

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 менялась 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 постоянного и существенных трансформаций. Есть реальная потребность «вернуть 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 повышение качества и доступности оказания высококачественной 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 ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Владимир Владимирович Неров 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 спутных 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 Чухраев 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 Мухарам 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 обратились Владимир Павлович Чехонин, руководитель секции медико-биологических наук ОМН РАН, член президиума РАН, вице-президент РАН. Он подчеркнул, что «среди участников съезда будут представлены как ведущие профильных научно-исследовательских институтов, так и учреждений практического здравоохранения, что обеспечит трансляцию фундаментальных изысканий в практическое здравоохранение».

В первый день работы состоялся 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; воспитательные, 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



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, намеренные Обществом (ООР on-line), встретимся с вами в онлайн формате в 2021 году, однако я надеюсь, что нам предстоит 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 комитеты, председателей и сопредседателей секций, хирургов, продемонстрировавших виртуальное 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

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 мамы 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 поразмыслить о том, каким мы хотим видеть наше детство 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 слава 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 сотрудничество 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 незрячим 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 осветить конференцию, 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



Photo by Lidya Nada on Unsplash.com

редакции завидуют сами себе: 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 выполняет 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 детали и близкие события — все эти качества отличают героев наших публикаций.

Первый выпуск «Поля зрения» вышел в свет в конце 2010 года. Его объём 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 области клиники. 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, рассказывая 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

HAAG-STREIT SURGICAL

ОПТИЧЕСКИЙ КОГЕРЕНТНЫЙ ТОМОГРАФ IОСТ, ИНТЕГРИРОВАННЫЙ В МИКРОСКОП

- ◆ Индивидуальная конфигурация микроскопа
- ◆ Впечатляющее качество оптики Haag-Streit
- ◆ Высокая маневренность и точность позиционирования в пространстве
- ◆ Экономически выгодное решение (микроскоп + интраоперационный ОКТ)
- ◆ Эргономичность конструкции (все в одном)

Stormoff®

Тел.: (495) 780-0792,
780-7691, 956-0557

www.stormoff.com
oko@stormoff.com

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 юбилей!

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 немисливо 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 рекламодатели интересуются только их собственными рекламными блоками. 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, научно-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 было здорово 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 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.

Редакция 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».

Оставляйтесь вместе с нами!



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

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 лежала в больнице.

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

Братья

Мои братья, Коля и Володя, любимо 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.

Детская мечта

Отношения с соседями были добрые. В любое время взрослые и дети могли прийти в гости без предупреждения. Как-то утром я собираюсь на утренник (мама была в командировке), пошла к тете Наталье и попросила залестить 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 негртеночка. Все они

были с длинными волосами, естественными лицами, гнущимися конечностями. Головка, ручки и ножки были сделаны из бисвитного фарфора телесного цвета. Наряды были просто изумительные. Какое счастье было с ними играть!

Но девочка нечаянно задела свою 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».

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 шли 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. Признаком, 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»:

...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. Безуказанная упаковка и потрясающий аромат подвигали меня на меня. Трясущейся рукой достал одну сигарету. В коробке изначально было сто штук, но нескольких уже не хватало. «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 №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 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.

История №2

Как и все ребята шестидесятих годов, большую часть свободного времени я проводил на 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 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.

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 поехали 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 выделялся вратарские кубиты, но пропустил мячей больше, чем я. В тот день я чувствовал себя настоящим героем.

Таких историй в моей жизни было довольно много (говоря 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 загородном городке. Формирование лексического запаса происходило в семье, где единственными разговорами между родителями были мамини упреки папе из-за вневременной 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 приятным местом в доме. Русскоязычное общение ограничивалось друзьями-коллегами родителями (в основном врачами) и моими друзьями из таких же семей. Прекрасно помню, что прокрадываясь 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 назиги культа турный шок. Оказалось, что в



речи моих ровесников звучали незнакомые слова, на фоне которых мое «значит» оказалось литературным знаком! 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 влетавших их в предложения с яркой эмоциональной окраской, свое острое ощущение «как раз 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 присутствуют в моей речи. Иллюстрация роли ранних детских впечатлений в развитии личности.

ИЗДАТЕЛЬСТВО **Апрель** www.aprilpublish.ru

Выпускаем в Свет научные издания

Главная | Издательство | Периодические издания | Книги | Авторам | Услуги | Контакты



Инна Каллоти, дизайнер-верстальщик:

У нас рядом с домом была стройка. Мы с подружкой лазили по территории, искали кабели, внутри которых были тонкие 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, маленьки «стеклянные шарики». Любили делать узоры из проводков.

Зинаида Носань, главный бухгалтер:

Чем меня Бог наградила, 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 «Добрынская»). 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 отрастить волосы хотя бы до лопаток. Безуспешно! А коса лежит у меня до сих пор в потаенном месте.



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 мелких изгрызенных клочков бумаги. Мораль: не разбрасывайте нужные вещи, где попало, и ненужные, кстати, тоже!



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, «реальную 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...



Елена Воеводская, администратор сайта:

Сколько себя помню, всю жизнь мечтала о собаке. Именно об овчарке. Наизусть выученные фильмы «Ко мне, Мухтар», «Джуббарбар» и «Пограничный лёс Алай», 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.

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 ночьку устроились по

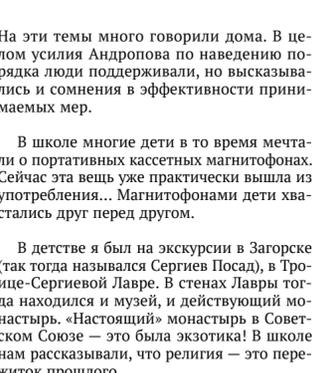


несколько пчёл. При электрическом освещении все цветы раскрылись, и пчелы вырвались на свободу. Как их выгоняли из кухни, я не помню.

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 детскими 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!



На эти темы много говорили дома. В целом усилия Андропова по наведению порядка люди поддерживали, но высказываемых 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 возили на море оздоравливаться, 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 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 торговки, я страшно боялась, что поезд уйдёт без него. Однако обошлось, и путешествие к морю ещё до достижения конечной станции принесло мне просто лавину впечатлений. Остановившись 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. Выезжаем 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 понимала, 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 романтичный 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 очарованный 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 лько в строку. Уже осенью, поразмыслив на досуге, я самостоятельно пришла к идее реинкарнации, которую ничто же смущаясь 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 слушали 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 мультфильмы, 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 (военноизбранного 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 большого 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 Посторонний 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: куда нежно и ласково, а когда и вполне заслуженным шлепком по мязкому месту. Так что сегодня мы с удовольствием перенимаем известную поговорку 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 неумолимо учились новому и старались не забывать прошлых уроков, не наступать на грабли, которые нет-нет да и возникали на нашем пути. Мы несколько раз переизжили, но всегда оставляли 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 (газированной, квасом, безалкогольным шампанским или молоком) и под их дружный звон поприветствуем вход в наше второе десятилетие. Здоровья всем, счастья, исполнения заветных желаний — и многоя лета!

Но какой же юбилей без розыгрышей и прочих забав? Теперь самое время поиграть вместе! А чтобы одарить всех игроков в правильную возрастную группу, вот коротенькая анкета. Вооружитесь карандашом и бумагой и напрягите память. Ответы спрячьте 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 спартацев»

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.

> 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 детского направление, мы пришли чисто логически. У нас такое большое количество маленьких пациентов, что в стенах МНТК стало сложно справиться 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

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



Торжественная церемония открытия. Приветственное слово



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

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 позволяют в полном объеме 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 ни 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 патологической проблемы. Мы наблюдаем всех недоношенных детей, которые рождаются в нашем перинатальном центре.

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

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 наробным диодным лазером. У нас великолепные лазерные хирурги, молодые ребята, они способны выполнить коагуляцию в любых условиях. Если состояние ребенка позволяет, переводим его в МНТК, где проводим разрабатываемую нами паттерную лазерную коагуляцию, дающую прогнозируемый, стабильный положительный результат. Я уверен, что если недоношенным детям обеспечить своевременный мониторинг, правильный подобранный алгоритм лечения, проблему ретинопатии недоношенных можно решить повсеместно, как мы это сделали на территории Калужской области.



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 высокотехнологичных 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 не правильная 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 никогда 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.

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

Мы идем своим путем. Самое главное — иметь огромное желание учиться и делиться знаниями и опытом. Для этого надо правильно поставить цели и четко расписать задачи каждому исследователю. Собираемся с сотрудниками отделов и разговариваем 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 семинах «живой хирургии», которые транслируются 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



Высокотехнологичная офтальмологическая помощь младенцам с первых дней жизни



Операция под контролем



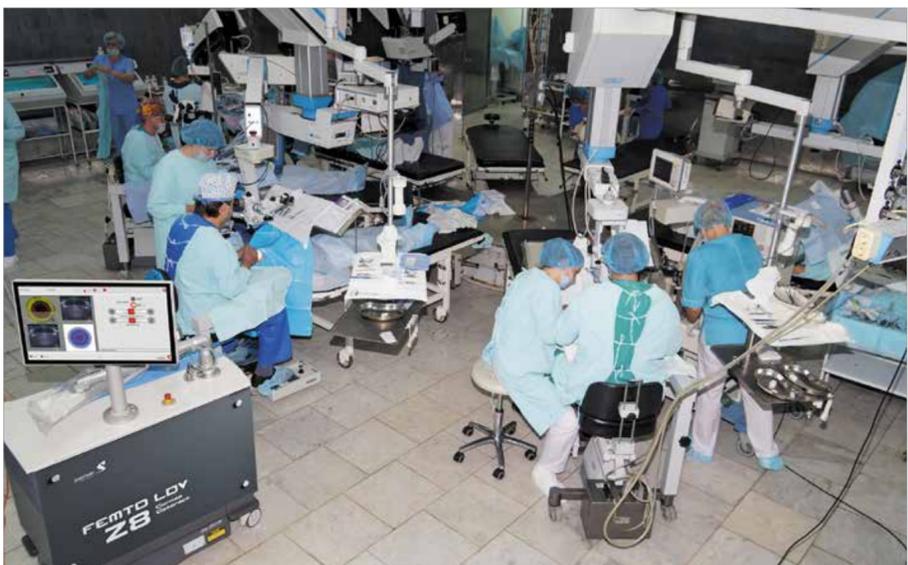
Дети — особая забота врачей



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, Екатеринбург — всех, кто серьезно занимается 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 подругому 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 фемтохирургия, премиум-линей, амбулаторная хирургия, дающие пациенту совершенно другое качество зрения. Есть разница: после кардиохирургического 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 фемтодовскую конвейерную технологию — автоматизированную линию зрения. И это — просто чудо! Каждый молодой хирург, как член бригады, понимает ответственность своего этапа за конечный результат операции. Это целая идеология. Обучение, обрабатываемое 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 живнвое. 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 сожалеет: 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, поделовому 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, напиться новыми впечатлениями в разных уголках мира. Бессспорно, 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-Ленивце! 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 смысл жизнь. Думаешь, можно было сделать чуть-чуть иначе и было бы полезнее.

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. Федорова» 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 относятся также использование тонких алгоритмов и инновационных программных решений, превосходная эргономика и безопасность. Анализатор переднего отрезка SCHWIND SIRIUS сочетает возможности Шаймпфлог и Пласидо, позволяет проводить измерения одномоментно; дополнительные функции: скрининг на кератоконус, глаукому, ССГ, расчет ИОЛ по методу трассировки лучей и т.д.

Безабрационный режим абляции Aberration-Free (AF): корректируется только сфера и/или цилиндр; лазер предупреждает индуцированные aberrации, за счет чего aberrационный профиль роговицы остается практически неизменным; пациент сохраняет нормальное восприятие; режим абляции Aberration-Free подходит пациентам, чье зрение не страдает от aberrаций 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. Преимущество одноэтапной трансФРК: полная автоматизация, скорость, меньшее влияние пересыхания роговицы на результат коррекции, ткацкое несбережение, 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 выбирать



Э.Н. Эскина



Н.В. Майчук

для себя офтальмологи». Первая публикация об одноэтапной трансФРК появилась в 2011 году. Технология является бесконтактной: для удаления эпителия не требуются спиртовой раствор и хирургический инструментари; диаметр удаленного эпителия в точности повторяет диаметр абляции, таким образом уменьшается повреждение роговицы и ускоряется заживление.

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

Отличия одноэтапной трансФРК от традиционной ФРК заключаются в продолжительности процедуры — 3-5 мин. против 10-15 мин.; риск осложненной 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 термостроля (ТЕС), 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 периферии 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; потеря строчек максимальной остроты зрения через 6 мес. после операции не происходила.

По данным литературы, которые подтверждают результаты исследования, коэффициенты эффективности и безопасности при коррекции близорукости средней и высокой степени методом трансФРК составили более 1,0. Предсказуемость: коэффициент регрессии — 0,983; средний сферозивалент — 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 aberrации роговицы; вероятность получения хейза 1-й степени выраженности через 3 месяца после одноэтапной трансФРК составляет <3%, вероятность хейза 2-й степени отсутствует.

Завершая доклад, Э.Н. Эскина отметила, что по данным за 2014 г. доля поверхности высших aberrаций 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 кератотомия — универсальное решение рефракционных проблем». Предпосылками к появлению субламеллярных методов кератотомии 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, ре-эпителизация 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: равномерный 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 aberrаций, привела к пониманию того, что при корригирующей aberrометрической картины пациента обеспечивается коррекция «здесь и сейчас», однако с возрастом баланс aberrации смещается, что может привести к непредсказуемым результатам в послеоперационном периоде. «Стоит ли вмешиваться в нативную картину aberrометрического баланса глаза и огульно удалять все имеющиеся у пациента aberrации? — задает вопрос докладчик. Если клинически значимые aberrации (кома и сферические aberrации) не имеют значительного вклада в общий aberrационный фон пациента, если общий уровень aberrаций высших порядков невелик, у пациента нет aberrации, т.е. снижения максимально корригированной остроты зрения, обусловленной большим количеством aberrаций высших порядков, внедряться в динамическую систему с попыткой удалить все aberrации — нецелесообразно».

Эта точка зрения привела к появлению технологии эксимерлазерной абляции, направленной на попытку сохранения нативной формы роговицы, баланса aberrаций, имеющейся у пациента с минимально возможным индуцированием сферических aberrаций. 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, офсет 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 aberrаций, применяется встроенная возрастная номаграмма. Aberration-Free подходит для 90-95% пациентов.

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. Курьшевой под эгидой Общества офтальмологов России и Российского общества рефракционных и катарактальных хирургов. Телестем Москва-Гонконг-Гуанчжоу-Белфаст-Лондон прошёл в онлайн формате (рис. 1).

Открыл конференцию председатель Общества офтальмологов России, заслуженный деятель науки РФ, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «НМИЦ «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. Курьшевой в организации данного мероприятия.

Свои доклады в рамках телестемоса 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 (АРАО), член Консультативного совета Всемирной глаукомной ассоциации) и профессор Сиолань 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 распространением 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 — этап 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 Сиолань 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 аргументировала это многими анатомическими и генетическими особенностями глаза, которые свойственны только ПЗУГ, и открытие угла не изменяет сути заболевания. Другие механизмы закрытия угла, например, хориоидальная экфузия, остаются и могут проявить себя на любом этапе развития болезни. Профессор С. Чжан добавила, что иногда



Рис. 1



Рис. 2

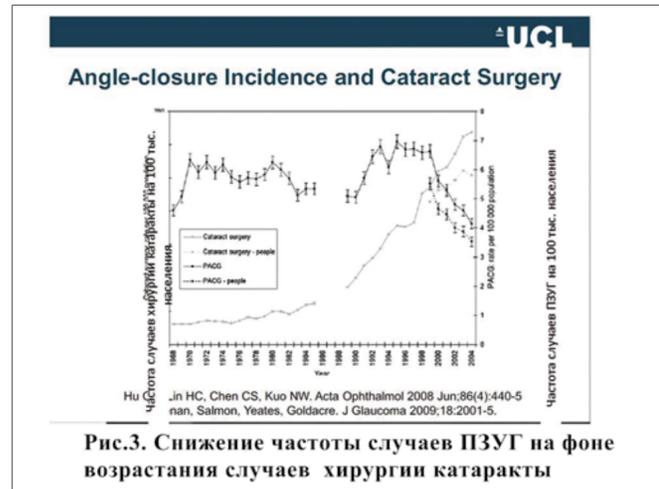


Рис. 3

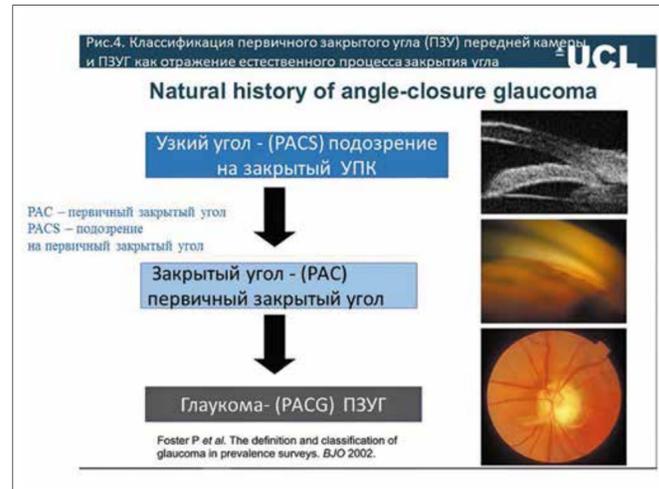


Рис. 4



Рис. 5

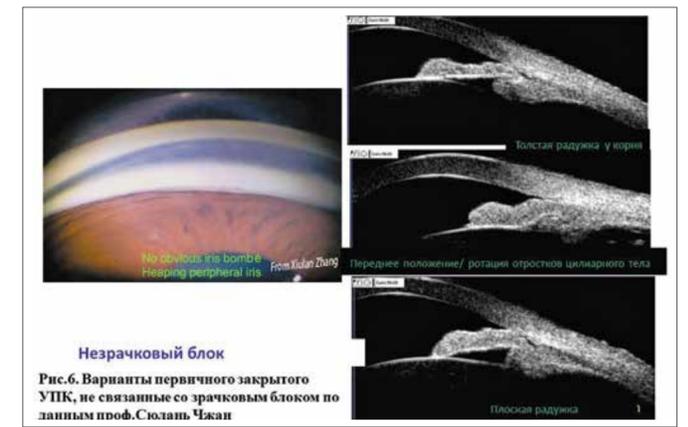


Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8

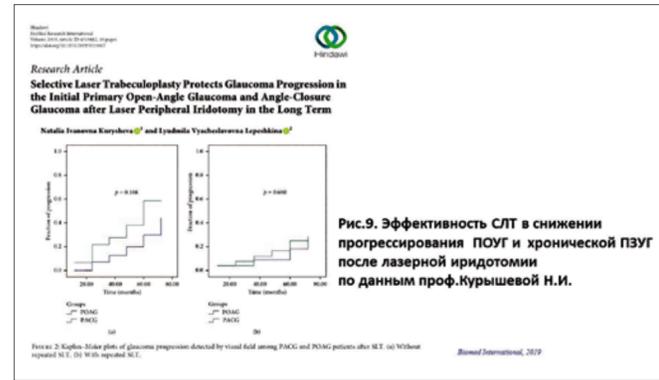


Рис. 9



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. Курьшева 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. Курьшева 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 рекомендацию 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 фактомальсификации, 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

гоносинехиолиза, 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 фактомальсификации 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

Рекомендации по выбору алгоритмов лечения

- При подозрении на закрытый угол передней камеры (УПК): ПЛИТ показана только при очень высоком риске (гиперметропия высокой степени, заболевание сетчатки, семейный анамнез, "очень узкий угол")
- Первичный закрытый УПК с ВГД ≥ 30 мм рт.ст. или ПЗУГ и возрастом >50 : предложить экстракцию прозрачного хрусталика
- Но есть, пусть и небольшой, риск разрыва задней капсулы, поэтому принятие решения должно быть индивидуальным
- Результаты EAGLE не могут быть достоверно применены, к примеру, для людей с возрастом <50 лет

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

Рис. 11

выбора преимущественно у молодых пациентов, не имеющих проблем с accommodation, и без признаков пресбиопии. Сославшись на недавнее продленное многоцентровое исследование ZAR, 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. Газарда, методом выбора лечения пациентов с некомпенсированной ПЗУГ является экстракция катаракты или удаление прозрачного хрусталика, а при артерификации — трабекулоэктомия.

В ходе дискуссии профессором В.Н. Трубиным был задан вопрос профессору Г. Газарду о роли витректоми. Профессор В.Н. Трубин сослался на конкретный клинический случай, когда никакие прочие

методы не помогли в снижении ВГД у больного ПЗУГ. Профессор Г. Газард 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

LPI Conclusions

- Reducing AAC rates likely phaco-, not LPI-related
- LPI is not risk free
- PACS 'progression' to disease rarer than we thought
- Visually significant changes rarer still
- LPI does not give 100% protection anyway!

'LPI should not be routinely offered as prophylaxis to individuals with ITC alone'

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

Рис. 12

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 фактомумульсификацией. Профессор Н.И. Курьшева 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. Курьшева подвела итоги вебинара. Она акцентировала внимание на сложности патогенеза ПЗУГ, связанном с синдромом 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 телестоме 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. Курьшева

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 беспокорство вызывает цифра в 4 раза меньшая, 12%, и лишь только потому, что глаукома является причиной необратимой слепоты и слабости зрения.

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 признать 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 слабости зрения.

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,

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-1 α .

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 разрушению клетки и ее гибели. Начинают

важное значение при глаукоме придается ишемическим процессам, нарушению гемодинамики, не только системной, но и региональной и нарушению микроциркуляции. Было доказано, что при

стараются 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, выполняя метаболическую функцию, обеспечивают энергетический обмен, поддерживают в узком диапазоне концентрацию ионов кальция, внутриклеточный уровень кислорода, 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 окислительная система дает сбой, 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

Поддержание гомеостаза клетки
- Метаболическая функция
- Энергетический обмен
- Поддержание внутриклеточного Са⁺⁺ в узком диапазоне
- Поддержание внутриклеточного уровня кислотности
- Регуляция продукции АФК



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. Фактомумульсификация 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 дакриоцисторинотомия», «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 дакриоцисторинотомия (ГЛЭД)
- 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: obrotel@vandex.ru, по адресу: 450008, г. Уфа, ул. Пушкина, 90. Более подробная информация представлена на сайте Уфимского НИИ глазных болезней www.ufaeveinstitute.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.

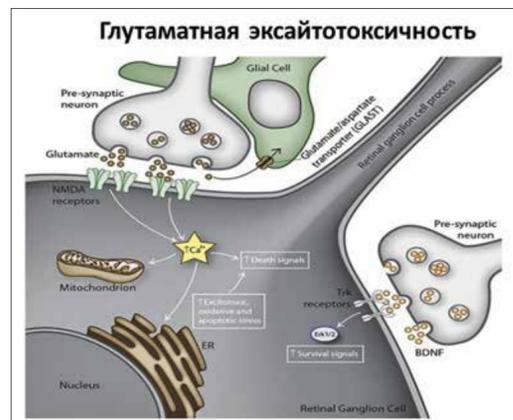


Рис. 1

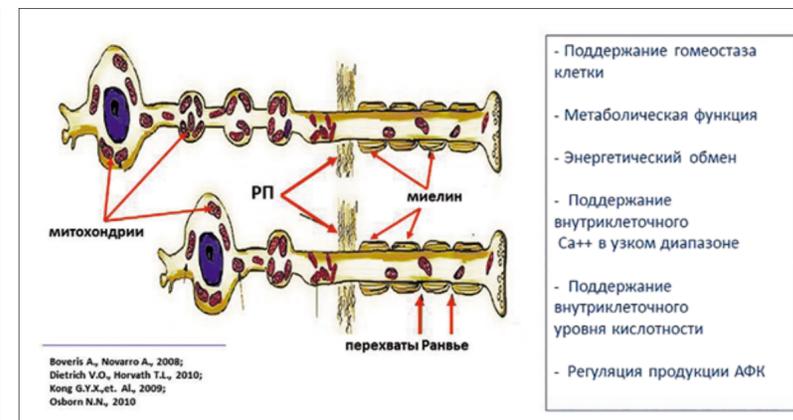


Рис. 2



Рис. 3

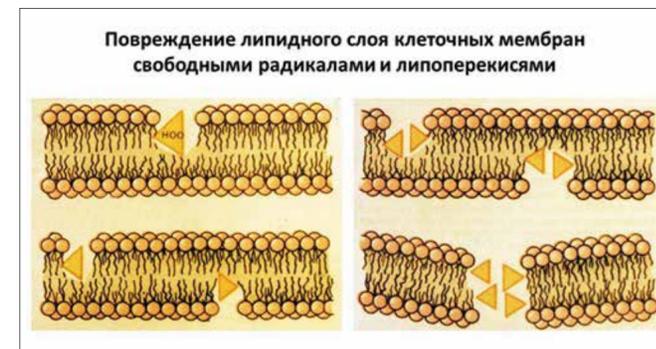


Рис. 4

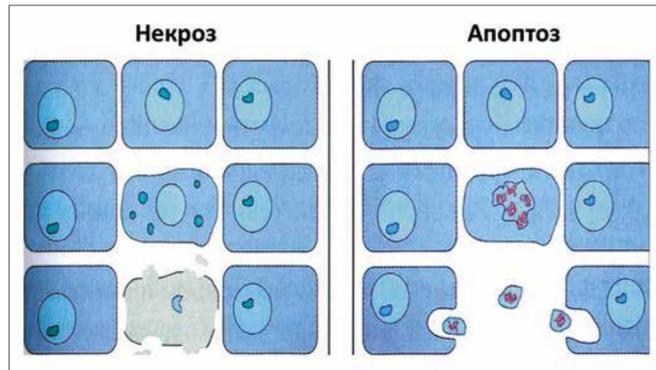


Рис. 5



Рис. 7

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 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 нейропротективный 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 парабозы. Важной проблемой представляется *различная скорость поражения структуры*. 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 врач часто забывает 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 складываются из многих факторов. Одним из таких факторов является переносимость лекарственных препаратов и адекватность назначенной терапии. Большая часть антиглаукомных препаратов содержит 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,



Рис. 6



Рис. 8

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 иммуно-аллергическое асептическое воспаление, которое может проявляться в виде незначительной аллергической реакции, и выраженного конъюнктивно-роговично-ксероза (рис. 6), исключая 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 представлено конъюнктивой пациента с ПОУГ, который получал бесконсервантные препараты, справа — конъюнктивой 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. Большой 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 $\alpha 2$ 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 используемых 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.

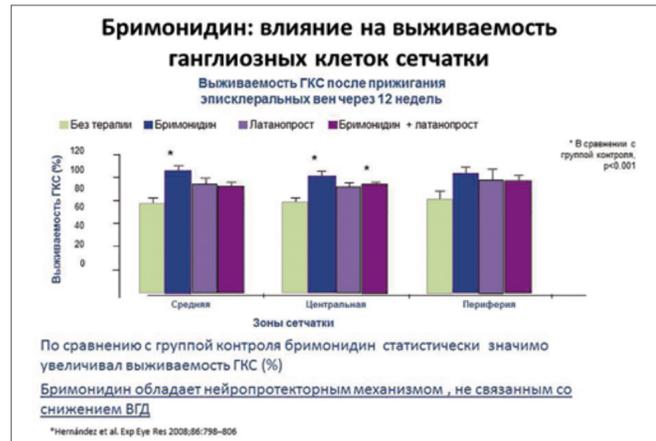


Рис. 9

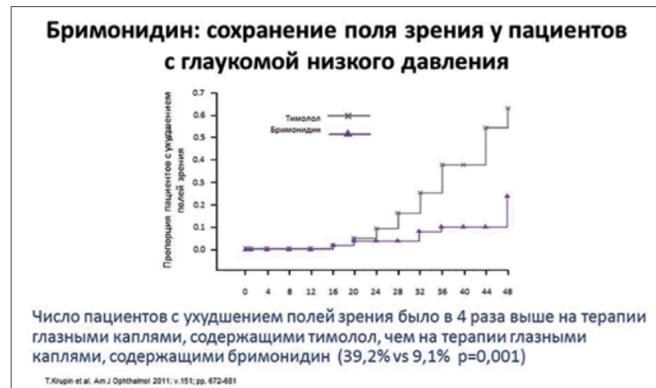


Рис. 11

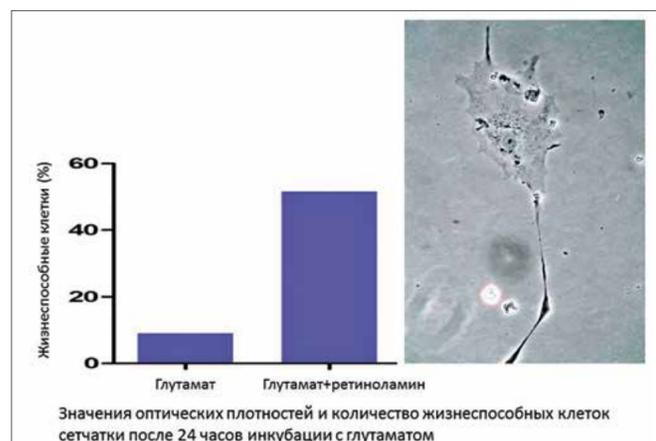


Рис. 13

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 способен восстанавливать ауторегуляцию ретикулярного 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

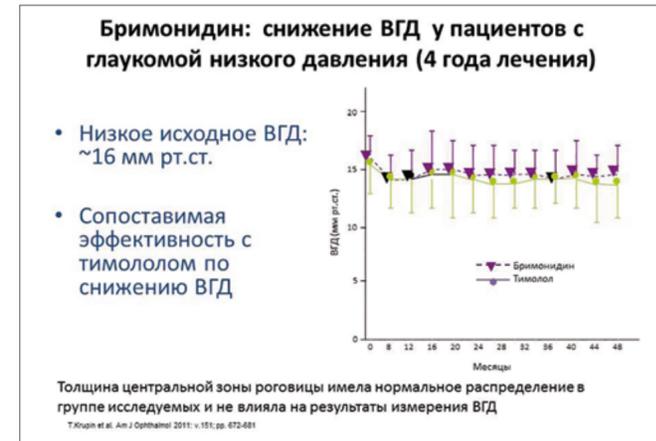


Рис. 10

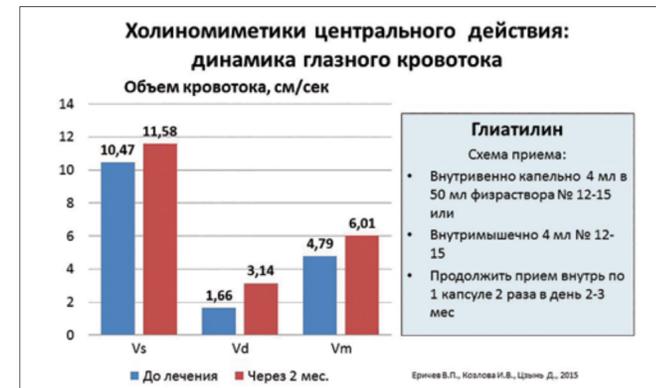


Рис. 12

практики. Прежде всего, это ингибиторы глутаматных рецепторов, среди них — мепантин. 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, пытаются проникнуть внутрь клетки, ввязут 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 визиомин, он легко проникает внутрь клетки, достигает митохондрий 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

метаболические, 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 условия реализуемыми. Нейропротекция — это лишь один путь в многовекторном направлении достижения цели.

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

А.С. Гаврилук, 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 ограниченными 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 vitalными, 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 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; а также православные детские приюты при монастырях и храмах (рис. 3).

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

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

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

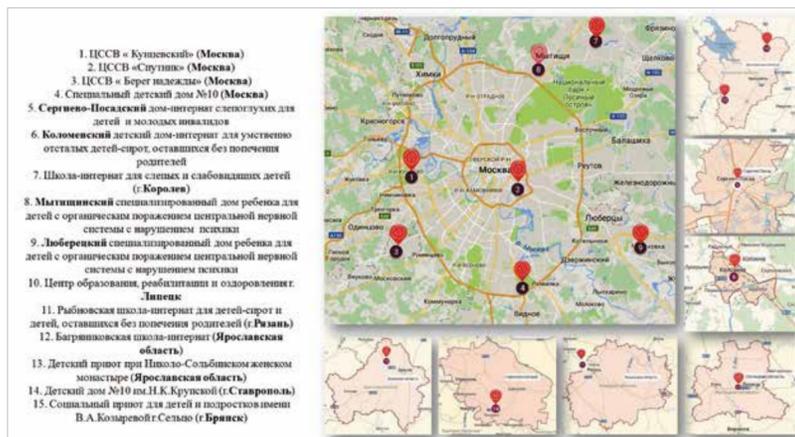


Рис. 1. География ЦССВ, домов ребенка, школ-интернатов, приютов при монастырях курируемых сотрудниками детского офтальмологического отделения ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ



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

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

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

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 anomalies 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 последова-

тельного лечения можно привести случай из практики. Ребенку с синдромом Марфана по месту жительства в раннем детском возрасте проведено удаление катаракты без имплантации ИОЛ. Несколькими годами позже у ребенка выявилась очковая коррекция и поступил в детское офтальмологическое отделение с диагнозом «двусторонняя афакия, расходящееся 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 (годовой 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 (52 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 (15 глаз, 40,7%) острота зрения проверять 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 сопутствующей 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 пато-

логии, 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 недостаточной активной профилактикой (нерегулярные осмотры, отсутствие надлежащего диспансерного наблюдения в условиях поликлиники). Это указывает на высокую потребность оказания своевременной специализированной офтальмологической помощи социальным 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, анисометропию, 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 ангиогипролиферативные свойства пропранолола [5]. 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 пропранолола 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 применялся 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 1 мг/кг/сут, затем удостоверившись в хорошей переносимости, начиная со второй недели мы увеличивали дозу препарата до 2 мг/кг/сут [6]. Уже в начале лечения мы отмечали побледнение цвета, уменьшение размеров опухоли и связанно 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 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 пропранолола осмотр ребенка у педиатра и кардиолога является обязательным [4, 5].

Однако, не во всех случаях мы добились успеха, применяя лечение про-

пранололом 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 терапией 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 оперативной 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).

Применение пористого орбитального импланта «Oculfit» для формирования опорно-двигательной культуры 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 бо-

левого 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 культуры (ОДК) после энуклеации. В последнее время большинство офтальмологов отдадут 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 гидроксипатита, оксида алюминия и пористого полиэтилена. В доступной нам литературе мы не встретили статей, посвященных орбитальным имплантам «Oculfit» A/L Ophthalmic (производства Испании),

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

- Callahan A.B., Yoon M.K. Infantile hemangiomas: A review. // Saudi J Ophthalmol. — 2012. — Vol. 26. — N3. — P. 283-291.
- Hernandez J.A., Chia A., Quah B.L., Seah L.L. Periorbital capillary hemangioma: management practices in recent years. // Clin Ophthalmol. — 2013. — Vol. 7. — P. 1227-1232.
- Leauté-Labrèze C., Harper J.L., Hoeger P.H. Infantile haemangioma. // Lancet. — 2017. — Vol. 390. — P. 85-94.
- 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.
- Phillips J.D., Zhang H., Wei T., Richter G.T. Expression of β -Adrenergic Receptor Subtypes in Proliferative, Involved, and Propranolol-Responsive Infantile Hemangiomas. // JAMA Facial Plast Surg. — 2017. — Vol. 19. — N2. — P. 102-107.
- Erdoğan I., Saralioglu F. Cardiac evaluation in children with hemangiomas. // Turk Kardiyol Dern Ars. — 2016. — Vol. 44. — N6. — P. 498-502.
- Przewratil P., Kobos J., Wnęk A. et al. Serum and tissue profile of VEGF and its receptors VEGFR1/R2 in children with infantile hemangiomas on systemic propranolol treatment. // Immunol Lett. — 2016. — Vol. 175. — P. 44-49.
- 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.
- 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.
- Moyakine A.V., Kerstjens J.M., Spillekom-van Koulik 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.

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 подосознании. 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 общесте 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 все любимую первичную аккредитацию, отмену интернатуры и сокращение мест в ординатуру. Отсутствие бюджетных мест по офтальмологии в моем 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 нашёл.

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 описания первой и самой насыщенной недели.

Понедельник. Впервые вместе с другими врачами осваиваю принципы выполнения и интерпретации снимков ангио-ОКТ. Разрешили поработать самому. Много непонятого, 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 при- скорбно. Посмотрел и послушал про работу лазера. Попробовал по- снимать 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 от- делении вечером решил пошить (оперировать я еще не умею). Когда нужно проделать это же на операциях, руки как у знатного запи- вохи. Такковы особенности нервной системы, к сожалению. Справа — малыш офтальмоскоп из Санкт- Петербурга. Надеюсь, хозяин по нему не скучает (фото 3).

Суббота. Отправился с на- ставниками в Рыбинск. Показа- ли, как проводить иммерсионную биометрию. Посмотрел на YAG- дисцизию, узнал немного про ре- жимы, пострелял по листочку. Те- перь хочется пострелять по капсу- ле (фото 4).

Как и многие ординаторы, ра- ботаю в оптике. Дачный сезон на- чался, поэтому больше занимаюсь самообразованием. Самое сложное это выбрать, что почитать.

К концу второго года я в оче- редной раз осознаю объемы не- познанного. Хочется читать и за- поминать всё, как Боб Петрелла, приобретать новые навыки и перес- тать сомневаться во многих своих действиях.

Многие знакомые говорят: «Оф- тальмология? Два глаза? Что там может быть особенного?»

Начав глубже изучать это на- правление, понимаешь, насколько офтальмология разнообразна, ин- тересна и сложна. Сколько всего еще не изучено и не исследовано.

Второй, третий годы проходят в отделениях, где под руковод- ством кураторов мы ведем хирур- гических пациентов с катарактой, глаукомой, отслойкой сетчатки и другой патологией. На третьем году меня перевели в детское от- деление, поначалу было очень сложно. Во-первых, это дети раз- ных возрастов, многие еще не умеют говорить. Много време- ни уходило на проверку зрения, пока не научилась развлекать ре- бенка, наверное, на 80 процен- тов была платной, в ней установле- но хорошее оборудование, но здесь мы могли только вести осмотр пациентов (фото 2). На осмотре па- циентов мы были с заведующим кафедрой. По понедельникам и пятницам он вел консультативный прием, приходили люди с разной патологией и после операций.

Вторник, среда, четверг — опе- рационные дни. В эти дни мы име- ли возможность следить за ходом операции через микроскоп или на экране (фото 3). Мы наблюдали за манипуляциями при проведении ФЭК, по поводу отслойки сетчат- ки, эпиретинальных мембран, ма- кулярных отверстий, за подшива- нием ИОЛ, постановкой дренажей,

Первый год резидентуры про- шел в амбулаторно-поликлиниче- ском отделении, как мне говорили, практическая офтальмология начи- нается с приема. Огромный поток пациентов, все уловить и запо- мнить поначалу было просто нере- ально. В промежутках обязатель- но читались лекции, проводились трех лет обучения в резидентуре внес и вносит огромный вклад в мое становление как офтальмоло- га, молодого ученого (фото 2).

Замечательными профессорами, врачами, студентами, старейшим университетом!

После конкурса сомнения в вы- боре специальности отпали.

Хотела бы начать свой рассказ, со слов БЛАГОДАРНОСТИ моим любимым, уважаемым наставни- кам, каждый из которых в течение трех лет обучения в резидентуре внес и вносит огромный вклад в мое становление как офтальмоло- га, молодого ученого (фото 2).

Венерям Асимжановна Наруханова

Теперь это моя ВСЕЛЕННАЯ!

Один день из жизни резидента-офтальмолога в Казахском научно-исследовательском институте глазных болезней.



Фото 1.

Здравствуйте! Меня зовут Венерям Асимжановна Наруханова.

В этом году я окончила резиден- туру на базе Казахского научно-исследовательского института глазных болезней, который нахо- дится в Республике Казахстан, в городе Алматы.

Любовь и увлечение офтальмо- логией началось в студенческие годы, когда я впервые посетила студенческий кружок.

На заседаниях разбирали раз- личные темы, интересные клини- ческие случаи, готовили доклады и участвовали в научных исследова- ниях со своими старшими товари- щами (фото 1).

На 4 курсе университета, мне повеселилось принять участие в Олимпиаде по хирургии, а имен- но в микрохирургическом конкур- се в городе Саратове. Конечно, это был колоссальный опыт в профес- сиональном плане, знакомство с

Первый год резидентуры про- шел в амбулаторно-поликлиниче- ском отделении, как мне говорили, практическая офтальмология начи- нается с приема. Огромный поток пациентов, все уловить и запо- мнить поначалу было просто нере- ально. В промежутках обязатель- но читались лекции, проводились семинары и, конечно, экзамены. В этот год также прошли диагности- ческие кабинеты эзографии, ОКТ, рентген и т.д.



Фото 2.

Многие знакомые говорят: «Оф- тальмология? Два глаза? Что там может быть особенного?»

Начав глубже изучать это на- правление, понимаешь, насколько офтальмология разнообразна, ин- тересна и сложна. Сколько всего еще не изучено и не исследовано.

Второй, третий годы проходят в отделениях, где под руковод- ством кураторов мы ведем хирур- гических пациентов с катарактой, глаукомой, отслойкой сетчатки и другой патологией. На третьем году меня перевели в детское от- деление, поначалу было очень сложно. Во-первых, это дети раз- ных возрастов, многие еще не умеют говорить. Много време- ни уходило на проверку зрения, пока не научилась развлекать ре- бенка, наверное, на 80 процен- тов была платной, в ней установле- но хорошее оборудование, но здесь мы могли только вести осмотр пациентов (фото 2). На осмотре па- циентов мы были с заведующим кафедрой. По понедельникам и пятницам он вел консультативный прием, приходили люди с разной патологией и после операций.

Вторник, среда, четверг — опе- рационные дни. В эти дни мы име- ли возможность следить за ходом операции через микроскоп или на экране (фото 3). Мы наблюдали за манипуляциями при проведении ФЭК, по поводу отслойки сетчат- ки, эпиретинальных мембран, ма- кулярных отверстий, за подшива- нием ИОЛ, постановкой дренажей,

Первый год резидентуры про- шел в амбулаторно-поликлиниче- ском отделении, как мне говорили, практическая офтальмология начи- нается с приема. Огромный поток пациентов, все уловить и запо- мнить поначалу было просто нере- ально. В промежутках обязатель- но читались лекции, проводились трех лет обучения в резидентуре внес и вносит огромный вклад в мое становление как офтальмоло- га, молодого ученого (фото 2).

Замечательными профессорами, врачами, студентами, старейшим университетом!

После конкурса сомнения в вы- боре специальности отпали.

Хотела бы начать свой рассказ, со слов БЛАГОДАРНОСТИ моим любимым, уважаемым наставни- кам, каждый из которых в течение трех лет обучения в резидентуре внес и вносит огромный вклад в мое становление как офтальмоло- га, молодого ученого (фото 2).



Фото 3.



Фото 4.



Фото 5.

Юлия Олеговна Григорьева
Выбрать офтальмологию и не пожалеть!

Здравствуйте! Меня зовут Юлия Олеговна Григорьева. В этом году я оканчиваю ординатуру по офталь- мологии в Тверском государствен- ном медицинском университете.

Как все начиналось: на 5 курсе, когда надо было определиться с дальнейшей специализацией, пе- редо мной стоял выбор между тера- пией и офтальмологией. Я больше склонялась к офтальмологии, поин- тересовалась у ординаторов об уче- бе, от них же узнала про «Терру».

Затем, уломав главного врача, чтобы он отправил заявку на целе- левое, и, убедив, что офтальмологи ему также нужны, как и терапевты, выбрала офтальмологию. Родом я из г. Дубны, город небольшой, оф- тальмологического стационара нет, поэтому изначально была ориенти- рована на поликлинику и не особо переживала по поводу того, что я не приобрела хирургических навы- ков в ординатуре.

За время ординатуры я про- шла 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 боять- ся пациентов, делать гониоскопию, пара- и ретробульбарные инъекции, удалять инородные тела, рассчиты- вать ИОЛ. Здесь же были и первые коски: разбитые грузики, спрово- цированный приступ ЗУТ. Это научи- ло меня быть более внимательной, аккуратной и ответственной. Из операций я здесь увидела: ЭЭК, НСТ, экстирпацию слёзного меш- ка, травмы, энуклеацию, её, кстатки, разрешили делать особо желающим и умеющим ординаторам.

2 база — Университетская кли- ника (фото 1). Университетская клиника, наверное, на 80 процен- тов была платной, в ней установле- но хорошее оборудование, но здесь мы могли только вести осмотр пациентов (фото 2). На осмотре па- циентов мы были с заведующим кафедрой. По понедельникам и пятницам он вел консультативный прием, приходили люди с разной патологией и после операций.

Вторник, среда, четверг — опе- рационные дни. В эти дни мы име- ли возможность следить за ходом операции через микроскоп или на экране (фото 3). Мы наблюдали за манипуляциями при проведении ФЭК, по поводу отслойки сетчат- ки, эпиретинальных мембран, ма- кулярных отверстий, за подшива- нием ИОЛ, постановкой дренажей,

пломбированием. Во время опера- ции преподаватель комментировал свои действия. Невозможно пере- дать ощущения, когда впервые ви- дишь глазное дно интраопераци- онно — фантастика! Потом уже со- вершенно по-другому смотришь больного за щелевой лампой. Од- норазово поступали пациенты на ИВИ ИАГ, пациенты с данными ОКТ, было удобно смотреть пато- логии офтальмоскопически, сразу на снимке.

Как правило, вечером, не на- деясь 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 кон- це первого года, там все доступно и наглядно (фото 4).

За время обучения, я ни разу не пожалела, что выбрала именно оф- тальмологию: интересно, логично, востребовано. Надеюсь, получен- ные знания мне очень пригодят- ся уже осенью, когда буду делать первые шаги в самостоятельной деятельности.

Газета «Поле зрения» печатает материалы с минимальной редакторской правкой.



Фото 1.



Фото 2.

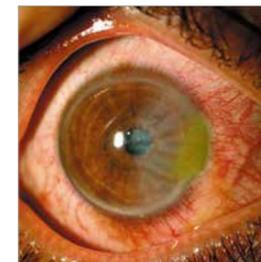


Фото 4.

))) ты знаешь, никто за тобой не бегаёт и не вкладывает в голову знания по полочкам. Самообразование и точка. Как и везде сейчас, я думаю, если хочешь реально выучиться - проявляй инициативу, читай и все будет круто. Подрабатывать можно тоже практики ради. 16:00

и вообще не знаю ни одного офтальмолога, который бы сказал нафиг я пошел в офтальм))) Будущее за узкими специалистами 22:29

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 труд- ные времена 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 случил- ся развал привычной государственной системы, за которым последо- вало новое смутное время (не путать с Лже-Димитриевским), получив- шее 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 кон- цом латинского алфавита. Вы — наше будущее, наша надежда. Боль- ше всего мы надеемся на то, что вы останетесь читателями нашей газеты — в электронном её виде, конечно. Тут вы, наверное, удивлён- но спросите: «А что, бывает ещё какой-то формат?». Ах, молодость...



Фото 3.



Surgix

ophthalmic surgical products

Эксперт в поставке материалов для **офтальмологии**
Проверен временем

Хирургия катаракты



iSert® предустановленные монофокальные ИОЛ

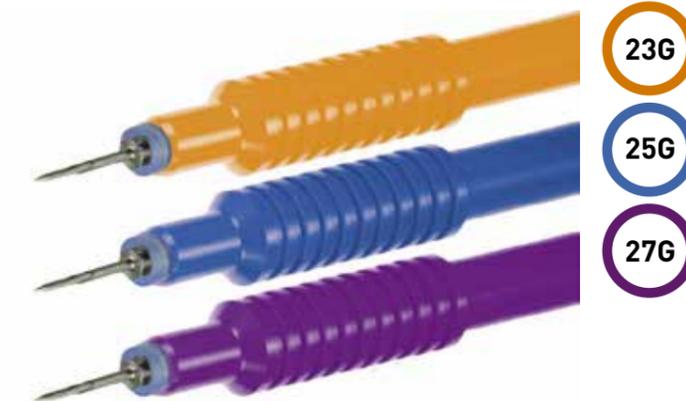


LENTIS® премиальные ИОЛ

Хирургия глаукомы



HEALAflow® вискоэластичное дренажное средство



AKTive® троакарные наборы

Стекловидное тело



ВитроКап®
Источник микронутриентов
для стекловидного тела глаза человека

При зрительном дискомфорте,
вызванном «плавающими мушками» перед глазами



000 «Серджикс»

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



на правах рекламы

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

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

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

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