

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№5(85) СЕНТЯБРЬ-ОКТАБРЬ 2024

ISSN 2221-7746

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



Доктор медицины, доцент, заведующий офтальмологическим отделением клиники «Klaudiánova nemocnice» (г. Млада-Болеслав, Чехия) А.К. Степанов:

«Через тернии к звёздам» — таков мог быть девиз новой книги!

В издательстве «Апрель» готовится к изданию книга А.А. Воронцова «Записки земского офтальмолога». Это совместный проект издательства «Апрель» и Интернет-портала «Терра-Офтальмика» — крупнейшей русскоязычной виртуальной платформы врачей-офтальмологов. Проект «Терра-Офтальмика» родился в 2010 году. Он вырос из личного дневника (блога) молодого врача-офтальмолога Антона Вурдафта.

Вскоре персональный проект Антона превратился в «виртуальный клуб» офтальмологов в социальной сети «ВКонтакте». Возникла группа редакторов, которая всё это время работала и продолжает работать на общественных началах. В октябре 2013 года членом редакторского коллектива и одним из наиболее активных авторов «Терры-Офтальмики» стал Андрей Воронцов.

..... > стр. 24

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Ерошевские чтения

VIII политематическая офтальмологическая конференция

В июне 2024 года в Самаре прошла ежегодная конференция «Ерошевские чтения», собравшая более 500 очных и более 1000 онлайн-участников.

Конференция «Ерошевские чтения» является традиционной, проводится в память об известном отечественном офтальмологе Тихоне Ивановиче Ерошевском.

С приветственным словом выступил профессор РАН, д.м.н., ректор ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России А.В. Колсанов.

Первым пунктом программы конференции «Ерошевские чтения 2024» стала секция «Живая хирургия 3-D».

Открытие секции было ознаменовано выступлением О.В. Унгурьянова с операцией по поводу макулярного разрыва. Модераторами секции выступили д.м.н. А.В. Золотарев и к.м.н. С.В. Сосновский.

Следующим клиническим случаем стала операция С.В. Кириосова, который представил имплантацию хрусталика с расширенной глубиной фокуса у пациента с катарактой и роговичным астигматизмом.

Доклады, представленные в рамках секции, также внесли свой вклад в мероприятие. Е.В. Замыцкая выступила с докладом на тему «Типы добавочных ИОЛ», а М.А. Артемов представил видеодоклад по теме «Техника имплантации добавочной ИОЛ Шариота».

Рефракционную операцию CLEAR при помощи фемтосекундного лазера представил С.Ю. Туровский. В рамках секции также была организована трансляция из Чебоксар с XII межрегионального семинара «Практические аспекты современной витреоретинальной хирургии». Генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России к.м.н. Д.Г. Арсюттов продемонстрировал хирургию

макулярного разрыва и хирургию сложной отслойки сетчатки.

Телемост между Самарой и Чебоксарами продолжил А.Н. Казеннов с демонстрацией хирургии макулярного разрыва с помощью техники перевернутого лоскута внутренней пограничной мембраны сетчатки.

Следующим пунктом программы стала операция послойной пересадки роговицы при помощи фемтосекундного лазера у пациента с помутнением роговицы, выполненная А.Е. Миллюдиным.

Ближе к завершению секции К.Н. Руссов представил операцию по подшиванию ИОЛ, дислоцированной в витреальную полость.

..... > стр. 6

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

IX Байкальские офтальмологические чтения

«Традиции и инновации в офтальмологии»



5-6 сентября 2024 года в Иркутске прошел Всероссийский конгресс с международным участием IX Байкальские офтальмологические чтения «Традиции и инновации в офтальмологии». Проведение конгресса было приурочено к 35-летию Иркутского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. Следуя офтальмологическим традициям и новаторским идеям, заложенным С.Н. Федоровым, Иркутский филиал старается внедрять и применять на практике мировые инновации и свои собственные научные разработки, возвращая людям зрение и возможность видеть мир во всех его красках.

Байкальские офтальмологические чтения проводятся в г. Иркутске уже на протяжении 14 лет и традиционно собирают ведущих российских и зарубежных офтальмологов. В этом году в очной работе конгресса приняли участие около 600 гостей, и более 2500 специалистов следили за работой секций онлайн. Программа конференции была очень насыщенной. В течение двух дней на 18 сессиях было заслушано более 80 докладов.

..... > стр. 11

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Российский опыт применения нетепловой репаративной терапии сетчатки 2RT: оценка реалий и анализ возможностей

..... > стр. 2

MIRANTE MEETING

..... > стр. 14

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА

Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Анна Андреевна Мейер

..... > стр. 3

ЗЕМСКИЙ ДОКТОР



Врач-офтальмолог ЦРБ И.Д. Захарова (с. Майя, Мегино-Кангаласский р-н, Республика Саха-Якутия): В детстве делала уколы куклам, сейчас — лечу земляков

..... > стр. 19

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

Микроимпульсная транссклеральная циклофотокоагуляция — микроимпульсная транссклеральная лазерная терапия

И.Э. Иошин

..... > стр. 22

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Иридокорнеальный эндотелиальный синдром. Клинические случаи

О.В. Сафонова, И.М. Лиханова

..... > стр. 27

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Е.В. Федосеева:

Самые главные слова: «Я рядом с тобой»

Илья Бруштейн

..... > стр. 30

Российский опыт применения нетепловой репаративной терапии сетчатки 2RT: оценка реалий и анализ возможностей

Сателлитный симпозиум, организованный компанией «Трейдомед Инвест» в рамках программы Российского общенационального офтальмологического форума (РООФ 2024).

Открывая работу симпозиума, главный специалист офтальмолог Минздрава России академик РАН профессор В.В. Нерев поблагодарил компанию «Трейдомед Инвест» и лично директора С.А. Сулягина за активное участие в организации выставки медицинского оборудования, в образовательных проектах в рамках программ сателлитных симпозиумов.

Компания предлагает на отечественном рынке большую линейку высококачественного оборудования, помогающего офтальмологам бороться с различной патологией, подчеркнул В.В. Нерев.

С докладом «Эффективность 2RT-лазерного лечения у пациентов с промежуточной стадией возрастной макулярной дегенерации» от группы авторов выступил д.м.н. В.Э. Танковский (Москва). Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) — патология, достаточно сложная в лечении. Эффективность применения консервативных методов лечения промежуточной стадии ВМД не доказана. Среди способов замедления и в некоторых случаях приостановки прогрессирования заболевания автор назвал изменение образа жизни и применение наносекундного лазера. По сравнению с обычным коагулятором объем энергии, используемой в наносекундном лазере при воздействии на пигментный эпителий, в 500-1000 раз ниже; применяемая экспозиция лазера слишком коротка, чтобы вызвать тепловые повреждения структур сетчатки. Суть работы лазера заключается в воздействии на внутриклеточные структуры отдельных клеток с восстановлением комплекса «пигментный эпителий — мембрана Бруха», при этом соседние клетки остаются интактными, внешняя сетчатка не повреждается.

Толщина мембраны Бруха с возрастом увеличивается приблизительно на 135%, при этом в возрасте 40+ проницаемость уменьшается на 50%, что приводит к нарушению трофики сетчатки и снижению транспорта жидкости. Воздействие лазера способствует восстановлению трофики сетчатки за счет регенерации пигментного эпителия и снижения толщины мембраны Бруха.

В приведенном автором клиническом примере показано, что через неделю после воздействия наносекундного лазера отмечены присутствие увеличенных клеток на границе зоны повреждения, а также миграция отдельных клеток ближе к центру лазерных аппликаторов; через месяц после воздействия лазерного излучения слой пигментного эпителия восстанавливается, и зона повреждения полностью закрывается новыми клетками. Следует также отметить, что наносекундный лазер воздействует на клетки пигментного эпителия селективно, вызывая только внутриклеточную дезорганизацию, однако при использовании данного метода лечения на ретинограмме всё же может отмечаться транзитное повреждение наружных слоев сетчатки, которое через 14 дней перестает определяться; после применения обычного лазера в тот же срок четко определяется гиперплазия пигментного эпителия.



Академик РАН В.В. Нерев, профессор А.В. Золотарев, к.м.н. Е.А. Карауловская

Показания к применению наносекундного лазера: ранняя или промежуточная стадия ВМД. Противопоказания: плохая визуализация сетчатки, пигментного эпителия, вызванная нарушением прозрачности сред; друзеноидная отслойка пигментного эпителия >1000 мкм. Данный метод лечения также не следует применять при наличии увеитов и глаукомы, при наличии ретикулярных псевдодруз, при поздней стадии ВМД, при наличии хориоидальной неоваскуляризации и рубцовых изменений.

Методика лазерного лечения: за пределами сосудистых аркад используются тестовые аппликаты (получаемый коагулят должен соответствовать 1-й степени), при этом повышение энергии происходит плавно (с шагом 0,02 мДж); при появлении облачковидного фокуса рекомендуется уменьшить энергию на 20% и наносить аппликаты вокруг височных сосудистых аркад — 6 сверху, 6 снизу не ближе 1500 мкм от края диска.

В течение двух лет под наблюдением авторов находились 25 человек (32 глаза) в возрасте 62-88 лет (средний возраст 74,5 лет). Исследовалось воздействие лазерного излучения у пациентов с друзеноидными отслойками пигментного эпителия >1000 мкм и мягкими друзами. Пациенты были специально отобраны для использования 2RT-метода лечения. Через 24 часа после проведенной процедуры было отмечено повышение остроты зрения у 18,7% пациентов. В литературе эффект повышения ОЗ отмечен не был. Через 1 месяц в среднем на 0,2 повысилась ОЗ у >21,8% пациентов; через 3 месяца ОЗ повысилась у 25,0%, при этом полученная ОЗ сохранялась в течение 6 месяцев; в период 6 месяцев — 1 год ОЗ либо продолжила повышаться, либо оставалась на прежнем уровне у 90,6% пациентов; снижение ОЗ зафиксировано у 9% пациентов за счет прогрессирования катаракты, при этом изменения в макулярной зоне зафиксированы не были. К 12 месяцу ОЗ снизилась у 25,0% пациентов, из них у 18,7% — за счет прогрессирования возрастной катаракты, у 6,3% причиной снижения стало прогрессирование ВМД.

Наблюдения в течение 24 месяцев продемонстрировали снижение ОЗ у 46,8% пациентов, из них у 18,7% причиной послужила возрастная катаракта, у 28,1% — прогрессирование ВМД. Прогрессирование ВМД обусловлено промежуточной стадией заболевания у пациентов с друзеноидными отслойками пигментного эпителия.

Полная или частичная резорбция друз через 3 месяца отмечена у 31,2% пациентов; через 6 месяцев — у 46,8%; наблюдение в течение 12 месяцев продемонстрировало полную или частичную резорбцию друз у 59,3% пациентов; прогрессирование ВМД отмечено у каждого шестого пациента.

Клинический пример: пациентка 79 лет с промежуточной стадией ВМД, по данным ретинографического исследования — друзеноидная отслойка пигментного эпителия. В течение 12 месяцев после процедуры друзеноидная отслойка не наблюдается; ОЗ до и после лечения — 0,4.

Клинический пример: пациент 70 лет с промежуточной стадией ВМД; ОЗ до лечения — 0,5; в течение 12 месяцев после лечения — 0,7; друзы практически не определялись.

Клинический пример: пациентка 85 лет с промежуточной стадией ВМД, друзеноидной отслойкой пигментного эпителия; после лечения полного прилегания не произошло; наблюдается частичное уменьшение друзеноидной отслойки с повышением ОЗ до 1,0.

Клинический пример: пациентка с промежуточной стадией ВМД, наличием мягких друз; после проведения лечения наблюдалась резорбция друз и повышение ОЗ; стабильность ОЗ сохранялась в течение 12 месяцев.

Таким образом, заключил д.м.н. В.Э. Танковский, данный метод лечения на определенном этапе является перспективным для замедления прогрессирования до поздней стадии и в некоторых случаях для приостановки развития процесса. Автор обратил внимание на необходимость тщательного отбора пациентов.

С докладом на тему «Veni. Vidi. Distingue. Ключевые аспекты дифференцировки друз для процедуры

2RT» от группы авторов представила Е.Ю. Зубкова (Самара). Метод 2RT-лазерной терапии является весьма эффективным для замедления прогрессирования ВМД у пациентов с промежуточной стадией заболевания, биомаркером которого являются большие друзы >125 мкм, что соответствует размеру диаметра вены на крае диска зрительного нерва.

Как ранее было отмечено, для проведения процедуры необходим тщательный отбор пациентов. Ключевым моментом отбора является дифференциальная диагностика друз. В соответствии с клинической классификацией патологические друзы подразделяются на мягкие, кутикулярные, ретикулярные псевдодрузы (РПД).

Для проведения четкого диагностического поиска используется цветная сканирующая лазерная офтальмоскопия, представляющая собой метод получения изображения с помощью одновременного сканирования лазерами с различной длиной волны с последующим получением цветного изображения, значительно превосходящего по качеству цветную фотографию. Метод позволяет с высокой точностью определить размер, форму, расположение друз, при этом визуализируется значительно большее их количество, чем при обычной офтальмоскопии.

Автофлуоресценция — метод косвенной оценки функционального состояния пигментного эпителия сетчатки, основанный на способности флуорофоров испускать или производить (на выбор) свечение под действием света определенной длины волны. Отложение патологического материала на уровне пигментного эпителия, наружных слоев сетчатки приводит к появлению различных паттернов гиперавтофлуоресценции, что помогает дифференцировать ВМД от других патологических состояний сетчатки. Метод важен для выявления атрофии, являющейся противопоказанием для применения 2RT-лазерной терапии.

При использовании метода псевдообъемного изображения, получаемого либо с помощью обработки фотографий, либо с помощью особого ретро-режима, получается

рельефное изображение глазного дна, позволяющее определить количество друз, их взаимное расположение, размер, форму. Такая информация имеет важное значение как для диагностики, так и для мониторинга их состояния.

Ключевым моментом в дифференциальной диагностике друз является оценка их расположения, размера, формы и рефлективности. Мягкие друзы всегда располагаются в центральной части глазного дна, имеют нечеткие контуры, обладают умеренной рефлективностью, что отличает их от других видов друз. Друзы имеют склонность к слиянию с образованием друзеноидной отслойки пигментного эпителия. Важным является попадание в «терапевтическое окно», т.е. проведение лечения до достижения отслойкой критического размера в 1000 мкм, после чего применение 2RT-лазерного лечения станет невозможным.

Анализ клинических случаев показывает, что иногда за друзеноидную отслойку пигментного эпителия принимаются другие заболевания сетчатки, в частности, паттерн-дистрофия, фиброваскулярные отслойки пигментного эпителия, возникающие у пациентов с небольшими, неактивными мембранами после анти-VEGF лечения.

Самым значимым противопоказанием к проведению 2RT-терапии и самыми трудными для диагностики являются ретикулярные псевдодрузы (РПД). Исследования показали, что 2RT-терапия способна привести к прогрессированию заболевания. Для псевдодруз характерно экстрафовеолярное расположение (их нет в фовеа), визуализация в виде нечеткого сетчатого паттерна часто по ходу аркад, чаще выше, иногда ниже горизонтали, в перифовеолярной зоне — в виде точек. При псевдодрузах патологический материал накапливается между пигментным эпителием сетчатки и эллипсоидной зоной, постепенно увеличивая расстояние между ними. На первой стадии диагностика сложна, как правило, псевдодрузы пропускаются, визуализироваться начинают со второй стадии с появлением куполообразного выпячивания с частичным разрушением эллипсоидной зоны с прорывом патологического материала в слой фоторецепторов. Пациенты предъявляют жалобы на нарушение контрастной чувствительности, появление скотом в парацентральной зоне. Автор обратила внимание на то, что при офтальмоскопии РПД плохо видны. Одним из способов визуализации РПД является автофлуоресценция, при проведении которой РПД видны в виде темных точек, окруженных светлыми участками. Ретикулярные псевдодрузы также хорошо визуализируются при проведении ОКТ в режиме en face, при этом перифовеолярная, парамакулярная локализация РПД не всегда попадают в зону стандартных протоколов. В таких случаях следует использовать SLO, аутофлуоресценцию, сканы длиной ≥ 9 мм; по мнению докладчика, весьма информативными могут быть вертикальные сканы.

Первые директора Уфимской глазной лечебницы. Анна Андреевна Мейер

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

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

В.Ф. Кашменский проработал в должности директора Лечебницы до 1920 г., и в этом же году для заведования учреждением была вновь приглашена Анна Андреевна Мейер, которая вернулась в город после установления Советской власти.

Таким образом, в 1920 г. Уфимскую глазную лечебницу вновь возглавила А.А. Мейер (рис. 1). В период ее руководства Лечебницей властью во главу угла ставился вопрос о медицинской обеспеченности рабочих. Благодаря этому Уфимская глазная лечебница была расширена до 45 коек (рис. 2).¹ Штат Лечебницы во главе с заведующей А.А. Мейер было решено довести до трех врачей, но к 1921 г. был принят лишь один врач-ординатор — Серафима Владимировна Еленевская. Врачами в стационаре учреждения была выполнена 271 операция, из них при завороте век — 145, экстракция катаракты — 52, иредоктомия — 18, энуклеация глазного яблока — 5 и т.д.² Персонал Лечебницы состоял из 20 человек, вместо положенных 28.³ Адрес нахождения здания оставался прежним — на перекрестке улиц Суворовской и Уфимской.

В 1923 г. Уфимской глазной лечебнице были предоставлены дополнительные помещения: амбулатория переехала по адресу ул. Пушкинская, д. 83 (рис. 3),⁴ в то время как стационар продолжал функционировать по прежнему адресу —

ул. Суворовская, д. 16. Здесь же размещались квартиры врачей.

А.А. Мейер проработала в должности заведующей Лечебницей до 1925 г., впоследствии выйдя на пенсию по состоянию здоровья.

Немного о враче. Анна Андреевна Мейер (рис. 4), 1865 г.р., родом из г. Соликамск Пермского края, была выпускницей медицинского факультета Бернского университета (Швейцария).⁵ Здесь 28 февраля 1900 г. она защитила диссертацию по теме «Статистический отчет по эпидемиологии коклюша» на получение степени «доктора медицины» (рис. 5, 6).⁶ В г. Уфу А.А. Мейер попала по рекомендации О.Г. Аксаковой, благодаря которой получила хорошую практику и оказывала офтальмологическую помощь уфимской знати, в том числе губернатору.⁷ А.А. Мейер состояла в членстве Общества врачей Уфимской губернии, была членом Попечительского совета отдела Попечительства императрицы Марии Федоровны о глухонемых, работала врачом в Училище глухонемых.⁸

В аннотации к диссертации А.А. Мейер говорится: «...Указания в литературе позволяют предположить, что коклюш является болезнью, известной с древних времен; некоторые авторы даже утверждают, что о ней люди знают со времен Гиппократов. Точная информация о возникновении болезни

встречается только в конце XVI века, когда в Париже в 1578 году разразилась эпидемия коклюша, и она была впервые описана Байоном.

В литературе XVII века имеется очень мало упоминаний о коклюше (Уиллис и Сиденгам из Англии, Эттмюллер из Германии,

Шенк из Парижа и Льево из Франции). Однако в XVIII столетии коклюш быстро распространился по всей Европе и даже за ее пределы.

В итоге, в нашем столетии эта болезнь укоренилась повсюду за исключением тропиков, где встречается редко и, насколько

Штат Глазной лечебницы.		Ула 45 коек.	
Врач-заведующий	13150 37800	4. Сидорова	8 1350 130368
Врач-ординатор	12570 30240	8. Руссова, помощник и повариху	3 1250 48888
Санитар-м.	3 1980 9480	9. Рахманин	1 260 11592
Завед. хозяйственной частью	1 2210 26880	10. Дворник	1 1000 12264
Дежурный врач	1 1810 21840	11. Чистильщик	1 470 11530
Кантор	1 1470 17640	12. Уличной сторож	1 1010 12536
		Итого	457816

Рис. 2. Штат Лечебницы с указанием назначенных жалований



Рис. 3. Уфимская глазная лечебница в здании по ул. Пушкина, д. 83 (1923-1925 гг.)



Рис. 4. А.А. Мейер (средний ряд третья справа) в годы работы в одном из лазаретов г. Уфы

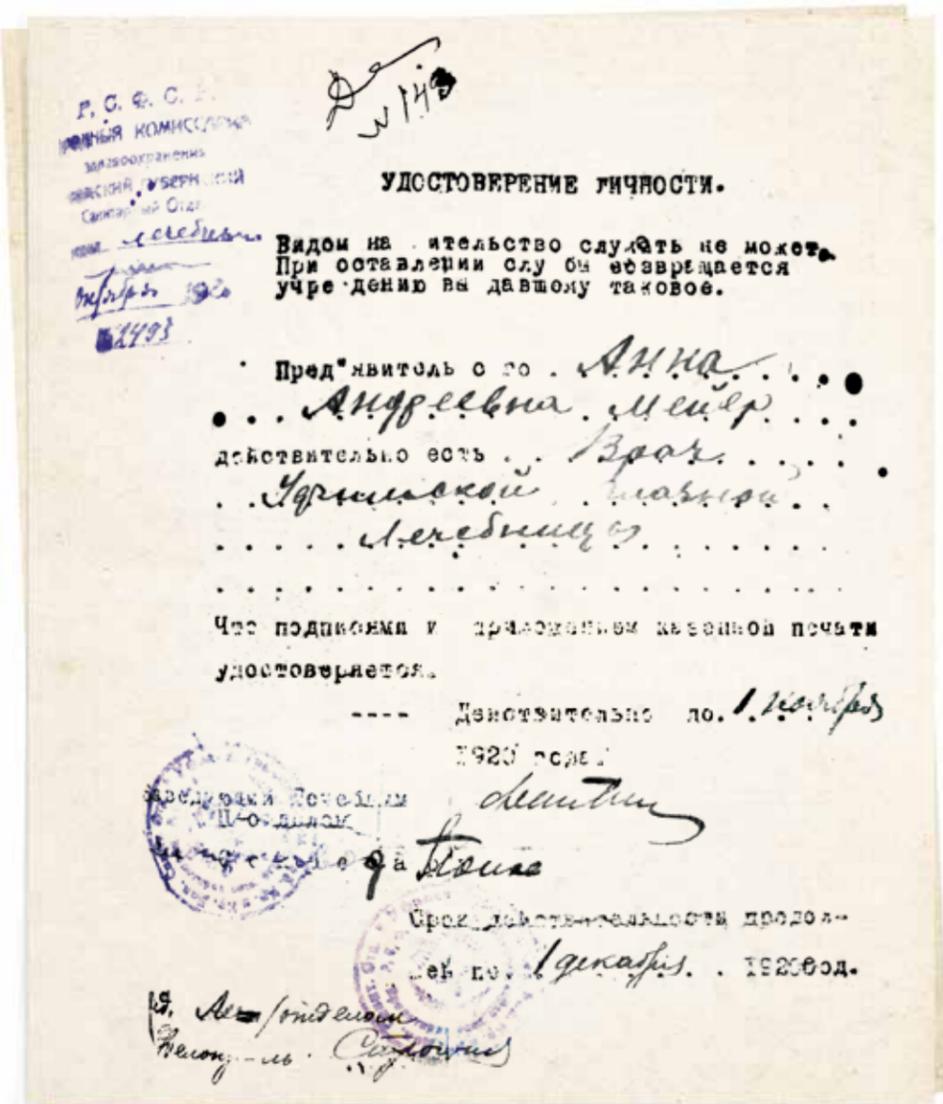


Рис. 1. Удостоверение личности А.А. Мейер

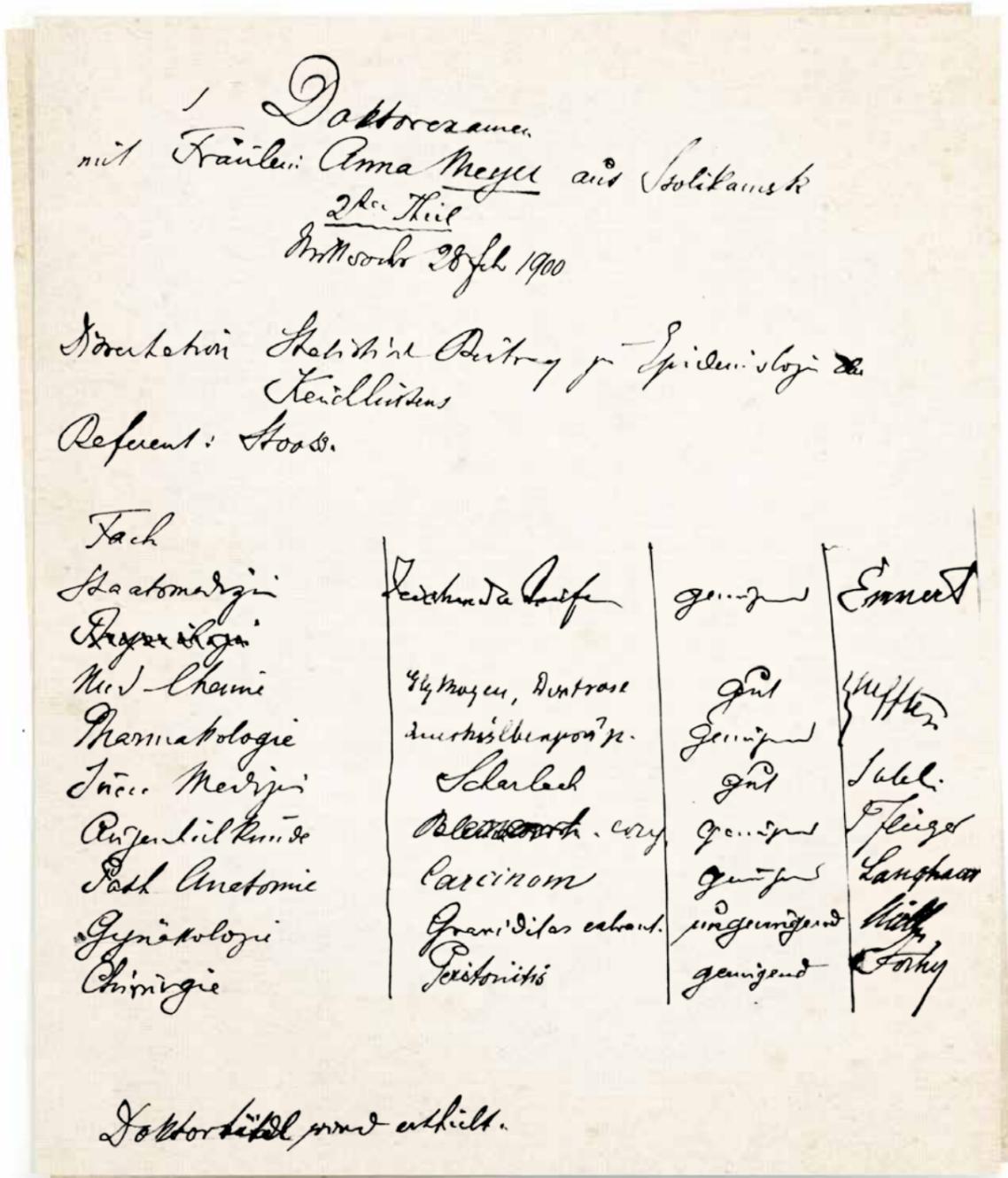


Рис. 5. Протокол докторского экзамена А.А. Мейер

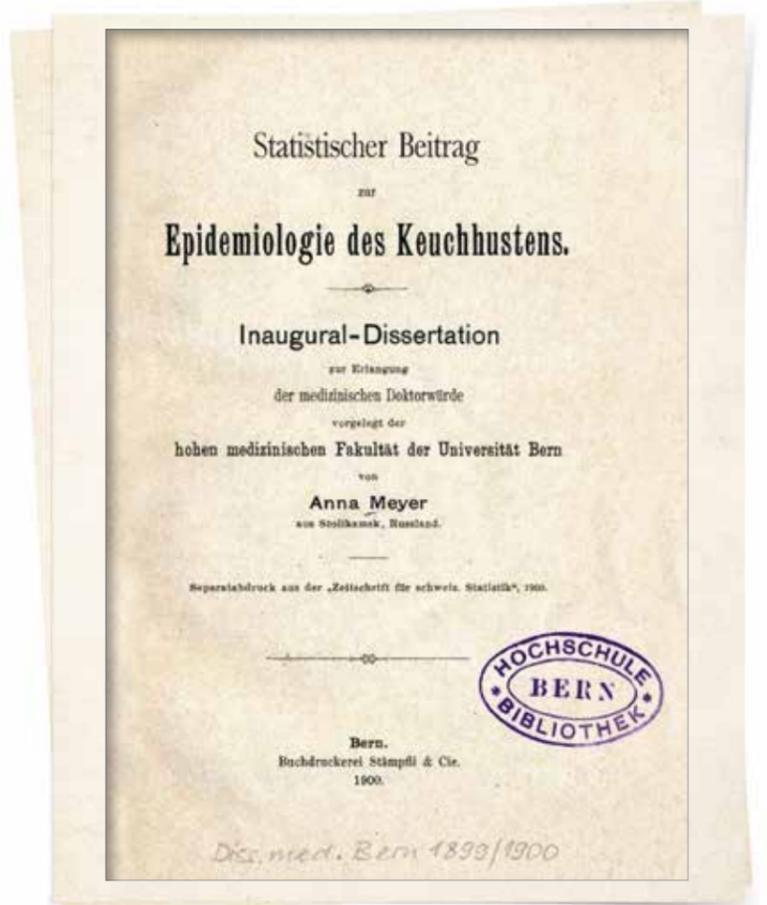


Рис. 6. Титульный лист к диссертации А.А. Мейер



Рис. 7. Объявление о частном приеме доктором А.А. Мейер

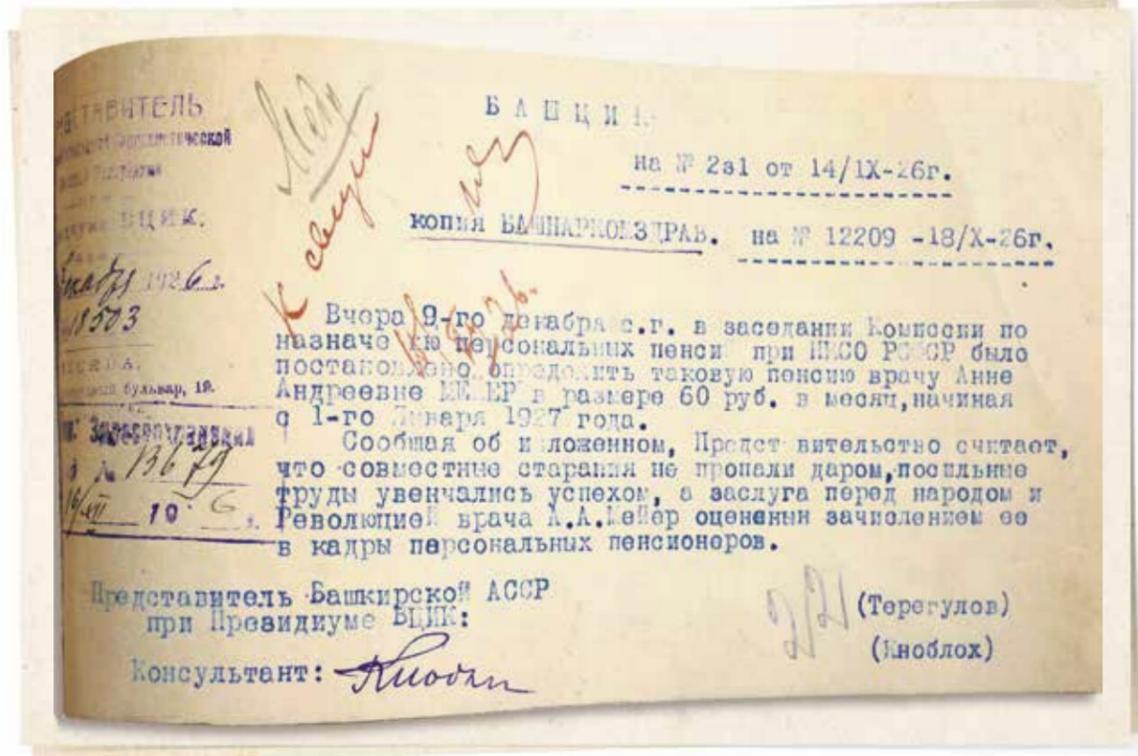


Рис. 8. Постановление БашЦИК о назначении персональной пенсии А.А. Мейер

нам известно, в очень мягкой форме и имеет благоприятное течение. Статистика показывает, что смертность от коклюша очень высока, что более существенно, чем принято считать. Багинский утверждает: «Коклюш — одна из худших болезней, как для жизни, так и для здоровья». Согласно сравнению Уффельманна, от коклюша в среднем умирают больше людей, чем от типичных болезней, в Германии ежегодно умирают приблизительно 12,000 человек.⁹

Со слов известного художника А.А. Буганина¹⁰, являющегося внучатым племянником А.А. Мейер, первый Мейер попал в Россию при Екатерине II, которая выписала немецкого врача для лечения глаз светлейшего князя Г.А. Потёмкина-Таврического. С этого времени берет свое начало династия врачей Мейер. Также со слов А.А. Буганина, А.А. Мейер всегда ходила в очках с толстыми линзами, очень этого стеснялась и офтальмологом стала, главным образом,

чтобы разобраться со своими проблемами. Все годы, после сложения полномочий заведующей Глазной лечебницей в 1910 г., А.А. Мейер проживала в Уфе. С началом Первой мировой войны в 1914 г. она работала в одном из лазаретов Уфы, коих во время войны было много в губернской столице. Также по совместительству консультировала при Самара-Златоустовской железной дороге, где принимала два раза в неделю. В 1914-1916 гг. на

страницах «Уфимского вестника» часто выходили объявления, касаемые частного приема А.А. Мейер по глазным болезням, которые осуществлялись по ее месту жительства на 3-м этаже доходного дома купца С.С. Меклера по улице Александровская, д.18¹¹ (рис. 7). А.А. Мейер имела стаж работы 31 год, 20 лет из которых проработала в Уфимской губернии и Башкирской республике, а также 5 лет в качестве врача на других территориях и 6 лет в качестве фельдшера-акушерки. В начале 1926 г. она обратилась в Башнаркомздрав с ходатайством «...о назначении ей пенсии, вследствие невозможности продолжать службу, по преклонности лет». ¹² Башнаркомздрав поддержал ее ходатайство, и на заседании Комиссии по назначению персональной пенсии при Народном комиссариате социального обеспечения РСФСР было принято постановление о назначении А.А. Мейер пенсии в размере 60 рублей в месяц начиная с 1-го января 1927 года (вместо заявленных ранее 50 рублей): «... Заслуга перед народом и Революцией врача А.А. Мейер оценена зачислением ее в кадры персональных пенсионеров» (рис. 8).¹³ Представительство Башкирской АССР при Президиуме ВЦИК РСФСР выступило с предложением о присуждении А.А. Мейер звания «Герой труда», но судьба ходатайства неизвестна. После ухода на пенсию А.А. Мейер продолжила вести частный прием пациентов по месту своего проживания по улице Сазонова, д. 107.¹⁴

⁹Скачилов В.А. Люди подвига и долга: Историко-революционные очерки о медиках Башкирии. — Уфа: Башкирское книжное издательство, 1973. — С. 225
¹⁰НА РБ. Ф. Р-4348. Оп. 2. Д. 25. Л. 80
¹¹НА РБ. Ф. Р-443. Оп. 1. Д. 80. Л. 2
¹²Ныне ул. Пушкина, 99
¹³Государственный архив кантона Берн (Staatsarchiv des Kantons Bern, Швейцария). ВВ 05.10.34
¹⁴Meyer A. Statistischer Beitrag zur Epidemiologie des Keuchhustens: дисс... д-ра наук. — Bern: Buchdruckerei Stämpfli & Cie, 1900.
¹⁵О.Г. Аксакова — любимая внучка писателя С.Т. Аксакова. Ей были посвящены книга «Детские годы Багрова-внука», сказка «Аленький цветочек». Занималась сбором и хранением архива Аксаковых. Основательница кумысолечебницы вблизи г. Белебея (ныне санаторий им. С.Т. Аксакова).
¹⁶Адрес — календарь Уфимской губернии и справочная книжка на 1916 г. г. — Уфа: Электрическая губернская типография. — С. 61, 75
¹⁷Государственный архив кантона Берн (Staatsarchiv des Kantons Bern, Швейцария). ВВ 05.10.34
¹⁸А.А. Буганин — живописец, график, член Союза художников РФ.
¹⁹Ныне улица К. Маркса.
²⁰НА РБ. Ф. Р-443. Оп. 1. Д. 879.
²¹НА РБ. Ф. Р-443. Оп. 1. Д. 879. Л. 22
²²Адресно-справочная и телефонная книга «Вся Башкирия» на 1925 г. — Уфа, 1925. — С. 244



Е.Ю. Зубкова
(Самара)



Д.м.н. В.Э. Танковский
(Москва)



К.м.н. Е.А. Замыцкий
(Самара)



К.м.н. Т.Д. Охочимская
(Москва)



К.м.н. Е.А. Карауловская
(Нижний Новгород)

(начало на стр. 2)

Кутикулярные друзы могут иметь коническую форму, по размеру превосходят РПД, локализируются под пигментным эпителием, что является важным дифференциально-диагностическим признаком. Подразделяются на: фенотип 1 — многочисленные друзы, формирующие кластеры в макулярной зоне, иногда распространяющиеся за пределы аркад и в перипапиллярную зону; фенотип 2 — друзы, расположенные в заднем полюсе глаза, распространяющиеся на периферию сетчатки; фенотип 3 — крупные друзы (>200 мкм) с гиалинизированным содержанием или крупные коллоидные друзы.

Основные дифференциально-диагностические критерии друз: локализация, размер, форма. Дополнительные методы исследования: для мягких друз — структурная ОКТ, для РПД — SLO-режим, автофлуоресценция, структурная ОКТ.

Автор привела клинический пример пациентки с промежуточной стадией ВМД (мягкие друзы в макуле размером >125 мкм), которой было проведено 2RT-лечение. Послеоперационные мультимодальные исследования показали следующие результаты: восстановление структуры сетчатки, в центре — практически полная резорбция друзеноидного материала, восстановление структуры пигментного эпителия в зонах нанесения лазерных аппликаций; в SLO-режиме наблюдалось уменьшение объема друз в макулярной области. Светочувствительность сетчатки в макулярной области улучшилась, также улучшилась фиксация. Через 3 года после лечения — полное восстановление пигментного эпителия в зонах воздействия, сохранность наружных слоев сетчатки.

Таким образом, нетепловая репаративная лазерная терапия может предотвратить прогрессирование ВМД до поздней стадии и сохранить зрение пациентам с ВМД; для достижения положительного результата лечения ключевым моментом является правильный отбор пациентов; для определения показаний и выявления противопоказаний необходимо использовать все возможности мультимодальной визуализации и оценки функционального состояния сетчатки.

К.м.н. Е.А. Замыцкий (Самара) сделал доклад на тему «2RT: ожидания врача и пациента». По мнению автора, при ВМД на ранней и промежуточной стадии после применения 2RT-лазера следует ожидать замедление и остановку прогрессирования заболевания, сохранение и возможно улучшение зрения, стойкость результата (сроки и необходимость повторного лечения); при ДМО ожидания врача касаются уменьшения отека, сохранения зрения и также стойкости результата (вероятность рецидива на фоне компенсации и декомпенсации сахарного диабета). Относительно методики проведения процедуры были отмечены безопасность и хорошая переносимость пациентом, простота подбора мощности, высокая скорость выполнения.

Автор представил результаты лечения пациентов с ДМО, которые были разделены на две группы. В первую группу (16 глаз) вошли 10 мужчин и 4 женщины; высота отека варьировала от 320 до 528 мкм; острота зрения — 0,5 (0,2-0,9); уровень энергии составил 0,30 (0,14-0,40) мДж. Во вторую группу (12 глаз) вошли 6 женщин и 2 мужчины; высота отека варьировала от 361 до 580 мкм; острота зрения — 0,7 (0,4-0,9); уровень энергии — 0,2 (0,14-0,28) мДж. Сроки наблюдения — 1 и 3 месяца. Результаты по морфологии макулярной области показали сопоставимые профили по некоторому увеличению отека к первому месяцу и его уменьшению к третьему месяцу. Постепенное уменьшение

отека через 1 год по данным ОКТ привело его к полному исчезновению. Автор обратил особое внимание на выраженную резорбцию «твердого» экссудата, что, по мнению исследователей, может привести к активации макрофагальной системы, улучшению зрительных функций, отсутствию субретинального фиброза и, следовательно, к стабильности результатов вмешательства.

Наблюдательное исследование пациентов с ВМД (36 мес., 70 пациентов) продемонстрировало стабилизацию остроты зрения, высокие результаты по морфологии. При этом у 3 пациентов в группе 2RT и 1 — в группе контроля наблюдалось ухудшение зрения на 0,16 вследствие появления признаков возрастной катаракты — пациенты из исследования были исключены. Наблюдались также случаи улучшения зрения без динамики по морфологии. За трехлетний интервал наблюдения ни один пациент с ВМД «не перешел во влажную форму».

В качестве выводов к.м.н. Е.А. Замыцкий отметил, что достижение схожих клинических результатов осуществимо без подбора строго определенной энергии (в определенном диапазоне энергии), что значительно упрощает процедуру ретинорепаративного лечения и существенно отличает его от пороговой коагуляции и субпорогового лазерного лечения, где дозирование энергии является принципиальным моментом, влияющим на эффективность и безопасность. Ожидаемая возможность улучшения зрительных функций при ретинорепаративном лечении была достигнута в реальной практике, в том числе и в случаях с ДМО, что позволяет использовать этот фактор в разговоре с пациентом с целью повышения его приверженности к лечению. Отсутствие критериев, позволяющих оценить изначальное состояние сетчатки, при котором возможно добиться морфологического и функционального эффекта после ретинорепаративной терапии, «наводит на мысль о необходимости проведения исследований, нацеленных на выявление таких критериев».

К.м.н. Т.Д. Охочимская (Москва) от группы авторов доложила о результатах пилотного исследования влияния 2RT-лазерного лечения на функциональные показатели и ретинальный кровоток. В исследовании участвовали 15 пациентов с промежуточной стадией ВМД. Оценивался кровоток (ультразвуковое исследование, лазерная спекл-флуориграфия) и функциональные показатели (электроретинография). Исследование проводилось до и через 1 сутки после 2RT-терапии. При ультразвуковом исследовании оценивалась максимальная систолическая скорость и конечная диастолическая скорость кровотока. Индекс резистентности (или индекс сопротивления) показывает периферическое сопротивление сосуда. Лазерная спекл-флуориграфия (ЛСФГ) — метод двумерной оценки глазного кровотока, основным показателем которого является MBR — средней показатель нечеткости (размытости) изображения. Помимо интегрального показателя MBR отдельно можно вычислить параметры для крупных сосудов и сосудов микроциркуляторного русла. Возможно изучение кровотока на диске зрительного нерва (ДЗН) или в макулярной области. Полученная составная карта кровотока накладывается на шаблон в определенной области для получения количественных показателей. Анализ кровотока на ДЗН дает представление о ретинальном кровотоке; исследование кровотока в макуле — о хориоидальном кровотоке.

Происходящие в макуле изменения измерялись путем макулярной хроматической ЭРГ на красный стимул, т.к. количество красных (L-типа) колбочек в макуле

является максимальным, что позволяет наилучшим образом отражать происходящие в макуле изменения. Были проанализированы такие показатели, как амплитуда, латентность А-волны (отражает функциональное состояние наружных и средних слоев макулярной области) и В-волны (отражает функциональное состояние биполярных клеток и клеток Мюллера).

После проведения 2RT ультразвуковое исследование кровотока выявило повышение конечной диастолической скорости кровотока в ЦАС и задних коротких цилиарных артериях (ЗКЦА), уменьшение индекса резистентности; ЛСФГ — некоторое снижение показателя сосудистой плотности в макуле (ARBS); макулярная электроретинография — достоверное снижение амплитуды А-волны, тенденцию к повышению В-волны.

Таким образом, исследование влияния 2RT-терапии на функциональные показатели и ретинальный кровоток выявило следующие результаты: снижение амплитуды А-волны (может рассматриваться как транзитная реакция наружной сетчатки на альтерацию ПЭ), повышение амплитуды В-волны (может рассматриваться как маркер активации биполяров и клеток Мюллера); повышение диастолической скорости кровотока, снижение индекса резистентности в ЦАС, ЗКЦА (может рассматриваться как один из этапов репаративного процесса, запущенного 2RT-терапией); корреляция латентности В-волны с показателями

кровотока в ДЗН по ЛСФГ. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения механизмов воздействия 2RT-терапии.

С заключительным докладом на тему «2RT-технологии в частной клинике. Быть или не быть?» от группы авторов выступила к.м.н. Е.А. Карауловская (Нижний Новгород). На сегодняшний день существует низкая осведомленность о 2RT-технологии как среди пациентов, так и как среди врачей первичного звена. Авторы поставили перед собой задачу всесторонне привлечь внимание к технологии 2RT. В работе применялись инструменты системного маркетинга; важное значение для популяризации технологии уделялось беседам с пациентами о выявленной патологии (с демонстрацией патологических изменений сетчатки), рисках снижения зрительных функций, вероятности перехода заболевания в более тяжелую стадию; об особенностях, уникальности, безопасности и эффективности 2RT-технологии и т.д. Врачи-офтальмологи первичного звена информировались о преимуществах технологии, для чего организовывались «дни открытых дверей» клиники с демонстрацией оборудования и возможностей оказания офтальмологической помощи, «круглые столы», выступления с докладами по проблеме на региональных и федеральных научных конференциях.

Материал подготовил
Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара



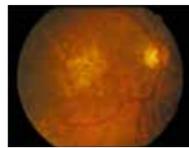
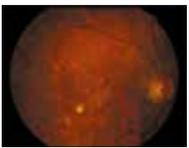
Лазерная система 2RT™ для лечения сухой формы возрастной макулярной дегенерации



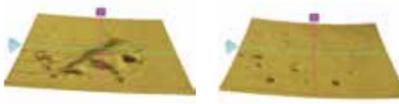
Нетепловая репаративная лазерная терапия сетчатки (2RT™) инициирует клеточные репаративные процессы наружной сетчатки: пигментного эпителия сетчатки, нейроэпителия и мембраны Бруха.

В отличие от обычной лазерной терапии воздействие 2RT™ абсолютно безопасно для нейроэпителия, не вызывает его теплового повреждения. Аппликаты наносятся в парамакулярной зоне, вдали от области центрального зрения.

Запатентованная технология компании AlphaRET позволяет генерировать низкоэнергетические наносекундные импульсы, приводящие к активации биологических процессов в тканях наружной сетчатки, приводящих к снижению толщины и увеличению проницаемости мембраны Бруха, восстановлению обмена веществ между нейроэпителием и хориокапиллярами, что в свою очередь способствует уменьшению либо полной резорбции друз.

До 2RT 3 месяца после 2RT



Восстановление транспортной функции комплекса «пигментный эпителий – мембрана Бруха» позволяет замедлить развитие ВМД и предотвратить её переход в экссудативную или атрофическую форму.

AlphaRET

Информация предназначена для медицинских работников

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412. Тел.: +7 (495) 662-78-66
E-mail: publication@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru

Ерошевские чтения

VIII политематическая офтальмологическая конференция

> стр. 1

Завершил секцию хирург Д.И. Усков, который успешно провел хирургическое лечение катаракты с подвывихом хрусталика.

Общение с залом было бесценно для всех участников, позволив обменяться опытом и знаниями, а также обсудить актуальные вопросы и новые методы в области офтальмологической хирургии.

Секция «Вопросы хирургии глаукомы» (модератор М.В. Радайкина) вызвала большой интерес аудитории и была отмечена множеством вопросов докладчикам и активной дискуссией.

Открыла работу секции к.м.н. В.Н. Германова (Самара) с докладом «Перспективы применения селективных иммуносупрессантов для профилактики рубцевания зоны гипотензивного вмешательства». В своем сообщении автор осветила такие вопросы, как патофизиология течения раневого процесса и фармакологические возможности его коррекции. Несмотря на широкое применение антиметаболитов в хирургии глаукомы, количество осложнений, которые вызывает данная группа препаратов заставляет искать более безопасные методы профилактики избыточного рубцевания в хирургии глаукомы. В своей работе В.Н. Германова предложила использовать насыщенные циклоспорином А и эверолимусом дренажи Глаутекс. Работа носила экспериментальный характер и проводилась на кроликах. Автор отметила, что наилучшие результаты были получены в группах с применением Циклоспорина А и эверолимуса, причем эверолимус оказался более эффективным в отношении профилактики избыточного рубцевания в хирургическом лечении глаукомы. Несмотря на обнадеживающие результаты, для применения данной методики у людей необходимы дальнейшие клинические исследования.

Далее О.Г. Макарова (Чебоксары) выступила с сообщением «Первый опыт комбинированного лечения первичной открытоугольной глаукомы и осложненной катаракты с применением механического трабекулоклининга и фактоэмulsификации катаракты с имплантацией ИОЛ». Автор предложила методику механического трабекулоклининга, проводимого под гониоскопическим контролем с помощью специального инструмента во время фактоэмulsификации катаракты с имплантацией ИОЛ. Автор отметила высокую эффективность предложенной методики у большинства пациентов. Доклад вызвал большой интерес аудитории. В дискуссии приняли участие многие слушатели, которые поделились собственным опытом применения хирургии глаукомы ab interno.

Доклад «Комбинированная циклофотокоагуляция с применением трансиллюминации» представил Р.А. Яковлев (Чебоксары). В своем сообщении автор отметил, что большое количество осложнений при проведении классической ЦФК связано с тем, что зачастую нанесение лазерных коагулятов происходит «вслепую», а микроимпульсная ЦФК сопровождается меньшим числом осложнений, но она оказывается менее эффективна в отношении снижения ВГД. Р.А. Яковлев предлагает комбинировать эти методики, но для визуализации отростков цилиарного тела при проведении трансиллюминации ЦФК использовать трансиллюминацию. Оригинальный подход вызвал большой интерес слушателей, которые задали докладчику целый ряд вопросов.

Наибольший интерес и жаркую дискуссию вызвали доклады к.м.н. А.Н. Казеннова (Москва) и д.м.н. И.И. Хуснитдинова (Уфа), касающиеся хирургического лечения неоваскулярной глаукомы с применением дренирующих устройств. А.Н. Казеннов в своем докладе осветил особенности имплантации клапанного дренажа Ахмед и послеоперационного ведения таких пациентов. И.И. Хуснитдинов поделился своим опытом использования нового дренирующего устройства GlaucoDrain. Автор представил 3 клинических случая и обратил внимание на то, что данное устройство не имеет клапанного механизма, поэтому во время его установки



Приветственное слово ректора Самарского государственного медицинского университета д.м.н. А.В. Колсанова



Сессия «живой хирургии»

во избежание гиперфильтрации необходимо перевязать трубочку дренажа. Использование дренажных систем становится все более актуальным для хирургии рефрактерной глаукомы. Опыт ведущих хирургов, отраженный в докладах, касался не только собственно хирургической техники, но и вопросов профилактики образования капсулы вокруг тела дренажа, борьбы с гипотонией, организационных моментов дренажной хирургии. В дискуссии также приняли участие М.В. Радайкина, к.м.н. В.Н. Германова, д.м.н. О.В. Унгуриянов, д.м.н. Е.В. Карлова, д.м.н. А.В. Золотарев.

Закрывала секцию д.м.н. Е.В. Карлова (Самара) с докладом «Как повысить эффективность хирургического лечения глаукомы». Автор привела последние данные об эффективности различных гипотензивных вмешательств, коснулась вопросов определения критериев успеха, достижения давления цели и назначения гипотензивной терапии у оперированных пациентов. Также были рассмотрены механизмы пролиферативной активности тканей в зоне гипотензивных операций и влияние на них предшествующей гипотензивной терапии. Проблема позднего направления пациентов на хирургию глаукомы и чрезмерное увлечение офтальмологов массивной гипотензивной терапией является общепризнанной. В ходе ответов на вопросы были обсуждены идеальные схемы ведения пациентов с глаукомой, позволяющие повысить эффективность гипотензивной хирургии и дающие надежду на будущие успехи в борьбе с данным опасным инвалидизирующим заболеванием.

В 2024 году на Ерошевских чтениях впервые прошла секция под неожиданным названием «Острое перо на службе острого зрения: вопросы социальной рекламы и PR в офтальмологии».

Врачи-офтальмологи нуждаются в продвижении и объяснении пациентам своих способов лечения, поскольку это очень сложные и важные для людей методы.

На заседании нашей секции был представлен опыт продвижения в соцсетях как государственных медицинских учреждений, так и частных брендов

Дмитрий Афанасьев, представитель Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», подробно рассказал, как работать в социальных сетях при всех существующих ограничениях для госучреждений. В Чебоксарском филиале нарабатан ценный опыт сопровождения деятельности медучреждения, работы с комментариями и возражениями.

Особенно ценно то, что вся работа ВКонтакте ведётся круглосуточно, силами двух специалистов.

Прекрасным опытом собственного продвижения в соцсетях (причем во всех возможных!) поделился Дмитрий Дорофеев из Челябинска. Его уникальность в соединении различных методов продвижения, включающих телеграмм, Ютуб, ВКонтакте, Одноклассники и подкасты на радио.

Доктор Виктор Борзых из Москвы в своем рассказе о том, как начинался его путь в бурном море интернета семь лет назад, не побоялся привести примеры своих первых неудачных видеопостов, дал коллегам массу ценных советов, которые абсолютно реализуемы. А главное, вдохновил целый коллектив больницы им. Ерошевского попробовать и пойти по этому пути.

Доктор Константин Руссов (Самара) также поделился своим видением работы в соцсетях: об особенностях общения с пациентами в интернете; о плюсах и минусах упрощенного изложения медицинской информации

Маркетолог Антон Игнатенко (Самара) поделился опытом продвижения бренда больницы им. Ерошевского в соцсетях, о проблемах и путях решения этих проблем.

Важно отметить, что все спикеры получили приглашение выступить на конференции на основании главного критерия — количества подписчиков в соцсетях, количества просмотров и лайков. У всех вышперечисленных спикеров высокая интернет-активность, и большое количество подписчиков.

Секция «Вопросы рефракционной хирургии» (модератор С.Ю. Туровский) была отмечена высокой практической значимостью докладов и вызвала интерес аудитории.

Открыл работу секции профессор А.Ю. Слонимский (Москва) с докладом «Инновации в роговично-рефракционной хирургии». В своем сообщении лектор рассказал о новых технологиях в роговичной хирургии, которые внедряются в головных медицинских учреждениях нашей страны и за рубежом. Технические новинки, включая твердотельный лазер для роговичной абляции, вызвали огромный интерес слушателей.

Далее к.м.н. А.Н. Каримова (Москва) выступила с докладом «Рефракционная экстракция лентиккулы с использованием двух лазерных установок: как определиться с выбором». Автор отметила преимущества рефракционной экстракции лентиккулы по сравнению с другими методиками лазерной коррекции зрения. Поделилась своим опытом использования лазерных установок Ziemer FemtoLDV Z8 и Zeiss VisuMax 500. Лектор отметила, что по хирургической технике выполнения удобны обе лазерные системы. Итоговые результаты максимально скорректированной остроты зрения одинаковые. При этом предсказуемость при коррекции цилиндрического компонента рефракции в пределах +/-0,5 дптр была достигнута в 77,4% после SMILE при дооперационных значениях с_{yl} от -0,5 до -4,25 дптр, в 82,9% после CLEAR при дооперационных значениях с_{yl} от -0,5 до -2,75 дптр. Доклад вызвал большой интерес аудитории.

Д.м.н. С.В. Труфанов (Санкт-Петербург) представил доклад на тему «Имплантируемые колламерные линзы EVO ICL с V4c для

коррекции близорукости». Были отражены высокие результаты многоцентровых клинических исследований по оценке эффективности, безопасности и предсказуемости результатов после имплантации факических интраокулярных линз EVO ICL V4c производителя STAAR Surgical. Имплантация факических ИОЛ — метод выбора для пациентов с высокой степенью близорукости, у которых есть абсолютные или относительные противопоказания к лазерной коррекции зрения, или в тех случаях, когда коррекцию зрения технически выполнить невозможно (недостаточная толщина роговицы, высокая степень миопии).

Доклад к.м.н. Т.С. Кузнецовой на тему «Интраоперационные осложнения при коррекции миопии по технологии CLEAR поправимы» был очень интересен практикующим хирургам, которые работают на установке Zimmer LDV Z8 по технологии CLEAR. Было наглядно продемонстрировано, что такие интраоперационные осложнения, как несформированный рез или несформированная поверхность лентиккулы можно поправить, используя возможности программного обеспечения фемтосекундного лазера Zimmer LDV Z8, даны практические рекомендации.

Доклад «Повторные вмешательства после лазерных рефракционных операций: ничего невозможного нет», который представила к.м.н. Л.В. Баталина (Москва) вызвал практический интерес. В своем сообщении автор рекомендовала алгоритм выбора метода докоррекции после LASIK и ФПК, основанный на личном многолетнем опыте. Также отметила, что при докоррекции FEMTORING CUT используются специальные настройки фемтосекундного лазера для входа в старый интерфейс. Актуальность проблемы данного доклада высока, так как, согласно данным литературы, 5-28% пациентов после LASIK по поводу миопии, гиперметропии или астигматизма требуют докоррекции в отдаленном (от 3 до 14 лет) периоде наблюдения. Докладчик обратила внимание аудитории на то, что пациенты после лазерной коррекции привыкают к хорошему зрению без очков и линз, поэтому при регрессе результата всегда настроены на повторное вмешательство и готовы к сотрудничеству. В ходе доклада были предложены эффективные алгоритмы повторных вмешательств после лазерных рефракционных операций.

Продолжила секцию к.м.н. Е.С. Бранчевская (Самара) с докладом «Возможные комбинации хирургических вмешательств при зрительной реабилитации пациентов с нерегулярным роговичным астигматизмом». Сообщение было наполнено клиническими примерами, даны практические рекомендации исходя из личного опыта решения нестандартных случаев. Лектор показала возможность улучшения зрительных функций у пациентов с нерегулярным роговичным астигматизмом при грамотном сочетании различных хирургических методик.



Профессор А.В. Золотарев (Самара)



Д.м.н. Е.В. Карлова (Самара)



К.м.н. А.И. Золотарева (Самара)



Д.м.н. О.В. Жукова (Самара)

Профессор Е.Б. Ерошевская (Самара),
профессор А.В. Золотарев (Самара)Профессор М.М. Шишкин (Москва),
д.м.н. В.П. Николаенко (Санкт-Петербург)Д.м.н. О.В. Проскурина (Москва),
д.м.н. В.В. Кадышев (Москва)

Очень ярким и оригинальным получилось выступление Е.А. Спиридонова (Самара) «Ошибки рефракционного хирурга. Личный опыт», в котором докладчик проанализировал, систематизировал и даже классифицировал ошибки хирурга, встречающиеся в клинической практике и нарушающие основной принцип медицины «не навреди». Прекрасно оформленная презентация осветила сделанные выводы и стала подспорьем не только для начинающих, но и для опытных хирургов.

Закрывала секцию к.м.н. О.В. Павлова (Самара) с докладом «Роговичные осложнения рефракционной хирургии: статистика обращений». В своем сообщении автор обратила внимание на специфику осложнений. Была отмечена важность направлять пациентов на лечение в ранние сроки после операции при наличии характерных жалоб. Автор сообщения показала разработанные схемы лечения пациентов с различными послеоперационными осложнениями после рефракционной хирургии. Показала результаты проведенной работы. Доклад получился емким, практически значимым и наглядным.

Секция, посвященная детской офтальмологии, была обширной и разнообразной. Открыл заседание д.м.н., руководитель научно-клинического центра генетики глазных болезней, заведующий кафедрой офтальмогенетики Института ВидПО ФГБУ НГМЦ В.В. Кадышев (Москва). В своем докладе автор рассказал о механизмах наследственных заболеваний глаз, возможностях диагностики, симптомах, необходимости и целесообразности раннего выявления данной группы заболеваний. В.В. Кадышев подчеркнул, что диагностика заболевания предопределяет прогноз для пациента, поскольку орфанная наследственная патология — это прогрессирующая болезнь. Именно поэтому раннее выявление и корректная диагностика формы заболевания напрямую влияет на выбор эффективных методов лечения. Автор выделил наиболее ранние симптомы наследственного заболевания сетчатки: нистагм, низкое зрение, нарушения цветового зрения и ряд других симптомов. В докладе затронуты существующие методы диагностики и важность междисциплинарного подхода к выявлению данной патологии, тесное сотрудничество в работе с

врачами-генетиками. Были приведены клинические случаи успешного лечения такой орфанной патологии как врожденный амавроз Лебера и важность дифференциальной диагностики данной патологии, приведены результаты лечения после введения генотерапевтического препарата. Диагностикой и лечением наследственных дистрофий сетчатки занимается единственный в России Научно-клинический центр офтальмогенетики МГНЦ им. академика Н.П. Бочкова.

Д.м.н. И.С. Зайдуллин, заведующий детским микрохирургическим отделением Уфимского НИИ глазных болезней, в докладе «Результаты хирургического лечения детей с синдромом первичного перестроения стекловидного тела» рассказал о клинической картине различных форм синдрома ППГСТ и тактике его хирургического лечения, включающей аспирацию врожденной катаракты, имплантацию интраокулярной линзы и витрэктомии. В докладе были описаны собственные методики проведения подобных операций, разработанные и успешно применяемые автором.

Д.м.н. О.В. Проскурина (НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца), Москва) представила доклад «Двухлетние результаты применения очковых линз со встроенными кольцами высокоасферичных микролинз Stellest для контроля миопии у детей». В докладе убедительно показано, что данный вид линз прекрасно работает в плане стабилизации прогрессии миопии. Достоверно замедляется увеличение аксиальной длины глаза, а, следовательно, происходит увеличение миопической рефракции. Также отмечено положительное влияние ношения линз Stellest на аккомодационную функцию глаза. Сравнивался опыт применения в России и Китае — результаты получились сопоставимыми. Линзы одинаково хорошо работают как на глазах российских детей, так и на глазах детей в других странах. Особенно ценно то, что это практически единственный шанс для остановки роста глазного яблока у тех детей с прогрессирующей близорукостью, кому по тем или иным причинам другие методы коррекции недоступны.

В докладе к.м.н. Н.А. Бакаловой и д.м.н. А.В. Мягкова (Национальный институт миопии), Москва) «Контроль миопии: подбор средств коррекции или медицинская технология» основное внимание было уделено необходимости тщательного соблюдения

правил подбора и использования средств контроля миопии: дефокусных очков и контактных линз. Несоблюдение этих правил ведет в лучшем случае к неэффективности средств контроля миопии, а в худшем случае к возникновению тяжелых осложнений. Таким образом, использование средств коррекции миопии — это медицинская технология, все правила которой должны тщательно выполняться, что является залогом эффективного и безопасного ее применения.

С докладом на тему «Контроль миопии и защита от солнца» выступила к.м.н. У.В. Дядина (ООО «Линзы Хойя Рус», Москва). В своем выступлении автор рассказала историю разработки фирмой HOYA дефокусной очковой линзы для коррекции и контроля миопии DIMS. Эффективность дефокусных очков в дизайне DIMS была подтверждена в двухлетнем рандомизированном исследовании, проведенном в Китае. Прогрессирование миопии уменьшилось у детей, носивших линзы DIMS, в среднем по осевому удлинению на 60%, по сферозэквиваленту — на 59%, прогрессирование миопии было остановлено у 21,5% детей (опубликовано 29.05.2019). В настоящее время в офтальмологическом сообществе активно ведутся дискуссии о пользе прогулок детей на открытом воздухе в солнечное время, что способствует замедлению прогрессирования миопии у детей. Однако солнце может оказывать агрессивное воздействие на сетчатку ребенка. Так как данный вид очковой коррекции требует постоянного ношения очков, что затруднительно в солнечные дни, компания HOYA выпустила на рынок солнцезащитные поляризационные линзы — контроль миопии и защита глаз от солнца MiYOSMART Sun bird и Chameleon, что позволяет детям постоянно находиться в очках как в помещении, так и на улице.

Интерес привлек доклад к.м.н. М.В. Маховой (доцент кафедры офтальмологии Ярославского государственного медицинского университета) «Ранняя диагностика прогрессирующей миопии сочетание двух оптических методов: оптической бесконтактной биометрии и оптической когерентной томографии. Результаты, получаемые этими двумя методиками, объединены в Показателе структурного прогрессирования

миопии (ПСММ), который наглядно разделяет виды миопии: прогрессирующая миопия, миопический рефрактогенез аксиальный и фронтальный, стабильная миопия. Авторы предложили ввести термин «микрофлюктуационный эксцесс», которым они обозначают проявление перенапряжения цилиарной мышцы, выявленной при аккомодационном исследовании. Микрофлюктуационный эксцесс может служить предиктором ускоренного прогрессирования близорукости, а своевременное его выявление и лечение предупреждает аккомодационную астенопию и улучшает качество жизни пациентов.

Блок, посвященный **глазодвигательным нарушениям**, открыла д.м.н., главный внештатный детский офтальмолог по Приволжскому федеральному округу Минздрава России О.В. Жукова (Самара). Она представила доклад «Роль скрытого пареза вертикальных мышц в развитии содружественного косоглазия у детей». Проведенные автором исследования показали, что парез верхней косой мышцы является важным пусковым механизмом в развитии инфантильной содружественной эзотропии у детей. Этот фактор обнаруживается не сразу, но обязательно должен быть выявлен. Вертикальный компонент при инфантильном сходящемся содружественном косоглазии обнаруживается не менее чем у 40% детей и требует обязательной хирургической коррекции для создания условий, позволяющих не только получить правильное положение глаз, но и развить полноценные бинокулярные функции. В случае если вертикальная девиация при сходящемся косоглазии вызвана парезом верхней косой мышцы с гиперфункцией нижней косой, горизонтальный и вертикальный компоненты могут быть устранены в процессе одной операции на прямых горизонтальных мышцах и нижней косой мышце. При обнаружении пареза верхней прямой мышцы на одном глазу для устранения горизонтальной и вертикальной девиации может потребоваться несколько хирургических этапов.

Е.Ю. Некрасова (Москва) выступила с сообщением от группы авторов «Почему мы выбираем StraboCare в хирургии косоглазия». Авторы под руководством д.м.н. профессора И.Э. Азнауряна предложили методику StraboCare для комплексного лечения ранее оперированного косоглазия. Была



Профессор А.Ю. Слонимский
(Москва)



Профессор Е.Ю. Маркова
(Москва)



Профессор И.Е. Панова
(Санкт-Петербург)



Профессор Л.Л. Арутюнян
(Москва)



Секция «Инновационные методы лечения заболеваний сетчатки»



Вручение почетных дипломов партнерам конференции



В.Р. Абдуллин (Уфа)

проведена магнитно-резонансная томография для уточнения локализации мышц и определения тактики хирургического вмешательства, далее было проведено два этапа малотравматичной хирургии косоглазия с использованием радиоволнового ножа и техники дозирования хирургии косоглазия с использованием программы математического моделирования StraboSoft, а также лазерная коррекция гиперметропического астигматизма для создания оптимальных условий для лечения рефракционной амблиопии. Доклад вызвал большой интерес аудитории, особенно видеоряд самого оперативного вмешательства.

Доклад «Лазерная коррекция зрения в практике детского врача-офтальмолога» представила С.Г. Агагулян (Москва). В своем сообщении автор рассказала о клинических случаях применения лазерной коррекции зрения в детском возрасте при гиперметропии и гиперметропическом астигматизме по методике, разработанной И.Э. Азнауряном. Все клинические случаи наблюдались в клинике не менее двух лет с динамической оценкой циклоплегической рефракции длины передне-задней оси глазного яблока и других параметров для оценки стабильности достигнутого рефракционного результата. Лазерная коррекция зрения показала у пациентов с аккомодационным косоглазием высокую эффективность в исправлении угла косоглазия и достижении высоких зрительных и бинокулярных функций. Оригинальный подход вызвал большой интерес слушателей.

Дискуссионную тему лазерной коррекции гиперметропической анизометропии у детей затронула в своем докладе «Влияние различных способов оптической коррекции на восстановление аккомодационных нарушений у детей с анизометропической амблиопией и гиперметропией» и Ксения Андреевна Александрова (Чебоксарский филиал НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»). Автор отметила, что анизометропическая амблиопия приводит не только к снижению остроты зрения амблиопического глаза, но и к аккомодационным нарушениям. Было проведено изучение эффективности лечения амблиопии и нарушений аккомодации у детей, анизометропия у которых была скорректирована очками, контактными линзами и процедурой

ФемтоЛАЗИК. Доказано, что лучшие результаты по повышению остроты зрения и коррекции слабости аккомодации в амблиопическом глазу были получены у детей после коррекции анизометропии методом фемтоЛАЗИК. Коррекция контактными линзами оказалась в 1,7 раза менее эффективной, а очковая коррекция уступала фемтоЛАЗИК по эффективности в 3,3 раза.

С докладом на тему «Глазные проявления гипоплазии сетчатки у детей» выступила А.Е. Никитина. Доклад был подготовлен в соавторстве с д.м.н., профессором Е.Ю. Марковой (НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва). Автор представила алгоритм ведения пациентов с древесным кератоконъюнктивитом и два клинических примера пациентов с данным диагнозом. У детей было генетически подтверждено наличие гена SERPINE1, который негативно воздействует на фибринолиз и препятствует растворению тромбов, что повышает риск сосудистых осложнений и вызывает формирование фибриновых пленок на слизистых оболочках, в том числе и на конъюнктиве век. Лечение пациентов — консервативное. Криотерапия и хирургическая резекция обычно приводит к быстрому рецидиву. Итальянские офтальмологи описывают опыт успешного применения капель, содержащих бактериальную стрептокиназу и ацилированный плазминоген. А FDA одобрило применение препарата Ryplazim (плазминоген человеческий — tmvh).

Доклад «Хирургическое устранение врожденного птоза с помощью пластики лоскутом лобной мышцы у детей с минимальной функцией или отсутствием функции мышцы, поднимающей верхнее веко (метод Frontal Flap)» от группы авторов представила О.А. Ушникова (Ростов-на-Дону). В своем сообщении авторы поделились опытом применения техники подшивания леватора верхнего века к лобной мышце и оценили результаты оперативного лечения. Докладчик отметила эффективность данной методики у пациентов с отсутствием функции леватора верхнего века и ограничением движения глаза вверх, а также преимуществом представленной методики по сравнению с традиционным подшиванием верхнего века к лобной мышце. Во всех случаях проведения оперативного лечения

достигнут положительный результат. Преимуществом данной техники является то, что она позволяет совершить операцию одним доступом, оставляя минимальные косметические следы, и не требует использования синтетических подвешивающих нитей, что позволяет снизить риск развития аллергических реакций и возникновения гранулём и воспалительных процессов.

Завершил заседание доклад заведующего детским микрохирургическим отделением Самарской офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского А.Е. Синеока на тему «Трансклеральное подшивание ИОЛ у детей». Автор отметил актуальность и сложность проблемы подшивания ИОЛ у детей в случае отсутствия капсульной поддержки линзы. Данная проблема возникает в глазах с травматической катарактой, а также при наследственной патологии, сопровождающейся помутнением хрусталика и слабостью его связочного аппарата. Автор представил собственную методику подшивания интраокулярной линзы у детей, продемонстрировав видео фрагмента операции. Были показаны результаты хирургического лечения детей с врожденной эктопией хрусталика, отмечены технические преимущества предложенной техники подшивания ИОЛ, позволяющие уменьшить осложнения хирургии и вероятность развития вторичной катаракты.

Все доклады, представленные на секции «Проблемы детской офтальмологии» вызвали большой интерес у аудитории. Присутствующие офтальмологи имели возможность задавать вопросы. По ряду проблем прошли оживленные дискуссии.

Насыщенная программа секции «Сложные вопросы диагностики глазных заболеваний» привлекла большое количество участников.

Секцию открыла профессор Л.Л. Арутюнян (Москва) с докладом «Требуют ли пересмотра привычные парадигмы диагностики и лечения глаукомы». Докладчик напомнила о ограниченных возможностях классических методов диагностики глаукомы -ОКТ и пороговой периметрии в мониторинге поздних стадий и выявлении ранних признаков глаукомы и рассказала о преимуществе технологии оптической микроангиографии для описания прогрессирующей

потери ганглиозных клеток и внутреннего плексиформного слоя сетчатки, поскольку ухудшение перфузии в перипапиллярном радиальном сплетении и макулярной зоне сетчатки предшествуют структурным изменениям. Л.Л. Арутюнян также рассказала о новых биомаркерах дегенерации нервных волокон при ранней диагностике глаукомы и возможностях их применения в клинической практике.

Секцию продолжил к.м.н. С.В. Милаш (Москва) с докладом «Обширная макулярная атрофия с псевдодузами (EMAP): данные мультимодальной визуализации для более точной оценки стадии дистрофического процесса, выбора оптимальной тактики лечения и наблюдения за пациентом, а также для выявления признаков и оценки рисков дальнейшего прогрессирования ВМД. С применением мультимодального подхода в диагностике ВМД были получены новые данные, и появились более подробные классификации как поздних стадий ВМД (макулярной атрофии и макулярной неоваскуляризации), так и ранней стадии ВМД. Так в классификации NICE учитываются новые томографические биомаркеры (ретикулярные друзы, вителлиформные изменения, аваскулярная отслойка пигментного эпителия сетчатки и другие), которые оказывают существенное влияние на прогрессирование ВМД. Новая классификация ВМД, сложная, многофакторная, требует значительного времени для осмысления и определения пациента к определенной категории, и для оптимизации процесса диагностики и принятия решений в настоящее время активно разрабатываются и уже применяются программы на основе искусственного интеллекта.

К.м.н. М.М. Архипова (Москва) представила доклад на тему «Биомаркеры ранних стадий ВМД. Оценка рисков прогрессирования». Автор обратила внимание аудитории на сложность субъективной оценки эффективности лечения ранней и промежуточной стадий ВМД и необходимость использования мультимодальной визуализации для более точной оценки стадии дистрофического процесса, выбора оптимальной тактики лечения и наблюдения за пациентом, а также для выявления признаков и оценки рисков дальнейшего прогрессирования ВМД. С применением мультимодального подхода в диагностике ВМД были получены новые данные, и появились более подробные классификации как поздних стадий ВМД (макулярной атрофии и макулярной неоваскуляризации), так и ранней стадии ВМД. Так в классификации NICE учитываются новые томографические биомаркеры (ретикулярные друзы, вителлиформные изменения, аваскулярная отслойка пигментного эпителия сетчатки и другие), которые оказывают существенное влияние на прогрессирование ВМД. Новая классификация ВМД, сложная, многофакторная, требует значительного времени для осмысления и определения пациента к определенной категории, и для оптимизации процесса диагностики и принятия решений в настоящее время активно разрабатываются и уже применяются программы на основе искусственного интеллекта.



Д.И. Дорофеев
(Челябинск)



Д.м.н. И.Д. Зайдуллин
(Уфа)



К.м.н. С.Л. Кузнецов
(Пенза)



С.В. Киросов
(Самара)

В заключение к.м.н. М.М. Архипова отметила, что профилактика прогрессирования ВМД должна осуществляться на ранних и промежуточных стадиях, заключаться в устранении факторов риска и своевременного и адекватного назначения нутрицевтиков AREDS формулы с доказанной эффективностью и высокой биодоступностью.

Нутрицевтики до недавнего времени были единственным методом снижения скорости прогрессирования ВМД. В течение последних 3 лет стал доступным еще один метод лечения, замедляющий прогрессирование ранней ВМД до поздних стадий — это нетепловая ретинопаративная терапия. О новом методе лечения и особенностях отбора пациентов доложила Е.Ю. Зубкова (Самара). Своевременное и обоснованное применение ретинопаративной терапии позволяет в 4 раза снизить вероятность развития МНВ. Однако метод имеет ряд противопоказаний. Самым сложным для выявления, по мнению практикующих врачей, являются ретикулярные псевдодрозы, для диагностики которых также необходима мультимодальная визуализация. В докладе обсуждались оптимальные методы визуализации, в том числе цветные СЛЮ изображения, аутофлюоресценция, исследование в отраженном свете, ОКТ и ОКТА биомаркеры для определения показаний — мягких друз, и противопоказаний — друзеноидной ОПЭ, начальных признаков ретикулярной атрофии, вителлиформных повреждений и скрытых мембран.

Тему использования искусственного интеллекта в анализе изображений глаза продолжил Д.А. Машков (Москва) с сообщением «Искусственный интеллект в анализе изображений глаза». Он описал основные стратегии обучения искусственного интеллекта и основные направления использования искусственного интеллекта в офтальмологии: сегментация (слои сетчатки, патологические структуры), классификация (скрининг, стадии заболевания, тип заболевания), прогнозирование (прогрессирование заболеваний, результаты лечения).

Доклад «Проблемные вопросы расчета ИОЛ» представил И.С. Старцев в соавторстве с О.Г. Нестерчук (Самара). В своём сообщении докладчик рассказал об истории развития формул для расчёта интраокулярных линз и обратил внимание аудитории на важность использования современных методов расчёта для получения наилучшей послеоперационной рефракции. В докладе также была затронута тема будущего развития формул для расчётов интраокулярных линз, а именно внедрение дополнительных параметров в формулы и использование искусственного интеллекта. Доклад был хорошо принят аудиторией.

В заключение к.м.н. Н.В. Муратова выступила с сообщением о возможностях использования микропериметра МР в диагностике и лечении офтальмологических заболеваний. Прибор позволяет получить качественное цветное изображение глазного дна, выполнить исследование светочувствительности центрального отдела сетчатки одновременно с визуализацией глазного дна в реальном времени и оценить параметры фиксации во время исследования. Прибор также можно использовать для тренировки фиксации при амблиопии или формирования новой точки фиксации у пациентов с макулярными дистрофиями, что способствует повышению остроты зрения и улучшению качества зрения.

Секция «Воспалительные заболевания глаза и патология роговицы» (модератор А.Е. Милудин) вызвала большой интерес у аудитории разнообразием и актуальностью тем докладов.

Открыла работу секции профессор И.Е. Панова (Санкт-Петербург) с докладом «Офтальмологические НПВС в клинической практике». В своём сообщении автор отметила роль нестероидных противовоспалительных средств в лечении роговичных патологий. Кроме того, был произведен сравнительный анализ различных НПВС при действии на роговицу. Доклад вызвал большой интерес слушателей.

Далее к.м.н. И.А. Рикс (Санкт-Петербург) выступила с докладом «Иммунные и инфекционные поражения роговицы». Автор осветила роль системных и аутоиммунных заболеваний как факторов риска кератитов. И.А. Рикс поделилась опытом лечения иммунных и инфекционных заболеваний конъюнктивы и роговицы, что является крайне актуальным и полезным.

Доклад «Цитомегаловирусные кератиты — новый взгляд на проблему» представил д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва). В своём сообщении автор отметил распространенность цитомегаловирусной инфекции за последние годы, а именно цитомегаловирусных кератитов, рассказал о роли конфокальной микроскопии в диагностике данного заболевания. Кроме того, Д.Ю. Майчук поделился четырьмя клиническими случаями пациентов с различным анамнезом и течением с подтвержденной цитомегаловирусной инфекцией, лечением и результатами. Доклад вызвал большой интерес у аудитории.

Д.м.н. Е.Г. Полунина (Москва) представила доклад «Конъюнктивит — современный взгляд на проблему», где были подробно рассмотрены современные подходы и тенденции с разбором алгоритмов комплексных клинических показателей.

Продолжила программу секции профессор Е.Э. Иойлева (Москва) с сообщением «Сочетанная патология зрительного нерва и роговицы». Автор поделилась редкими клиническими случаями сочетания рассеянного склероза и поражения роговицы.

Наибольший интерес и жаркую дискуссию вызвал доклад И.Г. Татаренко (Самара) «Наш опыт лечения роговичных осложнений после рефракционных вмешательств». Был проведен ретроспективный анализ клинических случаев пациентов после операции LASIK, которые лечились с бактериальными осложнениями роговицы, были предложены методы повышения эффективности медикаментозной терапии.

В.Р. Абдуллин (Уфа) был представлен доклад «Анализ результатов хирургического лечения хронического дакриоцистита по данным конусно-лучевой компьютерной томографии», где была представлена оценка результатов трансканаликулярной дакриоцистириномии.

Закрывал секцию заведующий офтальмологическим микрохирургическим отделением №2 СОКОБ им. Т.И. Ерошевского А.Е. Милудин (Самара) с докладом «Кератопластика с фемтолазерным сопровождением». Была представлена история развития кератопластики от истоков до наших дней. Автор сделал акцент на современных методиках выполнения кератопластики с применением фемтосекундного лазера. А также были продемонстрированы прекрасные результаты живой хирургии, выполненной накануне.

В рамках секции «Проблемы терапии глаукомы» (модератор И.А. Леонтьева) были освещены основные аспекты гипотензивной терапии и нейропротекции, являющейся одним из наиболее перспективных направлений лечения глаукомы.

Секцию открыл д.м.н. А.Е. Апрельев (Оренбург) с докладом «Целесообразная терапия глаукомы». В своем докладе автор затронул тему эпидемиологии ПОУГ, типы тонометрических кривых, а также выделил факторы неадекватной терапии глаукомы. Докладчик отметил, что особое внимание в лечении глаукомы необходимо уделять гипотензивным препаратам с нейропротекторными свойствами.

Продолжил работу секцию член международного клуба молодых ученых, изучающих глаукому «Научный авангард», Д.А. Дорофеев (Челябинск) с докладом «Сложности детектирования ретинопротекторного эффекта». Опосредованная нейропротекция не всегда позволяет достичь цели: пациенты могут продолжать терять зрение даже при

достигнутом целевом уровне ВГД. Автор в своем докладе привел данные, демонстрирующие сложность оценки ретинопротекторного лечения глаукомы.

Далее свой доклад «Дифференцированная терапия глаукомы фиксированными комбинированными препаратами» представила профессор Л.Л. Арутюнян (Москва). В условиях многообразия выбора лекарственных препаратов для лечения глаукомы особое значение приобретает дифференцированный подход к терапии пациентов с глаукомой. Доладчик сконцентрировала внимание слушателей на преимуществе фиксированных комбинаций и поделилась клиническими случаями из личного архива.

К.м.н. С.Р. Кидралеева (Москва) с докладом «Антиоксиданты в практике врача-офтальмолога» осветила влияние оксидативного стресса на структуры глаза и ответила на вопрос, какие антиоксиданты будут nivelировать патологические изменения в органе зрения.




**ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ
ОТ КОМПАНИИ SMI (БЕЛЬГИЯ)**

РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ



Полное
рассасывание
от 60 до 90 дней

**SURGICRYL
PGA**

Сургикрил ПГА



Полное
рассасывание
от 56 до 70 дней

**SURGICRYL
910**

Сургикрил 910

НЕРАССАСЫВАЮЩИЙСЯ



POLYPROPYLENE

Полипропилен
Синий



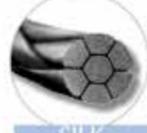
POLYESTER

Полиэстер



**DACLON
NYLON**

Даклон Нейлон
Черный



SILK

Шелк Плетеный



SILK

Шелк Крученный

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



К.м.н. С.Р. Кидралеева (Москва)



Д.м.н. А.Ж. Фурсова (Новосибирск)



Э.С. Босов (Москва)



К.м.н. С.А. Марных (Москва)

В продолжении работы секции выступила заведующая микрохирургическим отделением ГБУЗ СО-КОБ им. Т. И. Ерошевского М.В. Радайкина (Самара) с докладом «Что мы должны знать сегодня о терапии глаукомы», в котором дала ответы слушателям на основные вопросы: чем руководствоваться при выборе препарата для старта терапии глаукомы, какие особенности применения и побочные эффекты следует учитывать, какие препараты назначать при наличии коморбидной патологии у пациента, а также ответила на вопросы аудитории.

Завершила секцию д.м.н. Е.В. Карлова (Самара) докладом «Когда

лечение глаукомы не достигает цели», в котором были затронуты вопросы качества жизни пациентов с глаукомой, проблемы наблюдения и ведения пациентов с прогрессирующим течением глаукомы, даже несмотря на достижение целевых показателей уровня ВГД, на примере случая из практики.

Секция «Инновационные методы лечения заболеваний сетчатки» была посвящена проблемам терапии макулярной патологии, исходом которой нередко бывает необратимая потеря зрения. Основным методом лечения такой патологии на сегодняшний день является интравитреальная

медикаментозная терапия. В распоряжении врача появляется все больше препаратов для проведения такой терапии, в том числе воздействующих на два пути патогенеза, что ставит его перед выбором наиболее оптимальной тактики ведения в зависимости от индивидуальных потребностей пациента и активности патологического процесса. В связи с этим большая часть докладов была посвящена особенностям и подходам использования ингибиторов ангиогенеза и стероидов.

Секция была условно разделена на две части: первая часть включала доклады по лечению возрастной макулярной дегенерации

(ВМД), вторая — по макулярным отекам (МО) различной этиологии с упором на диабетический макулярный отек (ДМО). В основном объеме выступлений речь шла о медикаментозной терапии, завершающие доклады каждой части продемонстрировали возможности использования лазерной нетепловой ретинопаративной терапии, которую хозяева конференции первыми в стране начали применять в практике.

Первый доклад заместителя директора по лечебной работе Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова» к.м.н. С.В. Сосновского был посвящен вопросам оптимизации антиангиогенной терапии нВМД. Большое внимание было уделено особенностям лечения и выбору режима дозирования бrolуцизумаба. Были подробно описаны схемы лечения данным препаратом, которые с успехом применяются в филиале в течение нескольких лет.

Профессор А.Ж. Фурсова (Новосибирск) поделилась опытом применения двойного ингибирования в лечении нВМД с использованием препарата фарицимаб. Не редкость, что достаточно большое количество пациентов, получающих антиангиогенную терапию, не достигают желаемого эффекта, как анатомического, так и функционального. Именно фарицимаб, воздействующий на несколько звеньев патогенеза, применяется в таких случаях. Докладчик на клинических примерах убедительно продемонстрировала эффективность и безопасность препарата.

Учитывая то, что антиангиогенная терапия проводится в течение длительного времени, возникает необходимость в выработке определенных «столпов» терапии. Именно этот аспект осветила в своем выступлении к.м.н. О.Б. Клепинина, научный сотрудник отдела лазерной хирургии сетчатки НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова (Москва). В докладе прозвучали тезисы о необходимости выбора рационального подхода к выбору режима дозирования анти-VEGF препаратов. На сегодняшний день большинство специалистов-ретинологов выбирают режим T&E, как позволяющий избежать риска прогрессирования на основе проактивного подхода. Также были рассмотрены вопросы резистентности, продемонстрированы клинические примеры.

В последнем докладе «Нетепловая репаративная лазерная терапия сетчатки при ВМД: 3-летний опыт» в части, посвященной ВМД, профессор А.В. Золотарев (Самара) подробно рассказал о положительном опыте использования инновационной лазерной методики в ведении пациентов с ранними и промежуточными формами

ВМД, ранее не имевших возможности активного лечения. Докладчик акцентировал внимание на необходимости строгого подбора пациентов в соответствии с показаниями к проведению данной методики, а также перспективах ее дальнейшего внедрения в практику лечения пациентов с макулярной патологией.

Вторая часть секции началась с доклада «Патогенетические аспекты макулярного отека и возможности лечения», в котором профессор И.Е. Панова (Санкт-Петербург) вела речь об ишемических и воспалительных механизмах возникновения МО различной этиологии и о современных возможностях патогенетически обоснованной терапии затронутой патологии.

В докладе «Персонализированный подход к ведению пациентов с ДМО» к.м.н. М.М. Архипова (Москва) остановилась на ограниченности возможностей вдумчивого подхода при использовании лазеркоагуляции сетчатки для лечения ДМО. Основную часть выступления автор посвятила формированию тактики ведения пациентов с ДМО в условиях растущего разнообразия интравитреальных препаратов в зависимости от индивидуальных особенностей течения ДМО, в том числе речь шла о возможностях комбинирования различных препаратов с целью оптимизации лечения конкретного пациента.

Аспирант кафедры офтальмологии Э.Д. Босов (Москва) в своем докладе «Неоднозначность в понятии «персистенция» при ДМО: сфокусированный взгляд на проблему» представил неочевидные причины возникновения рецидивирующих и резистентных МО и показал возможность препаратов с двойным механизмом действия по борьбе с данными отеками.

Заключительный доклад «Двойное ингибирование и нетепловая ретинопаративная терапия в обыденной практике лечения ДМО», который представил к.м.н. Е.А. Замыцкий (Самара), включал в себя информацию об эффективности препаратов с двойным механизмом действия в условиях реальной практики, когда пациент не всегда может соблюдать режим инъекций. Вторая часть доклада содержала данные об эффективном применении новой безопасной лазерной методики, направленной на активацию пигментного эпителия сетчатки у пациентов с ДМО, а также о ее использовании в дополнение к интравитреальной медикаментозной терапии.

Закрытие конференции получилось теплым и трогательным. Самарские офтальмологи ждут своих коллег на волжских берегах в следующем году!

Материал и фотографии предоставлены оргкомитетом конференции

ГИАЛВИСК

РАСТВОР ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ВИСКОЭЛАСТИЧНЫЙ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ

**КОНТРОЛИРУЕМЫЙ
КАПСУЛОРЕКСИС**

**БЕЗОПАСНАЯ
ФАКОЗМУЛЬСИФИКАЦИЯ**

**ПРЕДСКАЗУЕМОСТЬ
ИМПЛАНТАЦИИ
ВСЕХ ТИПОВ ИОЛ**

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

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

ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»

Телефон/факс: (347) 223-44-33, 277-61-61, 277-62-62
e-mail: market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru

IX Байкальские офтальмологические чтения «Традиции и инновации в офтальмологии»

> стр. 1

На церемонии открытия конференции ее участников приветствовали: заместитель генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор Н.С. Ходжаев и директор Иркутского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, главный офтальмолог Иркутской области, заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор А.Г. Шуко, которые пожелали участникам успешной работы, расширения кругозора, повышения профессионального уровня, внедрения полученных знаний в клиническую практику.

Пленарное заседание открыл профессор А.Г. Шуко. В своем докладе «Диабетический цейтнот. Проблемы и решения», посвященном диагностике и лечению диабетической ретинопатии, докладчик акцентировал внимание на существующем мифе о негативных последствиях панретинальной лазерной коагуляции, что в результате приводит к применению малоэффективных, (щадящих) методик лечения (фокальной лазеркоагуляции в проекции зон ишемии, ПРК малых объемов). Профессор Шуко напомнил о том, что правильно выполненная на ранней стадии пролиферативного процесса панретинальная лазеркоагуляция сетчатки с использованием новых технологий в комбинации с антиангиогенной терапией является высокоэффективным методом лечения диабетической ретинопатии.

Почетным гостем юбилейной конференции стала советский и российский врач-офтальмолог, создатель российской онко-офтальмологической школы, лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Премии Правительства Российской Федерации, академик РАН, профессор кафедры офтальмологии с курсом детской офтальмологии и орбитальной патологии Российской медицинской академии последипломного образования, д.м.н., профессор Алевтина Федоровна Бровкина, которая долгое время дружила лично со С.Н. Федоровым и внесла огромный вклад в развитие российской офтальмологии.

Работа конгресса проходила в течение двух дней. В первый день сессии велась в трех залах. В первом зале внимание гостей привлекла работа международной секции. Были представлены два доклада врачей-офтальмологов из Грузии: М.Л. Двали и Ш.З. Схиртладзе. Профессор Двали рассказал об индивидуальном подходе в лечении и коррекции кератоконуса. Ш.З. Схиртладзе поделился информацией о складном искусственном стекловидном теле, предназначенном для хирургического лечения префиттированного глаза. Врач-офтальмолог из Франции Мария Михайлова доложила об индивидуальном подходе к реконструкции слезного канала после травмы, а также об эстетической блефаропластике. Председатель ассоциации врачей Узбекистана, врач-офтальмолог, кандидат медицинских наук З.У. Сидиков обратил внимание на проблему персистирующей эрозии у пациентов после сквозной кератопластики.

Интерес у слушателей вызвала работа секции, посвященной современным методам диагностики и мониторинга в офтальмологии. Заведующая диагностическим отделением Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» к.м.н. С.И. Жукова выступила с докладом «ОКТ-маркеры формирования патологической миопии», где речь шла об изменениях в сетчатке и сосудистой оболочке глаза. Профессор Д.С. Мальцев (г. Санкт-Петербург) обратил внимание на то, что универсальными биомаркерами сосудистой патологии также выступают ретинальные ишемические параваскулярные повреждения. О роли ультразвуковых методов визуализации в клинической практике рассказала к.м.н. К.В. Луговкина



Профессор А.Г. Шуко (Иркутск)



Академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва)



Профессор Т.Н. Юрьева (Иркутск)



К.м.н. М.А. Шантурова (Иркутск)



Профессор Н.С. Ходжаев (Москва)



К.м.н. Н.В. Волкова (Иркутск)

(г. Москва). Автор предложила обсудить преимущества УБМ в дифференциальной диагностике опухолей переднего отдела глаза, указала на то, что эффективность ультразвуковых методов сканирования доказана и необходима в прогнозе функциональных результатов оперативного и консервативного лечения.

Секция под руководством академика РАН, д.м.н., проф. А.Ф. Бровкиной (г. Москва), д.м.н., проф. И.Е. Пановой (г. Санкт-Петербург), к.м.н. А.С. Стоюхиной (г. Москва) была посвящена офтальмоонкологии. Специалисты обсудили вопросы применения и исхода брахитерапии, как основы лечения меланомы хориоидеи, а также особенности клинко-инструментальной диагностики этого заболевания.

Фестиваль нестандартных клинических случаев завершил работу первого зала, где лучшие врачи-офтальмохирурги представили свои разработки и уникальные операции. Победителем фестиваля стала заведующая вторым офтальмологическим отделением Иркутского филиала, к.м.н. М.А. Шантурова с клиническим случаем «Без «кисета» — нигуда!».

Работа второго зала началась с обсуждения вопросов анти-VEGF терапии. Ведущие специалисты поделились мнениями, в каком случае необходимо применять данную терапию, а где можно использовать другие методы лечения. Доклад к.м.н. Е.К. Педановой (г. Москва) был посвящен современной стратегии лечения нВМД и вопросу достижения максимального эффекта у каждого пациента. Д.м.н., профессор А.Ж. Фурсова (г. Новосибирск) акцентировала внимание слушателей на том, что под картиной нВМД могут маскироваться патологические

процессы, не требующие анти-VEGF. Выступление врача-офтальмолога из Иркутска Е.В. Архипова было посвящено хориоидальной неоваскуляризации при ишемической нейрооптикопатии.

Как всегда насыщенным было заседание, посвященное рефракционной хирургии роговицы и хрусталика. В работе секции участвовали ведущие российские врачи-офтальмологи. Профессор И.Э. Иошин (г. Москва) осветил вопросы выбора формулы расчета ИОЛ после кераторефракционных операций, врач-офтальмолог Е.В. Цыренжапова (г. Иркутск) рассказала о подходах к хирургическому лечению катаракты у пациентов в зависимости от типа кератотопографических изменений. Доцент Н.В. Волкова (г. Иркутск) представила доклад, касающийся вопросов фемтоассистированной хирургии катаракты у пациентов с миопией высокой степени и астигматизмом. Профессор С.И. Анисимов (г. Москва) доложил о динамике аберраций высокого порядка после проведения локального кроссликинга. Врач-офтальмолог Т.Н. Фролова (г. Иркутск) представила результаты фемтолазика в коррекции гиперметропии и поделилась секретами, как достичь удовлетворенности пациентов в ходе выполнения данной операции.

Работа второго зала была продолжена секцией, посвященной нейроофтальмологии. Профессор Н.К. Серова (г. Москва) представила современную стратегию диагностики и лечения менингиом зрительного нерва. Профессор Т.Н. Киселева (г. Москва) рассказала о возможностях современной эхографии в диагностике патологии зрительного нерва. Заведующая диагностическим отделением Иркутского филиала, к.м.н. С.И. Жукова посвятила свой доклад

дифференциальной диагностике оптических нейропатий различной этиологии на основании разработанных ОКТ паттернов. Д.м.н. С.И. Рычкова (г. Москва) рассказала о структуре хронического поражения зрительных функций у пациентов с оперированными опухолями головного мозга. Врач-невролог А.А. Зайка (Иркутск) осветила проблему хронического поражения зрительного анализатора с точки зрения неврологии.

Третий зал первого дня конференции начал свою работу с секции посвященной методам коррекции и контроля аметропии. Профессор А.В. Мягков (г. Москва) поделился 5-летним опытом лечения прогрессирующей миопии дефокусными линзами, врач-офтальмолог С.Г. Агагулян (г. Москва) представил сравнительный анализ эффективности использования жидкокристаллических очков Strabo Glasses в лечении частичной атрофии зрительного нерва у детей. Об оптической докоррекции индуцированных аметропий, вызванных кераторефракционной хирургией, рассказала Н.А. Бакалова (г. Москва). Л.С. Хлебникова, врач-офтальмолог Иркутского филиала, представила комплексный подход лечения анизометропической амблиопии с применением кераторефракционной хирургии у детей.

Насыщенной по докладам и представленной информации оказалась секция, посвященная проблемам зрения молодого поколения. Профессор В.В. Кадышев (г. Москва) рассказал о наследственных аспектах дистрофии сетчатки, поделился клинико-генетическим подходом к диагностике и лечению данного заболевания. Д.м.н. И.Г. Трифаненкова (г. Калуга) поделилась современным подходом к ведению пациентов с ретинопатией недоношенных.



А.Л. Копылов (Иркутск)



Д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва)



Д.м.н. О.В. Писаревская (Иркутск)



Д.м.н. О.И. Розанова (Иркутск)



Е.В. Архипов (Иркутск)



К.м.н. А.В. Короленко (Иркутск)



К.м.н. А.М. Иванов (Калуга)



К.м.н. В.А. Зайка (Иркутск)



К.м.н. Д.В. Черных (Новосибирск)



К.м.н. О.П. Мищенко (Иркутск)



К.м.н. С.И. Жукова (Иркутск)



К.м.н. Т.В. Соколовская (Москва)



Профессор В.В. Кадышев (Москва)



Профессор К.Б. Першин (Москва)



Профессор С.Ю. Петров (Москва)



Профессор Э.Н. Эскина (Москва)

Врач-офтальмолог из г. Улан-Удэ Н.С. Саганова доложила о диагностике и лазеркоагуляции ПДС у детей. А.Л. Копылов (г. Иркутск) представил клинический случай редкого заболевания — болезни Беста.

Работа первого дня в третьем зале завершилась глаукомной секцией. Профессор С.Ю. Анисимова (г. Москва) поделилась результатами хирургического лечения открытоугольной глаукомы у лиц молодого возраста. Профессор И.Э. Иошин (г. Москва) рассказал о комбинации МЦФК и фактоэмulsionификации у пациентов с глаукомой и катарактой. Д.м.н., доцент Е.В. Карлова (г. Самара) в своем докладе продемонстрировала опыт ведения пациентов с глаукомой и патологией сетчатки. Интересным был доклад профессора Т.Н. Юрьевой (г. Иркутск), в котором автор подняла вопрос медикаментозного и хирургического лечения глаукомы у детей. Врач-офтальмолог, к.м.н. Б.Г. Джали (г. Волгоград) представила свой опыт каналолиатации в хирургическом лечении глаукомы.

Второй день конгресса запомнился дебатами, в которых участвовали признанные эксперты в области лечения различных офтальмопатологий.

Проблему патологической неоваскуляризации и витреоретинальной хирургии обсуждали к.м.н. В.А. Зайка (г. Иркутск) и к.м.н. Д.В. Черных (г. Новосибирск) совместно с модераторами этой сессии профессором Э.В. Бойко (г. Санкт-Петербург), к.м.н. М.В. Пшеничным (г. Хабаровск) и профессором А.Г. Шуко (г. Иркутск). Дискуссия была насыщенной и вызвала активный интерес у слушателей.

Особенности визуализации современной хирургии катаракты были представлены д.м.н. О.И. Розановой (г. Иркутск) и к.м.н. О.П. Мищенко (г. Иркутск). Доклад О.И. Розановой касался дооперационной диагностики, О.П. Мищенко рассказал об интраоперационной визуализации хирургии катаракты. Доклады представили переход хирургии катаракты в разряд рефракционных операций с повышением требований к конечному функциональному результату.

Вопросы выбора хирургических подходов в лечении различных форм глаукомы, а также методов достижения и пролонгации гипотензивного эффекта обсуждались профессором Т.Н. Юрьевой (г. Иркутск) и к.м.н. Т.В. Соколовской (г. Москва). Т.Н. Юрьева рассказала о современных подходах к достижению и пролонгации гипотензивного эффекта фистулизирующей хирургии глаукомы. Т.В. Соколовская подняла вопрос об использовании лазерных технологий в алгоритме лечения первичной глаукомы.

Интересной была заключительная сессия второго дня конгресса, в ходе работы которой обсуждали проблемы лентикулярной и клапанной рефракционной хирургии. Профессор Э.Н. Эскина (г. Москва) представила доклад о возможностях современной рефракционной хирургии и какие задачи можно решить с ее помощью. Д.м.н. Писаревская О.В. (г. Иркутск) представила свое



Вручение памятных знаков отличия лучшим сотрудникам



За роялем — Денис Мацуев



Торжественная часть прошла при полном зале

видение о настоящем и будущем рефракционной хирургии.

В рамках конференции были проведены сателлитные симпозиумы, в ходе которых ведущие российские ученые-офтальмологи обсуждали со слушателями отдельные важные вопросы. Особый интерес у гостей конгресса вызвал симпозиум «ОКТ как метод диагностики у пациентов с миопией», модераторами которого были профессор В.С. Аюбян (г. Москва), и к.м.н. А.Н. Стулова (г. Москва). Эксперты поделились важными наработками и полезными инструментами работы с ОКТ сетчатки и зрительного нерва, которая играет важную роль в диагностике пациентов с близорукостью. Также были представлены современные подходы к методам лечения пациентов с заболеванием переднего отрезка глаза и при глаукоме. Сателлитный симпозиум, под руководством профессора С.Ю. Петрова (г. Москва), д.м.н. Е.В. Карловой (г. Самара), д.м.н. Д.Ю. Майчука (г. Москва) привлек внимание не только врачей первичного звена, но и врачей-офтальмологов частных клиник и стационаров.

В фойе конференц-холла была развернута выставка современного офтальмологического оборудования и препаратов от ведущих фирм-производителей.

Следует отметить, что участники и гости высоко оценили научный и организационный потенциал конференции, что даёт дополнительный стимул к дальнейшему регулярному проведению конференций подобного масштаба, организатором которых является Иркутский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России.

Торжественное мероприятие, приуроченное к 35-летию юбилею Иркутского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России, состоялось в Иркутском областном драматическом театре имени Н.П. Охлопкова.

На мероприятии присутствовали представители органов государственной власти, в том числе заместитель председателя правительства Иркутской области В.Ф. Вобликова, председатель Законодательного собрания А.В. Ведерников, главный федеральный инспектор аппарата и полномочный представитель президента Российской Федерации в Сибирском федеральном округе А.М. Абрбусевич, а также мэр города Иркутска Р.Н. Болотов.

Гости выразили признательность коллективу Иркутского филиала МНТК «Микро-

хирургия глаза» за многолетний плодотворный труд и вклад в развитие здравоохранения Иркутской области и Восточной Сибири. Лучшим сотрудникам были вручены памятные знаки отличия.

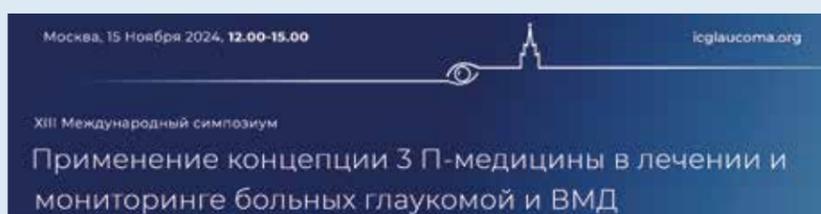
Неожиданной кульминацией вечера стал концерт выдающегося российского пианиста-виртуоза и общественного деятеля Дениса Леонидовича Мацуева. В его сопровождении выступили признанные мастера мирового уровня. Они приветствовали собравшихся и подарили этот концерт безвозмездно. Дружеские отношения Дениса Леонидовича Мацуева с Иркутским коллективом МНТК сохраняются на протяжении многих лет, в том числе благодаря родственным связям с директором Иркутского филиала доктором медицинских наук, профессором Андреем Геннадьевичем Шуко.

Концерт Дениса Мацуева с непосредственным участием Андрея Геннадьевича Шуко в качестве исполнителя произвел огромное впечатление на гостей, став истинным апогеем праздника.

На этой высокой ноте завершились официальная часть мероприятия и конференция.

Оргкомитет конференции

Фотографии представлены оргкомитетом



Дорогие коллеги, мы приглашаем вас принять участие в XIII Международном вебинаре «Проблемные вопросы глаукомы: применение концепции 3П-медицины в лечении и мониторинге больных глаукомой и ВМД», который состоится 15 ноября 2024 года.

Глаукома, являясь одной из ведущих причин слепоты в мире, очевидно, требует особого внимания со стороны медицинского сообщества. На сегодняшний день необходима смена парадигмы для перехода к «предиктивной, превентивной и персонализированной медицине» как философии, продвигающей комплексный подход и сочетающей преимущества отдельных областей биомедицины и технологий. Применение концепции 3П-медицины является ключом для решения проблем глаукомы.

В этом году в симпозиуме примут участие ведущие международные эксперты из Германии (О. Голубницкая), Китая (Дж. Ванг, Х. Чен), США (Б. Ксю) и России (Д. Мальцев, Н. Курышева, С. Капкова).

Автор и координатор проекта — проф. Курышева Н.И.

Подробная информация на сайте <https://icglaucoma.org/>

ПРОГРАММА

**XIII Международного симпозиума
«Проблемные вопросы глаукомы: применение концепции
3 П-медицины в лечении и мониторинге больных глаукомой и ВМД»
15 ноября 2024**

- 12.00 – 12.05** Приветственное слово (академик РАН Черешнев В.А., проф.Малюгин Б.Э., проф.Трубилин В.Н.)
- 12.05 – 12.20** Инновации в 3 П-медицине: каковы перспективы? (Голубницкая О., Германия).
- 12.20 – 12.40** Многомерная модель визуализации для скрининга первичной открытоугольной глаукомы (Ванг Дж., Китай).
- 12.40 – 13.00** Персонализированный уровень достоверности искусственного интеллекта в прогнозировании заболевания сетчатки (Чен Х., Китай).
- 13.00 – 13.20** Отдаленный риск и прогнозирование прогрессирования заболевания при подозрении на первичное закрытие угла передней камеры (Ксю Б., США).
- 13.20 – 13.40** Концепция 3 П-медицина в мониторинге и лечении глаукомы (Курышева Н.И., Россия).
- 13.40 – 14.00** Мультимодальный подход в визуализации сетчатки для персонализированного лечения больных ВМД (Мальцев Д.С., Россия).
- 14.00 – 14.20** Нейропротекторное лечение с позиции 3 П-медицины (Курышева Н.И., Россия).
- 14.20 – 14.40** Персонализированный подход к лечению и мониторингу больных с ВМД и глаукомой (Капкова С.Г., Россия).
- 14.40 – 15.00** Дискуссия и подведение итогов вебинара.

MIRANTE MEETING

В первый день работы XVII Российского общенационального офтальмологического форума (РООФ 2024) при поддержке компании «МД ВИЖН» состоялся сателлитный симпозиум — «MIRANTE MEETING». Участники симпозиума имели возможность познакомиться с преимуществами мультимодальной системы Mirante производства компании NIDEK (Япония).

В приветственном слове главный специалист офтальмолог Минздрава России академик РАН, профессор В.В. Нероев отметил, что компания «МД ВИЖН» на протяжении многих лет занимается поставками в Россию самого современного, высококачественного оборудования, ведет образовательные проекты, популяризирует новейшие методы диагностики и лечения социально значимых офтальмологических заболеваний.

Открыл работу симпозиума к.м.н. С.В. Милаш (Москва), выступивший с докладом на тему «Преимущества мультимодальной и ультраширокопольной визуализации в повседневной клинической практике». Прибор Mirante представляет собой полноценный офтальмоскоп, позволяющий проводить осмотр глазного дна от заднего полюса до крайней периферии как на узкий, так и на широкий зрачок, с использованием различных диагностических режимов.

В клинической практике для поиска патологических изменений на периферии глазного дна автором используется динамическая ультраширокопольная инфракрасная офтальмоскопия. Метод значительно расширяет возможности выявления патологии на периферии сетчатки в сравнении со стандартным осмотром даже с применением трехзеркальной линзы. Выявленная патология фиксируется в цвете или в иных диагностических



Академик РАН В.В. Нероев, к.м.н. Н.В. Муратова, профессор Е.П. Тарутта

режимах. На рис. 1, 2, 3 приведен пример визуализации отслойки сетчатки: хорошо видны ее границы, топография, мелкие структурные изменения — гофры, складки; можно оценить витреоретинальный интерфейс, локализовать первичный разрыв. В инфракрасном режиме отслойка сетчатки выглядит как гипорефлективная область из-за присутствия субретинальной жидкости, которую

рассеивает инфракрасный лазер; разрывы выглядят как гиперрефлективные участки, вероятно, из-за обнажения пигментного эпителия. Это в значительной степени облегчает поиск и локализацию отслоек и разрывов. На рис. 4 — представлена сложная клиническая ситуация: стандартная офтальмоскопия с применением трехзеркальной линзы не выявила первичный разрыв у пожилого пациента с

высокой буллезной отслойкой, артифакцией, вторичной катарактой, что максимально затрудняет локализацию патологии. Ультраширокопольная визуализация обнаруживает гиперрефлективный участок у основания отслойки, которая в дальнейшем верифицируется с помощью периферической томографии как разрыв. Докладчик обратил внимания, что верификация первичного разрыва имеет важное

значение при планировании хирургического лечения отслойки сетчатки, прежде всего, эписклерального пломбирования.

Режим инфракрасного лазера дает возможность оценить витреоретинальный интерфейс — плавающие помутнения вне зависимости от их локализации — и одновременно, используя эффект ретроиллюминации, зафиксировать помутнения хрусталика.

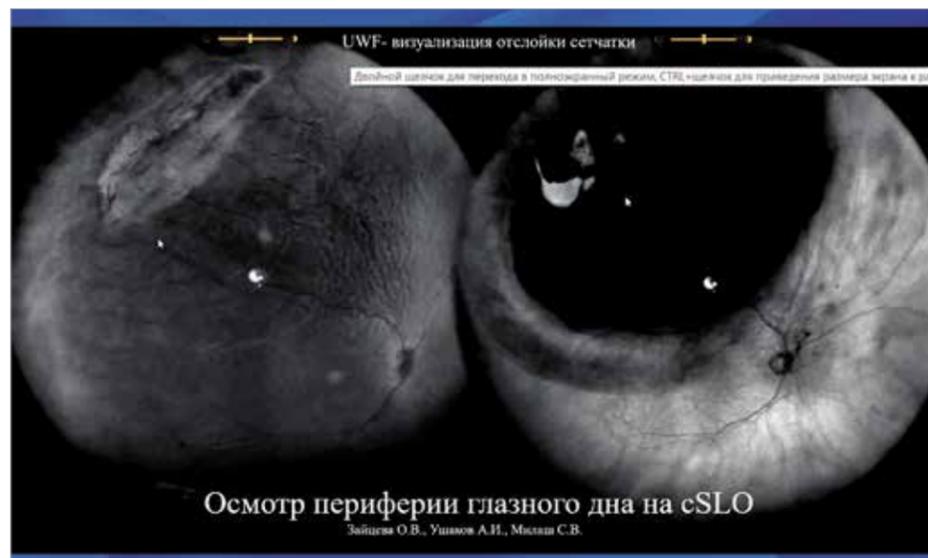
Благодаря прибору Mirante стало возможным проводить офтальмоскопию периферических отделов на узком зрачке. На рис. 5 представлен пример «экстремальной» офтальмоскопии заднего полюса и средней периферии пациента с многократно оперированной травматической отслойкой сетчатки, артифакцией, фиброзом задней капсулы, при этом исследование проводится с нерасширяющимся зрачком диаметром <2 мм в вертикальном меридиане и фиксируется в цвете.

На рис. 6 — пример экстремальной бесконтактной офтальмоскопии пациента с проникающим ранением раскаленной проволокой. Цель заключалась в оценке повреждений в проекции травмы. Ранение не сквозное, в проекции повреждения визуализировались два витреоретинальных пучка. Проведено дообследование с помощью периферической томографии.

Скорость обследования, неинвазивный характер, высокая информативность, возможность офтальмоскопии без света, с помощью



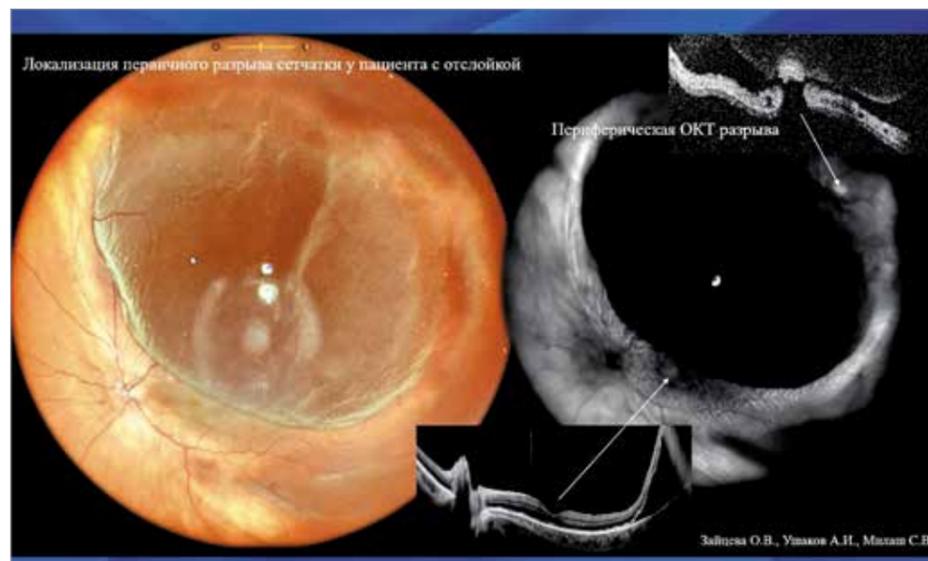
Из доклада к.м.н. С.В. Милаша рис. 1



Из доклада к.м.н. С.В. Милаша рис. 2



Из доклада к.м.н. С.В. Милаша рис. 3



Из доклада к.м.н. С.В. Милаша рис. 4



К.м.н. С.В. Милаш



К.м.н. О.И. Куранова



К.м.н. М.В. Сизова



К.м.н. О.А. Гудкова

инфракрасного лазера, возможность одномоментного проведения ОКТ центральных и периферических отделов делают прибор Mirante незаменимым в офтальмопедиатрической практике. Опыт авторов указывает на возможность использования прибора для осмотра глазного дна у детей без седации начиная с двухлетнего возраста. По мнению к.м.н. С.В. Милаша, не исключена возможность применения Mirante у детей неонатальной популяции.

Прибор с успехом используется для проведения периферической томографии. Прибор передвигается по вертикальной и горизонтальной оси, что позволяет визуализировать крайнюю периферию и зубчатую линию; прибор позволяет при узком и широком зрачке выявлять ПВХРД, высокое разрешение дает возможность детально рассмотреть дистрофию и ориентировать скан по мелким структурным изменениям.

Последнее поколение программного обеспечения позволяет использовать искусственный интеллект, что повышает качество сканирования при проведении периферической ОКТ, не всегда гарантирующей идеальный скан. При проведении периферической ОКТ для минимизации зеркального артефакта, связанного с изменением контура заднего полюса глаза, автор придерживается следующих стандартов: при локализации патологических изменений по вертикали на 6, 12 часах используется горизонтальный скан; на 3, 9 часах — угол сканирования 90°; при вертикальных меридианах угол сканирования составляет 40-60° (рис. 7).

Для более детальной оценки витреоретинального интерфейса, оценки границ отслойки, динамического наблюдения методом follow up examination автор использует паттерн сканирования Masclar Map как в вертикальной, так и в горизонтальной ориентации скана, что позволяет получать исчерпывающую информацию.

Периферическая ОКТ позволяет дифференцировать различные новообразования на периферии, в частности, варикозное расширение ампулы вортикозной вены, наиболее часто локализующееся в верхнем назальном сегменте. На ОКТ визуализируются стенки ампулы и гипорефлективный просвет.

Наибольший потенциал прибор Mirante раскрывает в трудных клинических ситуациях, у «непростых» пациентов, при редких орфанных заболеваниях. В качестве примера автор привел болезнь Огучи, вариант стационарной ночной слепоты, проявляющейся никталопией и патологическим рефлексом, «золотистым блеском», который располагается на заднем полюсе глаза и занимает среднюю периферию. В проекции «золотистого блеска» на ОКТ видна аномально широкая, гиперрефлективная полоса, практически сливающаяся с пигментным эпителием. Симптомом болезни Огучи является феномен Mizuo-Nakamura, при котором происходит изменение цвета глазного дна от патологического рефлекса до естественного после темновой адаптации.

В заключение к.м.н. С.В. Милаш отметил, что прибор Mirante дает возможность проводить диагностические исследования в сложных клинических ситуациях, оценивать динамику заболеваний, результаты хирургии, обучать специалистов, наглядно информировать пациентов об их патологии

и результатах лечения, что в значительной степени повышает доверие к врачу и к назначаемому курсу лечения.

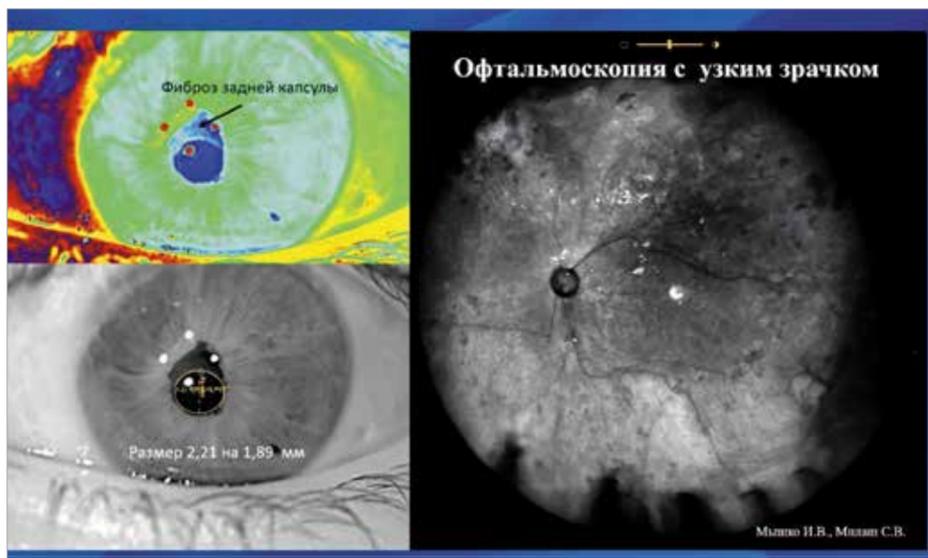
К.м.н. О.И. Куранова (Москва) выступила с докладом на тему «Использование ретро-режима и коротковолновой аутофлюоресценции в диагностике сухой формы возрастной макулярной дегенерации». Технология ретро-режима применяется для диагностики различных заболеваний глазного дна, позволяет визуализировать в 3D макулярную неоваскулярную мембрану, мягкие друзы, феномен «отпечатков пальцев» после хирургии отслойки сетчатки. По мнению автора, ретро-режим «идеально подходит для диагностики ранней стадии сухой возрастной макулярной дегенерации (ВМД)». На рис. 1 представлены клинические примеры пациентов с твердыми друзами в височной части макулярной зоны и в фовеальной зоне, при этом ретро-режим демонстрирует значительно большее количество выявленных друз в сравнении с ОКТ.

На рис. 2 можно видеть «идеальную картину глазного дна»: офтальмоскопически

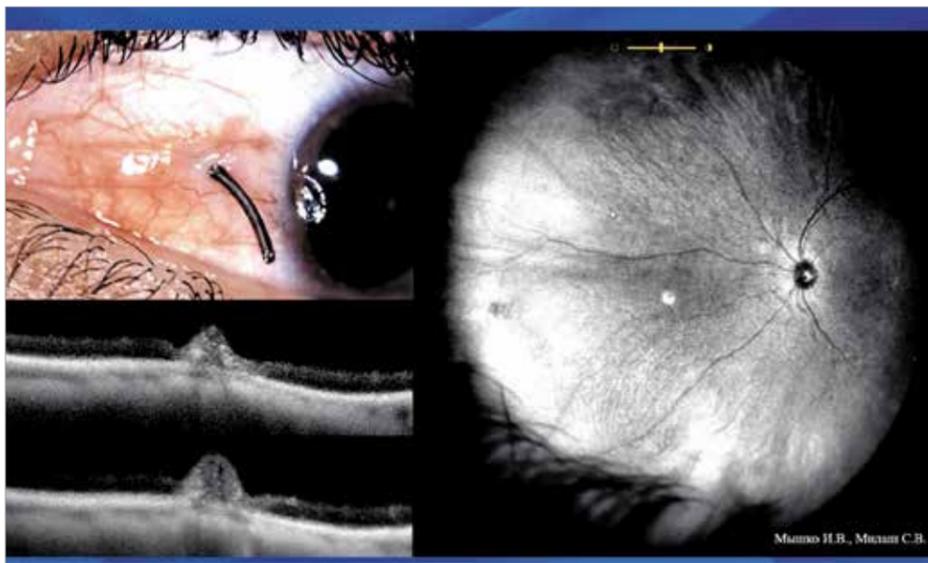
изменений не наблюдается; ОКТ демонстрирует лишь незначительную элевацию пигментного эпителия парапапиллярно, при этом ретро-режим выявляет значительное количество друз.

Автор подчеркнула, что ретро-режим обладает большей чувствительностью по сравнению с биомикроскопией глазного дна, цветным изображением и стандартной ОКТ.

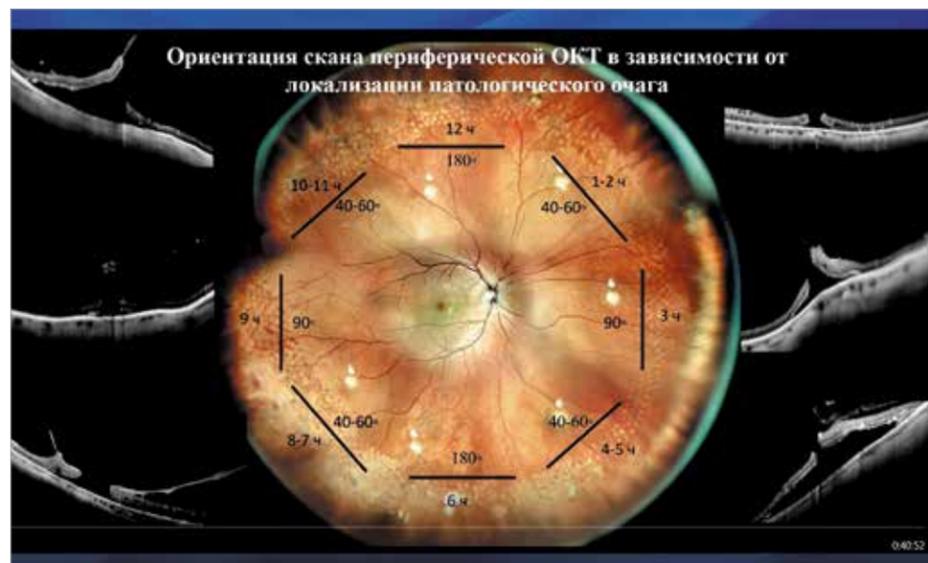
Остановившись на вопросе диагностики атрофической ВМД, к.м.н. О.И. Куранова привела определение географической атрофии, как «область отсутствия ПЭ и регресса хориокапилляров, вторичной атрофии фоторецепторов, развивающаяся в результате прогрессирования сухой ВМД; является поздней стадией ВМД (категория 4 AREDS)». При биомикроскопии глазного дна географическая атрофия (ГА) выглядит как участок гипопигментации с четкими границами, хорошо видимыми хориоидальными сосудами. На ОКТ географическая атрофия представлена как зона отсутствия пигментного эпителия и наружных слоев сетчатки с симптомами повышенного проникновения сканирующего луча в глубже лежащие ткани. На ретро-режиме зона ГА выглядит как участок гомогенной рефлективности с четкими более темными границами. ГА визуализируется при помощи всех методов исследования на основе сканирующей офтальмоскопии, ОКТ и аутофлюоресценции (АФ). На коротковолновой АФ географическая атрофия выглядит как участок гипоаутофлюоресценции с четкими границами. При ГА представляет интерес оценка площади ГА, а также оценка риска ее прогрессирования. Авторами была предпринята попытка оценить площадь ГА с использованием различных методов исследования (цветное изображение глазного дна, коротковолновая АФ, ретро-режим). Изображения загружались в программу Image G, преобразованы до восьмибитных (8 bit pixel), с одинаковым разрешением, после чего анализировалась площадь ГА 12 глаз. Было выявлено, что разница в показателях измерения площади ГА статистически недостоверна, что свидетельствует о высокой воспроизводимости результатов.



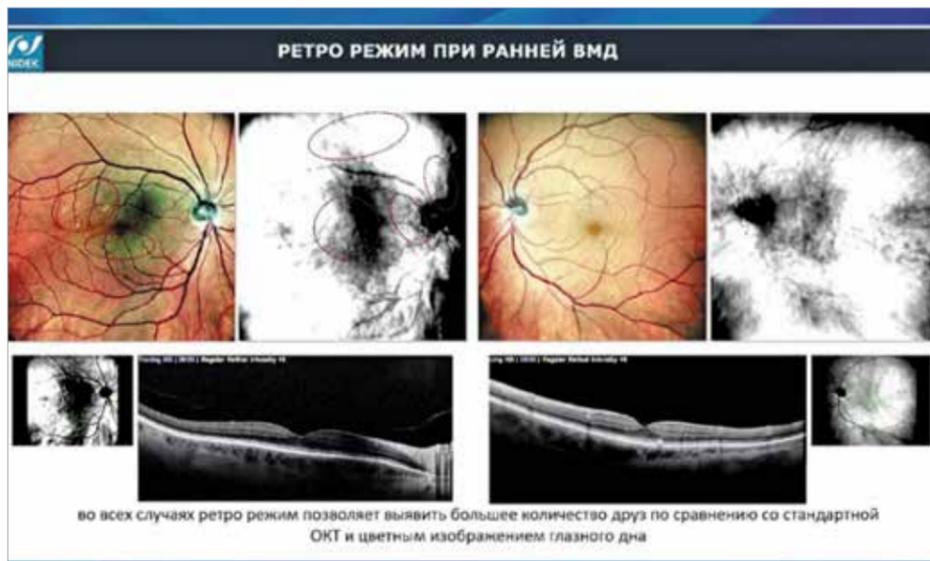
Из доклада к.м.н. С.В. Милаша рис. 5



Из доклада к.м.н. С.В. Милаша рис. 6



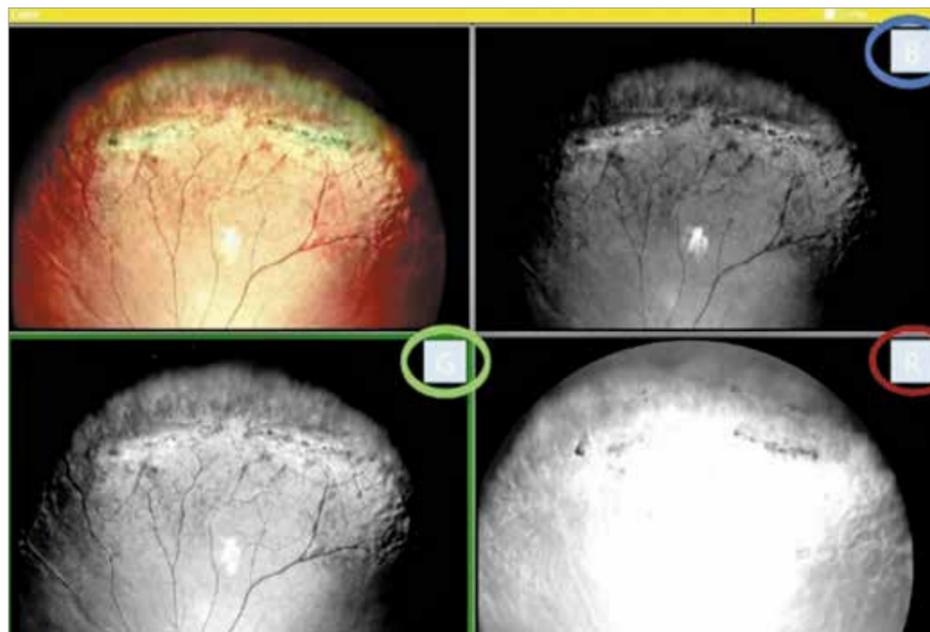
Из доклада к.м.н. С.В. Милаша рис. 7



Из доклада к.м.н. О.И. Курановой рис. 1



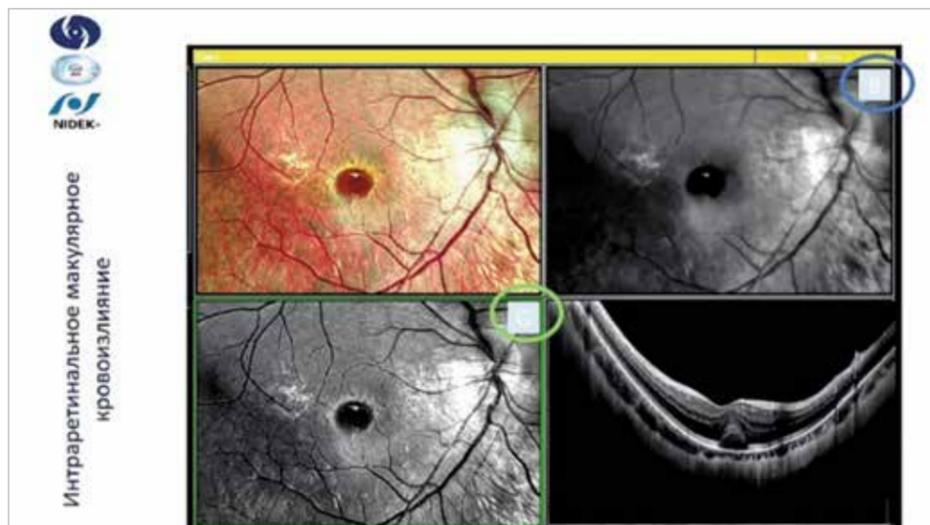
Из доклада к.м.н. О.И. Курановой рис. 2



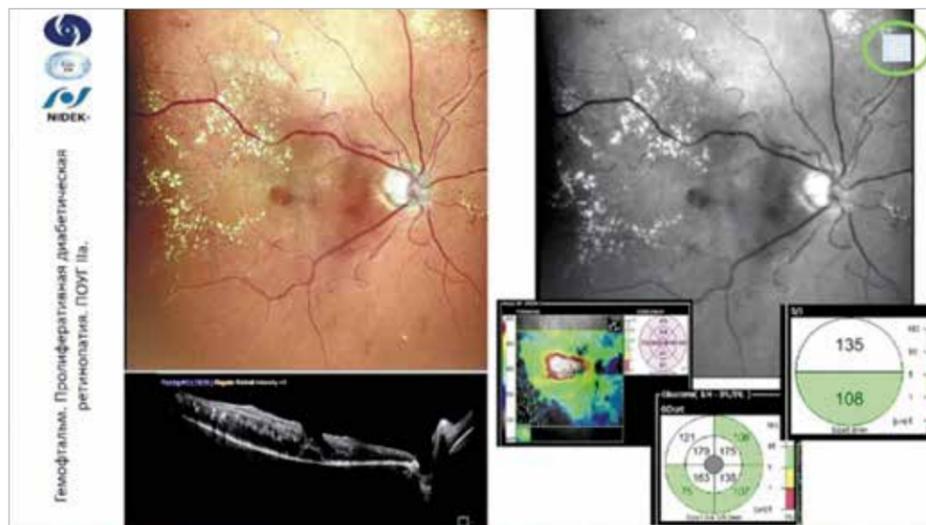
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 1



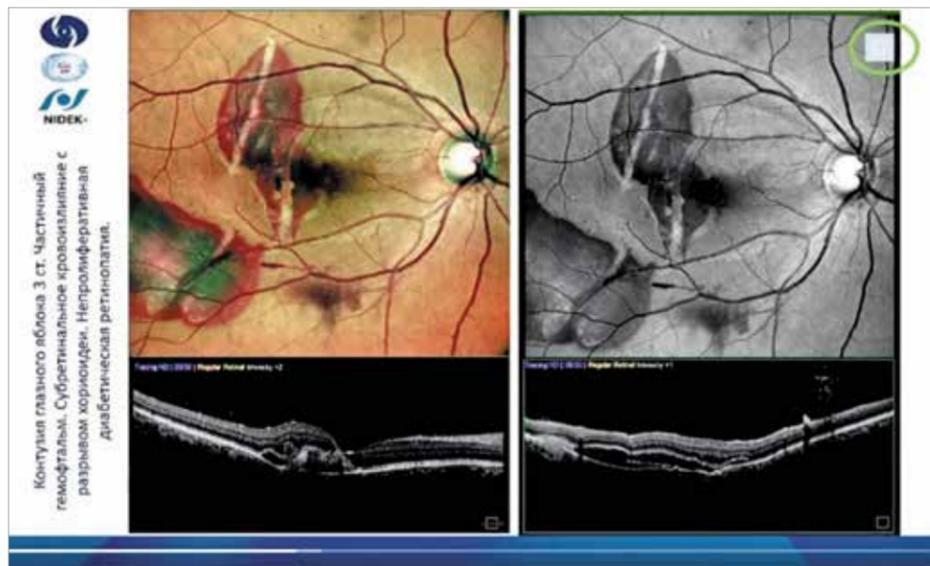
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 2



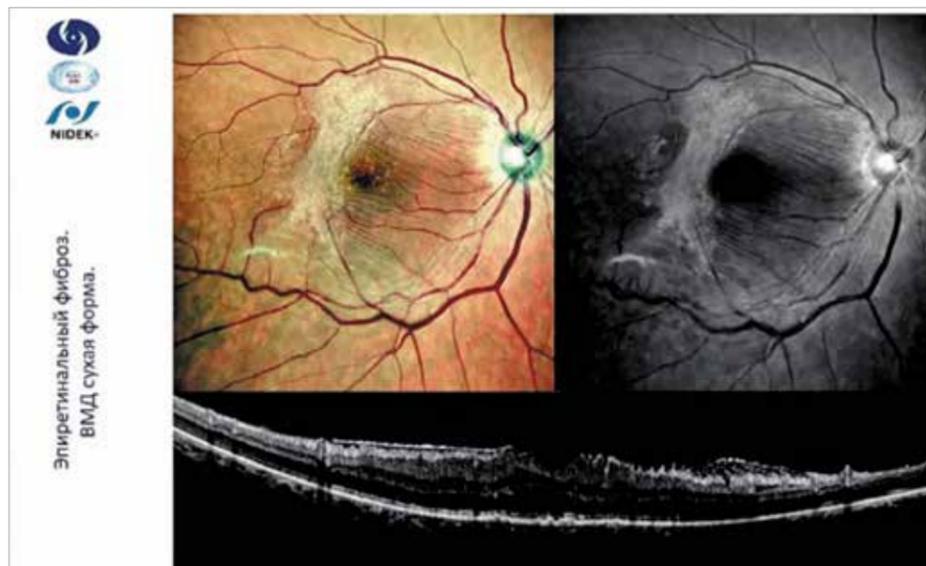
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 3



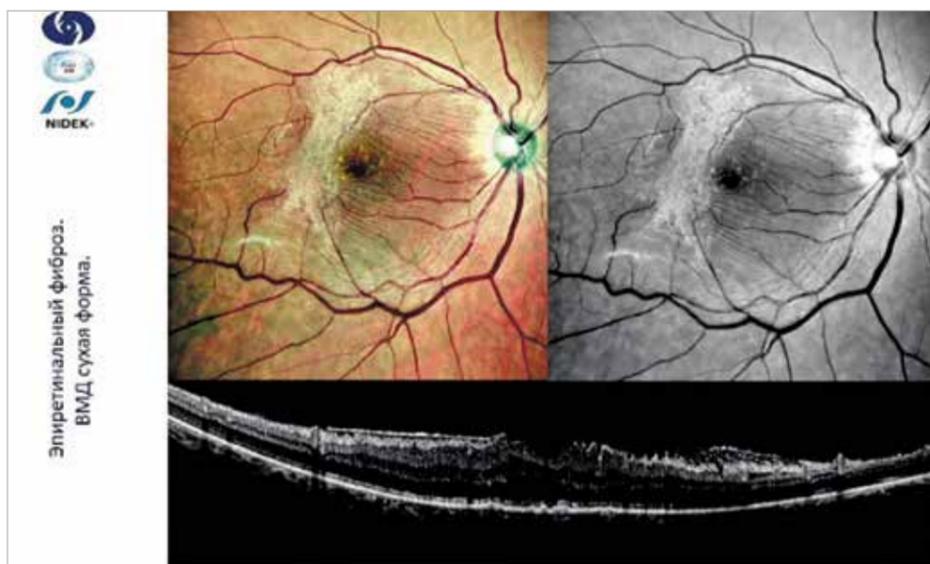
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 4



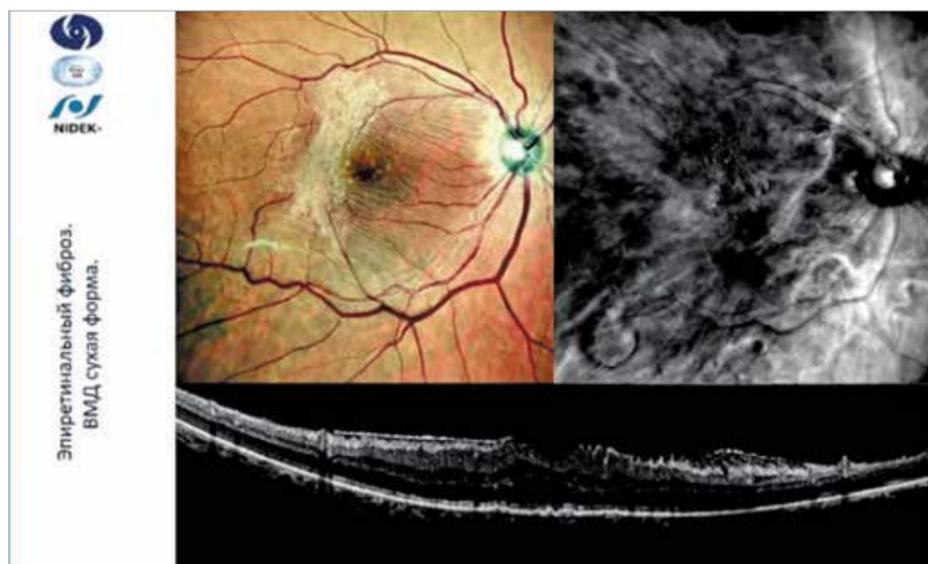
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 5



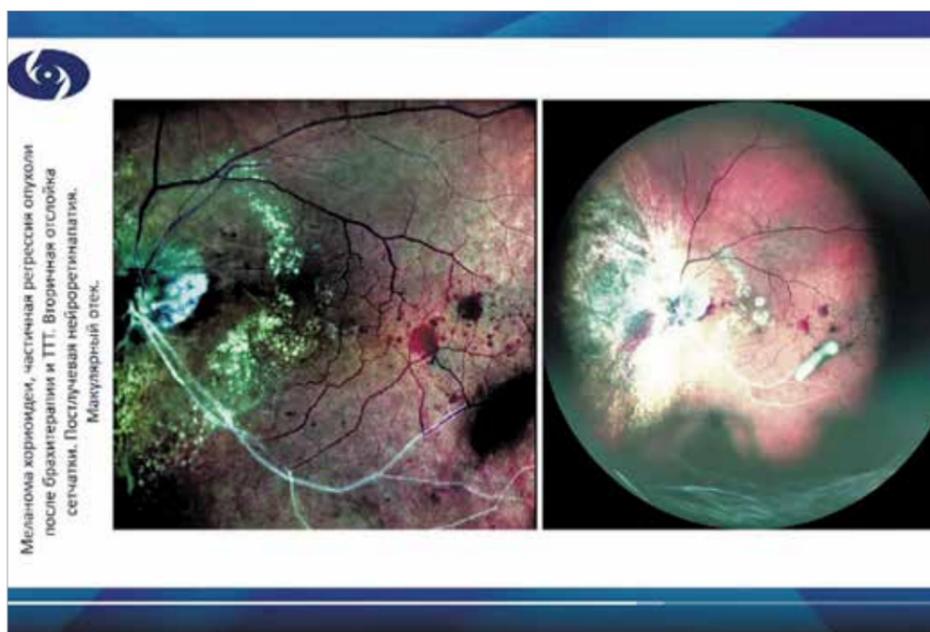
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 6



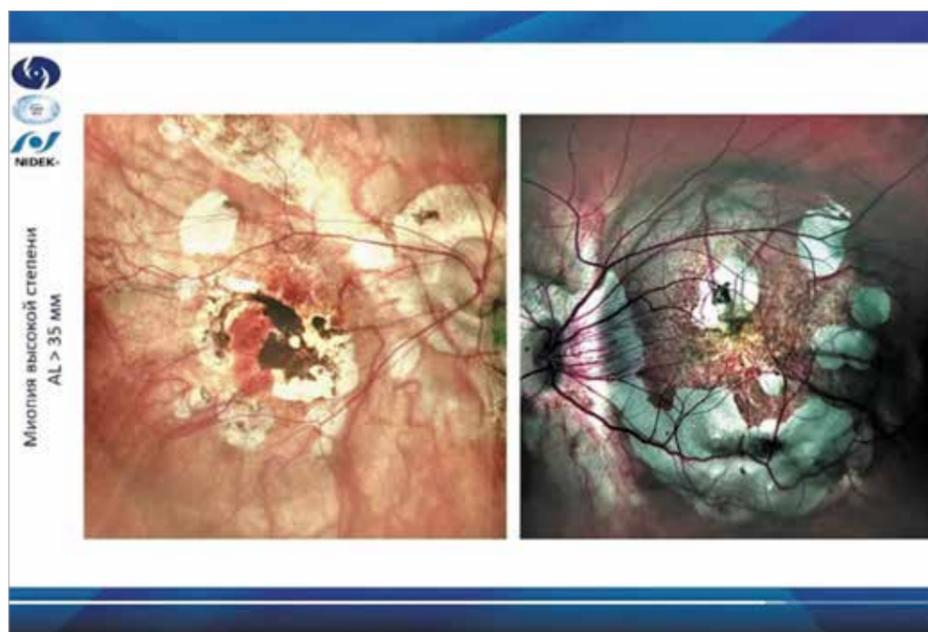
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 7



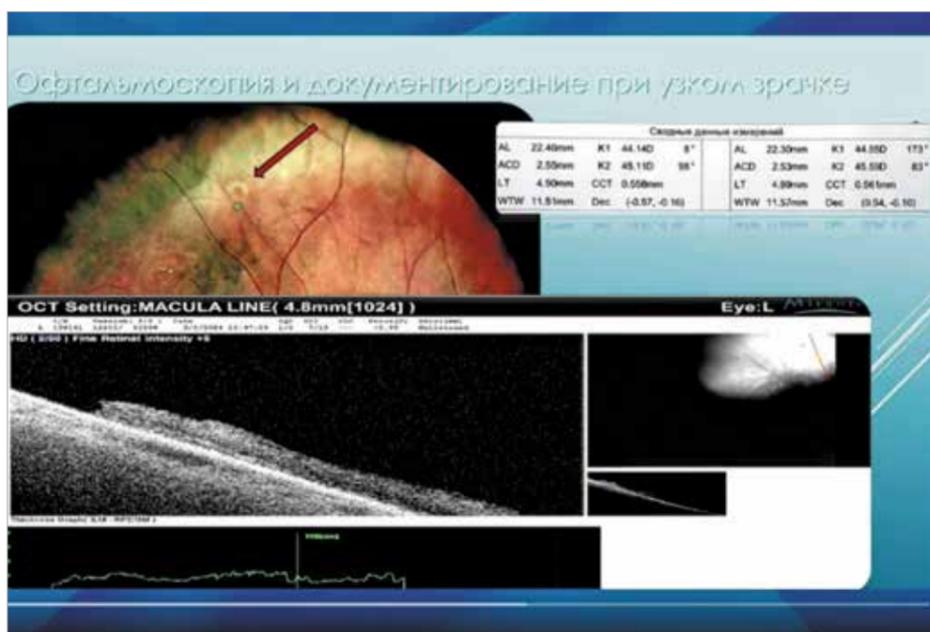
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 8



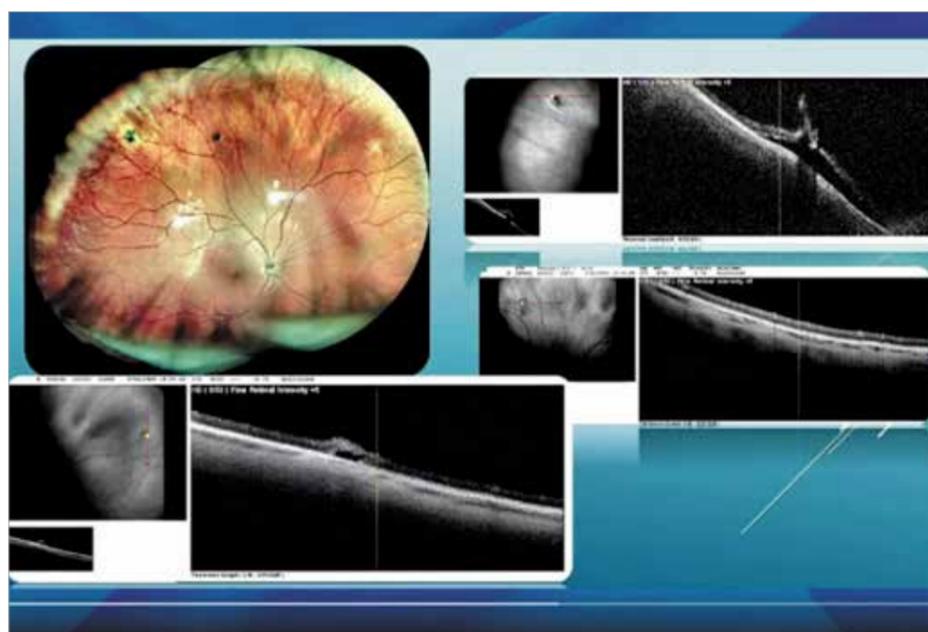
Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 9



Из доклада к.м.н. М.В. Сизовой рис. 10



Из доклада к.м.н. О.А. Гудковой рис. 1



Из доклада к.м.н. О.А. Гудковой рис. 2

Проведенные исследования показали, что мультимодальный подход представляет максимум информации о заболевании, при этом ретро-режим является высокочувствительным методом для диагностики ранней стадии ВМД; для диагностики и количественной оценки площади ГА на поздней стадии могут быть использованы ретро-режим и коротковолновая АФ; для оценки риска прогрессирования ГА может быть использована коротковолновая АФ.

Работу симпозиума продолжила к.м.н. М.В. Сизова (Москва) с докладом «Применение мультимодальной системы Mirante в рутинной клинической практике». В головной организации МНТК «Микрохирургия глаза» до 250 пациентов ежедневно проходят диагностические обследования с использованием сканирующего лазерного офтальмоскопа Mirante. Большая часть

пациентов нуждаются в персонализированном подходе. При проведении лечебно-диагностических мероприятий врачи руководствуются такими критериями, как качество диагностики, время до постановки диагноза, модель взаимного участия между врачом и пациентом, что обеспечивает максимальную приверженность пациента к лечению. Докладчик обратила внимание, что с появлением системы Mirante соблюдать такие критерии стало значительно проще.

На рис. 1 хорошо видна решетчатая дегенерация, находящаяся на крайней периферии, при этом использование «голубого» лазера обеспечивает максимально хорошее качество «картинки». На ОКТ видны дефекты внутренних слоев и тракции. Исключительно высокое качество изображения позволило убедить пациента в

необходимости проведения отграничительной лазерной коагуляции (рис. 2), результаты которой полностью удовлетворили пациента.

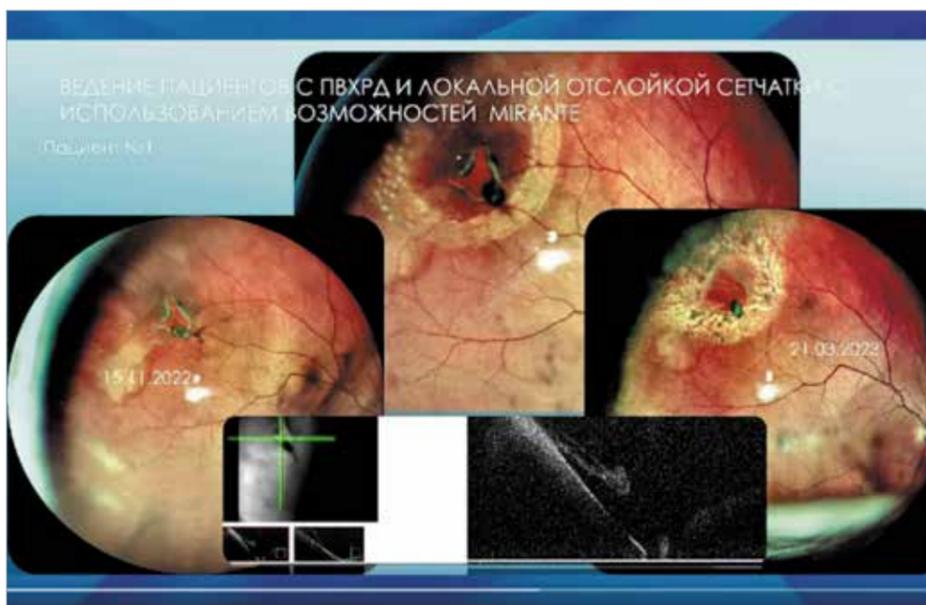
При выявлении интратетинального макулярного кровоизлияния (рис. 3) свои преимущества демонстрирует «зеленый» лазер, обеспечивающий четкую визуализацию границ кровоизлияния.

На рис. 4 — пример частичного гемофтальма, пролиферативной диабетической ретинопатии, первичной открытоугольной глаукомы. Несмотря на помутнение оптических сред, прибор Mirante обеспечивает получение изображений высокого качества. На «зеленых» снимках четко визуализируются интратетинальные структуры — твердые эксудаты, интратетинальные геморрагии, сосуды; проведение одномоментной ОКТ позволяет выявить структурные

изменения, включая ламеллярный разрыв и наличие тракционного компонента. В результате в цифровом эквиваленте получены данные о высоте отека и состоянии слоя ганглиозных клеток.

Рис. 5 демонстрирует пример контузии глазного яблока с частичным гемофтальмом молодой пациентки; высокое качество снимков позволяет четко визуализировать субретинальные кровоизлияния с разрывами хориоидеи. Демонстрация результатов диагностического обследования позволила успокоить молодую пациентку, находившуюся в стрессовой ситуации (после попадания в глаз пробки от шампанского), а также обсудить план дальнейшего лечения.

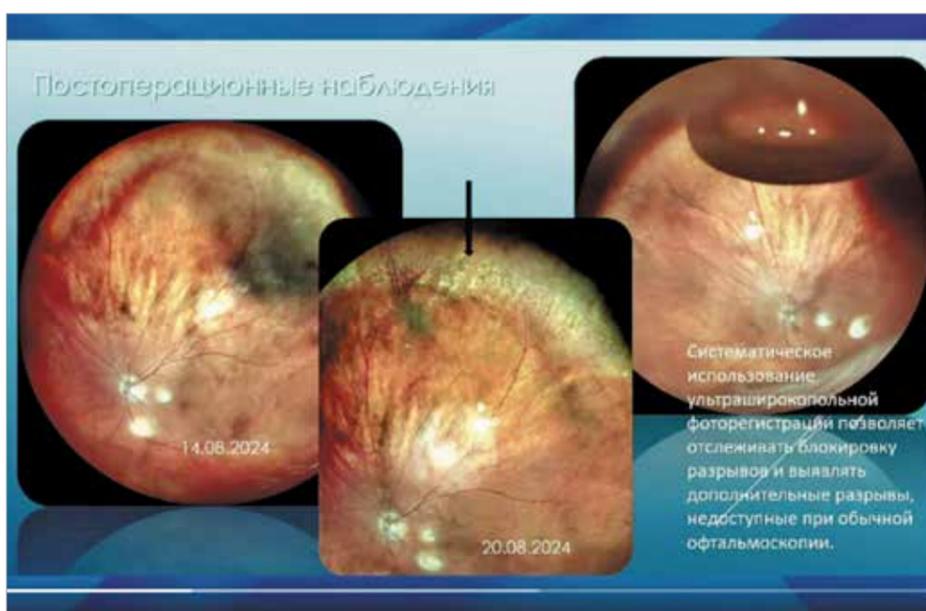
Картина эпиретинального фиброза и сухой формы макулярной дегенерации (рис. 6) наилучшим образом видна при применении «голубого» лазера. На снимке хорошо



Из доклада к.м.н. О.А. Гудковой рис. 3



Из доклада к.м.н. О.А. Гудковой рис. 4



Из доклада к.м.н. О.А. Гудковой рис. 5



Из доклада к.м.н. О.А. Гудковой рис. 6

визуализируется эпиретинальная мембрана и складки сетчатки; в «зеленом» лазере (рис. 7) визуализируются друзы, однако наилучший результат в объемном изображении получен при использовании ретро-режима (рис. 8). Оптический срез демонстрирует складчатую эпиретинальную мембрану, что необходимо для проведения хирургического вмешательства.

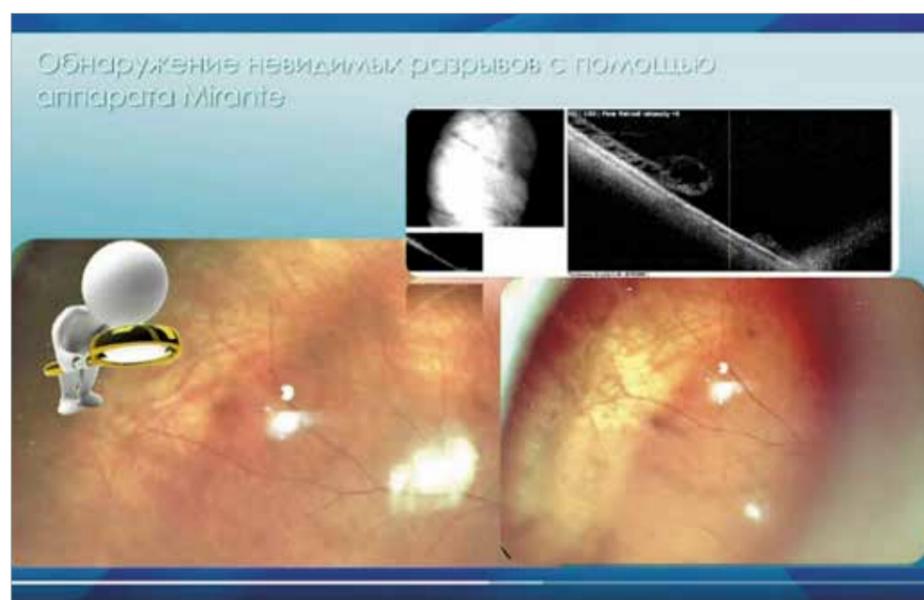
Прибор Mirante максимально раскрывает свои возможности и при обследовании онкологических больных. На рис. 9 представлена меланома хориоидеи, частичная регрессия опухоли после брахитерапии и ТТТ, вторичная отслойка и макулярный отек, по поводу которого пациенту была выполнена интравитреальная имплантация препарата «Озурдекс», определяется плавающий в полости стекловидного тела имплант дексаметазона.

Пример миопии высокой степени (рис. 10) при длине глаза более 35 мм: получено детальное изображение исключительно высокого качества. Получить подобный результат на других аппаратах не представляется возможным.

Таким образом, применение мультимодальной системы Mirante в рутинной клинической практике позволяет повысить качество оказываемой специализированной помощи, сократить время до постановки диагноза, повысить уровень удовлетворенности пациента на приеме у врача, обеспечить максимальную приверженность пациента к лечению или к регулярному динамическому наблюдению.

В заключение от группы авторов выступила к.м.н. О.А. Гудкова (Москва) с докладом «Наш опыт использования сканирующего лазерного офтальмоскопа Mirante. От первого знакомства до большой любви». Одна из ключевых особенностей Mirante — ультраширокополюсная визуализация периферической зоны сетчатки, вплоть до зубчатой линии. Метод позволяет «захватить» до 163° за один снимок.

Как отметила докладчик, самая простая, но при этом самая необходимая область применения Mirante — исследование



Из доклада к.м.н. О.А. Гудковой рис. 7

глазного дна у пациентов с узким зрачком. У пациентки с жалобами на фотопсию обнаружен разрыв на 11 часах (рис. 1); была выполнена периферическая ОКТ и лазеркоагуляция.

Важной областью применения аппарата Mirante — обследование пациентов с уже обнаруженным при офтальмоскопии очагом. Целью такого исследования является фоторегистрация очага с возможностью формирования панорамного снимка. Периферическая ОКТ позволяет определить дальнейшую тактику лечения пациента (рис. 2). Имея в распоряжении высококачественные снимки сетчатки пациента, врачу значительно легче убедить его в необходимости проведения лазеркоагуляции.

Автор привела клинический пример применения прибора Mirante при обследовании пациентки с ПВХРД и локальной отслойкой (рис. 3); в день обращения выполнен первый сеанс лазеркоагуляции; в течение трех

месяцев пациентке выполнялись повторные снимки и периферическая ОКТ, через 4 месяца снимки демонстрируют полное прилегание сетчатки.

На рис. 4 — клинический пример классического клапанного разрыва; выполнен первый сеанс лазеркоагуляции, в дальнейшем фоторегистрация показывает полное прилегание.

К.м.н. О.А. Гудкова подчеркнула, что без соответствующего оборудования оценить степень рисков и правильно выбрать тактику лечения крайне сложно. «Вклад» прибора Mirante в благополучный исход лечения «трудных» пациентов огромен.

Важной областью применения ультраширокополюсной фоторегистрации является динамическое наблюдение пациентов после проведения таких вмешательств, как пневморетинопексия и экстрасклеральное пломбирование сетчатки. Mirante позволяет отслеживать блокировку разрывов и выявлять

дополнительные разрывы, недоступные при обычной офтальмоскопии.

Ультраширокополюсная фоторегистрация позволила выявить свежую отслойку у пациента (рис. 5), подтвержденную по ОКТ. Разрыв предположительно был найден на 12.30 часах; пациенту выполнена пневморетинопексия, в последующем — лазеркоагуляция «на пузырь» в зоне предполагаемого разрыва. Сетчатка прилегла, ситуация стабильна.

В отдельную группу автор отнесла пациентов со «старыми» отслойками после пломбирования, у которых прилегание не наступает в ранний послеоперационный период (рис. 6). Таким пациентам выполняется ультраширокополюсная фоторегистрация с периферическим контролем блокировки основного разрыва пломбы и высоты отслойки и дополнительная лазеркоагуляция, при этом прилегание может наступить в течение продолжительного периода времени.

Прибор Mirante прекрасно себя зарекомендовал для обнаружения невидимых разрывов. На большом увеличении в динамическом инфракрасном режиме хорошо просматриваются волокна стекловидного тела и места их прикрепления (рис. 7). Эти места являются маркерами зон поиска, на которых проводится периферическая ОКТ, нередко приводящая к обнаружению разрыва.

Подводя итог, автор отметила важность фоторегистрации с использованием «синего» лазера. Метод позволяет эффективно визуализировать участки ишемии (неперфузии) у пациентов с диабетической ретинопатией. Кроме того, интеграция снимков с навигационной системой Navilas значительно расширяет возможности лазерных хирургов, позволяя осуществлять целевую бесконтактную навигационную лазерную коагуляцию в условиях отсутствия ФАГ.

Материал подготовил Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара
В репортаже использованы видеоматериалы симпозиума, предоставленные компанией «МД ВИЖН»

Врач-офтальмолог ЦРБ И.Д. Захарова (с. Майя, Мегино-Кангаласский р-н, Республика Саха-Якутия):

В детстве делала уколы куклам, сейчас — лечу земляков

В 52-х километрах к юго-востоку от Якутска расположено село Майя, основанное в 1902 году. С 1930 года по 2007 год оно являлось административным центром Мегино-Кангаласского района. В настоящее время районным центром является посёлок Нижний Бестях, но Майя продолжает оставаться самым крупным населённым пунктом сельскохозяйственного района. Здесь живёт более семи тысяч человек, располагается Центральная районная больница. Село Майя гордится успехами в животноводстве, Народным театром, собственной хоккейной командой.

И.Д. Захарова родилась и выросла в Майе. Уже в течение десяти лет она работает врачом-офтальмологом ЦРБ. Ирина Дмитриевна не только оказывает квалифицированную медицинскую помощь землякам, проводит лечебно-профилактическую работу, но и с 2023 года участвует в работе выездных многопрофильных медицинских бригад, которые регулярно отправляются в районы Крайнего Севера.

Беседа с корреспондентом газеты «Поле зрения» касалась не только профессиональной деятельности И.Д. Захаровой, но и бытовых, социальных аспектов жизни в Якутии.

Для меня важен простор!

Ирина Дмитриевна, расскажите, пожалуйста, об основных вехах Вашей жизни.

Я родилась в селе Майя в 1988 году. В настоящее время живу с семьёй в селе Петровка. Этот населённый пункт фактически слился с Майя, составляет с ним единое целое. Можно сказать, что вся моя жизнь связана с Майя — с рождения до сегодняшнего дня.

По интонации, с которой Вы рассказываете о селе, понимаешь, насколько Вы связаны со своей малой родиной, с селом Майя, с Мегино-Кангаласским районом.

Здесь для меня всё близкое, всё родное. Честно скажу, мне бы не хотелось сменить село на город. Люблю природу, чистый воздух. Для меня важен простор! Не уютно себя чувствую в городской квартире, в многоэтажном доме, на оживлённом шоссе среди потока машин.

Всегда мечтала строить семью в собственном доме. Так и получилось! У нас с мужем благоустроенный дом в Петровке. Воспитываем троих детей. Есть огород, теплицы, хозяйственные постройки на участке. Всё, что нужно для благополучной жизни!

У меня детство прошло в деревне. Хотелось бы и своим детям дать возможность вырасти на

селе. В Майе дети ничем не обделены по сравнению с городскими детьми. Кроме учёбы в школе, у них есть возможность заниматься в многочисленных кружках и секциях. Предлагаются и спортивные занятия, и танцы, и компьютерные курсы... Даже есть кружок, в котором юные умельцы под руководством наставников создают роботов.

Общаясь с городскими подругами, понимаю, что у них много времени уходит на дорогу, на стояние в пробках... И не только на дорогу в магазины, на работу и с работы. Необходимо много времени, чтобы отвести детей на кружки, секции, другие внеклассные занятия. А у нас в селе — всё рядом!



И.Д. Захарова ведет прием

NIDEK



NIDEK – 35 лет на российском рынке!

Компания **МД ВИЖН** — эксклюзивный дистрибьютор японской компании **NIDEK** в России — приглашает вас к сотрудничеству!

Мы бесперебойно поставляем оборудование **NIDEK**, обучаем врачей и обеспечиваем техническое обслуживание.

Оборудование **NIDEK** — это эталон офтальмологической техники, проверенный временем!

Добро пожаловать в Мир качества и стабильности!

+7 (495) 988-22-67 nidek.ru





Адриан, Кристина, Марк, Юлиан и я



Мы с мужем ещё со студенческих лет мечтали о большой дружной семье



Море Лаптевых



Младший сын — Марк



Во время путешествия до Владивостока и обратно



До многих сёл в арктической зоне можно добраться только на вертолёте



Командировка за Полярный круг

Конечно, сельская жизнь имеет и свои негативные особенности. Здесь меньше возможностей для профессионального, карьерного роста. Во всяком случае, для врачей. Например, меня всегда интересовала офтальмохирургия. Но в настоящее время нет возможности осваивать хирургические технологии, работая в сельской больнице.

Жизнь — длинная. Не исключаю, что когда-нибудь я и перееду в город, но пока этот вопрос не стоит на повестке дня.

Путь в медицине

Ирина Дмитриевна, почему Вы решили стать врачом?

У меня в семье никто не был связан с медициной. Но я с юных лет знала, что когда-нибудь обязательно стану врачом. В детстве делала уклады кукол, сейчас — лечу землячков!

После школы в 2006 году поступила в Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета в Якутске. В 2013 году получила диплом врача.

Чем Вам запомнились годы учёбы?

Мне сразу понравилось учиться. Уже на первом курсе. Начали изучать анатомию, потом — патологическую анатомию. Это ведь так интересно! Много новых знаний о том, как устроен человек. За все годы учёбы и последующей работы я ни разу не разочаровалась в том, что решила стать врачом!

Как у Вас проходило практическое знакомство с медициной?

После второго курса проходила практику в качестве санитарки в хирургическом отделении нашей районной больницы в Майе. Приняли меня хорошо, я могла

изнутри познакомиться с работой клиники. Но непосредственно в уходе за пациентами меня тогда не задействовали. После третьего курса была практика в качестве медсестры в терапевтическом отделении ЦРБ. Училась делать уколы, ставить капельницы.

Когда Вы решили стать врачом-офтальмологом?

Это произошло на пятом году обучения, когда мы изучали курс офтальмологии. До этого я в течение долгого времени планировала стать врачом-гинекологом.

Я узнала, как происходит диагностика самых распространённых офтальмологических патологий, как взаимодействуют врач-диагност и офтальмохирург. Меня увлёк мир офтальмологии: выбор будущей специальности был сделан!

После окончания вуза в течение года проходила интернатуру в Якутской республиканской офтальмологической клинической больнице. С 2015 года работаю врачом-офтальмологом в своём родном селе Майя.

Здравствуй, Арктика!

С 2023 года Вы принимаете участие в деятельности Республиканского центра мобильных бригад. Этот проект направлен на оказание комплексной медицинской помощи жителям Арктической зоны Якутии, районам Крайнего Севера. Не могли бы Вы подробнее рассказать об этой работе?

Хотелось бы напомнить читателям газеты «Поле зрения», что в северных районах Якутии проживают представители коренных малочисленных народов: эвены, эвенки, юкагиры и т.д. Эти люди

занимаются охотой, рыболовством. Частично они сохранили кочевой образ жизни, перемещаясь по тундре вместе со стадами оленей.

В соответствии с федеральными законами и нормативными актами Республики Саха-Якутия коренные малочисленные народы находятся под особой защитой. Государство принимает различные меры, чтобы каждый народ, в том числе и представители малочисленных народов, смог сохранить свою самобытность, традиционный образ жизни.

Разумеется, все жители Крайнего Севера нуждаются в поддержке. Но помощь коренным жителям этих мест — особая государственная задача. С одной стороны, им нужно дать возможность жить так, как жили их предки на протяжении сотен лет. С другой стороны, нельзя обойтись и без достижений современной цивилизации!

Деятельность Республиканского центра мобильных бригад — это одно из звеньев разносторонней работы по поддержке коренных малочисленных народов и всех жителей Крайнего Севера.

Вы оказывали пациентам медицинскую помощь непосредственно на оленеводческих стоянках?

Нет. К настоящему времени я приняла участие в трёх командировках. На оленеводческих стоянках ни разу побывать не удалось, хотя врачи и туда при необходимости добираются. Я вела приём в районных центрах арктических районов, а также в сёлах. В районных центрах работа проходила на базе ЦРБ, в сёлах — в фельдшерско-акушерских пунктах. До многих сёл в арктической зоне можно добраться только на вертолёте, что мы и делали.

Хотелось бы подробнее узнать о каждой из командировок.

В августе 2023 года вместе с бригадой врачей побывала в Верхнеколымском районе, в районном центре Зырянка, а также в других населённых пунктах. В этом районе на постоянной основе врач-офтальмолог не работает. Поэтому работа мобильной бригады имела особое значение.

Это была моя первая поездка в регионы Крайнего Севера. Когда мы прилетели в Зырянку, то хотелось сказать самой себе: «Здравствуй, Арктика!»

Как Вас встретили? Какие у Вас были впечатления?

У меня было ощущение, что мы были нужны, что мы приносим пользу. Это самое главное! Встретили нас очень доброжелательно.

Я вела приём пациентов. Готовила документы для пациентов, которым требуется консервативное или хирургическое лечение в Якутске.

Чем ещё запомнилась эта поездка?

В Зырянке впервые в жизни попробовала очень вкусную рыбу под названием нельма. Это рыба из семейства лососёвых, подвид белорыбицы. Нельму солят, коптят, готовят в духовке, используют в качестве начинки для пирожков.

Также была возможность насладиться оленьей в самых разных вариантах. Я и раньше её пробовала, но в моём родном районе оленей нет, поэтому оленину едят редко.

Попробовать Север «на вкус» — это замечательно!

Жизнь состоит не только из работы! Такие командировки — это не только возможность помочь людям в отдалённых районах, но

и получить новые впечатления. Зрительные. Кулинарные. Навсегда запомнила красоты тундры, лесотундры!

Ваша вторая командировка на Крайний Север состоялась в феврале 2024 года. Вероятно, особенностью этой поездки было именно зимнее время года?

Мы посетили Аллаиховский район на северо-востоке Якутии. Он находится за Полярным кругом. Административным центром — посёлок Чокурдах. Во время этой поездки температура опускалась до минус сорока — минус сорока пяти градусов. Было холодно!

Вероятно, Вас как коренную якутянку холодом не удивит!

В нашем районе тоже регулярно можно наблюдать зимой аналогичные температуры. Но на Крайнем Севере холод воспринимается острее. Там гораздо сильнее ветер, мощнее пурга. И очень-очень много снега!

Снег — это было моё первое впечатление, когда я прилетела в посёлок Чокурдах. Одноэтажные дома были засыпаны снегом почти целиком. Высота снега достигала уровня окон. И крыши были снегом засыпаны. Создавалось впечатление, что здесь живут «снежные люди» в сказочных «снежных домиках».

Как Вы справлялись с холодом? Взяли с собой в дорогу меховую шубу?

Традиционная меховая одежда народов Севера может быть полезной в таких условиях. Местные жители её используют. Но, честно говоря, я не любительница меховых шуб, в них мне ходить неудобно. Из национальной одежды использую только унты: меховые полуботинки из шкуры оленя.

А верхняя одежда — лёгкая, современная, многослойная, функциональная. Такую же одежду используют и альпинисты, и полярники. В любом случае, при холодной погоде сложно длительное время находиться на улице. Но в этом и не было необходимости!

Какие воспоминания остались у Вас от этой поездки?

Я всегда стремлюсь индивидуально отнестись к каждому пациенту. Если есть возможность помочь пациенту на месте — так и происходит. Назначаю лечение, выписываю лекарства. Если требуется лечение в Якутске — готовлю необходимые документы для направления в стационар. Но бывают и особые случаи, в том числе и в Аллаиховском районе... Человеку требуется операция, но по состоянию здоровья или по каким-то другим обстоятельствам он не может или не хочет лететь в Якутск.

Что же делать в такой ситуации?

В Якутии организуются не только мобильные бригады врачей-диагностов, но и офтальмохирургов. Вместе со мной в этих командировках коллеги-хирурги не участвовали. Но они тоже регулярно прилетают в районы Крайнего Севера и проводят операции на базе районных больниц. Моя задача состоит в том, чтобы подготовить пациентов к операции.

Вероятно, каждая командировка на Крайний Север, каждый район имели свои особенности.

Аллаиховский район запомнил мне рыбой чир. В самых разных вариациях. В том числе в качестве строганины — сырой замороженной рыбы. Очень вкусно!

Но Крайний Север — это не только красивая природа, доброжелательные люди и кулинарные открытия. Например, в Аллаиховском районе мы семь часов (!) простояли где-то в тундре, когда у нашей служебной машины спустило колесо и, к сожалению, водитель не смог устранить неисправность на месте. Он связался по спутниковой связи с ближайшим селом, находившимся в двадцати километрах от места поломки. За семь часов мы сильно промёрзли, перенервничали, проголодались.

Не самое приятное воспоминание!

Почему я об этом рассказываю? В любой ситуации на Севере необходимо сохранять спокойствие, терпение и присутствие духа. К сожалению, некоторые участники нашей группы стали паниковать, «тормозить» водителя, требовать от него, чтобы он «ускорил процесс нашего вызволения из снежного плена».

Это можно понять!

Водители на Севере — люди опытные. Они знают, как действовать в самых разных ситуациях, в том числе экстремальных. Важно, чтобы пассажир доверился водителю, проявил терпение, не паниковал и не давал непрошенных советов. Водитель на дороге — как капитан на корабле. Его слово — закон, и с ним не нужно дискутировать!

Если случилась авария, то в северных условиях ожидание помощи может затянуться. Но помощь обязательно придёт! Поэтому в любую поездку важно теплее одеваться и брать с собой перекус!

Расскажите, пожалуйста, о командировке в Булунский район, которая состоялась в сентябре 2024 года.

Площадь Булунского района составляет 223 582, 55 км². Это чуть меньше площади Великобритании.



Приятно, когда тебя окружают вещи, сделанные своими руками, в которых вложено душевное тепло

При этом в Великобритании живёт почти шестьдесят миллионов человек, а в Булунском районе — менее восьми тысяч. Вот такие просторы, такие масштабы! Центр Булунского района — посёлок Тикси.

Булунский район знаменит среди палеонтологов всего мира. Здесь находят останки мамонтов и других вымерших животных. Кроме оказания медицинской помощи в этой командировке, также как и в предыдущих, я помогала пациентам, которые в этом нуждались, в оформлении инвалидности. Решала другие организационные вопросы.

Будни земского доктора

Ирина Дмитриевна, мы с Вами говорили о Ваших командировках на Север. Хотелось бы узнать, как проходит Ваша ежедневная работа в ЦРБ?

В нашей больнице два «взрослых» офтальмолога. Вместе со мной работает Сайана Саввична Макарова. Кроме того, ведёт приём детский офтальмолог Варвара Васильевна Никитина.

С Сайаной Саввичной мы работаем в одном кабинете. У нас одна медсестра. В течение дня я обычно принимаю от 25 до 35 пациентов. У моей коллеги — такая же нагрузка. Пациенты могут записываться к любому врачу-офтальмологу по их выбору.

На мой взгляд, такая ситуация — не самая оптимальная. И для докторов, и для медсестры, и для пациентов. Было бы гораздо лучше, если бы в больнице имелись два офтальмологических кабинета. И в каждом из этих кабинетов на постоянной основе находилась бы медицинская сестра. К сожалению, пока это невозможно осуществить. Поэтому мы работаем в тех условиях, которые есть.

Как Вы оцениваете техническую оснащённость врачебного кабинета?

У нас с коллегой имеется необходимое оборудование, которое позволяет оказывать медицинскую помощь на высоком уровне. Во врачебном кабинете я использую современную шелевую лампу, авторефрактометр, пневмотонометр. Конечно, имеются и пожелания по приобретению новой техники. Было бы прекрасно получить в наш кабинет новый компьютерный периметр!

Кроме того, по моему мнению, в каждом кабинете районного офтальмолога целесообразно иметь оптический когерентный томограф. Пока это оборудование не входит в стандарты технического оснащения. Но ведь нормативная база постоянно меняется, совершенствуется. Поэтому не исключаю, что со временем это оборудование у нас появится. Давайте будем оптимистами!

С 2023 года при поддержке главного офтальмолога Республики Саха (Якутия) Екатерины Киомовны Захаровой, главного врача

Якутской Республиканской офтальмологической клинической больницы (ЯРОКБ) Ивана Петровича Луцкана и администрации нашей ЦРБ мы начали централизованно направлять группы пациентов в ЯРОКБ на операцию фактоэмульсификации катаракты.

Раньше все пациенты добиралась до Якутска самостоятельно. Сейчас мы формируем группы пациентов и на служебном транспорте больницы отвозим их в Якутск, в ЯРОКБ. Разумеется, все эти пациенты подготовлены к операции, прошли все необходимые обследования. Это делается для удобства наших пациентов. Людей привозят в клинику — и в тот же день проходит операция по замене хрусталика. Таким образом, с января 2023 года по январь 2024 года прооперированы 250 человек, некоторые из них на оба глаза. Эта практика будет продолжена.

Хотелось бы попросить Вас рассказать о запомнившихся пациентах за десять лет работы.

Нередко докторам запоминаются какие-то особые, необычные случаи. У нас в районе проживает мужчина средних лет, инвалид детства по зрению. Не работает. Получает пенсию по инвалидности. Этот пациент страдает от алкогольной зависимости. И нет ничего удивительного, что и его приятели тоже разделяют это пагубное пристрастие.

Около года назад с данным пациентом произошла трагичная ситуация. Во время совместного распития спиртных напитков между двумя мужчинами возник конфликт. Причины возникновения этого конфликта ни один из его участников объяснить не может. Завязалась драка, во время которой мужчина с инвалидностью по зрению получил сильнейший удар кулаком в глаз.

Были разрушены все структуры глаза. К сожалению, спасти орган зрения не удалось. Единственным решением стала энуклеация органа зрения. Зрительные функции на втором глазу тоже, к сожалению, ухудшились в результате этих насильственных действий. Фактически человек сейчас находится на грани слепоты. Попойка завершилась тяжёлыми увечьями, говоря юридическим языком, «нанесением тяжких телесных повреждений».

Разумеется, этой ситуацией занялись правоохранительные органы. Жители села тоже обо всём узнали. Такую историю не утаишь! Как же себя вёл гражданин, изувечивший своего приятеля? Его поведение было весьма типичным для таких историй. Сначала на допросе в полиции он утверждал, что ничего не знает, ничего не помнит, ни в чём не участвовал. Потом стал говорить о том, что не бил своего товарища... Мол, он сам упал и повредил глаз.

В общем, всячески пытался отмазаться!

Пытался представить себя «белым и пушистым». А как здесь

отмажешься? Характер повреждения органа зрения однозначно говорит о том, каким образом они были нанесены. Такие повреждения невозможны в результате падения или случайного столкновения с каким-то предметом.

Эта история запомнилась мне не только поведением обидчика, но и «жертвы». После этого случая он всё равно не отказался от употребления алкогольными напитками. Человек не только не может, но и не хочет избавиться от алкогольной зависимости.

Врачу трудно помочь пациенту, если человек сам не хочет себе помочь!

Такие ситуации я действительно принимаю близко к сердцу! Но всё-таки речь идёт о единичном случае. С большинством пациентов удаётся наладить продуктивный диалог, чтобы вместе бороться за их здоровье!

Расскажу ещё об одном случае. Во время работы с электропилы молодой человек повредил глаз. Он не удержал пилу в руке. Она ударила по глазу. Произошло рассечение века. Из-за ударной волны отслоилась сетчатка. Вся необходимая помощь этому пациенту была оперативно оказана и в нашей больнице, и в Якутске. Глаз ему сохранили. Но, к сожалению, произошло значительное безвозвратное ухудшение зрительных функций.

Недавно меня пригласили на консультацию к пациентке, госпитализированной в терапевтическое отделение. Она жаловалась на головные боли. Я диагностировала глаукому. Уже в начале лечения внутриглазное давление стабилизировалось, головные боли полностью прошли. В настоящее время пациентка продолжает антиглаукомную терапию в соответствии с моими рекомендациями. Зрение у неё хорошее.

Вспоминается случай, произошедший в 2021 году, когда действовали ограничения по COVID-19. Ко мне обратилась юная пациентка, студентка, которая жаловалась на туман в одном глазу. Была диагностирована центральная серозная хориоретинопатия (отёк макулы).

В Республиканской офтальмологической клинической больнице ей была сделана всего одна интравитреальная инъекция. Она позволила полностью решить данную проблему. Девушка вновь обрела хорошее зрение, отёк макулы спал. Ухудшения зрительных функций у неё не произошло.

Можно долго приводить различные примеры из практики... Самое главное для меня, чтобы все мои диагнозы и разъяснения были понятны для пациентов! Например, у пациента диагностирована катаракта, необходима операция, которую можно провести в Якутске.

Вроде бы всё понятно. Но необходимо объяснить пациенту, на какой стадии находится катаракта. Если речь идёт о зрелой или перезрелой катаракте, то доктор

должен объяснить срочность проведения операции. Что может произойти, если вовремя не провести операцию? Это простые вопросы, но не все пациенты сразу могут в этом разобраться. Поэтому доктору необходимо проявить внимание и терпение.

Ирина Дмитриевна, как Вам удаётся успешно совмещать профессиональную деятельность и семейные заботы? У Вас ведь трое детей, которые постоянно требуют материнского внимания.

Важно всё делать с любовью! Я очень люблю свою семью. И с радостью прихожу на работу. Когда всё делается с любовью, то всё получается!

Мы с мужем ещё со студенческих лет мечтали о большой дружной семье, и всегда поддерживали друг друга все эти годы. Нас познакомила моя тётя, которая живёт в Якутске. Однажды, когда я была у неё в гостях, она мне рассказала, что в её квартире уже в течение полутора снимает комнату Юлиан, студент педагогического вуза, хороший парень из Намского района.

Тётя я навещала регулярно, но с Юлианом мы до этого времени ни разу не сталкивались. Она прониклась к нему доверием, узнала, что он тоже одинокий, как и я в то время. Тётя предложила нас познакомиться... Так всё и закрутилось! В 2008 году мы поженились. В 2009 году родился наш старший сын Адриан. В 2015 году — дочка Кристина. В 2021 году — Марк.

Юлиан преподавал в сельской школе технологию, работал заведующим детским садом. В настоящее время он — индивидуальный предприниматель. Занимается монтажом отопительных систем в частных домах и организациях.

Как Вы любите отдыхать? Как проводите свободное время?

Люблю семейные путешествия. Например, недавно мы всей семьёй совершили автомобильное путешествие из нашего села до Владивостока и обратно. Нравится отдых на природе, рыбалка. Люблю выезды на природу на два-три дня с палаткой. В Якутии много красивых и практически безлюдных мест, где ощущается красота и величие окружающего мира.

Также увлекаюсь плетением из бумажной лозы. Используются такие же техники, как и при плетении из натуральной лозы или ротанга. Но бумажная лоза — гораздо более доступный материал для рукоделия. Среди моих работ: корбочки для мелочей, салфетки для сервировки, корзина для белья, и даже пикниковая корзина. Приятно, когда тебя окружают вещи, сделанные своими руками, в которых вложено душевное тепло!

Ирина Дмитриевна, позвольте пожелать Вам успехов во всех делах и начинаниях!

Беседу вёл *Илья Бруштейн*
Фотографии из личного архива
И.Д. Захаровой

Микроимпульсная транссклеральная циклофотокоагуляция — микроимпульсная транссклеральная лазерная терапия

Уважаемые читатели!

В прошлом номере газеты «Поле зрения» (4-2024) было напечатано интервью с профессором И.Э. Иошиным, посвященное вышедшей недавно в издательстве «Апрель» книги «Микроимпульсная циклофотокоагуляция (версия 2.0)».

В заключение беседы профессор Иошин подчеркнул необходимость изменить устаревшее, по мнению профессора, название «циклофотокоагуляция» на «циклопластика» и сказал буквально следующее: «Зарубежными и отечественными, в том числе и собственными исследованиями в эксперименте и в клинике доказано отсутствие повреждающего/коагуляционного действия на цилиарное тело методики мЦФК при соблюдении рекомендуемых (безопасных и эффективных) параметрах воздействия. Мною неоднократно на различных «полях и площадках» озвучивалось предложение изменить устаревшее название «циклофотокоагуляция» на «циклопластика», по аналогии с трабекулопластикой, как наиболее отвечающее механизму действия. Полное название операции может звучать так: «микроимпульсная лазерная транссклеральная циклопластика» — мЛТЦ».

Предлагаем вашему вниманию главу 7 книги «Микроимпульсная циклофотокоагуляция (версия 2.0)», в которой автор конспективно представляет технологию мЦФК и обосновывает необходимость изменить название вмешательства. (Материал перепечатан с любезного разрешения автора)

Развитие альтернативных хирургических методов на основе различных деструктивных энергий на цилиарное тело, которые позволяли бы достичь гипотензивного эффекта без вскрытия глазного яблока, связано с отсутствием стабильного результата классической хирургии на дренажной структуре глаза у пациентов с рефрактерной глаукомой. В различные периоды времени было предложено несколько циклодеструктивных методов: диатермокоагуляция, криодеструкция и фотокоагуляция цилиарного тела (Weve H., 1933; Vogt A., 1936; Егорова Э.В., 1969; Абрамов В.Г., 1973; Shields M.V., 1993; Бойко Э.В., 2003).

Преимуществом лазерных транссклеральных циклодеструктивных методов считается возможность более точной фокусировки на меньшую по размерам и более точно отграниченную область с низкой абсорбцией лазерной энергии тканью-передатчиком (склера), что позволяет уменьшить количество осложнений.

Контактную транссклеральную диодлазерную ЦФК впервые применили в 1990 годах. Воздействие было направлено на снижение продукции внутриглазной жидкости вследствие возникающей после лазерной коагуляции частичной

атрофии цилиарного тела и его отростков (Волков В.В., 1993; Бойко Э.В., 2000). Существует также мнение, что развитие гипотензивного эффекта связано с послеоперационной ишемией, вызванной тромбозом сосудов цилиарного тела, расширением супрахориоидального пространства и, как следствие, увеличением оттока жидкости (Демир М., 2005). Метод рекомендовали применять ограниченно у пациентов с низкими, даже остаточными зрительными функциями, что обусловлено сложным послеоперационным периодом, в котором обычно фиксируются геморагии и воспаление. Сформировалось отношение к методу ЦФК как к «хирургии последнего шанса» для снижения ВГД, когда функциональные результаты операции не имеют принципиального значения.

Микроимпульсная лазерная транссклеральная циклофотокоагуляция

Ограничение применения непрерывной транссклеральной ЦФК в связи с серьезными осложнениями привело к разработке нового подхода лазерного лечения глаукомы, известного как микроимпульсная транссклеральная циклофотокоагуляция (мЦФК), с

использованием инфракрасного диодного лазера с той же длиной волны 810 нм, цель которого заключалась в достижении стабилизации ВГД и при этом в сведении к минимуму риска развития осложнений.

Клиническое использование технологии микроимпульсных диодов в офтальмологии было впервые исследовано при лечении заболеваний сетчатки, включая макулярный отек, вызванный окклюзией ветвей сосудов сетчатки или диабетической ретинопатией, центральной серозной хориопатией (Дога А.В., 2016; Shih-Yu, 2005; Ohkoshi K., 2010; Володин П.В., 2017).

Tan et al. (2010) опубликовали первое клиническое исследование по применению мЦФК в лечении глаукомы. По результатам данного исследования, в 80% случаев за период наблюдения было достигнуто давление цели на фоне использования гипотензивных капель и без них. По мнению авторов, основной эффект лазера направлен на улучшение увеосклерального оттока за счет активации пигментного эпителия цилиарного тела.

С появлением микроимпульсного режима ЦФК ситуация кардинально изменилась. Отсутствие коагуляционного некроза цилиарного тела и сохранение высоких

зрительных функций на фоне благоприятного послеоперационного периода обеспечили более активное внедрение методики в клиническую практику.

Механизм действия мЦФК

Механизм действия метода мЦФК изучается до настоящего времени. Предполагается, что механизм снижения продукции ВГЖ при мЦФК схож с таковым при классической непрерывной транссклеральной циклофотокоагуляции, но в отличие от последней

мЦФК вызывает лишь подпороговое повреждение клеток пигментированного и непигментированного эпителия цилиарного тела. Наличие межимпульсного временного периода позволяет температуре пигментных клеток вернуться к исходному уровню перед следующим импульсом и, следовательно, не приводит к клеточному повреждению от кумулятивного перегревания окружающих тканей (непигментированного эпителия и стромы цилиарного тела). В подтверждение этого тезиса патологические макроскопические изменения после мЦФК не определяются (Ma A. et al., 2019).

Предположительные механизмы действия микроимпульсного лазера подтверждаются клиническими результатами. Исследователи, изучавшие влияние микроимпульсного лазера при различной патологии сетчатки, одним из возможных механизмов действия лазера считают селективное воздействие на пигментный эпителий цилиарного тела при минимальном повреждении окружающих тканей. Благодаря короткой длительности импульса и непродолжительному рабочему циклу, температура в клетках пигментного эпителия повышается избирательно. Формируется не коагуляционное, а тепловое воздействие, активирующее определенные биохимические каскады. Минимальное повреждение пигментного эпителия на уровне органелл клетки вызывает его регенерацию, активацию метаболических процессов, транспорт веществ, активацию синтеза внутриклеточных биологических факторов, поддерживает клеточную жизнеспособность (Kuchar S. et al., 2016).

Гипотеза о том, что транссклеральная циклофотокоагуляция уве-

личивает интенсивность увеосклерального оттока ВГЖ, нуждается в доказательстве, что на практике представляет определенные сложности. Дело в том, что способ прямого измерения увеосклерального оттока в клинике не существует. В то же время экспериментально использование меченых молекул — изотопных индикаторов с последующим морфологическим исследованием — показало, что мЦФК активирует увеосклеральный отток у кроликов. В отсутствие микроимпульсного лазерного воздействия индикаторы фиксировали только в трабекулярной сети без проникновения в увеосклеральный путь (Liu G.J. et al., 1994; Nemoto H. et al., 2022).

Другим возможным предполагаемым механизмом снижения ВГД считают пилокарпиноподобное действие микроимпульсного лазера. Данный механизм описан M. Johnstone в ходе экспериментального исследования *in vitro*. Было показано, что воздействие микроимпульсов на цилиарную мышцу вызывает ее временный спазм. При сокращении мышечных волокон размеры ЦТ уменьшаются, что приводит к смещению склеральной шпоры в заднем и внутреннем направлениях и изменению конфигурации трабекулы и шлеммова канала, способствует расширению супрахориоидального пространства, активации увеосклерального оттока, приводящего к улучшению оттока внутриглазной жидкости (Johnstone M.A., 2019).

Безопасные энергетические параметры

Обеспечение безопасного эффекта в первую очередь зависит от энергетических параметров лазерного микроимпульсного режима. По мере накопления клинического опыта F. Sanchez с соавт. предположили, что доставляемая энергия с наилучшим профилем безопасности/эффективности находится в пределах от 112 до 150 Дж. Использование энергии в рамках данных значений показало умеренное снижение ВГД примерно на 35% в сроке наблюдений до 15 мес. с минимальными осложнениями или без них. Уровни энергии ниже 100 Дж не вызвали побочных эффектов, но приводили к меньшему снижению ВГД и более короткому сроку

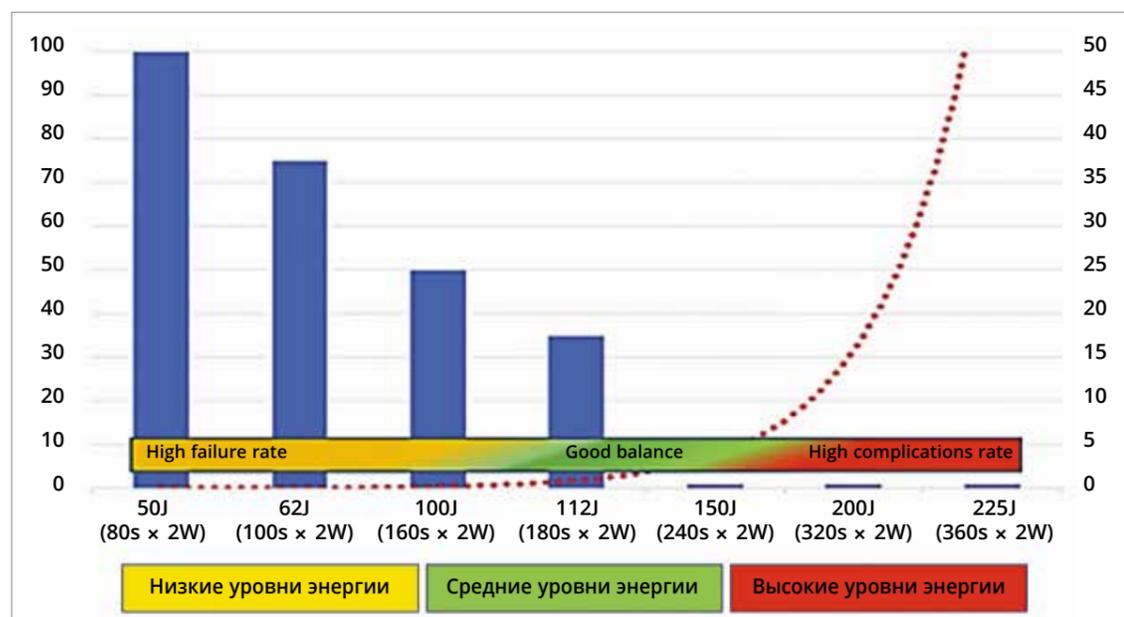


Рис. 7.1. График зависимости результатов и уровня энергии (Sanchez F.G. et al., 2018)

действия эффекта. Напротив, при уровнях энергии выше 200 Дж ($320 \text{ с} \times 2 \text{ Вт} \times 31,3\%$ рабочий цикл) сообщалось о более значительном снижении ВГД и высоких рисках послеоперационных осложнений, то есть о развитии коагуляционного эффекта (Sanchez F.G. et al., 2018) (рис. 7.1).

Н.С. Ходжаев с соавт. (2020) представили клинко-экспериментальные данные о том, что микроимпульсная циклофотокоагуляция с мощностью 2,8 Вт, экспозицией до 160 с и рабочим циклом 31,3% является безопасным по данным гистологического исследования, которое показало отсутствие коагуляционного некроза в тканях цилиарного тела.

Минимальная воспалительная реакция в передней камере, как правило в виде незначительного феномена Тиндаля, достаточно редко встречается после мЦФК. Она быстро разрешается на фоне стандартного медикаментозного сопровождения операции. Еще более редко описаны гифема, реактивная гипертензия, макулярный отек, отек роговицы, риск которых при адекватных энергетических параметрах минимален, а, по данным некоторых авторов, вообще отсутствует (Lee J.H. et al., 2017; Sarrafpour S. et al., 2019; Williams A.L. et al., 2018; Aquino M.C. et al., 2015).

Однако, согласно клиническим данным, мощность, общее время воздействия и общая энергия не всегда линейно коррелируют с гипотензивным эффектом операции. T. Grippo et al. предложили использовать более адаптивный к реальным условиям, чем общая энергия, индикатор для сравнения клинических результатов. В качестве такого показателя предложен «поток энергии» (F-Fluence) как метрическая единица плотности лазерной энергии в Дж на см^2 , доставляемой к поверхности глазного яблока. Предложенный показатель учитывает не только стандартные параметры, такие как мощность, время и общая энергия, но и скорость прохождения зонда по поверхности глазного яблока (Grippo T.M. et al., 2022).

На одном из заседаний консенсус-группы (Consensus panel of ten glaucoma experts discusses MicroPulse TLT 12 марта, 2022), посвященном мЦФК, обсуждался вопрос об использовании параметров лазера. В частности, особое внимание было обращено на показатель скорости движения зонда, который существенно влияет на величину потока энергии (Grippo T.M. et al., 2022). Консенсусной группой было предложено использовать на практике следующие настройки лазера:

- Мощность $W = 2,5 \text{ Вт}$
- Рабочий цикл 31,3%
- Общее время воздействия 160 сек
- Время воздействия на полусферу 80 сек
- Общая энергия 125,2 Дж
- Количество проходов по квадранту — 4
- Время, затраченное на 1 проход, 20 сек
- Итоговый поток энергии 130,6 Дж/ см^2

Примечательно, что данный протокол зарубежных коллег согласуется с собственным модифицированным протоколом (разделение каждой полусферы на квадранты) с потоком энергии 121,8 Дж/ см^2 , который применяется с 2021 г. (Юшин И.Э. с соавт., 2022).

Клиническим результатом применения собственного модифицированного метода стало снижение ВГД (на 36,9% в случае развитой, 36,2% — далекозашедшей и 19,7% — терминальной стадии глаукомы) и благоприятный профиль безопасности (отсутствие воспалительных осложнений и снижения исходной остроты зрения) при лечении

пациентов с рефрактерной глаукомой. Гипотензивный эффект сохранялся в 81,3% случаев в течение 12 мес. после проведения мЦФК (Юшин И.Э. с соавт., 2022).

Представленная модификация мЦФК с учетом интегрального параметра «поток энергии» позволила унифицировать технологию лазерного воздействия. Полученные результаты применения модифицированной мЦФК демонстрируют хороший гипотензивный эффект при отсутствии клинически значимых осложнений. Характерные для коагуляционного эффекта осложнения, такие как иридоциклит, гифема, гипотонический синдром отсутствуют.

Высокая эффективность метода сочетается с сохранением исходной остроты зрения у пациентов с различными стадиями глаукомы; отдельно необходимо подчеркнуть стабильное высокое зрение после мЦФК при ранних стадиях глаукомы. Важно отметить, что широкое применение технологии мЦФК в разнообразных клинических ситуациях за последние годы значительно приблизило офтальмологов к пониманию сути метода и, возможно, в недалеком будущем окончательно определит ее роль и место в лечении глаукомы.

Микроимпульсная транссклеральная лазерная циклопластика (мТЛЦ)

Полученные данные о безопасном уровне энергии лазерного воздействия, применяемого в технологии мЦФК, предопределили изменение названия данной процедуры в зарубежной литературе — ТЛТ (transscleral laser therapy). Это также актуально и для отечественной практики — принципиальное разделение двух методов лазерного воздействия на цилиарное тело: коагуляционного, типичного для непрерывного лазерного режима, и стимулирующего, характерного для микроимпульсного. Выбор нового термина данной операции должен соответствовать следующим обстоятельствам: максимально отражать патогенетическую сущность процедуры, быть анатомически ориентированным по месту приложения, определять ее хирургическую направленность и соответствовать сложившейся практике названий медицинских манипуляций.

Дополнительно необходимо отметить, что в современных приборах есть возможность переключаться как на микроимпульсный, так и на непрерывный режим, то есть на классическую технологию ЦФК, добиваясь коагуляционного эффекта. Таким образом, для новых безопасных режимов с ограничением энергии актуально ввести новое название, а для непрерывных режимов оставить классическое название — ЦФК.

Зарубежный термин «ТЛТ — транссклеральная лазерная терапия», используемый с 2020 годов, не вполне соответствует отечественным реалиям применения методики — контактный характер и выполнение процедуры в операционной. Кроме того, исключение данной манипуляции из списка хирургических вмешательств отрицательно скажется на реальной офтальмохирургической активности.

В качестве примера для выбора термина, соответствующего новым энергетическим стандартам микроимпульсного режима, можно привести следующую аналогию. Существующие лазерные антиглаукомные операции имеют устоявшиеся названия, отражающие патогенетический механизм их действия в точке приложения, в частности аргонная (неселективная) лазерная трабекулопластика (АЛТ) сопровождается коагуляционным эффектом в трабекулярной области. Нанесение коагулятов меняет

структуру трабекулы, улучшает отток жидкости и визуализируется при гонио/биомикроскопии, что обоснованно определяет термин «трабекулопластика».

В то же время селективная лазерная трабекулопластика (СЛТ), имея в названии определение «пластика» не приводит к видимым морфологическим изменениям в зоне воздействия. Механизм снижения ВГД после СЛТ, по мнению авторов, основан на том, что под воздействием дозированной фототермической стимуляции клетки трабекулярной сети высвобождают множество цитокинов (включая интерлейкин-1 β , фактор некроза опухоли) и матричные металлопротеиназы, которые увеличивают естественный отток внутриглазной жидкости (Latina M.A., 1995). Тем не менее, термин «селективная трабекулопластика» патогенетически правомерно отражает послеоперационную ситуацию с потенциально увеличенным трабекулярным оттоком после СЛТ.

Резюме

Предложение изменить название «микроимпульсная циклофотокоагуляция — мЦФК» на «микроимпульсную транссклеральную лазерную циклопластику» актуально, так как существующее

название не определяется механизмом действия процедуры: отсутствуют коагуляционный эффект, повреждения ткани и выраженный гипотонический синдром. В рамках энергетических параметров, безопасность которых доказана клиническими и морфологическими данными многочисленных публикаций, доказана минимальная травматичность процедуры. Минимальные послеоперационные осложнения, в том числе воспалительные, свидетельствуют об отсутствии коагуляционного эффекта на цилиарное тело с резким снижением продукции ВГЖ.

Отсутствие коагуляционного некроза цилиарного тела и сохранение высоких зрительных функций на фоне благоприятного послеоперационного периода обеспечили активное внедрение методики в клиническую практику. Одновременно, очевидный гипотензивный эффект лазерной процедуры указывает на альтернативный механизм и, наиболее вероятно, на улучшение увеосклерального оттока жидкости. Следует еще раз подчеркнуть, что благодаря короткой длительности импульса и непродолжительному рабочему циклу, температура в клетках пигментного эпителия повышается избирательно. Минимальное повреждение

пигментного эпителия на уровне органелл клетки вызывает его регенерацию, активацию метаболических процессов, резорбцию жидкости, транспорт веществ, активацию синтеза внутриклеточных биологических факторов, увеличивает клеточную жизнеспособность. Дополнительно экспериментально обнаружено сокращение мышечных волокон со смещением склеральной шпоры в заднем и внутреннем направлениях и изменением конфигурации трабекулы (шлеммова канала) способствует расширению супрахориоидального пространства, потенциальной активации увеосклерального оттока внутриглазной жидкости.

Все указанные изменения укладываются в определение «микроимпульсная транссклеральная лазерная циклопластика — мТЛЦ», которое предлагается ввести в качестве нового названия для данной процедуры при рекомендуемых экспертами (безопасных) энергетических параметрах (общая энергия — не более 200 Дж, поток энергии — не более 150 Дж/ см^2). Впоследствии возможна коррекция энергетических параметров мТЛЦ по мере накопления клинического и экспериментального опыта, а также в случае сочетания с другими лазерными антиглаукомными процедурами.



СОВРЕМЕННАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Северная
ЗВЕЗДА

Нам доверяют!

ПРОТИВОГЛАУКОМНЫЕ ПРЕПАРАТЫ



БРИМОНДИН-С3



ДОРЗОЛКО-С3



БИМАТОПРОСТ-С3



БИМОНКО-С3



ЛАТАНОПРОСТ-С3



ДОРЗОЛАНДИД-С3



БЕТАКСОЛОЛ-С3



ВИЗОККО®



ОЛОПАТАДИН-С3



БРОМФЕНАК-С3



ФЕНИЛЭФРИН-С3

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Доктор медицины, доцент, заведующий офтальмологическим отделением клиники «Klaudiánova nemocnice» (г. Млада-Болеслав, Чехия) А.К. Степанов:

«Через тернии к звёздам» — таков мог быть девиз новой книги!

Многие коллеги обратили внимание на его увлечённость офтальмологией, скрупулёзность и дотошность во время ведения дискуссий, доброжелательное отношение к людям. Андрея всегда отличала жажда знаний, стремление постоянно повышать свою квалификацию, готовность делиться приобретённым опытом.

В июле 2020 года А.А. Воронцов трагически погиб в результате несчастного случая... Память о нём хранят не только редакторы «Терры-Офтальмики», но и многочисленные коллеги в самых разных регионах нашей страны.

Книга «Записки земского офтальмолога», разделённая на десять глав, представляет разбор наиболее интересных клинических случаев, которые подготовил А.А. Воронцов для Интернет-портала «Терра-Офтальмика» за более чем шесть лет своей работы в проекте. Каждый клинический случай сопровождается комментариями участников виртуального сообщества. Кроме того, каждый диагноз дополнен короткой справкой (квинтэссенцией) по данной проблематике, содержащей определение, диагностику и основы лечения описываемой патологии.

Корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с одним из редакторов книги, а также редактором Интернет-портала «Терра-Офтальмика» А.К. Степановым. Александр Константинович — выпускник Ярославского государственного медицинского университета. С 2012 года он живёт и работает в Чехии. В настоящее время руководит офтальмологическим отделением крупной государственной многопрофильной клиники «Klaudiánova nemocnice» в городе Млада-Болеслав. Кроме того, наш соотечественник, ставший в Чехии доктором медицины, является доцентом медицинского факультета Карлова Университета в Праге, одного из старейших университетов мира, основанного королём Богемии Карлом IV в 1348 году.

Наша беседа касалась не только книги, но и профессиональной деятельности Александра Константиновича, его опыта, приобретённого за время работы за рубежом.

> стр. 1

Максимально возможная помощь в каждой конкретной ситуации

Александр Константинович, позвольте поздравить Вас с изданием книги, в которую Вы вложили много труда и душевных сил!

Спасибо за добрые слова! Над этой книгой работал редакторский коллектив Интернет-сообщества «Терра-Офтальмика», а также сотрудники издательства «Апрель». Андрей Александрович Воронцов трагически ушёл из жизни в 2020 году. Ему было всего 33 года... Но мы храним память о нём. «Терра-Офтальмика» продолжает развиваться. Думаю, что выход в свет этой книги станет новым этапом в этом развитии.

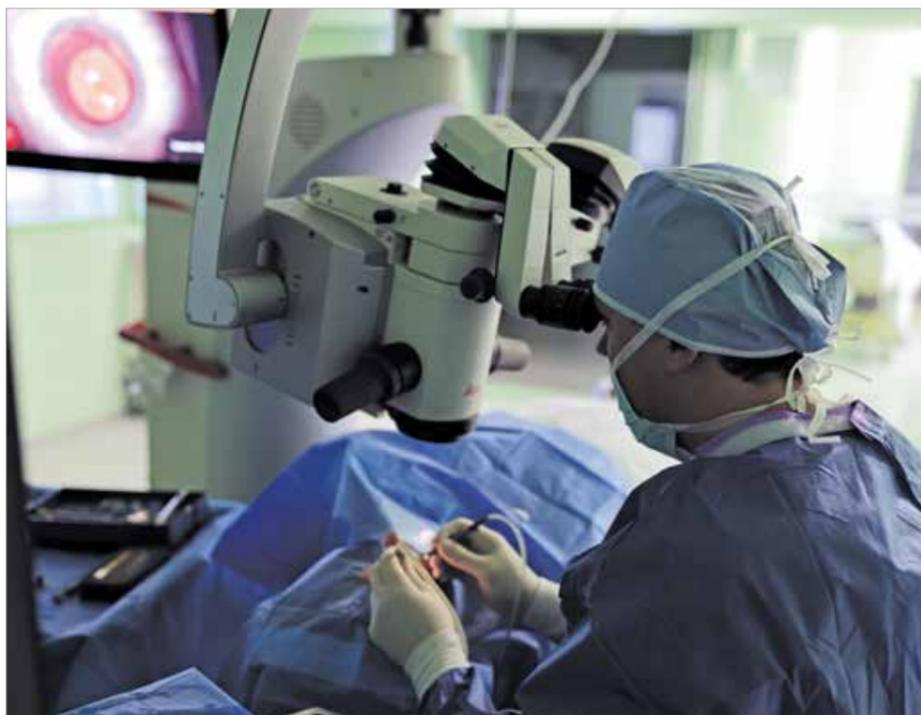
Андрей Воронцов не планировал издавать книгу. Она появилась в результате «переложения» Интернет-контента в книжный формат.

Мне не хотелось бы показаться самонадеянным, но уверен, что читатели, наши коллеги, положительно оценят этот опыт! Андрей Воронцов ещё при жизни считался «душой нашего виртуального сообщества». Он представлял в Интернете интереснейшие клинические случаи, активно участвовал в дискуссиях. Теперь с этим огромным информационным «пластом» можно познакомиться в книжном формате. На мой взгляд, это очень интересно и познавательно!

Кроме того, в книгу вошла статья Андрея Воронцова «Советы будущим районным oculистам». Этот материал уже публиковался в газете «Поле зрения». На мой взгляд, он не утратил своей актуальности. На пятом курсе Ивановской медицинской академии Андрей заключил договор, в соответствии с которым после окончания клинической ординатуры он должен был отработать пять лет врачом-офтальмологом в ОГБУЗ «Межевская РБ» в селе Георгиевское Костромской области.

Андрей никогда не жалел об этом решении. Его увлекла работа «земского доктора». В виртуальном сообществе он охотно делился своим опытом. И эта статья также отражает его увлечённость и, одновременно, основательный, научный поход к делу!

Статья, в первую очередь, предназначена для районных врачей, многие из которых сталкиваются с целым рядом трудностей. Им необходимо оказывать медицинскую



В операционной

помощь и амбулаторным, и стационарным пациентам. Порой не хватает оборудования, лекарственных средств. Сказывается фактор территориальной удалённости.

В этой ситуации Андрей показывает, как не потерять оптимизма и выполнять работу наилучшим образом!

В статье приведён список препаратов, которые необходимо закупить больнице для офтальмологического кабинета, рассказывается о техническом оснащении врачебной работы, юридических вопросах установления инвалидности по зрению, подготовке памяток для пациентов по различным офтальмологическим патологиям и т.д. Это вопросы, которые не потеряли своей актуальности! Кроме того, в книгу вошла статья Андрея, где он делится своими впечатлениями о прохождении курса лазерной хирургии. «Через тернии к звёздам» — таков мог быть девиз новой книги!

Почему Вы так думаете?

Основа книги — разбор клинических картин. Этот анализ, как правило, показывает, что даже в самых тяжёлых случаях врач может найти приемлемое решение. Далеко не всегда это решение означает полное выздоровление пациента. Но, во всяком случае, ведя диалог с коллегами, мы приближаемся к тому, чтобы в каждой конкретной ситуации оказывать людям максимально возможную помощь.

Первые шаги в профессии

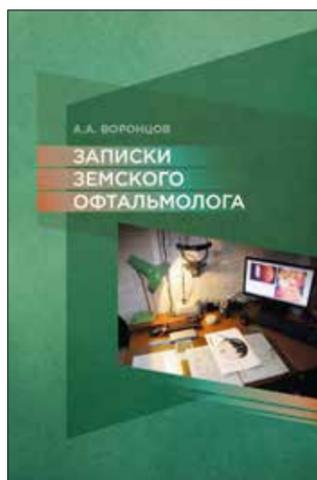
Александр Константинович, хотелось бы использовать выход в свет новой книги, где Вы выступили в качестве редактора, как информационный повод, чтобы лучше Вас узнать. Не могли бы Вы рассказать об основных вехах Вашей жизни?

Я родился и вырос в древнем русском городе Ростове Великом Ярославской области. Мама всю жизнь работала фармацевтом. Отец — историком. Среднюю школу в родном городе окончил с золотой медалью. В Ярославский государственный медицинский университет в 2003 году поступил по совету родителей.

Но это было моё собственное решение. Врач — замечательная профессия! Выбрав эту специальность, человек обретает шанс помогать людям. А это доставляет большое удовольствие! Мы не просто общаемся с людьми, а можем быть им полезными, сыграть в их жизни важную роль.

А.А. Воронцов

ЗАПИСКИ ЗЕМСКОГО ОФТАЛЬМОЛОГА



ISBN 978-5-6050300-6-5

Уважаемые читатели газеты «Поле зрения»!

Издательство «Апрель» готовит к выпуску новую книгу замечательного человека, офтальмолога А.А. Воронцова, трагически погибшего 21 июля 2020 года.

Книга представляет собой собрание клинических случаев с детальным разбором, мысли врача-клинициста. Эта книга будет вашим наставником и советчиком по офтальмологической диагностике и лечению, путеводителем по проблемам, с которыми сталкивается на протяжении своей практики как молодой доктор, так и опытный специалист.

Как Вы выбрали свой путь в медицине?

Изначально меня тянуло в общую хирургию. Думаю, что я в этом не одинок. Многие парни, поступая в медицинский вуз, хотят стать хирургами. На самом деле, общая хирургия — очень интересная и важная область медицины. Но со временем возникает интерес и к другим специальностям. Например, меня очень привлекла неврология. Возникло желание стать врачом-неврологом.

Почему же Вы всё-таки сделали окончательный выбор в пользу офтальмологии?

Специфика неврологии состоит в том, что большинство диагнозов ставятся по «косвенным признакам». Мы не можем заглянуть внутрь человеческого мозга. А глаз, как известно, это «часть мозга, вынесенная на периферию». Зрительные функции теснейшим образом связаны с работой головного мозга. Но у нас есть возможность изучить все структуры глаза. Меня заинтересовала офтальмология: диагностика, консервативное и хирургическое лечение.

Как проходило Ваше первое практическое знакомство с офтальмологией?

Это произошло на пятом курсе. Я ходил на дежурства в круглосуточный глазной травмпункт, который располагался при Ярославской городской больнице №2.

На шестом курсе параллельно с учёбой окончил курс оптометристов. Стал работать в салоне оптики. После окончания вуза с красным дипломом в 2009 году прошёл интернатуру по офтальмологии в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова. Довелось познакомиться с профессором Ю.С. Астаховым. Он был в то время заведующим кафедрой офтальмологии, главным внештатным офтальмологом Санкт-Петербурга.

Юрий Сергеевич был выдающимся врачом-диагностом, учёным-исследователем, организатором здравоохранения. Считаю большой удачей, что Судьба свела меня с ним в самом начале профессионального пути.

Какие воспоминания сохранились у Вас о профессоре Ю.С. Астахове?

Юрий Сергеевич запомнился как человек энциклопедических знаний, прекрасный педагог. В память врезались два случая, когда он осматривал пациентов, а я находился рядом. В первом случае у пациента была диагностирована передняя ишемическая нейропатия. Случай был сложный, находящиеся рядом доктора сомневались в этом диагнозе... Юрий Сергеевич чётко и понятно обосновал, что в данном случае мы имеем дело именно с передней ишемической нейропатией.

Мне было интересно его слушать, ловил буквально каждое слово! Ещё один примечательный случай. Юрий Сергеевич осматривает пациента. И вдруг неожиданно спрашивает у него: «У Вас есть кошка?» Пациент отвечает: «Да, есть». Честно говоря, тогда я удивился, почему профессор во время офтальмологического осмотра спросил о домашнем животном.

Оказалось, что Ю.С. Астахов диагностировал у пациента «болезнь кошачьих царапин». После завершения осмотра он подробно объяснил для нас, докторов-интернов, этот диагноз. Завершил свой рассказ, достал с книжной полки какую-то монографию, открыл нужную страницу и зачитал вслух информацию о «болезни кошачьих царапин».

Устное разъяснение было подкреплено письменным источником!

Думаю, в этом случае проявился «весь Астахов»! К любому вопросу он подходил основательно, фундаментально. Он всегда уделял много времени, чтобы ответить на вопросы пациентов и коллег, в том числе и молодых докторов.

Как сложилась Ваша профессиональная жизнь после получения диплома врача-офтальмолога?

В течение одного года я работал врачом-офтальмологом в салоне оптики. При необходимости также приходилось выполнять обязанности мастера по изготовлению очков и продавца-консультанта.

Эта была интересная, напряжённая работа. В день принимал до пятидесяти пациентов. Старался найти к каждому индивидуальный подход. Однажды ко мне обратился



Памятное фото с профессором Ю.С. Астаховым. 2015 год

молодой человек с неврологическим спазмом век. У него была близорукость минус два, но в течение долгого времени очки он не носил. Я ему объяснил, что именно по этой причине у него возникла эта патология.

Специального лечения в этой ситуации не требовалось. Но парню необходимо было понять, что в его собственных интересах на постоянной основе носить очки, которые ему выписал врач. Он так и сделал. И неврологический спазм век у него прошёл.

Почему Вы сейчас вспомнили об этой истории?

С такими ситуациями в салоне оптики я сталкивался регулярно. Это были пациенты, которым требовалась оптическая коррекция зрения, но по каким-то причинам они эту коррекцию не осуществляли.

И тем самым наносили себе ущерб!

Мне хотелось понять, почему это происходит? Как им можно помочь? В некоторых случаях мы подбирали для пациентов контактные линзы. Были люди, которые их переносили гораздо лучше, чем очки. В каких-то случаях необходимо было подобрать другую модель очков. Порой пациентам требовалась помощь психотерапевта, чтобы привыкнуть к очкам. На это я тоже обращал их внимание!

В общем, старался подходить к работе неформально. Этот год в салоне оптики был очень важным для меня в профессиональном плане.

Международный опыт

Почему, находясь в начале своего профессионального пути, Вы решили поработать за рубежом?

Молодость почти всегда сопряжена с любопытством. Хотелось расширить личный и профессиональный горизонт.

Почему выбор пал на Чехию? Почему Вы решили поработать именно в этой стране?

В Чехию я переехал в 2011 году. Можно было сравнительно легко найти работу и на этом основании получить долгосрочную визу.

Это важный организационный аспект. Я не мог себе позволить долго жить в какой-либо стране, «искать себя», учиться. Надо было куда-то приехать и, по возможности, как можно быстрее начать работать.

В Чехии это было возможно?

Было только одно «ограничение», и совершенно естественное: знание чешского языка. Врач любой специальности не может работать с пациентами, если он не владеет

национальным языком на хорошем уровне. Поэтому в течение одного года я занимался на курсах чешского языка, а потом начал работать.

Вы посещали какие-то специализированные курсы чешского языка?

Это были общедоступные курсы в городе Брно, которые предназначались для иностранных абитуриентов, планировавших обучение в чешских вузах. В основном, на эти курсы приходили вчерашние школьники из разных стран, в том числе из России. Я был одним из наиболее «возрастных» учащихся, т.к. к тому времени уже окончил вуз, имел опыт работы.

Кроме обучения языку для нас устраивали экскурсии и лекции, посвящённые истории Чехии, её традициям и достопримечательностям.

У Вас были в Чехии какие-либо профессиональные контакты, когда Вы приехали в эту страну?

Никаких контактов не было. Участь на языковых курсах, я отправил резюме в семьдесят чешских клиник. И получил три приглашения на собеседование. В итоге, во время второго собеседования последовало приглашение на работу. Так я стал врачом-офтальмологом университетской клиники в чешском городе Градец-Кралове. Поэтому на третье запланированное собеседование уже не поехал. В этом не было необходимости!

Сразу после собеседования Вы приступили к работе?

Работодатели знали, что сначала мне необходимо завершить обучение на языковых курсах. Но рабочее место было за мной закреплено.

Как организовано здравоохранение в Чехии? На что Вы обратили внимание?

В Чехии есть общенациональные медицинские центры, есть областные (региональные) клиники, а также районные (уездные) лечебные учреждения. В этом плане организация здравоохранения схожа с российской. Также имеются университетские клиники, где особое внимание уделяется не только лечебному процессу, но и научным исследованиям, подготовке медицинских кадров, внедрению новых технологий.

Какую роль играет частная медицина?

Есть частные клиники, частнопрактикующие врачи-офтальмологи. Но, по моей информации, основную нагрузку по оказанию профильной медицинской помощи несут именно государственные лечебные учреждения. Они работают в рамках системы ОМС. Медицинскую страховку имеют все граждане и жители Чехии.

Частнопрактикующие врачи-офтальмологи, в основном, занимаются консервативным лечением. Есть и частные клиники с собственными операционными блоками, но их сравнительно немного.

Как Вы оцениваете престиж профессии врача в чешском обществе?

В Чехии врач — престижная специальность. Доктора пользуются уважением в обществе, достойно зарабатывают. Как правило, медики довольны своим уровнем жизни. Например, врач получает, в среднем, в три раза больше продавца продовольственного магазина.

Во многих странах в частной медицине уровень оплаты труда существенно выше, чем в государственном секторе.

Это явление характерно, в первую очередь, для развивающихся стран. Там действительно медицина разделена на «частную» (элитную) и «массовую» (государственную). Но в Чехии и в других странах Европейского Союза уделяется большое внимание именно государственному сектору, организации здравоохранения для всех граждан, вне зависимости от уровня их дохода и социального статуса.

Врачи и другие медицинские работники ценят свои рабочие места. У них нет необходимости искать что-то ещё. Государство является достойным работодателем.

С августа 2012 года по декабрь 2023 года Вы работали врачом-офтальмологом в университетской клинике в городе Градец-Кралове. Расскажите, пожалуйста, об этом этапе Вашей жизни.

Вместе со мной в офтальмологическом отделении больницы работало ещё двадцать врачей-офтальмологов. В стационаре имелось 20 коек. Так же как и в других клиниках, медицинская помощь оказывалась и амбулаторным, и стационарным пациентам.

Когда я оканчивал медицинский вуз в России, то сертификат врача-офтальмолога можно было получить после одного года интернатуры. В настоящее время доктора два года обучаются в клинической ординатуре.



ТРАНСКОНТАКТ

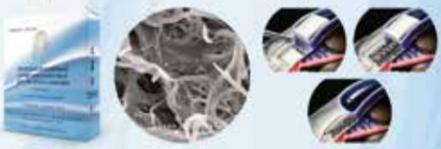
transcontact.info tk-sales@yandex.ru
+7 (495) 605-39-38

Биосовместимость

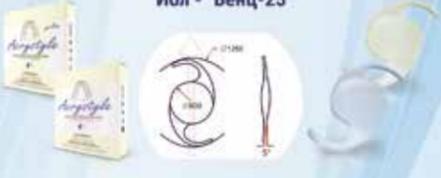
Безопасность

Эффективность

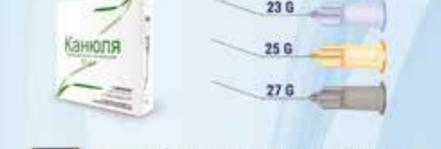
Дренаж коллагеновый антиглаукоматозный



Линза интраокулярная мягкая заднекамерная "Иол - Бенц-25"



Канюли офтальмологические стерильные



Аппарат для кросслинкинга роговицы глаза «Локолинк»



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

В Чехии — другая система. В этой стране молодые специалисты работают в течение пяти лет по специальности. Одновременно они посещают различные образовательные программы. Это время называют «резидентурой».

Вероятно, «резидентуру» в Чехии можно сравнить с «клинической ординатурой» в России.

После окончания «резидентуры» доктора проходят аттестацию. Возможность пройти «аттестацию» предоставляется два раза в год. Её принимает независимая комиссия, состоящая из профессоров и доцентов медицинского факультета и опытных врачей-практиков.

В больнице я тоже проходил «резидентуру», а потом — процедуру аттестации. Правда, «резидентура» продолжалась у меня не пять лет, а четыре года. Аттестация состоит из двух частей: практической и теоретической. В практической части необходимо было провести обследование пациента и доложить комиссии о диагнозе, тактике лечения и т.д.

Теоретическая часть состояла из презентации заранее подготовленного доклада (собственной научной работы), а также собеседования и ответов на вопросы по билетам. В общем, серьёзный, солидный экзамен!

Во время аттестации происходит проверка хирургических навыков офтальмохирургов?

Нет. Обучение молодых хирургов происходит непосредственно в лечебных учреждениях. Значительная часть чешских врачей-офтальмологов являются офтальмохирургами. Опытные коллеги передают знания и навыки новым поколениям. Так же как и в России, существует Wetlab. Но его прохождение не является обязательным условием для работы хирурга.



Александр Степанов, Ян Студничка, Ян Немчанский — соавторы монографии «Сетчатка»

До 2016 года, до прохождения аттестации, я проводил хирургические вмешательства только на придаточном аппарате глаза. Самостоятельные операции фактоэмульсификации катаракты стал осуществлять в 2016 году. До этого времени ассистировал коллегам, учился у них.

В настоящее время провожу все основные виды хирургических вмешательств и на переднем, и на заднем отрезке глаза. Сфера моих научных интересов: лечение болезни сетчатки, витреоретинальная хирургия.

Все годы работы в Чехии Вы совмещали лечебную и научную работу. Не могли бы Вы подробнее рассказать об этой стороне Вашей жизни?

В 2016 году я не только прошёл аттестацию в качестве врача-офтальмолога, но также защитил диссертацию и получил учёную степень «доктора медицины». Темой диссертации стало влияние различных модулей операции фактоэмульсификации катаракты на развитие вторичной катаракты.

В 2016 году произошло ещё одно важное событие в моей проф-

фессиональной биографии: в Париже я прошёл европейскую аттестацию на английском языке в качестве врача-офтальмолога (FEBO).

В 2021 году стал доцентом медицинского факультета Карлова Университета в Праге. В настоящее время читаю лекции по заболеваниям сетчатки. Публикую статьи на эту тему на чешском, английском и русском языках.

Как я уже упоминал, интерес к сетчатке появился у меня ещё в студенческие годы. Но чтобы изучать сетчатку, необходимы глубокие знания в самых разных

областях медицины. В 2023 году в Чехии вышла в свет фундаментальная монография «Сетчатка» объёмом 800 страниц. Мне приятно быть одним из её авторов!

В декабре 2023 года Вы переехали в город Млада-Болеслав и стали руководителем офтальмологического отделения крупной государственной многопрофильной клиники «Kladiánova nemocnice». Какой опыт Вы приобрели, когда стали заниматься не только лечебной, но и административной работой?

Для меня большая честь быть руководителем высококвалифицированного коллектива врачей-офтальмологов, которому по плечу решение самых сложных задач. У нас в отделении работает 14 докторов, 30 медсестёр и медбратьев и 3 санитарки. Имеется десять коек.

Почему отделению требуется такое большое число медсестёр и медбратьев?

Эти коллеги задействованы не только в уходе за стационарными пациентами, но и, в первую очередь, в проведении различных диагностических исследований. В том числе таких сложных, как оптическая когерентная томография. Задача врача состоит в том, чтобы проанализировать результаты исследований и на этом основании поставить правильный диагноз.

Профессиональное взаимодействие врачей-офтальмологов и среднего медицинского персонала очень важно для успешной работы офтальмологического отделения. Я рад, что у нас оно налажено!

Оказывает ли офтальмологическое отделение платные услуги?

Конечно. Например, при проведении операций фактоэмульсификации катаракты у пациентов есть возможность в рамках ОМС без дополнительной оплаты получить монофокальную искусственную линзу. Также они могут из личных средств оплатить мультифокальный вариант этой линзы. В этом случае оплачивается только стоимость хрусталика. Сама операция проводится бесплатно для пациента, в рамках ОМС.

Такой порядок действует, если у пациента диагностирована катаракта, и замена хрусталика происходит по медицинским показателям. Если пациенты хотят осуществить замену хрусталика с рефракционными целями, чтобы избавиться от необходимости носить очки, то они должны полностью оплатить и стоимость хрусталика, и медицинские услуги. Это относится и ко всем другим рефракционным операциям. Они также не входят в ОМС и осуществляются на платной основе.

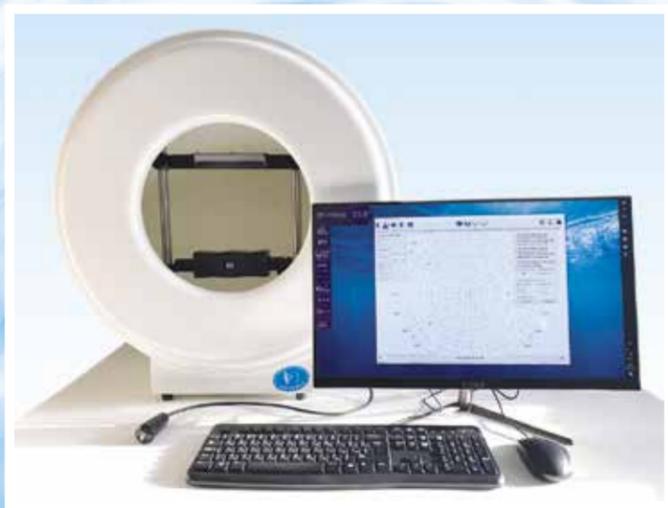
Александр Константинович, позвольте сердечно поблагодарить Вас за интересную беседу и пожелать Вам успехов на дальнейшем профессиональном и жизненном пути!

Спасибо за внимание к работе редакционной команды Интернет-проекта «Терра-Офтальмика»! Мне бы хотелось отметить, что книга А.А. Воронцова, которая вышла в свет — это не первый совместный проект издательства «Апрель», газеты «Поле зрения» и нашей редакционной команды.

В газете «Поле зрения» неоднократно публиковались интервью и статьи членов редакционного коллектива, а также активных участников нашего виртуального сообщества. Хотелось бы выразить надежду, что и работа «в книжном формате» будет продолжена на благо наших коллег, всех читателей!

*Беседу вёл Илья Бруштейн
Фото из личного архива
А.К. Степанова*

Прибор для исследования поля зрения «Периграф ПЕРИКОМ»



ПОРОГОВЫЕ И НАДПОРОГОВЫЕ ТЕСТЫ ПЕРИМЕТРИИ ГЛАЗА

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

Комплектность поставки

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

— поставка с цветным струйным или лазерным принтером

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

— поставка с цветным струйным или лазерным принтером

Производитель:

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

«ПЕРИКОМ» — золотой стандарт периметрии русской офтальмологии

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

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

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

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

Иридокорнеальный эндотелиальный синдром. Клинические случаи

О.В. Сафонова, И.М. Лиханова

АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», Екатеринбург

(Печатается с разрешения редакции журнала «Отражение»)

Иридокорнеальный эндотелиальный синдром (ИЭС) — это группа заболеваний, характеризующихся прогрессирующим изменением эндотелия роговицы, появлением аномальных эндотелиальных клеток, которые способны пролиферировать и мигрировать с задней поверхности роговицы через угол передней камеры на переднюю поверхность радужной оболочки, формированием периферических передних синехий и развитием вторичной закрытоугольной глаукомы [1].

ИЭС возникает спорадически, процесс обычно односторонний, преимущественно поражает взрослых пациентов (чаще женщин среднего возраста) и в конечном итоге серьезно ухудшает зрительные функции при отсутствии надлежащего лечения. Применяемые хирургические вмешательства имеют разный процент успеха, и лечение ИЭС представляет собой сложную задачу для офтальмологов [2, 3].

ИЭС включает три вида редких и в ряде случаев сочетающихся друг с другом клинических форм: прогрессирующую мезодермальную атрофию радужки, синдром Кога-на — Риза (невус радужки), синдром Чандлера [1–3].

ИЭС следует дифференцировать с такими состояниями, как иридолизис, травматическая эктопия зрачка, новообразование радужки и/или иридоцилиарной зоны, синдром Франк-Каменецкого, синдром Ригера, вторичная увеальная или посттравматическая глаукома [4].

Радикального лечения иридокорнеального эндотелиального синдрома не существует. На сегодняшний день отсутствуют медикаментозные и хирургические методы лечения, которые определенно могли бы решить проблему пациентов с любой формой ИЭС, поэтому конечной целью является профилактика и лечение осложнений [2, 3].

При начальном отеке роговицы назначаются гипертонические офтальмологические препараты, в случае декомпенсации возможно проведение кератопластики.

Отдаленные результаты сквозной кератопластики, представленные В.М. DeBroff и R.A. Thoft, показали несостоятельность трансплантата в 83% случаев [5]. Более успешных результатов в отношении состоятельности трансплантата, по данным литературы, удается достигнуть в случае проведения эндотелиальной кератопластики (DSAEK — Descemet-stripping automated endothelial keratoplasty), а также мембранной эндотелиальной кератопластики



Рис. 1. Вид правого глаза пациентки В., 2007 г.

(DMEK — Descemet membrane endothelial keratoplasty) [6, 12].

Лечение глаукомы начинают с назначения медикаментозной терапии, но в большинстве случаев отсутствие гипотензивного эффекта обуславливает необходимость перехода к хирургическому вмешательству [7, 8].

Сохранность гипотензивного эффекта после фистулизирующей хирургии составляет около 60 % через 1 год и 40 % — через 2 года наблюдения. В случае проведения повторных вмешательств успех достигается менее чем в 20 % случаев.

Неудача операций фистулизирующего типа может быть обусловлена прогрессирующим ростом аномальной эндотелиальной мембраны, распространяющейся на трабекулу и зону внутренней фистулы. С этой точки зрения дренажные системы могут быть более эффективны, хотя и оказывают значительное негативное влияние на эндотелий роговицы. Часто поэтапная хирургия глаукомы завершается операциями, направленными на угнетение работы цилиарного тела (криодеструкция, транссклеральная или эндоувеальная лазерная деструкция цилиарного тела, микроимпульсная лазеркоагуляция цилиарного тела) [9]. При обширных дефектах радужки стандартная иридопластика может оказаться невозможной из-за рыхлой структуры ткани [2].

Реконструкция радужной оболочки глаза с помощью имплантации искусственной диафрагмы является альтернативой лечения пациентов с ИЭС, хотя на сегодняшний день отдаленные результаты этих вмешательств отсутствуют. При этом необходимо понимать, что имплантация комплекса «искусственная радужка — ИОЛ» может сопровождаться неконтролируемым повышением ВГД, компенсация которого возможна только с помощью дренажных систем [10].

Фемтосекундная кератопигментация роговицы (татуаж) — новый метод, который был предложен для коррекции косметических дефектов непрозрачной роговицы [13].

Очевидно, что нет ни одного вмешательства, которое могло бы полностью справиться с осложнениями ИЭС. Из-за редкости этого синдрома трудно определить оптимальную стратегию ведения этих пациентов. Очевидно, что многим пациентам требуются многократные вмешательства и для контроля ВГД, и для обеспечения прозрачности роговицы. Однозначным является то, что кератопластические операции необходимо проводить только после компенсации ВГД. Уже на ранних стадиях заболевания требуется откровенное обсуждение с пациентом всех проблем, которые могут быть обусловлены ИЭС, чтобы честно обсудить его ожидания. Это помогает в ведении пациента, обеспечивает его доверие к проводимым лечебным мероприятиям [7–9, 11].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка В., 69 лет. Впервые обратилась в Центр в 2007 г. с жалобами на изменение формы зрачка, дискомфорт в правом глазу и направительным диагнозом «подозрение на новообразование радужки правого глаза».

Соматический статус отягощен сердечно-сосудистой патологией, наличием сахарного диабета 2-го типа, ожирением 3-й ст.

VOD = 1.0; VOS = 0.75 Sph + 0.5 = 0.8 Cyl н/к;

ВГД (Pt) OD = 17 мм рт.ст. (м)/OS = 15 мм рт.ст. (б/м). При проведении биомикроскопии обращали на себя внимание подтяну-

тость зрачка к 3 ч, выворот пигментной каймы, наличие структурных изменений по периферии радужки с 2 до 5 ч, на фоне разреженной светлой стромы наблюдались пигментированные узелки (рис. 1).

При гониоскопии УПК открыт, в нижних отделах распыление пигмента, с носовой стороны гониосинехии.

По данным эндотелиальной микроскопии — начальные морфологические изменения эндотелиальных клеток, участки пустот, средняя плотность в пределах возрастной нормы (рис. 2).

По данным сканирующей лазерной поляриметрии (GDxVCC) толщина слоя нервных волокон была в пределах нормы (рис. 3).

При проведении ультразвуковой биомикроскопии визуализировалось истончение периферических отделов радужки в секторе с 12:30 до 5 ч, периферическая синехия (рис. 4).

Был поставлен диагноз: иридокорнеальный эндотелиальный синдром, вторичная компенсированная глаукома правого глаза, рекомендовано динамическое наблюдение.

В 2011 г. в связи с некомпенсированным ВГД пациентке была проведена непроникающая глубокая склерэктомия правого глаза. В 2013 г. выполнена десцеметогониопунктура, затем фактомульсификация с имплантацией интраокулярной линзы. В 2019 г. в связи с повторной декомпенсацией ВГД была выполнена транссклеральная циклолазеркоагуляция, затем рассечение вторичной катаракты правого глаза. В 2020 г. в связи с развитием кистозного макулярного отека было выполнено субтеноновое введение канала.

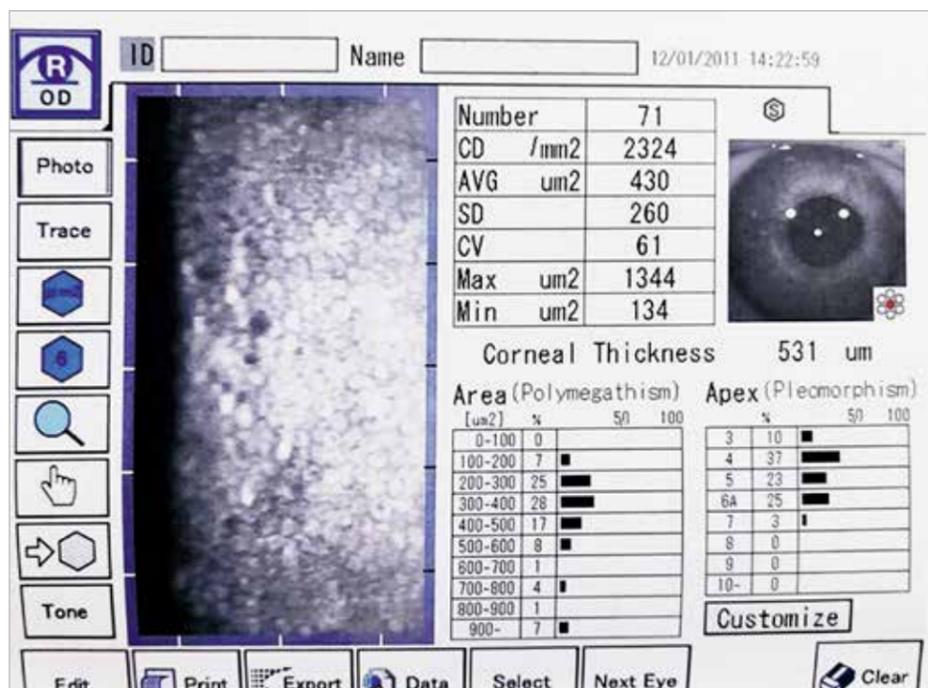


Рис. 2. Эндотелиальная микроскопия правого глаза пациентки В.

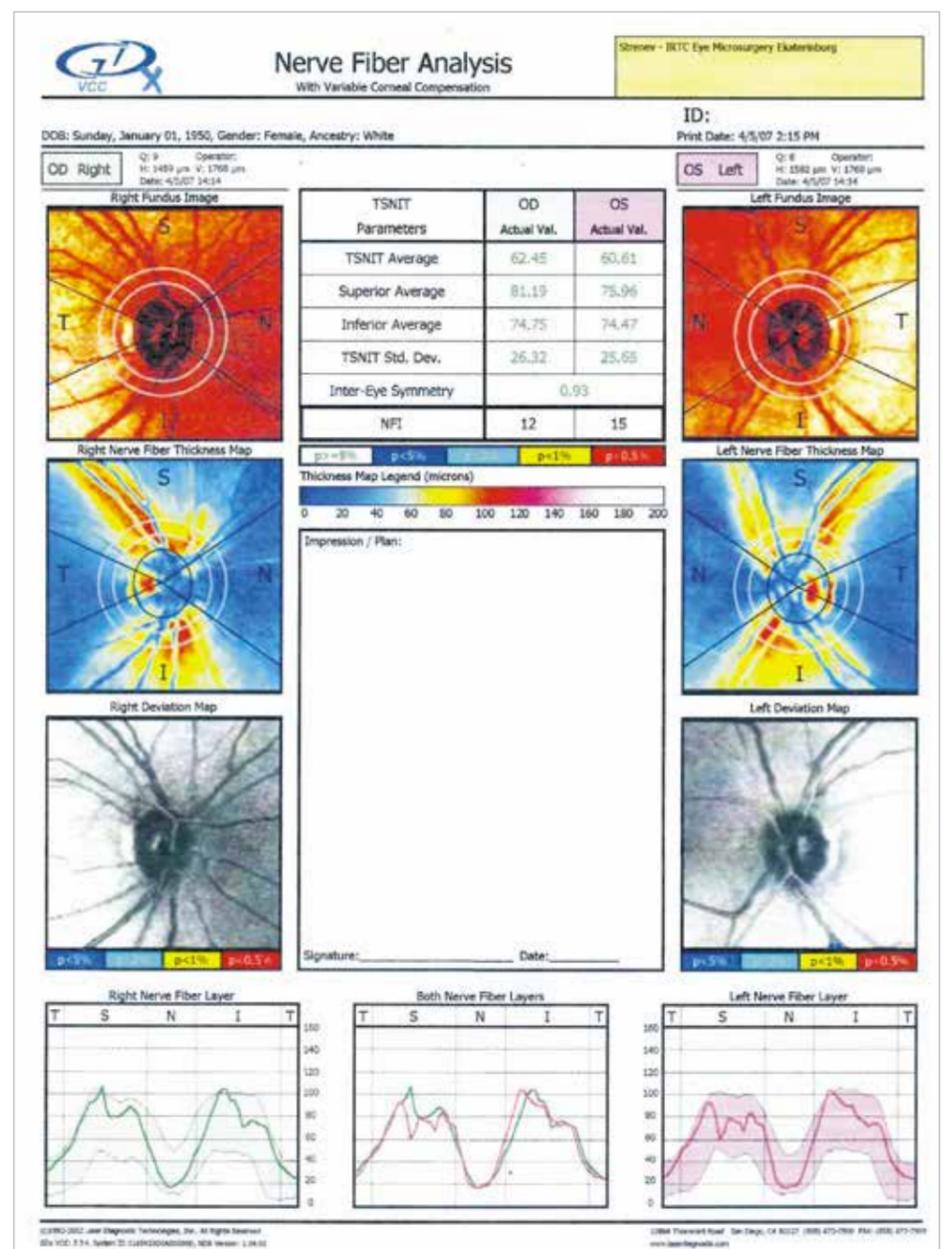


Рис. 3. Данные сканирующей лазерной поляриметрии пациентки В., 2011 г.

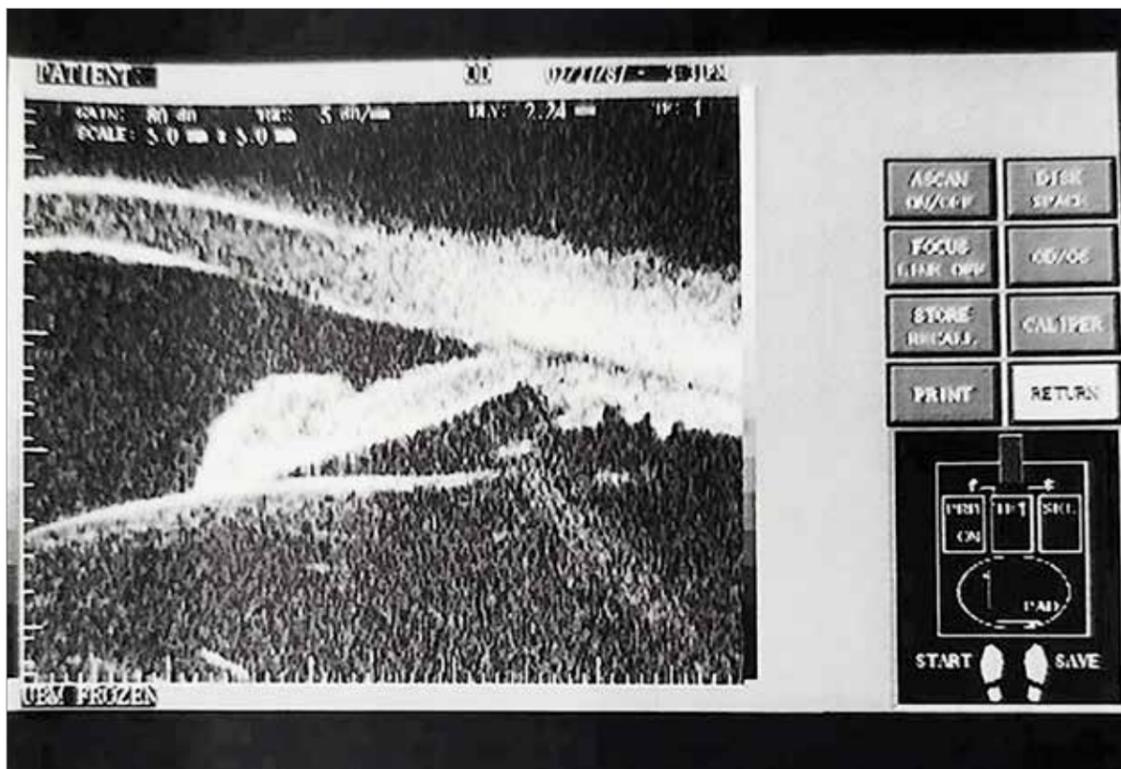


Рис. 4. Данные ультразвуковой биомикроскопии правого глаза пациентки В.

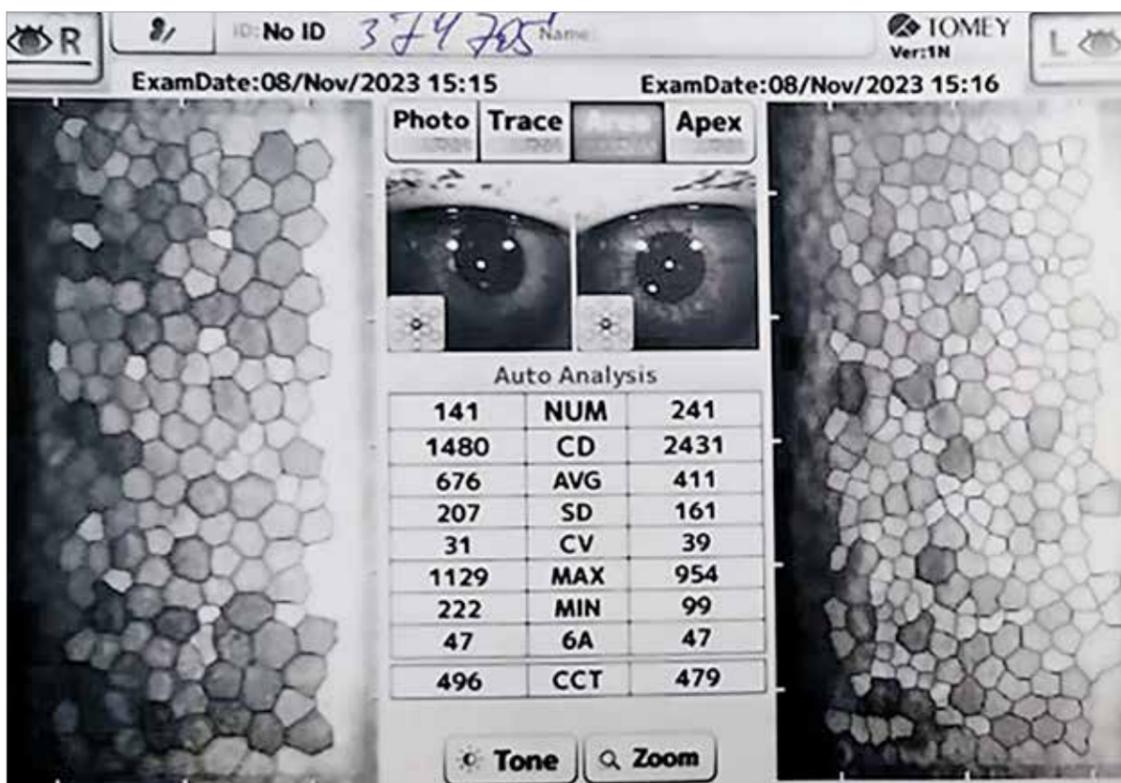


Рис. 6. Эндотелиальная микроскопия пациентки В., 2023 г.

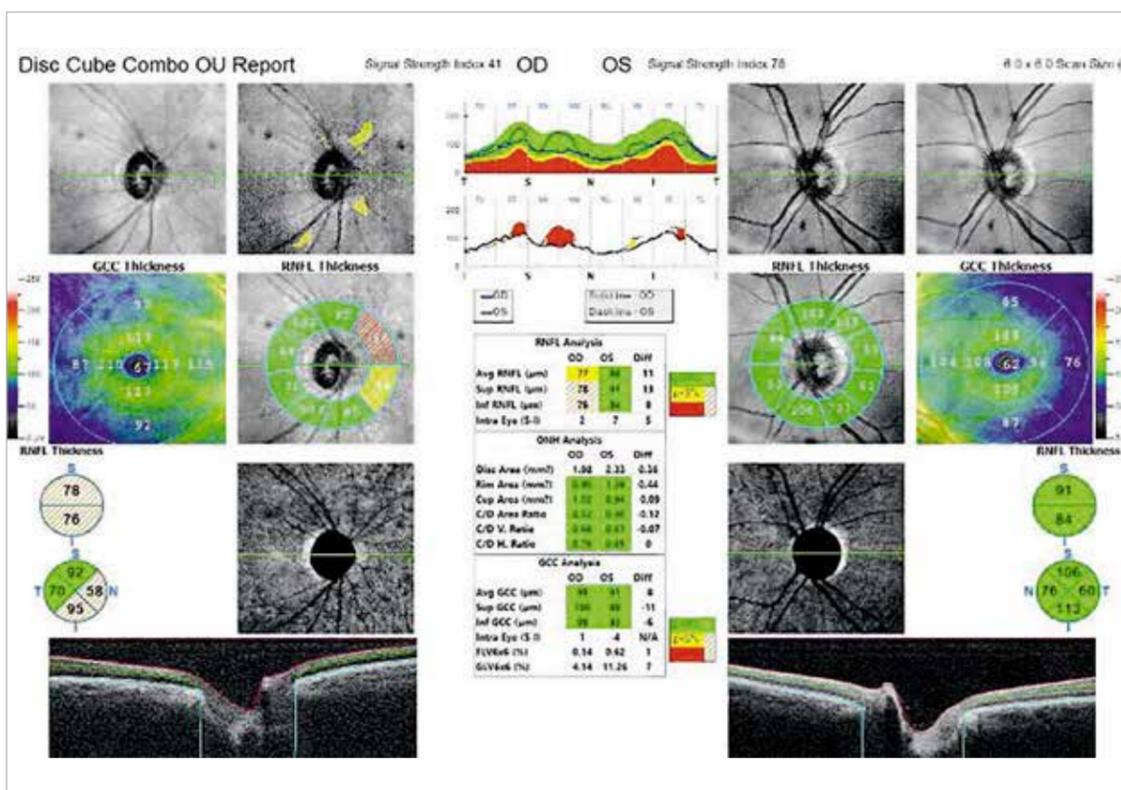


Рис. 7. Оптическая когерентная томография правого и левого глаза пациентки В., 2023 г.

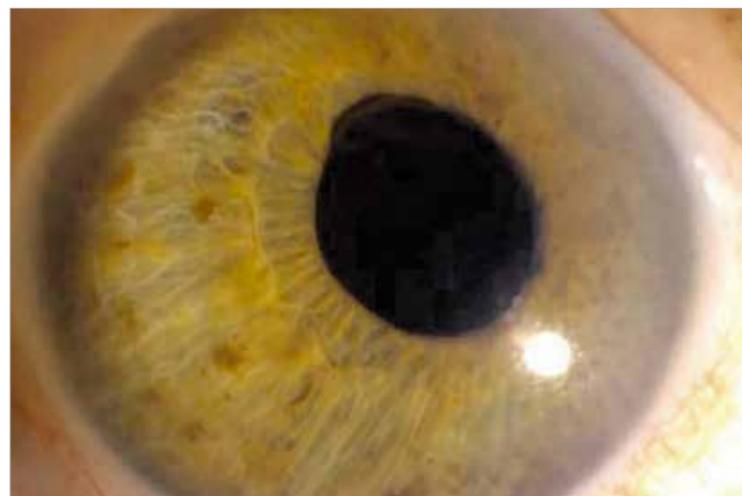


Рис. 5. Вид правого глаза пациентки В., 2023 г.

При последней явке от 08.11.2023:

VOD = 0.75 Sph + 0.25 Cyl -0.5 Ax 20 = 0.8; VOS = 0.8 Sph - 0.5 = 0.9 Cyl н/к;

ВГД (Pi) OD = 16 мм рт.ст. (м/OS = 18 мм рт.ст. (б/м). При биомикроскопии визуализировались дистрофические изменения эндотелия роговицы, подтянутость зрачка в носовую сторону, неравномерное утолщение стромы радужки с носовой стороны, ИОЛ в правильном положении (рис. 5).

По данным эндотелиальной микроскопии сохранялись морфологические изменения эндотелиальных клеток правого глаза, средняя плотность снижена относительно возрастной нормы (рис. 6).

При проведении оптической когерентной томографии наблюдается снижение толщины слоя нервных волокон в верхненосовом секторе правого глаза (рис. 7).

Пациентке рекомендовано дальнейшее динамическое наблюдение.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка А. 54 лет обратилась в Центр 24.11.2023 г. с жалобами на ухудшение зрения левого глаза. Направительный диагноз: анизокория неясной этиологии. В анамнезе псориаз.

VOD = 0.6 Sph + 0.5 = 1.0; VOS = 0.45 н/к; ВГД (Pt) OD = 19 мм рт.ст./OS = 56 мм рт.ст.

При биомикроскопии выявлены изменения эндотелия роговицы по типу cornea guttata, зрачок неправильной формы, подтянут к 3 ч, выворот пигментной каймы, секторальная атрофия радужки с 1 до 3 ч, передние синехии в наружном секторе (рис. 8).

При гониоскопии УПК неравномерный, иридокорнеальное сращение с 1 до 5 ч, в других секторах угол открыт.

По данным эндотелиальной микроскопии — патологические изменения формы и размеров, значи-

тельное снижение средней плотности эндотелиальных клеток (рис. 9).

Оптическая когерентная томография выявила истончение слоя нервных волокон, выраженные изменения комплекса ганглиозных клеток сетчатки и нейроретинального пояса на левом глазу (рис. 10). По данным компьютерной периметрии наблюдается выпадение большей части поля зрения за исключением небольшого участка в височном секторе и точечного участка в центре (рис. 11).

По данным ультразвуковой биомикроскопии УПК закрыт в височном секторе, иридокорнеальное сращение с 2 до 5 ч (рис. 12).

Был поставлен диагноз: вторичная далекозашедшая некомпенсированная (б/м) глаукома, иридокорнеальный эндотелиальный синдром левого глаза.

Пациентке была назначена гипотензивная терапия и рекомендовано проведение антиглаукомной операции в ближайшее время. 04.12.2023 г. была выполнена непроникающая глубокая склерэктомия левого глаза, 11.01.2024 г. — лазерная десцеметогониопунктура левого глаза с последующей компенсацией ВГД и стабилизацией зрительных функций. Пациентка продолжает наблюдение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Иридокорнеальный эндотелиальный синдром является редкой патологией, однако может встретиться в офтальмологической практике. Знание основных проявлений позволяет распознать ранние признаки заболевания и отличать его от другой патологии переднего отрезка глаза. По нашему опыту, наиболее часто направительным диагнозом является новообразование радужной оболочки.

Дополнительными методами функциональной диагностики, позволяющими уточнить диагноз,

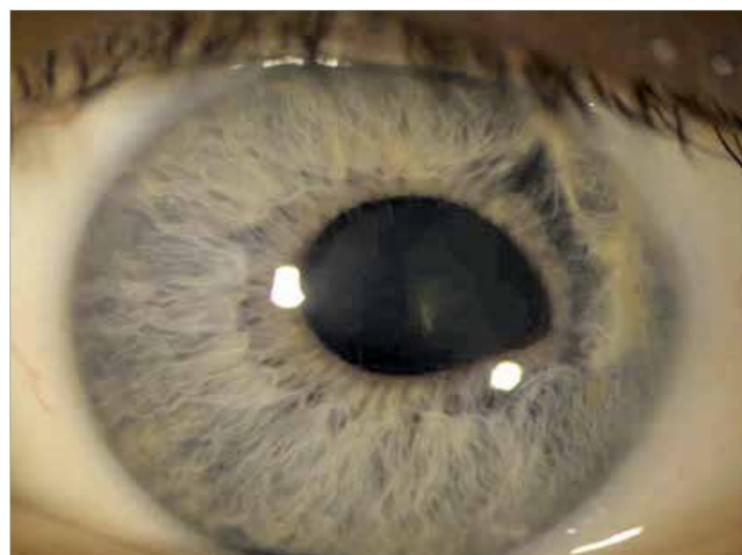


Рис. 8. Фото переднего отрезка левого глаза пациентки А. при первичном обращении

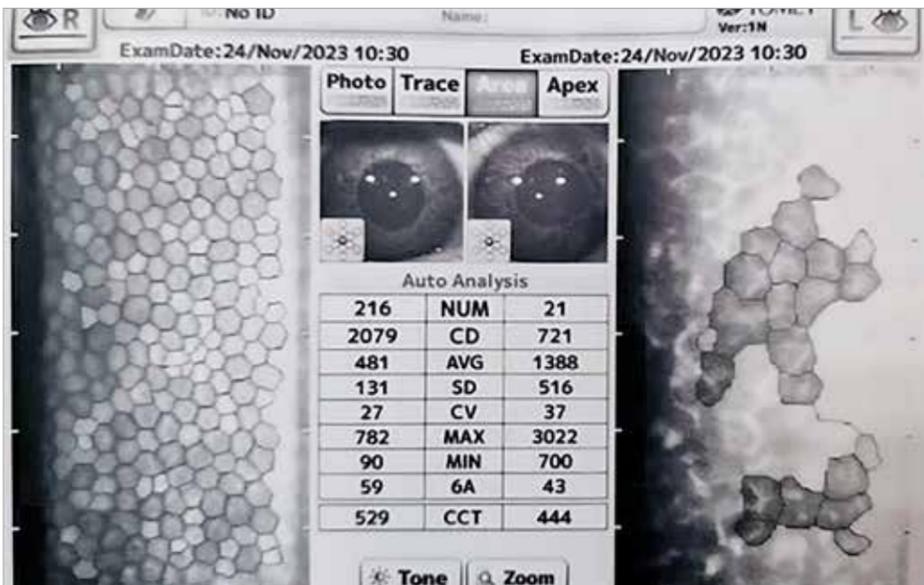


Рис. 9. Эндотелиальная микроскопия правого и левого глаза пациентки А.

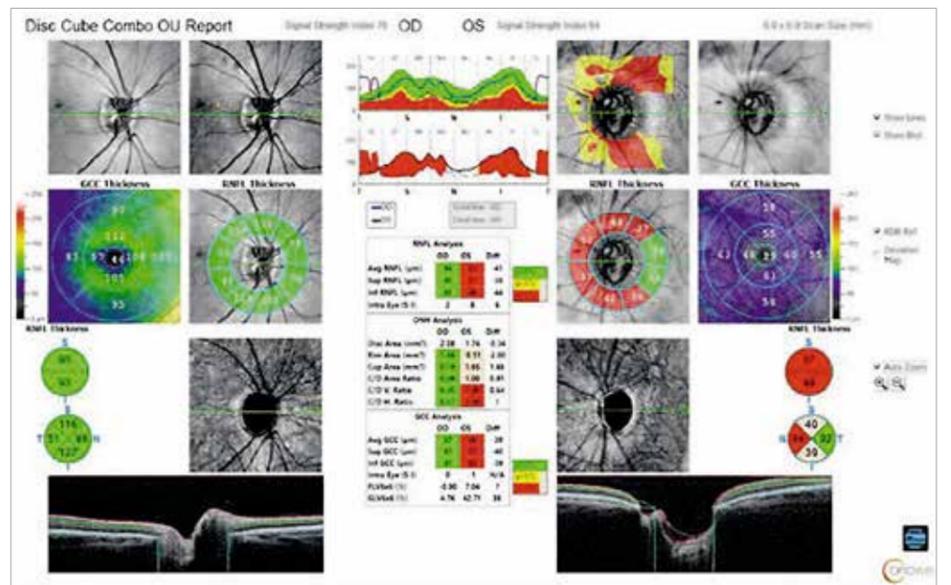


Рис. 10. Данные оптической когерентной томографии правого и левого глаза пациентки А.

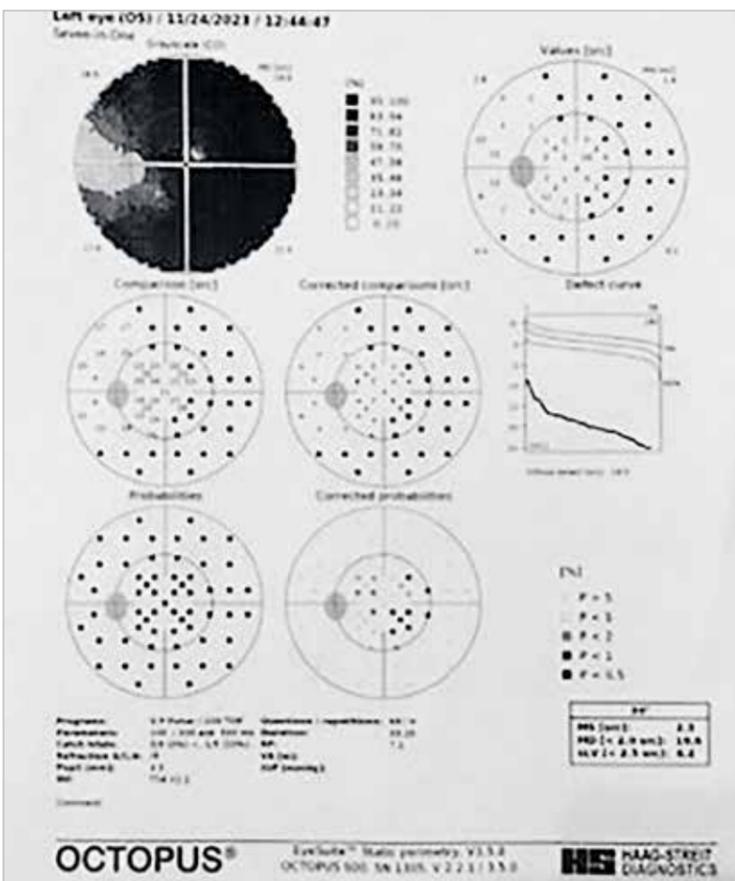
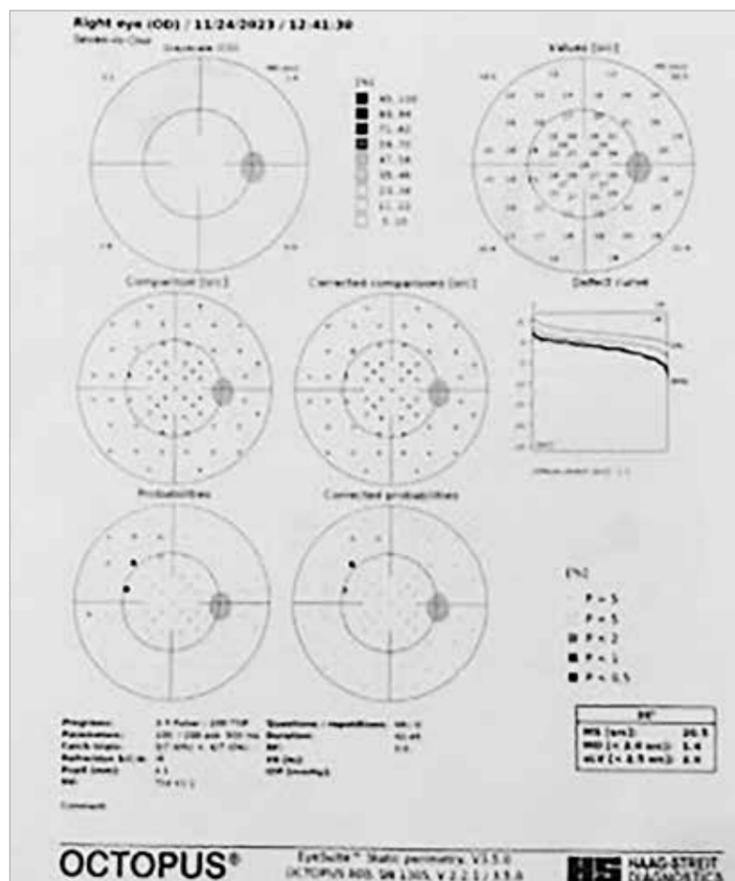


Рис. 11. Данные компьютерной периметрии OCTOPUS правого и левого глаза пациентки А.



8. Laganowski H. C., Kerr Muir M. G., Hitchings R. A. Glaucoma and the iridocorneal endothelial syndrome. *Arch Ophthalmol.* 1992 Mar;110(3):346-50. DOI: 10.1001/archoph.1992.01080150044025. PMID: 1543451.

9. Doe E. A., Budenz D. L., Gedde S. J., Imami N. R. Long-term surgical outcomes of patients with glaucoma secondary to the iridocorneal endothelial syndrome. *Ophthalmology.* 2001 Oct;108(10):1789-95. DOI: 10.1016/s0161-6420(01)00725-4. PMID: 11581050.

10. Khng C., Snyder M. E. Iris reconstruction with a multipiece endocapsular prosthesis in iridocorneal endothelial syndrome. *J Cataract Refract Surg.* 2005 Nov;31(11):2051-4. DOI: 10.1016/j.jcrs.2005.04.030. PMID: 16412914.

11. Kidd M., Hetherington J., Magee S. Surgical results in iridocorneal endothelial syndrome. *Arch Ophthalmol.* 1988 Feb;106(2):199-201. DOI: 10.1001/archoph.1988.01060130209027. PMID: 3341974.

12. Wu J., Dong X., Ouyang C., Ji J., Xie L., Hou C., Huang T. Comparison of Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty for Iridocorneal Endothelial Syndrome and Fuchs Endothelial Dystrophy. *Am J Ophthalmol.* 2021 Jun;226:76-82.

13. Alió J. L., Rodriguez A. E., Toffaha B. T., Piñero D. P., Moreno L. J. Femtosecond-assisted keratopigmentation for functional and cosmetic restoration in essential iris atrophy. *J Cataract Refract Surg.* 2011 Oct;37(10):1744-7.

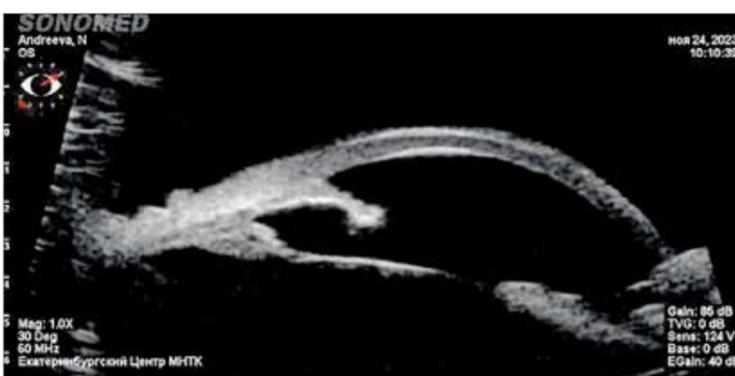


Рис. 12. Ультразвуковая биомикроскопия левого глаза пациентки А.

являются эндотелиальная микроскопия и ультразвуковая биомикроскопия. Осложнения ИЭС могут потребовать множества хирургических вмешательств, таких как пересадка роговицы, хирургия вторичной глаукомы, катаракты и т. д. Пациенты нуждаются в пожизненном динамическом наблюдении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шуко А. Г., Юрьева Т. Н., Чекмарева Л. Т., Малышев В. В. Глаукома и патология радужки. М.: Боргес, 2009: 74-90.
 2. Шуко А. Г., Юрьева Т. Н. Редкие формы глаукомы. Иркутск, 2021:130-150
 3. Шуко А. Г., Юрьева Т. Н., Чекмарева Л. Т., Малышев В. В. Редкие формы глаукомы. Иркутск: PR-студия, 2002.

4. Шуко А. Г., Юрьева Т. Н., Чекмарева Л. Т., Малышев В. В. Дифференциальная диагностика редких форм глаукомы. Иркутск: Облмашинформ, 2004.
 5. DeBroff B. M., Thoft R. A. Surgical results of penetrating keratoplasty in essential iris atrophy. *J Refract Corneal Surg.* 1994 Jul-Aug;10(4):428-32. PMID: 7528614.
 6. Terry M. A., Ousley P. J. Deep lamellarendothelial keratoplasty visual acuity, astigmatism, and endothelial survival in a large prospective series. *Ophthalmology.* 2005 Sep;112(9):1541-8. DOI: 10.1016/j.ophtha.2005.03.026. PMID: 16005975.
 7. Shields M. B., Campbell D. G., Simons R. J. The essential iris atrophies. *Am J Ophthalmol.* 1978 Jun;85(6):749-59. DOI: 10.1016/s0002-9394(14)78101-2. PMID: 677202.

«макула на-Дону» 2025

X ВСЕРОССИЙСКИЙ (И ЗАРУБЕЖЬ) СЕМИНАР-«КРУГЛЫЙ СТОЛ»
 16-17 мая 2025 года
 Ростов-на-Дону

ИНТЕР ЮНО

Тел. оргкомитета: 8(863) 294-44-33; +7 9281122687; www.interyuna.ru/maculas; e-mail: macula@interyuna.ru

ВНИМАНИЮ БУДУЩИХ ДОКЛАДЧИКОВ И ДИСКУТАНТОВ!
 Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе X Всероссийского (и зарубежья) семинара-«круглого стола» «МАКУЛА-2025», который состоится с 16 по 17 мая 2025 г. в г. Ростов-на-Дону на базе Ростовской глазной клиники «ИнтерЮНА» (в конгресс-отеле «Дон-Плаза» – ул. Б. Садовая, 115)

Научная тематика:

- Тематика и акценты на «круглом столе», в целом, прежние: абсолютно всё, что имеет отношение к патологии макулы, фовеа, фовеолы – патогенез, диагностика, клиника, лечение, систематизация и т.д.
- Макулопатии: множественные, диабетические, возрастные. Принципы и методы лечения.
- Диабетическая ретинопатия – нерешённые проблемы, в том числе – междисциплинарного взаимодействия.
- Витреомакулярный интерфейс – границы нормы и патологии, классификационные подходы, методы исследования и активной его коррекции.
- Роль, место и тенденции развития «классической» лазеркоагуляции: принципы, тактика. Другие методики лазерного лечения или «стимуляции» макулы.
- ЦСХРПатия – лечение без ФАГ? Отдельная нозологическая единица или группа состояний со схожими проявлениями? Альтернативы «классическим» методикам.
- Новое и юансы в хирургическом лечении патологии макулы.
- Расширение показаний и варианты применения препаратов аутоплазмы.
- Современные возможности ауто трансплантации – «за» и «против». Реабилитация утраченных макулярных функций?
- Функциональная архитектура, цитобиология, (пато-) морфология и (пато-) физиология макулы. Нейролингвистика и нейроника. Зрение и стресс.
- Медикаментозное лечение патологии макулы (антиVEGF- и другие препараты): принципы, эффективность, осложнения. Новые молекулы – новые проблемы возможности?
- Мультифокальные и ИОЛ с увеличенной глубиной фокуса при патологии макулы.
- Точные методы оценки функций макулы. Проблемы достоверности прогноза лечения.
- Макулопатии (или их решидивы), вызванные хирургическим вмешательством – после рефракционной, катарактальной, витреоретинальной и других типов хирургии.
- Отдельные клинические наблюдения (демонстрации, парад мнений), «релакс-разминки» и «релаксы ретинолога». Видеофестиваль «Фовеа-на-Дону-2025».

В рамках «круглых столов» предполагается обсудить около 35 докладов, принятых оргкомитетом к дискуссии. Регламент тот же: 10-12' – доклад + 15' дискуссия («спод стенограмму»)

Тезисы докладов – до 15 февраля. Требования к оформлению статей на сайте www.interyuna.ru/maculas/macula-2025



Е.В. Федосеева

Самые главные слова: «Я рядом с тобой»

В прошлом номере газеты «Поле зрения» мы начали знакомство с уникальным реабилитационным центром для людей с одновременными нарушениями зрения и слуха — «Домом слепоглухих» в Пучково, в Троицком муниципальном округе Москвы. Наш корреспондент встретился с незрячим реабилитологом Е.В. Федосеевой, которая возглавляет благотворительный фонд «Дом слепоглухих». Эта организация не только координирует и финансирует работу в Пучково, но и оказывает разностороннюю помощь слепоглухим людям во многих регионах нашей страны.

В этом номере газеты мы представляем заключительную часть беседы с Е.В. Федосеевой. Также у читателей будет возможность познакомиться с другими сотрудниками «Дома слепоглухих» в Пучково, многие из которых сами являются людьми с инвалидностью.

(Продолжение. Начало в прошлом номере газеты «Поле зрения»)

Среднее специальное образование для Алёны Капустян

Елена Валерьевна, Ваш благотворительный фонд «Дом слепоглухих» помогает людям с одновременными нарушениями слуха и зрения. Но особое общественное внимание привлекло Ваше взаимодействие с выпускницей специализированного детского дома из Сергиева Посада Алёной Капустян. Эта девушка полностью лишена слуха и зрения. Благодаря Вашей поддержке она могла в течение четырёх лет учиться в колледже и получить профессию социального работника.

Это был действительно уникальный проект. В этом году Алёна завершила обучение в колледже. Она получила диплом социального работника, стала моей коллегой. Хочется её сердечно поздравить с этим событием!

В течение четырёх лет Вы вели сбор пожертвований для Алёны. На эти средства выплачивалась зарплата двум тьюторам, которые попеременно помогали девушке все годы учёбы.

Во время пребывания в колледже Алёну постоянно сопровождал один из её помощников. С помощью дактиля он синхронно переводил ей всё, что происходит в классе. Мы с Вами уже говорили о дактильной азбуке, когда каждый жест соответствует одной букве или знаку препинания. Глухие зрячие люди воспринимают жесты визуально, а слепоглухие, как Алёна — тактильно. Она чувствует жесты, протянув свою ладонь.

Таким образом, Алёна, будучи тотальной слепоглухой, получала полное представление обо всём, что происходило в классе?

Обо всём без исключения! В этом и заключалась суть нашего проекта, суть инклюзии. Когда в рамках учебного процесса студентам колледжа показывались видеofilмы или преподаватель использовал какой-то визуальный ряд, то помощник с помощью дактильной азбуки подробно об этом рассказывал Алёне.

Как происходило общение Алёны с преподавателями и сокурсниками?

Алёна ослепла и оглохла уже в сознательном возрасте. Она не слышит себя, но хорошо владеет голосом. Поэтому тьютору-помощнику достаточно с помощью дактильной азбуки передать то, что говорят другие люди. А своё собственное мнение Алёна всегда может высказать сама.

Работа тьюторов, как правило, ограничивалась продолжительностью учебных занятий. Все домашние задания Алёна делала сама, без какой-либо посторонней помощи.

Она прекрасно владеет компьютером. Брайлеский дисплей даёт ей возможность пользоваться Интернетом, электронной почтой, Ватсапом. Как и каждая студентка колледжа, за четыре года учёбы она написала сотни письменных работ.

Алёна очень старалась, была прилежной, дисциплинированной студенткой. В-первых, она была готова сделать всё от неё зависящее, чтобы реализовать свою мечту о получении образования. Во-вторых, она прекрасно понимала, что от успеха её учёбы зависит не только её личная судьба. Многие слепоглухие люди тоже мечтают о новых жизненных перспективах. И успех Алёны вдохновил других людей с инвалидностью.

Ваш благотворительный фонд готов к продолжению этого эксперимента? Если другие слепоглухие молодые люди тоже захотят учиться, Вы окажете им поддержку в оплате помощников?

Если поступят заявки от других слепоглухих парней и девушек, то уверяю Вас, что ответ будет положительным.

Алёна Капустян проявила себя как талантливый блогер. В течение всех четырёх лет она подробно рассказывала о своей учёбе.

Её блог — это тоже работа по специальности. Интернет-публикации наглядно показывают возможности слепоглухих людей. Поэтому уже сейчас могу сказать, что она состоялась как социальный работник. Её часто приглашают на различные мероприятия, мастер-классы. Она с удовольствием путешествует, посещает другие регионы России и зарубежные страны.

С недавнего времени Алёна увлеклась бегом на длинные дистанции. Можно сказать, что она пошла по Вашим стопам, ведь Вы в течение многих лет серьёзно занимаетесь марафоном... О своём новом увлечении спортом она увлекательно рассказывает в своём блоге.

Я очень рада за Алёну! Будет замечательно, если она и других людей с инвалидностью привлечёт к спорту. Бег в тандеме с лидером прекрасно подходит и для незрячих, и для слепоглухих. Два спортсмена объединены эластичной «восьмёркой», которая в какие-то моменты может натягиваться, в какие-то расслабляться.

Разумеется, зрячий спортсмен-лидер находится впереди. Незрячий или слепоглухой человек бежит за ним. Как правило, лидеру даже не нужно говорить о каких-то

препятствиях... Очень многое можно понять по натяжению или расслаблению «восьмёрки», которую оба спортсмена держат в руке.

Кроме того, возникают и другие формы невербальной коммуникации во время забега. Даже при полном отсутствии зрения и слуха бегом можно успешно заниматься. Не только на стадионе, но и в городской среде: в парках, на тихих улицах.

Для меня бег на длинные дистанции — не просто увлечение, а жизненная необходимость. Марафон тренирует выносливость, упорство в достижении цели.

Пока Алёне Капустян ещё далеко до марафонских дистанций!

Она успешно приняла участие в любительском забеге на десять километров, о чём увлекательно поведала посетителям своего блога. Кстати, после этого забега в нашем фонде произошло примечательное событие, о котором хотелось бы рассказать читателям.

Москвичка, которая следит за деятельностью фонда в социальных сетях, позвонила нам и сказала, что хочет приехать в наш офис и передать для Алёны Капустян сертификат на покупку спортивной одежды одной известной сети спортивных магазинов.

Эта дама работает в этой сети спортивных магазинов?

Нет. Это частное лицо. Она пришла в магазин, приобрела подарочный сертификат и решила передать его слепоглухой девушке, что вдохновить её на дальнейшие спортивные успехи.

Социальные сети сблизили людей. Судьба Алёны Капустян вызвала неподдельный интерес.

Это далеко не единственный пример. Например, мы подробно рассказываем на наших страницах в соцсетях о жизни участников проекта «сопровождаемого проживания». И некоторые люди из разных регионов России присылают для них сладости, другие подарки.

Для меня такие проявления человеческого внимания означают высшую оценку деятельности фонда «Дом слепоглухих». Значит, мы работаем не зря! Судьбы наших подопечных, их успехи в реабилитационном процессе вызывают интерес!

Незрячему человеку легче понять слепоглухого!

Николай Хлудов, преподаватель компьютерных технологий «Дома слепоглухих», также как Елена Федосеева, полностью лишён зрения. Родился и вырос в Твери. Учился в специализированной школе-интернате для незрячих и слабовидящих детей. Потом переехал в Москву. В 2005 году окончил

экономический факультет Российского государственного социального университета.

Николай, расскажите, пожалуйста, о Вашем профессиональном и жизненном пути. Когда Вы стали работать в «Доме слепоглухих»?

Я сюда пришёл в 2018 году. У нас стабильный, дружный коллектив. Почти все сотрудники трудятся по много лет.

До этого работал проектным менеджером в общественной организации «Перспектива». Отвечал за проекты, связанные с инклюзией. Мы объединяли подростков с инвалидностью с их ровесниками без физических ограничений. Проводились совместные экскурсии, выезды на природу, квесты. Были театральные проекты. Кстати, в театральные проекты участвовали не только любители из числа «особых» и относительно здоровых подростков, но и профессиональные актёры и режиссёры. Было очень интересно!

Наверное, Вы приобрели большой опыт, который можно успешно использовать в работе со слепоглухими людьми.

Думаю, что незрячему человеку легче понять слепоглухого в психологическом плане, чем сотруднику без физических ограничений. Кроме того, при овладении компьютерными технологиями моя слепота является преимуществом. Зрячий преподаватель не может иметь такого личного опыта использования компьютера без зрения.

Как строится Ваша работа?

Как правило, я провожу индивидуальные занятия. Групповые занятия у нас тоже иногда проходят, но они являются исключением. Программа занятий разрабатывается для каждого реабилитанта. Люди приезжают сюда на четыре недели. И каждый раз я спрашиваю у них и сам размышляю над тем, чем я могу полезен.

Не могли бы Вы привести конкретный пример?

Женщина шестидесяти лет. В течение жизни полностью потеряла и зрение, и слух. Замужем. Муж не имеет физических ограничений. В бытовом плане помощь есть. Но человек испытывает дефицит общения. Он есть почти у всех слепоглухих. У «тотальников», полностью лишённых и зрения, и слуха, проблема стоит наиболее остро.

Какие ожидания были у этой дамы от пребывания в реабилитационном центре?

Она мечтала о том, чтобы научиться пользоваться Ватсапом. Первый опыт у неё уже был, но возникали большие трудности.



Алёна Капустян с волонтером после участия в забеге



Алёна Капустян



Тактильная беседа с Алёной Капустян

Многое было непонятно. Легче всего обращаться с электронными устройствами зрячему человеку. Всё можно увидеть своими глазами! Слепой с хорошим слухом или даже слабослышащий незрячий использует программы экранного доступа, т.е. компьютерные программы, озвучивающие всю текстовую информацию.

Так можно познакомиться с любым текстовым сообщением в Ватсапе?

Любое сообщение будет озвучено голосовым помощником. Этот же голосовой помощник помогает в написании и отправке собственных сообщений. Но для людей, полностью лишённых зрения и слуха, пользование и стационарным компьютером, и любыми электронными гаджетами возможно только с помощью рельефно-точечного (брайлевского) дисплея.

Как же брайлевский дисплей помогает общаться в Ватсапе?

Все сообщения Ватсапа могут отображаться на дисплее и считываться с помощью подушечек пальцев. Как говорится, весь мир на кончиках пальцев! Этот процесс напоминает чтение брайлевских книг. Используется тот же шрифт. Правда, в электронной клавиатуре есть и дополнительные символы.

Брайлевский шрифт — это шеститочие. Каждая буква, цифра, знак препинания, музыкальная нота, физическая или химическая формула обозначаются с помощью сочетания «осязаемых точек» («пупырышков» на картонной бумаге).

В брайлевском дисплее, конечно, никакого картона нет. Роль «осязаемых точек» выполняют крошечные колпачки, которые «выскакивают» из дисплея, давая возможность познакомиться с текстом в тактильной форме.

Николай, мне неоднократно доводилось прикасаться к брайлевскому дисплею. На самом деле кончики пальцев ощущают крошечные колпачки. Но они настолько маленькие, что почти невозможно понять, сколько же «осязаемых точек» находится под пальцем.

Для тотально слепоглохого человека использование брайлевского дисплея — единственная возможность научиться работать с электронными гаджетами, пользоваться Интернет-сервисами, в том числе Ватсапом, электронной почтой, дискуссионными платформами (чатами) на сайтах, службами доставки товаров и т.д.

Без слуха и зрения даже найти Ватсап в смартфоне может быть трудно. А ведь надо уметь писать собственные сообщения, читать чужие послания, удалить что-то ненужное. Перед отправкой сообщений хорошо бы проверить их грамматическую корректность. Надо уметь перемещаться между разными чатами.

Эта дама интересовалась только использованием Ватсапа? Или приходилось решать с ней и другие задачи?

Она не была активным пользователем Интернета. Ей хотелось узнавать в телефоне новости и погоду. Больше никаких запросов не было! В работе я всегда исхожу из желаний своих учеников. Например, если эта дама захочет приехать к нам на реабилитацию ещё раз и узнать что-то новое, то мы с удовольствием продолжим с ней познание электронного мира.

Что самое сложное в Вашей работе?

Самое сложное — это не технические премудрости, которые нам предстоит освоить в ходе индивидуальных занятий, а психологический груз, который лежит на плечах почти всех реабилитантов. Слепота давит на человека. А если речь идёт о полном отсутствии зрения и слуха — это особая ситуация! Любой преподаватель, любой сотрудник «Дома слепоглохих» должен учитывать жизненные реалии своих подопечных.

Самое тяжёлое в слепоглохоте — ощущение зависимости от окружающих, от внешних обстоятельств. Курс реабилитации, который мы проводим, может укрепить уверенность человека в себе, повысить психологическую стабильность.

Главное для меня — преодолеть уныние и одиночество!

Ринату 35 лет. Он приехал на четырёхнедельный курс реабилитации из Татарстана, из города Набережные Челны.



Ринат (справа) и Николай Хлудов

Ринат, как Вы узнали о «Доме слепоглохих» в Пучково? Что ждёте от пребывания здесь?

Я живу с мамой. Именно она узнала, что существует благотворительный фонд «Дом слепоглохих», а также общество социальной поддержки слепоглохих «Эльвира», которые помогают таким людям как я. У меня синдром Ушера. Это генетическое заболевание является наиболее распространённой причиной одновременного нарушения слуха и зрения.

Слава Богу, слух у меня в течение длительного времени держится на одном уровне. Проблемы есть, но ухудшения не происходит. С помощью двух слуховых аппаратов я могу понимать речь, если собеседник говорит чётко и находится рядом со мной.

А зрение, к сожалению, у меня очень ухудшилось в последние годы. Вернее, почти совсем пропало... Теперь я вижу только пятна перед глазами. Даже силуэты не различаю! Если крупные предметы движутся, то могу различить движение.

Синдром Ушера приводит к пигментному ретиниту, к разрушению сетчатки. Но у разных людей это заболевание проявляется в разной степени. Немало случаев полной слепоглохоты, а кто-то сохраняет остаток зрения и слуха до конца жизни.

Благотворительный фонд «Дом слепоглохих» регулярно проводит экскурсионные и оздоровительные поездки. В них может принять участие любой человек с этой инвалидностью, а также сопровождающие лица. В сентябре 2023 года я с мамой на неделю вместе с другими слепоглохими людьми поехал в Сочи, в Дагомыс.

Бархатный сезон в Сочи — это сказочно! Мы каждый день купались в море, ездили на очень интересные экскурсии, в том числе в Красную Поляну и в Абхазию. Группу сопровождала директор благотворительного фонда «Дом слепоглохих» Елена Валерьевна Федосеева. Она и пригласила меня приехать в Пучково на четырёхнедельную реабилитацию. Уже в начале октября я был здесь.

Главное для меня — преодолеть уныние и одиночество! Потерю зрения я очень тяжело переживал, т.к. моя жизнь круто изменилась.

Вы думаете, что пребывание в «Доме слепоглохих» поможет в решении этой задачи?

Так получается в последнее время, что когда я нахожусь дома, в Набережных Челнах, то общаюсь почти исключительно с мамой. Я ей очень благодарен за помощь, но всё чаще чувствую себя одиноко... А здесь я — среди людей. У нас много занятий. Проводятся экскурсии.

Что Вам больше всего запомнилось? Что заинтересовало из учебной программы?

С Николаем Хлудовым, преподавателем компьютерных технологий, мы занимаемся изучением различных программ экранного доступа. Это программы, помогающие незрячим людям, озвучивающие все действия компьютера. Кроме того, я уже смог поработать в керамической мастерской. Мы изготавливали чашку, украшенную узорами и виноградными гроздьями. Также запомнилось занятие по кулинарии, где мы чистили картошку, аккуратно её нарезали, а потом запекали в духовке с приправами. Ароматная картошечка получилась!

А дома приходится готовить?

Дома мама готовит. Но, думаю, запечь картошку я и сам смогу, когда вернусь домой. Почистить картошку — это не сложно! Но, конечно, надо делать это аккуратно, гигиенично.



Петербургец Вячеслав и Ю.Ю. Яровиков

Ещё здесь я изучаю использование GPS-навигатора. Он необходим для самостоятельных перемещений с белой тростью. Без GPS-навигатора слепой может, по сути, ходить только по знакомым маршрутам. А навигатор позволяет везде сориентироваться, самостоятельно приехать в любое неизвестное место. Даже в другом городе!

Собираетесь использовать эти знания на практике?

Я, честно говоря, по натуре домосед. Тем более, стал им после потери зрения. Но ведь человек может измениться! Мне всего 35 лет! Приезд в Пучково — это для меня первый шаг к жизненным переменам. На экскурсию в Дагомыс я вместе с мамой ездил. А сюда — сам приехал. Четыре недели без мамы!

Это необычно для Вас?

Я хотел бы стать более самостоятельным... Ещё хотел бы в будущем изучить тактильную азбуку и основные жесты РЖЯ. Это позволит общаться со слепоглохими людьми, полностью лишёнными слуха. Надеюсь, что у меня могут появиться новые знакомые и друзья!

Страна мечты: Таиланд

Вячеславу из Санкт-Петербурга 58 лет. Он очень искренний, открытый человек. О таких говорят: душа нараспашку... Уже в начале знакомства Вячеслав начинает рассказывать обо всём, что его радует и огорчает, волнует и тревожит. Его искренность и непосредственность не могут не подкупать!

«Напрямую» — как с Ринатом из Набережных Челнов — пообщаться с Вячеславом у меня не получилось, т.к. с детства он полностью лишён слуха. В общении нам помог социальный работник «Дома слепоглохих» Юрий Юрьевич Яровиков, который владеет тактильной азбукой.

Кроме полного отсутствия слуха, Вячеслав страдает от так называемого «тоннельного зрения». Это значит, что его поля зрения резко сужены. Человек может видеть только небольшую часть окружающего пространства. Это то же самое, как если бы было необходимо постоянно смотреть на мир через замочную скважину.

Вячеслав сразу говорит, что у него «всё хорошо». В жизни, вообще, нет никаких проблем и никаких жалоб. Этому можно позавидовать! С другой стороны, в разговорах он часто возвращается к рассказам о недавней ушедшей из жизни маме. Её было 80 лет.

Всю жизнь Вячеслав прожил с мамой. Теперь он живёт один. При этом подчёркивает, что мама даже после смерти продолжает ему помогать. Она является для него примером для подражания, можно сказать, «путеводной звездой». Он неоднократно мне повторял: «Мама никогда ни на что не жаловалась!» Как я могу теперь на что-то жаловаться?»

О личной жизни мужчина говорить не любит. Сложно понять, может ли когда-нибудь в его жизненных реалиях появиться человек, сравнимый по значению с мамой. Но с бытовыми проблемами он во всяком случае справляется отлично. Его регулярно навещает пожилая соседка по дому, готовая оказать необходимую помощь в бытовых или организационных делах.

Но в основном Вячеслав справляется сам. Он может приготовить себе простую еду, убраться в квартире. На сухом языке и «Дошираке» петербуржец не сидит. Борщ и щи у него получаются хорошо!

Как проходит типичный день Вячеслава? Не скучно ли ему одному?

У меня гостей много бывает. Я далеко не всегда один! И дача у родственников есть. Часто я там живу.

Есть ли увлечения?

Очень читать люблю. Читаю исторические книги на планшете. Там можно шрифт увеличивать почти до бесконечности. Поэтому даже с тоннельным зрением можно прочитать всё, что нужно!

Главная страсть Вячеслава — Таиланд. Создаётся впечатление, что об этой стране он может говорить бесконечно. В Интернете он постоянно ищет любую информацию о королевстве в Юго-Восточной Азии.

При этом лично Вячеслав в Таиланде не был. Да и живя исключительно на пенсию по инвалидности, скопить на такую поездку может быть непросто.

Но есть ли такие планы? Возможно, Вячеслав уже приступил к их реализации, например, откладывая какую-то часть пенсии на экзотическое путешествие?

На этот вопрос — при всей своей открытости и непосредственности — мой собеседник отвечать не хочет. Виртуальная любовь к Таиланду — это что-то глубоко личное, о чём Вячеслав не хочет говорить с каждым встречным.

В Таиланде побывал Игорь, старший брат Вячеслава. Он рассказал ему об этом путешествии. С тех пор флора, фауна, история и достопримечательности Таиланда заняли прочное место и в сознании, и, наверное, в подсознании слепоглохого человека.

Когда мужчина начинает говорить о Таиланде — это происходит с помощью сурдопереводчика — в его глазах появляется блеск, изменяется мимика. Очевидно, что далёкий, загадочный Таиланд — это Любовь Вячеслава. Любовь с большой буквы.

Останется ли эта любовь исключительно виртуальной? Или всё же судьба подарит петербуржцу возможность посетить страну своей мечты? Стремится ли он действительно к этому?

Хотелось поговорить на эти темы с социальным работником Юрием Юрьевичем Яровиковым, который во время нашей беседы выполнял роль сурдопереводчика.

— Мне трудно судить о том, получится ли у Вячеслава когда-нибудь поехать в Таиланд. Всем людям хочется пожелать, чтобы их мечты сбывались! В его жизни есть немало трудностей из-за тяжёлой формы инвалидности. Но, объективно говоря, он неплохо справляется со своей жизненной ситуацией.

Конечно, если мужчина до 56 лет жил с мамой, не создал свою семью, не имеет детей, то уход из жизни самого близкого человека обладает особым драматизмом... Но у него есть друзья и родственники. Присутствует собственное стремление наполнить свою жизнь чем-то интересным.

Если жизнь этого человека, в целом, благополучна, то в чём состоит смысл его пребывания в «Доме слепоглохих» в Пучково?

К нам приезжают самые разные люди. Их всех объединяет слепоглохота. Даже если человек хорошо справляется с текущими жизненными обстоятельствами, то мы можем помочь ему в Пучково приобрести новые знания и навыки, набраться сил, познакомиться с новыми людьми и, возможно, встретить старых друзей.

Илья Бруштейн

Фотографии Ильи Бруштейна и из архива благотворительного фонда «Дом слепоглохих»

Окончание в следующем номере газеты «Поле зрения»



Surgix

ophthalmic surgical products

Эксперт в поставке материалов
для офтальмологии.
Проверен временем.



ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ

- Предустановленные устройства для интраокулярной коррекции зрения производства HOYA Corporation, Япония
- Премиальные интраокулярные линзы семейства LENTIS®: варифокальные и с технологией EDOF производства Teleon® Surgical B.V., Нидерланды

ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

- Микрохирургические инструменты и расходные материалы производства AKTive®, Италия

ХИРУРГИЯ ГЛАУКОМЫ

- Вискоэластичное дренажное средство HEALflow производства APTISSEN S.A., Швейцария

СЕТЧАТКА И СТЕКЛОВИДНОЕ ТЕЛО

- Микронутриенты МакуЛюкс, МакуКап, ВитроКап производства ebiga-VISION GmbH, Германия



Дистрибьютор ООО «Серджикс»

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

на правах рекламы



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