

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ



ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№ 2 (16) МАРТ-АПРЕЛЬ 2012

ISSN 2221-7746



Кадр из фильма
«Судьба человека», Мосфильм, 1959 г.
Режиссер и исполнитель главной роли –
Сергей Бондарчук – участник
Великой Отечественной войны. Награжден
Орденом Отечественной войны II степени

«Помните! Через века, через года – помните!..»

Праздник Великой Победы – 9 мая – один из главных праздников нашей страны, самый прекрасный и трогательный.

Вряд ли есть семья, которой не коснулась война. У кого-то воевал дед, у кого-то отец, сын, муж. Мы рассказываем из поколения в поколение об их светлом подвиге, чтим память. Передаем дедовские медали и о каждой из них рассказываем своим детям. Эта за мужество, вот эта – за отвагу... Это наша история, история семьи, история нашей страны.

Хочется вспомнить замечательные строки из стихотворения Р. Рождественского «Реквием»:

*Помните! Через века, через года – помните!
О тех, кто уже не придет никогда, – помните!
Не плачьте! В горле сдержите стоны, горькие стоны,
Памяти павших будьте достойны! Вечно достойны!
Хлебом и песней, мечтой и стихами, жизнью просторной,
Каждой секундой, каждым дыханьем будьте достойны!*

Ваш главный редактор С. Э. Аветисов

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Возродить традиции

Готовясь к интервью, я думал, насколько искренне будет отвечать на вопросы Сергей Эдуардович Аветисов как председатель Московского научного общества офтальмологов. Вопросы неудобные. Однако, подводя итог моим размышлениям, скажу одно:

Интервью с председателем Московского научного общества офтальмологов, академиком РАМН, профессором С.Э. Аветисовым

одного желания быть правдивым, недостаточно, надо им быть. Таков мой собеседник.

Еще совсем недавно Московское общество офтальмологов входило в научную элиту отечественной медицины. Выступление с докладом на Обществе считалось важнейшей ступенью научного роста будущего ученого. На заседаниях обсуждались самые острые проблемы развития офтальмологии. Послушать дебаты московских знаменитостей приезжали

врачи из других городов. Сейчас, по словам Сергея Эдуардовича Аветисова, Общества в том виде, в каком оно существовало некоторое время назад, уже нет. Многие изменилось в умах людей, интернет заменил читальные залы библиотек, совсем другой стала страна, в которой мы живем. Но и оттенка безысходности в голосе председателя МНОО я не услышал. История Московского научного общества офтальмологов продолжается.

– Сергей Эдуардович, начнем беседу с истоков. Расскажите, с чего началась история Московского научного общества офтальмологов?

– 28 декабря 2012 года исполнилось 125 лет со дня образования Московского офтальмологического кружка, прообраза Общества глазных врачей в Москве, будущего Московского научного общества офтальмологов. Кружок объединил всех московских окулистов: К.Л. Адельгейма, А.А. Басанина, Г.И. Брауна, В.И. Гилюса, Г.С. Денисенко, И.С. Дружинина, Ф.О. Евецкого, А.А. Крюкова,

> стр. 8



ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

«Областная больница — это не «Золушка» отечественного здравоохранения»

В этом году 75 лет исполняется Ленинградской областной клинической больнице. Ежегодно стационарную медицинскую помощь здесь получают более 28 000 жителей области. Проводится более 150 000 амбулаторных консультаций.

В 1931 году произошло административное разделение Ленинграда и Ленинградской области. Жители области – кроме экстренных случаев – потеряли право на лечение в городских учреждениях здравоохранения. Возникла потребность в организации «собственного» головного медицинского центра. Соответствующее решение было принято областными властями в 1938 году.



Коллектив офтальмологического отделения

Во время Великой Отечественной войны более половины сотрудников больницы – двадцать семь из сорока семи – ушли на фронт. Двадцать работников, не подлежащие призыву в армию, вместе с главным врачом М.К. Кокиным составили костяк коллектива госпиталя, развернутого на базе больницы. В годы военного лихолетья медикам приходилось не только оказывать помощь раненым бойцам, но и рыть окопы, строить бомбоубежища, выставлять пикеты и устраивать в больничных стенах пулемётные гнёзда...

> стр. 24

ДЕНЬ ПОБЕДЫ



«Мы были настоящими патриотами» > стр. 3
Интервью с Н.С. Ярцевой

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Аксиома счастья профессора Э.В. Егоровой
Интервью с профессором Е.В. Егоровой > стр. 18

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ > стр. 22

Кафедра глазных болезней Нижегородской государственной медицинской академии вчера и сегодня

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



«Диабет — это не приговор» > стр. 32
Интервью с профессором А.С. Измайловым

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Техника хирургического лечения витреофовеолярного тракционного синдрома > стр. 35

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА

Эмилия Федоровна Левкоева > стр. 38

Также в номере:

Лекции > стр. 27, 29

Научная статья > стр. 36

В помощь практикующему врачу > стр. 40

К незримому солнцу > стр. 43

Общество глазных врачей в Москве

Н.А. Емельянова

Объединение отечественных ученых в научные общества началось в XVIII столетии. В 1765 г. по инициативе М.В. Ломоносова и А.А. Нартова создано Вольное экономическое общество, которое включало в круг своей деятельности и заботу о здоровье населения. В начале следующего столетия возник ряд научных обществ: физико-медицинское общество в Москве (1804), общество испытателей природы (1805), общество немецких врачей в Петербурге (1819), общество русских врачей в Петербурге (1836) и др. На их заседаниях нередко обсуждались вопросы, касающиеся офтальмологии. На заседаниях физико-медицинского общества в Москве неоднократно выступал известный офтальмолог М.М. Воинов («О возможности вращательных движений глаза по зрительной оси при боковых наклонах головы», 1870; «По поводу приспосабливания афакического глаза», 1873 и т.д.). Опыт общения специалистов в «обществах» доказал возможность лучшего изучения научных проблем.

В 1887 г. в Москве образовался офтальмологический кружок, первое научное объединение глазных врачей. Об этом сообщалось в журналах «Медицинское обозрение» (1888. – № 1), «Вестник офтальмологии» (1888. – Т. 5. – С. 95). Небольшое количество членов кружка и неуверенность в его будущем стали причиной того, что первоначально принято название не общество, а более скромное – кружок. Демократичный характер кружка подчеркивают те факты, что его секретарь избирался на один год попеременно из всех членов, председатель не избирался, были только председатели отдельных заседаний, новые члены принимались путем баллотировки. Секретарь офтальмологического кружка Константин Львович Адельгейм, ставший впоследствии основателем и главным врачом Алексеевской глазной больницы (ныне Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца), в первом годовом отчете писал: «По инициативе д-ра Ф.О. Евецкого московские окулисты, собравшись 28 декабря 1887 г. в помещении «Московского Собрания врачей», решили организовать специальный офтальмологический кружок... Все московские окулисты выразили желание сделаться участниками кружка и таким образом в состав

его вошли 11 человек: К.Л. Адельгейм, А.А. Басанин, Г.И. Браун, В.И. Гилюс, Г.С. Денисенко, И.С. Дружинин, Ф.О. Евецкий, А.А. Крюков, С.Н. Ложечников, А.Н. Маклаков и А.А. Миткевич». Через год умер окулист А.А. Басанин, в члены кружка избран врач Н.Г. Правосуд. В 1897 г. его действительным членом стала женщина-врач Е.Д. Кастальская. За первый год на заседаниях сделано 24 сообщения и демонстраций клинических случаев. Ряд докладов носил чисто научный характер, например, С.Н. Ложечников сделал сообщение «О некорректности редких изменениях зрительного нерва при глаукоме». Появлялись доклады, касающиеся промышленного травматизма – К.Л. Адельгейм представил коллегам защитные очки для рабочих. Среди интересных клинических примеров С.Н. Ложечниковым описан «случай позднего появления симпатического страдания глаза (40 лет спустя после повреждения другого глаза)». Кружок содействовал сближению московских окулистов. Протоколы заседаний печатались в «Вестнике офтальмологии», причем первоначально публиковались только названия докладов, со временем стали приводиться тексты докладов и сообщений, что

способствовало ознакомлению всех отечественных специалистов с работой Московского офтальмологического кружка. Кроме того, был издан «Обзор деятельности кружка» на французском языке для офтальмологической секции XII Международного съезда врачей в Москве (1897). За одиннадцать лет существования кружка состоялось 100 заседаний, сделано 200 докладов и демонстраций больных. Московский офтальмологический кружок стал первым в России объединением окулистов и одним из первых в Европе. До него в 1863 г. по инициативе А. Грефе в Германии создано Гейдельбергское офтальмологическое общество, потом – Французское. Парижское офтальмологическое общество открыто на полгода позже Московского офтальмологического кружка.

К 1899 г. число членов кружка достигло 27, врачи решили объединиться в общество. Выдающуюся роль в этом сыграл профессор Федор Орестович Евецкий, им подготовлен проект устава Общества, в котором имелся такой важный параграф (§ 6): «Обществу предоставляется право... устраивать съезды русских глазных врачей, с целью совместного обсуждения как научных вопросов из области офтальмологии, так и вопросов практических, касающихся борьбы с распространением глазных болезней и слепоты среди населения Российской Империи». 9 октября 1898 г. Устав утвержден министром внутренних дел.

19 января 1899 г. состоялось первое заседание Общества глазных врачей в Москве и последнее (сто первое) заседание Московского офтальмологического кружка, который собственно и преобразился в общество. Поскольку между кружком и обществом существовала теснейшая преемственная связь, решено было придерживаться двойной нумерации заседаний.

На первом заседании Адрианом Александровичем Крюковым сделано сообщение об истории возникновения Общества глазных врачей в Москве. В нем, в частности, подчеркивалось, что название «Общество глазных врачей в Москве», а не «глазных врачей Москвы» указывает на то, что оно «широко открывает двери для всех окулистов России». Подчеркивая преемственность между кружком и обществом, он сказал: «Московский офтальмологический кружок был таким образом зерном, давшим росток – Обществу глазных врачей в Москве. Пожелаем же последнему развиваться в прекрасное, полезное и обильное плодами растение и занять достойное место между другими московскими медицинскими обществами». На том же заседании Ф.О. Евецкий произнес речь о развитии офтальмологии в России. Текст речи опубликован в газете «Врач» (1899. – № 6). Председателем Общества избран профессор А.А. Крюков, товарищем председателя – профессор Ф.О. Евецкий, секретарем – А.А. Маклаков (сын профессора А.Н. Маклакова), товарищем секретаря В.П. – Филатов, казначеем и библиотекарем – А.Г. Лютевич. За первое десятилетие деятельности Общества состоялось 272 заседания, на которых сделано 283 сообщения. Среди них такие интересные клинические примеры как «случай самопроизвольного прободения глаза с обильным хориоидальным кровоотечением», описанный доктором И.В. Лисицыным на втором заседании общества 9 февраля 1899 г. Среди докладов и сообщений особое социальное

значение имел вопрос о регистрации трахомы, которому посвящено несколько заседаний. Все рассматриваемые проблемы активно обсуждались коллегами. На заседаниях Общества выступали такие известные офтальмологи, как С.С. Головин, М.И. Авербах, С.Н. Ложечников и др. Со временем Общество избрало своими почетными членами иностранных офтальмологов: Т. Лебера, Э. Фукса, Ю. Гиршберга, Е. Ландольта, Т. Аксенфельда и др.

С 1908 г., после смерти профессора А.А. Крюкова, председателем Общества избран главный врач Московской глазной больницы С.Н. Ложечников. В 1912 г. председателем общества стал профессор А.А. Маклаков, с 1913 г. – профессор А.И. Авербах.

В 1913 г. по инициативе М.И. Авербаха и А.И. Покровского в Москве состоялся Первый съезд русских глазных врачей. На съезде предпринята попытка воссоздания Всероссийского общества глазных врачей. Напомним, что в 1889 г. на III Пироговском съезде утвержден Устав Всероссийского офтальмологического общества, однако оно просуществовало недолго и «самораспустилось» в 1903 г. Открывая съезд, М.И. Авербах отметил тот факт, что «...Общество глазных врачей в Москве гордо тем, что на его долю выпало счастье положить первый камень в ту могучую все-российскую организацию, которая со временем своим научным авторитетом и продуктивностью своих работ завоеует такое же почетное место, как Немецкое Гейдельбергское и Французское Общества».

В 1914 г., во время Первой мировой войны, некоторые из членов Общества работали врачами в действующей армии. Заседания временно прекратились. В январе 1915 г. Общество глазных врачей в Москве единодушно поддержало инициативу правительства об отмене продажи спиртных напитков. Председатель М.И. Авербах отметил участвовавшие случаи употребления древесного спирта и изготовленных на нем продуктов – политуры и одеколона, предложил выработать меры для широкого ознакомления с вредом, причиняемым употреблением указанных продуктов. На том же заседании М.И. Авербах предлагал использовать в армии «защитительные очки», предназначенные для предохранения глаз от проникновения газов и мелких осколков.

К сожалению, Общество глазных врачей в Москве не избежало внутренних распри и политических разногласий. В 1924 г. на заседании Общества произошел инцидент, послуживший началом «раскола». Поводом стало предложение избрать почетным членом Общества профессора С.С. Головина, за что проголосовали положительно 23 человека, против этого проголосовали 10, один офтальмолог воздержался. В знак протеста группа врачей во главе с профессором М.И. Авербахом вышла из состава Общества, подав заявление об уходе. Председатель Общества глазных врачей в Москве профессор В.П. Одищев пытался через «Русский офтальмологический журнал» вернуть товарищей, напомнив, что «общество... чисто научное объединение лиц, одинаково горячо преданных науке для них делу процветания науки...», однако безуспешно.

> стр. 11

Нонна Сергеевна Ярцева:

«Мы были настоящими патриотами»



Ярцева Нонна Сергеевна. Отличник здравоохранения, заслуженный врач РСФСР, имеет медаль за заслуги перед отечественным здравоохранением. Демобилизовалась 21 сентября 1945 года в звании старшины. Была награждена Орденом Красной Звезды, Орденом Отечественной войны II степени, медалью «За победу над Германией», грамотами, в том числе грамотой ЦК ВЛКСМ, и медалями: «В память 850-летия Москвы», «Ветеран труда», лауреат премии имени Святослава Николаевича Федорова.

Внесла существенный вклад в теоретическую и практическую офтальмологию. Нонна Сергеевна Ярцева – автор 195 научных статей, нескольких изобретений и патентов РФ. Н.С. Ярцевой подготовлено 22 учебно-методических пособия по офтальмологии, написаны 3 учебника для медицинских вузов, она является автором 2-х глав учебника В.Г. Копачевой. Соавтор 4-х книг по офтальмологии.

Марининская гимназия, Французский пансион, Императорский университет

– Нонна Сергеевна! Расскажите, пожалуйста, о Вашем жизненном пути. Где Вас застало начало Великой Отечественной войны? Кем Вы были на фронте?

– Родилась я в семье врача. Мой папа, Сергей Петрович Козловский, окончил медицинский факультет Императорского Московского университета, и его направили работать в Белоруссию. Его родной брат, мой дядя, учился на физико-математическом факультете и после окончания университета уехал в Запорожье, где преподавал в Машиностроительном институте.

Уважаемая Нонна Сергеевна! Редакция «Поле зрения. Газета для офтальмологов» и Издательство «Апрель» от души поздравляют Вас с юбилеем. Страницы Вашей биографии отмечены яркими, запоминающимися событиями. Будучи по-настоящему талантливым, большим Человеком, Вы прожили нелегкую, но наполненную, интересную жизнь. Ваша доброжелательность, жизненная мудрость, искреннее внимание к людям, их нуждам по правунискали глубокое уважение. Вы с Вашим высоким профессионализмом и работоспособностью завоевали заслуженный авторитет среди всего профессионального сообщества. Желаем Вам доброго здоровья, успехов и долгих лет жизни!

Мама, Антонина Васильевна Тихонова, окончила Марининскую гимназию в Петербурге и специальный педагогический класс. В ее аттестате все оценки были 12 баллов (высшая оценка в то время). После окончания гимназии маму хотели отдать учиться в Институт благородных девиц, но она категорически отказалась. Мамнина мама, моя бабушка Екатерина Васильевна, была очень образованной, интеллигентным человеком, окончила Французский пансион в Москве, говорила на четырех языках, прекрасно знала французский, немецкий. Большую часть жизни она прожила в Феодосии, была знакома с Айвазовским, знала, как в нищете умирала жена Айвазовского. Бабушка мне об этом рассказывала. Жили Айвазовские по соседству, Дачный переулок, дом № 8, спустились вниз к морю и прямо – галерея Айвазовского на самом берегу.

Бабушкиного отца звали Василий Иванович Немирович-Данченко. Это любимый дедушка моей мамы и мой прадед. Я его знаю только по рассказам. Василий Иванович был известным в России писателем, военным корреспондентом во время русско-турецкой войны (там его наградили солдатским Георгиевским крестом), участвовал в русско-японской войне, Первой мировой. Жили они в Петербурге в огромном доме на Николаевской улице (сейчас улица Марата). У бабушки были няньки, мамы, горничные, кухарки. Потом бабушка влюбилась в грека, художника, и уехала в Феодосию. За всю свою долгую жизнь Василий Иванович написал 270 книг. Умер он в Праге в возрасте 93 лет. Родным братом Василия Ивановича был Владимир Иванович Немирович-Данченко, основатель Московского Художественного театра. У Владимира Ивановича и его жены, Екатерины Николаевны, было огромное имение в Черниговской губернии. Они были богатые люди, но при Советской власти всего лишились. Детей у них не было, и Владимир Иванович попросил мою бабушку «отдать им Тоню» (мою маму). Мама отказалась, Владимир Иванович на нее сильно обиделся. Мама была очень принципиальным человеком и платила ему тем же. Когда мама приехала в Москву, она не ходила в театр к Владимиру Ивановичу, но всегда ходила к Мейерхольду, ученику Немировича.

...Я очень жалею, что в свое время очень мало спрашивала маму. Вся жизнь проходила в какой-то суете, и было некогда просто сесть и поговорить...

Моя мама до переезда в Белоруссию жила на Васильевском острове в Ленинграде. Мамин отец, Василий Иванович Тихонов, окончил Петербургский университет и остался работать при университете. В их семье было четверо детей – три брата и моя мама. Все были очень образованные люди. Старший брат, Коля, жил на юге, в Крыму; дядя Шура, мамин младший брат, был военный, кавалерист, до войны уже носил ромб в петлице. Еще один брат, дядя Вася, был экономистом.

...В голодные послевоенные годы мамнина семья переехала в белорусский город Оршу. Там мама с папой и познакомились, а через некоторое время родилась я. В школе я не была отличницей, но по всем предметам успеваю очень хорошо. Папа был уважаемым земским врачом в Орше, мама не работала, воспитывала меня и мою старшую сестру.

В Белоруссии я окончила 10 классов и уехала в Ленинград поступать в институт.

«Нонна, в медицину не иди – это очень тяжелая профессия»

В Ленинграде я сама поступила во Второй Ленинградский медицинский институт на лечебный факультет.

– Это был осознанный выбор?

– Конечно, ведь мой папа был земским врачом. Хотя мне папа говорил: «Нонна, в медицину не иди – это очень тяжелая профессия». Действительно, нужно было и много знать, и уметь обращаться с людьми. Папа был очень хороший человек. Когда он шел по улице, люди при виде его издалека снимали шапку: «Сергей Петрович идет». Хотя папа и отговаривал меня идти в медицину, я его не послушалась. Правда, до этого я написала письмо Владимиру Ивановичу Немировичу-Данченко, хотела стать артисткой, но он мне ответил, чтобы стать артисткой, надо иметь талант...

В институте я очень много занималась, и вдруг – война. Ничего не предвещало такой беды. Был чудесный теплый летний день, июнь. Мы только сдали сессию. Я ехала по Невскому проспекту в сапожную мастерскую подобрать набойки на туфли. Смотрю из окна трамвая на улицу, а вокруг репродукторов топятся люди: «Война». Набойки я набила, возвращаюсь в общежитие, навстречу идет наш преподаватель марксизма-ленинизма. «Вы куда? – спрашиваю я его. – В военкомат, ужою на фронт». Мы все, однокурники, вместе собрались и тоже решили идти на фронт. В военкомате нам сказали, что всех на фронт не пошлют, надо поработать пока в городе. нас отправили на Васильевский остров организовывать госпиталь в помещении дворца культуры им. Кирова. Времени

Уникальная технология Optive – OsmoMax

optive предлагает **ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ** смазки и осмопротекции^{1,2}

optive доставляет **быстрое и длительное облегчение**¹⁻⁴

optive обеспечивает **превосходный комфорт пациентов по сравнению с обычным препаратом слезы**^{*2-7}

Т. Koester T. et al. Treatment of patients with keratoconjunctivitis sicca with Optive: results of a multicenter, observational study in Germany. Clin Ophthalmol. 2009;3:323-9. 2. OPTIVE History. Available from: <http://www.abbott.com/optive>. Technical Document. 4. Simmons PA, et al. Effect of Compatible Saline on Translational Biochemical Resistance and Uptake in Primary Rabbit Corneal Epithelial Cell Layers. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007;48:3648-54. 5. Simmons PA, et al. Effect of Compatible Saline on Barrier Function in a Rabbit Corneal Epithelial Cell Layer. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007;48:3655-61. 6. Simmons PA, et al. Effect of Compatible Saline on Barrier Function in a Rabbit Corneal Epithelial Cell Layer. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007;48:3655-61. 7. Rappold BK, et al. Evaluation of Optive™ in Patients Receiving Living Tissue™ for the treatment of Dry Eye Signs and Symptoms. 5th International Conference on the Tear Film and Ocular Surface, Toronto, Italy, September 5-8, 2007. Poster Session III #57.

Сообщения о нежелательных явлениях следует направлять в адрес компании ООО «Альтернатив Сигн САРТ» (Россия) по телефонам: +7(495) 778-98-25; 8-800-250-98-25 (звонок по России бесплатный), факсу: +7(495) 778-98-88 или по электронной почте: MM-medinfo@vseglaz.com

Optive® («капли глазные») – ЛП-001549, производитель – «Альтернатив Сигн САРТ», США.

Перед применением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь со спальной инструкцией по медицинскому применению.

ООО «Альтернатив Сигн САРТ», Россия, 100004, Москва, ул. Станиславского, 21, стр. 2

Тел.: +7 (495) 974-0353; факс: +7 (495) 974-0354

ОПТИВ

Abbott Medical Optics

Совершенство в деталях. Уверенность в успехе. Путь к гармонии

Семейство ИОЛ TECNIS®

Stormoff®
group of companies

г. Москва, ул. Расковой 11А; тел.: (495) 780-76-91
amo@stormoff.com; www.stormoff.com

Стихотворения, посвященные медсестре Нонне Ярцевой

Сестра

Все мечтает что-то,
На язык остра,
Ходит в черных ботах
Грозная сестра.

Семь утра лишь только
Скучновато ей...
«Заправляйте койки!
Поднимайся живей!»

«Умываться мигом,
Только не спешить.
Ну, живее двигай,
Уши всем помыть».

Вымыться к приходу,
На язык быстра,
Ходит по проходу
Грозная сестра.

По проходу ходит,
Шутка на губах.
Бровью лишь поводит,
Нагоняя страх.

И дрожат больные:
«Боже упаси»,
Молятся больные:
«Нонну пронеси».

А она в халате,
Чуть прищурив глаз,
Ходит по палате
.... (неразборчиво) нас.

Не допустим смуты...
«Туник, где ты был?
Это почему ты
Утку не просил?»

«Почему ты бродишь?!
Кто Вам разрешил?
По курилкам ходишь?»
Туник задрожал...

«Всех Вас, Понаренко,
В руки мы возьмем.
Эй! Там, Шинкоренко,
Тише с костылем.

Знай мою натуру,
Пикнуть не посмей!
Влез на верхотуру
В страхе «Воробей».

Нет! Такой напасти
Я бы не хотел.
Ух! Какие страсти,
Даже пропотел.

Если Нонна шутит,
Значит берегись!
В рот бараний скрутит
Молодую жизнь».

Я писать кончаю
Я в испуге сам,
Нонну поздравляю
С 20-ю годам!!!!

17 марта 1942 года, К. Васильев

Иду по знакомой дорожке,
Вдали голубеет крылышко,
Я вижу в открытом окошке
Твое дорогое лицо.
Может, встретишь, улыбнешься,
Может, строго сдвинешь бровь.
Может, вспомнишь с трудом,
Может, вспыхнет огнем
Твоя прежняя любовь.

Ты взглядом меня провожала
Под сенью холодных ветров.
Ты мне ничего не сказала,
Но все рассказала без слов.
Скажу я тебе, между прочим,
Сберег я в суровой борьбе
Твой шелковый синий платочек,
Согретый мечтой о тебе.
Растают туманные ночи
И с сердцем веселым опять
Приду поглядеть твои очи,
Приду твою руку пожать.

Может, строго сдвинешь бровь,
Может, вспомнишь с трудом,
Может, вспыхнет огнем
Твоя прежняя любовь.

Сколько раз на сиреновой ветке
По весне распускается цвет.
Но не будет еще раз на свете
Нам с тобой по семнадцати лет.

17 марта 1944 года



Операция во фронтовом госпитале

на организацию госпиталя у нас практически не было. Мы таскали на себе тяжеленные железные кровати, деревянные тумбочки и прочий госпитальный инвентарь. Когда вспоминаешь эти дни, становится страшно: голодные, холодные, но из последних сил работали. Нам охвати невиданный патриотизм и не только нас – всех тех, кто остался в Ленинграде. Многие к тому времени уже ушли на фронт. Никого не надо было заставлять что-то делать. Немцы наступали быстро, горели постоянно бомбили. Фашистские войска уже настолько близко подошли к Ленинграду, что очень

скоро объявили эвакуацию госпиталей. Нас направил военкомат грунтия в эшелоны. Подали деревянные вагоны. Мы сандружинницы – молоденькие девочки по 18 лет. Все хрупкие, худенькие... Опять таскали тяжеленные кровати и тумбочки, теперь уже в вагоны поездов. Носили на себе такие тяжести, что уму непостижимо! Раненых мы грузили в специальные вагоны, а сами ехали в холодных, не приспособленных для перевозки людей. Нас без конца бомбили, мы выбегали из поездов, прятались где где. Самолеты улетали, и мы продолжали путь до следующего налета. Город

мы покинули в сентябре едва ли не последними – после нас город закрыли, и начался блокада.

Мы прибыли в город Череповец, я даже не знала раньше, что такой город существует. Госпиталь располагался довольно далеко от железной дороги. Вот только госпиталем эти сооружения назвать было нельзя. В бывшем лагере для заключенных было 12 барakov. Окна одинарные, кругом грязь, все было ужасно. Мы принимали мыть, чистить, отскребать и уже в который раз таскать железные кровати. Вы не можете себе представить, две девочки поднимали носилки весом 80-100 кг. У меня тут же появилась межпозвоноковая грыжа. Спать поначалу было негде, ночевали прямо на платформах, стелили фанерки, укрывались шинелями.

Наконец, все баракы были приспособлены под различные отделения. Отделение № 5 было приспособлено для самых тяжелых больных, № 12 – для легкораненых. Нас поселили в отдельный барак с двухэтажными нарами. Барак был разделен на отсеки по 4 человека. Спали мы, конечно, одетыми: 1941-й год был очень холодным, зима наступила рано, одинарные окна почти не держали тепло. Вскоре начали поступать с фронта раненые. Машин не было, мы носили их на носилках. Среди легкораненых были и так называемые «самострелы», они сами себе наносили легкое ранение,

чтобы не возвращаться на фронт. Мы их лечили, а потом ими занимались сотрудники НКВД. Полевые госпитали просто не справлялись с таким количеством раненых. Сейчас невозможно себе представить, как было невыносимо тяжело. Страшная вшивость, но надо было солдат обрабатывать. Мы были очень скромными, стеснялись мужчин, когда они раздевались догола. Это было ужасно, ведь у многих были тяжелые раны.

Я работала в 5-м отделении для тяжелораненых. Главным хирургом госпиталя была Татьяна Оскаровна Карякина, она же была заведующей нашего отделения. В мирное время Татьяна Оскаровна работала ассистентом ленинградского профессора И.И. Джанелидзе, известного хирурга. Мы, сандружинницы, окончили курсы медицинских сестер. Я, дочь врача, многое видела и знала, поэтому быстро освоила сестринские обязанности. Давала больным наркоз, засыпала вместе с ним, потом у меня наступала стадия возбуждения, и меня выносили из операционной. Когда впервые на моих глазах ампутировали ногу молодому человеку, упала в обморок. Я сильно переживала за этих людей, особенно молодых, которые становились инвалидами. Это было очень страшно и тяжело.

Многих раненых мы спасали. Лежал в нашем госпитале один писатель, Константин Васильев, так он



г. Ленинград. Март 1950 г.

написал обо мне стихотворение под названием «Грозная сестра». У меня сохранился пожелтевший от времени листочек со стихами. Мне писали раненые стихи на клочках бумаги. Кое-какие мне удалось сохранить.

– Хватало ли медикаментов?

– Медикаментов сначала хватало, позже стало не хватать бинтов. Больных после обработки нужно было гипсовать. Мы размачивали старый гипс, разматывали бинт и гипсовали больного. Наш госпиталь был эвакуогоспиталем. Мы делали все, что необходимо, и отправляли больных дальше. Тяжелые больные, с ранениями головы, груди, живота, оставались у нас. Как только им становилось немного лучше, их тут же отправляли дальше в тыл.

Нам было не до слез, мы делали дело

– То есть Вы фактически работали на передовой?

– Конечно, это был прифронтовой госпиталь. Дальше меня перевели в другой госпиталь. Наша работа не ограничивалась только уходом за ранеными. Мы старались их поддерживать, ведь многие потеряли родных. Кроме физической боли, солдаты испытывали страдания моральные. Вы не представляете, какая это страшная картина. Я так переживала! Мы были понастоящему патриотами. Помню

больного по фамилии Айзенберг, никогда его не забуду. Ему нужна была кровь, так я, не раздумывая, предложила свою. Так делали все. Я ему перелила свою кровь и спасла раненому жизнь.

По семь суток мы не выходили из отделения. Положишь голову на стол, поспишь немного и опять к больным. К усталости прибавлялось постоянное чувство голода. Когда сдавали кровь, нам давали дополнительный паек – килограммовую буханку хлеба на 10 дней. Так мы его съедали за один раз. А больных кормили неплохо, давали каши, консервы, тяжелораненым полагался даже коньяк...

Так прошел 1942 год, а в 43-м в моей жизни произошло очень важное событие – я вступила в Коммунистическую партию, и приняли меня под бурные аплодисменты.

Мама в осеннем пальто, шляпке и босоножках, а вокруг свистела пурга

– Как сложилась судьба Ваших родных во время войны?

– Я не знала, где была мама, тетя. Папы уже не было, он умер внезапно, в 1935 году дома. Ему было всего 45 лет. Папа целый день принимал больных и прилег отдохнуть. Ближе к вечеру мама попросила меня разбудить его на ужин. Я захожу в комнату, а он лежит мертвый. Это была огромная трагедия. На похороны папы люди пришли, как на демонстрацию...

Мой дядя, папин брат Владимир Петрович, с семьей жил в Запорожье, преподавал в Машиностроительном институте. Очень скоро после начала войны в город вошли немцы. Мой двоюродный брат ушел на фронт, а Владимир Петрович, его жена и моя двоюродная сестра Ниночка пошли куда глаза глядят, только бы подальше от немцев. У дяди Володи была язва желудка, в пути случилась перфорация, и он умер. Где он похоронен, так никто никогда и не узнал.

Два других моих дяди погибли на фронте. Моя мама работала в медпункте в Орше пока в город не вошли немцы. Орша был важнейшим железнодорожным узлом, откуда поезды шли во все концы страны. И немцы всячески старались захватить город. Мама отправила мою старшую сестру куда-то в деревню, подальше от бомб, а сама осталась работать в медсанчасти. Вдруг – приказ грузиться в вагоны и эвакуироваться. Это был последний эшелон. Мама не смогла даже забрать домой за вещами, так и поехала в босоножках и в осеннем пальто. Доехали до Вязьмы – вылезайте, дальше дороги нет – немцы. Все выскочили из эшелона и не знают, что делать, куда идти. Пошли кто куда. А зима в 1941 году началась рано. Быстро стало холодать. Мама шла в осеннем пальто, шляпке и босоножках, а вокруг уже свистела пурга. По дороге кто-то давал поест, так и добралась до г. Лиски Воронежской области. Только дошли – опять немцы! Людей успели погрузить в машины и повезли в Ульяновскую область, привезли на станцию Майна, в село Поповка на Гусе. До конца войны мама работала медицинской сестрой в больнице.

Старшую сестру, Иру, угнали немцы. Когда уже после войны мы вернулись в Белоруссию, нам рассказали, что немцы угнали практически всех людей. Эшелон, в котором ехала Ира, разбомбили по дороге, и почти все погибли. Если бы она осталась жива, она бы, конечно же, нашлась. Что с ней произошло, мы так и не узнали. В лагерь Равенсбрюк попала моя двоюродная сестра Гая, но ей удалось бежать. Она притворилась мертвой, незаметно выбралась из покойницкой и сбежала. Так она осталась жива. Тетю Олю, папину родную сестру, из Орши немцы угнали в Литву.

– Как Вы с мамой нашли друг друга?

– Я писала в Оршу тете Оле, чтобы через нее найти маму. Мама тоже должна была ей писать. Когда тетя Оля вернулась из Литвы в Оршу, дома не было – все спoreло, осталась одна зола. На пепелище она пыталась найти хоть какие-то вещи, может быть, драгоценности, но ничего не нашла.

Мамин брат, дядя Вася, когда приехал с войны из Германии, был направлен на Дальний Восток, на японскую войну, и по дороге, у какого-то озера он встретил своего младшего брата, дядю Шуру. Представляете? Позже дядя Шура погиб на японском фронте. А дядя Вася вернулся живой в Оршу. Мамин старший брат, дядя Коля, погиб.

Бабушкин старший сын также, как и бабушка, жил в Феодосии. Его жена, тетя Фаня, была еврейкой. Я ее никогда не видела. У них было трое детей, двое мальчиков и девочка Ляля, я ее знала, у меня даже сохранилась ее фотография. Когда в Феодосию пришли немцы, на тетю Фаню донесли, что она еврейка. Немцы забрали ее и детей и повезли на расстрел. Бабушка бежала следом и на чистом немецком языке говорила, что это ее внуки, что они русские. Но помочь не сумела, расстреляли всех.

После войны мама жила у бабушки в Феодосии, но я ее уговорила вернуться в Оршу к тете Оле. Наверное, я зря это сделала. А бабушка со своим мужем, греком Юрью (он был намного моложе бабушки), осталась в Феодосии. Потом бабушка умерла, Юра ее похоронил, а мама даже не смогла приехать на похороны – не было денег.

...Помню, как уже после войны, в 1946 году, я отправилась к бабушке на каникулы. Пассажирских поездов не хватало, людей перевозили в грузовых вагонах. Я всю дорогу ехала в вагоне, в котором раньше возили уголь. Очень хорошо помню дыру в полу, через которую было видно крутящееся колесо. В Джанкой я приехала вся черная от угольной пыли. Еле отмылась, но до Феодосии доехала уже как человек.

«Нонна дежурит – значит, все будет в порядке»

В начале 1944-го наш госпиталь вместе с наступающими войсками 52-й и 21-й армий въезжает в город Выборг. Город горел, взрывались мины, еще не закончились обстрелы. К зданию госпиталя мы не могли пройти – все было заминировано, кругом стреляют, раздаются взрывы. Мы прятались в разрушенных домах, туда же старались перенести раненых, чтобы оказать им первую помощь. Вскоре нам все-таки удалось перебраться. Это был шикарный госпиталь, но немцы на первом этаже здания держали лошадей, и нам пришлось все там приводить в порядок, чтобы принимать раненых.

– К 1944 году Вы уже опытная медицинская сестра...

– Ну, конечно. За эти годы столько пришлось пережить, многому научиться. Я уже умела делать практически все. Кроме того, была политработником, политруком 1-го отделения, комсоргом госпиталя. Проводила политбеседы, читала раненым сводки с фронта. Причем я не пользовалась бумажками, все помнила на память. С лета 1944 года мы начали принимать бывших военнопленных. Война постепенно уходила все дальше, и мы в основном принимали тех, кто был в немецком плену. В госпитале постоянно работал СМЕРШ. Мы как политработники должны были помогать этой организации. Однажды в моем отделении повесился в туалете бывший военнопленный.



З.С. Аветисов и М.М. Краснов в президиуме научной конференции



Нонна Сергеевна Ярцева



Н.С. Ярцева, Г.А. Шилкин, С.Н. Федоров, Т.Н. Григорьянц

При нем нашли записку: «Я изменил Родине, не могу возвращаться домой». Или еще случаи: слышу – в отделении шум, крики, чуть ли не драка. Я прибегаю: «Что происходит?» Быстро всех успокоила. Оказывается, двое больных опознали в соседях бывшего лагерного надсмотрщика, к тому же отличавшегося особой жестокостью.

Фамилия его была Фигуровский. Его грозились убить. Так этот Фигуровский ходил за мной, держась руками за край моего халата. Сейчас я не знаю, что бы я с ним сделала, а тогда пришлось проявить выдержку, да и мне был всего 21 год.

Я считаю, что всех пленных нельзя было обвинять в измене Родине. Был у меня мальчик, летчик, без обоев ног. Скажите, как он мог избежать плена? Как он мог, тяжелораненый, выбраться из самолета? Надо же подходить по-человечески к каждому такому случаю. Но были и настоящие изменники – жестокие, отъявленные мерзавцы.

Наступил август 1944 года, пришлось убирать урожай хлеба, который посеяли еще финны. Вновь комсомольцы в первых рядах. Нам дали в руки серпы и – вперед. Я всегда старалась показывать пример другим ребятам: «Все отделения, комсоргом госпиталя. Проводила политбеседы, читала раненым сводки с фронта. Причем я не пользовалась бумажками, все помнила на память. С лета 1944 года мы начали принимать бывших военнопленных. Война постепенно уходила все дальше, и мы в основном принимали тех, кто был в немецком плену. В госпитале постоянно работал СМЕРШ. Мы как политработники должны были помогать этой организации. Однажды в моем отделении повесился в туалете бывший военнопленный.

Наступил август 1944 года, пришлось убирать урожай хлеба, который посеяли еще финны. Вновь комсомольцы в первых рядах. Нам дали в руки серпы и – вперед. Я всегда старалась показывать пример другим ребятам: «Все отделения, комсоргом госпиталя. Проводила политбеседы, читала раненым сводки с фронта. Причем я не пользовалась бумажками, все помнила на память. С лета 1944 года мы начали принимать бывших военнопленных. Война постепенно уходила все дальше, и мы в основном принимали тех, кто был в немецком плену. В госпитале постоянно работал СМЕРШ. Мы как политработники должны были помогать этой организации. Однажды в моем отделении повесился в туалете бывший военнопленный.

Наступил август 1944 года, пришлось убирать урожай хлеба, который посеяли еще финны. Вновь комсомольцы в первых рядах. Нам дали в руки серпы и – вперед. Я всегда старалась показывать пример другим ребятам: «Все отделения, комсоргом госпиталя. Проводила политбеседы, читала раненым сводки с фронта. Причем я не пользовалась бумажками, все помнила на память. С лета 1944 года мы начали принимать бывших военнопленных. Война постепенно уходила все дальше, и мы в основном принимали тех, кто был в немецком плену. В госпитале постоянно работал СМЕРШ. Мы как политработники должны были помогать этой организации. Однажды в моем отделении повесился в туалете бывший военнопленный.

– За годы войны сильно изменился Ваш характер? Скромная, трогательная девушка, которая все стеснялась, превратилась в волевою, сильную женщину?

– Что Вы, конечно! Я дежурила по части, пистолет «ТТ» всегда лежал у меня в кармане. Финны долго еще «заявляли о себе». Вокруг нас разбросаны хутора, там мог прятаться кто угодно. Прихожу на дежурство, а у солдата, кого я должна сменить, горло перерезано. Я видела много страшного. В рассказе нельзя передать того, что человек при этом ощущал. Передо мной лежит человек, живой, но я знаю, что он вот-вот умрет. Это надо пережить, чтобы понять. Но надо было делать дело, поэтому было не до слез.

– Вы на войне не начали курить?

– Боже упаси! Не курила, не пила, была кристально чистым человеком, очень строгая. Когда я дежурила по части, в мои обязанности входило проверять кухню, питание солдат. Так мне говорили: «Нонна дежурит – значит все нормально, и каша будет вкусная, и масло дадут полностью!» Я никогда в жизни бы ничего не взяла, в нашей семье это было просто невозможно.

Войну я закончила в звании старшины медицинской службы, была на офицерской должности и могла бы дальше расти, но просила начальство не присваивать мне офицерского звания, так как очень хотела вернуться в институт.

Хотела быть фармакологом, а стала офтальмологом

21 сентября 1945 года я демобилизовалась и вернулась в институт на первый курс, так как все забыла. Пришла в сапогах и гимнастерке, больше ничего не было. Пришлось учиться и работать. Получала

Сталинскую стипендию, жила в общежитии. Маленькая комнатка с печкой и трубой наружу. Однажды мы даже чуть все не отравились угарным газом. Мои девочки были уже совсем никудышные, а я сумела доползти до двери, открыла ее и стала звать на помощь. Слава Богу, все остались живы-здоровы.

В институте много занималась научной работой, хотела быть фармакологом. Под руководством Сергея Викторовича Аничкова, академика АН СССР, написала очень хорошую работу, получила грамоту Министерства высшего и среднего специального образования, грамоту ЦК ВЛКСМ. В конце второго курса заработала Сталинскую стипендию. Обычная стипендия была 280 рублей, а Сталинская – 780. Несколькими раз наш институт переменивали. Мы поступали во Второй медицинский институт, через два года он стал называться Ленинградским санитарно-гигиеническим медицинским институтом. Мне предлагали перевестись в Первый медицинский институт, но я отказалась. Я – сталинский стипендиат, зачем мне переходить в другой на 280 рублей? Так что я осталась, закончила его, конечно, с отличием.

С семи кафедр на меня пришли запросы. Но я хотела быть фармакологом. На последнем курсе я вышла замуж и должна была перебраться к мужу в Москву. Девичья фамилия моя была Козловская, а диплом получала уже на фамилию Ярцева. Во время вручения диплома я сидела в президиуме, все смотрят на меня, а моей фамилии, Козловская, в списке нет. И тут самой последней называют мою новую фамилию, такие аплодисменты были!

Сталинский стипендиат имел право распределиться куда угодно. Я бы, конечно, осталась в Ленинграде, но уехала в Москву к мужу.



День открытия памятника М.И. Авербаху. Сотрудники МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца



Субботник, 1986 г.

ДЕНЬ ПОБЕДЫ



Сотрудники кафедры: Н.С. Ярцева, Н.И. Ланевская, Т.С. Семикова



Прием у ректора в честь 65-летия Победы в ВОВ. Рядом студенты экономического факультета МГМСУ



Н.С. Ярцева и Г.А. Шилкин обсуждают статью



Н.С. Ярцева со своими коллегами

У меня сохранились несколько рекомендательных писем, в частности, от Сергея Викторовича Аничкова, Героя Социалистического труда, академика большой Академии, иностранных академий, это был исключительный человек. Как и многие, он сидел в 1937 году в подвалах Лубянки, работал в «шарашке», вместе с другими учеными-заключенными выполнял какую-то научную работу. Он был большим патриотом Родины, вступил в партию, когда ему было уже 72 года. Он мне сказал: «Нонна, я вступаю в партию, чтобы никто не заподозрил меня, что делаю это в корыстных целях. Я уже всего достиг». Когда Сергей Викторович приезжал в Москву на сессию Академии, он мне звонил и приглашал на заседания. Как сейчас помню: ул. Солянка, дом 14.

...Приехала в Москву, у меня много рекомендательных писем, но мест в аспирантуре по специальности «фармакология» не было. Мой институтский преподаватель, профессор Павел Ефремович Тихомиров, советовал мне заниматься офтальмологией. «Глазные болезни, Нонна, – самая интересная медицинская специальность». Он учился у профессора М.И. Авербаха,

в институте Гельмгольца. Приезжаю на Садовую-Черногрязскую, а мне говорят, что без визы министра взять меня на работу не могут, так как муж военный и в любой момент может покинуть Москву. На приеме у министра я добилась того, что меня приняли в ординатуру в институт Гельмгольца. А министром тогда был Белоусов Алексей Захарович, впоследствии ректор Московского медико-стоматологического института, где мне еще предстояло работать многие десятилетия.

19 лет настоящего счастья

Это была очень серьезная ординатура, в которой я проучилась три года. Полтора года работала в детском отделении, делала сложные операции, в том числе орбитотомии, центриацию орбиты. Мои наставниками были Е.А. Чечик-Кунина и И.С. Левин, очень хорошие люди и настоящие профессионалы.

Хорошо помню многих своих больных. Однажды к нам поступила Олечка Бубнова из Рязани. В карте было написано «ретинобластома», злокачественная опухоль. Раньше при таком заболевании

мы практически ничего не могли сделать, только рентгенотерапия (значительно позже появилась коагуляция) или энуклеация. В наше детское отделение часто поступали больные с двухсторонними ретинобластомами. Итак, у Олечки Бубновой в карте диагноз «ретинобластома», значит, надо удалять глаз. Но я настаивала, что это не ретинобластома, а ретинит Коатса. Я много читала, изучала атласы, посмотрела на ретинобластомы. Поэтому была уверена, что у девочки ретинит Коатса, обычное одностороннее заболевание. В результате – у Оли был сохранен глаз. Потом она приезжала ко мне с папой, благодарил меня, а знаете, как приятно доктору слышать слова благодарности? Была у меня еще девочка Катя, никогда не забуду. Ее глаз выглядел просто ужасно – опухоль зрительного нерва. Мы лечили девочку вместе с Исааком Соломоновичем Левиным. Мы сделали орбитотомию, удалили опухоль, а глаз репонировали на место. У Кати остался свой глаз, он не видел, но он свой, мышки двигаются. Помню, я уже работала у С.Н. Федорова в 81-й больнице, заехала в институт Гельмгольца, а мне кричат: «Нонна Сергеевна,



Юбилейный вечер, посвященный 70-летию профессора Л.Ф. Линника

25 врачей, в поликлинику приезжали со всех концов страны, и Ксения Васильевна Трутнева, будущий директор института, работала у меня в кабинете на приеме иногородних.

На территории института, как Вы знаете, жили люди, в том числе профессора, министр Чикин с семьей. Я предложила А.В. Рославцеву переселить жильцов института. В то время я была членом избирательной комиссии по выборам в Верховный Совет РСФСР, позже – по выборам в Верховный Совет СССР. Зачем я это хотела сделать? Институт наш всесоюзный, приезжали пациенты со всех концов СССР, на конференции съезжались профессора, известные ученые, а во дворе матрасы сушались, белье висит на веревках, подштанники. Чтобы пройти в хирургический корпус, надо было пройти через двор, а там – представьте, это все. Мы пошли в Моссовет, горком партии, в результате – жильцов, к их радости, расселили. Меня за это все очень благодарили.

В поликлинике был огромный зал, где раньше стояли столы и врачи вели прием больных, в моем распоряжении был дежурный кабинет, комната с диванчиком, где можно было оказать человеку помощь, если ему вдруг становилось плохо, была амбулаторная операционная, прекрасная процедурная, отдельный кабинет для иногородних больных. Огромный зал был поделен на приемный покой, регистратуру, в углу был мой кабинет. У зала были высоченные потолки. Я предложила А.В. Рославцеву разделить зал по высоте на два этажа. Предложение было принято, и по моему проекту позже сделали второй этаж и организовали несколько дополнительных кабинетов и большой конференц-зал.

В 1960 году Александр Васильевич Рославцев несколько раз предлагал мне стать главным врачом института, но я не соглашалась. Я жила за городом, прописку в Москве в то время получить было нельзя. Мне сначала предложили комнату, где жила Э.Ф. Левкоева. Если бы я согласилась ее занять, могла получить московскую прописку. Я ответила А.В. Рославцеву, что приехал Э.С. Аветисов с двумя детьми и женой, терапевтом, у них ни кола ни двора, и лучше эту комнату передать им. Я уговорила директора назначить Эдуарда Сергеевича на должность главного врача. Жена Э.С. Аветисова, Амалия Семеновна, стала заведующей терапевтическим отделением в поликлинике. А мальчики жили в той комнате, где должна была жить я. Вскоре мне предложили перейти работать на кафедру глазных болезней Московского государственного стоматологического института.

...Я проработала в институте Гельмгольца 19 лет, и это было счастье. Но после ординатуры я просто не смогла работать в детском отделении. Представляете, ретинобластома, удален один глаз, надо удалять второй. Я плачу, не могу идти в операционную. Чечик-Кунина мне говорит: «Нонна, ты понимаешь, что ты спасаешь жизнь ребенку!» «Что это за жизнь, он же будет слепой!», – отвечала я.

Перешла я в консультативную поликлинику. Это был 1953 год, гонения евреев. Александр Васильевич Рославцев, директор института, высокопорядочный человек. Он предложил переименовать поликлинику имени Авербаха в глазное отделение районной поликлиники № 7. При этом она оставалась институтской поликлиникой. Мы продолжали работать вместе с Анной Марковной Кендель, Марией Наумовной Островской, Фрадой Григорьевной Бронштейн, Марком Григорьевичем Розенцвейгом, Яковом Леонидовичем Баевским, Дарьей Григорьевной Миркиной, Любовью Борисовной Белоусовой. Все они были опытнейшие консультанты, грамотные доктора. Меня сделали заведующей поликлиникой, и я была счастлива, что со мной работают такие люди. У меня в подчинении было 75 человек,

– В те годы просто так не защищались...

– Я говорила себе: «Пока не буду досконально знать глазные болезни, на сцену не пойду». Тема диссертации касалась глаукомы. Я этим заболеванием занимаюсь с 1950 года.

– Вы на кафедре с 1962 года. В прошлом году исполнилось 50 лет...

– Вы правы, более полувека на одном месте. Когда заведующим стал Святослав Николаевич

Федоров, он многое не знал из того, что делается на кафедре. Он мне как-то сказал: «Ты взрослая – ты и руководи, ты заведи – ты и отвечай. Ко мне только при необходимости». Так и получилось, что практически вся работа кафедры лежала на мне. 11 лет я была заместителем секретаря партийной организации лечебного факультета института. Это было становление факультета, очень ответственный период. Много лет я была партгором кафедры, членом методической комиссии Минздрава СССР, которой руководил профессор Ковалевский. Приходилось выполнять кучу обязанностей. А Федоров мне часто говорил: «Пиши докторскую».

– Нонна Сергеевна, Вы воевали за будущее страны. Но вот наступило ее настоящее. Вы сожалеете о том, что происходит в стране. Есть ли надежда, что все-таки когда-нибудь станет лучше?

– У меня нет надежды. Людей сейчас интересуют только деньги. Я никогда не была богатой, но всегда была готова все отдать. Помню, как перед обменом денег люди носились, покупали хомуты и прочую ерунду. А мама мне говорила: «Нонна, у нас с тобой триста рублей, нам нечего волноваться». Мы так часто теряли деньги, но никогда об этом не жалели.

– Нонна Сергеевна, какие у Вас есть награды?

– Госпиталь в Выборге, где я работала, получил почетную грамоту ЦК ВЛКСМ. Наверное, в этом есть и моя заслуга. Грамотой наградили и меня. Кроме того, у меня Орден Красной Звезды, Орден Отечественной войны II степени, медаль «За победу над Германией», медаль Жукова, три года назад я получила Орден Дружбы, есть медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением», почетный знак «Заслуженный врач Российской Федерации»... «Красную звезду» в госпитале получили все три человека: главный хирург, замполит и я. Тогда, в годы войны, это была большая честь. А ведь как часто было на фронте: человек попал на передовую и в бою успел побывать только один раз. Его ранили, он инвалид, участник войны, но он не успел увидеть того, что видели мы... Слава Богу, что жив остался.

Медали «За заслуги перед отечественным здравоохранением» вручали в концертном зале «Россия». Эту медаль тогда получили академик РАМН Евгений Иванович Соколов, ныне покойный профессор Алексей Иванович Дойников и я. Выхода на сцену, я очень волновалась, но как мне показалось, мне аплодировали очень активно.

– Вы автор более двухсот статей, книг, подготовили 22 учебно-методических пособия. Над какой книгой Вы сейчас работаете?

– У меня три учебника, несколько глав я написала в учебник под редакцией профессора В.Г. Копеевой, участвовала в создании трехтомника по офтальмологии, я одна из соавторов монографии совместно с профессором Н.А. Гавриловой, академиком А.И. Мартыновым, профессором А.М. Мкртумяном, профессором Х.П. Тахчиди «Офтальмопатология при общих заболеваниях». Участвовала в создании книги «Поражение органа зрения при инфекционных заболеваниях», эту книгу мы подготовили вместе с Н.Д. Ющуким, Ю.Я. Венгеровым, Н.А. Гавриловой, М.В. Нагибиной. Все свои работы до последней буквы я писала сама, от руки. Так что совесть моя чиста.

Сейчас я работаю над книгой, которая называется «Из истории офтальмологии». В книге я рассказываю в том числе и о тех людях, с которыми была лично знакома.

– Нонна Сергеевна, Вы не пробова-ли считать, сколько студентов, ординаторов, аспирантов прошли через Ваши руки?

– Ой, очень много! У меня столько учеников, многие стали известными учеными.

– Не могу не спросить, что для Вас значила личность Святослава Николаевича?

– Очень большая личность, необыкновенная. Такого человека я больше в своей жизни не встречала. Это человек, который для дела шел на все. У него необыкновенно работала голова, память была необыкновенная, нахальство – необыкновенное. Он всегда меня наставлял: «Первым делом спроси у больного, что он может сделать для института». Часто мне приходилось с ним спорить, не всегда я соглашалась с его мнением. Федорову это не давало нравилось, поэтому он долго не давал мне «доцента». Но он болел за дело, как никто другой. «Чем мы оперируем? Топорами?» – возмущался он, и очень скоро появились первоклассный инструментарий. А как он бился за хрусталики? Если бы не Аграновский, неизвестно, чем бы закончилась вся эта эпопея. Анатолий Аграновский очень помог Федорову своей статьей. Виталий Николаевич Архангельский, главный офтальмолог Минздрава СССР в 60-е годы, был непримиримым противником хрусталиков, считая, что инородному телу не место в человеческом глазу. Много спорила с Федоровым по поводу кератотомии. Помните, здесь стояли толпы людей? Я ему говорила: «Святослав Николаевич, эта операция только по показаниям. Вы подумайте, это же роговая оболочка, прозрачная ткань». Заживает она не через день-два, рубец появляется через 7 и более лет. С роговицей нельзя было так обходиться. Спорила с ним насчет конвейера, приводила в пример Райкина, когда один пришивает пуговицу, другой – рукав, третий – карман. Но осложнение, слава Богу, не было. И он почти всегда был прав.

– Вы не сожалели о том, что ушли из института Гельмгольца и что жизнь свела Вас с Федоровым?

– Никогда не сожалела. Я уважала Святослава Николаевича за то, что он всегда стремился к чему-то новому.

– Спорили с ним на политические темы?

– Иногда приходилось, но я знала, что это бесполезно.

– Ваша семья потеряла практически все после революции. Не было обиды на Советскую власть?

– Несмотря на то что и вправду все потеряли, мама всегда мне говорила: «Нонна, Советская власть – самая правильная власть». Беда в том, что вокруг множество неграмотных руководителей. Когда по телевизору передавали выступления наших генсеков, мама, выпускница Марининской гимназии, прекрасно говорившая на нескольких языках, не могла это все видеть и слышать. «Самая правильная власть, но нужны грамотные руководители», – говорила мама и была права.

– С высоты своего опыта, что бы Вы пожелали молодым людям?

– Мне приятно осознавать, что в своей жизни я сделала много хорошего людям. У меня был прекрасный муж, очень порядочный человек... А люди должны любить друг друга, не делать пакости, а только добро. Понимаете, доброта – самое главное. Только тогда люди будут здоровы, счастливы, и все у них будет хорошо. ■

Беседу вел Лариса Тумар
Интервью подготовил Сергей Тумар
Фото из личного архива Н.С. Ярцовой

ДЕНЬ ПОБЕДЫ

Трансплантаты для офтальмохирургии



«Трансплантат-коллагеновый каркас для офтальмологических операций»

- стерильное, апиогенное, иммуноинертное, нетоксичное медизделие;
- изготавливается из гомологичной ткани;
- используется в качестве имплантируемого материала при операциях на органе зрения;
- гарантирует эффективное и безопасное хирургическое лечение.

Трансплантаты для	Цена (руб.)			
	до 50 шт	51-100 шт	101-200 шт	от 201 шт
склеропластики по Снайдеру-Томпсону	700	650	600	550
склеропластики по Хатминскому	500	450	400	350
склеропластики по Пивоварову	500	400	350	350
хирургии блефароптоза	500	400	350	350
формирования опорно-двигательной культи	500	400	350	350
пластики дефектов конъюнктивы	500	400	350	350
аутолимфо сорбции	500	400	350	350
реваскуляризации хориоидеи	500	400	350	350

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»
Россия, 450077, г. Уфа, ул. Пушкина, 90
тел/факс: (347) 272-08-52
eye@anrb.ru, www.ufaeeyeinstitute.ru

ТЕПЕРЬ ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗ
МОЖНО ЗАМЕДЛИТЬ

Vitalux Plus
(Vitalux Plus)



- Предотвращение окислительного стресса благодаря антиоксидантам...
- Защита сетчатки благодаря Лютеину...
- Замедление возрастных изменений глаз благодаря Омега-3 жирным кислотам...

Alcon
a Novartis company

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



Возродить традиции

Интервью с председателем Московского научного общества офтальмологов, академиком РАМН, профессором **С.Э. Аветисовым**

с стр. 1

С.Н. Ложечникова, А.Н. Маклакова и А.А. Миткевича. За первый год работы «кружковцы» сделали 24 доклада и демонстраций различных клинических случаев. В качестве примера хочу привести сообщение С.Н. Ложечникова «О некоторых редких изменениях зрительного нерва при глаукоме», а К.Л. Адельгейм продемонстрировал коллегам защитные очки для промышленных рабочих. Протоколы заседаний, а затем и полные тексты докладов и сообщений печатались в журнале «Вестник офтальмологии» (в те годы слово «офтальмология» писалось без «В»).

За 11 лет работы кружка было проведено 100 заседаний, на которых было представлено 200 докладов и демонстраций.

К концу 1898 года в кружке уже состояло 27 врачей, и было принято решение о создании Общества. 19 января 1899 года состоялось первое заседание Общества глазных врачей в Москве, на котором присутствовали М.И. Авербах, С.С. Головин, А.А. Крюков, С.Н. Ложечников, А.Г. Люткевич, А.А. Маклаков, В.П. Филатов. Председателем Общества был избран профессор А.А. Крюков. Представляется, какой был уровень? По словам современников, московская школа офтальмологии «характеризуется в отношении науки простотой, скромностью, спокойным священнодействием, верой в силу

человеческих знаний, объективностью и твердостью убеждений, осторожностью и отсутствием слабых струнок, в отношении людей – терпимостью, оптимизмом, мягкостью и красотой души».

– В офтальмологии Вы прошли путь от ординатора до академика РАМН, директора крупнейшего научного института, и все эти годы Ваша жизнь, очевидно, была связана с МНОО. Что представляло собой Московское общество 30-40 лет назад, что изменилось за последние годы?

– В офтальмологии я уже практически 40 лет и могу дать свою, во многом субъективную, оценку того пути, которое Общество прошло за эти годы. Мне как офтальмологу крупно повезло: будучи ординатором, аспирантом, я застал расцвет Московского общества. В моих словах нет и доли преувеличения. Судите сами: конференция Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца во время заседаний Общества был всегда переполнен, люди стояли в проходах. Вопросы, которые там обсуждались, действительно вызывали интерес, обсуждение порой приобретало форму яростных дискуссий. Вел заседания Михаил Леонидович Краснов. Интеллигентный человек, врач старой формации, он на протяжении многих лет возглавлял Московское общество и председательствовал на его заседаниях. При чем делал это поистине виртуозно,

профессионально. Чтобы ведущий смог оценить уровень планируемых выступлений и подготовиться к заседанию, выступающие на Обществе должны были заранее предоставить аннотацию своего доклада. Такая предварительная работа полностью исключала формальный характер дискуссий.

Вспоминаю еще один эпизод. Как известно, в середине 70-х годов вопрос о целесообразности клинического применения операции по хирургической коррекции близорукости (радиальной кератотомии) широко обсуждался в офтальмологической среде. Причем дискуссии носили весьма острый характер. Эту тему обсуждали на нескольких заседаниях Московского общества. На одном из заседаний, когда накал страстей достиг своего апогея, слово попросила доктор, которой незадолго до этого была сделана кератотомия. Она поднялась со своего места и в защиту операции сказал: «Мне сделали операцию, я прекрасно вижу, у меня все хорошо».

Очевидно, она хотела добавить еще что-то, но Михаил Леонидович культурно прервал ее словами: «В наше время пациентам на Обществе было выступать негоя...» Подводя итоги заседаний, Михаил Леонидович всегда произносил традиционную фразу: «Ну что ж, вопросы заданы, ответы дадены...»

Потом наступил, как я его называю, «ранний постсоветский период». Именно «благодаря» ему мы никак не можем выйти на прежний уровень, и, боюсь, в ближайшие годы достичь того уровня будет достаточно сложно. Недаром на заседании, где мы представляли книгу воспоминаний нашего известного ученого Эмили Федоровны Левкоевой, было сказано, что нам необходимо не продолжать, а возрождать традиции Московского общества.

– Как Вы считаете, что могло произойти в «ранний постсоветский период»?

– Наверное, сменились приоритеты, все свелось к решению материальных проблем. В медицине есть термин «порочный круг». Офтальмологи перестали посещать заседания Общества, с этого все и началось. Следом угас интерес готовить и выступать с докладами, тематика стала менее актуальной, менее наукоемкой. В результате Общество в том формате, в котором его воспринимали наши предшественники, практически перестало существовать. Несколько раз менялось его руководство, место проведения заседаний. Когда Общество возглавлял Михаил Михайлович Краснов, это была Московская глазная больница. Потом его сменил Борис Николаевич Алексеев, и Общество перебазировалось к нам. Был период, когда заседания проходили регулярно (был фиксированный день), возможно потому, что количество других научных конференций было минимальным. Я не беру в расчет съезд, который собирался один раз в пять лет, тем

более что в его работе могли участвовать далеко не все. Но постепенно элемент регулярности был утерян. Наверное, в этом есть и доля вины правления, в которое входят видные московские офтальмологи. Но скорее всего, причина в том, что сегодня врачи получили возможность черпать научную информацию не только на заседаниях Общества, но и на конференциях, симпозиумах, презентациях, школах. Мы отказались от ежемесячного формата проведения Общества и пришли к выводу, что лучше идти по пути проведения заведомо интересных заседаний с точки зрения выбора тематики. Мы пытались использовать различные формы: круглый стол, интерактивный опрос, но желаемого повышения интереса аудитории получить пока, к сожалению, не удается.

– Вы не могли бы сформулировать те традиции, которые необходимо возродить?

– Когда мы выполняли научную работу, писали диссертации, у первого директора института, Михаила Михайловича Краснова, был совершенно четкий постулат: «Не выступив на Обществе со своей темой, выходить на защиту нельзя». Это действительно был полигон, где велись острые научные дискуссии. Уровень, к которому нам сегодня следует стремиться, можно обозначить следующим образом: «...серьезность научного исследования, не подкрепленная вмешательством структур, которые занимаются изготовлением и продажей различного оборудования, материалов и т.д.» Тогда этого не было. Сейчас элемент ангажированности все-таки существует. Первое, что необходимо сделать, возродить практику действительно научной дискуссии, в ходе которой одни свободно высказывают свою точку зрения, а другие также свободно, независимо от каких-то пристрастий, могут это обсуждать. Так было тогда, в советские времена (я вынужден несколько раз употребить это словосочетание). Сейчас положение несколько изменилось. Иногда возникают ситуации, когда нам присылают заявки на выступления на Обществе, и в заголовках докладов фигурируют промышленные названия аппаратуры, лекарственных препаратов и т.д. Мы против этого возражаем: есть механизм действия лекарственного препарата, есть принцип лечения, именно на этом следует акцентировать внимание.

Второе. Я опять должен вспомнить наш «чудесный» интернет. У молодых людей совсем другой менталитет в плане получения информации. Для нас, например, в свое время увидеть дискуссию между нашими великими офтальмологами было равносильно, ну, я не знаю, походу в Большой театр на премьеру. Все ждали, когда это произойдет, чтобы прийти и послушать. Сейчас молодым это не интересно. Они все берут в интернете, не нужно куда-то ходить, думать

о том, как все потом представить, где найти литературу. В подтверждение приведу программу одного из заседаний Общества, которая на наш взгляд украсила бы любую научную конференцию. Тема: «Сложности диагностики начальных внутриглазных опухолей». Были представлены 4 доклада представителей различных научных школ:

1. Академик А.Ф. Бровкина «Возможна ли «уточненная» диагностика начальных меланом хориоидеи?»

2. Профессор И.Е. Панова «Значение визуализирующих методов исследования в диагностике начальных меланоцитарных опухолей хориоидеи»

3. Профессор С.В. Саакян «Проблемы диагностики начальных ретинобластом»

4. Профессор Е.Е. Гришина «Ранняя клиническая диагностика начальных метастазов в хориоидею»

Несомненно, интересно, а в аудитории было всего около 80 офтальмологов... Еще одно наблюдение. Пропадает дискуссионная атмосфера, если хотите. Не знаю, почему это происходит. К подготовке заседания надо относиться со всей серьезностью, не формально. Тема должна быть интересной. Посмотрите, как сейчас формируют программы некоторых научных конференций: собираются «в кучу» все, что прислали, генеральной линии нет, нет корректной постановки обсуждаемого вопроса и, как следствие, нет полноценного обсуждения проблемы. Так что задача заключается в том, чтобы пробудить интерес аудитории. Я повторяю, мы перепробовали много вариантов, даже тот же самый интерактивный опрос. Казалось бы, интересная форма дискуссии, в которой ты принимаешь непосредственное участие и можешь даже влиять на результаты обсуждения. Однако...

– Прогресс офтальмологической науки, огромный поток информации требует постоянного освещения актуальных вопросов. Причем круг этих вопросов постоянно расширяется. Планируете ли Вы выделить внутри Общества специализированные секции, которые будут концентрировать на себе узкопрофессиональные проблемы?

– Нет, не планируем. Старая, проверенная практикой истина гласит: «Хочешь погубить дело, создай комиссию». Должно быть несколько человек, энтузиастов, которые будут решать эти проблемы.

– Основная деятельность МНОО всегда была направлена на повышение профессионального уровня московских офтальмологов, привлечение молодых специалистов в члены МНОО. Можно ли сказать, что молодежь активно участвует в работе МНОО?

– Любой элемент новизны в обсуждении научных проблем – это повышение профессионального уровня, но я повторяю, сейчас

это все легко сделать через интернет. Другое дело, что многие материалы, которые можно найти в интернете, носят поверхностный характер, а некоторые – даже ошибочный. Но это знаем мы, а для молодых... это можно сделать в дороге, это можно сделать везде. Иными словами, потерялась эксклюзивность получения информации за счет регулярного живого общения, привлекательного с точки зрения того, что для выступающего это была ступенька. Если ты выступил на Обществе, это уже серьезно. Не каждому это было дано, я хорошо помню, как люди волновались. Что касается участия молодежи в работе Общества, то, мягко говоря, молодежь участвует не очень активно. Где, например, хоть одна заявка аспирантов доложить результаты законченного научного исследования? А ведь в заключении Диссертационного совета обязательно присутствует фраза об актуальности и новизне выполненной работы.

– Какие главные задачи ставит перед собой Московское научное общество офтальмологов? Каким образом Общество может влиять на решение проблем, существующих в российском здравоохранении?

– Общество никак не может влиять на решение подобных проблем. Какие-то вопросы мы пытаемся обсуждать на президиуме Российского общества, но результаты оставляют желать лучшего. Прислушаться к нам пока не очень хотят.

– Существуют ли научные связи между Московским научным обществом офтальмологов, Обществом офтальмологов России, Межрегиональной ассоциацией врачей-офтальмологов?

– Московское научное общество является региональной структурой Общества офтальмологов России. Как известно, появление на свет любой новой структуры должно иметь под собой достаточно веские основания. В первую очередь, это означает, что существующие организации оказались не способными решить стоящие перед ними задачи, и их выполнение берет на себя новая структура. Я и на президиуме ООР говорил, что при наличии Российского общества, исторически объединяющего офтальмологов нашей страны, не очень понимаю необходимости в появлении других общественных организаций. Но это мое личное мнение.

– С иностранными Обществами существуют связи?

– Вы знаете, насколько я представляю, никогда особо тесных связей у Московского общества с иностранными Обществами не было ни во времена СССР, ни сейчас. Надо иметь в виду, что научное сотрудничество – это удел крупных институтов, кафедр, один из показателей уровня научно-исследовательской работы. Это не только поощряется, к этому всячески призывают. Раньше, когда были близости с выездом на зарубежные конференции, Общество могло способствовать участию офтальмологов в этих мероприятиях, но сейчас проблемы выезда не существуют. Более того, число участников из России на международных конференциях в последнее время начинает превалировать над зарубежными коллегами.

– Сергей Эдуардович, на последнем съезде офтальмологов Вы сняли свою кандидатуру с голосования на должность председателя ООР. Чем это было продиктовано?

– Хотел бы напомнить читателям хронологию событий. Президиумом ООР еще до съезда были выдвинуты две кандидатуры, действующий председатель Общества Христо Периклович Тахиди

и моя. На заседании президиума Общества это не вызвало возражений, более того, было высказано мнение, что выборы должны проходить на альтернативной основе. Но в последний день, когда съезд уже практически закончил работу, началось обсуждение кандидатур, и в какой-то момент возникло ощущение, что борьба за кресло председателя может внести разлад в правление ООР, которое представлено нашими офтальмологами из разных регионов России. Долгое время мой отец, Эдуард Сергеевич Аветисов, был председателем Всеобщего общества офтальмологов, и он очень серьезно относился к этой работе (ситуация, правда, была другая). Главные условия нормального существования Общества как добровольной общественной организации – это легальность в принятии решений и интеллигентность (хотя это слово сейчас не в моде) в отношениях между коллегами-врачами. Я почувствовал, что мы приближаемся к грани, когда эти критерии могут быть просто разрушены. Поэтому, чтобы не доводить ситуацию до намечающегося раскола, я принял решение снять свою кандидатуру. И тогда и сейчас, по прошествии нескольких лет, считаю, что поступил правильно, и никаких сожалений не испытываю. Несмотря на известные обстоятельства, Христо Периклович Тахиди принял решение продолжить работу в качестве председателя ООР до следующего съезда. И не совсем понятно, почему в репортаже об очередном заседании президиума Общества, опубликованном в периодическом издании органа ООР, нет информации о том, что в заседании участвовал и председательствовал Х.П. Тахиди.

– Расскажите, пожалуйста, о перспективах дальнейшего развития МНОО.

– Мы не должны быть «...Иванами, не помнящими родства». Только что издала воспоминания Эмили Федоровны Левкоевой. Очень рассчитываю, что мы не ограничимся этим изданием. Да, наши молодые коллеги, конечно, слышали имена М.М. Краснова, А.П. Нестерова, С.Н. Федорова и других наших современников, недавно ушедших из жизни. Но молодежь не совсем представляет, какой огромный вклад в развитие отечественной и мировой офтальмологии внесли эти ученые. Мы хотим восполнить этот пробел и, если получится, к юбилею нашего института выпустим книгу воспоминаний о его первом директоре – академике М.М. Краснове.

Что касается других перспектив, то, наверное, должно пройти какое-то время. Мы же материалисты, и нас учили, что именно бытие определяет сознание. Если в нашем сознании не произойдет изменений, вперед сильно не шагнем. Но, может быть, что-то и изменится.

– Что бы Вы пожелали членам Общества и тем, кто еще не вступил в его ряды?

Считаю, что заседания Общества – незаслуженно забытая прекрасная форма обсуждения научных вопросов, причем не зависящая от организационных мер, когда надо готовить съезд, конференцию. Проводить заседания можно довольно регулярно, однако смущает, мягко говоря, отсутствие интереса. То есть посыл такой: нет интересного доклада – не будет заседания. Формально проводить Общество мы не будем. Есть материал, тема, достойная широкого обсуждения – тогда да. А там, глядишь, и интерес проснется, и люди будут стоять в проходах... ■

Беседу вел
Сергей Тумар

Теагель
– гель –

ГЕЛЬ
ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГИГИЕНЫ ВЕК

● РАСТВОРЯЕТ И УДАЛЯЕТ ВЫДЕЛЕНИЯ И ОМЕРТВЕВШИЕ КЛЕТКИ

● ОБЕСПЕЧИВАЕТ ЧУВСТВО СВЕЖЕСТИ

● СОХРАНЯЕТ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ВИД ВЕК

● ЗАБОТИТСЯ О КОЖЕ И ГЛАЗАХ

● УДОБНЫЙ В ПРИМЕНЕНИИ

Рейтинг
Косметологический препарат. Не является лекарственным средством

ООО «БИОКОДЕКС» 119019, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 21
Тел. [495] 783 26 80, факс [495] 783 26 81
www.biocodex.ru

Рейтинг
RU 77 01 34 001 E 020085 12 11 от 05.12.2011 г.

HEINE QUALITY

ГенералОф
офтальмологическое оборудование

Качество в новом свете
OMEGA® 500
непрямой офтальмоскоп - теперь есть возможность выбора между проверенной ксенон-галогенной (XHL) подсветкой и светодиодной (LED)

Особенности СВЕТодиодной (LED) подсветки:

- великолепная цветопередача, благодаря индексу цветопередачи 90 в сочетании с цветовой температурой 4000 К,
- возможность различать малейшие изменения сетчатки помогает однородное, без искажений освещение,
- материал светодиодного модуля гарантирует постоянство яркости в течение всего срока службы,
- гарантирует практически неограниченный срок службы (более 20 000 часов).

Для дополнительной информации по обновлению с XHL на LED свяжитесь с авторизованным дистрибутором

ГенералОф
официальный дистрибутор фирмы HEINE

119590, Москва, ул. Довженко, 8-1-103
Тел./факс: [495] 483-23-87
E-mail: info@generaloft.ru
www.generaloft.ru

ОТКРОЙТЕ ГЛУБИНУ
ЭФФЕКТА НПВС

Неванак®

Современное НПВС для профилактики и лечения послеоперационной боли и воспалительных явлений при хирургических вмешательствах по поводу удаления катаракты

Неванак®
(непафенак 0,1%, капли глазные)

ГЛУБИНА ЭФФЕКТА

Сентябрь 2012

Alcon
a Novartis company

Регистрационный номер: ЛП-001118 от 03.11.2011
ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Шесть лет вместе против глаукомы

Научно-практическая конференция

6 марта 2013 года, Москва



Академик РАН, профессор А.Ф. Бровкина, профессор В.П. Еричев



Президент Российского глаукомного общества, профессор Е.А. Егоров



Главный офтальмолог МЗ Московской области, профессор А.А. Рябцева



Ст. науч. сотрудник ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», доцент Д.Н. Ловпаче

Шестого марта в Москве в выставочном центре «ИнфоПространство» состоялась научно-практическая конференция, посвященная Всемирной неделе борьбы с глаукомой, которая вот уже 6 год проводится компанией Pfizer.

В этом мероприятии приняли участие известные офтальмологи Москвы и Санкт-Петербурга. Президиум конференции в Москве возглавили президент Российского

глаукомного общества, д.м.н., профессор Е.А. Егоров; академик РАН, профессор А.Ф. Бровкина; д.м.н., профессор В.П. Еричев; д.м.н., профессор А.Е. Рябцева; доцент Д.Н. Ловпаче. В Санкт-Петербурге – д.м.н., профессор Ю.С. Астахов. Формат мероприятия включал проведение телемоста, соединившего Москву и Санкт-Петербург.

Открывая заседание президент РГО, профессор Е.А. Егоров подчеркнул, что, несмотря на огромные

усилия, которые предпринимаются в борьбе с глаукомой, появление новых фармацевтических средств и внедрение новых медицинских технологий, проблема остается актуальной.

Старший научный сотрудник ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», доцент Д.Н. Ловпаче в своем докладе подчеркнула, что в этом году Всемирная неделя борьбы с глаукомой проходит не только при поддержке Всемирной

Глаукомной Ассоциации, но и при активном участии Всемирной ассоциации пациентов с глаукомой. Активная вовлеченность пациентов в борьбу с глаукомой очень важна, так как успех лечения глаукомы во многом зависит от приверженности больного лечению, строгого соблюдения пациентом всех рекомендаций врача.

Д.Н. Ловпаче подвела итоги работы образовательных программ для врачей «Фокус на диагностику», «Программа ONE» (Optic Nerve Evolution) и рассказала о программе «Фокус на пациента». В этих программах участвуют практически все регионы Российской Федерации, что говорит об эффективности данных программ. Программы направлены на внедрение в практику четкого алгоритма действий, стандартов оказания медицинской помощи и эффективных образовательных программ.

В 2009 году по инициативе Российского глаукомного общества при поддержке компании Пфайзер стартовала программа «Фокус на диагностику», призванная решить следующие задачи: улучшить качество диагностики больных глаукомой, организовать скрининг пациентов из групп риска и оптимизировать назначение лекарственных средств.

В 2010 году стартовала «Программа ONE», которая предусматривает обучение навыкам оценки ДЗН в 3D формате. Участвующие в программе доктора вырабатывают навыки оценки вариабельности ДЗН. Важным преимуществом этой программы является обучение офтальмологов эффективно использовать осмотр ДЗН с помощью линзы и щелевой лампы в диагностике и мониторинге глаукомы.

В 2012 году была разработана программа «Фокус на пациента», которая включает использование всех доступных методов информирования пациента, применение современных технологий с образовательной целью (интернет-ресурс, средства массовой информации), школы пациентов. Только при совместных усилиях врача и пациента можно сохранить зрение, но при этом необходима ранняя диагностика, адекватный «мощный» старт в комбинации с нейропротекцией, своевременная коррекция лечения, индивидуальный мониторинг.

С докладом «Медикаментозная терапия глаукомы: какой препарат выбрать?» выступил заведующий кафедрой глазных болезней Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.А. Павлова, главный офтальмолог Санкт-Петербурга, профессор Ю.С. Астахов. Его выступление проходило в режиме on-line. Сохранение зрительных функций

в течение всего ожидаемого периода жизни больного без снижения качества жизни при отсутствии или минимальных побочных эффектах является основной целью лечения глаукомы. Профессор Ю.С. Астахов перечислил все виды лекарственных средств, которые имеются в наличии у врача, и механизмы их действия. Это простагландины, β-адреноблокаторы, α₂-адреномиметики, α-β-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы (ИКА), фиксированные комбинации (простагландины+тимолол, тимолол+ИКА, тимолол+бримонидин), а также всем известный пилокарпин. При назначении препарата необходимо помнить о разном уровне ВГД днем и ночью, оценивать внутриглазные факторы, влияющие на концентрацию препарата. Профессор Ю.С. Астахов перечислил требования, предъявляемые к препаратам, это – отсутствие тахифиликса, увеличение кровотока в глазу, восстановление проницаемости трабекул, нейропротекторное действие, режим закапывания, длительность действия, удобный флакон, отсутствие системных и местных побочных эффектов, наличие фиксированной комбинации, возможность контроля за выполнением назначений, стоимость, хорошее сочетание с лечением других заболеваний. Большой глаукомой, чаще всего пожилой человек, нередко страдающий системными заболеваниями и вынужденный принимать дополнительно другие препараты. При назначении лечения глаукомы необходимо учитывать не только данные, характеризующие течение всего заболевания, но и общее состояние больного, а также действие препаратов, которые используются для лечения системной патологии. В заключение докладчик дал рекомендации по ведению больных глаукомой с гипертонической болезнью, диабетом, заболеваниями сердца, щитовидной железой и для беременных женщин.

С докладом «Эффективный старт терапии глаукомы: какой препарат выбрать?» выступил профессор Е.А. Егоров (кафедра глазных болезней им. акад. А.П. Нестерова Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва). Е.А. Егоров перечислил многие факторы, ведущие к повреждению ганглиозных клеток сетчатки (ГКС), но напомнил о необходимости сохранения нормального движения внутриглазной жидкости. Лекарственные препараты, снижающие продукцию внутриглазной жидкости, неблагоприятно влияют на метаболические процессы

в бессосудистых структурах и, возможно, способствуют прогрессированию в них дистрофических изменений. Профессор Е.А. Егоров подробно остановился на двух группах гипотензивных препаратов: улучшающих отток внутриглазной жидкости и снижающих продукцию внутриглазной жидкости. Докладчик перечислил факторы, определяющие выбор подхода к лечению глаукомы: степень поражения на момент постановки диагноза, скорость прогрессирования заболевания, возраст пациента, ожидаемая продолжительность жизни пациента, факторы риска прогрессирования заболевания. Профессор Е.А. Егоров особо отметил необходимость раннего начала лечения, которое замедляет прогрессирование глаукомы. Простагландины – препараты первого выбора старта терапевтического лечения глаукомы. При выборе терапии глаукомы важен баланс эффективности и безопасности. Доктор должен помнить, что глаукома – хроническое заболевание и терапия будет длительной. Выбор должен быть на стороне наиболее хорошо переносимого препарата. Профессор Егоров отметил, что применение скалатана у детей с глаукомой во взрослой дозировке показало минимум 50-кратный резерв системной безопасности. По словам докладчика, глаукома не влияет на частоту возникновения «сухого

глаза», а смена препарата не влияет на частоту гиперемии. Далее профессор Е.А. Егоров представил классификацию нейропротекторов для лечения глаукомы. В заключение доклада были даны рекомендации РГО:

1. Гипотензивную терапию необходимо начинать с наиболее эффективной и безопасной монотерапии. К препаратам первого выбора относятся: простагландины/простагмиды (латанопрост, травапрост, биматопрост), неселективный бета-адреноблокатор тимолола малеат. При недостаточной эффективности – фиксированные комбинации (скалаком, азарга, косопт, комбиган, фотил). Возможные максимальные комбинации: утро – скалаком+бримонидин+ИКА; вечер – комбиган+ИКА.

2. Нейропротекция и поддерживающая терапия: нейрорептиды (ретиноламин, кортексин) – 1-2 раза в год, курс – до 20 инъекций в/м. Антиоксиданты (мексидол, гистохром, эмоксипин) – 1-2 раза в год, курс – до 20 инъекций в/м. Танакан+пиракарин – 2 раза в год, курс – 2 месяца.

В докладе «Диагностика глаукомы» профессор В.П. Еричев (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва) рассказал об особой значимости ранней диагностики глаукомы, ценности применяемых методик, инструментов и аппаратов, используемых как для диагностики, так и мониторинга больных глаукомой.



Формат мероприятия включал проведение телемоста, соединившего Москву и Санкт-Петербург. Главный офтальмолог Санкт-Петербурга, профессор Ю.С. Астахов (на экране)

Главный офтальмолог МЗ МО, профессор А.А. Рябцева (ФГУЗ МО МОНИКИ им. Владимирского) поставила свой доклад вопросам обеспечения медицинской помощи населению Московской области. Для улучшения качества и обеспечения

доступности офтальмологической помощи жителям МО необходимо укрепить материально-техническую базу медицинских учреждений, внедрить современные информационные системы в здравоохранение и стандарты медицинской помощи.

По завершении конференции был проведен интерактивный опрос участников, подготовленный компанией Pfizer.

Материал подготовила Лариса Тумар

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

< стр. 2

Внутренние трения в среде Общества отзывались на судьбе намеченного на май 1924 г. Всероссийского офтальмологического съезда, который был отсрочен на неопределенное время. От участия в заседаниях будущего съезда отказались три московских глазных учреждения – Московская глазная больница, глазная больница им. Гельмгольца, глазная клиника 2-го университета. Кроме того, профессор М.И. Авербах отказался от участия в издании «Русского офтальмологического журнала». Вскоре группа врачей во главе с М.И. Авербахом создала Московское офтальмологическое общество и новый печатный орган «Архив офтальмологии», издаваемый Главнаукой. Открытая конфронтация продолжалась несколько лет.

Отчеты общества глазных врачей в Москве по-прежнему публиковались в «Русском офтальмологическом журнале», где, кроме того, печатались и отчеты других офтальмологических обществ – Саратовского, Северо-Кавказского, Ташкентского, Ленинградского, Одесского и зарубежных – Французского, Германского.

В 1926 г. в Москве стартовал Первый Всесоюзный съезд глазных врачей, определивший необходимость сочетания в офтальмологии научных исследований и практической деятельности. Собравшийся после 13-летнего перерыва съезд отличался большим количеством участвующих – 579 человек.

Со временем, разделившиеся на два лагеря, московские офтальмологи вновь соединились, сформировалась согласительная комиссия, включающая представителей обоих обществ. Первое заседание Объединенного общества глазных врачей в Москве проведено 4 апреля 1930 г. В дальнейшем оно переименовано в Московское общество глазных врачей, председателем избран М.И. Авербах. В 1932 г. «Русский офтальмологический журнал» и «Архив офтальмологии» слились в один

печатный орган – «Советский вестник офтальмологии», на страницах которого публиковались отчеты Московского общества глазных врачей, а также других научных обществ.

В 1937 г. журналу вернули первоначальное название «Вестник офтальмологии», публикации отчетов медицинских обществ продолжались. В годы Великой Отечественной войны работа Московского общества глазных врачей не освещалась. Публикации Московского офтальмологического общества возобновились с 1951 г. под рубрикой «Научные заседания». Общество, председателем которого стал профессор М.Л. Краснов, вошло в состав Всероссийского научного медицинского общества офтальмологов, созданного в 1956 г. Отчет Общества за 1961 г. опубликован в «Хронике» журнала. О многообразии вопросов, рассматриваемых на заседаниях, можно судить по докладам: «Значение технических наук в развитии современной медицины» (Б.В. Огнев), «Новое в диагностике и лечении амблиопии» (Э.С. Аветисов) и т.д.

В последующие десятилетия протоколы заседаний Московского общества офтальмологов, регулярно освещаемые на страницах офтальмологической прессы, перестали публиковаться. Ценные и оригинальные доклады и сообщения, представляемые на заседаниях Общества, стали недоступны для широкой офтальмологической общности.

В настоящее время Московское общество офтальмологов является мощной организацией, насчитывающей несколько сотен членов. Председателями Общества в последние десятилетия были: заслуженный деятель науки, профессор М.Л. Краснов, академик РАМН А.П. Нестеров, профессор Б.Н. Алексеев. В настоящее время Общество возглавляет член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор С.Э. Аветисов. Общество плодотворно продолжает научное общение специалистов по вопросам офтальмологии.

Новинки от издательства «Апрель»



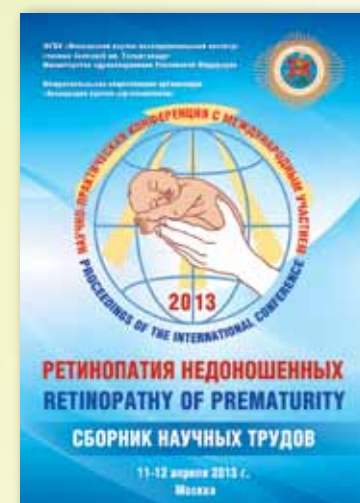
ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

Избранные лекции по офтальмологии

ФГБУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН

Под редакцией академика РАМН, д.м.н., профессора С.Э. Аветисова. Выпуск 1.

ISBN 978-5-905212-24-6



Ретинопатия недоношенных – 2013

Сборник трудов научно-практической конференции с международным участием, ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца»

Ответственный редактор – д.м.н., профессор Л.А. Катаргина

Сборник содержит научные труды российских и зарубежных офтальмологов, посвященные вопросам организации офтальмологической помощи недоношенным детям; изучению эпидемиологии, факторов риска и патогенеза ретинопатии недоношенных; скринингу, диагностике и лечению ретинопатии недоношенных в активной и рубцовой фазе; отдаленным клинико-функциональным исходам и вопросам реабилитации детей с ретинопатией недоношенных.

ISBN 978-5-905212-23-9

КСАЛАТАН® – препарат №1 для лечения глаукомы^{1,2}

ДОВЕРИЕ

ПРОВЕРЕННОЕ ВРЕМЕНЕМ

➕ Физиологичный механизм действия **КСАЛАТАНа** помогает сохранить структуры глаза^{3,7,8}

➕ **КСАЛАТАН®** – единственный простагландин, разрешенный к применению у детей с 1 года^{9, 10}

➕ **КСАЛАТАН® №3** оригинальный препарат стал доступнее для длительной терапии глаукомы¹¹



Представительство Корпорации «Пфайзер Эич. Си. Пи. Корпорейшн» (США)
123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, тел.: +7 (495) 287-5000, факс: +7 (495) 287-5300.
Более подробная информация в инструкции по применению препарата.

1. European Glaucoma Society. Terminology and guidelines for glaucoma, 3rd Edition, 2008. 2. IHS data, October 2011. 3. BY Richard F. Brubaker, MD THE FLOW OF AQUEOUS HUMOR IN THE HUMAN EYE. 1982: 451. 4. Minkles NK et al. Corneal intraocular pressure management with latanoprost: diurnal and nocturnal intraocular pressure reduction and increased uveoscleral outflow. Surv Ophthalmol. 1997 Feb; 41 Suppl 2:S134-44. 5. Shan Fan, MD et al. Aqueous Humor Dynamics During the Day and Night in Volunteers With Ocular Hypertension Arch Ophthalmol. 2011; 129(9): 1162-1166. 6. Malik Goni et al. Aqueous Humor Dynamics: A Review Open Ophthalmol J. 2010; 4:52-63. 7. Florent N. Weinreb et al. Effects of Prostaglandins on the Aqueous Humor Outflow Pathways. SURVEY OF OPHTHALMOLOGY VOLUME 47, SUPPLEMENT 1, AUGUST 2002. S53-S64. 8. Инструкция по медицинскому применению препарата Ксалатан, одобрена 19.12.2008. Изменения №2 Т1 №012867/01-27.12.11. 9. Инструкция по медицинскому применению препарата Травопрост. 10. Инструкция по медицинскому применению препарата Биматопрост. 11. Рег. удостоверение ГН012867/01, одобрено Росздравнадзором 19.12.2008.



Современные технологии лечения витреоретинальной патологии

XI Научно-практическая конференция

21-22 марта 2013 года, Москва

21-22 марта 2013 года в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» состоялась XI Научно-практическая конференция «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии» с участием российских и иностранных специалистов более чем из 40 стран.

Невозможно переоценить значимость, разнообразие и сложность проблем витрео-ретиальной патологии. Ежегодно данная конференция привлекает порядка 500 слушателей и участников.

В этом году в программу конференции были включены вопросы, касающиеся ретинопатии недоножденных; были изложены современные взгляды на этиологию и патогенез витреоретинальной патологии. Во время заседаний обсуждались вопросы развития микрохирургической техники, лазерных методов в лечении различной патологии глазного дна. Широкое освещение вопросов витреоретинальной хирургии при травме глаза, роли и места консервативных методов лечения заболеваний сетчатки, а также современных методов диагностики витреоретинальной патологии, еще раз подтвердило, что тема конференции актуальна.

Генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, д.м.н., профессор А.М. Чухраев во вступительной речи поздравил всех собравшихся участников с началом работы конференции, отметил неоценимый вклад Святослава Николаевича Федорова и его учеников в раз-



«Живая» хирургия



Стендовые доклады

витие российской офтальмологии и витреоретинальной хирургии, в частности. Профессор А.М. Чухраёв пожелал всем участникам плодотворной работы, интересных сообщений, «живых» дискуссий и запоминающихся впечатлений от посещения выставки медицинского оборудования и конференции в целом.

Профессор Е.С. Либан (Москва) отметила особую значимость витреоретинальной патологии в структуре причин слепоты и слабо зрения, а также сообщила об определенном успехе, достигнутом за последние годы; уменьшении количества инвалидов по зрению вследствие патологии сетчатки в Российской Федерации.

Со словами благодарности к оргкомитету конференции, руководству ФВГУ «МНТК Микхирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» обратилась И.Е. Федорова. Она поблагодарила руководство, сотрудников комплекса за всестороннюю поддержку и помощь в организации мероприятий, посвященных памяти выдающегося человека, врача, ученого и основателя МНТК «Микхирургия глаза» – святошлага Николаевича Федорова.

Открытие конференции ознаменовалось еще одним значимым событием. Впервые был успешно запущен проект онлайн интернет-трансляции работы всей конференции. Утреннее заседание первого дня конференции было посвящено вопросам ретинопатии недоношенных. Профессор Б.Э. Малюгин (Москва) отметил большую социальную значимость данной проблемы и передал слово главному детскому специалисту офтальмологу Министерства здравоохранения РФ, профессору Л.А. Кагарникова (Москва), которая в своем докладе сконцентрировала внимание слушателей на современном состоянии проблемы ретинопатии недоношенных, основных задачах и перспективах развития. Профессор Л.А. Кагарникова отметила, что на сегодняшний день изучение

газовые механизмы развития ретинопатии, зависимость развития и прогрессирования патологии от качества выхаживания недоношенных новорожденных, а не только от зрелости и соматической отягощенности недоножденного ребенка. Особо подчеркнуто, что данная проблема должна решаться при взаимодействии детского графа-офтальмолога и врача-неонатолога. Прогноз данного заболевания является благоприятным при своевременном выявлении и правильной тактике лечения. Однако в 31,2% случаев у детей с различной степенью ретинопатии в возрасте от 8 месяцев до 18 лет имеются различные поздние осложнения (пре- и интратринатальный фиброз, периферические витреохориоидеальные дистрофии, отслойка сетчатки). В мировой практике уже многократно подтверждена эффективность лазеркоагуляции сетчатки как «золотого стандарта» лечения ретинопатии, начиная со 2-й стадии ее развития. Л.А. Катаргина также отметила и особые успехи в решении проблемы ретинопатии недоношенных: налажена система раннего выявления, мониторинга и лечения ретинопатии недоношенных. В целом ряде регионов успешно организована работа высокотехнологичной медицинской помощи недоноженным детям. Благодаря правильной организации работы уменьшилось количество тяжелых исходов данной патологии.

Член-корреспондент РАМН, профессор Е.И. Сидоренко (Москва) в своем докладе остановился на основных проблемах ретинопатии недоношенных. По мнению докладчика, несмотря на открытие более 200 факторов риска развития ретинопатии недоношенных, этиология данного заболевания остается неизвестной. Данная проблема является крайне актуальной, социально значимой, и именно поэтому необходимо проведение фундаментальных исследований в данном направлении.

Актуальность проблемы ретинопатии недоношенных также отметила д.м.н. Э.И. Сайдашева (Санкт-Петербург). В подтверждение автор привела данные, что за 2012 год в Санкт-Петербурге количество родившихся с экстремально низкой массой тела составило 62 000 новорожденных детей. По мнению докладчика, дети с экстремально низкой массой тела имеют высокий риск развития тяжелых форм ретинопатии недоношенных. Выживание таких детей требует особого наблюдения со стороны неонатолога, а также, к примеру, дети с синдромом Апера требуют проведения операции в специализированных стационарах.

В своем сообщении П.П. Скрипец (Москва) сообщил, что введение ранибизумаба приводит к появлению ватообразного фибрирования стекловидного тела, а при проведении сливной лазерокоагуляции образуются очаги грубого фибрирования стекловидного тела. По его мнению, показанием к витрэктомии у детей с ретинопатией недоношенных является 5 рубцовая, а неактивная стадия болезни. либо 4 активная.

П.Л. Володин (Москва) в своем докладе отметил преимущества патерной лазерокоагуляции сетчатки в лечении активной ретинопатии. Наиболее значимыми из них, по мнению автора, являются: сокращение времени операции в 2 раза и строгое дозирование коагуляционного эффекта с отсутствием гиперкоагуляции.

В рамках конференции состоялся секционный, посвященный вопросам этиологии и патогенеза различной витреоретинальной патологии. Профессор В.Д. Захаров (Москва) представил сообщение о способе удаления кортикальных слоев стекловидного тела, что вызывает особую сложность при плотном его прилегании к сетчатке. В.Д. Захаровым разработана оригинальная методика удаления стекловидного тела – начиная с периферии к центру с использованием перфораторного органического соединения для отслаивания кортикальных слоев и чередования режимов аспирации и резания при проведении витрэктомии. Т.Д. Охочимская (Москва) в своем докладе на животной модели VEGF-индуцированной неоваскуляризации показала способность ангиостатина замедлять рост новообразованных сосудов, обосновав перспективность возможного использования его в качестве ангиогенного препарата. Сообщение Е.В. Варваринского (Новосибирск) было посвящено патогенезу диабетической ретинопатии. Автором выполнено исследование, позволившее сделать вывод о том, что большую роль в развитии пролиферативной диабетической ретинопатии играет высокая активность местного иммуноопосредительного процесса с повышением содержания фактора роста сосудов в полости стекловидного тела более чем в 20 раз. И.В. Злобин (Иркутск) с соавторами исследовал уровень цитокинов во влаге передней камеры при неоваскулярных заболеваниях сетчатки. Автор отметил зависимость изменения показателей от патологии. Наибольший уровень эндотелиального фактора роста наблюдается у пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией и посттромботической ретинопатией. М.В. Пшеничников (Хабаровск) с соавторами представил сообщение, посвященное различным формам макулярного отека у пациентов с СД 2 типа. По данным авторов, преобладают экссудативные формы – 86,5%; ишемические формы составляют 13,5%. В.С. Стебнев (Самара) представил сообщение о различных вариантах симптоматической витреоретинальной дегенерации, связанной с неполным отслоением задних кортикальных слоев стекловидного тела с формированием тракций сетчатки. Лишь в 3,6% случаев автором отмечено самостоятельное отслоение и разрешение процесса с выздоровлением. У остальных пациентов наблюдалась отрицательная динамика с формированием ламинарных разрывов

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №2/2013



Заседание «Ретинопатия недоношенных». На трибуне главный детский специалист
офтальмолог МЗ РФ, профессор Л.А. Катаргина

патологии глазного дна при помощи мобильного телефона со встроенной фотокамерой. Первые результаты показали высокую эффективность и чувствительность данной разработки.

Исследование, проведенное Е.А. Толстухиной с соавторами, показало, что для оценки атрофии пигментного эпителия сетчатки более удобно использование метода аутофлуоресценции, что исключает необходимость ангиографии. Метод аутофлуоресценции является незаменимым, а хранение и компьютерный анализ данных позволяют значительно эффективнее оценить прогрессирование заболевания за несколько лет.

Исследования С.А. Жаворонковой (Москва) и О.А. Юхановой (Москва) показали наличие микроструктурных изменений в макулярной области после успешно проведенной хирургии по поводу ретинальной отслойки сетчатки и идиопатического макулярного разрыва. Изменения характеризуются нарушениями в области контакта

Специально для издания «Поле зрения»
Газета для офтальмологов» подготовил
врач-офтальмолог **И.В. Дроздов**,
ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова»

Фото автора

**ООО «Трансконтакт»
и группа компаний
К С Е Н Т Е К**

www.xsntek.ru

ООО «Трансконтакт» (495) 605-39-38
ООО «Дубна-Биофарм» (495) 921-36-97

ACRYSTYLE
Мягкие
интраокулярные
линзы

КСЕНОПЛАСТ
Коллагеновый
антиглаукоматозный дренаж
и материалы для
склеропластики

ОКВИС
Протектор
тканей глаза –
глазные капли

ЛОКО.ПНК
Аппарат для
фототерапии
роговицы
методом
локального
кроссликинга

☆ **БИОСОВМЕСТИМОСТЬ**
☆ **БЕЗОПАСНОСТЬ**
☆ **ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

Новый препарат

АЛЛЕРГОФЕРОН®

**ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО
И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ**



=

новый подход
к лечению
аллергии

**Лечение сезонного
и круглогодичного
аллергического ринита
и конъюнктивита**



Регистрация № ЛП000065



БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
ФИРМ М www.firmm.ru

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО
ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Ретинопатия недоношенных

Научно-практическая конференция с международным участием

11-12 апреля 2013 года, Москва

Организаторы:

ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России;
Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов».

Основные направления работы конференции:

- Опыт организации офтальмологической помощи недоношенным детям в регионах РФ.
- Современные подходы к выявлению, диагностике и мониторингу ретинопатии недоношенных (РН) у различных контингентов пациентов.
- Взгляд неонатологов на проблему РН.
- Дифференцированные подходы к лечению различных клинических проявлений активной и рубцовой РН.
- Тактика реабилитации пациентов, перенесших РН.



Президиум 1-го заседания конференции: Bryan Darlow (Новая Зеландия), Э.И. Сайдашева, Anand Vinekar (Индия), Л.А. Катаргина, Clare Gilbert (Великобритания), В.В. Нероев

Одним из приоритетных направлений проводимой в настоящее время в Российской Федерации реформы здравоохранения является повышение рождаемости и уменьшение младенческой смертности. Оказание качественной медицинской помощи недоношенным детям является одной из важнейших задач службы охраны материнства и детства. Существенное повышение качества выхаживания глубоко недоношенных детей привело к резкому увеличению числа выживших глубоко недоношенных и ранее нежизнеспособных младенцев. Это, в свою очередь, привело к возрастанию числа детей с тяжелыми формами РН. Слепота и слабовидение вследствие ретинопатии недоношенных (РН) доминируют в структуре причин нарушения зрения с детства как в развитых, так и в развивающихся странах, несмотря на все достижения науки и практической медицины.

Минздравом РФ при активном участии ответственных офтальмологов проделана большая работа по созданию нормативной базы, подготовлен и актуализирован «Порядок оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» (Приказы Минздрава России № 791н от 22.07.2011 г. и № 442н от 25.10.2012 г.), где обозначены базовые положения по организации офтальмологической помощи детям в целом и недоношенным детям в частности.

По программе модернизации региональные медицинские учреждения были оснащены современной аппаратурой, необходимым для организации помощи недоношенным детям. Создана единая программа подготовки специалистов по проблеме РН, и только в 2012 г. свыше 300 офтальмологов прошли подготовку на курсах тематического усовершенствования, образовательных семинарах и других мероприятиях.

Открывая научно-практическую конференцию «Ретинопатия недоношенных», директор ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», главный специалист офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор В.В. Нероев призвал специалистов и особенно главных региональных детских офтальмологов принять активное участие в разработке клинических рекомендаций, в том числе по ретинопатии недоношенных, являющейся на сегодняшний день первоочередной проблемой в детской офтальмологии. В документах, которые представляют собой фактически монографии, должны быть максимально учтены все пожелания, рекомендации, поступающие из регионов. Главный



Профессор А.Г. Антонов (ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова», Москва)

ринга ретинопатии недоношенных и «сегодняшняя встреча будет важным шагом к взаимопониманию, к внедрению новых знаний в офтальмологическую практику в нашей стране». В России происходит переход на качественно новый уровень оказания помощи недоношенным детям: создана нормативная база, медико-экономические стандарты выхаживания недоношенных детей, в том числе с ретинопатией недоношенных. Благодаря реализации региональных программ модернизации и централизованным закупкам, президентской программе, что прошедшие два года регионы были оснащены необходимым оборудованием, которое позволяет оказывать помощь недоношенным детям на качественно новом уровне. Активизировалась подготовка специалистов. Л.А. Катаргина выразила надежду, что конференция позволит им участникам «говорить на одном языке, понять много нового в этой проблеме».

Профессор Clare Gilbert (International Centre for Eye Health, Clinical Research Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Великобритания), известный в мире



Главный детский специалист офтальмолог МЗ РФ, профессор Л.А. Катаргина. Главный специалист офтальмолог МЗ РФ, профессор В.В. Нероев



Во время работы «круглого стола» Richards Alan (США) поделился опытом организации лечения недоношенных детей в штате Луизиана

специалист по организации помощи недоношенным детям, отметила, что ретинопатия недоношенных является важной причиной слепоты как в высокоразвитых странах, так и в странах с низким и средним уровнями развития. Необходимо расширить применение программ интенсивной помощи недоношенным детям. Существующие программы не во всех регионах мира отвечают требованиям сегодняшнего дня. Докладчик обратила внимание на важнейшую роль медицинских сестер, которые обеспечивают повседневный уход за новорожденными детьми.

Профессор Bryan Darlow (Department of Paediatrics, University of Otago, Christchurch, Новая Зеландия) в своем докладе отметил, что кислородотерапия при уходе за недоношенными детьми влияет на их дальнейшее развитие. Необходимо обращать самое серьезное внимание на дозировку кислорода, так как «больше» не значит «лучше». Избыток кислорода может привести к слепоте, а его недостаток опасен последствиями, связанными с головным мозгом, легкими и сердцем. Необходимо использовать

недоношенных, треть «Т» означает «talks» или общение и совместная подготовка по специально разработанным программам педиатров и гинекологов, так как именно эти люди первыми понимают, что ребенок находится в опасности.

С.В. Кацан (ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова», Украина) остановился на вопросе организации помощи в лечении ретинопатии недоношенных в южных регионах Украины. В 2009 году на Украине вышел первый и единственный приказ по протоколу лечения детей с ретинопатией недоношенных. На сегодняшний день ежегодно регистрируется около 180 случаев слепоты по причине этого заболевания. В 2008 году на базе Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова была создана инициативная группа по оказанию специализированной помощи детям с риском развития ретинопатии недоношенных.

Задача этой группы заключалась в определении уровня помощи недоношенным детям. В результате проведенного исследования, по словам докладчика, была выявлена низкая информированность родителей об этом заболевании. Не более 10% родителей, живущих в 200-300 км от региональных клиник, приезжают с детьми на медицинские осмотры. В районных центрах и некоторых регионах имеется дефицит специалистов и необходимого оборудования.

С.А. Кошечева (КОГБУЗ «Кировская краевая офтальмологическая больница») остановилась на вопросах организации офтальмологической помощи недоношенным детям в условиях модернизации здравоохранения в Алтайском крае.

В.И. Лебедев (КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница») остановилась на вопросах организации офтальмологической помощи недоношенным детям в условиях модернизации здравоохранения в Алтайском крае.

Anand Vinekar (Индия) поделился опытом организации лечения ретинопатии недоношенных в Индии, где это заболевание встречается в два раза чаще, чем в других странах, при этом не существует статистики заболеваемости в сельских районах. В Индии только около 20 офтальмологов занимаются проблемами ретинопатии недоношенных. В некоторых сельских районах новорожденные дети совсем не наблюдаются окулистами. Несколько лет назад в стране была разработана «Стратегия трех «Т» — телемедицина, «training» или подготовка офтальмологов на периферии со специализацией на ретинопатии



В.В. Ковылин, главный внештатный специалист детский офтальмолог Волгоградской обл.

А.У. Шарипова (Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней) рассказала об организации работы по лечению ретинопатии недоношенных в Республике Казахстан.

В заключение заседания участники конференции имели возможность задать вопросы докладчикам.

Graham Quinn (Division of Pediatric Ophthalmology, The Children's Hospital of Philadelphia, США) представил участникам конференции доклад «Современные методы лечения тяжелых форм РН (включая авастин): перспективы для офтальмологов», в котором была подчеркнута необходимость ведения реестров и проведения систематических осмотров детей, получающих препарат авастин, для предупреждения возможных осложнений.

Brian Darlow (Новая Зеландия) выступил с докладом «Анти-VEGF при РН: системная безопасность». Он обратил внимание на возможность развития побочных эффектов целого ряда структур формирующегося организма ребенка в связи с длительным сохранением препарата в системном кровотоке недоношенного после интравитреально-го введения авастина.

Э.И. Сайдашева (Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург) поделилась опытом использования флуоресцентной ангиографии сетчатки в диагностике РН; отметила необходимость дальнейшего исследования этой методики для накопления опыта, анализа клинических результатов. Докладчик подчеркнула, что технология является безопасной, высокоинформативной, позволяет улучшить качество диагностики, повысить эффективность лазерного лечения активных и особенно задних агрессивных форм заболевания.

С.В. Исаев (Калужский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») представил доклад на тему «Анализ цифровых изображений глазного дна при классическом течении активных стадий РН».

И.Б. Асташева (ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва) в докладе «Современные подходы к коагуляции сетчатки при разных формах РН» отметила, что при первом типе РН показана тотальная неслепная коагуляция авастина. Докладчик убедительно показал, что неплохой альтернативой транспупиллярным методикам может быть и транссклеральная коагуляция, которую не стоит полностью сбрасывать со счетов.

О.В. Дискаленко (Ленинградская областная детская клиническая больница, Санкт-Петербург) прокомментировал особенности хирургического лечения активной 5-й стадии РН и высказал мнение о том, что в настоящее время можно изменить отношение к значению «пороговой стадии заболевания», учитывая все большее многообразие форм ретинопатии недоношенных и значительное увеличение их злокачественных форм. О.В. Дискаленко указал на необходимость более сдержанно подходить к вазокоагуляции сетчатки при выраженных фиброзном процессе в стекловидном теле, так как это, по опыту докладчика, во многих случаях способствует быстрому развитию отслойки сетчатки; более широко применять витреальные вмешательства при начальных стадиях отслойки сетчатки, в том числе с использованием малоинвазивных технологий. При наличии современного оборудования витреэктомия в настоящее время становится рутинной операцией —



Е.Ю. Павлюк, Морозовская ДГКБ (Москва)

длительность операции при РН 4-й степени составляет 15-20 минут. Использование при проведении витреальных вмешательств современного оборудования и технологий позволяет достичь хороших анатомических и функциональных результатов даже при самых тяжелых формах заболевания, которые раньше считались малооперабельными.

А.В. Баранов (ГУЗ «Детская городская больница № 19»; Северо-Западный государственный медицинский университет, Санкт-Петербург) в своем докладе «Хирургическое лечение поздних стадий РН» сказал, что, несмотря на улучшение уровня выхаживания, диагностики, техники лазерного вмешательства, сохраняется значительный процент детей, у которых развиваются поздние стадии заболевания, и эти дети считаются потенциально слепыми. Докладчик подробно рассказал об опыте использования методов витреоретинальной хирургии при лечении поздних стадий заболевания.

С докладом «Показания к хирургическому лечению 4-й стадии РН» выступил М.А. Карякин (ГБУЗ Свердловской области «Детская клиническая больница восстановительного лечения научно-практического центра «Бонум», Екатеринбург). По его мнению, оперативное лечение 4-й стадии ретинопатии недоношенных показано проводить в активный период, учитывая возможность спонтанного регресса, при достижении площади отслойки сетчатки более 3-4 меридианов.

Е.В. Денисова (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», Москва) рассказала о поздних витреоретинальных осложнениях, которые развиваются при любой степени остаточных изменений после перенесенной ретинопатии недоношенных, а сроки их развития широко варьируют. Развитие поздних витреоретинальных осложнений может быть причиной снижения зрения у детей с благоприятными исходами ретинопатии недоношенных, поэтому так важно их своевременное выявление и лечение. По мнению Е.В. Денисовой, патогенез и способы профилактики поздних витреоретинальных осложнений требуют дальнейшего изучения. Отслойки сетчатки могут развиваться в любом возрасте и носить преимущественно тракционно-регатоматозный характер. Современное хирургическое лечение позволяет добиться прилежания сетчатки и восстановления зрительных функций у большинства пациентов, но для этого необходимо длительное, практически пожизненное наблюдение пациентов, перенесших ретинопатию недоношенных.

Два сообщения были посвящены не менее значимой проблеме, чем ретинопатия недоношенных — глаукоме. Е.В. Мазанова (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», Москва) выступила с докладом на тему «Формы глаукомы у детей с РН», М.А. Зерцалова (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет) рассказала



Э.И. Сайдашева, главный детский офтальмолог г. Санкт-Петербурга, задает вопросы П.Л. Володину (Москва) по докладу

об особенностях развития и течения глаукомы у детей, родившихся на разных сроках гестации. В заключение работы сессии были представлены два доклада по применению антиоксидантов при РН. Как отметила председатель заседания, профессор Л.А. Катаргина, оксидантному стрессу, повреждающему действие свободных радикалов уделяется большое значение при анализе патогенеза ретинопатии недоношенных, однако до сих пор медикаментозное лечение РН не является признанным в терапии.

Е.Н. Демченко (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», Москва) отметила, что применение гистохрома в виде внутримышечных инъекций при ретинопатии с обширными аваскулярными зонами, а также при пороговых стадиях заболевания, увеличивает частоту самопроизвольного регресса заболевания, замедляет прогрессирование процессов до пороговой стадии, что в свою очередь способствует уменьшению площади аваскулярных зон к моменту проведения лазеркоагуляции и, соответственно, выраженности рубцовых изменений в последующем, а также позволяет провести вмешательство на более крупном ребенке с меньшей соматической отягощенностью и повышает эффективность лазеркоагуляции в пороговой стадии заболевания.

Продолжая тему применения антиоксидантов у недоношенных детей Г.В. Николаева (Кафедра офтальмологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва). Она представила сравнительный анализ эффективности применения антиоксидантного препарата гистохром у недоношенных детей. Проведенные исследования подтвердили необходимость применения антиоксидантов для профилактики и лечения ретинопатии недоношенных. Оптимальным препаратом по сравнению с другими аналогичными лекарственными средствами по целому ряду показателей был признан гистохром.

Программой конференции было предусмотрено проведение круглого стола на тему «Динамическое наблюдение детей с РН». Доктор Clare Gilbert (Великобритания) отметила важность разработки национальных рекомендаций по лечению РН.

Главный детский специалист офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, профессор Л.А. Катаргина в своем выступлении коснулась вопроса создания национального протокола по ведению детей с активной РН с учетом опыта, накопленного в этом направлении в Великобритании и США. Людмила Анатольевна обратила внимание участников круглого стола на то, что проблеме ретинопатии уделяется серьезное внимание на государственном уровне, что это заболевание введено в формы федерального статистического наблюдения, что даст возможность лучше представлять ситуацию с распространенностью ретинопатии в стране

и в каком объеме оказывается помощь больным детям. Профессор Л.А. Катаргина поблагодарила Clare Gilbert за ее внимание к проблемам, существующим в стране, за советы, которые во многом способствовали организации работы в Российской Федерации. Профессор Л.А. Катаргина подчеркнула, что проблемы скрининга представляют собой практическую задачу. На сегодняшний день пока еще существует нехватка врачей, медицинских сестер, поэтому объем участия медицинских сестер в процессе работы с недоношенными детьми, очевидно, не соответствует принятым в мире стандартам. Наименее отработанным вопросом, в том числе в США и Великобритании, является диспансерное наблюдение за детьми с регрессируемыми формами ретинопатии недоношенных после 1 года жизни.

Профессор Graham Quinn (США) поделился опытом в вопросе длительного диспансерного наблюдения за детьми с РН.

Е.А. Степанова (ГБУЗ Свердловской области «Детская клиническая больница восстановительного лечения научно-практического центра «Бонум», Екатеринбург) рассказала об организации диспансерного наблюдения за детьми с РН в условиях многопрофильного лечебного учреждения, где работают специалисты различных направлений. Профессор Л.А. Катаргина отметила, что опыт, накопленный в Екатеринбурге, весьма полезен и может служить одной из моделей диспансерного наблюдения в России.

С докладом «Организация офтальмологической помощи недоношенным детям в г. Томске и Томской области» выступила М.С. Петракова (ОГАУЗ «Областная перинатальная больница», Томск).

Один из ведущих неонатологов России, профессор А.Г. Антонов (ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова», Москва) отметил большую роль перинатальных центров как в снижении потерь среди новорожденных с экстремально низкой массой тела, так и в снижении инвалидности в последние годы.

Во время дискуссии участники круглого стола обсуждали различные вопросы, связанные с уходом за новорожденными, с организацией лечения ретинопатии недоношенных, обучения интернов и ординаторов практическим навыкам лазеркоагуляции сетчатки.

В рамках конференции состоялось заседание профильной комиссии по детской офтальмологии Минздрава России, работала выставка офтальмологического оборудования и инструментария, лекарственных препаратов от ведущих отечественных и зарубежных производителей. ■

Материал подготовила
Лариса Тумур

Фото предоставлены
оркестром конференции



Аксиома счастья профессора Элеоноры Егоровой

Уважаемая Элеонора Валентиновна! Издательство «АПРЕЛЬ» и редакция газеты «Поле зрения» поздравляют Вас с юбилеем! На протяжении полувека Вы, человек талантливый и увлеченный, ведете активную научно-исследовательскую, лечебную, хирургическую и организационную работу. Вы с энтузиазмом беретесь за дело и достигаете подлинных вершин мастерства. Ваша творческая компетентность, глубокое знание предмета помогли Вам создать монографии, ставшие настольными книгами многих офтальмологов, осваивающих новые диагностические и хирургические технологии. От души желаем здоровья, успехов, благополучия, долгих лет жизни!

Штрихи к портрету

Элеонора Валентиновна Егорова, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующая отделом хирургии глаукомы ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

В 1976 году Э.В. Егорова Указом Президиума Верховного Совета СССР награждена Орденом Трудового Красного Знамени.

В 1985 году Э.В. Егорова удостоена Золотой медали ВОИС при ООН «За разработку новой технологии хирургии глаза».

В 2004 году Э.В. Егоровой присвоено Почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации».

Под научным руководством Э.В. Егоровой защищено 32 кандидатских диссертации, 6 докторских диссертаций, при ее активном участии подготовлено 18 кандидатских диссертаций. Э.В. Егорова – автор более 500 научных работ, 7 монографий, 2 из которых получили высшие премии В.П. Филатова и М.И. Авербаха. Э.В. Егорова – автор 146 изобретений.

В 1979 году защищена докторская диссертация на тему: «Комплексное хирургическое лечение стационарных травматических катаракт с интраокулярной коррекцией».

Монографии:

- Криохирургия. Криогенный метод в офтальмологии (1974 г.)
- Хирургическое лечение травматических катаракт с интраокулярной коррекцией (1985 г.). Удостоена премии РАМН им. В.П. Филатова.
- Artificial Lens Implantation (1987 г.)
- Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика (1992 г.). Удостоена премии РАМН им. М.И. Авербаха.
- Intraocular Eye Implantation: Errors and Complications (1994 г.)
- Интраокулярная коррекция в хирургии осложненных катаракт (2006 г.)
- Ультразвуковая биомикроскопия в диагностике переднего сегмента глаза (2007 г.)



Встреча Нового 1978 года



Э.В. Егорова с сотрудниками Московского научно-исследовательского института им. Гельмгольца, 1986 г.

быть хороший аппетит. Если нет аппетита, она нездорова. Должна увлекаться мужчинами и радоваться вниманию, которое она вызывает у сильного пола. Красивые вещи и шопинг создают хорошее настроение. Стараться выглядеть лучше, чем ты есть – желание любой женщины. Внешнее благосостояние неотъемлемо от счастья. Но повторю, если передо мной книга, где умный автор предлагает красивое решение проблемы, все вышесказанное уходит далеко на второй план, я получаю истинное удовольствие и радость от общения с книгой. Со многими авторами я была знакома, училась по их книгам, статьям, то есть узнавала их прежде по работам, а когда мы встретились, у меня было ощущение, что мы – давние знакомые.

Быть в доверии у Святослава Николаевича очень много значило для нас. Однако ко мне он был строг, не прощал тех ошибок, которые мог простить другим. При этом взаимное доверие было безграничным. Между нами не было и тени недопонимания. То, что на первый взгляд нельзя было сделать, мы делали.

– Элеонора Валентиновна, с чего началась Ваша карьера офтальмолога?

– Я досрочно закончила аспирантуру в Первом медицинском институте, успела защититься, будучи еще аспирантом. Святослав Николаевич Федоров в это время уже год как приехал в Москву. Доцент, Клавдия Васильевна Дорминдонта, любимый мой учитель, сказала, что мне подойдет хирургия, что у меня есть к этому способности. «Иди к Федорову», – посоветовала она мне.

Приход к Святославу Николаевичу был нелегким: руководитель кафедры, Виталий Николаевич Архангельский, академик, главный офтальмолог Минздрава СССР, открыто выступал против Федорова, но делал это исключительно по своим убеждениям. Архангельский прошел Великую Отечественную войну. Он был морфолог, в 30-е годы опубликовал результаты исследований русских работ, до которых американские коллеги дошли только в 60-е годы. Но Федорова и Архангельского разделяли четверть века. Виталий Николаевич не представлял, что такое микрохирургия. Но он прекрасно знал, какими были ранения глаз, хорошо помнил человеческие катастрофы ослепших солдат. Поэтому представить себе инородное тело в глазу, имплантацию искусственного хрусталика, просто не мог. Но если бы их можно было соединить... По эрудиции, по глубине мышления они были потрясающим дополнением друг друга. Иден Федорова, микрохирурга-новатора и глубочайшие, фундаментальные познания Архангельского соединили бы их неразлучно, если бы только этот четвертьвековой разрыв можно было сократить...

Так случилось, что Виталий Николаевич заболел, и к окончанию аспирантуры мы оказались безпризорными, никто нам не помог



На отдыхе с сыном, 1973 г.



С дочерью, 1976 г.



С сестрой и дочерью. Лето 1978 г.

устроиться на работу, никто не пожелал нам доброго пути. В результате – мы, восемь человек, всеми правдами и неправдами пришли к Федорову в 50-ю больницу. Брать меня он не хотел, но я согласилась на место простого врача-офтальмолога. Он взглянул на меня своими серыми глазами и сказал: «Ну что ж, посмотрим, но учти, что у тебя будет зарплата 72 рубля. Но ты – кандидат наук, и нагрузка будет соответственная». И он меня тут же «нагрузил».

– Вы помните свое первое задание, полученное от С.Н. Федорова?

– Я стала работать консультантом сразу в трех неврологических отделениях 50-й больницы. Домой уходила поздно вечером – после рабочего дня в глазном отделении надо было смотреть тяжелых больных. А это – слезы, нервы и умение владеть собой. Консультативная работа была для меня прекрасной школой, где я постигала все тонкости неврологической патологии. Вот такую нагрузку дал мне Святослав Николаевич, естественно, без всяких доплат.

Но через 3 месяца он уже позволял ассистировать ему. А чуть позже С.Н. Федоров уже с удовольствием приглашал меня на операции. Пришло время, когда он мне «подарил» одно из направлений, с которым сам пришел в офтальмологию – «искусственный хрусталик глаза». Четверть века я вела эту проблему, давая Святославу Николаевичу базу, обоснования для его частых выступлений по всему миру. Доклады и публикации мы всегда готовили вместе. В 1971 году я уже возглавляла отдел, а через 15 лет, в 1986-м, я перешла работать в институт Гельмгольца.

– Тяжело было уходить из МНТК? Какое самое тяжелое решение Вам приходилось принимать в своей жизни, которое затрагивало бы и других людей?

– Это было серьезное решение, которое мне пришлось принять. Как принято сейчас говорить, мне было сделано предложение, от которого я не смогла отказаться. В МНТК я занималась очень интересными проблемами. У меня был сплоченный коллектив, шли перспективные разработки новых конструкций линз, новых материалов хрусталиков. А тут – руководство крупнейшим в стране научно-исследовательским институтом. Но почувствовать привилегию власти было просто некогда – на меня навалилась огромная ответственность и чудовищный объем работы. Но что-то доброе сделать удалось: была создана иммунологическая лаборатория, получено разрешение правительства на строительство нового хирургического корпуса, который находился в аварийном состоянии, утверждена смета финансирования на этот проект. Начат капитальный ремонт 2-го хирургического корпуса. Представлена и утверждена Министерством

здравоохранения научная программа на десятилетие по фундаментальным исследованиям. Но самое главное, мне удалось рассмотреть талантливую молодежь, поддерживать молодых людей в их научных начинаниях, предложить тематику исследовательской работы многим из них. И я не ошиблась. У меня сохранились хорошие отношения с теми сотрудниками, с которыми начинала работать в те годы в институте Гельмгольца. С удовлетворением просматриваю их научные работы сегодня, многие из них стали кандидатами наук, докторами, известными профессорами.

– Вы вернулись «домой» в МНТК в 1989 году по 2006 руководили Центром по работе с филиалами МНТК «Микрохирургия глаза». За этот период было организовано более 100 выездных командировок по филиалам. Вы курировали работу филиалов, продолжая совмещать ее с научной деятельностью.

– Да, судьбе было угодно, чтобы в 1989 году я снова вернулась в МНТК, к академику Федорову. Вернулась вовремя: открывались филиалы во многих городах России. Было необходимо оперативно начать работу. Вчерашние выпускники медицинских институтов осваивали операционные микроскопы, учились управлять новейшей аппаратурой, инструментами, осваивали передовые технологии лечения, хирургию наиболее социально-значимых заболеваний: катаракты, глаукомы, миопии и др. Мой учитель, мой наставник, академик С.Н. Федоров доверил мне руководство филиалами, и на этой должности я проработала почти 20 лет. Обучение и внедрение самых передовых технологий начиналось в Головному институте и продолжалось непосредственно в филиалах: лекции, практические занятия, освоение диагностической аппаратуры, новейших методик хирургии. Мой рабочий день нередко начинался в 7.00-7.30 утра и заканчивался в 9-10 часов вечера, приходилось работать и по выходным дням. Сегодня филиалы

представляют собой мощные научно-педагогические и лечебные центры, оказывающие почти 80% высокотехнологичной офтальмологической помощи в Российской Федерации. Имена многих ученых известны не только в России, но и далеко за ее пределами. Было очень нелегко, но я чувствую свою причастность к успехам коллег. Мои монографии, вышедшие в эти годы, были востребованы при становлении врачей и остаются настольной книгой для тех, кто делает первые шаги в офтальмологии сегодняшнего дня.

– Элеонора Валентиновна, я всегда поражалась, как Вы на все находили время: для общения с пациентами, хирургии, для написания научных книг и статей, для работы с молодыми врачами. Трудно быть женщиной руководителем и ученым одновременно?

– Мне кажется, умение рационально использовать время пришло ко мне еще в аспирантуре. Надо было досрочно закончить аспирантуру, чтобы получить оплачиваемый отпуск и за это время попытаться найти работу, поэтому работала я неистово. Я ждала, когда же закончится моя «каторга» – аспирантура, но пришла к Святославу Николаевичу Федорову, и «каторга» стала пожизненной, но сладкой.

С академиком Федоровым такое понятие, как «рабочий день», просто не существовало. Было время, когда приходилось работать и по шестидневному графику: суббота была рабочим днем. В то время я уже руководила отделом. Однажды в субботу, когда все дела были сделаны, к Святославу Николаевичу приехали представители какой-то фирмы. Я подумала, что они будут решать свои вопросы, и мое присутствие не обязательно. С этим и поехала домой. Захожу во двор, вижу – стоит машина С.Н. Федорова. Выходит водитель и говорит: «Элеонора Валентиновна, велено доставить». Вернулась в институт и услышала: «Если работаешь со мной – приходишь раньше, уходишь со мной вместе».

– Можно было спорить с Федоровым?

– Один раз я попробовала при всех высказать свою точку зрения, которая не совпадала с мнением Святослава Николаевича. И получила за это сполна. В личной беседе я могла попытаться отстоять

свою позицию, но только не прилюдно. Однако он настолько далеко смотрел вперед, что мое мышление, мышление моих коллег часто просто не успевало за ним...

...Существовала аксиома: не трогать глаз, который получил травму. Я стала первой в СССР имплан-



Юбилейный вечер, посвященный 60-летию профессора Э.В. Егоровой, 1998 г.



10 лет Калужскому филиалу, 1998 г.



Конференция. Уфа, 2007 г.



Съезд офтальмологов. Париж, 2005 г.



Юбилейная конференция. Чебоксары, 2003 г.



15 лет Хабаровскому филиалу. Рядом В.П. Кордаш. Сентябрь 2003 г.



С профессором Л.А. Деевым. Смоленск 2006 г.

тировать хрусталики в глаза после травмы, и это была первая в мире наша совместная со Святославом Николаевичем монография «Хирургическое лечение травматических катаракт с интраокулярной коррекцией». Эти вершины остались непокоренными и до сегодняшнего дня. Сейчас на международных конференциях дается несколько случаев травм, но чтобы провести 6 тысяч операций, такого не было. Базис этому направлению был положен в моей работе и в совместной с С.Н. Федоровым монографии.

Святослав Николаевич просто ошеломлял своими идеями. Когда он впервые упомянул о возмож-

ности конвейерной хирургии, многие подумали, что не застанут эти времена – уйдут на пенсию, но через два года хирургический конвейер был запущен. При этом два года я не уходила в отпуск. Когда из различных клиник приехали офтальмологи посмотреть конвейер, они сначала решили, что это – ка-мфляж. Врачи подходили, смотрели больного, есть ли действительно у него разрез. Они просто не верили своим глазам. Для подготовки этого метода операция была раз-делена на этапы, выбирался оптимальный вариант, оговаривались различные подходы в случае ослож-нений, отрабатывалась передача

аппаратуру. Хирург Пейман, ко-торый один из первых делал эти операции, сказал, что оперировать быстрее начали в Америке, но мас-штабы этого направления первым увидел Святослав Федоров.

Работа со Святославом Николае-вичем давала осязаемое ощущение каждого дня. Его работоспособность потрясала. Как-то мы приехали в Сирию, три врача и две медицин-ские сестры, нашего приема ожи-дали 300 человек. К концу дня мы падали от усталости, язык не ше-велился. Я пришла в номер, дума-ла принять душ и лечь спать, ужи-нать уже не было сил. Через 5 ми-нут звонок: «Мы сейчас едем читать лекцию, приготовьтесь, пожалуйста».

...Сейчас мне предложили воз-главить отдел глаукомы, который очень долгое время оставался без научного руководства. Незауряд-ным руководителем был профес-сор Валентин Иванович Козлов, ко-торый вместе со Святославом Ни-колаевичем предложил операцию «непроникающая склерэктомия», базовую операцию хирургии глау-комы. Последние годы отдел оста-вался без руководителя. Профессор Х.П. Тахчиди предлагал мне возла-вить отдел, но в тот момент я не могла принять предложение по со-стоянию здоровья.

И я совсем не ожидала, что Алек-сандр Михайлович Чухраев (гене-ральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») предложит мне эту должность. Я согласилась, но сде-лала это осторожно, не надеясь, что хватит сил. Но отдел того за-служивает. Здесь столько инте-реснейших наработок, всемирно признанных технологий, их надо систематизировать, вдохнуть но-вую жизнь. Отдел достоин больше-го звучания, большего отражения на трибунах съездов, конференций и в офтальмологической литерату-ре. Есть наработки, которые требу-ют научного обобщения и научного обоснования.

Молодежь, с которой я работаю, жаждают и желающая. То, что они пришли в аспирантуру именно в этот отдел, говорит о многом. Они



Юбилейная конференция. Оренбург, 2010 г. Справа – профессор В.Н. Каниюков

– **Элеонора Валентиновна, это говорит о том, что и у Вас было много сил, раз Вы сумели выдер-жать такой ритм.**

– Кто не выдерживал такой ритм работы, просто уходил. Происхо-дил естественный отбор. Люди, его окружавшие, должны были иметь отнюдь не средние способности, должны были понимать его, схва-тывать его идеи. С.Н. Федоров да-вал нам возможность творчески их воплощать и развивать. Он работал как в ускоренном кино и не пони-мал, почему другие не всегда могут за ним угнаться. У нас ходил анек-дот: «Как можно отдохнуть всему институту на одну путевку? Отдать ее Федорову».

– **Ваша любимая литературная героиня должна найти выход из самых трудных ситуаций, добиться победы, ей присуще стремление к со-вершенству внешнему и внутрен-нему. В ее женских образах меня привлекает активная жизненная позиция, упорство в преодолении трудностей. Мне нравится манера Стилл описывать женские туалеты, сервировку стола. Даниэла Стилл местами очень сентиментальна, но я периодически возвращаюсь к ее творчеству. Сейчас читаю ее последний роман, который вышел в прошлом году. Люблю книги Ека-терины Вильмонт за умение писать просто о сложном, за великолепное мастерство диалога и монолога. Хорошая книга – это как подарок в нашей повседневной жизни. Дочь нередко «дегустирует» мне книги, я не могу тратить время просто на «чтиво».**

– **Вы верите в судьбу, удачу?**

– Не могу сказать Вам «нет», не могу сказать и «да». Когда у меня случается что-то хорошее, я благо-дарю Господа Бога. Мне кажется, что Он платит мне за мои старания, стремление совершить в жизни что-то хорошее. Это не значит, что я сижу, сложа руки, и жду чуда, нет. Если у меня что-то не получается, я думаю об этом постоянно, могу среди ночи встать и начать что-то писать или переделывать. Могу писать в машине, в самолете, если вдруг мне приходит какая-то идея в голову. Многие решения созревали после бесконечно долгих раздумий, после проверок различных вари-антов, после долгих поисков точки отсчета. Возвращаясь к Вашему во-просу о счастье, сформулировать, что такое счастье, я не могу. Но для меня существует понятие «творче-ское счастье». Читаешь книгу по специальности, умную статью, при-ходишь к долгожданному результа-ту в научном исследовании, «вдруг получилось» – это и есть для меня творческое счастье.

– **Спасибо, Элеонора Валенти-новна, за интересную, доверитель-ную беседу.**

– **Дети пошли по Вашим стопам, стали врачами?**

– Нет, они видели меня урыв-ками или за письменным столом. Приходилось очень много ездить

почувствовали, что здесь открыва-ются перспективы. Меня это вдох-новляет и хочется верить, что у нас все получится.

– **Элеонора Валентиновна, у Вас много учеников. Находите ли Вы время для общения с ними?**

– Учеников у меня действитель-но много, больше, чем датируется кандидатами, докторами наук, про-фессорами. У нас взаимная любовь которая возникает от первой удач-ной операции, доклада или науч-ной статьи, принятой в печать. Наша дружба не увядает долгие годы, продолжается в общих сим-патиях, интересах, увлечениях, хоб-би. Безусловно, жизнь развела мно-гих из нас по разным клиникам, городам и даже странам. Но тепло-та, радость от телефонного звонка, от встречи остаются.

– **Часто ли Вам приходится идти на компромиссы?**

– В науке не должно быть ком-промиссов. Должно быть относи-тельное понимание.

– **Какова Ваша формула успеха?**

– Я скажу словами Святослава Николаевича Федорова: «Я считаю, что человек, если захочет, мо-жет добиться всего в этой Вселен-ной. Только этого надо невероятно хотеть и невероятно стремиться к цели». Я в это глубоко верю.

– **Ваши любимые литературные женские персонажи?**

– Я обожаю Даниэлу Стилл. Она мастерски создает женские образы разных сословий. Каждая ее геро-иня должна найти выход из самых трудных ситуаций, добиться победы, ей присуще стремление к со-вершенству внешнему и внутрен-нему. В ее женских образах меня привлекает активная жизненная позиция, упорство в преодолении трудностей. Мне нравится манера Стилл описывать женские туалеты, сервировку стола. Даниэла Стилл местами очень сентиментальна, но я периодически возвращаюсь к ее творчеству. Сейчас читаю ее последний роман, который вышел в прошлом году. Люблю книги Ека-терины Вильмонт за умение писать просто о сложном, за великолепное мастерство диалога и монолога. Хорошая книга – это как подарок в нашей повседневной жизни. Дочь нередко «дегустирует» мне книги, я не могу тратить время просто на «чтиво».

– **К чему Вы испытываете отвращение?**

– К лени, ее я просто не пере-ношу. Если человек не мог сде-лать что-то, только лишь потому, что ему было лень, этого нельзя простить.

От человека может отвернуться удача, он может что-то сделать не так. Но только не из-за лени. И вто-рое – это предательство.

– **Какая самая характерная черта Вашего характера?**

– Мне трудно ответить на во-прос о самой себе. Я внутри очень слабый человек.

– **Не поверю, Вы себя недо-оцениваете. Вы не смогли бы достичь таких результатов. А во что Вы верите?**

– Я думаю, что вся моя жизнь прописана сверху. И взлеты, и падения. И то, что я работала со Святославом Николаевичем – это счастливый лотерейный билет.

– **Дети пошли по Вашим стопам, стали врачами?**

– Нет, они видели меня урыв-ками или за письменным столом. Приходилось очень много ездить

по филиалам. Приедешь домой из командировки, накупишь про-дуктов, наготовишь детям еды – и опять в путь. Так продолжалось много лет. Зато я пироги научилась печь лучше мамы.

– **Вам кто-нибудь помогал по хо-зяйству, у Вас была домработница, или все было на Ваших плечах?**

– Моим тылом был муж, Вячес-лав Павлович Володько. Между нами существовало полное взаимо-понимание, мы были с ним в одной связке. Безусловно, помогали дети. Я старалась максимально использо-вать возможности службы сервиса того времени в повседневной жи-зни: у детей были няни, их отвозили в школу и привозили домой, дом убирала, продукты привозили на дом, прачечная приезжала. Иначе я просто не справилась бы с рабо-той, я максимально старалась себя разгрузить.

– **Элеонора Валентиновна, это родители посоветовали Вам идти в медицину?**

– Нет, в один прекрасный день я заявила родителям, что пойду в медицинский. Меня будто кто-то вел и продолжал вести по жизни. Вот только инфаркт мой ангел-хран-итель проспал...

– **Насколько Вы изменились с годами?**

– Многие с годами меняются. Как я могла не измениться? Ухо-дят друзья, нет со мной любимого мужа. Здоровье уже не то. Очень бы хотелось, как раньше катать-ся на лыжах, но уже не могу. Сей-час я стала острее воспринимать то, что мне дает жизнь. Я получаю удовольствие от интересной кни-ги, безмерно радуюсь хорошей по-годе. На даче я на ночь не заवेश-иваю окна шторами, чтобы просы-паться с первыми лучами. Солнце в окне – я бодрая и счастливая! Фи-зически ощущаю радость от того, что идет теплый дождь. Я обуваю сапоги, нахлобучиваю шапку и иду в лес, наслаждаюсь природой, лю-буюсь дождевыми розсинками на лиственных деревьях. Жизнь в ее раз-личных проявлениях стала казаться ярче. Время многое у меня от-няло, но в качестве компенсации прибавило полноту чувств, глуби-ну и силу восприятия окружающего мира, человеческой доброты.

– **Вы верите в судьбу, удачу?**

– Не могу сказать Вам «нет», не могу сказать и «да». Когда у меня случается что-то хорошее, я благо-дарю Господа Бога. Мне кажется, что Он платит мне за мои старания, стремление совершить в жизни что-то хорошее. Это не значит, что я сижу, сложа руки, и жду чуда, нет. Если у меня что-то не получается, я думаю об этом постоянно, могу среди ночи встать и начать что-то писать или переделывать. Могу писать в машине, в самолете, если вдруг мне приходит какая-то идея в голову. Многие решения созревали после бесконечно долгих раздумий, после проверок различных вари-антов, после долгих поисков точки отсчета. Возвращаясь к Вашему во-просу о счастье, сформулировать, что такое счастье, я не могу. Но для меня существует понятие «творче-ское счастье». Читаешь книгу по специальности, умную статью, при-ходишь к долгожданному результа-ту в научном исследовании, «вдруг получилось» – это и есть для меня творческое счастье.

– **Спасибо, Элеонора Валенти-новна, за интересную, доверитель-ную беседу.**

Беседу вел *Лариса Тумар*
Фото из личного архива
Э.В. Егоровой

Глаумакс® – является аналогом простагландина F2α и селективным агонистом FP рецепторов.

Оказывает противоглаукомное действие.



ГЛАУМАКС®
Безоблачный взгляд

Латанопрост
0.005 %

- Для проведения симптоматической терапии у пациентов:
 - с открытоугольной глаукомой;
 - с повышенным офтальмотонусом.
- Эффект снижения внутриглазного давления путем увеличения внутриглазного оттока.
- Снижение внутриглазного давления начинается через 3-4 ч после введения препарата.
- Максимальный эффект - через 8-12 ч.
- Действие продолжается в течение не менее 24 ч.
- Не оказывает достоверного влияния на продукцию водянистой влаги и не влияет на гематоофтальмический барьер.



ФАРМСИНТЕЗ
ПРОИЗВОДСТВО АДС И ОРИГИНАЛЬНЫХ РЕКЛАМНЫХ ПРЕПАРАТОВ
(812) 389 8080 ФАКС: (812) 389 8089
ИНФОРМАЦИЯ: 800 100 1000 WWW.FARMSINTEZ.COM
ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ: 8 800 200 99 11
(звонок по России бесплатный)

ОАО «Фармсинтез» владелец регистрационного удостоверения в РФ, ответственное за фармаконадзор, эффективность и безопасность ЛП Глаумакс®

**ГЛУБИНА И БЕСКОМПРОМИССНОСТЬ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА**

Благодаря хорошей проникающей способности Вигамокс® действует там, где необходимо*, эффективен в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов^{1,2}

Ссылки: 1. Wagner ES, Malone M, et al. Evaluation of moxifloxacin, ciprofloxacin, erythromycin, rifampin, and linezolid for the treatment of bacterial conjunctivitis. Arch Ophthalmol. Sept. 2005; 123:1282-1283. (Вывод: Моксифлоксацин эффективен в лечении бактериальной конъюнктивиты, в том числе вызванной грамположительными и грамотрицательными микроорганизмами). 2. Karama A, et al. Efficacy of moxifloxacin eye drops in the treatment of bacterial conjunctivitis. J Ocul Pharmacol Ther. 2005; 20:117-118. (Ссылка: Моксифлоксацин эффективен в лечении бактериальной конъюнктивиты). 3. Karama A, et al. Efficacy of moxifloxacin eye drops in the treatment of bacterial conjunctivitis. J Ocul Pharmacol Ther. 2005; 20:117-118. (Ссылка: Моксифлоксацин эффективен в лечении бактериальной конъюнктивиты).

Регистрационное удостоверение № ЛСР-003706/10 от 04.05.2010

Alcon ООО «Алкон Фармацевтика»
109004 Москва, Россия, ул. Никольская, 54
a Novartis company Тел: +7 (495) 961 13 33 Факс: +7 (495) 258 52 79

Вигамокс®
(моксифлоксацин 0,5%, глазные капли)

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Кафедра глазных болезней Нижегородской государственной медицинской академии вчера и сегодня

И.Г. Сметанкин

Заведующий кафедрой офтальмологии
Нижегородской государственной
медицинской академии

Всю историю кафедры глазных болезней невозможно охватить в одном докладе. В процессе подготовки мы пытались найти документы, факты, которые бы помогли нам установить точную дату начала работы кафедры. К сожалению, не удалось найти хороших фотографий, относящихся к той далекой эпохе. Однако некоторые документы, связанные с организацией и становлением кафедры глазных болезней, мы сумели найти в Центральном архиве Нижегородской области и в архиве Нижегородской государственной медицинской академии. Я благодарю сотрудников архивов за содействие. Хочу также выразить большую благодарность помощнику президента НижГМА Н.Г. Федосеевой, которая оказала нам большую помощь в формировании материалов этого доклада.

Кафедра глазных болезней открылась осенью 1932 года, согласно приказу Наркома здравоохранения СССР от 26 июня 1932 года. С осенью связана еще одна памятная дата – 18 ноября 1925 года, в этот день родился профессор Лев Владимирович Коссовский.

Кафедра начала свою работу на базе офтальмологической клиники Нижегородской областной клинической больницы. В 1932 году штат кафедры выглядел следующим образом: заведующий кафедрой – доктор медицинских наук, профессор Борис Григорьевич Товбин, ученик известного офтальмолога, профессора Константина Хрисантовича Орлова; два ассистента – кандидат медицинских наук Борис Викторович Протопопов и кандидат медицинских наук Петр Александрович Шишкин, два врача-интерна – Ольга Ивановна Рыбникова и Анастасия Николаевна Добротина.

Как известно, О.И. Рыбникова в дальнейшем стала видным специалистом, защитила кандидатскую диссертацию под руководством Б.В. Протопопова и долгое время работала главным внештатным офтальмологом г. Нижнего Новгорода. Ученая деятельность кафедры представляла собой следующий процесс: в первые пять лет ее работы на кафедре проходили обучение от 245 до 271 студента



Профессор Б.В. Протопопов



Профессор Л.В. Коссовский



Профессор Б.В. Протопопов
во время осмотра больного



Доцент А.А. Мурзин



Л.В. Коссовский настраивает первый
в г. Горьком офтальмологический
операционный микроскоп, 1975 г.



Участники СНО кафедры глазных болезней
с ассистентом С.Б. Протопоповым, 1986 г.



А.А. Мурзин выполняет фотокоагуляцию
сетчатки, 1988 г.



Л.В. Коссовский в операционной, 2005 г.



Л.В. Коссовский и И.Л. Коссовская обсуждают с коллегами перспективы новых
микрохирургических технологий



Горьковского медицинского института и 2-3 врача. В те годы на кафедре учились студенты двух факультетов – лечебно-профилактического и педиатрического. В 1935 году на кафедре был создан студенческий научный кружок, которым руководил ассистент кафедры Б.В. Протопопов. Он же

годом ранее, летом 1934 года, организовал курсы трахоматозных медсестер. Наши коллег интересовали самые различные направления офтальмологии: антиглаукоматозные операции, травмы глаза, катарактальная хирургия, а также такие сложные вопросы, как

химизм и происхождение внутриглазных жидкостей. Много сил отдавали ученые кафедры лечению бича того времени – трахомы. В 1937 году вышел первый сборник научных трудов кафедры, и были защищены первые кандидатские диссертации. Работа Б.В. Протопопова была посвящена

химизму внутриглазных жидкостей, а П.А. Шишкина – лечению ожогов пересадкой слизистой по Денигу. Пересадка слизистой использовалась офтальмологами вплоть до недавнего времени, и даже сегодня в ряде тяжелых случаев ожогов роговицы врачи вынуждены прибегать к этому методу.



Коллектив кафедры глазных болезней НижГМА в 1990 г.



Коллектив кафедры глазных болезней НижГМА в 2012 г. Заведующий кафедрой –
д.м.н. И.Г. Сметанкин (нижний ряд, третий справа)

Лечебная работа кафедры глазных болезней проводилась на базе Областной больницы г. Горького, в которой было одно глазное отделение стационара и кабинет амбулаторного приема. Ежегодно в клинике лечилось около 600 пациентов, проводилось большое количество консультаций, выполнялось свыше 500 операций.

Сотрудники кафедры участвовали и в общеинститутской жизни. Б.Г. Товбин исполнял обязанности заведующего отдела кадров института, являлся деканом старших курсов лечебно-профилактического факультета и вечернего факультета, Б.В. Протопопов исполнял обязанности помощника декана, руководил работой студенческого научно-практического кружка.

Оборудование кафедры в то время было достаточно скудным, тем не менее наши коллеги работали плодотворно. В своем отчете за первые 5 лет работы кафедры Б.Г. Товбин писал, что кафедра начинала свою работу, имея всего одну комнату, шкаф, письменный стол и два сломанных стула. Никакого оборудования, даже лечебно-диагностического в то время не было. Позже оборудование появилось, и работа стала более интенсивной и интересной.

Не могу не упомянуть Бориса Викторовича Протопопова, заслуженного деятеля науки РФ, заведующего кафедрой с 1950 по 1974 годы. Свою работу он посвятил двум серьезным проблемам. Первое направление – борьба с трахомой. Б.В. Протопопов был членом Всесоюзного комитета по борьбе с трахомой, в немалой степени и благодаря его усилиям удалось победить это страшное заболевание. Еще одним направлением его работы были разработки антиглаукоматозных операций, в частности, всем известная операция склеренклизис была внедрена профессором Б.В. Протопоповым.

На сегодняшний день на кафедре глазных болезней, помимо заведующего, работают два доцента, шесть ассистентов; только один преподаватель не имеет ученой степени. У нас учатся студенты лечебного, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического факультетов, а также иностранные студенты. Кроме того, кафедра занимается последипломным образованием. Ежегодно на курсах повышения квалификации по специальности «глазные болезни» проходят обучение от 35 до 42 врачей, 10-20 клинических ординаторов, до 20 клинических интернов. Два аспиранта и два соискателя в настоящее время работают над кандидатскими диссертациями.

Для успешного ведения научного и учебного процессов кафедра оборудована всем необходимым. Основная тема научно-исследовательской работы кафедры – разработка новых методов и технологий лечения возрастной, дистрофической, дегенеративной и сосудистой патологии глаза, нарушений гидродинамики глазного яблока. Сотрудники разрабатывают учебно-методические пособия, регулярно проводят научно-практические конференции.

В соответствии с новыми требованиями Министерства образования РФ, мы переработали все учебные программы, касающиеся как студенческого, так и последипломного образования. Не так давно академия и кафедра успешно прошли государственную аккредитацию.

С гордостью могу сказать, что мы достойно продолжаем традиции профессора Л.В. Коссовского и активно работаем над совершенствованием методов интраокулярной коррекции и факосмульсификации, у нас есть собственные оригинальные разработки в этих областях. Кроме того, сотрудники кафедры

занимаются разработкой новых методов диагностики с использованием ОКТ, нами разрабатываются новые микрохирургические инструменты: гидроочеперы, ультразвуковые иглы, ирригационные рукава. Одним из направлений научной деятельности кафедры являются комбинированные операции при различной сочетанной патологии глаза. Кроме того, мы занимаемся коррекцией афакии сверхтонкими ИОЛ после проведения бимануальной факосмульсификации.

Наши разработки внедряются как в учебный процесс, так и в практическую медицину в различных ВУЗах и клиниках страны. В качестве примера могу привести «Дифференцированный выбор бимануального и коаксиального методов факосмульсификации в лечении больных с сочетанной патологией хрусталика». Этот метод внедрен в Кировской городской офтальмологической больнице, в Нижегородской областной больнице им. Н.А. Семашко. А результаты работы «Бимануальная и коаксиальная факосмульсификация в лечении больных с сочетанной патологией хрусталика» внедрены в учебный процесс на кафедре глазных болезней ГБОУ ВПО НижГМА и на кафедре офтальмологии ИПО СамГМУ (г. Самара).

Два раза в год мы проводим научные конференции. В феврале 2012 года совместно с выездным заседанием Московского научного общества офтальмологов прошла конференция «Актуальные вопросы глаукомы и нарушения гидродинамики глаза». Впервые в Нижнем Новгороде на научных мероприятиях мы стали проводить семинары «живой хирургии». В ноябре 2011 года демонстрировались операции по имплантации шунта ExPress у больных с первичной открытоугольной глаукомой (хирург – И.Г. Сметанкин).

Перспективные методы исследования, разрабатываемые сегодня на кафедре, касаются операций с использованием фемтосекундного лазера при глаукоме. Пока выполнена серия экспериментов in vitro на изолированной склере, сейчас мы проводим анализ полученных результатов.

Научно-педагогическая деятельность кафедры отмечена наградами от местных органов власти, а в 2010 году мы получили диплом 1-й степени за лучший доклад на международной конференции «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии» (Москва).

Основной клинической базой кафедры является клиника глазных болезней Областной больницы им. Семашко, с двумя глазными отделениями, амбулаторным отделением, лазерным центром. Важной клинической базой является также Больница №3 Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России, где мы работаем по линии оказания высокотехнологичной медицинской помощи – это витреоретинальные операции, операции при сочетанной патологии хрусталика, антиглаукоматозные операции. Кроме того, мы сотрудничаем с частными офтальмологическими клиниками в рамках частично-государственного партнерства. Как известно, такая форма сотрудничества в последнее время очень приветствуется. Думаю, что такая совместная работа принесет свои хорошие плоды. Все наши клинические базы вне зависимости от формы собственности оборудованы всем необходимым для диагностики и лечения глазной патологии.

В заключение хотел бы выразить уверенность в том, что у нас есть хорошие перспективы в развитии научно-педагогической работы кафедры. Я думаю, наши учителя остались бы нами довольны. ■

Окомистин: чтобы Ваши глаза сияли здоровьем!

Окомистин – новый оригинальный высокоэффективный препарат в офтальмологии, созданный российской компанией «ИНФАМЕД». Окомистин – это глазные капли для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний глаз (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, кератоконъюнктивиты и др.), а так же для лечения травм и ожогов глаза и для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в предоперационном и послеоперационном периоде.

В основе антимикробной активности препарата Окомистин лежит прямое взаимодействие молекулы препарата с белково-липидными комплексами мембран микроорганизмов, при этом часть молекулы Окомистина, погружается в липофильный слой мембраны, разрушает ее и повышает проницаемость для крупномолекулярных веществ. Окомистин изменяет энзиматическую активность микробной клетки, ингибируя ферментные системы, что приводит к угнетению жизнедеятельности микроорганизмов и их разрушению. Окомистин обладает высокой избирательностью действия в отношении микроорганизмов и не повреждает клеточные мембраны тканей человека. Данный эффект связан с различием в структуре клеточных мембран человека и микроорганизмов.



Окомистин обладает широким спектром действия в отношении бактерий, грибов, вирусов и простейших, включая устойчивые госпитальные штаммы. Препарат оказывает противомикробное действие (активизирует процессы фибринолиза в тканях конъюнктивы), повышает местный иммунитет, ускоряет процессы регенерации и эпителизации, что делает Окомистин препаратом первого выбора как при монотерапии, так и при комплексном лечении воспалительных заболеваний глаз.

Под действием препарата повышается эффективность антибиотиков в отношении бактерий, грибов и простейших.

Окомистин не всасывается через слизистую оболочку глаз, слизистых путей и носа, не оказывает раздражающего действия и не вызывает аллергии.

С лечебной целью закапывают по 1-2 капли 4-6 раз в сутки до клинического выздоровления. С профилактической целью закапывают по 1-2 капли 3 раза в сутки за 2-3 дня до операции, а также после операции до клинического выздоровления.

Окомистин сокращает сроки лечения, уменьшает число рецидивов, вызывает пролонгацию ремиссии при хронических процессах.

Окомистин однокомпонентный препарат, не содержащий консервантов

Широкий спектр антимикробной активности (грамположительные, грамотрицательные бактерии, грибы, сложные вирусы – герпеса, гриппа и др.), доказанный иммуномодулирующий эффект (стимуляция фагоцитоза), отсутствие аллергизирующего и раздражающего действия на кожу и слизистые позволяют рекомендовать Окомистин к широкому применению в офтальмологической практике.



Производитель — российская фармацевтическая компания «ИНФАМЕД». Тел.: (495) 775-83-21.
Адрес для переписки: 123056, Москва, а/я 46.
E-mail: infamed@infamed.ru; www.okomistin.ru

ЗИРГАН®

Ганцикловир 1,5 мг/г

Противовирусный глазной гель

Для лечения поверхностных форм герпетических кератитов

- Избирательно воздействует на пораженные вирусом клетки¹
- Высоко эффективен при поверхностных формах герпетических кератитов^{2,3}
- Менее токсичен по сравнению с предшествующими нуклеозидными противовирусными препаратами²
- Хорошо переносится пациентами^{2,3}

Номер серии: 3 498 2

5 г

ЗИРГАН® 0,15 %

Гель глазной Ганцикловир

Santen

Дистрибьютор: АО САНТЭН, Финляндия

Santen

Московское представительство «АО Сантен»
119049, Москва, ул. Мытная, д. 1, офис 13.
Тел. (499) 230 0288, факс (499) 230 1075
www.santen.ru

Лекарство: 1. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 2. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 3. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 4. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 5. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 6. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 7. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 8. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 9. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 10. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 11. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 12. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 13. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 14. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 15. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 16. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 17. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 18. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 19. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 20. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 21. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 22. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 23. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 24. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 25. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 26. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 27. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 28. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 29. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 30. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 31. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 32. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 33. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 34. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 35. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 36. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 37. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 38. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 39. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 40. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 41. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 42. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 43. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 44. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 45. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 46. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 47. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 48. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 49. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 50. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 51. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 52. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 53. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 54. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 55. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 56. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 57. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 58. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 59. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 60. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 61. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 62. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 63. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 64. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 65. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 66. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 67. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 68. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 69. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 70. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 71. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 72. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 73. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 74. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 75. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 76. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 77. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 78. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 79. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 80. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 81. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 82. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 83. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 84. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 85. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 86. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 87. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 88. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 89. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 90. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 91. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 92. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 93. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 94. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 95. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 96. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 97. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 98. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 99. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 100. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 101. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 102. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 103. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 104. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 105. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 106. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 107. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 108. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 109. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 110. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 111. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 112. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 113. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 114. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 115. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 116. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 117. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 118. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 119. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 120. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 121. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 122. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 123. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 124. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 125. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 126. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 127. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 128. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 129. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 130. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 131. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 132. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 133. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 134. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 135. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 136. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 137. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 138. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 139. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 140. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 141. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 142. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 143. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 144. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 145. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 146. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 147. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 148. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 149. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 150. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 151. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 152. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 153. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 154. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 155. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 156. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 157. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 158. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 159. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 160. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 161. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 162. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 163. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 164. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 165. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 166. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 167. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 168. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 169. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 170. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 171. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 172. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 173. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 174. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 175. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 176. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 177. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 178. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 179. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 180. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 181. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 182. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 183. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 184. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 185. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 186. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 187. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 188. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 189. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 190. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 191. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 192. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 193. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 194. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 195. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 196. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 197. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 198. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 199. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 200. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 201. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 202. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 203. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 204. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 205. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 206. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 207. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 208. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 209. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 210. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 211. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 212. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 213. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 214. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 215. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 216. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 217. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 218. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 219. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 220. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 221. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 222. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 223. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 224. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 225. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 226. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 227. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 228. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 229. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 230. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 231. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 232. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 233. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 234. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 235. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 236. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 237. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 238. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 239. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 240. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 241. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 242. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 243. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 244. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 245. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 246. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 247. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 248. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 249. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 250. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 251. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 252. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 253. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 254. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 255. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 256. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 257. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 258. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 259. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 260. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 261. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 262. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 263. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 264. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 265. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 266. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 267. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 268. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 269. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 270. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 271. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 272. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 273. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 274. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 275. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 276. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 277. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 278. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 279. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 280. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 281. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 282. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 283. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 284. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 285. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 286. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 287. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 288. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 289. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 290. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 291. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 292. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 293. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 294. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 295. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 296. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 297. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 298. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 299. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 300. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 301. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 302. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 303. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 304. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 305. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 306. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 307. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 308. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 309. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 310. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 311. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 312. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 313. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 314. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 315. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 316. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 317. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 318. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 319. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 320. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 321. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 322. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 323. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 324. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 325. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 326. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 327. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 328. ЗИРГАН®. Внутреннее использование. 329. ЗИРГАН®. Внутреннее



Заведующий офтальмологическим отделением Ленинградской областной клинической больницы, главный офтальмолог Ленинградской области, к.м.н. **О.А. Синявский:**

«Областная больница — это не «Золушка» отечественного здравоохранения»

с стр. 1

С первых дней существования больницы её неотъемлемой частью стало офтальмологическое отделение. С 2006 года работой глазных врачей руководит к.м.н. О.А. Синявский. С 2008 года Олег Алексеевич одновременно является главным офтальмологом Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

— Олег Алексеевич, издательство «Апрель» и редакция газеты «Поле зрения» сердечно поздравляет Вас и всех Ваших коллег с юбилеем! Искренне желаем ленинградским офтальмологам новых успехов на благо российского здравоохранения!

— Благодарю Вас за поздравления! Как постоянному читателю газеты мне приятно отметить, что «Поле зрения» уделяет большое внимание областному здравоохранению. Почти в каждом номере Ваше издание публикует интервью с моими коллегами — главными офтальмологами российских регионов, руководителями глазных отделений областных клиник, заведующими кафедрами учебных заведений и т.д.

Это внимание очень важно! Разумеется, визитной карточкой отечественной офтальмологии и российского здравоохранения в целом являются федеральные медицинские центры, расположенные в Москве, Санкт-Петербурге и ряде других крупных городов. Но не надо забывать и об областном и районном звене! Мы живём в огромной стране. Необходимо по возможности приблизить оказание офтальмологической помощи, в том числе и высокотехнологичной, к месту жительства пациента. Только таким образом можно сделать медицинские услуги доступными для самого широкого круга людей, вне зависимости от места жительства и уровня доходов.

— Не секрет, что имидж областных медицинских учреждений часто оставляет желать лучшего. Нередко пациенты из глубинки стремятся любой ценой получить лечение в Москве, хотя им вполне могли бы помочь и в родных краях...

— Областная больница — это не «Золушка» отечественного здравоохранения, как это порой представляется в средствах массовой информации, а мощный современный центр для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Во всяком случае, все пациенты и гости Ленинградской областной клинической больницы, в том

числе и офтальмологического отделения, могут убедиться, что наша клиника оснащена по последнему слову техники. У нас есть и оборудование, и персонал, позволяющие проводить самые сложные офтальмологические вмешательства.

— Когда знакомишься с историей офтальмологического отделения, обращаешь внимание на примечательную особенность: стабильность коллектива. И большинство врачей, и почти все заведующие отделениями работали и работают здесь долгие годы...

— Это действительно так. За 75 лет у нас сменилось только четыре заведующих отделением. Я являюсь пятым. Думаю, что это важный показатель стабильности в работе. Причём всех моих предшественников было бы правильнее назвать предшественниками. Руководство все эти годы лежало на хрупких, но сильных женских плечах. С 1938 года по 1968 год коллектив возглавляла к.м.н. Татьяна Александровна Яловая-Невинская. Именно на время её руководства пришлось трудные военные годы и годы восстановления области после фашистского нашествия.

Наталья Антоновна Колесникова руководила нашим отделением всего два года: с 1968 года по 1970 год. Этот человек остался в памяти коллег как мужественный военный врач. Н.А. Колесникова всю войну провела в действующей армии. Её ратный труд отмечен многими боевыми наградами.

С 1970 года по 1986 год во главе отделения стояла Нинель Дмитриевна Левашова. В эти годы активно внедрялись микрохирургические операции. Н.Д. Левашова способствовала тому, чтобы отделение было и оставалось одним из ведущих российских офтальмологических центров.

С 1986 года по 2006 год нашим руководителем была Наталья Фёдоровна Алексеева. В настоящее время она продолжает успешно работать в больнице в качестве офтальмолога, ведёт приём пациентов в поликлиническом отделении. Благодаря энергии, настойчивости и организационному таланту Натальи Фёдоровны нам удалось справиться с трудностями «лихих девятидесятых» и сохранить высокий уровень оказания медицинской помощи.

— Что сегодня представляет собой офтальмологическое отделение Ленинградской областной клинической больницы? Не могли бы Вы представить коллектив и рассказать об основных показателях Вашей работы?



В операционном зале

— У нас трудятся 42 сотрудника, из них — 10 врачей и 21 медицинская сестра. Девять офтальмологов являются офтальмохирургами, четыре врача — кандидаты медицинских наук. Развёрнуто 60 коек. При этом 11 коек зарезервировано для пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной офтальмологической помощи. В операционной функционируют три зала — для витреоретинальной хирургии, для операций на переднем отрезке глаза и для амбулаторных операций. В 2012 году было проведено 2765 операций, из них 350 — амбулаторно. 438 операций выполнены по высокотехнологичным квотам. Следует заметить, что потребности в квотах на эти операции в 2-3 раза выше имеющихся. Отделение является клинической базой Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

— Какие операции Вы проводите?

— В первую очередь я бы хотел сказать об операциях при катаракте и, прежде всего, о бесшовной ультразвуковой факэмульсификации (ФЭК). Всего в 2012 году на одном столе нами было выполнено 1338 операций экстракции катаракты с имплантацией интраокулярных линз (ИОЛ). При 1318 операциях была применена современная технология ФЭК с имплантацией ИОЛ. То есть доля этого метода составила 98,5%.

В 20 случаях использовалась традиционная методика: ЭЭК (экстракапсулярная экстракция катаракты) + ИОЛ. В некоторых — сравнительно редких — случаях бесшовная ультразвуковая факэмульсификация катаракты невозможна по медицинским показаниям. В основном это происходит при подвывихе хрусталика и ряде других осложнений.

Также мы проводим операции при глаукоме, травме, патологии слезных путей и др. Однако визитной карточкой отделения являются операции на сетчатке и стекловидном теле. В 2012 году было проведено 234 операции витрэктомии (96% операций — бесшовная или комбинированная витрэктомия). Мы провели 113 операций при отслоениях сетчатки. При этом в 112 случаях было проведено пломбирование и в одном случае — баллонирование.

— Думаю, что простое перечисление проведённых операций наглядно показывает специалистам и пациентам высокий профессиональный уровень персонала отделения.

— За сухими статистическими данными стоит огромная работа всего коллектива. Обращу внимание только на один аспект: витреоретинальная хирургия является одним из важнейших показателей уровня любой офтальмологической клиники. То, что мы успешно занимаемся этой областью офтальмологии, говорит о многом!

Операции на заднем отрезке глаза проводятся у нас при отслолке сетчатки различной этиологии, пролиферативной диабетической ретинопатии, ретиношизисе, гемофтальме, ангиоматозе, макулярном фиброзе, идиопатическом макулярном разрыве, а также различных травмах глаза. Мы способны осуществить широкий спектр операций: витрэктомия, лазеркоагуляция, баллонирование (в том числе макулярное), пломбирование.

Макулярное баллонирование и лазеркоагуляция сетчатки по Р.Л. Трояновскому — это уникальные методики, которые не применяются нигде в мире. Использование этих методик привлекло внимание специалистов и пациентов к Ленинградской областной клинической больнице!



Первая заведующая отделением Татьяна Александровна Яловая-Невинская

Мы всегда практикуем индивидуальный подход при выборе метода хирургического вмешательства. Почти всегда витрэктомия сочетается с ФЭК независимо от степени прозрачности хрусталика. При витреоретинальной хирургии используется бесшовная витрэктомия, применяются самые современные расходные материалы и инструменты.

— Знаю, что у Вас активно развивается международное сотрудничество...

— Все наши врачи регулярно проходят стажировки в клиниках Дортмунда и Франкфурта-на-Майне (Германия), Ливерпуля и Лестера (Великобритания), а также в столице Финляндии — Хельсинки. Эти международные контакты очень важны. Ленинградская областная клиническая больница стремится оказывать медицинскую помощь в соответствии с европейскими стандартами качества. Поэтому возникает потребность «сверить часы», обменяться опытом с коллегами.

Разумеется, мы не только отправляемся за границу, но и сами регулярно принимаем зарубежных специалистов. Часто гости из западных стран остаются удивлены увиденным. Они не ожидали, что областная больница имеет такое современное оснащение, а врачи успешно проводят такие сложные операции... Особенно тесные контакты у нас сложились с немецкими врачами. Я, как и многие другие коллеги, неоднократно бывал в Дортмунде и Франкфурте-на-Майне.

— По Вашему мнению, чем отличается работа заведующего офтальмологическим отделением больницы в Германии и в России?

— Интенсивность и сложность работы одинакова в обеих странах. Но есть и отличия. В России заведующим отделениями и главным врачам клиник приходится активно заниматься организационными вопросами. Например, много сил уходит на то, чтобы получить необходимое оборудование, расходные материалы... При проведении ремонтных работ и реконструкции заведующий отделением и главный врач фактически выступают в роли прорабов: им надо разбираться в строительной документации, контролировать качество работы строителей.

— В Германии такая ситуация невозможна?

— Там руководители лечебных учреждений и подразделений занимаются сугубо медицинскими вопросами. Поставки оборудования, организация операционных блоков и т.д. осуществляются в соответствии с действующими стандартами. Если посмотреть на операционные блоки офтальмологических отделений различных немецких клиник, то они похожи как близнецы-братья...

Немецкие офтальмологи могут быть уверены, что они обязательно получат всё необходимое оборудование. В России ситуация иная. У нас тоже внедряется стандартизация. Организация здравоохранения постепенно переходит на западные стандарты... Но процесс этот медленный. Чтобы отделение получило соответствующую медицинскую технику и расходные материалы, руководителю приходится приложить много усилий.

Поделюсь ещё одним наблюдением, подчерпнутым во время командировки в Германию. Находясь в операционном зале, я очень удивлялся тому, с каким спокойствием



Заведующий офтальмологическим отделением О.А. Синявский, старшая операционная сестра О.А. Ильина, операционные сестры Ю.Н. Виноградова и Ю.А. Владыкина

немецкие пациенты отправляются на самые сложные операции. В своей родной больнице часто сталкиваешься с нервными пациентами...

— С чем связано это спокойствие?

— Сначала я подумал, что в немецких клиниках применяются какие-то специальные успокаивающие средства... Но на самом деле это не так. Дело в психологических особенностях. В немецком обществе очень высоко доверие к национальной системе здравоохранения.

— Пациенты доверяют врачам?

— Именно так. Жители Германии уверены, что в своих клиниках они получат наиболее эффективную помощь, которая только возможна. То есть престиж медицинской профессии на берегах Рейна гораздо выше, чем в нашей стране.

Мне думается, здесь играют роль и средства массовой информации. Сейчас российские СМИ переполнены материалами о врачебных ошибках, о медиках-рвачах, об ужасном состоянии больниц и поликлиник... Порой правда перемежается с ложью. На Западе о медицине общество информирует более объективно.

Есть и ещё одна причина немецкого спокойствия. В западных странах лучше организована система диспансеризации. Там пациенты обычно обращаются к врачу на более ранних стадиях болезни. Это относится и к катаракте, и к глаукоме, и к другим заболеваниям. Как известно, в последние годы появились эффективные методики раннего оперативного лечения катаракты. К сожалению, в России, в том числе и в Ленинградской области, значительная часть больных катарактой попадает на операцию на поздних стадиях болезни.

У 90% прооперированных пациентов нашей клиники имела место либо осложненная катаракта (сочетание с глаукомой, травмой, сахарным диабетом, миопией, хронической сублюкцией и пр.), либо тяжёлая сопутствующая патология (инсулинозависимый сахарный диабет, тяжёлая гипертоническая болезнь, перенесённые в прошлом инсульты и инфаркты).

Кстати, не только операции экстракции катаракты проводятся у нас слишком поздно. Аналогичная ситуация складывается и с глаукомой. У значительной части наших пациентов — далеко зашедшие и терминальные стадии глаукомы. Причины этого явления: позднее обращение к врачу, поздняя диагностика, нерегулярное закапывание капель и невыполнение назначений врача.

Совершенно естественно, что если пациент попадает на операционный стол слишком поздно, то перед операцией он нервничает. Да и для врача нервное напряжение возрастает...

Нельзя не сказать ещё об одном печальном явлении: в Ленинградской области, также как и во многих других регионах нашей страны, образовалась большая очередь на операции при катаракте. В Ленинградской областной клинической больнице эта очередь составляет более 4 тысяч человек. Сейчас ведётся запись на 2017 год. Это недопустимое явление!

Скажу Вам откровенно: по оснащению нашего операционного блока мы не уступаем английским или немецким клиникам. Но там нет таких очередей на плановые операции! ■



Р.Л. Трояновский и О.А. Синявский на международном офтальмологическом конгрессе во Франкфурте-на-Майне (Германия)

— Почему возникла эта очередь?

— Операции по бесшовной факэмульсификации катаракты в Ленинградской области проводились только в клиниках Санкт-Петербурга, нашего областного центра. Хотя этот метод на сегодняшний день является стандартом в хирургии катаракты. Кстати, Ленинградская область по площади больше Австрии. Вы можете себе представить, чтобы всё население Австрии ринулось в Вену для проведения операций при катаракте?!

— Ситуация понемногу меняется?

— Недавно проведена модернизация офтальмологического стационара в Киришах. Там начали делать операции по бесшовной факэмульсификации катаракты. В Ленинградской области действует 7 офтальмологических стационаров: в Киришах, Всеволожске, Выборге, Гатчине, Кингисеппе, Пикалево и Сосновом Бору.

Стационар в Сосновом Бору имеет особый статус: он находится в закрытой пограничной зоне. Поэтому в силу объективных причин его услугами могут воспользоваться

только сами жители Соснового Бора и близлежащих населённых пунктов. Все остальные стационары — межрайонные.

Я убеждён в том, что операции бесшовной факэмульсификации катаракты должны проводиться во всех стационарах области. Во всех без исключения. Только таким образом мы можем ликвидировать очередь на операции. Областное и районное здравоохранение теснейшим образом связаны между собой!

К огромному сожалению, по уровню оснащения районные больницы, в том числе и офтальмологические отделения, существенно отстают от нашей больницы. Получается замкнутый круг: если пациенты не могут получить достойную медицинскую помощь в своём районе, то они неминуемо устремляются в областную больницу. Соответственно, областная больница начинает работать с перегрузкой.

Кстати, подобная ситуация существует в целом по стране. Так, в России в год выполняется около 375 тысяч операций по поводу катаракты, а потребности, по разным

ОФТАЛЬМОФЕРОН®

КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ



ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

- лечение герпетических поражений глаз, аденовирусных инфекций глаз
- лечение синдрома сухого глаза при различных патологиях
- лечение и профилактика осложнений после хирургических вмешательств
- содержит интерферон альфа-2 и противоаллергические компоненты

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
ФИРН М www.firn.ru



ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ИЛИ ПОСОВЕТУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



В операционном зале



Оптометрист Ю.Е. Зюзина проводит диагностику глаза на компьютерном периметре



Старший ординатор Л.Н. Родина



Старшая медсестра офтальмологического отделения Е.П. Плужникова



Врач-офтальмолог Т.М. Тоялинова проводит обследование пациента на приборе «ИОЛ-Мастер», предназначенного для бесконтактного расчёта интраокулярных линз

данным, от полутора до четырёх миллионов! Только внедрив факто-эмульсификацию катаракты во все районные офтальмологические стационары, можно решить проблему очередей в стране. Это мировой опыт.

— В чём Вы видите основные проблемы районного звена здравоохранения?

— Я убеждён в том, что главной проблемой и районного, и областного звена здравоохранения является существующая очередь на операции при катаракте. Конечно же, есть и много других «болевых» точек.

В последние годы появились новые высокоэффективные методы диагностики, прежде всего оптическая когерентная томография, ретинотомография, микропериметрия и т.д., позволяющие диагностировать заболевания глаз в более ранних стадиях и успешно их лечить. Эти методы в настоящее время остаются малодоступными для жителей Ленинградской области, так как в районных больницах нет соответствующего оборудования.

В мировую офтальмологическую практику вошёл новый, чрезвычайно эффективный препарат лутен-тис, применяемый при сосудистых нарушениях глаз, макулодистрофии и осложнениях сахарного диабета. Но, к сожалению, этот препарат пациенты Ленинградской области из-за его высокой стоимости получают очень редко.

В течение последних 25 лет практически не производились закупки диагностического и хирургического офтальмологического оборудования для районов области. Изношенность аппаратов достигает 90%. В регионе необходимо открывать глаукомные кабинеты, расширять лазерные службы поликлиник.

Разумеется, важное значение имеет обучение персонала. Районные офтальмологи должны быть способны провести фактоэмульсификацию катаракты, стать специалистами по УЗИ глаза, флюоресцентной ангиографии, оптической когерентной томографии. Нам необходимы новые глаукоматологи и оптометристы.

Нельзя не отметить высокие нормы нагрузки на врача-офтальмолога в поликлинике – 5 человек в час, 30 человек за 6 часов. Это нереальные цифры, исключающие качественную работу. За 12 минут нужно осмотреть пациента на 5-6 аппаратах, определить рефракцию, проверить остроту зрения, поля зрения, произвести осмотр глаза на щелевой лампе и глазного дна (часто нужно расширить зрачки). Я не говорю о гониоскопии и многих-многих других дополнительных исследованиях. Такого количества аппаратуры, пожалуй, нет у врачей других специальностей.

Практически везде отсутствуют оптометристы. А поговорить с пациентом, записать результаты



Торстен Бекер, директор офтальмологической клиники в Дортмунде (в центре фотографии, в очках), с сотрудниками офтальмологического отделения. 2008 год

в амбулаторной карте, дать рекомендацию! При этом у офтальмологов один из самых низких тарифов по оплате труда! Цифры лучше не называть – стыдно. Кроме того, врач-офтальмолог должен участвовать в проведении осмотров в школах, детских садах и на предприятиях, в военкомате, в работе шоферской комиссии. Не удивительно, что по всей стране имеется дефицит офтальмологов. Необходимо срочно изменить ситуацию, пока еще не поздно.

— Вы рассказали о проблемах районных больниц. Какие организационные вопросы Вам приходится решать в самом офтальмологическом отделении областной клинической больницы?

— Существует проблема недостаточного финансирования и, как следствие, дефицита расходных материалов для операций. Необходимо повышать пропускную способность операционного блока за счет его дальнейшей технической модернизации.

Есть проблемы и с организацией работы медицинского персонала. Существующие нормативы нагрузки медсестры (30 пациентов на 1 сестру) и штатное расписание анестезиологической службы не соответствуют реалиям сегодняшнего дня.

Мы заинтересованы в увеличении квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. От недостатка квот страдают наши пациенты. Так, к октябрю 2012 года мы практически выполнили план по квотам, притом что брали на операции в основном самые сложные случаи! В ноябре и декабре мы не имели возможности выполнять высокотехнологичные операции в связи с отсутствием квот!

— Руководство областного Комитета здравоохранения разделяет Ваши позиции?

— Да, у нас сложилось хорошее рабочее взаимодействие с председателем Комитета по здравоохранению Ленинградской области А.А. Лобжанидзе. Арчил Алексеевич является профессионалом в медицине, выпускником Военно-медицинской академии. В течение многих лет он был главным врачом Ленинградской областной станции переливания крови и главным трансфузиологом Ленинградской области.

До назначения на свой нынешний пост А.А. Лобжанидзе возглавлял комиссию по здравоохранению и социальной политике областного парламента, поэтому он хорошо осведомлён обо всех бедах и проблемах регионального здравоохранения, в том числе и в сфере оказания офтальмологической помощи. Но многие вопросы не могут решиться на уровне Комитета по здравоохранению. Требуется поддержка федеральных структур.

Вообще, хотелось бы, чтобы на государственном уровне офтальмологии уделяли большее внимание. Когда чиновники говорят об успехах и неудачах здравоохранения, часто упоминается такая цифра, как продолжительность жизни в разных странах и регионах. Современное оказание или некачественное оказание офтальмологической помощи далеко не всегда влияет на продолжительность жизни...

Но ведь существует понятие «качество жизни»! В этой сфере развитие офтальмологии имеет для общества и государства принципиальное значение. Хорошее зрение, способность самостоятельно визуально воспринимать окружающий мир до глубокой старости имеет решающее значение для качества жизни человека.

— Олег Алексеевич, хотелось бы узнать о Вашем пути в медицине.

— Я родился в 1960 году в Белоруссии, в городе Орша Витебской области. В 1983 году окончил Смоленский медицинский институт. Во время учёбы моим любимым преподавателем был профессор, д.м.н., ветеран Великой Отечественной войны Абрам Саулович Шевелёв (1917-1994). Он увлёк меня имлетом он был главным врачом Ленинградской областной станции переливания крови и главным трансфузиологом Ленинградской области.

После окончания института я два года под руководством А.С. Шевелёва работал старшим лаборантом по научной работе в родном вузе. В 1986 году вернулся в Оршу. В Витебском медицинском институте прошёл специализацию по офтальмологии и стал работать врачом-офтальмологом в одном из стационаров Орши. В 1990 году переехал в Ленинград и стал сотрудником отделения офтальмологии Ленинградской областной клинической больницы.

Сразу после начала работы в Ленинграде познакомился с научным консультантом отделения, профессором Военно-медицинской академии, д.м.н. Р.Л. Трояновским. Роман Леонидович по сей день является научным консультантом нашего отделения. В октябре 2013 года ему исполняется 75 лет. Но Роман Леонидович полон сил и энергии. Пользуясь случаем, хочется пожелать ему новых успехов и научного долголетия.

Профессор Трояновский стал для меня не только учителем в офтальмологии, но и старшим другом. Более 20 лет мы плодотворно работаем вместе. Под его научным руководством в 1999 году я защитил кандидатскую диссертацию на тему «Баллонирование заднего полюса глаза в лечении отслоек сетчатки».

Метод баллонирования был разработан Р.Л. Трояновским. Цель моей кандидатской диссертации

состояла в том, чтобы проанализировать и обобщить использование этого метода в медицинской практике. В настоящее время работаю над докторской диссертацией, посвящённой лечению тяжёлых форм отслоек сетчатки.

— Как Вы любите проводить свободное время?

— В будни у меня практически нет свободного времени. Зато в выходные дни стараюсь отвлечься от работы, провести время с супругой Ольгой и сыном Давидом. Мы женаты с 1990 года. Оля – тоже медик, работает в районной поликлинике участковым врачом-терапевтом. Сын сейчас заканчивает школу. Хочет поступать в медицинский институт и в дальнейшем стать врачом-офтальмологом.

Лучший отдых для меня – это время, проведённое на природе. Также люблю оперу, классическую музыку, особенно произведения Баха. Люблю посещать кино и устраивать «домашние киносеансы». У нас дома сложилась довольно внушительная коллекция фильмов на DVD-дисках.

Всей семьёй мы любим путешествовать. В отпуск чаще всего отправляемся в европейские страны, стараемся расширять свой кругозор. Обычно передвигаемся на общественном транспорте: поездах, автобусах. Но в этом году хотели бы взять в аренду машину и отправиться в поездку по Германии.

— Олег Алексеевич, благодаря Вас за интересный, подробный и откровенный рассказ!

— В завершение нашей беседы мне бы хотелось передать слова глубокой признательности всем коллегам из офтальмологического отделения Ленинградской областной клинической больницы и её главному врачу, д.м.н., заслуженному врачу РФ В.М. Тришину. Валерий Михайлович возглавляет нашу клинику с 1986 года. Все эти годы и десятилетия он оказывает и оказывает всестороннее содействие офтальмологическому отделению. Главный врач всегда был открыт для наших идей и предложений. Уверен, что общими усилиями мы сможем обеспечить дальнейшее развитие отделения, а также модернизацию офтальмологической службы Ленинградской области. ■

*Беседу вел Илья Бруштейн
Фотографии Ильи Бруштейна и из личного архива О.А. Синявского*

Почему нужна полная коррекция миопии

В.В. Страхов

Ярославская государственная медицинская академия

Оптическая коррекция аномалий рефракции, в частности миопии, продолжает оставаться одним из самых востребованных видов деятельности практического офтальмолога. При этом в нашей стране нет единого мнения по вопросу полноты и постоянства коррекции миопии. Справедливости ради следует отметить, что и за рубежом нет полной прозрачности в этом вопросе, однако там есть стандарты, по которым при коррекции миопии следует добиваться зрительного комфорта, обеспеченного полной остротой зрения. Другими словами, под полной коррекцией следует понимать коррекцию аметропии до полной остроты зрения. Трудно с этим не согласиться, поскольку именно полное зрение во всех его функциональных проявлениях обеспечивает человеку беспрецедентную по своему объёму полноту информации о внешнем мире. Однако не все так просто, поскольку все рефракции глаза, в том числе и ее аномалии, состоят из двух составляющих – статической и динамической. При этом считается, что статическая рефракция предопределена природой, имеет свой путь рефрактогенеза, относительно независимый от внешних условий и заканчивающийся к 19-20 годам, а динамическая рефракция или аккомодация долгое время, и не без оснований, обвинялась в возникновении и прогрессировании школьной миопии. Отсюда становится понятно, что при генетически детерминированной статической аномалии рефракции, например, в виде рефракционной миопии передавшейся по наследству, легко решиться на полную коррекцию. А вот корригирующее вмешательство в оптику глаза при приобретенной миопии может быть для рефракции небезразличным, прежде всего для ослабленной аккомодации как потенциальной рефрактообразующей функции глаза, и даже может спровоцировать ее на усиление миопизации. Лучше ее не напрягать, не раздражать, отградить от частого употребления, поскольку направление активности аккомодации всегда совпадает с усилением рефракции. Так возникла концепция неполной коррекции миопии. Однако на самом деле в патогенезе приобретенной миопии принято рассматривать не только слабость аккомодации. Не меньшее, если не большее, значение имеют структурные нарушения склеры в виде потери эластичности и ослабления сопротивляемости соединительной ткани склеральной оболочки биомеханическим нагрузкам. Именно поэтому главным вопросом на пути к разгадке причин возникновения и прогрессирования приобретенной миопии остается необъяснимость причинно-следственных взаимоотношений двух безусловных и многократно подтвержденных слабостей – аккомодативной функции и склеральной структуры. Без уязвки патофизиологического единства структуры и функции в возникновении и прогрессировании миопии эта проблема, имеющая в настоящее время весьма важное социальное значение в силу нарастающего распространения, вряд ли может быть решена.

Однако в наши дни появляется теория изменения ретинального дефокуса (ТИРД) и выясняется, что руководит ростом глаза вовсе не ЦНС, а сама сетчатка, причем инструментом руководства является ретинальный дефокус (Hung G.K., Ciuffreda K.J., 2003). Оказывается, что этот самый ретинальный дефокус через чувствительность амакриновых клеток сетчатки к качеству изображения, а именно к его контрастности, с помощью нейромодуляторов способен влиять на синтез протеогликанов склеры и, следовательно, на биологию склеральной матрицы, ослабляя или усиливая его в зависимости от величины и вида дефокуса. Как известно, в сферичной оптике глаза возможны два вида дефокуса – миопический (фокус перед сетчаткой) и гиперметропический (фокус за сетчаткой). В обоих этих случаях изображение на сетчатке формируется не точечным с четкими, контрастными границами, а в виде пятна с размытыми, менее контрастными границами, причем чем больше площадь пятна (дефокуса), тем меньше четкость и контрастность изображения.

Амакриновые клетки сетчатки способны реагировать на усиление или ослабление контрастности изображения соответствующим увеличением или уменьшением высвобождения нейромодуляторов, которые в конечном счете контролируют синтез протеогликанов в склере. Здесь очень важно понимать, что в рамках новой теории ТИРД вид и величину дефокуса следует рассматривать не сами по себе, а в формате их изменения. Оценивать увеличение или уменьшение дефокуса в динамике, сравнивая их величины через какой-либо промежуток времени, например, в процессе естественного роста глазного яблока, либо ситуационно в процессе установки зрения вдаль или вблизи. Амакриновые клетки реагируют на изменение состояния контрастности изображения, связанного с изменением величины дефокуса, в то время как в относительно стабильном состоянии площади

пятна дефокуса активность биохимического инструмента нейромодуляторов нормальна и находится в соответствии с уровнем генетически запрограммированного роста глазного яблока. В то же время направление изменения площади дефокуса во времени, то есть ее увеличения или уменьшения в связи с ростом глазного яблока, жестко связано с видом дефокуса: при увеличении глазного яблока гиперметропический дефокус уменьшается, а миопический – увеличивается. Согласно ТИРД при увеличении площади пятна дефокуса скорость высвобождения нейромодуляторов и синтеза протеогликанов увеличивается, что приводит к укреплению склеры и замедлению роста глаза. И, наоборот, при уменьшении площади пятна дефокуса поток нейрорхимических веществ к склере уменьшается, что тормозит синтез протеогликанов и ослабляет склеру, создавая структурную базу

для возникновения миопии. Интересно, что, по мнению авторов ТИРД, влияние дефокуса на рост глазного яблока при смене различных зрительных установок (вблизи или вдаль) зависит, прежде всего, от величины площади дефокуса, а не от его вида. Так при анализе влияния полной и неполной коррекции миопии на ее прогрессирование, авторы объясняют более значительное прогрессирование миопии при неполной коррекции тем, что в этих случаях более выраженный дефокус (миопический) при установке зрения вдаль сменяется меньшей площадью дефокуса (гиперметропического!) при установке зрения вблизи, т.е. возникает уменьшение площади дефокуса во времени со всеми вытекающими последствиями в виде ослабления склеры. Таким представляется авторам ТИРД механизм влияния функции (изображения) на структуру (склеральной оболочки). Здесь следует добавить

ТРАВАТАН®
(тавопрост 40мкг/мл, глазные капли)

ГЛАУКОМА НЕ ОТСТУПАЕТ В КОНЦЕ ДНЯ И ВАШ ПРОСТАГЛАНДИН® ОТСТУПАТЬ НЕ ДОЛЖЕН

Позвольте Вашим пациентам надежный контроль уровня ВГД на весь день¹

- обеспечивает устойчивое снижение ВГД на 30% в течение всего дня¹
- эффективен у большего числа пациентов²
- поддерживает уровень ВГД с минимальными суточными колебаниями³
- обычно хорошо переносится пациентами²,⁴

24:00 КОНТРОЛЬ

* тавопрост – синтетический аналог простагландина F2α, который используют естественные клетки организма

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ ТРАВАТАН® (тавопрост 40 мкг/мл)
Регистрационный номер: Р N015625/01 от 08.04.2009

Фармакологическое действие. Тавопрост – синтетический аналог простагландина F2α, является высокоэффективным агонистом простагландиновых рецепторов FF и снижает внутриглазное давление путем увеличения оттока водянистой влаги. Основной механизм действия препарата связан с увеличением ускоренного оттока. Внутриглазное давление снижается приблизительно через 2 часа после применения, а максимальный эффект достигается через 12 часов.

Показания к применению. Снижение повышенного внутриглазного давления при:

– открытоугольной глаукоме;

– повышенном внутриглазном давлении.

Противопоказания. Индивидуальная повышенная чувствительность к компонентам препарата, детский возраст до 18 лет, беременность и период кормления грудью.

С осторожностью. При афакии, псевдофакии с разрывом капсулы хрусталика передней или задней камеры, у пациентов с риском развития мистодного макулярного отека.

Способ применения и дозы. Местно. По 1 капле в конъюнктивный мешок глаза (глаз) 1 раз в сутки, вечером. Более частое применение препарата может привести к снижению его эффективности.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Траватан® может применяться в комбинации с другими местными офтальмологическими препаратами для снижения внутриглазного давления. В этом случае интервал между их применением должен составлять не менее 5 мин.

Срок годности: 3 года. Не использовать после срока годности, указанного на упаковке. После вскрытия флакона глазные капли следует использовать в течение 4 недель.

Условия хранения. При температуре 2-25 °С, в недоступном для детей месте.

БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕПАРАТЕ СМОТРИТЕ В ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

1. Dubowitz HB, Noecker R. Sustained intraocular pressure reduction throughout the day with travoprost ophthalmic solution 0.04%. Clin Ophthalmol. 2012;6:525-531. (Дубовиц АБ, Нокер Р. Клонирование снижения уровня ВГД на фоне терапии тавопростом 0,04% глазными каплями. Офтальмология. 2012;6:525-531.)

2. Nelson JR, Landry T, Sullivan EK, et al. Travoprost compared with latanoprost and timolol in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension. Am J Ophthalmol. 2001;132:472-484. (Нельсон Р.А., Лэндрей Т., Салливан Е.К. и др. Сравнение использования тавопроста с латанопростом и тимололом у пациентов с открытоугольной или гипертензивной глаукомой. Американский офтальмологический журнал. 2001; 132:472-484.)

3. Mikropoulos D, Kalkas K, Jenkins J, Stewart WC. 24-hour intraocular pressure control obtained with evening versus morning-dosed travoprost in primary open-angle glaucoma. Ophthalmology. 2006;113:446-450. (Микропулос Д., Калкас К., Дженкинс Дж., Стивенс В.С. Суточный контроль внутриглазного давления при вечернем или утреннем применении тавопроста при первичной открытоугольной глаукоме. Офтальмология. 2006; 113:446-450.)

4. Горюнов Е.А., Синявский И.Г. Тавопрост: российский опыт применения. Клиническая офтальмология (Б-и РАМН). 2009;1:36-39.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ООО «Алкон Фармацевтика»:

109004, Москва, Никольская ул., 54.

Тел.: +7 (495) 961-13-33

Январь, 2013

Alcon

a Novartis company

еще три чрезвычайно важных положения теории: 1) она работает при перерезке зрительного нерва, т.е. без какой либо связи с ЦНС; 2) регулирует рост глаза не центральный дефект, а изменения периферического дефекта, доходящего до 20-30° от точки фиксации; 3) экспериментальные манипуляции с изменением дефекта длились минуты и часы, а действие на рост глаза продолжалось дни и недели.

Итак, способны ли новые знания о тонкостях рефрактогенеза с учетом ретинального дефекта, родившиеся из экспериментов на животных, в том числе при перерезке зрительного нерва, т.е. на реальном фактическом материале, перевернуть наши представления о роли такого важного фактора риска приобретения миопии, как аккомодация? Наверняка нет, поскольку, кроме соразмерности или несоразмерности статической рефракции в клинике, именно аккомодация способна влиять на величину дефекта, конечно, в пределах своего объема. И там, где аккомодация успешно справляется со своими обязанностями, там дефект минимален, причем на всем пространстве аккомодации, а значит и изменения ретинального дефекта при переводе установки зрения для дали и для близи – минимальны, что согласно ТИРД является необходимым условием для реализации генетической программы роста глазного яблока в детском возрасте. Именно так природой организовано зрение при эмметропии с постоянно работающей аккомодацией. Однако аккомодация – тонкая вещь и к тому же очень сложна устроена. С появлением ультразвуковой биомикроскопии (UBM) и объективной аккомодографии обнаружили ранее неизвестные вопросы, на которые пришлось искать ответы. Так, с помощью UBM был зафиксирован двигательный ответ цилиарной мышцы и связного аппарата хрусталика на медикаментозную стимуляцию симпатической иннервации глаза симпатомиметиком ирифрином. Этот ответ совпадал с биомеханическим направлением, обеспечивающим уплощение хрусталика с соответствующим ослаблением рефракции. Появилась двигательная база активности аккомодации вдали. Сама по себе активность аккомодации и для дали и для близи, прежде всего, демонстрирует важность точности и быстроты

обеспечения максимально возможной остроты зрения при рассматривании предметов в любом месте пространства, поскольку это принципиально для получения исчерпывающей информации о внешнем мире. Отсюда становится понятным, что при различных оптических недостатках основной целью их коррекции должно быть оптическое обеспечение максимально возможной четкости зрения на всем зрительном пространстве. С другой стороны, объективная аккомодография, представляющая из себя авторефрактометр, фиксирующий изменения рефракции при предъявлении разноудаленных зрительных стимулов, постоянно регистрирует значительную меньшую рефракционную величину аккомодационного ответа по сравнению с предъявляемым стимулом на близкое расстояние. Существенно меньшую, на 1,0-1,5 дптр, что вполне можно рассматривать как гиперметропический дефект при зрении вблизи. Это так называемое «отставание аккомодации» или «accommodation lag». Ясного ответа на происхождение этого феномена нет. Думается, однако, что дело здесь в оптических «фокусах». Известно, что при аккомодографии, несмотря на объективное присутствие гиперметропического дефекта в виде феномена «accommodation lag», испытываемые всегда четко видят зрительные стимулы в ходе исследования. Это значит, что предъявляемое авторефрактометром и считываемое им же изображение тестовой марки на глазном дне является четким, находится в центральной фокусе. Однако, как известно, этот фокус не точечный, а вытянут в пространстве фовеолы в некую зону на оптической оси глаза, так называемую «фокусную зону». Эта фокусная зона, возникающая вследствие сферических и хроматических аберраций оптики глаза, имеет свою длину или глубину и в норме колеблется от 0,5 до 1,5 дптр. В среднем около 1,0 дптр или 300 мкм в линейном исчислении. В пределах фокусной зоны или глубины резкости изображения всегда будет восприниматься четким. Кстати, именно этим обстоятельством, а отнюдь не действием аккомодации, можно объяснить феномен нескольких равноулучшающих стекол при коррекции аномалий рефракции, причем как миопии, так и гиперметропии, что прямо указывает на срединное положение фокусной

зоны относительно самого главного, генерирующего изображение, наружного фоторецепторного слоя сетчатки. Другими словами, половина фокусной зоны лежит перед световоспринимающей частью сетчатки и имеет соответственно половину ее длины – в среднем примерно 150 мкм или 0,5 дптр, а другая половина – за ней, с такой же длиной или глубиной резкости. Благодаря такой особенности оптики глаза может возникнуть и, по видимому, реально возникает парадоксальная с точки зрения клинической рефракции ситуация несовпадения величины аккомодационного ответа на предъявляемый стимул или «accommodation lag». То есть, когда четкость изображения стимула при аккомодации частично обеспечивается не изменением рефракции, а глубиной фокуса. Например, при аккомодации для близи фокус зрительного стимула еще не достиг плоскости наружных отделов сетчатки, но центральная часть фокусируемого изображения, уже приходящаяся на начало фокусной зоны за сетчаткой, видится четко. Думается, что таким же рефракционным эффектом можно объяснить результаты дуохромного теста у эмметропов, когда при полной остроте зрения вдали они лучше видят предъявляемые тесты на красном фоне, то есть в миопической установке глаза. Такое, казалось бы, невозможно: либо полная острота зрения, либо миопический дефект. А результаты дуохромного теста показывают, что и тестовый стимул и фон как бы находятся в одной фокусной плоскости. Но, по-видимому, это не так. Представляется, что в процессе ослабления рефракции глаза во время аккомодации вдали возникает момент, когда центральная часть изображения или тестовый стимул, в целом еще находясь в миопическом дефекте, уже приходится на начало внутриглазной части фокусной зоны и потому виден четко. А периферическая часть, в виде дуохромного фона изображения, также находясь в миопической дефекте, но вне фокусной зоны, достигает световоспринимающей плоскости сетчатки только своей длинноволновой частью. При этом, очевидно, процесс аккомодации останавливается на достигнутом рефракционном уровне, поскольку реперная точка аккомодации для центрального отдела зрительного анализатора – в виде четкого изображения цели – достигнута. Таким

образом, возникает ситуация своеобразного эмметропического рефракционного парадокса, когда тест и красный фон пространственно разнесены примерно на 0,5 дптр, но функционально, для центрального отдела зрительного анализатора, они видны одинаково четко, как будто находятся в одинаковой плоскости четкости изображения. Отсюда становятся понятным – при эмметропии тестовый знак виден четче на красном фоне потому, что этот фон не замыкает его своими кругами светорассеяния, как, например, зеленый фон, который фокусируется гораздо ближе, практически на поверхности сетчатки, и в глубине ее, на уровне фоторецепторов, уже расфокусирован. Итак, при взгляде вдали у эмметропа центральный дефект нивелируется глубиной фокусной зоны, а периферия пребывает в миопическом дефекте. Здесь следует отметить, что миопический периферический дефект с точки зрения ТИРД являет собой благоприятную ситуацию для растущего глаза. Поэтому при коррекции аметропии следует стремиться именно к эмметропической клинической рефракции, позволяющей четко видеть вдали и физиологично работать аккомодации на всем зрительном пространстве, минимизируя тем самым ретинальный дефект. Особенно важно минимизировать именно изменения ретинального дефекта, связанные как с ростом глазного яблока, так и возникающие при различных установках зрения или приспособлениях оптики для четкого видения разноудаленных предметов, то есть при аккомодации. Вот почему миопию следует корректировать минимальным из равноулучшающих стекол, обеспечивающим полную остроту зрения и при дуохромном тесте дающим более четкое изображение на красном фоне. При этом во всех случаях следует подходить к коррекции индивидуально, по переносимости, по комфортности во время зрительной нагрузки. Понятно, что при высоких степенях миопии или при разбалансированности аккомодации, когда полная коррекция плохо переносится, допустимо временное уменьшение силы корректирующего стекла. При этом небольшое аддидация для близи (уменьшение отрицательного стекла в пределах 0,75 дптр), рекомендуемая различными авторами при прогрессирующей миопии, также вполне уместна. ■

Возможности использования методик конфокальной микроскопии и тиаскопии для оценки состояния роговицы и прекорнеальной слезной пленки

Г.Б. Егорова,
Т.С. Митичкина,
И.А. Новиков

ФБГУ «НИИГБ» РАМН

В настоящее время в зарубежных и отечественных научных изданиях большое внимание уделяется проблемам патологии глазной поверхности. Слезная пленка, покрывающая поверхность глазного яблока, имеет сложный биохимический состав и обеспечивает важные физиологические функции, главными из которых являются функции защиты, транспорта кислорода и питательных веществ к эпителиальным слоям роговицы и конъюнктивы, а также удаление шлаковых метаболитов и отмерших эпителиальных клеток. Слезная пленка необходима для нормальной функционирования эпителия роговицы. Морфологические и функциональные особенности эпителия роговицы и конъюнктивы в свою очередь обеспечивают стабильность слезной пленки. То есть слезная пленка и эпителий глазной поверхности представляют собой единую функциональную систему. Нарушение структуры и функции любой составляющей вызывает изменения в других ее элементах и запускает механизм замкнутого круга.

Одной из важных функций эпителия является функция транзита кислорода и питательных веществ в более глубокие слои роговицы, что обеспечивает ее нормальный метаболизм и водный баланс.

Повреждение слезной пленки может быть вызвано различными неблагоприятными факторами внешней среды. Нарушения экология, условия жизни в мегаполисе, смог, электромагнитное излучение при работе с компьютерами и условия напряженной зрительной работы являются факторами экогенного воздействия.

К факторам неблагоприятного воздействия относятся также контактные линзы, вызывающие разрушение слезной пленки и структурные изменения в эпителиальном пласте роговицы и конъюнктивы.

Признаки ССГ (синдрома «сухого глаза») возникают при применении некоторых лекарств, а также медикаментозных средств, применяемых в виде глазных капель, содержащих в своем составе консерванты.

Наличие в составе препарата консерванта может быть причиной эпителиальных повреждений, а также вызвать снижение слезопродукции. Токсическое действие консерванта и нарушение метаболизма эпителия в совокупности являются причиной морфологических изменений в строении роговицы, преимущественно в ее передних и средних слоях. Таким образом, изучение действия медикаментозных средств, особенно при длительном их использовании, должно включать оценку их эффективности как лечебного средства, так и оценку возможных побочных воздействий на глазную поверхность.

Для объективизации оценки изменений глазной поверхности необходимо использовать методы, с помощью которых можно получить информацию о состоянии

прекорнеальной слезной пленки и роговицы. В качестве таких методик может быть использована тиаскопия и конфокальная микроскопия роговицы.

Существует ряд методов, с помощью которых мы можем судить о состоянии слоев прекорнеальной слезной пленки. Метод импрессионной цитологии позволяет оценить плотность и степень дифференцировки бокаловидных клеток конъюнктивы, секрет которых формирует муциновый слой слезной пленки. Проба Ширмера и выслота слезного мениска являются

косвенными показателями, на основании которых можно судить о состоянии водного слоя. Состояние устьев мейбомиевых желез интрамаргинального пространства, данные мейбографии могут дать информацию о возможности формирования липидного слоя слезной пленки. Однако эти методики могут нам дать только косвенное представление о ее составляющих. И только липидный слой может быть визуализирован и исследован с помощью метода тиаскопии. Этот метод основан на фоторегистрации феномена интерференции,

который возникает при прохождении лучей света через слой липидов. Цвет интерференционной картины в каждой точке зависит от длины луча света, который проходит через данный слой. Частично лучи отражаются от его границ, взаимодействуют между собой, в результате мы получаем интерференционную картину (рис. 1).

По специальной цветовой шкале мы можем судить о толщине липидного слоя в каждой точке. Для демонстрации возможностей метода представленный метод интерференционной картины

при исходном состоянии прекорнеальной слезной пленки и после компрессии мейбомиевых желез (рис. 2).

Следствием стимуляции выделения секрета мейбомиевых желез является изменение интерференционной картины, появляются цвета более высокого порядка, что говорит о повышении толщины липидного слоя. Однако способ определения толщины липидного слоя с помощью номограммы является ориентировочным, в определенной мере субъективным, и не дает полной информации

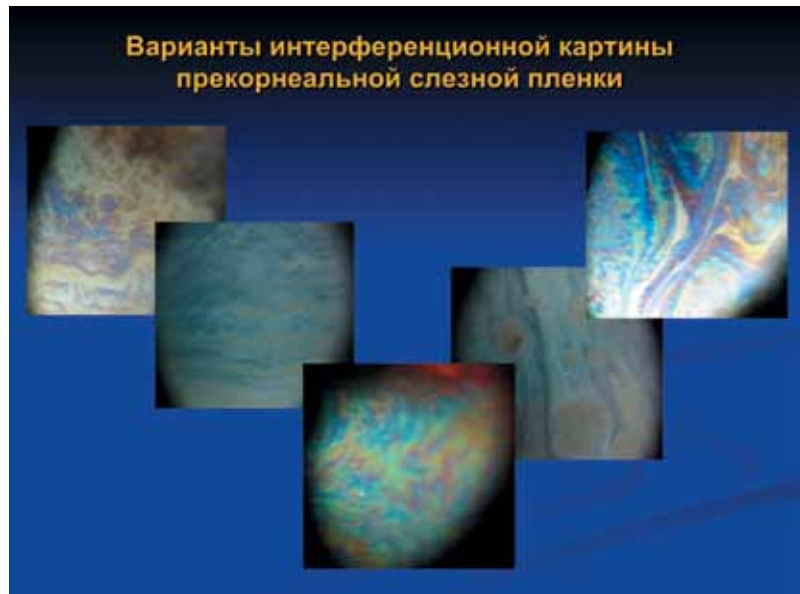


Рис. 1.

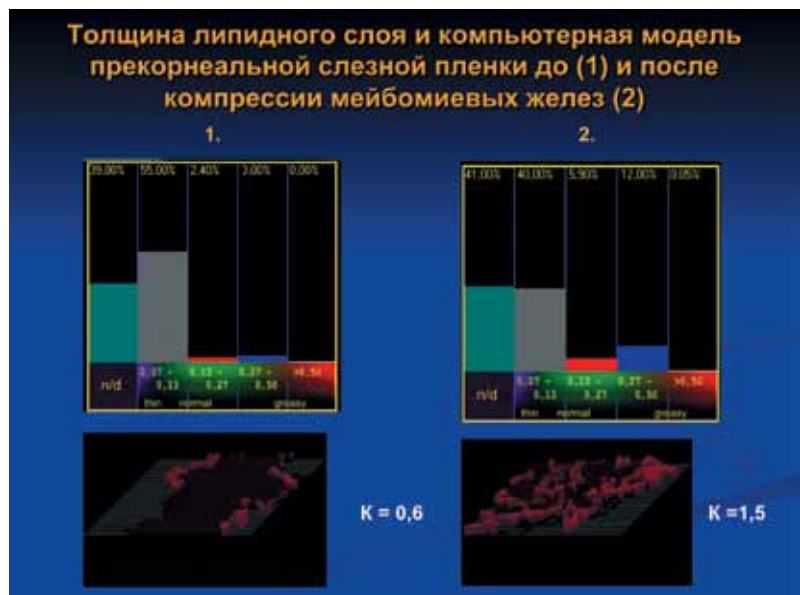


Рис. 3.



Рис. 5.



Рис. 2.



Рис. 4.

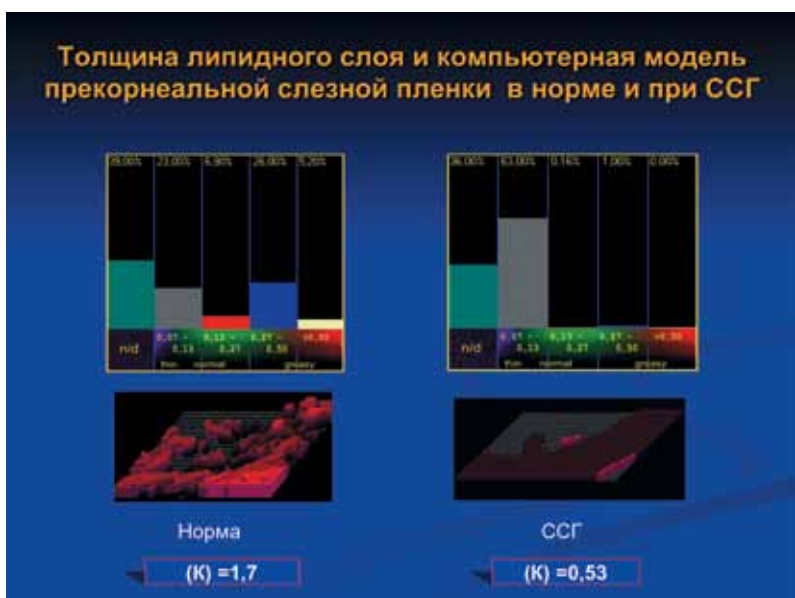


Рис. 6.

Аппарат магнитотерапевтический офтальмологический АМТО-01 diathera

Государственный Рязанский приборный завод (ГРПЗ) более 16 лет выпускает транспальпебральные приборы для измерения внутриглазного давления (ВГД) ИГД-02 diathera и ТГДц-01 diaton, позволяющие провести измерение ВГД без контакта с роговицей глаза, без анестезии, без риска инфицирования. Приборы широко используются в медицинской практике и заслужили доверие офтальмологов, семейных врачей,

оптометристов более чем 20-ти стран мира.

В настоящее время наше предприятие приступило к производству нового прибора – аппарата магнитотерапевтического офтальмологического АМТО-01 diathera, предназначенного для лечения заболеваний глаз.

Аппарат может использоваться в стационарных, амбулаторных, а также под контролем врача в домашних условиях.

В аппарате АМТО-01 реализован новый подход к физиотерапии заболеваний глаза.

В качестве физического фактора в приборе используется щадящее импульсное магнитное поле, которое комплексно воздействует через 3 пары индукторов не только на глазное яблоко, но и на прилегающие зоны головы, участвующие в кровоснабжении органа зрения:

1 пара индукторов – воздействие непосредственно на

глазное яблоко, способствует улучшению локальной микроциркуляции и обменных процессов;

2 пара индукторов – воздействие на височную область, усиливает местное кровоснабжение и мягко стимулирует функцию слезопродукции;

3 пара индукторов – воздействие на темennую область, положительно влияет на функциональное состояние зрительного центра.

Физиотерапевтические параметры

- Амплитудное значение индукции пульсирующего магнитного поля – от 3 до 5 мТл.
- Частота следования импульсов – от 5 до 10 Гц.

В отличие от других офтальмологических магнитотерапевтических приборов, в которых применяется более мощное магнитное поле и только на глазное яблоко, используемое в АМТО-01 низкочастотное магнитное поле не оказывает негативного воздействия на ЦНС и обеспечивает высокий терапевтический эффект.

Конструктивно аппарат АМТО-01 выполнен в виде двух блоков: блока управления, формирующего импульсы определенной частоты и формы, и блока индукторов, служащих источником магнитного поля. АМТО-01 имеет малые габариты и вес, удобен и прост в эксплуатации, комфортен для пациента.

Аппарат АМТО-01 может быть использован для лечения следующих заболеваний:

- макулодистрофия сетчатки;
- атрофия зрительного нерва;
- дегенеративные сосудистые заболевания органов зрения;

- первичная открытоугольная глаукома с нормализованным или умеренно повышенным ВГД в 1-3 стадии.

Эффективность и безопасность аппарата АМТО-01 подтверждена клиническими испытаниями.

«...Процедуры проведены у пациентов с диагнозами: макулодистрофия сетчатки, атрофия зрительного нерва. ...В группе, получавшей в комплексном лечении сеансы воздействия через аппарат АМТО-01, отмечалось достоверно более выраженное восстановление полей зрения и уменьшение симптома двоения в глазах...»

Д.м.н. А.В. Аверьянов, к.м.н. Г.В. Дятчина
ФГУЗ «Клиническая больница № 83», Москва

«...среди пролеченных больных улучшение остроты зрения наблюдалось у более чем 80%, поле зрения расширилось в 61% случаев всех наблюдений, а внутриглазное давление уменьшилось у 70% больных...»

Академик МТА РФ, к.м.н. В. Галик, зав. офтальмологическим кабинетом Г.И. Гладышева
ФГУЗ «Клиническая больница № 119», Москва

Аппарат АМТО-01 diathera эффективно дополнит арсенал средств лечения многих заболеваний глаз.

Подробная информация о приборе АМТО-01 размещена на сайте www.grpz.ru



о структуре и равномерности распределения липидов по поверхности водного слоя.

Для объективизации результатов исследования и получения более подробной информации нами была разработана компьютерная программа «Lacrima», которая позволяет провести компьютерный анализ интерференционной картины. Ее результат представлен в виде диаграммы, причем каждый столбик этой диаграммы представляет собой относительную площадь исследуемой зоны прекорнеальной слезной пленки, где липидный слой имеет определенную толщину. Первый столбик – это зона неопределенности, где компьютерный анализ невозможен из-за минимальной толщины слоя. Серый столбик – это наиболее тонкие слои, дальше данные диаграммы следуют по возрастающей величине липидного слоя. В алгоритм программы введен коэффициент распределения липидов. Представлен результат компьютерного анализа предыдущего примера (рис. 3).

В исходном состоянии липидный слой представлен в основном зонами с малой толщиной слезной пленки, а после компрессии мейбомиевых желез наблюдается перераспределение толщины липидного слоя с формированием зон с большей его толщиной. Это хорошо демонстрирует компьютерная модель, коэффициент распределения липидов после компрессии возрастает больше чем в два раза.

Можно продемонстрировать необходимость определения степени и равномерности распределения липидов. Липидов может быть много, но в условиях значительного снижения слезопroduкции, при мигании они не могут распределиться по всей поверхности роговицы, и такая пленка не стабильна (рис. 4).

Еще один демонстрационный пример. Липидный слой прекорнеальной слезной пленки в норме и при синдроме «сухого глаза» (рис. 5).

Различия получаемых изображений достаточно наглядны, что подтверждается построением компьютерной модели слезной пленки и результатами компьютерного анализа (рис. 6).

При ССГ липидный слой представлен только самыми тонкими слоями, а участки с большей толщиной практически отсутствуют. Коэффициент распределения липидов при ССГ резко снижен по сравнению с нормой (в данном случае в 3,2 раза).

С помощью этой методики мы можем оценить не только состояние поверхности, но и эффект наших лечебных мероприятий. Представлен демонстрационный пример липидного слоя при ССГ. Было проведено комплексное лечение с применением слезозаменителей и гигиены век, в результате мы получили практически полное восстановление липидного слоя (рис. 7). Результат компьютерного анализа также регистрирует практически полное восстановление нормальной структуры слоя липидов,



Рис. 7.

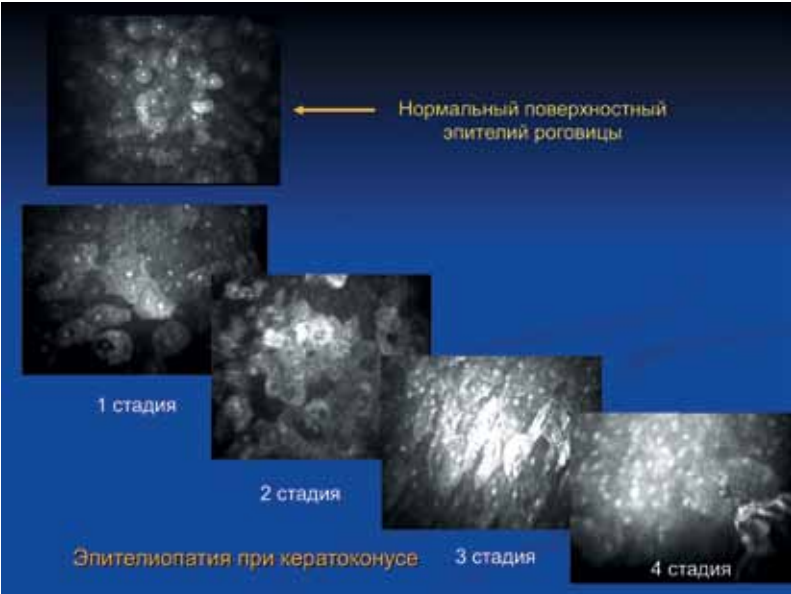


Рис. 9.



Рис. 11.

что демонстрирует и компьютерная модель (рис. 8).

Конфокальная микроскопия является одним из самых ценных методов, применяемых для оценки состояния глазной поверхности и роговицы в целом. Исходные данные, получаемые с помощью конфокальной микроскопии,

необходимы для уточнения диагноза, определения степени повреждения и тактики лечения.

Демонстрационный пример различных вариантов эпителиопатии при кератоконусе в различной стадии патологического процесса (рис. 9).

Патологические изменения эпителия роговицы при кератоконусе являются одним из главных патогенетических признаков заболевания, что в большинстве случаев требует назначения медикаментозных средств, результат применения которых можно контролировать с помощью данного метода. Пример микроскопической картины эпителия роговицы пациента с кератоконусом III стадии на фоне ношения жесткой контактной линзы (рис. 10).

Эпителиальный слой представлен недифференцированными клетками, границы клеток не визуализируются, ядра нечеткие, явления отека клеток. В центре резко снижена прозрачность эпителиального слоя.

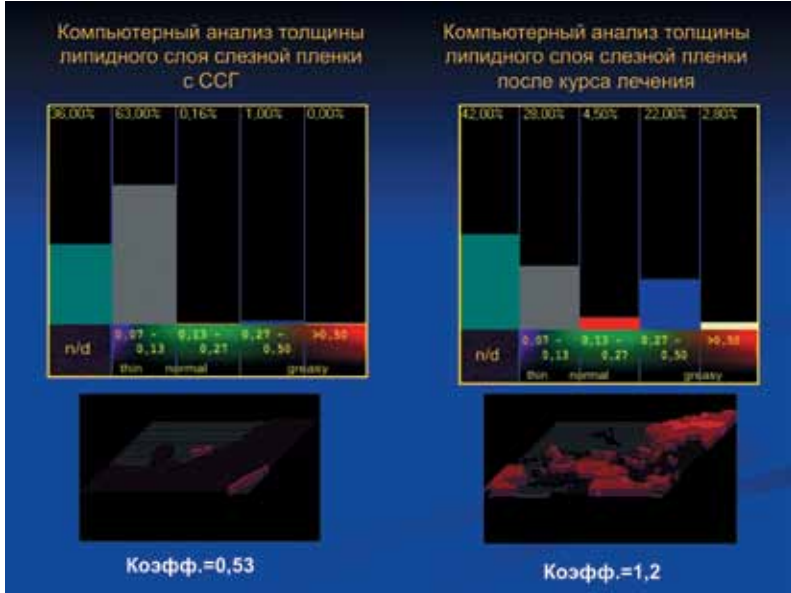


Рис. 8.



Рис. 10.

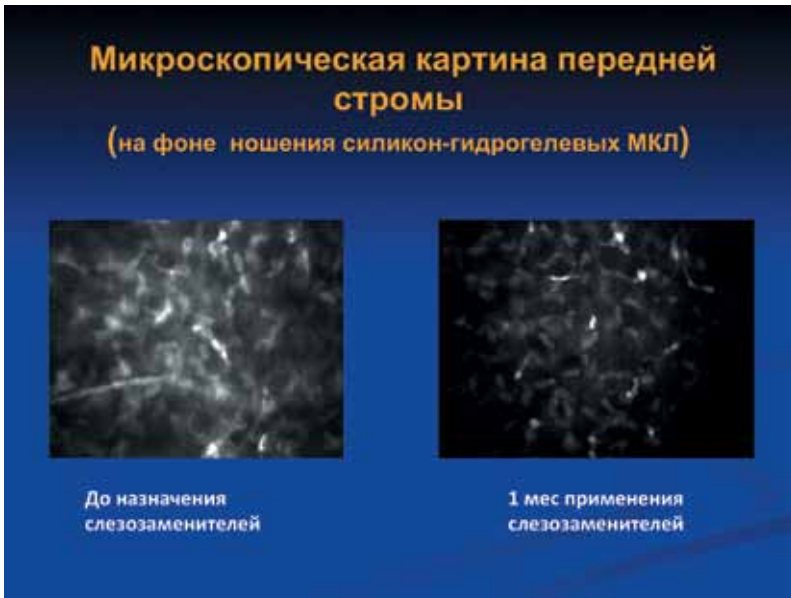


Рис. 12.

Через год применения кератопротекторов восстановлена прозрачность, слой имеет равномерный рельеф, ядра контурируются более четко, частично визуализируются границы клеток.

Результаты конфокальной микроскопии позволяют оценивать эффективность применения слезозаменителей при ССГ, возникающем на фоне ношения контактных линз (рис. 11).

Слезозаместительная терапия способствует уменьшению степени неблагоприятного воздействия контактных линз на глазную поверхность и восстановлению структуры эпителиального пласта.

При улучшении состояния эпителия, нормализации его метаболизма и восстановлении его специфических функций мы вправе ожидать улучшения состояния стромы роговицы, которая также страдает при нарушении смазываемости глазной поверхности. Данную закономерность можно подтвердить, используя результаты данного метода исследования (рис. 12).

На микроскопической картине, на фоне ношения мягкой контактной линзы, в слоях передней стромы имеются признаки хронического отека, границы ядер кератоцитов нечеткие, снижена прозрачность межклеточного матрикса. Через 1 месяц слезозаместительной терапии структура и прозрачность стромы полностью восстановлены.

Информативность конфокальной микроскопии является достаточной, однако необходимо подчеркнуть, что однократное исследование может не дать важных для нас сведений, необходимо обязательно регистрировать исходное состояние, а при последующих обследованиях проводить сравнение полученных данных.

Таким образом, на наш взгляд, описанные методики могут быть использованы для диагностики различных патологических состояний глазной поверхности, мониторинга, определения тактики лечения и оценки его эффективности. ■

ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПРИ ВЫБОРЕ ПРОДУКТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ

На какие преимущества пациенты больше всего рассчитывают при применении назначаемого или рекомендуемого ему средства для коррекции зрения? Каким образом они расставляют приоритеты среди различных потребностей, которые хотели бы удовлетворить, проблем, которые хотели бы решить, и симптомов, от которых хотели бы избавиться? И, учитывая невозможность безупречного контакта, насколько специалист по коррекции зрения может быть уверен в правильности своих предположений о приоритетах пациента?

Carla Mack,
Cheryl Donnelly

Исследование «Потребности, симптомы, заболеваемость, глобальные тенденции здоровья глаз» (Needs, Symptoms, Incidence, Global Eye Health Trends (NSIGHT)), в котором приняли участие 3800 пациентов с коррекцией зрения во всем мире, дает ориентировочную информацию относительно того, что пациенты считают наиболее или наименее важным среди возможных полезных характеристик средств для коррекции зрения. Методология исследования позволяет представить эти данные в виде рейтинга потребностей, распределив в порядке значимости характеристики и категории продукции в порядке от наиболее до наименее значимых для пациентов. Исследование представляет собой подробный обзор проблем, связанных со зрением, и потребностей в продукции, по мнению самих пациентов, как всеобщий, так и по подгруппам, определенным по географическим или другим представляющим интерес признакам. Эти данные могут помочь специалистам по коррекции зрения улучшить взаимопонимание со своими пациентами, поскольку содержат ценную ключевую информацию о том, как удовлетворить потребности пациента в области коррекции зрения.

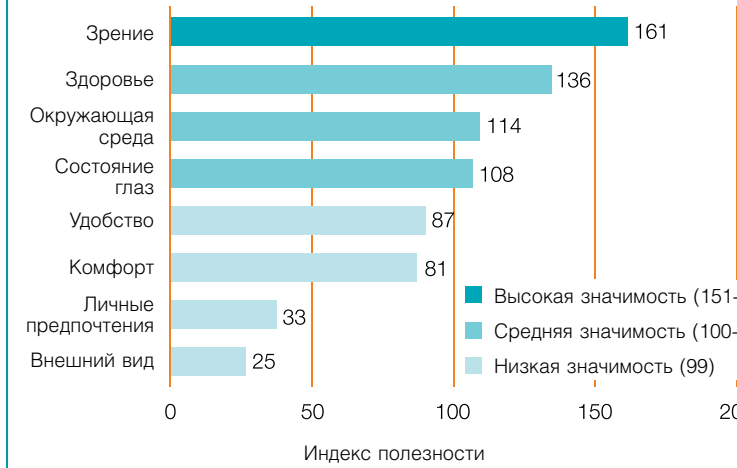
Некоторая информация, полученная в результате этого анализа, может идти вразрез с общепринятыми в офтальмологической практике предположениями.

Подробное описание исследования

В исследовании NSIGHT, проведенном независимой исследовательской фирмой Market Probe Europe, при финансовой поддержке компании Bausch + Lomb, приняли участие 3800 пациентов с коррекцией зрения, в возрасте от 15 до 65 лет из 7 различных стран (Китай, Франция, Италия, Япония, Корея, Великобритания, Соединенные Штаты). Участники были взяты из пропорциональной выборки 2200 пользователей очками и/или контактными линзами и «усилены» 1600 пользователями контактными линзами.

В исследовании NSIGHT собиравшиеся исчерпывающие исходные сведения обо всех участниках опроса, в том числе данные о поле, возрасте, социальном статусе, образовании, месте проживания (город, сельская местность и др.), профессиональном статусе, условиях труда и уровне физической активности. Данные об охране зрения и офтальмологические данные включали тип нарушения

Рисунок 1. Глобальная иерархия потребностей
Распределение категорий характеристик продукции в порядке от наиболее важных до наименее важных



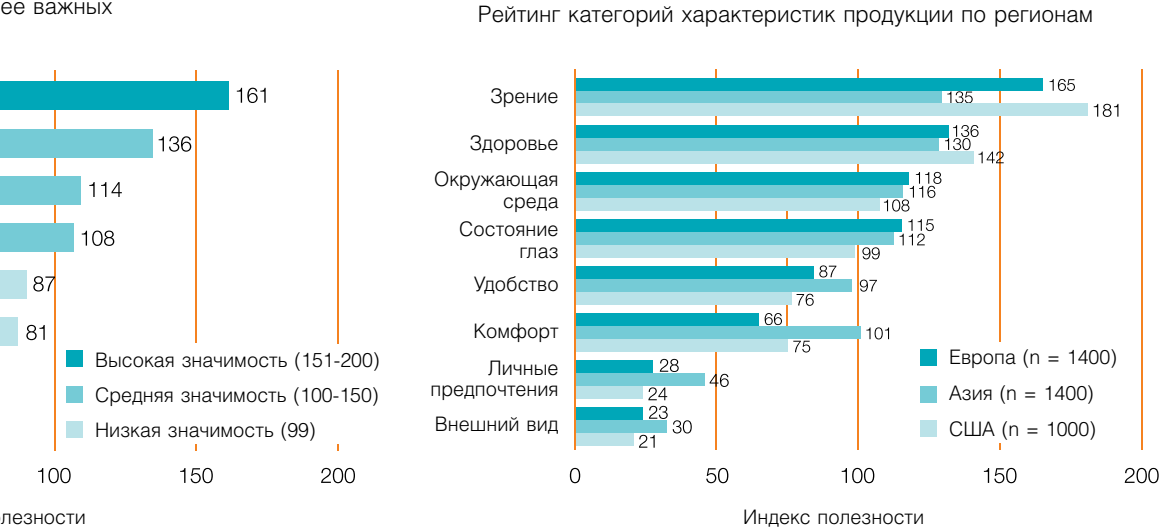
рефракции и метод коррекции. Для пациентов, носящих контактные линзы, сведения также включали тип линз, режим ношения, срок замены, торговую марку и тип используемого раствора для линз. При проведении исследования также изучалось, каким образом пациенты взаимодействуют со специалистами по коррекции зрения, а также учитывался их опыт применения хирургической коррекции и отношение к ней.

Эти исходные данные расширили анализ двух основных областей изучения в рамках данного исследования:

- **Офтальмологические симптомы.** В исследовании NSIGHT проводилось обследование участников на предмет наличия 14 глазных симптомов (крути светорассеивания, блики, усталость, чувствительность, зуд, сухость, напряжение глаз, покраснение, отечность или опухлость, боль, головные боли после работы на близком расстоянии, размытое или нечеткое зрение, слезотечение, ощущение жжения).

- **Потребность в офтальмологической продукции и средствах по уходу за контактными линзами.** Участники исследования NSIGHT знакомы со списком 40 потенциально полезных свойств контактных линз и средств по уходу за ними (например, «обеспечивает такое зрение, которое наиболее близко к естественному», «защищает глаза в сухих условиях», «обеспечивает ощущение свежести в глазах»). Затем они распределили отдельные характеристики, относя их к наиболее и наименее важным. Результаты

Рисунок 2. Зрение – категория характеристик продукции, занявшая высокое место в рейтинге во всех регионах
Рейтинг категорий характеристик продукции по регионам



позволили создать рейтинг потребностей – порядковое распределение 40 отдельных характеристик и 8 категорий, в которые они могут быть объединены, от наиболее важных до наименее важных (8 категорий – это зрение, здоровье, окружающая среда, состояние глаз, удобство, комфорт, личные предпочтения и внешний вид).

Цель этой статьи описать исследование «Потребности, симптомы, заболеваемость, глобальные тенденции здоровья глаз» (NSIGHT) и уделить особое внимание характеристикам продукции, которые потребители считают наиболее важными. Другие данные из этого исследования будут опубликованы позже.

Участники исследования проанализировали 40 характеристик продукции, объединенных в комплексные группы по 5 элементов, с целью применения аналитического метода, известного как анализ максимальной разницы (MaxDiff). Участники получили указание выбрать 1 наиболее значимую характеристику и 1 наименее значимую характеристику для каждой представленной группы. Каждая характеристика рассматривалась 3 раза в составе групп, состоящих из поразному скомбинированных элементов. Из этой последовательности повторяющихся оценок преимущество и недостатки был получен большой набор данных, из которых представлялось возможным определить рейтинг 40 характеристик продукции, а также 8 категорий продукции в зависимости от оценки индекса полезности (UI).

Согласно критериям исследования, оценка 151 и выше означала «высокая значимость», оценка 100–150 – означала «средняя значимость», а менее 100 – означала «низкая значимость». Оценка индекса полезности, равная 200, означала, что

такая характеристика в два раза более важна, чем та, которая получила оценку 100.

Результаты

Для исследуемой популяции в целом, а также при анализе по подгруппам в зависимости от географической зоны, типа коррекции зрения и по другим подгруппам, характеристикам продукции, связанные со зрением, стабильно занимали наиболее высокие места в рейтинге.

При общем анализе всех 40 характеристик продукции, 6 из 7 признаков, занимающих высокое место в рейтинге, были связаны со зрением, и у всех были оценки, соответствующие высокому значению. В общем рейтинге 8 основных категорий зрение занимало наиболее высокое положение (UI 161) и было единственной категорией в ранге «высокая значимость». По значимости за зрением следовали характеристики продукции, связанные со здоровьем, окружающей средой и состоянием глаз (рис. 1).

Комфорт, несколько неожиданно, занял 6 место среди 8 категорий (UI 81), был в два раза менее важен, чем зрение, и имел оценку, соответствующую «низкой значимости». Личные предпочтения (UI 33) и внешний вид (UI 25), которые были приблизительно в 5 раз менее важны, чем зрение, занимали наиболее низкие позиции в рейтинге.

Зрение являлось категорией, занявшей наиболее высокую позицию в рейтинге для каждого из трех исследованных географических регионов (США 181, Европейский Союз 165, Азия 135) и, повсеместно, как для пациентов, носящих контактные линзы (UI 145), так и для носящих очки (UI 162) (рис. 2).

Распределение по рейтингу 8 категорий в этом анализе по подгруппам было аналогично таковому во всеобщем рейтинге, исключение составил комфорт, опередивший по рейтингу удобство и занявший 5-е место в рейтинге характеристик в Азии и среди пациентов, носящих контактные линзы.

Резюме

Исследование NSIGHT предлагает сообществу специалистов по коррекции зрения во всем мире новые, в некоторых случаях неожиданные сведения, которые они могут учитывать при обсуждении методов коррекции зрения со своими пациентами. Полученные данные обеспечивают доказательную опорную базу, которая расширит возможности специалистов по коррекции зрения в удовлетворении потребностей, связанных со зрением пациентов.

Исследование NSIGHT показало, что из потенциально полезных характеристик контактных линз и средств по уходу за ними, те, которые связаны со зрением, стабильно занимают позицию наиболее важных для пациентов во всем мире. Специалисты по коррекции зрения могут ожидать, что достижение максимально возможного качества зрения имеет первостепенное значение для их пациентов – ключевая информация при выборе продукции и определении методов лечения.

Литература

1. Needs, Symptoms, Incidence, Global Eye Health Trends (NSIGHT) Study. Market Probe Europe: December 2009 ■





Заведующий отделением лазерной хирургии
Санкт-Петербургского филиала ФГБУ
«МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»,
профессор А.С. Измайллов:

Диабет — это не приговор!

Заведующий отделением лазерной хирургии, д.м.н., профессор А.С. Измайллов работает в Санкт-Петербургском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» с 1990 года. Он пришёл на должность научного сотрудника научно-информационного отдела. С 1992 года является бессменным руководителем отделения лазерной хирургии. Эта область офтальмологии заинтересовала Александра Измайлова ещё во время учёбы в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, где он занимался в Военно-научном обществе слушателей под руководством Л.И. Балашевича.

В 1994 году А.С. Измайллов защитил кандидатскую диссертацию «Обоснование возможностей лечебного применения в офтальмологии полупроводникового минилазера». В 2004 году была защищена докторская диссертация «Диабетическая ретинопатия и макулярный отёк (диагностика и лазерное лечение)». С 2007 года одновременно с работой в МНТК является профессором кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

А.С. Измайллов — автор 2 изобретений, 94 научных работ, 18 рационализаторских предложений. Он опубликовал 4 учебно-методических

пособия, 4 главы в монографии «Глазные проявления диабета» (под ред. проф. Л.И. Балашевича) и 7 глав в монографии «Диабетическая офтальмопатия» (под ред. проф. Л.И. Балашевича и проф. А.С. Измайлова).

Александр Сергеевич принимал участие в создании, экспериментальных и клинических испытаниях первого российского полупроводникового (диодного) лазерного офтальмокоагулятора. Он был медицинским соавтором первой отечественной цифровой системы флюоресцентной ангиографии. А.С. Измайллов участвовал в разработке нового диодного лазера для транспупиллярной термотерапии и микрофотокоагуляции, а также зелёного лазера с удвоением частоты офтальмокоагулятора.

На сегодняшний день сферой его научных интересов является лечение патологии сетчатки, в частности, макулярной хориоидальной неоваскуляризации и диабетической ретинопатии. Поэтому неудивительно, что значительное место в нашей беседе заняло обсуждение глазных осложнений при диабете. Александр Сергеевич также рассказал о своём пути в медицинской науке, поделился мыслями о развитии отечественного здравоохранения.

— Александр Сергеевич, на страницах газеты «Поле зрения» значительное место занимают материалы, посвящённые деятельности ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова». В прошлом номере была опубликована беседа с директором Санкт-Петербургского филиала МНТК Л.И. Балашевичем. Во время нашей встречи профессор Л.И. Балашевич рекомендовал редакции представить Вашу научную деятельность, рассказать о Вашем жизненном пути... Мой первый вопрос вполне традиционен: Когда Вы решили стать врачом? Что повлияло на это решение?

— Мне очень приятно, что Вы предоставили мне возможность выступить на страницах газеты. Я считаю себя не только коллегой и подчинённым, но и, прежде всего, благодарным учеником Л.И. Балашевича. Когда мы познакомились, Леонид Иосифович был моложе, чем я сейчас. Наше творческое взаимодействие и сотрудничество продолжается уже несколько десятилетий. Я родился и вырос на Украине, в Днепрпетровске. Родители до сих пор там живут. Правда, в ближайшее время они собираются переехать в Санкт-Петербург. Отец, Сергей Григорьевич, по профессии — гидрогеолог. Мама, Жанна Акимовна, всю жизнь проработала врачом-офтальмологом.

— Наверное, пример мамы побуждал выбрать профессию.

— В школьные годы у меня было много увлечений. Представления о будущей профессии тоже постоянно менялись. То мне хотелось быть космонавтом, то лётчиком, то сталеваром, то химиком, то геологом (как папа), то врачом (как мама)...

В любом случае, у меня всегда был интерес к технике, к техническим экспериментам. В старших классах школы серьёзно увлёкся пиротехникой. Устраивал фейерверки, пуская ракеты. Кроме того, я окончил музыкальную школу по классу фортепьяно, но становиться профессиональным музыкантом не хотелось.

В десятом, выпускном классе наконец-то возникло твёрдое желание стать врачом. Однажды на улице встретил нашего школьного преподавателя по начальной военной подготовке (сейчас этот предмет называется ОБЖ — Основы безопасности жизнедеятельности). Я рассказал ему о своём желании стать врачом. А он предложил подумать о том, чтобы совместить медицину и военную службу. Так возникла идея поступать в Ленинградскую Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова.

Вступительные экзамены были довольно сложными. Но мне удалось поступить с первого раза.

— Вы стали курсантом в 1977 году. А уже через год, в 1978 году, пришли на кафедру офтальмологии, в Военно-научное общество слушателей.

— В Военно-научном обществе слушателей у каждого курсанта и слушателя академии был свой научный руководитель. Моим научным руководителем стал Леонид Иосифович Балашевич. В то время он был кандидатом медицинских наук, старшим преподавателем, полковником медицинской службы.

У Л.И. Балашевича был свой «фирменный» стиль общения с курсантами и слушателями. Он говорил так: «Давать простые задачи молодым людям — это значит отбить у них желание заниматься наукой». Поэтому он с первых недель занятий ставил перед своими подопечными трудные задачи, рассматривал их как помощников и коллег, а не статистов, вовлекая в решение прикладных научных проблем.

— Для Леонида Иосифовича было важно, чтобы курсанты и слушатели почувствовали себя настоящими учёными?

— Именно в этом, мне кажется, и состоит суть его педагогического метода. Например, уже на втором курсе под его руководством я стал заниматься проблемами патологии сетчатки и лазерной хирургии.

— В настоящее время Вы являетесь одним из ведущих специалистов России по лазерным методам лечения заболеваний сетчатки.

— Думаю, что годы учёбы в Военно-медицинской академии, во многом, способствовали дальнейшей успешной научной карьере. Леонид Иосифович увидел мой интерес к лазерной хирургии и предложил проводить эксперименты на... кроликах. Речь шла о том, чтобы изучить воздействие различных лазеров на сетчатку глаза пушистых зверьков.

— Эксперименты с кроликами. Это звучит очень мило...

— Зверьки забавные. Работать с ними доставляло удовольствие. Но эта работа была отнюдь не «сахарной». Эксперименты продолжались много часов, были довольно утомительными. А ведь надо было уделять внимание и другим предметам.

В 1981 году я получил свою первую награду — Диплом победителя конкурса на лучшую студенческую работу. Этот конкурс организовывало Министерство высшего и среднего образования СССР. В 1982 году мне вновь довелося стать победителем этого конкурса.

— Вероятно, эти награды стали стимулом для дальнейшего постижения медицинской науки.

— Да. Я осознал, что лазерная хирургия — это одно из важнейших дел моей жизни.

— Служба военного врача имеет свою специфику. Не всегда можно заниматься тем, к чему лежит душа...

— После окончания учёбы в Военно-медицинской академии у меня было желание продолжать заниматься научной работой в этом учебном заведении. Но такой возможности не представилось. Я отправился служить на Балтийский флот. В этом и есть суть работы и образа жизни военного врача — мы служим там, куда пошлёт Родина, там, где мы нужнее всего.

— Как долго продолжалась Ваша служба на Балтийском флоте?

— С 1983 года по 1987 год. Я был начальником медицинской службы корабля радиотехнического обеспечения. Кроме врачебных обязанностей, привлекался также к несению вахты как штурман. По моим подсчётам, из четырёх лет на флоте — два с половиной года я провёл в дальних походах, в основном в Северной Атлантике.

— Наверное, эту службу трудно было совместить с продолжением научной деятельности...

— Я старался оставаться в курсе событий: общался с коллегами, читал научные журналы, по возможности принимал участие в научных конференциях. Половину отпуска посвящал экспериментальным исследованиям на кафедре офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

— В 1987 году Вас перевели в качестве научного сотрудника в одну из лабораторий Военно-медицинской академии. Можно ли этот жизненный этап охарактеризовать как «возвращение в большую науку»?

— Вы выбрали правильное определение. В лаборатории я занимался проблемами гигиенического нормирования неионизирующих излучений. Это счастье, что в лаборатории понадобился такой специалист, и я снова смог вернуться в стены академии! В Военно-медицинской академии я проработал три года. В 1990 году уволился в запас из рядов Вооружённых сил в звании капитана медицинской службы и перешёл работать в МНТК.

Я всегда хотел заниматься лазерной хирургией. Но в Военно-медицинской академии возможностей заниматься клинической работой для

меня тогда не было. Это стало возможным в МНТК. Мне очень хотелось работать вместе с Леонидом Иосифовичем, продолжить наше научное сотрудничество.

— Почему возникла необходимость в создании отделения лазерной хирургии в МНТК?

— Организацию офтальмологической помощи на современном уровне невозможно представить себе без лазерной хирургии. Лазерные манипуляции проводятся и на переднем, и на заднем отрезке глаза. Они малотравматичны, почти не имеют противопоказаний (т.е. подходят для значительного числа пациентов с различными сопутствующими заболеваниями), практически безболезненны, могут проводиться в амбулаторных условиях.

На заднем отрезке глаза лазерные вмешательства проводятся при диабетической и посттромботической ретинопатии, ретинитах Илса и Коатса, центральной серозной хориоретинопатии и целом ряде других заболеваний. На переднем отрезке глаза лазерные вмешательства нередко требуются при наличии вторичной катаракты, некоторых форм глаукомы и т.д.

— Не могли бы Вы представить лазерное отделение, которым Вы руководите уже в течение 20 лет?

— У нас работают 9 сотрудников: 5 врачей и 4 медицинские сестры. Это дружный, сплочённый коллектив, которому я всецело доверяю. Имеется всё необходимое оборудование для лазерных операций и на переднем, и на заднем отрезке глаза. В год мы проводим более пяти с половиной тысяч лазерных вмешательств, а число амбулаторных консультаций просто не поддаётся учёту.

— Что нового произошло в лазерной хирургии за последние десять лет? Какие новые технологии вошли в медицинскую практику? Расскажите, пожалуйста, не только о российских, но и о мировых тенденциях...

— С гордостью могу Вам сказать, что отделение лазерной хирургии Санкт-Петербургского филиала МНТК использует практически все современные технологии, которые в настоящее время применяются в ведущих клиниках мира. Мы действительно находимся на гребне научно-технического прогресса в этой области медицины. И в этом, в значительной степени, отголосок того мощного импульса, который дал нам гений Святослава Николаевича Фёдорова.

Академик Фёдоров создал научный центр, оснащённый по последнему слову техники. Совершенно естественно, что и после его трагического ухода из жизни техническое оснащение постоянно продолжает обновляться. Если бы Святослав Николаевич сегодня имел возможность посетить своё детище, то ему было бы не стыдно за своих учеников и сотрудников.

За последние десять лет в мире лазерной хирургии произошло довольно много событий. Например, состоялся полный переход на цифровую флюоресцентную ангиографию. Это очень важное достижение. Раньше необходимо было фотографировать, проявлять плёнку... Теперь изображение нужного участка глаза появляется на мониторе врачебного компьютера через доли секунды.

Ещё одним «прорывом» в нашей области можно считать внедрение оптической когерентной томографии (ОКТ). Благодаря ней значительно повысилась точность диагностики, и в один визит пациента мы можем проводить не только его обследование, но и лечение.



Со Святославом Николаевичем Фёдоровым

По своим физическим принципам оптическая когерентная томография подобна ультразвуковому исследованию. Отличие состоит в том, что для исследования тканей глаза применяются не акустические волны, а инфракрасное излучение с длиной волны около 1 микрона. ОКТ позволяет выявлять и наблюдать в динамике патологии, не определяемые другими методами. В первую очередь, это относится к заболеваниям сетчатки глаза и зрительного нерва.

Также хотел бы сказать об использовании интравитреальных ингибиторов ангиогенеза. Их стали активно применять именно в последние десятилетия. Эти лекарственные средства в сочетании с лазерными вмешательствами помогают намного более успешно бороться с целым рядом заболеваний, в том числе диабетической ретинопатией и возрастной дегенерацией сетчатки.

— Не могу не спросить Вас ещё об одной технологии, получившей распространение в последние годы: о лазерной транспупиллярной термотерапии.

— Это перспективная технология, которая вызывает интерес у офтальмологов всего мира. Мы в Санкт-Петербургском филиале тоже её используем.

Пока, к сожалению, эта методика не оправдала надежд при лечении скрытых форм хориоидальной неоваскуляризации, при которых сегодня более эффективны ингибиторы ангиогенеза. Но лазерная транспупиллярная термотерапия с успехом применяется при небольших меланомах и гемангиомах. Суть воздействия — глубокий коагуляционный прогресс (некроз) ткани опухоли. Роль протеннов «теплового шока», других механизмов биостимуляции многими клиницистами подвергается сомнению... Необходимы дополнительные исследования.

— Расскажите, пожалуйста, о микрофотокоагуляции. В 2012 году у Вас вышла статья, посвящённая этой теме.

— Вы упомянули нашу совместную публикацию с Татьяной Владимировной Кокур «Сравнительная эффективность лазерной коагуляции в макуле и микрофотокоагуляции в лечении диабетической макулярной отека», вышедшей в журнале «Актуальные проблемы офтальмологии».

Т.В. Кокур — сотрудник нашего отделения. В настоящее время она готовится к защите кандидатской диссертации. Я являюсь её научным руководителем. Мне очень

приятно, что наши врачи активно занимаются научной работой. Кстати, в настоящее время над кандидатской диссертацией работает ещё один наш врач нашего отделения — Анастасия Юрьевна Улитина.

Наше отношение к микрофотокоагуляции неоднозначно. В первой части своего исследования мы подтвердили данные Йохана Ройдера (Киль, Германия) и других зарубежных и отечественных исследований о сопоставимом противотечном эффекте микрофотокоагуляции и традиционной надпороговой лазеркоагуляции в лечении диабетического макулярного отека. При этом микрофотокоагуляция не снижала чувствительность сетчатки, что является неизбежным следствием нанесения надпороговых (видимым глазом) ожогов тканей зного дна.

К сожалению, до настоящего времени (методика применяется уже более 20 лет!) исследователи не сравнили эффективность микрофотокоагуляции и обычной лазеркоагуляции при одинаковых

параметрах воздействия (средняя мощность лазера, равные диаметры пятен, экспозиция и т.п.). Пока рано что-либо заключать, но предварительные результаты не показывают каких-либо преимуществ субпороговой микрофотокоагуляции перед субпороговой лазеркоагуляцией.

Полагаю, что при облучении сетчатки имеет место элементарный дозозависимый эффект: сильнее ожог — мощнее противотечное действие ожога, после превышения определенного порога мощности излучения усиливаются негативные атрофические изменения оболочки сетчатки. Наша работа ставит под сомнение «селективность» микрофотокоагуляции. Как говорится, практика — критерий истины. Теория не способна учесть все нюансы реальной жизни...

— Александр Сергеевич, в 2012 году вышла в свет книга «Диабетическая офтальмопатия», соавтором и одним из авторов которой



Вокруг Европы на учебном корабле «Гангут». 1978 год



Военная присяга. 1977 год



Вокруг Европы на учебном корабле «Гангут». 1978 год



В дальнем походе. 1986 год



В карауле. 1981 год



Военно-медицинская академия. Кружок ВНОС. 1980 год



Военно-медицинская академия. Занятие на кафедре микробиологии



В отделении МНТК. 1996 год

Вы являетесь. Наверное, выход в свет этой книги может стать поводом, чтобы поговорить с Вами об офтальмологических осложнениях при диабете. Вы ведь давно занимаетесь этой темой...

– Наиболее распространённым осложнением при сахарном диабете является диабетическая ретинопатия (ДР). Подчеркну: это самое распространённое осложнение из всех возможных. Также диабет может привести и к другим печальным последствиям: поражению почек, периферических нервов, ишемической болезни сердца, гангрене нижних конечностей и т.д. Но эти сопутствующие заболевания возникают значительно реже. Именно офтальмологическая патология является главной причиной инвалидизации больных диабетом.

– А разве диабет сам по себе не является причиной инвалидизации?

– Конечно же, нет! Это очень распространённое заблуждение. Существует такая присказка, популярная среди больных диабетом: «Диабет – это не болезнь, а образ жизни». Это выражение означает, что при диабете можно вести совершенно нормальную жизнь, не обходясь только придерживаясь определённых правил: например, тщательно контролировать уровни сахара крови, артериального давления, состояние почек, дисциплинированно выполнять предписание лечащего врача.

– Мудрая жизненная позиция.

– Оптимизм пациентов, их жизнелюбие, стремление преодолеть болезнь, жить полноценной, полноценной жизнью – важный фактор лечения. Но и наука не стоит на месте... В этой сфере ещё властвует много предрассудков. Широко применяются различного рода биологические добавки (БАД), устаревшие методики неэффективного лечения: периферические инъекции различного рода так называемых «трофических» препаратов и т.п.

Даже некоторые врачи до сих пор убеждены в том, что диабетическая ретинопатия автоматически ведёт к слепоте. Это не так. Диабет – это не приговор! И диабетическая ретинопатия – это тоже не приговор! За последние годы в лечении этого заболевания были достигнуты значительные успехи, в том числе связанные с использованием лазерных технологий и ингибиторов ангиогенеза.

– Насколько высок риск развития диабетической ретинопатии у больных диабетом?

– При инсулинзависимом диабете (первого типа) спустя 15 лет после начала заболевания диабетическая ретинопатия присутствует почти у 100 % пациентов. При инсулиннезависимом диабете (второго типа) после 15 лет течения болезни диабетическая ретинопатия наблюдается у 58-85% пациентов.

Особо хочу отметить, что офтальмолог нередко обнаруживает угрожающие зрению изменения сетчатки до выявления сахарного диабета эндокринологом. При этом обычно жалоб на зрение у пациентов нет. Поэтому для сохранения здоровья населения крайне необходима организация профосмотров. Опыт других стран показывает, что раннее выявление и своевременное лечение больных сахарным диабетом крайне выгодно государству благодаря сокращению расходов на лечение запущенных форм заболевания. Их лечение дорого и малоэффективно.

– Чем же она опасна?

– Патологические новообразованные сосуды неполноценны. Они легко рвутся, приводя к массивным внутриглазным кровоизлияниям в стекловидное тело (гемофтальмы), могут привести к внезапной и полной потере зрения. Неоваскуляризация является источником просачивания плазмы крови в сетчатку, что запускает процессы ее грубого рубцевания. При этом происходит развитие тракционного



В отделении МНТК. 2008 год

о поражении сосудов сетчатки, возникающем вследствие длительного нарушения обмена глюкозы, белков, жиров и других веществ. Различают неproлиферативную (фоновую), пролиферативную и пролиферативную стадии ДР, а также диабетический макулярный отёк.

– Слепота и слабовидение могут наступить только на третьей, пролиферативной стадии ДР. Но это самый неблагоприятный ход развития событий. Современные медицинские методики в большинстве случаев способны его предотвратить.

– Не могли бы Вы подробнее представить все три стадии диабетической ретинопатии?

– Неproлиферативная (фоновая) стадия ДР характеризуется очаговыми изменениями и повышенным проницаемостью мелких сосудов сетчатки. Это явление обозначают «микрососудистую ангиопатию». Для фоновой ретинопатии свойственно многолетнее течение без каких-либо нарушений зрения.

Для второй – предпролиферативной стадии ДР – характерно значительное нарушение кровообращения в сетчатке, ведущее к обширному повреждению капилляров и возникновению множественных участков некровазоблаемой сетчатки. При этом пациент обычно ещё не замечает каких-либо изменений в своих зрительных возможностях.

Третья стадия – пролиферативная – является самой тяжёлой. В этой стадии «голодающая» сетчатка выделяет особые вазопролиферативные вещества, призванные запустить рост новообразованных сосудов (неоваскуляризации).

Обычно в организме неоваскуляризация имеет полезную защитную функцию. При травме она способствует ускорению заживления раны, после хирургической пересадки трансплантата – его хорошему приживлению. Но при опухолях, остеоритритах, а также диабетической ретинопатии неоваскуляризация оказывает неблагоприятное воздействие.

– Чем же она опасна?

– Патологические новообразованные сосуды неполноценны. Они легко рвутся, приводя к массивным внутриглазным кровоизлияниям в стекловидное тело (гемофтальмы), могут привести к внезапной и полной потере зрения. Неоваскуляризация является источником просачивания плазмы крови в сетчатку, что запускает процессы ее грубого рубцевания. При этом происходит развитие тракционного

расслоения сетчатки (ретиношизиса), при поражении центральных участков на макулярную область страдает центральное зрение. А в дальнейшем может произойти и полное отслоение сетчатки.

– Что такое диабетический макулярный отёк?

– Диабетический макулярный отёк – это поражение центральных отделов сетчатки. Это осложнение не приводит к слепоте, но может ухудшить зрение, лишить способность читать, различать мелкие предметы.

– Каким образом лазерная хирургия может помочь больным диабетической ретинопатией и диабетическим макулярным отёком?

– Наиболее распространённый метод (в том числе и в нашей клинике) – лазеркоагуляция. Лазерное воздействие подвергается неоваскуляризации. Разрушаются некровазоблаемые участки сетчатки, в которых не функционируют капилляры и накапливаются вещества, стимулирующие рост новообразованных сосудов и просачивание из патологически изменённых сосудов.

При диабетическом макулярном отёке показано проведение лазеркоагуляции в макуле, которая обычно вызывает постепенное уменьшение отека сетчатки и рассасывание твердых экссудатов. При запущенных случаях эффект лазерного лечения можно усилить инъекциями в полость глаза ингибиторов ангиогенеза. При сочетании диабетической макулярной отёка и диабетической ретинопатии лазеркоагуляция и лазерное лечение в макуле выполняются одновременно.

– Могут ли эти лазерные вмешательства привести к улучшению зрения?

– К сожалению, далеко не всегда. Целью лазерного лечения является предотвращение дальнейшего ухудшения зрения. Восстановить сетчатку, разрушенную диабетом, медицинская наука на современном этапе не способна. Это дело далёкого будущего.

– Значит, самое главное – вовремя начать лечение?

– Это залог успеха. Совместными усилиями эндокринологов, терапевтов и окулистов больные диабетом могут сохранить зрение на долгие-долгие годы. Разумеется, при условии хорошей компенсации диабета, отсутствии резких колебаний уровня сахара в крови и артериального давления.

– Мы беседуем с Вами в дни празднования 25-летия Санкт-Петербургского филиала МНТК. Может ли опыт, накопленный в МНТК и его региональных филиалах, быть востребован в российском здравоохранении?

– Неофициальным девизом МНТК стали слова академика С.Н. Фёдорова «Прекрасные глаза – каждому!» В этом коротком предложении заключена вся суть деятельности нашей организации.

Святослав Николаевич сделал всё от него зависящее, чтобы сделать высокотехнологичную офтальмологическую помощь массовой и доступной. Вы спрашиваете, может ли этот опыт быть востребован? Он должен быть востребован! В этом состоит наш долг как учеников, коллег и сотрудников Святослава Николаевича. Мы обязаны продолжать его Дело и нести его Слово.

– Вы считаете опыт МНТК, опыт С.Н. Фёдорова уникальным? Или он может быть использован при организации и управлении другими медицинскими учреждениями?

– Я не являюсь специалистом по организации здравоохранения. Поэтому могу высказать только свою личную точку зрения. Опыт Святослава Николаевича, опыт МНТК полностью подходит для любых медицинских учреждений. Более того, его необходимо применять и при управлении предприятиями в других сферах экономики.

Приведу такой пример. С.Н. Фёдоров считал, что дорогостоящая медицинская техника должна физически устаревать раньше, чем она устаревает морально. Он создал экономически высокоэффективную систему в МНТК, которая функционирует до сих пор. У нас техника не простаивает. Она активно используется и по мере необходимости заменяется. Разве этот принцип не актуален для всего российского здравоохранения?

– А что конкретно означает технический прогресс в лазерной сфере?

– Если говорить простым языком, то лазеры станут, в значительной мере, работать в автоматическом режиме. Лазер сможет не только самостоятельно наносить лазерные ожоги (такие системы уже существуют), но и по принципу обратной связи дозировать глубину лазерного воздействия.

Разумеется, контрольные функции останутся у врача. Но в лазерной хирургии будет оставаться всё меньше искусства. «Малая» техника уже не потребует от врачей каких-то особых талантов. Извечная задача науки – убит искусство! Лазерная офтальмохирургия будет становиться всё более рутинной.

– Звучит немного печально...

– Ну почему же печально? Смысл работы офтальмолога состоит не в том, чтобы «шлифовать» своё искусство на глазах сограждан. Важно достичь оптимального результата наиболее простым способом и с наименьшим риском для пациента.

Мне думается, что на сегодняшний день развитие лазерной хирургии сдерживает именно человеческий фактор. Целый ряд операций требует от врача высочайшего мастерства. Где-то всё ещё необходимо интуиция... Я уверен в том, что таких ситуаций в ближайшем будущем будет становиться всё меньше и меньше. Рутинная в медицине – дело очень хорошее! Если операция стала рутинной – значит, она отлажена, значит, технологии себя зарекомендовали. Тогда и врач, и пациент могут быть спокойны.

Уверю Вас, никто не идёт в офтальмохирургию ради адреналина! Спокойные, рутинные, успешные операции – самое приятное занятие для врача. При этом скучной наша работа всё равно не станет. Можно проводить научные исследования, участвовать в создании новых технологий диагностики и лечения.

Беседу вёл Илья Бруштейн

Техника хирургического лечения витреофовеолярного тракционного синдрома

Д.О. Шкворченко

ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»

Прежде всего, мне бы хотелось напомнить об анатомии, так как мы, привыкая к определенным терминам, не всегда правильно их используем. На рис. 1 представлена макула, фовеа и фовеола. Все процессы, которые мы наблюдаем на 1-й стадии макулярного разрыва по Gass (рис. 2) с точки зрения анатомии, происходят в центре макулы, то есть в фовеоле. Поэтому, на мой взгляд, начальные стадии подобных явлений было бы правильно называть не витреомакулярным тракционным синдромом, а витреофовеолярным тракционным синдромом.

Традиционным лечением в подобной ситуации является полное удаление задней гиаловидной мембраны, которая при плотном прикреплении к фовеоле вызывает ее тракцию. Я.В. Байбурдов предлагает удаление задней гиаловидной мембраны без витрэктомии. Профессор Г.Е. Столяренко и С.В. Сдобникова первыми в нашей стране сообщили о возможности щадящего удаления эпиретинальных мембран и о том, что нет необходимости полного удаления эпиретинальных структур.

Мы все знаем, что чем на более ранней стадии заболевания мы берем пациента на операцию, тем страшнее и опаснее доктору и пациенту, но, с другой стороны, тем более вероятен благоприятный исход операции. Для того чтобы правильно провести операцию, необходимо к этому правильно подходить.

А теперь давайте поделить свое собственное мнение. На рис. 3 представлен клинический случай осложнения после стандартной операции при первой стадии витреофовеолярного тракционного синдрома. Операция проведена по стандартной методике с полным удалением задней гиаловидной мембраны. Как видно на рисунке, на первый день результат положительный. Но, к сожалению, через месяц образовался фовеолярный разрыв, что привело к необходимости проведения реоперации. Такая ситуация при проведении операции на ранних стадиях развития заболевания всегда пугает хирурга.

Поэтому мы решили продолжить работу в данном направлении. На сегодняшний день прооперированы 12 пациентов. В ходе операций применялась следующая техника. Проводится центральная витрэктомия. В заднем гиалоиде в парафовеолярной зоне выполняется

– Александр Сергеевич, завершая нашу беседу, хотел бы спросить Вас о часах и днях досуга. Как Вы любите отдыхать? Как предпочитаете проводить отпуск? Чем занимаетесь в свободное время?

– Увлекаюсь фотографией. В том числе и технической съемкой. Это общее хобби с Л.И. Балашевичем. Лучший отдых для меня – это время, проведенное с семьей, с женой Еленой, дочерью Софией и сыном Сергеем. В свободное время много читаю. Кстати, в последнее время «подсел» на книги на электронных носителях, например, в смартфоне. Конечно, смартфону трудно превзойти очарование хорошей книги. Зато всегда можно носить с собой целую «библиотеку»!

Люблю мастерить, с удовольствием занимаюсь домашними делами. В плане проведения отпуска у меня нет каких-то особых предпочтений. Я открыт для новых идей, новых стран, новых регионов. ■

Рис. 10.



Рис. 1.

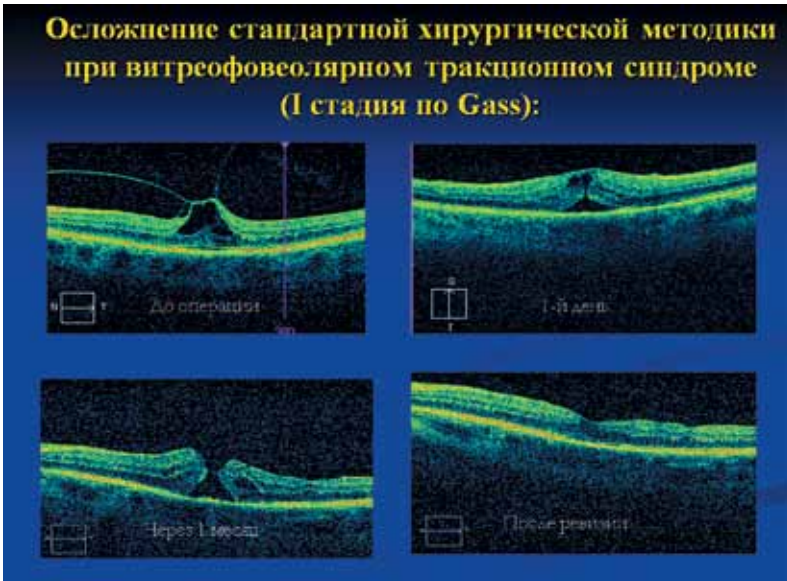


Рис. 3.

дисцизия (рис. 4), и в это отверстие субгиалоидно вводится краска (рис. 5). Это позволяет контрасировать задний гиалоид и точно определить место фиксации его в фовеоле (рис. 6). Далее гиалоид рассекается ножницами вокруг места фиксации (рис. 7) и убирается витрэктомом (рис. 8), при этом часть гиалоида над местом фиксации остается нетронутой. Манипуляции хирурга должны быть максимально деликатными, так как даже на самой малой аспирации может произойти отрыв задней гиалоидной мембраны от места фиксации и образование сквозного фовеолярного разрыва. В ходе этой операции мы не удаляем внутреннюю пограничную мембрану. Считаем, что на таких стадиях можно обойтись без лишней травматизации. Как видно на рис. 9, сохранена довольно значительная часть заднего гиалоида. Хорошо видно кольцо прикрепления задней гиалоидной мембраны по краю фовеолы.

Рис. 11.

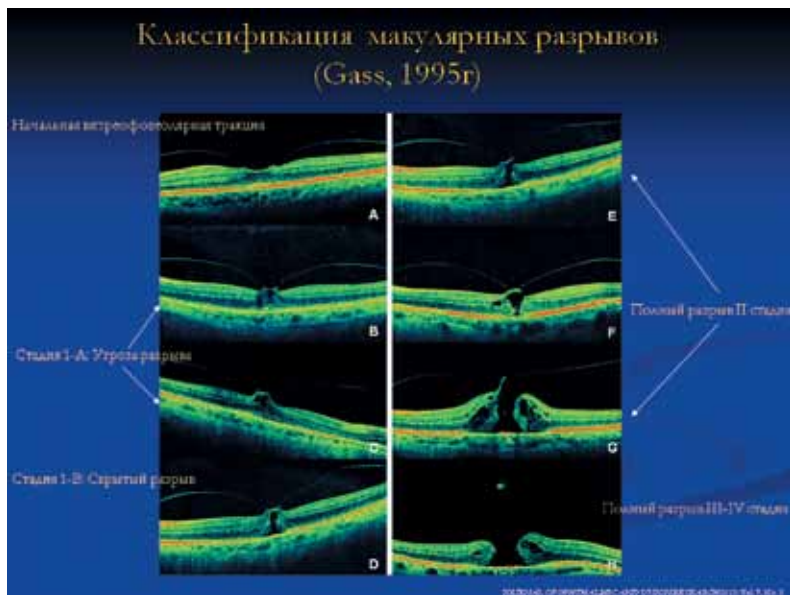
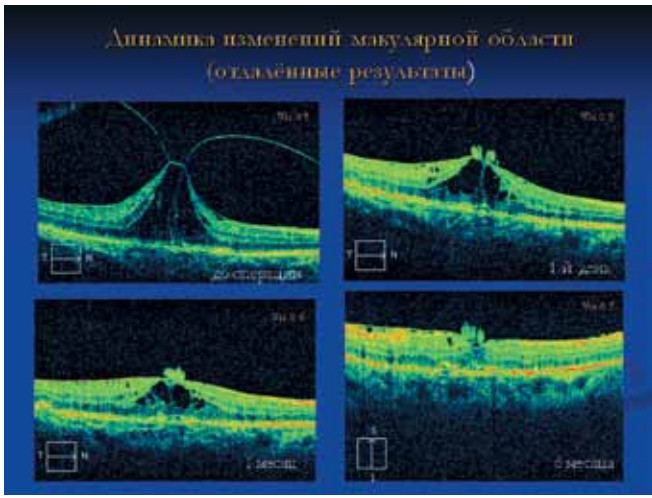


Рис. 2.

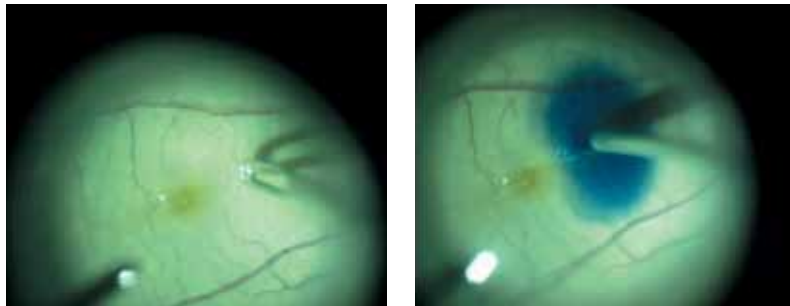


Рис. 4.

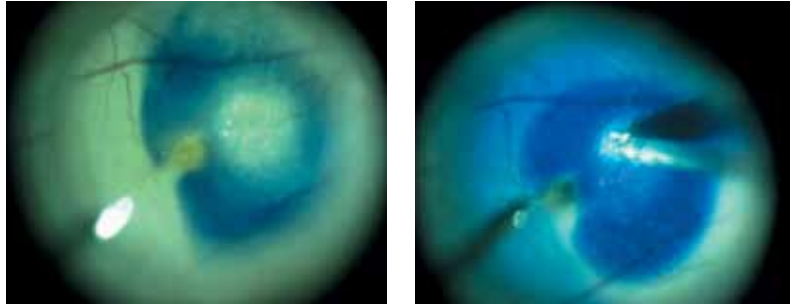


Рис. 6.

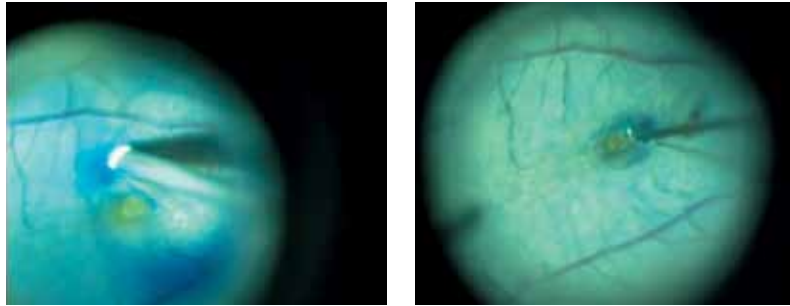


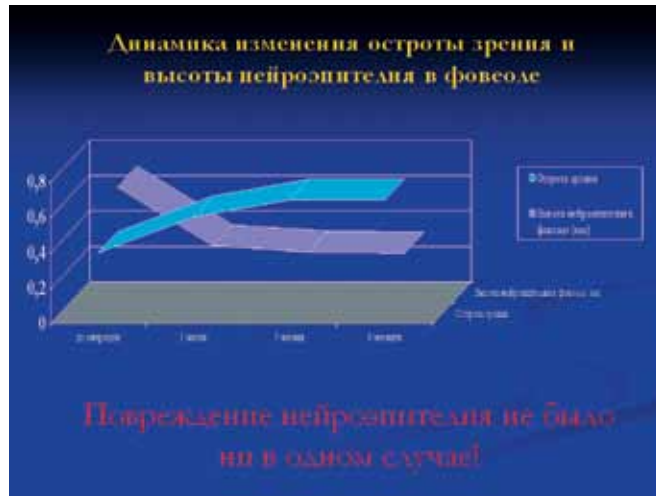
Рис. 8.

Интересно, что, по мнению профессора Г.Е. Столяренко, остатки эпиретинальных структур исчезают. Но я пока не видел случая, когда бы они исчезли полностью. Возможно, через год они исчезнут. Динамика остроты зрения и динамика толщины сетчатки обратно пропорциональны (рис. 12). В течение первого месяца происходит

резкое повышение остроты зрения, далее процесс приобретает постепенный характер.

В заключение хочу сказать, что, по нашему мнению, подобная тактика на ранних стадиях витреофовеолярного тракционного синдрома оправдана и позволяет, не навредив, помочь больному, к чему мы и должны стремиться. ■

Рис. 12.



Случай хирургического лечения макулярного отека, вызванного осложненной фактоэмульсификацией

И.Э. Иошин,
А.И. Толчинская,
С.А. Дубровская

ФГБУ «Клиническая больница»,
Москва

Отек макулярной области сетчатки или синдром Ирвина-Гасса, впервые описанный после интракапсулярной экстракции катаракты, чаще всего развивается в сроки от 4 недель и позже после хирургического лечения [10].

Основные причины послеоперационного макулярного отека (МО) можно условно разделить на производящие и предрасполагающие.

К производящим относятся: избыточная хирургическая травма и связанная с ней ранняя воспалительная реакция в переднем отделе глаза; операционные осложнения (разрыв задней капсулы и выпадение стекловидного тела), формирующие патологическую анатомию переднего отрезка (грыжа стекловидного тела, децентрация ИОЛ, синехии).

К предрасполагающим факторам послеоперационного макулярного отека сетчатки следует отнести: сопутствующую влажную форму возрастной макулярной дегенерации (ВМД), витреоретинальный тракционный синдром, отсутствие

адекватной (по времени и выбору средств) медикаментозной коррекции послеоперационного периода.

В литературе имеются сведения о возможности МО через несколько месяцев и даже лет после хирургического вмешательства на фоне нарушения взаимоотношения структур в переднем отделе глазного яблока (грыжа стекловидного тела, децентрация радужки и ИОЛ) [7]. В этих случаях патогенетическую направленность на регресс нарушенного гематоофтальмического барьера могут иметь реконструктивные вмешательства.

Цель – анализ особенностей хирургической тактики у пациентки с артефакцией при сопутствующем паралитическом мидазие, грыже стекловидного тела и кистозном макулярном отеке (синдроме Ирвина-Гасса).

Материалы и методы

Пациентка М., 63 лет, обратилась 29.03.2011 года с жалобами на светорассеяние, косметический дефект, снижение зрения правого глаза. В анамнезе экстракция катаракты на оба глаза в 2008 году. Со слов: острота зрения после операции на правый глаз была не более 0,3. Мидазия диагностирована с первых дней после операции. Через два года после экстракции катаракты проведена ИАГ-лазерная дисцизия задней капсулы

хрусталика, длительно проводилось консервативное лечение с применением кортикостероидов, антиоксидантов, однако острота зрения оставалась на уровне 0,3. При обследовании установлен диагноз: артефакция, неосложненная грыжа стекловидного тела, паралитический мидазия, кистозный макулярный отек, вторичная компенсированная глаукома правого глаза.

Первичные данные обследования:

Острота зрения:
OD=0,33-0,4 не корр.
OS=1,0
Кератометрия:
OD=44,62 ax 107°, 45,50 ax 17°
OS=44,50 ax 85°, 45,00 ax 175°
Тониметрия:
OD=18 мм рт.ст. (на гипотензивном режиме: косопт по 2 капли 2 раза в день)
OS=22 мм рт.ст.

Оптическая биометрия (прибор «IOL Master», фирма Carl Zeiss):
передняя камера длина глаза
OD 3,57 мм 22,44 мм
OS 3,85 мм 22,57 мм
Периметрия: умеренное снижение светочувствительности сетчатки обоих глаз.

Эндотелиальная микроскопия (прибор «SP-3000», фирма Topcon Corporation):
OD=1690 клеток на 1 мм²
OS=2051 клеток на 1 мм²

Оптическая когерентная томография (прибор «Stratus OCT», фирма Carl Zeiss): OD – в макулярной области профиль фovea изменен, выраженный кистозидный макулярный отек, неполная задняя отслойка стекловидного тела, тракционный синдром. Дистрофические изменения в слое фоторецепторов и пигментном эпителии сетчатки. Толщина сетчатки в центральной зоне – 721 мкм (рис. 1).

С целью устранения причин кистозного макулярного отека, а также повышения качества зрения и косметического комфорта, пациентке рекомендована оптико-реконструктивная операция (ОРО), включающая переднюю витректомию, пластику радужки с формированием зрачка, которая выполнена 21.04.2011 года.

Техника операции

Для проведения закрытой иридопластики были выполнены 3 парacentеза на 11, 13 и 19 часах, передняя камера заполнена вископротектором. Первым этапом осуществлена закрытая иридопластика: через парacentезы в переднюю камеру вводили прямую иглу 20 мм (нить пропилен 10-00) и накладывали узловые стягивающие швы на расстоянии 1,0-1,5 мм от зрачкового края радужки, сначала на 6 (один шов), затем на 12 часах (два шва). Далее микрочрючком выводили петлю в парacentез, через который вводили иглу. Свободный конец нити связывали с приходящей частью петли и шов затягивали. При этом обеспечивалось погружение ула на радужку, в переднюю камеру и равномерное его стягивание. Процедуру повторяли трехкратно на каждый шов радужки. Нить срезали цанговыми ножницами. Таким образом, в центре сформирован круглый зрачок диаметром 3,0-3,5 мм. Затем проведена передняя витректомию («Infinity Vision System», фирма Alcon), вымыв остатки вискоэластика, парacentезы оводнены (рис. 2 а, б, в, г).

Результаты

Послеоперационный период протекал гладко на фоне проводимой терапии (инстиляции антибиотика – в течение 7 дней, 0,1% раствор дексаметазона – в течение 2 недель, препарат косопт – 2 раза в день под контролем ВГД). В первые сутки после операции: глаз спокойный, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка спокойная, швы чистые, края радужки адаптированы, зрачок круглый, в центре. ИОЛ в задней камере. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки не изменены, в макулярной области сохранялся отек сетчатки.

Данные обследования на 1-е сутки после операции:

Острота зрения: OD=0,4-0,5 не корр.
Кератометрия: OD=44,87 ax 125°, 45,00 ax 35°

Тониметрия: OD=20 мм рт.ст.

Дополнительное медикаментозное лечение макулярного отека включало инстиляции 0,1% раствора индоколлира в течение 6 недель, парабубарные инъекции бетаметазона (дипроспана) 0,5 № 3 с интервалом 10 дней. При динамическом наблюдении острота зрения улучшилась, происходил регресс макулярного отека с уменьшением толщины сетчатки макулярной области.

При контрольном обследовании через 6, 12 и 18 месяцев после операции правого глаза роговица сохраняла свою прозрачность, передняя камера была глубокая, влага прозрачная. Радужка спокойная, швы чистые, края радужки адаптированы, зрачок в центре, ИОЛ в задней камере (рис. 3). На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки без изменений, в макулярной области имел место легкий эпиретинальный фиброз сетчатки.

Левый глаз спокоен. ИОЛ в правильном положении, задняя капсула рассечена. На глазном дне без патологии.

Данные обследования через 12 месяцев:

Острота зрения: OD=0,6 – 0,5 счл – 0,5 ax 70°=0,9-1,0.
OS=1,0

Кератометрия: OD=45,00 ax 35°, 45,12 ax 125°
OS=44,75 ax 64°, 45,00 ax 154°
Тониметрия: OD=20 мм рт.ст. (на гипотензивном режиме – препарат косопт по 1 капле 2 раза в день).
OS=18 мм рт.ст.

Эндотелиальная микроскопия: OD=1647 клеток на 1 мм², потеря эндотелиальных клеток после ОРО составила 2,5%, OS=2048 клеток на 1 мм²
Оптическая когерентная томография:

ОД – положительная динамика по сравнению с дооперационным обследованием. Профиль фovea сплюснен, признаки начального эпиретинального фиброза. Сетчатка умеренно отечна, дистрофические изменения в слое фоторецепторов и пигментном эпителии. Задняя отслойка стекловидного тела. Толщина сетчатки в центральной зоне – 260 мкм (рис. 4).

После внедрения метода ультразвуковой фактоэмульсификации число больных с кистозным макулярным отеком значительно сократилось и не превышает 0-4% случаев [4, 6]. Диагностика послеоперационного МО не всегда возможна при офтальмоскопии. На сегодняшний день основную роль в диагностике играет оптическая когерентная томография (ОКТ), позволяющая оценить патологические изменения в заднем полюсе глаза [3]. По данным обследования в рассматриваемом случае толщина сетчатки макулярной области до операции по данным ОКТ составила 721 мкм.

При этом определялся тракционный синдром с выраженным отеком сетчатки в центральной зоне. Длительно существующий или рецидивирующий отек сетчатки ведет к повреждению фоторецепторов с необратимым снижением зрения [1]. Консервативный подход к данной патологии включает терапию кортикостероидами, нестероидными противовоспалительными препаратами в сочетании с дегидратационными и антигистаминными средствами. При упорном течении осложнения авторы предлагают различные способы введения пролонгированных кортикостероидов в субтенозное пространство к заднему

ОС – профиль фovea сохранен, слой сетчатки структурны (рис. 5).

Пациентка находится под динамическим наблюдением, на гипотензивном режиме достигнута компенсация внутриглазного давления, острота зрения стабильна.

Обсуждение результатов

Целесообразно выделять несколько факторов развития макулярного отека после экстракции катаракты. К дооперационным предрасполагающим факторам следует отнести патологию сосудов сетчатки и стекловидного тела с явлениями его разжижения, формирования витреоретинальных тяжей, отслойкой задней пограничной мембраны [7]. Экстракция катаракты, выполненная даже без осложнений, может стимулировать прогрессирование уже имеющихся изменений или играть роль пускового механизма в развитии отека сетчатки макулярной области. Это связано с тем, что любая хирургическая травма неизбежно приводит к стрессу органа зрения и травме увеального тракта, при которых происходит нарушение микроциркуляции, индуцируется синтез простагландинов, повышается интенсивность окислительных реакций. В результате этого происходит образование свободных радикалов и продуктов перекисного окисления липидов, которые, наряду с воспалительными явлениями в переднем и заднем отделе глаза, вызванными операционной травмой, способствуют развитию макулярного отека [4].

Из провоцирующих факторов развития отека сетчатки следует выделить операционные и послеоперационные осложнения, такие как выпадение стекловидного тела в переднюю камеру при разрыве задней капсулы хрусталика во время проведения экстракции катаракты или после ИАГ-лазерной дисцизии задней капсулы, особенно при нарушении диафрагмальной функции радужки. При этом нарушается взаимоотношение структур в переднем отделе глазного яблока, а также структура стекловидного тела с увеличением его подвижности на фоне огрубения волокон и появления тракционного синдрома, что и зафиксировано по данным оптической когерентной томографии в рассматриваемом случае. Травматичность хирургического вмешательства с формированием различного рода осложнений усугубляют выраженность воспалительной реакции, которая во всех случаях сопровождается экссудацией, порозностью сосудов и усиливают течение осложнения [2].

После внедрения метода ультразвуковой фактоэмульсификации число больных с кистозным макулярным отеком значительно сократилось и не превышает 0-4% случаев [4, 6]. Диагностика послеоперационного МО не всегда возможна при офтальмоскопии. На сегодняшний день основную роль в диагностике играет оптическая когерентная томография (ОКТ), позволяющая оценить патологические изменения в заднем полюсе глаза [3]. По данным обследования в рассматриваемом случае толщина сетчатки макулярной области до операции по данным ОКТ составила 721 мкм.

При этом определялся тракционный синдром с выраженным отеком сетчатки в центральной зоне. Длительно существующий или рецидивирующий отек сетчатки ведет к повреждению фоторецепторов с необратимым снижением зрения [1]. Консервативный подход к данной патологии включает терапию кортикостероидами, нестероидными противовоспалительными препаратами в сочетании с дегидратационными и антигистаминными средствами. При упорном течении осложнения авторы предлагают различные способы введения пролонгированных кортикостероидов в субтенозное пространство к заднему

полюсу глаза или интравитреальное введение, назначение ударных доз кортикостероидов внутривенно, лазеркоагуляцию сетчатки [5, 11]. В нашем случае предпринимаемые попытки такого лечения оказались безуспешными. Причиной этого, на наш взгляд, явилось то, что при нарушении анатомического взаимоотношения структур в переднем отделе глазного яблока все вышеперечисленные методы носят паллиативный характер, а патогенетически обоснованным является проведение реконструктивных вмешательств [8, 9]. В итоге удаление отрубевшей части стекловидного тела из передней камеры при проведении передней витректомии и закрытая иридопластика с формированием зрачка способствовали регрессу тракционного синдрома и отеку сетчатки макулярной области, устранению косметического недостатка. Передняя витректомию и иридопластика в представленном случае выполнены атравматично без дополнительных осложнений с минимальной потерей клеток эндотелия роговицы (2,5%).

Динамическое наблюдение (до 1,5 лет) с однократным курсом консервативного лечения после операции (парабулбарно кортикостероиды и инстиляции индоколлира до 6 недель) способствовали уменьшению экссудации сетчатки макулярной области, что отразилось на ее толщине (снижение в центре до 260 мкм) и сохранению высокой остроты зрения в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение

Таким образом, данный клинический пример, с одной стороны, подчеркивает необходимость определения причины возникшего отека сетчатки макулярной области, а с другой, демонстрирует возможности современной хирургии по реконструкции переднего отдела глаза, что привело к регрессу макулярного отека, устранению косметического недостатка и улучшению остроты зрения.

Литература

- Астахов С.Ю., Гобеджишвили М.В. Послеоперационный макулярный отек, синдром Ирвина-Гасса // Клиническая офтальмология. – 2010. – Том 11. – № 1. – С. 5-8.
- Галоян Н.С. Влияние хирургической травмы на морфофункциональное состояние центральной зоны сетчатки при различных способах современной хирургии катаракты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с.
- Гобеджишвили М.В. Состояние центральной зоны сетчатки после фактоэмульсификации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 24 с.
- Иошин И.Э. Фактоэмульсификация. – М., 2012. – 102 с.
- Мазаров Д.А., Шлыкова П.А., Будька М.Ф. Экспериментально-клиническое обоснование метода субтенозного введения кортикостероидов при лечении макулярных отеков // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии: Сб. науч. работ. – М., 2008. – С. 115-117.
- Малюгин Б.Э., Шпак А.А., Морозова Т.А. Фармакологическое сопровождение современной хирургии катаракты. – М., 2010. – 23 с.
- Федоров С.Н., Егорова Э.В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика. – М., 2002. – 386 с.
- Худяков А.Ю., Сорокин Е.Л., Руденко В.А. Результаты хирургического лечения пациентов с синдромом Ирвина-Гасса после фактоэмульсификации катаракты // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. – 2010. – С. 221-223.
- Шульцман М.А., Спашкевич С.В., Шуко А.Г., Малышев В.В. Микроинвазивная хирургия переднего отрезка глаза. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 128 с.
- Irvine S.R. Macular edema after cataract extraction / Am. J. Ophthalm. – 1953. – Vol. 36. – P. 599-619.
- Abe T., Hayasaka S., Nagaki Y. et al. Pseudophakic cystoid macular edema treatment with high-dose intravenous methylprednisolone // J. Cataract Refract. Surg. – 1999. – Vol. 25. – P. 1286-1288.

Эффект «Глистининг» существует.

Изображение присутствия эффекта «Глистининг» в гидрофобной ИОЛ другого производителя, полученное через щелевую лампу.

Но не с линзой enVista.

Новый стандарт гидрофобных интраокулярных линз.

- Ни единого выявленного случая появления глистининга в ходе 2-х летнего проспективного исследования 172 глаз^{1,2}
- Улучшенная асферическая оптика Bausch + Lomb
- Имплантация через разрез 2,2 мм
- Минимизация риска развития вторичной катаракты

1. enVista™ Directions for Use. 2. Tetz MR, Warner L, Schwahn-Bendig S, Baiter JF. A prospective clinical study to quantify glistenings in a new hydrophobic acrylic IOL. Presented at: American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS) Symposium & Congress, April 3-8, 2009; San Francisco, CA.

BAUSCH + LOMB

ООО «Байер энд Ломб», 115191 Москва, ул. Большая Тульская, д.11, тел. +7 495 969 21 30 © 2011 Bausch & Lomb Incorporated.

Знаком. ® отмечены товарные знаки Bausch & Lomb Incorporated, SU6642 09/11

enVista
Самое современное поколение ИОЛ
Скачайте "Нет" Глистинингу.

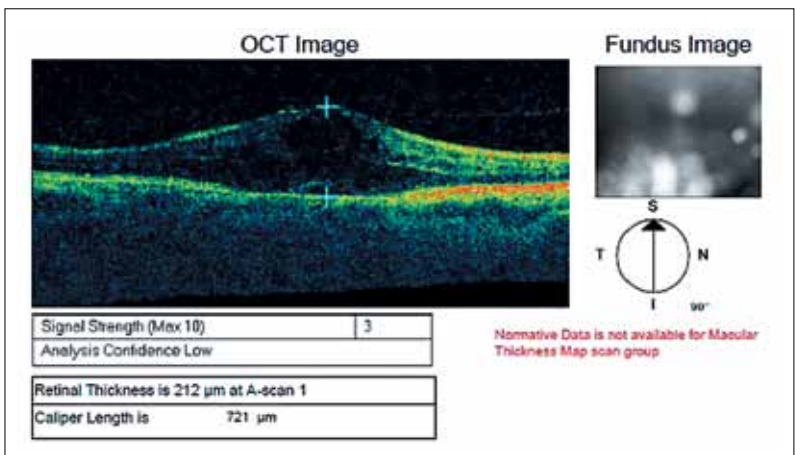


Рис. 1. Оптическая когерентная томография больной М. до лечения: кистозный макулярный отек, толщина сетчатки – 721 мкм, задняя отслойка стекловидного тела

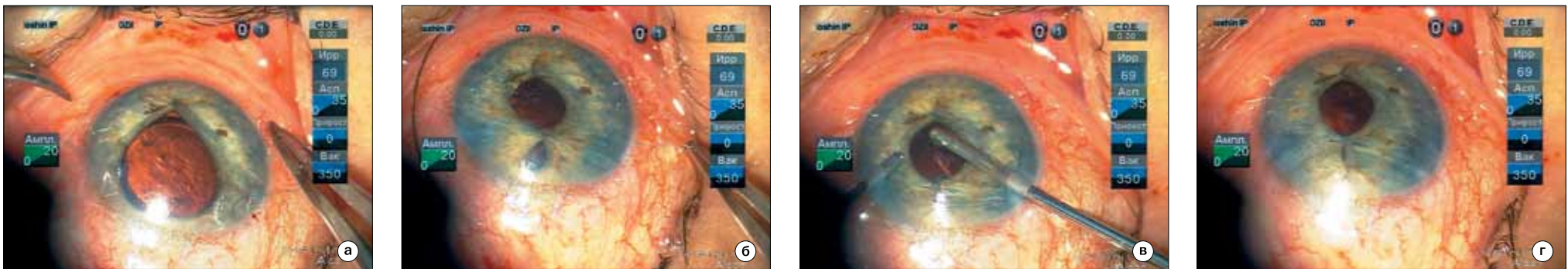


Рис. 2. Этапы операции: а) пластика радужки: наложение швов на 6 часах; б) наложение швов на 12 часах; в) проведение передней витректомии; г) глаз в конце операции



Рис. 3. Глаз больной через 18 месяцев после операции: артефакция, зрачок в центре, швы чистые, влага передней камеры прозрачная, ИОЛ в задней камере

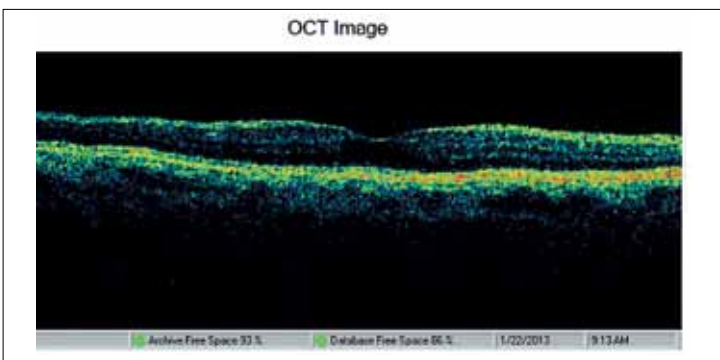


Рис. 4. Оптическая когерентная томография больной М. через 21 месяц после операции: уменьшение толщины сетчатки до 260 мкм

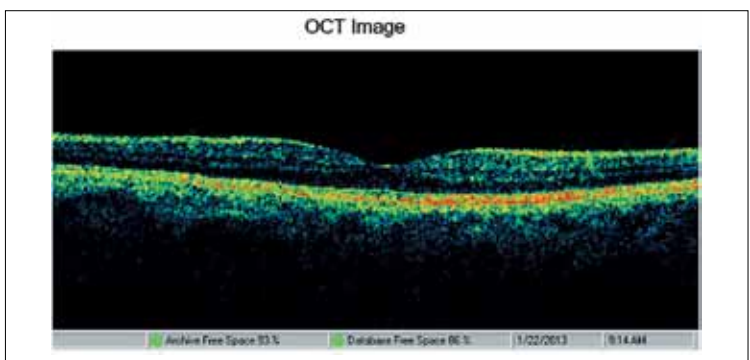


Рис. 5. Оптическая когерентная томография больной М. парного глаза: толщина сетчатки – 218 мкм

НЕКОТОРЫЕ ПОВЕРХНОСТИ НУЖДАЮТСЯ В ЗАЩИТЕ

Глазная поверхность – одна из них.

Семейство Систейн включает в себя офтальмологические средства, разработанные специально для облегчения симптомов сухости глаз, а также для защиты, сохранения и улучшения здоровья глазной поверхности^{1,4}.

Alcon
a Novartis company

Август, 2012

Систейн
Больше, чем просто защита



1. Christensen MT, Blackie CA, Korb DR, et al. An evaluation of the performance of a novel lubricant eye drop. Poster D092 presented at: The Association for Research in Vision and Ophthalmology Annual Meeting, May 2-6, 2010; Fort Lauderdale, FL. Christensen MT, Blackie CA, Korb DR, et al. Оценки эффективности новых увлажняющих глазных капель. Постер D092 представлен на ежегодном собрании Ассоциации исследований зрения и офтальмологии. Май 2-6, 2010; Форт-Лодердейл, Фл. 2. Lane S, Raugh JR, Webb JR, Christensen MT. An evaluation of the in vivo retention time of a novel artificial tear as compared to a placebo control. Poster D023 presented at: The Association for Research in Vision and Ophthalmology Annual Meeting, May 2-6, 2010; Fort Lauderdale, FL. Lane S, Raugh JR, Webb JR, Christensen MT. Оценка времени фиксации в vivo нового препарата группы искусственных слез в сравнении с плацебо-контролем. Постер D023 представлен на ежегодном собрании Ассоциации исследований зрения и офтальмологии. Май 2-6, 2010; Форт-Лодердейл, Фл. 3. Davis WB, Bloomgarden M, Christensen M, et al. Efficacy in patients with dry eye after treatment with a new lubricant eye drop formulation. J. Ocul Pharmacol Ther. 2010;26(4):347-353. Дэйви ВБ, Блумгартен М, Кристиансен М, и др. Эффективность лечения новым увлажняющим глазными каплями пациентов с синдромом сухого глаза. Ж. Офтальмофарма. Терап. 2010;26(4):347-353. 4. Csernok E, et al. The International Workshop on Meibomian Gland Dysfunction. Report of the Subcommittee on Management and Treatment of Meibomian Gland Dysfunction. IOVS 2011;52(4). (Виринье Е. И др. Международная рабочая группа по Дисфункции Мейбомиевых желез: Отчет подкомитета по управлению и лечению дисфункции мейбомиевых желез. IOVS 2011;52(4)).

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ
О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Эмилия Федоровна Левкоева. 1906 г.
Фото из личного архива Зацепиной Н.Д.

Эмилия Федоровна Левкоева Мои воспоминания

В декабре 2012 издательство «АПРЕЛЬ» выпустило в свет книгу «Эмилия Федоровна Левкоева. Мои воспоминания». Рукопись предоставляет уникальную возможность глубже изучить историю офтальмологии и в ней – жизнь и творчество известного советского патогистолога-офтальмолога, профессора Э.Ф. Левкоевой, чья судьба неразрывно связана Московской глазной больницей им. В.А. и А.А. Алексеевых – МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Глазами Э.Ф. Левкоевой мы видим события, отдаленные от нас почти целым столетием.

В книге использованы фотографии из личных архивов И.П. Хорошиловой-Масловой и Н.Д. Зацепиной, фондов Российской государственной библиотеки, сайта oldmos.ru.

Предлагаем читателям газеты «Поле зрения» отрывки из книги.

Многие офтальмологи нынешнего поколения мало знакомы с исследованиями выдающегося патогистолога-офтальмолога, профессора Э.Ф. Левкоевой.

Этот пробел могут восполнить, счастливо, сохранившиеся воспоминания Эмилии Федоровны, которые изданы Московским научным обществом офтальмологов. Вспоминания профессора Э.Ф. Левкоеву, хочется привести слова Гиппократ: «Чтобы быть истинным и полезным врачом и достигнуть точного познания в медицине, нужны шесть следующих условий: врожденный талант, хорошее воспитание, высокая и чистая нравственность, изучение медицины с самых юных лет в известной и хорошей медицинской школе, любовь к своей науке и трудным ее занятиям и, наконец, значительное время».

Эти слова в полной мере можно отнести к жизни и деятельности профессора Э.Ф. Левкоевой.

Академик РАМН,
профессор С.Э. Аветисов

Введение

1913 год. Скрамная, молоденькая студентка 6-го курса медицинского факультета Московских высших женских курсов, Эмилия Левкоева, шла от Красных Ворот (триумфальная ярко-красная арка когда-то стояла на месте нынешней Лермонтовской площади) по направлению к Фурманному переулку. Там находилось двухэтажное здание Алексеевской глазной больницы.

В глубоком раздумье она решила трудный вопрос: остаться работать в этой больнице, выбрав специальность «глазные болезни», или посвятить себя другой области медицины. Из медицинских специальностей ее больше всего привлекала офтальмология. Почему? Своими возможностями более определенной, четкой диагностики заболевания, доступностью выявления болезненного процесса. Все это, не в пример другим областям медицины (например, внутренним

болезням), казалось ей, приводит врача к достоверно и локально обоснованному диагнозу, а следовательно, к возможности правильно лечить больного.

Чего стоит одна офтальмоскопия, которой курсистка серьезно увлекалась. Это ведь такая ясность в обозрении глазного дна, что стало возможным благодаря гению великого Германа фон Гельмгольца! А заболевания переднего отдела глаза: роговицы и радужки. Все это – видимо, осязаемо, доступно в офтальмологии. Так думала она.

Кроме того, офтальмология – это небольшая область медицины, которую легко освоить, так представлялось ей тогда. Поэтому останется время для чтения, посещения философского кружка.

По дороге ей встречалось много больных с завязанными глазами, спешащих в ту же больницу. Быть для них полезной и не допустить ни одного невылеченного, а тем более ослепшего – это открывало и убеждало еще более.

Московская глазная больница им. В.А. и А.А. Алексеевых была демократическим лечебным заведением, славилась бесплатным лечением, бесплатной выдачей лекарств для пациентов, а также высокой квалификацией врачей. Персонал больницы в то время состоял всего из семи опытных врачей и директора клиники, профессора Михаила Иосифовича Авербаха. Врачи Алексеевской больницы встречали молодых специалистов приветливо, охотно делились своими знаниями, демонстрируя интересные случаи глазных заболеваний. Им чудно было «генеральство», а это было так важно для начинающих врачей – чувствовать себя не «маленькой», а почти равной этим искусным старшим коллегам. Одним словом, совокупность интеллектуальных и психологических соображений решила судьбу курсистки.

Эмилия Левкоева осталась в глазной больнице сначала как студентка 6-го курса Высших женских курсов, а после их окончания – как интерн клиники.

Правильно ли поступила молодая курсистка, выбрав офтальмологию? Судить об этом можно будет из последующего изложения.



На первых порах все казалось просто. Открывались перспективы, осваивались новые методики, производились операции на веках, а потом на глазном яблоке. В течение первых 12 лет Эмилия была хирургом. Ей удавались и простые, и более трудные глазные операции. Она провела около 200 операций экстракции катаракты, причем в большинстве случаев обходилось без осложнений, и больные выписывались с остротой зрения равной единице, то есть зрение полностью восстанавливалось.

Как пример, приведу следующий случай. В мужское хирургическое отделение поступил пациент – пожилой служитель синагоги – с письмом к профессору М.И. Авербаху, в котором заключалась просьба об операции. Но больной по каким-то причинам это письмо скрыл и потому стал пациентом доктора Э. Левкоевой. В то время она руководила мужским хирургическим отделением. Она удалила катаракту и полностью возвратила пациенту зрение. Годы через два жена этого пациента, увидев доктора Э. Левкоеву

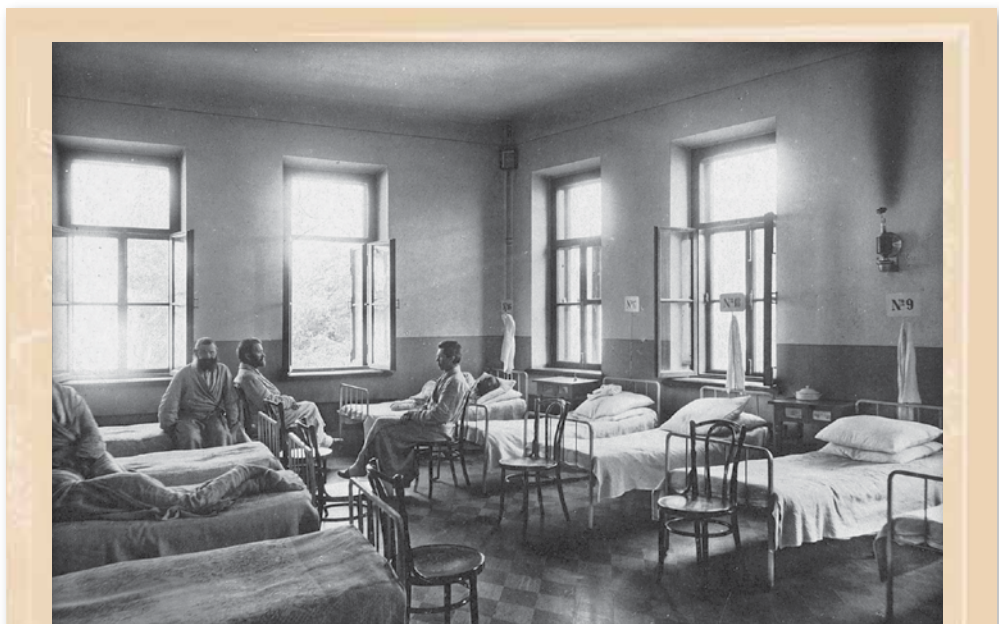
в амбулатории, просила сделать ему такую же операцию на втором глазу. Молодая врач согласилась и произвела операцию с таким же хорошим результатом. Любопытно последствие: врач неожиданно получила официальную торжественную бумагу, в которой было сказано, что ей предоставляется право на почетное место в синагоге (чуть ли не у самого алтаря), куда по иудейскому обычаю женщины не допускаются. Но врач этим не воспользовалась.

Кроме операций на глазу, молодой врач Э. Левкоева занималась также хирургией придаточного аппарата глаза и пластическими операциями области орбиты.

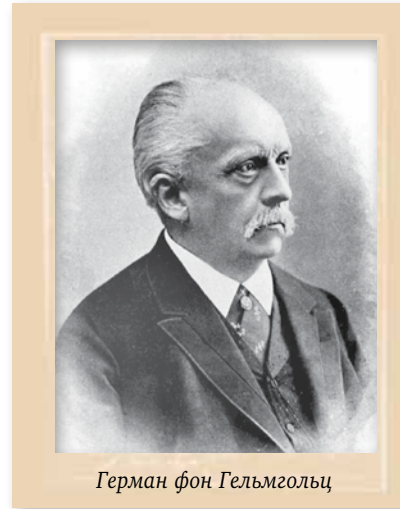
Спустя 12 лет, будучи уже опытным окулистом, Э. Левкоева оставила хирургию и лечебную работу, правда, после больших колебаний и неуверенности в себе. Больные с большой теплотой и любовью относились к доктору Левкоевой, сожалели об ее уходе. Чем же это было вызвано? Многими причинами: объективными и субъективными.



Вид больницы с угла Садовой улицы и Фурманного переулка



Палата в мужском отделении



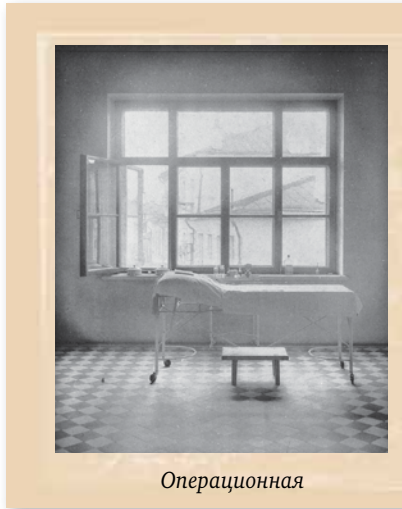
Герман фон Гельмгольц



Благотворительница В.А. Алексеева



Приемная (смотровая)



Операционная

Глава I

Дальнейший путь врача Левкоевой связан с периодом реконструкции и строительства новых корпусов глазной больницы им. В.А. и А.А. Алексеевых, переименованной впоследствии в Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца. История его создания интересна и поучительна, тем более что теперь этого никто не помнит или не знает, кроме автора «Воспоминаний» и сына директора больницы, бывшего сотрудника института, прекрасного окулиста **Иосифа Михайловича Авербаха**.

По словам Иосифа Михайловича, основной или так называемый первый корпус Института глазных болезней, где размещается теперь амбулатория, представлял собой два изолированных небольших домика по Фурманному переулку, пожертвованных купцами Алексеевыми под глазную больницу. Благодаря энергии и настойчивости в то время молодого главного врача Михаила Иосифовича Авербаха они были соединены между собой. В результате получилась амбулатория, состоящая из двух больших залов, впоследствии разгороженных на маленькие кабинеты для приема больных.

Один зал, трехцветный, высокий, в два этажа, постоянно заполненный людьми, служил приемной. Там больные ожидали своей очереди к врачу. Во втором зале, таком же большом, шел прием пациентов. В рабочие дни зал представлял собой довольно незначительное зрелище: от столиков, за которыми принимали врачи (их в зале было 6 или 7), тянулись длинные очереди, «хвосты». В день врач принимали до 500 и более человек. При этом следует заметить, что в амбулатории царил необыкновенная тишина: больные абсолютно доверяли докторам, и их вера во врачебную помощь была безгранична. Никаких разговоров, а тем более скандалов не было, даже когда принимавшие в амбулатории врачи вынуждены были отлучаться. Делали они это довольно часто, так как одновременно работали и в стационаре, который располагался на втором этаже. И оперировали больничные врачи как в стационарной, так и в амбулаторной операционных.

Несмотря на такую загруженность, врачи со своей работой справлялись, при этом времени у них хватало и на обучение нас, начинающих докторов. Это было возможно, очевидно, потому что врачи не тратили время на ненужную, изнуряющую писанину, заполнение всевозможных графиков, которые никогда и никем не используются.

Через год после моего прихода в ординатуру поступили Елизавета Гавриловна Коскина и Мария Матвеевна Вейншток¹. Возглавлял больницу с 1902 г. уже упоминавшийся мной **Михаил Иосифович Авербах**. В то время он был доцентом кафедры офтальмологии Московских высших женских курсов. Читал на 5 и 6 курсах прекрасные лекции по офтальмологии, слушать которые доставляло курсисткам истинное удовольствие. Также мы посещали интересные лекции другого видного окулиста, профессора **Сергея Селивановича Головина**.

Курсистки, всерьез увлекавшиеся глазными болезнями, оставались в качестве интернов глазной клиники при Алексеевской глазной больнице. Это были:

Елена Антоновна Буйвид-Куртгорен, чрезвычайно талантливыи, интересный человек, большой общественник. Она читала лекции для рабочих на вечерних Пречистенских курсах. Во время Великой Отечественной войны она приняла активное участие в партизанском движении в Литве. События тех



Сотрудники Алексеевской глазной больницы. 1916 год

лет описаны в ее дневнике, опубликованном в журнале «Дружба народов» (1968. – № 8);

Мария Владимировна Билит много лет работала с профессором Львом Ивановичем Сергиевским, основоположником ортоптического лечения косоглазия в Советском Союзе. Мария Владимировна была его ближайшим помощником в этом важном деле;

Вера Ивановна Алексеева, прекрасный хирург и весьма эрудированный офтальмолог. Вера Ивановна – автор монографии «Халькоз глаза» (М.: Медицина, 1965);

Елена Адольфовна Закс по инициативе М.И. Авербаха организовала при больнице рентгеновский кабинет, который впоследствии возглавил **Марк Моисеевич Балтин**. Благодаря его исследованиям рентгенология глаза поднималась на невиданную по тем временам высоту.

Не могу не упомянуть доктора **Ошера Борисовича Гейликина**, делового, энергичного, глубоко принципиального человека. Во время Великой Отечественной войны он был арестован фашистами. Память о нем и докторе **И.М. Махлине**, также убитом немцами, оставила неизгладимый след в наших сердцах.

Доктор **Дмитрий Иванович Судакевич**, офтальмолог и талантливый художник-протезист. Д.И. Судакевич изготовил замечательную коллекцию препаратов-муляжей различных заболеваний глаза. Они украшают макроскопическое отделение МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. М.И. Авербах по достоинству оценил талант Д.И. Судакевича, пригласил его в больницу и создал прекрасные условия для работы. Всю жизнь Дмитрий Иванович посвятил науке, исследуя сосудистую систему глаза. Его перу принадлежит научная монография «Архитектоника системы внутриглазного кровообращения» (М.: Медицина, 1971), заслужившая признание среди советских и зарубежных офтальмологов. К сожалению, в дальнейшем новые администраторы не смогли понять научную ценность работ Д.И. Судакевича. Они лишили его элементарных условий работы, и Дмитрий Иванович был вынужден уйти из института.

Из врачей более молодого поколения особого внимания заслуживает доктор **Михаил Ефремович Розенблюм**. Скрупулезный клиницист, проводивший нередко после работы целые вечера в поисках разрывов сетчатки на глазном дне у больных. В то время это было чрезвычайно трудным делом. Впоследствии его работа имела серьезное значение в определении исхода такого грозного

заболевания, как отслойка сетчатки. Написанная М.Е. Розенблюмом монография на тему «Оперативное лечение отслойки сетчатки» (М.: АМН, 1952) служила большим подспорьем клиницистам...

...Поклоению первых семи ординаторов Алексеевской глазной больницы принадлежит и операционная фельдшерца **Мария Модестовна Жаркова**. Это была остроумнейший, живой и веселый товарищ. Равная по своему интеллектуальному уровню с врачами, среди нас она держалась как учитель, в особенности при операциях. Все мы, начинающие офтальмологи, проходили в сущности хирургическую школу под руководством Марии Модестовны. С ее участием мы осваивали первые операции по удалению катаракты. Вместе с нами она глубоко переживала их исход. Но не только мы нуждались в ее помощи при операциях. Мария Модестовна активно помогала и более опытным врачам, в том числе и хирургу-ювелиру, каким был М.И. Авербах. За все это ей прощались ее никого не шадящий язычок, который нередко своими остротами вызывал восхищение окружающих.

В ординаторской часто проходили наши веселые завтраки с отличным рстбифом. Эти завтраки приводили меня в восторг тем, что я чувствовала при этом полное равенство, которое на первых порах моей работы согрело меня и придавало уверенность в себе.

Весной 1914 года вместе с Верой Ивановной Алексеевой мы поехали с глазным отрядом в Вологодскую губернию, где нас и застала Первая империалистическая война.

Работа была интересной, полезной и очень напряженной. Прием начинался в 8 часов утра, затем приступали к операциям (главным образом, при трахоме на веках, но были и катаракты) и заканчивали работу поздно вечером. Не буду на этом долго останавливаться. Скажу лишь, что в течение трех месяцев мы добросовестно обслужили почти весь Кадниковский район Вологодской губернии. Там была страшная запущенность в отношении медицинской помощи: огромный процент глазных заболеваний, преимущественно трахомы, при полном отсутствии врачей.

Возвратившись в больницу, мы уже не застали некоторых врачей. Они были мобилизованы на войну. Вместо них в качестве интернов были приняты молодые врачи, которых в 1915 году зачислили ординаторами больницы. Это доктор **В.И. Алексеева**, **В.А. Перцева**, **Е.Г. Косина** и автор этих строк, Э.Ф. Левкоева.

Продолжение следует

¹ Помимо работы в клинике, врачу Березину в 1903 г. Советом больницы было поручено заведование медицинской библиотекой, которая была создана врачами больницы в 1902 г. (ред.).

² Следует отметить, что с 1905 г. (после П.И. Березина) он заведовал медицинской библиотекой больницы.

³ Э.Ф. Левкоевой (ред.).

⁴ В то время других врачей-окулистов в Грозном не было (ред.).

⁵ В 1935 г. имя Н.С. Киселева было присвоено главному отделению Республиканской больницы и главному отделению Центральной поликлиники (ред.).

⁶ Следует отметить, что М.М. Вейншток также вела вечерний прием в больнице с 18 до 20 часов (ред.).

НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЯ

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Клиническая анатомия

Общее строение

1. Аfferентные волокна. Зрительный нерв содержит около 1,2 млн аfferентных волокон, которые отходят от ганглионарных клеток сетчатки (ГКС). Большинство из них образуют синапсы в наружном коленчатом теле, а некоторые доходят до других центров, преимущественно до претектальных ядер среднего мозга. Примерно 30% волокон обеспечивают центральное поле зрения в пределах 5°. В самом зрительном нерве волокна делятся примерно на 600 пучков (каждый содержит 2000 волокон) фиброзными перегородками, которые берут начало от мягкой мозговой оболочки (рис. 21.1).

2. Олигодендроциты обеспечивают миелинизацию аксонов. Врожденную миелинизацию нервных волокон сетчатки объясняют аномальным интраокулярным распространением этих клеток.

3. Микроглия — это иммунокомпетентные фагоцитарные клетки, регулирующие, вероятно, апоптоз («запрограммированную» гибель клеток) ГКС.

4. Астроциты выделяют пространство между аксонами и другими структурами. В случае гибели аксонов астроциты заполняют образовавшееся пространство.

5. Оболочки:
а) **мягкая оболочка** — это тонкая внутренняя оболочка, содержащая кровеносные сосуды;
б) **наружная оболочка** состоит из паутинной оболочки и более плотной твердой оболочки, которая переходит в склеру. Фенестрация зрительного нерва включает надрезы наружной оболочки, продолжается в церебральное субарахноидальное пространство и содержит спинномозговую жидкость.

Анатомическое деление

Зрительный нерв от глазного яблока до хиазмы имеет длину 50 мм, и его анатомические делят на 4 отдела.

1. Интраокулярный отдел (другие названия — диск зрительного нерва, головка нерва) самый короткий (1 мм в длину и 1,5 мм в диаметре по вертикали). Неврологические повреждения, затрагивающие этот отдел, — воспаление (папиллит), отек и патологические включения (друзы).

2. Интраорбитальный отдел длиной 25–30 мм начинается от глазного яблока и заканчивается зрительным отверстием в вершине орбиты. Его диаметр за счет дополнительных миелиновых оболочек нервных волокон равен 3–4 мм.

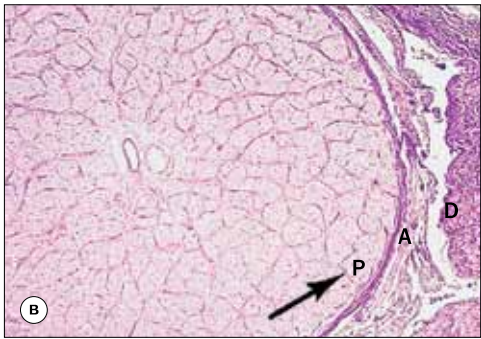


Рис. 21.1 Строение зрительного нерва: (а) офтальмоскопическая картина; (б) продольный срез (LC — решетчатая пластинка, стрелка указывает на фиброзную перегородку); (в) поперечный срез (Р — мягкая оболочка, А — паутинная оболочка, Д — твердая оболочка); (г) окружающие оболочки и пилальные кровеносные сосуды (предоставлено Wilmer Institute — рис. а, б, в)

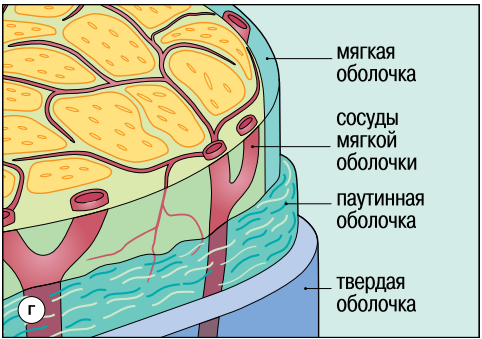
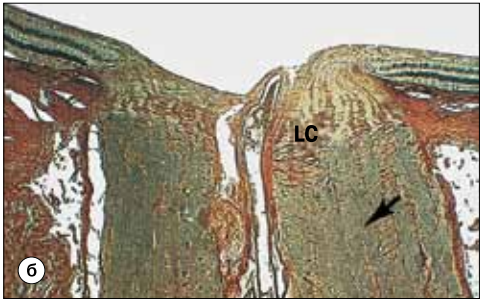


Рис. 21.1 (продолжение) Строение зрительного нерва: (а) офтальмоскопическая картина; (б) продольный срез (LC — решетчатая пластинка, стрелка указывает на фиброзную перегородку); (в) поперечный срез (Р — мягкая оболочка, А — паутинная оболочка, Д — твердая оболочка); (г) окружающие оболочки и пилальные кровеносные сосуды (предоставлено Wilmer Institute — рис. а, б, в)

В вершине орбиты нерв окружен плотным фиброзным кольцом Zinn, от которого отходят четыре прямые мышцы. Верхняя и внутренняя прямые мышцы частично берут начало и от оболочки нерва, поэтому воспалительная оптическая нейропатия (например, ретробульбарный неврит) может сопровождаться болью при движении глаза. Интраорбитальный отдел нерва имеет S-образную форму и располагается без натяжения, позволяя глазу свободно совершать движения.

NB Благодаря S-образной форме нерв не растягивается чрезмерно до тех пор, пока проптоз не станет значительным.

3. Интраканаликулярный отдел имеет длину 6 мм и идет вдоль канала. В отличие от интраорбитального этот отдел благодаря сливанию твердой оболочки с надкостницей прикреплён к стенкам канала.

4. Интракраниальный отдел переходит в хиазму, варьирует по длине от 5 до 16 мм (в среднем 10 мм). Длинный интракраниальный отдел часто повреждается при развитии патологии смежных органов, например, при аденоме гипофиза и аневризмах.

Аксоплазматический транспорт

Аксоплазматический транспорт — это движение органелл цитоплазмы между телом клетки и терминальным синапсом внутри нейрона (рис. 21.2а, б). Ортоградный транспорт — это движение от тела клетки к синапсу, а ретроградный — наоборот. Быстрый аксоплазматический транспорт представляет собой активный процесс, для осуществления которого требуются кислород и АТФ. Под воздействием различных факторов, таких как гипоксия или токсины, которые снижают продукцию АТФ, аксоплазматический транспорт может нарушаться. В результате аккумуляции органелл из-за прекращения аксоплазматического транспорта между ГКС и их терминальными синапсами в сетчатке образуются ватообразные очаги. Нарушение транспорта на уровне решетчатой пластинки приводит к папиллярному отеку (рис. 21.2в).

Признаки дисфункции зрительного нерва

1. Снижение остроты зрения вдаль и на близком расстоянии часто сочетается с другими нарушениями.

2. Аfferентные зрачковые нарушения (см. далее).

3. Дисхроматопсия (нарушение цветовосприятия) в основном касается красного и зеленого цветов. Самый простой способ выявить монокулярный дефект — попросить пациента сравнить каждым глазом в отдельности красный предмет, например, колпачок от пузырька с мидриацилом (более точные исследования см. в главе 1).

4. Снижение световой чувствительности может сохраняться после восстановления остроты зрения, что встречается после предыдущих атак неврита зрительного нерва (см. главу 1).

5. Снижение контрастной чувствительности выявляют с помощью демонстрации сетки со снижающимся постепенно, через определенные промежутки, контрастом (таблицы Arden). Этот тест очень чувствителен к минимальному снижению зрительных функций, но не является специфичным для поражений зрительного нерва (см. главу 1).

6. Дефекты поля зрения значительно варьируют в зависимости от вызвавших их патологий и включают диффузную депрессию центрального поля зрения, центральные и центроцекальные скотомы, дефекты пучка нервных волокон и алитудинальные дефекты (табл. 21.1).

Таблица 21.1 Локальные дефекты поля зрения при оптических нейропатиях

- | |
|--|
| 1. Центральная скотома <ul style="list-style-type: none">• демиелинизация• токсическая и алиментарная• болезнь Leber• сдавление |
| 2. Увеличенное слепое пятно <ul style="list-style-type: none">• застойный диск• врожденные аномалии |
| 3. Изменения по горизонтальному меридиану <ul style="list-style-type: none">• передняя ишемическая оптическая нейропатия• глаукома• друзы диска |

Атрофия зрительного нерва

Первичная атрофия зрительного нерва

Первичная атрофия зрительного нерва развивается без предшествующего отека головки зрительного нерва. Она может возникнуть при поражениях зрительных путей на отрезке от ретроламинарного отдела нерва до наружного коленчатого тела. При повреждении до уровня хиазмы развивается односторонняя атрофия нерва, а в случаях вовлечения хиазмы и зрительного тракта — двухсторонняя атрофия.

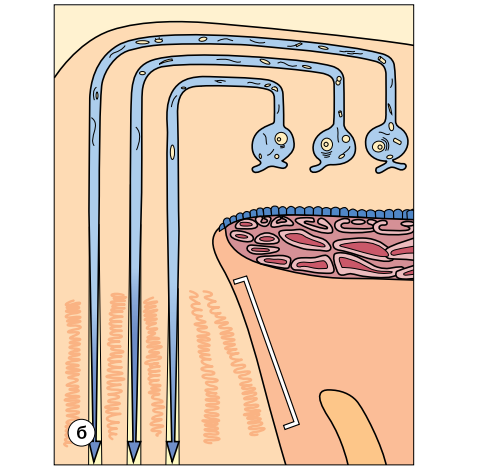
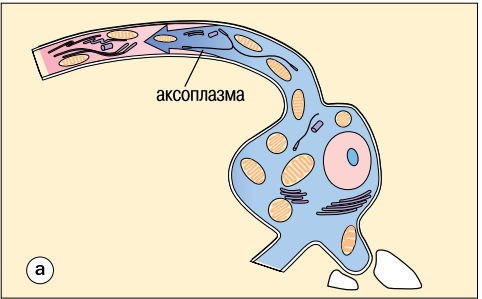


Рис. 21.2 (а, б) нормальный аксоплазматический транспорт; (в) нарушение аксоплазматического транспорта при застойном диске (предоставлено Wilmer Institute — рис. в)

NB Некоторые наследственные макулярные дистрофии также могут проявляться центральной скотомой, снижением цветовосприятия и бледностью диска.

Вторичная атрофия зрительного нерва

Вторичной атрофии зрительного нерва предшествует отек его головки.

1. Признаки очень разнообразны и зависят от причины. Основные признаки (рис. 21.3б):

- белый или грязно-серый диск, несколько приподнятый и с нечеткими краями из-за глиоза;
- снижение числа мелких кровеносных сосудов на поверхности диска.

2. Причины. Хронический папиллярный отек, передняя ишемическая оптическая нейропатия и папиллит.



Рис. 21.2 (а, б) нормальный аксоплазматический транспорт; (в) нарушение аксоплазматического транспорта при застойном диске (предоставлено Wilmer Institute — рис. в)

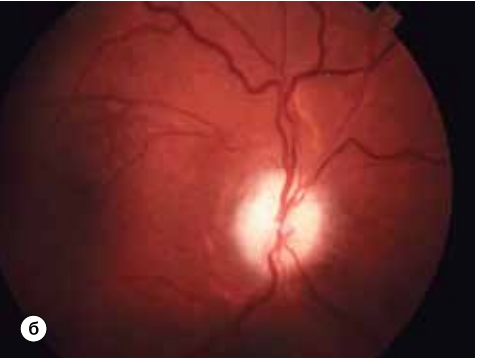
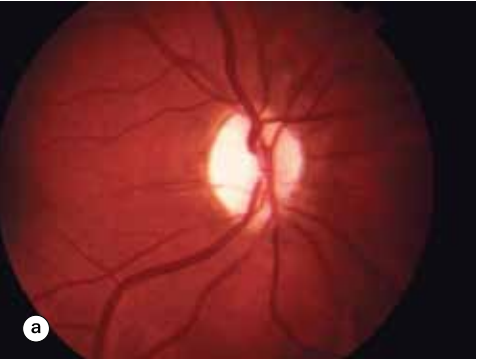


Рис. 21.3 Атрофия зрительного нерва: (а) первичная; (б) вторичная

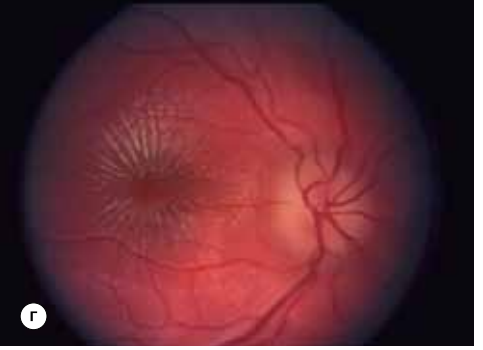
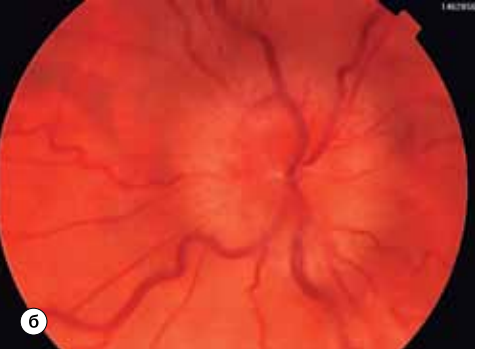


Рис. 21.4 (а) папиллит средней степени; (б) выраженный папиллит; (в) папиллит и перипапиллярные кровоизлияния; (г) нейроретинит (предоставлено L. Merin — рис. г)

Классификация невритов зрительного нерва

Неврит зрительного нерва — это воспалительный, инфекционный или демиелинизирующий процесс, повреждающий зрительный нерв. Неврит можно классифицировать, исходя из данных офтальмоскопии об этиологии заболевания.

Офтальмоскопическая классификация

- 1. Ретробульбарный неврит**, при котором головка нерва не вовлекается и диск зрительного нерва остается в пределах нормы (по крайней мере, сначала). Ретробульбарный неврит часто встречается у взрослых и нередко связан с рассеянным склерозом (РС).
- 2. Папиллит** — патологический процесс, первоначально затрагивающий головку зрительного нерва или развивающийся как исход воспаления прилежащей сетчатки. Характеризуется гиперемией и отеком ДЗН различной степени (рис. 21.4а, б), которые могут сопровождаться перипапиллярными кровоизлияниями в виде «языков пламени» (рис. 21.4в). Могут быть видны клетки в заднем отделе стекловидного тела. Папиллит — самый распространенный вид неврита зрительного нерва у детей, однако может встречаться и у взрослых.
- 3. Нейроретинит** характеризуется папиллитом в сочетании с воспалением слоя ретинальных нервных волокон и образованием фигуры «макулярной звезды» (рис. 21.4г). Это более редкий тип оптического неврита и иногда является проявлением демиелинизации.

Этиологическая классификация

- 1. Демиелинизация** — самая распространенная причина.
- 2. Параинфекция** может стать исходом вирусной инфекции или иммунизации.
- 3. Инфекция** может быть риногенной или связанной с болезнью «кошачьих царапин», сифилисом, болезнью Льюе, криптококковым менингитом у пациентов с ВИЧ и herpes zoster.
- 4. Неинфекционные причины.** Саркоидоз, системные аутоиммунные заболевания, такие как системная красная волчанка, узелковый полиартерит и другие васкулиты.

Демиелинизирующий оптический неврит

Введение

Демиелинизация — это патологический процесс, при котором миелинизированные нервные волокна теряют свой изолирующий миелиновый слой. Миелин поглощается микроглией и макрофагами, после этого астроциты замещают его фиброзной тканью (блэшмаки). Демиелинизирующие заболевания нарушают проведение нервного импульса по проводящим путям белого вещества головного и спинного мозга, периферические нервы при этом не поражаются. Причиной офтальмологической патологии являются следующие демиелинизирующие заболевания.

- 1. Изолированный неврит зрительного нерва** при отсутствии клинических проявлений генерализованной демиелинизации, которая часто развивается позднее.
- 2. Рассеянный склероз** — самое частое заболевание.
- 3. Болезнь Devic (neuromyelitis optica)** — редкое заболевание, которое может развиваться в любом возрасте. Характеризуется двухсторонним оптическим невритом с последующим развитием поперечного миелита (демиелинизация спинного мозга) в течение нескольких дней или недель.
- 4. Болезнь Schilder** встречается редко. Генерализованное, неуклонно прогрессирующее заболевание, развивающееся к 10 годам и приводящее к летальному исходу в течение 1–2 лет. Может сопровождаться двухсторонним невритом зрительного нерва без перспективы улучшения.
- 5. Офтальмологические проявления:**
 - а) поражения зрительных путей в большинстве случаев вовлекают зрительный нерв и приводят к оптическому невриту. Демиелинизация может иногда возникать в области хиазмы и реже — в области зрительного тракта и лучистости;
 - б) поражения ствола головного мозга приводят к параличу зрения, нистагму, поражению глазодвигательного, тройничного и лицевого нервов.

Связь неврита зрительного нерва и рассеянного склероза

Несмотря на то что у некоторых пациентов с невритом зрительного нерва отсутствуют клинические проявления системных заболеваний, существует тесная связь между оптическим невритом и РС.

- Приблизительно у 15–20% пациентов с РС болезнь начинается с развития оптического неврита; а у 50% больных с диагностированным РС впоследствии развивается неврит зрительного нерва.
- После приступа острого неврита зрительного нерва риск развития РС в последующие 10 лет составляет в среднем 38%.
- У пациентов после первого приступа оптического неврита, имеющих по данным МРТ признаки поражения головного мозга (рис. 21.5) при отсутствии клинических проявлений РС, в 56% случаев существует риск его развития в течение 10 лет; при отсутствии на МРТ признаков болезни риск снижается до 22%.
- Даже при наличии на МРТ признаков поражения РС возрастает в зимнее время, при наличии HLA-DQ2 и при феномене Uhthoff (усиление симптоматики при подъеме температуры тела во время физических упражнений и принятия горячей ванны).

Диагностика

1. Проявляется во 2–5 декадах жизни (в среднем — в 30 лет) подострым монокулярным нарушением зрения. Некоторые пациенты отмечают возникновение небольшого белого либо цветного мерцания или вспышек (феномен фосфенов). Обычно в глазу или около него отмечают боль и дискомфорт, которые часто усиливаются при движении глазного яблока. Снижение зрения, которое длится в течение нескольких дней, может предшествовать или сопровождать эти признаки. Также возможна боль в лобной области и глазном яблоке.

- 2. Признаки**
- ОЗ обычно между 6/18 и 6/60, иногда ниже.
 - Другие признаки дисфункции зрительного нерва: аfferентный зрачковый дефект (АЗД), дисхроматопсия, снижение световосприятия и нарушение контрастной чувствительности.
 - В большинстве случаев диск зрительного нерва не изменен (ретробульбарный неврит); в остальных случаях развивается папиллит.
 - Бледность диска с височной стороны может быть заметна на парном глазу, что свидетельствует о перенесенном неврите.
- 3. Дефекты поля зрения**
- Самым распространенным нарушением является диффузное снижение чувствительности в 30° центральной зоны.
 - Далее развиваются повреждения пучков нервных волокон и как исход — центральные скотомы (рис. 21.6).
 - Локальные дефекты часто сопровождаются общей депрессией.
- 4. Течение.** Зрение снижается за период от нескольких дней до 2 нед., далее начинается период восстановления в течение

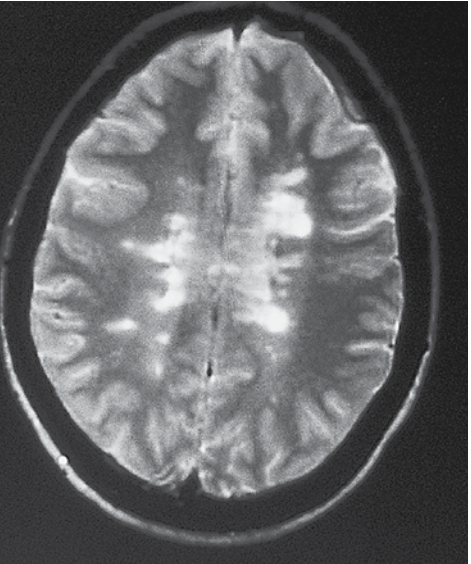


Рис. 21.5 МРТ, аксиальный срез: перивентрикулярные бляшки

2–4 нед. Сначала восстановление протекает быстро, потом замедляется и продолжается от 6 до 12 мес.

Прогноз

Приблизительно у 75% пациентов острота зрения восстанавливается до 6/9 или более; в 85% случаев возможно восстановление до 6/12, даже если во время приступа зрения было очень низкое. Несмотря на то, что острота зрения восстанавливается, другие параметры (цвето- и световосприятие, контрастная чувствительность) нередко остаются сниженными. Может сохраняться АЗД и появляться атрофия зрительного нерва, особенно при рецидивах заболевания. У 10% пациентов развивается хронический неврит зрительного нерва, характеризующийся прогрессирующим или ступенчатым снижением зрения при отсутствии периодов восстановления.

Лечение

- 1. Показания.** Если острота зрения в течение первой недели ниже, чем 6/12, терапия может ускорить восстановление на 2–3 нед. Это имеет значение для пациентов с низким зрением парного глаза или в случаях, когда по роду деятельности пациенту требуется высокое зрение, но это небольшое преимущество следует сопоставить с риском применения высоких доз стероидов. Терапия, однако, не влияет на конечную остроту зрения, и большинство пациентов не нуждаются в лечении.
- 2. Режим:**
 - а) **внутривенное введение натрий-сукцилат метилпреднизолона** в дозе 1 г/сут в течение 3 дней, в дальнейшем — преднизолон внутрь (1 мг/кг/сут) в течение 11 дней, далее дозу снижают в течение 3 дней;

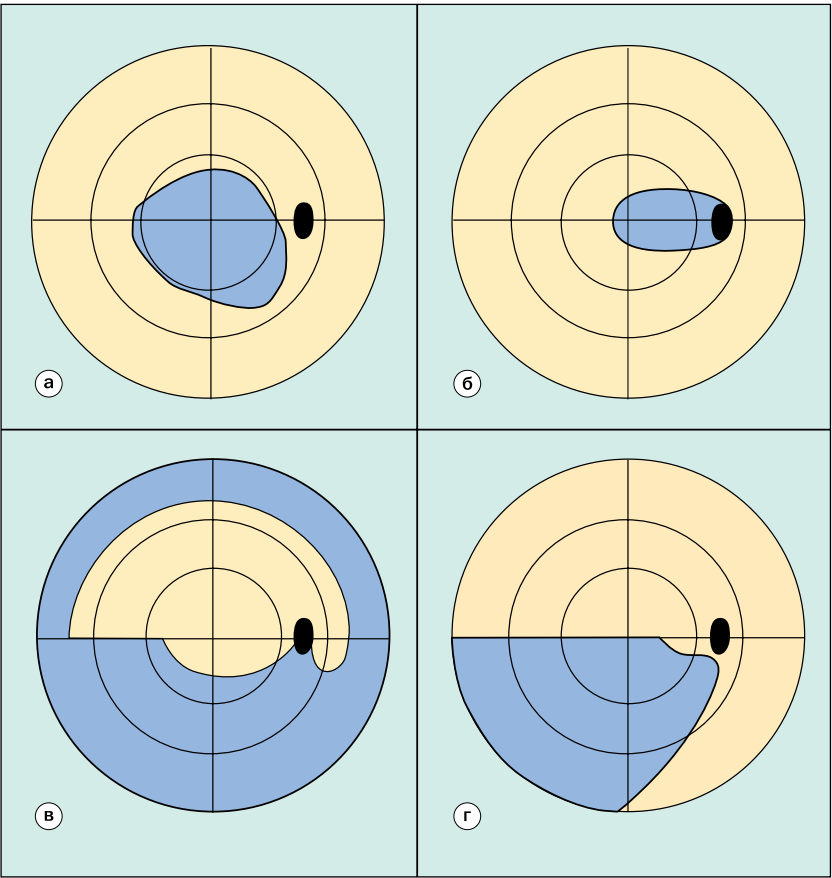


Рис. 21.6 Дефекты поля зрения при неврите зрительного нерва: (а) центральная скотома; (б) центроцекальная скотома; (в) пучок нервных волокон; (г) алитудинальные нарушения

б) внутримышечные инъекции интерферона β -1a при первом случае неврита снижают возможность развития клиники РС у пациентов из группы высокого риска, основанного на субклинических изменениях мозга на МРТ, в течение следующих 3 лет. Однако преимуществ невелики, и пациенты не используют интерферон β -1a до тех пор, пока не разовьется клиническая картина второго эпизода демиелинизации.

НВ Преднизолон внутрь в качестве монотерапии не показан, т.к. не влияет на скорость выздоровления и связан с высоким риском развития рецидивов.

Параинфекционный неврит зрительного нерва

Неврит зрительного нерва может сопутствовать различным вирусным инфекциям, таким как корь, инфекционный паротит, ветряная оспа, краснуха, коклюш и инфекционный мононуклеоз. Также он может развиться после вакцинации. Дети подвержены ему чаще, чем взрослые.

Диагностика

1. Проявляется острой, значительной, иногда двухсторонней потерей зрения обычно через 1–3 нед. после перенесенной вирусной инфекции. Может сопровождаться другой неврологической симптоматикой, например, головными болями, судорогами или атаксией (менингоэнцефалит).

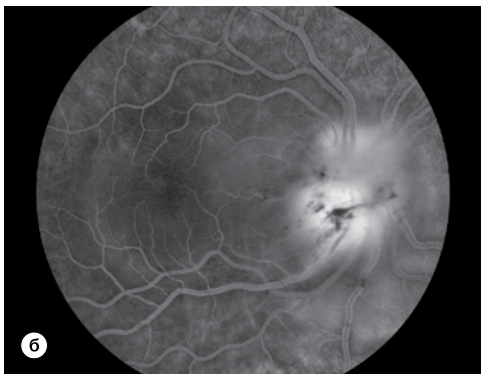


Рис. 21.7 Прогрессирование нейроретинита: (а) тяжелый папиллит; (б) ФАГ, поздняя стадия: гиперфлюоресценция из-за просачивания крови; (в) через несколько недель отек диска уменьшился, сформировалась фигура «макулярной звезды» (предоставлено P. Saine)

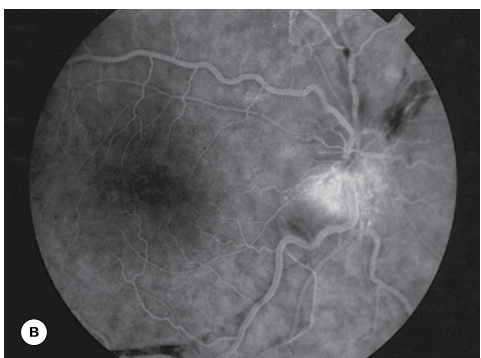


Рис. 21.8 Передняя ишемическая оптическая нейропатия, не связанная с артериитом: (а) диффузный отек; (б) нижний секторальный отек; (в) ФАГ, венозная фаза: локальная гиперфлюоресценция диска и блок из-за геморрагий; (г) ФАГ, поздняя фаза: локальная гиперфлюоресценция всего диска (предоставлено P. Gili — рис. а; S. Milewski — рис. б, в, г)

2. **Признаки.** Наиболее часто встречается двухсторонний папиллит, может развиваться нейроретинит, но возможна и нормальная картина диска.

Лечение

Благодаря тому, что прогноз для самопроизвольного восстановления зрения очень хороший, лечение в большинстве случаев не требуется. Однако в случаях значительного двухстороннего снижения зрения или вовлечения единственного видящего глаза рекомендуется внутривенное применение стероидов.

Инфекционный неврит зрительного нерва

1. **Риногенный оптический неврит** — редкое состояние, характеризующееся рецидивирующим односторонним снижением зрения, которое сопровождается сильными головными болями и сфено-этмоидальным синуситом. Возможные механизмы развития оптического неврита включают прямое распространение инфекции, окклюзирующий васкулит и давление, оказываемое мукоцеле. Лечение проводят системными антибиотиками, а также, если необходимо, выполняют хирургическое дренирование.
2. **Болезнь «кошачьих царапин»** (доброкачественный лимфоретиккулез) развивается в результате попадания в человеческий организм *Bartonella henselae* или реже — *Bartonella quintana* после кошачьих царапин или укусов (см. главу 24). Известны разнообразные офтальмологические проявления, особенно часто — нейроретинит (см. далее).
3. **Сифилис** первичный или вторичный может стать причиной папиллита или нейроретинита (см. главу 24). Поражение бывает односторонним или двухсторонним и часто сочетается с умеренным витреитом.
4. **Болезнь Льюе** (боррелиоз) — спирохетоз, который вызывает *Borrelia burgdorferi*, передаваемая через укус клеща (см. главу 24). Может стать причиной нейроретинита, иногда — остро ретробульбарного неврита, который может сочетаться с другой неврологической симптоматикой и имитировать РС. Неврологические

расстройства лечат внутривенным введением цефтриаксона в дозе 2 г/сут в течение 14 дней.

5. **Криптококковый менингит** у пациентов со СПИДом может сочетаться с острым оптическим невритом, иногда двухсторонним (см. главу 24).
6. **Вirus ветряной оспы** наиболее часто вызывает папиллит как осложнение ретинита (острый ретинальный некроз, прогрессирующий ретинальный наружный некроз — см. главу 14). Первичное развитие оптического неврита не характерно, но может встречаться у людей с иммунодефицитом, у некоторых впоследствии может развиться вирусный ретинит. Лечение — внутривенное введение противовирусных препаратов.

Неинфекционный неврит зрительного нерва

Саркоидоз

Неврит зрительного нерва встречается у 1–5% пациентов с нейросаркоидозом. Он может развиваться в течение заболевания или являться ее первым проявлением. Изменения зрительного нерва сложно отличить от РС, хотя головка зрительного нерва может приобретать характерный бугристый вид, предположительно в результате гранулематозных инфильтраций, а в стекловидном теле может развиваться воспалительный процесс. Болезнь быстро реагирует на стероидную терапию, но в случаях снижения дозы или досрочного прекращения лечения зрение может снизиться. Некоторым пациентам необходимо длительное лечение низкими дозами стероидов. В качестве дополнения к стероидной терапии или как монотерапию пациентам, толерантным к стероидам, можно назначать метотрексат.

Аутоиммунные заболевания

Аутоиммунные поражения зрительного нерва могут проявляться ретробульбарным невритом или передней ишемической оптической нейропатией (см. далее). У некоторых пациентов развивается медленное прогрессирующее снижение зрения предположительно из-за сдавления зрительного нерва. Лечение — системная стероидная терапия.

Нейроретинит

1. **Проявляется** монокулярным безболезненным снижением зрения, которое начинается постепенно и становится более заметным через неделю.
2. **Признаки**
 - Снижение ОЗ различной степени.
 - Признаки поражения зрительного нерва обычно умеренные или вообще отсутствуют, поэтому зрение снижается в большей степени за счет макулярного отека, чем из-за дисфункции зрительного нерва.
 - Папиллит сопровождается перипапиллярным и макулярным отеком; в тяжелых случаях может развиваться венозный застои, сопровождаемый штрихообразными кровоизлияниями (рис. 21.7а).
3. **ФАГ** демонстрирует диффузное просачивание крови из поверхностных сосудов диска (рис. 21.7б).
4. **Течение**
 - После разрешения отека диска формируется фигура «макулярной звезды» (рис. 21.7в).
 - В большинстве случаев после исчезновения фигуры «макулярной звезды» зрение восстанавливается в течение 6–12 мес. практически до исходного уровня.
 - У некоторых пациентов впоследствии может поражаться парный глаз.
 - Рецидивы заболевания не характерны, однако в случаях их возникновения появляется другая клиническая картина, которая характеризуется дисфункцией зрительного нерва и плохим прогнозом по зрению.
5. **Системные проявления.** Заболевание в 25% случаев идиопатическое (идиопатический звездчатый нейроретинит Leber). В 60% случаев первопричиной является болезнь «кошачьих царапин». Среди других распространенных причин отмечают сифилис, болезнь Льюе, инфекционный паротит и лептоспироз.
6. **Лечение** зависит от причины заболевания. При идиопатических рецидивирующих вариантах заболевания можно применять стероиды и/или азатиоприн.

Передняя ишемическая оптическая нейропатия, не связанная с артериитом

Передняя ишемическая оптическая нейропатия (ПИОН), не связанная с артериитом, обычно встречается у взрослых. Эта нейропатия является результатом частичного или тотального инфаркта головки зрительного нерва, вызванного окклюзией коротких задних ресничных артерий. Часто возникает без сопутствующей симптоматики у пациентов в возрасте от 55 до 70 лет с такой плотной структурой головки зрительного нерва, что физиологическая экскавация либо очень мала, либо совсем отсутствует. Предрасполагающие системные состояния включают гипертензию, сахарный диабет, гиперхолестеринемию, коллагеновые сосудистые заболевания, антифосфолипидный синдром, гипергомоцистеинемию, сосудистый коллапс, состояние после удаления катаракты, синдром апноэ во время сна и употребление сиднафила (виагры).

Диагностика

1. **Проявляется** внезапной безболезненной односторонней потерей зрения без продромальных зрительных расстройств. Нарушение зрения часто обнаруживают при пробуждении, что может свидетельствовать о важной роли ночной гипотензии.
2. **Признаки**
 - У 30% пациентов ОЗ в норме или немного снижена. У остальных пациентов — снижение от умеренного до значительного.
 - Типично развитие нижних альтиудинальных дефектов поля зрения, но могут встречаться и другие виды.
 - Дисхроматопсия в отличие от оптического неврита, когда цветовосприятие может быть значительно снижено при довольно сохранной остроте зрения, пропорциональна уровню снижения зрения.
 - Бледность диска зрительного нерва связана с диффузным (рис. 21.8а) или секторальным отеком (рис. 21.8б) и обычно сопровождается несколькими штрихообразными кровоизлияниями.
 - Отек постепенно разрешается, но бледность остается.
3. **ФАГ** во время острой стадии выявляет локальную гиперфлюоресценцию диска (рис. 21.8в), которая постепенно становится интенсивнее и в итоге захватывает весь диск (рис. 21.8г).
4. **Специальные исследования** включают серологический анализ, определение липидного профиля и уровня глюкозы натощак. Очень важно исключить скрытый гигантоклеточный артериит и другие аутоиммунные заболевания.

Лечение

Определенного лечения заболевания не существует. Несмотря на то что аспирин эффективен для снижения обострений системных сосудистых заболеваний и его назначают при ПИОН, не связанном с артериитом, риск вовлечения парного глаза не снижается.

Прогноз

У большинства пациентов дальнейшего снижения зрения не происходит, хотя в редких случаях снижение зрения продолжается в течение 6 нед. Рецидивы в одном и том же глазу возникают в 6% случаев. Вовлечение парного глаза происходит у 10% пациентов через 2 года и у 15% — через 5 лет, что значительно реже, чем считали ранее. Если вовлечен парный глаз, то атрофия зрительного нерва в одном глазу и отек диска в другом дают картину псевдосиндрома Foster–Kenedy. Существуют два значимых фактора риска поражения парного глаза — низкая острота зрения первого глаза и сахарный диабет.

Продолжение следует

По вопросам приобретения издания «Клиническая офтальмология: систематизированный подход»

ЛОГОСФЕРА

интернет-магазин
(495) 748 51 16

для оптовых клиентов
тел.: (495) 689 62 64; 771 34 58
e-mail: salesdep@logobook.ru
factor@logobook.ru

www.logobook.ru



Илья Бруштейн

Каждая крупница зрения – это подарок судьбы

– Наталья Николаевна, расскажите, пожалуйста, о себе.
– Я родилась в Ленинграде, в Колпинском районе.

– У Вас с детства было плохое зрение?
– У меня врожденная глаукома.

Всего за свою жизнь я перенесла восемь офтальмологических операций: четыре в детском возрасте и четыре во взрослом. Среди них была такая сложная операция, как послепонная пересадка роговицы, проведенная в 1992 году в Санкт-Петербургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза».

Я могла потерять зрение ещё в подростковом возрасте. Но это произошло недавно, только в 2012 году. Это значит, у меня была возможность видеть и творить многие годы. Я всегда понимала, что каждая крупница зрения – это подарок судьбы и огромная заслуга врачей-офтальмологов.

– Как менялись Ваши визуальные возможности на протяжении жизни?
– Острота зрения никогда не составляла у меня больше 20%. К концу обучения в школе она снизилась до 10%. В последние десять-пятнадцать лет: всего один-два процента. Эта «статистика» звучит довольно печально. Но я всегда старалась не огорчаться. Наоборот, радовалась тому, что имела. Я всегда помнила, что людям, которые не видят совсем, которые родились незрячими – гораздо труднее.

Я всячески старалась приспособиться к моему плохому зрению – пользовалась лупами, монокулярными и другими увеличительными средствами.

Рисовала всегда. Сколько себя помню

– Когда Вы начали рисовать? Когда заинтересовались художественным творчеством?
– Я рисовала всегда. Сколько себя помню. Это было моё любимое занятие ещё в детском саду. Жизнь постоянно дарила какие-то необычные образы, картины, которые хотелось перенести на бумагу. Например, однажды я увидела двух стрекоз, севших на ногу воспитательницы детского сада. И сразу возникла мысль их нарисовать.

Уже в детстве я любила рисовать цветы, насекомых, самых разных животных: собак и кошек, тигров и жирафов... Но больше всего обезьян и лошадей. Мне было важно показать индивидуальность каждого животного, его душу.

– Где Вы учились живописи?
– В школьные, а затем в институтские годы я занималась в различных ленинградских художественных студиях, в частности, у Полины Леонидовны Хромцовой и Юрия Алексеевича Нашивочникова... Хотела бы также назвать своих преподавателей рисования и черчения в школе: Тамару Александровну Круплову, Ирму Сергеевну Кондратьеву и Владимира Арсентьевича Арзубова. Я искренне им благодарна.

Наталья Селиванова. Борьба продолжается!

Потеря зрения – это трагедия для каждого человека вне зависимости от возраста, профессии и предыдущей биографии. Потеря зрения для профессионального живописца – трагедия вдвойне. Наталья Селиванова приобрела известность в Санкт-Петербурге и за его пределами как яркий, талантливый слабовидящий художник.

Несмотря на ограниченные визуальные возможности, Наталья Николаевна проявила себя и как лиричный художник – автор пейзажей, натюрмортов, жанровых сцен, и как успешный иллюстратор книг, и как автор пронзительных портретов животных. Особое место в её творчестве заняли иконы и картины на религиозную тему.

В марте 2012 года Н.Н. Селиванова полностью потеряла зрение. Начался новый этап в её жизни... Многолетняя борьба Натальи Николаевны с неумолимо надвигающейся – и ныне наступившей! – слепотой стала примером для сотен незрячих и слабовидящих петербуржцев. Её творческие достижения заставляют забыть о тяжёлом недуге. Хочется надеяться, что творческий путь Селивановой ещё не завершён. Борьба с темнотой продолжается!

– Вы учились в специализированной школе?
– Я окончила Ленинградскую школу-интернат № 1 для слепых и слабовидящих детей. Сейчас эта школа носит имя К.К. Грота. Мне очень повезло со школой. У нас царил дружелюбный, творческий атмосфера. Классы были небольшие, не более 12-15 человек.

В школе учились и незрячие, и слабовидящие дети. У меня было много школьных друзей.

– Низкая острота зрения не мешала Вашему художественному творчеству?
– Конечно говоря, очень мешала. Мне, например, хотелось видеть, как свет отражается в глазах, полюбавшись звёздным небом, рассмотреть снежинку и архитектурные детали... Я видела плохо, но



Наталья Селиванова за работой

зато сразу воспринимала общий вид и намечала доминанту. А детали рассматривала и рисовала при помощи увеличительной техники.

– Вы получили профессиональное художественное образование?
– Я окончила факультет культурно-просветительной работы Ленинградского института культуры им. Н.К. Крупской. Моя профессия: организатор-методист культурно-просветительной работы. В вузе мы изучали декоративно-оформительское искусство. Не думаю, что это соответствует диплому профессионального художника...

Наверное, «корочка» – это не самое главное... В моей жизни огромную роль сыграло самообразование. Я изучала творчество великих художников: Рембрандта и Чюрлениса, Иванова и Ренуара,

Васнецова и Хокусая. Училась у них. И всё же, самым таинственным и любимым художником стал для меня Андрей Рублёв.

– Как сложилась Ваша жизнь после окончания института?
– После завершения учебы я несколько лет работала по специальности в одном из ленинградских домов культуры. Потом стала художником-дизайнером ленинградского (петербургского) производственного объединения «Свет» Всероссийского общества слепых (ВОС). С середины девяностых годов являюсь свободным художником.

– Вы довольно много выставались в Ленинграде и Санкт-Петербурге. Расскажите, пожалуйста, о выставках, в которых принимали участие...
– В 2000 году я принимала участие в выставке «Православная Русь», организованной в Санкт-Петербурге по благословению Святейшего



Спас Нерукотворный



Тавромахи



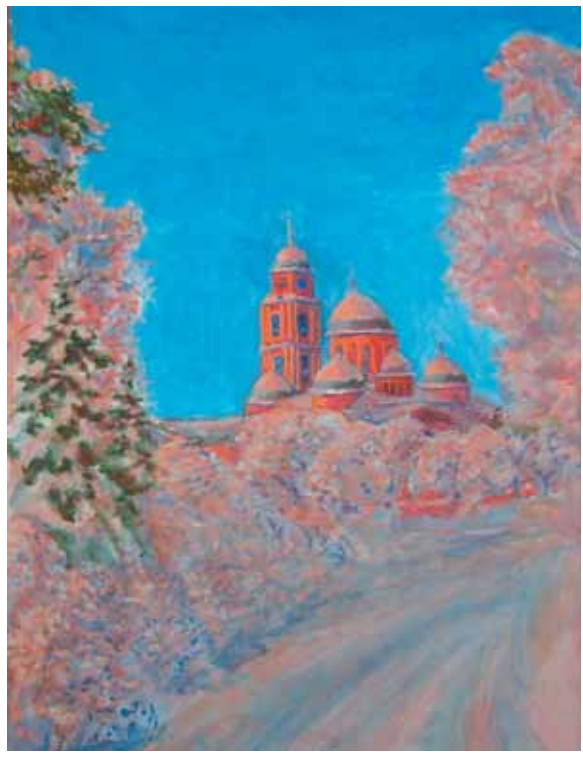
Танец тюльпана



Летающий лыжник



Оранта



Нилова пустынь



Летающая



Рождество



Тихая молитва



Ладога

Патриарха Московского и Всея Руси Алексия Второго. Были представлены иконы, а также картины на религиозную тему. Эта выставка стала важным событием в жизни, так как мои работы были представлены рядом с иконами авторитетных, опытных иконописцев Санкт-Петербургской епархии.

Алексей – мой летающий лыжник

– Наталья Николаевна, хотелось бы узнать о Вашей семье.

– С будущим супругом Алешей мы познакомились в поезде в 1991 году. В 1993 году мы поженились. В 1994 году родился сын Даниил.

Алеша по образованию – инженер-механик. В настоящее время он работает системным администратором, а также является председателем товарищества собственников жилья в нашем доме. Я часто рисовала любимого мужа. Одна из картин называется «Летающий лыжник».

– Почему «Летающий лыжник»?

– Алеша в течение многих лет серьёзно занимался прыжками с трамплина, был членом юношеской сборной Ленинграда.

– Вы чувствуете поддержку семьи в Вашей творческой деятельности?

– Конечно, чувствую. Алеша – мой главный грузчик и монтажник при организации выставок, компьютерная «нянька» (он помогает мне осваивать мир Интернета и компьютерной техники) и, разумеется, вдохновитель.

«Ключ» к реабилитации – наполненная жизнь

– Уже более года Вы полностью лишены возможности видеть мир. Вы привыкли к этой ситуации? «Приняли» её как данность?

– Нет! С потерей зрения я перестала рисовать. Те виды изобразительного искусства, которыми я занималась, мне теперь не доступны.

У меня много незавершенных работ и много неосуществлённых замыслов. С этим трудно смириться.

– Вы нашли свой способ реабилитации?

– Я не ищу способ реабилитации, а ищу новые способы самореализации. Мне некогда грустить, некогда скучать.

– Чем Вы наполняете свою жизнь?

– В течение многих лет я увлекаюсь восточными танцами. Сама шью некоторые костюмы. У меня были выступления на сцене Центра культурно-спортивной реабилитации Санкт-Петербургской региональной организации ВОС, на других площадках. В частности, я танцевала на открытии выставки незрячих и слабовидящих художников в библиотеке города Пушкина. Танцами я и сейчас продолжаю заниматься. Большая комната в квартире становится репетиционным залом.

– Танец стал для Вас альтернативой живописи?

– Я бы не стала говорить об альтернативе... Это не альтернатива, это и есть рисование, только движениями тела в пространстве. Танцы я пишу сама, как пишут стихи на музыку. Таким образом, танец для меня, это что-то среднее между живописью и поэзией. А теперь танец учит меня ориентироваться в пространстве.

Я сейчас не рисую, но я леплю. Причём, леплю сладкие съедобные скульптуры из теста в виде цветов. Они выпекаются в духовке... Домочадцы с удовольствием поглощают эти творения, а перед этим фотографируют их на память.

– Чем ещё Вы любите заниматься?

Люблю читать аудио-книги, слушать музыку и пытаюсь освоить компьютер. Люблю природу. Люблю воду, люблю плавать. Для меня радость, когда сын приносит мне в ладонях ящерку или бабочку. Много общаюсь с друзьями.

– Наталья Николаевна, позвольте задать Вам личный вопрос. Как многолетнему поклоннику Вашего таланта, мне трудно, даже невозможно представить себе, что после потери зрения Вы полностью прекратили заниматься художественным творчеством... Зрители ждут Ваших новых картин! Давайте вспомним Олега Зиновьева, Сергея Поползина, Дмитрия Дидоренко. Эти художники, будучи полностью незрячими, продолжают творить и выставляться. Они используют трафареты, другие технические приспособления... Неужели у Вас нет желания снова подойти к мольберту?

– Пока ещё я не знаю, буду я рисовать или нет... Что касается трафаретов или других способов... Они не годятся для того, чем я занималась. Они мне ничем не помогут. Например, для иконописи и книжной графики, особенно детской, нужна точность рисунка и точность живописи. Сейчас я нахожусь в поиске своих методов.

Благополучный человек Наталья Селиванова

Материал о Наталье Селивановой писался долго... Было трудно сформулировать впечатления от встреч и общения с этим ярким, искомётно-талантливым и очень доброжелательным человеком.

А может быть, существует какое-то одно слово, передающее суть жизни и творчества художника Селивановой? Мне кажется, это слово – БЛАГОПОЛУЧИЕ. Селиванова производит впечатление благополучного, уверенного в себе человека. Эта уверенность, оптимизм, жизнелюбие передаются окружающим.

Когда речь идёт о людях с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидах по зрению, журналисты часто переходят на проникновенно-жалостливый тон... Жизнь и творчество Н.Н. Селивановой опровергают эти стереотипы. Она состоялась как художник, состоялась как жена и мать. Её признали в художественных кругах родного города, у неё много знакомых и друзей.

Селиванова – человек с исключительным художественным вкусом. Именно этим объясняется «творческая пауза», которую она взяла после потери зрения. Для Натальи Николаевны принципиально важно «не снизить планку». Её новые работы должны быть не хуже тех, которые создавались в «зрячий» период.

Колокольчиковый сон

«Кругом цветы! // Я их не рву, // Стою и представляю: // Я в колокольчике живу, // Там сладко засыпаю. // И домик мой // На стебельке // Качается на ветерке, // И в колокольчиковом сне // Всё, что хочу, // Приснится мне!» – это стихотворение «Колокольчиковый сон» детского поэта из Колпино Людмилы Леонидовны Фадеевой.

Л.Л. Фадеева и Н.Н. Селиванова стали соавторами книги «Колокольчиковый сон». Селиванову с полным правом можно назвать не просто иллюстратором, а именно соавтором книги. Об этом свидетельствует и композиционное построение страниц, где стихи визуально являются частью рисунка. Наталья Николаевна приходилось создавать каждую работу с учётом свободного пространства для стихотворных строчек.

Читатель книги обращает внимание, что поэт и художника объединил общий взгляд на мир. Наталья Николаевна и Людмила Леонидовна умеют говорить с детьми искренне, на простом, понятном языке. И Селиванова, и Фадеева сохранили детскую непосредственность в восприятии окружающего мира.

Поэт и художник любят посидеть на лугу, прислушиваясь к жужжанию шмеля или пчелы. Они восхищаются грациозностью полёта ласточки, внимательно наблюдают за прыжками маленького лягушонка, всматриваются в дождевую капельку, падающую в лужу...

«В Евангелии сказано: «Будьте как дети». Поэтому иконопись и детские сюжеты логично сочетаются в моём творчестве», – замечает Наталья Селиванова.

Взгляд в небо

Работы Натальи Николаевны объединяет яркость и буйство красок... Все картины прославляют жизнь. Жизнь во всех её проявлениях. В работах Селивановой нет места тоске, меланхолии, угрюмости, занудному самокопанию... В каждой своей работе автор обращается к зрителю с призывом: «Оглянись вокруг! Мир прекрасен и удивителен! Он станет ещё прекраснее, если все мы будем мудрее, спокойнее и добрее!»

Одна из самых ярких работ художницы – картина «Летающая». Высокий берег над озером, усеянный незабудками. Стройная, грациозная девушка изображена в прыжке. В прыжке или в полёте? Наталья Николаевна не любит отвечать на этот вопрос. Пусть зритель догадается сам...

«На самом деле я одновременно изобразила и прыжок, и полёт... Кстати, каждый прыжок – это и есть маленький полёт, – рассказывает художник. – Я хотела передать своё ощущение радости, молодости, свободы, красоты. Эта девушка счастлива. Она парит в своих мечтах и грёзах».

Селиванова умеет смотреть в небо. Одна из работ так и называется – «Вид из травы». Она была создана в деревне Лукинская Лодейнопольского района Ленинградской области. «В окрестностях этой деревни много заливных, нескошенных лугов. Там трава выше пояса. Клевер, колокольчики. Много других различных цветов. Я лежала в траве и смотрела на небо. Так родилась эта картина», – делится своими воспоминаниями Наталья Николаевна.

Картина «Тавромахия» изображает испанский танец, посвящённый корриде. Мужчина-танцор представляет быка. Его партнёрша по танцу – тореадора. «Мне хотелось в символическом виде показать в этой работе убийственную, роковую, сжигающую страсть... Возникла идея представить отношения между мужчиной и женщиной в виде корриды. Может быть, эта картина поможет зрителю задуматься над человеческими отношениями».

Всем, кто хочет летать

Ещё одна ипостась творческой натуры героя нашей публикации – лирика. В 2012 году издательский отдел Санкт-Петербургской городской библиотеки для слепых и слабовидящих выпустил в свет аудиокнигу её стихов «Цветы моих дорог». В том же году несколько стихотворений Селивановой были напечатаны в коллективном сборнике «Колпинская Лира. Поэты нашего города от А до Я».

«Мне бы хотелось предложить на взыскательный суд читателей газеты «Поле зрения» одно из своих самых любимых стихотворений. Оно называется «Всем, кто хочет летать». В этих строках заключено моё кредо, моя жизненная позиция... Всем читателям искренне желаю ясного неба над головой и счастливого полёта!»

Всем, кто хочет летать

Ты робко пробуешь крыло,
Не веря ощущенью,
Оно так призрачно-светло,
И страшно вознесенье.
Да что ты, милый, Бог с тобой.
Пей ветер на лету – и пой.
Бескрылые косятся зло,
Ждут твоего паденья,
И чтоб леталось тяжело,
Бьют грязью в оперенье.
Прости болезненный их вой, –
Ты знаешь: горек путь земной.
Терпи, мой друг, светись и пой.
Но от усталости светло
И мышцы, и стремленья.
Невыносимо тяжело...
Да, ты беспомощный больной.
И цель твоя одна – покой.
Но это – гибель, мой родной.
Чтоб выжить, надо быть звездой.
Пока дыханья хватит, пой.
Твое простое ремесло
Унизят поклоненьем,
Чтоб самолюбие ползло
Гадюкой искушенья.
Есть выход – древний и простой:
Забудь себя, любимый мой.
Кто одарил тебя с лихвой?
Тому служу, всем сердцем пой.

Фотографии автора
из архива Н.Н. Селивановой



Из книги «Колокольчиковый сон»



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.issuu.com/aprilpublish