ИЗДАНИЕ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГОВ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ №6(62) НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ 2020 ISSN 2221-7746

С наступающим Новым годом и Рождеством!

Дорогие друзья! Позади насыщенный, полный забот и тревог год, но трудности, с которыми мы столкнулись, сплотили нас.

Мы с волнением и надеждой ждём наступления Нового года, приближение этого чудесного мгновения знакомо нам с детства. Каждый из нас при желании мог бы стать волшебником. Для этого нужно с любовью и благодарностью относиться к родителям, окружать вниманием и заботой детей, семью, уважать коллег по работе, беречь дружбу, быть милосердным, помогать тем, кому нужна поддержка.

Мы должны сделать всё, чтобы наша жизнь менялось к лучшему, чтобы любимая специальность, офтальмология, успешно развивалась. Конечно, этот праздник приходит к нам каждый год, но всё равно мы воспринимаем его как новый, добрый, желанный, верим в светлое будущее.

Пожелаем друг другу в 2021 году чистых помыслов, исполнения мечты, счастья, здоровья, благополучия и процветания!

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Коллективный разум создаст искусственный интеллект

В сентябре 2020 года на офтальмологической карте России появилась новая точка — Детский центр офтальмологии МНТК в г. Калуге. Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза», один из признанных в стране лидеров в лечении детской офтальмопатологии, вывел на новый уровень оказание специализированной медицинской помощи маленьким пациентам. Директор Калужского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава РФ, доктор медицинских наук Александр Владимирович ТЕРЕЩЕНКО рассказал читателям газеты «Поле зрения», как возникла идея создания Детского центра офтальмологии.

> стр. 8

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ

И.Б. Медведев: «В сознании человека должны быть Учитель и Вера»

В МНТК «Микрохирургия глаза» И.Б. Медведева называли везунчиком. Не прошло и недели после зачисления Игоря Борисовича в штат института, как С.Н. Федоров сделал его своим референтом. Через два года после защиты кандидатской диссертации молодой ученый защитил докторскую. В конце 80-х он был единственным в стране хирургом, делавшим кератомилез, и одним из немногих, кто посмел открыто критиковать Федорова...

Сегодня заслуженный врач РФ И.Б. Медведев награжден медалями «За трудовую доблесть» и «За заслуги перед отечественным здравоохранением», построил и руководит многопрофильным Международным центром охраны здоровья, Международным центром охраны зрения, является заведующим кафедрой офтальмологии на факультете дополнительного профессионального образования РНИМУ им. Н.И. Пирогова, членом исполкома Паралимпийского комитета России и РФС. И.Б. Медведев освоил профессию спортивного врача, был вице-президентом КХЛ по спортивной медицине, основал ресторан «В темноте». В рамках благотворительности И.Б. Медведев оказывает помощь и принимает участие в строительстве и реставрации православных храмов, за что награжден 6 орденами и медалями Русской православной церкви. По словам Игоря Борисовича, в настоящее время офтальмология — это лишь «один палец из десяти»...

> стр. 17

КОГДА ВЕРСТАЛСЯ НОМЕР

XII съезд Общества офтальмологов России
> стр. 2

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

10 лет. Мы полны идей! Оставайтесь с нами!
> стр. 3

АКАДЕМИЯ ТРЕЙДОМЕД представляет

Где правда — на поверхности или в глубине? ФРК или ЛАЗИК — что посоветовать пациенту?
> стр.11

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

«African Time», или Африка — это навсегда!»
Интервью с А.Е. Вурдафтом
> стр. 13

ЛЕКЦИИ

Нейропротекция — как она есть
Профессор В.П. Еричев
> стр. 29

МНЕНИЕ

Эпидемия 20/20 «Дневник сбитого офтальмолога»
(окончание)
Профессор И.Э. Иошин
> стр. 37

ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Итоги конкурса среди ординаторов на самую насыщенную неделю
> стр. 43

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

«Девиз работы тренера: Не навреди!»
И. Бруштейн
> стр. 46

Также в номере:

Конференции > стр. 21, 23, 26

Научные статьи > стр. 32, 34, 35

Уважаемый Борис Эдуардович!

Поздравляем Вас с избранием на пост Председателя Общества офтальмологов России! Ваша научно-практическая деятельность по достоинству оценена как в России, так и далеко за ее пределами. В немалой степени благодаря Вашему личному авторитету в мировом офтальмологическом сообществе происходит расширение и укрепление связей Общества офтальмологов России с многочисленными российскими и зарубежными профессиональными объединениями. Надеемся, что сохраняя преемственность поколений и открытость всему новому, ООР будет и впредь способствовать развитию отечественной офтальмологии, вносить весомый вклад в укрепление связей между наукой и практикой.

Желаем Вам здоровья и новых свершений!

Редакция газеты «Поле зрения» и сотрудники издательства «АПРЕЛЬ».

XII съезд Общества офтальмологов России

С 1 по 5 декабря 2020 года состоялся XII съезд Общества офтальмологов России.

Организаторами съезда выступили Общество офтальмологов России, Министерство здравоохранения Российской Федерации, ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава Российской Федерации, Национальная медицинская палата.

Партнеры съезда — крупнейшие отечественные и зарубежные компании-производители офтальмологического оборудования и лекарственных препаратов.

Съезд прошел совместно с 18-й Всероссийской конференцией с международным участием «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии» и 21-м Всероссийским конгрессом с международным участием «Современные технологии катарактальной, роговичной и рефракционной хирургии». Мероприятие прошло в онлайн формате.

В обращении к участникам съезда Председатель Общества офтальмологов России, заместитель директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по научной работе, доктор медицинских наук, профессор Борис Эдуардович Малюгин сказал: «Наш объединенный съезд — это отличный повод подвести итоги масштабной работы офтальмологического сообщества страны. Не секрет, что отечественная офтальмология находится в процессе постоянных и существенных трансформаций. Есть реальная потребность «сверить часы» с мировыми трендами и достижениями. Требуется в полной мере осмыслить накопленный опыт и интегрировать новые разработки в клиническую практику».

Министр здравоохранения Михаил Альбертович Мурашко отметил, что съезд офтальмологов России «по праву является самым масштабным научно-организационным мероприятием в отрасли в прошедшем четырехлетии. Для широкого круга специалистов это уникальная возможность получить ценные профессиональные знания от ведущих офтальмологов, обменяться опытом, ознакомиться с самыми последними инновациями и современными тенденциями в офтальмохирургии. Нашей общей целью является повышения качества и доступности оказания высококвалифицированной офтальмологической помощи для широких масс населения всех регионов страны. Успешная реализация этой серьезной задачи возможна только благодаря освоению самых передовых достижений науки и практики, внедрению новых методов обучения, организационных подходов, телемедицины, искусственного интеллекта, а также современной постановке актуальных для современной офтальмологии вопросов и поисков путей их рационального решения».

Главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава России, директор ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Владимир Владимирович Нероев выразил надежду, что «онлайн формат проведения съезда расширит аудиторию, даст возможность участвовать в его работе врачам из самых удаленных уголков страны. Отечественной офтальмологии есть чем гордиться. Основываясь на достижениях фундаментальной и прикладной науки, мы развиваем нашу отрасль и внедряем в практическую медицину оригинальные диагностические и лечебные методики. Сложные, высокотехнологичные операции на глазном яблоке и орбите становятся все доступнее. Сегодня эти операции выполняются не только в высокоспециализированных центрах, но и региональных медицинских учреждениях, оснащенных современным оборудованием. В ходе работы съезда на пленарных и сателлитных сессиях будет обсуждаться широкий круг проблем, отражающих достижения современной науки и практики в диагностике и лечении различной офтальмопатологии».

Директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», доктор медицинских наук, профессор Александр Михайлович Чухраёв в обращении к участникам XII съезда Общества офтальмологов России сказал, что «за прошедшие с предыдущего съезда годы произошли серьезные изменения в структуре офтальмологической помощи: двум ведущим офтальмологическим НИИ присвоен статус «научных медицинских исследовательских центров». В связи с этим предстоит большая работа по выполнению задач, поставленных Правительством РФ, которые направлены на то, чтобы в каждом регионе, в каждом городе, где бы ни жил человек, оказывалась медицинская помощь на самом высоком уровне. Я полагаю, что мы вместе с вами справимся с этой задачей».

Директор ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан», первый заместитель Общества офтальмологов России, доктор медицинских наук, профессор Мухаррам Мухтарамович Бикбов назвал съезд уникальным, т.к. «благодаря возможности общения в интернет-пространстве каждый, кого интересуют достижения и волнуют проблемы нашей специальности, а это более 13 тысяч офтальмологов России, смогут принять виртуальное участие в работе съезда, при этом не только послушать доклады ведущих специалистов, рассмотреть малейшие нюансы операций в ходе трансляции «живой хирургии», но задать вопрос в чате или поделиться собственным опытом. Все это позволит офтальмологам и, в особенности региональным, поднять профессиональный уровень, внедрить новые методики в практическую деятельность».

От имени Российской академии наук к участникам съезда обратился Владимир Павлович Чехонин, руководитель секции медико-биологических наук ОМН РАН, член президиума РАН, вице-президент РАН. Он подчеркнул, что «среди участников съезда будут представители как ведущих профильных научно-исследовательских институтов, так и учреждений практического здравоохранения, что обеспечит трансляцию фундаментальных изысканий в практическое здравоохранение».

В первый день работы состоялась XV Всероссийская научная конференция молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы офтальмологии». Программа конференции включала следующие темы: «Разработка и совершенствование хирургических технологий в офтальмологии», «Современные методы диагностики в офтальмологии», «Фундаментальные биомедицинские подходы к разработке инновационных методов лечения офтальмологической патологии», «Лазерные технологии и новые подходы к терапии заболеваний глазного яблока».

Работа съезда проходила по следующим направлениям: организация офтальмологической помощи, медико-социальные проблемы; кадровая политика; слепота слабовидение, реабилитация; современные методы диагностики в офтальмологии; воспалительные, инфекционные и аллергические заболевания глаз; глаукома; рефракционные нарушения; заболевания хрусталика; заболевания роговицы, кератопластика, глазной тканевой банк, клеточные технологии; витреоретинальная патология; нейроофтальмология и глазодвигательные нарушения; детская офтальмология; заболевания придаточного аппарата глаза и орбиты; офтальмоонкология; офтальмотравматология.

В работе съезда приняли участие 6716 офтальмологов из 85 регионов России и 28 стран мира. Было проведено 64 заседания, 4 сессии «живой хирургии», в которых участвовали свыше 400 спикеров из 31 города России и 13 стран мира. Свыше 3700 человек посетили 20 стендов на виртуальной выставке офтальмологического оборудования и лекарственных препаратов.

4 декабря 2020 г. прошло отчетно-выборное собрание XII съезда Общества офтальмологов России, в ходе которого состоялись выборы Председателя ООР, Президиума и Правления. На пост Председателя Общества офтальмологов России был переизбран заместитель директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ по научной работе, заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Борис Эдуардович Малюгин.

По окончании работы съезда в своем заключительном слове Председатель ООР профессор Б.Э. Малюгин сказал: «Мы завершаем 5-дневный марафон, посвященный офтальмологии. Это было знаменательное событие, когда мы, приникнув к экрану компьютера, рассматривали различные аспекты нашей профессии, самые последние, важные и практически значимые достижения. В работе съезда приняли участие более 6,5 тысяч человек, представлявшие все регионы России; к нам подключались и зарубежные коллеги из 28 стран мира, от Европы до Азии: Бангладеш, Вьетнам, Иордания, Ливан, Латвия, Украина, Франция, Германия и многие другие страны. Это — великолепное, беспрецедентное мероприятие, которое мы провели вместе с вами.

Дорогие друзья, уважаемые коллеги! Хотел бы еще раз упомянуть конференцию молодых ученых, которая открывала наш съезд. Нам было приятно увидеть, что интерес к конференции по некоторым секциям был не меньшим, а порой даже и бóльшим, чем к некоторым заседаниям съезда. Это свидетельствует об уровне и об актуальности представленных молодыми коллегами проблем. Мы верим в будущее нашей профессии, потому что у нас есть надежная, крепкая смена, которая, я уверен, подхватит знамя и будет успешно развивать нашу профессию в будущем.

Несколько слов хотел бы сказать об Обществе офтальмологов России. Это — старейшая профессиональная общественная организация, объединяющая офтальмологов нашей страны и решающая целый ряд задач, таких как развитие офтальмологии, создание условий для активной профессиональной и общественной деятельности, защита прав и законных интересов ее членов, укрепление связей между наукой и практикой, между российскими и зарубежными офтальмологами.

В состав ООР входит 80 региональных отделений, 11 межрегиональных отделений и более 8 тысяч членов. Напомню, что на сегодняшний день в Российской Федерации насчитывается более 13 600 офтальмологов, таким образом, нам есть к чему стремиться.

На отчетно-выборном собрании, которое состоялось 4 декабря, присутствовало 146 делегатов, представлявших 74 региональных отделения Общества. Были выбраны органы управления ООР, включая Председателя, Президиум и Правление.

На этом мы не заканчиваем наши встречи. Мы достаточно активно реализуем проекты, намеченные Обществом (ООР on-line), встретимся с вами в онлайн режиме в 2021 году, однако я надеюсь, что нам предстоят встречи и в привычном режиме. Во второй половине следующего года мы запланировали два очных мероприятия: конференцию «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии», которая пройдет в последнюю неделю июня в Ростове-на-Дону, и нашу традиционную конференцию «Современные технологии катарактальной, роговичной и рефракционной хирургии», она состоится с 30 сентября по 2 октября 2021 года в Москве.

Дорогие коллеги, дорогие друзья! Я благодарю всех участников съезда, хочу поблагодарить организаторов, технических организаторов, лекторов, программные комиссии, председателей и сопредседателей секций, хирургов, продемонстрировавших виртуозное владение современными офтальмохирургическими техниками. Это масштабное событие — плод усилий многих людей, больших коллективов, и я хочу воспользоваться случаем и еще раз поблагодарить всех вас за то, что вы сделали, я уверен, ваш труд будет оценен по достоинству! Спасибо большое, до новых встреч!»

Подробный репортаж о работе съезда читайте в газете «Поле зрения» №1, 2021

Редакция газеты «Поле зрения»

10 лет. Мы полны идей! Оставайтесь с нами!

Издательство «Апрель» и редакция газеты «Поле зрения» отмечают день рождения

Photo by Lidya Nada on Unsplash.com

Первая круглая дата

Какими мы были в десятилетнем возрасте? Это время, когда детство ещё в самом разгаре, но мальчик или девочка уже в полной мере чувствуют себя взрослыми. Появляются первые секреты от папы и мамы, а также всех других взрослых. Именно в десятилетнем возрасте многие мальчишки увлекаются «серьёзными», брутальными видами спорта: боксом, дзюдо, хоккеем, футболом… Впрочем, почему только мальчишки? В последнее время эти виды спорта всё больше привлекают и будущих прекрасных дам.

В десятилетнем возрасте обычно уже можно «разглядеть», распознать характер человека. Кто-то явно несёт в себе задатки лидера, вожака… А кто-то из детей — более ранимый, стеснительный, застенчивый, не уверенный в себе. Задача взрослых состоит в том, чтобы помочь ребёнку раскрыть свой потенциал, сохранить индивидуальность, найти дело по душе.

Как встречают своё первое десятилетие, свою первую «круглую» праздничную дату издательство «Апрель» и редакция газеты «Поле зрения»? Для нас это в первую очередь повод поразмышлять о том, каким мы хотим видеть наше детище и каким оно является сейчас.

Создателем и бессменным руководителем издательства «Апрель» и редакции газеты «Поле зрения» является Л.С. Тумар. Курс корабля всегда определяет капитан. Лариса Сергеевна ведёт наш корабль твёрдым курсом. Искусство руководителя проявляется в том, чтобы выстоять, продолжать работать в самых трудных, даже экстремальных условиях. Наш капитан в полной мере доказала, что она владеет этим искусством. Знания, навыки, жизненный опыт директора помогли издательству и редакции выстоять в этом году во время эпидемии коронавируса и во многих других трудных ситуациях.

Несмотря на пандемию, газета «Поле зрения» всё это время выходила в срок, без единой задержки. Мы выполнили все свои обязательства перед авторами, рекламодателями, сотрудниками и офтальмологическим сообществом. Уверены, что так будет и в дальнейшем!

Газета «Поле зрения» — это сплав творческой энергии и жизненного опыта ведущих учёных-офтальмологов, руководителей лечебных учреждений и профильных вузовских кафедр, врачей первичного звена и филологов-гуманитариев, людей без медицинского образования, но влюблённых в офтальмологию и преданных ей. Наш директор Л.С. Тумар окончила Московский государственный педагогический институт иностранных языков им. Мориса Тореза. По профессии она преподаватель английского языка. С 1995 г. занимается издательской деятельностью.

Бессменным главным редактором газеты с её первого выпуска является академик РАН, д.м.н., профессор С.Э. Аветисов. Большой вклад в работу редакции вносит заместитель главного редактора, д.м.н., профессор В.П. Еричев. Что даёт это содружество окулистов и филологов? Мы можем взглянуть на мир офтальмологии одновременно «изнутри и снаружи». Газета представляет взгляд врача и взгляд пациента.

Кстати, газету «Поле зрения» читают не только врачи, организаторы здравоохранения, студенты и клинические ординаторы, но и люди с различными заболеваниями глаз. Для кого-то может показаться удивительным, что среди наших читателей есть немалая группа лиц, полностью лишённых зрения. Для них существует специальная рубрика «К незримому солнцу», посвящённая опыту реабилитации этих людей с ограниченными возможностями здоровья.

Конечно, незрячие люди используют для знакомства с изданием не зрительные возможности, а специальные озвучивающие программы компьютера или особые дисплеи, отображающие текст рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом.

Газета «Поле зрения» изначально создавалась не как научное, а как научно-информационное издание. Научные и научно-практические публикации занимают ведущее место в газете. Но одновременно мы проявляем большой интерес к личности врача, его внутреннему миру, уникальному профессиональному и человеческому опыту.

Отчёты о конференциях, которые печатаются у нас в каждом номере — особый жанр! Мы хотим не только подробно и детально ознакомить читателей с содержанием всех ведущих докладов, но и передать атмосферу форума, представить беседы и дискуссии в кулуарах. Не обходим мы и острых, дискуссионных тем, связанных с различными оценками эффективности лечения, применения тех или других лекарственных препаратов.

В этой связи, прямо скажем, пандемия коронавируса сыграла с журналистами «Поля зрения» злую шутку. Как нам освещать конференции, если они в последнее время всё чаще отменяются или переносятся в online-формат? О виртуальных форумах мы тоже, конечно, с удовольствием пишем. Но всё-таки атмосферу живого общения они не заменяют и никогда не заменят… Но не будем отчаиваться! Когда-нибудь коронавирус снимет свою корону. Все ежегодные и другие регулярные конференции обязательно войдут в прежний ритм. Возможно, нас ожидает появление новых офтальмологических симпозиумов в тех регионах России, где они пока не проводятся.

Врачи-офтальмологи — люди в большинстве своем многосторонние, многогранные. Сотрудники редакции завидуют сами себе: с какими яркими, интересными, харизматичными людьми нам приходится общаться! Кто-то прекрасно поёт, кто-то играет на музыкальных инструментах, кто-то рисует, кто-то активно занимается спортом, с лёгкостью выполняя нормативы, созданные для бойцов спецназа!

Эта многогранность, универсальность наших коллег находит отражение в газете. Есть и специальная рубрика — «Интервью-портрет», предполагающая разговор не только о рабочих делах, но и на самые разные темы. Чувство юмора, открытость ко всему новому, прекрасная память на дальние и ближние события — все эти качества отличают героев наших публикаций.

Первый выпуск «Поля зрения» вышел в свет в конце 2010 года. Его объем составлял всего 12 полос. Уже к концу 2011 года газета состояла из 52 полос. Главный итог работы: нам поверили! Возникли коллегиальные, товарищеские, дружеские отношения с авторами, учёными-офтальмологами, рекламодателями.

Газета стала активно распространяться практически на всех офтальмологических форумах в различных регионах нашей страны: от Калининграда до Камчатки. «Поле зрения» никогда не ставила перед собой цель конкурировать с научными журналами ВАК. Мы стремимся не только распространять знания о глазной медицине, но и способствовать тому, чтобы коллеги лучше узнали друг друга. Узнали тех, кто работает с ними в одной клинике. И тех, кто трудится за тысячи километров.

Конечно же, офтальмологическое издание не может не уделять внимания международному опыту. Мы публикуем отчёты с зарубежных конференций, в которых участвуют российские специалисты, рассказываем о новых лекарственных препаратах, новых методах лечения. У нас регулярно печатаются материалы об организации здравоохранения в разных странах. Этому, в частности, была посвящена серия публикаций «Записки американской медсестры», позволившая изучить мир американской клиники изнутри.

В первые два года — самые трудные! — в издательстве и редакции на штатной основе работали всего два человека: генеральный директор Лариса Сергеевна Тумар и главный бухгалтер Зинаида Григорьевна Носань. Зинаида Григорьевна — опытный специалист, человек, во многом определяющий финансовое благополучие издательства и редакции. Именно она ведёт переговоры с рекламодателями. З.Г. Носань стремится к тому, чтобы издательство крепко стояло на ногах, имело средства для перспективного развития, реализации новых проектов, в том числе книжных.

Все эти годы «Апрель» активно занимался благотворительной деятельностью. Мы безвозмездно подготовили к печати ряд профильных книг. Таким образом, авторам оставалось найти средства только на типографские расходы.

В начале 2012 года в жизни небольшого редакционного коллектива произошло важное событие: в наши ряды влился Сергей Николаевич Тумар, профессиональный переводчик и телевизионный

журналист. Он занял должности заместителя директора издательства «Апрель»и шеф-редактора газеты «Поле зрения».

В мире офтальмологии работает немало семейных пар, династий. Наш редакционный коллектив не является исключением. 6 сентября 2020 года рубиновую свадьбу, 40-летие семейной жизни, отметили наши коллеги Лариса Сергеевна и Сергей Николаевич Тумары. Все сотрудники поздравляют их с этой датой, искренне желают встретить в любви, гармонии и добром здравии и золотой, и бриллиантовый юбилеи!

Крепкая семья — это не только счастливое личное обстоятельство в жизни человека. И для мужчины, и для женщины она создаёт надёжный тыл, даёт возможность сосредоточиться на решении трудных профессиональных задач. Сергей Николаевич — универсальный специалист, занимающийся решением практически всех задач, стоящих перед издательством и редакцией. Он с удовольствием берёт интервью, пишет репортажи, фотографирует, редактирует тексты других авторов, устанавливает и поддерживает контакты с лечебными и научными организациями.

Профессия врача складывается из теснейшего переплетения профессиональных и человеческих качеств. Даже при высочайшем уровне знаний и навыков эскулап не сможет быть успешным, не сможет покорить профессиональных вершин, если он не обладает эмпатией, не умеет и не хочет сопереживать пациенту.

Оказание медицинской помощи также немыслимо без тесного, уважительного, деликатного взаимодействия врачей различных специальностей и разных поколений. В клинике, в том числе офтальмологической, нет места эгоистичным «звёздам-одиночкам». Здесь ценятся люди, обладающие «чувством локтя», готовые помочь коллегам словом и делом, а порой даже исправить чужие ошибки.

Личный успех врача — это всегда успех всей клиники. За ним стоит слаженная работа большого коллектива, в том числе среднего и младшего медицинского персонала, технических и вспомогательных сотрудников.

Все эти особенности и нюансы в полной мере относятся и к медицинской журналистике, включая газету «Поле зрения». Здесь также нельзя разделить личные и профессиональные качества. Превыше всего ценится КОМАНДНЫЙ ДУХ, преданность делу, способность поставить интересы редакции и читателей выше личных амбиций.

Мы рады, что в издательстве «Апрель» собрались именно такие люди! Труд каждого — корреспондентов, редакторов, сотрудников секретариата и бухгалтерии, дизайнеров-верстальщиков, библиографов, переводчиков, научных консультантов, корректоров, специалистов по информационным технологиям и рекламе, технических и вспомогательных работников — важен и ценен для нас.

По объективным причинам в нынешнее время у нас нет возможности расширять штат, но мы гордимся тем, что, несмотря на все трудности, ни с одним из коллег в этом году мы не расстались. Никто нас не покинул! Практически для всех сотрудников работа в издательстве «Апрель» стала делом их жизни. Мы ощущаем себя одной командой, одной семьёй. А в семье принято держаться ВМЕСТЕ, совместно преодолевать трудности и двигаться вперёд.

Рекламодатели — самые дотошные читатели

Особо хотелось бы поговорить о наших взаимоотношениях с рекламодателями. Возможно, кто-то думает, что рекламодателей интересуют только их собственные рекламные блоки. Разумеется, такое утверждение не имеет ничего общего с действительностью! На самом деле именно рекламодатели, пожалуй, являются нашими самыми внимательными, дотошными и преданными читателями.

Именно они стали не только соавторами, но и «учредителями» газеты. Благодаря рекламе «Поле зрения» успешно работает уже десять лет. Мы ценим это и благодарны нашим партнёрам за доверие!

Значительная часть рекламодателей сотрудничает с издательством и редакцией уже долгие годы. Но мы всегда открыты для новых контактов, для взаимовыгодной, долгосрочной, продуктивной, творческой работы.

В газете сравнительно немного рекламы. Но именно эта особенность, как правило, привлекает наших рекламодателей! Они могут быть уверены в том, что их рекламные блоки в любом случае будут замечены. Они не «растворятся» среди других рекламных предложений и будут опубликованы вместе с качественными, увлекательными журналистскими материалами, а также научными и научно-практическими публикациями ведущих учёных-офтальмологов, в том числе действительных членов РАН, профессоров ведущих медицинских вузов и т.д.

Наш фирменный стиль, наш «конёк» — удачное соотношение рекламного, научного и журналистского редакционного контента. Реклама в газете вызывает доверие еще и потому, что её никогда не бывает слишком много! Для каждого рекламного блока мы можем найти лучшее место, чтобы читатель газеты его не только заметил, но и запомнил.

Честная, уважительная реклама — неотъемлемая часть современной офтальмологической газеты

Издательство «Апрель» не только создаёт и размещает рекламные блоки в газете «Поле зрения», «Национальном журнале Глаукома» и книжной продукции. Мы также готовы предложить свои услуги в написании книг и статей о любых организациях, научных и учебных заведениях, производственных компаниях, связанных с офтальмологией и оптической индустрией.

Вряд ли кто-то из нас станет отрицать значение рекламы в печатных СМИ... Онлайн доклады не всегда легко воспринимать на слух. Люди давно научились основательно усваивать информацию из книг, журналов и газет. Зрительная память гораздо продолжительнее и надежнее слуховой.

Нередко возникает проблема, когда озвученный материал необходимо использовать в дальнейшей работе. Доклады и лекции гораздо легче читать, чем слушать. Потеряв нить повествования, можно быстро вернуться, пробежав по строчкам взглядом, а вот услышанное не всегда преобразуется в устойчивые знания, оставляя порой смутные, туманные представления.

В настоящее время возникла благоприятная ситуация: на фоне отсутствия или существенного уменьшения количества конференций наши издания завоевывают широкую аудиторию читателей. У офтальмологов, часть которых перешла на удаленную работу, появилось время для самообразования, а значит, и для чтения.

Мы поставляем качественный контент. Взаимодействие с рекламодателями позволяет нам продолжать эту работу, принося пользу офтальмологическому сообществу.

Наш самый главный и самый ценный капитал, приобретённый за это десятилетие, — доверие читателей. Этот капитал был приобретён во многом благодаря нашим рекламодателям, поддерживающим редакционную политику. Честная, этичная, ненавязчивая, уважительная реклама — неотъемлемая часть современной офтальмологической газеты.

Чтобы было больше работы

За это десятилетие в редакционном коллективе сложились свои внутренние устои. Одна из замечательных традиций — совместное празднование Нового года. У нас никогда не устраивалось пышных корпоративов. Но, конечно, как и во многих других организациях, перед Новым годом накрываются столы. Мы дарим друг другу небольшие подарки, часто шуточные... Поднимаются бокалы с шампанским, звучат тосты.

Один тост звучит на нашем редакционном празднике из года в год. Мы желаем друг другу: «Чтобы в Новом году все были здоровы и у нас было больше работы!» Конечно же, это пожелание актуально и в 2020, и 2021 годах. Но есть один немаловажный нюанс: административные ограничения, связанные с коронавирусом, постоянно меняются... Будет ли возможность у сотрудников в этом году, как и раньше, в конце декабря собраться вместе? Или придётся ограничиться общением по видеосвязи?

В любом случае пожелание всем-всем-всем здоровья и больше интересной работы продолжает оставаться актуальным. Мы любим свою работу, ценим общение и творческое взаимодействие с читателями и уверены в том, что впереди у нас ещё немало совместных десятилетий.

Редакции газеты «Поле зрения»

10 лет — детский возраст

10 лет — совсем немного. Детский возраст. Всё только начинается! Мы договорились, что каждый сотрудник напишет небольшой рассказ о том, каким он или она были в десятилетнем возрасте. Что радовало или огорчало в то время? Что запомнилось? Как маленький человек открывал для себя большой мир?

В редакции работают творческие люди. Поэтому и рассказы получились интересными и яркими. Лариса Сергеевна представила три истории, Сергей Николаевич — две. Остальные сотрудники ограничились одним повествованием или небольшими зарисовками.

Творческому человеку на всю жизнь необходимо сохранить в душе «детскость». С возрастом приходит мудрость, но должны остаться и детская восторженность, и детская прямолинейность, и детская наблюдательность. Ребёнок внимательно и пристально, порой придирчиво, но всегда доброжелательно вглядывается в окружающий мир. Также поступает и газета «Поле зрения».

Оставайтесь вместе с нами!

Лариса Тумар, директор издательства «АПРЕЛЬ», заместитель главного редактора газеты «Поле зрения»:

Братья

Мои братья, Коля и Володя, любили меня, играли со мной, если я этого хотела. Некоторые наши забавы помню и сейчас. Однажды родители ушли в гости, а мальчишки на кухне устроили ресторан: сами готовили еду, а я пробовала их стряпню.

Часто играли в войну. Я была партизанкой, а мой брат Володя — фрицем. Как-то для полноты ощущений он вывел меня босую во двор, и я должна была пробежать по снегу. На следующий день я заболела, но родителям о нашей игре не рассказала. Настоящая партизанка!

Очень быстро простуда переросла в двустороннее крупозное воспаление легких, и всю зиму я пролежала в больнице.

Помню, как однажды зимой Володя с Колей и друзьями построили у нас во дворе ледяной дворец. Не знаю, читали ли мальчики книгу И.И. Лажечникова «Ледяной дом». Но их терем и правда напоминал дом Анны Иоанновны в миниатюре.

Он был сделан из снежных блоков, залитых водой. Внутри поставили трон, круглый стол с креслами и кровать с балдахином. Сооружение из снега простояло всю зиму и растаяло только весной. Все дети военного городка приходили к нам во двор поиграть в ледяном дворце.

Детская мечта

Отношения с соседями были добрые. В любое время взрослые и дети могли прийти в гости без предупреждения. Как-то утром я, собираясь на утренник (мама была в командировке), пошла к тете Наташе и попросила заплести красивую косичку. Она сонная, в ночной рубашке, когда вся ее семья еще спала, плела мне косу, при этом, абсолютно не удивившись моему раннему приходу.

Военные часто меняют место службы. Как-то в городок приехала семья, отец девочки, с которой я общалась, несколько лет служил в Германии. Имя ее уже не помню, но в памяти отпечаталось, как мы вместе играли. В советское время было такое выражение: «красивая, как немецкая кукла».

Тогда был дефицит практически всего, в том числе и детских игрушек. А у той девочки было целых пять немецких кукол. Среди них — даже негритенок. Все они были с длинными волосами, естественными лицами, гнущимися конечностями. Головка, ручки и ножки были сделаны из бисквитного фарфора телесного цвета. Наряды были просто изумительные. Какое счастье было с ними играть!

Но девочка нечасто звала к себе в гости и еще реже разрешала трогать кукол, а если мы все-таки играли, мне доставался негритенок, хотя я очень хотела взять другую — с двумя косичками. Для девочки кукла — воплощение детского мира, где все представляется живым, волшебным, обещающим чудо. Просила маму купить немецкую игрушку. Это был предел моих мечтаний. На день рождения мне действительно подарили куклу. Я помню, как мама несла коробку, а я шла рядом и светилась от счастья. Кукла была красивая, но отечественного производства и, конечно, отличалась от кукол моей знакомой. Моя мечта исполнилась только к 16 годам. Одноклассники подарили красивую немецкую куклу.

Нас любили

В 1965 году в военный городок приехал служить один солдат, который профессионально занимался танцами. Он ставил номера не только взрослым, но и детям. Всем участникам художественной самодеятельности шили на заказ красивые костюмы. Дети выступали на концертах вместе со взрослыми и были несказанно счастливы.

Помню молдавский народный танец «Молдовеняска». Девочки были в разноцветных юбках, моя была желтого цвета с синей шелковой лентой, пришитой по подолу. Когда у взрослых не было времени, мы готовили концерты своими силами. Признаюсь, я всегда была заводилой. Собрав детей и подготовив номера для показа, мы с друзьями пришли в штаб к командиру части просить аккомпаниатора. Нам прислали баяниста. При подготовке концерта перенапрягла голосовые связки: пела и читала стихи осипшим голосом. Наше выступление смотрели солдаты, которые в это время отдыхали. Сейчас очень смешно вспоминать этот концерт. Смею предположить, что взрослые серьезно относились к нашим инициативам. Нас любили.

Сергей Тумар, заместитель директора, шеф-редактор газеты «Поле зрения»:

История №1

Впервые я попробовал курить в третьем классе. В трубах на стройке ребята достали сигарету и спросили: «Будешь?» Я не отказался, дождался своей очереди, и мне оставили «бычок». По-моему, это была «Прима» или «Дымок». Конечно, я не затягивался, просто набирал дым в рот и тут же выпускал. Курить мне совсем не понравилось.

Первую сигарету по-настоящему я выкурил в четвёртом классе. Это были болгарские «Femina» без фильтра, но совсем некрепкие, ароматные, с золотистым ободком. На стильной картонной коробке были изображены женская головка и рука с дымящейся сигаретой.

...Как-то утром я остался дома один, от нечего делать полез по ящикам серванта. Увидел красивую подарочную коробку «Золотое руно». Под пергаментной бумагой в несколько рядов лежали сигареты с золотым колечком. Безукоризненная упаковка и потрясающий аромат подействовали на меня возбуждающе. Трясущейся рукой достал одну сигарету. В коробке изначально было сто штук, но нескольких уже недоставало. «Одной больше, одной меньше — никто не заметит», — решил я и пошел в ванную. После двух затяжек в глазах потемнело, в ушах послышался звон. Я с трудом добрался до дивана и рухнул без чувств. «Чтобы я еще когда-нибудь закурил... Да никогда...»

История №2

Как и все ребята шестидесятых годов, большую часть свободного времени я проводил на улице. Играли в разные игры: салочки, прятки, ножички, 12 палочек, казаки-разбойники, штандар, вышибалы, в войну, футбол. Это летом, а зимой — в войну, царя-горы, хоккей. Сразу после Нового года — в мушкетеры, когда шпагами служили стволы выброшенных елок.

В футболе и хоккее я стоял в воротах. Но не потому, что на большее был неспособен, а потому, что был неплохим вратарем. Гоняли мяч обычно в сквере, рядом с «Янтарной горкой» через дорогу от дома. Мы устраивали целые футбольные баталии. Разбивались на две команды. Принцип деления был простой и демократичный. Капитаны были на «матках», а игроки, разбившись на пары, договаривались между собой, например: «Я — ракета, ты — спутник». В обнимку подходили к капитанам со словами: «Матки, матки, чьи заплатки?» «Мои», — отвечал один из них. «Ракета или спутник?» «Ракета» — я шел к одному капитану, а «Спутник» — к другому.

Лучшим вратарем у нас был Миша Майоров. Он был на два года старше, очень спортивный. Лучший игрок — Саша Харламов, тоже года на два старше меня.

В тот памятный день мы пошли на горку играть в футбол. Разделились на две команды, воротами служили деревья. Я стоял, как лев, вытягиваясь в струну, ловил мячи, летевшие в «девятку», кидался под ноги нападающим соперника. Саша Харламов играл в моей команде и в полном восторге орал: «Ну, Серега! Ну, ты даешь!» Мы выиграли. Миша Майоров выделывал вратарские кульбиты, но пропустил мячей больше, чем я. В тот день я чувствовал себя настоящим героем.

Таких историй в моей жизни было довольно много (говорю без ложной скромности), но эта осталась в памяти на всю жизнь.

Ольга Величко, научный редактор:

Опус о детской восприимчивости

Так случилось, что первый отрезок своей сознательной жизни, в возрасте от пяти до десяти лет, я провела в маленьком заграничном городке. Формирование лексического запаса происходило в семье, где единственными размолвками между родителями были мамины упреки папе из-за внеочередной траты семейного бюджета на КНИГИ!!!

Стеллажи с томами серий «Всемирная литература», «Жизнь замечательных людей», «Эврика» и самыми любимыми — «Библиотека приключений» — уже в те годы были для меня самым притягательным местом в доме. Русскоязычное общение ограничивалось друзьями-коллегами родителей (в основном врачами) и моими друзьями из таких же семей. Прекрасно помню, что прокравшееся в мою речь слово-паразит «значит» подвергалось осуждению и осмеянию... Основу умения выражать свои мысли, рассказывать о событиях бурной детской жизни составляли произведения русских и зарубежных классиков.

В десятилетнем возрасте семья переехала. Я погрузилась в школьную жизнь подмосковного городка, легко обзавелась новыми друзьями. В одну из первых прогулок, в веселой возне на ледяной горке, меня настиг культурный шок. Оказалось, что в

речи моих ровесников звучали незнакомые слова, на фоне которых мое «значит» оказалось литературным изыском! До сих пор помню охватившие меня чувства, идентифицировать которые затрудняюсь даже сейчас: удивление, недоумение, любопытство, стыд...

Осознание недопустимости «нехороших» слов в словарном запасе 8-12-летних детей, беззаботно вплетавших их в предложения с яркой эмоциональной окраской, свое острое ощущение «а разве так можно?» ...И преследующий меня на протяжении нескольких дней страх, как бы эти слова не привязались ко мне.

Прошло ну очень много лет, а «нехорошие» слова до сих пор отсутствуют в моей речи. Иллюстрация роли ранних детских впечатлений в развитии личности.

Инна Каллоти, дизайнер-верстальщик:

У нас рядом с домом была стройка. Мы с подружкой лазили по территории, искали кабели, внутри которых были тоненькие проводки. Проводки были разноцветные, из них мы плели браслеты. Это было очень модно. А еще втыкали их в куртки типа «джинсовка» на воротник. Для красоты плавили концы спичкой. Получались такие кругленькие, маленькие «стеклянные шарики». Любили делать узоры из проводков.

Елена Воеводская, администратор сайта:

Сколько себя помню, всю жизнь мечтала о собаке. Именно об овчарке. Наизусть выученные фильмы «Ко мне, Мухтар», «Джульбарс» и «Пограничный пёс Алый», океаны пролитых слёз над книгой и фильмом «Белый Бим Черное Ухо» и стопроцентная ассоциация себя с Малышом из мультфильма «Малыш и Карлсон». Помните, когда Малыш ждёт на свой день рождения щенка в подарок и, не получив его, ужасно расстраивается. Этот эпизод в мультфильме точно про меня в детстве! Прошло много лет, а я до сих пор помню свой восторг, когда однажды моя мечта осуществилась и у меня появилась моя первая собака — восточно-европейская овчарка Агат.

Зинаида Носань, главный бухгалтер:

Чем меня Бог наградил, так это цветом и густотой волос. В детстве я точно помню, что меня стригли коротко. Летом все три месяца я проводила в выездном детском саду. Смутно помню, как нас, деток, стригли воспитатели в душевой.

В первый класс я пошла уже с косой. Точно не могу сказать, почему решили стричь косу в десять лет… В моде были шиньоны, и это могло стать основной причиной. И мне тоже хотелось ходить со стрижкой, потому что очень не любила возиться с волосами. Тогда не было кондиционеров-бальзамов. Приходилось долго и больно расчесывать волосы после мытья, сушить, утром каждый день заплетать. Помню, с мамой пришли в детскую парикмахерскую, она была на Добрынке (район метро станции «Добрынинская»). Меня остригли, и потекли слезы.

Второй раз я подстриглась в пятнадцать лет. Помню, как долго меня отговаривала парикмахер. Мол, такие красивые, густые волосы цвета «спелой пшеницы» (это ее

термин!) нельзя стричь! После этого я лет двадцать пыталась отращивать волосы хотя бы до лопаток. Безуспешно! А коса лежит у меня до сих пор в потаенном месте.

Елена Агафонова, библиограф:

Мы живем в небольшом городке в Южном Казахстане. Родителей направили туда на работу после окончания института. Вокруг невысокие горы и степь, которая весной покрывается сплошным ковром из алых тюльпанов. Горожане традиционно выезжают на пикники и возвращаются с охапками цветов, которые раздариваются знакомым и соседям.

У нас гостит московская бабушка. Мы вернулись с пикника поздно. В степи уже смеркалось. Родители, оставив меня и цветы на попечение бабушки и быстро переодевшись, убежали в кино. Бабушка, никогда не видевшая такой красоты, охая и ахая, на кухне расставляет тюльпаны в вазы и банки. Когда родители вернулись, они застали такую картину. В комнате, плача и прижимая меня к себе, сидит бабушка, а на кухне, за закрытой дверью, грозно гудит пчелиный рой.

Выяснилось, что в венчиках цветов, которые уже закрывались с наступлением темноты, на ночёвку устроились по

несколько пчёл. При электрическом освещении все цветы раскрылись, и пчёлы вырвались на свободу. Как их выгоняли из кухни, я не помню.

Елена Москвичева, корректор:

Мне десять. Тогда мы жили в коммуналке. Три офицерских семьи. В пятнадцатиметровой комнате, помимо мамы, папы, меня, бабушки и пианино, обитал еще хомяк. Однажды папа, придя домой после работы, неосторожно повесил свой военный галстук на этажерку, под которой в клетке сидел хомяк. К утру от галстука осталась ровно половина. Папе пришлось срочно искать запасной.

В наказание клетка с хомяком была выставлена в общий коридор на небольшой шкафчик. Но, как нарочно, сосед, также придя с работы, случайно прислонил библиотечную книжку в мягкой обложке к клетке. Наутро книга на месте не обнаружилась, зато хомяк уютно спал среди мелко изгрызенных клочков бумаги. Мораль: не разбрасывайте нужные вещи, где попало, и ненужные, кстати, тоже!

Алексей Шабунин, художник-дизайнер:

Было ли мне тогда десять? Возможно, чуть больше. Но очутиться вратарем на стадионе «Черкизово» во время матча Чемпионата СССР, да ещё и в джинсах — подобной возможности мне более не представлялось! Правда, это случилось в перерыве… Но зрители не расходились. Неповторимое ощущение. Эти пятнадцать минут своей жизни частенько вспоминал в дальнейшем. Иногда и сны помогали вернуться и почувствовать запах черкизовского газона.

В тот же вечер после матча меня подвозил до метро «Сокольники» сам Юрий Гаврилов. Великий футболист «Спартака» и сборной СССР… А несколько месяцев назад со своими детишками я был на открытии футбольной школы в Королеве. И всем моим ребятам удалось сфотографироваться с той же Легендой отечественного футбола. Величайшие, трепетные ощущения и воспоминания!

Илья Бруштейн, корреспондент:

Я родился 1 апреля 1973 года в Москве. Когда мне было 10 лет, Генеральным секретарём ЦК КПСС (фактическим главой государства) был Юрий Владимирович Андропов. Он начал, как тогда говорили, «решительную борьбу с нарушениями социалистической законности и общественного правопорядка». Если говорить простым языком, то он пытался бороться с преступностью и коррупцией…

Также шла борьба с опозданиями на работу, нарушениями трудовой дисциплины и прогулами. В московских магазинах в дневное время устраивали рейды. У людей спрашивали, почему они в рабочее время находятся в магазине, а не на работе… На эти темы много говорили дома. В целом усилия Андропова по наведению порядка люди поддерживали, но высказывались и сомнения в эффективности принимаемых мер.

В школе многие дети в то время мечтали о портативных кассетных магнитофонах. Сейчас эта вещь уже практически вышла из употребления… Магнитофонами дети хвастались друг перед другом.

В детстве я был на экскурсии в Загорске (так тогда назывался Сергиев Посад), в Троице-Сергиевой Лавре. В стенах Лавры тогда находился и музей, и действующий монастырь. «Настоящий» монастырь в Советском Союзе — это была экзотика! В школе нам рассказывали, что религия — это пережиток прошлого…

В детстве, как и сейчас, я очень любил посещать театры, кино, художественные выставки, музеи. В этом плане в моей жизни ничего не изменилось.

Я очень любил читать книжки о жизни великих художников и рассматривать художественные альбомы. Мечтал стать искусствоведом. Особенно мне нравились русские художники-реалисты: Репин, Перов, Суриков и др.

Я всегда много читал, но, к сожалению, рос довольно неспортивным. Физкультура была моим самым нелюбимым предметом в школе, хотя у большинства одноклассников было наоборот. Сейчас я сожалею, что «упустил» детские годы в плане физического развития… Но все дети разные. Мне больше нравилось проводить время в театре или музее, а не на стадионе.

Елена Филатова, корреспондент:

Десять лет мне исполнилось в январе, и весь год выдался для меня, по знаменитому выражению М.С. Горбачёва, судьбоносным. Я была поздним и вторым ребёнком в семье. Сестра старше меня на десять лет. Поэтому у родителей не было сил особенно со мной возиться. Обычно всё лето мы проводили на любимой даче в сосновом бору на берегу реки, где мы с подружкой, свободные и счастливые, носились по лесам и полям.

Если помните, тогда детей вывозили на море оздоровляться, что мама и проделывала каждый год с моей сестрой: та всё время чем-нибудь болела. Я же родилась этаким медвежонком, и никакая зараза меня не брала, поэтому и на юг меня не возили — что зря деньги и время тратить.

Почему в тот год решили сделать исключение, не знаю, но в августе папа повёз меня в Гагры. Поезд тащился долго-долго, и на остановках, когда папа выходил прогуляться и купить что-нибудь у торговок, я страшно боялась, что поезд уйдёт без него. Однако обошлось, и путешествие к морю ещё до достижения конечной станции принесло мне просто лавину впечатлений. Останавливаемся в городе Изюм, и я смеюсь.

Тут же первое лингвистическое впечатление: народ говорит по-русски, но не совсем. Речь певучая, быстрая, слова как горох (или изюм) пересыпаются. Въезжаем в степи, и я открываю рот от изумления: необъятное небо, волны жёлтой пшеницы и телега, запряжённая волами. Я их никогда не видела, но они мгновенно вызвали у меня какие-то смутные африканские ассоциации.

Наконец, море. Я даже не поняла, что дымчато-фиолетовый диск в полнеба — это оно и есть. При близком знакомстве море оказалось изменчивым: бирюзовое, тёмно-синее, серебряное, серо-зелёное. Много-много лет спустя, на берегу Тихого океана мой романтический муж, влюблённо глядя на меня, процитировал «Принцессу Грёзу» Ростана: «То серые, то синие глаза… Я не пойму их цвет непостоянный». Цитировал он для полного эффекта по-французски, коварный соблазнитель, но это я отвлеклась.

Ещё меня поразили голубые гортензии, роскошно и равнодушно цветущие повсюду, как какие-нибудь среднеполосные лопухи. И самое главное — аромат. Неповторимая южная смесь запахов морской соли, раскаленной гальки и белых тротуаров, лавра, сосны и кто знает чего ещё. Обоняние — самое интимное из всех наших чувств, и однажды очаровавший нас аромат, случайно уловленный много лет спустя, мгновенно бьёт в сердце, возвращая нас в тот давно забытый момент. Так же действует музыка. Может быть, это единственная «машина времени», которая доступна человеку.

Если вы думаете, что я снова отвлеклась, то хочу вас разочаровать: это лыко в строку. Уже осенью, поразмыслив на досуге, я самостоятельно пришла к идее реинкарнации, которую ничтоже сумняшеся начала продвигать в детские массы нашего большого дома. Народ с изумлением слушал мои лекции, задавал вопросы и проникался уважением. Последовавшее «головокружение от успехов» подвело меня позже уже на домашнем фронте, когда я заявила маме, что если бы все дети всегда и во всём слушались родителей, то в мире не было никакого прогресса. Снабжённая хорошим подзатыльником я влетела в новый год и одиннадцатилетие законченной бунтаркой, романтиком и философом. Вот так и живу с тех пор.

Юлия Смирнова, дизайнер-верстальщик:

В 10-летнем возрасте я была в пионерском лагере «Маяк» в Софрино. Там было много кружков, которые я посещала: папье-маше, лепка на стекле, машинопись, танцы. Вечерами нам показывали в зале на большом экране фильмы и диснеевские мультики, которые были редкостью. Было много спортивных игр и олимпиад. В некоторых из них я одерживала победы и потом с гордостью приезжала домой с грамотами. А вот на каждодневную утреннюю зарядку не всегда было желание бегать, и иногда мы прятались в шкафах.

Были и общественные мероприятия: собирали мать-и-мачеху и подорожник. Те отряды, которым удавалось собрать больше всех трав, получали вкусные награды. Прекрасное было время! Вспоминаю с огромным теплом!

Василий Носань, помощник директора:

Мое детство проходило на территории ВГСО (военизированного горноспасательного отряда) в городе Торезе.

Этот город находится недалеко от Донецка и являлся одним из важных городов, где добывался антрацит (высший по качеству добываемый каменный уголь). Мой отец был спасателем. Когда на шахте случались аварии, то те люди, которые спускались в горящую шахту за шахтерами, и были спасателями. Мы все жили в отдельном поселке на территории города, чтобы, когда звучала тревога, спасатели быстро могли собраться и прийти на помощь шахтерам.

Как говорил мой отец: «Когда все бегут из шахты во время аварии, то спасатели, наоборот, бегут туда». Все жители небольшого поселка жили дружно. Детство вспоминаю с удовольствием.

Помню, как поехал в пионерский лагерь с ребятами из нашего поселка на Азовское море. На море я был в первый раз. Плавать я умел, ходил в бассейн, но вожатые не давали нам плавать. Это очень огорчало. Все по расписанию, по свистку, как в знаменитом фильме «Добро пожаловать, или Посторонним вход воспрещен». Десять минут в день и не более. Лагерь окружало с трех сторон пшеничное поле и море.

На родине не был с 2011 года. Скучаю и очень переживаю, что происходит на моей родной земле. Запустение началось сразу после развала Союза. Шахты закрылись, народ стал разбегаться, те, кто остался, стали работать на «дырках» (нелегальных шахтах), подвергая себя большой опасности. Что случилось позже, вы и сами хорошо знаете.

Мы все юбиляры

Ура, ура, и ещё раз ура! Нам исполнилось десять лет! А это значит, что и вы, дорогие читатели и рекламодатели, сегодня юбиляры, потому что куда же мы без вас. Мы в своё время долго вынашивали и в муках родили наше детище, потом по мере сил его воспитывали и растили, а вы нас неустанно поддерживали, подбадривали и направляли в нужную сторону: когда нежно и ласково, а когда и вполне заслуженным шлепком по мягкому месту. Так что сегодня мы с удовольствием переиначиваем известную пословицу и утверждаем, что целая деревня нужна не только для того, чтобы воспитать ребёнка, но и чтобы помочь родителям, которые его растят. Здесь можно и даже нужно ещё раз «уракнуть»!

Путь к нашему первому двузначному юбилею лежал через обычные детские беды и радости. Мы болели и выздоравливали, становясь сильнее и крепче. Мы неутомимо учились новому и старались не забывать прошлых уроков, не наступать на грабли, которые нет-нет да и возникали на нашем пути. Мы несколько раз переезжали, но всегда оставались рядом с вами. Иногда мы теряли близких и горько плакали, но тем радостнее нам было приобретать новых друзей и дорожить старыми. Самое главное — за это время мы научились уважать себя самих и вас, наши дорогие читатели, прощать себе свои ошибки, принимать свои слабости и радоваться жизни, несмотря ни на что.

Мы вместе! Мы живы! Мы полны идей! Наполним же бокалы (газировкой, квасом, безалкогольным шампанским или молоком) и под их дружный звон поприветствуем вход в наше второе десятилетие. Здоровья всем, счастья, исполнения заветных желаний — и многая лета!

Но какой же юбилей без розыгрышей и прочих забав? Теперь самое время поиграть вместе! А чтобы определить всех игроков в правильную возрастную группу, вот коротенькая анкета. Вооружитесь карандашом и бумагой и напрягите память. Ответы спрятаны где-то внутри газеты, поэтому читайте весь номер внимательно!

Елена Филатова

АНКЕТА

Вы помните:
А) как затонул «Титаник»
Б) как затонул «Титаник» в кино
В) никакого «Титаника» не помните
Г) «Титаник» — это ник такой?

Царица полей это:
А) пехота
Б) кукуруза
В) лесная поросль
Г) коттеджная застройка

Кубинский кризис это:
А) когда вы не можете найти Кубу на карте мира, потому что её там ещё нет
Б) противостояние двух политических систем, чуть было не изменившее Солнечную систему
В) вы имеете желание посетить Остров Свободы, но не имеете возможности — денег нет
Г) когда не пускают на Кубу из-за вируса

Восстание Спартака было:
А) ещё не было
Б) против «Динамо»
В) когда Спартак Мишулин играл Саида
Г) когда народ ломился в кино на «300 спартанцев»

Давид это:
А) скульптура Микеланджело, для которой позировали вы/ваш муж
Б) Тухманов
В) То, что вы произносите утром, глядя в зеркало: «Да, вид… тот ещё»
Г) Дэвид Гарретт

Коллективный разум создаст искусственный интеллект

За высокие достижения, способствующие социально-экономическому развитию региона, директор Калужского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава РФ, д.м.н. А.В. ТЕРЕЩЕНКО награжден юбилейной медалью Калужской области.

Поздравления от В.С. Бабурина, первого заместителя Председателя Заксобрания КО

> стр. 1

Калужский Детский центр офтальмологии МНТК — это воплощенная мечта, к ней мы шли в течение 25 лет, последовательно решая задачи по совершенствованию оказания офтальмологической помощи маленьким пациентам. Первыми шагами на этом пути стало лечение ретинопатии недоношенных и теперь — открытие Детского центра офтальмологии. К идее выделить в отдельное лечебно-диагностическое отделение детское направление, мы пришли чисто логически. У нас такое большое количество маленьких пациентов, что в стенах МНТК стало сложно справляться с огромным потоком детей на приеме и в хирургии, гарантируя высокий уровень оказания медицинской помощи. Возникла необходимость вывести детей в отдельное, удовлетворяющее всем современным требованиям, помещение. Вся хирургия осталась в филиале, а в Центре — полная диагностическая линия, кабинеты детских врачей-офтальмологов, кабинет катамнеза, ортокератологии и коррекции зрения, а также великолепно оснащенное отделение консервативных методов лечения.

В Калуге открылся Детский центр офтальмологии МНТК

О возможностях нового центра мы проинформировали все медицинские учреждения региона, проработали вопрос маршрутизации детей на лечение по офтальмологическим отделениям, работающим на базе других больниц Калужской области. Проанализировали технические и кадровые возможности, а также объемы и виды медицинской помощи по госзаказу лечебных учреждений региона. При наличии направления от офтальмолога по месту жительства дети диагностируются бесплатно. Оперативные вмешательства, как и прежде, выполняются на базе МНТК.

Какие задачи поставлены перед коллективом Калужского филиала в связи открытием нового детского отделения?

Мы пошли на этот затратный шаг во имя и ради пациентов, чтобы им было, прежде всего, удобно, чтобы специализированная и высокотехнологичная помощь стала еще доступнее детскому населению. Перед коллективом поставлена глобальная задача: в течение 3 лет, в зависимости от объемов госгарантий, осуществлять систематическое наблюдение за детьми Калужской области с офтальмопатологией и направить их на необходимое лечение.

Известно, что ретинопатия недоношенных всегда была одним из основных направлений деятельности Калужского филиала. Какова дальнейшая стратегия развития?

Дети с этой патологией — это отдельная группа пациентов, нуждающихся в нашей особой заботе. В Детском центре офтальмологии мы организовали кабинет катамнеза — первый и единственный, для детей из регионов, которых курирует Калужский филиал. Мы намерены наблюдать за ними на протяжении 18 лет. Имея большую базу данных пациентов с ретинопатией недоношенных, мы активно развиваем эту тему.

Сейчас эти дети вообще потерянные, они приходят со своими проблемами к врачам в возрасте 10-14 лет. Мы начинаем анализировать причины дистрофии сетчатки на периферии. Как правило, анамнез показывает, что это недоношенные дети с самостоятельным регрессом. Когда все недоношенные будут под контролем, мы сможем уберечь их от беды — вовремя сделать все профилактические лечебные мероприятия, чтобы не развилось грозное осложнение. По ретинопатии недоношенных мы курируем не только Калужскую область, это дети, живущие в Тульской, Брянской, Смоленской и Орловской областях. За 25 лет у нас накопилась огромная база данных детей, которых мы осмотрели, прооперировали и продолжаем наблюдать. Это большая организационная, научная работа, но, прежде всего, речь идет о помощи детям.

Каким современным оборудованием оснащен кабинет катамнеза?

На сегодняшний день существует стандарт оснащения и оборудования консультативно-диагностического кабинета для выявления и наблюдения детей с ретинопатией недоношенных. Этот стандарт мы полностью проработали и дополнили оснащение диагностическим оборудованием, так как на сегодняшний день без ангиографии и без технологии ОКТ (оптической когерентной томографии) вести мониторинг детей с ретинопатией недоношенных практически невозможно.

Все эти моменты мы учли при организации кабинета катамнеза в диагностическом центре и с уверенностью можем заявить, что возможности диагностики, мониторинга, своевременных лечебных, хирургических мероприятий позволят в полном объёме наблюдать любого ребенка с ретинопатией недоношенных: и тех, кто уже стоит на учёте, и детей, которые к нам пришли впервые, в основном, это дети с самостоятельным регрессом. При этом мы не делаем ограничений по месту жительства.

Во время визита министра здравоохранения РФ М.А. Мурашко в Калужский перинатальный центр, Вы доложили о позитивном опыте сотрудничества с неонатологами и отметили, что в Калужской области нет слепых детей с ретинопатией недоношенных. Насколько корректно данное утверждение?

Это заявление сделано на основе нашей тридцатилетней совместной работы! На сегодняшний день мы видим великолепный результат госпрограммы по организации перинатальных центров в России: процент развития ретинопатии недоношенных достиг европейского уровня — менее 3,5%, абсолютно нормальный процент, вписывающийся в тяжесть данной патологии. Мы наблюдаем всех недоношенных детей, которые рождаются в нашем перинатальном центре. Разработанная нами система выявления и оказания своевременной офтальмологической помощи младенцам с ретинопатией недоношенных привела к впечатляющему результату: за последние семь лет не зарегистрировано ни одного случая слепоты жителя региона вследствие этого грозного заболевания. Но нельзя сказать, что мы победили этот недуг, так как к нам приезжает много детей со всей России с различными проявлениями этого заболевания.

Как построена система мониторинга ретинопатии недоношенных на самых ранних стадиях?

В течение 17 лет мы по собственной инициативе еженедельно проводим скрининговые осмотры новорожденных в перинатальном центре. Смотрим и только родившихся детей, и наблюдаем за теми, кто находится в зоне риска. Среди новорожденных есть соматически сложные дети, и в случае необходимости непосредственно в перинатальном центре мы проводим им лазерную коагуляцию аваскулярной зоны сетчатки налобным диодным лазером. У нас великолепные лазерные хирурги, молодые ребята, они способны выполнить коагуляцию в любых условиях. Если состояние ребенка позволяет, перевозим его в МНТК, где проводим разработанную нами паттерную лазеркоагуляцию, дающую прогнозируемый, стабильный положительный результат. Я уверен, что если недоношенным детям обеспечить своевременный мониторинг, правильно подобранный алгоритм лечения, проблему ретинопатии недоношенных можно решить повсеместно, как мы это сделали на территории Калужской области.

Торжественная церемония открытия. Приветственное слово

Экскурсию для почетных гостей проводит д.м.н. А.В. Терещенко

Высокоточная диагностика

В перерыве можно и поиграть

На приеме у врача-офтальмолога

Позвольте поздравить Вас с недавней наградой — юбилейной медалью Калужской области за высокие достижения, способствующие социально-экономическому развитию региона.

Любая награда — не моя личная, это — награда коллектива. Самое главное для руководителя, прежде всего, создать коллектив, способный решать любые вопросы быстро и профессионально. Когда стоит конкретная задача, коллектив Калужского филиала готов ее выполнить на все 100%. Я бы хотел отметить нашу работу и для жителей Калужской области, и для всего Центрального федерального округа. Идеология, которая была заложена Святославом Николаевичем Фёдоровым, — это доступность высококлассных медицинских технологий для жителей любого региона России. Это — главный наш принцип. Наша задача, бесспорно, заключается в том, чтобы офтальмологическая помощь в регионе была обеспечена на высочайшем уровне.

Есть ли случаи, когда филиал направляет пациентов на лечение в другие регионы?

Мы не имеем права ограничить пациента в выборе классной хирургии. Это неправильная идеология. Задача организатора здравоохранения в любом регионе заключается в обеспечении высокого уровня оказания медицинской помощи всех высокотехнологичных направлений. Речь, прежде всего, должна идти не о хирургии в стационарах, а о суперклассной амбулаторной хирургии, чтобы пациенты имели возможность лечиться в своем регионе. Не каждый человек способен подняться и двинуться за счастьем, за здоровьем в другой регион: в Москву, Санкт-Петербург, на край света, куда-то за рубеж. Мы сделали все для калужан, наши пациенты никуда не уезжают. Наоборот, мы активно привлекаем пациентов из других регионов, 25 лет выезжая на консультативные приемы в соседние области. Как федеральное учреждение мы обязаны этой работой заниматься. Мы несем свою службу профессионально, благодаря чему на сегодняшний день из всех пациентов филиала свыше 70% — это жители других регионов.

Какие научные направления в филиале Вы считаете приоритетными?

Наука в федеральных учреждениях стоит на первом месте. Наше основное направление — это ретинопатия недоношенных. Коллективом проведены заслуживающие внимания исследования по отслойке сетчатки, лазерной хирургии. Защищены четыре докторские диссертации (на очереди — пятая), 15 кандидатских диссертаций. С учетом технологических возможностей, которые у нас имеются, проводятся интересные исследования по патологии роговой оболочки. Приобретение фемтосекундного лазера (филиал был одним из первых учреждений в стране, кто приобрел фемтолазер) позволило нам достичь великолепных результатов в послойной передней и задней кератопластике, в хирургии десцеметовой мембраны. Неоспоримое преимущество системы организации научной деятельности в МНТК — это сложившиеся партнерские отношения с головной организацией и филиалами, с которыми осуществляется постоянный обмен мнениями и идеями. Это то, к чему призывал С.Н. Федоров.

Высокотехнологичная офтальмологическая помощь младенцам с первых дней жизни

Исторически сложилось, что в Калуге нет медицинского ВУЗа, кафедры глазных болезней. Как вы справляетесь без таких важных для науки звеньев?

Мы идем свои путем. Самое главное — иметь огромное желание учить и делиться знаниями и опытом. Для этого надо правильно поставить цели и четко расписать задачи каждому исследователю. Собираемся с сотрудниками отделов и разгоняем мысль за чашкой чая. Я говорю: «Давайте помечтаем, что еще можно интересного сделать». Это самый продуктивный момент, когда нет каких-то ограничений. Если молодой исследователь разделяет выработанную идеологию, все решается просто: поток пациентов огромный, научный материал можно набрать быстро, есть кураторы, заведующие отделами и ведущие специалисты, которые направят и помогут.

Я всегда люблю повторять: «Мы должны быть достойными преемниками лучших традиций предшественников, нас должен отличать, прежде всего, профессионализм. Когда наши ребята приезжают куда-либо, они себя чувствуют свободно, потому что владеют всеми технологическими моментами. Они много выступают, принимают участие в сеансах «живой хирургии», которые транслируется в стране и за ее пределами. Это — огромная ответственность. Молодые доктора регулярно оперируют в наших лечебно-диагностических отделениях в других городах и, имея такой опыт, они могут проводить операции на любой платформе, в любых условиях. Права на ошибку они не имеют. И всем хватает и счастья, и славы, и радости, и достоинства. Это самый важный момент. Это позиция шефа, С.Н. Фёдорова — надо делиться знаниями, надо учить, поощрять.

На базе Калужского государственного университета организован медицинский институт. Мы договорились с ректором, что будем решать задачи, которые нас интересуют, начиная с организации кафедры глазных болезней. У нас есть большой кадровый потенциал и хорошая технологическая база. Надеюсь, в следующем году мы станем базой кафедры глазных болезней — это наше реальное будущее.

В последнее время сотрудники филиала занимаются разработкой новой программы. Расскажите о Ваших планах, связанных с этой работой.

Благодаря огромному объему проведенных исследований, решению задач, связанных с ретинопатией недоношенных, родилась глобальная идея: создать программу искусственного интеллекта для детей с ретинопатией недоношенных. Офтальмолог, работающий в перинатальном центре, заносит снимки глазного дна ребенка в базу данных искусственного интеллекта, и компьютер выдает четкий диагноз и тактику лечения конкретного пациента, что позволит своевременно оказывать необходимую помощь. Это будет инновационная программа — новый этап в организации оказания помощи детям с ретинопатией недоношенных.

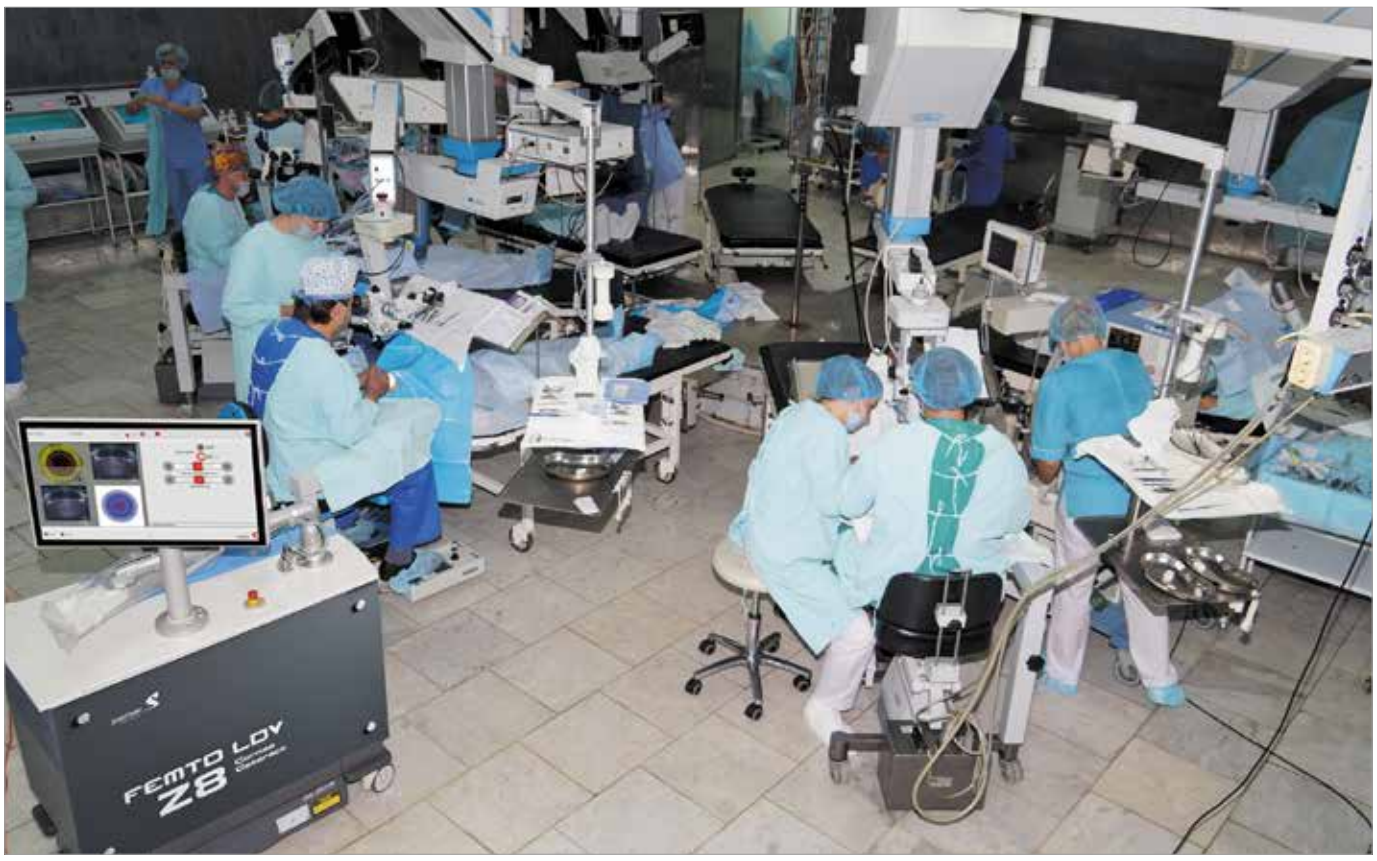
В настоящее время активно используются телемедицина: мы получаем от коллег снимки, расшифровываем, даем заключение. А благодаря искусственному интеллекту, можно будет мгновенно определиться с необходимостью и технологиями лечения вне зависимости от места нахождения малыша. Конечно, это долгосрочный проект: предстоит создать обширную базу данных с

Операция под контролем

Дети — особая забота врачей

Лазерная операционная — гордость филиала

В надежных руках анестезиолога



Фемтолазерные технологии в действии

использованием большого количества снимков от наших коллег из Москвы, Хабаровска, Иркутска, Санкт-Петербурга, Чебоксар, Казани, Екатеринбурга — всех, кто серьезно занимаются этой патологией. Система должна работать в рамках договорных отношений на определенной финансовой основе. Мы находимся пока на уровне идеи и начинаем ее прорабатывать.

Филиал оказывает медицинскую помощь, в том числе, и на платной основе. Какие вопросы удается решить за счет привлечения внебюджетных средств?

Самый оптимальный вариант — такая несбыточная мечта — когда все расходы покрывает бюджет: оплата по факту выполненных услуг — утопическая идея, потому что такого бюджета не существует. Но, с другой стороны, для развития просто необходима здоровая конкуренция. После выполнения планов по госзаказу, мы едем в другие регионы, т.е. ищем работу. Мы вынуждены выезжать, вступать в «конкуренцию» с нашими коллегами. Кто-то это воспринимает правильно, кто-то в обиде, но мы же их стимулируем, чтобы они по-другому думали, развивались и внедряли более современные виды услуг. Привлекательность, технологичность, высокий уровень сервиса — результат постоянного развития. Лидерам всегда трудно. Но мы стремимся быть лучше наших коллег во имя пациентов. Оперировать можно по-разному. Существуют фемтотехнологии, премиум-линзы, амбулаторная хирургия, дающие пациенту совершенно другое качество зрения. Есть разница: после кардиологического вмешательства, например, можно лежать в больнице месяц и еще год ходить на реабилитацию, а можно 3-5 дней наблюдаться после высокотехнологичного микрошунтирования и через неделю выйти на работу.

Все наши филиалы перешли на амбулаторную хирургию, но мы были первыми! У нас нет стационарных коек, весь госзаказ по ОМС — это амбулаторная хирургия — суперклассная хирургия, не требующая долечивания на стационарной койке. Для пациента одни очевидные плюсы! В хирургию одного дня вложено всё: огромный объем

С высоты птичьего полета

диагностических исследований, современная технология в операционной, суперквалификация хирургов, которая позволяет провести хирургическое вмешательство на очень высоком уровне.

Какие из организационных шагов в своей многолетней работе в Вы считаете главными?

Это — позиция в отношении молодых докторов. Молодежи надо доверять, правильно обучать. На сегодняшний день мы — единственные из филиалов — используем для обучения молодых докторов фёдоровскую конвейерную технологию — автоматизированную линию прозрения. И это — просто чудо! Каждый молодой хирург, как член бригады, понимает ответственность своего этапа за конечный результат операции. Это целая идеология. Обучение, отрабатываемое по этапам, во много раз быстрее и качественнее, чем индивидуальное, именно поэтому большое количество молодых докторов стремится к нам прийти, чтобы учиться!

Когда коллектив молодой, профессиональный, существует преемственность — это главное, остальное наживное. Правильная позиция руководителя, на мой взгляд, заключается в том, чтобы обеспечить коллектив работой и определить корректные критерии оценки труда каждого сотрудника. Организация выездной консультативной деятельности, открытие новых отделений, технологическое оснащение на самом высоком уровне — основа успешного решения любых стоящих перед коллективом задач. Работа должна приносить удовольствие, радость, материальное удовлетворение. Только в этих условиях человек будет уверенно смотреть в завтрашний день, не будет стремиться найти «более теплое место». В нашей клинике никто не совмещает: у нас достаточно работы и, как я считаю, разработаны правильные критерии оценки труда.

Как учил нас шеф, только профессиональная команда, состоящая из врачей, медсестер, санитарок, сотрудников вспомогательных подразделений, способна ставить перед собой амбициозные задачи и уверенно двигаться по пути к достижению четко поставленной цели. Я всегда радуюсь, заходя на территорию клиники. У нас одна из самых красивых территорий и летом, и зимой! И помещения у нас все благоустроены, и везде у нас чисто, опрятно, по-деловому аккуратно.

В завершение беседы поделитесь с читателями газеты «Поле зрения», Вашими планами. Какие ценности определяют Вашу жизнь?

Я думаю, самое важное в жизни — это стабильность. Не надо никаких потрясений, революций. Те планы, которые мы наметили по развитию нашего комплекса, хватит не на одну жизнь. Дай бог силы и времени, чтобы осуществить то, что мы наметили.

С возрастом начинаешь понимать, что мы мечтаем об одном, но на деле живем совсем иначе: не бережем свое здоровье, неправильно, какими-то урывками, отдыхаем. В жизни должна существовать гармония. Необходимо оставлять время на отдых. Да, есть работа, которой отдаем все силы, но должна быть и полноценная смена обстановки. Хочется задать вопрос: «А как мы восстанавливаемся после рабочего дня? Занимаемся ли спортом, что и как едим? Как сделать так, чтобы все было в гармонии?»

На мой взгляд, надо больше путешествовать, напитываться новыми впечатлениями в разных уголках мира. Бесспорно, COVID поставил на паузу планы путешествий за рубеж. Но есть столько прекрасных маршрутов в стране: Камчатка, Сахалин, Байкал, «Золотое кольцо». Какое шикарное место у нас, в Калужской области, Николо-Ленивец! А мы порой едем за тысячу верст!

Все должно быть в равновесии, но добиться этого очень трудно. Хочется успеть все сделать. Жизнь очень короткая. Начинаешь понимать только по достижении определенного возраста, что каждый возрастной период имеет свои ценности, которые наполняют смыслом жизнь. Думаешь, можно было сделать чуть-чуть иначе и больше полезного.

Александр Владимирович, спасибо за интересную беседу.

*Интервью вела **Лариса Тумар***
Фото предоставлены отделом маркетинга Калужского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

Где правда — на поверхности или в глубине? ФРК или ЛАЗИК — что посоветовать пациенту?

ACADEMY TRADOMED

Компания «Трейдомед Инвест» и газета «Поле зрения» открывают новую, совместную рубрику «Академия Трейдомед представляет», в которой мы предлагаем нашим читателям репортажи о вебинарах, размещенных на образовательном портале «Академия Трейдомед». Цель онлайн мероприятий — просветительская работа, продвижение новых технологий, самого современного офтальмологического оборудования, поставки которого на российский рынок осуществляет компания «Трейдомед Инвест».

Идея создания образовательного портала возникла давно, а пандемия коронавируса, лишившая возможности прямого общения офтальмологов с представителями компаний-производителей, только ускорила ее реализацию.

Предлагаем вашему вниманию отчет о вебинаре на тему «Где правда — на поверхности или в глубине? ФРК или ЛАЗИК — что посоветовать пациенту?», организованном компанией «Трейдомед Инвест» совместно с компанией SCHWIND (Германия). В его работе приняли участие доктор медицинских наук, профессор Э.Н. Эскина и кандидат медицинских наук Н.В. Майчук.

Открыл вебинар М.А. Панин, менеджер по продукту компании «Трейдомед Инвест». Докладчик кратко остановился на истории компании SCHWIND, ее техническом оснащении, представил структуру программного обеспечения для кератоабляций, доступные на сегодняшний день режимы абляции.

Результатом тесного сотрудничества компании с практикующими врачами стало появление на рынке эксимерного лазера SCHWIND AMARIS с частотой до 1050 Гц, активным трекингом по шести измерениям. К достоинствам лазера относится также использование тонких алгоритмов и инновационных программных решений, превосходная эргономика и безопасность. Анализатор переднего отрезка SCHWIND SIRIUS сочетает возможности Шаймпфлюг и Плацидо, позволяет проводить измерения одномоментно; дополнительные функции: скрининг на кератоконус, глаукому, ССГ, расчет ИОЛ по методу трассировки лучей и т.д.

Безаберрационный режим абляции Aberration-Free (AF): корректируется только сфера и/или цилиндр; лазер предупреждает индуцированные аберрации, за счет чего аберрационный профиль роговицы остается практически неизменным; пациент сохраняет нормальное восприятие; режим абляции Aberration-Free подходит пациентам, чье зрение не страдает от аберраций высшего порядка.

Режим абляции по волновому фронту роговицы Corneal Wavefront (CW): волновой фронт роговицы интегрируется в план операции; данные волнового фронта раскладываются по Цернике; план операции строится с учетом индивидуального волнового фронта глаза.

В 2009 г. внедрена одноэтапная методика трансэпителиальной ФРК; в 2015 г. разработан алгоритм улучшенного позиционирования лазерных импульсов SmartPulse, позволяющий повысить гладкость роговицы; трансФРК в сочетании с технологией SmartPulse была названа SmartSurf.

Одноэтапная трансФРК (SmartSurf): программа просчитывает операцию таким образом, что вначале наносится рефракционный компонент, затем следует эпителиальный компонент абляции. Разность коэффициента абляции стромы и эпителия, а также неравномерность толщины эпителия автоматически компенсируются программным обеспечением SCHWIND. Преимущества одноэтапной трансФРК: полная автоматизация, скорость, меньшее влияние пересыхания роговицы на результат коррекции, тканесбережение, контроль нагрева эпителия и стромы роговицы.

Технология SmartPulse: план абляции описан как трехмерный объем, базирующийся на искривленной поверхности роговицы на основании фуллереноподобной структуры с равноудаленными пересечениями. Технология позволяет снизить остаточный размер неровности более чем на 60%.

Продолжила вебинар профессор Э.Н. Эскина, главный врач клиники «Сфера» — референтного центра компании SCHWIND в России, выступившая с докладом «ТрансФРК — история возможностей, или Что выбирают для себя офтальмологи». Первая публикация об одномоментной трансФРК появилась в 2011 году. Технология является бесконтактной: для удаления эпителия не требуются спиртовой раствор и хирургический инструментарий; диаметр удаленного эпителия в точности повторяет диаметр абляции, таким образом уменьшается повреждение роговицы и ускоряется заживление.

Э.Н. Эскина

Н.В. Майчук

Технология одномоментной трансФРК, предложенная компанией SCHWIND, предполагает сначала абляцию рефракционного компонента, затем — эпителиального, являющегося рефракционно нейтральным.

Отличия одномоментной трансФРК от традиционной ФРК заключаются в продолжительности процедуры — 3-5 мин. против 10-15 мин.; риск осложнений трансФРК — менее 2%, традиционной ФРК — 10%; восстановление работоспособности после трансФРК происходит через 3-5 дней, после традиционной ФРК — через 7 дней.

Профессор Э.Н. Эскина обратила внимание на то, что благодаря интеллектуальной системе термоконтроля (ITEC), внедренной в эксимерный лазер SCHWIND AMARIS, в процессе абляции повышение температуры роговицы не превышает 2 градуса, что обеспечивает великолепные результаты и низкий риск осложнений.

Алгоритм абляции рассчитан с учетом компенсации различий в степени отражения энергии лазера (по уравнению Френеля), зависящий от угла падения, т.е. учитывается тот факт, что на периферию роговицы поступает меньшее количество энергии.

За счет меньшего размера остаточных неровностей достигается улучшение гладкости стромального ложа происходит оптимизация поверхности роговицы, что приводит к ускорению эпителизации роговицы, снижению выработки факторов роста и снижению риска пролиферативного ответа роговицы — хейза.

Для повторных операций трансФРК обычно не применяется, т.к. после предыдущих абляций параметры распределения эпителия отличаются от таковых на интактных глазах.

Профессором Эскиной впервые в России внедрена технология SmartSurf. Результаты собственных исследований демонстрируют статистически достоверное улучшение НКОЗ по сравнению с МКОЗ до операции в группе SmartSurf в сроки 3 и 6 месяцев после операции. Также было выявлено более быстрое восстановление НКОЗ сразу после эпителизации (срок эпителизации — 2,2 дня): 45% пациентов группы SmartSurf имели НКОЗ 0,6 и выше; потерь строчек максимальной остроты зрения через 6 мес. после операции не происходило.

По данным литературы, которые подтверждаются результатами исследования, коэффициенты эффективности и безопасности при коррекции близорукости средней и высокой степени методом трансФРК составляют более 1,0. Предсказуемость: коэффициент регрессии — 0,983; средний сфероэквивалент — 0,03 ± 0,14 дптр. Точность: через 6 мес. после операции 88% пациентов из группы SmartSurf находились в пределах ± 0,13 от целевой рефракции; улучшилось качество оптической поверхности роговицы; профиль абляции в группе SmartSurf в достоверно меньшей степени влияет на сферические аберрации роговицы; вероятность получения хейза 1-й степени выраженности через 3 месяца после одномоментной трансФРК составляет <3%, вероятность хейза 2-й степени отсутствует.

Завершая доклад, Э.Н. Эскина отметила, что по данным за 2014 г. доля поверхностных абляций в структуре рефракционной хирургии составляет 30-40%.

Старший научный сотрудник отдела лазерной рефракционной хирургии ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» к.м.н. Н.В. Майчук представила доклад «Субламеллярная кератоабляция — универсальное решение рефракционных проблем». Предпосылками к появлению субламеллярных методов кератоабляции являются недостатки первого варианта технологии ФРК: выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, медленное восстановление зрения, риск стероид-ассоциированных осложнений, относительно высокий риск развития субэпителиальной фиброплазии (СЭФ), недостаточная эффективность при коррекции Hm и Ast (регресс).

Преимущества технологии ЛАЗИК: вмешательство практически безболезненно, реэпителизация в течение 2-4 часов, быстрое восстановление зрения, высокая предсказуемость, расширение корригируемого диапазона (Hm, Ast), низкий риск СЭФ и стероид-ассоциированных осложнений.

Недостатки ЛАЗИК: «клапанные» осложнения (при использовании механического микрокератома), нежелательные оптические эффекты, послеоперационная кератэктазия, планируемая недокоррекция.

Появление фемтосекундного лазера привело к совершенствованию технологии ЛАЗИК: униформный клапан, имеющий одинаковую толщину на всем протяжении (менискообразный клапан при использовании микрокератома), разброс по толщине ±6 µm (±40 µm при использовании микрокератома).

Эволюция эксимерных лазеров: повышение частоты импульсов, улучшение гладкости и качества формируемой поверхности роговицы.

Попытка производителей эксимерных лазеров обеспечить «суперзрение», избавить пациентов от аберраций, привела к пониманию того, что при корригировании аберрометрической картины пациента обеспечивается коррекция «здесь и сейчас», однако с возрастом баланс аберрации смещается, что может привести к непредсказуемым результатам в послеоперационном периоде. «Стоит ли вмешиваться в нативную картину аберрометрического баланса глаза и огульно удалять все имеющиеся у пациента аберрации? — задает вопрос докладчик. Если клинически значимые аберрации (кома и сферические аберрации) не имеют значительного вклада в общий аберрационный фон пациента, если общий уровень аберраций высших порядков невелик, у пациента нет аберропии, т.е. снижения максимально корригированной остроты зрения, обусловленной большим количеством аберраций высших порядков, внедряться в динамическую систему с попыткой удалить все аберрации — нецелесообразно».

Эта точка зрения привела к появлению технологии эксимерлазерной абляции, направленной на попытку сохранения нативной формы роговицы, баланса аберраций, имеющегося у пациента с минимально возможным индуцированием сферических аберраций. Технология Aberration-free, разработанная компанией SCHWIND, предлагает разумный подход к сохранению нативной формы роговицы.

Aberration-Free режим абляции от компании SCHWIND: учитываются данные кератометрии K1 и K2, оффсет зрачка, статическая и динамическая циклоторсия, осуществляется индивидуальный автоматический подбор асферичности и переходной зоны, учитываются потери эффективности лазерного луча, происходит учет влияния биомеханических факторов, компенсация индуцируемых аберраций, применяется встроенная возрастная номограмма. Aberration-Free подходит для 90-95% пациентов.

Н.В. Майчук привела данные по результатам проведенных рефракционных операций с использованием лазера SCHWIND AMARIS 1050RS с периодом наблюдения более 1 месяца. Для формирования роговичного клапана применялся ФСЛ Ziemer Z6. При миопии до 10 дптр острота зрения ≥0,8 получена в 100% случаев; у пациентов с миопическим астигматизмом — в 93,8%; при сверхвысокой миопии до 16 дптр — в 87,4%, однако это связано во многом с изначально невысокой МКОЗ, поскольку потеря всего одной строки МКОЗ была получена только у одного пациента на одном глазу. Предсказуемость результата: при миопии до 10 дптр — 100%; у пациентов с миопическим астигматизмом — 93,6%; при сверхвысокой миопии — 81,2%. Безусловно, не все пациенты с гиперметропией, сложным гиперметропическим астигматизмом, смешанным астигматизмом получили остроту зрения 0,8, однако во всех случаях это было связано с наличием рефракционной амблиопии. При сферической гиперметропии острота зрения ≥0,8 получена в 90% случаев; при гиперметропическом астигматизме — в 83,1%, смешанном астигматизме — в 86,6%. Относительно безопасности ни один пациент не потерял более одной строки, при этом прибавки до трех строк МКОЗ отмечалась относительно часто, до 15% глаз в группе смешанного астигматизма.

Через 6 месяцев после фемтоЛАЗИК частота нейротрофической эпителиопатии не превышала 1,5%.

Подводя итог своему докладу, Н.В. Майчук подчеркнула, что фемтоЛАЗИК является универсальным решением рефракционных проблем при соблюдении следующих условий: тщательный отбор пациентов; использование современных диагностических приборов для комплексной оценки состояния глаза; использование ФСЛ для формирования роговичного клапана; использование современного эксимерного лазера с усовершенствованным профилем абляции; высокий профессионализм хирурга.

«ФРК vs ЛАЗИК. Что посоветовать пациенту?» — тема совместного доклада профессора Э.Н. Эскиной и к.м.н. Н.В. Майчук.

Сравнивая технологии трансФРК и ЛАЗИК, профессор Э.Н. Эскина обратила внимание на непродолжительность операции трансФРК (3-5 мин.), среднюю техническую сложность, минимальную инвазивность; корригируемый диапазон: миопия — до 12 дптр, астигматизм — до 5,0 дптр; минусом технологии является более длительная реабилитация — 4-5 дней.

К.м.н. Н.В. Майчук высказала мнение, что на сегодняшний день технология субламеллярной кератэктомии, в первую очередь, связана с применением фемтосекундного лазера в формировании роговичного клапана за исключением случаев наличия у пациента рубцов; длительность — 5-10 мин.; техническая сложность высокая; операция умеренно инвазивная; корригируемый диапазон: миопия — до 10 дптр, гиперметропия — до 5,0 дптр, астигматизм — до 5,0 дптр; длительность реабилитации — 1 день.

Остановившись на биомеханической резистентности роговицы (БМР) и влиянии рефракционных операций на роговицу, Н.В. Майчук обратила внимание на то, что не существует абсолютно интактной операции, при этом в ряде исследований было показано, что формирование роговичного клапана в большей степени приводит к ослаблению биомеханики роговицы. Например, исследование Джона Маршалла показало, что формирование роговичного клапана толщиной в 180 μm ослабляет роговицу на 33%. Это накладывает дополнительную ответственность на хирургов в выборе данной технологии вмешательства и объясняет их стремление формировать максимально тонкий клапан в пределах одного слоя роговицы, что возможно только при применении ФСЛ.

Далее авторы представили результаты совместного ретроспективного исследования групп пациентов, прооперированных по технологии трансФРК и фемтоЛАЗИК. Достоверных отличий в достигнутых результатах МКОЗ отмечено не было. ФемтоЛАЗИК продемонстрировал более быстрое восстановление НКОЗ, на первые сутки — 0,98; трансФРК — 0,52. К концу первого месяца — 1,05 и 0,92; к концу третьего месяца результаты практически сравнялись.

Достоверные отличия в динамике МКОЗ обнаружены через месяц после операции; в сроки 3 и 6 месяцев отличия между группами нивелируются. В обеих группах стабильность сфероэквивалента рефракции была высокой; тенденции к регрессу рефракционного эффект не отмечалось. Точность операции в группах сопоставима: через 6 месяцев более 90% пациентов находились в пределах 0,5 дптр от целевой рефракции. Полученные высокие коэффициенты демонстрируют стабильность и предсказуемость рефракционных результатов: 0,99 — у пациентов с фемтоЛАЗИК, у пациентов с трансФРК — 0,98. Обе операции позволяют максимально безопасно скорректировать близорукость различной степени.

После операции ФРК восстановление иннервации в центральной оптической зоне роговицы происходит на 5-6-й месяц. После клапанных операций восстановление происходит медленнее, на 8-12-й месяц.

Негативные эффекты рефракционных операций на роговице могут проявляться в виде ятрогенного синдрома сухого глаза, одним из показателей которого является состояние переднего эпителия роговицы, при этом частота выявления нейротрофической эпителиопатии в сроки через 1 месяц после фемтоЛАЗИК составляет 14,8%, после трансФРК — 10,2%.

Более детальные исследования состояния функционального слезного комплекса свидетельствуют о том, что наряду с более быстрым восстановлением иннервации роговицы показатель функциональной слезной секреции после операции ФРК восстанавливается несколько быстрее; к году после операции в обеих обследованных группах наблюдается восстановление до интактного значения всех анализируемых показателей — тест Ширмера-1, тест Ширмера-2, ВСРП, оценка состояния эпителия.

Реэпителизация после фемтоЛАЗИК происходит в течение 4,58±1,35 часов, после трансФРК в течение 69,12±8,16 часов; диапазон болевого синдрома после трансФРК составляет 4-6, после фемтоЛАЗИК — 2-4; при этом болевой синдром является в значительной степени субъективным методом оценки результативности вмешательства и удовлетворенности пациента.

Длительность и структура послеоперационной терапии. У пациентов после трансФРК период профилактики инфекционных осложнений, как правило, совпадает с периодом реэпителизации и составляет 3-4 дня; при клапанных операциях назначаются профилактические антибиотики до 7 дней. Стероидные препараты после фемтоЛАЗИК назначаются на 14 (21) день, после трансФРК — в более интенсивном режиме, на период 2 месяца.

Слезозаместительная терапия после трансФРК назначается на срок 5-6 мес., после фемтоЛАЗИК — на 8-12 мес.

Вероятность интра- и послеоперационных осложнений после одноэтапной трансФРК по технологии SmartSurf: кератит — 0%; замедленная эпителизация — 2,2 дня; стойкое помутнение роговицы — 0%; хейз, значимо влияющий на зрительные функции в сроки 3 мес. п/о до 1 балла — 10%, до 2 баллов — 5%; транзиторная офтальмогипертензия на фоне стероидной терапии — 40%, в том числе требующая медикаментозной коррекции — 15%.

Возможные интра- и послеоперационные осложнения после клапанных операций: проблемы с формированием роговичного клапана; смещение роговичного клапана; инфекционные осложнения; диффузный ламеллярный кератит; врастание эпителия под клапан; послеоперационная кератэктазия варьирует от 1:1000 до 1:15000.

Дополнительные возможности трансФРК: при дистрофии боуменовой мембраны, при помутнениях роговицы различной этиологии, при иррегулярном астигматизме различной этиологии.

Дополнительные возможности фемтоЛАЗИК: при иррегулярном астигматизме с сохранной прозрачностью роговицы, коррекция сверхмалых диоптрий, коррекция смешанного астигматизма, коррекция гиперметропии.

Подводя итог докладу, профессор Э.Н. Эскина и к.м.н. Н.В. Майчук высказали консолидированное мнение о том, что технологии трансФРК и ЛАЗИК обеспечивают сопоставимые результаты при коррекции миопии до 10 дптр в таких аспектах, как безопасность, эффективность, стабильность, предсказуемость; состояние эпителия и скорость восстановления функционального слезного комплекса в раннем п/о периоде выше после трансФРК; скорость восстановления остроты зрения выше после фемтоЛАЗИК; при выборе оптимального метода коррекции миопии следует учитывать вид рефракции, готовность пациента терпеть болевой синдром, исходную толщину роговицы, скорость восстановления зрения, исходный уровень слезопродукции.

Портрет идеального пациента для операции фемтоЛАЗИК: любой возраст, отсутствие/минимальные изменения роговицы в результате ношения контактных линз; офисный работник, занимающийся спортом без контактных единоборств; требование к зрению «здесь и сейчас»; неготовность терпеть болевой синдром; сверхмалые аметропии, смешанный астигматизм, гиперметропия.

Портрет идеального пациента для операции трансФРК: любой возраст, длительное ношение контактных линз, ССГ; пациент с высоким уровнем аберраций роговицы; активный человек, занимающийся спортом, в том числе экстремальным; пациент, опасающийся хирургических вмешательств, в том числе на глазах; требование к зрению: «готов немного потерпеть ради «идеального зрения», любит проверенные технологии.

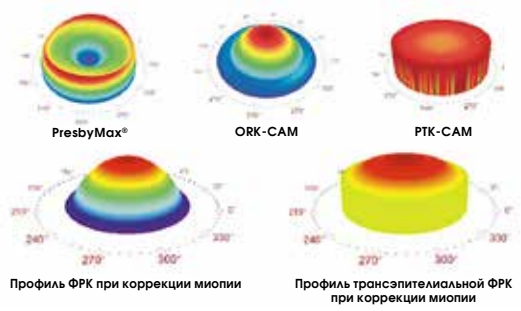
В заключение профессор Э.Н. Эскина подчеркнула, что при проведении коррекции по методике трансФРК не все эксимерные лазеры позволяют получить результаты, сравнимые с результатами, которые обеспечивает эксимерный лазер SCHWIND AMARIS.

Материал подготовил
Сергей Тумар

TRADOMED INVEST
TRADOMED GROUP

Новое поколение эксимерлазерных систем
SCHWIND AMARIS

- Высокая частота лазера — до 1050 Гц
- Единственный лазер, способный активно компенсировать движения глаза по всем измерениям, как линейным, так и ротационным
- Запатентованная технология 7D — компенсация задержки трекера для снижения ошибки позиционирования
- Безукоризненная точность лазера без использования номограмм
- Широкие возможности персонализации и тканесбережения
- Оптимизированный рабочий процесс
- Уникальная автоматическая технология проведения бесконтактной ТрансФРК в один этап — технология SmartSURF



- Модуль **PresbyMax®** — мультифокальный биасферический профиль для коррекции пресбиопии
- Модуль PTK-CAM для персонализации фототерапевтической кератоабляции — возможность проведения сквозной и послойной кератопластики
- Диагностическая станция два в одном — шеймпфлюг-камера и кольца Пласидо

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

SCHWIND
eye-tech-solutions

РЕКЛАМА

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

«African Time», или Африка — это навсегда!

Пути-дороги петербургского врача-офтальмолога: Россия, Замбия, Германия

В последние годы постоянно расширяются международные контакты российских врачей-офтальмологов. Наши коллеги принимают активное участие в международных врачебных симпозиумах и конференциях, в том числе в качестве докладчиков. Они активно печатаются в зарубежных медицинских журналах, стажируются в частных и государственных клиниках за пределами России. Некоторые врачи находят постоянную работу за рубежом, порой преодолевая значительные бюрократические барьеры в соответствующих странах.

Антон Есибович Вурдафт — создатель крупнейшего русскоязычного Интернет-Сообщества врачей-офтальмологов Терра-Офтальмика, которое с 2012 года действует в социальной сети «В контакте». В настоящее время оно объединяет более 13 000 участников. Это не только врачи-офтальмологи, но и студенты медицинских вузов, желающие погрузиться в мир глазной медицины. С октября 2013 года по ноябрь 2017 года А.Е. Вурдафт жил и работал в Республике Замбии.

С апреля 2019 года он живёт и работает в Германии, в федеральной земле Саксония. В сентябре 2020 года Врачебная палата (Ärztekammer) этого немецкого региона официально подтвердила его медицинский диплом, что является важным условием для продолжения работы в ФРГ.

В беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» Антон Есибович рассказал об основных вехах своей биографии, а также сравнил организацию медицинской помощи в трёх таких разных и непохожих друг на друга странах: России, Замбии и Германии. В этом разговоре мы не могли обойти и актуальную тему распространения коронавирусной инфекции. Хотя она и не имеет прямого отношения к офтальмологии, но, в значительной мере, определяет нашу жизнь в последнее время.

— Антон Есибович, Вы родились и выросли в Санкт-Петербурге. Какими были Ваши первые шаги в медицине и в офтальмологии?

— Санкт-Петербург, Северная столица России — мой родной город. Где бы я ни жил, где бы ни работал — всегда с радостью сюда возвращаюсь. Выбор профессии врача был для меня спонтанным юношеским решением. В семье никто с медициной не связан. После окончания школы поступил в Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

До конца пятого курса у меня не было чётких планов по поводу дальнейшей специализации. Мне нравилось большинство предметов, которые мы изучали в вузе. Учился с удовольствием, хотелось глубже познать различные области медицины, а уже потом делать выбор. На пятом курсе познакомился с офтальмологией, и идея стать глазным врачом окончательно укрепилась к концу шестого курса. В то время профильную кафедру возглавлял один из столпов отечественной офтальмологии, д.м.н., профессор Ю.С.Астахов.

Уверен, что значительная часть читателей газеты «Поле зрения» прекрасно знают Юрия Сергеевича, даже если лично не были с ним знакомы. Более трёх десятилетий он был главным офтальмологом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. С его именем связано зарождение и развитие одного из крупнейших российских офтальмологических форумов «Белые ночи».

Юрий Сергеевич принял, пожалуй, одно из самых важных для моей карьеры (да и судьбы) решение. Без его личного участия я бы не поступил в интернатуру по офтальмологии, а потом и в клиническую ординатуру. За своё первое место работы после окончания клинической ординатуры я тоже благодарен профессору Астахову. Больно осознавать, что в этом году Ю.С.Астахов ушёл из жизни…

Заведующим офтальмологическим отделением клиники офтальмологии при кафедре был и остаётся врач высшей категории Константин Александрович Дерен. Во время интернатуры и клинической ординатуры он и врачи отделения многому меня научили «и кое-где порой отлично вразумляли».

— Вы самостоятельно оперировали во время интернатуры и клинической ординатуры?

— В то время я не занимался проведением плановых офтальмохирургических вмешательств. Как офтальмохирург я «родился» уже в Африке, в Замбии. Но, конечно, петербургская офтальмологическая школа была для меня очень важна. Основы офтальмологии были изучены в России, у прекрасных учителей!

Во время оказания экстренной офтальмологической помощи во время обучения в ординатуре, например, при бытовых травмах глаза, мне доводилось применять на практике хирургические навыки. Но наиболее важной частью, наиболее интересной частью интернатуры и клинической ординатуры была работа ассистентом хирурга. Ты ещё не стал хирургом, но уже начинаешь «примеривать на себя» эту роль. Это увлекательный процесс!

У апельсинового дерева на своем участке в Монгу. 2014 г.

— Что Вам запомнилось?

— Когда я учился в вузе, то не мог себе представить, что офтальмохирургия может быть такой сложной, что операции на органе зрения могут продолжаться так долго, что они требуют столько эмоциональных и физических сил. Вспоминаются, например, операции, которые проводил Г.З. Джалиашвили по поводу комплексных травм века, склеры и роговицы. Иной раз они могли продолжаться более двух часов. Было интересно следить за ходом мысли профессионала и чем-то даже порой быть полезным.

— Как сложилась Ваша жизнь после клинической ординатуры?

— С февраля 2012 года по март 2013 года я работал врачом-офтальмологом в отделении глаукомы Санкт-Петербургского Диагностического центра №7 (глазного). Эта организация является первым звеном, куда врачи-офтальмологи районных поликлиник Северной столицы направляют своих пациентов во всех трудных случаях.

— Почему Вы решили резко изменить свою жизнь и поехать за рубеж, в африканскую страну, о которой мало знают в России?

— Мне хотелось поехать в страну, где врачей-офтальмологов катастрофически не хватает, туда, где мой труд был бы максимально полезным. Первые мысли об Африке у меня появились в ординатуре, когда я одолжил у врача кафедры, Грабовецкого Валерия Руслановича, увлекательное методическое пособие О.Н. Нестеренко «Тропические болезни в офтальмологии» (1977 года издания).

Когда позднее я столкнулся со статистикой, в странах тропической Африки обнаруживались наибольшие проблемы с врачами-офтальмологами: их там катастрофически мало. Также серьёзные проблемы были и есть в некоторых азиатских государствах, например, в Непале. Мне хотелось помочь людям, быть востребованным, приобрести новый профессиональный опыт.

— От идеи до её реализации, как известно, нередко пролегает большой путь. Как было у вас?

— Я стал общаться коллегами, искать информацию в Интернете. В Фейсбуке познакомился с врачом-психиатром из Украины, которая работала в Лусаке, столице Замбии. Она рассказала мне о замечательном замбийце, враче-офтальмологе Дэвиде Касанголе, который 6 лет учился в медицинском вузе в Нижнем Новгороде, в России, а потом проходил клиническую ординатуру по офтальмологии в Кении.

Я написал ему электронное письмо, рассказал о своём желании работать в Замбии, но ответа не получил. Через какое-то время повторил своё обращение — и вновь безрезультатно. И только на третий раз пришёл ответ. Позже, когда Дэвид стал моим шефом, он рассказал, что два раза не отвечал на письма т.к. подумал, что парень из России, который к нему обращался, просто является шутником, Интернет-тролем, как сейчас говорят. Но, получив письмо в третий раз, он понял, что это не шутка, а вполне серьёзное и осознанное желание работать в Африке.

— Почему Вас заинтересовала именно работа в Замбии?

— Замбия — это страна, где существовала и существует острая, острейшая потребность во врачах-офтальмологах. Приведу такие цифры. В то время в России и в целом ряде западных стран один врач-офтальмолог приходился примерно на десять тысяч жителей. А в Замбии — один врач-офтальмолог на один миллион человек!

С другой стороны, эта страна — бедная, экономически не очень развитая, но мирная. Там вполне можно жить, работать и помогать людям!

— В этой африканской стране, чья площадь почти в два раза превышает территорию Франции, живёт около 16 миллионов человек. Получается, если верить статистике, что там работает всего лишь 16 врачей-офтальмологов. Неужели так мало?

— Справедливости ради, нужно отметить, что число врачей-офтальмологов в Замбии постепенно увеличивается. Совсем недавно в медицинском вузе Лусаки появилась клиническая ординатура по офтальмологии. Раньше в стране глазных врачей не готовили, замбийские медики проходили специализацию в соседних государствах, а также в Европе и Северной Америке. По состоянию на 2018 год там трудились уже 30 офтальмологов. Уже лучше! Но это на всю страну!

А когда я приехал туда, то офтальмологов было ещё меньше. 12-13 человек. Получается, что я стал тринадцатым или четырнадцатым офтальмологом в Республике Замбия.

Эти цифры можно было бы рассматривать как некий курьёз… Но за статистикой обеспеченности медицинскими кадрами стоят судьбы конкретных людей. Десятки и сотни тысяч людей в Замбии и других странах Африки слепнут от глаукомы, катаракты, отслоек сетчатки, воспалительных заболеваний органа зрения, травм и т.д. Я уже не говорю о злокачественных опухолях органа зрения и его придатков, которые смертельно опасны для жизни, также как и любые другие злокачественные опухоли.

Скрупулезная работа с медицинской статистикой и стала главным побудительным мотивом для работы на африканском континенте.

Возможно, кто-то может подумать: «У нас, мол, и в России достаточно проблем. И в российской глубинке тоже врачей не хватает. Почему мы должны думать об обеспеченности врачами африканских стран?» Но этот подход неверен. Для врача не существует и не может существовать «своих» и «чужих». Все люди на нашей маленькой, хрупкой планете имеют право на медицинскую помощь.

— Вероятно, проблема африканских стран, в частности, Замбии, заключается не только в катастрофической нехватке врачей-офтальмологов, но и соответствующего оборудования.

— Конечно, здесь целый клубок проблем… Но в вопросах обеспеченности оборудованием ситуация не такая однозначная. Например, в Замбии на всю страну существует всего несколько профильных офтальмологических центров. В одном из них я работал. Но эти немногие центры, как правило, оснащены на достойном уровне. В том числе там имеется дорогостоящее западное оборудование последнего поколения для проведения хирургических вмешательств.

Вообще, Африка — континент контрастов. Там можно встретить и ужасающую бедность, и нищету, и последние достижения цивилизации.

Лодочная прогулка по реке Замбези. 2014 г.

Автобусная станция в г. Каома по пути из Лусаки в Монгу. 2014 г.

На мой взгляд, главная проблема Замбии и многих других африканских стран — это обеспечение основной массы населения хотя бы базовой медицинской помощью. Эту проблему можно рассмотреть на примере пациентов с глаукомой. В медицинской литературе, в том числе в газете «Поле зрения», активно обсуждаются новые, современные методы консервативного и хирургического лечения глаукомы: особенности новых медикаментов, которые регулярно выходят на рынок, совершенствование и сфера применения антиглаукомных операций и т.д.

Оказывать пациенту медицинскую помощь в соответствии с последними достижениями медицинской науки — долг врача. Но нельзя забывать и о другом. Огромное число африканских пациентов с глаукомой, вообще, не получают медицинской помощи! Люди слепнут. Это происходит и в том случае, когда заболевание выявлено своевременно, и когда пациенту назначено разумное лечение.

Но сможет ли африканский крестьянин из отдалённого региона регулярно посещать врача? Найдутся ли у него средства на регулярную покупку капель (пусть и самых недорогих; доступен часто лишь тимолол)? Понимает ли он опасность глаукомы или относится к этой болезни легкомысленно? Эти житейские и вроде бы простые вопросы имеют для Африки бóльшее значение, чем новейшие методы лечения.

— Борьба с глаукомой и многими другими офтальмологическими патологиями предполагает массовую диспансеризацию населения и чёткую, отлаженную работу первичного звена. Вряд ли небольшое число глазных врачей могут справиться с этой задачей в шестнадцатимиллионной стране, чья территория составляет почти миллион квадратных километров… Хотелось бы понять, кто всё-таки оказывает замбийцам первичную офтальмологическую помощь?

— Проблема Замбии не только в большой территории, но и в плачевном состоянии дорожной сети. До многих деревень можно доехать только на качественном внедорожнике. У значительной части людей личного автотранспорта нет. Общественный — тоже не развит. Популярное транспортное средство — велосипед. Но всегда ли больной человек может проехать десятки километров на велосипеде, чтобы попасть к врачу? Это риторический вопрос.

Первичную офтальмологическую помощь в Замбии оказывают, в основном, медсёстры. Там есть такая специальность: офтальмологическая медсестра. После медицинского училища замбийки и замбийцы учатся ещё полтора-два года для получения данной специализации.

У нас принято, что медсестра работает вместе с врачом. Но в Замбии — всё по-другому. В сельской местности офтальмологическая медсестра работает в одиночку. Её рабочее место можно сравнить с «фельдшерско-акушерским пунктом» (ФАП), если использовать российскую терминологию. Со всеми вопросами, касающимися глазных недугов, жители идут к ним. Офтальмологическая медсестра может и очки выписывать, и катаракту диагностировать, и оказать экстренную медицинскую помощь. В том числе офтальмохирургическую.

Большинство людей заняты в сельском хозяйстве. Регулярно во время проведения сельскохозяйственных работ случаются травмы глаза. У офтальмологической медсестры в кабинете обычно имеется необходимый набор хирургических инструментов и расходных средств, чтобы оказать первичную помощь при травме. При необходимости человека направляют в больницу регионального центра, где его может осмотреть врач-офтальмолог.

— Возможно, замбийских офтальмологических медсестёр было бы правильно назвать «фельдшерами», учитывая большой и разнообразный объём работы, который они выполняют?

— Объём работы у них действительно большой. Но термин «фельдшер» был бы в данном случае не вполне уместен. Во-первых, в Замбии говорят именно об «офтальмологических медсёстрах». И я сознательно придерживаюсь местной терминологии. Во-вторых, их уровень теоретических знаний в медицине может быть ниже, чем у российских фельдшеров. Но всё равно замбийские офтальмологические медсёстры — настоящие героини!

Они работают в трудных условиях. И делают всё возможное, чтобы помочь пациентам! Многим из сестёр доступны качественная щелевая лампа, прямой офтальмоскоп, тонометр Гольдманна… Конечно, не все офтальмологические медсёстры Замбии работают в одиночку. В специализированных глазных клиниках они занимаются той же работой, что и в России т.е. помогают врачам, ассистируют на операциях и т.д.

— Мы с Вами начали разговор об организации медицинской помощи в Замбии. Хотелось бы попросить Вас поделиться общей информацией об этой стране, об особенностях замбийской жизни.

— Замбия стала независимым государством в 1964 году. Это — президентская республика. Демократическое государство с многопартийной системой и политической конкуренцией. Там регулярно проходят выборы: президентские и парламентские. По результатам этих выборов власть переходит от одной политической силы к другой.

Не берусь судить о том, насколько замбийские выборы на самом деле являются честными и прозрачными. Не происходят ли там подтасовки или какие-то нарушения? Насколько замбийская демократическая система является развитой и стабильной? Пусть об этом судят профессионалы в данном вопросе.

Но, во всяком случае, можно констатировать, что Республика Замбия — это не военная диктатура, не примитивное первобытное государственное образование, а уважаемое в мире демократическое государство. В Замбии можно встретить те же самые демократические институты, которые определяют жизнь и в западных странах.

С другой стороны, огромную роль в жизни страны играют «неписанные африканские законы», связанные с взаимоотношениями между различными племенами и народами, различными регионами большой страны, авторитетными кланами. Например, в Западной провинции (Western Province), где я жил и работал, проживает народ «лози». Родным языком лози является «силози». Столица провинции, где и располагается наша клиника — город Монгу.

Лози — крупная этническая группа. Она насчитывает около одного миллиона жителей. Язык «силози» теоретически могут освоить и зарубежные гости. В Монгу я видел учебники, словари по этому языку… У лози есть свой король. На местном языке короля называют «Литунга».

Литунга в Западной провинции обладает реальной властью. Ни один экономический, политический или организационный вопрос без участия и одобрения короля решиться не может. Центральные власти страны должны учитывать этот фактор. Каким именно образом происходит распределение полномочий между королём и президентскими чиновниками, я не знаю. Есть ли в Замбии какие-то законы, регулирующие этот вопрос? Или речь идёт о неформальных договорённостях? На этот вопрос не смогу ответить не только я, но и многие замбийцы. Но каким-то образом система работает.

Можно сказать, что Западная провинция — это самостоятельное королевство, регион с широкой автономией в составе Республики Замбия. Раньше этот гордый регион называли Баротзелэнд (Barotseland). В шестидесятых годах, когда Замбия обрела независимость, Западная провинция претендовала на статус независимого государства, «Страны народа лози». Но этот статус она не получила. Идеи о приобретении независимости от остальной части Замбии продолжают витать в воздухе в этой части страны.

— А сейчас в провинции есть какие-то сепаратистские настроения?

— Мне трудно об этом судить. Но, во всяком случае, в истории Замбии не было вооружённых конфликтов, не было гражданской войны. Все вопросы решаются мирно. Западную провинцию никто не притесняет. Она может жить и развиваться так, как она хочет. Поэтому надеюсь, что у лози просто не будет причин в будущем начинать борьбу с центральным правительством.

Это проблема не только Замбии, а многих африканских стран. Государственные границы на континенте после обретения странами независимости проводились произвольно. Они, во многих случаях, не учитывали ни национальных особенностей, ни исторического контекста. Это были границы, которые разделяли сферы влияния стран-колонизаторов. Но в настоящее время перекраивание границ было бы очень опасным делом.

— Что Вы могли бы рассказать об экономическом развитии Замбии и Западной провинции?

— Замбия — небогатая аграрная страна. Но она обладает крупными запасами медной руды. Кому именно принадлежат в настоящее время медные рудники, и каким образом используются доходы от продажи руды? Этот вопрос интересует многих замбийцев. Также страна экспортирует в соседние государства электроэнергию, которую производит крупная гидроэлектростанция на реке Замбези.

Основной сельскохозяйственной культурой в Западной провинции является рис. Значительная часть лози — крестьяне, которые в поте лица трудятся на рисовых полях, на рыбном промысле, выращивают кукурузу. Голода в Замбии нет. Здесь встречаешь много бедных людей, но нищих или бездомных сравнительно немного.

— Давайте расскажем нашим читателям о Ваших первых шагах в Замбии, о первых шагах в Африке.

— Как я уже упомянул, работа в Замбии началась с моего письма Дэвиду Касанголе. В то время он был руководителем и одновременно единственным врачом-офтальмологом офтальмологической клиники, являющейся частью государственной больницы «Леваника».

Доктор Касанголе был в то время единственным врачом-офтальмологом в провинции, где проживает почти один миллион человек. Он пригласил меня в качестве своего коллеги и помощника. Работу с Дэвидом я считаю большой удачей и честью. Я могу с гордостью называть его своим Учителем, а сегодня — называю его другом. Вместе с ним мы прошли огонь и воду в офтальмологических джунглях. Я с удовольствием наблюдал за его развитием, а он — за моим.

Он — прекрасный хирург и замечательный человек! В основном, мы общались на английском языке, но приятно отметить, что Дэвид даже спустя годы, прошедшие после завершения его учёбы в России, прекрасно владеет русским. Иногда мы переходили на мой родной язык, когда шеф хотел в нём попрактиковаться и поделиться какими-то российскими воспоминаниями.

Как офтальмохирург я «родился» именно в Замбии. Под руководством наставника я освоил основные виды операций и на придаточном аппарате, и на переднем отрезке глаза. Кстати, в Замбии нет врачей-офтальмологов, которые бы не занимались хирургией. Замбийские офтальмохирурги — универсалы. Так же как общие хирурги там оперируют и внутричерепные гематомы, и грудь, и живот, так же и офтальмологи совершают все без исключения ходовые хирургические вмешательства, кроме узкоспециализированных.

— Такой универсализм не идёт в ущерб качеству работы?

— На мой взгляд, нет. В этом особенность многих африканских стран, не только Замбии. Они испытывают колоссальные трудности в организации массовой медицинской помощи, первичного звена здравоохранения. Но одновременно в этих странах есть прекрасные клиники с новейшим оборудованием, работают замечательные хирурги.

— Чтобы начать работу в Замбии Вы должны были получить рабочую визу в Посольстве Замбии в Москве?

— У Республики Замбия есть Посольство в Москве, но для россиян нет необходимости обращаться туда за визой. Можно прилететь в страну и получить туристическую визу прямо в аэропорту. Эта система удобна и для россиян, и для замбийцев, т.к. страна заинтересована в притоке иностранных туристов.

Уже находясь в Замбии, иностранец может обменять свою туристическую визу на рабочую. Так я и сделал. Чтобы получить рабочую визу, мне нужно было подтвердить квалификацию врача в Министерстве здравоохранения Замбии, а также продемонстрировать свой уровень владения английским языком. Государственным языком Замбии является английский. Поэтому, чтобы получить разрешение на работу в стране, нужно сдать языковой экзамен. У меня эта

Больница «Леваника», общая палата для других отделений

Выезд в районы на операции. Районная больница (Каома, 30 июня 2014 г.)

процедура проходила на филологическом факультете Университета в столице страны Лусаке.

Я прибыл в столицу Замбии Лусаку 1 октября 2013 года. На улаживание всех бюрократических формальностей в столице потребовалось два месяца. Уже в декабре того же года я прибыл в Монгу, столицу Западной провинции Замбии и под руководством Дэвида Касанголе стал работать врачом-офтальмологом в офтальмологической клинике больницы «Леваника».

Два месяца на улаживание всех формальностей — это, по замбийским меркам, очень короткий срок! Многие иностранцы в течение многих месяцев «перемалываются» в медленных жерновах замбийской бюрократии, «ждут у моря погоды», не вполне понимая, что с ними происходит и как повлиять на эту ситуацию.

— Из-за чего случаются эти бюрократические задержки?

— Существует такое понятие «African Time» (Африканское время). «Африканское время» в чём-то можно сравнить с «загадочной русской душой». Это словосочетание характеризует особенности африканского менталитета и образа жизни, характерные и для Замбии.

Если замбийский бюрократ с доброжелательной улыбкой говорит Вам, что ваш вопрос решится уже сегодня, это может означать, что на самом деле вопрос решится завтра, через неделю или через месяц. Или когда и как Господь сподобит.

А если в Замбии говорят, что всё будет сделано завтра, то, вполне вероятно, он, вообще, никогда не будет решён. Так и будут кормить «завтраками»...

— Как же можно повлиять на замбийских бюрократов?

— Перед приездом в Африку мне неоднократно приходилось слышать мнение, что африканские страны — в высшей степени коррумпированные. Мол, африканские чиновники спят и видят, как бы что-нибудь поиметь с бедного белого человека, как бы вытрясти лишний доллар из его кошелька.

Не могу подтвердить это мнение в отношении Замбии. Конечно, коррупция в стране есть. Но я бы не сказал, что она очень высокая и существенно отличается от европейских стран.

Основная черта замбийских бюрократов — их совершенная непредсказуемость, субъективность. В их действиях нередко трудно проследить элементарную логику.

Замбийский чиновник вполне может помочь просителю совершенно бескорыстно, не ожидая ничего взамен. Но здесь должно совпасть два фактора: в этот день у чиновника должно быть хорошее, благодушное настроение и должна возникнуть личная симпатия между людьми. Важно, что ты понравился человеку, который занимается кресло в начальственном кабинете. Просто ему понравился! И тогда вопрос будет быстро решён.

Всем, желающим жить и работать в Замбии и многих других африканских странах, важно иметь крепкие нервы, душевное спокойствие, а также неиссякаемое чувство юмора. Никогда нельзя «давить» на людей, «качать права», настойчиво ссылаться на подписанные ранее соглашения или взятые обязательства. Всё должно начаться с улыбки и закончиться же ею.

Надо уметь принимать жизнь такой, как она есть. Если какой-то вопрос не удаётся решить в дебрях африканской бюрократии, то разумнее не начинать борьбу с местными инстанциями (совершенно бесперспективную!) и не идти путём подкупа, а лучше попросить помощи у местных коллег, друзей и знакомых. Вполне вероятно, что им удастся «по-дружески, по-приятельски, по-соседски» решить любой вопрос.

Внешние формы политической системы и государственного управления замбийцы в полной мере переняли у западных стран. Но это совсем не значит, что бюрократическая практика и местные реалии соответствуют Германии или Франции.

Логично было бы предположить, что Замбия должна быть жизненно заинтересована и в зарубежных инвестициях, и в зарубежных специалистах. На замбийские чиновники считают так далеко не всегда.

С супругой в Монгу у своего дома. 2015 г.

— Закон — что дышло: куда повернёшь, туда и вышло. Эта старинная русская пословица вспомнилась мне, когда Вы рассказывали о Замбии.

— Не в обиду замбийцам, эта русская пословица, на мой взгляд, в большей мере отражает реалии современной Замбии, чем России.

— Вероятно, не все наши читатели с Вами согласятся!

— Я совсем не идеализирую российскую жизнь. Но всё-таки в сравнении с Замбией порядка, законности, чёткости и организованности в нашей стране существенно больше, чем во многих африканских странах.

Находясь в Замбии, я нередко с некоторой ностальгией вспоминал родных российских чиновников. Да, они могут показаться более сумрачными, менее улыбчивыми, чем африканские коллеги. Но всё ж таки оно своё, родное смурное лицо отечественного бюрократа... Надо отдать должное замбийским чиновникам: после них мне не страшны чиновники ни одной страны мира. Отличная школа жизни.

— Сейчас Вы относитесь к Замбии как к своей «второй Родине»?

— Более десятой части моей жизни я провёл в Замбии. За четыре года Замбия стала мне родной страной. Всё, что там происходило и происходит, я принимаю близко к сердцу. Почти также как и события в России.

С другой стороны, далеко не всегда за эти годы я чувствовал себя в Замбии «своим». При всей симпатии и любви к этой стране, она неоднократно дала мне понять, что я в ней «чужой».

— Некоторые люди и в своей собственной стране чувствуют себя чужими...

— Вероятно, такой опыт тоже бывает, но я с ним никогда не сталкивался. Некоторые вещи в российской действительности мне не нравились, с чем-то я не был согласен. Но у меня никогда не было ощущения, что я живу в чужой, непонятной стране. В России всё своё, всё родное. Парадоксальным образом, чтобы понять прелести родной страны порой нужно долго пожить за рубежом.

— В какие именно моменты Вы чувствовали себя в Замбии «чужим»?

— Например, на каком-то этапе жизни в Западной провинции поначалу забавлявшие меня крики на улице: «Мукуа! Мукуа!» — начали и утомлять. На языке силози это слово означает «белый человек». Каждый ребетёнок, который научился произносить слова, обязательно даст тебе понять, что ты — белый, и что ты идёшь мимо него. По началу это забавляет.

— Это слово имеет расистский, оскорбительный оттенок?

— Нет, само слово нейтральное. Оно никого не обижает и не дискриминирует. Здесь вопрос в другом. Человек идёт по улице, никому не мешает, никого не беспокоит... Для европейца совершенно естественно и понятно желание затеряться в толпе, избегать лишних, ненужных контактов с посторонними людьми.

Но замбийцы так не думают. В городе Монгу людей с белым цветом кожи живёт очень мало. Туристы и деловые люди туда, за редчайшими исключениями, не приезжают. Поэтому просто увидеть белого человека для местного жителя — это большое событие.

Замбийцы считают совершенно естественным проявить к чужеродным гостям своё отношение. Они не только бесконечно кричат «Мукуа!» (причём, это делают люди всех возрастов, от малышей до глубоких стариков), но и постоянно подходят к белым, спрашивают: «Как дела?», стремятся завязать разговор...

Понятия «личное пространство», «приватная сфера» в Африке и Европе определяются совсем по-разному. По нашим представлениям, в Африке, вообще, не существует личного пространства. Там вся жизнь проходит на глазах сельской общины. Ничего личного, никаких секретов.

Африканцы, в большинстве своём, люди доброжелательные, душевные. Но западному человеку такая открытость и ненапускная дружелюбность не свойственны.

— Антон Есибович, слушая Ваш рассказ о Замбии, пришли на ум слова замечательной песни композитора Кирилла Молчанова на стихи поэта Николая Доризо из кинофильма «Дело было в Пенькове». Помните такие поэтические строки: «От людей на деревне не спрятаться, //Нет секретов в деревне у нас. //Не сойтись, разойтись, не сосвататься //В стороне от придирчивых глаз». А ведь песня о русской деревне написана, не об африканской.

— Есть определённые параллели. Но этот фильм снимался в середине пятидесятых годов. В это время, вероятно, российская деревенская жизнь напоминала сегодняшние африканские реалии. Во многом, путешествие в Африку — это перемещение не только в пространстве, но и во времени. К этому надо быть готовым. К встрече с людьми с другим менталитетом, с другим «культурным кодом».

Есть ещё некоторые моменты африканской жизни, о которых хотелось бы рассказать. В городе Монгу, в котором я жил и работал четыре года, столице Западной провинции, проживает около трёхсот тысяч человек. Это около трети всего населения провинции. Но, откровенно говоря, по европейским меркам, Монгу трудно назвать городом. Это скорее большая деревня. Когда я туда приехал, там не было ни одного современного супермаркета!

— Где же местные жители закупали и закупают продукты?

— Они затовариваются на местных рынках и в маленьких магазинчиках. Некоторые европейцы, в том числе и проживающие в городе русскоязычные экспаты, тоже так поступают. Но мне посещение африканских рынков и магазинов не доставляло особого удовольствия из-за повышенного внимания местных к белым посетителям. Африканцы хотят познакомиться, что-то кричат и не дают возможности сосредоточиться на покупках.

Если быть точным, то один супермаркет в Монгу всё-таки был, но он располагался в каком-то тёмном, неуютном ангаре. Правда, во время моего пребывания в Замбии, в Монгу всё-таки — ура, ура, ура! — построили и открыли новый современный супермаркет, вполне сопоставимый с Россией или Западной Европой. Это был большой праздник! С этого времени процесс закупки продуктов стал мне доставлять гораздо больше удовольствия.

Ещё один момент. Когда я приехал в Монгу, во всём городе не было ни одной точки фастфуда. Вроде бы считается, что

фастфуд вреден для здоровья. По этому поводу можно дискутировать. Кто-то фастфуд не любит, а кто-то не может без него жить... Скажу честно, я — фастфуд периодически люблю. Пусть бросают в меня камни коллеги-диетологи! Это важная часть жизни. Доставляет удовольствие зайти в какое-нибудь заведение, заказать острые куриные крылышки с соусом и стакан газировки. Не вижу в этом ничего плохого!

— В российской жизни мы привыкли и к дорогим ресторанам, и к фастфуду.

— Когда ты в любой момент можешь посетить ресторан или точку фастфуда — это воспринимается как нечто само собой разумеющееся. Но в Монгу не было ни того, ни другого! К счастью, во время моего пребывания в Замбии первый фастфуд в городе появился. И свои любимые куриные крылышки я смог получить под замбийским солнцем!

— Значит, всё-таки перемены происходят. Глобализация не останавливается перед замбийской провинцией. Привычные нам атрибуты европейско-американской жизни занимают своё место и в этом регионе мира.

— Возможно, кто-то из читателей «Поля зрения» усмехнётся: супермаркет, фастфуд... Так ли это важно? Такие мелочи жизни! Мы же — врачи-офтальмологи, мы призваны помогать людям, делать их жизнь лучше, спасать их от слепоты. Всё это так. Но врачи — такие же люди, как и все остальные. Они не ангелы во плоти. И различные бытовые мелочи, возможность полноценно отдохнуть, восстановиться после работы также имеет важное значение.

— А с отдыхом в Западной провинции Замбии, надо полагать, ситуация не очень радостная.

— Возможностей для отдыха в Монгу немного. В изобилии — колоритные местные бары. Привычного западного ресторана там нет до сих пор. Вернее, там есть заведения, которые посещают местные компании, но белый человек, который туда пойдёт, подвергает себя определённому риску.

Он не просто станет объектом повышенного внимания, а внимания очень назойливого, а порой и агрессивного. В Монгу белый человек не может один прийти в бар или ресторан и спокойно там отдохнуть.

— А если посещать такие заведения в компании африканцев?

— В принципе, это возможно. Но мы привыкли к тому, что в баре или ресторане компания или пара может спокойно пообщаться между собой, и никто им не будет мешать. А в Монгу в таком случае придётся «постоянно» отбиваться от посторонних людей, которые тоже захотят пообщаться.

В итоге, россияне и другие европейцы в Монгу обычно встречаются дома друг у друга. Ходят в гости и приглашают к себе. Разумеется, приглашают и замбийских друзей и коллег. Это, кстати, тоже замечательная форма досуга! Она доставляла мне в Африке огромное наслаждение. У нас в России в больших городах сейчас всё реже стали приглашать друзей к себе домой т.к. есть возможность встретиться в общественных местах. А в Африке можно в полной мере насладиться «домашними посиделками».

— Легко ли Вам было по приезде в Замбию сдать экзамен по английскому языку, а также медицинский экзамен, подтверждающий диплом врача?

— На самом деле эти два экзамены были совсем несложными. И проблему представляли не они, а различные бюрократически проволочки и хитросплетения, о которых я упомянул.

Если белый человек произведёт на африканцев хорошее личное впечатления, то ему охотно поверят, что и врач он замечательный. Это относятся и к другим специальностям. Африканцам, в основном, чужд холодный расчет. Они привыкли принимать решения по зову сердце, а не основании каких-то инструкций или параграфов законов.

— Антон Есибович, среди интеллигентных людей не принято интересоваться друг у друга зарплатой... Но позвольте в этот раз нарушить это правило. Вероятно, нашим читателям будет любопытно узнать, сколько зарабатывают в Замбии врачи-офтальмологи и медики других специальностей?

— Система оплаты труда врачей в Замбии, в целом, напоминает Россию. В частных клиниках владелец (управляющий) клиники может установить зарплату по собственному усмотрению. Разумеется, по согласованию с работником. Но, с другой стороны, частная клиника никогда не будет платить врачу меньше, чем он получал бы в государственном учреждении здравоохранения. Как минимум, в частной клинике можно рассчитывать на такой же оклад или даже на большую сумму.

Что касается государственных клиник, в одной из которых я работал, то оплата происходит строго по государственным тарифам. Т.е. главный врач (директор) не может оплачивать труд сотрудников, в том числе врачей и медсестёр, по своему усмотрению. У него есть фонд оплаты труда, и в финансовых ведомостях прописан размер оплаты каждого сотрудника. Она зависит от стажа, квалификации и других факторов. Если главный врач хочет поощрить какого-то сотрудника, подчеркнуть его ценность для клиники, то он может написать ходатайство в министерство, чтобы конкретному сотруднику повысили служебный разряд, и он бы получал больше.

Теперь о существе дела. На момент моей работы в Замбии все без исключения врачи в Замбии зарабатывали очень достойно. Повторяю, все без исключения... В этом вопросе Республика Замбия может быть примером для многих стран, в том числе для России.

Высокие оклады касаются и молодых врачей. Когда я приехал в Замбию, рядовые доктора в замбийских государственных клиниках получали, в среднем три — три с половиной тысячи долларов. Потом курс квачи, национальной валюты страны, пошёл вниз. Поэтому в настоящее время врачи в государственных клиниках могут зарабатывать и в два раза меньше.

Но и эта сумма, по африканским меркам, по замбийским меркам, совсем не маленькая! Оплата врачей-офтальмологов не отличается от докторов других специальностей.

— В российской глубинке нередко доктора получают существенно меньше.

— Мне думается, надо говорить не только о конкретных суммах в кошельке доктора, а, в целом, о престиже, о статусе врачебной профессии. В Замбии он чрезвычайно высок. Существенно выше, чем в России. Выше, чем в странах Западной Европы. Быть врачом любой специальности в Республике Замбия — это круто! Этим можно гордиться.

В Замбии, вообще, нет понятия «рядовой врач». Каждый человек, имеющий диплом врача — вне зависимости от того, местный он или иностранец — считается представителем элиты. В Замбии не могут себе представить, что врач может получать мало и жить бедно. Это невозможно по определению!

Да, врачей в этой стране не хватает. В том числе врачей-офтальмологов. Но обратная сторона медали заключается в том, что каждый врач на счету. Его уважают, ему платят достойно, по рангу он всегда значительно выше сопутствующего персонала в больнице (бухгалтеров, кадровиков и других административных кадров). Есть в этом некий контраст с Россией.

Иностранцы, работающие в государственных клиниках Замбии, получают столько же, как их местные коллеги. Здесь нет никакой дискриминации. А в частной клинике при некоторых условиях западный врач может зарабатывать даже больше, чем африканец. Иметь европейского врача в своём штате частной клинике зачастую выгодно.

Оплату труда необходимо сопоставлять со стоимостью жизни. В Замбии она очень невысокая. Например, просторный, комфортабельный дом в Монгу можно арендовать за 150 — 200 долларов в месяц.

Даже в самой трудной ситуации для замбийского государства в этой стране никогда не будут задерживать зарплату врачам или сокращать её. Правда, министерство здравоохранения может без каких-либо объяснений и предупреждений сократить финансирование государственных клиник. Это неоднократно происходило во время моей работы в Монгу.

— С чем связано это явление?

— Здесь нет чиновничьего произвола. Бюджет Министерства здравоохранения Замбии зависит в том числе от иностранной помощи. Она выделяется и на государственном уровне. И по линии неправительственных международных организаций. Если эта помощь сокращается, то сокращается и финансирование государственных клиник.

Это не относится к фонду оплаты труда. Но больница, например, может получить меньше лекарств, расходных материалов и т.д.

— Ваша клиника оказывала пациентам платные услуги?

— Государственные клиники в Замбии стараются всё для пациентов делать бесплатно. Это касается и амбулаторных консультаций, и различных процедур, и хирургических вмешательств, и пребывания в стационаре. Наша офтальмологическая клиника не была исключением. Более того, если у нас была возможность, то пациентам давали с собой бесплатные лекарства, например, пациентам с глаукомой. Если возможности обеспечить пациента лекарствами у нас не было, то я старался выписывать пациентам такие медикаменты, которые они реально могли себе позволить.

Это печальная тема. Но какой смысл выписывать медикаменты человеку, который всё равно их себе не купит, дабы не ставить под удар финансовое благополучие семьи? Если у человека глаукома, то капли необходимо использовать постоянно. Лучше пусть он капает недорогие капли (с доказанной эффективностью), чем, вообще, игнорирует лечение.

Замбийцы не голодают. Но у многих людей нет денег на лекарства. В некоторых случаях — с тяжёлым сердцем! — врачи нашей клиники всё-таки собирали деньги с пациентов. Например, какое-то время при проведении операций по катаракте (MSICS) мы собирали с пациентов по тридцать долларов на оплату расходных материалов.

Такая минимальная оплата операций была мерой неизбежной и необходимой, она позволяла держаться отделению на плаву и обеспечивать бесперебойную катарактальную службу. При этом даже по меркам Замбии мы держали цены на очень низком уровне.

— С какими проблемами пациенты обращались в клинику?

— Те же самые офтальмологические патологии, что и в Европе, что и везде. Но печальная особенность Африки — большое количество запущенных случаев.

Окончание беседы в следующем номере

Интервью подготовил
Илья Бруштейн

Фотографии из личного архива А.Е. Вурдафта

> стр. 1

Как я искал круговую связку роговицы

И.Б. Медведев: «В сознании человека должны быть Учитель и Вера»

Интервью с заслуженным врачом Российской Федерации, доктором медицинских наук, Игорем Борисовичем Медведевым.

Штрихи к портрету

Медведев Игорь Борисович, доктор медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации.

Родился 13 октября 1961 г. в г. Туле. В 1988 г. окончил 1-й Московский медицинский институт им И.М. Сеченова по специальности «лечебное дело». Во время обучения в институте работал медбратом на 4 подстанции скорой помощи. Будучи студентом, участвовал в работе Международного Красного Креста, принимал участие во всемирном конгрессе этой организации в 1987 г. в Женеве. После окончания института с 1988 по 1989 гг. проходил обучение в интернатуре по специальности «офтальмология» на базе МНТК «Микрохирургия глаза».

За 39 лет работы в системе здравоохранения Игорь Борисович Медведев показал высокий уровень профессиональной и управленческой компетентности, прошел все ступени становления в здравоохранении. Благодаря его энергии и инициативе были найдены новые пути и методики внедрения современных технологий в лечении наиболее распространенных форм глазной патологии. Особенно следует подчеркнуть, что сейчас эти технологии широко применяются не только в нашей стране, но и за рубежом. Основное направление его научных исследований — патология роговицы, он является основателем рефракционной кератопластики в России. И.Б. Медведевым на практике внедрены высокотехнологичные операции по коррекции зрения при различных видах аметропий: разработана одномоментная хирургическая коррекция миопии высокой степени и сложного миопического астигматизма методом рефракционной ламеллярной кератопластики; впервые выполнен и внедрен в широкую хирургическую практику эксимерлазерный кератомилез in situ. Данная лазерная технология используется во всех специализированных центрах России, а также за рубежом: в Европе, США, Канаде и Сирии. Проведены доклинические и клинические испытания и внедрены в широкую практику методики бесшовной хирургии. Эта технология позволила снизить интра- и послеоперационные осложнения и сократить восстановительный период при коррекции миопии высокой степени, дальнозоркости и астигматизма, что позволило давать пациентам пожизненную гарантию на эти операции. Для проведения операций И.Б. Медведевым был разработан специальный хирургический инструментарий — комбинированный толкатель роговичных дисков, усовершенствовано оборудование для хирургической коррекции миопии высокой степени и сложного миопического астигматизма.

И.Б. Медведев первый в стране стал использовать в клинической практике фотодинамическую терапию (благодаря этому методу лечения стало возможным сохранить зрение людям, ранее обреченным на медленное угасание зрительных функций в результате макулодистрофии) и технологию кросслинкинга при кератоконусе (этот способ лечения позволяет отсрочить, а в ряде случаев избежать такой сложной и дорогостоящей операции, как пересадка роговицы). Оба направления отражены в монографиях.

И.Б. Медведев и по настоящее время остается практикующим офтальмохирургом, лично выполнившим свыше двадцати тысяч офтальмологических операций на высокотехнологичном оборудовании.

И.Б. Медведев успешно сочетает профессиональную офтальмохирургическую деятельность с научной работой. Им подготовлено 216 научных статей и публикаций, за научно-технические разработки получено 25 патентов и авторских свидетельств, оформлено 64 рационализаторских предложения в области офтальмологии. Все работы были посвящены лечению наиболее распространенных форм глазной патологии, развитию и внедрению этих методик в практическое здравоохранение.

В 1994 г. И.Б. Медведев защитил кандидатскую диссертацию по теме «Коррекция миопии высокой степени методом кератомилеза in situ», а в 1996 г. — докторскую диссертацию «Хирургическая коррекция аномалий рефракции на основе ламеллярной кератопластики».

И.Б. Медведев является членом Американской академии офтальмологии (1997), Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов (1998), Французского офтальмологического общества (2000), Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов (2001).

И.Б. Медведев является автором книг и монографий: «Секреты менеджмента в офтальмологии» (2003), «Наука — о глазах: как возвратить зоркость» (2012), «Лечение кератоконуса методом кросслинкинга» (2010), «Применение фемтосекундного лазера в рефракционной хирургии роговицы» (2007), «Фотодинамическая терапия в офтальмологии» (2006), «Финансовый менеджмент в медицине» (2013), «Значение рационального питания в обеспечении функции зрения» (2013), «Глаукома», «Экспериментальная офтальмология: морфологические основы новых технологий лечения» (2011), «Актуальные вопросы спортивной медицины», «Птеригиум» (2014), «Демодекоз» (2019).

С 2009 г. И.Б. Медведев ведет активную подготовку квалифицированных кадров в ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», где является заведующим кафедрой офтальмологии факультета дополнительного профессионального образования, много времени уделяет обучению студентов и ординаторов.

И.Б. Медведев вносит большой вклад в благотворительную деятельность, организует рабочие места для людей с ограниченными возможностями, он является учредителем «Центра помощи слепым и слабовидящим», где работают инвалиды по зрению. Восстанавливает зрение детям из домов-интернатов г. Смоленска и Ростова. Долгое время был президентом федерации футбола слепых.

— Игорь Борисович! В этом году выдающемуся ученому Святославу Николаевичу Федорову исполнилось бы 93 года. Какие воспоминания сохранились о Вашем учителе?

— Святослав Николаевич был великий офтальмолог, глыба. Мы потеряли по-настоящему большого человека. Я считаю его своим учителем. Конечно, его, как и многих выдающихся личностей, зачастую окружали не совсем порядочные люди, совершившие за его спиной немало неприглядных поступков. Это — «труппа» под управлением «великой актрисы», чья сущность раскрывается только сейчас, например, в передаче Андрея Малахова.

— Вы были одним из любимых учеников, его референтом, в 80-е Святослав Николаевич отправил Вас в клинику Барракера учиться, Вы учились в Германии у профессора Дрегера. Что Святослав Николаевич дал Вам как личность?

— Вы знаете, чтобы осмыслить и оценить отношение, важно понять, насколько ты был близок с ним. Если мы переодевались вдвоем в одной раздевалке в Дубае, значит он мне доверял, я вел финансовые дела в зарубежных поездках.

Вспоминаю одну историю. Однажды в одной из командировок шеф попросил принести ему колу. Напиток я слегка разбавил виски. Отпив глоток, шеф встрепенулся и спросил: «Кто наливал?» Честно признался, что я. «Ты будешь ответственным за колу!» — в шутку распорядился Федоров. Что было у него внутри, в душе, не знаю. Приходится только сожалеть, что его нет с нами. Бывая на кладбище, где он похоронен, никогда не прохожу мимо. Возможно, с ним все было бы по-другому. А какие он совершал ошибки, так я не Господь Бог, чтобы оценивать поступки людей.

Когда я был референтом С.Н. Федорова, он практически никогда меня не ругал: только, проработав 10 лет, я стал, наверное, слишком самоуверенным, иногда позволял себе (наверное, в неподобающей форме) высказывать свое мнение. Сейчас считаю, что это неправильно. Помню, на одном из совещаний он объявил, что институт покупает типографский станок. Я поднялся на трибуну и высказал недоумение по поводу принятого решения. «Мы типографией будем заниматься? — довольно вызывающе спросил я. — Куренков купил три лазера, а мы за эти же деньги — типографский станок? Мы кто, офтальмологи или печатники?» Конечно, я поступил по-мальчишески. Мне было тогда 33 года, молодость — ошибки. И тогда Святослав Николаевич меня простил.

Второй эпизод привел наши отношения к развязке. Во время президентской предвыборной кампании у меня со Святославом Николаевичем состоялся разговор, во время которого я высказал свою позицию относительно его участия в выборах. Он искренне верил в победу. Помню, я ему сказал: «Вы думаете, Ельцин «за здрасьте» отдаст вам власть? Как офтальмолог может победить на выборах? Вы же не Башар Асад!». Выслушав, Святослав Николаевич предложил мне покинуть институт. Конечно, с моей стороны это был юношеский максимализм, и остановить меня было невозможно. С возрастом начинаешь понимать, что подобная фривольность недопустима, но поправить, к сожалению, уже ничего нельзя.

Ушел я тихо-спокойно. Открыл свою клинику в Красноярске, потом в Москве. Через какое-то время на С.Н. Федорова пошли гонения, его не хотели восстанавливать в должности директора МНТК.

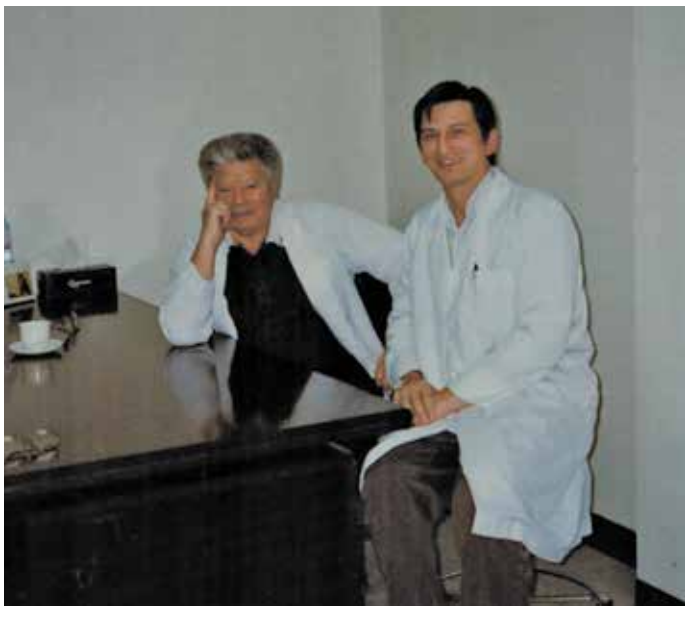
Однажды, весной 2000 года (этот эпизод никогда не забуду), я гулял с сыном по поселку, а Святослав Николаевич со своими близкими сослуживцами В.С. Глушковым, В.П. Кордашем и В.В. Громыко ехали на лошадях. Увидев нас, Федоров отделился от остальных (раньше при встрече объезжал меня стороной) и сказал, что в мае приезжает наш коллега великий Минас Атамян (я его хорошо знал, не раз оперировал в его клинике), и С.Н. Федоров высказал пожелание вместе встретиться. А накануне, примерно за месяц до этой встречи, я написал ему письмо, в котором благодарил за участие в моем становлении как хирурга, просил меня простить и предлагал в случае необходимости свою помощь и финансовую поддержку... Это была наша последняя с ним встреча.

— Сколько лет Вы проработали в институте?

— В МНТК я пришел в 1988 году и проработал ровно 10 лет. Я начал рядовым интерном, в 94-м защитил кандидатскую диссертацию, а буквально через два года, в 1996-м, — докторскую. А в 1998 году, за неделю до открытия собственной клиники, ушел по собственному желанию.

— Да, я помню, такой скорой защитой докторской Вы заставили о себе заговорить весь коллектив МНТК.

— Знаете, я написал сразу две работы: кандидатскую представил для защиты, а



В МНТК Медведева называли везунчиком

С.Н. Федоров, И.Б. Медведев, Хосе Игнасио Барракер

И.Б. Медведев: «Кератомилез в стране делал только я»

И.Б. Медведев и С.Н. Федоров

Когда работа в радость

докторская уже ждала своей очереди. Прошло полгода, я принес Святославу Николаевичу докторскую диссертацию. Он так посмотрел на меня, что я понял: «Да, я неправ». Он стал меня понемногу учить жизни, давать задания типа «пойди туда — не знаю куда, принеси то — не знаю что». Например, найти круговую связку роговицы. Ее не существует в природе, многие безуспешно пытались ее искать, потом разочаровывались. Один он верил, что круговая связка роговицы — это не миф. Я ходил, мучился, жаловался друзьям, что лежит готовая диссертация на четырехстах страницах, а шеф меня не допускает к защите и при этом приговаривает: «Найдешь круговую связку — приходи». Однажды встретил секретаря нашей парторганизации С.Н. Багрова. По своему характеру он был прямой, как линия. Подошел к нему и говорю, что меня попросили найти круговую связку. Сергей Николаевич пригласил к себе в кабинет, сел напротив меня, закурил и говорит: «Ты — не первый, кто ищет, но пока никто не нашел. — Что же мне делать? — Пойдем, покажу». Мы выходим в коридор, на стене — стенд, на стенде — картинка, а на ней — какая-то связка. «Вот, — говорит, показывая на картинку, — круговая связка. Снимай ее со стенда, сканируй, текст я тебе напишу». Через неделю Багров мне передал страницу текста, я кое-что добавил от себя и — к Святославу Николаевичу. Кладу перед ним диссертацию и подсовываю две страницы с картинкой и текстом. «Ты нашел круговую связку? — спрашивает он меня. «Нашел», — отвечаю. «Ты серьезно? Покажи». Показываю. «Где нашел? — У Багрова». Святослав Николаевич снимает трубку: «Сережа, зайди». Думаю, все — конец. Однако Сергей Николаевич подтвердил, что это была круговая связка роговицы. Шеф долго приглаживал рукой свой «ежик», потом взял ручку, долго не мог ее расписать, но, в конце концов, вывел на диссертации: «К защите». Через два года, 30 сентября 1996 года, я защитил докторскую. Мне тогда было всего 32 года. А связку я все— таки нашел!

«Если Медведев плохо прооперирует, я пущу себе пулю», — пообещал Федоров

— Скажите, исследования, которые легли в основы Ваших работ, актуальны на сегодняшний день?

— Практически вся бесшовная хирургия — послойная и сквозная — основывается на этой технологии. Самое удивительное в том, что хирурги оперируют, не понимая, откуда «ноги растут». Многие доктора не постигли те основы и не прошли через препятствия, которые мне пришлось преодолеть. Не то, чтобы я был таким умным, просто мне это досталось. В институте был единственный прибор для проведения кератомилеза, его передали мне и отправили в отдел к В.К. Зуеву. Надо отдать должное: Виктор Константинович мне не мешал, и я творил на этом приборе что хотел. В течение одного года я отшлифовал технологии и стал везде ездить: Гибралтар, Дубай. Прибор был один, я возил его с собой в сумке. В этих странах оперировали многие врачи: В.Д. Захаров, Я.И. Глинчук, но кератомилез делал только я. После работы Святослав Николаевич давал мне еще неделю отдохнуть, купить подарки, и я возвращался в Москву.

— У Вас была интересная жизнь!

— Не то слово! Я был самым счастливым человеком! При этом шеф хорошо мне платил. В стране я был единственным хирургом, кто делал кератомилез. Помню один случай. Вызывает меня шеф в кабинет и просит посмотреть пациентку, супругу посла Италии, у которой после кератотомии развилась гиперметропия +5,0 на оба глаза. Она, естественно, была возмущена. Я посмотрел пациентку, медкарту и сказал, что прооперирую ее на следующий день. Тогда шеф тихим голосом произнес: «Сейчас». Пытаясь отговориться, сказал, что у меня нестерильный инструмент. Федоров даже слушать не стал: «Для стерилизации достаточно двух часов, готовься. Я буду из кабинета следить за операцией и тебя подбадривать». «Вот «подбадривания» мне только не хватало!» — подумал я. Пациентка спросила, какие у нее гарантии. Операция была уже вторая по счету, первая оказалась неудачной. Шеф открыл ящик стола, достал серебряный револьвер, подарок Хафеза Асада, приложил его к виску и сказал, показывая на меня: «Если он плохо сделает, я пущу себе пулю». Так и было! Я отвечаю за каждое сказанное мной слово. В кабинете в это время присутствовали: А.Д. Семенов, А.И. Ивашина, Н.В. Балашова и В.К. Зуев. Ровно через два часа я принес свой аппарат в операционную В.К. Зуева, инженеры подключили оборудование для видеотрансляции, т.к. из этой операционной была связь с кабинетом шефа. А я, чтобы меньше нервничать, в процессе операции тихонько, через наушники слушал песни Игоря Талькова из кабинета шефа. Началась операция. Святослав Николаевич общался с пациенткой, я прооперировал один глаз, шеф дал команду делать второй. В то время я только начал заниматься бесшовной хирургией.

Позвольте небольшое отступление. Из чего состоит роговица? Из коллагена. «Коллаген» — греческое слово, означающее «образующий клей». Роговица — это клей, а из коллагена, оказывается, делают биологический и синтетический клей. Посуши, положи, подожди — и приклеится. Все в жизни просто. Мир так устроен, а мы многое надумываем.

Провел я жене посла бесшовную хирургию на оба глаза, и в тот же день вечером шеф пошел с ней на фуршет. Утром синьора приходит, а я уже вижу — диск сдвинулся. Звоню шефу, оказывается, после операции он разрешил даме немного выпить, и они чуточку «переборщили». «Как выпить?! — недоумеваю я. «Все молчи. Иди и поправь». Пошел — поправил. Пациентка довольна — «единица» на оба глаза. Вот так это было.

— Игорь Борисович, Вы так хорошо помните этот эпизод?

— Как не помнить, когда шеф при всем честном народе приставляет к виску револьвер и грозит застрелиться…

— Что Вы в этот момент почувствовали?

— Вы знаете, тогда я был молод и очень в себе уверен. Мне было все равно, я знал, что операцию сделаю.

Когда я только начинал заниматься хирургией, то брался за любые операции, но Николай Николаевич Пивоваров дал мне мудрый совет: «Не надо хвататься за каждую операцию и делать все на «четыре», надо делать одну операцию, но на «пять». И тогда в твоей жизни все будет нормально».

— Расскажите, как Вы пришли в МНТК?

— Это интересная история. Окончил я Первый Московский медицинский институт, встал вопрос с распределением. Возвращаться в Тулу? (Сам я родом оттуда). Нет, надо остаться в Москве, хочу заниматься наукой. Поначалу думал стать анестезиологом, уже имел опыт — проводил анестезии, работал в реанимации, т.е. как врач был готов работать анестезиологом-реаниматологом. С Тулой отношения не слишком складывались. Пошел к своему учителю, Олегу Ивановичу Горбатову, просить совета. Он заведовал отделением анестезиологии и реанимации в больнице при 1-м Меде. О.И. Горбатов мне рассказал, как вести себя на распределении. Первое, о чем я попросил председателя комиссии, ректора института Михаила Михайловича Пальцева, направить мое личное дело в Мосгорздравотдел. Все посмеялись, но пошли мне навстречу. Так я остался в Москве. В Мосгорздравотделе предложили три направления: ЛОР, «травма» и офтальмология. Я опять — к Горбатову. Он посоветовал заниматься офтальмологией, где «ни крови, ни слизи», и науки, как он считал, больше в офтальмологии, ведь глаз — это как «черный» ящик. Распределили меня в Московскую глазную больницу. В отделе кадров больницы признался, что хочу к Святославу Николаевичу Федорову. Мне ответили, что если он согласится взять меня к себе, не будут возражать против моего ухода. Олег Иванович в очередной раз дал мне дельный совет — написать заявление о приеме на работу в МНТК без оплаты для прохождения интернатуры и добавил, что я должен сидеть перед кабинетом Федорова и лично передать ему в руки свое заявление. Просидел я рядом с кабинетом Святослава Николаевича дня три — никак не получалось его поймать. Но в пятницу сразу после конференции мне удалось к Федорову прорваться и отдать в руки свое заявление. «Кто-нибудь видел такого ненормального, кто просится работать бесплатно?» — спросил Святослав Николаевич у окружающих и заявление подписал. Я рассчитался с Московской глазной больницей и оказался в МНТК «Микрохирургия глаза». Направили меня в 8 отдел к Юрию Эдуардовичу Нерсесову. Как сейчас помню, через один месяц и 10 дней я сделал первую экстракапсулярную экстракцию катаракты, а до этого уже сидел на первом этапе конвейера, на ретробульбарной инъекции. Делал это неплохо, т.к. по первой профессии я — анестезиолог-реаниматолог. Был такой случай: сделал я инъекцию, Юрий Эдуардович Нерсесов на следующем этапе задает пациенту вопрос, видит ли он. Пациент ответил, что ничего не видит. Нерсесов посмотрел на меня, и ничего хорошего в его взгляде я не увидел. «Ты проколол глаз», — изрек Юрий Эдуардович. Я как сидел, так и упал без сознания. Меня привели в чувство, я немного передохнул и вновь сел за конвейер. Позже выяснилось, что зрение у пациента восстановилось. После этого случая Нерсесов больше никогда не повышал на меня голос. Когда его спросили, почему Медведев стал лицом неприкосновенным, Юрий Эдуардович ответил: «Крикнешь на него, он опять лишится чувств, ну его». Однако с Ю.Э. Нерсесовым у меня сложились хорошие отношения, и под его руководством я начал оперировать. Вместе с Н.Н. Пивоваровым окончил курсы радиальной кератотомии. Многие считали, что своим быстрым продвижением и взлетом я обязан Рою Медведеву (Рой Александрович Медведев — писатель-историк, член ЦК КПСС, депутат Верховного совета СССР — прим. ред.), хотя никакого отношения к нему не имел. Со временем мы стали с Роем Александровичем близкими друзьями. К окончанию интернатуры в 1989 году у меня уже была статья в центральной печати в соавторстве с Ю.Э. Нерсесовым и В.А. Трубилиным по определению плотности ядра хрусталика для факоэмульсификации, 6 тезисов, 3 рационализаторских предложения, 1 патент на изобретение и сертификат об окончании курсов по кератотомии.

После окончания интернатуры я был принят в штат МНТК. Неделю работал в поликлинике, принимал до 60 человек в день, пока в пятницу, не без помощи талантливого хирурга Вадима Артемовича Легошина (похоже, пятница — мой счастливый день) меня увидел Святослав Николаевич и предложил стать его референтом. С этого момента началась моя новая жизнь. Скоро я познакомился с Натали, моей будущей женой. Она была похожа на Ирэн Ефимовну Федорову.

— Вам нравилась Ирэн Ефимовна?

— А кому она могла не нравиться? Когда она проходила, я еще неделю дышал ее духами. Всегда немного вальяжная, манерная, красиво одетая… в общем — «непростая актриса», как сказала в одной из телепередач ее дочь.

— Если бы сейчас к Вам в клинику пришел молодой человек и повел бы себя ровно так же, как в свое время Вы в МНТК: сидел бы у дверей Вашего кабинета и заявил бы, что готов работать бесплатно, Вы обратили бы на него внимание?

— Я ищу таких людей, но никто не приходит. В этом году рассмотрели 200 резюме и взяли на работу только одного врача.

Моя вторая профессия — спортивный врач

«Офтальмолог не может работать спортивным врачом, — продолжил нашу беседу Игорь Борисович. Необходимо изменить профессию, т.е. получить квалификацию спортивного врача, а для этого — окончить ординатуру. Я учился в ординатуре в Первом Московском медицинском институте на базе кафедры спортивной медицины у Евгения Евгеньевича Очкасова. После меня в ординатуре училась моя жена. Мы везде ездим вдвоем, обслуживаем два клуба — футбольный и хоккейный, т.е. летом мы с футболистами, зимой — с хоккеистами».

— Это профессиональные команды?

— Это — любительские команды, но в них играют спортсмены, завершившие карьеру в профессиональных клубах (весьма непростые ребята). Четыре года я работал в Континентальной хоккейной лиге в должности вице-президента КХЛ по спортивной медицине. Без ложной скромности, скажу, что сделано было достаточно. Врачей в КХЛ много, целая армия. Это — огромное направление: допинг, травматизм, восстановление, профилактика, спортивное питание. Мне очень понравилась моя вторая профессия, она открыла для меня многое. За это время мы создали три основополагающие системы: первая, «сухая разминка».

С.Н. Федоров, З.И. Мороз, И.Б. Медведев

С Минасом Атамяном

В 1998 г. И.Б. Медведев открыл собственную клинику и ушел из МНТК

Вы спросите, что это такое? Спортсмены, придя в раздевалку, должны размяться. Каждый разминается, как хочет: кто-то ноги тянет, кто-то спину. Но должна быть выработана определенная концепция. Мы, вместе с Владимиром Валерьевичем Буре (заслуженный мастер спорта СССР, неоднократный призер Олимпийских игр по плаванию, заслуженный тренер России по хоккею — прим. ред.), разработали систему «сухой разминки». Что касается второй системы, то она посвящена сотрясению мозга, вопросам ведения травмированного спортсмена во время игры. Сейчас скорости в хоккее выросли, и наиболее часто встречающейся травмой стало сотрясение головного мозга. К чему может привести столкновение хоккеиста с другим игроком или с бортиком? Знаете, как определяется сотрясение мозга? Все просто, как сатиновые трусы: можешь стоять на одной ноге, руки в стороны — играй, не можешь — иди на скамейку. Если есть два сотрясения — третьего не надо: человек уже не игрок. Конечно, спорт бывает очень жесток. Есть профессиональные вещи, о которых даже рассказать не смогу.

— Мне кажется, хоккеисты в каждой игре могут получить сотрясение мозга...

— Нет. Спортивному врачу понятно, на кого надо обратить внимание, чтобы проверить, все ли у него хорошо. При подозрении на сотрясение мозга можно задать самые простые вопросы: какое сегодня число, где мы находимся. Если человек не ориентируется во времени и в пространстве, сразу понятно, что у него проблема.

— Скажите, а шлемы в какой-то степени защищают?

— Представляете, какие скорости? А с какой скоростью летит шайба? При броске клюшка изгибается подобно луку и буквально выстреливает шайбу, скорость которой достигает 150 км/час. Так что травма, нанесенная шайбой, может определить дальнейшую судьбу человека. Важнейшим разделом спортивной медицины является спортивное питание. Любой хоккеист знает об этом больше, чем фармаколог. Спортсмены подкованы в том, как надо пить, как выгнать воду, как поправиться или сбросить вес. Хоккеисты знают все. В течение игры человек теряет 3 (!) литра воды. Представляете, как у них «скачет» кислотно-щелочной баланс и вес! Во время отпуска, даже краткосрочного, игроки могут набрать до 10 кг. После игры спортсмены пьют пиво, но не потому что они выпивают, это способ восстановления pH. Они смотрят на пиво подругому, не так, как привыкли мы с вами. Вот и вся картина. А я стараюсь перевести спортсменов на другое: молоко, разные коктейли. И это — третья система. Кроме этого, мы пишем книги, и вообще я благодарен судьбе, что она дала мне возможность работать со спортсменами. У меня много друзей, особенно среди ветеранов спорта. А сейчас мы проводим УМО всем топовым клубам. И это общение меня заряжает.

— Как Вы пришли в спортивную медицину?

— Как ни странно, это произошло благодаря ресторану «В темноте», который я открыл 14 лет назад. Через 6 месяцев у меня появились свободные деньги. Куда их тратить? Конечно, на нужды слепых и слабовидящих людей, но только как, где? Мне сказали, что в России существует футбол для слепых, но находится этот вид спорта в плачевном состоянии. И вместо того, чтобы отпраздновать свой день рождения, я потратил деньги на организацию футбольного турнира. Провели мы его на стадионе «Торпедо» им. Эдуарда Стрельцова. Когда я увидел игроков, мне их стало по-человечески жалко: одеты, как герои пьесы Горького «На дне». В турнире участвовали три команды. По правилам на поле выходят по пять слепых игроков, вратарь — единственный зрячий. Поле 40х20 метров, огорожено бортами. Мяч необычный — издает звук, напоминающий звон бубенцов. За воротами находится тренер, он дает команды игрокам, что делать, куда бежать и в какую сторону пасовать мяч. Так получилось, что я взял незрячих футболистов «под свое крыло», начал их спонсировать. Потом меня заметил министр, пригласил в исполком Российского футбольного союза (РФС), где я просидел несколько лет впустую. РФС, в основном, решал вопросы, касающиеся «большого» футбола. Медицина была «не в почете» — ей отводился всего час времени. Ровно столько длился мой доклад, с которым я выступал один раз в год. Чуть позже я возглавил медицинский комитет РФС, стал помощником Министра спорта. Сейчас этой структурой руководит мой ученик.

Я считаю, что главное — вовремя отойти от дел и поставить своего человека. Во-первых, дело развивается, сам — «сыт» и вся команда «сыта». А одному тянуться вверх, тем более из последних сил, думаю, неправильно. Я считаю, что самая большая ошибка нашего уважаемого Святослава Николаевича Федорова заключалась в том, что все бразды правления он взял на себя с супругой и не делегировал часть прав и обязанностей своим коллегам. Так с высоты прожитых лет я вижу сложившуюся в то время ситуацию.

Человек всю жизнь замаливает грехи

— Что для Вас офтальмология сейчас?

— На сегодняшний день офтальмология — один из десяти пальцев. Иногда смотрю в зеркало и говорю сам себе: «Сумасшедший». Приведу пример ресторана «В темноте»: я не директор, я — ресторатор. Начинаю разбираться, окончил курсы, чувствую — интересно.

— Со стороны кажется, что в ресторанном бизнесе основой успеха является творческий подход.

— Это — тяжелейший труд, настоящий конвейер. Процесс очень сложный, многогранный, требующий постоянного контроля. Чуть зазевался — будут проблемы. Надо уметь правильно подобрать людей. Калькулятор следит за расходной частью, тех.картами; бухгалтер должен все рассчитать, а я должен разбираться в финансовых документах. Хостес — лицо ресторана, задачей хостеса является встреча гостей и умение расположить к себе посетителей. Есть свои функции у управляющего и директора.

Ресторанов много, и важно найти «изюминку». Последняя «фишка», которая мне понравилась: в один из ресторанов потянулись посетители — стало известно, что хостес этого заведения ходит в платье без нижнего белья.

Вы спросите, почему «В темноте»? Когда я узнал о том, что в Париже есть такой ресторан, подумал: «Я — хирург, у моих пациентов есть осложнения? Понятно, что есть. Глаза, которым не смог помочь, есть? Есть»...

— Я понимаю, что бизнес-проекты, благотворительная деятельность и занятия наукой в Вашем случае — вещи вполне сопоставимые.

— Вы правы. Несмотря на то, что «офтальмология — это лишь один палец из десяти», я стараюсь уделять время научным исследованиям, связанным непосредственно глазными болезнями (кросслинкинг в лечении кератоконуса, фотодинамическая терапия, глаукома, птеригиум), пишу книги на тему спортивного питания, финансового менеджмента в медицине и т.д.

— Извините, что перебиваю, но хочу задать провокационный вопрос, Ваше право отвечать или нет. Как насчет пожизненной гарантии, которую Вы даете, если верить рекламной листовке Вашей клиники?

— Когда я работал в институте, мог делать все, что хотел. В частных клиниках студенты не тренируются. Если я даю пожизненную гарантию, в ней заложена основа. Смысл заключается в следующем: ты можешь дать пожизненную гарантию, если твой стаж на проведение той или иной операции больше 10 лет. Это не я придумал, так решили канадцы, и я с ними согласен. Любой доктор, делающий какую-то операцию 10 лет, может дать на нее пожизненную гарантию. Но и это еще не все. Если Вы говорите о пожизненной гарантии, в этой связи надо упомянуть и TUV. Мы сертифицированы по международному стандарту качества с 2003 года. Это не просто — дал денежку и получил сертификат, хотя приходится платить и платить немало, чтобы к тебе приехали и тобой занимались. Я рад, что глазная клиника на Смоленском бульваре имеет TUV с 2003 года; мы получили сертификат и на многопрофильную клинику.

... Хочу сказать самое главное: у меня есть осложнения, у моих учеников есть осложнения, есть осложнения у моих друзей и знакомых хирургов. Кто бы что ни говорил, но это — бессонные ночи. Каждый из нас помнит эти случаи, и человек всю жизнь замаливает свои грехи. Кто-то свечку ставит в церкви, кто-то строит часовню, а кто-то совершенствует свои знания, чтобы не повторять ошибок. Я посчитал, что открытие ресторана, где бы работали незрячие люди, могло бы послужить искуплением моей вины и вины моих коллег.

— Расскажите чуть подробнее о ресторане.

— Официанты и музыканты, работающие в ресторане, незрячие. Гости к нам приходят не в ресторан, а как в театр, к нам идут за ощущениями. Зрение — это 90% информации, и когда человек оказывается в кромешной темноте, все его органы чувств напряжены, как струна. Нахождение в полной темноте в течение полутора часов приравнивается к двум дням отдыха. В темноте человек на 30% более открыт. В то же время в медицинской энциклопедии написано, что нахождение в полной темноте более двух часов отрицательно сказывается на функции головного мозга.

— Скажите, пожалуйста, в чем суть метода управления международным медицинским центром?

— Мне кажется, прежде всего, это опыт. Ровно в 50 лет я стал совершенно подругому относиться ко многим вещам: к руководству, людям, поступкам, обстоятельствам. У каждого человека есть свой «рюкзак», где находится накопленный им опыт. Детство я провел в Тульской области, поселке Мясново, где жили куркули, зажиточные крестьяне. Буквально с первых лет жизни я уже торговал. В институте я был самым богатым — продавал запчасти к автомобилям. У меня была своя машина, в Москве я загружал ее запчастями (они были в 3 раза дешевле, чем в Туле) и вез в Тулу на продажу. Не надо изобретать велосипед, просто в большинстве своем люди пассивны. А человечеством движет адреналин, как любил повторять Святослав Федоров!

— В предприимчивости Вам не откажешь.

— А как по-другому? Это же весело! Однажды сижу, думаю, как в историю войти и денег при этом заработать. Президентом России стал Д.А. Медведев, и мне пришла в голову мысль: «Надо зарабатывать на фамилии». По Москве и области Медведевых — 16 тысяч, а по России — 28 тысяч. Создал Фонд поддержки и взаимопомощи Медведевых. Сделал сайт, написал гимн, но деньги как заработать? По совету товарища выпустил три медали Фонда (простую, серебряную и золотую) и через сайт предлагал всем желающим ее приобрести. Через год я продавал по 30 медалей в месяц. Однажды мы с Роем Александровичем Медведевым поехали на прием к Дмитрию Анатольевичу, и я предложил ему возглавить Фонд. На что он тихо ответил: «Можно я останусь президентом страны, а ты — президентом Фонда». Я мгновенно покрылся испариной. «А кто медальками торгует? — спросил глава государства. — Еще раз увижу — посажу. Фамилией не торгуют». На этом бизнес закончился.

— Некоторые качества Вы переняли от Святослава Николаевича, хотя подвергали его критике за то, что он занимался не свойственными директору офтальмологического института делами: полиграфией, сельским хозяйством.

— Я же признал, что был неправ, скучно в одной офтальмологии, осознаю всю меру, степень, глубину... Попрошу отправить меня в... Крым (смеется).

— У Вашей клиники есть филиал в Крыму?

— У меня были филиалы, но я их закрыл, когда понял: все, что дальше носа, не контролируется. Только богатые могли позволить себе открывать филиалы, «Роснефть» и «Газпром» могут. А я не могу.

— Некоторые Ваши коллеги открыли филиалы в других регионах...

— Они еще не набили себе шишек. А я уже тертый калач и искренне им сочувствую.

— В 1990-е годы открытие частной клиники было сопряжено со значительными трудностями, не меньше проблем возникает и теперь. Что бы Вы посоветовали молодым людям, желающим открыть собственный бизнес в медицине?

— Прежде всего, найти человека, который мог бы им прочесть лекцию на тему «Как не наделать ошибок». Я поступил точно так же: у меня есть друг — профессор,

«Сын — экономист, успешный бизнесмен, чему я очень рад. Он нам помогает — дает дельные советы»

«Мне повезло с супругой. Она надежный и верный друг, часть меня»

С семьей на отдыхе

крутой стоматолог, Федор Федорович Лосев, президент стоматологической клиники «Мегастом». Прежде чем открыть свою клинику, я пришел к нему, он дал мне листок бумаги, авторучку и в течение трех часов рассказывал, как надо строить собственный бизнес, дал контакты по рекламе и т.д. Его советы послужили основой для открытия офтальмологического центра. Открытие многопрофильной клиники стало возможным благодаря уважаемому министру здравоохранения РФ Юрию Леонидовичу Шевченко.

— А как решался вопрос с инвестициями?

— Честно скажу: никого не грабил. Как говорил Остап Бендер, существует тысяча и один способ заработать деньги, никого не обманывая. Вы знаете, на самом деле человек, который умеет работать, добьется всего. Но если бы мне предложили еще раз пройти этот путь, я бы не решился. Просто не осилил бы, честно говорю. Я ведь все делал сам, при этом совершил массу ошибок, набил много шишек. Считаю, что мне просто сильно везет по жизни с друзьями. Страшно, когда в руках кредит.

— Жена поддерживала Вас во всех начинаниях?

— Не поддерживала бы, уже не жили бы вместе. Однажды сказал ей: «Когда встану на ноги, куплю все, что пожелаешь». Но запросы у нее оказались очень скромными. Мне повезло с супругой. Она надежный и верный друг, часть меня.

— Когда Вы почувствовали, что «встали на ноги?»

— Я представить себе не мог, что создание Центра станет настолько тяжелым мероприятием. Думал, что если разбираюсь в офтальмологии, значит сумею разобраться и в других специальностях. Это было в корне неверно. Когда я столкнулся с врачами, которые стали меня обманывать, видя, что я не разбираюсь (в принципе они правильно делали: если ты дурак, кто в этом виноват?), мне пришлось постепенно осваивать науку общения, учиться договариваться с ними. Надо было покупать оборудование, а тебя пытались обмануть: подсунуть вместо нового — «секонд хэнд». Люди, занимавшиеся приобретением оборудования, старались на этом нажиться. Я столько прошел, столько пережил… Когда мне впервые принесли счет от Сбербанка (я там кредитовался), по словам очевидцев, стал белый, как халат. Страшно! Если не заплачу, что дальше? Только веревку на шею или вниз головой с обрыва…

— Сейчас сомнений в том, что риск был оправдан, нет. Однако чем Вы руководствовались в те годы, когда открытие собственного бизнеса было связано с риском для жизни? Вам не хватало адреналина?

— Наверное, да. Перспективы были самые радужные, никто не мог подсказать, с чем можно столкнуться. Я был уверен, что через три года все мои затраты окупятся, а затем я все продам и буду жить тихой, спокойной жизнью пенсионера. Правда, сейчас уже расхотел — прижился, знаешь каждый уголок в своем хозяйстве.

— Вам есть кому передать семейное дело?

— У меня двое детей. Сын — экономист, успешный бизнесмен, чему я очень рад, он нам помогает — дает дельные советы. Надеюсь, что дочь станет офтальмологом. Мы крепкая семья, и я дорожу этим.

— Назовите, пожалуйста, основные направления работы Международного центра.

— В Центре выполняются все виды лечения, кроме пересадки головы и сердца.

— Людей на работу Вы берете с опытом?

— Частная медицина исключает работу врача без опыта, причем вопрос о приеме на работу мы принимаем на заседании правления. Три месяца — испытательный срок. Все, кто близок ко мне и к деньгам, проходит детектор лжи. При этом меня не интересуют его внутренняя составляющая, семейные, личные секреты и т.д. Мне надо знать только те моменты, которые связаны с бизнесом: наркотики, спиртное, правонарушения, связь с криминальными структурами, наличие кредита. Большие кредиты часто создают предрасположенность человека к воровству. Как я уже говорил, основная задача успешного руководителя — уметь правильно делегировать свои права и обязанности. Каждый сотрудник отвечает за свою сферу деятельности, только тогда получается хороший «торт». Со многими сотрудниками я работаю уже более 20 лет, с момента создания Международного медицинского центра.

— У вас высокий уровень текучести кадров?

— Текучка кадров есть везде. Жизнь так устроена, что кто-то умирает, кто-то уезжает или меняет профессию. Из 250 человек 10-15% сотрудников постоянно меняются, и это — нормально.

— Как Вы считаете, подчиненным легко с Вами работать?

— Сейчас — легко, раньше такого не было. Хотя по натуре я добрый, люблю людей, но не все догадывались об этом. Конечно, я стараюсь не обижать людей, хотя повышать голос иногда вынужден. Не каждый может понять, каково нести груз ответственности.

— Что Вы никогда не сможете простить сотруднику?

— Нет таких вещей, которые нельзя было простить. Я — не Господь Бог, чтобы оценивать поступки людей. Я христианин по Вере. Сердиться можно, а не прощать — нет. Пусть Там, Наверху, разбираются. А здесь на разбор нет времени. Жизнь прекрасна и коротка.

— Ваша главная черта характера?

— Не скажу. Душа человека не проходной двор (смеется).

— Что для Вас — счастье?

— Счастье я понимаю по Юрию Никулину: «… Когда утром с радостью идешь на работу, а вечером с радостью возвращаешься домой».

… Понимаете, я состоялся в жизни. Наверное, мне это дает возможность немного по-другому смотреть на жизнь. Не надо толкаться локтями. Мне было тяжело, когда я был в одной специальности, в офтальмологии. Постоянно приходилось думать: «А что скажет Трубилин, а что скажет Акопян? Что подумает Сидоренко?» Сейчас, честно говоря, мне все равно, кто и что подумает. И не потому, что я не уважаю этих людей. К ним я отношусь с большим уважением. Просто «многопрофиль» дает возможность не обращать внимания на мелочи, смотреть на вещи более широко, глобально.

В сознании человека должны быть Учитель и Вера

— Вы являетесь учредителем Центра поддержки слепых и слабовидящих, оказываете помощь слепым детям в Смоленске и Ростове. Не могли бы рассказать об этом?

— Вы знаете, на Руси было не принято этим бахвалиться. Вы нигде не найдете, чтобы я эту сторону своей работы выдавал за некое достижение. В отличие от некоторых коллег я не показываю на сайте уважаемых людей, которые проходили лечение в нашей клинике. Благотворительность сравнима с интимной стороной жизни — сделал и молчи. Зачем обо всем рассказывать? Мы стараемся для детишек. У одного парня в смоленском интернате близорукость была –13,0, я «починил» ему глаза, а его сразу захотели призвать в армию. Пришлось договариваться с губернатором, чтобы мальчика не трогали, потому что нельзя служить с таким зрением. Помню двух девочек-подружек, которых я оперировал. Они не могли дня прожить друг без друга. Одна уезжала раньше, а второй девочке надо было кое-что доделать, так они, бедные, рыдали. Дети быстро привыкают друг к другу… Многое зависит от людей, которые занимаются детьми. Директор Смоленского центра заработала себе гипертонический криз: чтобы работать с такими детьми, надо иметь сердце Железного дровосека. Это совсем не просто.

Когда я первый раз набирал официантов для работы в ресторане «В темноте», мне нужно было из 60 человек выбрать 10. Вы не представляете, как люди плакали, держали меня за руку, уговаривали: «Возьмите меня, возьмите меня!» Когда они кричали, как их всюду обманывают! Клянусь Вам, когда я вышел из кабинета, ревел, как корова. Они получают пенсию 2500 рублей (!). Сегодня они не могут играть на похоронах, как это было раньше, — вместо оркестра ставят музыкальный центр; они не могут собирать розетки — из Турции приходят готовые и более дешевые… Я хочу, чтобы Вы понимали: когда человек делает доброе дело, особенно, если речь идет о благотворительности, не надо ставить это себе в заслугу. Такие вещи любят тишину.

— Что Вы больше всего цените в мужчине и в женщине?

— В мужчине — конкретность, ответственность за свои слова. Считаю это самым важным. В женщине — стабильность. Женщина с нестабильной психикой, на мой взгляд, явление довольно опасное.

— Что для Вас семья?

— Семья — это все. Это как фундамент у дома. Если бы не было семьи, если бы семья меня не поддержала в моих начинаниях, ничего бы не было, я бы не состоялся. Семья — серьезная опора в жизни, но и ответственность, особенно понимаешь это в тяжелые моменты. Вместе в горе и в радости!

— Как любите проводить свободное время?

— Обожаю играть в большой теннис и безмерно рад, что семья меня в этом поддерживает. Знаете, как я отмечаю свои дни рождения? Приведу один пример. Мы всей семьей сняли теннисный корт и устроили семейный турнир. Накануне я заказал майки, на спине были изображены две ладошки, означающие «пять» и пять», дипломы, вымпел, медали. Около 2,5 часов мы играли друг с другом. После турнира на оборотной стороне вымпела пометили результаты и начертили итоговую турнирную таблицу. Хорошая, добрая память.

— Вы — верующий человек.

— Если честно, я был кандидатом в члены КПСС, в Бога не верил, пока не съездил в Новый Афон. Считаю, что в сознании человека обязательно должны быть Учитель и Вера. С опорой на эти Начала, как на костылики, человек идет по жизни.

…Принято считать, что у офтальмологов нет ангела-хранителя. Оказывается, есть, только я не слышал раньше об этом. Недавно я узнал, что в Елоховском соборе в Москве находятся мощи Святого Алексия, первого Патриарха Московского и Всея Руси, который в свое время вылечил страдавшую слепотой жену хана Батыя. В знак благодарности Батый одарил Патриарха деньгами и золотыми одеждами и пообещал не нападать на Москву. Поэтому, на мой взгляд, ангелом-хранителем офтальмологов должен быть Святой Алексий.

— Игорь Борисович! Я благодарю Вас за разговор! Вы — интересный собеседник.

— Спасибо! Интересный — это когда мудрость постучала в дверь, и накоплен большой жизненный опыт.

Интервью подготовила и вела
Лариса Тумар

Инновационные технологии диагностики, терапии и хирургии патологии переднего отдела глазного яблока, глаукомы и придаточного аппарата органа зрения

Межрегиональная научно-практическая конференция

Организатор: Краснодарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

16 сентября 2020 года в режиме онлайн прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Инновационные технологии диагностики, терапии и хирургии патологии переднего отрезка глазного яблока, глаукомы и придаточного аппарата органа зрения».

Со словами приветствия к участникам обратились директор Краснодарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» к.м.н., к.э.н. С.Н. Сахнов, генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» профессор А.М. Чухраёв, заместитель генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по научной работе профессор Б.Э. Малюгин, заместитель генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по организационной работе и инновационному развитию профессор Н.С. Ходжаев.

Секция «Актуальные проблемы глаукомы»

С докладом «Актуальные проблемы глаукомы» выступил профессор Н.С. Ходжаев (Москва). Анализ причин прогрессирования глаукомы показывает, что в 86% случаев ПОУГ происходит прогрессивное ухудшение зрительных функций с переходом заболевания в более тяжелую стадию; в 20% случаев при полном соблюдении комплаенса глаукома прогрессирует. В большинстве случаев врачи-офтальмологи придерживаются консервативной тактике ведения больных, предпочитая сложные схемы инстилляций нескольких препаратов (в 51,2% случаев) лазерным или хирургическим вмешательствам. По данным литературы, в России прогрессирование глаукомы на фоне медикаментозного лечения происходит в 30-86% случаев.

Среди основных факторов риска избыточного рубцевания — местная терапия ЛС с консервантами. Продолжительное использование гипотензивных препаратов способствует развитию хронического воспалительного процесса в конъюнктиве и подлежащих тканях, что потенцирует послеоперационный фиброз.

Автор указывает на очевидность необходимости пересмотра тактики ведения пациентов, по его мнению, целесообразно рассмотреть включение лазерных и хирургических методов лечения даже при первых режимах курации. В «Национальном руководстве по глаукоме» указано: «Несмотря на очевидные достижения в медикаментозном и лазерном лечении глаукомы, хирургический метод является наиболее эффективным способом нормализации ВГД и сохранения зрительных функций».

О клиническом значении определения толерантного давления при ПОУГ доложил д.м.н. С.В. Балалин (Волгоград). Прогрессирование глаукомы, как отметил докладчик, напрямую зависит от ВГД. Снижение ВГД на 1 мм рт.ст. снижает риск прогрессирования глаукомы на 19%, при этом увеличение суточных колебаний ВГД на 1 мм рт.ст. повышает риск прогрессирования на 30%. Результаты исследований показывают, что у больных глаукомой в 94,6% случаев сохраняется зрение при условии, что колебания ВГД не превышали индивидуально переносимое ВГД.

Далее докладчик подробно остановился на методе определения индивидуально переносимого (толерантного) ВГД с применением программного обеспечения Toliop.

«Современные критерии эффективности операций фильтрующего типа» — тема сообщения, с которым выступила к.м.н. Н.В. Волкова (Иркутск). Глаукоматозное поражение носит мультифакториальный характер, однако наиболее понятными компонентами являются повышенное ВГД и нарушенное глазное кровообращение. Компонент хронической ишемии играет ключевую роль в прогрессировании глаукомной оптической нейропатии.

Анализ активности гипотензивных режимов показал, что гипотензивный эффект при местной медикаментозной терапии составляет 20%, аргон-лазерной трабекулопластики — 25%, фистулизирующей операции — 48%. Суточные колебания ВГД при медикаментозной терапии достигают 5,5 мм рт.ст., после фистулизирующей операции — 2,3 мм рт.ст.

Об актуальности создания регистра пациентов с глаукомой в ЮФО от группы авторов рассказала Е.В. Афонина (Краснодар).

О новых возможностях терапии ССГ у пациентов с глаукомой с применением БАД «Дельфанто» доложил профессор О.И. Лебедев (Омск).

О.А. Колпакова (Тамбов) выступила с докладом «Сравнительный анализ применения полимерного микрошунта отечественного производства и микроинвазивной непроникающей глубокой склерэктомии в комбинированной хирургии глаукомы и катаракты». По данным литературы, сочетание ПОУГ и катаракты варьирует в пределах 17-76%; при рефрактерной глаукоме частота встречаемости сочетанной патологии варьирует в пределах 40-85%.

Цель исследования заключалась в анализе клинических результатов одномоментной факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ с применением микрошунта отечественного производства и микроинвазивной непроникающей глубокой склерэктомией у 34 пациентов с катарактой и глаукомой.

Исследования показали, что применение современных микроинвазивных технологий в комбинированной хирургии глаукомы и катаракты обеспечивают малый процент интра- и послеоперационных осложнений и позволяют достигнуть длительной нормализации офтальмотонуса и увеличения зрительных функций путем однократного оперативного вмешательства. Комбинированная хирургия катаракты и глаукомы в развитой и далекозашедшей стадиях с использованием микрошунта «Репер-НН» является эффективным методом лечения и обеспечивает более длительный гипотензивный эффект по сравнению с одномоментной факоэмульсификацией в комбинации с МНГСЭ.

К.м.н. О.В. Гончаренко (Краснодар) представил сравнительный анализ результатов сочетанной хирургии катаракты и глаукомы. По мнению автора, трабекулотомия может служить хорошей альтернативой НГСЭ в сочетанной хирургии катаракты и глаукомы. Необходимо учитывать стадию глаукомы (отсутствие блокады оттока через склеральные вены). Трабекулотомия противопоказана при новообразованных или расширенных сосудах угла передней камеры.

«Национальное руководство по глаукоме: фокус на бесконсервантную терапию» — тема сообщения, с которым выступила д.м.н. Е.В. Карлова (Самара).

Клинический случай аденокарциномы цилиарного тела в своем докладе представила профессор И.Е. Панова (Санкт-Петербург). Аденокарцинома — злокачественный вариант аденомы, происходит из пигментного цилиарного эпителия; встречается крайне редко; отличается от аденомы более быстрым ростом; локализуется у корня радужки; характерен местный агрессивный и инвазивный рост; метастазы не описаны. Лечение оперативное: при локальной опухоли показана ее эксцизия в едином блоке с окружающими здоровыми тканями. Распространенная аденокарцинома требует энуклеации.

Гистологически различают три типа аденом и аденокарцином: солидный, папиллярный и плеоморфный.

Профессор И.Е. Панова представила клинический случай аденокарциномы. Пациенту после консультации офтальмоонколога был поставлен предварительный диагноз «новообразование цилиарного тела». Далее автор остановилась на проведении иридоциклохориосклерэктомии с удалением новообразования. Иммуногистологическое исследование выявило гистологическую картину и иммунофенотип опухоли, характерные для аденокарциномы low grade цилиарного тела.

В заключение автор отметила, что аденокарцинома беспигментного эпителия цилиарного тела — крайне редкая опухоль, имеющая клинические и патогенетические отличительные особенности от других опухолей цилиарного тела. При своевременном обнаружении и проведении локального хирургического лечения возможно сохранить высокие зрительные функции и остановить прогрессирование заболевания. При радикальной блокэксцизии опухоли единым блоком проведение дополнительного лечения (брахитерапии, химиотерапии) не требуется. При распространенных стадиях с развитием вторичной глаукомы показана энуклеация глазного яблока. Аденокарцинома не имеет склонности к рецидивированию и метастазированию. Прогноз для жизни благоприятный.

Секция «Вопросы терапии и хирургии патологии переднего отдела глазного яблока и придаточного аппарата органа зрения»

Открыл работу секции доклад к.м.н. Н.В. Майчук (Москва) на тему «Рефракционная «цена» заболеваний глазной поверхности». Докладчик обратила внимание на то, что ССГ — частое сопутствующее заболевание у пациентов с рефракционными нарушениями; ССГ влияет на рефракционные показатели; необходимым этапом диагностики является выявление ССГ до операции; перед кераторефракционной операцией (КРО) необходимо компенсировать ССГ; предпочтение выбора КРО — минимально индуцирующее ССГ вмешательство.

Профессор И.Е. Панова (Санкт-Петербург) представила доклад на тему «Мультимодальная диагностика меланомы хориоидеи». Меланома хориодеи в структуре офтальмоонкологической патологии занимает 2-е место (22%) после рака кожи век; метастазирование увеальной меланомы до 50%. Среди методов мультимодальной диагностики — УЗИ с ЦДК, гистография; ОКТ, ангио-ОКТ; ФАГ, ICG; МРТ/МСКТ (по показаниям).

Мультимодальный диагностический подход в верификации меланомы хориоидеи позволяет оценить размеры образования, определить наличие транссудативного компонента, новообразованных сосудов, определить гемодинамические характеристики опухоли; мультимодальный подход играет важную роль в выборе метода лечения и прогнозировании течения заболевания.

«Алгоритм рефракционной хирургии при миопии слабой степени с учетом возрастных и профессиональных факторов» — доклад к.м.н. О.А. Клоковой (Краснодар).

По мнению автора, миопия слабой степени имеет право на лазерную коррекцию практически в любом возрасте и при любой профессии при соблюдении определенных правил отбора и подготовки пациентов. Индивидуальный подход к планированию тактики лечения гарантирует запланированный рефракционный результат и высокий уровень удовлетворенности пациента.

Ю.В. Ненашева (Тамбов) доложила об имплантации ИОЛ с малой аддидацией и асимметричной оптикой пациентам с аметропиями высокой степени. Одним из методов коррекции аномалий рефракции наряду с очками, контактными линзами и рефракционной хирургией является факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ.

Преимуществами ИОЛ, основанных на принципах ротационной асимметрии, являются обеспечение высокой пространственной контрастной чувствительности, уменьшение количества нежелательных световых феноменов, независимость от размеров зрачка, быстрая нейроадаптация.

Авторы поставили перед собой цель проанализировать функциональные результаты факомульсификации с имплантацией ИОЛ Lentis Comfort пациентам с аметропией высокой степени.

Особенности операций: факоэмульсификация с фемтосопровождением с имплантацией ИОЛ Lentis Comfort; основной разрез 2,2 мм; диаметр капсулорексиса 6 мм; расположение ИОЛ дополнительным сектором вниз; все операции протекали без осложнений.

Результаты проведенного исследования показали, что конструкция ИОЛ Lentis Comfort обеспечивает удобную имплантацию и стабильное центральное положение линзы в капсульном мешке у пациентов с высокими степенями аметропий; имплантация ИОЛ Lentis Comfort обеспечивает высокое качество зрения на различных дистанциях, снижает зависимость от очков, позволяя в большинстве случаев не использовать коррекцию для дали и среднего расстояния, что важно для группы пациентов, работающих за компьютером и использующих автомобиль. Высокая субъективная оценка пациентами зрительных функций после операции, а также низкий уровень нежелательных световых феноменов, особенно в ночное время суток, способствует быстрой адаптации пациентов в послеоперационном периоде.

О новых возможностях комплексной терапии больных с ССГ различной этиологии от группы авторов рассказал профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург). В качестве причин снижения стабильности слезной пленки автор назвал патологию муцинового слоя (снижение выработки муцинов), патологию водянистого слоя (снижение слезопродукции), патологию липидного слоя (снижение продукции липидов, изменение качественного состава липидного секрета), нарушение целостности эпителиальной мембраны роговицы, инконгруэтность роговицы и век (рубцовая деформация век и конъюнктивы, дистрофические изменения роговицы и конъюнктивы).

Дефицит муцинового покрытия глазной поверхности может быть вызван синдромом Съёгрена, Стивенс-Джонсона, Лайелла; систематическими инстилляциями глазных капель, содержащих консерванты; системным или местным дефицитом витамина А, патологией эпителия глазной поверхности различного генеза.

Причинами дефицита водянистого слоя слезной пленки являются синдром Съёгрена, Стивенс-Джонса, Лайелла, систематические инстилляции глазных капель, содержащих бета-андреноблокаторы, компьютерный зрительный синдром, аутоиммунная реакция «трансплантат против хозяина».

В основе дефицита липидного слоя слезной пленки — перименопауза, дисфункция мейбомиевых желез, лагофтальм, нарушение мигательной функции; компьютерный зрительный синдром, систематические инстилляции глазных капель, содержащих консерванты.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения препарата «Дельфанто» в комплексной терапии больных с ССГ различной этиологии и тяжести клинического течения.

В результате проведенных исследований авторы пришли к выводу о том, что у всех пациентов на фоне комплексной терапии с применением «Дельфанто» отмечено снижение выраженности субъективных проявлений ССГ, повышение стабильности слезной пленки, повышение показателей слезопродукции. Динамика изменений основных параметров течения ксеротического процесса нарастает по мере продолжения проводимой комплексной терапии, достигая максимума к 30 дню. Эффективность лечения больных с ССГ различной этиологии и тяжести достоверно повышается при дополнительном применении «Дельфанто» в ежедневной дозе 60 мг при легкой и среднетяжелой формах ССГ, в ежедневной дозе 120 мг при тяжелом течении ССГ. Максимальный эффект «Дельфанто» в комплексной терапии больных с ССГ отмечен у пациентов с ДМЖ (хроническим мейбомиевым блефаритом). Наиболее подверженными проводимой терапии оказались больные с легким клиническим течением роговично-конъюнктивального ксероза.

«Глаукома и сопутствующая глазная патология: как не навредить?» — тема сообщения к.м.н. А.А. Антонова (Москва), в котором речь шла в основном о сочетании глаукомы и возрастной макулярной дегенерации. При лечении пациента с глаукомой на выбор терапии оказывает влияние сопутствующая патология. Среди глазной патологии важнейшее значение имеют ССГ и возрастная макулярная дегенерация (ВМД), определяющие тяжесть течения глаукомы и оказывающее влияние на выбор терапии. Лечение ВМД осложняет течение глаукомы, и в ряде случаев эндовитреальное введение ингибитора ангиогенеза влияет на ВГД. Интравитреальное введение дополнительного объема жидкости вызывает значительное повышение ВГД (ICare), в среднем, до 38 мм рт.ст. с последующей тенденцией к нормализации офтальмотонуса; степень подъема ВГД зависит от исходных параметров фиброзной оболочки глаза; в результате острого повышения ВГД происходит статистически значимое расширение экскавации ДЗН и увеличение глубины экскавации; показатели возвращаются к исходному уровню в течение нескольких часов после интравитреальной инъекции, однако повторная инъекция сопровождается подъемом ВГД и отрицательными изменениями параметров ДЗН.

Докладчик отметил, что 96% пациентов достигают целевого ВГД на фиксированной комбинации Бринзоламид/Тимолол после перевода с бета-блокаторов. Преимущества фиксированных комбинаций: лучшее выполнение пациентом назначений врача; меньшее количество флаконов; меньше капель; меньшая токсичность, связанная с консервантами; отсутствие эффекта вымывания для дополнительного препарата; сокращение времени закапывания; цена. При этом результаты сравнительного исследования глазного дискомфорта показывают, что ФК Бринзоламид/Тимолол обеспечивает больший комфорт по сравнению с ФК Дорзоламид/Тимолол.

К.м.н. А.А. Бойко (Краснодар) рассказал об опыте использования варифокальных ИОЛ у пациентов с миопией.

К.м.н. В.О. Кириченко представил современные подходы к ведению пациентов при хирургических вмешательствах в офтальмологии.

О современном подходе к лечению пациентов с синдромом пигментной дисперсии и миопией от группы авторов доложила П.А. Карагодина (Краснодар). Синдром пигментной дисперсии (СПД) является латентной стадией пигментной глаукомы. Ключевые звенья патогенеза СПД: формирование обратного зрачкового блока; альтерация радужки; патологическое иридозонулярное трение; механическое разрушение пигментного листка.

Цель исследования заключалась в проведении проспективного исследования отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с синдромом пигментной дисперсии и миопией, которым была выполнена лазерная базальная иридэктомия и в последующем — кераторефракционная операция.

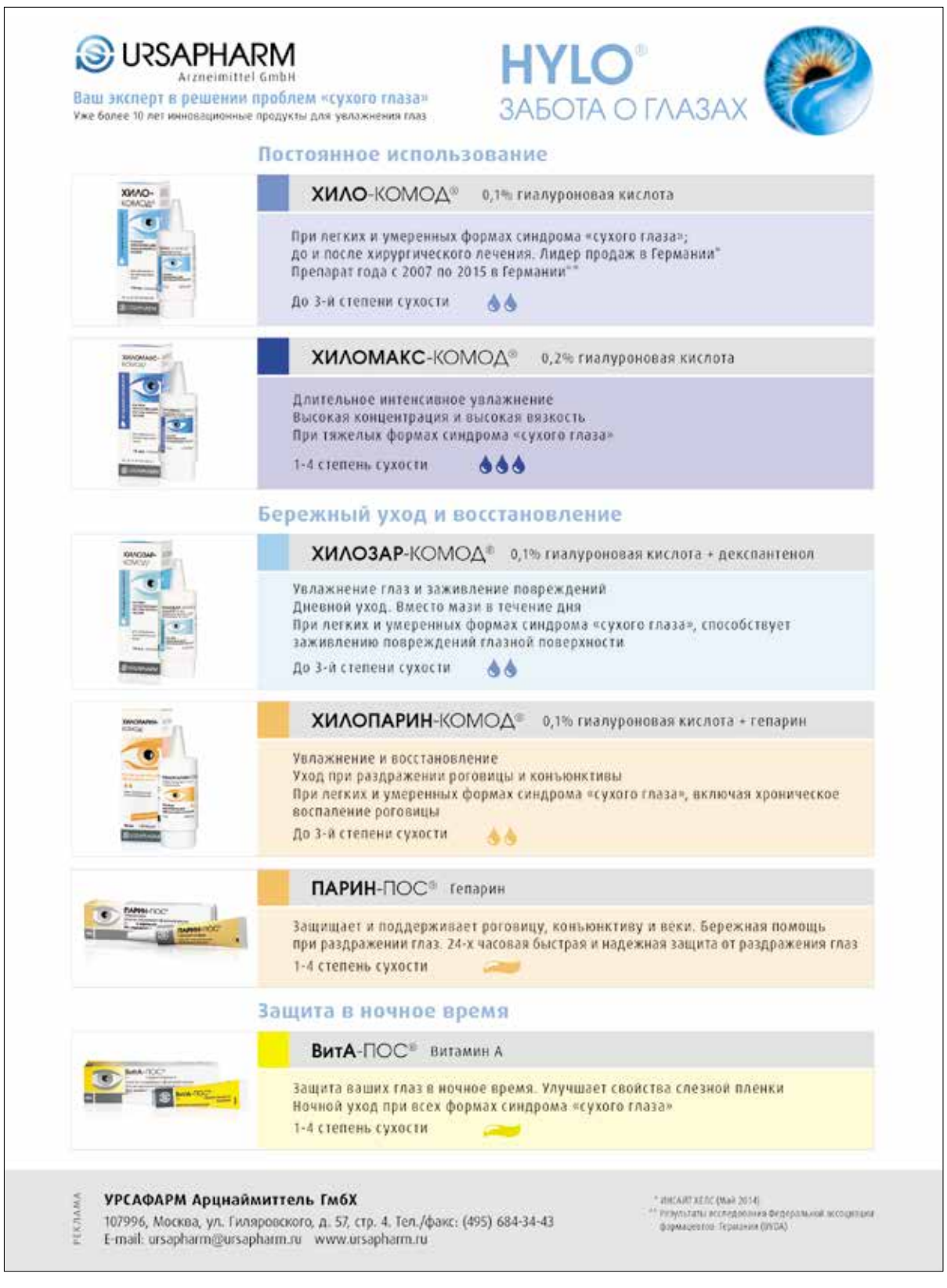
Результаты исследования позволили авторам прийти к следующему выводу: современные диагностические приборы позволяют осуществлять мониторинг ВГД с учетом данных пахиметрии роговицы; активный подход к лечению СПД можно рассматривать как эффективный способ профилактики пигментной глаукомы; отдаленные результаты базальной иридэктомии и лазерной коррекции зрения при лечении сочетанной патологии СПД и миопии свидетельствует о безопасности и эффективности данного подхода, однако, по мнению авторов, требуется дальнейшее наблюдение.

С заключительным докладом на тему «Эффективность хирургического лечения горизонтального косоглазия методом дупликатуры прямых мышц глаза в сочетании с рецессией мышцы антагониста» выступила Ю.И. Трилюдина (Краснодар). Преимущества тенорафии по сравнению с резекцией заключаются в том, что дупликатура прямых мышц выполняется технически легче и быстрее, что укорачивает время операции и анестезии; существует меньший риск развития кровотечения в ходе операции; вмешательство может выполняться через минимально инвазивный доступ под местной анестезией; результаты операции легко поддаются коррекции в ближайшем послеоперационном периоде с помощью регулируемого шва; не существует риска «потерять» мышцу.

Техника операции тенорафии: разрез конъюнктивы производится над местом прикрепления мышцы; мышца берется на крючок, освобождается от фасции; циркулем от места прикрепления отмечается расстояние предполагаемой тенорафии; с обоих краев мышцы на ¼ ее ширины на нужном расстоянии накладываются узловые швы одной нитью без захвата крупных мышечных сосудов, производятся проколы в слоях склеры на 1 мм проксимальнее места прикрепления мышцы в проекции ее краев. Полученный п-образный шов затягивается и завязывается на склере. Для минимизации вероятности появления узловатого утолщения конъюнктивы в месте формирования дупликатуры мышцы, а также снижения риска «провисания» подтягиваемой мышцы, на срединную часть сложенного сегмента мышцы накладывается дополнительный регулируемый шов с подшиванием к склере впереди места крепления мышцы.

Представленные автором клинические примеры показали, что тенорафия в сочетании с рецессией мышцы антагониста дает прогнозируемые стабильные результаты. Состояние ортотропии было достигнуто в 88% случаев, хороший косметический эффект — в 97%. Метод тенорафии менее инвазивен, технически проще, безопаснее, более физиологичен, так как не происходит отсечения мышцы от места прикрепления и нарушения кровоснабжения в переднем отрезке глаза; метод дает возможность провести коррекцию результатов вмешательства в ближайшем послеоперационном периоде (5,6%). При выполнении модифицированной методики тенорафии не наблюдалось провисания подтянутой мышцы или образования видимого конъюнктивального утолщения в месте формирования дупликатуры мышцы.

Материал подготовил
Сергей Тумар



Инновационные технологии диагностики и хирургического лечения патологии заднего отрезка глазного яблока и зрительного нерва

Межрегиональная научно-практическая конференция

Организатор: Краснодарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

14-15 октября 2020 года в режиме онлайн состоялась межрегиональная научно-практическая конференция на тему «Инновационные технологии диагностики и хирургического лечения патологии заднего отрезка глазного яблока и зрительного нерва».

Участников приветствовали директор Краснодарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» к.м.н., к.э.н. С.Н. Сахнов, заместитель генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по научно-клинической работе профессор А.В. Дога, заместитель генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по научной работе профессор Б.Э. Малюгин, заместитель генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по организационной работе и инновационному развитию профессор Н.С. Ходжаев.

Секция «Технологии хирургического лечения патологии заднего отдела глазного яблока»

С первым докладом выступил А.Ю. Худяков (Хабаровск). Он привел анализ отдаленных результатов хирургического лечения массивной субмакулярной геморрагии у пациентов с влажной формой ВМД путем субретинального введения рекомбинантной проурокиназы («Гемаза») и пневмодислокации сгустка крови.

Лечение проводилось 22 пациентам, 16 мужчин, 6 женщин, в возрасте 52-85 лет, с остротой зрения 0,03 — 0,1. Время возникновения СМГ от 5 дней до 2 недель. Толщина макулярной сетчатки 800 — 2050 мкм; начальная форма возрастной катаракты — 14 случаев, артифакия — 8 случаев, введение ранибизумаба в анамнезе — 7 случаев.

Метод хирургического лечения: витрэктомия 25G; в пределах сосудистых аркад в верхневисочной области прокол сетчатки иглой 38G, субретинальное введение раствора гемазы от 1000 до 3000 МЕ (0,1-0,6 мл); объем введенного препарата варьировал в зависимости от размеров геморрагии; пневморетинопексия.

Результаты через 7 дней: дислокация сгустка за пределы макулы во всех случаях; сетчатка прилежит; острота зрения 0,05 — 0,4; редукция макулярного отека (МО) с уменьшением толщины сетчатки в фовеа: 267 — 375 мкм. Результаты через 24-30 мес.: острота зрения 0,05 — 0,5; регресс МО; субъективно значительное улучшение зрительных функций; исчезновение «пятна» в центральном поле зрения.

По мнению автора, метод показал свою эффективность; наличие осложнений в отдаленном послеоперационном периоде обусловлено тяжестью основного заболевания; данный метод лечения позволяет повысить и сохранить центральную остроту зрения, а также существенно уменьшить размеры абсолютной центральной скотомы.

О первом опыте витреоретинальных вмешательств с использованием микроскопа Leica Proveo 8 рассказал Г.Ю. Карапетов (Краснодар). Авторами поставлена цель провести сравнительную оценку клинической эффективности хирургического лечения различной витреоретинальной патологии при применении высокотехнологичного оборудования с позиций длительности операции и скорости реабилитации в послеоперационном периоде. Прооперировано 46 пациентов (46 глаз) с наличием эпиретинальной мембраны, макулярного разрыва, отслойки сетчатки и пролиферативной формы ДРП. Пациенты были разделены на 4 группы по возрасту, гендерному признаку и степени нарушения функций сетчатки в зависимости от условий проведения витрэктомии.

В первой группе операции проводились с использованием микроскопа Leica M844+BIOM 4 и хирургической операционной системы Accurus; во второй использовались микроскоп Leica M844+BIOM 4 и хирургическая операционная система EVA; в третьей группе — Leica Proveo 8+RUV800 и хирургическая операционная система Accurus; в четвертой — Leica Proveo 8+RUV800 и хирургическая операционная система EVA.

Автор обратил внимание на то, что наиболее выраженные изменения в отношении затраченного времени (уменьшение на 39%) отмечено в 4-й группе, при этом основным показателем стало снижение утомляемости хирурга.

По мнению Г.Ю. Карапетова, использование высокотехнологичного оборудования приводит не только к увеличению субъективного комфорта хирурга, но и позволяет сократить длительность хирургических вмешательств, снижает утомляемость, риск «выгорания» специалистов, повышает производительность и качество работы.

«Дополнительные аспекты удаления ВПМ» — тема доклада, сделанного от группы авторов к.м.н. П.В. Лыскиным (Москва). Современная тенденция — расширение показаний к удалению ВПМ. По мнению ряда авторов, процедуру рекомендуется проводить для профилактики эпиретинального фиброза в хирургии отслойки сетчатки и хирургии эпиретинальных мембран, в хирургии ПДР и т.д. Регулярно тиражируется тезис о том, что удаление ВПМ позволяет предупредить развитие пролиферативных процессов на поверхности сетчатки и тем самым улучшить зрительные функции после хирургического лечения. Однако до настоящего времени тезис не получил объективного подтверждения, при этом подавляющее большинство публикаций имеют положительную коннотацию в отношении удаления ВМП.

Далее автор привел дополнительные аспекты удаления ВМП, имеющие объективное подтверждение. В сроки от 1 до 3 месяцев у 46% пациентов, которым была проведена витрэктомия с пилингом ВПМ, развивались изменения в слое нервных волокон сетчатки; по данным ОКТ en face, происходит прогрессирование дефектов внутренних слоев сетчатки после пилинга ВМП по поводу макулярного отверстия. Удаление ВПМ приводит к обнажению слоя нервных волокон, часть слоя нервных волокон отрывается и остается на удаленной ВПМ, при этом прогнозировать толщину слоя нервных волокон, остающихся на поверхности удаленной ВМП после пилинга, не представляется возможным. Во всех случаях после пилинга ВПМ возникают дефекты в поверхностном слое сетчатки (слое нервных волокон) в пределах удаленной ВПМ; прогнозировать степень будущих изменений невозможно; более того, возникающие дефекты со временем прогрессируют.

Таким образом, проведенные исследования позволили авторам прийти к следующему выводу: при принятии решения об удалении ВПМ необходимо учитывать, что ее удаление кроме потенциальной опасности ятрогенной интраоперационной травмы приводит к необратимой, прогрессирующей дезорганизации микроархитектуры сетчатки в зоне удаленной ВПМ во всех случаях его проведения; степень дезорганизации микроархитектуры непредсказуема; ВПМ пилинг может приводить к снижению зрительных функций в отдаленном послеоперационном периоде; нарушение микроархитектуры сетчатки в области удаленной ВПМ регистрируется в сроки от 1 до 3 месяцев после операции; диссоциация слоя нервных волокон имеет тенденцию к прогрессированию и достигает максимума к 18-24 месяцам, после чего остается стабильной; появление зрительного дискомфорта несколько запаздывает по отношению к прогрессированию диссоциации слоя нервных волокон и проявляется к 18-36 месяцам после операции.

Пилинг ВПМ приводит к необратимым, прогрессирующим изменениям микроархитектуры сетчатки и ухудшению качества зрения в отдаленном полеоперационном периоде. В этой связи процедуру удаления ВПМ следует рассматривать как потенциально опасную. Целесообразным представляется не расширение, а сужение показаний к применению данной процедуры.

Д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург) представил сообщение на тему «Современные аспекты лечения послеоперационных бактериальных эндофтальмитов». В докладе автор привел экспериментальное обоснование персонализированного дозирования антибактериальных препаратов для интравитреального введения в лечении острых послеоперационных эндофтальмитов.

Эндотальмит (ЭФ) — воспаление внутренних оболочек глазного яблока с образованием экссудата в витреальной полости/передней камере. Острый послеоперационный ЭФ — грозное хирургическое осложнение, которое без адекватного лечения приводит к утрате зрительных функций и анатомической потере глаза. Острый бактериальный послеоперационный эндофтальмит (ОБПЭ) способен возникнуть после любого полостного хирургического вмешательства на глазном яблоке: хирургия катаракты, хирургия глаукомы, витреоретинальная хирургия, интравитреальные инъекции и т.д. Любая безупречно выполненная операция не исключает риска его развития.

«Золотой стандарт» лечения ОБПЭ: витрэктомия, забор содержимого витреальной полости и передней камеры на посев микрофлоры и определение ее чувствительности к антибиотикам (АБ), интравитреальное введение (ИВВ) ванкомицина в дозе 1 мг/0,1 мл и цефтазадима в дозе 2,25 мг/0,1 мл на завершающем этапе вмешательства.

Как отметил В.Н. Казайкин, доза АБ унифицирована для всех пациентов, однако длина глаза вариабельна; объем витреальной полости зависит от длины глаза, наличия заместителя СТ; таким образом, стандартная доза АБ может быть недостаточной или избыточной.

Авторы поставили перед собой следующую цель исследования: на основании математического моделирования глазного яблока и экспериментального исследования разработать автоматическую систему индивидуального дозирования антибактериальных препаратов для ИВВ при лечении ОБПЭ.

Разработанная компьютерная программа позволяет прецизионно рассчитывать дозу антибактериальных препаратов для ИВВ, достаточную для подавления бактериальной микрофлоры и безопасную для интраокулярных структур. Клинические и гистоморфологические исследования, проведенные на модели индуцированного ОБПЭ у лабораторных животных, доказали, что для эффективного лечения острого эндофтальмита и минимизации риска токсического повреждения интраокулярных структур доза антибактериальных препаратов должна быть индивидуальной для каждого пациента. У ванкомицина достаточная и безопасная концентрация в витреальной полости составляет 128 мкг/мл.

К.м.н. А.В. Усов (Краснодар) представил клинический случай дислокации импланта дексаметазона в переднюю камеру.

Т.Е. Курская (Краснодар) от группы авторов выступила с сообщением на тему «Тактика хирургического лечения геморрагических осложнений в глазах с силиконовой тампонадой после хирургии пролиферативной диабетической ретинопатии». При обнаружении кровоизлияния в макулярную зону под силиконовое масло выполняется повторное эндовитреальное вмешательство, при котором из витреальной полости производится удаление небольшого количества силикона (около 1 мл), в один из портов подается раствор BSS. Таким образом, создается полость с жидкостью между сетчаткой и силиконом, в которую вводится гемаза. После этого производится

удаление сгустков в водной среде при помощи канюли или витреотома с постоянным добавлением раствора гемазы. После удаления крови жидкость удаляется, и выполняется полная тампонада силиконовым маслом.

Разработанная методика позволяет выполнять малотравматичное удаление геморрагических сгустков, возникших в раннем послеоперационном периоде после хирургического лечения тяжелых проявлений пролиферативной диабетической ретинопатии. Применение гемазы дает возможность не травмировать сетчатку и предотвращает ятрогенные разрывы при отделении геморрагических сгустков с поверхности сетчатой оболочки глаза.

Д.м.н. В.В. Мясникова (Краснодар) в своем докладе остановилась на вопросе выбора анестезии при витреоретинальных вмешательствах. Особенностями витреоретинальных вмешательств являются: 1. Максимальный в офтальмохирургии объем вмешательства, часто требующий субтотального удаления стекловидного тела и манипуляций с сетчаткой глаза; 2. Действия хирурга осуществляются при 4-12-кратном увеличении микроскопа и требуют полной неподвижности пациента в течение 1,5-2 часов; 3. Для обеспечения адекватного обезболивания и седации пациента, создания оптимальных условий для хирурга, выполняющего длительное оперативное вмешательство, требуется эффективное и максимально безопасное анестезиологическое пособие; 4. Сахарный диабет является самым распространенным заболеванием среди пациентов, которым планируется витреоретинальная хирургия. При предоперационном обследовании обязательно определение глюкозы крови натощак, при показателе более 10 ммоль/л пациенту требуется предварительная коррекция гипергликемии; 5. У пациентов витреоретинальной хирургии, находящихся на системном гемодиализе, необходим контроль уровня электролитов (особенно калия крови), предоперационная консультация и рекомендации нефролога. Проведение операции возможно в междиализный период; 6. У пациентов с сопутствующим сахарным диабетом местная анестезия имеет ряд преимуществ: минимальное нарушение режима питания, медикаментозного лечения и контроля уровня сахара в крови; 6. По данным некоторых авторов, послеоперационная тошнота и рвота наблюдается у пациентов в 20-30% случаев после витреоретинальных операций, что может вызвать такие серьезные осложнения, как внутриглазное кровоизлияние, разрыв швов, выпадение структур глаза; 8. Развитие окулокардиального рефлекса (ОКР) также описано как частое осложнение витреоретинальных операций.

В офтальмохирургии выбор метода анестезии в большей степени зависит не от болезни глаза и характера операции, а от сопутствующих соматических заболеваний пациента. В США 85-90% витреоретинальных вмешательств выполняются под регионарной анестезией, под общей анестезией выполняются в основном осложненные, а также повторные операции, вмешательства пациентам в возрасте до 20 лет и пациентам, которым недавно проводилась операция на переднем отрезке глаза. В Европе, Великобритании предпочитают проведение общей анестезии — ретробульбарная и перибульбарная анестезия при витреоретинальных операциях не нашли широкого применения ввиду сложности обеспечения длительной и надежной акинезии и анестезии.

Значимым фактором при выборе между общей и местной анестезией является предполагаемая длительность операции. При операции длительностью более 90 минут предпочтительна общая анестезия; общая анестезия может быть методом выбора в ситуации, когда пациент настаивает на ее проведении.

Целью работы было изучение эффективности и безопасности ксеноновой анестезии при витреоретинальных операциях.

Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (28 человек) в качестве основного анестетика применялся ксенон, во второй группе (20 человек) — севофлуран.

Результаты исследования показали, что ксенон является анестетиком выбора при проведении общей анестезии при длительных витреоретинальных операциях у пациентов с сопутствующей патологией и в пожилом возрасте; течение ксеноновой анестезии отличается стабильной гемодинамикой, выход из анестезии быстрый и комфортный. BIS-мониторинг при ксеноновой анестезии не всегда инормативен, что согласуется с литературными данными. Анестезию с применением севофлюрана рекомендуется проводить на фоне инфузионной и инотропной поддержки, чтобы компенсировать значительно снижающееся общее периферическое сопротивление сосудов.

П.М. Шахабутдинова (Москва) выступила с предварительным сообщением на тему «Тактика ведения больных с резидуальными кровоизлияниями после хирургии ПДР». Интраоперационными методами профилактики резидуальных кровоизлияний являются диатермокоагуляция сосудов (невозможно провести коагуляцию крупных стволов, сосудов ДЗН без наличия пролиферативной ткани), повышение давления в ирригационной системе, использование тампонады витреальной полости: силикон (преретинальное кровоизлияние под силиконом может фиброзироваться) или газо-воздушная смесь (неэффективна в предотвращении кровоизлияний).

Тактика ведения пациентов с резидуальными кровоизлияниями: 1. Тактика выжидания (среднее время резорбции кровоизлияния составляет 3-7 месяцев. Снижение качества жизни пациента вследствие низкого зрения); 2. Ревизия витреальной полости с тампонадой силикона или газо-воздушной смеси (требуется повторное, объемное, длительное полостное вмешательство, сопряженное с дополнительной госпитализацией); 3. Введение ингибитора ангиогенеза (сопряжено с высокими материальными затратами).

Авторы поставили перед собой цель разработать метод быстрой резорбции резидуальных кровоизлияний, не требующий повторного длительного эндовитреального вмешательства.

Метод промывания витреальной полости автор продемонстрировала на клиническом случае пациента с пролиферативной диабетической ретинопатией, осложненной катарактой, частичным гемофтальмом, тракционной отслойкой сетчатки на правом глазу. На левом глазу — пролиферативная диабетическая ретинопатия, осложненная катаракта.

В-скан правого глаза: в стекловидном теле взвесь мелкоточечных включений средней акустической плотности, включения в виде зерен высокой и средней плотности, ЗОСТ, гиалоидная мембрана фиксирована кверху от ДЗН, вызывая отслойку сетчатки на h-2,4 мм, L-9,5 мм, книзу от ДЗН локальная приподнятость сетчатки на h-0,2 мм. На остальном протяжении сетчатка прилежит. В стекловидном теле левого глаза взвесь мелкоточечных включений средней акустической плотности, ЗОСТ. Гиалоидная мембрана фиксирована внизу от ДЗН, вызывая локальную приподнятость сетчатки.

Пациенту проведена сочетанная операция ФЭК с имплантацией ИОЛ, трехпортовая 25G витрэктомия, визуализируются шварты, тракционная отслойка сетчатки, проводится эндолазеркоагуляция, диатермокоагуляция, коагулируются источники кровотечения. При пробе на гипотонию визуализируется источник кровотечения, коагулировать который не удается, т.к. кровоизлияние происходит из крупного ствола. На следующий день после операции офтальмоскопически наблюдалась тотальная взвесь в полости глаза плотностью в 38 db. Пациенту проводилось промывание витреальной полости: в верхнем внутреннем сегменте устанавливается инсулиновая игла, с противоположной стороны подается газо-воздушный раствор; кровь выходит через инсулиновую иглу. Процедура продолжается до тех пор, пока в просвете иглы не появится газо-воздушная смесь, после чего вводится раствор гемазы в стандартном разведении. На 10-е сутки после промывания наблюдается полная резорбция кровоизлияния.

Секция «Диагностика заболеваний заднего отдела глазного яблока»

С докладом на тему «Мультимодальная диагностика меланомы хориоидеи» выступила профессор И.Е. Панова (Санкт-Петербург). Меланома хориоидеи — наиболее часто встречающаяся внутриглазная опухоль, в структуре офтальмоонкологической патологии занимает 2 место после рака кожи век (22%). Развивается из меланоцитов, которые располагаются в соединительной ткани межсосудистого пространства, содержат коричневый пигмент меланин; количество меланоцитов определяет цвет сосудистой оболочки и отражает характер пигментации тела человека.

Дифференциальная диагностика: субретинальное кровоизлияние, ХНВ различного генеза, варикозное расширение вортикозной вены, гамартрома пигментного эпителия, хориоретинальный очаг, невус хориоидеи, меланоцитома, фокальная гиперплазия пигментного эпителия.

Клинико-инструментальные критерии меланомы хориоидеи: оранжевый пигмент липофусцин, край опухоли 3 мм от ДЗН, толщина опухоли >2 мм, ультразвуковые пустоты, субретинальная жидкость, снижение остроты зрения, вспышки, отсутствие ореола, пигментные и беспигментные формы, вторичная нерегматогенная отслойка сетчатки.

Инструментальная диагностика: УЗИ с ЦДК, ОКТ-ангиография, диафаноскопия, ФАГ, ICG, МРТ/МСКТ по показаниям.

К.Л. Латиган (Краснодар) от группы авторов выступила с докладом «Дифференциально-диагностические аспекты синдрома увеальной эффузии». Синдром увеальной эффузии (УЭС) — редкое, малоизученное клиническое состояние, характеризующееся развитием спонтанных отслоек сосудистой оболочки и сетчатки, преимущественно у мужчин среднего возраста с неотягощенным анамнезом. Неясность этиопатогенеза, схожесть с рядом других глазных патологий обуславливают сложность постановки диагноза УЭС и выбора оптимальной тактики лечения.

Дифференциальная диагностика проводится с такими заболеваниями, как регматогенная отслойка сетчатки, внутриглазное новообразование, увеит, каротидно-кавернозное соустье и др.

Клиническая картина: снижение остроты зрения различной степени, жалобы на затуманенность зрения, метаморфопсии, боль в глазу при отсутствии анамнестических данных о травмах, хирургических вмешательствах и воспалительных заболеваниях органа зрения, данных о системном приеме лекарственных средств; отсутствие соматической патологии; возможно возникновение ложной гиперметропии; несмотря на наличие отслойки сосудистой оболочки, ВГД может быть нормальным или повышенным; отслойки сосудистой оболочки и сетчатки различной протяженности.

Ультразвуковые характеристики, позволяющие заподозрить УЭС: короткая ПЗО; выявление при β-сканировании утолщенных стенок глазного яблока; сочетанные отслойки сосудистой оболочки и сетчатки.

При наличии клиники УЭС требуется исключить общесоматическую патологию. Автор обратила внимание на необходимость обязательного выполнения МРТ орбит для исключения угрожающих жизни состояний.

Секция «Диагностика и лечение возрастной макулодистрофии»

Профессор И.А. Гндоян (Волгоград) сделала доклад на тему «Терапия ранних стадий ВМД», в котором были представлены результаты клинического мониторинга функциональных показателей у пациентов с ранней стадией ВМД на фоне приема БАД «Ретинорм».

А.Н. Бронская (Краснодар) представила сообщение «Критерии необходимости и эффективности анти-VEGF терапии при разных типах хориоидальной неоваскуляризации». Особенности диагностики и мониторинга ХНВ: Оптическая когерентная томография (ОКТ) применяется для определения наличия ХНВ, оценки активности и контроля в динамике; оптическая когерентная ангиография (ОКТ-А) — для определения расположения, вида ХНВ, структуры, для определения активности ХНВ и контроля в динамике; флюоресцентная ангиография (ФАГ) — для определения расположения, размера ХНВ, ее активности; индоцианиновая ангиография (ИАГ) — для оценки скрытой ХНВ.

Классификация ХНВ. При возрастной макулярной дегенерации (ВМД) — идиопатическая: хориоидальная неоваскуляризация 1 типа (скрытая), хориоидальная неоваскуляризация 2 типа (классическая), смешанная неоваскуляризация, хориоидальная неоваскуляризация 3 типа (ретинальная ангиоматозная пролиферация); хориоидальная неоваскуляризация на фоне других заболеваний (вторичная): миопическая болезнь, центральная серозная хориоретинопатия, хориоретиниты, макулярная телеангиэктазия (Mac Tel 2), посттравматические разрывы хориоидеи, псевдовителиформная ретикулярная дистрофия, атрофическая ВМД и др.; полипоидная хориоидальная васкулопатия.

Приведенные автором клинические примеры показывают, что идиопатические ХНВ имеют разнообразные клинические и морфологические проявления; точность первичной диагностики и анализа результатов терапии — основной залог успеха; наиболее информативным, доступным и безопасным методом диагностики ХНВ является ангио-ОКТ; установить тип ХНВ важно, но необязательно, т.к. на сегодняшний день существует только один вид терапии — анти-VEGF; при назначении лечения необходимо учитывать признаки активности ХНВ, но в ряде случаев показанием к лечению может быть факт перфузии в ХНВ; острота зрения не может служить критерием назначения или отмены терапии; каждый пациент требует детального обследования и индивидуального подхода к терапии.

Е.М. Козина (Волгоград) выступила с докладом «Цель и маркеры успеха терапии влажной ВМД. Когда сложно принять решение!», в котором автором было отмечены результаты применения препарата Афлиберцепт в терапии влажной ВМД.

Продолжила тему лечения влажной формы ВМД к.м.н. Т.О. Сотникова (Краснодар). Докладчик обратила внимание на то, что влажная форма возрастной макулярной дегенерации требует продолжительного лечения с адекватным количеством инъекций, при этом необходимо соблюдать баланс между недостаточной и избыточной терапией. Слишком малый объем лечения приводит к потере зрения вследствие экссудативного процесса, в случае чрезмерного — потеря зрения может наступить в результате «географической» атрофии и фиброза макулярной области.

Секция «Терапевтические подходы и эпидемиология заболеваний заднего отдела глазного яблока и зрительного нерва»

А.А. Леонова (Краснодар) представила результаты исследований, направленных на изучение частоты, особенностей клиники периферических дистрофий сетчатки и эффективности лазерной коагуляции у пациентов с миопией в ЮФО и СКФО. Проведенный ретроспективный анализ 33590 историй болезни пациентов с миопией показал высокую распространенность периферической дистрофии сетчатки — более 50% случаев вне зависимости от степени миопии; осложненная форма ПВХРД была отмечена в 30% случаев; лазерная коагуляция сетчатки чаще была показана пациентам с миопией слабой и средней степени; активное лечение периферической дистрофии позволило минимизировать риск развития отслойки сетчатки до 0,7%.

Таким образом, отметила докладчик, лазерная коагуляция сетчатки является надежным, эффективным и безопасным методом профилактики отслойки сетчатки.

К.м.н. А.Г. Заболотний (Краснодар) сделал доклад «Нейроретинопатия и терапия при ПОУГ».

С докладом «Увеиты: этиопатогенез, клиническая картина и общие принципы лечения» выступила к.м.н. А.В. Казинец (Краснодар). Классификация увеитов: анатомическая, клиническая, патоморфологическая, этиопатогенетическая. В соответствии с анатомической классификацией увеиты делятся на передний (ирит, иридоциклит), средний (воспаление pars plana и периферии сетчатки), задний (ретинит, хориоретинит, хориоидит), панувеит (генерализованное поражение увеального тракта).

Клиническая классификация увеитов: острый (начало и продолжительность до 6 недель), рецидивирующий (повторные воспаления после первой атаки), хронический (продолжается месяцы и годы).

Этиопатогенетическая классификация: увеиты инфекционно-аллергические (вирусные, бактериальные, паразитарные, грибковые), аллергические неинфекционные (наследственная медикаментозная и пищевая аллергия, гетерохромный циклит Фукса, глаукомоциклитические кризы), увеиты при системных и синдромных заболеваниях, посттравматические увеиты, увеиты при других патологических

состояниях организма (при нарушениях обмена, при распаде опухоли, отслойке сетчатки, болезни крови).

Факторы риска возникновения увеитов: генетическая предрасположенность, недостаточность механизмов защиты и нарушение проницаемости ГОБ под воздействием неблагоприятных факторов, наличие системных и синдромных заболеваний, очагов инфекции.

Патогенез увеитов. Ведущими факторами сохранения гомеостаза являются генотип организма, состояние вилочковой железы, надпочечников, гипофизарно-адреналовой системы, Т- и В-иммунитета. Фактором возникновения увеита является нарушение функции гематоофтальмического барьера под влиянием экзогенных и эндогенных факторов; реакция «антиген-антитело» вызывает клинический сидром воспаления, васкулопатий и других нарушений иммунного гомеостаза; иммунологические повреждения возникают под влиянием фармакологически активных веществ (лимфокины, комплемент, гистамин, серотин, адреналин, простагландины).

Причинами слепоты и слабовидения на фоне увеита являются вторичная глаукома, ретинальные вазоокклюзии, хориоретинальные дистрофии, окклюзия зрачка, отслойка сетчатки, рубеоз и дистрофия радужки, осложненная катаракта, атрофия зрительного нерва, субатрофия глазного яблока.

Клиника переднего увеита: отек эндотелия роговицы, множественные мелкие преципитаты, «сальные преципитаты», фибринозно-экссудативный иридоциклит, гипопион, задние синехии (последствия иридоциклита).

Клиника заднего увеита: активный воспалительный фокус, макулярное отверстие на фоне хронического хориоретинита, активный перифлебит, хориоретинопатия после перенесенного увеита.

Патогенетические принципы лечения увеитов: подавление и регуляция иммунологического конфликта в тканях глаза (противовоспалительная терапия), восполнение местного и общего дефицита глюкокортикоидов (стероиды местно и системно), регуляция аутоиммунных реакций (подавление, стимуляция) для предупреждения грубого рубцевания и дистрофических процессов, регуляция системных нарушений клеточного и гуморального иммунитета, подавление инфекционного этиологического или сопутствующего фактора, медикаментозно-хирургическое лечение тяжелых форм рецидивирующих увеитов и их последствий — антиглаукоматозные операции, экстракция катаракты, витрэктомия, лазеротерапия, проведение курсов поддерживающей противорецидивной терапии (осень-весна).

Одним из наиболее эффективных методов очищения организма с точки зрения эффективности, качества, безопасности является плазмаферез. Эффект применения плазмафереза: снижение концентрации патологических веществ в крови и тканях, нормализация иммунного статуса, улучшение микроциркуляции, повышение чувствительности клеток-рецепторов к медикаментам и гормонам.

Показания к плазмаферезу в офтальмологии: аутоиммунные заболевания — аутоиммунная офтальмопатия, диабетическая ретинопатия; иммуннодефицитные состояния — рецидивирующий кератит, кератоувеит, инфекционный эндофтальмит; заболевания, обусловленные хроническими или острыми нарушениями микроциркуляции — атрофические и токсические поражения зрительного нерва, острые тромбозы артерии и вены сетчатки.

Хирургические методы лечения осложнений увеитов: антиглаукоматозная операция лазеркоагуляция, экстракция катаракты, витрэктомия, ленсвитрэктомия, операции по поводу отслойки сетчатки, кератопластика.

К.м.н. О.С. Набатова (Краснодар) представила современный подход к лечению синдрома Ирвина-Гасса. Синдром Ирвина-Гасса — кистозный макулярный отек — неспецифическая реакция глаза, возникающая после катарактальной хирургии.

Риски развития кистозного макулярного отека (КМО) возрастают при витреомакулярном тракционном синдроме, возрастной макулодистрофии, хронических увеитах, сахарном диабете, при системных воспалительных заболеваниях, при приеме некоторых медикаментов (аналогов простагландинов, никотиновой кислоты), осложненной хирургии катаракты.

Синдром Ирвина-Гасса развивается в течение 3 месяцев, пик заболевания наступает на 4-6 неделе послеоперационного периода.

Классификация КМО (синдрома Ирвина-Гасса): острый (развивающийся в первые 4 месяца послеоперационного периода), отсроченный (появляющийся через 4 месяца и более), хронический (персистирующий более 6 месяцев), рецидивирующий.

В основе профилактики развития синдрома Ирвина-Гасса — применение НПВС и ГКС. Инстилляции в конъюнктивальный мешок в виде капель НПВС за 2 дня до операции + КС в послеоперационном периоде предотвращают утолщение макулы на 46% в сравнении монотерапией. Для усиления профилактических мер сразу по окончании ФЭК применяются инъекции бетаметазона в субтеноново пространство, что приводит к снижению утолщения макулы более чем в 2 раза.

С лекцией «Нейропротекция, как она есть» выступил профессор В.П. Еричев (Москва). *(С подробным изложением лекции вы можете познакомиться на стр. 29).*

Д.м.н. М.В. Будзинская (Москва) выступила с лекцией «Систематические ошибки фармакотерапии пациентов с ВМД». В лекции подробно разобраны характерные ошибки, с которыми приходится сталкиваться врачам при ведении пациентов с возрастной макулярной дегенерацией.

К.м.н. Н.В. Майчук представила доклад на тему «Терапевтическая (лечебная) рефракционная хирургия». Терапевтическая рефракционная хирургия — хирургические процедуры, направленные на восстановление максимально корригированной остроты зрения и повышения качества жизни, а также технологии, помогающие пациентам с осложнениями после ранее перенесенных операций на роговице, травм, иррегулярности различной этиологии (постинфекционные помутнения, рубцы, дистрофии и т.д.).

Индуцированные рефракционные нарушения (ИРН) формируются в результате воздействия на глаз различных факторов: травм (в т.ч. хирургических), инфекционно-воспалительных процессов, дистрофических поражений.

Причинами пост-хирургических ИРН являются ремоделирование роговицы в процессе послеоперационного рубцевания, индивидуальные особенности заживления, повышение офтальмотонуса, технологические погрешности и выход за пределы «границ метода», инволюционные особенности роговицы, недостаточная предоперационная диагностика.

Выполнение хирургической коррекции ИРН сопровождается, как правило, затруднениями в оценке зрительных функций и состояния глаза, отсутствием общепринятой тактики коррекции, более высокой частотой интра- и послеоперационных осложнений, низкой предсказуемости рефракционного результата и пр.

Анализ осложнений коррекций ИРН (616 случаев) показал, что суммарная доля осложнений хирургической коррекции ИРН составляет 47,8%; наиболее частыми причинами осложнений являлись морфоструктурные изменения роговицы и недостаточность механизмов репаративной регенерации.

Анализ состояния глазной поверхности и роговицы у пациентов, планируемых на дальнейшее исправление ИРН методами кераторефракционной хирургии, показал, что следует исключать пациентов с полным отсутствием иннервации, критическим истончением роговицы ⩽450μm и ПЭК ⩽1000 кл/мм^2, резким нарушением биомеханики; выбранный метод КРХ не должен усугублять биомеханическую нестабильность роговицы; при выборе «клапанных методов» КРХ следует учитывать толщину эпителиальной пробки, дооперационное нарушение слезопродукции и его послеоперационное усугубление.

Исход кераторефракционной операции зависит от предоперационного состояния глазной поверхности, соразмерности хирургической травмы и гомеостатических резервов организма.

Медикаментозная подготовка к КРО включает гигиену век — 2 раза в день, СПВС — 4 раза в день, слезозаместители с репаративной активностью — 4-6 раз в сутки, гелевые репаранты — на ночь.

Основные возможности ФРК в проведении терапевтической КРХ: устранение иррегулярности роговицы, коррекция рефракционных нарушений, лечебное воздействие (рецидивирующие эрозии) повышение прозрачности роговицы.

Медикаментозное сопровождение операции ФРК. До операции: местный анестетик — за 2 дня до операции по 1 капле 3 р/д; после операции: до завершения реэпителизации — НПВС, антибактериальная терапия; после реэпителизации — СПВС, гипотензивная терапия, слезозамещающая терапия.

К.м.н. М.М. Архипова (Москва) представила доклад на тему «Алгоритм лечения ДМО. Разбор клинических случаев».

К.м.н. А.Г. Заболотний (Краснодар) в своем сообщении остановился на вопросе «Фиксированные комбинации в терапии глаукомы». Основными общими принципами комбинированной местной гипотензивной терапии являются следующие: использование не более двух лекарственных средств (ЛС); применение ЛС в виде фиксированных комбинаций (ФК); не включать в состав ФК ЛС одной и той же лекарственной группы; учет типа влияния ЛС на гидродинамику глаза; учет наличия противопоказаний для ЛС, входящих в ФК. В случае первичного обращения больных с развитой и далекозашедшей стадиях глаукомы, а также при высоком уровне ВГД на любой стадии заболевания возможно использовать ФК в качестве стартового лечения.

По сравнению с одновременным использованием нескольких лекарственных препаратов по отдельности использования ФК обеспечивает более высокую эффективность, может быть связано с менее частыми побочными эффектами, уменьшает количество ежедневных закапываний, может подвергать пациента меньшему воздействию консервантов.

С обновленными данными Европейских клинических рекомендаций по лечению ДМО участников конференции познакомил Ю.Н. Стоянов (Краснодар).

С заключительным докладом «Алгоритмы и современная практика ведения пациентов с ДМО» выступила к.м.н. Т.О. Сотникова (Краснодар). Автор представила результаты 5-летнего наблюдательного международного исследования LUMINOUS, цель которого заключалась в оценке долгосрочной эффективности и безопасности ранибизумаба у пациентов со всеми зарегистрированными показаниями в реальной клинической практике.

Материал подготовил
Сергей Тумар

IX Международный Симпозиум «Проблемные вопросы глаукомы: фокус на прогрессирование заболевания»

6 ноября 2020 года состоялся IX Международный симпозиум «Проблемные вопросы глаукомы», организованный по инициативе заведующей кафедрой глазных болезней Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России профессором Н.И. Курышевой под эгидой Общества офтальмологов России и Российского общества рефракционных и катарактальных хирургов. Телемост Москва-Гонконг-Гуанчжоу-Белфаст-Лондон прошел в онлайн формате *(рис. 1)*.

Открыл конференцию председатель Общества офтальмологов России, заслуженный деятель науки РФ, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» профессор Б.Э. Малюгин, который подчеркнул важность международного экспертного сотрудничества в образовательной составляющей данного проекта.

В своем приветствии участникам вебинара президент Российского общества рефракционных и катарактальных хирургов профессор В.Н. Трубилин отметил, что вебинар «Проблемные вопросы глаукомы», который проходит уже в девятый раз, «представляет собой важное событие, с точки зрения практикующих врачей». Он также отметил роль профессора Н.И. Курышевой в организации данного мероприятия.

Свои доклады в рамках телемоста Москва-Гонконг-Гуанчжоу-Белфаст-Лондон представили профессор Гас Газзард (консультант глазной больницы Мурфилдс, почетный старший преподаватель Института офтальмологии Университетского колледжа (Лондон), почетный научный сотрудник Сингапурского НИИ глазных болезней); профессор Аугусто Асуара-Бланко (директор Центра общественного здоровья Школы медицинского университета Квинс, (Белфаст), профессор Пол Фостер (офтальмохирург глазной больницы Мурфилдс, член Консультативного совета Всемирной глаукомной ассоциации, профессор Климент Там (директор Центра офтальмологии Китайского университета Гонконга, генеральный директор Азиатско-Тихоокеанской академии офтальмологии (APAO), член Консультативного совета Всемирной глаукомной ассоциации) и профессор Сюлань Чжан, которая представляла Центр клинических исследований Офтальмологического центра Чжуншань (ZOC) Университета Сунь Ятсэна в Гуанчжоу (Китай).

В ходе вебинара были рассмотрены наиболее противоречивые вопросы патогенеза, диагностики и лечения закрытоугольной глаукомы. Профессор Пол Фостер подчеркнул, что сутью первичного закрытого угла передней камеры является иридо-трабекулярный контакт *(рис. 2)*. Докладчик представил результаты популяционных исследований по распространенности заболевания среди различных возрастных и этнических групп, а также в зависимости от гендерной принадлежности. Он отметил тенденцию снижения частоты развития закрытоугольной глаукомы в связи с распространенностью хирургии катаракты *(рис. 3)* и подробно остановился на естественном течении патологии, связанной с развитием закрытого угла (ПЗУ) и первичной закрытоугольной глаукомы (ПЗУГ), подчеркнув, что это — этапы одного процесса *(рис. 4)*. Они легли в основу современной классификации, предложенной П. Фостером. Именно на этой классификации основаны все наиболее значимые современные исследования в области ПЗУ и ПЗУГ. Автор остановился на анатомических факторах риска развития ПЗУ, подчеркнув влияние социально-экономического статуса и различных лекарственных препаратов в развитии данной патологии. Он также рассказал о последних достижениях в области молекулярно-генетических исследований и остановился на генетических синдромах, ассоциированных с ПЗУ.

Тему анатомических особенностей при ПЗУ продолжила профессор Сюлань Чжан с докладом «Каковы механизмы закрытия угла передней камеры? Все ли они учитываются в клинической практике?» Докладчик рассказала о новых клинических параметрах, отражающих особенности анатомических структур глаза при ПЗУ, полученных с помощью метода ОКТ. Она поделилась результатами собственных исследований патогенеза заболевания и рассказала о роли сосудистой оболочки, увеличение толщины которой было продемонстрировано в эксперименте по изменению положения тела *(рис. 5)* и приводило к уменьшению передней камеры глаза. Профессор С. Чжан подчеркнула необходимость ОКТ диагностики переднего и заднего отрезка в полноценной диагностике ПЗУГ. Автор также остановилась на особенностях ПЗУ, связанных с плоской радужкой, рассказав о так называемой «азиатской плоской радужке» *(рис. 6)*. В дискуссии по этим двум докладам профессор Фостер ответил на вопрос, поступивший от русской аудитории: «В случае, если угол передней камеры открывается полностью после лазерной иридотомии (ЛИТ) или удаления хрусталика, становится ли ПЗУГ открытоугольной формой глаукомы?» Ответ — нет. Автор аргументировал это многими анатомическими и генетическими особенностями глаза, которые свойственны только ПЗУГ, и открытие угла не изменяет сути заболевания. Другие механизмы закрытия угла, например, хориоидальная эффузия, остаются и могут проявить себя на любом этапе развития болезни. Профессор С. Чжан добавила, что иногда

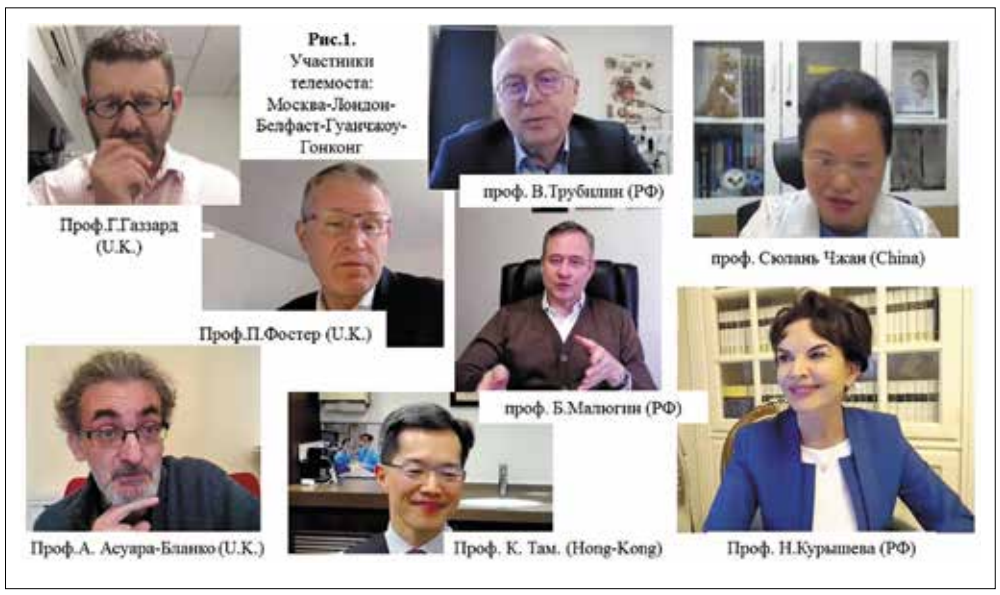


Рис. 1

Рис.2. Закрытый угол передней камеры = иридо-трабекулярный контакт

Рис. 2

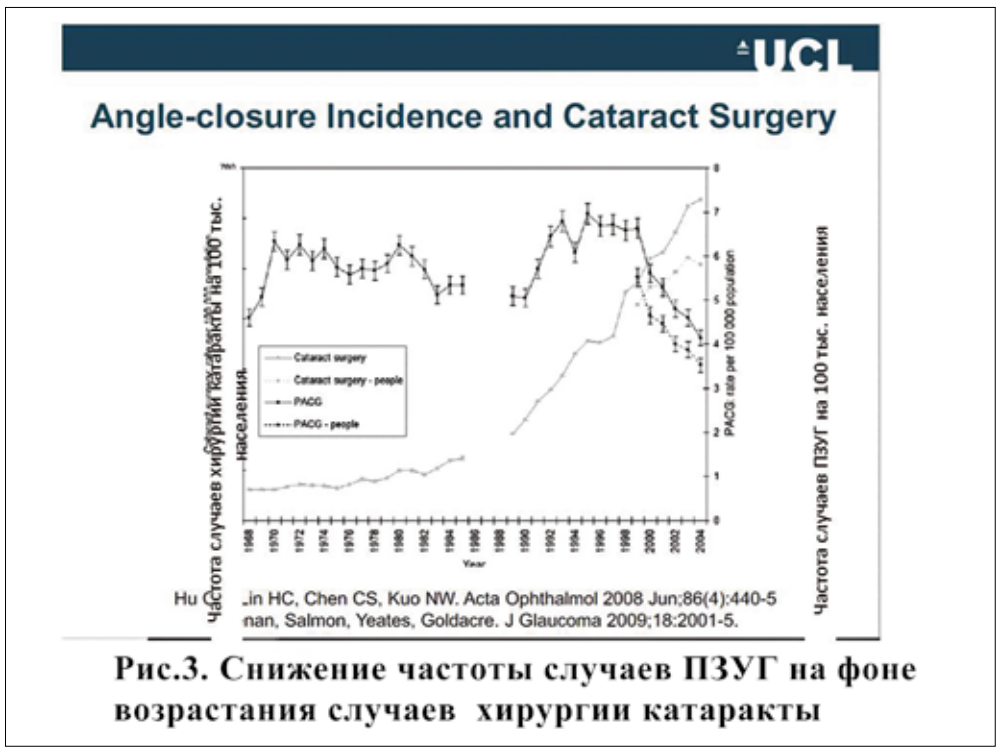


Рис.3. Снижение частоты случаев ПЗУГ на фоне возрастания случаев хирургии катаракты

Рис. 3

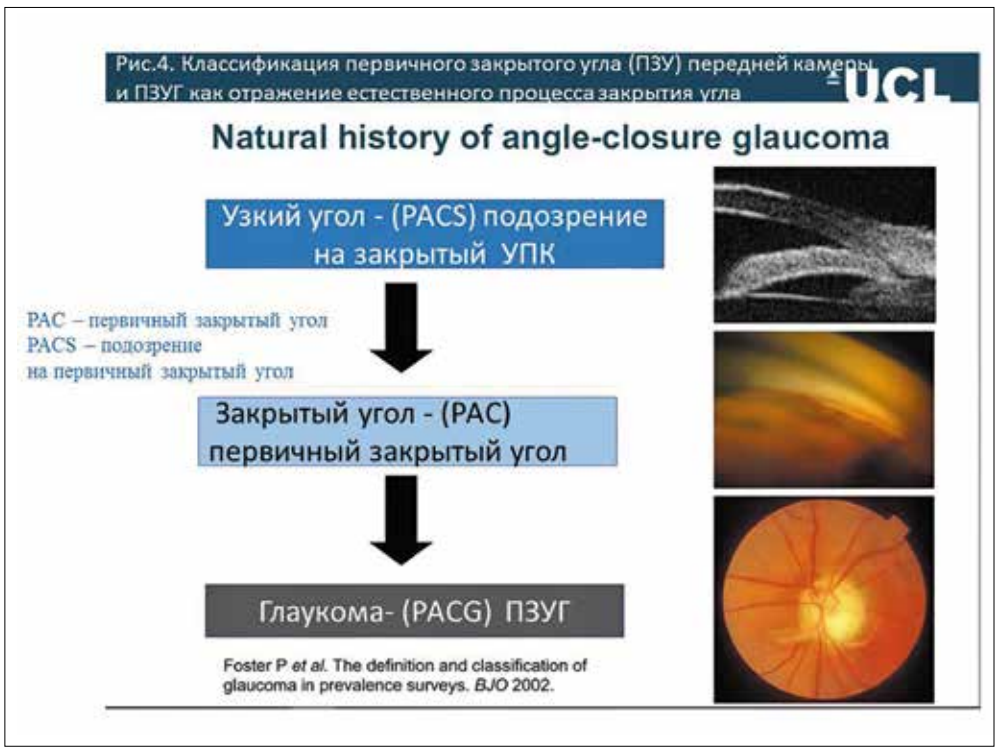


Рис. 4

Рис. 5

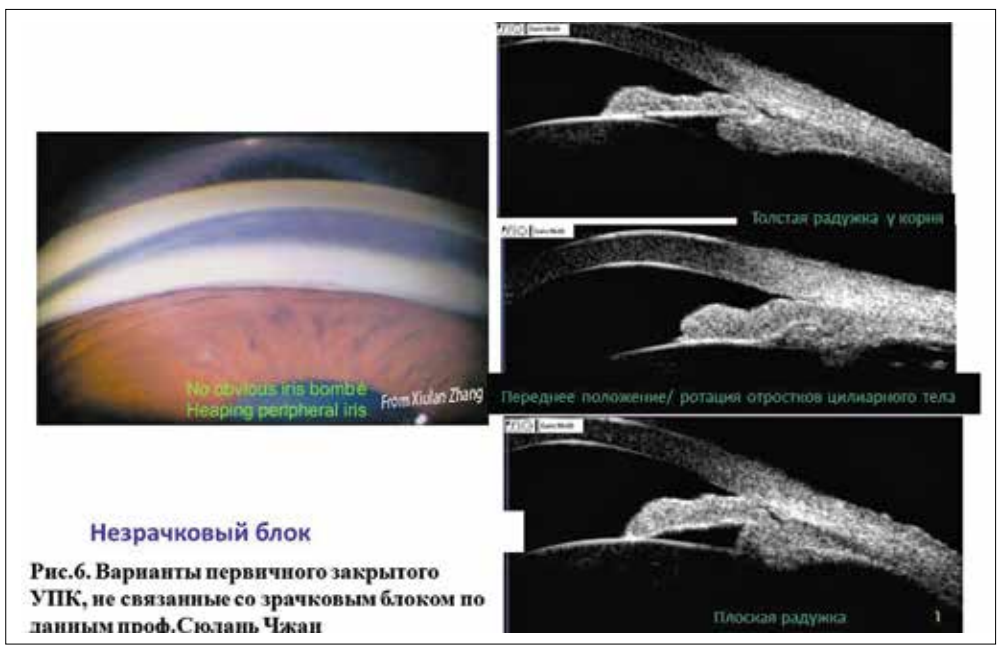


Рис. 6

Рис. 7

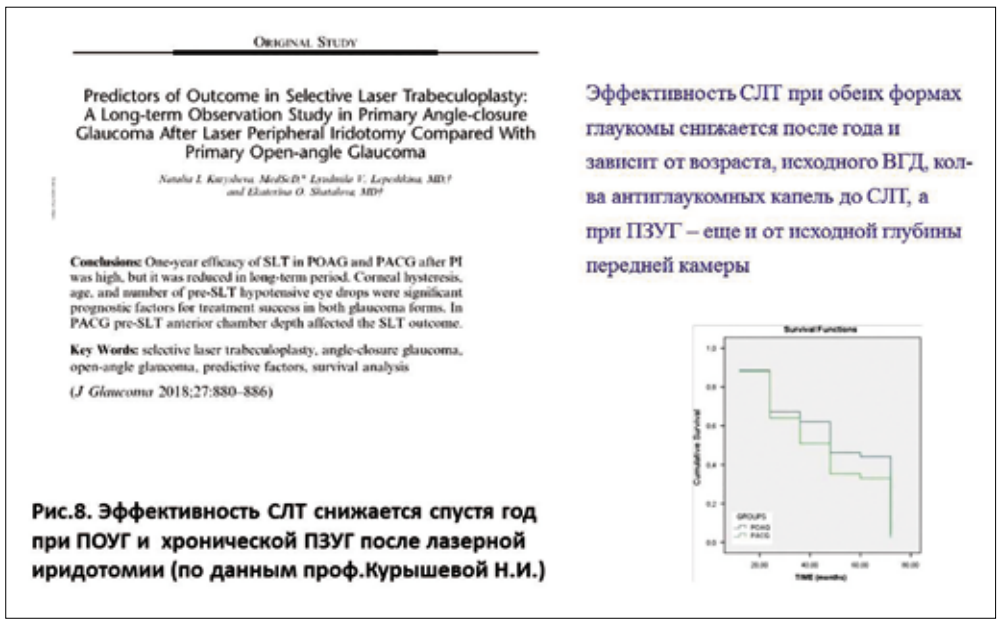


Рис. 8

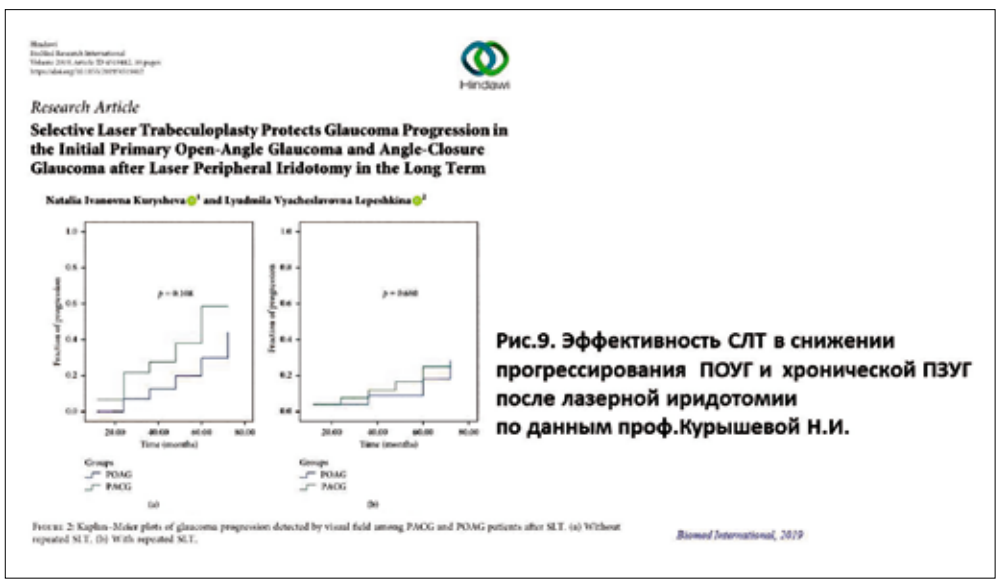


Рис. 9

Рис. 10

ситуации, связанные с увеличением объема хориоидеи, могут возникнуть прямо на операционном столе, что, видимо, связано с волнением пациента. Порой, они также легко сами собой разрешаются.

В докладе «Особенности глаукомной оптиконейропатии и ее прогрессирования при ПЗУГ. Какова роль местного медикаментозного лечения и селективной лазерной трабекулопластики?» профессор Н.И. Курышева продемонстрировала данные клинических исследований, описывающих разницу в изменениях диска зрительного нерва и полей зрения при первичной закрытоугольной глаукоме по сравнению с первичной открытоугольной глаукомой, а также зависимость данных повреждений от выраженности и длительности повышенного внутриглазного давления. Докладчик продемонстрировала результаты собственных исследований, из которых следует, что ПЗУГ — это наиболее ВГД-зависимое заболевание, прогрессирующее в два раза быстрее ПОУГ. В докладе также были рассмотрены пути выбора лекарственного метода лечения первичной закрытоугольной глаукомы при недостаточной компенсации ВГД после лазерной иридотомии с помощью аналогов простагландинов *(рис. 7)* и Бримонидина. Профессор Н.И. Курышева отметила также эффективность применения селективной лазерной трабекулопластики (СЛТ) после лазерной иридотомии у пациентов с первичной закрытоугольной глаукомой в сравнении с ПОУГ *(рис. 8)*, представив данные собственных многолетних исследований, что СЛТ способна снизить скорость прогрессирования при обеих формах глаукомы *(рис. 9)*. В заключение докладчик сформулировала показания к проведению СЛТ и назначению местных гипотензивных препаратов при ПЗУ и ПЗУГ *(рис. 10)*.

Профессор Аугусто Асуара-Бланко в докладе «Какова роль периферической лазерной иридотомии и замены прозрачного хрусталика при закрытоугольной глаукоме?» рассказал о результатах EAGLE study, в котором он был главным исследователем. EAGLE study в корне изменило подход к лечению ПЗУГ, поскольку стало ясно, что замена прозрачного хрусталика эффективнее снижает ВГД, чем ЛИТ, и является более экономически оправданной операцией в отдаленной перспективе. Докладчик представил рекомендации по выбору метода замены прозрачного хрусталика в лечении ПЗУГ, подчеркнув, что несмотря на более высокую сложность выполнения и риск осложнений при экстракции хрусталика, отдаленный прогноз в плане необходимости медикаментозного, хирургического лечения и качества жизни в целом, позволяют говорить о факоэмульсификации, как о методе выбора в лечении ПЗУГ *(рис. 11)*.

О современных методах хирургического лечения, когда хрусталик не имеет решающего значения в механизме закрытия угла передней камеры, рассказал профессор К. Там. Он сделал акцент на методе гониосинехиолиза, показанный пациентам с первичными синехиями передней камеры. Эффективность метода была подтверждена исследованиями, в результате удалось добиться снижения ВГД с 47 мм рт.ст. до 17 мм рт.ст. Микроимпульсная циклофотокоагуляция и эндоскопическая фотокоагуляция ресничных отростков приводили к снижению внутриглазного давления на 23-47%. Также в докладе была подчеркнута эффективность комбинированного метода факоэмульсификации с циклофотокоагуляцией.

В завершающем докладе «Как можно персонализировать лечение ПЗУГ?» профессор Г. Газзард подвел итоги дискуссии о хирургии ПЗУГ. Он представил факторы, влияющие на выбор того или иного лечения. Более детально были рассмотрены основные показания для проведения периферической лазерной иридотомии и удаления прозрачного хрусталика. Профессор Г. Газзард указала на то, что периферическая лазерная иридотомия является методом

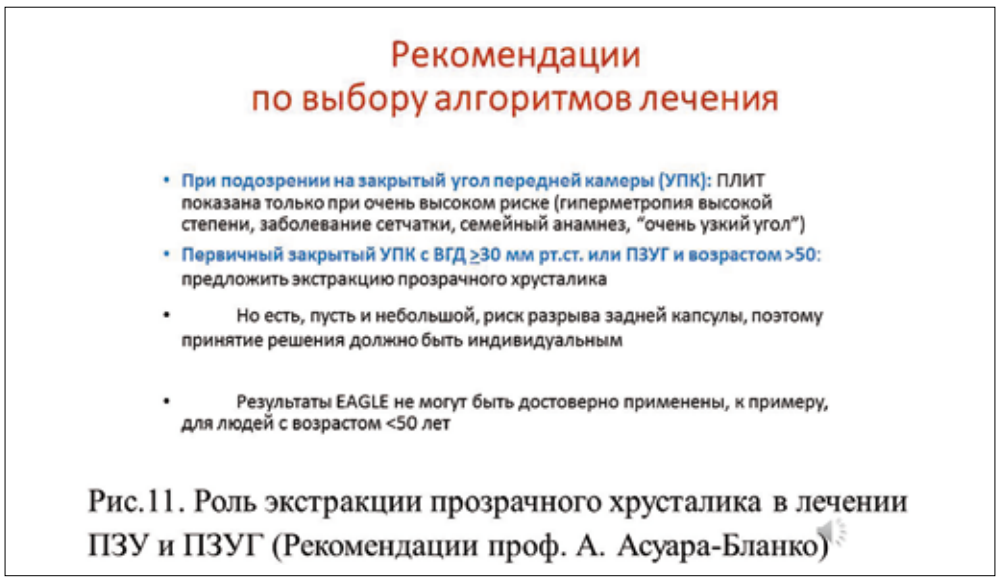


Рис.11. Роль экстракции прозрачного хрусталика в лечении ПЗУ и ПЗУГ (Рекомендации проф. А. Асуара-Бланко)

Рис. 11

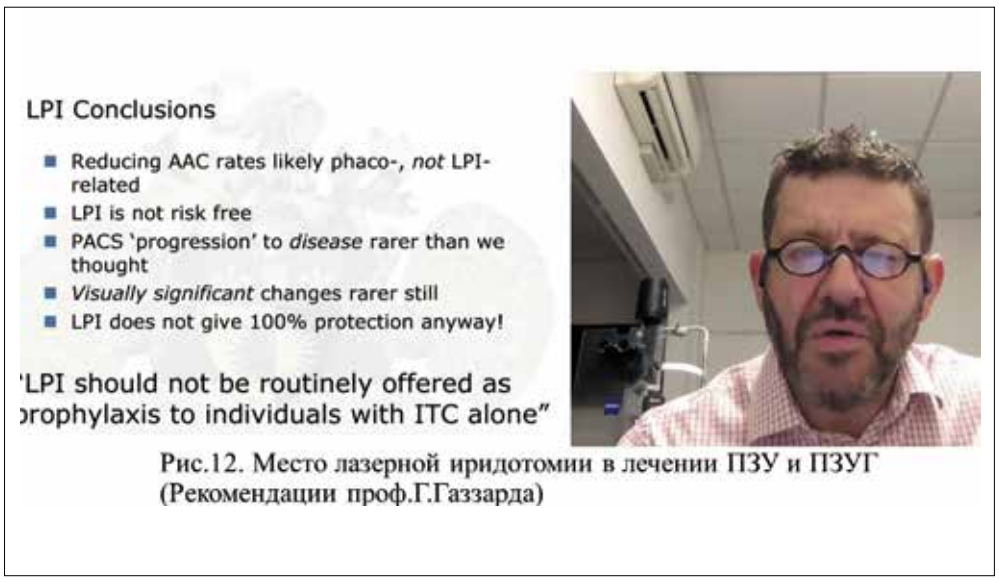


Рис.12. Место лазерной иридотомии в лечении ПЗУ и ПЗУГ (Рекомендации проф.Г.Газзарда)

Рис. 12

выбора преимущественно у молодых пациентов, не имеющих проблем с аккомодацией, и без признаков пресбиопии. Сославшись на недавнее продленное многоцентровое исследование ZAP, докладчик подчеркнул, что ЛИТ больше не является рутинной операцией, которую до сих пор широко проводили всем пациентам с подозрением на закрытый угол передней камеры *(рис. 12)*. По мнению профессора Г. Газзарда, методом выбора лечения пациентов с некомпенсированной ПЗУГ является экстракция катаракты или удаление прозрачного хрусталика, а при артифакии — трабекулэктомия.

В ходе дискуссии профессором В.Н. Трубилиным был задан вопрос профессору Г. Газзарду о роли витрэктомии. Профессор В.Н. Трубилин сослался на конкретный клинический случай, когда никакие прочие методы не помогли в снижении ВГД у больного ПЗУГ. Профессор Г. Газзард ответил, что в некоторых ситуациях это действительно может быть единственным возможным методом компенсации ВГД, однако эти ситуации, как правило, сопряжены с проблемами в заднем отделе глаза и часто означают развитие злокачественной глаукомы. Отвечая на вопрос профессора Б.Э. Малюгина о преодолении барьеров в удалении прозрачного хрусталика, профессор К. Там отметил, что пресбиопия является фактором для облегчения принятия решения в данной ситуации. Профессор Аугусто Асуара-Бланко подчеркнул, что необходимо предупредить пациента о возможном временном снижении качества зрения после таких операций и о долгосрочных перспективах подобного метода лечения. Профессор Б.Э. Малюгин поделился собственными наблюдениями о манипуляциях при гониосинехиолизисе и предложил высказать свое мнение профессору К. Таму, который пояснил, что тип операции необходимо выбирать соответственно типу синехий. Эффективность гониосинехиолиза может зависеть от дренажной функции трабекулярной сети, длительности их существования и повышается при комбинировании с факоэмульсификацией. Профессор Н.И. Курышева затронула вопрос о роли микроимпульсной фотокоагуляции в лечении ПЗУГ. Отвечая на него, профессор К. Там отметил, что возможно проведение различных, в том числе лазерных, вмешательств при взвешенном подходе к анализу рисков и их эффективности.

В заключение профессор Н.И. Курышева подвела итоги вебинара. Она акцентировала внимание на сложности патогенеза ПЗУГ, связанном с синдром плоской радужки и утолщением хориоидеи, на возможном быстром ее прогрессировании и отметила, что в настоящее время периферическая лазерная иридотомия больше не является методом выбора, а в практику входят экстракция катаракты или замена прозрачного хрусталика, а также селективная лазерная трабекулопластика и микроимпульсная фотокоагуляция.

В телемосте приняли участие более 1000 докторов из всех регионов Российской Федерации, а также коллеги из Великобритании, стран Азиатско-Тихоокеанского региона, Китая и других стран.

Вся информация о симпозиуме «Проблемные вопросы глаукомы: фокус на прогрессирование» и запись трансляции доступны на сайте www.icglaucoma.org .

Репортаж подготовила профессор
Н.И. Курышева

УФИМСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
приглашает врачей-офтальмологов на циклы повышения квалификации в 2021 году

Цикл общего усовершенствования (144 ч.)
01.02.2021 - 27.02.2021 - Офтальмология
22.03.2021 - 17.04.2021 - Офтальмология (детство)
13.09.2021 - 09.10.2021 – Офтальмология

Цикл тематического усовершенствования
«Хирургическое лечение заболеваний хрусталика. Факоэмульсификация катаракты. WETLAB» (72 ч.)

01.02.2021 - 12.02.2021
22.03.2021 – 02.04.2021
27.09.2021 - 08.10.2021
15.11.2021 - 26.11.2021

Дополнительные профессиональные программы повышения квалификации «Кросслинкинг роговицы», «Трансканаликулярная лазерная эндоскопическая дакриоцисториностомия», «Лазерные методы лечения в офтальмологии», «Диагностика и антивазопролиферативная терапия макулярной патологии», «Аллергические заболевания глаз. Клиника, диагностика и лечение», «Герпетические заболевания глаз. Клиника, диагностика и лечение» по программе непрерывного медицинского образования (www.edu.rosminzdrav.ru).

Обучение на рабочем месте

- Микрохирургия в офтальмологии (катаракта, глаукома, травмы органа зрения)
- Лазерные методы лечения в офтальмологии
- **Кросслинкинг роговицы**
- **Имплантация интрастромальных роговичных сегментов, интрастромальных роговичных колец MyoRing, кератопластика**
- **Диагностика и антивазопролиферативная терапия макулярной патологии**
- **Трансканаликулярная лазерная эндоскопическая дакриоцисториностомия (ТЛЭД)**
- Витреоретинальная хирургия
- **Лазерная рефракционная хирургия, «Technolas Perfect Vision» и «Victus» (Германия), LDV (Швейцария)**
- **Фемтолазер-ассистированная хирургия роговицы и хрусталика, «Victus» (Германия), LDV (Швейцария)**
- Детская офтальмология (диагностика, консервативные и хирургические методы лечения заболеваний глаз у детей)
- Функциональные методы исследования в офтальмологии

Заявки на обучение принимаются по тел./факсу (347) 272-33-61, по электронной почте: obrotdel@yandex.ru, по адресу: 450008, г. Уфа, ул. Пушкина, 90.
Более подробная информация представлена на сайте Уфимского НИИ глазных болезней www.ufaeyeinstitute.ru в разделе «Образование».
Лицензия на право ведения образовательной деятельности рег. № 2388 от 15.09.2016, выдана Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки.

Нейропротекция — как она есть

В работе межрегиональной научно-практической конференции «Инновационные технологии диагностики и хирургического лечения патологии заднего отдела глазного яблока и зрительного нерва», организованной в режиме онлайн 14-15 октября 2020 г. Краснодарским филиалом ФГАУ НМИЦ «Микрохирургии глаза» им. акад. С.Н. Федорова» принял участие руководитель отдела глаукомы ФГБНУ «НИИ глазных болезней» профессор В.П. Еричев. Он выступил с лекцией «Нейропротекция — как она есть...».

В.П. Еричев

ФГБНУ «НИИ глазных болезней»

Среди множества офтальмологических заболеваний немало таких, которые вызывают снижение остроты зрения и слепоту. На долю катаракты приходится 47%, на долю глаукомы — 12%. Цифра в 47% не впечатляет. Значительное беспокойство вызывает цифра в 4 раза меньшая, 12%, и лишь только потому, что глаукома является причиной необратимой слепоты и слабовидения.

Мы должны признать два обстоятельства. Во-первых, глаукома — это неизбежная слепота. Больные глаукомой умирают зрячими лишь только потому, что они не доживают до этого печального момента. Второе, мы должны признаться и расписаться в нашем бессилии. Мы не только не можем повернуть вспять глаукомный процесс, но и остановить его. Максимум, что мы можем сделать — это замедлить процесс развития заболевания и отдалить момент наступления необратимой слепоты и слабовидения.

Тем не менее, мы смело заявляем о принципах лечения глаукомы, они хорошо известны. Вновь выявленным больным глаукомой назначается медикаментозная гипотензивная терапия, в случае неудачи назначается лазерное лечение, затем — хирургическое лечение. Однако обратите внимание, первые три пункта представляют собой симптоматическое лечение, направленное на устранение одного, пусть и очень важного, но одного фактора среди множества факторов влияния, участвующих в патогенезе глаукомы. Только четвертый пункт, нейропротекторная терапия, является очень спорным, но, тем не менее, патогенетически оправданным методом комплексного лечения больных глаукомой.

В понятие «нейропротекторная терапия» входит комплекс мероприятий, направленных на предотвращение каскада реакций, вызывающих поражение нейронов. Нейропротекция при глаукоме — это защита нейронов сетчатки и нервных волокон зрительного нерва от повреждающего действия различных факторов. Существует большое количество повреждающих факторов, которые можно разделить на механические, сосудистые и биохимические (метаболические). Такая классификация соответствует трем теориям развития патогенеза глаукомы, и каждый из этих факторов вносит свою лепту в развитие заболевания и распад зрительных функций.

Важное значение при глаукоме придается ишемическим процессам, нарушению гемодинамики, не только системной, но и региональной и нарушению микроциркуляции. Было доказано, что при умеренной или периодически возникающей ишемии нейроны функционируют в условиях дефицита и не могут выполнять свои физиологические функции. Значительная ишемия и связанная с ней гипоксия приводят к быстрому нарушению функции нейронов и их гибели. Подтверждением этому служит обнаружение фактора гипоксии во влаге передней камеры и в радужке, что свидетельствует о наличии индуцированного гипоксией фактора HIF-lα.

Другое важное обстоятельство, относящееся к метаболическим процессам, — глутаматная эксайтотоксичность *(рис. 1)*. Глутамат в физиологии представляет собой важный медиатор, агент, участвующий в передаче импульсов. При глаукоме его концентрация достигает больших значений, причины этого пока не ясны. На каждой ганглиозной клетке сетчатки находится большое количество рецепторов, среди них — так называемые глутаматные рецепторы, реагирующие на глутамат. В случае его избыточной концентрации глутаматные рецепторы теряют способность адекватно реагировать на глутамат, наступает так называемая «глутаматная усталость» или эксайтотоксичность. Эксайтотоксичность сопровождается открытием кальциевых каналов, в результате чего внутрь клетки попадают ионы кальция, приводящие к разрыву клетки и ее гибели. Начинают страдать внутриклеточные структуры, отвечающие за жизнедеятельность и функцию каждой клетки. Это можно продемонстрировать на примере митохондрии *(рис. 2)*. Как внутриклеточные структуры митохондрии обеспечивают жизнедеятельность и гомеостаз клетки, выполняют метаболическую функцию, обеспечивают энергетический обмен, поддерживают в узком диапазоне концентрацию ионов кальция, внутриклеточный уровень кислотности, регулируют продукцию активных форм кислорода (АФК).

Известно, что активные формы кислорода приводят к гибели митохондрий, что в свою очередь способствует увеличению АФК. Таким образом, митохондрии обладают выраженным цитотоксическим действием: они вовлечены в «порочный круг» окислительного стресса в клетке, разорвать который не представляется возможным без принятия дополнительных мер, находящихся «в компетенции» нейропротекции *(рис. 3)*. Когда оксидантная система дает ощутимые сбои, необходимо применять антиоксидантную терапию для выравнивания биохимических процессов.

Большое значение имеет повреждение липидного слоя клеточных мембран свободными радикалами и липоперекисями *(рис. 4)*. Под действием гидроперекиси разрушается поверхность клетки, внутрь клетки попадают разрушающие ее цитотоксические агенты, при этом возникающие продукты перекисного окисления липидов приводят, прежде всего, к гибели бессосудистых структур глаза, к которым относится, в первую очередь, дренажная система глаза, обеспечивающая нормальный отток внутриглазной жидкости.

Гибель клеток может быть вызвана различными причинами. При глаукоме гибель клетки происходит по типу апоптоза и имеет обвальный характер, причина которого до конца не ясна. Существует значительная разница между гибелью клетки в результате физического или химического воздействия (некроз) и апоптозом клетки, сопровождающимся сморщиванием ядра, разрушением внутриклеточных структур, при котором осколки гибнущих клеток дают сигнал к суициду клеткам, расположенным рядом *(рис. 5)*.

Эти процессы происходят в организме постоянно, и для защиты от разрушения, особенно сенсорной части сетчатки, существуют особые механизмы, обеспечивающие сохранность нервной ткани. Одним из таких механизмов являются нейротрофические факторы. При глаукоме особую важность имеет нейротрофический фактор мозга, который обеспечивает сохранность нейронов сетчатки и волокон зрительного нерва. В случае прекращения поступления нейротрофических факторов возникают риски гибели клеток, в частности на фоне

Рис. 1

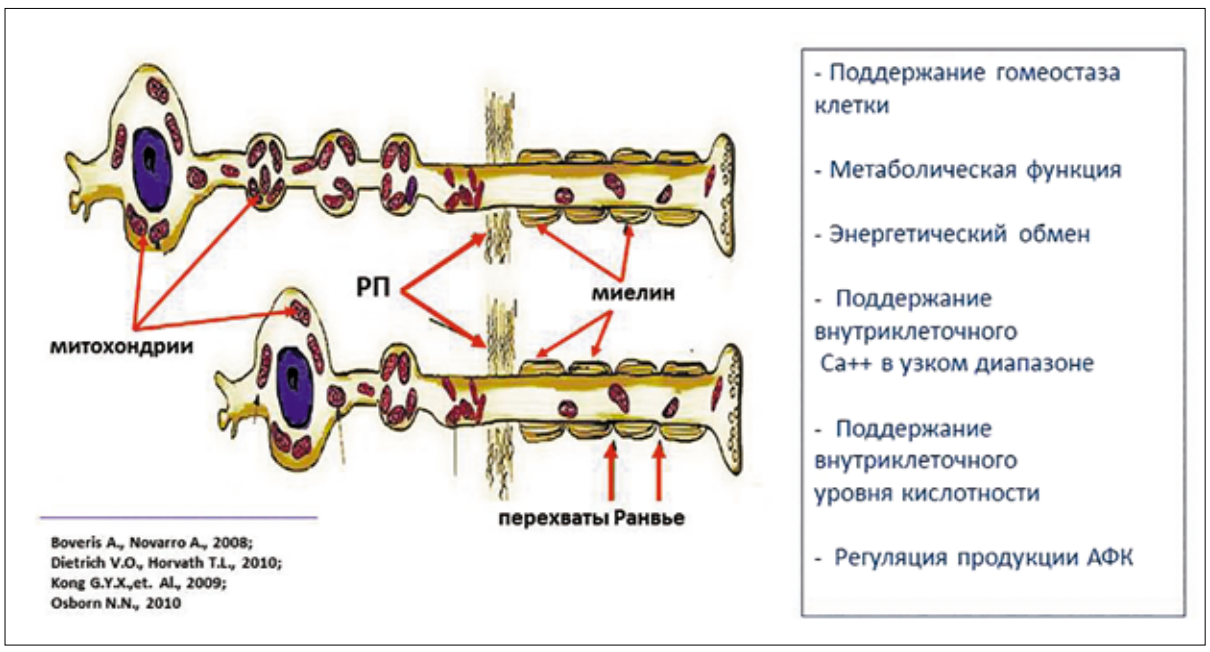


Рис. 2

АФК повреждают митохондрии. Это приводит к увеличению АФК. Таким образом митохондрии вовлечены в «порочный круг» окислительного стресса в клетке

Рис. 3

Рис. 4

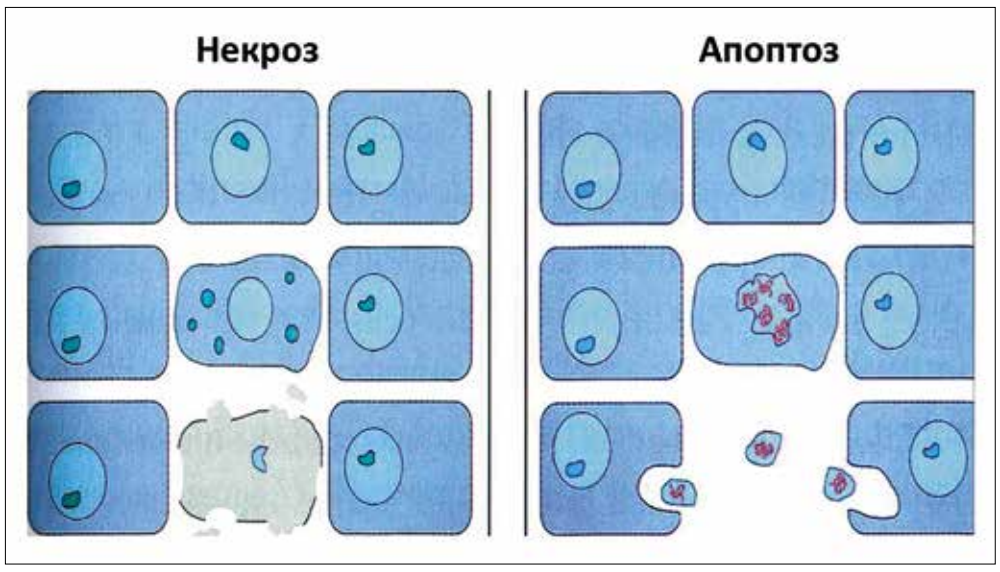


Рис. 5

Рис. 6

Рис. 7

Рис. 8

повышения ВГД. Как только прекращается поступление нейротрофических факторов к ганглиозным клеткам сетчатки, начинается процесс их гибели по сценарию апоптоза.

Этот процесс реализуется за счет взаимодействия так называемых кератиновых рецепторов с нейротрофинами. В результате клетки не получают достаточного количества нейротрофинов, не запускаются сигнальные каскады, обеспечивающие работу комплексного механизма защиты сенсорной части сетчатки, снижается ответ ганглиозных клеток и клеток Мюллера на стимуляцию, и наступает их безвозвратная гибель.

Чтобы этого не произошло, существует так называемая нейропротекция. Она сложна, вызывает много вопросов, тем не менее, мы должны согласиться с необходимостью приложить максимум усилий для создания условий сохранения жизнедеятельности сенсорной части сетчатки. Необходимо признать и другой момент, а именно: существование чрезвычайно важных и серьезных проблем, связанных с нейропротекцией.

Прежде всего, речь идет *о выборе препарата*. По сути дела, на сегодняшний день не существует ни одного лекарственного средства, действие которого было направлено исключительно на нейропротекцию при глаукоме. Мы заимствуем препараты из кардиологической и неврологической практики, и в лечении глаукомы мы должны их использовать либо в формате off label, либо найти те показания, которые позволяют их использовать при глаукоме.

Вторая очень важная проблема — *необходимость воздействия на пораженные участки сетчатки*. Но каким образом мы можем определить именно тот самый пораженный участок и направить именно туда нейропротекторный агент в расчете получить терапевтический эффект? Сделать это практически невозможно.

Своевременность воздействия («терапевтическое окно»). Мы хорошо понимаем, что глаукома — это медленно прогрессирующее с пороговым эффектом заболевание, которое в зависимости от ситуации имеет различную скорость течения и, следовательно, различную скорость распада зрительных функций. Исходя из этой логики, мы должны использовать нейропротекторную терапию фактически на постоянной основе, так как глаукомный процесс не прерывается.

Зависимость от анатомо-функциональной сохранности сенсорной части сетчатки. Если ганглиозная клетка погибла, а погибла она безвозвратно, все наши усилия будут абсолютно бесполезны. Мы можем рассчитывать на успех только в том случае, когда нейропротекторные агенты будут действовать на клетки сетчатки, находящиеся в состоянии парабиоза.

Важной проблемой представляется *различная скорость поражения структур*.

Существуют определенные решения этих проблем. Действия нейропротекторных препаратов делятся на прямую и непрямую нейропротекцию. К непрямой нейропротекции относится снижение ВГД. Прежде всего, под снижением ВГД необходимо понимать достижение безопасного индивидуального уровня внутриглазного давления, создающего условия для сохранности ганглиозных клеток сетчатки. Кроме того, необходимо добиваться минимальных суточных флюктуаций, т.к. суточные колебания ВГД рассматриваются как самостоятельный фактор риска развития и прогрессирования глаукомы. Комплаентность и приверженность больного лечению — факторы, о которых врачи часто забывают или вовсе не учитывают.

Мы должны добиваться не только снижения ВГД любой ценой, но и стремиться к тому, чтобы это снижение было максимально безопасным. Безопасность и приверженность больного лечению складывается из многих факторов. Одним из таких факторов является переносимость лекарственных препаратов и адекватность назначенной терапии.

Большая часть антиглаукомных препаратов содержат консерванты. Даже несмотря на то, что эти препараты оказывают довольно выраженную, вполне удовлетворительную гипотензивную эффективность, значительная часть пациентов испытывает нежелательные явления системного или местного характера, приводящие к снижению комплаентности и приверженности лечению. Это происходит потому, что больные не осведомлены о том, что лечение не приносит сиюминутного улучшения зрительных функций, более того, лечение направлено на то, чтобы сохранить зрение на существовавшем на момент постановки диагноза качественном уровне. Значительные финансовые расходы, нежелательные явления, дискомфорт, вызванные постоянными инстилляциями, и при этом отсутствие видимых изменений к лучшему могут приводить к отказу от лечения и прогрессированию заболевания.

Учитывая такие обстоятельства, необходимо снижать ВГД такими препаратами, которые бы обеспечивали безопасный уровень внутриглазного давления и сводили к минимуму побочные эффекты. В этом случае мы можем рассчитывать на успешную терапию.

Существуют убедительные доказательства того, что воздействие консервантов, таких как бензалкония хлорид (БХ), является основной причиной развития нежелательных явлений при местном лечении глаукомы. БХ действует как детергент, оказывает цитотоксическое воздействие на ткани поверхности глаза, вызывая хроническое иммунно-аллергическое асептическое воспаление, которое может проявляться в виде незначительной аллергической реакции, и выраженного конъюнктивально-роговичного ксероза *(рис.6)*, исключающего применение любых лекарственных препаратов, направленных на снижение ВГД.

Проведенные экспериментальные исследования на животных показали существенные изменения конъюнктивы асептического характера под действием БХ *(рис. 7)*.

Аналогичные события происходят и с больными, получающими такое лечение. В свое время мы провели морфологическое исследование конъюнктивы пациентов, длительное время получавших препараты, содержащие БХ. И не надо быть специалистом-морфологом, чтобы увидеть разницу между двумя изображениями *(рис. 8)*. Слева представлена конъюнктива пациента с ПОУГ, который получал бесконсервантные препараты, справа — конъюнктива пациента, который в течение 4 лет получал препараты, в состав которых входил БХ. Можно видеть существенные дистрофические изменения в конъюнктиве, которые полностью исключили возможность дальнейшего применения этих капель и впоследствии негативно скажутся при выполнении антиглаукомных операций.

Чтобы избежать подобных ситуаций, крайне важно применять бесконсервантные препараты. В арсенале врачей их не так много, но они есть: Биматопрост/Тимолол (Ганфорт), Тимолол-ПОС, Тафлупрост. Компания «Акрихин» представляет довольно внушительную линейку препаратов, не содержащих консерванты. Они охватывают практически все фармакологические группы лекарственных средств, применяемых для снижения ВГД: Брим-Антиглау-Эко, Дор-Антиглау-Эко, Дортимол-Антиглау-Эко.

Главное достоинство этих препаратов заключается в отсутствии консервантов, что, безусловно, приводит к повышению комплаентности и приверженности лечению и улучшению качества жизни пациента. Больной будет соблюдать назначение врача, и, следовательно, будут созданы условия для сохранения зрительных функций.

Отдельно хочу остановиться на удобстве применения этих капель. Капли, предлагаемые компанией «Акрихин», можно использовать в течение 90 дней; не требуется применение большой силы — флакон реагирует на небольшое сжатие; синий наконечник помогает больному даже с низким зрением нацеливать флакон на глаз; 1 нажатие — 1 капля.

Отдельно хочу остановиться на препарате бримонидин, который относится к группе α2 агонистов кальция. Препараты этой фармакологической группы обладают достаточно высокой фармакологической эффективностью. Хочу обратить внимание на широту их применения. Мы знаем об эффективности аналогов простагландинов, и нельзя не согласиться с тем, что это — единственные препараты, обладающие высокой степенью гипотензивного эффекта, минимумом побочных эффектов. Однако существуют ситуации, при которых применение аналогов простагландинов исключается.

Другая группа препаратов, широко использующихся в лечении глаукомы, β-блокаторы, также имеют довольно существенные абсолютные и относительные противопоказания. Это — кардиологические заболевания, поскольку β-блокаторы вызывают выраженный отрицательный кардиотропный эффект; тяжелая легочная патология, сопровождающаяся астматическими явлениями. Эти препараты должны применяться с осторожностью пациентами с сахарным диабетом.

Бримонидин без консервантов может быть использован во всех перечисленных случаях без опасений вызвать системные или местные побочные эффекты.

Рис. 9

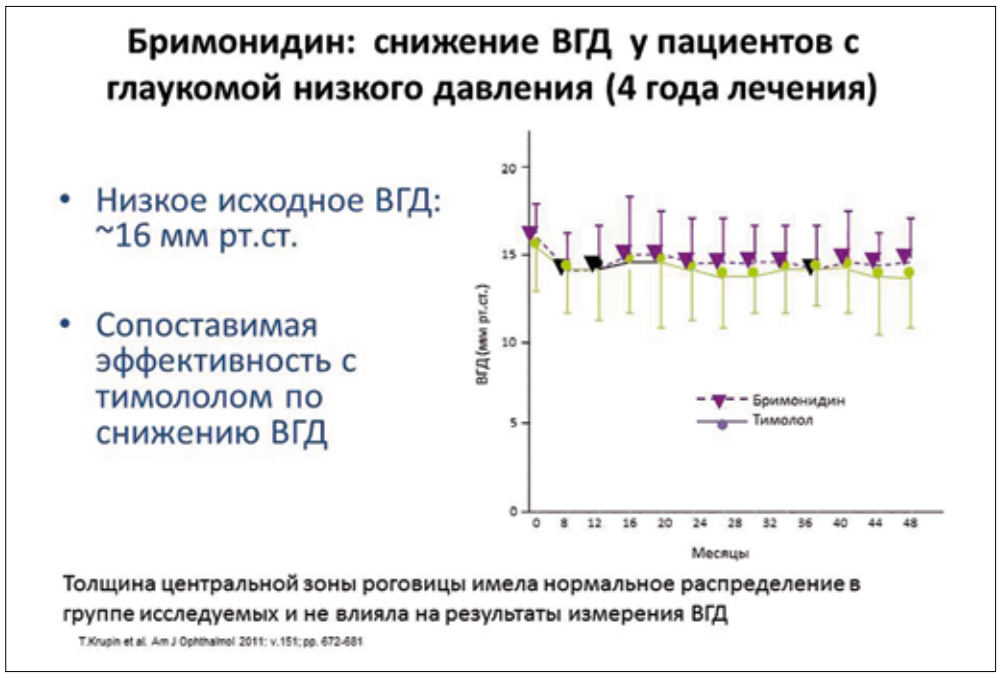


Рис. 10

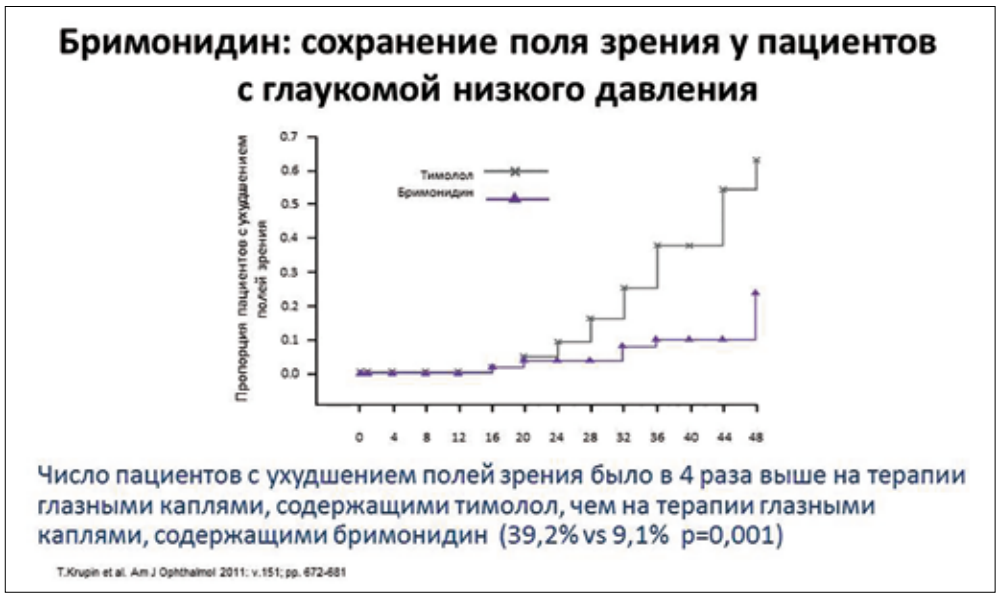


Рис. 11

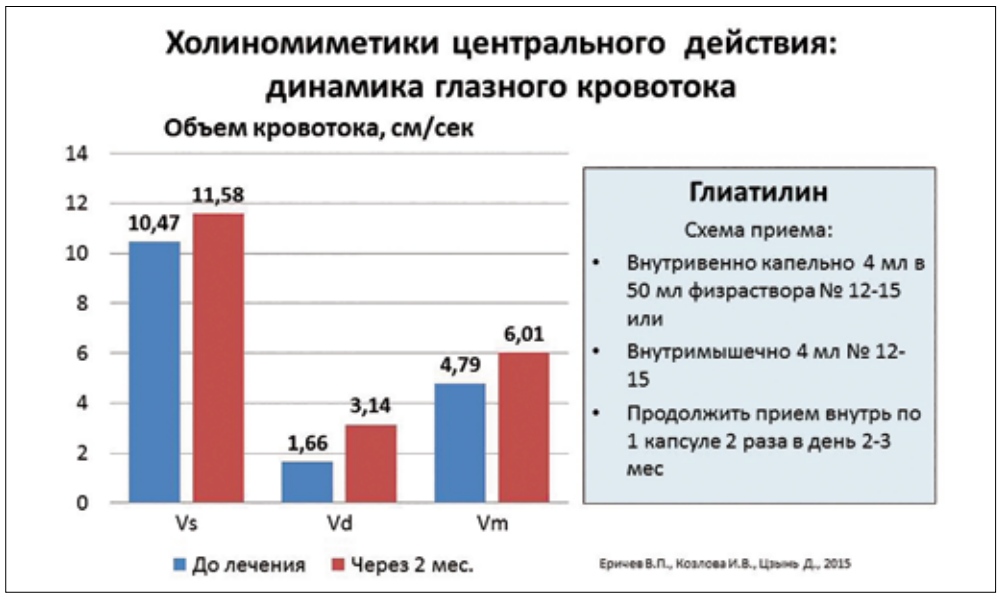


Рис. 12

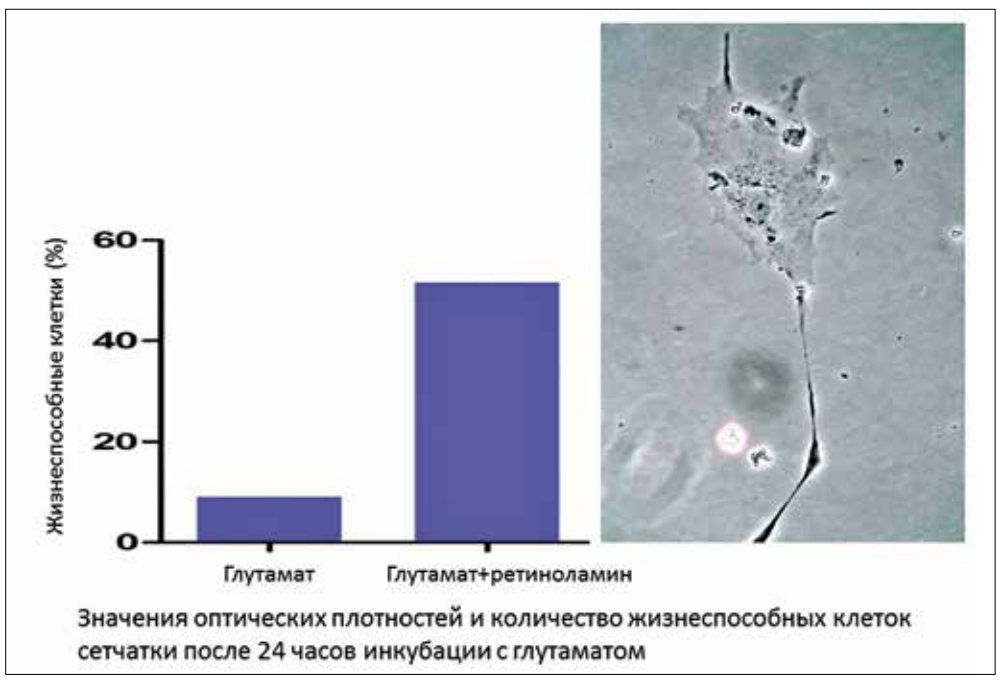


Рис. 13

Проведенные исследования выявили еще одно важное качество препарата: помимо снижения ВГД бримонидин оказывает нейропротекторный эффект, влияет на выживаемость ганглиозных клеток сетчатки *(рис. 9)*. В эксперименте было показано, что в любой зоне сетчатки — средней, центральной, на периферии — процент выживаемости клеток после прижигания эписклеральных вен был значительно выше после применения бримонидина по сравнению с другими препаратами. Таким образом, исследователи пришли к выводу о том, что бримонидин обладает нейропротекторным механизмом, не связанным со снижением внутриглазного давления. Влияние препарата на выживаемость ганглиозных клеток сетчатки в сочетании со способностью снижать ВГД лишь только усиливает его возможности в сохранении зрительных функций.

Хорошо известно, что глаукома является заболеванием, для которого характерна клиническая манифестация и клинический полиморфизм. Одной из разновидностей ПОУГ является глаукома низкого давления, заболевание с трудом поддающееся лечению. Часто больные с глаукомой низкого давления обременены сердечной или сердечно-сосудистой патологией, при которых применение β-блокаторов по понятным причинам ограничено. Проведенные исследования продемонстрировали сопоставимую с тимололом эффективность бримонидина по снижению ВГД у пациентов с глаукомой низкого давления. При этом выявилось очень важное качество: больные, получавшие бримонидин, в 4 раза чаще демонстрировали сохранность зрительных функций по сравнению с пациентами, принимавшими глазные капли с тимололом *(рис. 10)*. Исследования показали, что бримонидин способствует восстановлению ауторегуляции ретинального кровотока, что объясняет сохранение полей зрения *(рис. 11)*.

Существуют и так называемые прямые нейропротекторы. Проблема заключается в том, что эти препараты заимствованы из кардиологической и неврологической практики. Прежде всего, это ингибиторы глутаматных рецепторов, среди них — мемантин. Исследования показали, что препарат оказывает нейропротекторное действие, но не достаточно сильное и продолжительное. Важное значение имеют используемые в кардиологической практике блокаторы кальциевых каналов.

Ингибиторы глутаматных рецепторов, которые мы широко применяем в офтальмологической практике в комплексной терапии глаукомы, оказывают воздействие на изменение зрительных функций: мы наблюдали положительную динамику полей зрения, однако эффект был незначительным и непродолжительным, около 3-4 месяцев.

Использование холиномиметиков центрального действия, широко применяемые в неврологической практике, особенно при нарушении мозгового кровообращения и других неврологических расстройствах, также активно используются в комплексном лечении больных глаукомой и дают хорошие результаты *(рис. 12)*.

Использование блокаторов кальциевых каналов имеет большое значение в лечении больных глаукомой, страдающих системной артериальной гипертензией. Однако необходимо помнить о том, что эти препараты не вызывают «синдрома обкрадывания», противопоказаны при артериальной гипотензии.

Важное значение для сохранения внутриклеточных структур и, прежде всего, митохондрий, имеют антиоксиданты. Большинство антиоксидантов, например, жирорастворимые, пытаясь проникнуть внутрь клетки, вязнут в ее липидной оболочке; водорастворимые (эпоксипин) не в состоянии преодолеть липидную оболочку. Эти факторы определяют их невысокую эффективность. Единственным антиоксидантом, который может быть рекомендован в таком случае, является визомитин, он легко проникает внутрь клетки, достигает митохондрии и обеспечивает ее жизнедеятельность и жизнедеятельность клетки в целом. Схема применения: по одной капле 2-3 р/день до 2-3 месяцев.

Активное применение в комплексном лечении больных глаукомой находят метаболики, к примеру, мельдоний. Схема применения: по 500 мг утром или по 250 мг в режиме «утро-день» до 6 недель; внутримышечно 500 мг (5 мл) 14 дней.

Существуют так называемые вторичные прямые нейропротекторы — пептидные биорегуляторы, такие как ретиналамин, препарат, специально разработанный для нейропротекторного лечения некоторых заболеваний глаз, в частности, глаукомы. Препарат улучшает метаболизм тканей глаза и нормализует функции клеточных мембран, что особенно важно при прогрессирующей глаукоме, улучшает внутриклеточный синтез белка, регулирует процессы перекисного окисления липидов, способствует оптимизации энергетических процессов, обеспечивает существенную защиту ганглиозных клеток сетчатки.

Мы провели исследования, в ходе которого на выделенные ганглиозные клетки сетчатки оказывалось воздействие глутаматом и глутаматом в сочетании с ретиналамином. Были получены довольно убедительные доказательства того, что ретиналамин значительно повышает процент выживаемости клеток в условиях глутаматной эксайтотоксичности. На *рис. 13* можно видеть, что выживаемость клеток при участии глутамата низкая, составляет около 10%, в случае применения глутамата с ретиналамином выживаемость клеток достигала 55%.

Это доказывает, что ретиналамин может и должен использоваться в комплексном лечении глаукомы. Схема приема: внутримышечно по 5 мг 1 р/сутки, курс лечения 20 инъекций. Инъекции оказались эффективными, и в течение срока наблюдения за пациентами было получено подтверждение того, что эти препараты могут с успехом применяться в комплексном лечении глаукомных больных в качестве нейропротекторного агента.

Устранение факторов риска развития патологического процесса при глаукоме создает условия для сохранения зрительных функций — основной цели лечения глаукомы. Проблема заключается в том, чтобы сделать эти усилия реализуемыми. Нейропротекция — это лишь один путь в многовекторном направлении достижения цели.

Опыт офтальмологической помощи социально не защищенным детям на базе ФГБУ «Клинической больницы» Управления делами Президента РФ

А.С. Гаврилюк, А.В. Артамонова, А.О. Иванова, И.В. Максимов

ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ, г. Москва

С июня 2012 года детским офтальмологическим отделением Центра офтальмологии реализуется проект по работе с Центрами содействия семейному воспитанию (ЦССВ), домами ребенка и школами-интернатами, направленный на оказание специализированной офтальмологической помощи детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, и детям с ограниченными возможностями здоровья.

Актуальность данного направления связана с тем, что в последнее время отмечается тенденция к увеличению числа детей-инвалидов в России, которые составляют около 2,0% детского населения и нуждаются в организации для них доступной медицинской помощи (Л.П. Гришина, 2014).

Ранее выявлено, что дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, с раннего возраста имеют более высокий уровень соматической заболеваемости по сравнению со сверстниками, проживающими в семьях (Ю.Н. Аргат, 2015).

Закономерно, что у социально незащищенных детей наряду с более высоким уровнем соматической патологии, отмечается более высокий уровень офтальмологической заболеваемости. Это определяет необходимость своевременного выявления, профилактики и лечения. В настоящее время данная категория детей находится на диспансерном наблюдении офтальмолога в поликлинике по месту жительства. Однако в связи с ограниченным временем приема пациентов по системе ОМС в условиях поликлиники, сложностью проведения осмотров пациентов с сопутствующей соматической и зачастую психиатрической патологией, отсутствием опыта работы врачей поликлиник с данной категорией детей не всегда удается провести полноценный специализированный офтальмологический осмотр. Нельзя исключить и особенного, предвзятого отношения и нежелание специалистов заниматься узкоспециализированной (в частности, офтальмологической) помощью детям с тяжелой соматической патологией. Зрительные функции не являются витальными, однако качество зрения во многом определяет качество жизни и темпы развития ребенка.

Также в учреждениях, расположенных в территориально удаленных населенных пунктах, специалисты проводят диагностику офтальмологических заболеваний, но на практике дети остаются без высокоспециализированной помощи в связи с отсутствием преемственности учреждений амбулаторного звена и стационара. Несвоевременное оказание помощи приводит к развитию тяжелых осложнений, в том числе возможной полной потери зрения.

Таким образом, систематическая офтальмологическая помощь на уровне амбулаторного звена, формирование преемственности между поликлиникой и стационаром, направленной на выявление и лечение различной офтальмопатологии у социально незащищенных детей, является актуальной и своевременной задачей.

В рамках проекта за 8 лет сотрудниками детского офтальмологического отделения Центра офтальмологии ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ проводились регулярные скрининговые осмотры 5600 воспитанников из 24 ЦССВ, домов ребенка и школ-интернатов *(рис. 1, 2)*. Данные учреждения создают безопасные благоприятные условия пребывания социально незащищенным детям, обеспечивают им медико-психолого-педагогическую реабилитацию, а также социальную защиту и адаптацию. Каждое учреждение имеет свою специализированную направленность: для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики; для слепых и слабовидящих детей; для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; а также православные детские приюты при монастырях и храмах *(рис. 3)*.

По показаниям детям проведено оперативное, в том числе высокотехнологичное лечение, курсы консервативного аппаратного и ирригационного нейротрофического лечения *(рис. 4)*.

Таблица 1. **Структура офтальмологических заболеваний у детей ЦССВ, домов ребенка и школ-интернатов**

Нозология	Количество пациентов
Косоглазие	840
Врожденные аномалии зрительного анализатора	410
Аметропии (прогрессирующая миопия, смешанный астигматизм, гиперметропия)	4086
Амблиопия	380
Частичная атрофия зрительного нерва	264
Врожденная катаракта	26
Глаукома	5

Анализ заболеваний *(Табл.1)* показал, что среди детей с отягощенным психо-неврологическим статусом (энцефалопатия, детский церебральный паралич, органическое поражение центральной нервной системы, олигофрения, синдром внутричерепной гипертензии, последствия перинатального поражения центральной нервной системы) преобладающей офтальмопатологией было косоглазие.

У данной группы детей (840 пациентов) угол косоглазия достигал больших величин (от 15 до 60 градусов по Гиршбергу). Всем детям было проведено хирургическое лечение, так как проведение аппаратного лечения не представлялось возможным или было противопоказано в связи отягощенным неврологическим статусом. Особенностью хирургического лечения была сложность прогнозирования результата операции, несмотря на использование стандартных схем расчета дозирования хирургического вмешательства, предложенных Э.С. Аветисовым и

Рис. 1. География ЦССВ, домов ребенка, школ-интернатов, приютов при монастырях курируемых сотрудниками детского офтальмологического отделения ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ

Рис. 2. Скрининговый осмотр детей ЦССВ, домов ребенка, школ-интернатов и приютов при монастырях

Х.М. Махкамовой. Соответственно большинству пациентов требовалось проведение дополнительных этапов хирургического лечения для получения удовлетворительного результата.

Первым этапом хирургического лечения была проведена реконструктивно-пластическая операция на экстраокулярных мышцах на чаще косящем глазу — рецессия и резекция прямых мышц. Результаты первого этапа хирургического лечения оценивались не ранее чем через 6 месяцев после проведенной операции.

Вторым этапом хирургического лечения выполнены рецессия и резекция прямых мышц на парном глазу. Результаты второго этапа хирургического лечения оценивались не ранее чем через 6 месяцев после проведенной операции.

По показаниям третьим этапом проводилась Z-образная краевая миотомия экстраокулярной мышцы. Расчет объема хирургического вмешательства выполнялся согласно предложенной нами методике (патент № 2692459 от 21.06. 2019 г).

Удовлетворительный анатомический и функциональный результат достигнут у всех детей.

У группы слепых и слабовидящих детей (410 пациентов) выявлены врожденные аномалии зрительного анализатора: микрофтальм, врожденная катаракта, врожденная глаукома, ретинопатия недоношенных, врожденные витреоретинальные патологии, ЧАЗН — на фоне патологии беременности матери (в основном алкоголизм, наркомания, инфекционные заболевания) и хронических заболеваний родителей.

У группы детей (4086 пациентов) без сопутствующей грубой соматической патологии преобладали аметропии (прежде всего прогрессирующая миопия, смешанный астигматизм, гиперметропия средней и высокой степени).

В условиях ЦССВ, домов ребенка и школ-интернатов отмечалось нарушение режима ношения очков, вследствие чего с большей частотой выявлялось прогрессирующее течение миопии и развитие амблиопии на фоне аметропий. Назначение адекватной очковой коррекции снизило частоту данных осложнений. Полученные результаты позволили рекомендовать персоналу усилить контроль использования очковой коррекции воспитанниками.

В качестве клинического примера многоэтапного последовательного лечения можно привести случай из практики. Ребенку с синдромом Марфана по месту жительства в раннем детском возрасте проведено удаление катаракты без имплантации ИОЛ. Несколько лет ребенок нерегулярно пользовался очковой коррекцией и поступил в детское офтальмологическое отделение с диагнозом «двусторонняя афакия, расходящееся содружественное альтернирующее косоглазие, амблиопия высокой степени». В детском отделении проведена двусторонняя имплантация ИОЛ с подшиванием, выполнено этапное хирургическое лечение косоглазия и проведены курсы ирригационной нейротрофической терапии и плеоптического лечения. В настоящее время у пациента нет необходимости в использовании очков, острота зрения составляет 0,7, достигнут удовлетворительный косметический результат. Это существенно повысило качество его жизни, улучшилась социальная адаптация, расширились возможности выбора профессии и обучения *(рис. 5)*.

У детей с амблиопией (380 пациентов) и ЧАЗН (264 пациента) проведены курсы аппаратного лечения в комплексе с ирригационной нейротрофической терапией. В результате лечения у 73% пациентов улучшились зрительные функции.

Для стабилизации прогрессирования миопии детям в условиях стационара были проведены курсы тренировки аккомодации и

Рис. 3. Воспитанники ЦССВ, домов ребенка, школ-интернатов и приютов при монастырях

Рис. 4. Диагностика, лечение детей в детском офтальмологическом отделении Центра офтальмологии ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ

Рис. 5. Пациент с синдромом Марфана после успешного комплексного хирургического лечения (имплантация ИОЛ с подшиванием на обоих глазах, этапная хирургическая коррекция косоглазия)

Рис. 6. Воспитанник ГКУ ЦССВ «Кунцевский» до и после успешного хирургического лечения врожденной полной катаракты на обоих глазах

медикаментозного лечения. В случаях (82 пациента) выраженного прогрессирования (годичный градиент прогрессирования более 1,0 дптр/год, величина ПЗО более 25,5 мм) выполнены склероукрепляющие операции, что позволило у 71 пациента (87%) снизить годичный градиент прогрессирования миопии (в среднем до 0,67 дптр/год).

У 26 детей (32 глаза) было выполнено удаление катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). Расчет оптической силы ИОЛ осуществлялся с учетом возраста детей. Имплантировались гибкие моноблочные и трехкомпонентные ИОЛ. Во всех случаях отмечено повышение зрительных функций. Острота зрения через 1 месяц после операции составила 0,3-0,7 — 14 глаз (43,7%), 0,1-0,2 — 5 глаз (15,6%), у 13 пациентов (13 глаз, 40,7%) остроту зрения проверить не удалось из-за психоневрологического статуса. Причины низкой остроты зрения после операции являлась амблиопия и другая сопутствующая патология органа зрения (ЧАЗН, врожденная патология глазного яблока).

Важность проведения своевременного специализированного лечения детям с полиорганной сопутствущей патологией можно продемонстрировать на клиническом примере. В рамках проекта на скрининговом осмотре в ГКУ ЦССВ «Кунцевский» у ребенка синдромом Дауна выявлена двусторонняя врожденная полная катаракта. Ребенок агрессивно реагировал на воспитателей учреждения, не играл с игрушками, не вступал в контакт с воспитателями и врачами, тяжело поддавался реабилитационным мероприятиям. После успешного проведения двусторонней факоаспирации катаракты у ребенка появилась на лице улыбка, он начал смотреть на подаренный воздушный шарик. Через полгода сотрудники ЦССВ начали отмечать успехи в развитии ребенка, в частности, он начал самостоятельно держать ложку и стал более контактным *(рис. 6)*.

По поводу глаукомы прооперированы 5 детей. В зависимости от состояния глаза выполняли различные антиглаукоматозные операции, в 2 случаях имплантировали клапан Ахмеда. ВГД было компенсировано у всех пациентов.

Учитывая наличие у детей многообразной сопутствующей соматической патологии, при необходимости была оказана индивидуальная комплексная реабилитация совместно со специалистами педиатрического, хирургического, оториноларингологического и физиотерапевтического отделения.

Скрининговый осмотр воспитанников ЦССВ, домов ребенка и школ-интернатов показал высокую частоту офтальмопатологии, которая обусловлена частотой и тяжестью сопутствующих соматических заболеваний, а также недостаточно активной профилактикой (нерегулярные осмотры, отсутствие надлежащего диспансерного наблюдения в условиях поликлиники). Это указывает на высокую потребность оказания своевременной специализированной офтальмологической помощи социально незащищенным детям, в том числе в условиях стационара.

Проведение профилактических скрининговых офтальмологических осмотров у воспитанников ЦССВ, домов ребенка и школ-интернатов врачами не только поликлинического, но и стационарного звена и прикрепление их к федеральным и региональным медицинским учреждениям необходимы для своевременного оказания офтальмологической помощи детям (как терапевтической, так и хирургической).

Наше сотрудничество с персоналом ЦССВ, домов ребенка и школ-интернатов и врачами местных поликлиник позволило построить отличные взаимоотношения, совместно организовывать своевременную офтальмологическую помощь для повышения качества жизни и улучшения социальной адаптации детей.

Серия статей подготовлена к 90-летию академика РАН, профессора А.Ф. Бровкиной

Эффективность пропранолола при лечении врожденной гемангиомы

Э.М. Касимов, Р.Н. Балаева

Национальный Центр Офтальмологии им. академика Зарифы Алиевой, г. Баку, Азербайджан

Врожденная гемангиома — наиболее частая опухоль у детей грудного возраста. Она встречается примерно у 1 на 200 новорожденных. По данным А.И. Пачес и соавт., капиллярные гемангиомы в 2,5 раза чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков [1]. Различают 2 основные клинические формы роста этой опухоли — плоскостную и узловую. Плоскостные врожденные гемангиомы слегка возвышаются над кожей, врастают в дерму, деформируя веки и изменяя глазную щель. Узловые гемангиомы могут развиваться как внутрикожно, так и подкожно. Внутрикожные узловые гемангиомы имеют характерную зернистую поверхность. Подкожная узловая капиллярная гемангиома, как правило, серо-голубого цвета, мягкой тестоватой консистенции, едва просвечивает под кожей. Но она становится более выпуклой и обретает красную окраску, когда ребенок плачет или наклоняет голову вперед. При распространении опухоли в орбиту может развиваться экзофтальм со смещением глазного яблока.

Клинические проявления заболевания начинаются с 1-2-й недели жизни. С момента рождения опухоль имеет плоскую или слабо проминирующую над кожей поверхность, которая к 6-месячному возрасту прогрессивно растет. Затем, обычно наступает стабилизация процесса или даже регрессия. До 30% опухолей могут регрессировать к 3 годам жизни ребенка и до 90% к 7 годам. Но растущая гемангиома может вызвать такие осложнения, как экзофтальм, анизометропию, косоглазие, амблиопию. Диагностика не представляет затруднений. Для лечения гемангиом применяются криотерапия, склеротерапия, погружная диатермокоагуляция, локальное или системное введение кортикостероидов [2]. При обширных гемангиомах с бурным ростом, ассоциированных со зрительными дисфункциями, применяли хирургическое лечение. Но в 2008 году кардиологами клиники города Бордо случайно при лечении двух мальчиков с сердечной патологией были обнаружены антиангиопролиферативные свойства пропранолола [3]. Это β-неселективный адреномиметик, широко используемый в кардиологии. В основе механизма действия лежит вазоспазм (β-адренергические антагонисты вызывают сужение сосудов путем ингибирования синтеза и освобождения NO), угнетение ангиогенеза и индукция апоптоза. На протяжении последних лет он стал препаратом первого ряда ввиду своей эффективности. Однако, как и любой препарат, пропранолол обладает рядом побочных действий: брадикардия, бронхоспазм, гипотензия, гипогликемия. Поэтому не допускается бесконтрольное проведение лечения данным препаратом. Перед назначением пропрапонолола осмотр ребенка у педиатра и кардиолога является обязательным [4, 5].

Цель

Изучение эффективности применения пропранолола у детей с врожденной гемангиомой.

Материалы и методы

Лечение проводилось детям с врожденной капиллярной гемангиомой раннего возраста. Перорально пропранолол применяли у 21 ребенка в возрасте 2-24 месяцев в дозе 2 мг/кг/сут. Всем больным проводилось общеофтальмологическое обследование, КТ и МРТ орбиты, а также обязательная консультация педиатра и кардиолога перед назначением препарата и мониторинговые обследования в период лечения.

Результаты и обсуждение

Учитывая возможность развития побочных эффектов, мы назначали препарат, начиная с дозы 1мг/кг/сут, затем удостоверившись в хорошей переносимости, начиная со второй недели мы увеличивали дозу препарата до 2мг/кг/сут [6]. Уже в начале лечения мы отмечали побледнение цвета, уменьшение размеров опухоли и связанного с этим деформации век и экзофтальма. Так, представляем больного с врожденной гемангиомой орбиты и век до и после лечения пропранололом *(рис. 1а, б)*.

Продолжительность терапии зависит индивидуально от размеров опухоли и возраста ребенка. Многие авторы подчеркивают, что данный вид лечения наиболее эффективен в возрасте до 1 года [7]. В этом мы убедились на примере своих пациентов. Так, 6 пациентам препарат был назначен в возрасте 2 месяца, и уже через 2 месяца мы наблюдали полный регресс опухоли, позволивший полностью отменить препарат. Дети находятся под наблюдением, рецидива не наблюдали.

Однако, не во всех случаях мы добивались успеха, применяя лечение пропранололом в качестве монотерапии. У 5 пациентов после продолжительного применения пропранолола в течение 7-8 месяцев наблюдался значительный регресс опухоли, но при постепенном уменьшении дозы препарата отмечалась некоторая прогрессия опухоли. Для сокращения времени приема препарата на последних этапах лечения была проведена инъекция кортикостероидов в толщу опухоли [8, 9]. После чего наблюдалась быстрая регрессия опухоли и производилась постепенная отмена препарата *(рис. 2а, б, в)*. У одного пациента после проведения терапии пропранололом, стероидной терапии была выполнена операция по удалению остаточной опухоли орбиты. Рецидива нет. У остальных пациентов мы достигли положительного эффекта проведением монотерапии пропранололом.

Во многих источниках авторы указывали на снижение эффективности препарата у пациентов старше 1 года [10]. Однако мы наблюдали пациентку 13 месяцев

Рис. 1. Больной с гемангиомой: **а)** до лечения; **б)** после лечения.

Рис. 2. Ребенок с гемангиомой: **а)** до лечения; **б)** после приема препарата и стероидной инъекции; **в)** через месяц после инъекции.

Рис. 3. Больная с гемангиомой: **а)** до лечения; **б)** после лечения; **в)** через 7 месяцев после лечения.

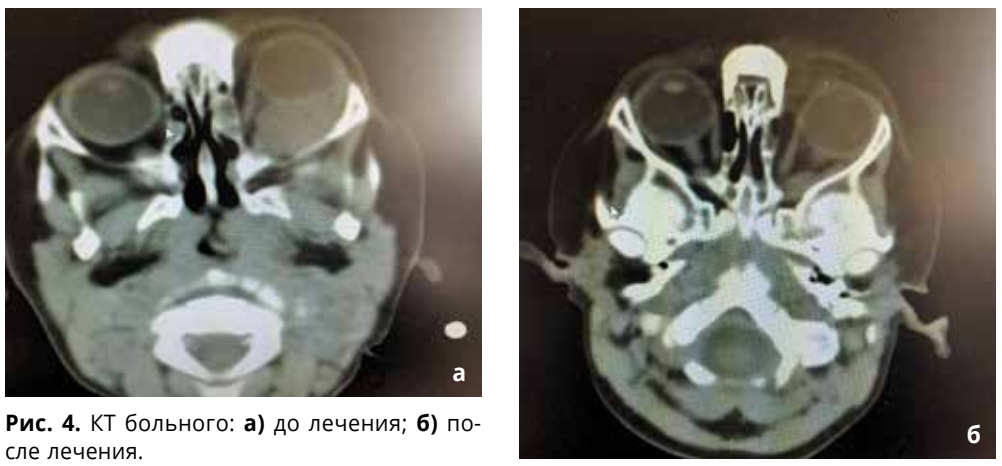


Рис. 4. КТ больного: **а)** до лечения; **б)** после лечения.

с гемангиомой века, орбиты и лица, которой было дважды проведено вскрытие опухоли лица поликлиническим хирургом общего профиля *(рис. 3а)*. На КТ больного была выявлена большая интраканальная опухоль, сдавливающая зрительный нерв *(рис. 4а, б)*. Проведение оперативного вмешательства было сопряжено с риском потери зрения, поэтому было решено начать лечение с назначения пропранолола. Уже через 2 недели мы наблюдали признаки регрессии опухоли *(рис. 3б)*. Осложнений, связанных с лечением, у больных не отмечалось. Преимуществом данного лечения является хороший косметический результат и безопасность в отношении зрения *(рис. 3в)*.

Выводы

Пропранолол эффективен при лечении детей раннего возраста с врожденной гемангиомой. Он обладает рядом преимуществ по сравнению с другими методами лечения: лучший косметический результат, высокий процент регрессии опухоли, стойкий полученный эффект. А обязательный мониторинг пациента у педиатра и кардиолога во время проведения терапии обеспечивает ее безопасность для больного.

Литература

1. Callahan A.B., Yoon M.K. Infantile hemangiomas: A review. // Saudi J Ophthalmol. — 2012. — Vol. 26. — N3. — P. 283-291.

2. Hernandez J.A., Chia A., Quah B.L., Seah L.L. Periocular capillary hemangioma: management practices in recent years. // Clin Ophthalmol. — 2013. — Vol. 7. — P. 1227-1232.

3. Léauté-Labrèze C., Harper J.I., Hoeger P.H. Infantile haemangioma. // Lancet. — 2017. — Vol. 390. — P. 85-94.

4. Vassallo P., Forte R., Di Mezza A., Magli A. Treatment of infantile capillary hemangioma of the eyelid with systemic propranolol. // Am J Ophthalmol. — 2013. — Vol. 155. — N1. — P. 165-170.e2.

5. Phillips J.D., Zhang H., Wei T., Richter G.T. Expression of β-Adrenergic Receptor Subtypes in Proliferative, Involuted, and Propranolol-Responsive Infantile Hemangiomas. // JAMA Facial Plast Surg. — 2017. — Vol. 19. — N2. — P. 102-107.

6. Erdoğan İ., Sarıalioğlu F. Cardiac evaluation in children with hemangiomas. // Turk Kardiyol Dern Ars. — 2016. — Vol. 44. — N6. — P. 498-502.

7. Przewratil P., Kobos J., Wnęk A. et al. Serum and tissue profile of VEGF and its receptors VGFR1/R2 in children with infantile hemangiomas on systemic propranolol treatment. // Immunol Lett. — 2016. — Vol. 175. — P. 44-49.

8. Anjum M.Z., Pasha K.H., Abbas S.H., Zubair M. The outcome of combination of low dose oral prednisolone with propranolol for the treatment of infantile haemangioma. // Pak J Med Sci. — 2016. — Vol. 32. — N1. — P. 211-214.

9. Shao R.Z., Zhao D.H., Li J. Treatment of infantile hemangioma by intralesional injection of propranolol combined with compound betamethasone. // Eur Rev Med Pharmacol Sci. — 2016. — Vol. 20. — N4. — P. 751-755.

10. Moyakine A.V., Kerstjens J.M., Spillekom-van Koulil S., van der Vleuten C.J. Propranolol treatment of infantile hemangioma (IH) is not associated with developmental risk or growth impairment at age 4 years. // J Am Acad Dermatol. — 2016. — Vol. 75. — N1. — P. 59-63.e1.

Применение пористого орбитального импланта «Oculfit» для формирования опорно-двигательной культи после энуклеации у больных с увеальной меланомой

М.А. Кайназарова, С.А. Сарсембаева, А.Б. Касымбекова, Ж.М. Аманкулов

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Центр опухолей головы и шеи, г. Алматы, Республика Казахстан

Введение

Несмотря на успехи в комбинированном органосохранном лечении увеальной меланомы с применением современных технологий, энуклеация глазного яблока, по-прежнему, остается наиболее частым методом лечения пациентов с внутриглазной опухолью. По данным различных авторов [1-3], энуклеации составляют от 1 до 4% среди всех офтальмологических операций вследствие внутриглазных опухолей. Основными показаниями при этом являются профилактика возможных рецидивов и метастазирования процесса, устранение болевого синдрома (при вторичной глаукоме и воспалении) и достижение оптимальных косметических результатов. Обязательной частью социальной, медицинской и психологической реабилитации лиц с анофтальмом является глазное протезирование [4].

Удаление глазного яблока без восполнения полости приводит к развитию анофтальмического синдрома, комплекса косметических и функциональных недостатков [4]. До 1980-х годов прошлого века какие-либо импланты в офтальмоонкологической практике не применялись [5]. Но в связи с развитием биотехнологий и повышением требований к качеству жизни у пациентов после хирургического лечения с внутриглазными опухолями, появились различные материалы для создания опорно-двигательной культи (ОДК) после энуклеации. В последнее время большинство офтальмологов отдают предпочтение синтетическим материалам для имплантов, так как в отличие от биологического материала, они обладают лучшей биосовместимостью с тканями орбитальной полости [6].

Синтетические импланты делятся на непористые и пористые.

Непористые импланты производят из силикона, полиметилметакрилата. Из множества материалов, предлагаемых в качестве имплантационного, на первый план выходят синтетические пористые биосовместимые материалы и их композиции [7].

Пористые импланты изготавливаются из гидроксиапатита, оксида алюминия и пористого полиэтилена. В доступной нам литературе мы не встретили статей, посвященных орбитальным имплантам «Oculfit» AJL Ophthalmic (производства Испания), которые имеются на рынке Казахстана с 2017 г. и успешно используются офтальмологами для создания ОДК после энуклеации. Подана заявка на инновационный патент Республики Казахстан.

Орбитальные имплантаты «Oculfit» AJL Ophthalmic имеют шарообразную форму и предназначены для заполнения пространства, появившегося в результате удаления глазного яблока. Их изготавливают из полиэтилена высокой плотности, который обладает хорошей тканевой переносимостью и устойчивостью. Взаимосвязанная открытопористая структура имплантов предусматривает возможность врастания ткани в мельчайшие поры биоматериала [8]. Орбитальные импланты «Oculfit» имеют четыре отверстия, соединяющих два шовных канала на передней поверхности, которые облегчают проведение иглы с нитью для соединения прямых мышц с имплантами. Более гладкая пористая поверхность может способствовать сокращению случаев последующего обнажения импланта.

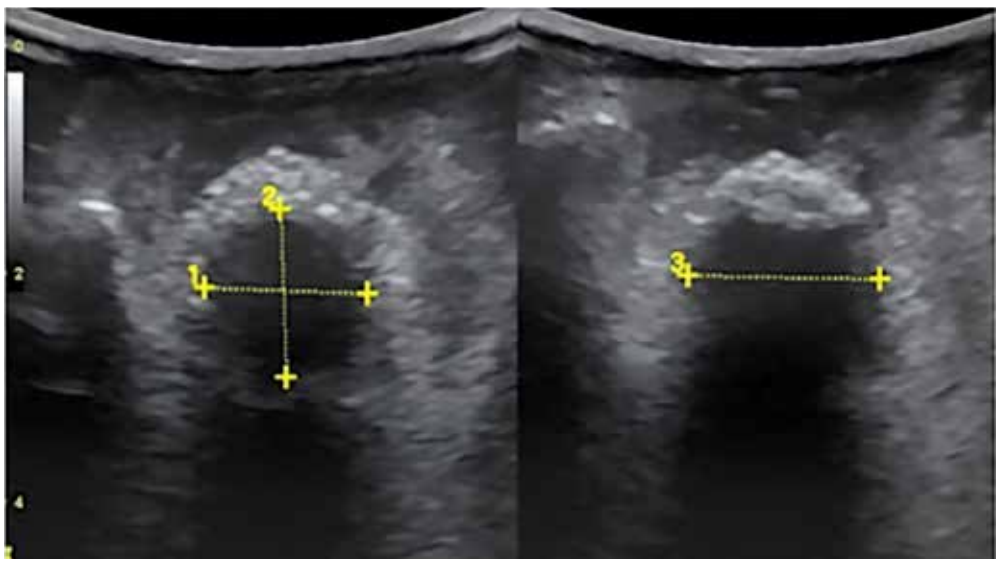


Рис. 1. УЗИ орбиты больной Е., 79 лет, через неделю после энуклеации с формированием ОДК орбитальным имплантом «Oculfit»: отмечается визуализация орбитального импланта с четким передним и боковым контуром и нечеткой визуализацией заднего контура. Гипоэхогенные участки по периферии импланта в глазных мышцах толщиной до 5 мм, аналогичный участок определяется по переднему контуру импланта в зоне мышечного анастомоза. Инфильтрация и отек в структуре глазных мышц, конъюнктивы и верхнего века. УЗ-данных по очаговым изменениям не выявлено.

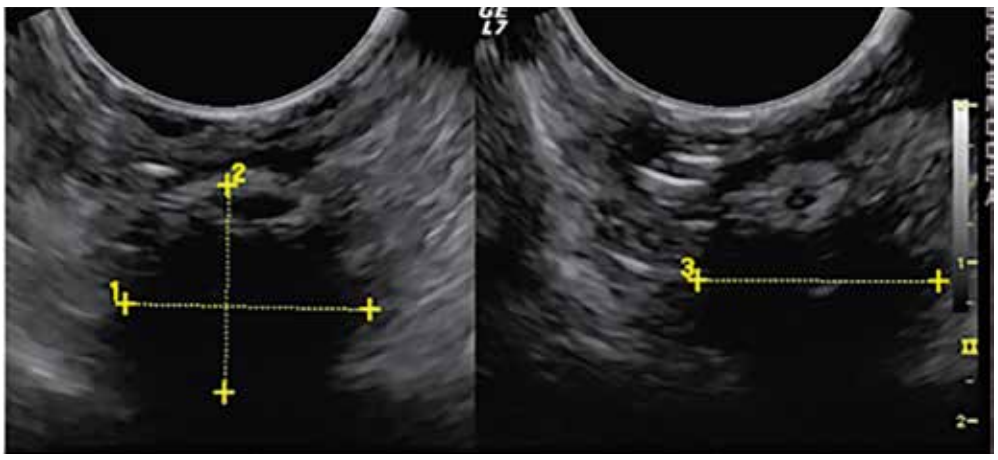


Рис. 2. УЗИ орбиты больной Ф., 71 год, через 18 месяцев после энуклеации с формированием ОДК орбитальным имплантом «Oculfit»: отмечается визуализация орбитального импланта с четким передним и боковым контуром и нечеткой визуализацией заднего контура, пониженной эхогенности с гиперэхогенным наружным контуром. При функциональных пробах отмечается подвижность импланта. Данных по очаговым изменениям не выявлено.

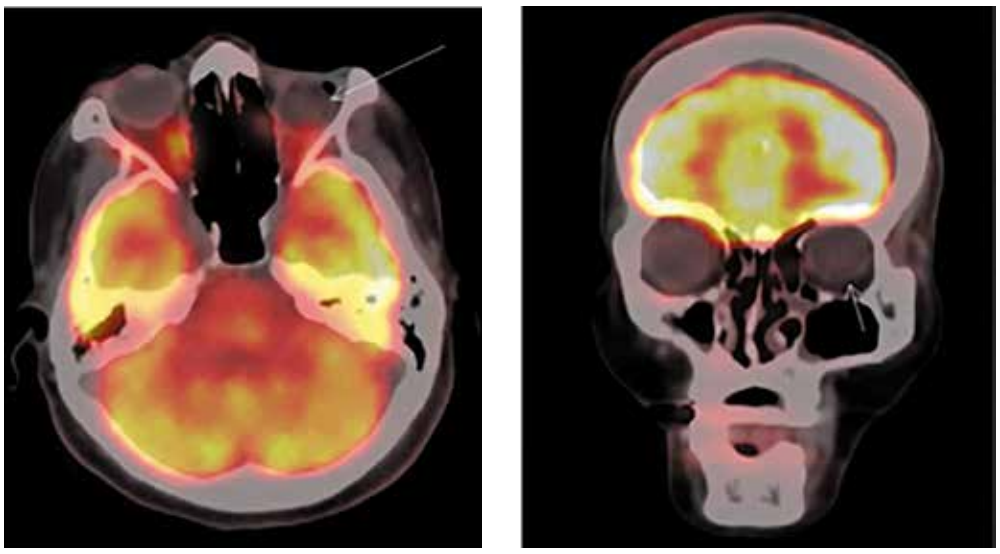


Рис. 3, 4. Больная Б., 55 лет. Через 6 месяцев после энуклеации с формированием ОДК орбитальным имплантом «Oculfit»: на ПЭТ-КТ сканах в аксиальной и коронарных плоскостях визуализируется имплант (указан стрелкой) в центре орбитальной полости. Патологического накопления 18F-FDG в проекции орбиты не выявлено.

Цель настоящего исследования: изучить результаты использования орбитального импланта «Oculfit» AJL Ophthalmic для формирования опорно-двигательной культи у больных с увеальной меланомой с оценкой состояния ОДК в послеоперационном периоде.

Материал и методы

В отделении опухолей головы и шеи Казахского НИИ онкологии и радиологии за 3-х летний период с 2017 по 2019 гг. нами произведено 39 операций — энуклеаций с одномоментным формированием опорно-двигательной культи с использованием орбитального импланта «Oculfit» AJL Ophthalmic. Все пациенты были с внутриглазной увеальной меланомой Т2-Т3 стадий. Мужчин было 18, женщин — 21. Возраст больных составил от 32 до 83 лет. Всем больным предварительно проведено тщательное клиническое обследование для исключения дистантных метастазов и распространения опухоли за пределы глазного яблока. Все операции выполнялись по стандартной методике под общим эндотрахеальным наркозом. Размер импланта подбирался индивидуально исходя из исходного размера глазного яблока, который определялся по формуле: ПЗО — 4 мм [6]. Наиболее востребованным размером импланта «Oculfit» AJL Ophthalmic был 20-21 мм.

Из деталей операции стоит отметить тщательный гемостаз после нервэктомии и использование имеющегося в наборе проводника в виде пластмассовой трубки, которую после удаления глазного яблока вставляют в межмышечное пространство до вершины орбиты. Это облегчает помещение импланта «Oculfit» в нужную позицию, а также обеспечивает необходимую асептику, так как нет необходимости «проталкивать» имплант пальцем. Работать необходимо исключительно чистыми от крови инструментами. Викрил 6/0 проводится через шовные каналы и фиксирует концы прямых мышц к передней поверхности импланта. Герметизация послеоперационной раны послойная, отдельно сшивается непрерывным швом теноновая оболочка в вертикальной, а затем конъюнктива в горизонтальной плоскости.

Производители орбитального импланта «Oculfit» рекомендуют по периферии импланта сразу же поместить в конъюнктивальную полость перфорированный конформер AJL для разделения тарзальной и бульбарной конъюнктивы. Он представляет собой влажную ткань, покрывающую конъюнктивальную полость и внутреннюю часть века, и предназначен для предотвращения слипания между ними и сокращения полости, а также для сохранения пространства конъюнктивальной полости [9]. Конформеры изготавливаются из резистентного термопластического материала, состоящего из полиэтилена и сополиэфира (PETG+PE). Конформер используется до момента подбора индивидуального протеза в течение 1,5-2 месяцев после операции. Мы не всегда использовали конформер из-за его отсутствия на нашем рынке. Однако даже без него мы получили хорошие функциональные и косметические результаты.

Результаты и обсуждение

В раннем послеоперационном периоде у всех 39 пациентов отмечалось заживление раны первичным натяжением, культя была подвижная во всех четырех направлениях. Почти всегда отмечался транзиторный умеренный отек век и птоз верхнего века, которые проходили по мере заживления послеоперационной раны. В последующем амплитуда подвижности культи увеличивалась. Для выявления возникновения рецидива опухоли в орбите и возможных дистантных метастазов в послеоперационном периоде больным проводился мониторинг: МРТ, КТ орбит и головного мозга, КТ органов грудной клетки, УЗИ печени и полости орбиты, и по показаниям ПЭТ-КТ. За наблюдаемый период ни у одного пациента не было местного рецидива меланомы.

Как и при любом хирургическом вмешательстве возможно возникновение инфекции и иных осложнений, не связанных с качеством импланта. В прилагаемой к имплантy «Oculfit» инструкции описаны побочные эффекты: обнажение импланта, экструзия, воспаление, расхождение конъюнктивальных швов, пиогенная гранулема, пресептальная флегмона, смещение импланта, изменение окраски конъюнктивы, синдром «болтающегося» века, выраженная пролиферация конъюнктивы, отсутствие подвижности, хронические боли [9]. По нашим наблюдениям, только у 2 пациенток (в 5,1% случаях) через полгода произошло «обнажение» импланта. Это было в самом начале нашего опыта, когда еще не были отработаны технические детали операции. И так как нам не удалось восстановить целостность конъюнктивальной полости, одной пациентке мы вынуждены были удалить имплант «Oculfit». Вторая пациентка выбыла из наблюдения в связи с появлением метастаза эпителиоидной меланомы в печень и получением иммунохимиотерапии по месту жительства. В дальнейшем через 14 месяцев после операции пациентка скончалась от генерализации процесса.

При повторном осмотре через 2 месяца, когда остальные 37 пациентов уже приходили с глазным протезом, отмечался хороший косметический эффект: симметричность раскрытия обеих глазных щелей, симметричность положения глазного протеза с парным глазом при взгляде прямо, рельефность верхнего века, объем движений культи более 90 градусов [5]. В отдаленном же периоде мы отметили у 5 пациентов (10%) небольшое западение протеза (2-3 мм), за счет снижения отека орбитальных тканей и разрастания соединительной ткани и, по-видимому, меньшего, чем необходимо размера протеза [5]. В 24% случаев отмечалось ограничение подвижности протеза кнаружи, хотя культя двигалась более активно. Мы объясняем этот факт неполным прилеганием протеза к поверхности культи. Использование конформера позволяет уменьшить это несоответствие.

Для визуализации содержимого орбиты мы проводили УЗ-сканирование на аппарате экспертного класса «Logic-7» General Electric с мультичастотными датчиками — линейным с частотой 5-7,5 мГц и конвексным с частотой 3,5-5 мГц.

В сроки наблюдения от 1 недели до 2,5 лет импланты располагались в центре орбитальной полости, без признаков смещения, наблюдалось отсутствие гематом и участков выпота в полости орбиты. По периферии импланта «Oculfit» в режимах ЦДК и ЭДК зон патологической васкуляризации не выявлено. При проведении функциональных проб отмечалась визуализация подвижности ОДК. Во всех случаях эхографических данных о наличии рецидива не было выявлено.

С целью динамического контроля пациентов в отдаленный послеоперационный период в диагностическом центре ORHUN MEDICAL г. Алматы некоторым пациентам проводилось ПЭТ-КТ исследование для выявления местного рецидива в орбите и отдаленных метастазов.

Выводы

При использовании орбитального импланта «Oculfit» AJL Ophthalmic для создания ОДК у пациентов с увеальной меланомой получены хорошие клинические результаты. Имплант не провоцирует возникновение местного рецидива меланомы в орбите. При соблюдении техники операции энуклеации осложнения в виде «обнажения» передней поверхности импланта достаточно редкие. Косметические результаты также обнадеживают: культя объемная, подвижная (подвижность с протезом составляет более 60% от подвижности второго глаза), конъюнктивальная полость и своды конъюнктивы достаточные для ношения глазного протеза, что позволяет полностью устранить признаки анофтальмического синдрома.

Список литературы

1. Амирян А.Г., Саакян С.В. Факторы прогноза увеальной меланомы // Вестник офтальмологии. — 2015. — №1. — С. 90-94.

2. Бровкина А.Ф., Стоюхина А.С. О методике формирования опорно-двигательной культи при анофтальме. // Вестник офтальмологии. — 2011. — Т. 127. — №1. — С. 48-51.

3. Гундорова Р.А. Повреждения органа зрения. Вопросы, требующие дальнейших разработок // Вестник офтальмологии. — 2006. — №1. — С. 24-26.

4. Николаенко Е.С. Топографическая анатомия органа зрения как этап в создании глазных протезов // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. — 2016. — Т. 4. — №3 (14). — С. 70-74.

5. Стоюхина А.С., Киселева Т.Н. Импланты в офтальмоонкологии и возможности визуального контроля их состояния. // Вестник офтальмологии. — 2013. — №2. — С. 41-44.

6. Красильникова В.Л. Анофтальмический синдром: патогенез, лечение, профилактика // Рецепт: научно-практический журнал для фармацевтов и врачей. — 2005. — №10. — С. 29-33.

7. Красильникова В.Л. Анализ трансплатационных материалов, используемых для создания опорно-двигательной культи глазного протеза при анофтальме // Вестник Витебского государственного медицинского университета. — 2005. — Т. 4. — №4. — С. 5-11.

8. Груша Я.О., Федоров А.А., Хоссейн Пур Х. Некоторые аспекты биоинтеграции пористых орбитальных имплантов // Материалы международного симпозиума «Заболевания, опухоли и травматические повреждения орбиты». — М., 2005. — С. 243-245.

9. Производитель: AJL Ophthalmic S.A., Испания. Инструкция по медицинскому применению медицинского изделия орбитального импланта «Oculfit» Уполномоченный представитель производителя на территории Республики Казахстан: ТОО «MedInnovation», Республика Казахстан, г. Алматы.

Эпидемия 20/20
Дневник сбитого офтальмолога

Окончание. Начало читайте в «Поле зрения» №4, 5 2020. (печатается с сокращениями, без редакторской правки)

Борьба с COVID продолжается уже девятый месяц, вирус пока не сдается. К сожалению, даже после того, как болезнь отступит, мы еще долго будем ощущать его последствия. Редакция газеты «Поле зрения» публикует окончание дневника И.Э. Иошина «Эпидемия 20/20».

И.Э. Иошин
Igor.ioshin@gmail.ru

22 мая

Усталость имеет свойство накапливаться. Ожидание хорошего (в нашем положении ограниченной функциональности) пристально ищет малейшие признаки восстановления привычного хода событий. Я вместе со многими «изолянтами» надеялся на скорую возможность выйти из дома без штрафа. Первый этап отмены ограничений, подробно расписанный Роспотребнадзором еще месяц назад, был основан на ряде эпидемиологических и санитарных критериев. В нем содержалось долгожданное разрешение выйти на улицу «для занятия спортом», которое, к слову, в большинстве стран вовсе не запрещалось. Ну, спорт не спорт, а кроссовки у всех есть. И критерии, вроде, в Москве достигнуты и вот…

Мэр разрешил работу МФЦ и каршеринга… Спорт остался под домашним арестом. Ходите в кроссовках дома. Играет он, что ли, с нами? И «да» и «нет» не говорит! Боится других неизвестных цифр? Каршеринг важнее. Вернее безопаснее. Фильм «День Радио»: «— А пуговицу мою никто не видел. Обидно из-за одной пуговицы пиджак выкидывать. А пиджак дорогой, специально ездил в Англию его покупать.— Миша, какая пуговица…— Надо узнать, может быть, есть кто-то знакомый в Министерстве обороны.— А ты знаешь, Лёша, это легко проверить. У тебя есть знакомые в Министерстве обороны? — У меня нет. — И у меня нет. Ищем пуговицу. Пуговицу-то мы найти можем».

В Москве сервисом проката авто пользуется миллион человек, да и фирмы недавно приобрели большой автопарк. Ну, как не порадеть такому перспективному бизнесу — гордости московских инноваций! А бронировать машину можно теперь не менее 5 дней. Эпидемия все-таки. Все для москвичей: и бордюры для красоты, и расписной авто из каршеринга рядом с бордюром тоже для красоты. Все помытое. Главное — чтобы было красиво! И пуговицу найти.

Или мэр боится повтора 5 мая с очередями в метро, за которые никто так и не извинился? Очереди образуются из спортсменов.

Прокат велосипедов и самокатов разрешили? Или он не нашел лоббистов в мэрии? И уже в который раз переживаю за скверы, бульвары и парки!

Конспирологические версии множатся: продолжение ограничительных мер в столице — максимально дотянуть сидение москвичей по домам для проведения 24 июня военного парада. Знать бы целеполагание!

Иммунитет

Тестирование на иммунитет идет полным ходом. Появились свои фейки. При «+» появится предписание дополнительно сидеть две недели дома. Опровергли.

Театры, самолеты, шахматы

В театрах Министерство культуры (не путать с прачечной) предлагает шахматную рассадку зрителей в зале с момента открытия сезона. В салонах самолетов Министерство транспорта также предлагало размещать пассажиров через одного (черная клеточка/белая клеточка). Авиакомпании не согласились и договорились с министерством играть в другую игру. Поддавки. Сыграли. Министерство проиграло. У меня была идея предложить внедрить авиарейсы КОВИД «+» и КОВИД «–». Устыдился. Пахнет сегрегацией.

С театрами вопрос пока обсуждается. Количество зрителей можно уменьшить, тем более министерским указом. В развитие предложения: репетиции тоже проводить с меньшим количеством актеров и не актеров тоже. Да и пьесы можно поправить с количеством персонажей — в «Трех сестрах», например, оставить одну. Мне больше нравится Ольга. Или все сестры по очереди. В «Короле Лире» дочерей по такому же сценарию. Думаете, смеюсь? Плачу от хохота. Поговорите с театрами, господа чиновники! Я поговорил со знакомыми театральными режиссерами. Тем не до смеха. Пытался их поддержать, мол, приду в театр обязательно, хоть в шахматном, хоть в шашечном порядке.

Дела сидящих в резерве в условиях двухмесячной самоизоляции напоминает разговор двух приятелей:

— Как дела?

— То да сё.

— Одновременно и то, и сё?

— Ну, да.

— Тяжело, наверное!

Карантин, изоляция, самоизоляция

Совфед: «Надо законодательно закрепить в законе понятие «самоизоляция».

Чтобы было.

Есть медицинский термин «изоляция», который определяет действия в отношении больного человека, медицинское понятие «карантин» касается всех, контактировавших с больным. И если уж закреплять, то термины «карантин», «изоляция», «самоизоляция» увязать вместе. Потому как медицинское в последние месяцы так тесно переплелось с административным, что практически растворило здравый смысл у чиновников и приближенных к ним медиаперсон. Столько соблазнов появляется у живущих на другой орбите начальников! Помните Жванецкого: **«В конце каждой улицы поставить турникеты. Конечно, можно ходить и так, и на здоровье, но это бесшабашность — куда хочу, туда и хожу. В конце каждой улицы поставить турникеты. Да просто так. Пусть пока пропускают. Не надо пугаться. Только треском дают знать. И дежурные в повязках. Пусть стоят и пока пропускают. Уже само их присутствие, сам взгляд… Идешь на них — лицо горит, после них — спина горит. И они ничего не спрашивают… пока. В этом весь эффект. И уже дисциплинирует».** Важно: разделить ответственность в момент эпидемий, которых мы на фоне коронавирусной, уходящей, будем пугаться еще долго. Итак: меры и правила **карантина-изоляции-самоизоляции** определяют медики (например, коллективный **санитарный врач**, он же Роспотребнадзор), а исполнение осуществляет административная власть (коллективный **мэр/губернатор**). И отобрать возможность у последних законодательно «инициативить», как и положено по принципу «разделения властей».

И только при чрезвычайной ситуации все полномочия сосредоточить в одних руках!

А может это только пиар из Совфеда? Тогда предложение: законодательно закрепить понятия «самоуважение», «самодисциплина», «самоопределение», «самоудовлетворение» и … Предлагайте!

Уже давно обратил внимание, что практически не пишу о больнице. Фактов мало вплоть до их отсутствия. И на этом фоне понимаю ограниченность собственных проблем. Я устал от ожидания хороших новостей. Дискомфорт сломанного жизненного ритма и навязанная извне ненужность придавили. Но сравни себя с другими, кому тяжелее. Не перестаю волноваться за коллег, работающих в перепрофилированном стационаре. Уставших, но продолжающих работать без ложного для внешних зрителей пафоса. В условиях неочевидных заботы и уважения. Режим собственной ограниченной функциональности виноват в брюзжании и сарказме, а внешняя информационная среда просто корм, весьма калорийный.

Может я уже на работу не хочу? Как в детстве после простуды. В школу после приятного лежания с книжкой и родительской заботы не тянуло. Там ждали противные училки.

24 мая

Чего-то жду. Одно из самых неприятных состояний.

25 мая. Заголовки периода пандемии

«Карантинный театр абсурда», «Советы доктора Мясникова», «Идиотизм или Издевательство», «Апология страха», «Масочно-перчаточный кретинизм», «Как нам врут», «Забота или просто бизнес», «Я обожаю коронавирус», «Бабкина поимела бабки». «Симптомов нет, а зараза есть». «В Москве выявили рекордно высокое число заразившихся. Они заразились, но сумели выжить», «Рядом со мной лежали десятки трупов», «В Москве выявили рекордно низкое число заразившихся», «Популярный способ борьбы с коронавирусом оказался вредным», «Обнаружены неизвестные симптомы коронавируса», «Русская дикость. Я хожу по Москве каждый день, а все удивляются». «В.В. Путин: чиновники ответят за задержки выплат», «Медсестра в купальнике», «Медикам не выплатили обещанные надбавки», «Медики получили все положенные деньги», «В эпидемии виноваты путешественники и москвичи», опять советы доктора Мясникова», «Как раньше уже не будет — готовьтесь», «Полетят ли говорящие головы?», «Депутат Госдумы открыла новый симптом коронавируса», «Карантинное. Монолог вымышленного лица», «Мы все обязательно заразимся», «Мифы, которые развенчивает пандемия», «В Минздраве назвали сроки создания вакцины», «Чем заняться в карантине»…Так каждый день… И это бесконечно…

ФОМС рулит

Информация от ФОМС: «Отказы пациентам с хроническими заболеваниями в госпитализации без результатов на COVID-19 недопустимы» (от 8 мая 2020 №6235/30-2/и). То есть предполагается, что летать без анализов нельзя, а лечиться можно. Не власть, а Змей Горыныч со множеством голов, и у каждой свои представления о важном и прекрасном. О как!

Международная панорама

Успокаивающая тональность отечественных показателей (всего лишь 8000-9000 новых случаев, которые бы еще месяц назад привели бы к общественной истерике) подчеркивается на ТВ «ужасами из Бразилии» и всей Латинской Америки. Виды кладбищ со свежевырытыми могилами в Сан Паулo оппортунистически вызывает вопрос: «А в Митино не хоронят?». Вспомните, призовой пьедестал по количеству больных коронавирусом мы с Бразилией делим вместе! Ну, редакторы, имейте совесть!

Приводят в умиление круги, нанесенные контрастным белым цветом на газонах в парках США, для соблюдения социальной дистанции во время «завтрака на траве». Хома Брут порадовался бы, а Панночка огорчилась бы.

На пляжах можно ходить только по мокрому песку. Принц Чарльз призывает безработных собирать клубнику. Недавно погибавшая от коронавируса Испания с июля ждет туристов на летний отдых. В Бельгии и Франции медики не уважают руководителей страны и открыто демонстрируют свое отношение к ним. Мы не демонстрируем, а кого не уважаем?

Трамп пролечился лекарством. Не по совету врача, а на всякий случай. Сомнений в том, кто сейчас главный на планете, не осталось ни у кого.

26 мая. Маски-недельки

Масочный режим обоснованно или не очень, но обязателен в общественных местах. Это строго предписано для транспорта и магазинов. Но компенсируется эта строгость неограниченной длительностью ношения маски. Одноразовые становятся многоразовыми. Как и многое в стране. Вношу предложение: обязать покупать/продавать маски на неделю с нашитой полоской для цветовой дифференциацией по дням. Помните набор нижнего белья «Неделька»?

Например, понедельник — фиолетовая полоска, вторник — синяя и далее по спектру. Цветовые варианты возможны. Тогда, глядя на человека, можно определить менял ли он маску хотя бы раз в сутки. Какая будет красота! Все носят маски с полоской одного цвета. «Цвет настроения — синий!» Удобно — не забудешь день недели!

Из реального. Работал я в одном учреждении, где в операционной до обеда были маски с зеленой полосой, а после обеда — с красной. И камера слежения на входе. Тогда такой подход считался инновационным.

Программа «Городок» 2002 г. ТВ-шоу.

Гаишник не пускает автолюбителя в городок.

— ?

— Карантин!

Мимо пролетает чиновничий джип с мигалкой.

— ?

— А их не жалко!

2020 г. Реалити-шоу. Не жалко до сих пор!

Made in Sweden

Апокалиптические прогнозы по смертности в Швеции и её союзника Белоруссии не подтверждаются. В топе новостей нет злорадно высоких цифр про заразу №19 из этих европейских изгоев. Может вообще, нет значимой разницы между ними и остальным? Подозреваю, если бы были, то издевались бы все. Мы вас предупреждали! В дураках оставаться не хочется никому. Особенно в коллективных дураках. Все со всеми сравнялись. Люди же. Но экономисты из того самого Bloomberg предвосхитили большое падение ВВП Швеции, несмотря на отказ от жестких мер по коронавирусу. Хоть в спину, но плюнем. Понятно, что экономика снизится везде. «Вольво» покупают не только в Швеции. Но люди прожили эти 2-3 месяца не в клетке. Если это важно для тех, кто принимает решения по людям.

Про ВВП Белоруссии прогноз тоже не ахти. По такой же самой причине. Продолжаем ждать осень.

Новостей из больницы опять нет. Забыли про нас. Я не эпидемиолог, но скажу…

Коронавирус — не оспа и не грипп. При оспе — изоляция больных в больничные боксы, контактировавшие — в больничный карантин. Жесткие ограничения в очаге.

При гриппе — изоляция больных по домам и редко в больничные боксы, контактировавшие ждут симптомов без карантина. Ограничения рекомендательные.

При коронавирусе — изоляция больных по домам и в больничные боксы, контактировавшие ждут симптомов в домашнем карантине. ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ НА САМОИЗОЛЯЦИИ.

Мы, все остальные, понимаем, что…

1. Самоизоляция ситуационно нужна для уменьшения контактов между людьми и уменьшения скорости распространения коронавируса. Не зная, как правильно лечить тяжелые формы, медицина должна не захлебнуться в потоке пациентов.

Это на первой фазе эпидемии.

2. Контакт с коронавирусом будет у всех, но не все заболеют. Тяжелые формы возможны в начале и в конце эпидемии. Только в конце будет более понятно, как их лечить.

3. Меры самоизоляции должны быть обоснованы. Прикрыть торговые центры с десятками тысяч посещений — понятное решение. Приостановить другие массовые мероприятия и увеличить число работников на удалёнке — тоже понятно. Но мы, остальные, не понимаем, почему по улицам нельзя ходить без собаки и/или без сумки с продуктами? Собака — лучший друг человека, но разве она доказанное средство профилактики? Почему все скверы закрыты? В сквере больше риска заразиться, чем на улице по дороге в магазин или обратно? А почему всю медицину нужно было «похерить»? Неужели медики хуже организуют прием по необходимости, чем ритейлеры?

Ожидание не бесконечно. И правила все больше и чаще нарушаются. Мы тоже немножко нарушили. Вернее, я позволил нарушить. В среду жена посещала на дому свою многолетнюю маникюршу. Уже второй раз за месяц. Через 5 дней у маникюрши определили заразу №19. Она и сын — бессимптомно, муж немного температурил. Обнаружен «+» в слизистой по ПЦР, «+» антитела в крови (какие — данные неточны). На КТ 20% поражения легких. Оставили дома. Назначили антибактериальный и противомалярийный препараты. За 5 дней до этого они были у своих родственников, один из них предположительно накануне приболел.

В тот же день маникюрша с мужем были в гостях у соседей. Соседи через 5 дней тоже приболели. Детали неизвестны. Классика эпидемиологического детектива.

Нам они сообщили только после положительных проб на 5-й день. Я жду реакции жены. Она ждет моей реакции. Прошло 7 дней. Первое чувство — досада от риска в ближайшей перспективе заметить у себя симптомы болезни. Получается, что зря сидел два месяца. Далее — глухое волнение, что симптомы будут, и это будет уже не бессимптомное течение. Можете смеяться, но проверил обоняние (на приятном запахе) и посчитал частоту дыхания. Все оказалось в норме. Надеюсь на свой иммунитет. Если все же прилетит, буду считать, что пострадал за красоту. Безвинно!

27 мая

Пришло письмо от председателя Общества офтальмологов России. Вспомнил о коллегах. И повод нашелся — приглашение на собственное выступление на Мировом Катарактальном Вебинаре (не меньше!). Я так рад приглашению! Спасибо, что поинтересовались моими делами и рассказали, как обстоят дела у офтальмологов России, да и предложили поделиться предложениями. Ой, я опять перепутал! Регулярные письма с информацией и вопросами офтальмологам писал все время эпидемии председатель Европейского Общества.

Вспомнили на ТВ о поправках в Конституцию. Раз многие остались живы, то можно к ним приступать. Закономерно, что наиболее поддержанная поправка — о медицине. Она должна быть, согласно новой редакции, «доступной и качественной». Суждения оценочные. Не понимаю, что в связи с этим должно измениться. В статье 14 Всеобщей декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека говорится, что «наивысший достижимый уровень здоровья» является фундаментальным правом каждого человека. А мы и не знали. Нам просто не говорили, что так можно.

«Чего-то хотелось: не то конституции, не то севрюжины с хреном, не то взять бы да ободрать кого-нибудь. Заполучить бы куш хороший — и в сторону. А потом, «глядя по времени», либо севрюжины с хреном закусить, либо об конституции помечтать. Ах, прах ее побери, эту конституцию! Как ты около нее ни вертись, а не дается она, как клад в руки!» М.Е. Салтыков-Щедрин.

30 мая

Давно не говорил о еде. Ем меньше. Пью (не алкоголь) больше. Алкоголь вообще не пью. Не за что. Вот и все о еде. Готовлюсь к первой легальной прогулке в Москве в понедельник. Чищу обувь. Глажу брюки. Мою шею. Пригодится. Волнуюсь. Отвык. Авось пронесет! «Барышня спрашивают, для большого или малого декольте им шею мыть?». Опять-опять М.Е. Салтыков-Щедрин! Меня домашние спросили, уменьшилось ли мое раздражение, переживание по поводу двухмесячного простоя, смирился ли я и покорно жду лишь «заводского гудка?» Ответ. Раздражение усиливается все последние дни, когда на фоне заверений высокого начальства о восстановлении плановой медицинской деятельности в «монопрофильных по заразе №19» больницах, низкое начальство молчит. Ни согласования планов, ни рассылки распоряжений, ни даже элементарного «как вы, коллеги?» нет. Опять без нас, по остаточному принципу. В начале апрельской «инфодемии» понимание, что одолеть этот коллективный административный психоз не получится, примиряло с внезапными обстоятельствами. Обескураживала, правда, несоразмерность заявленных манипуляций и запретов существовавшей угрозе. Кроме того — избирательность профессиональных и личных ограничений для себя. Всех они так и не затронули. В последние дни мая роль низкого начальства возросла. Вернее, его возможности, но без его ответственности. Растет и мое раздражение. Давит усталость от неопределенной ситуации, а также от того, что медикам постоянно приписывают долг и героизм. Некрасиво манипулировать клятвой Гиппократа. Нельзя требовать отдавать себя, причем буквально. Но долг упорно навешивается в массмедиа как с искренней, так и с бездумной целью. «Спасибо врачам!» на билбордах не должно заменить переосмысления по сути. Врач должен перестать быть винтиком системы, а стать ее полноправным участником. Система не должна им манипулировать, а тем более угрожать. Врачи — люди. У них есть мнение, выбор, достоинство. Начальники, вы это поняли? Врач должен перестать быть объектом, он должен стать субъектом действий.

1 июня

Планово сходил к стоматологу. Удачно. Жив и почти здоров. Дождь целый день. В город не поехал. Гулянку пропустил. Махнемся с кем-нибудь?

Я никогда не был беременным. Да и вряд ли буду. Но аналогия возникла при приближении третьего месяца простоя, символично совпадающего длительностью с первым триместром беременности. Знающие люди понимают, что первый триместр может быть очень сложным физиологически, то жор, то тошнота, то раздражение, то задумчивость. Все перечисленное я переживаю сейчас. Даже смотрю на живот. Помоему, округлился. Я знаю, что происходит по окончании беременности. Не хочу.

Узнал новое слово — «постирония», это состояние, в котором границы серьезности и иронии оказываются размытыми, когда нечто абсурдное воспринимается всерьёз, или когда серьёзность или несерьёзность ситуации неочевидна. У меня точно постирония. Силы иронизировать заканчиваются, а может поводов становится больше и больше, что иронии не хватает, и смысл иронии теряется. Это как в проливной дождь по пояс в воде держать над головой зонт. Рука, держащая зонт, ослабела. Все силы уходят на попытку выплыть.

2 июня

Прогулялся по Москве не в свой день. Шёл и боролся с желанием оглянуться. Надо по каплям выдавливать из себя раба. Небо выдавило из себя всё, что могло.

Не утихает полемика «кто прав — мы или шведы»? Мой ответ — арабы! Они всю жизнь маски носят, по крайней мере — половина. Никаб называется. Посмотрите статистику — в арабском мире заболевших и умерших в десятки раз меньше, чем в странах победившей и борющейся демократии. И самоизоляция на женской и мужской половинах — в привычке тоже веками. О как!

Пару слов о ТВ. На экранах месяц назад страна «умирала»: чернуха, депрессия и апокалипсис. Число заболевших округляли в большую сторону. Сегодня страна возрождается: бодрость, радость и оптимизм. Число заболевших округляют в меньшую сторону. Чего изволите, хозяин? Древнейшая профессия как никак. Больше всего поразил в репортаже мальчик, одиноко бегающий в маске и перчатках по парку пансионата Краснодарского края при температуре +25 кругами перед камерой. «Мальчик, ты рад?». «Да, наконец, могу почувствовать себя ребенком и радоваться жизни!». Про такого говорят: «Он хороший мальчик». Ой, главное событие прошлого дня забыл! На попрааавку, на попрааавку, на поправку, на поправку становись! Поправка 1 июля! Голосовать легко и безопасно! Местами приятно и полезно! Из больницы опять никаких официальных новостей.

3-4 июня

Гулял в соседнем парке, вместо маски легкий шарфик на нос. Благо ветер и дождь. Шарфик красивый, воздушный, небесного света, таких масок не делают. Охранник парка вышел из будки, одобрительно кивнул и меня пропустил. Наверное, ему тоже шарфик понравился. Появилась информация о начале работы больницы в обычном режиме с 15 июня. Требуется официальное подтверждение. Только после этого начнем надеяться. Так сложится, что выйдем аккурат ко Дню медика. Символично. Это верхние начальники такие юмористы? Или случайно получилось? Так или иначе, День медика будем отмечать вместе. С соблюдением всех мер предосторожности, то есть самоограничения.

Обсуждать новости не хочу, там либо не новости, а поводы покрасоваться или поиздеваться, либо «редакционное задание на контракте». Одно только хочу отметить: в борьбе за звание главного вирусолога страны победил-таки мэр. Он пообещал «маски-шоу» до осени, обосновав подготовкой к массовому производству вакцины. И соответственно такой же массовой вакцинацией. Научная степень по вирусологии и одновременные звания заслуженного врача и заслуженного деятеля науки у него в кармане. Все дружно поздравляем! Желаем не останавливаться и получить соответствующие дипломы по ветеринарии.

Ментально готовлюсь к смене ритма. На рабочий.

5 июня

Все вынужденные дни «простоя» на плаву держала еще одна нить — возможность дистанционного «лекторства». Были записанные и озвученные заранее выступления на двух конгрессах, онлайн семинары для курсантов сертификационных курсов, вебинары для российских офтальмологов. Инет зрительно вспенился от предложений различных российских представительств зарубежных компаний и фирм-дистрибьютеров послушать об актуальном в офтальмологии. Маркетинг эпохи пандемии выбрал самые безопасные формы и многих неактивных пользователей превратил в активных.

Крупнейшие международные профессиональные сообщества объявили о переносе всех симпозиумов этого года в он-лайн режим. Как-то незаметно многое стало дистанционно. Сопротивляться этому или привыкать, не знаю. Не покидает ощущение паузы. Вернее, залипшей кнопки «паузы» в кассетнике прошлого века. Пленка внутри есть, запись на ней есть, динамики есть, даже батарейки есть, и моторчик крутится, а звука нет. От него механически отключили звукосниматель. Маленькая такая, неважнецкая кнопка, а звука нет.

Снаружи спорят о поправках. В любом споре один дурак, другой подлец. Один правды не знает, пытается добиться, понимает, что не добьётся, но продолжает спорить. Значит дурак. Другой правду знает, пытается не проговориться, врет и продолжает спорить. Значит подлец. Есть еще третий, он ложь считает правдой и тоже спорит. Ну и кто он после этого? Есть такой милый анекдот:

«Едет Иван-царевич на коне и видит камень большой на дороге. На камне написано: «Направо пойдешь — коня потеряешь, налево пойдешь — сам помрешь, прямо пойдешь — педерастом станешь». Подумал Иван-царевич, что коня жалко, что помирать рано и решил прямо поехать — попробовать как это, педерастом быть? Приехал на поляну и видит: Змей Горыныч удочкой рыбу ловит, Кощей Бессмертный шалаш строит, Баба Яга в котелке на костре кашеварит. Возмутился царевич, что дух «нерусский» на родной поляне пикник устраивает, удочку об колено сломал, шалаш сабелькой порубал, котелок щитом опрокинул. Стоит, ноздри раздувает, глазами сверкает. Посмотрели на него грустно чудища поганые и сказали: «Ну и кто же ты после этого, Ванечка?»

Видео дня

Не поверите. Само прилетело после анекдота. Ролик от одного агентства новостей об усыновлении детдомовского мальчика мужской гомосексуальной парой. О ролике практически ничего приличного сказать не получается, жалко хорошему автомобилю из ролика репутацию испортили. Ну и кто же они после этого?

Новости столицы

Впору тотализатор устраивать и ставки принимать, какие и когда послабления в Москве примут. Вернее примет. Хорошо себя ведем по неведомым нам признакам — нате леденец (но в обертке). Это я про маски на прогулках и пробежках. Плохо — стойте в углу. А премьеры и иже с ними от нас заразились? А их в угол и разнос устроить, мол, шлялись куда не следует…Слабо? Узок круг функционеров. Страшно далеки они от народа.

Голый король

И повода вроде не было, но нашел в сети фрагмент спектакля «Голый король» Шварца из «Современника». Король — Е. Евстигнеев, первый министр — И. Кваша.

«Ваше Величество! Вы — великий человек».

Умоляю, посмотрите!

6-8 июня

Некоторые социологи утверждают, что к концу «сидения» россияне в 80% случаях ощущают апатию к работе, которую выполняли до. Возможно, дело в том, что нам не разрешают работать те, которые (ага!) сами работают. И следят за выполнением «неразрешения» другие, которые (ух ты!) тоже работают. И обеспечивают их функциональность третьи, которые (надо же!) тоже работают. Половина страны работает на то, чтобы другая половина не работала. Причем научно придумывает критерии, а потом их ненаучно меняют для того, чтобы удержать вторую половину в нерабочем положении. Получается, что есть работы важные и нужные во все времена, а есть работы так себе. У меня оказалась так себе!

Прошло больше двух недель после контакта жены с заболевшей маникюршей. У нас все ОК клинически. Честно изолировались на две недели полностью, кроме дистанционного приема заказов от парочки курьеров. Либо иммунитет у нас хороший, либо он приобретен ранее. Вот и вся история. А было бы это гриппом, даже и не вспомнил бы.

Тест дня

Наибольший ущерб Вам нанесен в результате

а) болезни и осложнения
б) истерии и паники
в) деятельности властей

9 июня

Вчера в Москву пришло лето. Информации из больницы нет. Думаю, что пора както начинать связываться с пациентами, ожидающими (надеюсь!) плановых операций и консультаций. Поинтересоваться их делами, напомнить о своем желании им помочь и дать осторожную надежду на возвращение к медицинской практике. Вот и всё на сегодня. О нет! Сегодня я должен выбирать лучшего офтальмолога года в рамках конкурса «Лучший врач» (я в жюри). Забавное занятие. На память пришло высказывание одного известного человека, которого спросили: «А Вы в своей профессии №1?». Он ответил: «Нет, я №2». «Почему?». «А первых много!». А если всерьез, то был среди многих один коллега из Воркуты со стажем 50 лет. За верность профессии — приз в студию. Можно как угодно стенать и жаловаться в столицах, но за такой длинный путь в такой дали можно было разочароваться и в профессии. И за продолжение многосерийного фильма-хоррора «Провинциальный офтальмолог» — уважение и почет! Обойдемся без учета инноваций и высокотехнологичных операций.

Доплата за риск

Временное косвенное возращение в профессию напомнило один вопрос, который я сам себе задавал в начале эпидемии и только в конце сформулировал ответ. «Президентские» доплаты за риск работы в зараженной зоне для врачей и остальных медработников различаются в разы. Повторяю, эти доплаты анонсированы как деньги за риск. А риск для разных категорий медиков отличается? Если «по чесноку», то для сестер и санитарок он выше. Тогда почему доплата меньше? Доплата не за стаж, профессиональные навыки, уровень образования и др. ДОПЛАТА ЗА РИСК!!! Объяснение у меня одно — государственный бездушный формализм. Как разовая акция пройдет! Как демонстрация заботы вкупе с билбордами по всей Москве зачтется. А поскольку у планов на долгосрочную программу переоценки деятельности медиков нет куратора (запросы от медиков есть, но эпидемия когда-нибудь закончится и запросы обнулятся), то можно создать иллюзию социальной справедливости в короткий эпидемический промежуток времени. Иезуиты бы гордились. Даже пошли бы в ученики. И «счастливая» санитарка понесет домой доплату за риск вместе с этим риском. Спасибо! И самое неприятное — все в обществе согласились с этим простеньким решением.

Солнечный летний жаркий июньский день катил себе к вечеру. Ничего не предвещало. К вечеру началось. Вернее, начнется завтра. Впору делать в перспективе 9 июня красным днем календаря в виде дня победы над заразой №19. Гулять можно! Без оглядки! То есть и раньше гуляли, но теперь можно. Через неделю разрешили постричься и выпить кофе на летней веранде. А в театрах у режиссеров раскалились телефоны. Вопрос у актеров один: «Можно репетировать?» Можно, в маске и перчатках. «Всегда быть в маске — судьба моя!» Артисты — люди творческие. Справятся.

Карантин, который лопнул

У многих вопрос — столько ресурсов, людских, эмоциональных, финансовых, потрачено на организацию карантина. Собирались как на мобилизацию, вспоминаю недели подготовки в больнице. Большинство сидели просто так, ожидая команды сверху. Пугали Коммунаркой как «адом». Да, я был, повторяюсь уж в который раз, против чрезмерных показушных распоряжений, но логика в действии высокого начальства была: «все плохо и будет еще хуже!». Больные были, факт. Больше было зараженных, но не больных. Умершие были — факт. Вирус плохой и агрессивный дел наделал много. Но все же... А «плохо» было? А «еще хуже» прошло? С цифрами непонятно — они как перелетные птицы, то на север, то на юг. Видимо, ручные. Как и студийные эксперты, которые в тушении пожара, в особенностях кавалерийской атаки и в лечении пневмонии разбираются одинаково хорошо. Профессиональные люди заходят на ток-шоу случайно и не задерживаются. А как там развернутые «медКрокусы» и «медЭкспоцентры» поживают? Репортажи с открытия помню, покажите, как работают. Для наглядности напечатали много билбордов с повторяющимся текстом «Спасибо врачам», как молитвы вдоль дороги. Не забудьте сказать спасибо лично. А вот финальной битвы не получилось. Борьба повисла в воздухе. Логика выхода была как по Шукшину — «а поутру они проснулись». И как же так, в конце эпидсхватки отнять у всех генералов, майоров и рядовых (чиновников, медиков, домашних сидельцев) победу над заразой №19? Монолитная народная рука под нарастающее крещендо, занесенная для мощного удара в виде жизнеутверждающего аперкота, влетела в пустоту. Народ по воле власти просто пошел гулять. Что и раньше делал без её воли. Вирус сдулся. «Вот и нету таракана, вот и нету великана».

В больнице опять попытка выписать всех ковидных пациентов из многопрофильного корпуса. На этот раз слух прошел с подтверждением из чата старших сестер: «Перестаём выписывать ковидные лекарства». Признак косвенный, а других и нет. С врачами в простое из администрации больницы не общаются. Да и зачем? Администрация нам не подотчетна.

Я часто себя спрашиваю: «А что мне труднее всего переносить во время простоя?»

И уже раньше отвечал, что даже не режим ограниченной функциональности, точнее почти отсутствующей функциональности. Сейчас многие так. Раздражают и даже бесят «высокие» начальники, наделенные властью по чину, но не по уму. Но за этих отвечает вся страна. Придет время — ответит. Но больше угнетает тупая зависимость, которая душит все профессиональные планы и мечты, от тех, кому продлили больничные полномочия в условиях эпидемии. Они и в обычное, плановое время не блистали административными изысками, но были по крайней мере на виду. А при минимальной публичности чего стесняться? Вот я и сижу не посвященный ни в какие планы, питаюсь слухами. А от них, как от фастфуда, изжога! Знание — сила. Знай я планы по выходу больницы из эпидемии, выстраивал бы свои и планы коллег синергично. Но синергии нет. Но дело и в нас! Потому что сидит внутри, как это определяют психологи, «выученная беспомощность». Мы не верим в справедливость, нас приучили разочаровываться, шанс на победу кажется ничтожным, нас разучили совершать поступки. Мы все время ждем. Потому, что они решат без нас. Мы практически уверены в обмане. Не знаю, как избавиться. Бытие определяет зависимость.

10 июня

Тема дня сменилась — автоубийство в центре Москвы водителя минифургона другим водителем на джипе. Джиповод был пьян и под кайфом. Для сравнения — на следующий день авария под Кировом и пять погибших. Никому нет дела до их личностей. А московская авария у всех на слуху. Потому что пьянь за рулем — известный актер Ефремов. Вопросов к нему нет. Пьяная мразь. Вопросы к обществу. Хайп поймали?

Про заразу №19 как-то вскользь и оптимистично по всем СМИ. Ура!

11-13 июня

Все написанное мной выше полно ироничных попыток превратить события и действия в течение нескольких прошедших месяцев в фарс. Иногда и самому видится внешняя несерьезность текста. Но несерьезность — лучшая прививка от драмы или даже трагедии. Фарс даже искать не нужно, и превращать в него факты не требуется. Картина дня — репортаж из вновь открывающегося отеля: «Мы будем мониторить ситуацию, до чего посетители будут чаще дотрагиваться в номерах. Именно эти предметы мы будем обрабатывать в два раза сильнее. И селить гостей в шахматном порядке — соседей сбоку, а также сверху и снизу не будет». А почему в два раза? В два раза сильнее — это в два раза чаще или в два раза дольше или вдвоем в одно и тоже место? Я это не придумал!

На Красной площади ко дню рождения А.С. Пушкина 6-8 июня, до отмены самоизоляции, прошел книжный фестиваль. Прочтите это ещё раз. И ещё. Поверить в актуальность, простите, нужность этого у меня не получается. А чтобы сказал сам Александр Сергеевич, которого часто поминают в эти месяцы, как гениального сидельца в холерный карантин? Именно в карантине поэт написал «Маленькие трагедии», «Повести Белкина», закончил «Евгения Онегина» и..., что очень символично, «Сказку о попе и работнике его Балде». Вывод — сидите дома, пишите гениальное и не шляйтесь по фестивалям, оБАЛДуи. Надоело! Надоело! Надоело! Фарс! Глупость! Фальш! Ложь!

Промежуточный итог

Что-то во мне щелкнуло. Или надломилось. Или порвалось. Я не расстроился внезапно, не впал в депрессию и, наоборот, не взорвался вдруг. Просто щёлк. Дождался. Месяц назад я придумал себе задачу — перестать думать о коллегах, сидящих по домам, и пациентах, ждущих коллег. Точнее перестать думать о них, как о важном и определяющим моё состояние. Не манипулировать собой с их помощью. Не думать о будущем. Просто жить в комфорте. Избегать оценки своего положения. Не сравнивать с положением других. Не ставить цели. Далее — не думать о способах достижения цели. Цель достигнута. Я вырос и состоялся. Я уже стал профессионалом. Нужно утопить свою амбицию в течение данного отведенного времени. Найти и удалить источник внутреннего раздражения. Я никому ничего не должен. Я не хочу ни за кого отвечать. Я не оттолкну. Но и приглашать не буду. У меня никто ничего не отобрал и не сможет отобрать. Мне не нужно, чтобы мои планы совпадали с планами других. Я хочу быть независим. И я могу быть. Условия есть. На жизнь хватит. Некому доказывать. Они обо мне не думают. Все они. И я не буду. Всё. Как у Ю. Домбровского в «Факультете ненужных вещей?» «Послушайте, раз так, то я вам дам действительно ценный совет: твердо помните три тюремных правила: ничего не бойся, ничему не верь, ничего не проси! Если вы будете им следовать, то все образуется».

14 июня

Информация о подготовке больницы к выходу из режима перепрофилирования 15 июня не подтвердилась. Трудно войти, а выйти еще трудней. День медика останется в он-лайне. Ну и ладно. Все равно совковый, по сути, день. Как День металлурга. Или День рыбака.

Соскучился по ручной работе, по хирургии. В отсутствии практики вспоминал, что иногда во время своих операций комплексовал по поводу формы капсулорексиса в хирургии катаракты. Он был приближен к кругу, но не всегда идеально круглый. Вернее, редко идеально круглый. Идеальность, впрочем, не приносила дополнительных дивидендов в виде лучших зрительных функций, однако. Преимуществом идеального круга пользовались маркетологи лазерных технологий в хирургии. Сформировалось чувство, что уступаешь лазерной машине. Людей-хирургов скоро отодвинут в сторону. А тут прочитал утверждение, что идеально ровный круг могут нарисовать только гении или ненормальные (что близко). Полегчало. Нас, нормальных, так просто не отодвинешь. Да и нафиг он сдался, этот идеально ровный круг.

Философия (попытки)

Раковина — идеальное место для того, чтобы переждать внешнюю драму. Нужно только обустроить и украсить её до начала шторма. В жизни можно быть скрипкой, или фортепьяно, или гобоем. У каждого инструмента свой музыкант, оркестр и дирижер. Захотелось стать гобоем, если пришлось бы выбирать. Пьесы для гобоя с оркестром так редки. Найти компетентного дирижера для гобоя трудно. Дуй самостоятельно. Гобой отдельно звучит тоже неплохо.

Страх «не выключенного утюга» не опасен. Не нужно искать причины своего стресса. Страхуйте помещение от несчастного случая. И имейте вторую квартиру на всякий случай.

Вид из простоя однобок. Как и любой вид снаружи, он отличается от вида изнутри. У меня усталость от бездействия. Психологическая. Эгоизм со знаком «–».

У вовлеченных в процесс усталость от напряжения. Физическая. Эгоизм со знаком «+». Им лучше больше запретить, чтобы уменьшить нагрузку. Мне лучше больше разрешить, чтобы увеличить нагрузку.

Гамбит пандемии: чем пожертвовать, чтобы выиграть? Варианты есть, но выбирается один — пешками. До ферзевого гамбита власти не доросли.

То, что нас не убивает, ждет лишь удобного случая.

Всё для дураков: демократия дает возможность одним дуракам голосовать, власть позволяет другим дуракам создавать диктатуру.

15 июня

Санитаркам пришло расписание работы в многопрофильном корпусе больницы до конца месяца. Остальным, соответственно, сидеть дальше. No comment. Видимо, открываться мы, медики самых разных неактуальных специальностей, будем в самую последнюю очередь. За ненадобностью. Считается, что один из верных симптомов приближающегося нервного срыва — вера в то, что твоя работа важна! Поправка на сегодняшний день: что может быть более успокаивающее для нервной системы, чем отсутствие работы в условиях неясной перспективы, правда?

3 дня в городе. Гуляю по 2-3 часа. Наматываю шаги в архитектурной городской среде. Фасады, переулки, скверы, бюсты, памятные таблички. Вчера на Чистых прудах люди ловили солнце и сушились как утки на берегу. Не вплотную, но по всему периметру пруда. Немногочисленных уток видимо выгнали. А большинство улетело из-за недокорма в эпоху запрещенных прогулок. На бульварах по той же причине мало голубей. Лучше стало.

16 июня. Маски-шоу

Очередные послабления для народа. Ресторанные веранды, музеи под открытым небом. Плановая стоматология. Где-то начинается и другая плановая медицина. Чаще частники и реже государственники постепенно расширяют медицинский бизнес. Не у нас. Мы, очевидно, самые ценные, чтобы нами рисковать. Ушли в простой раньше всех и вернемся позже всех. Ждем своей очереди. Пытаюсь избавиться от глагола «ждать». Мы живем. А черёд придёт.

Новости разные. Возвращение в обычную информационную тональность произошло быстро. Про заразу №19 обязательно поминают, но именно в поминальном тоне. Прощай вирус. Припугивают новыми волнами. Напоминают о самоограничении. Спорят обо всем. Как всегда. Различия по разным поводам — от незначительных до полярных. Одно из показательных — черные маски и черные перчатки на молодых и модных в брючках и рубашечках, юбочках и пиджачках, деловито и быстро спешащих на улицах. Все контрастное. Белое и черное. Главное, чтобы было красиво. И ведь часто красиво. Видел как-то высокую, стройную девушку с длинными струящимися по спине темно-русыми волосами, с пружинящей походкой в черных узких легинсах и черной шёлковой блузке навыпуск. Черные перчатки и черная матерчатая маска, а над ней умело подведенные серые глаза с контрастными тенями. Еле сдержался, чтобы не обернуться. Мальчики не отстают: узкие темные костюмы с белыми рубашками и «черный модный набор». Волосы уложены, в руках папочки или портфельчики. Что интересно, темных очков не заметил, видимо в них стирается тщательно выстроенный образ метросексуала-миллениала. Трансформируется в СИЗ. Черный. Как погребальный. Один раз заметил в парке персонажа в куртке с капюшоном, очках, маске, тактических брюках, вязанных перчатках. Всё цвета хаки, с маскировочной раскраской. Наверное, сливался с природой. Ну, хоть так!

Это ничего, что на улице и «+28». Образ — всё! Осенило! А может они солидарны с афроамериканцами из «Black lives matter» (Жизнь чернокожих также что-то значит)? Но, похоже, я слишком глубоко копнул. Мэр также замечен в черных перчатках. Ещё одно наблюдение про маски. На улице, где носить их необязательно, при выходе из магазина, где носить их обязательно, маски нужно куда-то деть. Спустить вниз на подбородок — уши давит, поднять наверх — лоб потеет. В руке — неудобно, в кармане — грязно, в сумке — много вещей. Решение — носить на локте, как на лице. Резинки держат и руки свободны. А выкинуть-то жалко.

Думаю, каким именем подписаться над этим текстом. Можно своим, но скучно. Можно придумать псевдоним, но слишком литературно. Можно как блогеры — неожиданно. Не выбрал пока.

17 июня

Формируется интрига. Находясь в простое весной, мы плавно подошли к отпускному периоду летом. «Крепкий хозяйственник» подумал бы: «А целесообразно ли уходить в очередной отпуск целым отделением, как было в прежние времена?» История пошутила. Каждый год приходилось объяснять руководству нецелесообразность в «жаркий отпускной сезон» с кратно уменьшающейся нагрузкой держать персонал и «жечь электричество». Пациентов мало с тенденцией к отсутствию. В итоге каждый год уходили в августе в отпуск вместе. А сейчас после «нокаута-локаута» придется возрождаться. И заново создавать репутацию. Как поведут себя пациенты, сейчас неизвестно. Поэтому именно сейчас отсутствовать на «рынке медицинских услуг» тоже нецелесообразно! Актуальность коллективного ухода в «жаркий» отпуск растаяла, как мороженное. Интересно, как поведет себя администрация?

18 июня

«В сто сорок солнц закат пылал, в июль катилось лето, была жара, жара плыла — на даче было это». Побиваются какие-то температурные рекорды. Вирус дохнет. Медики выживают. Медики в такую жару сильнее вируса. Благодаря им (отчасти), больница все ещё в процессе борьбы с ковидом. Отдаю им должное уважение за тяжкий каждодневный труд. Устали, со слов работающих, все. И все также ничего не знают, когда ожидать завершения борьбы на данном конкретном лесном участке. Не знать — пожалуй, самое частое состояние всего периода эпидемии. Многого не знали раньше, но сейчас стало остро ощущаться, как незнание влияет на твою жизнь. У меня ощущение, что многие подошли к порогу незнания и после возвращения в плановую жизнь больше «не знать» не захотят. Не уверен. Забыть плохое , опять надеяться на хорошее — в нашей традиции. Лишь бы гулять не запрещали, да? Готовлюсь к очередным вебинарам. Полезно для выхода накопившегося «нетворческого зла».

Аппараты для продажи масок в метро начали демонтировать. Видимо, окупились. А куда их будут монтировать после метро? Я бы предложил во властных учреждениях следующее: пришел чиновник на работу, денежку заплатил — маску надел, бюджет поддержал. И так до февраля, когда по предположению Мурашко закончатся все ограничения. Да и просто — на всякий случай. Недаром в резиденции Президента поставили дезинфицирующий тоннель для полива всех входящих. Что-то знают.

Мне сверху видно всё

Озвучено для поддержания статуса эффективного столичного управления, что за соблюдением санитарных правил на ресторанных верандах будут следить дроны. Бюджетные деньги ещё остались? Представляю картину: сидишь за столиком, жмуришься от солнца, играющего на бокале рислинга, и вдруг…Ж-ж-ж-ж — летит. Можно испугаться и рефлекторно салфеткой сбить, как муху. А оно денег стоит. Народных. Кстати, о масках и перчатках в общепите. Их наличие абсурдно. А отсутствие нелогично. Один ТВ-эксперт нашел лазейку и привел в пример женщин Востока. Сидят себе спокойно и кушают под никабом уже тысячелетия. Предусмотрительно. Надо бы предложить эксперту выбрать, что носить — чадру, паранджу или никаб и переехать в гарем.

Гениальный Пелевин уже писал: «Мы живем в эпоху, когда все настолько ясно, что спорить о чем-то с пеной у рта можно разве что в телестудии за деньги».

Нашел в инете интересное сравнение методов борьбы с пандемией. Китайский — жесткий с войсками и оцеплением, шведский — мягкий, практически без ограничений. Российский был заявлен как китайский, реализован как шведский. А разницу оформили как прибыль. Прибыль получили те, кто это реализовал.

19-21 июня

Про день медика в третье воскресенье июня писать не хочется. Потому что без удовольствия. Перенесем «медицинский парад» на более радостное время.

Хочется спрятаться от пафоса в этот день. И отметить его по-человечески. А работа как работа. У операторов атомных электростанций может даже важней. Есть те, кто делает свою работу хорошо, есть те, кто плохо. Как везде. И не надо про «золотые руки» и «врачей от бога». Гипертрофированные штампы, повторенные многажды, теряют первоначальный смысл. Это меньше, чем простое «спасибо».Так говорят, чтобы не благодарить иначе. А как вам такое предложение: эксперимент в виде 10% «лечебных» медперсоналу от стоимости лечения как «платных», так и «бесплатных» пациентов. Как «чаевые» в ресторане. Они не обязательны, но приветствуются администрацией ресторана, ой … простите, больницы. Увидим сразу, как нам благодарны. Хотя и просто «спасибо» будет достаточно!

22 июня. Встреча

Накопившееся ожидание, отягощенное отсутствием официальной информации от администрации больницы у тех, кто в простое третий месяц, сначала периодически, а затем постоянно «спазмировало и пульсировало»! На 22 июня договорились о встрече «сбитых офтальмологов» с главврачом. Некоторые детали разговора показались интересными для публикации. Уточнили, как сотрудники будут возвращаться к работе — через мазок со слизистой (ПЦР) для исключения активности вируса. Для госпитализации пациентов — тоже ПЦР. Но удивило заявление, что ПЦР нужно и для амбулаторных консультаций пациентов.

Последнее, очевидно, избыточно и создаст еще одно препятствие для работы.

Представить себе по аналогии допуск на амбулаторный плановый прием к специалистам «условной поликлиники» с ежедневной или почти ежедневной ПЦР нереально. Опять наши местные медицинские чиновники хотят все усложнить и нагородить дополнительные барьеры. Заранее намекал руководству с пониманием отнестись к трудностям восстановления плановой медицины и помочь медикам. Разберитесь для начала с пропускным пунктом, который «кошмарит» пациентов, как потенциальных нарушителей порядка, тишины и покоя администрации. Может, услышат. И в который раз смутные сомнения не дают укрепиться уверенности, что наши интересы совпадают. Может и их интересы не совпадают с интересами еще более высокой администрации. И далее — до самого верха. А на самом верху до нас точно нет дела.

Однако, как выяснили участники беседы, желание возрождения есть и у нас, медиков, и у них, администрации. И… через час после встречи прошла «команда по больнице» — освобождаем многопрофильный корпус для санитарной обработки. И детский хостел тоже. Совпадение или команда сверху? Так вот почему капля из текущего крана падает не сразу? Не хватает энергии. А почему это случилось сейчас? Синергия (наша и административная) помогла изменить мир. Почаще бы так! И побыстрее!

24 июня

Отложенный военный парад. Самое «санитарно чистое» место на планете — Красная площадь. Прошли. Проехали. Пролетели. Зрители всех категорий, кто искренне, кто по должности радовались. Каждый для себя нашел в этот день что-то актуальное. Для меня самый важный день был 9 мая.

25-30 июня

Больных из многопрофильного корпуса выписали или перевели. Ждем окончания обработки. Опять ждем.

Решил на выходные съездить в Питер, давно хотелось. Конец эпидемии в Питере отличается от столичного. Маски на улицах у одного из ста идущих. Может реже. Вероятно у тех, кто только вышел откуда-то или собирается зайти куда-то. Зато видел еще один модный look — красная маска и красные брючки с белой блузкой и белыми перчатками. В коллекцию! В гостинице персонал в масках и перчатках. Справку о контактах не попросили. Температуру померили и самочувствием поинтересовались.

В Питере закрыты парки и рестораны. Ресторанные веранды тоже. Но запреты креативно обходят, как объезжают лежащее бревно на дороге. Даже не отодвигают. Запомнится засиженная жителями, как голубями, набережная Мойки с видом на пустой Михайловский парк. Выпивающие и закусывающие горожане смотрят на другую, закрытую, сторону набережной и после «первой же», с небольшим перерывом, думают: «А какой в этом смысл? Мы же здесь все равно сидим. Только напротив». Поразила другая картинка. Такого Марсова поля я не видел никогда. Завтрак, обед и ужин на траве. А также полдник и полночник. По двое, трое и много больше лежащих, сидящих, стоящих, спящих, поющих, играющих. Видел даже кальян. Приехавшие на велосипедах и «мерседесах».Мороженое, лимонады, кофе и кое-что еще. А через узкий канал — закрытый Летний сад, куда не пускают. Летний сад закрыт летом! Для контраста на открытых бульварах и скверах активно торгуют мороженым и водой в ретротележках. Пытался найти логику и нашёл только формализм. Все что имеет замок на воротах, закрыто на этот замок. А что замка не имеет — открыто. Превосходно. Так когда-то и Зимний брали отцы-ковидрегуляторы! И ворота открывали на Дворцовой площади. Кафешки, особенно маленькие, у которых еда и напитки на вынос, не дожидаясь разрешения на веранды, ставят маленькие столики с табличкой «место ожидания заказа». А если клиент, ожидая заказ, выпьет или закусит, так «ведь не запрещено»! Весь алкоголь на вынос в бумажных пакетиках.

И всё же есть одно поразительное сходство с «закарантиненной» Москвой — город пуст. Жители есть. Приезжих нет. И он прекрасен. Лучше, чем всегда. На десерт: питерская достопримечательность начала лета — шоу «Алые паруса» — на Финском заливе прошла в отсутствие зрителей. Словарь эпидемии: если скрестить «карантин» и «каникулы», получится «карантикулы» (из инета).

30 июня

Первый раз за три месяца пришла официальная информация от администрации больницы. «Во избежание кривотолков и т.д…» А то, что кривотолки стали нашей диетой в простое, так это наша вина! Суть информации: больницу моют, оргметодотдел откроется 7 июля (оформление документов для пациентов федерального финансирования), медики по предварительной очереди выйдут попозже. Эпидемию обнулили. Как раз перед голосованием.

Начиналось странное короновирусное время в марте. Доковыляло до середины лета. Март-апрель-май-июнь-июль. Много раз ловил себя на мысли послать всё куда подальше. Всё это буквально: написание личной хроники эпидемии, тем более биографов и комментаторов событий в эпоху Ковида19, как травы на болоте. Далее: лекционные вебинары, в которых стал повторяться и сомневаться, что рассказываю что-то важное и нужное. Ещё: отказаться от позитива и надежды в перспективе медицинского бизнеса, который как оказалось, не столь актуален и самостоятелен, и поэтому так быстро схлопнулся. Не знаю, что удерживает в продолжении писать, читать лекции и неявно надеяться на успех. Может отсутствие другой хоть сколько-нибудь значимой перспективы. Работу, как способ самореализации, выбрал давно. Надолго ли она позволит реализоваться, не знаю. Вирус или его последователи также многое обнулил. Дети выросли и далеко. Рыбу не ловлю, в домино не играю. А алкоголь эту голову не берёт. Вот и зацепился за доступные формы ограниченной функциональности, которые понемногу толкают жизненное колесо. Скрип да скрип! Гедонизм както не идёт без дела. Не приучен. Мешает ощущение незавершенного. И не по своей воле. А завершить можно будет. Но попозже. С жирной точкой. И по своему желанию. А вот тогда-а-а-а! Полный гедонизм.

Ситуация кризиса (а как еще расценивать прошедшие несколько месяцев ограниченной функциональности) проверяет умение управлять своим жизненным ресурсом и плыть или «выдерживать полный штиль». В одиночку с этими обстоятельствами справиться не всем дано, поэтому

умение сопереживать и проявлять симпатию спасительно в кризис. Сохранил ли я остатки симпатии в конце эпидемии «20/20» — время покажет.

2-8 июля

Всем сдать мазок для ПЦР. Наша очередь 7-8 июля. Ну, до чего всё неповоротливо и долго. И еще в рассылке предварительное предположение о начале работы с 20 июля. Даже не удивляюсь, почему. Они так решили! Санитарки выйдут раньше для уборки отделений. Пообщался с коллегами из поликлиник и удивился, что они и пациенты нас ждут. Точнее, ждут, когда мы откроемся.

Оказывается, что помимо личного пространства «сбитого летчика» есть планы и желания других людей, которым требуется помощь. И собственный телефон, как будто самостоятельно перемешивая мои эмоции и усваивая присылаемую информацию, периодически напоминает о профессии. Так что сопли подбираем и готовимся! Я нашел, как назваться на титульной странице, — «сбитый офтальмолог». Я с коллегами не по своей воле на земле, мы мечтательно смотрим вверх. Надеюсь, еще полетаем! А для тех, кто прочитал весь текст, подарок — RadioTapok. Песни «Про коронавирус» и «Самоизоляция». Наши не сдаются!13 июля вышел на работу.

Эпилог

«Он улетел, но обещал вернуться!»
А. Линдгрен

Самоизоляция закончилась. Простой заканчивается. Постепенно выходим на работу. И — лечить, лечить, лечить. Сознаюсь, что написал последний абзац дневника не в день окончания «домашнего ареста», а раньше, через месяц сидения. Уж очень хотелось почувствовать окончание «морока». Пусть формально и не наступившего, но такого ожидаемого окончания. Еще через месяц перечитал заранее написанный конец и решил ничего не менять. Также и на третий месяц. Ощущение завершившегося события как раньше, так и сейчас не наступило. Я, сверяясь с эмоциями близких, друзей, коллег, подгонял карантинное время и пытался себя убедить, что нахожусь во сне. Команду «проснуться» дали, и поникшая жизнь, постоянно ускоряясь, должна вернуться к прежнему ритму и привычкам. Посмотрим. Надо бы спросить у заразы №19. Или №20, №21, №22…

КОНЕЦ?

P.S. Детские офтальмологи рассказали историю первых дней работы после «простоя», в которой семилетней девочке при проверке зрения показывали стандартные рисунки-оптотипы: «дерево», «машина» и др. Когда на проверочном экране было показано «солнце», ребенок сказал: «Коронавирус». А что ещё она могла сказать? Пусть всегда будет солнце!

ПОКА ВЕРСТАЛСЯ НОМЕР

А жизнь после заразы №19 есть!

13-19 июля

Мы вышли на работу! Пока только на уборку «осиротевших» отделений, проверку «спавшего» оборудования и подготовку документов для будущих/бывших пациентов. За три месяца пыли накопилось немерено. Поэтому главные сейчас — санитарки и инженеры. К ним в помощь — `руководитель подразделения и буквально пара врачей. Регистратура с пробуксовкой пытается дозвониться до пациентов, назначенных ранней весной на консультации и лечение. Сколько неподдельной радости, по словам наших сотрудников, они слышат в ответ. Дождались!

Определяется список и сроки годности лабораторных и физикальных исследований, необходимых для госпитализации. По «глубоко въевшейся» привычке все идет по пути ужесточения — длительность не более 14 дней, список для бескровной и малотравматичной фактически «амбулаторной хирургии катаракты» включает биохимию и коагулограмму… Зачем? Добавили ПЦР на заразу №19 с годностью 6 дней. Хорошо, что не 3 дня, как в аэропортах по прилету. Даже не верится такому послаблению для пациентов. Амбулаторная зона разлинована на участки, безопасные для разговора (1,5 м). На диванах наклеили «крестики» для прореживания посетителей. Заметно, что длительное сидение за городом обогатило лексикон садоводческими терминами. К «чиху» (5 м) не готовы! Надо повесить информационную табличку — НЕ ЧИХАТЬ! Как и предполагалось, для консультации пациентам не нужно сдавать ПЦР. А ведь кто-то говорил. Или хотел. Всё помыли. Неоднократно. Помещения к приему готовы. Тесты ПЦР сотрудники прошли. К приёму тоже готовы. СЭС приходила. Хлоркой побрызгала. Даже дважды.

20-26 июля

Пациенты пришли в больницу! Первые! Нековидные! И снова восклицательный знак! Робко заглядывали в диагностические кабинеты. Офтальмологи на месте. Аппаратура жужжит. Все как в прежней жизни. За первую неделю количество пациентов на диагностике прибавляется каждый день, и мы практически вышли на доковидный уровень консультативного приема. С учетом летнего сезона хорошо и оптимистично. Разбили рабочий день на периоды по 2 часа, «строго» пытаемся приучить пациентов приходить ко времени. Почти получается. Охрана на входе получила приказ сверху пропускать только в указанное при записи время. Важно для отчета проверяющим: все дистанцируются по временным и пространственным понятиям. Но ведь люди же. И каждый день в отделение звонок-вопрос от ворот: «Пропустить такую-то, пришедшую раньше?» Ответ: «Конечно, пропустить». Человеческие понятия не забываются. Через пару недель строгость не уменьшилась. И через два месяца тоже. Неожиданный положительный побочный эффект заразы №19.

26 июля

Первый операционный день. Несколько пациентов, преодолев все препятствия, естественные и искусственные, получили долгожданную офтальмологическую помощь. Странное смешанное чувство. И торжественности нет, она присыпана пеплом сгоревших иллюзий. И уверенности нет, она регулярно подтачивается чиновниками-короедами. Скорее облегчение, как от звука запущенного двигателя замерзшей на долгое время машины. И немного «радости в холодной воде».

Ковидный синдром

«Пока мы боролись с коронавирусом, вы по всей стране «косых» искали!», — комментарий главадминистратора по поводу большого количества операций в детской офтальмологии после окончания простоя. Сказано лично, но не публично. Видимо, не хватило уверенности в порядочности комментария. Или важно было один на один, поскольку при свидетелях можно оказаться в меньшинстве «борцов с коронавирусом» против большинства «вынужденных сидельцев».

Лицемерный тон «победителя» тем более смешон, что обстоятельства борьбы администрации в период перепрофилирования больницы известны — лозунги, переезды, фуршеты, коллективное инфицирование, самоизоляция, больничные листы и т.д. Но вера или игра в «вирусоборчество», особенно в замкнутых коллективах, пусть и временных, похожа на то, что происходит в секте. Сектантское мышление сознательно ограничено только для избранных, допущенных, прошедших доказательный обряд. «Мы — особенные», — читается на их лицах, слышится в их интонациях, сквозит в мотивах поступков. «Мы, герои, можем снисходительно и с неясным упреком относиться ко всем сидевшим без работы и пассивно ждавшим разрешения вернуться. Но будьте нам благодарны, мы же спасли вас. И дефицит всего тоже переживали мы».

И вдруг «вернувшиеся» коллеги оказываются бодры, не раздавлены простоем, хотят быстрее и качественнее «реанимировать» свои медицинские отрасли. С пониманием, но без желаемого преклонения относятся к «мобилизованным». И, самое главное, пациенты тоже хотят получить разнообразную медицинскую помощь, которой были лишены несколько месяцев. Поразительный и отрезвляющий факт — актуальность и важность медицины существуют не только в связи с коронавирусом! И с этим «победителям коронавируса» придется жить дальше. Но привычка быть исключительными, если она въелась в поведенческий динамический стереотип, может рулить своим носителем еще долго. Нет-нет, «ковидный синдром» виден и слышен не у всех. Честное, мужественное и достойное поведение «вернувшихся с федеральной противовирусной войны» характерно для большинства коллег. Привычная профессиональная работа, в которой они были востребованы до пандемии, дождалась их и после. Потерю же значимости, объективно и субъективно выращенную в ковидную эру, в постковидную эру с пониманием перенесли не все. Может поэтому запрос на продление «особенных обстоятельств» слышится так явно. «Ковидный» синдром наиболее явно прослеживается у административной части медицинского сообщества, которая либо принимает решения, либо как полупроводники (только в одну сторону) «проводит» решения сверху вниз.

28 июля — 1 сентября

Постепенно увеличиваем с учетом всех ограничений и предосторожностей медицинскую активность. В первую очередь, хирургическую. Вышли на стабильный уровень. Запись идет. Корабль плывет. Из трубы идет дым.

Проблемы есть. Решаем. Иногда успешно. Большая часть проблем похожа на паутину, которая оплела дремлющую технику. Из новых — частая путаница анализов на КОВИД. У нас в списке анализов для госпитализации написано безальтернативно — ПЦР. Но пациенты, сдающие тесты в платных лабораториях не раз приносили данные по иммуноглобулинам. Им говорили, что это тоже тесты на КОВИД, только дороже. То есть лучше. Другая частая ситуация — большая, чем 6 дней давность тестов ПЦР. Без них не госпитализируют. Начинай сначала! А там и сроки других анализов заканчиваются. В итоге, подготовка к стандартной глазной операции с 15-минутной длительностью становится значительно сложнее, чем сама операция.

Обращаюсь к Высшему Офтальмологическому Руководству: давайте утвердим клинические рекомендации по необходимым и достаточным лабораторным и прочим исследованиям для офтальмологических операций с учетом их тяжести и планируемого анестезиологического пособия.

Каждую неделю коллектив сдаёт анализы ПЦР для выявления «активных». На антитела начнем сдавать в сентябре. Готовимся к будущей вакцинации?

Так вот ты какой, Ресторан!

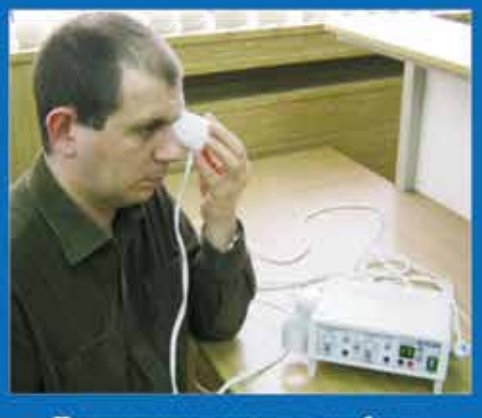
Сходили в пару любимых до пандемии ресторанов. Они выжили. Все по правилам! Температуру измеряли при входе. Сотрудники в масках. Даже не спрашиваю, когда меняли. Мы — без масок, с разрешения властей. Не магазин. Еда на вид, запах и вкус не изменилась. Качество сохранили. Что-то важное вернулось. Наверное, свобода!

Новый магнито-лазерный офтальмологический аппарат
для орбитального воздействия в бегущем режиме

“АМО-АТОС-ИКЛ”

trima®

Магнитолазерный излучатель с бегущим характером двух факторов воздействия (магнитногое поле и ИК-лазерное излучение)



Пример использования лечебного терминала аппарата "АМО-АТОС-ИКЛ" в орбите глаза

ПОКАЗАН при:
- глаукоме (снижение внутриглазного давления, нейропротекторная терапия)
- тиреоидной офтальмопатии
- отслойках сетчатки
- послеоперационных осложнениях и их профилактике
- нарушениях аккомодации (спазм, ПИНА)

Разработчик и изготовитель
ООО “ТРИМА”

410033, г. Саратов, ул. Панфилова, 1.
Тел./факс: (8452) 450-215, 450-246, 340-011.
trima@trima.ru www.trima.ru

Своя колея

Для белки и колесо может быть главным в жизни, а для лошади — телега. Им не важны килограммы скорлупы и кубометры сена. Но отними их — и жизнь под угрозой. Для давно работающего человека многое определяется целью/результатом работы. Успешен — ты ей дорожишь и её защищаешь! Равнодушен — считаешь время до конца дня, недели, месяца... пенсии. За месяц восстановленной работы явно почувствовал и колесо, и телегу, и «свою колею».

Бельгийская аномалия

Активно и разнообразно обсуждают коллективное письмо бельгийских врачей о ситуации в медицине и в стране. Бельгия — один из лидеров по заболеваемости и смертности в Европе. Может потому, что хорошо жили, запланированно развивались, индивидуальность и качество жизни были определяющими понятиями. Уровень жизни, услуг и медицины подняли высоко, стоимость тоже. Пришла зараза №19 и обвалила всё! И уровень, и доходы. Вся плановость стала необязательной на фоне снижения качества жизни.

Но вопросы задаются правильные. Зачем «локдаун»? Зачем маски везде? Где объективность и публичность? Хотим альтернативного мнения! Завидую я им, они хотят альтернативного мнения. Для принятия коллегиального, обоснованного решения. Видимо, есть предположение, что разнообразие мнений может повлиять на властные решения. У меня таких предположений нет.

Властные решения по всему миру напоминают прогрессирование симулякра по стадиям. Сейчас что-то похожее на вторую стадию симулякра — искажение реальности. Дальше — больше. Решения будут скрывать истину. И последнее — скрывать истину будет уже не нужно! Кстати, у соседей в Белоруссии идет второй месяц демонстраций и манифестаций. И КОВИД не растет, и угрозы здоровью нации нет. Меркнет на фоне судьбоносных процессов в политике. Во как!

Есть равнее

Обнаружились проблемы с анестезиологическими кадрами. Не хватает на растущую хирургическую активность. Никто не догадался, что она будет расти. Простое до удивления решение администрации: оперируем в первую очередь платных и бюджетных, «ОМСных» — в последнюю, вплоть до переноса. «Мы все равны, но есть равнее».

1 сентября. Здравствуй, школа ...

Новый учебный год начался привычно 1 сентября. О необходимости его открытия в срок говорили все руководители: и профильные, и непрофильные, и «всепрофильные». И буквально сразу — карантины по классам во всех регионах. Есть карантины по школам? Наверное, нет. Это политически близоруко. Надеемся на гуманность заразы №19 в отношении детей.

2-21 сентября

Продолжается «жизнь и работа» с актуальными и не очень ограничениями по вирусу, который все ещё вокруг.

22-30 сентября. Вторая волна или такая странная первая?

С первых дней первой, весенней, волны заразы №19 нам предрекали вторую, осеннюю волну. Эпидемиологическая логика понятна: активная фаза с подъемом, плато, снижение заболевания в весенне-летний период закономерно переходят в... Наступает расслабленность: «Нам уже ничто не угрожает». Ограничения снимаются. Курорты открываются. Человеческие контакты множатся в зависимости от контактирующих. Можно всё или почти всё. И почти всем. Одна голова власти туристические поездки стимулировала — Ростуризм ввел кэшбэк за поездки по России. Все дружно выходим из кризиса.

И вот дождались — проснулась другая голова. Во второй половине сентября новостной тон меняется на привычный в эпоху пандемии. Тревожно-обличительный. Населению транслируют тревогу, вызванную ростом числа носителей заразы №19, а также госпитализированных и умерших. Москва — несменяемый лидер и во второй волне. Москвичи вернулись в город, дети с каникул, родители с бабушками (кто смог себе позволить) — из отпусков. Изолированные на время людские популяции с явными и тайными носителями смешались в городском «котле» и дали прогнозируемый всплеск. В дополнение нам сверху попеняли на «близкие контакты разного рода» без защитных средств.

Как нам объясняют рост числа новых случаев заразы №19:

Главный санитарный врач: «Маски не носят и участвуют в массовых мероприятиях». Накануне прошло множество мероприятий, а одно, в середине сентября, так вообще федерального уровня. Дополнительно вспоминаем призывы Ростуризма «отдыхать в России» и кадры с Черноморского и других побережий. Вы видели там отдыхающих, загорающих и купающихся в маске?

Главный врач главной инфекционной больницы: «Рукопожатия и объятия». Так лето же, особенно когда вся Россия слетелась в Крым и Сочи.

Мэр: «Это — не вторая волна, просто вирус такой, много пожилых людей в транспорте и на улице, социальная дистанция не соблюдается». Все ходят и, особенно, ездят, а социальная карта тому способствует. Начинаю переживать за социальную карту.

Идет напряженная дискуссия во власти: насколько необходимо гнуть палку. Есть мнение, что в первую волну ее перегнули.

1 октября

Главная новость: первый месяц учебы завершился. На гуманность вируса зря надеялись. Мэр заявил: «25% новых выявленных случаев — дети». Заболевших или носителей, не ясно. Добавил: «25% новых случаев выявлены у пожилых». Смело предполагаю, что остальные 50% распределены по средней возрастной группе. Не пойму, а в чем новость? Очевидность.

Школьные каникулы продлеваем до двух недель. Для меньшего контакта. Сидеть дома, в крайнем случае — во дворе. А соседских ребят игнорировать?И как раз вовремя — приглашение в кинотеатры на премьеру нового отечественного ретроблокбастера про футбол (хоккей и баскетбол уже были). Информация от Москонцерта: билеты на развлекательные мероприятия в октябре продаваться не будут. Но мероприятия не отменяют. Пока. А так можно?

В Москве на фоне двукратного роста случаев КОВИДа открылся очередной кинофестиваль. С лета он переехал на осень. Со слов участницы: «Искусство поможет здоровью». И красота. Отметились все перспективные и неперспективные (занятые) красавицы в Москве. Вы думаете в масках?

Мэр обозначил status quo на начало октября: «Больницы не перепрофилируем. Только отдельные корпуса. Пока. Ой, еще мобильные госпитали развертываем». Где не уточнил. В «Крокусе», Сокольниках, ВДНХ? Почувствовали логику?

2 октября

Пенсионеры, как группа риска и мишень для мероприятий. Для этой категории граждан мэром предложен домашний режим. Почти ласково. Предприятиям предписан 30% уровень удалёнки. Строго. Можно и 50%. В Европе — удалёнка, кстати, не прекращалась в большинстве «офисных» фирм.

Интрига дня

Закроют ли опять больницу на повторное перепрофилирование? Комиссии ездят по Москве. Проверяют готовность. Оправданно, исходя из статистики выявленных случаев, где-то на уровне мая-июня, по данным «ковидного» штаба Москвы. Ой... Нас (как бы не сглазить!) оставляют оказывать плановую помощь. Как в пословице: «Не было бы счастья, так несчастье помогло». «Бурный» ремонт в основном корпусе привел его в негодность для приёма инфекционных больных. Остальные корпуса «еще не отошли от недавнего набега». Ждем-с. Медперсонал — практически обреченно. Все решается без них.

Холодком обдало висок: а если бы не ремонт? Опять закрыли бы нас комиссары! И неважны судьбы врачей, работающих по плану, и пациентов, лечащихся по тому же плану. Опять вспоминаю «Крокус», Сокольники, ВДНХ с развернутыми модулями для инфекционных больных. Свернулись? Цифрам хочется верить. Их печатают в газете. И показывают на ТВ. Но уже не удручает, а дежурно раздражает вывод по цифрам. А где эта группа экспертов, готовящая вывод, который озвучивает начальник? Покажите их! Хотелось бы их послушать, может провести публичную дискуссию о причинах и следствиях с группой альтернативных экспертов. Вспоминаю обращение бельгийских врачей!

3-4 октября

Заботливый тон «сверху» с возможностью пожурить нас, «непослушных», смахивает на инструмент манипуляций. Мы же неразумные, о нас опять заботятся. Августовский барьер, около 5000 в день новых **носителей (не больных)**, был преодолен в сентябре — включена кнопка «alarm». Далее — по старой схеме. Помните её? Кстати, а если человек уже переболел, нет, правильнее, «переносил» заразу №19, ему тоже масочный режим соблюдать? Может, справочками запастись об иммунитете? Заодно и знания росгвардейцев об иммуноглобулинах повысим! Ан нет, вовремя подоспело заявление главного санитарного врача о выделении вируса носителем в течение 90 дней. **Маски носить всем!** Намедни министр промышленности отчитался о запуске нового «масочного» завода. Опять вспомнил о компетенции. Найти бы того, кто «60 лет в профессии».

О масках

В начале истории я сформировал для себя тезис о главной полезности маски. Сегодня я еще более укрепился в своей правоте: маска необходима для сведения к минимуму, вплоть до исключения, контакта лица и слизистых с руками, которые могут считаться главными переносчиками заразы от человека и предметов. Маску лучше руками не трогать — полезность пропадает мгновенно.

Не отпускают думы про вакцину. Мы опережаем всех, как в космосе когда-то. Зарегистрирована уже вторая по счету вакцина. Зарубежные призывы «продать» чередуются с зарубежными же попытками очернить. Конкуренция. Куда там «Северному потоку-2!» Кстати, «Северный поток-1» живет себе спокойной жизнью. Все ли помнят летние рассуждения о том, что окончательно победить заразу №19 мы можем только с помощью вакцины? Время победы близко, вакцина пришла вовремя, актуальность в цифрах растет как надо! Рекомендации по прививке, видимо, впереди, особенно для тех, кто переболел и имеет некий иммунитет. А вот какие титры считать критерием достаточного иммунитета? Кстати, у нас в клинике тесты на ПЦР сотрудники с выявленными антителами сдавать перестали.

Идет дискуссия о пневмококковой вакцине и КОВИДЕ. Понятно, что от заражения пневмококковая вряд ли спасёт, но от тяжелых осложнений защитить вполне способна. Это мнение одних коллег, другие дополнительной пользы не видят. У меня нет очевидного представления и по поводу гриппозной вакцинации в нынешнем году. Ее актуальность поблекла или расцвела? А сроки между всеми вакцинациями как определить?

Итог 2020 года — офтальмологическая жизнь, прерванная заразой №19 и чиновниками, оказалась живучей и после комбинированного вирусно/административного апноэ начала дышать. Однако, как показала личная практика, угроза неровному дыханию осталась навсегда. Остается одно — не реагировать, судорожно сжимая скальпель в руке, чтобы его никто не вырвал. Голову в стороны не поворачивать, смотреть только прямо перед собой или в микроскоп. А уж если случится что-нибудь, то случится без твоего участия и без потери твоих нервов. **А может, этого ОНИ и добивались?**

5 октября — ...

Мэр сказал, что ситуация в Москве стабилизируется. Молодец ...! На этом фоне остальная, особенно «Восточная Россия» выглядит хуже. Оказывается, вирус геополитически аморфен. Антирекорды по выявляемости заразы №19 побиваются каждый день и уже превысили весеннюю статистику. Власти балансируют. Призрак локдауна бродит по Европе.

Больницу не тронули в целом, но один (дальний) корпус зарезервировали под заразу№19 с 5 ноября. Наконец-то отменили очные утренние конференции. То есть, осенью делается то, что актуально было сделать весной, в начале пандемии. Пациентов стало резко меньше и на диагностике, и в операционной. Осенняя ситуация зеркальна весенней. В марте ограничили (отстранили, перепрофилировали, отправили в простой) медиков в возможности лечить, теперь ограничили (рекомендовали, предупреждали, блокировали и, в итоге, запугали) пациентов в возможности лечиться не от ковидной патологии.

История продолжается... Точнее, сериал...

Уважаемые читатели газеты «Поле зрения»!

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

СПОСОБЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПОДПИСКИ ЧЕРЕЗ ИЗДАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ:

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

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

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

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

Заявки принимаются до 05.02.2021.

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

ВНИМАНИЕ! Для своевременного получения газеты необходимо:

Произвести предоплату по реквизитам, указанным в счете.

В ПИСЬМЕ-ПОРУЧЕНИИ УКАЗАТЬ:

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

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

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

Учиться, учиться и еще раз учиться

Конкурс «Неделя в ординатуре по офтальмологии»

Организатор: интернет-сообщество «Терра-офтальмика». Итоги.

В 2019 году в интернет-сообществе «Терра-офтальмика» был проведен очередной конкурс среди ординаторов. О предыдущем конкурсе мы уже рассказывали на страницах газеты в 2018 году.

Идейным вдохновителем конкурса был редактор сообщества А.А. Воронцов.

Суть конкурса заключалась в следующем: участник должен был подготовить материал, в котором бы рассказал о самой интересной и насыщенной неделе в ординатуре по офтальмологии. Естественно, речь должна была идти о профессиональных аспектах работы. Текст нужно было сопроводить фото и/или видеоматериалами. Стиль свободный. Творческий подход приветствовался.

Основной вопрос: почему в качестве специализации автор выбрал офтальмологию, как познакомился с «Террой», где проходит/проходил ординатуру/интернатуру и т.д. По желанию можно было написать о наставниках.

Всего на конкурс было прислано 7 работ. Ординаторы прислали свой материал из разных регионов России, Беларуси и Казахстана.

По итогам открытого голосования победителем стала Екатерина Романовна Яремко, врач-офтальмолог, окончившая интернатуру в г. Минске. Второе место занял теперь уже врач-офтальмолог Григорий Андреевич Вакорин.

Всем участникам конкурса редакторы портала выслали флешки с полезными материалами по офтальмологии. Победитель получил диагностическую линзу.

Часть участников конкурса согласились на публикацию своих рассказов на страницах газеты, что мы с удовольствием и делаем. Призеры конкурса проделали огромную работу для расширения офтальмологических знаний коллег по сообществу. Екатерина Романовна Маленкина (Яремко) озвучила и записала для «Терра-офтальмика» переводы, выполненные его участниками.

«Атрофия зрительного нерва»

«Синдром витреального «фитиля»»

«Гифема»

«Обзор предпочтительных подходов к практике»

«Клинический спектр пахихороидальных заболеваний»

«Ретинопатия Пурчера и пурчероподобная ретинопатия»

«Послеоперационный отек роговицы»

«Оценка, обследование и диагностика передних увеитов»

«Ультразвуковое сканирование глаза»

«Гемофтальм»

«Подходы к пациенту с анизокорией»

«Диабетическая ретинопатия» из цикла «Стандарты Международного Совета по Офтальмологии»

«Лечение умеренно выраженного и тяжелого синдрома сухого глаза при синдроме Шегрена»

«Зрительный скрининг у детей»

«Офтальморозацеа»

«Хориоретинальные складки»

«Препараты при беременности и лактации»

«Острая зональная оккультная наружная ретинопатия».

Все они доступны в сообществе или по хэш-тегу #терра_аудиокниги или в теме с аудиокнигами https://vk.com/topic-38116404_38684707

Григорий Андреевич Вакорин перевел для сообщества «Терра-офтальмика» ряд полезных англоязычных материалов:

«Особенности хориоретинопатий, относящихся к AZOOR/комплексу «острых зональных оккультных наружных ретинопатий»;

«Обзор предпочтительных подходов к практике» от American Academy of Ophthalmology;

«Гемофтальм» (статья с Medscape);

«Окклюзия ЦВС» (статья с Medscape);

«Основы гониоскопии» (статья с Medscape);

«Гифема» (статья с Medscape);

«Руководство по лечению диабетического макулярного отёка» от EURETINA.

К тому же Григорий, получив согласие автора, перевёл и озвучил несколько видео по ультразвуку в офтальмологии, создателем которых является доктор Adel Abdel Shafik Professor of Ophthalmology, Ain Shams University Cairo — Egypt. (https://vk.com/wall-38116404_111270). Все переводы Григория также можно найти в сообществе по хэш-тегу #терра_перевод или в этой коллекции https://vk.com/topic-38116404_30364310

Напомним, что на момент написания всех вышеперечисленных работ Григорий и Екатерина являлись ординаторами. Редакторы «Терры» вами гордятся и поздравляют с победой, а также всех других «терровчан» с участием в конкурсе.

К.м.н. ***А.С. Обрубов***

Екатерина Романовна Маленкина (Яремко)

О зеркалах души и трёхзеркальных линзах

Здравствуйте!

Большая часть интернатуры прошла в ГКБ №3 г. Минска.

Влетаю в кабинет госпитализации, а она уже начались! Офтальмологи зачастую перфекционисты: всё должно быть идеально: если шовчики, то симметричные, если разрезик, то без единой зазубринки.

Первый месяц интернатуры. Мне любезно выделили ключик от кабинета, в котором с понедельника по пятницу с 08:30 и до победного заведующие отделениями пристально изучают результаты анализов пациентов, приходящих «соперировать катаракту». Конечно же, переодеваться там нужно до начала сего мероприятия. В идеале. Но пока я далека от идеала.

Итак, госпитализация началась, а я снова переодеваюсь в туалете. Хорошее получаем не без жертв. И о чем я только думала, когда спокойно шла вниз по улице под играющую в наушниках аудиозапись из «Терры»? Хм, а может самой попробовать что-нибудь озвучить?.. Да ну, бред какой-то))).

(Прим. редактора: смотрите во вступлении список ее работ по озвучиванию переводов)

Рабочая неделя началась. Прием документов на госпитализацию. Думаю, во всех плановых отделениях существует эта процедура, когда ты буквально высматриваешь подвох в многочисленных анализах, справках и осмотрах. Не великовато ли МНО? Что с носовыми пазухами? Неудивительно, что после такого в глазах некоторых пациентов враг не болезнь, а врачи.

И вот, когда все силы уже на исходе, звучит заветная фраза: «За мной никто не занимал!» Ты ожил! Ты готов покорять очередные вершины! И это очень хорошо, ведь к этому моменту тебя в отделении уже ждут поступившие пациенты. Опрос, осмотр, расчет ИОЛ, заполнение бумаг и снова — опрос, осмотр, расчет ИОЛ... Понедельник всегда так незаметно проходит!

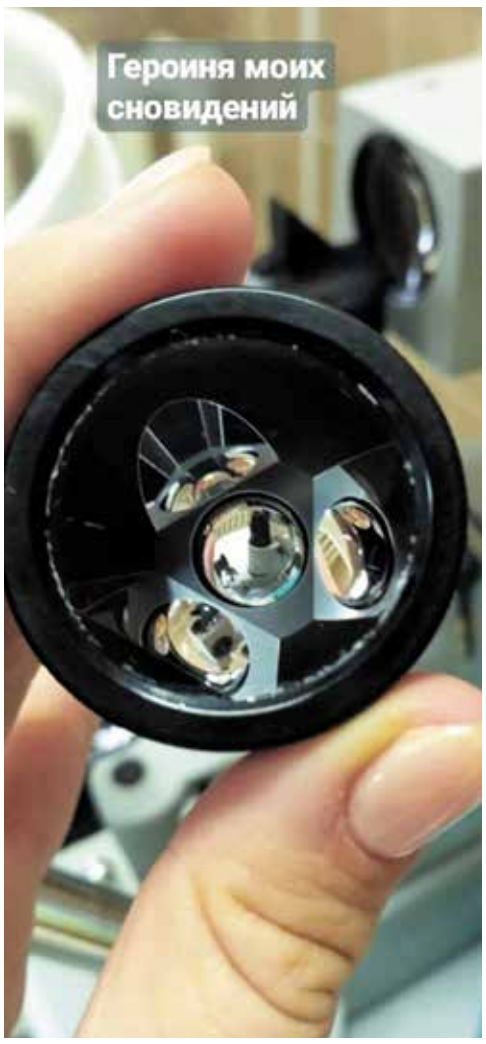
Вторник. Схему «выписка — госпитализация — поступление» в этот день разбавляют операции. Если, конечно, я успеваю на них :) Впрочем, если не получилось, то возможность попасть в операционную будет ещё в следующие дни: вторник — это пик поступления в отделение, после которого число пациентов обычно стабилизируется.

Среда пришла — неделя прошла! Вот сегодня-то можно хоть целый день провести в операционной! Отделение, в котором я проходила цикл по микрохирургии, плановое, поэтому самая частая операция — ФЭК+ИОЛ. Зато ее уже на второй день ты знаешь наизусть. А что ещё надо, чтобы вовремя подавать инструменты и поливать на роговицу лакэмоксом (чудо белорусской фармпромышленности). Хоть и звучит «фуфломицильно», но роговичка после него чувствует себя лучше, чем после воды :) Участие в других операциях тоже возможно, просто они проводятся реже. А временами, если остаётся время, можно посмотреть и на высший пилотаж — витреальную хирургию!

Но самое интересное из офтальмохирургии для интернов происходит по четвергам и пятницам — это «мелочи»! Удаление папиллом, халязионов, кист, атером — в общем, всё то, чем «взрослые» хирурги охотно делятся с начинающими врачами, требуя взамен лишь оформления историй болезни и прочих бумаг. И вот момент настал: микроскоп настроен, и ты готов сделать первый разрез. Но почему дрожат руки, если с пятого курса у тебя свои микрохирургические инструменты и нитки 8/0 уже давно как родные? Наверное, без этого не обойтись.

И, наконец, то, чего все ждали, ждут и будут ждать, начиная с детского садика — пятница! Обычно для меня это был «раздолбайский» день: выписав с утра пациентов, ты волен делать всё, что душе угодно! Диагностические и консультативные кабинеты, отделение лазерной микрохирургии и консультации сотрудников кафедры — возможность чему-то научиться подстерегает тебя на каждом шагу.

Вспоминаю свои первые дни на цикле по диагностике... Фундус-линза — это космос! Новый мир, в который тебя засасывает с головой! Да мне даже по ночам фундоскопия снилась! А потом лазерный центр... В общем, Катя до того влюбилась в сетчатку, что решила обзавестись собственными линзами. Бедные люди должны покупать только дорогие вещи. Поэтому после долгих колебаний было решено отправиться в Москву на «офтальмошоппинг» за Volk. Сколько-то чашек кофе не выпито, сколько-то новых платьев не куплено — но вот, спустя месяц, я стала счастливой обладательницей 90D и линзы Гольдмана! Вот теперь точно нет времени на скуку, когда все бумажки в отделении заполнены!



После хирургии было много чего: неотложная помощь, глаукомный и ретинальный кабинеты, детская офтальмология и самостоятельный приём в поликлинике... Что сказать? Есть что вспомнить, и есть за что быть благодарной. И сейчас, когда интернатура окончена, понимаю, каким счастливым был этот год!

Григорий Андреевич Вакорин

Учиться, учиться и ещё раз учиться!

Странички из дневника начинающего офтальмолога, или Как я ликвидировал пробелы в знаниях и умениях

Всем привет из Ярославля!

Меня зовут Григорий Андреевич Вакорин, я — ординатор 2-го года кафедры офтальмологии Ярославского государственного медицинского университета. Сам родом из города Галича Костромской области, это — небольшой город с населением около 16 тысяч человек.

Офтальмологию, как будущую специальность, выбрал на 5 курсе просто на подсознании. До сих пор от некоторых коллег слышу, что у них специальность сложнее, но я с ними не согласен. В студенческом научном обществе от старосты я узнал о существовании группы «Терра-офтальмика». На обществе я осознал, что моих знаний недостаточно для активного участия (цикла по офтальмологии еще не было), и я покинул кружок. К началу 6 курса я прочитал немного литературы и вернулся подготовленным.

Во время выпуска застал всеми любимую первичную аккредитацию, отмену интернатуры и сокращение мест в ординатуру. Отсутствие бюджетных мест по офтальмологии в моём университете не обрадовало, но менять специальность я отказался. Благодаря везению и неоднократному посещению приемной комиссии, сейчас учусь на бюджете (нет, мне не грозит 291 статья УК РФ).

Поступив в ординатуру, во многом благодаря «Терре», решил изучать английский, чтобы в будущем обращаться к зарубежным источникам. Первый год обучения был довольно непрост, особенно мелочи заполнения медицинской документации, за которые я поначалу неоднократно получал от врачей. За полтора года был на приеме с врачом в поликлинике, ходил на дежурства в кабинет неотложной офтальмологической помощи, но большую часть времени провёл в стационаре областной больницы. В отделении пациенты в основном с катарактой, глаукомой, на курсах консервативного лечения и реже — с прочими патологиями. Здесь только один нормальный прямой офтальмоскоп (у заведующей), личные линзы 78 и 90D, которыми врачи делятся с нами, и ни одной годной щелевой лампы (у одной, как я не стараюсь, монокулярное изображение, у второй — плохая механика). Заведующая постоянно пишет запросы на аппаратуру, но тщетно. Купил свой маленький офтальмоскоп, но батареек не напасёшься.

Неожиданно в конце года мне предложили поучиться навыкам работы на вновь приобретенном, первом в области, оптическом когерентном томографе с функцией ангиографии в городе Рыбинске. С этого момента и начались одни из самых интересных и разнообразных дней моего обучения. На фотографиях описание первой и самой насыщенной недели.

Понедельник. Впервые вместе с другими врачами осваиваю принципы выполнения и интерпретации снимков ангио-ОКТ. Разрешили поработать самому. Много непонятного, но дали инструкцию. Вечером возникла дилемма *(фото 1)*.

Вторник. Можно попрактиковаться в навыках офтальмоскопии и гониоскопии, чем я и занимаюсь при наличии подходящих пациентов.

Среда. Ездил в Рыбинск, работал на приеме с ретинологом. Осознал, что совершенно не умею смотреть периферию, что довольно прискорбно. Посмотрел и послушал про работу лазера. Попробовал поснимать на томографе. Разобрался в выборе режимов и ориентации по слоям. Для чтения я выбрал инструкцию.

Четверг. Пробел в умениях надо ликвидировать. Мучаю пациентов длительным осмотром периферии, правда, в отделении есть бинокулярный офтальмоскоп, к которому я притрагивался до этого лишь однажды. Более или менее определил фокусное расстояние и что-то рассмотрел *(фото 2)*. Жаль, что в доступе нет линзы Гольдмана, хотелось бы научиться ей пользоваться.

Пятница. После работы в отделении вечером решил пошить (оперировать я еще не умею). Когда нужно проделать это же на операциях, руки как у знатного запивохи. Таковы особенности нервной системы, к сожалению. Справа — малыш офтальмоскоп из Санкт-Петербурга. Надеюсь, хозяин по нему не скучает *(фото 3)*.

Суббота. Отправился с наставниками в Рыбинск. Показали, как проводить иммерсионную биометрию. Посмотрел на YAG-дисцизии, узнал немного про режимы, пострелял по листочку. Теперь хочется пострелять по капсуле *(фото 4)*.

Как и многие ординаторы, работаю в оптике. Дачный сезон начался, поэтому больше занимаюсь самообразованием. Самое сложное это выбрать, что почитать.

К концу второго года я в очередной раз осознаю объемы непознанного. Хочется читать и запоминать всё, как Боб Петрелла, приобретать новые навыки и перестать сомневаться во многих своих действиях.

Фото 1.

Фото 2.

Фото 3.

Фото 4.

Венерям Асимжановна Наруханова

Теперь это моя ВСЕЛЕННАЯ!

Один день из жизни резидента-офтальмолога в Казахском научно-исследовательском институте глазных болезней.

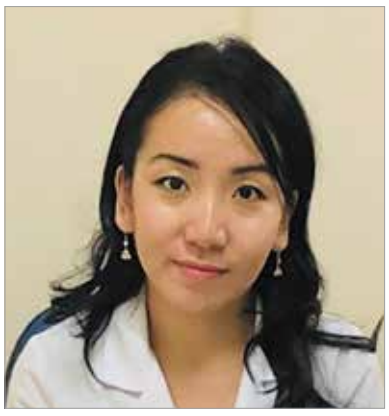


Фото 1.

Фото 2.

Здравствуйте!

Меня зовут Венерям Асимжановна Наруханова.

В этом году я окончила резидентуру на базе Казахского научно-исследовательского института глазных болезней, который находится в Республике Казахстан, в городе Алматы.

Любовь и увлечение офтальмологией началось в студенческие годы, когда я впервые посетила студенческий кружок.

На заседаниях разбирали различные темы, интересные клинические случаи, готовили доклады и участвовали в научных исследованиях со своими старшими товарищами *(фото 1)*.

На 4 курсе университета, мне посчастливилось принять участие в Олимпиаде по хирургии, а именно в микрохирургическом конкурсе в городе Саратове. Конечно, это был колоссальный опыт в профессиональном плане, знакомство с замечательными профессорами, врачами, студентами, старейшим университетом!

После конкурса сомнения в выборе специальности отпали.

Хотела бы начать свой рассказ, со слов БЛАГОДАРНОСТИ моим любимым, уважаемым наставникам, каждый из которых в течение трех лет обучения в резидентуре внес и вносит огромный вклад в мое становление как офтальмолога, молодого ученого *(фото 2)*.

Первый год резидентуры прошел в амбулаторно-поликлиническом отделении, как мне говорили, практическая офтальмология начинается с приема. Огромный поток пациентов, все уловить и запомнить поначалу было просто нереально. В промежутках обязательно читались лекции, проводились семинары и, конечно, экзамены. В этот год также прошли диагностические кабинеты эхографии, ОКТ, рентген и т.д.

Многие знакомые говорят: «Офтальмология? Два глаза? Что там может быть особенного?»

Начав глубже изучать это направление, понимаешь, насколько офтальмология разнообразна, интересна и сложна. Сколько всего еще не изучено и не исследовано.

Второй, третий годы проходят в отделениях, где под руководством кураторов мы ведем хирургических пациентов с катарактой, глаукомой, отслойкой сетчатки и другой патологией. На третьем году меня перевели в детское отделение, поначалу было очень сложно. Во-первых, это дети разных возрастов, многие еще не умеют говорить. Много времени уходило на проверку зрения, пока не научилась развлекать ребенка, привлекать его внимание. Работа в детском отделении, я думаю, имеет свои особенности, здесь требуется особый подход к пациентам.

Так вот, «один день из жизни резидента» начинается в 7:30 утра с осмотра пациентов, до начала утренней планерки *(фото 3)*.

Обязательное участие в ассистенции, в операционную ходила с удовольствием каждый день. У каждого глаза свои особенности, это позволяет молодому доктору приобретать новый опыт. А когда впервые увидела глазное дно через микроскоп в операционной, возникли ощущения, будто передо мной Вселенная. О, да! Теперь это моя ВСЕЛЕННАЯ! *(фото 4)*.

Фото 3.

Фото 4.

Фото 5.

После обеда в свободное время, после того как посмотрела, заполнила своих пациентов, заполнил все текущие истории, можно пойти в wet-lab и отработать хирургические манипуляции. Думаю, многие, как и я, начинали шить, делать разрезы на винограде, губках.

Ежегодно на базе нашей клиники проходят Дни диабета, Недели глаукомы, в работе которых мы, резиденты, принимаем активное участие *(фото 5)*.

С сообществом «Терра-офтальмика» знакома с института, на его страницах до сих провожу много времени, черпаю полезную информацию.

Спасибо за внимание, надеюсь было интересно!

Юлия Олеговна Григорьева

Выбрать офтальмологию и не пожалеть!

Здравствуйте! Меня зовут Юлия Олеговна Григорьева. В этом году я оканчиваю ординатуру по офтальмологии в Тверском государственном медицинском университете.

Как все начиналось: на 5 курсе, когда надо было определиться с дальнейшей специализацией, передо мной стоял выбор между терапией и офтальмологией. Я больше склонялась к офтальмологии, поинтересовалась у ординаторов об учебе, от них же узнала про «Терру».

Затем, уломав главного врача, чтобы он отправил заявку на целевое, и, убедив, что офтальмологи ему также нужны, как и терапевты, выбрала офтальмологию. Родом я из г. Дубны, город небольшой, офтальмологического стационара нет, поэтому изначально была ориентирована на поликлинику и не особо переживала по поводу того, что я не приобрела хирургических навыков в ординатуре.

За время ординатуры я прошла пять «баз» и расскажу про две наиболее интересные, где получила разные, но дополняющие друг друга знания.

1 база — Микрохирургическое отделение областной больницы. Здесь, помимо написания историй, я научилась общаться и не бояться пациентов, делать гониоскопию, пара- и ретробульбарные инъекции, удалять инородные тела, рассчитывать ИОЛ. Здесь же были и первые косяки: разбитые грузики, спровоцированный приступ ЗУГ. Это научило меня быть более внимательной, аккуратной и ответственной. Из операций я здесь увидела: ЭЭК, НСТ, экстирпацию слёзного мешка, травмы, энуклеацию, её, кстати, разрешали делать особо желающим и умеющим ординаторам.

2 база — Университетская клиника *(фото 1)*. Университетская клиника, наверное, на 80 процентов была платной, в ней установлено хорошее оборудование, но здесь мы могли только вести осмотр пациентов *(фото 2)*. На осмотре пациентов мы были с заведующим кафедрой. По понедельникам и пятницам он вел консультативный прием, приходили люди с разной патологией и после операций.

Вторник, среда, четверг — операционные дни. В эти дни мы имели возможность следить за ходом операции через микроскоп или на экране *(фото 3)*. Мы наблюдали за манипуляциями при проведении ФЭК, по поводу отслойки сетчатки, эпиретинальных мембран, макулярных отверстий, за подшиванием ИОЛ, постановкой дренажей, пломбированием. Во время операции преподаватель комментировал свои действия. Невозможно передать ощущения, когда впервые видишь глазное дно интраоперационно — фантастика! Потом уже совершенно по-другому смотришь больного за щелевой лампой. Одновременно поступали пациенты на ИВИ ИАГ, пациенты с данными ОКТ, было удобно смотреть патологию офтальмоскопически, сразу на снимке.

Как правило, вечером, не надеясь на свою девичью память, я записывала, что увидела и узнала за день. Читала новости в «Терре» и «Инстаграм», который стал для меня настоящим открытием в конце первого года, там все доступно и наглядно *(фото 4)*.

За время обучения, я ни разу не пожалела, что выбрала именно офтальмологию: интересно, логично, востребовано. Надеюсь, полученные знания мне очень пригодятся уже осенью, когда буду делать первые шаги в самостоятельной деятельности.

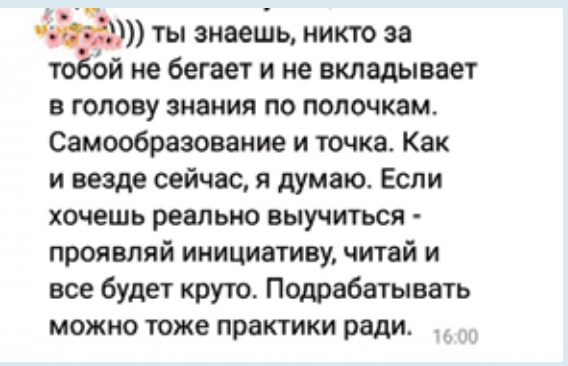
Газета «Поле зрения» печатает материалы с минимальной редакторской правкой.

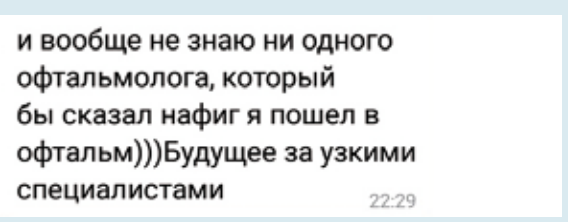
Фото 1.

Фото 2.

Фото 4

Фото 3.





ОТВЕТЫ ПРАЗДНИЧНОЙ АНКЕТЫ:

Если в ваших ответах преобладает **буква А**... Вообще-то столько не живут, но вам каким-то чудом это удалось, с чем вас и поздравляем! В анкете мы ограничили начало воспоминаний древней историей, но если вы помните, что было ещё раньше, то не томите, скорее скажите читателям — что же на самом деле случилось с динозаврами?!

Буква Б означает, что вы человек зрелый, опытный, можно сказать, бывалый. Вы многое повидали и пережили, но сохранили бодрость духа и цепкость памяти. Вы один из тех, которые в особенно трудные вермена повторяли, как мантру: «Ничего... Пережили разруху — переживём и изобилие!». И ведь пережили, благодаря таким столпам общества как вы!

Если вам больше всего подошла **буква В**, то на вашей памяти случился развал привычной государственной системы, за которым последовало новое смутное время (не путать с Лже-Димитриевским), получившее название лихих 90-х. Вам будет что рассказать внукам долгими зимними вечерами. Поэтому, пока память свежа, скорее садитесь за мемуары, и никаких отговорок вроде «сесть я всегда успею»!

Буква Г досталась молодёжи: поколениям, определяемым самым концом латинского алфавита. Вы — наше будущее, наша надежда. Больше всего мы надеемся на то, что вы останетесь читателями нашей газеты — в электронном её виде, конечно. Тут вы, наверное, удивлённо спросите: «А что, бывает ещё какой-то формат?». Ах, молодость...

Девиз работы тренера: «Не навреди!»

Далеко не все читатели газеты «Поле зрения» знают о том, что занятия дзюдо вполне доступны для людей с инвалидностью по зрению. Именно они составляют паралимпийскую сборную страны по этому виду спорта.

Герой нашей публикации — заслуженный тренер Российской Федерации, старший тренер паралимпийской сборной РФ по дзюдо среди женщин Ислам Исрапилович Ибрагимов. В 2004 году он стал создателем и бессменным руководителем сборной.

В 2015 году женская и мужская команды были преобразованы в отдельные структурные подразделения. И.И. Ибрагимов занял пост старшего тренера женской команды, а на должность старшего тренера мужской сборной назначили Виталия Павловича Глигора.

Многие родители незрячих и слабовидящих детей, да и сами инвалиды по зрению считают дзюдо мальчишеским, мужским видом спорта. Ислам Исрапилович категорически не согласен с этой точкой зрения. Он убеждён в том, что успехов на татами могут в равной мере добиваться и мальчишки, и девчонки.

Чем раньше человек начинает осваивать дзюдо, тем легче ему стать мастером. В секциях дзюдо можно встретить немало дошколят, мечтающих о будущих чемпионских медалях. С другой стороны, существует немало примеров, когда незрячие и слабовидящие физкультурники приходят в дзюдо уже во взрослом, сознательном возрасте. И, несмотря на «поздний старт», самые упорные, увлечённые и трудолюбивые добиваются успехов!

Илья Бруштейн

Фото из архива И.И. Ибрагимова

Тренер Ислам Ибрагимов

Члены паралимпийской сборной России по дзюдо

— Ислам Исрапилович, Вы не только успешный тренер, многолетний наставник российских дзюдоистов, но и товарищ по несчастью многих наших читателей.

— Да, у меня тоже инвалидность по зрению, вторая группа. Но в сравнении со многими нашими спортсменами, мои зрительные возможности сравнительно высокие. В настоящее время острота зрения составляет у меня около восьми процентов. Бог дал мне возможность не только самому выходить на татами, но и с помощью остатка зрения наблюдать за поединками дзюдоистов. Конечно, для тренера это очень важно. С другой стороны, успехов в дзюдо может достичь и тотально незрячий спортсмен.

— Расскажите, пожалуйста, о своей жизни, об основных вехах биографии.

— Я родился в 1971 году в Дагестане, в высокогорном Тляратинском районе, в селении Кодзоба, по национальности — аварец. Проблемы со зрением у меня с самого рождения. Семья у нас была многодетная: десять детей. Отец умер, когда мне было семь лет. Конечно, маме пришлось не просто. Но она достойно воспитала четырёх дочерей и шесть сыновей, всех «вывела в люди». Сейчас, к сожалению, мамы уже нет в живых.

Мой старший брат Расул занимался вольной борьбой. И по его примеру я тоже заинтересовался спортом. В первый класс я пошёл в семь лет, как и положено, в нашу сельскую школу. Но быстро стало понятно, что мне там учиться очень трудно. Я не видел то, что написано на доске, хотя и сидел на первой парте. Также испытывал и другие сложности с учёбой из-за плохого зрения.

Тогда маме сказали, что в Дагестане есть специализированная школа-интернат для слепых и слабовидящих, единственная на всю республику. Располагается она в городе Избербаше. Это больше двухсот километров от нашего села. В школу-интернат меня отвезла тётя. Мне тогда уже исполнилось восемь лет.

— А Вам не было страшно уезжать далеко от дома?

— Наоборот, у меня было большое желание учиться в специализированной школе. Помню, что очень волновался во время дороги, боялся, что меня не примут в школу и отправят обратно домой. И тогда я останусь совсем без образования. Вот такие детские страхи!

Но всё прошло отлично. В школу меня приняли, хорошо встретили. Мне нравилось учиться. Школьные годы оставили тёплые, добрые воспоминания.

— В школе Вы занимались спортом?

— Это были занятия на любительском уровне. Мне нравились уроки физкультуры. У нас в школе были спортивные секции гимнастики, лёгкой атлетики. Мне нравились упражнения на кольцах, на перекладине. На тренировках по гимнастике любил делать мостики, опорные прыжки.

Как и многие мальчишки, любил играть в футбол, побороться, иногда даже подраться. Физической активности в детстве было много. Одно время в школьные годы несколько мальчишек, и я в том числе, увлеклись хождением на руках. Мы соревновались друг с другом, кто дольше сможет пройти.

— Отличное соревнование!

— На самом деле это была не очень разумная затея! Мы не умели правильно падать, группироваться, было много болезненных падений. К счастью, до серьёзных травм не дошло. Теперь я понимаю, что учиться ходить на руках необходимо под руководством грамотного тренера, а не самостоятельно.

Всё-таки в детстве в моей жизни присутствовала скорее физкультура, чем спорт. У меня, например, не было опыта участия в крупных соревнованиях. У нас в школе не было профессиональных тренеров по различным видам спорта.

— Как сложилась Ваша жизнь после окончания школы?

— Последние два школьных года я учился в Армавире, в Краснодарском крае, т.к. в Избербаше в то время давалось только неполное среднее образование. После окончания школы решил не поступать в вуз, а пойти работать на краснодарское УПП Всероссийского общества слепых. Это было связано с желанием материально помочь семье. А в то время на учебно-производственных предприятиях ВОС были весьма приличные зарплаты.

В Краснодаре я жил и работал на УПП с 1990 года по 1994 год. Занимался спортом на любительском уровне, начал осваивать дзюдо. Но после развала Советского Союза зарплаты на УПП резко сократились, как и численность работающих. Поэтому в 1994 году я переехал в Москву, и с тех пор живу в столице.

— Именно в Москве Вы начали серьёзно заниматься дзюдо?

— Да. Я работал на предприятиях Общества слепых в качестве слесаря-сборщика и одновременно занимался дзюдо. Неоднократно становился призёром чемпионатов России по дзюдо среди инвалидов по зрению. Кроме того, с 1995 года по 2000 год я заочно учился в Московском институте физической культуры и спорта, получил диплом тренера по дзюдо. Ещё до окончания института стал работать тренером. Правда, в течение нескольких лет вся работа шла на общественных началах.

В 2004 году была создана Сборная России по дзюдо среди инвалидов по зрению — паралимпийская сборная страны. И я стал её старшим тренером. Именно с этого времени я стал профессиональным, штатным тренером. Мне уже не надо было зарабатывать на жизнь другим трудом. В 2005 году я завершил свою спортивную карьеру и сосредоточился на тренерской работе.

— Почему в 2015 году паралимпийская сборная команда была разделена на две части: мужскую и женскую?

— Такое разделение есть и в олимпийской сборной. Это произошло из-за большого объёма работы для старшего тренера. Поэтому в Министерстве спорта приняли решение, что и мужской, и женской сборной нужен свой старший тренер. Но у нас взаимозаменяемость. В моё отсутствие тренировки в женской команде проводит Виталий Павлович Глигор. Я тоже работаю с его дзюдоистами.

— Сколько спортсменов является членами сборной команды?

— В женской сборной 28 спортсменок: 14 — в основном составе и 14 — в резервном. В мужской сборной такая же организационная система. В женском дзюдо представлено семь весовых категорий: 48 кг., 52 кг., 57 кг., 63 кг., 70 кг., 78 кг., 78 +. В последней категории разница в весе между спортсменками может быть наиболее значительной, в ней представлены все дамы, чей вес превышает 78 килограммов. На татами могут сойтись дзюдоистки весом 79 килограммов и, например, 100 килограммов.

В остальных весовых категориях разница в весе между спортсменками сравнительно небольшая. Дзюдоистка не обязательно должна в течение всей своей спортивной карьеры выступать в одной весовой категории. По совету тренера и собственному желанию она может набрать мышечную массу и перейти в более «внушительную» весовую категорию. Или, наоборот, барышня худеет, как говорят спортсмены, «подсушивается».

Хотя все дзюдоистки и дзюдоисты выступают в соревнованиях по одним правилам, но в каждой весовой категории есть своя специфика, свои особенности проведения тренировок. С увеличением веса большее значение приобретают силовые качества, а с уменьшением веса — скоростные. Самое главное, чтобы спортсменка чувствовала себя в данной весовой категории наиболее комфортно.

— Как происходит отбор спортсменок в сборную команду?

— Критерии очень простые и прозрачные. Ежегодно проходит чемпионат России по дзюдо. В каждой весовой категории спортсменки, занявшие первые и вторые места, становятся членами основного состава сборной, а обладатели третьего и четвёртого мест — резервного состава. Поэтому каждый год дзюдоистки могут стать членами сборной или потерять такую возможность.

У каждой дзюдоистки и каждого дзюдоиста есть свой личный тренер, который и определяет ежедневный тренировочный

процесс. Старший тренер сборной координирует деятельность всей команды, занимается организацией и проведением тренировочных сборов. Он также отвечает за то, чтобы из отдельных спортсменов и тренеров сложилась единая, боевая, крепкая команда.

Как правило, у старшего тренера есть и свои подопечные. Я тоже в настоящее время, кроме работы в сборной, тренирую несколько незрячих и слабовидящих дзюдоисток.

— Ислам Исрапилович, Вы возглавляете женскую паралимпийскую сборную по дзюдо. А можно ли назвать этот вид спорта женским, девичьим? Или он больше подходит для суровых, мужественных рыцарей?

— Мне думается, что в сегодняшнем мире, вообще, уже не существует разделения — за редчайшими исключениями! — на мужские и женские виды спорта. Девушки и женщины успешно осваивают хоккей, футбол, бокс и т.д. Если говорить о дзюдо, то этот вид спорта способствует формированию гармоничной женской фигуры.

Тренировки дзюдоисток включают в себя самые разные виды нагрузок: бег, лазание по канату, подтягивания, отжимания, жим штанги лёжа, приседы со штангой и т.д. Разнообразные тренировки способствуют выработке хорошей осанки. Фигуры мужчин становятся более мужественными, а женщин — более женственными. Некоторые родители и сами барышни думают, что дзюдо делает девичью фигуру «перекаченной», мужеподобной... Это нелепые предрассудки!

Дзюдо способствует уверенности в себе, повышает самооценку. Барышня может быть нежной, ласковой, грациозной, но при этом сильной, волевой и решительной. Женская красота нередко сочетается с недюжинной физической силой. Поэтому наши дзюдоистки, в том числе члены паралимпийской сборной, и красивые, и сильные. И умные, конечно.

— По Вашему мнению, родителям девочек не нужно бояться, если их чада займутся дзюдо?

— Конечно. Я бы хотел обратить внимание ещё на один важный аспект. В паралимпийском спорте тренеры всегда учитывают не только зрительные возможности спортсмена (остаточное зрение, тотальную слепоту), но и сопутствующие заболевания. Инвалидность по зрению нередко связана и с другими недугами. Поэтому девиз работы тренера совпадает с девизом врача: «Не навреди!»

— В дзюдо тотальники выходят на татами вместе со слабовидящими спортсменами. У Вашей спортивной дисциплины нет разделения на группы по зрительным возможностям, как, например, у пловцов или легкоатлетов. Не оказываются ли незрячие спортсмены в более трудном положении?

— Конечно, среди всех инвалидов по зрению тотальникам приходится труднее всех. С этим никто не станет спорить! Но именно в дзюдо незрячие люди могут в полной мере реализовать свой спортивный потенциал. Этот вид спорта основан на тактильном контакте. Броски, подсечки и другие приёмы дзюдо осуществляются за доли секунды, практически мгновенно. За это время даже человек с отличным зрением не может получить визуальную информацию и обработать её. Да этой информации спортсменам и не требуется!

Всё определяют совсем другие качества: сила, ловкость, тактическая подготовка (знание приёмов дзюдо и умение применить эти приёмы на практике) и, конечно, интуиция. Опытная дзюдоистка чувствует, как будет действовать её соперница в следующие секунды и минуты поединка. Во время схватки нет времени на раздумья, но настоящая дзюдоистка — в том числе и незрячая — знает, какие именно приёмы можно ждать от соперницы.

В шахматах игроки изучают индивидуальный стиль, манеру игры предполагаемого соперника. Тоже самое происходит и в дзюдо. В профессиональном спорте мы не просто готовимся к соревнованиям, а к поединкам с конкретными соперницами. У каждой дзюдоистки есть свой индивидуальный стиль, свои любимые приёмы. Эти приёмы вполне может изучить личный тренер и направить свою подопечную в «правильное русло».

Ислам Ибрагимов на татами

Знание индивидуальных особенностей соперниц — это одна из составляющих победы на соревнованиях. И, конечно, важна непоколебимая уверенность в победе! Это важно особенно в тех случаях, когда моим девушкам приходится выступать против соперниц, которые объективно сильнее их.

Не должно быть страха, робости, неуверенности перед более опытными соперницами! Правильный психологический настрой может компенсировать какие-то недоработки в физической и тактической подготовке. Успех в дзюдо обеспечивают отнюдь не зрительные возможности, а совсем другие факторы!

— Поединки в паралимпийском дзюдо проводятся по тем же правилам, что и у зрячих?

— Единственное существенное отличие состоит в том, что во время поединка между спортсменками должен постоянно сохраняться тактильный контакт. Когда незрячие дзюдоистки начинают соревноваться, они удерживают друг друга за кимоно. Этот захват называется «кумиката». Если связь спортсменок нарушена, то судья командой «матэ» (ждите), или «стоп» останавливает борьбу, и девушки возвращаются в исходное положение.

— Не могли бы Вы как старший тренер сборной команды России рассказать о наиболее титулованных, успешных дзюдоистках?

— Виктория Потапова — одна из наиболее опытных наших спортсменок. Она — тотально незрячая. Выступает в самой лёгкой весовой категории, до 48 килограммов. Чемпионка мира. Четырёхкратная чемпионка Европы. Трёхкратный призёр паралимпийских игр. Более десяти раз Вика выигрывала чемпионат России.

Я работаю с ней не только как старший тренер сборной, но и в качестве личного тренера. Вика пришла в дзюдо поздно, в 26 лет. Но ей удалось достичь значительных успехов благодаря сочетанию двух факторов: отличной физической подготовки и огромному трудолюбию.

Мы начали тренироваться в начале 2000 года. И уже через несколько месяцев она стала чемпионкой России. В 2001 году Потапова становится чемпионкой Европы и вновь выигрывает чемпионат России. И в дальнейшем все годы спортивной карьеры Вике сопутствует успех. Очень надеюсь, что она будет выступать ещё в течение нескольких лет.

— Как удалось достичь таких феноменальных успехов за такое короткое время?

— Хотя Вика и не занималась дзюдо до нашего знакомства, но она дружит со спортом с юных лет: была успешной гимнасткой, увлекалась голболом (футболом для слепых). Её интересовали самые разные виды спорта, поэтому она сразу согласилась на моё предложение попробовать себя в дзюдо.

— Как начался Ваш тренировочный процесс?

— Также как и со всеми другими спортсменками. Мне необходимо было протестировать, определить уровень её физической подготовки. И этот уровень уже тогда превышал показатели других моих подопечных. Например, многие дзюдоистки могут подтянуться только три-четыре раза, а Вика сразу же подтянулась десять раз.

В жиме лёжа она смогла при весе в 48 килограммов поднять штангу весом в пятьдесят килограммов. Уже во время нашей первой встречи Вика продемонстрировала умение лазить по канату. Она с хорошими показателями пробежала дистанции 800 метров и 1500 метров.

Мне сразу стало понятно, что у этой девушки благодаря достойной физической подготовке имеется значительный потенциал. И сегодня мы с Викой уделяем физической подготовке большое внимание. Например, Вика не только прекрасно лазает по канату, но и способна делать это только с помощью рук, без использования ног. А это совсем не просто!

Вика стала быстро осваивать секреты дзюдо. У нас возник отличный психологический контакт. Это тоже способствовало успешному тренировочную процессу.

Наше интервью будет неполным без упоминания Олеси Степанюк. Эта слабовидящая спортсменка выступает в весовой категории до 52 килограмм. Её личным тренером является Анатолий Михайлович Смирнов. Также как и Вика, Олеся — титулованная спортсменка. Чемпионкой страны она становилась более десяти раз, выигрывала различные международные соревнования.

Олеся не просто трудолюбивый и работоспособный человек, а настоящий «фанат» дзюдо. Её не нужно мотивировать на тренировки. У меня сложилось ощущение, что Олеся готова тренироваться бесконечно. Задача тренера состоит в том, чтобы останавливать её, чтобы она не «переборщила», не навредила себе избыточными тренировками.

Что я ещё могу сказать об Олесе? Она подтягивается по пятнадцать раз подряд, способна совершить за десять секунд по шесть-семь бросков. У Олеси богатый арсенал бросков, зацепов, подсечек и других технических приёмов дзюдо, которыми она виртуозно владеет. Эта барышня с одинаковой лёгкостью и грациозностью может и через бедро бросить, и через спину с колен, и через спину со стойки...

Таким образом, сопернице подготовиться к встрече с Олесей очень трудно. Трудно прогнозировать, каких приёмов от неё ожидать!

Мадина Казакова уже завершила спортивную карьеру. Но я обязательно хочу о ней рассказать. В 2004 году на Паралимпиаде в Афинах она выиграла «золото». На сегодняшний день в женском дзюдо это единственная золотая медаль, которая доставалась нашей стране. К огромному сожалению, на Паралимпиаду в Рио-де-Жанейро наши спортсмены не были допущены. Но я надеюсь, что на грядущих Паралимпиадах наши дзюдоистки смогут повторить успех Мадины.

У неё совсем небольшой остаток зрения. После завершения спортивной карьеры она стала работать в Министерстве по физической культуре и спорту Республики Дагестан.

Мы с Вами говорили о женщинах-дзюдоистках. Также хочется рассказать о единственном мужчине, завоевавшем паралимпийское золото для нашей страны. На Паралимпиаде в Пекине в 2008 году чемпионом стал Олег Крецул. На Паралимпиаде в Афинах в 2004 году он был вторым. В 2012 году на Паралимпиаде в Лондоне сражался за третье место, но проиграл. В 2016 году Олег готовился к Паралимпиаде в Рио-де-Жанейро, но, как известно, к ней российских паралимпийцев не допустили. Ему 42 года, но из большого спорта он пока не уходит, готовится к новым стартам.

Особенностью биографии Олега является тот факт, что ему довелось быть членом не только паралимпийской, но и олимпийской команды. В 1996 году, в возрасте 21 года, он стал вице-чемпионом Европы по дзюдо, мастерском спорта международного класса и принял участии в Олимпиаде в Атланте.

Но в 1997 году Олег попал в страшную автокатастрофу. Это произошло через несколько дней после свадьбы. Молодая супруга погибла. Олег получил многочисленные травмы лица и полностью лишился зрения. Уже через два года он возобновил полноценные тренировки. С 2001 года принимает участие в международных соревнованиях.

— Такие люди как Олег Крецул, также как и Виктория Потапова и другие паралимпийцы вызывают большой интерес СМИ.

— Порой их сравнивают с Павкой Корчагиным, героем повести Николая Островского «Как закалялась сталь», и с самим писателем. Также как и Николай Островский, эти люди не смирились со своей судьбой. Но всё-таки я упомянул Крецула не для того, чтобы описывать детали его биографии, а чтобы выразить надежду на новые паралимпийские золотые медали для сборной нашей страны. Надеюсь, что в следующей Паралимпиаде Россия всё-таки примет участие.

— Вы известны как успешный тренер. А сами выходите на татами? Поддерживаете физическую форму?

— Обязательно! И делаю это с большим удовольствием. Я провожу схватки с нашими мужчинами-дзюдоистами. И со спортсменками женской сборной тоже происходят поединки.

В жизни тренера паралимпийцев физической активности много. Например, за день с Викторией Потаповой мы можем пробежать по двадцать-тридцать километров по пересечённой местности. Методика очень простая: она держит меня за локоть. Когда впереди какое-то препятствие, я прижимаю локоть к себе или, наоборот, отвожу его в сторону. Таким образом, Вика знает, что препятствие необходимо обогнуть. Мы понимаем друг друга без слов, и оба можем бежать молча, сосредоточившись на ритме бега.

— Ислам Исрапилович, что Вы могли бы пожелать читателям газеты «Поле зрения»?

— Для меня дзюдо — это больше, чем спорт. Это наука, искусство, образ жизни. Паралимпийское дзюдо — это гармония, реабилитация, красота, пластичность, мягкость и отточенность каждого движения.

Всем читателям я тоже желаю найти своё дело жизни. Прекрасно, если это дело жизни станет одновременно и отдушиной, и работой, и отдыхом.

Surgix

ophthalmic surgical products

Эксперт в поставке материалов для **офтальмологии**
Проверен временем

Хирургия катаракты

iSert® предустановленные монофокальные ИОЛ

LENTIS® премиальные ИОЛ

Хирургия глаукомы

HEALAflow® вискоэластичное дренажное средство

Витреоретинальная хирургия

AKtive® троакарные наборы

Стекловидное тело

ВитроКап®
Источник микронутриентов
для стекловидного тела глаза человека

При зрительном дискомфорте,
вызванном «плавающими мушками» перед глазами

ООО «Серджикс» www.surgix.ru | +7 495 543 74 73 | info@surgix.ru

на правах рекламы

Издательство Апрель

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

Подписной индекс: 15392
www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственность за представленный материал (научные тексты, иллюстрации, рекламные блоки, текстовую рекламную информацию). Авторы гарантируют, что их статьи не является плагиатом полностью или частично произведением других авторов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: декабрь 2020. Тираж 1000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 212. © «Поле зрения», 2020. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.