГЖ; повышенная эмульгация силиконового масла определяет вы- ход эмульсии в переднюю каме- ру глаза и перекрытие зоны оттока ВГЖ; афакия определяет нарушение целостности передней камеры гла- за, блок перераспределения ВГЖ.

Факторы, приводящие к разви- тию глаукомы в раннем послеоп- ерационном периоде: зрачковый блок, связанный с давлением си- ликонового масла на иридохруста- ликовую диафрагму; острая воспа- лительная реакция трабекулярной сети; миграция силикона в перед- нюю камеру; обтурация путей от- тока ВГЖ; обострение ранее суще- ствавшей необнаруженной глау- комы; ответ на послеоперацион- ную стероидную терапию.

Среди лазерных методов кор- рекции автор назвал лазерную иридэктомию и трансклеральную циклофотокоагуляцию. Иридэк- томия снижает риск нарастающей зрачкового блока; закрытие иридо- тического отверстия происходит в 11-32% случаев. Некоторые авто- ры доказали возможность закры- тия ретиномии в 92% случаев. Трансклеральная циклофотокоа- гуляция применяется для лечения вторичной глаукомы при силико- новой тампонаде. Успешный кон- троль ВГД зарегистрирован у 66-82% пациентов через 2 год.

Хирургами также применяется метод ретениционных швов, слу- жащих для создания каркаса для удержания первичного натяжения силиконового пузыря в витреаль- ной полости. В качестве каркаса для удержания силиконового пу- зыря может служить переднека- мерная ИОЛ, при этом отсутствует полная блокада передней камеры; наблюдается недостаточная там- понада витреальной полости, от- сутствие полного мидриаза, сдвиг иридохрусталиковой диафрагмы, изменение рефракции, выход си- ликона в переднюю камеру, бло- када колобом. Трансклеральная фиксация ИОЛ является наиболее оптимальным методом, т.к. при давлении силиконового пузыря происходит смещение иридохру- сталиковой диафрагмы, и при на- личии структуры, не взаимодей- ствующей с радужкой, ограничива- ющей силиконовый пузырь, можно получить более высокий эффект.

Подводя итог, д.м.н. Р.Р. Файз- рахманов отметил, что при прове- дении оперативного лечения пато- логии витреальной полости с ис- пользованием силиконового масла в условиях афакии не исключено возникновение особенностей лече- ния, определяющихся выходом си- ликона в переднюю камеру; наи- более распространенным осложне- нием является офтальмогипер- тензия, обусловленная сдвигом иридохрусталиковой диафрагмы, обтурацией путей оттока, хрони- ческим воспалением трабекулар- ной сети; основным методом вы- вода силикона в переднюю камеру является использование ИОЛ в ка- честве барьера; трансклеральная фиксация ИОЛ определяет воз- можность использования силико- нового масла для тампонады ви- треальной полости и поддержа- ния анатомической структуры пе- реднего отдела глаза.

К.м.н. А.Ю. Клейменов (Екате- ринбург) от группы авторов вы- ступил с докладом «Сравнитель- ный анализ эффективности хи- рургического лечения сквозных макулярных разрывов с удалени- ем и без удаления внутренней по- граничной мембраны». Анализ ли- тературы показал, что анатомиче- ская эффективность удаления ВПМ составляет 90-100%. Анатомиче- ская эффективность операций без удаления ВПМ сопоставима (80-100%). Хирургия макулярных раз- рывов (МР) без удаления ВПМ в обязательном порядке предполагает тампонаду газом с длительным периодом полувыведения, что со- провождается следующими ослож- нениями: катаракта, офтальмоги- пертензия, синдром необъяснимой потери зрения, а также длитель- ным снижением зрения в раннем послеоперационном периоде, на- ходением пациента в положении

лицом вниз, невозможностью ави- аперелетов в раннем послеопера- ционном периоде.

Удаление ВПМ в технике хирур- гии МР привело к возможности ос- лабления тангенциальных тракций на края МР; хирурги стали исполь- зовать чаще более краткосрочную послеоперационную тампонаду (воздух); появляется возможность сократить послеоперационное по- зиционирование пациента лицом вниз. При этом удаление ВПМ мо- жет привести к таким ранним и поздним послеоперационным ос- ложнениям, как диссоциация слоя нервных волокон, чрезмерная гли- альная пролиферация, дислокация макулы/фовеа, отек по ходу дуго- образного слоя нервных волокон сетчатки вокруг фовеа и др.

Автор отметил рост случаев обра- щения пациентов, проопериро- ванных по классической техноло- гии с удалением ВПМ (с хорошим анатомическим и функциональ- ным результатом) с жалобами на снижение контрастной и световой чувствительности. На ОКТ отме- чались изменения в виде ямок на внутренней поверхности нейроэ- пителиа, а также истончение ган- глиозных клеток сетчатки.

Цель работы заключалась в срав- нении клинико-морфологических и клинико-функциональных резуль- татов хирургических методов ле- чения сквозных макулярных с уда- лением и без удаления ВПМ. Раз- личий в группах пациентов, про- оперированных с удалением и без удаления ВПМ, выявлено не было.

Технология операции без уда- ления ВПМ: стандартная витрэк- томия 25G, замена BSS на воздух, однократное высушивание сет- чатки перед аппликацией БоТП, аппликация БоТП с экспозицией 2 мин., удаление жидкой части плазмы, нанесение на сформиро- ванный сгусток фибрина перфто- рорганическое соединение с экс- позицией 3 мин., далее следовало удаление ПФОС. Удаление ВПМ не проводилось, хирургия заканчива- лась воздушной тампонадой.

Результаты: смыкание маку- лярного разрыва в основной груп- пе (без удаления ВПМ) составило 94%, контрольной группе (с уда- лением ВПМ) 91,5%; в обеих группах наблюдалось улучшение остроты зрения, однако более высокие по- казатели ОЗ достигнуты в основной группе. Через 1 год после операции ОЗ в основной группе — 0,5, в кон- трольной группе — 0,35. Толщина комплекса ганглиозных клеток се- тчатки в основной группе оставалась стабильной; в контрольной группе с третьего месяца наблюдалось ис- тончение комплекса ГКС.

Таким образом, разработанная технология хирургического лече- ния макулярного разрыва без уда- ления ВПМ при МР до 618 мкм в узкой части обеспечивает: смыка- ние МР в 94% случаев (сопостави- мо с контрольной группой (91,5%); стабильность анатомо-морфоло- гических показателей (локальные потери ГКС 1,03 ± 0,2 в основной группе против 2,95 ± 0,46 в кон- трольной группе); более высо- кие функциональные показатели (МКОЗ 0,5 ± 0,06 в основной груп- пе против 0,35 ± 0,03 в контроль- ной группе); не требует длитель- ной тампонады газами и позво- ляет ускорить срок реабилитации зрительных функций.

К.м.н. О.В. Унгурьянов от груп- пы авторов выступил с докладом «Хирургия осложненных маку- лярных разрывов с применением «ПUSH» метода введения плазмы». Автор напомнил, что краа маку- лярного разрыва хорошо смыка- ются в среде ПФОС, однако после удаления ПФОС попадание оста- точной жидкости или плазмы при- водит к повторному расхождению краев разрыва, что с трудом подла- ется лечению в силу затрудненной визуализации.

Авторами разработан и успешно применен «PUSH» — метод введе- ния плазмы, суть которого заклю- чается в следующем: после мак- симального сближения краев ма- кулярного разрыва в среде ПФОС производится струйная подача плазмы крови над поверхностью разрыва; за счет большого удель- ного веса ПФОС плазма распреде- ляется тонкой пленкой под углом над поверхностью сетчатки, что практически не раскрывает изна- чально сомкнутый макулярный разрыв, а затем плазма остается в виде фибриной пленки и удержи- вает сомкнутыми края макулярно- го разрыва продолжительное вре- мя, до полного рассасывания.

С использованием данной мето- дики прооперировано две группы пациентов (17 глаз) с макулярны- ми разрывами от 200 до 800 мкм. На начальном этапе без тампона- ды витреальной полости проопе- рировано 9 глаз, при этом у всех пациентов на операционном столе достигнуто полное закрытие макулярного разрыва, но в ран- нем послеоперационном периоде в трех случаях (33%) разрывы рас- клеились на 2-3 день. Пациенты были повторно прооперированы по той же методике, но с тампона- дой воздухом с удачным результа- том. Ввиду высокого процента ре- цидивов в дальнейшем операции проводились с тампонадой витре- альной полости воздухом (8 глаз). У всех пациентов отмечено закры- тие макулярной области (100%). Из особенностей: в некоторых случаях отмечалось повышение ВГД на 2-3 день после операции (успешно купировали медикаментозно).

Таким образом, подвел итог О.В. Унгурьянов, за счет создания плот- ной фибриновой пленки методи- ка позволяет сразу зафиксировать края собранного макулярного раз- рыва. Метод можно использовать в случаях небольших разрывов без витреальной тампонады, одна- ко необходимо помнить, что фи- бриновая пленка в таких случаях быстрее рассасывается. Активное сближение, смыкание краев ма- кулярного разрыва во время опе- рации, по мнению авторов, повыша- ет остроту зрения в послеопера- ционном периоде. Метод показал вы- сокую эффективность с воздушной тампонадой.

К.м.н. Д.В. Петрачков от груп- пы авторов представил сообще- ние на тему «Интраоперационный ОКТ-контроль в лечении маку- лярной патологии». Возможности интраоперационной ОКТ (иОКТ). Оценка результата манипуляций: контроль распространения БоТП; контроль положения лоскута ВПМ; контроль объема субретинальной жидкости при РОС СМР; визуали- зация крышки кисты после подде- ма ЗГМ; идентификация СМР после удаления ЭМФ; фиксация неполно- го отслоения мембран; подтвержде- ние полного пилинга; обнаруже- ние края мембраны для начала пи- линга; выявление субклинической отслойки сетчатки. Оценка степе- ни воздействия: оценка степени витреомакулярной адгезии; оцен- ка адгезии фиброза. Навигация во время операции: улучшение точно- сти хирургических действий. Ин- траоперационная ОКТ важна для визуализации мембран, не плотно прикрепленных к сетчатке; краси- тели не всегда помогают улучшить визуализацию мембран на иОКТ; иОКТ может обнаружить остаточ- ные мембраны.

С заключительным докладом на тему «Когда стандарты бес- силны: транслокация комплекса ПЭС-хориоидея при хронических массивных субретинальных кро- воизлияниях как попытка сохра- нения центрального зрения» па- циентов с ВМД» выступил к.м.н. Е.Н. Коробов. Воздействие кро- воизлияния на пигментный эпи- телий сетчатки и нейрорепител

эффективности анти-VEGF. Однако методы эффективны для ранних и «свежих» кровоизлияниях. При массивных кровоизлияниях в хро- нической стадии (более 14 дней) данные методики не эффективны.

Цель работы: оценить эффек- тивность транслокации комплек- са ПЭС-хориоидея у пациентов с острой фазе, при высвобождении интерлейкинов, фактора некроза опухоли, TNF-факторов идет про- цесс воспаления и формирование глиоза. В хронической фазе проис- ходит фиброзирование и атрофия, приводящие к снижению остро- ты зрения. По данным литерату- ры, острота зрения у пациентов с субмакулярными кровоизлияния- ми (СМК) крайне низкая.

Варианты лечения СМК: фарма- котерапия, хирургическое лечение. В начале 1990-х годов был введен рекомбинантный активатор ткане- вой плазминогена (ТАП) для раз- жигения сгустка, чтобы облегчить травму субретинальных манипуля- ций. С появлением анти-VEGF те- рапии в лечении СМК на фоне не- оваскулярной ВМД применяется комбинированное внутривитреаль- ное лечение с использованием анти- VEGF и ТАП. Ранее применение ТАП способствует предотвраще- нию раннего токсического эффекта СМК за счет эффективного выте- снения; ранее применение анти- VEGF препаратов потенциально может предотвратить прогресси- рование или рецидив ХНБ; анти- VEGF и ТАП совместимы. Одновре- менное их применение не снижает

представленная методика по- зволяет в 100% случаев полностью удалить как субмакулярное крово- излияние, так и субретинальный рубец.

Через 7-10 дней после операции в 81% случаев наблюдалось незна-

чительное улучшение МКОЗ, в 19% МКОЗ не изменилась; финаль- ная МКОЗ в 85% случаев улучши- лась, в 5% — ухудшилась, в 10% — не изменилась. Темное пятно либо полностью пропадает, либо уменьшается.

Осложнения: рецидив субре- тинального кровоизлияния че- рез 4 месяца после ИВВ анти- VEGF+проурокиназа+газ в зоне вы- краивания лоскута, сморщивание лоскута; случай рецидива субре- тинального кровоизлияния через 2 недели после транспозиции ком- плекса ПЭС-хориоидея+сетчатка.

В заключение к.м.н. Е.Н. Кору- бов напомнил, что методы хирур- гического лечения СМК на фоне ВМД в виде транспозиции ком- плекса ПЭС-хориоидея имеют по- ложительные результаты по улуч- шению МКОЗ, улучшению качества жизни пациентов за счет умень- шения темного пятна перед гла- зом в центральной зоне. При хро- нических массивных СМК целесо- образно проводить удаление су- бретинального рубца, диатермия крови с одномоментной транспо- зицией комплекса ПЭС-хориоидея. Функциональные результаты при таком методе лечения СМК улуч- шаются при увеличении послеопе- рационного срока наблюдения. Не- значительный процент рецидивов СМК указывает на необходимость в последующей анти-VEGF терапии всем пациентам.

Материал подготовил
Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара

ГИАЛВИСК

РАСТВОР ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ВИСКОЗЛАСТИЧНЫЙ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ

КОНТРОЛИРУЕМЫЙ КАПСУЛОРЕКСИС

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

БЕЗОПАСНАЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ

Удаление ИОЛ

ПРЕДСАЗУЕМОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ ВСЕХ ТИПОВ ИОЛ

Имплантация ИОЛ

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

ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ

Северная ЗВЕЗДА
Нам доверяют!

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

НОВИНКА!

Бримонидин + Тимолол

НОВИНКА!

Латанопрост + Тимолол

Дорзоламид + Тимолол

Биматопрост + Тимолол

МОНОПРЕПАРАТЫ

Бримонидин

Латанопрост

Дорзоламид

Биматопрост

ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЦЕНА/КАЧЕСТВО

НАЛИЧИЕ В АПТЕКАХ, АПТЕЧНЫХ СЕТЯХ, НА МАРКЕТПЛЕЙСАХ И АГРЕГАТОРАХ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ns03.ru

Ерошевские чтения — 2025

> стр. 1

Секция «Лазерные методы лечения заболеваний переднего отрезка глаза»

«Возможности современных методов лазерного лечения глаукомы» — тема доклада к.м.н. А.Н. Журавлёвой (Москва), в котором рассмотрены последние достижения в области лазерных технологий, их преимущества и перспективы внедрения в клиническую практику, современные лазерные технологии, используемые в терапии глаукомы. В докладе было сказано о существенной роли лазерных методов лечения в снижении внутриглазного давления (ВГД), а также обсуждены вопросы безопасности и возможных осложнений. Особое внимание уделялось интеграции лазерных технологий в комплексное лечение глаукомы и перспективам их дальнейшего развития.

К.м.н. Т.В. Соколовская (Москва) рассказала о возможностях метода YAG-лазерной активации трабекулы в комплексной терапии глаукомы, а также о его преимуществах по сравнению с традиционными подходами. Данный вид лечения представляет собой современную и менее инвазивную альтернативу традиционным хирургическим вмешательствам, позволяя эффективно снижать внутриглазное давление и замедлять прогрессирование заболевания.

Д.м.н. А.Н. Куликов (Санкт-Петербург) представил новые подходы к снижению внутриглазного давления при тяжелых формах глаукомы. Метод эндоскопической лазерной циклодеструкции позволяет более точно и эффективно разрушать цилиарные тела, отвечающие за продукцию внутриглазной жидкости, что способствует значительному снижению внутриглазного давления. Преимущества метода: минимальная инвазивность, высокая точность воздействия и эффективность.

Д.м.н. Д.С. Мальцев (Санкт-Петербург) обсудил вопрос эффективности метода селективной лазерной трабекулопластики (СЛТ), а также его роль в лечении открытоугольной глаукомы. Докладчик подчеркнул, что СЛТ обладает высокой точностью воздействия, что позволяет снизить риск осложнений и повысить эффективность лечения. Важной ролью этого метода в современном лечении глаукомы является возможность его использования как самостоятельной процедуры или в сочетании с другими терапевтическими подходами для достижения стабильного снижения внутриглазного давления и замедления прогрессирования заболевания.

Д.А. Дорощев (Челябинск) поделился опытом применения СЛТ на ранних стадиях заболевания. Докладчик подчеркнул преимущества СЛТ в рамках комплексного подхода к лечению глаукомы: минимальная травматичность, высокая безопасность и возможность проведения повторных процедур при необходимости. Такой подход способствует сохранению зрения и повышению качества жизни пациентов на ранних этапах заболевания, что делает его важным инструментом в современной офтальмологической практике.

А.О. Туртурина (Самара) представила современные стратегии сочетания лазерных методов для повышения эффективности терапии. Автор отметила, что комбинированный подход позволяет улучшить дренажную функцию глаза,



Профессор К.Б. Першин (слева)



Д.м.н. Д.С. Мальцев



Министр здравоохранения Самарской области А.Е. Орлов



К.м.н. Т.В. Соколовская



Д.м.н. А.В. Золотарев



Трансляция живой хирургии



Л.М. Габдрахманов



Д.м.н. А.Н. Куликов



Т.Е. Липаткина

слова благодарности и гордости за больницу им. Т.И. Ерошевского, как за учреждение, которое идет в ногу с быстроразвивающимися технологиями, обеспечивающими жителей региона высококачественной высококвалифицированной медицинской помощью, при этом сохраняя традиции, заложенные Тихоном Ивановичем Ерошевским и его единомышленниками.

Также свои поздравления участникам и организаторам конференции «Ерошевские чтения — 2025» передали генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», к.м.н. Д.Г. Аристов и ректор Самарского государственного медицинского университета, член-корреспондент РАН, профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ А.В. Колсанов.

В рамках секции были заслушаны доклады ведущих отечественных офтальмологов, а также офтальмологов из Узбекистана и Индии.

Д.м.н. А.Н. Куликов, начальник кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, главный офтальмолог МО РФ (Санкт-Петербург) представил доклад «Основные принципы и тактика введения пациентов с современной военной офтальмотравмой», в котором поделился современным подходом, особенностями и сложностями в лечении пациентов с военной травмой.

Niveditha Narayanan врач-офтальмолог, ведущий специалист в роговичной, рефракционной и катарактальной хирургии в Индии поделилась с коллегами опытом выстраивания и оценки системы качества в крупнейшем учре-



К.м.н. О.В. Павлова, д.м.н. А.В. Золотарев, д.м.н. Е.В. Карлова



Д.м.н. Е.А. Дроздова



К.м.н. С.И. Жукова



Д.м.н. В.А. Шаимова



К.м.н. А.А. Суетов



Профессор П.Л. Володин



Е.В. Баландина



И.А. Федорова

ждении с филиалами в нескольких городах Индии.

Д.м.н. А.Ф. Юсупов, директор Республиканского специализированного центра микрохирургии глаза, главный офтальмолог Минздрава Республики Узбекистан, в своем докладе рассказал о состоянии глаукомы в странах Центральной Азии и вариантами оптимизации проблемы диагностики глаукомы в регионе.

Профессор В.В. Черных, директор Новосибирского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова представил доклад «Аутофagia при первичной открытоугольной глаукоме», в котором поделился результатами исследования лимфатических структур глаза и их влияния на развитие глаукомы, что создает предпосылки для дальнейших исследований, направленных на поиски новых подходов в лечении глаукомы.

К.м.н. О.В. Шилловских, генеральный директор АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава Свердловской области, рассказал об отдаленных результатах хирургии осложненной катаракты с фиксацией ИОЛ к радужке.

Д.м.н. А.Н. Куликов, начальник кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, главный офтальмолог МО РФ (Санкт-Петербург) представил доклад «Основные принципы и тактика введения пациентов с современной военной офтальмотравмой», в котором поделился современным подходом, особенностями и сложностями в лечении пациентов с военной травмой.

Нiveditha Narayanan врач-офтальмолог, ведущий специалист в роговичной, рефракционной и катарактальной хирургии в Индии поделилась с коллегами опытом выстраивания и оценки системы качества в крупнейшем учре-

пороговые, так и субпороговые методики лечения, а также затрагивала вопросы, касающиеся применения YAG-лазера на сетчатке.

В первой части секции, посвященной субпороговым методикам, аспирант кафедры глазных болезней К.Р. Доценко (Самара) в докладе «Лазерное омоложение сетчатки. Опыт четырехлетнего применения» продемонстрировала положительные результаты использования широко известного, но мало распространенного ретинонарепаративного лечения при «сухой» форме ВМД. Профессор П.Л. Володин (Москва) в докладе «Селективная индивидуальная микроимпульсная ретикулярная терапия (от теории к практике)» затронул крайне важную для субпороговых методик тему выбора энергии и убедительно показал эффективность разработанного с соавтором метода при центральной серозной хориоретинопатии.

Относительно привычных пороговых методик в необычном ключе были представлены доклады д.м.н. В.А. Шаимовой (Челябинск) и аспиранта Т.А. Докторовой (Санкт-Петербург). В.А. Шаимова в докладе «Острый некроз сетчатки» продемонстрировала полезные аспекты ограничительной лазеркоагуляции в редком случае вирусного некроза сетчатки молодого пациента. Т.А. Докторова в докладе «Пороговые лазерные воздействия в макуле: границы дозволенного» на основе клинического примера и глубокого анализа литературы указала с одной стороны на деструктивность пороговых методик и необходимость обдуманного их применения, с другой — на актуальность и пользу данных методов.

Изоиминкой секции стали доклады Л.А. Крыля (Москва) «Лазерная ангио- и ретинопатия в лечении клапанных разрывов сетчатки» и к.м.н. А.А. Суетова (Санкт-Петербург) «Современные подходы к диагностике и лечению премакулярных кровоизлияний», в которых

было продемонстрировано, как, благодаря опыту и мастерству лазерных хирургов, деструктивные свойства YAG-лазера могут быть безопасно использованы в восстановлении и сохранении зрения при заболеваниях сетчатки.

Секция «Сложные вопросы диагностики офтальмологических заболеваний»

Секция «Сложные вопросы диагностики офтальмологических заболеваний» была одной из самых насыщенных на конференции и традиционно вызвала большой интерес участников.

Открыла секцию Г.Г. Корнилова (Уфа) сообщением о топографических особенностях формирования путей оттока с использованием аллодренажей. Были представлены результаты хирургического лечения рефрактерной глаукомы с использованием губчатых аллотрансплантационных дренажей и о современных возможностях мониторинга состояния зоны фильтрации в раннем послеоперационном периоде и оценке отдаленных результатов.

Д.м.н. Н.А. Бакунина (Москва) в докладе «Острый приступ глаукомы: открывая забытые страницы» обратила внимание слушателей на то, что современные методы визуализации используются не только для диагностики, но и для изучения патогенеза заболеваний. Повышение активности симпатической регуляции у пациентов с острым приступом глаукомы является одним из важных этапов патогенеза и проявляется в виде спазма хориоидальных артерий и нарушения кровообращения на уровне ретикулярной пластинки. Автор отметила, что включение ОКТА в протокол обследования пациентов с/у глаукомой позволяет оценить статус хориоидального кровотока до начала и в процессе лечения.

Завершила секцию д.м.н. Е.А. Дроздова (Челябинск) с сообщением о диагностике и терапии неинфекционных увеитов. Слушатели отметили высокий уровень представленных докладов и презентаций, отражающих актуальные вопросы современной офтальмологии.

Живой интерес вызвали доклад Д.А. Машкова (Москва) о перспективах использования искусственного интеллекта в улучшении медицинских изображений и о глобальных целях ИИ в медицине и сообщение к.м.н. Е.А. Карауловской (Нижегород) о микропериметрии в офтальмологии.

Тему диагностики глаукомы продолжил к.м.н. С.И. Жукова (Иркутск). Докладчик остановилась на вопросах дифференциальной диагностики оптокопатий различного генеза, отметила информативность ОКТ и роль офтальмолога в выявлении нейродегенеративных заболеваний ЦНС, а также необходимость междисциплинарного сотрудничества со смежными специалистами.

ОКТ на современном этапе развития офтальмологии стала одним из самых востребованных методов визуализации. Д.м.н. Д.С. Мальцев (Санкт-Петербург) представил практически ориентированный доклад о диагностике нодулярных образований в заднем сегменте глаза, отметив, как с помощью ОКТ можно дифференцировать воспалительные и неопластические процессы. К.м.н. Г.В. Братко (Новосибирск) работы продолжила секция, представив сообщение о современном подходе к диагностике наследственных дистрофий сетчатки.

Алгоритм диагностического поиска при аллергических воспалениях в практике офтальмолога был посвящен доклад к.м.н. И.А. Рикс (Санкт-Петербург). Автор заострила внимание аудитории на выборе оптимальной тактики лечения в зависимости от формы заболевания.

Завершила секцию д.м.н. Е.А. Дроздова (Челябинск) с сообщением о диагностике и терапии неинфекционных увеитов. Слушатели отметили высокий уровень представленных докладов и презентаций, отражающих актуальные вопросы современной офтальмологии.

Секция «Патология переднего отрезка глаза»

21 июня в рамках международной офтальмологической конференции «Ерошевские чтения 2025» прошла насыщенная докладами секция «Патология переднего отрезка глаза». Докладчики затронули самые интересные вопросы и познакомили аудиторию с возможными решениями актуальных проблем патологии переднего отрезка глаза. Секцию открыл д.м.н. И.А. Лоскутов (Москва) и осветил причины развития синдрома «сухого глаза» у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой. Тему изменений глазной поверхности у пациентов с глаукомой продолжила к.м.н. А.В. Антонова (Санкт-Петербург), но уже с хирургической точки зрения — изменения глазной поверхности после офтальмогипотензивных операций.

Далее Л.В. Дудникова (Новосибирск) обратила внимание аудитории на изменения роговицы при жизнеугрожающем диагнозе Фабри-Андерсона, когда именно офтальмолог на самых ранних этапах может заподозрить столь серьезное заболевание. В.Р. Абдуллин (Уфа) поделился результатами хирургического лечения хронического дакриоцистита комбинированным способом. Д.м.н. Е.А. Дроздова (Челябинск) представила ряд клинических случаев и определила тактику лечения инфекционных конъюнктивитов. Н.А. Бакалова (Москва) рассказала о возможностях склеральной коррекции при кератоконусе, ассоциированном с синдромом сухого глаза.

И.А. Леонтьева (Самара) напомнила о важных свойствах слезозаместителей, на которые стоит ориентироваться при выборе оптимального препарата для лечения. Д.м.н. В.П. Николаенко (Санкт-Петербург) продолжил актуальную тему, затронутую вначале секции, о стратегии профилактики и развитии вторичного синдрома «сухого глаза» у пациентов с глаукомой. Далее И.А. Федорова (Сочи) коснулась темы коррекции синдрома «сухого глаза» после кераторефракционной хирургии. С заключительным докладом в работе секции по теме воспалительных заболеваний века и роговицы выступила Е.В. Баландина (Самара).

Секция «Проблемы лечения патологии заднего отрезка глаза»

В этом году секция патологии заднего отрезка глаза включала в себя разнообразные вопросы лечения различных заболеваний как связанных с поражением сетчатки, так и вопросы витреоретинальной хирургии, диагностики и лечения воспалительных заболеваний,



А.Е. Милюдин



И.А. Рикс



Р.А. Казакбаев



Niveditha Narayanan



Д.м.н. О.В. Жукова



Д.П. Новиков



К.м.н. С.В. Симонова



Профессор А.Н. Трунов



Д.м.н. В.П. Николаенко



Д.м.н. Д.И. Иванов



И.А. Мальцева



К.м.н. А.Р. Хурай



Н.А. Ишкулова



Профессор Е.Ю. Маркова

были также затронуты генетические аспекты возрастных заболеваний сетчатки.

Открыл секцию д.м.н. А.А. Яровой (Москва) с докладом о возможностях лечения пострадиационного макулярного отека у пациентов с меланомой хоридеи. Учитывая актуальность темы и новаторство предложенной терапии, доклад вызвал большой интерес аудитории. Автор подробно рассказал о принципах диагностики и лечения этого грозного осложнения, которое может привести к необратимому снижению зрения у больных с данной патологией.

Д.м.н. А.Ж. Фурсова (Новосибирск) в своем сообщении рассказала о новых возможностях терапии нВМД. В настоящее время именно анти-VEGF терапия является «золотым стандартом» лечения этой распространенной патологии. Докладчик сообщила о результатах клинических исследований препарата афлиберцепт в новой дозировке 8 мг. Именно увеличение концентрации рекомбинантного белка в сочетании с воздействием на несколько патогенных факторов позволило увеличить интервал между инъекциями и сократить их количество у пациентов с нВМД в фазе поддерживающей терапии. На сегодняшний момент отмечается значительный рост количества интравитреальных инъекций, что приводит к значительной нагрузке как на офтальмологические клиники, так и на систему здравоохранения в целом. Таким образом, поиск рационального использования ресурсов становится актуальным и необходимым.

В своем докладе к.м.н. О.А. Савочкина (Москва) поделилась опытом эффективной организации лечения пациентов, нуждающихся в анти-VEGF терапии. Использование современных препаратов, оказывающих двойное воздействие на патогенетические факторы, позволило более четко организовать

лечение таких пациентов, что в итоге привело к повышению эффективности терапии и позволило оказать помощь большему количеству пациентов.

В своем докладе д.м.н. С.Д. Стебнев (Самара) рассказал о пути становления в Самарской области такого направления, как витреоретинальная хирургия, в частности, макулярексис. Был показан нелегкий путь развития данного вида вмешательства, слушатели были ознакомлены с методиками и инструментами, которые совершенствовались вместе со временем. Автор напомнил аудитории имена выдающихся хирургов, которые участвовали в процессе становления метода, а также представил дальнейшие перспективы его развития.

Необходимо отметить, что в этом году «Ерошевские чтения» приобрели статус конференции с международным участием. В нашей секции выступили с докладами коллеги из Узбекистана. Доктор З.А. Ходжаева выступила с докладом об оценке частоты распределения определенных аллелей и маркеров гена VEGF у пациентов с нВМД. Доктор М.У. Саматов рассказал о комплексной диагностике пациентов с токсоплазмозным хориоретинитом. Оба доклада продемонстрировали высокий уровень организации офтальмологической помощи и рост научного потенциала в Узбекистане.

Достаточно часто у пациентов с патологией заднего отрезка сочетаются несколько заболеваний. А.М. Данилов (Екатеринбург) в своем сообщении ознакомил слушателей с критериями выбора способа хирургического лечения катаракты и астероидного гиазоза. Именно анатомически ориентированный подход к способам хирургического вмешательства позволяет добиться лучших результатов и получить высокие зрительные функции после операции.

В завершении работы секции А.С. Фирсов (Оренбург) поделился опытом хирургического лечения макулярных разрывов. Автор подробно рассказал о возможности современной хирургии данной патологии, а также продемонстрировал ряд клинических случаев.

Секция «Патология роговицы и кератопластика»

Секция «Патология роговицы и кератопластика» ежегодно привлекает докладчиков и участников своими актуальными докладами. Секция была открыта докладом профессора Niveditha Narayanan из Индии «DMEK — Efficient graft preparation and Easy unfolding». Автор рассказала о возможных способах упрощения выкраивание трансплантата. Продолжил работу секции д.м.н. А.Ю. Слонимский (Москва) докладом о дифференциальной диагностике и тактике ведения пациентов с первичными кератоэктазиями. К.м.н. И.А. Рикс (Санкт-Петербург) рассказала о важности своевременного выявления кератитов. Главной особенностью доклада стала схема лечения пациентов с инфекционными заболеваниями роговицы. Д.м.н. (Санкт-Петербург) выступил с сообщением о хирургических подходах в лечении кератоэктазий. Докладчик осветил современные возможности кератопластики при данной патологии.

Значительный интерес и дискуссию вызвал доклад к.м.н. А.Р. Хурая (Москва) на тему «Ногтевая пластина — отделенные результаты применения сегментов при кератоконусе». Докладчик рассказал о незначительной авторской хирургической методике лечения пациентов с кератоконусом и поделился данными законченных случаев лечения своих пациентов. Р.А. Казакбаев (Уфа) представил доклад на тему «Современные подходы к хирургии птеригиума». Докладчик рассказал

о возможности хирургии птеригиума с фемтолазерным сопровождением. Завершил работу секции доклад А.Е. Милюдина (Самара) от группы авторов на тему «Особенности медикаментозного сопровождения кератопластики». Докладчиком была раскрыта схема назначения лекарственных препаратов у пациентов с кератопластикой, применяемой в г. Самаре.

Секция «Проблемы детской офтальмологии»

21 июня в рамках международной офтальмологической конференции «Ерошевские чтения — 2025» прошла секция «Проблемы детской офтальмологии». Ведущие детские офтальмологи стран представили свои доклады. В мероприятии приняли участие 16 высококвалифицированных хирургов из различных регионов России. Все доклады вызвали у аудитории большой интерес. В докладе профессора Е.Ю. Марковой (Москва) были освещены современные возможности диагностики и лечения заболеваний роговицы у детей. Проблеме хирургического лечения детских катаракт были посвящены доклады д.м.н. И.С. Зайдулли-на (Уфа) и к.м.н. А.Е. Синеока (Самара). Авторами были рассмотрены проблемы расчета ИОЛ у детей и имплантации интраокулярных линз в глазах с отсутствием капсульной поддержки.

На секции большое внимание было уделено вопросам лечения различных форм косоглазия у детей и взрослых. Д.м.н. И.Л. Плисов (Новосибирск) в своем докладе остановился на клинических признаках и методах профилактики и лечения наиболее типичных видов косоглазия у детей. Новые технологии хирургического лечения косоглазия по методике регулируемых мышц были показаны в докладах

д.м.н. О.В. Жуковой и Н.А. Ишкуловой (Самара). Вопросы консервативного и хирургического лечения нистагма осветил в своем докладе к.м.н. М.И. Узев (Москва). Также функциональное лечение пациентов с косоглазием и амблиопией были затронуты в докладе к.м.н. Д.М. Ярмamedова и С.Г. Агагулян (Москва). Ряд докладов были посвящены профилактике прогрессирования миопии у детей. Различные аспекты этой проблемы осветили в своих докладах профессор Е.Ю. Маркова, д.м.н. А.В. Мягков, к.м.н. А.Р. Хурай (Москва), С.В. Стяжкова (Чебоксары), Н.С. Сидорова (Самара). Также были представлены доклады, касающиеся отдельных клинических проблем детской офтальмологии. А.В. Инсапова (Уфа) рассказала о распространенности кератоконуса у детей региона Южного Урала. И.И. Занина (Самара) представила редкий клинический случай синдрома Шегрена у ребенка. И.А. Мальцева (Самара) поделилась опытом мониторинга и лечения ретинопатии недоношенных детей в Самарской области.

Секция «Глазные проявления сахарного диабета»

Известно, что основной профилактикой слепоты у пациентов с сахарным диабетом является не только стойкая компенсация основного заболевания, но и своевременное выявление диабетической ретинопатии, вовремя начатое ее лечение. Именно по этой причине в этой секции наряду с докладами, посвященными современному лечению глазных осложнений сахарного диабета были представлены несколько сообщений, касающихся организации офтальмологической и эндокринологической служб.

Открыла секцию главный внештатный эндокринолог Самарской области С.А. Манцагова с докладом «Организация диабетологической службы в Самарской области», в котором автор подробно изложила состояние эндокринологической службы в Самарской области, рассказала о необходимости скрининга диабетической ретинопатии, коснулась маршрутизации пациентов с сахарным диабетом, а также рассказала аудитории о организации эндокринологической службы и открытии региональных и межрайонных эндокринологических центров. Следующий доклад был представлен коллегами из Пензенской областной клинической больницы им. Бурденко. Врач-офтальмолог О.А. Олейничко поделилась опытом организации диагностической и лечебной деятельности офтальмологического кабинета Регионального эндокринологического центра. В своем докладе О.А. Олейничко сделала

акцент на междисциплинарном взаимодействии врачей-эндокринологов с врачами-офтальмологами и подчеркнул, что только при таком подходе снижается риск офтальмологических осложнений у пациентов с сахарным диабетом.

Далее вниманию аудитории был представлен фундаментальный доклад заведующего кафедрой нормальной физиологии СамГМУ, д.б.н. О.Н. Павловой на тему «Молекулярно-генетические аспекты диабетической ретинопатии», в котором автор указала на то, что генетическая предрасположенность играет важную роль в развитии диабетической ретинопатии и наличие определенных аллелей в гене может указывать на повышенный риск развития заболевания. Следующий доклад «Влияние клинико-лабораторных данных при сахарном диабете на частоту выявления и выраженность диабетического макулярного отека» был подготовлен коллегами врачами-офтальмологами Новосибирского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». Авторы подчеркнули необходимость более тщательного изучения анамнеза основного заболевания, учета уровня гликемии, артериального давления и липидного профиля у данной категории пациентов. Доклад представила к.м.н. Г.В. Братко. Завершил работу секции доклад д.м.н., ведущего научного сотрудника ФГБНУ «НИИГ им. М.М. Краснова» М.В. Будзинской на тему «Расширяя возможности антиангиогенной терапии», где докладчик подробно изложила этиологию и патогенез диабетической ретинопатии, роль VEGF- фактора в развитии и прогрессировании диабетической ретинопатии, а также современные методы лечения диабетического макулярного отека антиангиогенными препаратами.

Секция «Глаукома: от патогенеза к терапии»

Секция «Глаукома: от патогенеза к терапии», проведенная в рамках международной конференции «Ерошевские чтения — 2025» 20 июня в Самаре, привлекла широкую аудиторию слушателей. Опытные докладчики, признанные эксперты в своей области приехали в город на Волге с разных уголков нашей страны, чтобы доложить о новейших данных в области этиологии, патогенеза, диагностики и терапевтического лечения такого многогранного заболевания, как глаукома.

Открыл секцию доклад С.В. Симоновой (Москва) «Информационно-правовая поддержка принятия врачом-офтальмологом решений при оказании медицинской помощи пациенту с глаукомой». Далее вниманию аудитории был представлен фундаментальный доклад, подготовленный профессором Новосибирского филиала ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия



С.В. Кирносков



Д.м.н. Е.В. Карлова



К.м.н. А.В. Антонова



В.Л. Ким

Секция «Вопросы хирургии глаукомы»

Открыл работу секции д.м.н., заведующий кафедрой глазных болезней ИПО СамГМУ Золотарев А.В. (Самара) с докладом «Молекулярная биология медикаментозной поддержки гипотензивной хирургии». В своем сообщении автор осветил такие вопросы, как патофизиология течения раневого процесса и фармакологические возможности его коррекции. Основной акцент был сделан на применении простамидов (биматопроста 0,03%) в раннем послеоперационном периоде при повышении внутриглазного давления после хирургического лечения глаукомы. Автор указал на то, что простамидами активируют экспрессию мРНК матрицелюлярного протеина CNN Cyt61, не влияя на экспрессию мРНК фактора роста соединительной ткани (CTGF). В свою очередь, Cyt61 запускает механизм самоограничения фиброгенеза при регенерации, способствуя «старению» миофибробластов и трансформации их в клетки, способствующие деградации экстрацеллюлярной матрикса. Таким образом, биматопрост 0,03% способствует деградации внеклеточного матрикса, что может улучшить функционирование фильтровой поддушки.

Продолжил тему послеоперационного ведения пациентов д.м.н., заместитель главного врача по офтальмологии Городской многопрофильной больницы №2 г. Санкт-Петербурга В.П. Николаенко с сообщением «Хирургия глаукомы: рациональный алгоритм послеоперационных осмотров пациентов». Автор отметил необходимость длительного применения глюкокортикоидов в послеоперационном лечении пациентов после хирургического лечения глаукомы, что способствует лучшему формированию путей оттока внутриглазной жидкости.

Завершали работу секции ординаторы 2 года МНТК «Микрохирургия глаза». Х.А. Бокова представила клинический случай хирургического лечения острого приступа закрытоугольной глаукомы, Т.М. Байтокова доложила о комбинированном подходе к лечению неоваскулярной глаукомы.

Доклад «Ленсиндуцированная глаукома. Патогенез, клиника, лечение» представил д.м.н. Д.И. Иванов (Екатеринбург). В своем сообщении автор осветил вопросы патогенеза, клиники фактогенной глаукомы, а также тактики лечения пациентов с данным заболеванием. Д.И. Иванов представил клинические случаи пациентов с фактоморфической, факотопической и факолитической глаукомы и отметил целесообразность выполнения интраоперационной гониоскопии после выполнения фактоморфизации катаракты у таких пациентов.

Большой интерес и жаркую дискуссию вызвали доклады к.м.н. А.В. Антоновой (Санкт-Петербург), к.м.н. А.В. Старостиной (Москва), касающиеся хирургического лечения вторичных видов глаукомы. А.В. Антонова в своем докладе осветила особенности имплантации нового дренажирующего устройства GlaucoDrain и послеоперационного ведения таких пациентов. Автор отметила высокую эффективность данного устройства в хирургическом лечении глаукомы, в том числе рефрактерных ее форм. А.В. Старостина поделилась опытом лечения вторичной глаукомы при иридокорнеальных синдромах у взрослых.

Е.Д. Иванова (Екатеринбург) в своем сообщении представила методику оптимизации техники НГСЭ, которая касалась таких этапов операции, как отсепаровка конъюнктивы и теновой капсулы, формирование поверхностного склерального лоскута и ушивание конъюнктивы.

Завершали работу секции ординаторы 2 года МНТК «Микрохирургия глаза». Х.А. Бокова представила клинический случай хирургического лечения острого приступа закрытоугольной глаукомы, Т.М. Байтокова доложила о комбинированном подходе к лечению неоваскулярной глаукомы.

Секция «Хирургия катаракты: сложные случаи и нестандартные решения»

Секция «Хирургия катаракты...» традиционно вызвала большой интерес участников, а широкий и представительный состав докладчиков ещё больше подогрег этот интерес. Было представлено 10 докладов, касающихся различных аспектов хирургии катаракты. Открывал сессию доклад д.м.н. К.Б. Першина (Москва) «Премиум моновижн — Custom Match», в котором автор остановился на методике имплантации одному пациенту трифокальной и EDOF ИОЛ в разные глаза. По мнению доктора К.Б. Першина, эта методика хорошо зарекомендовала себя у пациентов с чувствительностью к эффекту гало.

Главный офтальмолог Пензенской области Р.С. Галеев поделился с участниками своей уникальной методикой подшивания ИОЛ в случаях несостоятельности капсульного мешка. Была представлена новая модель нити, изготовленная на заводе «Контур» для этих целей. Проблема лечения пациентов с сочетанной патологией радужной оболочки и хрусталика была представлена в докладе д.м.н., главного врача ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Н.П. Соболева (Москва) на тему «Когда ИХД становится ключевым элементом в хирургии глаза?». В сообщении прозвучали особенности методики и результаты лечения у пациентов после имплантации иридо-хрусталиковой диафрагмы.

Проблемы подготовки пациентов к хирургии катаракты были затронуты в презентации к.м.н., А.В. Трубилина «Глазная поверхность» в ходе хирургии катаракты». Докладчик отметил важность влияния состояния слезной пленки на результаты хирургии катаракты. Доктор С.В. Шухаев,

представлявший Санкт-Петербургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза», представил доклад «Выбор кератометрических данных для расчёта торического хрусталика». С похожей тематикой «Сравнение точности расчёта торических ИОЛ с использованием различных кератометрических параметров» выступил Д.Ф. Белов, врач городской многопрофильной больницы №2 г. Санкт-Петербурга. Это лишь подчеркивает важность и актуальность данной тематики. В докладе к.м.н. В.В. Тепловодской, представлявшей головную организацию МНТК «Микрохирургия глаза», на тему «Классификация ИОЛ в борьбе за идеальное зрение» были освещены результаты имплантации оригинальной модели мультифокальной торической ИОЛ. К.м.н. С.Л. Кузнецов, заведующий кафедрой офтальмологии ПИУВ (Пенза), представил доклад на тему «Роль объемзамещающих ИОЛ в актуальных аспектах интраокулярной коррекции». В его сообщении были доложены отдаленные результаты имплантации отечественной объемзамещающей ИОЛ. Автором особенно отмечено отсутствие такого осложнения, как дислокация ИОЛ в позднем послеоперационном периоде, а также наличие EDOF эффекта у пациентов после операции с этой моделью ИОЛ. В докладе заведующего офтальмологическим отделением №1 Оренбургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» В.Л. Кима были представлены случаи реабилитации пациентов с подвывихом хрусталика. Докладчик продемонстрировал с помощью видеоматериала возможность подшивания EDOF ИОЛ пациентам с данным видом патологии с хорошими клиническими результатами.



И.Б. Соловейчик



Л.В. Баталина



Профессор А.Д. Чупров

Закрывал сессию доклад от группы авторов, представленный С.В. Кириновым, заведующим дневным стационаром ГБУЗ СОКБ им. Т.И. Брошевского, на тему «Индивидуальная интраоперационная коррекция астигматизма». В сообщении раскрывался вопрос, касающийся возможности использования послабляющих лимбальных разрезов для коррекции астигматизма, выполненных с помощью фемтосекундного лазера.

Все доклады вызвали живой интерес участников данной секции, что отразилось в интересной дискуссии.

Секция «Вопросы рефракционной хирургии»

Секцию «Вопросы рефракционной хирургии», проходившую 21 июня, открыл профессор А.Д. Чупров (Оренбург) с докладом о применении временного

кератопротеза, разработанного под его руководством. В докладе были представлены уникальные видеок cadры операций, демонстрирующие несомненную важность применения временного кератопротеза при проведении сочетанных реконструктивных операций. Хочется верить, что в ближайшее время разработка профессора А.Д. Чупрова и его коллег займёт важное место в хирургической практике.

К.м.н. Н.В. Майчук выступила с докладом о важности комплексного подхода в диагностике рефракционного пациента, поделилась собственным опытом анализа данных, получаемых с помощью различных диагностических приборов, для формирования правильного клинического решения перед рефракционной хирургией.

Продолжил тему диагностики перед рефракционной хирургией доклад И.Б. Соловейчика (Самары), в котором была раскрыта

тема исследования биомеханических свойств роговицы в предрефракционной диагностике пациентов. Аудитории были представлены возможности современных приборов для анализа и выявления скрытых форм эктазии, что играет ключевую роль в современной рефракционной хирургии.

Роговичные сегменты занимают особое место в рефракционной хирургии отчасти по причине сложности расчёта их параметров, требующей комплексного подхода в оценке предоперационных показателей и грамотного использования диагностического оборудования. Доклад Е.Г. Солодковой (Волгоград) показал возможность проведения сложного математического моделирования для персонализированного выбора роговичного сегмента. Не вызывает сомнений, что в будущем подобный подход станет рутинным в практике рефракционной хирургии.

Почему-то меня сразу выбрали старостой группы, и мне пришлось посещать все лекции. Училась я хорошо, поэтому на разгульную студенческую жизнь времени не оставалось. Скорее это походило на бег с препятствиями. Счастливые воспоминания остались о студенческих каникулах, когда удавалось много путешествовать по нашей стране с друзьями. Я занималась горным туризмом, имела юношеский разряд по настольному теннису и пулевой стрельбе, каталась на горных лыжах, на велосипеде, посещала танцевальную студию. В советский период все это было доступно и не требовало больших затрат.

Почему-то меня сразу выбрали старостой группы, и мне пришлось посещать все лекции. Училась я хорошо, поэтому на разгульную студенческую жизнь времени не оставалось. Скорее это походило на бег с препятствиями. Счастливые воспоминания остались о студенческих каникулах, когда удавалось много путешествовать по нашей стране с друзьями. Я занималась горным туризмом, имела юношеский разряд по настольному теннису и пулевой стрельбе, каталась на горных лыжах, на велосипеде, посещала танцевальную студию. В советский период все это было доступно и не требовало больших затрат.

После окончания института последовала ординатура в МНИИ микрохирургии глаза, которым руководил С.Н. Федоров, в экспериментальной хирургической группе. Что это была за группа? Чем она занималась?

Прежде я бы хотела рассказать интересную историю моего знакомства со Святославом Николаевичем Федоровым. Когда я училась на старших курсах института, мои родители были в Сирии, так как папа работал в этой стране советником по медицине. В Дамаске он познакомился со Святославом Николаевичем и его ведущими специалистами, которые приехали оперировать мать президента Хафеза Асада. Когда звездная группа российских врачей возвращалась в Москву, моя мама попросила профессора Э.В. Егорову передать небольшую посылку нам с братом. Я приехала домой к Эленоре Валентиновне забрать вожделенные джинсы (тогда это было большим дефицитом в СССР), и тут она спросила, сдавала ли я уже экзамен по глазным болезням и что получила. Я сказала, что сдала экзамен на «отлично», потому что экзаменатору понравились мои рисунки хирургических доступов на

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.

Текст и фотографии предоставлены оргкомитетом конференции

Кандидат медицинских наук, профессор РАЕ М.Г. Комарова:

О времени и о себе

> стр. 1

Вы окончили 2-й медицинский институт. Выбор был заранее определен, поскольку родители — врачи? Чем запомнилась учеба? Для многих людей учеба в институте — лучшие годы в жизни. Для Вас?

Выбор профессии был для меня неочевидным. В школе я увлекалась не только гуманитарными предметами, но и математикой, физикой, черчением. Как-то учительница по биологии, разбирая шкафы в кабинете, нашла зеркальные офтальмоскоп и почему-то подарила его мне. Внутри футляра было зеркальце на ручке с набором линз. Дома родители объяснили мне, как им пользоваться. На всех экзаменах по физике как в школе, так и потом в институте, мне обязательно попадался билет с темой «Глаз как оптическая система». Похоже это были знаки судьбы.

После школы мне хотелось поступать сразу в несколько учебных заведений: в Полиграфический институт им. Строганова, на философский факультет МГУ и в медицинский институт, так как в нашей семье уже было два поколения врачей. Глядя на мои метания, мама дала хороший совет: представить, кем я буду работать после окончания учебы, и я смогла представить себя достаточно ясно только в роли врача. Решив поступать в медицинский институт, я планировала объединить медицину и художественное творчество — стать пластическим хирургом.

Почему-то меня сразу выбрали старостой группы, и мне пришлось посещать все лекции. Училась я хорошо, поэтому на разгульную студенческую жизнь времени не оставалось. Скорее это походило на бег с препятствиями. Счастливые воспоминания остались о студенческих каникулах, когда удавалось много путешествовать по нашей стране с друзьями. Я занималась горным туризмом, имела юношеский разряд по настольному теннису и пулевой стрельбе, каталась на горных лыжах, на велосипеде, посещала танцевальную студию. В советский период все это было доступно и не требовало больших затрат.

После окончания института последовала ординатура в МНИИ микрохирургии глаза, которым руководил С.Н. Федоров, в экспериментальной хирургической группе. Что это была за группа? Чем она занималась?

Прежде я бы хотела рассказать интересную историю моего знакомства со Святославом Николаевичем Федоровым. Когда я училась на старших курсах института, мои родители были в Сирии, так как папа работал в этой стране советником по медицине. В Дамаске он познакомился со Святославом Николаевичем и его ведущими специалистами, которые приехали оперировать мать президента Хафеза Асада. Когда звездная группа российских врачей возвращалась в Москву, моя мама попросила профессора Э.В. Егорову передать небольшую посылку нам с братом. Я приехала домой к Эленоре Валентиновне забрать вожделенные джинсы (тогда это было большим дефицитом в СССР), и тут она спросила, сдавала ли я уже экзамен по глазным болезням и что получила. Я сказала, что сдала экзамен на «отлично», потому что экзаменатору понравились мои рисунки хирургических доступов на

глазном яблоке. Тут ее глаза загорелись, она потянула меня к столу, дала лист бумаги, карандаш и сказала: «Рисуй!». Я просто нарисовала глаз в разрезе. Оказываясь, она долго искала художника для оформления монографии, подготовленной в соавторстве с Федоровым. Егорова снабдила меня иностранными атласами по глазной хирургии и надала кучу заданий. Весь шестой курс, помимо учебы, участия в операциях на кафедре госэкзаменам, я рисовала схемы глазных вмешательств, начиная с удаления катаракты по Давиелю и заканчивая последними разработками. В реальной жизни я ни одной глазной операции тогда еще не видела, поэтому вторичная катаракта выглядела в этой книге как черная икра — мне просто не сказали, что шары Эллинига имеют разный диаметр. Когда книга «Хирургическое лечение травматических катаракт с интраокулярной коррекцией» была готова к печати, Святослав Николаевич захотел пригласить «художника» на работу. Мне позвонили из секретариата, и я приехала в новый НИИ микрохирургии глаза в Бескудниково.

Какое впечатление произвел на Вас доктор Федоров?

Первая встреча с Федоровым произвела на меня большое впечатление. Хотя и потом, в течение 20 лет работы с ним, каждая встреча была зарядом энергии и импульсом к действию. Святослав Николаевич начал задавать вопросы об учебе, моих намерениях, а потом внезапно перешел на английский. В то время я уже год занималась на курсах иностранных языков и легко переключалась. Мой будущий шеф остался доволен, тут же кому-то позвонил, сказал, что бы мне оформили запрос на распределение и зачислили к нему в 7-е глазное отделение. «Она прекрасный рисует, свободно говорит на английском и вообще умища», — сказал он кому-то на другом конце провода. Запрос на распределение был подготовлен моментально (тогда после окончания института врачи не сами искали работу, а их распределяли по организациям). Вот так профессия выбрала меня, а не я ее. А монография с моими наивными ошибками была опубликована впоследствии во многих странах мира.

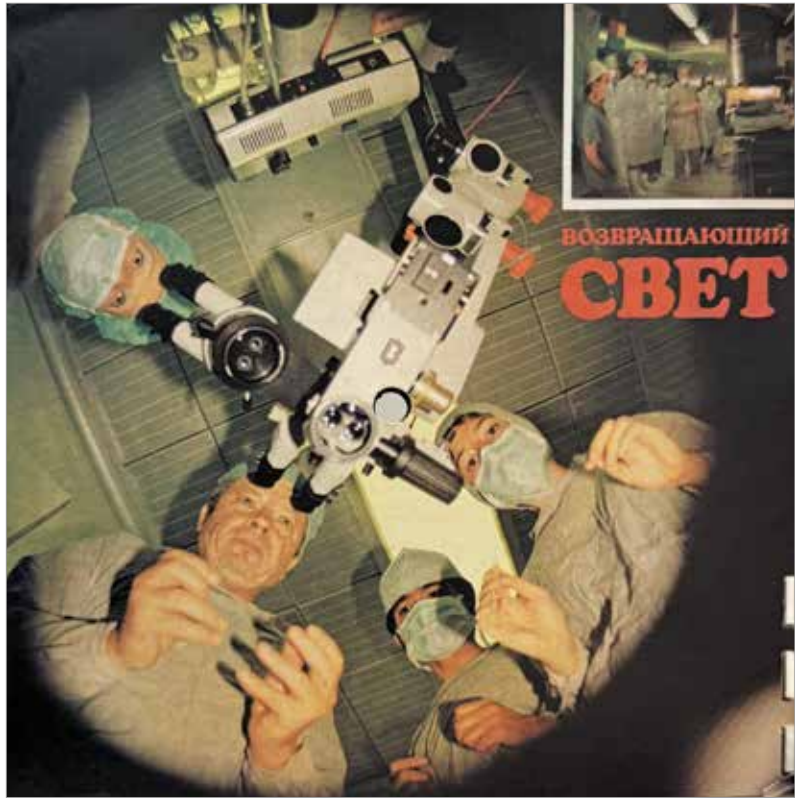
Будучи молодым ординатором, Вы попали в ассистенты к Федорову. Что значит быть ассистентом Федорова? Какие обязанности на него возлагались? Чему Вы научились у Шефа?



В операционной отдела витреоретинальной хирургии, 1995 г. Разработка методики трансклиальной фактозулысификации в сочетании с хирургией отслойки сетчатки



На конгрессе ESCRS с докладом по комбинированной хирургии хрусталика и стекловидного тела у пациентов с миопией высокой степени. Лондон, 2006 г.



Фотография из журнала «Кругозор», 1984 г. Мы с Н.Ф. Пашиновой ассистируем С.Н. Федорову

Я приступила к работе в отделе экспериментальной хирургии под руководством профессора С.Н. Федорова в сентябре 1983 года, а в октябре мне уже доверили самостоятельно выполнить экстракапсулярную экстракцию катаракты (ЭЭК). Учили нас в то время быстро, потому что пациентов было очень много и очередь на лечение только росла. Сначала я ассистировала Надежде Федоровне Пашиновой, которая возглавляла наше отделение, а потом она помогала мне на первых операциях — «стала руки». Я очень благодарна ей за хорошую школу. Пригодились в работе и занятия музыкой (игра на фортепиано и гитаре) — микрохирургия требует одинакового владения правой и левой рукой и отсутствия тремора.

Когда меня уже достаточно обучили основным вмешательствам, я начала участвовать в операциях Святослава Николаевича. Он обычно работал с двумя ассистентами на двух операционных столах. Начальные и завершающие этапы выполняли помощники, а главный этап делал он сам. Наверное, это был прототип будущего конвейера — «Автоматической линии зрения». В операционную вместе с ним часто приходили гости — врачи, ученые, журналисты, иностранные хирурги. В задачи ассистента входило начинать и заканчивать операции, а также следить за

последовательностью всех этапов вмешательства и вовремя подавать нужные инструменты, так как шеф был одновременно ведущим этого шоу и его постоянно отвлекал вопросами. В такие моменты он очень нам доверял.

Святослав Николаевич часто заходил в свое отделение после окончания рабочего дня, когда институт пустел. Он был еще полон энергии и не торопился домой. Иногда просто рассказывал о своих идеях, иногда устраивал нам экзамен, даже мог проверить историю болезни. Мы должны были помнить все данные по каждому пациенту в отделении, так как не знали, про кого шеф спросит в этот раз и с кем разговорится в коридоре. У меня почти нет фотографий с ним, мне казалось, он всегда будет рядом, это было так естественно.

Он любил подключаться к своим хирургам во время операции. На микроскопах были установленные камеры, мы сидели в наушниках с микрофоном и в любой момент могли услышать знакомый голос. Как-то в особо трудный момент, когда я оперировала травматическую катаракту, в наушниках прозвучал голос шефа: «Мариша, у меня тут иностранные хирурги, прокомментируй свою операцию на английском». Пришлось выполнять, хотя дополнительная нагрузка совсем не обрадовала. Он развивал

в нас такую стрессоустойчивость, что, наверное, мы смогли бы оперировать даже подвешенные вниз головой. Для чего это было нужно, понимаясь позже, когда приходится участвовать в «живой хирургии».

Федоров нас учил не только профессии, но и жизни. Для него не было прегрлад, невыполнимых задач, он никогда не сдавался и не останавливался на достигнутом. Я помню, он как-то зашел один в ординаторскую, увидел меня со стопкой историй болезни, и спросил: «Мариша, о чем ты мечтаешь? — Я хочу освоить все глазные операции, стать классным хирургом. — Разве это мечта? Надо мечтать сделать что-то такое, что до тебя никто не делает». Вот так Святослав Николаевич сразу поднял для меня профессиональную планку на недосягаемую высоту.

После окончания ординатуры Вы выполняли операции по поводу катаракты, глаукомы, миопии, гиперметропии, астигматизма, косоглазия, патологии века. После ординатуры и такой широкий круг хирургических вмешательств?

В период ординатуры и после нее я старалась освоить как можно больше хирургических вмешательств, чтобы найти свое направление. Мне нравилась хирургия катаракты и непроницающая хирургия глаукомы. Вмешательства по поводу аметропии (миопия, гиперметропия, астигматизм) были тогда несвоевременны: после радикальной кератотомии пациенты сутки мучались от боли, как и после кератоконгуляции, которая еще и отличалась временным эффектом, иногда пациенты приходили с разорванными носочками после травмы глаза. Это были ступени прогресса, которые сыграли свою роль в истории офтальмологии и ушли в прошлое.

Лечение косоглазия, заворотов и выворотов век заставляли меня освоить мои пациенты, у которых эта патология встречалась как сопутствующая, и после улучшения зрения они просили исправить и эстетические дефекты. Этим направлением мало кто занимался в институте, и мне пришлось самой учиться по американским атласам. Получалось хорошо, но операции были более длительными, чем экстракция катаракты, а мы были приучены работать быстро, на потоке. Операционное время было ограничено, а пациентов много. Выполнение ЭЭК+ИОЛ занимало у меня тогда порядка 10-15 минут, на стационарное лечение пациента уходило одни сутки. Как-то я осталась работать дежурным хирургом летом в период отпусков и мне пришлось за 4 часа выполнить 20 операций. После этого я упала на диван в ординаторской, и уже не было сил говорить.

Вы в течение 11 лет работали в отделе витреоретинальной хирургии. Как менялись технологии выполнения операций?

Это был переходный период от склерального plombирования к интраокулярной хирургии. Уже имелись достаточно хорошие витреотомы, разрабатывались новые газы и тяжелые жидкости для тампонады витреальной полости (все было отечественного производства), появилась возможность выполнять эндолазерную коагуляцию сетчатки, но еще трудно было отказать от применения циркуляра. В те годы еще выполняли большой

разрез, при необходимости одновременной хирургии катаракты и отслойки сетчатки. Это очень затрудняло лечение. Было понятно, что вмешательство должно проводиться через проколы глазного яблока, которые легко герметизировать. Вот тут на помощь и могла прийти факэмульсификация, но это требовало научного обоснования.

В отделе витреоретинальной хирургии была одна неразрешимая проблема — всегда не хватало коек, так как сложные пациенты находились на стационарном лечении несколько суток и не всегда можно было точно прогнозировать дату их выписки. Поэтому мне пришлось перейти на амбулаторное лечение катаракты, возможно одной из первых в мире. Основным методом лечения катаракты тогда еще были ЭЭК+ИОЛ, факэмульсификацию выполняли только на мягких катарактах. Пациенты должны были выписываться из стационара после осмотра в отделе лечебного контроля (ОЛК). Но я стала приводить на выписку своих амбулаторных пациентов сразу после операционного дня. Это было необычно, и врачи ОЛК не знали, что с этим делать. Тогда я их попросила проверить глаза по общим стандартам и ставить печать ОЛК прямо в амбулаторную карту, а не в историю болезни, если они не найдут осложнений. Так мы и перешли к амбулаторной хирургии катаракты в 1991 году. Тогда я не писала об этом статей, так как не видела в таком подходе никакого прогресса, просто вынужденную меру. Я и сейчас думаю, что оставить пациентов на несколько часов в клинике после хирургии катаракты — это действенная профилактика осложнений, что подтверждают и зарубежные исследования.

Марианна Геннадиевна, готовясь к нашей с Вами беседе, я нашел информацию о том, что в 1989 году Вы приступили к выполнению ФЭК с имплантацией ИОЛ. Как это является со следующей информацией: «В апреле 1991 года 10 хирургов Иркутского филиала МНТК посетили город Портленд (Орегон, США), где их познакомили с ФЭК, а буквально через пару месяцев в Иркутск прилетела бригада американских хирургов во главе с Говардом Файном и провела первый в России WeLab по ФЭК. Из Америки доставили 4 факэмашины и все необходимые расходные материалы. Первые пациенты, которым была проведена факэмульсификация в России, были прооперированы американскими хирургами».

Полагаю, что этот WeLab в Иркутске, действительно, был первым в нашей стране (мы тогда и слов-то таких не знали), а вот факэмульсификацией Святослав Николаевич заинтересовался гораздо раньше. Как я понимаю, речь идет о статье в eurepress.ru «Путь к успеху. Этапы развития факэмульсификации в России» от группы авторов из Иркутска. В списке литературы к этой статье есть упоминание работы Федорова С.Н., Егоровой Э.В., Коростылевой Н.Ф. под названием «Факэмульсификация с одномоментной имплантацией эрчковой интраокулярной линзы», которая была опубликована в «Офтальмологическом журнале» еще в 1978 году. А в 1982 году Наталья Федорова Коростылева защитила кандидатскую диссертацию на тему применения факэмульсификации в клинической практике. Чтобы показать, как рано внедрялась факэмульсификация в СССР, стоит упомянуть работу Н.П. Нарбута, который во ВНИИ ГВ (сейчас — НИИГБ имени М.М. Краснова) провел экспериментальное обоснование применения факэмульсификации и защитил диссертацию в 1975 году — всего через 4 года после того, как Чарльз Келман запатентовал свой первый факэмульсификатор Cavinton (1971 год).

Метод тогда не получил широкого применения, так как аппаратура и техника операции были еще несовершенны, кроме того, приходилось расширять разрез для имплантации жестких ИОЛ из полиметилметакрилата. По мере совершенствования аппаратуры, интерес к факэмульсификации возрастал у нас в стране, как и во всем мире. В головной организации МНТК тогда учились не напрямую у американских хирургов, а по видеожурналам в библиотеке (операции были записаны на видеокассетах), по статьям Келмана и друг у друга. Так что в нашей стране первопроходцами были вовсе не американские хирурги.

Что собой представляла катарактальная хирургия в 80-х — 90-х годах?



Командировка в Астану (Казахстан), 2008 г.

Свою первую операцию по поводу катаракты я выполнила в 1983 году по принятой тогда методике — корноресекральным доступом с применением роговичных ножниц и герметизацией разреза узловыми швами. Одномоментная имплантация ИОЛ не предполагалась, так как у пациентки выявили плохие показатели ЭФИ. Однако, эта пожилая дама после операции увидела 1,0 с афакической коррекцией, и мне пришлось имплантировать ей ИОЛ вторым этапом. Следует отметить, что в большинстве клиник страны в тот период применялся метод интракапсулярной экстракции катаракты. У нас в операционном зале стоял криокстрактор для хирургии подвывиха хрусталика, так что я застала и эту методику.

Несколько лет спустя к нам приехал профессор Пирс из США и показал свою технику ЭЭК с роговичным разрезом, выполняемым алмазным ножом с наложением непрерывного роговичного шва. Мы с Надеждой Федоровной Пашиновой ассистировали ему, а шеф смотрел на операцию по видеосвязи из своего кабинета. Профессор Пирс оставил нам слайд с фотографией своего шва, который мы потом немного упростили для широкого внедрения во всех отделах. Ножи для хирургии катаракты стали делать из якутских алмазов, благо на тот момент уже было налажено производство алмазных ножей для кератотомии. Я помню, что наши хирурги везде меня любили и просили показать, как накладывать шов по Пирсу. Приходилось рисовать схему на любой бумаге или салфетке. Методика быстро прижилась и стала ведущей.

Скорость прогресса в офтальмологии была тогда потрясающей. Я ушла в декретный отпуск в 1988 году, когда еще доминировала ЭЭК+ИОЛ и имплантация ирис-клипсы, а когда вернулась через год, то в операционной Экспериментальной хирургической группы Федорова уже стояла волшебная коробочка — факэмульсификатор Protégé Storz, и все хирурги института перешли к имплантации заднекамерных ИОЛ. Пришлось быстро осваивать эти инновации. Сотрудник нашего отделения Михаил Егорович Коновалов, который начал применять факэмульсификацию с 1988 года, показал мне, как выполнять эту методику. С тех пор это моя любимая операция.

Слышал, что Федорову принадлежит фраза: «Оперировать катаракту я и медведя научу...» На мой взгляд, звучит довольно уничижительно.

Я слышала подобную фразу от профессора Валерия Дмитриевича Захарова, заведующего отделом витреоретинальной хирургии. Он, как заядлый яхтсмен, говорил, что оперировать глаза и медведя можно научить, а вот чтобы управлять парусной яхтой надо мозги иметь. Смысл состоял в том, чтобы мы не слишком уж гордились своей профессией, не выщипывали себе корону на голове. У Федорова было много прекрасных хирургов, доступ в операционную был открыт для всех. То время, наверное, ни в одном другом учреждении нельзя было так быстро научиться оперировать, но звездить нам не давали, каждый был заменен. А управление парусной яхтой некоторым сотрудникам отдела витреоретинальной хирургии удалось освоить. На базе отдыха МНТК в Троицком тогда располагалось несколько



На отдыхе под парусом. Пестовское водохранилище, 2025 г.

крейсерских яхт, и наши хирурги не только там отдыхали, но и участвовали во всероссийских регатах.

В 1998 году прошла защита кандидатской диссертации по теме «Комбинированная хирургия катаракты и отслойки сетчатки с применением трансклиарной факэмульсификации». Вы получили высшую врачебную квалификационную категорию. Эта методика работает сегодня?

Работая в отделе витреоретинальной хирургии, я понимала, что при сочетанных операциях по поводу катаракты и отслойки сетчатки не следует выполнять большой роговичный разрез, он может разгерметизироваться из-за давления расширяющихся газов, которые вводились в витреальную полость. То время было еще непонятно, как действует низкочастотный ультразвук на отслоенную сетчатку. Я обратилась к талантливому математику, заведующему вычислительным центром МНТК «МГ» Анатолию Никитичу Бессарабову за помощью, и он разработал математическую модель воздействия ультразвука на прилежащую и отслоенную сетчатку. Оказалось, что при параметрах, приемлемых для прилежащей сетчатки, на отслоенную сетчатку низкочастотный ультразвук действует не хуже. Можно было применять этот метод в клинической практике. Наиболее удобный доступ для витреоретинальной хирургии — через плоскую часть цилиарного тела, поэтому мы приступили к выполнению трансклиарной факэмульсификации, которая имела существенные отличия от ультразвуковой факофрагментации по Жирарду. В то время одномоментную имплантацию ИОЛ при отслойке сетчатки предпочитали не выполнять. Святослав Николаевич выделил нам для этих операций американский факэмульсификатор VitComander. По ходу работы я оформила несколько патентов и статей, а затем успешно защитила диссертацию (1998). Писала я диссертацию «запоем», мой муж и дочь обычно видели меня со спины, что-то печатающей на компьютере. Это была первая защита в МНТК с демонстрацией слайдов в программе Power Point и с использованием компьютерной анимации. Мне пришлось быстро освоить несколько программ, чтобы сделать защиту не только убедительной, но и красивой. Святослав Николаевич был в восторге.

В настоящее время считается совершенно естественным сочетать факэмульсификацию с витреоретинальной хирургией, но когда-то это был первый шаг, который, если бы не сделала я, то обязательно сделал бы кто-то другой.

Вы приступили к работе над докторской диссертацией, посвященной лечению высокой осевой миопии, однако защита не состоялась. Если можете, расскажите, в чем заключалась причина. Заведующая сектором энергетической хирургии хрусталика — должность в МНТК, после чего Вы покинули институт. Казалось бы, карьера идет в гору, а Вы — в частную медицину...

После успешной защиты диссертации, Святослав Николаевич решил назначить меня руководителем научного сектора, который должен был помочь перевести весь

МНТК на хирургию малых разрезов. Я долго не могла придумать название подразделению, которое бы специализировалось на ультразвуковой и лазерной факэмульсификации. В итоге пришлось на ум объединить эти два метода термином «энергетическая хирургия». Я посоветовалась с новым названием с профессором Э.В. Егоровой — она раскритиковала, и с профессором А.Д. Семеновым — он поддержал. Тогда я пошла к шефу с результатом «50 на 50» и предложила назвать нашу группу «Сектор энергетической хирургии хрусталика». Ему очень понравилось. Теперь этот термин встречается в нормативных документах по офтальмологии.

В то время ЭЭК была надежной, хорошо освоенной методикой, но шеф был визионером и тонко чувствовал, где прогресс, а где застой. Он решил собрать группу хороших хирургов, которые бы показали возможности новых методов и повели всех за собой. «Бери в свой отдел Борю Малюгина, Юру Андреева и покажите класс», — сказал он. Легко было сказать, но трудно сделать, ведь это были ведущие хирурги по ультразвуковой и лазерной факэмульсификации в других отделах, и их никто не собирался мне отдавать. Тогда в сектор зачислили молодых врачей и ординаторов, которых для начала следовало всему обучить, а потом уже показывать рекорды. Это был трудный период, хорошие хирурги получаются не из всех желающих, но мы достаточно быстро вышли на первое место по хирургии малых разрезов и по научной активности (патенты на изобретения, публикации, доклады на конференциях, выполнение диссертационных работ).

За три года существования «Сектора энергетической хирургии хрусталика» нами был создан опытный образец нового лазера для удаления хрусталика и стекловидного тела, показавший хороший результат на кроликах; был выполнен первый балонный хрусталик, который заполнялся физраствором и обладал эффектом аккомодации (сейчас подобная ИОЛ проходит апробацию FDA в США); был разработан новый хрусталик для бескапсульной фиксации; была создана математическая модель распространения различных видов лазерного излучения в тканях глаза; проходили клиническую апробацию несколько новых способов полостных операций при миопии высокой и сверхвысокой степени.

Но все резко оборвалось, когда произошла страшная трагедия — погиб Святослав Николаевич Федоров. Как я позже узнала по результатам технической экспертизы, шарикоподшипники несущего винта вертолета, которые были размером с кулак, совсем износились и превратились просто в песок. Этот американский вертолет уже имел большой стаж полетов, когда его привезли в Россию. Шеф за несколько лет до гибели посетил известную болгарскую ясновидящую Вангу, и она предсказала ему смерть в 72 года. Так и произошло. Он не дожид 72 лет до 73 лет. Святослав Николаевич получил права на управление вертолетом и погиб как летчик, которым мечтал стать в юности.

Теперь, когда я смотрела на здания МНТК, у меня было ощущение, что из мощного гоночного автомобиля вынули двигатель — снаружи все так же, а внутри не хватает самого главного. Конечно, в огромной системе МНТК были талантливые ученые, классные хирурги, замечательные руководители, но, чтобы всё вместе и в одном человеке... Тяжело было видеть, как во все направления деятельности проникала неизбежная перестройка. Я понимала, что наш научный сектор уже был никому не нужен, из него начали потихоньку увольняться сотрудники.

«Не дай вам Бог жить в эпоху перемен» — слова, которые приписывают китайскому философу Конфуцию...

В тот сложный период я решила поговорить о своих научных перспективах с новым генеральным директором МНТК «МГ» Х.П. Тахиди и рассказала ему о том, что Святослав Николаевич разрешил мне работать над докторской диссертацией. Мне хотелось знать, поддержит ли Христо Периклович тему, по которой к тому времени у меня уже было оформлено 7 патентов на изобретения. Но про тему диссертации меня даже не спросили, разговор пошел по другому руслу: «Зачем тебе докторская? Ты же женщина. И сколько тебе лет?» — Сорок два. — Поздно уже. — ???»



В операционной клиники «Новый Взгляд», 2001 г.

«Белорусская». Вот тут я впервые столкнулась с необходимостью самой искать себе пациентов для хирургии. Пришлось обходить ближайшие поликлиники, аптеки и оптики, чтобы они направляли пациентов к нам. Но дело двигалось, и вскоре я выполняла по 10-15 факэмульсификаций в операционный день на «Белорусской». Иногда приходилось выезжать для хирургии в Дубну, где было открыто еще одно отделение. В тот период я продолжала заниматься наукой, представляла новые способы хирургического лечения высокой осевой миопии на ESCRS в Париже и Лондоне.

Не было желания открыть собственный бизнес?

Такое желание возникло после того, как я увидела работу врачей частной практики во Франции. Там обычно собираются 2-3 хирурга, открывают диагностический кабинет и договариваются с ближайшим госпиталем о сотрудничестве. Если частный врач приходит оперировать своего пациента, а затем наблюдает его у себя в кабинете, то получает 70% от цены вмешательства. У нас в стране таких высоких процентов не было, но несколько лет я все-таки поработала практически как частный врач, оформившись в двух клиниках: в одной я арендовала кабинет с диагностической аппаратурой, а в другой оперировала. Оснащение операционной мне понравилось в клинике «Визион». С главным врачом Борисом Карловичем Горюшкиным оказалось очень комфортно работать. Опыт самостоятельного поиска хирургических пациентов у меня уже был. В тот период я также ездила оперировать по городам России и в соседние страны (Казахстан, Узбекистан), учила делать факэмульсификацию местных врачей.

В 2011 году меня пригласили помочь открыть центр глазной хирургии в многопрофильном медицинском холдинге «СМ-Клиника». Сначала я планировала оставаться на позициях приглашенного специалиста, приходить только на операции, но через год главный врач клиники на ВДНХ убедил меня стать заведующей офтальмологическим центром, так как вал организационной работы рос быстрее, чем количество пациентов с катарактой. Пришлось перенаправить своих пациентов в холдинг и начать «оседлую жизнь» с 5-дневной рабочей неделей.

Работа в большой многопрофильной организации очень отличается от привычных мне глазных клиник. С одной стороны, можно полноценно обследовать и лечить пациентов с любыми сопутствующими заболеваниями, следить за состоянием своего здоровья и здоровьем родственников, а с другой стороны, реклама направлена на холдинг в целом, а не на глазную хирургию. Я привыкла работать там, где все подчинено нуждам офтальмологии, но здесь это просто одно из направлений медицинской деятельности. Но для пациентов это очень удобно, они могут в одном месте решить сразу все свои проблемы. Мне потребовалось восстановить базовые знания по смежным специальностям, чтобы видеть пациента в целом, а не только его глаза. Необходимую аппаратуру нам регулярно обновляют, мне приходится писать обоснование для каждой закупки и определять сроки ее окупаемости, работать над ценообразованием — в коммерческой медицине приходится быть и экономистом, а не только врачом.

На сегодняшний день Вы являетесь автором более 30 патентов на изобретения. Какие работают до настоящего времени?

Наверное, бывших научных сотрудников не бывает. Придумать что-то новое и интересное в тиши своего кабинета гораздо



Рабочие будни в медицинском холдинге «СМ-Клиника», 2025 г.

легче, чем донести свои идеи до широкого круга коллег. Внедрение инноваций — это серьезный, многоступенчатый и затратный процесс. Мои разработки связаны, в основном, с хирургическим лечением, а большинство офтальмологов в нашем холдинге являлись поликлиническими врачами и не могли этого применить на практике. Для озвучивания идей коллег со своими разработками я выступаю на конференциях, читаю лекции, посещаю клиники нашего холдинга с докладами, публикую статьи. Теперь мне стало понятно, почему наука и преподавание должны идти рука об руку.

Работая в МНТК «МГ», на базе научно-исследовательского института, мы имели большую свободу творчества и могли замахнуться на создание новых устройств: аппаратуры, инструментов и ИОЛ. Наиболее удачные инновации быстро распространялись по всем филиалам. Сейчас мои пациенты посвящены способам хирургического лечения и профилактике осложнений. Некоторые из своих изобретений я использую ежедневно, например, перкуссионная проба позволяет повысить выявляемость подвывиха хрусталика до операции, что не всегда удается сделать другими методами. Для таких пациентов изменяются настройки факэмульсификатора, применяется специальная техника удаления ядра.

Ежедневно использую в работе шкалу оценки состояния хрусталика START, которую я разработала в 2015 году, опубликовала и запатентовала. Шкала помогает вырабатывать показания к хирургии хрусталика не только по степени его прозрачности, но и по другим характеристикам. Формула этой шкалы отменяется для каждого пациента в моем операционном списке. Это 10-балльная система оценки, напоминающая шкалу «Апгар» для новорожденных: анализируются 5 характеристик, каждая из которых оценивается в диапазоне от 0 до 2 баллов — стабильность, топография, аккомодация, рефракция, транспарентность (шкала названа по первым буквам этих критериев). Мы оперируем потоком, и трудно помнить особенности каждого глаза, но шкала START позволяет «играть по нотам», параметры работы факэмульсификатора подстраиваются под каждого больного индивидуально. Пациентов с самой низкой оценкой лентиккулярного статуса я оперирую в конце операционного дня, чтобы остальным не пришлось ждать окончания более длительных и сложных вмешательств. В запущенных случаях, при суммарной оценке 0-1 балл высок риск осложнений, о чем мы предупреждаем пациентов заранее и проводим операцию по более высокой цене, с учетом объема использования расходных материалов. При оценке хрусталика в 2 балла и выше хирургических осложнений не отмечается.

Большую проблему представляло для нас хирургическое лечение глаукомы в условиях коммерческой медицины, так как пациенты обычно готовы платить за улучшение зрения, а не за цифры на тонометре. Пришлось внедрить инновации, чтобы повысить удовлетворенность пациентов. Основной упор в лечении первичной глаукомы мы делаем на устранении влияния хрусталика на патогенез заболевания, стараемся как можно раньше выполнить ФЭК+ИОЛ с гипотензивной целью, иногда одномоментно проводим авторское микроинвазивное вмешательство,

улучшающее отток влаги. В 2015 году два моих патента по способам лечения глаукомы вошли в 100 лучших изобретений России (Роспатент и ФИПС ежегодно проводят такой рейтинг), было приятно.

Марианна Геннадиевна, опишите свой обычный распорядок дня.

Все зависит от дня недели: понедельник и среда — мои операционные дни, а вторник, четверг и воскресенье я консультирую пациентов. На приеме и в операционной мне помогает ассистент, который курирует всех больных во время лечения. В настоящее время я занимаюсь хирургией катаракты и глаукомы, иногда провожу вмешательства на прозрачном хрусталике по поводу аметропии. У наших пациентов есть возможность пройти лечение амбулаторно или остаться на сутки в стационаре. Кроме клинической практики, у меня есть административные обязанности: разбираю сложные случаи, планирую закупку нового оборудования, провожу собеседования и обучаю новых сотрудников, утверждаю расписание работы врачей, занимаюсь отчетностью, информационным наполнением сайтов и статей холдинга, рассматриваю обоснованность претензий, читаю лекции, посещаю другие площадки и учебный центр холдинга и т.д.

Руководить людьми для меня — это делить с ними ответственность за все, что они делают в клинике, помогать им, создавать хорошие условия для работы. Надо отметить, что это очень энергозатратная часть моих обязанностей и не самая любимая. Мне больше нравится заниматься хирургией и наукой. В начале профессионального пути меня приучили думать, как завтра сделать свою работу лучше, чем вчера. Так и рождаются инновации.

Чтобы держать себя в форме, два раза в неделю занимаюсь с тренером по фитнесу, хожу в бассейн, сауну, на массаж, люблю бывать на природе, стараюсь два раза в год отдохнуть на море, посещаю концерты, театры, выставки, клубы дегустации вина, сыра и устриц. В Москве все есть, кроме моря, но в теплые времена года можно хорошо отдохнуть под парусом на водохранилище. Помню слова Святослава Николаевича Федорова: «Чтобы быть счастливым, надо никому не завидовать, заниматься спортом, много бывать на природе и приносить пользу людям». Так и стараюсь жить.

Остались у Вас еще какие-то нереализованные мечты?

Конечно! Но мои мечты касаются не меня лично. Мечтаю о снижении инвалидности по зрению от глаукомы у нас в стране. В «сухом остатке» наша работа должна приводить к уменьшению количества слепых людей, но пока этого не происходит. Мечтаю о том, чтобы к нам приходили оперироваться люди с начальной катарактой, когда им трудно стало водить машину или пользоваться компьютером, а не дожидаясь практической слепоты. До сих пор почти каждый операционный день мне приходится оперировать людей, которые не могут себя обслуживать из-за двусторонней катаракты...

Мечтаю увидеть активное участие российской офтальмологии в научно-техническом прогрессе, гордиться тем, что мировое научное поле «засеивается» фамилиями российских авторов, ведь наши люди всегда отличались изобретательностью и оригинальным мышлением. Но много ли мы можем назвать российскими инноваций 21-го века, которые применялись бы в других странах? На ум приходит только кольцо Малюгина...

За последние три года Россия опустилась с 45-го на 59-е место по данным опубликованного инновационного индекса ВОИС (анализ 133 стран). В 2023 году отечественные ученые получили 20.623 патента на изобретения (в 8 раз меньше, чем в 1980 году), а в Китае — 1.522.292 патента. На мой взгляд, научное творчество — это самое интересное в нашей профессии. Работая в операционной, можно помочь сотням тысяч людей, а создавая что-то новое, есть шанс помочь человечеству...

Я благодарю Вас, Марианна Геннадиевна, за беседу. Желая Вам еще не раз удивить коллег результатами своей работы, и пусть кто-то однажды произнесет: «А ведь этого еще никто не делал»...

Интервью подготовил

Сергей Тумар

Фото из личного архива М.Г. Комаровой



Н.В. Муратова

Наталья Викторовна, компания NIDEK является одним из мировых производителей офтальмологического оборудования. Когда была образована компания?

В начале 1970-х годов мировая система была потрясена таким явлением, как «японское экономическое чудо». На этой волне в июле 1971 года была образована компания NIDEK, которая на сегодняшний день является одним из самых крупных в Японии и во всем мире производителей офтальмологического оборудования и оборудования для салонов оптики.

В начале 1980 года на рынок выпущен первый произведенный в Японии авторефрактометр AR-2000. В том же году компания начала экспортировать свою продукцию.

Сегодня NIDEK — динамично развивающаяся компания, производящая широкую линейку офтальмологического оборудования высочайшего уровня, имеющая исследовательские центры и представительства во многих странах Европы, Азии, Северной и Южной Америки. Продукция компании NIDEK успешно используется в офтальмологических клиниках многих стран мира.

Когда продукция NIDEK появилась на российском рынке?

Впервые на российском рынке продукция компании NIDEK появилась 35 лет назад. Это были первые эксимерлазерные системы для проведения операций на роговице, которые очень быстро завоевали популярность среди офтальмохирургов. Благодаря новейшим технологиям, появилась возможность проводить коррекцию близорукости хирургическим путем. Вмешательства на роговице отличались эффективностью, безопасностью, коротким периодом реабилитации и длительным эффектом.

Наталья Викторовна, представьте, пожалуйста, компанию MD VIZH.

Компания MD VIZH является эксклюзивным представителем компании NIDEK Co. Ltd. (Япония), осуществляет поставки высококачественной медицинской техники японского производства во все регионы России.

Кроме того, на протяжении 35 лет компания MD VIZH поддерживает клиентов на всех этапах реализации проектов, включающих создание глазной хирургической клиники, медицинского центра, салона оптики с кабинетом офтальмолога и мастерской по изготовлению очков.

Высококвалифицированные специалисты проводят консультации, связанные с выбором необходимого оборудования, инструктируют клиентов в вопросах его эксплуатации. Собственная сертифицированная сервисная группа осуществляет обслуживание и гарантийные работы с оборудованием в любой точке России.

Позвольте коснуться номенклатуры оборудования NIDEK, поставляемой компанией MD VIZH. Какая техника, на Ваш взгляд, может считаться «бестселлерами» на отечественном рынке?

Спектр поставляемого оборудования очень широк. И многие позиции являются настоящими «бестселлерами». Могу привести несколько конкретных примеров. Компания MD VIZH предлагает рабочие места офтальмолога, отличающиеся высокой надежностью и долговечностью.

Забота о зрении как искусство

В этом году исполнилось 35 лет с момента образования компании МД ВИЖН, эксклюзивного представителя NIDEK Co. Ltd, японского производителя офтальмологического оборудования. Главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава России академик РАН В.В. Нероев не раз отмечал высочайший уровень качества оборудования, регулярный, бесперебойный характер поставок, а также техническую и научную поддержку врачей и клиник, осуществляемую специалистами компании МД ВИЖН.

Мы встретились с к.м.н. Н.В. Муратовой, директором по медицине и развитию бизнеса компании МД ВИЖН, и попросили ответить на вопросы редакции.



Микропериметр MP-3



Рабочее место врача-офтальмолога OT-2200



Гониоскоп GS-1



Сканирующий лазерный офтальмоскоп Mirante

Производством этого вида оборудования занимается французское подразделение концерна NIDEK.

Компактное, современное и удобное рабочее место врача-офтальмолога OT-2200 оснащено поворотным электроподъемным механизмом со столешницей-слайдером на два или три прибора и электроприводом движения форпотора.

Это позволяет проводить проверку зрения и комплекс диагностических исследований с высочайшей точностью без перемещения пациента.

NIDEK — первый производитель подобного рода техники, который оборудовал свои диагностические платформы функцией единого уровня глаз. Теперь при переходе от одного прибора на другой не нужно регулировать высоту столешницы и кресла. Таким образом, OT-2200 снижает энергозатраты врача и сокращает среднюю продолжительность консультаций.

Рабочее место премиум класса OT-6400 — полностью автоматизированное вращающееся устройство с круглым столом и электроприводом для трех или четырех приборов. Современный дизайн и внимание к деталям делают данное рабочее место уникальным в своем роде.

Большое разнообразие конфигураций и модели рабочих мест позволяет учитывать любые пожелания врачей.

Какие это могут быть пожелания?

Например, рабочие места могут быть оснащены авторефрактометрами, приборами для определения объективной рефракции глаза, радиуса кривизны роговицы, толщины роговицы; в оснащение также могут входить бесконтактные тонометры или приборы, которые соединяют в себе все эти функции — тонометры (авторефрактонометры); рабочие места могут быть оборудованы дуплекссовременными щелевыми

лампами с высокой разрешающей способностью, большой глубиной резкости и идеальным стереоизображением.

Особое внимание уделяется обследованию детей, в том числе раннего возраста. Ручной автоматический прибор для измерения объективной рефракции глаза и кератометрии HandyRef позволяет обследовать детей на руках у мамы, в положении лежа на спине или даже в условиях операционной.

Какие возможности в диагностике появляются у офтальмологов с использованием приборов NIDEK?

Компании NIDEK поставяет оборудование, позволяющее проводить диагностику как переднего, так и заднего отрезка глаза, исследовать остроту зрения, производить расчет интраокулярной линзы, а также проводить исследование всех слоев сетчатки.

МД ВИЖН является «монобрендовой» компанией, занимающейся поставками продукции одного производителя, в отличие от «мультибрендовых» фирм. Какие плюсы существуют у такого бизнеса?

Это позволяет специалистам компании глубоко изучить преимущества приборов и максимально доступно информировать офтальмологов об особенностях и возможностях приборов, проводить грамотный инструктаж, а в случае необходимости ремонт приборов.

В 2009 году компания NIDEK приступила к производству оптического когерентного томографа RS-3000, Advanced OCT / SLO System, успешно работающего во многих клиниках страны. В августе 2019 года запущено производство сканирующего лазерного офтальмоскопа Mirante. Когда система появилась на российском рынке?

Сканирующий лазерный офтальмоскоп «Mirante» зарегистрирован в России в 2020 году.

Расскажите о принципе работы прибора, возможностях и преимуществах в сравнении с аналогичными системами.

Mirante представляет собой мультимодальную универсальную 4K Ultra HD систему, которая позволяет проводить бес-

контактное исследование глазного дна и переднего отрезка глаза с использованием конфокального сканирующего лазерного офтальмоскопа (cSLO) и оптической когерентной томографии (ОКТ), а также лазерной ангиографии с пакетом количественного анализа сосудистых изменений и функциями панорамирования. Прибор использует четыре различных длины волн лазера для ангиографии с флуоресцином и индоцианин-зеленым, а также три различных длины волн лазера, излучаемых одновременно, для захвата цветного изображения глазного дна; cSLO оборудован тремя сенсорами, позволяющими значительно сократить время исследования; инфракрасный луч обеспечивает ретро-режим, дающий возможность визуализировать мельчайшие детали глазного дна в рассеянном свете, не видимые в прямом изображении; имеется также режим аутофлуоресценции.

Одна из особенностей устройства — получение изображения с ультрашироким полем зрения 163°. Это позволяет детально оценивать патологию от фovea до крайней периферии сетчатки; функция панорамирования еще больше расширяет возможности обзора. ОКТ изображения глазного дна могут быть также получены с использованием инфракрасного луча 880 нм.

Изображения и данные ОКТ и SLO сохраняются в компьютере, подключенном к системе. Программное обеспечение NAVIS-EX дает возможность проводить многогранную диагностику глазного дна. Еще одной важной особенностью прибора Mirante является функция «Follow-up Examination» — повторное исследование с автоматическим поиском и точным распознаванием исследованного ранее отсканированного участка. Эта функция позволяет наблюдать пациента в динамике с точным попаданием в ранее исследованную зону.

Мне не раз доводилось слышать на различных мероприятиях положительные отзывы офтальмологов о микропериметре MP-3.

Микропериметр MP-3 — это уникальное устройство, сочетающее морфологическое и функциональное исследование сетчатки. Прибор позволяет проводить ретинографию, анализ фиксации и микропериметрию.

MP-3 предоставляет данные о характере зрительной фиксации: насколько стабильно пациент фиксирует взгляд, и где пациент фиксирует взгляд; какую область использует для восприятия цели. Ни один другой прибор не анализирует фиксацию.

Цветовая шкала на экране прибора демонстрирует чувствительность сетчатки: зеленые точки отражают норму, переход к красному указывает на снижение чувствительности. Это позволяет врачу четко определить зону, которой пациент видит и которой он не видит.

MP-3 также используется для зрительной реабилитации с применением биологической обратной связи. У пациента с атрофическими изменениями в макулярной зоне фиксации проецируется на границу атрофической зоны и функционально действующей сетчатки. На основе микропериметрии врач может определить зону с максимальной чувствительностью и обучить пациента использовать её.

Как это работает?

Во время тренировки, как только пациент начинает смотреть тренируемым locusом сетчатки, появляется прерывистый звуковой сигнал, и чем стабильнее пациент использует эту зону, тем более непрерывным становится звук. Благодаря регулярным тренировкам, острота зрения может повышаться от сотых до десятых.

Еще одна уникальная разработка компании NIDEK — гониоскоп GS-1 — автоматизированный прибор для осмотра и документирования угла передней камеры. Он формирует как линейные, так и круговые цветные изображения структуры иридо-корнеального угла, обеспечивая точную и наглядную визуализацию.

Устройство оснащено единственной в своём роде многозеркальной призмной линзой с шестнадцатью гранями, которая обеспечивает захват изображения в 360° в одном снимке, благодаря технологии автоматической сшивки.

Исследование проводится бесконтактно: специальный офтальмологический гель



Ручной автоматический прибор для измерения объективной рефракции глаза и кератометрии HandyRef-K



Авторефрактонометр TONOREF III

наносится на линзу, и только он соприкасается с роговицей, обеспечивая комфорт пациента.

Каждая из шестнадцати зон автоматически захватывается в семнадцати фокусных расстояниях. Оптимальное изображение автоматически выбирается программным обеспечением.

Какие диагностические возможности открываются перед офтальмологом при использовании гониоскопа?

Изображения высокого разрешения позволяют точно визуализировать пигмен-

тацию, синехии, неоваскуляризацию и дренажные пути.

Система активного слежения за глазом и функция автостарта делают процесс обследования быстрым и удобным. Возможность сохранения снимков в компьютере позволяет наблюдать пациента в динамике.

Не могли бы Вы назвать основных отечественных пользователей оборудования NIDEK?

На протяжении многих лет компания MD VIZH сотрудничает с такими ведущими клиниками, как ФГБУ «НМИЦ глазных

болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России, Уфимский НИИ глазных болезней, ПАО «Газпром», частными офтальмологическими клиниками и другими медицинскими учреждениями. Этот опыт позволяет нам учитывать реальные потребности врачей и пациентов.

Компания МД ВИЖН имеет эксклюзивное право продавать как офтальмологическое и оптическое оборудование, так и запасные части к нему. За годы работы мы заслужили репутацию надежного и честного партнера. Поставляем клиентам только высококачественные товары медицинского назначения, отвечающие самым высоким мировым требованиям и стандартам качества.

МД ВИЖН проводит в Москве и регионах ежегодные конференции и семинары для врачей офтальмологов с участием ведущих специалистов, участвует в международных офтальмологических конференциях.

Компания МД ВИЖН видит свою главную задачу в том, чтобы обеспечить офтальмологов самым современным, высокотехнологичным оборудованием наивысшего качества.

Наталья Викторовна, я благодарю Вас за беседу! Мне остается только выразить уверенность в том, что слоган компании NIDEK «Забота о зрении как искусство» это не просто слова, а истинное отношение к диагностике и лечению всех видов заболеваний глаз.

Беседу вел Сергей Тумар

Сканирующий лазерный офтальмоскоп Mirante

Мультимодальная универсальная ультра 4K HD система для визуализации глазного дна и переднего сегмента. Mirante позволяет использовать несколько различных технологий визуализации в одном приборе: оптическая когерентная томография (ОКТ) с высоким разрешением и конфокальный сканирующий лазерный офтальмоскоп (cSLO), обе технологии с возможностью ультраширокой визуализации; ОКТ — ангиография (ОСТА); цветная фотография глазного дна, флуоресцентная (FA) и индоцианин-зеленая ангиография (ICGA); аутофлуоресценция глазного дна (FAF) в зеленом и синем свете; ретро режим.

cSLO имеет 4 отдельных лазерных источника, способных проникать на разную глубину, что позволяет использовать их в разных технологиях диагностики. Синий лазер участвует в формировании цветного изображения глазного дна, используется для FAF в синем свете и при FA. Зеленый лазер участвует в формировании цветного изображения глазного дна и используется для FAF в зеленом свете. Красный лазер участвует в формировании цветного изображения глазного дна и используется в системе фиксации. Инфракрасный лазер применяется для визуализации в ретро-режиме (создание псевдо-3D изображения), для инфракрасной визуализации глазного дна и для ICGA.

Благодаря программному обеспечению NAVIS-EX возможно интегрировать данные, полученные с помощью системы Mirante, с другими диагностическими приборами компании NIDEK.

Компания МД ВИЖН эксклюзивный дистрибьютор NIDEK Co. Ltd в России и странах СНГ
117 312, г. Москва, ул. Ферсмана, д. 5А
Тел.: +7 (495) 988-22-67 (многоканальный)
www.nidek.ru

Записки земского офтальмолога

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

ГЛАВА 2. Передний сегмент глаза

2.1. Гигантососочковый конъюнктивит

Пациентка 30 лет. 10 лет пользуется МКЛ плановой замены (акувью, эйр-оптикс). Сейчас акувью оазис with hydraclear plus OD -8.0 OS -7.5, BC 8.4. Не переносит. Моющее средство — реню мульти плюс.

Пожаловалась на переносимость контактных линз, слизистые выделения последние месяцы, чувство инородного тела при снятии МКЛ (больше в правом).

Посадка линз удовлетворительная/хорошая. Визус в МКЛ 0,9/0,9 (с очковой коррекцией -0,75 дптр.), 1,0/1,0. При вывороте верхних век: правый глаз ГСК (гигантососочковый конъюнктивит) 2 стадии и левый глаз ГСК 2 стадии (*фото 2.1*).

Рекомендовано: ношение очков (проконсультироваться с рефракционным хирургом на счёт ЛКЗ), воздержание от МКЛ несколько недель, стероиды местно, олопатин местно, лубриканты без консервантов местно.



Какие бы вы дали рекомендации по поводу МКЛ в долгосрочной перспективе (после периода лечения ГСК), если пациента захочет к ним вернуться?

Комментарии:
Сино Гозиев

Сделать лазерную коррекцию зрения, не мучить себя и офтальмолога.

Айслу Жармуханова

Пероксидные системы ухода. Аосепт, например. Идеальный вариант: очки постоянно, однодневные контактные линзы не каждый день, если каждый день дорого.

Антон Вурдафт

Андрей, по жалобам — слизистое отделяемое и гигантские сосочки: ИМХО, самое очевидное, как правило, является и диагнозом. А вот что за папиллярный конъюнктивит предположить — я затрудняюсь.

Сино Гозиев

Эра гидрогелевых линз прошла, а растворы, которые не требовали механической очистки для Г-линз, остались. Для СГ-линз надо опять механическую чистку (пальчиками) подключать, как и раньше, а потом — в раствор. Это не заменяет ферментных таблеток и пероксидных систем, но зато доступно и не требует затрат.

Сино Гозиев

В этиологии этого состояния пациентки больше вина МКЛ и элементарное халатное отношение: несоблюдение режимов и сроков, а раствор тут второстепенную роль играет. Кстати, у СГ-линз модуль упругости выше и механическое раздражение больше, а это состояние встречалось даже у носителей Г-линз. Кто помнит Soft lens 66 (от B&L), они были как сопли (извините за выражение), и выбор растворов был небольшой (даже слабым борным раствором пользовались, не говоря об Н2О). Помните таблицу Эфрона с картинками, тогда еще СГ-линз не было. Коллеги, закройте меня помидорами, если я неправ.

Гульнара Андриенко

Если останется на НЕодноразовых МКЛ — любая пероксидная система (Аосепт, One Step, Everclear), соблюдение графика замены, осмотры раз в 3 мес.



Фото 2.1. Гигантососочковый конъюнктивит тарзальной конъюнктивы верхних век

Андрей Воронцов

Гульнара, не подкажете рекомендации по их использованию, какие-то нюансы, что-то почитать?

Гульнара Андриенко

Андрей, нет, не как обычные. Раствор наливается ТОЛЬКО в специальный контейнер (прилагается к раствору), ни в коем случае им нельзя споласкивать линзы перед надеванием. В контейнере линзы должны находиться не менее 6 часов (до полной нейтрализации перекиси). Хранить после нейтрализации линзы без смены раствора долго нельзя, так как линзы остаются почти в только в физрастворе. Заменять контейнер с диском нужно с каждым новым раствором. Остальное — детали, зависящие от типа нейтрализатора (диск или таблетки). Все есть в инструкции. Сполоснуть линзы перед надеванием можно физраствором из одноразового бумфуса, сейчас продается совсем недорого в аптеках.

Андрей Воронцов

Гульнара, спасибо. Теперь я буду иметь это в виду и прочитаю инструкцию, если буду кому-то назначать пероксидные системы. Я ещё не имел с ними дело. Назначать приходилось только реню мульти плюс, которые легче всего у нас достать. Спасибо Вам. А есть между указанными растворами принципиальная разница?

Гульнара Андриенко

Андрей, принципиальной нет. Перекись она и есть перекись, разница только между тем одноступенчатая система или 2-ступенчатая. То есть, просто снял линзы, положил, залил, или еще и таблетку бросить надо. Считается, что при отсроченной нейтрализации дезинфекция более эффективная. С другой стороны, нужно сделать еще одно действие, которое пациенты могут забыть совершить. Мы работаем с Аосептом больше 15 лет и решаем большое количество проблем у носителей МКЛ с его помощью. А ортокератология вообще у нас вся на Аосепте.

Андрей Воронцов

Гульнара, с таблеткой — это 2-ступенчатая? А Аосепт — одноступенчатая?

Гульнара Андриенко

Андрей, точно!

СПРАВКА

Осложнения ношения МКЛ: сухость, стерильные инфильтраты роговицы, эпителиопатии, эрозия роговицы, гипоксические реакции, токсические и/или иммунные реакции, верхний лимбальный кератоконъюнктивит, синдром тугой линзы, дислокация контактной линзы, субконъюнктивальное кровоизлияние, эндотелиальные осложнения, дефицит лимбальных стволовых клеток, инфекционный кератит, гигантососочковый конъюнктивит (ГСК).

ГСК представляет собой реакцию на движение века над инородным телом, таким как контактные линзы. Он может возникнуть как у носителей мягких, так и жестких газопроницаемых контактных линз и характеризуется ощущением инородного тела



Фото 2.2. Фолликулярный конъюнктивит левого глаза

Ваша тактика врачебных действий/лечение?

Правый глаз пока здоров. В остальном глазной статус спокоен.

Комментарии:
Кирилл Любимов

Отдельное полотенце, НПВС, лубрикант, холодный компресс. Обильное питье. Возможно окомистин.

СПРАВКА

Фарингоконъюнктивальная лихорадка (ФКЛ) — острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, фарингитом, острым фолликулярным конъюнктивитом и регионарной лимфоидной гиперплазией с болезненной, увеличенной преаурикулярной аденопатией. Поскольку ФКЛ обычно является самоограничивающимся заболеванием, лечение в основном симптоматическое, а именно:

- Холодные компрессы несколько раз в день в течение 1-2 недель;
- Искусственные слезы 4-8 раз в день в течение 1-3 недель;
- Медикаментозная терапия показана редко.

Местное сосудосуживающее/антигистаминное средство можно закапывать 4 раза в день только при сильном зуде, поскольку оно может вызвать повторение симптомов и имеет высокую частоту местной токсичности и гиперчувствительности. Местный антибиотик можно закапывать 4 раза в день, чтобы предотвратить бактериальную суперинфекцию. Местные стероиды резко подавляют признаки воспаления конъюнктивы, облегчают симптомы и связаны с рассасыванием субэпителиальных инфильтратов роговицы. Однако из-за их побочных эффектов местные стероиды следует применять только при псевдомембранах или при субэпителиальных инфильтратах, серьезно снижающих зрение. Терапию следует продолжать в течение одной-нескольких недель, а затем постепенно снижать в течение нескольких месяцев.

На стадии I симптомы включают легкие выделения слизи после сна и легкий зуд после снятия линз. На этой стадии признаков и сосочков нет.

На стадии II наблюдается увеличение продукции слизи и зуда, ощущение контактных линз, нечеткость зрения и развитие верхних тарзальных сосочков.

На стадии III наблюдается сильное выделение слизи и зуд. Сама контактная линза покрывается отделяемым. Сосочки увеличены в количестве и размере. Контактная линза может быть слишком подвижна из-за «захвата» линзы увеличенными сосочками.

На стадии IV все признаки и симптомы тяжелые, а контактные линзы носят редко.

Основным лечением является устранение источника механического раздражения. Иммунотерапия аллергенами не играет никакой роли, поскольку аллергены окружающей среды не вызывают ГСК.

Источники:



2.2. Фарингоконъюнктивальная лихорадка

Мальчик 10 лет. Заболел остро вчера, когда поднялась температура до 38° С, появилось недомогание, першение в горле, жжение в левом глазу и сильное слезотечение с фотофобией левого глаза. В его классе одну неделю назад уже был ребёнок с красным глазом, который сидит дома по сей день.

На момент осмотра сегодня присоединились гиперемия век, инъекция всей конъюнктивы, фолликулярный конъюнктивит, серозное отделяемое, единичные мелкие/точечные поверхностные эпителиальные инфильтраты роговицы, лёгкая болезненность при пальпации и небольшое увеличение ипсилатеральных предушных лимфоузлов (*фото 2.2*).

Спрашиваю: Давно так?

Говорит: С сегодняшнего утра. Вчера голова болела.

Я: Кошки не царапали в этом месяце?

Он: Ещё как царапали, да не по разу.

Я: А что у Вас со щекой-то? (она выглядела опухшей, так что лицо (справа) было заметно деформировано).

Он: Хирург сказал, что от зубов, и послал к стоматологу, но я решил к Вам сначала зайти.

Я: А что, Вас зубы беспокоят?

Он: Нет.

Я: Температура на днях была?

Он: Не измерял... Так мне надо идти к стоматологу, у меня это (показывает рукой на опухшую правую щеку) от зубов?

Я: Конечно же, нет.

Он: А отчего тогда?

- «Отчего тогда»? Поставьте клинический диагноз.
- Ваша тактика действий.

Комментарии:
ВТ

Окулогландулярный конъюнктивит Парино? Нужно уточнить этиологию мазком.

Андрей Воронцов

Эмпирически как-нибудь полечим или без мазков ни шагу?

Александр Фирсов

Я думаю, ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день 10 дней в таблетках и местно тот же ципрофлоксацин (ципромед, ципролет и т.д.) будет достаточно. Как прочитал в одной статье «от кошки избавляться не нужно».

Павел Зайцев

Что натолкнуло на вопрос о кошках? Почему не о герпесе, хламидиях подумали? Интересен ход мысли (спрашивая для себя, может что-то упустили)

Андрей Воронцов

Павел, гранулёма конъюнктивы с гноем и наткнула.

СПРАВКА

Окулогландулярный синдром Парино — заболевание конъюнктивы, представляющее собой односторонний гранулематозный фолликулярный конъюнктивит в сочетании с ипсилатеральной регионарной лимфаденопатией. Этиология: синдром кошачьих царапин, туляремия, споротрихоз, туберкулез, сифилис, кокцидиомикоз, вирус простого герпеса. Болезнь кошачьих царапин обычно благоприятно саморазрешается, требуется только симптоматическое лечение (НПВС перорально, теплые компрессы, топические кортикостероиды). Системные антибиотики рекомендуются при заболеваниях средней и тяжелой степени.

Источники:



2.4. Конъюнктивальная лимфангиэктазия

Предлагаю вспомнить все возможные причины этого, в данном случае двустороннего, состояния (не haemorrhagica!), которые Вы встречали в своей практике или в литературе. Может, какие-то интересные случаи по данной теме?!

Этому мужчине 60 лет (*фото 2.3*). Жалобы на «чувство инородного тела в обоих глазах», уже несколько лет. Причём эти жалобы связаны не с тем самым конъюнктивальным состоянием, а с микроэрозиями роговичного эпителия обоих глаз, ассоциированными с птозом ресниц.

Комментарии:
Антон Вурдафт

Если б не реснички, думал бы про пятна Бито и гиповитаминозный ксероз.

Михаил Серьезный

Застой лимфы? А про эрозии не сказано ведь?

Андрей Воронцов

Михаил, lymphangiectasia of the conjunctiva.



Фото 2.3. Конъюнктивальная лимфангиэктазия левого глаза

Андрей Воронцов

Вот те причины, которые я пока нашёл: 1. Вариант нормальной анатомии. 2. Идиопатическая лимфангиэктазия. 3. Хроническая травма бульбарной конъюнктивы (веки, ресницы, инородное тело).

4. Сопровождают часто лимфому конъюнктивы, реже — другие новообразования конъюнктивы (в основном сосудистые), редко птеригиум. 5. Могут быть ассоциированы с субконъюнктивальными кровоизлияниями (и наоборот!).

6. Предшествующее сдавление или повреждение лимфатических сосудов (глазная хирургия (иногда после циркуляжа) или некоторые травмы глазного яблока, лучевая терапия, ожоги бульбарной конъюнктивы и подлежащих тканей). Любые состояния, которые вызывают лимфэдему из-за ухудшения дренажной функции лимфатических путей, могут сопровождаться и лимфангиэктазией: опухоли головы и шеи, блефаропластика и т.д.

7. Может быть врождённой аномалией развития. 8. Может быть ассоциирована с синдромом Kippel-Trenaunay-Weber, Turner.

9. Ну и особняком — Leber's lymphangiectasia haemorrhagica conjunctivae.

Источники: Шилдс Дж.А. и Шилдс К.Л. «Опухоли век, конъюнктивы и глазницы. Атлас и справочник: в двух томах» / Джерри А. Шилдс, Карол Л. Шилдс; пер. с англ. Под. ред. В.Г. Лихванцевой. — М.: Издательство Панфилова, 2017. Т. 1. — 448 с.: илл. С. 396-397.

СПРАВКА

Лимфангиэктазия — редкое состояние, определяемое как патологическое расширение лимфатических протоков с вторичной задержкой жидкости в интерстициальном пространстве. Конъюнктивальная лимфангиэктазия может иметь диффузное распространение с конъюнктивальным хемозом или локализованное с видом «нитки жемчуга». Локализация может быть односторонней или двусторонней, что чаще встречается при системном заболевании. В большинстве случаев лимфангиэктазия конъюнктивы разрешается спонтанно без лечения. Может потребоваться лечение в тяжелых случаях. Доступны различные типы терапии, такие как криотерапия жидким азотом, лазер на углекислом газе (CO2) или хирургическое иссечение. Хотя хирургическое иссечение является более инвазивным, оно имеет гораздо более низкую частоту рецидивов.

Источники:



2.5. Дермолипома конъюнктивы

Липодермоид или дермолипома конъюнктивы/conjunctival lipodermoid (dermolipoma).

Просто случайная находка у молодой молодой особы (*фото 2.4*). Никакое лечение в данном случае не показано.



Комментарии:
Антон Вурдафт

Он нижнетемпоральный?



Фото 2.4. Дермолипома конъюнктивы левого глаза

Андрей Воронцов

Антон, да. Бывают и такие, видать.

СПРАВКА

Дермоид и липодермоид относятся к хористомам, часто являются проявлением синдрома Goldenhar (аномалия ушной раковины и позвоночника). Маленькие хористомы часто бессимптомны, более крупные образования могут приводить к жалобам на чувство инородного тела, астигматизму, нарушению закрывания век, раздражению. Выглядят как желто-белая масса различных размеров, чаще локализуется на лимбе, в нижневисочном квадранте. Может занимать обширный участок роговицы. Лечение хирургическое требуют только симптоматические крупные образования. Показанием к хирургическому удалению: амблиопия, вторичный астигматизм, перекрытие оптической оси, развитие кератопатии, нарушение закрывания век и косметические причины. При прорастании дермоидом поверхностных слоев роговицы рекомендуется наблюдение, при сквозном прорастании выполняется экцизия в комбинации с послойной кератопластикой, пластикой амниотической мембраной и трансплантацией стволовых клеток.

Источники:

Шилдс Дж.А. и Шилдс К.Л. «Опухоли век, конъюнктивы и глазницы. Атлас и справочник: в двух томах» / Джерри А. Шилдс, Карол Л. Шилдс; пер. с англ. Под. ред. В.Г. Лихванцевой. — М.: Издательство Панфилова, 2017. Т. 1. — 448 с.: илл. С. 243-251.

2.6. Ретенционная киста конъюнктивы

Собравшись пунктировать ретенционную кисту (*фото 2.5*) после обработки антисептиком и инстилляции местного анестетика, вы пойдёте по варианту А или Б:

А. Предварительно закапаете сосудосуживающий препарат, например, фенилэфрин, постараетесь избежать сосудов, будете соблюдать меры, чтобы кровь пациента не попала в полость его же конъюнктивальной кисты.

Б. Не будете предварительно закапывать сосудосуживающий препарат, не будете целиться, чтобы не попасть в сосуд и не будете соблюдать никаких мер, дабы кровь пациента не попала в полость его же конъюнктивальной кисты.

Поясните ваш выбор в комментариях.

Комментарии:
Айслу Жармуханова

Пунктирую, в сосуд стараюсь не целиться. Кстати, по опыту, набирается обратно довольно часто.

Антон Вурдафт

Чтобы не набиралась, можно той же иглой 21G (зелёной крупной) разрезать стенку пошире, но придётся пиныетиком себе помочь. Марсупиализацией зовут. Такие кисты, бывает, содержат отсеки. Если отсек один — жидкость кисты после разреза можно просто выдавить. Проколы — это точно путь к рецидиву, даже если их десять.

Андрей Воронцов

Антон, эту кисту на фото вскрыл одноразовым лезвием (по тем же соображениям).

Антон Вурдафт

Разрез можно и побольше. До и после процедуры — каплю антибиотика. Вот ещё способы — с удалением капсулы.



Фото 2.5. Ретенционная киста конъюнктивы правого глаза



Источники:

Шилдс Дж.А. и Шилдс К.Л. «Опухоли век, конъюнктивы и глазницы. Атлас и справочник: в двух томах» / Джерри А. Шилдс, Карол Л. Шилдс; пер. с англ. Под. ред. В.Г. Лихванцевой. — М.: Издательство Панфилова, 2017. Т. 1. — 448 с.: илл. С. 396-397.

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

Биосовместимость ☒

Безопасность ☒

Эффективность ☒

Дренаж коллагеновый антиглаукоматозный

Линза интраокулярная мягкая заднекамерная "Иол - Бенч-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

Уважаемые читатели!

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



АВЕРБАХ Михаил Иосифович
17(29).05.1872-29.07.1944

Академик АН СССР, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР

Несомненно, один из наиболее ярких и выдающихся отечественных офтальмологов и ученых. Михаил Иосифович родился 17 мая 1872 г. в Мариуполе. По окончании Мариупольской классической гимназии в 1890 г. поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета, который окончил в 1895 г. Его учителями были такие выдающиеся ученые, как И.М. Сеченов, Д.Н. Зернов, А.Г. Столетов, Ф.Ф. Эрисман, А.Г. Захарын и А.А. Остроумов, Н.В. Склифосовский, С.С. Корсаков, А.Я. Кожевников, Н.Ф. Филатов, В.Ф. Снегирев, А.Н. Маклаков и Ф.О. Евецкий.



АЗАРОВА Надежда Сергеевна
12(24).01.1897-01.06.1978

Доктор медицинских наук, профессор

По окончании университета был оставлен сверхштатным, а затем штатным ординатором при клинике глазных болезней под руководством профессора А.А. Крюкова. В летние месяцы М.И. Авербах выезжает в составе летучих отрядов под руководством А.Г. Люткевича в Рязанскую и Симбирскую губернии. В 1900 г. он защищает диссертацию на степень доктора медицины на тему «К диоптрике глаз различной рефракции». В ней он указал на важную роль переднезаднего размера глаза на величину рефракции глаза. В том же году Михаил Иосифович избран ординатором только что открывшейся глазной больницы им. Алексеевых, а через 3 года он становится ее бессменным главным врачом. Под его руководством больница быстро приобретает авторитет. В 1923 г. больница переименована в глазную больницу им. Гельмгольца.

В 1906 г. М.И. Авербах утвержден приват-доцентом кафедры офтальмологии Московского университета, где читает необязательный практический «курс глазных болезней на приходящих больных». В 1910 г. избран преподавателем по кафедре офтальмологии на медицинском факультете Московских высших женских курсов, а через год — профессором. Он руководил кафедрой до конца жизни (в 1918-1930 гг. — 2 МГУ, а с 1931 г. — 2-го Московского медицинского института). В 1931 г. на базе больницы была организована кафедра офтальмологии Центрального института усовершенствования врачей, заведующим которой стал М.И. Авербах и руководил ею до конца жизни. Помимо лечебной и преподавательской работы в больнице широко велась научная деятельность.

В 1929 г. на территории больницы им. Гельмгольца был открыт новый хирургический корпус. С 1 января 1936 г. глазная больница им. Гельмгольца преобразуется в

Центральный офтальмологический институт им. Гельмгольца, а М.И. Авербах назначается его директором. Роль Авербаха в организации и становлении института велика, и ее трудно переоценить. Таким образом, он одновременно возглавлял институт и две крупнейшие кафедры. В 1937 г. на территории института открыта первая в мире детская глазная поликлиника.

Авербаху принадлежат более ста работ по важнейшим проблемам теоретической и практической офтальмологии. Научные работы Михаила Иосифовича посвящены изучению различных рефракций глаза, главному травматизму, проблемам слепоты, глаукомы, трахомы и другим вопросам офтальмологии.

Много внимания ученый уделяет профилактике промышленного травматизма, военному травматизму. Еще в 1926 г. на I Всероссийском съезде глазных врачей М.И. Авербах сделал обширный доклад, в котором проанализировал причины травматизма и намечил конкретные меры его предупреждения. Резолюция по этому докладу вошла в наше законодательство. В годы Великой Отечественной войны в эвакуации продолжал активную научную работу, в том числе по военному травматизму.

С 1922 по 1924 гг. совместно с профессором В.П. Одинцовым являлся редактором журнала «Русский офтальмологический журнал». В 1925 г. основал и являлся бессменным редактором журнала «Архив офтальмологии». В журнале печатались статьи не только отечественных, но и многих виднейших офтальмологов Германии, Франции, Англии, Австрии и других. С 1932 г. до конца жизни являлся главным редактором «Вестника офтальмологии» (до 1936 г. журнал назывался «Советский вестник офтальмологии»).

Особое место среди его работ занимают «Офтальмологические

очерки» (1940, 1949), которые и сегодня читаются с большим интересом. В них дается обстоятельное изложение анатомии, гистологии, физиологии глаза и основных видов заболеваний глаза. Именно прочитав их, многие врачи навсегда связали свою жизнь с офтальмологией.

Являлся одним из членов-учредителей Общества глазных врачей в Москве. С 1912 г. в течение многих лет был попеременно его председателем и товарищем председателя. Основатель и бессменный председатель Московского офтальмологического общества (1924-1929), а затем с 1933 г. (фактически с 1930) — бессменный председатель объединенного Московского общества глазных врачей. В 1933 г. присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР». В 1936 г. он избирается председателем Всесоюзного общества глазных врачей. В 1939 г. избран действительным членом Академии наук СССР.

В 1943 г. за многолетнюю выдающуюся работу в области науки и техники ему была присуждена Сталинская премия. Эту премию в размере 200000 рублей он передал в «Фонд на восстановление эвакуационных и здравоохранения в местах, освобожденных Красной Армией от фашистских захватчиков».

Михаил Иосифович состоял членом немецкого и французского офтальмологических обществ, участником международных конгрессов, членом Международной лиги по борьбе со слепотой и Лиги по борьбе с трахомой.

Воспитывая многочисленные студенческие и врачебные кадры, Михаил Иосифович пользовался репутацией выдающегося педагога. Из школы М.И. Авербаха вышли 15 профессоров, возглавлявшие кафедры и различные учреждения по всей стране. Среди них З.А. Каминская-Павлова, Н.А. Плетнева, М.Л. Краснов, Д.И. Безружская,

Т.Е. Тихомиров, С.И. Тальковский, М.Я. Фрадкин, Э.Ф. Левкоева, М.М. Балтин, М.Е. Розенблюм, А.Б. Кольченко.

Прекрасный диагност, обладавший громадной эрудицией и клиническим опытом, он был блестящим глазным хирургом. Им лично сделано более 40000 операций. М.И. Авербах разработал ли способствовал внедрению в практику ряда новых методов хирургического лечения глаз. Он был первым в СССР, выполнившим операцию дакриоцисториностомии. Один из первых в стране 1929 г. применил хирургический метод лечения отслойки сетчатки по Голену. Также блестяще М.И. Авербах выполнял операции при глаукоме, косоглазьях, птозах века, на орбите и лобных пазухах и многие другие. Он постоянно искал новые пути в лечении глазных заболеваний.

С 1920 г. М.И. Авербах являлся бессменным консультантом Санитарного управления Кремля. Среди его пациентов был В.И. Ленин. Также Михаил Иосифович был членом Ученого медицинского совета Наркомздрава, а затем Министерства здравоохранения, членом Высшей аттестационной комиссии. В течение нескольких лет избирался членом Моссовета.

Лауреат Сталинской премии (1943), награжден орденом Ленина. Умер 29 июля 1944 г. Похоронен на Введенском кладбище в Москве.

Имя Авербаха было присвоено глазной клинике в Первой градской больнице, детской поликлинике при Институте Гельмгольца. На территории Института Гельмгольца в 1952 г. установлен бюст Авербаха (скульптор С.Д. Меркуров). Также была установлена мемориальная доска на 5-м (Голыцинском) корпусе 1-й городской клинической больницы. Академией медицинских наук регулярно вручалась Премия им. М.И. Авербаха за лучшую научную работу в области офтальмологии.

клиническим опытом, она постоянно заботилась о творческом росте своих учеников, была мудрым наставником. Под ее руководством были написаны и защищены 2 докторские и 8 кандидатских

диссертаций, опубликованы свыше 250 научных статей. Надежда Сергеевна была высокообразованным человеком, прекрасным педагогом и блестящим клиницистом.

Через всю свою жизнь она пронесла девиз Л.Л. Гиршмана: «Нет последнего часа работы, есть последний больной».

Многие офтальмологи Крыма старшего поколения гордились

тем, что им посчастливилось работать вместе с Н.С. Азаровой-Храповой. Они всегда с большим теплом вспоминали ее редкое обаяние, долготу и чуткость, преданность любимому делу.

Умерла 1 июня 1978 года. С 2000 г. в Крыму проходят ежегодные научно-практические конференции, которые с 2003 г. получили название «Азаровские чтения».



АНДОГСКИЙ Николай Иванович
15.05.1869-23.09.1939

Доктор медицины, профессор



БЕЛЛЯРМИНОВ Леонид Георгиевич
05 (17).02.1859-18.03.1930

Доктор медицины, профессор

Леонид Георгиевич Белярминов родился 5 (по старому стилю) февраля 1859 г. в селе Пяша (Защелье) Сердобского уезда Саратовской губернии в семье бедного сельского священника. Первоначальное образование получил в Саратовской классической гимназии, которую окончил в 1878 г. и в том же году поступил в Медико-хирургическую академию, которую окончил с отличием в 1883 г. Как лучший выпускник, оставлен в академии для подготовки к профессорскому званию. В физиологической лаборатории профессора Н.Р. Тарханова

в Санкт-Петербургском женском медицинском институте (будущий 1-й Ленинградский медицинский институт) и заведующим клиникой глазных болезней института. В 1904 г. был назначен ординарным профессором. Организовал глазное отделение при Петербургской Петропавловской городской больнице. Проработал в институте до января 1928 г. С 1928 г. числился профессором-консультантом в лечебных учреждениях Ленинграда и Новгорода.

Автор учебника «Курс глазных болезней» (1925 г.), выдержавшего три издания (переиздан в 1928 и 1931 гг.) и имевшего большую популярность среди офтальмологов. Автор научной работы «Рефракция и аккомодация глаза и их аномалии».

Н.И. Андогский написал 23 работы по различным разделам офтальмологии, напечатанных в журналах «Врач», «Вестник офтальмологии», «Annales d'Oculistique», «Archiv für Augenheilkunde», «Archiv f. Ophthalmology», «Klinische

Monatsblätter f. Augenheilkunde» и других. Основная часть работ была связана с изучением патологической анатомии органа зрения, в которой он был большим знатоком.

В 1914 г. впервые описал состояние диффузного нейродермита с катарактой «кожного происхождения». Автор привел 4 наблюдения, которые являются первыми описаниями в литературе. Впоследствии описанный синдром был назван его именем — генодерматоз, при котором имеется взаимосвязь между поражением эпителия передней капсулы хрусталика в виде мягкой звездчатой катаракты и диффузного нейродермита.

За время своей педагогической деятельности был учителем свыше 5000 врачей.

Помимо научной и педагогической деятельности вел работы по популяризации ослепых. Участвовал в работе глазных «Летучих» отрядов по борьбе с трахомой. В течение 40 лет состоял консультантом городской больницы в Новгороде, куда выезжал для

консультаций и операций. С 1925 г. работал в качестве консультанта в секции научных работников Союза работников просвещения.

В 1921 г. принимал участие в работе различных учреждений Ленинградского областного и городского отдела здравоохранения. До последнего дня жизни состоял профессором-консультантом Центральной областной поликлиники и больницы Ленгорздравотдела и Октябрьской поликлиники Ленгорздравотдела.

В 1897 г. был среди учредителей Петербургского офтальмологического общества и его первым секретарем.

Николай Иванович состоял в «Обществе русских врачей в память Н.И. Пирогова». Имел чин действительного статского советника.

Николай Иванович был крупнейшим специалистом-клиницистом, диагностом и хирургом. 23 сентября 1939 г. скончался от кровоизлияния в мозг в Ленинграде.

из академии он работал в одной из поликлиник Ленинграда в должности консультанта.

Б.Л. Поляк говорил, что Л.Г. Белярминов «блестящий педагог и замечательный научный руководитель, искусный гуманный офтальмолог-хирург и обаятельный человек».

Он был самым видным профессором школы В.И. Добровольского. В 1908 г. он избирается академиком Военно-медицинской академии, в 1914 г. получает звание заслуженного профессора и почетного лейб-окулиста. Он имел все ордена от Станислава до Владимира, в том числе 3-й степени (генеральского).

Под руководством Л.Г. Белярминова были защищены 130 диссертаций на соискание степени доктора медицины. За время его руководства кафедрой опубликованы более 250 работ.

Л.Г. Белярминов создал одну из наиболее крупных школ русских офтальмологов. Его учениками были 11 русских профессоров, многие из которых создали свои школы и воспитали видных офтальмологов страны. На кафедру в Киев был избран А.Т. Васютинский, в Томске — С.В. Лобанов, в Смоленске, потом в Чебоксарах — А.С. Чермолосов, в Омске — А.А. Бугаев, в Днепрпетровске — Н.И. Казас, в Ленинграде — Н.И. Андогский, А.В. Зеленковский. Учениками профессора Л.Г. Белярминова были основатели Северо-Кавказской школы офтальмологии С.В. Очаповский, в Варшаве работал профессор К.И. Ноишевский, в Таллине — А.Я. Поппен, в Москве — С.И. Тальковский и А.С. Савваитов.

Научные исследования Л.Г. Белярминова включали изучение физиологии органа зрения, фармакологические работы по исследованию новых препаратов, работы по рефракции, визометрии и офтальмомозрному, по нормальной и патологической анатомии глаза, статистические работы по исследованию слепоты и глазной заболеваемости в разных регионах России («летучие» глазные отряды), работы по организации офтальмологической помощи в стране, а в военное время — на фронте и в армии, клинические и экспериментальные работы по описанию казуистических случаев, работы по истории офтальмологии в России и др.

В 1928 г. под его редакцией вышла книга «Офтальмологическая оптика», а в 1930 г. под редакцией Л.Г. Белярминова и А.И. Мерца издано трехтомное русское руководство доктора медицины. За время его руководства кафедрой опубликованы более 250 работ.

Л.Г. Белярминов выступил с важной общественной инициативой по созданию типографий, печатающих книги со шрифтом Брайля для ослепших в результате ранений военнослужащих. Уже были собраны средства, но события 1917 г. приостановили реализацию этого проекта.

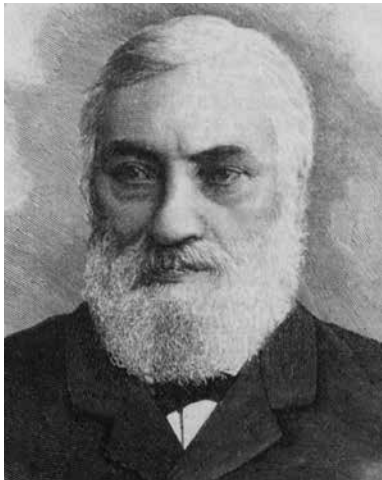
Л.Г. Белярминов на всех Пироговских съездах представлял Санкт-Петербургскую офтальмологию, был активным участником годовых съездов Гейдельбергского общества, основанного А. Грефе. Он был председателем 1-го Всероссийского съезда офтальмологов в Ленинграде (1928). По итогам съезда его представили на звание заслуженного деятеля науки, но он так и не был в нем утвержден.

На съездах и конгрессах в России и за границей профессор Л.Г. Белярминов пользовался славой ученого с мировым именем. С 1904 по 1917 гг. Л.Г. Белярминов — соредатор журнала «Вестник офтальмологии», а с 1921 г.

— член редколлегии «Русского офтальмологического отряда», постоянный сотрудник немецкого журнала «Arch. für Augenheilkunde», редактор глазного отдела в медицинском журнале «Врачебная газета», член Ученого Военно-Медицинского Совета, член правления Попечительства о слепых, председатель особого отдела Попечительства о слепых, консультант армии по глазным болезням. Был членом-учредителем и в течение 32 лет бессменным руководителем Санкт-Петербургского офтальмологического научного общества.

Отмечая большую общественную и организаторскую работу Л.Г. Белярминова, следует особо остановиться на его деятельности в Обществе Попечительства о слепых императрицы Марии Александровны. По инициативе Л.Г. Белярминова при Попечительстве о слепых был создан особый отдел, который занимался организацией и командированием в разные регионы России окулистических отрядов для оказания бесплатной окулистической, в том числе и оперативной помощи беднейшему населению, организацией постоянной окулистической помощи в отдельных пунктах, а также собственных глазных лечебниц или «глазных» крошатей в существующих лечебных учреждениях. Он организовал «летучие» глазные отряды (более 517), которые приняли более 1 млн больных, произвели 319 000 операций и зарегистрировали 55 425 неизлеченных слепых. В этом заключалась огромная заслуга Л.Г. Белярминова в организации мероприятий по борьбе со слепотой в России.

Скончался 18 марта 1930 г. на 72 году жизни от сердечного приступа. Похоронен на Тихвинском кладбище Александров-Невской Лавры в Санкт-Петербурге.



БРАУН Густав Иванович

27.11.1827-05.04.1897

Доктор медицины, заслуженный ординарный профессор

Родился 27 ноября 1827 г. в Восточной Пруссии. Получил первоначальное воспитание в Ростенбургской гимназии и, переселившись в Россию и приняв русское подданство, поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета. В 1853 г. по окончании курса медицинских наук в Московском университете удостоен степени лекаря. В августе 1854 г. определен на службу в Уланский полк младшим лекарем, затем перемещен в Бугский уланский полк младшим лекарем. В декабре 1854 г. прикомандирован к Гусарскому Генерал-фельдмаршала князя Варшавского графа Паскевича-Эриванского полку в качестве младшего лекаря. В сентябре 1856 г. согласно прошению по домашним обстоятельствам уволен со службы. В течение двух лет стажировался в лучших офтальмологических клиниках Германии, Франции, Австрии, прослушал курс лекций Р. Вирхова по патологической анатомии и общей патологии, занимался офтальмоскопией,

микроскопическими исследованиями глаза. Г.И. Браун продолжал усовершенствование своих научных и практических занятий преимущественно в глазной клинике знаменитого берлинского профессора Альбрехта фон Грефе, у которого он был одним из любимых и даровитых учеников. В 1858 г. защищал диссертацию на степень доктора медицины на тему «De corneae fabrica ac functione quaedam» (О строении и функции роговицы). С ноября 1862 г. допущен к чтению в Московском университете лекций по кафедре офтальмологии. 19 августа 1863 г. утвержден сверхштатным экстраординарным профессором Московского университета по кафедре офтальмологии при Московской глазной больнице. 4 января 1864 г. избран Членом Совета Глазной больницы, а 25 января избран в должности главного врача этой же больницы и руководил ею до конца жизни.

16 мая 1864 г. утвержден штатным экстраординарным профессором по кафедре офтальмологии.

С ноября 1864 г. являлся консультантом по глазным болезням при Константиновском межевом институте и школе межевых топографов, с марта 1865 г. — консультантом по глазным болезням в Московских заведениях Императрицы Марии, где состоял до декабря 1887 г. 21 октября 1867 г. утвержден ординарным профессором Московского Университета.

С ноября 1875 г. назначен консультантом по глазным болезням при Ображенской больнице.

31 января 1876 г. был утвержден совещательным членом Врачебного управления в Москве по глазным болезням.

19 августа 1888 г. был утвержден в звании заслуженного профессора.

В 1892 г. оставляет преподавательскую деятельность своему ученику А.Н. Маклакову и получает чин тайного советника.

Был награжден орденами Св. Анны I и II степени, Св. Станислава I и II степени, Св. Владимира II и III степени.

Умер 5 апреля 1897 года. Похоронен на Введенском кладбище в Москве.

Г.И. Браун вместе с профессором Э.А. Юнге был «первым ученым, внесшим в наше Отечество свет офтальмологии славных учителей своих Арльта, Грефе и Дондерса».

Брауна можно считать основателем Московской офтальмологической школы. Являлся членом-учредителем Московского офтальмологического кружка. Практические все офтальмологи Москвы прошли у него стажировку.

«Наука обязана Густаву Ивановичу несколькими учеными работами, из коих диссертация его и доселе сохранила свои достоинства. Им было дано нам первое оригинальное «Руководство к глазным болезням» (1868-1872) на русском языке, выдержавшее два издания».

Не менее значения имела деятельность Г.И. Брауна и для глазной больницы, которой он управлял в качестве главного врача 33 года».



ВОДОВОЗОВ Александр Михайлович

07.10.1918-27.04.2007

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР

Родился 7 октября 1918 г. в Одессе в еврейской семье. В одесской школе-семилетке большую часть времени уделяя драматическому кружку. После окончания школы, работая токарем на заводе, подал документы и поступил в Одесский музыкально-драматический институт. Но, не получив поддержки в семье, подал документы на рабфак Одесского медицинского института. В 1940 г. окончил Одесский медицинский институт. Под влиянием лекций академика В.П. Филатова решил стать офтальмологом. На комиссии по распределению выпускников Александр Михайлович попросил направить его глазным врачом в районный центр Одесской области г. Балту. Там молодого глазоного врача, где он работал главным врачом поликлиники и параллельно вел прием глазных больных, застала войны. После тяжелой

эвакуации оказался в г. Чирчике, и 25-летний доктор был назначен на пост начальника Управления эвакогоспиталиями Сумской группы. Группа госпиталей под его руководством заняла одно из первых мест по возвращению раненых в строй. Его первая научная работа была основана на материале, собранном в военные годы, и посвящена вопросам организации помощи инвалидам.

После окончания войны работал в Черновцах, совмещая руководство областным отделом здравоохранения с научной и педагогической работой на кафедре глазных болезней Черновицкого медицинского института. В 1954 г. А.М. Водозовов защитил кандидатскую диссертацию на тему «Проледения действия пенициллина при местном применении в офтальмологии». В 1962 г. избран на должность заведующего кафедрой глазных болезней Волгоградского медицинского института. В 1964 г. защитил докторскую диссертацию «Исследования дна глаза в свете различного спектрального состава», посвященную результатам многолетних исследований глазного дна светом различного спектрального состава. Офтальмомоскопии он посвятил атлас и главу в многотомном руководстве «Der Augenzart».

Возглавляя в течение 30 лет кафедру глазных болезней ВМИ, профессор А.М. Водозовов во всей полноте раскрыл свои незаурядные способности и проявил себя как талантливый ученый мирового уровня, высококвалифицированный клиницист-офтальмолог, блестящий офтальмохирург, прекрасный лектор и опытный педагог-воспитатель.

С 1992 по 2000 г. Александр Михайлович работал в качестве профессора кафедры офтальмологии Волгоградского медицинского университета, продолжая активно вести научную, педагогическую, лечебно-консультативную и общественную деятельность, являлся

председателем Волгоградского общества офтальмологов. В эти годы он особенно много занимался подготовкой офтальмологических кадров, щедро передавал свой богатый опыт клиническим ординаторам, молодым начинающим врачам.

В 2000 г. профессор А.М. Водозовов переехал в Германию. Но и в курортном городке Бад Ненндорф он продолжал активную творческую жизнь — выступал с лекциями по офтальмологии, литературе и искусству. Регулярно проводил безвозмездные медицинские консультации для жителей Нижней Саксонии. В 2002 г. посетил международный конгресс по глаукоме в Кельне, на который его пригласили в качестве почетного гостя. Несколько лет с упоением читал лекции евреям из местной общины, посвященные вкладу немцев в мировую культуру. Александр Михайлович до последних дней жизни не терял связи со своими учениками, интересуясь их делами, помогая добрыми советами.

Андрей Михайлович — автор 420 научных работ, опубликованных в стране и за рубежом, 25 авторских свидетельств СССР на изобретения по новым методам исследования глаза, диагностическим аппаратам и оперативным вмешательствам на глазах. Им опубликованы 9 монографий, 3 из которых в виде атласов.

Результатом многолетних исследований А.М. Водозовова и его учеников по изучению глаза трансформированным светом стали монография «Исследование дна глаза в трансформированном свете», а также книги «Иридохромоскопия и иридохромософотография», «Исследование радужной оболочки в трансформированном свете» (последние две книги в соавторстве с канд. мед. наук А.А. Рыбниковым). Эти монографии не имеют аналогов в мировой офтальмологической литературе. В созданной А.М. Водозововым проблемной лаборатории успешно проводились

исследования по офтальмохромоскопии, поляризационной офтальмоскопии и фотографии, ФАГ, компьютерному анализу изображений и др.

Профессор А.М. Водозовов и его сотрудники большое внимание уделили изучению индивидуально-переносимого внутриглазного давления при глаукоме. Он обосновал целесообразность определения индивидуально переносимого, по его терминологии, «толерантного» внутриглазного давления. Примером того, что нормально быть интолерантным, служит глаукома с низким давлением. Монография профессора А.М. Водозова «Толерантное и интолерантное внутриглазное давление при глаукоме» — итог этой многолетней работы.

Александр Михайлович разработал ряд новых приборов и инструментов. Уникальным был выпускимый серийно офтальмомоскопом Водозовова ЭОВ-2, векоподъемник, векорасширитель, периметр-локализатор и др. Будучи великолепным офтальмохирургом, Александр Михайлович разработал оригинальные методы хирургических вмешательств при глаукоме, отслойке сетчатки, бельмах роговицы, завороте век, дакрио-циститах и др.

Широкий спектр его научных интересов: это вопросы патогенеза близорукости, оригинальная концепция причины содружественного косоглазия, вопросы нейроофтальмологии, сосудистой патологии глаза и др.

Обобщив ряд на первый взгляд несхожих «идиопатических» заболеваний в одну патогенетическую схему, он выдвинул концепцию развития единого гериатрического поражения глаза, названного им инволюционным витреоретинальным синдромом.

Под руководством профессора А.М. Водозовова выполнены 20 кандидатских и 4 докторские диссертации.

А.М. Водозовов внес немалый вклад в организацию офтальмологической помощи в Волгограде и области. Начав свою деятельность в Волгограде (1966 г.) III Всесоюзного съезда офтальмологов, он все последующие годы неизменно активно участвовал в представительных офтальмологических мероприятиях, проводимых в СССР и за рубежом, нередко выступая с программными докладами.

Профессор А.М. Водозовов с 1966 по 1973 гг. был заместителем председателя Всесоюзного общества офтальмологов, членом президиума правления Всероссийского (ранее и Всесоюзного) общества офтальмологов и бесценным, с 1962 г., председателем Волгоградского общества офтальмологов. Состоял редактором раздела «Офтальмология» Большой медицинской энциклопедии, членом редколлегий журналов «Офтальмохирургия».

А.М. Водозовов был одним из инициаторов открытия в Волгограде филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Награжден орденами Красной Звезды, «Знак Почета», медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» и другими многими медалями, почетной грамотой Верховного Совета РСФСР. В 1986 г. ему присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки РСФСР. Был почетным гражданином города Волгограда. Избран почетным членом Общества офтальмологов ГДР, награжден золотой медалью Оломоуцкого университета.

Профессор А.М. Водозовов был избран академиком Нью-Йоркской академии наук, советом директоров Биографического института США признан одним из выдающихся деятелей науки XX века.

Умер Александр Михайлович Водозовов 27 апреля 2007 г. на 89-м году жизни. Похоронен в немецком городке Бад-Ненндорф.

БРОССЕ ПЕТР ФЕДОРОВИЧ

(Brosse Peter Gottlieb, Petrus Theophilus Brosse)

01.07.1793-30.08.1858

Доктор медицины, экстраординарный профессор

Родился в Риге 1 июля 1793 г. В 1810 г., после окончания гимназии, поступил на медицинский факультет Дерптского университета. Во время Отечественной войны 1812 г. П.Ф. Броссе, работая ординатором Рижского военного госпиталя, самостоятельно выполнял хирургические операции. По окончании университета и защиты докторской диссертации на тему «De haemorrhagia pulmonum» 23 мая 1814 г. П.Ф. Броссе выехал в Европу, где в течение последующих 5 лет обучался в лучших клиниках Германии, Италии и Франции. Броссе побывал в Вене, Тироле, Ландсгуте, Мюнхене, Тюбингене, Штутгарте, Байрейте, Веймаре, Вюрцбурге, Эрлангене, Иене, Лейпциге, Галле, Берлине, Швейцарии, Милане, Павии, Вероне, Падуе, Брешии, Венеции, Болонье, Флоренции, Риме, Неаполе, Ливорно, Генуе, Ницце, Марселе, Лионе, Париже, Страсбурге, Карлсруэ, Гейдельберге, Франкфурте-на-Майне, Касселе, Геттингене и других городах Австрии, Германии, Италии и Франции.

Остановив свой выбор на специализации в области офтальмологии, важнейшим событием этого периода своей жизни П.Ф. Броссе считал работу в клинике знаменитого венского профессора Г.И. Беера, одного из основоположников современной клинической офтальмологии. Именно тогда он получил первое признание в качестве офтальмолога и «в присутствии членов российского посольства и ученой от Венского университета комиссии, с совершенным успехом произвел четыре операции катаракт посредством извлечения хрусталика».

По возвращении в Россию в 1820 г. П.Ф. Броссе поступил на службу к князю П.А. Голицыну и в Черниговской губернии, где тогда проживала семья князя, в слободу Тополи организовал больницу для местных крестьян. В этой больнице П.Ф. Броссе проводил большую работу по лечению глазных заболеваний, которые были чрезвычайно распространены в России и нередко носили едва ли не эндемический характер.

В 1823 г., переехав в Москву, П.Ф. Броссе был назначен ординатором Голицынской (ныне Первая городская клиническая им. Н.И. Пирогова) больницы. 22 июля 1825 г. он открывает специализированное офтальмологическое отделение на две палаты. В 1826 г. П.Ф. Броссе при ходатайстве князя П.А. Голицына представляет городским властям проект об учреждении в Москве особой глазной больницы.

17 марта 1826 г. московский военный генерал-губернатор князь Д.В. Голицын учредил Комитет при создаваемой клинике. Директором и главным врачом больницы был назначен П.Ф. Броссе, врачом-консультантом — доктор медицины Александр Егорович Эвениус. Московская глазная больница была учреждена на частные пожертвования и открыта 11 июня 1826 г. в доме Ланге у Никитских ворот и имела одну комнату для приема больных и помещение на

20 коек. Пропускная способность была 30 больных в день. Только за первый год работы больницы приняла 4032 амбулаторных больных, на стационарном лечении находилось 157 больных, были произведены 204 операции.

В 1830 г. накопленные средства от взносов и пожертвований благотворителей позволили выкупить для больницы у графини Дмитровой-Мамоновой трехэтажный каменный дом с мебелью, большим двором и садом на Тверской улице, где больница и располагается до сих пор.

В 1845 г. было утверждено «Дополнительное постановление о медицинском факультете Императорского Московского университета». В соответствии с этим документом, в Московской глазной больнице была учреждена клиника госпитальной офтальмологии, которую возглавил в звании экстраординарного профессора директор и главный врач больницы П.Ф. Броссе.

В 1846/47 академическом году П.Ф. Броссе приступил к проведению занятий в глазной госпитальной клинике со студентами 5-го курса, во 2-м часу пополудни, из расчета 6 часов в неделю. «Главной целью госпитальной клиники есть то, чтобы студенты имели случаи видеть, как можно большое число различных глазных болезней для распознавания и изучения лечения оных».

В развитии заболевания П.Ф. Броссе выделял три рода причин: predisponaеющие, произвождающие (causa excitans) и поддерживающие (causa alens). Большое значение он придавал овладению на навыками исследования больного с помощью «увеличительных стекол», которые позволяют наблюдать явления, ускользающие от невооруженного глаза. При этом в процессе диагностического исследования, он обращал «внимание студентов, знакомых с глазными болезнями только из теоретического преподавания, на различия

индивидуальные, которые могут быть изучаемы только в клинике». П.Ф. Броссе допускал студентов и к самостоятельному производству глазных хирургических операций.

П.Ф. Броссе на протяжении всей своей профессиональной деятельности оставался приверженцем австрийской школы офтальмологии, которая объективно являлась ведущей всю первую половину XIX века. Это в значительной мере определяло подход П.Ф. Броссе к выбору научной и учебной литературы — прежде всего он отдавал предпочтение представителям именно австрийской школы.

Опыт, накопленный П.Ф. Броссе за годы преподавательской деятельности, его глубокая убежденность в необходимости создания для подготовки будущих врачей госпитальных клиник на базе существующих специализированных лечебных учреждений позволили ему принять активное участие в обсуждении новых проектов, направленных на развитие и совершенствование учебного процесса на медицинском факультете Московского университета.

Оставаясь на посту директора и главного врача Московской глазной больницы, П.Ф. Броссе одновременно являлся врачом-офтальмологом при московских Екатерининском и Александровском институтах, а также врачом Пренсенской школы Московского благотворительного общества.

П.Ф. Броссе неоднократно привлекался к выполнению ответственных поручений, связанных с охраной общественного здоровья. Во время эпидемии холеры в Москве в 1830 г. состоял членом Временного медицинского совета и медицинским инспектором по Якиманской части.

До конца жизни П.Ф. Броссе продолжал совмещать преподавательскую деятельность с напряженной и ответственной работой. Известно, что за период с 1826 по 1854 гг. он произвел более 2000

операций по поводу катаракты и 300 — по поводу образования «искусственных зениц».

В 1850 г., во время глазной болезни, появившейся между нижними чинами московского гарнизонного батальона, Броссе был председателем комитета для исследования глазной болезни.

Из ученых трудов Броссе многие были написаны на иностранных языках, преимущественно на немецком, и помещались в заграничных изданиях «Magazin für Heilkunde von Rust», а также во «Врачебных Записках» и «Московском Врачебном Журнале». На русском языке наиболее значимы его статьи «Замечания о настоящем положении окулистки вообще и об успехах оной в России» (1827), «О разных способах, употребительных в операции Entropion et Trichiasios», «Об альбиносах, которые были наблюдаемы в Московской глазной больнице», «Волокнистая опухоль, развившаяся в клетчатке позади глазного яблока и вытеснившая глаз наперед».

Более 30 лет П.Ф. Броссе работал в Московской глазной больнице. За эти годы им воспитано не одно поколение врачей, посвятивших свою борьбу с глазными заболеваниями. П.Ф. Броссе является одним из основоположников оригинальной московской школы научной и клинической офтальмологии.

Отмечая выдающиеся заслуги первого директора и главного врача, совет больницы «высказывал ему не раз свою благодарность и почитал его память чем мог: он внес его имя в список благотворителей и постановил поставить его портрет в зале заседаний».

Награжден орденами Св. Владимира III и IV степени, Св. Анны I степени и Императорской короной, Св. Анны II степени, Св. Станислава II степени и другими наградами.

П.Ф. Броссе скончался 30 августа 1857 г. Похоронен в Москве на Введенском кладбище.



ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ Валентин Валентинович

02(15).01.1913-

24.04.1992

Доктор медицинских наук, профессор

Родился 2 января (15 по новому стилю) 1913 г. в Переславле-Залесском Владимирской губернии (сейчас Ярославской области). Младший сын Святейшего Луки Крымского — Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, врача, профессора.

В 1940 г. с отличием окончил Ташкентский медицинский институт, работал в г. Намангане в должности патологоанатома и судебно-медицинского эксперта и ординатором глазного отделения.

Во время Великой Отечественной войны В.В. Войно-Ясенецкий активно участвовал в подготовке кадров для работы на фронте, за что был награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». В 1946 г. Валентин Валентинович по приглашению В.П. Филатова начал работать в Одесском НИИ глазных болезней и тканевой терапии в качестве заведующего лабораторией патологической анатомии, а затем в течение многих лет был руководителем отдела и отделения

патологоанатомии и консервации тканей до 1986 г.

В научных работах он сосредоточил свое внимание на изучении процессов, происходящих в изолированных тканях человека и животных, при сохранении этих тканей в условиях пониженной температуры, а затем процессов приживления роговой оболочки трансплантата. Большое значение имели его работы в области изучения явления тканевой несовместимости.

В 1952 г. защищает кандидатскую диссертацию на тему «Гистоморфологические наблюдения над роговицей изолированных глаз, сохраняющихся при пониженной температуре». В 1956 г. ему присуждена ученая степень старшего научного сотрудника. В 1962 г. Валентин Валентинович защищает докторскую диссертацию «Тканевая несовместимость при пересадке роговой оболочки». В 1967 г. ему присуждено ученое звание профессора.

В.В. Войно-Ясенецкий — автор более 110 печатных работ, под его руководством выполнены

14 кандидатских и 4 докторские диссертации.

В.В. Войно-Ясенецкий принимал активное участие во всеозных конференциях по пересадке тканей и органов, симпозиумах по кератопластике, читал лекции во Всесоюзном институте усовершенствования врачей, всячески внедряя результаты полученных исследований в клиническую медицину и биологию. Он — автор публикации «Тканевая несовместимость и пути ее преодоления» (1965 г.), а также трех глав книги «Основы пересадки роговицы» (под редакцией Н.А. Пучковской). Эта книга отмечена дипломом первой степени «За лучшую медицинскую книгу» МЗ СССР в 1972 г.

В.В. Войно-Ясенецкий уделял большое внимание изучению патологической анатомии опухолей органа зрения, что отражено в его книге «Опухоли глаза, его придатков и орбиты» (1978 г.) под редакцией Н.А. Пучковской. Эта книга отмечена дипломом «За лучшую научно-исследовательскую работу

в области клинической офтальмологии за 1978–1980 гг.».

Большой интерес представляют монография «Разрастание и изменчивость тканей глаза при его заболеваниях и травмах» (1979 г.), «Атлас глазных болезней». Большое значение для клинической практики имела монография «Вторичные дистрофии и структурные изменения в переднем отделе глаза» (1985 г.).

Обладая большим художественным даром, унаследованным от отца, Валентин Валентинович много рисовал, в том числе иллюстрировал некоторые монографии академика И.А. Кассирского по патологии крови. Собственноручно написал портрет отца.

В течение многих лет он был членом ученого совета по присуждению ученых степеней при Одесском медицинском институте им. Н.И. Пирогова и специализированного ученого совета при институте им. В.П. Филатова.

Умер 24 апреля 1992 г. Похоронен на Втором Одесском кладбище.



Сергей Владимирович, Вам сейчас 42 года. Зрячие футболисты в этом возрасте ещё могут играть на профессиональном уровне, выступать за сборную команду страны, за ведущие профессиональные клубы?

В настоящее время в сборной команде России по футболу нет моих ровесников. Думаю, что в клубах высшей и первой лиги можно встретить единичные примеры со-роклетних футболистов и даже игроков постарше. Но это исключение из правил.

Обычно к тридцати восьми — сорока годам в «большом футболе» завершаются спортивные карьеры. Продолжать играть можно и дальше, но это считается нецелесообразным. Увеличивается риск травматизма, становится сложнее совершенствовать свои навыки, улучшать спортивную форму. Нарастает конкуренция с юными атлетами.

В общем, причин для завершения карьеры много. И, как правило, профессиональные футболисты относятся к такой ситуации с пониманием. Мы — не артисты эстрады, стремящиеся оставаться «в лучах славы» как можно дольше. Вовремя уйти и оставить у болельщиков добрые воспоминания — это тоже искусство!

Для футбола слепых все эти факторы не играют роли? После сорока лет можно продолжать успешно играть?

Всё сказанное выше в полной мере относится как к футболу слепых, так и к другим паралимпийским видам спорта. Честно скажу, мне уже сейчас непросто конкурировать с семнадцатилетними футболистами. Непросто, но можно! Практически во всех паралимпийских дисциплинах — в лёгкой атлетике, в дзюдо, в велоспорте и т.д. — атлеты, в среднем, выступают на десять лет дольше, чем их коллеги-олимпийцы. Например, в футболе слепых можно на высоком уровне играть до 48-50 лет.

Это связано с меньшей конкуренцией. Такой вот своеобразный бонус для спортсменов с ограниченными возможностями здоровья! Впрочем, мои слова о «меньшей конкуренции» никого из читателей не должны вводить в заблуждение! Конкуренция действительно меньше, чем среди олимпийцев. Но она всё равно очень высокая и жёсткая. С каждым годом паралимпийский спорт становится всё более профессиональным. Поэтому здесь нужны люди, умеющие «пахать». И тогда они действительно могут выступать на достойном уровне сравнительно долго.

Значит ещё в течение нескольких лет болельщики смогут следить за игрой Сергея Манжоса на футбольном поле?

С моей стороны было бы нескромно и нелепо давать долгосрочные прогнозы. Как говорится, хочешь рассмешить Бога — расскажи ему о своих планах. Буду играть пока считаю целесообразным тренерский штаб нашей национальной сборной, пока чувствуют одобрение болельщиков, пока позволяют состояние здоровья, пока есть поддержка товарищей по команде, уже в течение двадцати лет ежегодно избирающих меня своим капитаном. И я за это очень благодарен!

Есть ещё один важный личный критерий, определяющий для меня целесообразность занятий профессиональным спортом. Этот критерий — движение вверх. Пока могу ежегодно хотя бы немного улучшать свою спортивную форму, углублять понимание футбола слепых — надо продолжать работать. Если движение по какой-либо причине остановится, атлет должен иметь мужество признать себе в этом и завершить спортивную карьеру.

Все контракты в олимпийских и паралимпийских сборных заключаются на один год. В команде никого не станут держать «за прошлые заслуги». Почивать на лаврах у нас не получится. Поэтому «горизонт планирования», как правило, составляет один год.

Капитан Сборной команды России по футболу слепых Сергей Манжос:

Критерий успеха в спорте — движение вверх!

В 2004 году футбол слепых стал официально признанным паралимпийским видом спорта и был впервые представлен на Паралимпиаде в Афинах. В 2005 году создаётся сборная команда России по футболу слепых, бессменным капитаном которой уже на протяжении двух десятилетий является мастер спорта международного класса Сергей Владимирович Манжос.

Именно ему было суждено стать самым известным в нашей стране незрячим футболистом. В августе 2017 года на чемпионате Европы, проходившем в Берлине, российская сборная вышла в финал. обыграв команду Испании, одну из сильнейших на континенте, наши соотечественники стали чемпионами Европы. Вскоре после этого события состоялась беседа корреспондента газеты «Поле зрения» с капитаном незрячих футболистов.

Наша нынешняя встреча посвящена двадцатилетию национальной сборной. Мы поговорили с С.В. Манжосом о самых запоминающихся матчах, о методике тренировок, о реабилитационном эффекте футбола слепых и его связях с «большим футболом».



Сергей Манжос



Паралимпийская сборная команда России по футболу

Ежегодно в декабре тренерский штаб продлевает контракты и одновременно ставит перед каждым членом сборной задачи, которые предстоит решать в ближайшие двенадцать месяцев.

Футбол слепых — командный игровой вид спорта. У каждого из игроков — своё амплуа. Есть защитники, полузащитники, нападающие. Всё как в «большом футболе». Одновременно футбол слепых требует от атлетов универсальности. Необходимо быть успешным и в защите, и в нападении.

Кто-то из игроков опережает товарищей по команде в выносливости. Кто-то может похвастаться точностью удара по мячу, другой — скоростью на поле. Задача тренерского штаба состоит в том, чтобы команда действовала как единое целое, была «боевой единицей», а преимуществ, таланты каждого помогали побеждать. Слабые стороны, недоработки есть у любого спортсмена. Подписывая годовой контракт, мы берём на себя обязательство стараться их преодолеть.

Давайте напомним нашим читателям основные правила футбола слепых.

Если говорить о методике тренировок, о задачах, которые решают спортсмены на футбольном поле, то футбол слепых — ближайший родственник большого футбола. Мы играем на поле размером 40 на 20 метров. Размер ворот — три метра в ширину. Продолжительность игры — два тайма по 20 минут.

В различных регионах нашей страны действуют профессиональные и любительские футбольные команды. Существуют детские, юношеские, взрослые команды. Всё как в большом футболе! Лучших игроков приглашают в национальную сборную. Конечно, это большая честь! В последние годы в России и за рубежом начал развиваться женский футбол слепых.

Каждая команда — это относится и к сборной России — состоит из десяти человек: два зрячих вратаря и восемь незрячих

игроков. Пять человек (вратарь и четыре игрока) находятся на поле и ещё пять — обслуживают скамейку запасных.

На футбольное поле каждая команда приводит двух своих «гайдов». Иногда в России их называют «тидами». Это зрячие помощники, «направляющие», координаторы игры. Один гайд всегда располагается позади ворот команды противника. Именно он координирует атаку на ворота, т.е. помогает забить. Второй гайд стоит у кромки поля. Нередко в этой роли выступает тренер. Кроме того, роль «дополнительного» гайда обычно играет зрячий вратарь. Он тоже может что-то подсказывать, давать указания членам команды.

Получается, что на четырёх незрячих игроков приходится три зрячих гайда. Это помогает футболистам?

Я бы не использовал глагол «помогает». Присутствие «гайдов» делает игру более техничной, интересной, скоростной. «Гайды» — наши «глаза». Надо научиться максимально чётко и разумно пользоваться их советами! Это важный фактор победы в игре. Хотя наш вид спорта и называется «футбол слепых», но он был бы немислим без участия зрячих людей.

Используется специальный мяч с «озвучиванием». Этот мяч по размеру чуть меньше мяча для большого футбола. Мяч при движении по полю издаёт звук, напоминающий трещотку или погремушку.

Не могли бы Вы представить ключевые вехи в становлении национальной сборной?

В 2005 году, через несколько месяцев после создания сборной, нам довелось принять участие в Чемпионате Европы, проходившем в Испании. Заняли последнее место. За время чемпионата нам удалось забить всего один-единственный мяч в ворота соперников. Это произошло во время игры

с сборной Португалии, которая, как и Россия, была новичком на чемпионате Европы. С португальцами у нас была ничья, 1:1. Все остальные команды разгромили нашу сборную, не оставив ни единого шанса не только на победу, но даже на защиту своих ворот.

Такой результат Вас тогда не разочаровал?

Думаю, что признание поражения, осознание поражения — это первый шаг к победе! Как это парадоксально ни звучит! Мы провели работу над ошибками. Национальная сборная в течение следующих лет приобретает опыт, участвовала во многих соревнованиях. В 2015 году на Чемпионате Европы, проходившем в Лондоне, нам удалось завоевать «серебро». Второе место давало право на участие в Паралимпиаде 2016 года в Рио-де-Жанейро. Все футболисты интенсивно готовились к Паралимпиаде.

Но, как известно, всех российских паралимпийцев в Рио-де-Жанейро не пустили, т.к. наш Национальный Паралимпийский комитет был дисквалифицирован. Решение, по моему мнению, несправедливое. Но эта ситуация нас не сломила, а только стимулировала к более интенсивным тренировкам, добавила спортивной ярости. Мы все стремились доказать, на что способны! И в 2017 году в Берлине мы стали чемпионами Европы! Это событие не осталось не замеченным в СМИ. О российском футболе слепых заговорили!

Как в настоящее время идут дела у сборной по футболу слепых, учитывая не прекращающуюся «волну санкций» против нашего спорта, в том числе, паралимпийского?

Как известно, атлеты, выступающие в индивидуальных видах спорта, в настоящее время могут принимать участие в международных соревнованиях, в том числе в Олимпиадах и Паралимпиадах, в так называемом



«нейтральном статусе», т.е. без флага, гимна и с рядом других ограничений.

Для командных видов спорта, в том числе для футбола слепых, допуск к официальным международным соревнованиям вообще закрыт. Поэтому о чемпионатах Европы, о чемпионатах мира, о Паралимпиаде мы пока можем забыть.

Но проблема не только в этом. Существует множество соревнований, которые формально не подпадают ни под какие санкции, но международные чиновники всё равно ставят палки в колёса России. Например, товарищеские встречи между национальными сборными, клубные турниры формально под санкции не подпадают. Но фактически создаются условия, чтобы сборные разных стран, ведущие профессиональные футбольные команды под различными предлогами отказывались от спортивных контактов с россиянами. Это можно условно назвать «неофициальными санкциями».

Несмотря на это давление, международные контакты у нас продолжают развиваться. В первую очередь, с дружественными странами. В декабре 2024 года в Москве прошёл Турнир БРИКС по футболу слепых. В 2025 году аналогичный турнир ожидается в Бразилии.

При всей важности международного взаимодействия, думаю, что главная задача сейчас — развитие футбола слепых внутри страны. В первую очередь, массового спорта. Этот процесс происходит. Игроки сборной тоже в нём участвуют. Мы регулярно встречаемся с болельщиками и участниками любительских команд, делимся своим опытом.

Кстати, хотел бы сказать, что, по моему мнению, нынешним новичкам в футболе слепых приходится сложнее, чем мне и моим товарищам по сборной, которые начинали осваивать эту игру в 2005 году.

Почему Вы так думаете?

В то время мы были пионерами этого вида спорта. Все участники сборной команды России находились в начале пути, делали первые шаги...

Сейчас ситуация совершенно другая. Допустим, парень или девушка приходят в школьную команду, в любую любительскую команду. Им ещё предстоит осваивать азы футбола, а другие игроки команды уже являются «корифеями». Пусть только на уровне родной школы, на уровне района, но «корифеями»!

Новичкам бывает трудно влиться в команду, найти в ней себя, стать полезными и востребованными?

Это объективная реальность нашего вида спорта, с которой регулярно сталкиваются дети и взрослые. В индивидуальных спортивных дисциплинах тренер всегда может адаптировать программу тренировок исходя из возможностей, способностей и

пожеланий новичка. Но в футболе и других командных видах спорта — всё по-другому. Здесь новый игрок должен быть готов к тому, что в течение нескольких месяцев ему может быть непросто на футбольном поле. Говорю об этом откровенно. На основании общения со многими начинающими футболистами.

В чём состоят главные трудности?

Дело совсем не в опасности получить травму или подвергнуться избыточной физической нагрузке. Именно этого часто опасаются родители незрячих детей! Но на самом деле трудности носят скорее психологический характер.

Новичкам трудно ориентироваться на футбольном поле. Они не могут понять ни действий собственной команды, ни противника. В указаниях гайдов новичку тоже трудно разобраться.

В итоге парень или девушка хаотично мечется по полю, пытаются нащупать мяч. Если это удаётся, то игрок-новобранец, разумеется, с максимальной силой пинает мяч ногой... Куда он улетит и зачем — остаётся загадкой... Порой бывает даже трудно разоб-браться, где именно находятся свои ворота, а где — ворота противника.

В этой ситуации опытные игроки и тренер могут помочь новичку?

Как правило, так и происходит. Командный дух и состоит в том, чтобы интегрировать в команду новых людей, помочь им найти своё место. Но и от самого начинающего спортсмена требуется выдержка, сила воли, терпение, трудолюбие. Без этих качеств невозможно достигнуть успехов в футболе!

Разумеется, в тренировочном процессе игровые тренировки дополняются работой в тренажерном зале, выполнением различных упражнений. Все элементы игры, все возможные ситуации подробно разбирают с тренером. Поэтому в течение нескольких месяцев новичок вполне может добиться первых результатов и стать полезным команде.

Хотелось бы узнать Ваше мнение о роли паралимпийского спорта, в частности, футбола слепых, в нашей жизни. Приходится сталкиваться с разными суждениями на этот счёт. Кто-то считает паралимпийский спорт «реабилитационным проектом» для людей с ограниченными возможностями здоровья. Другие утверждают, что паралимпийское движение — составная часть профессионального спорта. Какая позиция ближе Вам?

Думаю, что в этих суждениях нет никакого противоречия. Оба они соответствуют действительности. Изначально паралимпийское движение действительно создавалось с целью реабилитации людей с физическими

ограничениями. В дальнейшем стало понятно, что, несмотря на инвалидность, атлеты могут выступать на высоком уровне, стать профессионалами своего дела.

Именно этот профессионализм способствует тому, что для общества и для других людей с инвалидностью паралимпийцы становятся примером успешной реабилитации.

В чём состоит реабилитационный эффект футбола слепых?

Благодаря этому виду спорта, незрячие люди приобретают блестящие навыки профессиональной ориентировки, улучшают координацию движений, быстроту реакции, приобретают стрессоустойчивость, повышают выносливость. Это позволяет уверенно себя чувствовать не только в своём родном городе, на знакомых маршрутах, но и в незнакомой обстановке, в других странах и регионах.

Сергей Владимирович, хотелось бы поговорить о Вашем пути в спорте.

Я с раннего детства был активным, неутомимым ребёнком. Любил подвижные игры. Зрение потерял в восемь лет в результате травмы. После этого в свою старую школу уже не вернулся. Стал учиться в Московской школе-интернате для слепых и слабовидящих детей. Разумеется, у нас в школе были уроки физкультуры. Проходили также внеклассные спортивные занятия. Но всё-таки, объективно говоря, спортивная работа была налажена слабо.

Когда мне было двенадцать лет, довелось познакомиться с московским реабилитологом Леонидом Эммануиловичем Крейндиным. Он сконструировал оригинальный прибор, позволяющий незрячим людям заниматься физкультурой и спортом. Речь шла о передатчике, который находился у инструктора (в этой роли выступал сам Л.Э. Крейндин) и приёмнике.

Инструктор мог находиться на расстоянии, контролировать действия незрячего атлета. Например, таким образом, я самостоятельно катался на велосипеде, бегал на стадионе. Леонид Эммануилович наблюдал за мной и корректировал мои действия, сообщал о возможных препятствиях и т.д.

Вам понравилось?

Да, конечно. Особое удовольствие доставляла езда на велосипеде. Раньше я не знал, что это может быть доступно для незрячего человека. А чудо-прибор в этом помог! В 1996 году Л.Э. Крейндин и меня пригласили в США, где в Колорадо-Спрингс проходили Всемирные игры слепых. Я участвовал в спринтерском забеге на 60 метров. Получил серебряную медаль. Целью нашей поездки за океан стала демонстрация возможности этого прибора. Впрочем, к сожалению, он не получил распространения ни в нашей стране, ни за рубежом.

Во время учёбы в школе-интернате у Вас были планы связать свою жизнь со спортом?

Нет. Таких планов не было. Я и представить себе не мог, что человек с инвалидностью по зрению может стать профессиональным спортсменом. После окончания школы поступил на факультет информационных технологий Московского государственного психолого-педагогического института. В 2008 году получил диплом программиста.

Когда в 2005 году была создана национальная сборная России по футболу слепых, это стало делом моей жизни. Уже в течение двадцати я лет я — профессиональный футболист.

После завершения спортивной карьеры Вы планируете остаться в мире спорта?

В любом случае для меня важно вести активный образ жизни. Атлет может завершить профессиональную спортивную карьеру, но продолжать заниматься спортом как любитель.

Меня интересуют разные виды спорта. Кроме футбола в течение многих лет занимался дзюдо и лёгкой атлетикой, участвовал в велосипедных тандемах. Кстати, велосипедный тандем, как и футбол, тоже можно назвать командным видом спорта. Только в команде всего два человека — зрячий «лидер» и слепой велосипедист.

Некоторые люди почему-то думают, что незрячему участнику тандема необходимо только крутить педали. Велосипедом он всё равно не управляет! Дело, мол, нехитрое... Но, во-первых, без перерыва крутить педали в течение нескольких часов и преодолевать десятки километров может быть совсем непросто. Во-вторых, оба участника тандема должны действовать синхронно. Им необходима максимальная слаженность. Это достигается далеко не сразу!

Сергей Владимирович, что Вы могли бы пожелать читателям газеты «Поле зрения»?

Хотелось бы пожелать всем читателям идти по пути духовного и физического совершенствования! Думаю, что опыт спортсмена-паралимпийцев, в том числе и незрячих футболистов, наглядно показывает, что все ограничения — у нас в голове. Возможности человека практически безграничны!

Приглашаю всех читателей чаще посещать футбольные матчи! Это касается и футбола слепых, и большого футбола. Мы все — часть одной спортивной семьи и стремимся дарить болельщикам яркие, позитивные эмоции, мотивировать их вести активный образ жизни. Пусть каждый матч с участием любимой команды становится праздником для болельщиков!

Илья Бруштейн

Фотографии из личного архива С.В. Манжоса

Сирия, которая у всех на слуху

Л.И. Балашевич

Путевые заметки 1984 год (продолжение)
Христианские монастыри Сирии

Принимающая сторона оказалась столь внимательной к нам, что военно-медицинское ведомство предоставило в наше распоряжение два своих служебных «Мерседеса», на которых в сопровождении полковника Шагина и других сотрудников госпиталя мы по выходным дням, а в Сирии это пятница, могли совершать путешествия и за пределы Дамаска и знакомиться со страной (фото 1).

Надо ли говорить, что живой «Мерседес» мы видели впервые и воспринимали его как роскошь и диковинку. Тогда у меня и в мыслях не было, что пройдёт ещё почти 15 лет, и я сам смогу позволить себе обзавестись таким же чёрным служебным «Мерседесом»!

Мы приехали с Сирию, когда страной больше 10 лет бесменно правил президент Хафез Асад. Его портреты были развешены буквально всюду как на улицах, так и в кабинетах чиновников. Нас это ничуть не удивило, так как портреты Ильичей и у нас на родине красовались всюду (фото 2). Положение в Сирии было тогда достаточно спокойным, всякие Аль-Каиды ещё себя не проявляли, и мы могли спокойно, без охраны, разъезжать по стране.

Первыми достопримечательностями, которые мы посетили за пределами столицы, были самые известные христианские святыни Сирии — женские монастыри в городках Маалюля и Сейд-Найя, расположенные в

пустынной местности соответственно в 56 и 40 километрах на северо-восток от Дамаска. Выше я уже упоминал о христианской церкви святого Агнии в Дамаске, история которой восходит к первым годам христианства. История женского монастыря Святой Теслы в городке Маалюля тоже связана с именем апостола Павла. По преданию, его ученица, которую называют по православной традиции Фёклой, поселилась в небольшой пещере у ущелья. Святая долгие годы прожила в этой пещере у источника, проводя дни в посте и молитве. Как она добывала себе пропитание, история умалчивает. К ней приходили люди из разных мест, и она крестила уверовавших водой из источника и исцеляла больных.

Считается, что начало строительства монастыря относится к IV столетию, и если это так, то это старейший в мире христианский монастырь. На фотографии здания монастыря видно, что оно как бы врезается в проём горы (фото 3). Это углубление было специально вырублено, чтобы получить достаточное пространство для строения. Монастырская церковь Иоанна Крестителя расположена в центре квартала, образованного домами, предназначенными для проживания монахинь. Крупным планом я снял серебристый купол церкви с возвышающимся над ним как бы двойным крестом (фото 4). Во время нашего пребывания в Сирии там жило 50 монахинь, которые воспитывали бездомных девочек, собранных сюда со всей Сирии.

Монахини живут очень скрытно и обособленно и не контактируют с приезжими. Мне лишь случайно удалось нажать спусковую кнопку аппарата вслед проходившей мимо монахини в чёрном одеянии (фото 5).

К сожалению, спустя 30 лет после нашего визита в Сирию, в 2013 году, боевики ИГИЛ захватили монастырь и нанесли ему огромный урон. Эту дику толпу мусульманских фанатиков не остановили ни святость места, ни его уникальная ценность для страны.

Вокруг монастыря в этой пустынной местности постепенно вырос небольшой городок Маалюля, в котором на момент нашего визита проживало примерно чуть более тысячи жителей (фото 6). В отличие от остальной страны, они говорят на одном из наречий древнего арамейского языка, на котором написаны часть глав Библии. Это единственное в мире место, где сохранился этот язык.

Помимо монастыря, в Маалюле сохранился ещё один памятник раннего христианства — самая древняя христианская церковь, построенная ещё в IV веке. В этой церкви сохранились деревянные потолочные балки, которые держат крышу уже полтора десятка столетий (фото 7).

На выезде из Маалюли мы проехали мимо одиноко стоящей на окраине небольшой христианской часовни, которая просто поразила своей красотой. К сожалению, никакой информации о ней ни у наших сопровождающих, ни позже в литературе и интернете я не нашёл (фото 8).

Второй монастырь, который нам удалось увидеть, находится в городке Сейд-Найя, но его в разных источниках называют и Сайдан, и Седияйя, и Саднай, и Сейд-Найя (фото 9). Этот монастырь был основан римским императором Юстинианом в VI веке. Вот что говорит об этом легенда: «Император Юстиниан I в 546 году во время своего похода против персов, или, по другой версии, совершая паломничество в Иерусалим, остановился в селении Сейд-Найя. Во время охоты он увидел прекрасную газель и, преследуя её, поднялся на гору, где газель превратилась в Деву, окружённую сиянием, которая сказала ему: «За кем ты гонишься, Юстиниан, или кого ты хочешь убить своею стрелой? Неужели ты преследуешь Приснодеву Марию и хочешь стрелять в Божию Матерь, ходатайствующую за грешников? Знай, что являешься ты на эту гору по воле Божественного промысла: здесь ты должен устроить Мне обитель, которой Я буду покровительствовать. Вернувшись с охоты, Юстиниан приказал разработать план строительства, однако придворные к нему так и не приступили. Тогда, как повествует предание, Дева Мария повторно явилась Юстиниану и показала ему план церкви, которая после этого была им построена и стала основой монастырского комплекса». В отличие от монастыря в Маалюле, монастырь Юстиниана не погружён в основание горы, а высится на её вершине и выглядит скорее как средневековая крепость.



Фото 1.



Фото 2.



Фото 3.

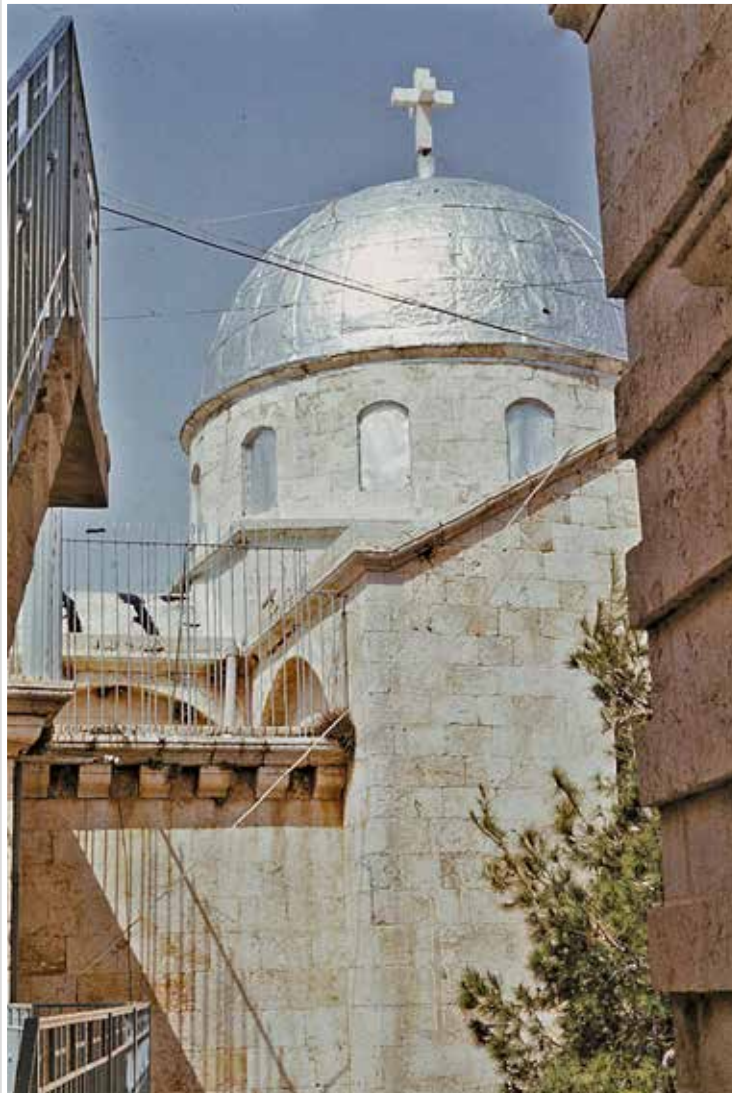


Фото 4.



Фото 5.



Фото 6.



Фото 7.



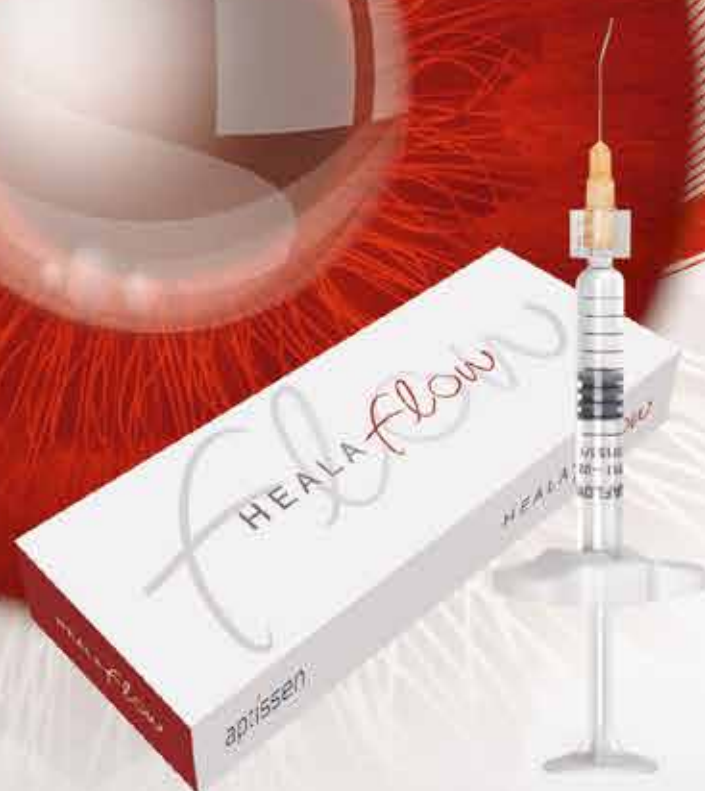
Фото 8.



Фото 9.

HEALA *flow*

Медленно рассасывающееся
дренажное средство **для хирургии глаукомы**



На правах рекламы

Surgix
ophthalmic surgical products

aptissen

Дистрибьютор ООО «Серджикс»
info@surgix.ru | www.surgix.ru



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

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

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